

Fagligt oplæg til national
handlingsplan

Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg

Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg
Fagligt oplæg til national handlingsplan

© Sundhedsstyrelsen, 2024
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-600-5

Sprog: Dansk
Version: 01
Versionsdato: 04. april 2024

Design og layout: Sundhedsstyrelsen

Foto: Adobe Stock

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
April 2024

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	6
1.1. Baggrund.....	6
1.2. Mål for selvmordsforebyggelse i Danmark.....	8
1.3. Principper for det selvmordsforebyggende arbejde.....	10
2. anbefalinger	12
3. Mål 1: Bedre behandling og støtte til mennesker i risiko for selvmordshandlinger	22
3.1. Bedre sammenhæng i indsatsen til mennesker i risiko for selvmordshandlinger.....	23
3.2. Indsatsen til mennesker i akut risiko for selvmordshandlinger styrkes.....	25
3.3. Behandlingstilbuddene til mennesker i risiko for selvmordshandlinger styrkes.....	26
3.4. Systematisk indsats til kompetenceudvikling skal medvirke til at flere i risiko for selvmord opspores og skabe bedre kvalitet og sammenhæng i indsatsen.....	27
3.5. Udbredelse og udvikling af bedre selvmordsrisikovurderinger skal styrke opsporing af mennesker i risiko, sammenhæng og kvalitet i indsatsen.....	29
3.6. Udbredelse af kriseplaner skal styrke opsporing, sammenhæng og kvalitet i indsatsen.....	30
4. Mål 2: Afstigmatisering af selvmordstanker og selvmordshandlinger	32
4.1. Afstigmatisering i befolkningen.....	32
4.2. Afstigmatisering blandt fagpersonale.....	33
5. Mål 3: Styrket indsats til efterladte efter selvmord og pårørende	34
5.1. Selvmordsforebyggelse blandt efterladte.....	34
5.2. Selvmordsforebyggelse gennem støtte og inddragelse af de pårørende.....	35
6. Mål 4: Børn og unge beskyttes mod skadeligt selvmordsrelateret indhold på internettet	36
6.1. Børn og unge eksponeres for skadeligt selvskade- og selvmordsrelateret indhold på internettet.....	36
6.2. Lettilgængelig viden og rådgivning om håndtering af selvmordsrelateret indhold på internettet til fagpersoner og forældre samt børn og unge i risiko for selvmordshandlinger	38
7. Mål 5: Adgangen til metoder til selvmordshandlinger skal begrænses	39
7.1. Begræns adgangen til de hyppigst anvendte metoder.....	39
7.2. Kerneårsagsanalyse af selvmord i Danmark.....	40
8. Mål 6: Styrket forskning og data samt systematisk opfølgning på handlingsplanen	42
8.1. Praksisnær forskning.....	42
8.2. Forbedret datagrundlag.....	42
8.3. National koordinering, monitorering og opfølgning på handlingsplanen	44
Referenceliste	46

Har du brug for hjælp?

Hvis du eller en, du kender, går med tanker om selvmord, er det vigtigt at dele det med nogle. Du kan finde hjælp og vejledning her:

- Har du akut brug for hjælp, så ring 112 eller kontakt psykiatrisk akutmodtagelse.
- Mellem kl. 8-16 kan du kontakte din egen læge. Hvis det er uden for din læges åbningstid, kan du kontakte 1813 eller vagtlægen.
- Hvis du ønsker at tale anonymt med en rådgiver, kan du ringe til Livslinien på tlf. 70 201 201. Du kan desuden bruge deres mail- og chatrådgivning på Livsliniens hjemmeside www.livslinien.dk. Du kan også anvende Livsliniens online terapiprogram, som er til alle over 18 år, der har selvmordstanker, og som ønsker at få nogle nye strategier til at håndtere selvmordstanker. Programmet kan tilgås her: <https://sos.internetbehandling.dk>
- På www.selvmordsforebyggelse.dk og www.kulkaelderens.dk kan du finde information med gode råd, og information om hvor du kan søge hjælp.



Det hjælper mig rigtigt meget at være åben om det. Hvis ikke jeg havde snakket med andre om det, så havde jeg nok ikke været så velfungerende i dag som jeg er, fordi det er da hårdt at have et barn, der har det sådan

— Pårørende (1)



Den første tid efter min søn døde, var jeg fast besluttet på at følge ham. Det vendte for mig, da jeg begyndte at komme her! (til cafeaftener med andre efterladte efter selvmord).

— Efterladt efter selvmord

Vidnesbyrd fra pårørende og efterladte



Frygten for, at det sker igen, den sidder hele tiden i kroppen, den sidder ligesom betændelse på en eller anden måde, fordi man kan ikke rigtigt få det bearbejdet.

— Pårørende (1)



Han har fået fred, men jeg lever i et følelsesmæssigt kaos.

— Efterladt efter selvmord



Jeg har bare brug for, at når jeg bliver udskrevet, så hjælper de med at lave en konkret plan for aftenen. Hvad skal du lave i aften eller hvad skal du have til aftensmad.



Jeg havde brug for nogen, som jeg havde tillid til, som kunne hjælpe mig med at håndtere livet faktisk.

Vidnesbyrd fra personer, der har haft selvmordstanker/ selvmordsforsøg



Jeg søgte ikke hjælp inden, og jeg vidste sådan set heller ikke, hvor jeg skulle henvende mig.



Jeg har altid manglet håbet om, at tingene kunne ændre sig.



Da jeg var i gulvbrædderne, havde jeg brug for nogle, der bar håbet for mig.



Jeg kom hjem efter fire måneder, og der stod muggen mad i køleskabet og alle potteplanter døde. Det hele lå som da jeg forlod det for fire måneder siden. Det er ikke super fedt at blive udskrevet så.

1. Introduktion

Hver dag tager 1-2 mennesker i Danmark deres eget liv, svarende til omkring 600 mennesker om året. Det er mere end 3 gange så mange, som der dør i trafikken. Selvmord og selvmordsforsøg har store konsekvenser både for den enkelte, og for de pårørende og efterladte. Omkring en tredjedel af befolkningen vil opleve at miste en nærtstående til selvmord (2). Efterladte efter selvmord berøres af belastningen i en grad, så de selv har en højere risiko for selvmordshandlinger (3).

Ethvert selvmord er tragisk og ingen bør tage deres eget liv i Danmark. Det er vigtigt at formidle håb til personer med selvmordstanker og selvmordshandlinger og deres pårørende. For selvmordstanker kan variere over tid, de kan helt ophøre, og der findes effektiv behandling.

Til trods for at selvmord kan forebygges, har antallet af selvmord stort set været uændret siden 2007. Der er god evidens for effekten af bestemte forebyggende tiltag, men indsatser til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg skal implementeres mere systematisk. Hvor der mangler viden i dag, bør praksisforskning understøtte afprøvning og udvikling af nye evidensbaserede indsatser.

Danmark er det OECD-land, som har registreret den højeste selvmordsrate blandt mennesker under indlæggelse for behandling af psykiske lidelser (4). Der er også betydelige udfordringer med selvmord efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling. Lidt over halvdelen (59%) af dem, som tager deres eget liv, har været i behandling i psykiatrien (5). I den første uge efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling er selvmordsraten 200-400 gange højere end hos den generelle befolkning. Selvmordsraten i det første år efter udskrivelse i Danmark svarer til OECD gennemsnittet.

I et samfundsperspektiv er omkostningerne ved selvmord og selvmordsforsøg også betydelige. Personer, der forsøger at tage deres eget liv, indlægges oftere, har flere sygedage og får oftere tilkendt førtidspension sammenlignet med den generelle befolkning (6). Samtidig er personer, der har mistet deres partner til selvmord, også i højere risiko for psykiske- og fysiske helbredsproblemer, sygefravær, arbejdsløshed og at få tildelt førtidspension sammenlignet med den generelle befolkning (7).

Selvmordsforebyggelse er et fælles ansvar, der kræver, at der arbejdes på tværs af sektorer. En organisation eller én sektor kan alene ikke påvirke det komplekse samspil af faktorer, som leder til, at en person tager sit eget liv, eller forsøger at tage sit eget liv.

Dette faglige oplæg er udarbejdet med en ambition om at nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark ved at bidrage til et gennemgribende og systematisk løft af indsatsen til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Oplægget indeholder således både viden om selvmordsforebyggelse generelt og konkrete anbefalinger til at styrke det selvmordsforebyggende arbejde.

1.1. Baggrund

Danmark forpligtede sig i 2013 til WHO's Action Plan for 2013-2020, hvor målet var at reducere antallet af selvmord med 10 % inden 2020. WHO's Action plan er nu forlænget til 2030 med et mål om 33% reduktion i selvmordsraten, hvilket er i overensstemmelse med FN's verdensmål, om at medlemslandene skal reducere selvmordsraten med 33 % i 2030. FN's verdensmål blev præsenteret i 2015, og siden er den danske selvmordsrate faldet med 5,6 %. I 2015 var

der i gennemsnit 12 selvmord pr. 100.000 indbyggere i Danmark, imens der i 2022 var 11.4 selvmord pr. 100.000 indbyggere. Antallet af selvmord har ligget på omkring 550-650 om året. I september 2020 udmeldte Nordisk Ministerråds velfærdsudvalg en ambition om 25 % færre selvmord inden år 2025. Danmark er således langt fra at indfri de ambitiøse målsætninger.

I Danmark er der mange aktører, som arbejder med selvmordsforebyggelse, og der har været iværksat forskellige selvmordsforebyggende initiativer. Den seneste danske handlingsplan til selvmordsforebyggelse er fra 1998. Handlingsplanen førte til mindre, midlertidige projekter, og mange anbefalinger blev ikke gennemført i praksis (8). I 2017 blev det Nationale Partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg etableret med midler fra satspuljen 2017-2020, og partnerskabet er siden forlænget til 2024 med midler fra SSA-Reserven 2021-2024. Partnerskabet, som består af statslige aktører, regioner, kommuner, forskningsinstitutioner, NGO'er samt faglige organisationer og selskaber, har til formål at reducere antallet af selvmord og selvmordsforsøg. Dette ved at bidrage til at sikre et velfungerende samarbejde mellem relevante aktører og yde rådgivning i forhold til selvmordsforebyggelse.

I 2022 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen *Fagligt oplæg til en 10-årsplan for bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser* (9). Her anbefaledes et systematisk og langsigtet løft af indsatsen til forebyggelse af selvmord gennem en samlet, national handlingsplan med ambitiøse mål for nedbringelse af selvmord og selvmordsforsøg.

Med aftale om udmøntning af SSA-Reserven 2023-2026 blev der afsat midler til at Sundhedsstyrelsen udarbejder et fagligt oplæg til en national handlingsplan for selvmordsforebyggelse. Initiativet er en del af den politiske aftalte om en 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed (10), som blev indgået i september 2022.

Med den politiske aftale *En bedre psykiatri* fra november 2023 (11), er der afsat 48,75 mio. kr. i 2024 og 65,0 mio. kr. årligt fra 2025 og frem til en handlingsplan for selvmordsforebyggelse. Der er taget højde for den økonomiske ramme i oplægget.

Nærværende oplæg skal ses i sammenhæng med det igangværende arbejde med løft af psykiatrien i Danmark i regi af en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed og de aktuelle målsætninger og indikatorer knyttet hertil.

Oplægget indeholder konkrete anbefalinger på social- og sundhedsområdet, som kan prioriteres i forbindelse med politiske forhandlinger om en handlingsplan for selvmordsforebyggelse og kan implementeres inden for den fastlagte økonomiske ramme. Samtidig indeholder oplægget vejledende anbefalinger, som skal ses i sammenhæng med den generelle udvikling på sundheds- og socialområdet, bl.a. som led i 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed.

Oplægget er udarbejdet med rådgivning fra det Nationale Partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Partnerskabet har rådgivet Sundhedsstyrelsen på fem møder i 2023 og 2024. Partnerskabets sammensætning fremgår af bilag 5.

1.2. Mål for selvmordsforebyggelse i Danmark

Danmark har tilsluttet sig WHO's Action plan og FN's verdensmål om at reducere selvmordsraten med 33 % frem mod 2030 (11). Målet er afspejlet i Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens anbefalinger til nye målsætninger og indikatorer for den samlede 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed, hvor selvmord og selvmordsforsøg efter indlæggelse foreslås at indgå, som resultatindikatorer, der følges hvert andet år.

Derfor er den overordnede ambition for dette oplæg at nedbringe antallet af selvmord, ligesom oplægget også har som ambition at nedbringe antallet af selvmordsforsøg. Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at opgørelsen af selvmordsforsøg i dag er behæftet med stor usikkerhed. Derfor anbefales det også i dette oplæg, at datagrundlaget forbedres i de kommende år. Det vil højst sandsynligt betyde en stigning i antallet af registrerede selvmordsforsøg uagtet om der sker en forbedring af indsatsen på området, hvorfor selvmordsforsøg som indikator for kvalitetsudvikling skal anvendes med forsigtighed.

I opfølgningen på den samlede 10-årsplan vil udvalgte initiativer blive fulgt i et selvstændigt monitoringssetup med egne mål og indikatorer. Sundhedsstyrelsen foreslår, at handleplanen følges i et sådan selvstændigt setup. Dette setup kan bestå af en overordnet ambition om at nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg. Ambitionen kan nedbrydes i seks mål, som vurderes at kunne reducere antallet af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark.

Indenfor hvert af målene peges der på en række drivere, som har indflydelse på om målene nås. De seks mål og tilhørende drivere fremgår af figur 1. Driverne er omsat til konkrete anbefalinger, som ligeledes præsenteres i figur 1 samt i kapitel 2.

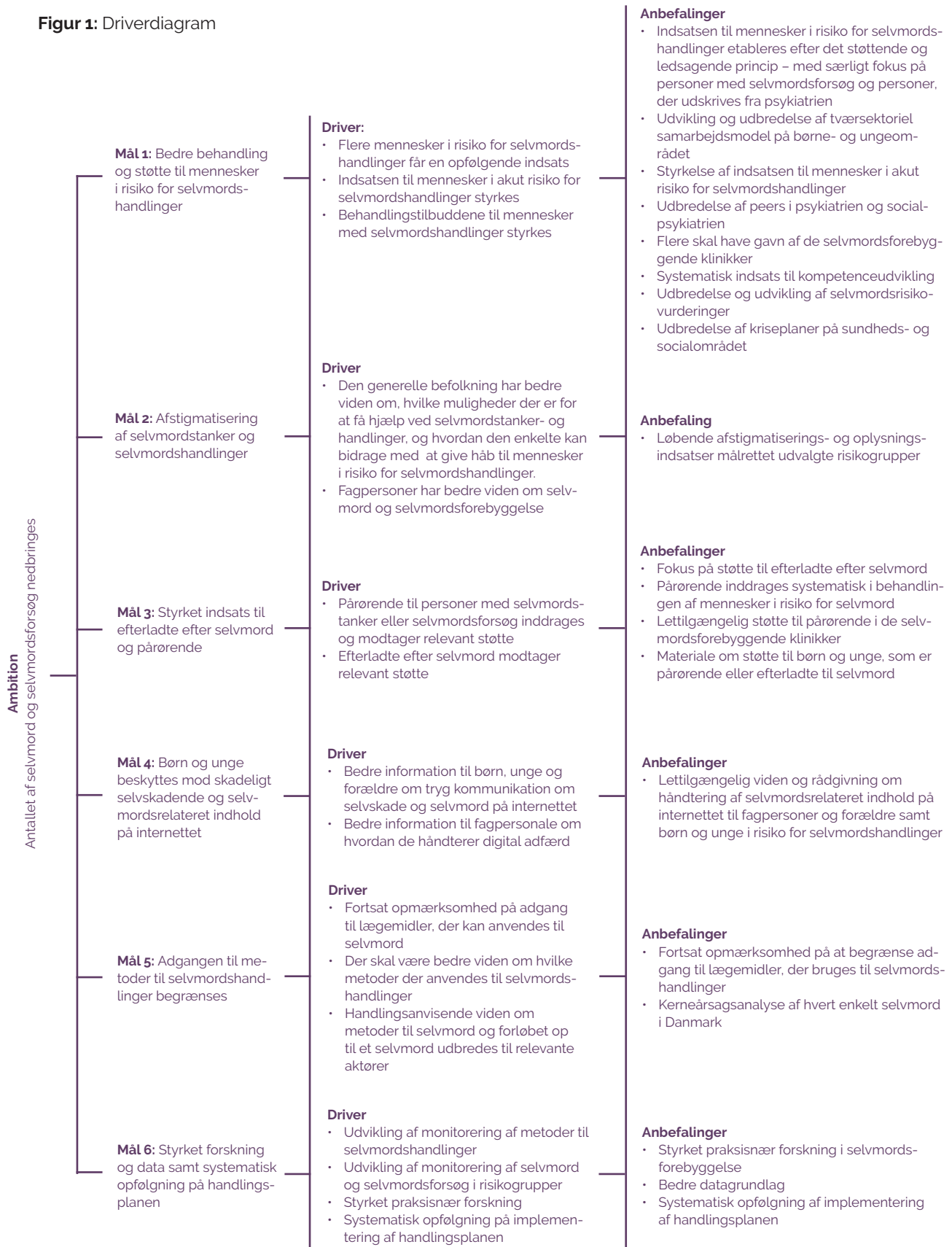
Baggrunden for mål og anbefalinger udfoldes i kapitel 3-8.

Det foreslås endvidere at handleplanen følges gennem udvalgte indikatorer. I bilag 1 fremgår eksempler på sådanne indikatorer. De endelige indikatorer bør udvælges af et bredt sammensat organ, som også kan følge op på implementering af handleplanens initiativer og de udvalgte indikatorer, jf. anbefaling 19. Det er en forudsætning, at monitoringssetup og udvalgte indikatorer finansieres i handlingsplanen eller ikke indebærer yderligere finansieringsbehov.

Sammenhængen mellem den overordnede ambition, de seks mål, drivere og anbefalinger fremgår af driverdiagrammet i figur 1.

Formålet med dette faglige oplæg er at bidrage til et gennemgribende og systematisk løft af indsatsen til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Det kræver vedvarende prioritering og fokus på området, hvorfor indikatorerne bør monitoreres løbende, ligesom handlingsplanen bør evalueres eksempelvis i 2029 og gerne sammen med den øvrige 10-årsplan. Opfølgningen på indikatorerne kan med fordel ske i et nationalt rådgivende organ med aktører på selvmordsområdet.

Figur 1: Driverdiagram



1.3. Principper for det selvmordsforebyggende arbejde

Det har været en forudsætning i arbejdet med nærværende oplæg, at anbefalingerne retter sig mod sundheds- og socialområdet. For at målet om at nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg kan nås og fastholdes har en række principper dog været vejledende i arbejdet med nærværende faglige oplæg.

1. Selvmordsforebyggelse er alles ansvar

Eftersom selvmord er medvirkende til en stor del af overdødeligheden hos mennesker med psykiske lidelser, har sundhedsområdet en vigtig rolle i forhold til selvmordsforebyggelse. Sundhedsområdet kan dog ikke stå alene. Omkring halvdelen (49%) af dem som tager deres eget liv, har ikke været i behandling i psykiatrien (5), og én organisation eller én sektor kan ikke påvirke det komplekse samspil af faktorer, som leder til, at en person tager sit eget liv, eller forsøger at tage sit eget liv. Det er derfor relevant, at alle arbejder sammen på tværs af sektorer og ministerier, samt på tværs af civilsamfundsorganisationer, kommuner, regioner og nationalt. I nærværende oplæg er det dog en forudsætning, at anbefalinger er rettet mod sundheds- og socialområdet.

2. Selvmordsforebyggelse kræver både universelle, selektive og indikerede indsatser

Der findes tre overordnede forebyggelsesstrategier – universelle, selektive og indikerede. Indikerede selvmordsforebyggende indsatser er rettet mod mennesker, der er i aktuel risiko for selvmordshandlinger, f.eks. mennesker med aktuelle selvmordstanker eller mennesker, der for nyligt har forsøgt selvmord. Selektive selvmordsforebyggende indsatser er rettet mod grupper, som ifølge erfaring og forskning er i øget risiko for selvmord. Universelle

selvmordsforebyggende indsatser er målrettet hele befolkningen og ikke til specifikke risikogrupper. De tre strategier er skitseret i figur 2 i næste kapitel.

3. Personer som har egne erfaringer med selvmordstanker eller handlinger og pårørende inddrages i det selvmordsforebyggende arbejde

Personer med egne erfaringer har en vigtig indsigt i, hvad der skal til for at forebygge selvmord og selvmordsforsøg. Ligesom personer med egne erfaringer også kan bidrage til afstigmatisering, og til at indgyde håb til personer i risiko for selvmordshandlinger. Vi har i Danmark mange gode erfaringer med at inddrage mennesker med egne erfaringer, som med fordel kan indgå i arbejdet med selvmordsforebyggelse. Herunder bl.a. afstigmatiseringsindsatsen EN AF OS i Sundhedsstyrelsen og de regionale PsykInfoer, hvor personer med egne erfaringer med psykiske lidelser deler deres erfaringer med blandt andet fagpersoner. Papagenogruppen er et andet eksempel, hvor et brugerpanel med egne erfaringer med selvmordstanker og det at gennemleve selvmordskrises holder oplæg og udvikler en hjemmeside (www.kulkaelderer.dk), der henvender sig til personer med selvmordstanker fra et brugerperspektiv.

4. Det selvmordsforebyggende arbejde skal understøtte trygge, omsorgsfulde, inkluderende og afstigmatiserende miljøer, som kan indgyde håb til den enkelte

Tilhørsforhold, tilknytning til andre mennesker og at kunne se muligheder for en fremtid uden smerte, har stor betydning for om en person udvikler selvmordstanker og selvmordshandlinger (12). Stigmatisering har stor betydning for om en person, der er i risiko for selvmordshandlinger, opsøger hjælp, og tilbydes hjælp.

5. Det selvmordsforebyggende arbejde skal baseres på evidens eller bedste viden i de tilfælde, hvor evidensen fortsat mangler. Hvor evidens mangler bør tiltag følges op af praksisnær følgeforskning

Der er god evidens for effekten af nogle forebyggende tiltag, men der er også områder, hvor der mangler viden i dag. Det selvmordsforebyggende arbejde skal derfor baseres på evidens eller bedste viden i de tilfælde, hvor evidensen fortsat mangler. Hvor evidens mangler bør tiltag følges op af forskning, og der bør afprøves nye tiltag i tæt samarbejde mellem klinikere og forskere, så resultaterne kan understøttes og forankres i det kliniske arbejde.

6. Det selvmordsforebyggende arbejde bør have vedvarende fokus

Det er en forudsætning for det selvmordsforebyggende arbejde, at der er vedvarende fokus på området.

7. Kontinuerlig monitorering, evaluering og justering af initiativer til selvmordsforebyggelse

For at sikre at de iværksatte initiativer har den tilsigtede effekt, bør initiativer for selvmordsforebyggelse løbende monitoreres og evalueres gennem følgeforskning, og de iværksatte initiativer bør løbende justeres.

2. Anbefalinger

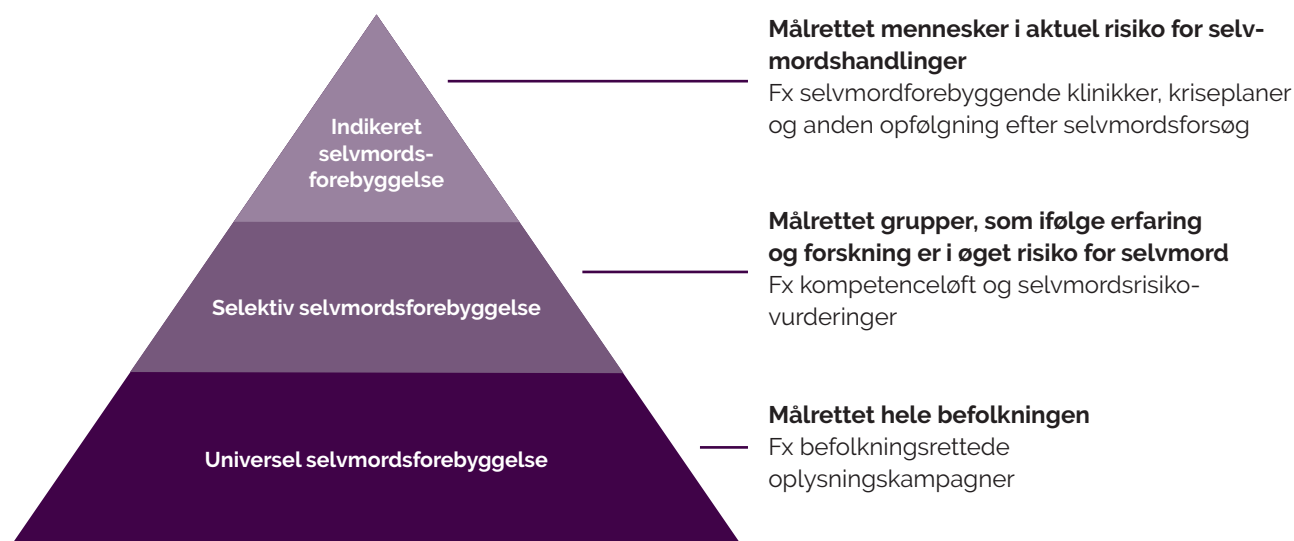
I det følgende præsenteres seks mål, drivere og samlede anbefalinger for selvmordsforebyggelse i Danmark. Anbefalingerne er alle fremhævet, fordi de har specifik betydning for selvmordsforebyggelse. Se uddybning af anbefalingerne i kapitlerne 3-8. Anbefalingerne kan indgå i de politiske forhandlinger om en national handlingsplan for selvmordsforebyggelse. For at opbygge et stærkt fundament for selvmordsforebyggelsen i Danmark er der behov for at ledsage initiativerne af opbygning af et solidt datagrundlag, følgeforskning, afstigmatisering og kompetenceudvikling. Ligesom samarbejdet mellem aktørerne på området bør styrkes. Disse behov er adresseret i anbefaling 6, 9, 16, 17, 18 og 19.

En del af anbefalingerne bør realiseres i forbindelse med handlingsplanen for selvmordsforebyggelse, men det faglige oplæg indeholder også anbefalinger, som bør ses i sammenhæng med den gene-

relle udvikling af psykiatrien og socialområdet samt det igangværende arbejde med at løfte indsatsen til mennesker med psykiske lidelser i regi af 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed, hvorfor ikke alle anbefalinger i oplægget anbefales prioriteret i forbindelse med handlingsplanen for selvmordsforebyggelse. Anbefalinger, der foreslås prioriteret i forbindelse med handlingsplanen, er anbefalet med henblik på at sikre den nødvendige kapacitetsopbygning for at nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg, samt med afsæt i principperne for det selvmordsforebyggende arbejde, jf. afsnit 1.3.

For alle anbefalinger er det tydeliggjort, om anbefalingen vil understøtte den indikerede, selektive eller universelle selvmordsforebyggelse, som er defineret i afsnit 1.3. Figur 2 viser eksempler på anbefalinger på de tre niveauer.

Figur 2: Eksempler på anbefalinger til indikeret, selektiv og universel selvmordsforebyggelse



Mål 1

Bedre behandling og støtte til mennesker i risiko for selvmordshandlinger

Drivere:

- *Flere mennesker i risiko for selvmordshandlinger får en opfølgende indsats*
- *Indsatsen til mennesker i akut risiko for selvmordshandlinger styrkes*
- *Behandlingstilbuddene til mennesker med selvmordshandlinger styrkes*

For at nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg er det essentielt, at mennesker i risiko for selvmordshandlinger let kan få adgang til tilbud af høj kvalitet. Dette kræver at dem, der er i risiko, opspores, at det er let at finde hjælp, at der er tilstrækkelige tilbud af høj kvalitet, og at der er sammenhæng i indsatsen.

Der anbefales derfor følgende tiltag:

1. Indsatsen til mennesker i risiko for selvmordshandlinger etableres efter det støttende og ledsagende princip – med særligt fokus på personer med selvmordsforsøg og personer, der udskrives fra psykiatrien

Indikeret selvmordsforebyggende indsats

Indsatsen bør dels styrkes som led i den nationale handleplan, dels bygges op som en del af og i takt med den kapacitetsopbygning, som skal ske i psykiatrien, som led i 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed.

Centralt for det støttende og ledsagende princip er, at personer i risiko for selvmordshandlinger ikke slippes før anden støtte er iværksat, og at indsatser på tværs af sektorer varetages sideløbende og koordineret. Der bør også arbejdes aktivt med at sikre en så høj grad af personkontinuitet i overgangen fra indlæggelse til ambulante behandling, f.eks. ved at personalet fra den ambulante psykiatri møder patienten forud for udskrivelse.

Det er vigtigt, at alle medarbejdere i kommuner, almen praksis og regioner, som er i kontakt med personer, som har haft et selvmordsforsøg og/eller personer, som er udskrevet fra psykiatrien efter selvmordsforsøg, sikrer opfølgning og en koordineret indsats. Det betyder blandt andet, at personalet på den psykiatriske afdeling tager kontakt til relevante medarbejdere i den ambulante psykiatri og de kommunale forvaltninger, så tidligt som muligt inden udskrivelse. Ligesom patienter, der har været indlagt i psykiatrien eller tilset i akutmodtagelsen med selvmordsforsøg bør modtage et opfølgende opkald, et ambulante besøg eller hjemmebesøg.

2. Udvikling af tværsektoriel samarbejdsmodel på børne- og ungeområdet

Indikeret selvmordsforebyggende indsats

På baggrund af eksisterende erfaringer med tværsektorielle indsatser til selvmordsforebyggelse kan der udarbejdes en tværsektoriel samarbejdsmodel. En tværsektoriel samarbejdsmodel kan være med til at sikre en bedre sammenhængende behandling på tværs af somatik, psykiatri og kommune for børn og unge i risiko for selvmordshandlinger.

I nogle regioner har der været iværksat særlige tiltag for at skabe bedre sammenhæng på tværs af den regionale psykiatri og kommunen for børn og unge i risiko for selvmordshandlinger (se afsnit 3.1).

Mål 1 *fortsat*

3. Styrkelse af indsatsen til mennesker i akut risiko for selvmordshandlinger

Indikeret selvmordsforebyggende indsats

Organiseringen af den akutte indsats bør understøtte, at personer i risiko for selvmordshandlinger kan få kvalificeret rådgivning og visitation til relevante akutte tilbud hele døgnet, og at de ved, hvordan de får denne hjælp. Med aftalen *En bedre psykiatri* fra november 2023 (11), er der afsat midler til, at der udarbejdes og implementeres en model for en national psykiatrisk akuttelefon, fælles principper for visitation og at de akutte psykiatriske behandlingstilbud styrkes.

Det er vigtigt, at der i arbejdet er opmærksomhed på at sikre, at telefonen og de psykiatriske akuttilbud kan hjælpe mennesker i øget risiko for selvmordshandlinger. Udviklingen af akuttelefonen bør have et blik for de særlige behov, der gør sig gældende for mennesker i selvmordsrisiko, herunder adgang til akut kvalificeret rådgivning og visitation. Det betyder blandt andet, at når personer tilses med selvmordsforsøg i de somatiske akutmodtagelser, skal der bestilles psykiatrisk tilsyn, hvilket allerede er udgangspunktet i dag. Personalet i psykiatrien bør foretage opfølgende opkald, ambulant- eller hjemmebesøg.

4. Udbredelse af peers i psykiatrien og socialpsykiatrien

Indikeret selvmordsforebyggende indsats

Forskning peger på, at peers fremmer recovery og oplevelsen af håb, hvilket har afgørende betydning for mennesker i risiko for selvmordshandlinger (13). Derudover kan peers være med til at reducere stigmatisering. Peers bruges i stigende grad som en ressource både i den ambulante psykiatri, under indlæggelse og i socialpsykiatrien. Det anbefales fortsat at udbrede indsatser med peers i takt med kapacitetsopbygningen i psykiatrien, som led i 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed.

5. Flere skal have gavn af de selvmordsforebyggende klinikker

Indikeret selvmordsforebyggende indsats

Der findes selvmordsforebyggende klinikker i alle regioner, men der er i dag lange ventelister samt variation i målgruppe og tilbud. Der er behov for et kapacitetsløft og ensretning af de selvmordsforebyggende klinikker. Således at alle selvmordsforebyggende klinikker tilbyder:

- Behandling til børn, unge og voksne med alvorlige selvmordstanker og/eller selvmordsforsøg, og som ikke lider af alvorlige psykiske lidelser, der adresseres af andre behandlingstilbud.
- Behandling med kort ventetid.
- Booster-session eller gruppetilbud til tidligere patienter med behov.
- Både mulighed for selvhenvendelse og henvisning fra fagperson tilstræbes.

Ydermere bør fagpersonalet i de selvmordsforebyggende klinikker opkvalificeres. Der bør sikres socialfaglige kompetencer og forskellige kompetencer, således at der kan tilbydes behandling til både børn, unge og voksne. Der bør så vidt muligt tilstræbes en ensartet tilrettelæggelse af de selvmordsforebyggende klinikkens indsats.

Mål 1 *fortsat*

6. Systematisk indsats til kompetenceudvikling

Selektiv selvmordsforebyggende indsats

For at flere fagpersoner kan opspore mennesker i risiko og tilbyde behandling og støtte af høj kvalitet, bør fagpersoner systematisk kompetenceudvikles i håndteringen af mennesker i risiko for selvmordshandlinger. Kompetenceudviklingen bør være forskningsbaseret, afstigmatiserende og praksisnær. Den kan bl.a. målrettes sundhedspersonale og pædagogisk personale.

7. Udbredelse og udvikling af selvmordsrisikovurderinger

Selektiv selvmordsforebyggende indsats

I samarbejde med klinikere og personer med egne erfaringer udvikles tilgangen til selvmordsrisikovurderinger. Forskning på området peger bl.a. på vigtigheden af, at personalet får tid til at lave en samlet psykosocial vurdering og opbygger en god relation med den enkelte, som kan muliggøre en tillidsfuld, individuel, fordomsfri, og hjælpsom dialog (14). Der bør tilstræbes en god relation mellem patienten og fagpersonen der foretager selvmordsrisikovurderingen. Nogle steder er dette allerede praksis, imens der andre steder vil være behov for at ændre praksis. Udbredelse og udvikling af en forbedret tilgang til selvmordsrisikovurderinger, kan ske som en del af kompetenceudviklingen over de kommende år, jf. anbefaling 6.

8. Udbredelse af kriseplaner på sundheds- og socialområdet

Indikeret og selektiv selvmordsforebyggende indsats

Udvikling af en individuel kriseplan er et vigtigt selvmordsforebyggende redskab. Der er god evidens for, at kriseplaner kan mindske selvmordsadfærd (15).

Anvendelsen af kriseplaner bør intensiveres. Personer i øget risiko eller tidligere øget risiko for selvmordshandlinger bør have en kriseplan. Der kan arbejdes med kriseplaner, fx under indlæggelse, i ambulante forløb, på somatiske akutmodtagelser, somatiske intensivafdelinger, socialpsykiatriske botilbud, anbringelsessteder for børn og unge, praktiserende læger, praktiserende psykolog, rusmiddelbehandling, plejehjem/hjemmepleje mm.

Det vil være relevant at følge udviklingen i brugen af kriseplaner nationalt mhp. at understøtte, at der sker den nødvendige udvikling. Sideløbende kan det undersøges, om der er behov for at lovgive ift. brugen af kriseplaner. Udbredelse af kriseplaner kan dels indgå i en national handlingsplan for selvmordsforebyggelse, dels ske som en del af kompetenceudviklingen, jf. anbefaling 6, og som en del af den gradvise kapacitetsopbygning i psykiatrien og socialpsykiatrien i forbindelse med 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed.

Indsatsen bør ledsages af følgeforskning og dermed ses i sammenhæng med anbefaling 17.

Mål 2

Afstigmatisering af selvmordstanker og selvmordshandlinger

Drivere:

- *Den generelle befolkning har bedre viden om, hvilke muligheder der er for at få hjælp ved selvmordstanker- og handlinger, og hvordan den enkelte kan bidrage med at give håb til mennesker i risiko for selvmordshandlinger.*
- *Fagpersoner har bedre viden om selvmord og selvmordsforebyggelse.*

Måltrettet styrkelse af arbejdet med afstigmatisering af selvmordstanker og selvmordshandlinger er centralt for at forebygge selvmord, idet det kan medvirke til, at flere, der er i øget selvmordsrisiko, opsøger og modtager den nødvendige hjælp og støtte.

Der anbefales derfor følgende tiltag:

9. Løbende afstigmatiserings- og oplysningsindsatser målrettet udvalgte risikogrupper

Universel selvmordsforebyggende indsats

For at fremme viden og skabe mere åbenhed og mindre berøringsangst i befolkningen, kan der med fordel gennemføres en række indsatser til afstigmatisering af selvmord. Bl.a. flere nationale, årlige kampagner til afstigmatisering af selvmord, som løbende målrettes forskellige relevante risikogrupper samt kompetenceudvikling af fagpersoner. Indsatserne kan forankres i Sundhedsstyrelsen og kan bl.a. planlægges i samarbejde med et nationalt rådgivende organ.

Afstigmatiseringsindsatser bør have fokus på at indgyde håb, inddrage mennesker med egne erfaringer og være handlingsanvisende i forhold til, hvor og hvordan man kan få hjælp.

Anbefaling 4 "Udbredelse af peers i psykiatrien" og anbefaling 6 "Systematisk indsats til kompetenceudvikling" er også relateret til mål 2.

Mål 3

Styrket indsats til efterladte efter selvmord og pårørende

Drivere:

- *Pårørende til personer med selvmordstanker eller selvmordsforsøg inddrages og modtager relevant støtte*
- *Efterladte efter selvmord modtager relevant støtte*

For at forebygge selvmordshandlinger hos efterladte efter selvmord er det vigtigt, at de tilbydes den rette støtte efter tabet. Det er ligeledes vigtigt, at sikre at pårørende til personer med selvmordstanker og/eller handlinger støttes, således at de har bedst mulige betingelser for at bidrage positivt til at forebygge selvmordshandlinger blandt deres nærmeste.

Der anbefales derfor følgende tiltag:

10. Fokus på støtte til efterladte efter selvmord

Selektiv selvmordsforebyggende indsats

Der findes en række tilbud i dag, som kan benyttes af efterladte efter selvmord. Der kan dog være potentialer for at udvikle indsatsen yderligere. Denne målgruppe bør derfor tænkes ind i kommende relevante retningslinjer og initiativer.

11. Pårørende inddrages systematisk i behandlingen af mennesker i risiko for selvmord

Selektiv og indikeret selvmordsforebyggende indsats

Systematisk inddragelse af og interventioner til pårørende kan være en effektiv metode til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg (16) (17) (18) (19). De pårørende har en vigtig rolle og støttefunktion i forhold til selvmordsforebyggelse, da det ofte er dem, der opdager selvmordstanker og selvmordshandlinger. De pårørende har viden om deres nærmeste, men kan samtidig også have et behov for at blive klædt på med information, viden, handlingsmuligheder og kommunikative teknikker. Anbefalingen skal bl.a. ses i lyset af regioners og kommuners arbejde med kompetence- og kapacitetsudvikling i forbindelse med 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed.

12. Lettilgængelig støtte til pårørende i de selvmordsforebyggende klinikker

Selektiv selvmordsforebyggende indsats

For at forebygge belastningsreaktioner og selvmordshandlinger blandt pårørende og samtidig give dem de bedst mulige betingelser for at støtte deres nærmeste, er det vigtigt, at tilbyde pårørende støtte bl.a. i form af psykoedukation. Derfor bør der, som en del af kapacitetsløftet i de selvmordsforebyggende klinikker (anbefaling 5), integreres tilbud om støtte til pårørende til patienterne i klinikkerne.

Materiale til pårørende og efterladte bør desuden være tilgængelig på selvmordsforebyggelse.dk, således at både fagpersoner og pårørende har let adgang til relevant materiale.

13. Materiale om støtte til børn og unge, som er pårørende eller efterladte til selvmord

Selektiv selvmordsforebyggende indsats

For at forebygge at børn og unge, som er pårørende eller efterladte efter selvmord, får selvmordstanker/handlinger, kan der, fx i regi af Sundhedsstyrelsen og med inddragelse af relevante aktører og myndigheder udvikles korte handlingsanvisende produkter. Produkterne kan omhandle, hvordan der kan iværksættes målrettet støtte, krisehjælp, debriefing og rådgivning. Arbejdet med udvikling af produkterne kan forankres i et rådgivende nationalt organ.

Mål 4

Børn og unge beskyttes mod skadeligt selvskadende og selvmordsrelateret indhold på internettet

Drivere:

- *Bedre information til børn, unge og forældre om tryk kommunikation om selvskade og selvmord på internettet*
- *Bedre information til fagpersonale om hvordan de håndterer digital adfærd*

Alt for mange børn og unge eksponeres i dag for skadeligt selvskade- og selvmordsrelateret indhold på internettet. Det kan have alvorlige konsekvenser for dem, som eksponeres for indholdet, da de har øget risiko for selvmordstanker og kan blive inspireret til lignende handlinger (20) (21).

Der anbefales derfor følgende tiltag:

14. Lettilgængelig viden og rådgivning om håndtering af selvmordsrelateret indhold på internettet til fagpersoner, forældre samt børn og unge i risiko for selvmordshandlinger

Universel selvmordsforebyggende indsats

Fagpersonalet i psykiatrien er i dag ikke tilstrækkeligt klædt på til at håndtere og skærme børn og unge fra skadeligt selvskadende- og selvmordsrelateret indhold på internettet. For at bidrage til at sikre lettilgængelig viden og rådgivning kan der oprettes et landsdækkende digitalt rejsehold med eksperter, som kan rådgive fagpersoner (f.eks. i psykiatrien og botilbud), myndigheder samt børn, unge og forældre om håndtering af selvmordsrelateret indhold på internettet.

Mål 5

Adgangen til metoder til selvmordshandlinger skal begrænses

Drivere:

- *Fortsat opmærksomhed på adgang til lægemidler, der kan anvendes til selvmord*
- *Der skal være bedre viden om hvilke metoder, der anvendes til selvmordshandlinger*
- *Handlingsanvisende viden om metoder til selvmord og forløbet op til et selvmord udbredes til relevante aktører*

Der er solid evidens for, at man ved at gøre det svært at få adgang til de metoder, der anvendes til selvmordshandlinger, kan være med til at reducere antallet af selvmord og selvmordsforsøg (22). I Danmark har denne tilgang tidligere vist sig effektiv, men der er fortsat betydeligt potentiale for at begrænse adgangen til metoder yderligere.

Der anbefales derfor følgende tiltag:

15. Fortsat opmærksomhed på at begrænse adgang til lægemidler, der bruges til selvmordshandlinger

Universel selvmordsforebyggende indsats

Allerede i dag har sundhedsmyndigheder, udleveringssteder og fagpersoner en række forpligtelser ift. at begrænse adgang til lægemidler, der bruges til selvmordshandlinger. Herunder bl.a. ift. regler om pakningsstørrelser samt ordination og udlevering af medicin mv. Der er behov for fortsat opmærksomhed på området, og udfordringer og behov i forhold til adgang til lægemidler bør løbende følges i et nationalt rådgivende organ, jf. anbefaling 19.

16. Kerneårsagsanalyse af selvmord i Danmark

Universel selvmordsforebyggende indsats

For at kunne forebygge selvmord bedre i Danmark, er der behov for at kende metoder og omstændigheder omkring selvmord langt bedre, end vi gør i dag. Der kan derfor foretages kerneårsagsanalyser af et repræsentativt udsnit af selvmord i Danmark. Analyserne vil være 360 graders undersøgelser af de omstændigheder, der har ledt op til selvmordet, anvendte metoder og hvordan lignende hændelser, kan forebygges i fremtiden.

Mål 6

Styrket forskning og data samt systematisk opfølgning på handlingsplanen

Drivere:

- *Udvikling af monitorering af metoder til selvmordshandlinger*
- *Udvikling af monitorering af selvmord og selvmordsforsøg i risikogrupper*
- *Styrket praksisnær forskning*
- *Systematisk opfølgning på implementering af handlingsplanen*

For at nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg er det helt essentielt at styrke den praksisnære forskning i selvmord, og at sikre et mere retvisende og tidstro datagrundlag. Det er desuden vigtigt at følge systematisk op på implementering af handlingsplanen, for at sikre at de iværksatte initiativer har den tilsigtede effekt.

Der anbefales derfor følgende:

17. Styrket praksisnær forskning i selvmordsforebyggelse

Universel selvmordsforebyggende indsats

I dag laves der dansk selvmordsforskning af høj kvalitet. Der er behov for at sikre og videreudvikle denne forskning særligt med fokus på praksisnær forskning i eksisterende selvmordsforebyggende indsatser. Allerede iværksatte initiativer og initiativer i en kommende handleplan, særligt på områder hvor evidensgrundlaget er mangelfuldt, bør følges op af forskning mhp. at evaluere effekten af indsatsen. Det er vigtigt, at forskningen har afsæt i at løse problemer i praksis, og at der afprøves og udvikles evidensbaserede metoder til at forebygge selvmord i tæt samarbejde mellem klinikere og forskere, så resultaterne kan bidrage til at understøtte og kvalificere praksis. Derfor anbefales det, at der afsættes varige midler til at styrke et eller flere eksisterende forskningsmiljøer.

18. Bedre datagrundlag

Universel selvmordsforebyggende indsats

Det vurderes, at der er behov for at samle relevante data på selvmordsområdet, og at disse bør være lettilgængelige og så tidstro, som muligt. Samtidig bør det eksisterende datagrundlag forbedres, således at det bliver muligt i endnu højere grad – og på sigt – at følge udviklingen i udvalgte risikogrupper og anvendelsen af metoder ved selvmord og selvmordsforsøg gennem FORSAM databasen. Styrkelsen af datagrundlaget skal ses i sammenhæng med udarbejdelsen af kerneårsagsanalyser på selvmord i Danmark (se afsnit 7.1).

19. Systematisk opfølgning af implementering af handlingsplanen

Universel selvmordsforebyggende indsats

For at sikre systematisk og løbende opfølgning af implementeringen af handleplanens initiativer, og at elementerne i handleplanen gennemføres koordineret og bliver forankret hos de aktører, som skal bidrage til at realisere dem, bør der nedsættes et nationalt rådgivende organ for det selvmordsforebyggende arbejde forankret i Sundhedsstyrelsen med centrale aktører på området. Rådet vil desuden have til formål at følge indikatorer og mål for handleplanen, udbrede viden og sikre samarbejde og synergi på tværs af sektorer og mellem aktørerne i det selvmordsforebyggende arbejde. Rådet kan etablere partnerskaber med eksterne aktører om selvmordsforebyggende indsatser og vil erstatte det nuværende partnerskab.

3. Mål 1 – bedre behandling og støtte til mennesker i risiko for selvmordshandlinger

Drivere

- Flere mennesker i risiko for selvmordshandlinger får en opfølgende indsats
- Indsatsen til mennesker i akut risiko for selvmordshandlinger styrkes
- Behandlingstilbuddene til mennesker med selvmordshandlinger styrkes

Anbefalinger

1. Indsatsen til mennesker i risiko for selvmordshandlinger etableres efter det støttende og ledsagende princip – med særligt fokus på personer med selvmordsforsøg og personer, der udskrives fra psykiatrien
2. Udvikling af tværsektoriel samarbejdsmodel på børne- og ungeområdet
3. Styrkelse af indsatsen til mennesker i akut risiko for selvmordshandlinger
4. Udbredelse af peers i psykiatrien og socialpsykiatrien
5. Flere skal have gavn af de selvmordsforebyggende klinikker
6. Systematisk indsats til kompetenceudvikling
7. Udbredelse og udvikling af selvmordsrisikovurderinger
8. Udbredelse af kriseplaner på sundheds- og socialområdet

For at nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg, er det essentielt at mennesker i risiko for selvmordshandlinger har let adgang til relevante tilbud af høj kvalitet. Det kræver at dem, der er i risiko opspores, at det er let at finde og få hjælp, at der er tilstrækkelige tilbud af høj kvalitet, og at der er sammenhæng i indsatsen.

Nedenstående initiativer skal ses i sammenhæng med en række andre initiativer i regi af 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed, som vil kunne sikre bedre behandling og støtte til mennesker i risiko for selvmordshandlinger. Bl.a. er arbejdet med at lave forløbsbeskrivelser for børn, unge og voksne med psykoselidelser og de faglige rammer for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel sat i gang i 2023. I 2024 skal arbejdet med at udarbejde og implementere en forløbsbeskrivelse for børn og unge med autismespektrumforstyrrelser, hurtig opstart i behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, model for en national psykiatrisk akuttelefon, styrkelse af akutte psykiatriske behandlingstilbud og udbredelse af botilbudsteams sættes i gang. Derudover er Social- og Boligstyrelsen fra 1. april 2024 i gang med at udvikle en forsøgsordning med etablering af afklaringspladser i socialpsykiatrien i samarbejde med 4-6 kommuner (23) samt udvikling og afprøvning af en social mentorordning (24).

3.1. Bedre sammenhæng i indsatsen til mennesker i risiko for selvmordshandlinger

Der tilbydes i dag ikke tilstrækkelig opfølgning af personer, som efter selvmordsforsøg har været tilset i akutmodtagelsen eller udskrives fra psykiatrien. Dansk forskning har fundet, at over halvdelen af dem, som tilses i akutmodtagelsen eller indlægges efter selvmordsforsøg ikke modtager opfølgende

behandling i psykiatrien (25). Det er kritisk, fordi det er en gruppe mennesker, der er i særlig høj risiko for selvmordshandlinger. Studier viser at 16% af dem, som har været på hospitalet pga. et selvmordsforsøg, kommer på hospitalet igen pga. gentaget selvmordsforsøg inden for det første år. Ca. en tiendedel af dem, som gentager handlingen, dør af selvmord i løbet af det første år (26) (27). 13 % af alle der tager deres eget liv, har tidligere haft selvmordsforsøg (5).

Også personer der udskrives fra psykiatrisk afdeling er i øget risiko for selvmordshandlinger. I den første uge efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling er selvmordsraten 200-400 gange højere end den generelle befolkning. Denne risiko er øget for patienter i alle diagnosegrupper, og der har ikke været nogen positiv udvikling (28). Patienter der er udskrevet efter indlæggelse i psykiatrien, tegner sig for en betydelig del af det samlede antal selvmord, og et dansk studie fandt, at hvis den højere selvmordsrisiko i denne gruppe nedbringes til niveauet i den generelle befolkning, kunne 25 procent af selvmord i Danmark forebygges (29).

Eftersom mennesker med selvmordsforsøg, som tilses i den somatiske og psykiatriske akutmodtagelse, samt mennesker som udskrives efter indlæggelse i psykiatrien, er i høj risiko for selvmordshandlinger, bør der være særligt fokus på at sikre, at de får tilstrækkelig opfølgning. Det er desuden vigtigt at være opmærksom på personer, der nyligt er diagnosticeret med en psykisk lidelse, da de også er i høj risiko for selvmordshandlinger. Da de allerede er i kontakt med sundhedsvæsenet, er der desuden konkrete muligheder for selvmordsforebyggelse.

Indsatsen bør etableres efter det støttende og ledsagende princip. Dette indebærer, at personer i risiko for selvmordshandlinger ikke slippes før anden støtte er iværksat. Indsatser på tværs af sektorer varetages sideløbende og koordineret.

Der bør arbejdes aktivt med at sikre en så høj grad af personkontinuitet i overgangen fra indlæggelse til ambulante behandling som muligt, f.eks. ved at personalet fra den ambulante psykiatri møder patienten forud for udskrivelse. Det er vigtigt, at alle medarbejdere, både i kommune og region, som er i kontakt med nyligt udskrevne, er opmærksomme på selvmordsforebyggelse og på at sikre en koordineret indsats. Det betyder blandt andet, at personalet på den psykiatriske afdeling, så tidligt som muligt inden udskrivelse, tager kontakt til relevante medarbejdere i den ambulante psykiatri og de kommunale forvaltninger. Derudover bør den opfølgende indsats styrkes ved at alle, der har været indlagt i psykiatrien eller tilset i psykiatrisk akutmodtagelse modtager et opfølgende opkald, ambulante- eller hjemmebesøg, alt efter hvad der i samråd med patienten vurderes at være behov for. Hjemmebesøg efter udskrivelse har været undersøgt i satspuljeprojektet SAFE, som ikke kunne påvise færre selvmordshandlinger på det psykiatriske center, hvor indsatsen blev indført, sammenlignet med andre psykiatriske centre. Dette kan dog skyl-

des, at der også var andre centre som forstærkede den opfølgende behandling i samme periode (30).

Hvis patienten har et ønske om at få mulighed for en brugerstyret indlæggelse, og der er indikation på, at det kan stabilisere patientens situation kan det, på baggrund af en konkret klinisk vurdering, overvejes at tilbyde brugerstyrede senge¹. International forskning tyder på, at brugerstyrede senge kan øge patienternes autonomi og er værdsat af patienterne, samt at den samlede indlæggelsestid på sigt kan mindskes. Der er dog fortsat begrænset evidens for effekten (31), og i et multicenter-studie fra Danmark fandt man ikke effekt på antal selvmordsforsøg (32).

I nogle regioner har der været iværksat særlige tiltag for at skabe bedre sammenhæng på tværs af den regionale psykiatri og kommunen for børn og unge i risiko for selvmordshandlinger (se boks). Der kan desuden hentes inspiration fra Pixi-bogen omhandlende tværsektorielt samarbejde (33).

Tiltag med fokus på sammenhæng på tværs af sektorer for selvmordstruede børn og unge Behandlingskæden i Region Syddanmark

Behandlingskæden sikrer opfølgning på tværs af somatik, psykiatri og kommune til børn og unge, der har haft et selvmordsforsøg. Behandlingskæden har klare ansvarsfordelinger og faste procedurer, som sikrer kommunal opfølgning og hjælp efter udskrivelsen. Som en del af samarbejdsstrukturen er der etableret kommunale selvmordsforebyggende teams (Selvfo Teams), hvor personalet er opkvalificerede som kommunens specialister til at yde støtte til selvmordstruede børn, unge og deres familier. Region Syddanmark har fundet, at det er muligt at organisere et hensigtsmæssigt tværsektorielt forløb. Det har dog ikke været muligt at vurdere, om tiltaget har reduceret antallet af selvmordsforsøg hos målgruppen (34).

Livsmød i Region Hovedstaden og 10 nordsjællandske kommuner

Livsmød er et netværk for fagpersoner, der arbejder med forebyggelses- og behandlingsindsatser til børn og unge (35). Netværket arbejder for at sikre udrednings- og behandlingskæder gennem faglig opkvalificering og netværksdannelse mellem hospitals- og kommunalt regi. Der er tilknyttet en række aktiviteter til Livsmød, såsom faglige temadage og en digital platform med kontaktoplysninger.

¹ De brugerstyrede senge er senge, der er reserveret til patienter med kontrakt til en brugerstyret indlæggelse. Patienterne har mulighed for selv at lade sig indlægge, når de oplever behov for det, og kontakter selv sengeafsnittet og aftaler indlæggelsen. Indlæggelsen må maksimalt vare i 5-7 dage.

3.2. Indsatsen til mennesker i akut risiko for selvmordshandlinger styrkes

Eftersom en del selvmordshandlinger er impulsive, og der ofte går mindre end 30 minutter fra tanke til selvmordshandling (36), er den akutte indsats essentiel i det selvmordsforebyggende arbejde. Styrkelse af den akutte indsats indeholder ifølge dansk forskning også et forebyggelsespotentiale. For eksempel peger forskning på, at man ved at forebygge selvmord blandt personer, som henvender sig i den psykiatrisk akutmodtagelse, kan reducere det samlede antal selvmord med 8% (29). Ved at forebygge selvmord blandt mennesker som ringer til hjælpelinjer for selvmordsforebyggelse, vil man desuden kunne reducere det samlede antal selvmord med 9% (29). Der tages dog forbehold for mulige overlap imellem grupperne.

Mennesker i akut risiko for selvmordshandlinger og mennesker, der skal behandles akut efter selvmordsforsøg, kan få hjælp i akutmodtagelser, på sygehusene og i de akutte udgående funktioner. Organisering og kompetencer i de eksisterende akuttillbud varierer dog på tværs af regionerne. Derudover er der i dag udfordringer i de psykiatriske akutmodtagelser, som er præget af utilstrækkelig bemanding og kompetencer (37), og mange patienter sendes hjem uden tilstrækkelig opfølgning (25) (38) (29). Der findes desuden sociale akuttillbud i enkelte kommuner, men der er stor variation i indhold, de er ofte anonyme, og det er ikke landsdækkende tilbud. Derudover tilbyder en række frivillige organisationer akut rådgivning ved selvmordstanker. Telefonrådgivningerne er anonyme, og har derfor ikke kompetence til at henvise til akuttillbud, visitere til indlæggelse eller igangsætte en opfølgende indsats. Mange opkald til de frivillige telefonrådgivninger, besvares desuden i dag ikke grundet manglende kapacitet, og lang ventetid grundet at de fleste af opkaldene foretages af de samme mennesker (39). Den betydelige variation i akuttillbud og visitation medfører, at det kan være svært for den enkelte at navigere i, hvem de skal kontakte, ligesom det betyder, at mange ikke visiteres rettidigt til den fornødne indsats. Det er en betydelig udfordring, eftersom let og hurtig adgang til akut hjælp kan være afgørende for et behandlingsforløb.

Organiseringen af den akutte indsats bør derfor understøtte, at personer i risiko for selvmordshandlinger kan få kvalificeret rådgivning og visitation til relevante akutte tilbud hele døgnet, og at de ved hvordan de får denne hjælp. Med aftalen *En Bedre Psykiatri* fra november 2023 (11), er der afsat midler til, at der udarbejdes og implementeres en model for en national psykiatrisk akuttelefon, fælles principper for visitation, og at de akutte psykiatriske behandlingstilbud styrkes. Det er vigtigt, at der er opmærksomhed på, at sikre at telefonen og de psykiatriske akuttillbud kan hjælpe mennesker i akut risiko for selvmordshandlinger. Det betyder blandt andet, at der bør være adgang til akut kvalificeret rådgivning og visitation hele døgnet – da tid er af afgørende betydning for mennesker i akut risiko for selvmordshandlinger. Arbejdet bør derfor have særligt fokus på tilgængelighed af telefonen, hvorfor udfordringen omkring, at de fleste opkald til telefonlinjer foretages af de samme mennesker også bør adresseres.

Det er også vigtigt, at akutmodtagelserne kan tilbyde kvalificeret hjælp til mennesker i risiko for selvmordshandlinger. Undersøgelser viser, at personale på somatiske akutmodtagelser ofte ikke har tilstrækkelig viden om behandling af mennesker i selvmordsrisiko, og jf. anbefaling 6 er det vigtigt, at denne gruppe modtager relevant kompetenceudvikling. Der bør også være opmærksomhed på at anvende kriseplaner i de akutte tilbud.

Det er desuden vigtigt, at personer i risiko for selvmordshandlinger, pårørende og fagpersoner har kendskab til, hvor personer i risiko for selvmordshandlinger kan få hjælp. I arbejdet med en psykiatrisk akuttelefon og styrkelse af de akutte psykiatriske tilbud, bør der således også være opmærksomhed på at hjælpe befolkningen med viden om, hvilke linjer/tilbud, der eksisterer, så den enkelte ikke ringer forgæves.

Partnerskabet til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg har lavet en hjemmeside www.selvmordsforebyggelse.dk (40), der bl.a. indeholder et overblik over tilbud og viden til personer i risiko for selvmordshandlinger, deres pårørende og fagpersoner. Der er dog behov for fortsat vedligeholdelse af hjemmesiden, således at alt information, som personer i selvmordsrisiko, deres pårøren-

de og fagpersoner har behov for, er tilgængeligt på hjemmesiden. Ligesom der er behov for at udbrede kendskabet til hjemmesiden.

3.3. Behandlingstilbuddene til mennesker i risiko for selvmordshandlinger styrkes

For at nedbringe antallet af selvmord er det helt essentielt at behandlingstilbuddene styrkes. Der bør være tilstrækkelige tilbud af høj kvalitet.

Indlæggelse

Danmark er det OECD-land, som har registreret den højeste selvmordsrate blandt mennesker med psykiske lidelser under indlæggelse (4). Hvor de fleste OECD-lande har en selvmordsrate under indlæggelse, som er lavere end 60 per 100.000 patienter, er selvmordsraten under indlæggelse i Danmark 111 per 100.000 patienter. Det skal dog bemærkes, at tallene fra OECD kan være præget af forskellig registreringspraksis. Et dansk studie, som undersøgte selvmord under indlæggelse fra 1997-2006 fandt, at 50 % af alle selvmord under indlæggelse skete uden for hospitalet, eksempelvis grundet orlov eller efter selv at have forladt afdelingen (41). Studiet fandt ligeledes, at 42 % af alle som tog deres eget liv under indlæggelse havde forsøgt selvmord tidligere. Selvmordsraten under indlæggelse på psykiatrisk afdeling, kan være en indikator for kvaliteten i den psykiatriske behandling (28), men det kan også være et udtryk for, at det ofte er de personer, der er i højest risiko for selvmordshandlinger, der indlægges.

Trygge, sociale relationer, som kan skabe håb og mindske den psykiske smerte og ensomhedsfølelse, har stor betydning for, om en person udvikler selvmordstanker og selvmordshandlinger (12). Tid og omsorg fra personalet er derfor også afgørende i forebyggelsen af selvmord under indlæggelse. Alt for mange mennesker i risiko for selvmordshandlinger, som har været indlagt i psykiatrien, oplever, at der mangler tilgængeligt personale, som de kan få en tillidsfuld og omsorgsfuld relation til. For at skabe rammer, som giver bedre muligheder for tid, omsorg og nærvær fra personalet, bør der være

fokus på, at sikre at personalet har tilstrækkeligt tid og mulighed for at være i miljøet på afdelingen. Det er desuden vigtigt, at personalet har kompetencer indenfor selvmordsforebyggelse, dvs. viden om hvordan man identificerer selvmordsrisiko, kriseplaner, digital adfærd og involvering af de pårørende (se nærmere i afsnit 3.4).

Det vil desuden være relevant at udbrede indsatser med peers i socialpsykiatrien og psykiatrien, både under indlæggelse og ambulant. Peers bruges i stigende grad i psykiatrien og socialpsykiatrien. I lyset af de gode erfaringer med peers indsatser, og at forskning peger på at peers fremmer recovery (13), vil det være relevant fortsat at udbrede indsatser med peers. Peers kan bidrage til at fremme oplevelsen af håb, hvilket er af afgørende betydning for mennesker i risiko for selvmordshandlinger. Derudover kan peers være med til at reducere stigmatisering.

De selvmordsforebyggende klinikker

De selvmordsforebyggende klinikker tilbyder behandling til mennesker med alvorlige selvmordstanker og/eller selvmordsforsøg, som ikke lider af alvorlige psykiske lidelser, der adresseres af andre behandlingstilbud. Der er evidens for, at behandling i de selvmordsforebyggende klinikker, forebygger gentagne selvmordsforsøg samt dødsfald af selvmord og andre årsager (42). Dog er der betydelige udfordringer i de selvmordsforebyggende klinikker i dag.

De selvmordsforebyggende klinikker har ikke kapacitet til at tilbyde behandling til alle i målgruppen, hvilket fører til lange ventetider eller manglede behandlingstilbud. I nogle af de regioner, hvor der ikke findes en særskilt selvmordsforebyggende klinik til børn og unge, er der mangel på personale, som er uddannet til at håndtere børn og unge. Flere klinikker mangler socialfagligt personale, der kan tage hånd om det tværsektorielle samarbejde, samt personale med kompetencer til at behandle neurodivergente patienter med en selvmordsproblematik. De selvmordsforebyggende klinikker oplever problemer med ventetider. Derudover betyder en generelt presset psykiatri, hvor patienter venter på udredning, og risikerer at udvikle selvmordstanker i ventetiden. Dette opleves bl.a. med voksne med ADHD.

Derudover forventes det, at flere er i målgruppen for klinikkerne, end dem der henvises i dag. Bl.a. oplever de selvmordsforebyggende klinikker manglende henvisninger fra de somatiske akutmodtagelser, som ligger i byer uden selvmordsforebyggende klinikker.

Hvem der kan få hjælp, hvilken type hjælp, og hvilke kvalifikationer den enkelte mødes af i de selvmordsforebyggende klinikker afhænger således af, hvilken region vedkommende bor i. Der er derfor behov for et løft af de selvmordsforebyggende klinikker, således at alle selvmordsforebyggende klinikker tilbyder:

- Behandling til alle uanset alder, som har alvorlige selvmordstanker og/eller selvmordsforsøg, og som ikke lider af alvorlige psykiske lidelser, der adresseres af andre behandlingstilbud
- Behandling med kort ventetid
- Booster-session eller gruppeforløb til tidligere patienter
- Både mulighed for selvhenvendelse og henvisning fra fagperson tilstræbes

Ydermere bør fagpersonalet opkvalificeres, således at de bl.a. uddannes i dialektisk adfærdsterapi, kognitiv adfærdsterapi, og Collaborative assessment and management of suicidality, CAMS (se afsnit 3.4). Der bør også sikres socialfaglige kompetencer og kompetencer til både at behandle børn, unge og voksne.

Indsatsen i de selvmordsforebyggende klinikker bør følges op af praksisnær forskning (læs nærmere i afsnit 8.1). Det vil være hensigtsmæssigt, hvis personalet, i takt med at de kompetenceudvikles, medvirker til at kompetenceudvikle andre fagpersoner (se afsnit 3.4), samt tilbyder sparring/rådgivning til frontpersonale om specifikke patienter.

3.4. Systematisk indsats til kompetenceudvikling skal medvirke til at flere i risiko for selvmord opspores og skabe bedre kvalitet og sammenhæng i indsatsen

For at forebygge selvmord og selvmordsforsøg er det afgørende, at mennesker i risiko identificeres og får tilbudt den rette hjælp (36). Mennesker i risiko for selvmordshandlinger indgår i sammenhænge på mange forskellige områder, som f.eks. social, beskæftigelse, ældre, skole- og sundhedsområdet, og på arbejdspladser. De forskellige faggrupper, som møder mennesker i risiko for selvmordshandlinger, bl.a. personale i psykiatrien, somatisk akutmodtagelse, rusmiddelcentre, botilbud, hjemmeplejen mm. har en vigtig rolle i forhold til at sikre, at mennesker i risiko får den rette hjælp. Det kræver at personalet har de rette kompetencer, herunder viden om hvordan man identificerer selvmordsrisiko, hvor der kan søges yderligere hjælp, kriseplaner, digital adfærd og involvering af de pårørende. Desværre mangler mange faggrupper, som arbejder med mennesker i risiko for selvmordshandlinger uddannelse og vejledning i forhold til at identificere og håndtere personer i risiko for selvmordshandlinger (43) (26). Eftersom manglende viden er en af de primære årsager til stigmatisering, vil kompetenceudvikling af fagpersoner, der møder mennesker i risiko for selvmordshandlinger, også kunne bidrage til afstigmatisering (44) (45).

Det kan bl.a. gøres gennem kompetenceudvikling. Der findes i dag nogle gode læringsredskaber for eksempel det nationale e-læringsprogram, som er udbredt i psykiatrien i alle regioner. Der er også ved at blive udviklet undervisningsmateriale til andre faggrupper, blandt andet personale i ældreplejen. De hidtidige initiativer omfatter dog kun en afgrænset del af målgruppen og er samtidig midlertidigt finansieret.

For at understøtte, at de relevante faggrupper får adgang til kompetenceudvikling indenfor selvmordsforebyggelse, uanset hvor i landet de arbejder, kan der udvikles en mere systematisk tilgang til kompetenceudvikling. Indsatsen bør tage afsæt i de gode indsats, som mange aktører allerede har i dag og fokusere på at disse udbredes yderligere, at de tager afsæt i forskning og bedste viden og at der udvikles undervisningsindsatser på de områder, hvor de i dag ikke findes.

Der bør være fokus på at sikre kvalitet, geografisk lighed og hensigtsmæssig prioritering af midler, hvorfor det vil være hensigtsmæssigt, at der er et samarbejde imellem dem, som udarbejder undervisningsmaterialet, og dem som underviser,

ligesom det er hensigtsmæssigt, at udviklingen af undervisningsmateriale sker koordineret for at undgå overlap eller huller samt for at skabe ensretning på tværs af regioner og klinikker.

I dag varetager de selvmordsforebyggende klinikker undervisning af andre fagpersoner i deres region, men grundet kapacitetsudfordringerne i de selvmordsforebyggende klinikker, foregår det kun i et begrænset omfang og i varierende grad fra region til region. I takt med kapacitetsløftet i de selvmordsforebyggende klinikker (se afsnit 3.3), kan det overvejes, om de selvmordsforebyggende klinikker også fast kan være med til at undervise relevante fagpersoner.

Kompetenceudvikling målrettet forskellige faggrupper

Forskellige faggrupper har forskellige behov. Der kan eksempelvis skelnes mellem følgende målgrupper:

1. *Fagpersoner som har sporadisk kontakt til mennesker i risiko for selvmordshandlinger f.eks. præster, lærere, ambulanceførere, uddannelsesvejledere, politi, medarbejdere i jobcentre mm.*

Disse fagpersoner skal have grundlæggende viden om selvmord, således at de kan identificere mennesker i risiko for selvmordshandlinger, samt kende deres handlingsveje. De skal desuden være bekendt med de muligheder, der findes for opfølgning efter selvmordsforsøg. Ydermere bør de fagpersoner, som har kontakt til efterladte efter selvmord vide, hvordan de bedst kan hjælpe de efterladte.

2. *Fagpersoner som er i direkte, længerevarende eller akut kontakt med mennesker i høj risiko for selvmordshandlinger f.eks. personale i somatiske akutmodtagelser og somatiske intensive afdelinger, bostøtte og personale på botilbud, sociale akuttillbud, hjemmeplejen og rusmiddelbehandling.*

Disse fagpersoner uddannes i at håndtere selvmordsrisikovurderinger, blandt andet med henblik på at få en individuel, fordomsfri, tillidsfuld og hjælpsom dialog, samt at udarbejde kriseplaner, håndtering af digital adfærd og sikre rette hjælp og behandling til mennesker i risiko for selvmordshandlinger. Ydermere bør de fagpersoner, som har kontakt til efterladte efter selvmord vide, hvordan de bedst kan hjælpe de efterladte.

3. *Fagpersoner som har direkte behandlingsopgaver for mennesker i høj risiko for selvmordshandlinger f.eks. personale i de selvmordsforebyggende klinikker, praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer og personale på psykiatriske sengeafsnit og i ambulante psykiatriske tilbud.*

Disse fagpersoner uddannes i at håndtere selvmordsrisikovurderinger, udarbejde kriseplan, håndtere digital adfærd og behandle mennesker i risiko for selvmordshandlinger bl.a. ved dialektisk adfærdsterapi, kognitiv adfærdsterapi og CAMS. Ydermere bør de fagpersoner, som har kontakt til efterladte efter selvmord vide, hvordan de bedst kan hjælpe de efterladte.

For at sikre at kompetenceudviklingen bidrager til afstigmatisering kan undervisningsmaterialet inddrage erfaringer fra mennesker med egne erfaringer. Forskning har vist, at inddragelse af mennesker med egne erfaringer, med brug af metoden social kontakt, er den mest effektive metode til afstigmatisering (44) (45) (46) (47). Afstigmatisering og kompetenceudvikling bør foregå løbende, som en del af hverdagen, og ikke som et enkeltstående kursus (44) (48). Materialet bør være tilgængeligt på selvmordsforebyggelse.dk.

Den eksisterende viden på området viser, at fagpersonale føler sig bedre rustet til at italesætte selvmordstanker efter kompetenceudvikling (22), men der er ikke klar evidens for at kompetenceudvikling fører til færre selvmord.

3.5. Udbredelse og udvikling af bedre selvmordsrisikovurderinger skal styrke opsporing af mennesker i risiko, sammenhæng og kvalitet i indsatsen

Selvmordsrisikovurderinger indgår i dag i de regionale retningslinjer i psykiatrien. Retningslinjerne varierer fra region til region. Nogle af de situationer, hvor de forskellige retningslinjer anviser, at der skal foretages risikovurderinger er bl.a. ved akutte henvendelser, der ikke fører til indlæggelse, indlæggelse/indledende ambulant besøg, flytning til andet afsnit/afdeling/ambulatorie, udgang/orlov, udskrivning/afslutning på forløb og ved væsentlige ændringer i patientens tilstand/situation.

Selvmordsrisikovurderinger anvendes til at identificere mennesker i risiko for selvmordshandlinger med henblik på at iværksætte forebyggende tiltag. Selvmordsrisikovurderinger er således et vigtigt selvmordsforebyggende redskab, men der er mulighed for forbedring på området. International

forskning peger på, at de fleste der tager deres eget liv ikke identificeres i høj risiko ved seneste selvmordsrisikovurdering (12, 48). Dog er det vigtigt at understrege, at patienter der identificeres i høj risiko, som oftest også er det (14). Årsagerne til at mange, der efterfølgende har selvmordshandlinger ikke fortæller om deres selvmordstanker, kan bl.a. skyldes manglende tillid til personalet, frygt for at blive underlagt begrænsninger under indlæggelse, eller for at undgå at få afbrudt sin selvmordshandling (14). Derudover varierer selvmordstanker- og handlinger i intensitet og ofte går der mindre end 30 minutter fra tanke til selvmordshandling (36). Derudover kan manglende ressourcer også have betydning. Forskning har vist, at patienter ikke har noget imod at blive spurgt om selvmordstanker, men at de ikke finder det hjælpsomt, hvis spørgsmålet fremstår som en tjekliste (14).

Nyere forskning på området peger på, at der er behov for en samlet psykosocial vurdering, som afdækker hvad patientens situation er, og hvad patienten har behov for i den aktuelle situation (14). Det vil derfor være hensigtsmæssigt, hvis der i samarbejde med klinikere og personer med egne erfaringer sker en videreudvikling af selvmordsrisikovurdering i overensstemmelse med nyeste forskning på området. Forskning på området peger bl.a. på vigtigheden af, at personalet får tid til at lave en samlet psykosocial vurdering, og samtidig kan opbygge en god relation med den enkelte, som kan muliggøre en tillidsfuld, individuel, fordomsfri, og hjælpsom dialog (14). Selvmordsrisikovurderingen bør i videst muligt omfang tilstræbes at foretages af en person, som har en god relation til patienten/borgeren. Det kræver kapacitet, at have en anden tilgang til selvmordsrisikovurderingerne, således at der kan skabes tid til dialog, og at personalet oplever at have mulighed for at handle. Udviklingen af selvmordsrisikovurdering kan derfor foregå i takt med den kapacitetsopbygning, som skal ske i psykiatrien, som led i 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed (10).

3.6. Udbredelse af kriseplaner skal styrke opsporing, sammenhæng og kvalitet i indsatsen

Udvikling af en individuel kriseplan er et vigtigt selvmordsforebyggende redskab. Der er god videnskabelig evidens for, at kriseplaner kan nedsætte selvmordsadfærd (15). Kriseplaner er et redskab, som udarbejdes i samarbejde mellem borger/patient og personale med henblik på at lægge en plan for, hvordan den enkelte kan håndtere selvmordskriseskriser fremadrettet (14). Intentionen er, at patienten på egen hånd kan bruge kriseplanen.

Personer i øget risiko eller tidligere øget risiko for selvmordshandlinger bør have en kriseplan. I dag er kriseplaner en del af de regionale retningslinjer i psykiatrien og anvendes også i de selvmordsforebyggende klinikker, men de bør udbredes yderligere. For at understøtte og intensivere brug af kriseplaner igennem hele forløbet, kan der arbejdes

med kriseplan flere steder, fx under indlæggelse, i ambulante forløb, på somatiske akutmodtagelser, somatiske intensivafdelinger, socialpsykiatriske botilbud, bostøtter, sociale akuttilbud, anbringelsessteder for børn og unge, plejehjem/hjemmepleje, praktiserende læger, praktiserende psykolog, rusmiddelbehandling mm. Den samme kriseplan bør anvendes på tværs af sundheds- og socialområdet, og der bør være sammenhæng, så personalet i begge sektorer støtter op om borgerens/patientens kriseplan uanset i hvilken sektor, den er udarbejdet. Der er desuden udarbejdet digitale løsninger til kriseplaner.

Der bør i kompetenceudviklingen af personalet (se afsnit 3.4), undervises i udarbejdelse og brugen af kriseplaner. Det vil være relevant at følge udviklingen i brugen af kriseplaner nationalt mhp. at understøtte, at der sker den nødvendige udvikling. Sideløbende hermed bør det undersøges, om der er behov for at lovgive ift. brugen af kriseplaner.

Kriseplaner

Kriseplaner er et redskab som udarbejdes til personer i øget risiko eller tidligere øget risiko for selvmordshandlinger i samarbejde mellem borger/patient og personale med henblik på at lægge en plan for, hvordan den enkelte kan håndtere selvmordskriseskriser fremadrettet. Kriseplanen kan opdeles i tre niveauer:

1. Personlige mestringsstrategier

Personlige mestringsstrategier er handlinger, som patienten selv kan iværksætte uden at involvere andre. Det kan være at prøve at berolige sig selv for eksempel ved bevidst at flytte sin opmærksomhed mod noget rart og beskytte sig mod stresspåvirkninger. Strategier skal udvælges af patienten selv, eventuelt med udgangspunkt i hvad der blev oplevet som hjælpsomt under den senest oplevede krise. Kriseplan bør opdateres løbende med udgangspunkt i erfaringer, som det selvmordstruede menneske har gjort sig i forhold til gavnlige tiltag ved tidligere kriser.

2. Involvering af personligt netværk i form af familie og venner.

Det er ofte de nærmeste pårørende, som patienten henvender sig til i kritiske situationer. Gennem samarbejde med de pårørende kan planen udformes så den beskriver, hvad patienten ønsker, at de pårørende skal gøre, hvis patienten har bekymrende adfærd.

3. Hjælp hos professionelle eller frivillige

Hvis personlige mestringsstrategier og kontakt til pårørende ikke er tilstrækkeligt, bør der præciseres hvilke konkrete handlemuligheder den enkelte har for at få faglig hjælp.

4. Mål 2 – afstigmatisering af selvmordstanker og selvmordshandlinger

Drivere

- Den generelle befolkning har bedre viden om, hvilke muligheder der er for at få hjælp ved selvmordstanker- og handlinger, og hvordan den enkelte kan bidrage med at give håb til mennesker i risiko for selvmordshandlinger.
- Fagpersoner har bedre viden om selvmord og selvmordsforebyggelse

Anbefalinger

- g. Løbende afstigmatiserings- og oplysningsindsatser målrettet udvalgte risikogrupper

Målrettet styrkelse af arbejdet med afstigmatisering af selvmordshandlinger og psykiske lidelser er centralt for at forebygge selvmord, idet det kan medvirke til, at flere, der er i øget selvmordsrisiko, opsøger og modtager den nødvendige hjælp og støtte.

4.1. Afstigmatisering i befolkningen

Der er betydelig stigmatisering forbundet med selvmord. Det er en udfordring, eftersom stigma omkring selvmord kan forhindre mennesker i risiko for selvmordshandlinger i at søge hjælp, og andre i at tilbyde deres hjælp (49). Det afspejler sig blandt andet i resultaterne fra et nyt metastudie fra Australien, som fandt, at mellem 50-60% af mennesker, der oplever selvmordstanker og selvmordshandlinger, ikke tilkendegiver disse overfor andre (50). Stigmatisering påvirker også de pårørende og efterladte, som kan undlade at række ud efter hjælp af frygt for at blive mødt med afvisning, fordømmelse eller tavshed (51) (44). Mediedækning af selvmord og selvmordsforsøg spiller også en vigtig rolle i afstigmatisering og forebyggelse af selvmord i befolkningen. Medierne kan være med til at fastholde

stigmatisering gennem stereotype fremstillinger af personer, der har taget eller forsøgt at tage deres eget liv. Forskning peger på, at medierapporteringer med dramatiserende effekter eller detaljerede oplysninger om metoder eller beretninger om berømte personers selvmordshandlinger fører til kopihandlinger (54) (55). Samtidig kan medier og kommunikation i det hele taget om selvmord og selvmordsforsøg være med til at formidle nyttig information, f.eks. med personlige fortællinger, der sætter fokus på håb, hvordan man kan tackle eller mestre belastende livsomstændigheder eller selvmordstanker og henvisning til, hvor man kan få hjælp (44) (57). Der er evidens for, at præsentation af positive rollemodeller kan reducere selvmordstanker og øge hjælpsøgende adfærd (58).

WHO's medieguidelines anviser, hvordan selvmord kan kommunikeres (57). Undersøgelser viser dog, at medieguidelines til dækning af selvmord ofte ikke er implementeret tilstrækkeligt i praksis (59) (44). Flere aktører tager i dag kontakt til medierne ved uhenigtsmæssig rapportering, men der er fortsat behov for at udbrede kendskabet til WHO's guidelines.

For at fremme viden og skabe mere åbenhed og mindre berøringsangst i befolkningen er der samtidig behov for kontinuert at gennemføre kommunikationsindsatser, som bidrager til afstigmatisering på befolkningsniveau. Dette kan bl.a. ske gennem oplysnings- og afstigmatiseringsindsatser med personlige fortællinger målrettet forskellige relevante risikogrupper f.eks. ældre mænd, personer med alkohol- og stofmisbrug, LGBT+ personer og personer med psykiske lidelser. Indsatsen bør sætte fokus på håb, hvordan man kan tackle eller mestre belastende livsomstændigheder eller selvmordstanker, hvordan man mindsker selvstigmatisering og hvor man kan få hjælp (44). Indsatsen kan med fordel foregå i regi af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af mennesker med egne erfaringer, og efter rådgivning af et nationalt rådgivende organ (se afsnit 8.3).

4.2. Afstigmatisering blandt fagpersonale

Selvom der både i psykiatrien og i somatikken arbejdes med stort engagement og høj faglighed for, at patienter får den bedst mulige behandling, er stigmatisering stadig en udfordring blandt fagpersoner på social- og sundhedsområdet, herunder både i somatikken og psykiatrien. Stigmatisering blandt fagpersonale er ofte utilsigtet, men kan betyde at den enkelte bliver mødt af moralisering, afvisninger og nedladende tale. Dette kan resultere i, at vedkommende ikke henvises til den relevante behandling og til en forværring af selvmordstanker (52) (48). Det kan også være med til at forstærke selvstigmatisering². Selvstigmatisering kan afføde negative følelser om en selv, som også kan gøre det svært at opsøge hjælp på et senere tidspunkt (53).

Manglende viden er en af de primære årsager til stigmatisering (44) (45), hvorfor kompetenceudvikling indenfor selvmordsforebyggelse er en vigtig indsats til afstigmatisering blandt fagpersoner (læs nærmere i afsnit 3.2.).

² Selvstigmatisering betyder at den enkelte accepterer samfundets negative og stigmatiserende holdninger som sande.

5. Mål 3 – styrket indsats til efterladte efter selvmord og pårørende

Drivere

- Pårørende til personer med selvmordstanker eller selvmordsforsøg inddrages og modtager relevant støtte
- Efterladte efter selvmord modtager relevant støtte

Anbefalinger

10. Pårørende inddrages systematisk i behandlingen af mennesker i risiko for selvmord
11. Lettilgængelig støtte til pårørende i de selvmordsforebyggende klinikker
12. Materiale om støtte til børn og unge, som er pårørende eller efterladte til selvmord

For at forebygge selvmord og selvmordsforsøg blandt efterladte efter selvmord er det vigtigt, at de tilbydes den rette støtte efter tabet. Det er ligeledes vigtigt at sikre, at pårørende til personer med selvmordstanker og/eller handlinger støttes, således at de har bedst mulige betingelser for at beskytte dem selv og bidrage til at forebygge selvmordshandlinger blandt deres nærmeste.

Pårørende henviser i nærværende oplæg til personer, der har en nær relation til en person, der har selvmordstanker eller selvmordsforsøg. Det kan være et familiemedlem, partner, en nær ven eller en anden person, som den enkelte har en nær relation til.

Efterladte henviser i nærværende oplæg til personer, der har mistet en person til selvmord, som de havde en nær relation til. Det kan være et familiemedlem, partner, en nær ven eller en anden person, som den enkelte havde en nær relation til.

5.1. Selvmordsforebyggelse blandt efterladte

Forskning viser, at omkring halvdelen af befolkningen vil opleve, at en person, de kender, dør af selvmord, og ca. en tredjedel af befolkningen vil opleve, at de mister en til selvmord, som står dem så nær, at de påvirkes følelsesmæssigt af selvmordet (2).

Det er vigtigt, at efterladte får den hjælp, de har brug for efter tabet, da de selv er i risiko for selvmordshandlinger. I et dansk studie estimeres det, at et ud af 145 selvmord i Danmark foretages af en, som har mistet deres partner eller nært familiemedlem til selvmord. Personer, der har mistet deres partner til selvmord, er også i højere risiko for psykiske- og fysiske helbredsproblemer, sygefravær, arbejdsløshed og at få førtidspension sammenlignet med den generelle befolkning (7).

Den nuværende psykologordning til efterladte efter selvmord er begrænset til pårørende til den afdøde og er tidsbegrænset til 6 måneder. En del efterladte henvender sig dog først senere. Et studie over henvendelser til organisationen NEFOS, som tilbyder støtte til efterladte, viste at størstedelen (2 ud af 3) henvendte sig senere end 6 måneder efter tabet (62). Typisk henvender efterladte sig først fra 12-24 mdr. efter tabet. Den tidsmæssige begrænsning kan derfor udfordre, at efterladte får støtte ved behov. Derudover er det uhensigtsmæssigt, at efterladte, som ikke er i familie med den afdøde, ikke er berettiget til tilskud til psykologhjælp. Der er iværksat en modernisering af psykologordningen.

Børn, hvis forælder har forsøgt selvmord eller har taget sit eget liv, er også i væsentligt øget risiko for selvmordsadfærd som voksen (63). Når et barn eller ung mister et familiemedlem til selvmord, er familierne og dermed de voksne omsorgspersoner i en voldsom krise. Ofte er det svært at få sammenhængende hjælp til familien med risiko for mistrosvsel hos de berørte børn og unge, og med konsekvenser senere i deres voksenliv. Ligeledes er der behov for hjælp til de berørte børn og unge udover den nærmeste familie, som berøres af selvmordet.

5.2. Selvmordsforebyggelse gennem støtte og inddragelse af de pårørende

Dansk forskning viser, at hver fjerde dansker kender en, som har forsøgt at tage sit eget liv, og hver tiende har oplevet, at en, som de havde et tæt eller meget tæt forhold til, har forsøgt at tage sit eget liv (64).

Flere studier har vist, at inddragelse af pårørende kan være en effektiv metode til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg (16) (17) (18) (19). Pårørende inddrages og støttes dog ikke tilstrækkeligt i dag. Danske forskningsresultater fandt, at halvdel af de pårørende til mennesker, som har forsøgt selvmord, ikke følte at de fik støtte nok (64).

Fagpersoner, der er i tæt kontakt med mennesker i risiko for selvmordshandlinger og deres pårørende, har en særlig opgave i forhold til at informere og klæde pårørende på til at kunne hjælpe deres nærmeste. Fagpersoner bør også have fokus på aktivt og systematisk at inddrage de pårørende (uanset alder og om det er en familiær relation eller ej) i behandlingen af mennesker i risiko for selvmord, og for at inkludere pårørende i behandlingstilbud, som f.eks. familierapi. Dette kan gøres ved, at fagpersonerne aktivt spørger ind til, om der er pårørende, man må kontakte. Der er ligeledes behov for at klæde pårørende på til bedre at kunne se, hvornår deres nære er i øget selvmordsrisiko. Dette kan gøres ved at give pårørende mulighed for bl.a. psykoedukation, copingstrategier og kommunikative redskaber, så de får en bedre forståelse for selvmordsadfærd. Det er ligeledes vigtigt at følge op på de pårørendes oplevelse og egenomsorg med interventioner som f.eks. kan have psyko-

dukative, kognitive adfærdsterapeutiske og familie-krise-intervenerende elementer (65) (66) (16) (67). Sundhedspersonalet har også en særlig rolle i forhold til at kunne afdække, hvilket behov den enkelte pårørende har. Derudover er der behov for, at pårørende er informerede om hvordan, og hvor de kan få hjælp, både for den selvmordstruede, men også for sig selv. Dette kan med fordel fremgå af behandlingsplanen og kriseplanen.

For at sikre bedre støtte til pårørende, vil det være hensigtsmæssigt at integrere tilbud til pårørende i behandlingen af mennesker i risiko for selvmordshandlinger. De selvmordsforebyggende klinikker har i dag tilbud til pårørende, men de omfatter langt fra alle, og tilbuddene varierer betydeligt i karakter og omfang. Der er derfor behov for et løft og ensartning af tilbuddene til pårørende i de selvmordsforebyggende klinikker, således at der i alle selvmordsforebyggende klinikker er tilbud om støtte til pårørende.

Det vil være hensigtsmæssigt at have peer-baserede elementer i de tilbud, der eksisterer og udvikles til pårørende, såsom regionale forældrementorer og pårørendementorer (68) (69). Tilbud til pårørende kan med fordel udvikles i samarbejde med pårørendeorganisationer.

Der eksisterer i dag en række materialer til pårørendeorganisationer som f.eks. Bedre Psykiatri, Livs-linien, Psykiatrifonden og SIND, der har publiceret guides samt yder støtte og rådgivning til pårørende. Derudover arbejder DRISP på at udvikle en hjemmeside med information til forældre til børn med selvmordshandlinger. Der er dog behov for at sikre at materialet er let tilgængeligt og evt. supplere det eksisterende materiale. For at sikre at materialet er lettilgængeligt, kan det med fordel samles på hjemmesiden www.selvmordsforebyggelse.dk. Materialerne til pårørende kan med fordel udarbejdes i samarbejde med personer med egne erfaringer (44) (47).

Børn, hvis forælder har forsøgt selvmord eller har taget sit eget liv, er i væsentligt øget risiko for selvmordshandlinger som voksne (63). Der er desuden risiko for, at søskende til en med selvmordstanker/handlinger bliver glemt, og derfor ikke får den fornødne hjælp, fordi fokus i højere grad kommer til at være på det barn, der er i risiko for selvmord (70).

6. Mål 4 – børn og unge beskyttes mod skadeligt selvmordsrelateret indhold på internettet

Drivere

- Bedre information til børn, unge og forældre om tryk kommunikation om selvskaade og selvmord på internettet
- Bedre information til fagpersonale om hvordan de håndterer digital adfærd

Anbefalinger

13. Lettilgængelig viden og rådgivning om håndtering af selvmordsrelateret indhold på internettet til fagpersoner og forældre samt børn og unge i risiko for selvmordshandlinger

Alt for mange børn og unge eksponeres i dag for skadeligt selvskaade- og selvmordsrelateret indhold på internettet. Det kan have alvorlige konsekvenser for dem, som eksponeres for indholdet, da de har øget risiko for selvmordstanker og kan blive inspireret til lignende handlinger (20) (21). Der bør iværksættes initiativer, som informerer børn, unge, forældre og fagpersoner om digital adfærd.

6.1. Børn og unge eksponeres for skadeligt selvskaade- og selvmordsrelateret indhold på internettet

Inden for de seneste få år er der sket en markant stigning i mængden af skadeligt indhold om selvskaade, selvmordsforsøg og selvmord på internettet. Mængden af platforme og nye teknologier, herunder kunstig intelligens, hvor dette skadelige indhold kan spredes, er ligeledes stigende. Center for Countering Digital Hate fandt i 2022, at en profil på det sociale medie TikTok med en alder sat til 13 år, kan blive eksponeret for skadeligt selvmordsrelateret indhold efter kun 2,6 minutter inde på platformen (71). En dansk undersøgelse af TikToks algoritme viste, at ud af fire sårbare profiler fik to af

profilerne allerede efter et kvarter et feed, der i intervaller eksponerede brugeren for mellem 70-80% indhold relateret til depression og selvskaade (72). Et studie af det sociale medie Tumblr fandt, at 9% af indholdet var relateret til depression, selvskaade og selvmordsadfærd (73).

Selvmordsrelateret indhold på sociale medier kan have alvorlige konsekvenser for dem, som eksponeres for indholdet, da de har øget risiko for selvmordstanker og kan blive inspireret til lignende handlinger (20) (21). Et studie fra 2023 fandt, at eksponering for selvskaadende billeder på sociale medier var associeret med øgede selvmordstanker og med ikke at kunne se grunde til at leve (74). Andre studier har fundet, at det at blive eksponeret for skadeligt selvskaade- og selvmordsrelateret indhold online, direkte er forbundet med selvskaade- og selvmordstanker og selvskaade- og selvmordsadfærd. Der er dog tale om tværsnitsundersøgelser, hvilket betyder, at det ikke er muligt at sige om den enkelte allerede havde tanker om selvskaade og selvmord, inden eksponering for indholdet (75). Det kan også have alvorlige konsekvenser for dem, som deler materialet, da de som følge af den opmærksomhed de opnår, kan blive opmuntret til farligere handlinger (20) (21).

Størstedelen af det skadelige selvskadende og selvmordsrelaterede indhold på nettet findes på sociale medier i både åbne og lukkede fora. I disse fora deler unge, der i forvejen har selvskade- eller selvmordstanker, erfaringer og tips til selvskade og selvmord (76). Ifølge forskning er det især piger og unge kvinder med psykiske lidelser, der opsøger foraene for at finde støtte og forståelse fra andre med lignende problemer (77), og lukkede online fora kan da også have positive effekter (74). Problemet er imidlertid, at foraene ofte bliver til destruktive fællesskaber, hvor de unge i stedet inspirerer og opfordrer hinanden til lignende handlinger, for eksempel ved at dele konkrete tips vedrørende metoder til selvmord (76). Samtidig kan det være svært at komme ud af det digitale fællesskab igen, da de unge ofte ikke har lyst til at opgive fælles-

skabet med ligesindede og den omsorg og opmærksomhed, det ofte medfører at være en del af fællesskabet. I de digitale fællesskaber bliver de unge også vidne til andre med selvmordstanker/handlinger. Det er et stort ansvar de unge står med, når de hører om andres selvmordstanker- og planer, og forskning har vist, at flere af de unge oplever det som en byrde, at vide, at de måske er det andet menneskes eneste hjælp (78). Derudover kan der også opstå en kultur, hvor de unge kommer til at indgå i en indbyrdes konkurrence, hvor de bevidst eller ubevidst prøver på at overgå hinanden i at lægge mest ekstremt indhold op (21).

I nedenstående boks fremgår det indhold, som vurderes skadeligt.

Følgende selvskade og selvmordsrelaterede indhold vurderes at være skadeligt³:

- Detaljeret instrueret information om selvskade og selvmordsmetoder
- Grafiske billeder af selvskade, selvmord eller selvmordsforsøg
- Videoer eller live-streams af selvskade selvmord eller selvmordsforsøg
- Opslag, der opfordrer til, glamouriserer eller fejrer selvskade, selvmordsforsøg eller selvmord
- Opslag, hvor personer søger opfordring til selvmord eller selvmordsforsøg
- Opslag, hvor personer opfordrer andre til selvskade, selvmord eller selvmordsforsøg
- Opslag relateret til selvskade eller selvmords-challenges

Derudover findes der hjemmesider, der er alt for nemt tilgængelige, for eksempel hjemmesider med eksplicite metoder til selvmord, og nye metoder spredes nemt på internettet (79). Det vil være hensigtsmæssigt, hvis en søgning af metoder til selvmord ledte til at der blev henvist til, hvor man kan søge hjælp.

Samtidig er regulering af området under udvikling. Senest er EU's forordning om digitale tjenester ved at blive udrullet. Forordningen om digitale tjenester har til formål at forebygge ulovlige og skadelige aktiviteter på internettet og spredning af misinformation (80).

³ Disse punkter er inspireret af den britiske organisation Samaritans nyeste rapport *Towards a suicide-safer internet* (130), som er udarbejdet i forbindelse med den britiske regerings lovforslag *The Online Safety Bill* (131). *The Online Safety Bill* er den britiske regerings plan for et mere sikkert internet

6.2. Lettilgængelig viden og rådgivning om håndtering af selvmordsrelateret indhold på internettet til fagpersoner og forældre samt børn og unge i risiko for selvmordshandlinger

Det er vigtigt, at børn, unge, forældre og fagpersoner har let adgang til information og rådgivning om håndtering af selvmordsrelateret indhold.

De skadelige selvmordsrelaterede grupper på sociale medier er præget af en omfattende tavshedskultur, som kan betyde, at medlemmerne af grupperne ikke tør tage kontakt til fagpersonale og pårørende i frygt for at blive ekskluderet af gruppen (75) (21).

Et amerikansk review fandt, at teenagere og unge voksne er mere tilbøjelige til at dele deres selvmordstanker og planer på sociale medier som Facebook og Twitter uden at dele de samme tanker med fagpersonale (81). Personale i psykiatrien giver ligeledes udtryk for, at de er opmærksomme på udfordringerne ved skadeligt selvmordsrelateret indhold på sociale medier, men at de mangler viden om, hvordan de digitale fællesskaber er opbygget, og omkring hvilke muligheder de har for at håndtere og afskærme patienterne fra det skadelige selvmordsrelaterede indhold (21).

Det vil være hensigtsmæssigt, at fagpersoner f.eks. i psykiatrien mere systematisk spørger ind til patienternes digitale adfærd. I flere regioner er dette allerede i gang eksempelvis i projektet TEENS Feasibility trial (82).

Idet problematikken stadig er forholdsvis ny, og der derfor generelt mangler viden på området, kan der oprettes et landsdækkende digitalt rejsehold med eksperter, som kan rådgive fagpersoner (f.eks. i psykiatrien og på botilbud) samt børn, unge og forældre om håndtering af selvskade- og selvmordsrelateret indhold på internettet.

Vejledningen kan eventuelt understøttes af udvikling af relevante vidensprodukter, såsom retningslinjer for kommunikation om selvmord på internettet⁴ og tilhørende informationskampagner. Det digitale rejsehold kan eksempelvis være statsligt, regionalt eller kommunalt forankret. Internationalt etableres desuden online chatforum, hvor børn og unge, der har selvmordstanker, kan søge online og skriftlig hjælp hos uddannede medarbejdere. Et sådan tilbud findes i Canada og delvist i Australien (83). Erfaringerne fra disse tilbud kan med fordel følges.

⁴ Livslinien har oversat og udgivet retningslinjer for kommunikation om selvmord på internettet henvendt til forældre og omsorgsgivere. Disse retningslinjer kaldes chatsafe (132)

7. Mål 5 – adgangen til metoder til selvmordshandlinger skal begrænses

Drivere

- Fortsat opmærksomhed på adgang til lægemidler, der kan anvendes til selvmord
- Der skal være bedre viden om hvilke metoder der anvendes til selvmordshandlinger
- Handlingsanvisende viden om metoder til selvmord og forløbet op til et selvmord udvides til relevante aktører

Anbefalinger

14. Fortsat opmærksomhed på at begrænse adgang til lægemidler, der bruges til selvmordshandlinger
15. Kerneårsagsanalyse af selvmord i Danmark

Internationalt er der solid evidens for, at man ved at gøre det svært at få adgang til de metoder, der anvendes til selvmord, kan reducere antallet af selvmord og selvmordsforsøg (22). Det er effektivt, fordi man giver tid til, at den enkelte kan søge hjælp i stedet. Den ekstra tid kan have stor betydning for, om selvmordstanker bliver til selvmordshandlinger, fordi mennesker i risiko for selvmordshandlinger kan være ambivalente omkring, hvorvidt de vil leve eller dø, og selvmordshandlinger ofte er impulsive. Som tidligere nævnt, går der ofte betydeligt mindre end 30 minutter fra tanken om selvmord til selvmordshandling (36). I studier af personer med tidligere selvmordsforsøg, svarede halvdelen af de patienter, som havde haft selvmordsforsøg, at de havde tænkt på handlingen i mindre end 10 minutter inden selvmordsforsøget (14).

7.1. Begræns adgangen til de hyppigst anvendte metoder

Det markante fald i selvmordsraten i Danmark mellem 1980 og 2007 tilskrives en række initiativer til at begrænse adgangen til metoder til selvmord (84). I perioden begrænsede man bl.a. adgangen til farlig medicin, strammede våbenlovgivningen og indførte katalysatorer på bilers udstødning. I de seneste 15 år har der været indført forskellige tiltag målrettet begrænsning af adgang til svag smertestillende

medicin i håndkøb, hvilket har ført til, at raten af indlæggelser med forgiftning for hele befolkningen er faldet med 18 % (85). Nyere psykiatriske hospitaler er derudover designet med henblik på at begrænse adgang til metoder, mens det ikke gør sig gældende for de ældre hospitaler. Selvom der har været iværksat forskellige tiltag til yderligere begrænsning af adgang til metoder til selvmordshandlinger, er der fortsat et betydeligt uindfriet potentiale.

For at sikre effektiv selvmordsforebyggelse er det hensigtsmæssigt at målrette tiltag mod de hyppigst anvendte og farligste metoder (36).

Eftersom forgiftning er en af de hyppigst anvendte metoder til selvmord og selvmordsforsøg, som også kan forvolde store og permanente skader, er forgiftning en væsentlig metode at forebygge. Der har været forskellige effektive tiltag målrettet begrænsning af adgang til lægemidlerne såsom håndkøbsmedicin (85). Sundhedsmyndigheder, udleveringssteder og fagpersoner har allerede i dag forpligtelser, som medvirker til at begrænse adgangen til lægemidler, som kan anvendes til selvmord, herunder ift. regler om pakningsbegrænsninger samt udlevering og ordination af lægemidler. Udleveringssteder, som sælger medicin i håndkøb, eksempelvis detailhandel, bør ligeledes være opmærksomme på reglerne for udlevering af medicin.

Det er vigtigt, at de relevante aktører får viden om de farligste og hyppigst anvendte metoder til selvmord, og hvordan disse kan reduceres. Således er en af de farligste metoder udspring foran tog og fra højder. Der er evidens for, at strukturelle tiltag målrettet begrænsning af adgang til togskiner og høje bygninger er effektive til at reducere selvmord, f.eks. ved at opsætte hegn, net eller andre sikkerhedsforanstaltninger (22). Det er vigtigt at sikre, at relevante aktører har adgang til denne viden.

Herudover er hængning er den hyppigst anvendte metode til selvmord, men grundet den brede tilgængelighed til materialer, er det svært at begrænse adgang til hængning i den generelle befolkning (22). Forskning viser, at tiltag målrettet begrænsning af adgang til hængningspunkter på institutioner kan være med til at reducere antallet af selvmord (22). Mennesker, der indlægges i psykiatrien, har markant højere risiko for selvmord end den generelle befolkning, og hængning er en hyppigt anvendt metode under indlæggelse (87).

7.2. Kerneårsagsanalyse af selvmord i Danmark

For i endnu højere grad at kunne forebygge selvmord og begrænse adgangen til metoder til selvmord i Danmark, herunder fx udspringspunkter og forgiftning, er der behov for at kende omstændighederne omkring selvmordshandlinger langt bedre, end vi gør i dag.

I dag skal selvmord, jf. sundhedsloven, indberettes til politiet. Ved hvert selvmord afholder politiet retslægeligt ligsyn i samarbejde med læger fra Tilsyn og Rådgivningsenhederne i Styrelsen for Patient-sikkerhed eller læger fra Retsmedicinsk Institut på København Universitet i Københavns Politis politikreds. Ved det retslægelige ligsyn sammenholdes oplysningerne fra politiets efterforskning (afhøringer, journalmateriale mm.) med en undersøgelse

af liget, for at fastlægge dødsårsagen og dødsårsagen, hvorefter en dødsattest skrives (86). Udvalgte informationer fra dødsattesterne indrapporteres til dødsårsagsregistret, men datagrundlaget om metoder til selvmordshandlinger er mangelfuldt. Selvom der i dødsattesterne fremgår grundlæggende information om dødsårsag og dødsårsag, er der ikke systematisk opsamling og kortlægning af denne data, og data viderefremmes ikke til de aktører, som kan iværksætte forebyggende tiltag. Tilgængelige data om metoder i dødsårsagsregisteret består af ICD-koder, som f.eks. angiver grupper af medicin, men ikke information om præcis, hvilket præparat, der er benyttet. Derudover vides det ikke, hvilke steder, der ofte anvendes til selvmordshandlinger. Det er viden, som er nødvendigt for at kunne iværksætte selvmordsforebyggende tiltag, som f.eks. afspærring.

Der bliver således ikke systematisk registreret og indsamlet tilstrækkelig viden om udviklingen i – og mønstre på tværs af selvmord, som kunne være relevante for aktører i både stat, kommuner og regioner, som enten er i kontakt med mennesker i risiko for selvmordshandlinger, f.eks. gennem sundheds- og socialfaglige indsatser eller, som har adgang til at iværksætte strukturelle tiltag i form af eksempelvis begrænsning af metoder til selvmord i det offentlige rum. Derudover involveres de aktører, som har været tæt på personen, der tog sit eget liv og/eller som kan iværksætte forebyggende foranstaltninger for at forebygge nye selvmordshandlinger, ikke i tilstrækkeligt omfang i dag.

Der kan gennemføres kerneårsagsanalyser af selvmord i Danmark. Analyserne vil være 360-graders undersøgelser af de omstændigheder, der har ledt op til selvmordet, anvendte metoder og hvordan lignende hændelser kan forebygges i fremtiden. Analyserne kan omfatte data fra dødsattesterne, herunder information, som i dag ikke indberettes til dødsårsagsregistret.

Relevante parter omkring det enkelte selvmord orienteres om resultaterne. Det kan være kommunale forvaltninger, herunder f.eks. socialforvaltningen, hvis borgeren modtog indsatser i regi af socialforvaltning eller miljø- og teknikforvaltningen, hvis selvmordet foregik i eller omkring kommunens bygninger eller arealer. Det kan være offentlige såvel som private aktører, som havde kontakt med den enkelte op til selvmordet, herunder f.eks. botilbud, plejehjem mv. Det vurderes samtidig, at den tætte opfølgning på og dialog om selvmord vil have en afstigmatiserende virkning på selvmord og danne afsæt for en tiltrængt fælles opmærksomhed på, og et fælles sprog om, selvmord på tværs af myndigheds- og forvaltningsområder.

Afslutningsvist kan der laves en samlet afrapportering, hvor hovederfaringer opgøres. Det bør her ligeledes vurderes, hvordan man kan sikre, at den viden, der afdækkes ved de enkelte selvmord, i højere grad deles fremadrettet. Målet er at fastholde en kvalitets- og udviklingsorienteret tilgang, når der sker et selvmord.

Det vil være hensigtsmæssigt, at analyserne foretages i regi af Sundhedsstyrelsen i tæt samarbejde med relevante aktører, blandt andet medarbejdere, der er involverede i de retslægelige ligsyn og gerne forskningsinstitutioner.

8. Mål 6 – styrket forskning og data samt systematisk opfølgning på handlingsplanen

Drivere

- Udvikling af monitorering af metoder til selvmordshandlinger
- Udvikling af monitorering af selvmord og selvmordsforsøg i risikogrupper
- Styrket praksisnær forskning
- Systematisk opfølgning på implementering af handlingsplanen

Anbefalinger

16. Styrket praksisnær forskning i selvmordsforebyggelse
17. Bedre datagrundlag
18. Systematisk opfølgning af implementering af handlingsplanen

For at nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg er det helt essentielt at styrke den praksisnære forskning i selvmord, og at sikre et mere retvisende og tidstro datagrundlag. Det er desuden vigtigt at følge systematisk op på implementering af handlingsplanen, for at sikre at de iværksatte initiativer har den tilsigtede effekt.

8.1. Praksisnær forskning

Der findes god evidens for flere selvmordsforebyggende tiltag, men der er også mange områder, hvor der mangler viden i dag. Det er derfor helt centralt at prioritere og sikre praksisnær forskning i det selvmordsforebyggende arbejde i Danmark. Iværksatte initiativer, særligt på områder hvor evidensgrundlaget er mangelfuldt, bør følges op af interventionsforskning mhp. at evaluere effekten af interventionen, således at behandlingen af mennesker i risiko for selvmordshandlinger sker på et evidensbaseret grundlag. Det vil f.eks. være nødvendigt at sikre følgeforskning på initiativerne for kompetenceudvikling eftersom evidensgrundlaget er mangelfuldt. Derudover vil det være relevant at sikre følgeforskning på indsatsen til opfølgning efter udskrivelse og pårørendeinddragelse. Ligesom der bl.a. også er behov for yderligere forskning i selvskade og selvmordsrelateret indhold på sociale medier og ensomhed ift. selvmordshandlinger.

Det er vigtigt, at forskningen har afsæt i at løse problemer i praksis, og at der afprøves og udvikles nye evidensbaserede metoder til at forebygge selvmordshandlinger i tæt samarbejde mellem klinikere og forskere, så resultaterne kan bidrage til at understøtte og kvalificere praksis.

8.2. Forbedret datagrundlag

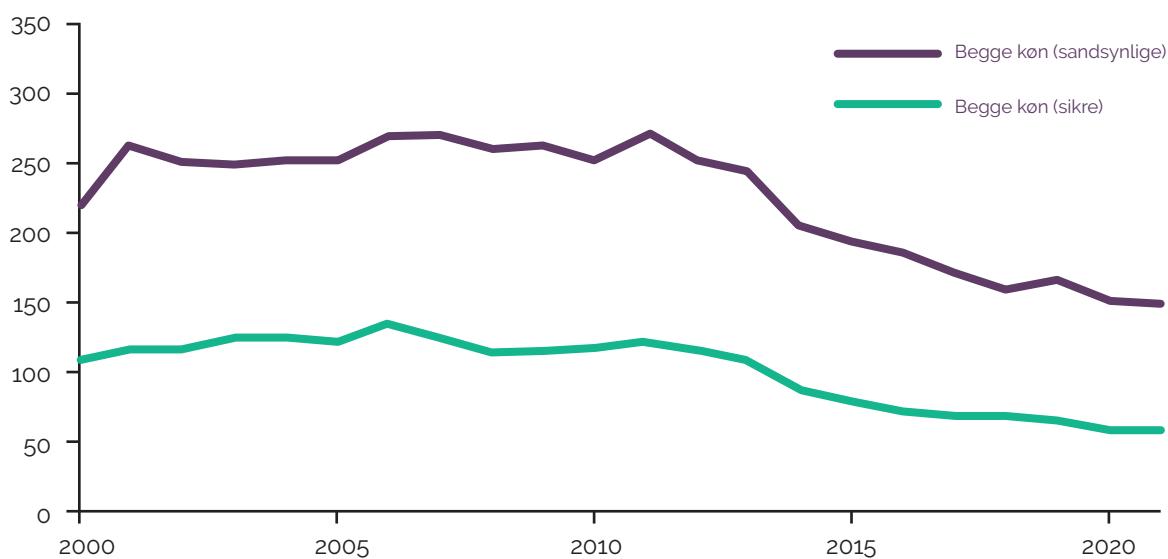
Der er betydelige udfordringer i datagrundlaget ved selvmord og selvmordsforsøg i Danmark. Det er bl.a. en udfordring, at de nuværende opgørelser over selvmord ikke er tidstro. Ved udgangen af 2023 er de senest tilgængelige data på selvmord fra 2022. Det er desuden en udfordring, at selvmordsforsøg er underregistreret. I Landspatientregistret registreres omkring 3000 selvmordsforsøg årligt, men det vurderes, at tallet er langt højere. Figur 3 viser forskellen mellem de registrerede selvmordsforsøg (sort linje) og det antal selvmordsforsøg, som der formodes at være (rød linje). Forskellen skyldes bl.a. at selvmordsforsøg er underregistreret i Landspatientregistret, ikke registreres i almen praksis (85), og at flere personer ikke er i kontakt med sundhedsvæsenet efter selvmordsforsøg. Derudover er registreringen af selvmordshandlinger mangelfuldt på socialområdet, f.eks. mangler der data omkring selvmordshandlinger på socialpsykiatriske bosteder. Som beskrevet i afsnit 7.1 er der også betydelige mangler i datagrundlaget for metoder til selvmordshandlinger.

Der eksisterer i dag forskellige ressourcer til at monitorere selvmordsområdet i Danmark. Sundhedsdatastyrelsen opgør selvmord via indberetninger til dødsårsagsregistret. Disse data anvendes bl.a. i Center for Selvmordsforskningens to registre over selvmord og selvmordsforsøg. Som noget nyt har Dansk Forskningsinstitut for Selvmordsforebyggelse (DRISP) lanceret databasen FORSAM, som udover at opgøre selvmord og selvmordsforsøg, også opgør fordelingen på udvalgte risikogrupper og forudgående kontakter til sundhedsvæsenet. FORSAM databasen er finansieret via puljemidler fra Sundhedsstyrelsen frem til ultimo 2024.

Det vurderes, at der er behov for at samle relevante data på selvmordsområdet, herunder risikogrupper og metoder til selvmordshandlinger, og at disse bør være lettilgængelige og så tidstro, som muligt. Samtidig bør registreringspraksis og det eksisterende datagrundlag forbedres, således at det bliver muligt i endnu højere grad at følge udviklingen i udvalgte risikogrupper og anvendelsen af metoder ved selvmord og selvmordsforsøg. Styrkelsen af datagrundlaget kan ses i sammenhæng med udarbejdelsen af kerneårsagsanalyser på selvmord i Danmark (se afsnit 7.1).

Figur 3: Sandsynlige og sikre selvmordsforsøg for begge køn

Rate per 100.000 personår



Datakilder: Landspatientregisteret, Psykiatriske Centralregister og Folkeregisteret.

8.3. National koordinering, monitorering og opfølgning på handlingsplanen

Det er en forudsætning for succesfuld implementering af handlingsplanen, at det selvmordsforebyggende arbejde monitoreres og justeres løbende. Ligeledes bør handlingsplanen samlet evalueres f.eks. i 2029.

Opfølgning, monitorering og evaluering bør ske i tæt samarbejde med centrale aktører i det selvmordsforebyggende arbejde. Siden 2017 har der været et Nationalt Partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg, som i dag har til formål at sikre et velfungerende samarbejde mellem relevante aktører og yde rådgivning i forhold til selvmordsforebyggelse. Partnerskabet er finansieret frem til og med 2024.

Det vurderes, at der fremadrettet vil være et større behov for en national koordination af det selvmordsforebyggende arbejde. Dette skal understøtte, at elementerne i handleplanen gennemføres koordineret og bliver forankret hos de aktører, som skal bidrage til at realisere dem, samt at der

foregår en systematisk og løbende opfølgning på handlingsplanen. Der bør derfor etableres nationalt rådgivende organ, som har til formål at følge implementering af handlingsplanen, herunder indikatorer og mål, udbrede viden og sikre samarbejde og synergi på tværs af sektorer og mellem aktørerne i det selvmordsforebyggende arbejde. Nationale myndigheder på tværs af myndighedsområder kan indgå i, og rådgives af, rådet.

Det vil være hensigtsmæssigt, at det rådgivende organ forankres i Sundhedsstyrelsen, og består af centrale organisationer, driftsherrer, forskningsinstitutioner, civilsamfundsorganisationer, mennesker med levede erfaringer og myndigheder i det selvmordsforebyggende arbejde.

I bilag 1 er eksempler på indikatorer til monitorering af handlingsplanen skitseret, som det foreslås at det rådgivende organ kvalificerer. Der bør årligt gøres status på målene, ligesom udvalgte indikatorer forventes at indgå i de faglige vurderinger af implementeringen af 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed, som udarbejdes efter rådgivning fra Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens Nationale råd for psykiske lidelser og mental sundhed.

Eksempler på opgaver for et nationalt rådgivende organ:

- Understøtte et styrket samarbejde mellem sektorer og ministerier, samt på tværs af civilsamfundsorganisationer, forskningsinstitutioner, kommuner, regioner og private aktører.
- Følge implementeringen af handleplanen og bidrage til arbejdet i det nationale råd for psykiske lidelser og mental sundhed.
- Sikre forankring og udbredelse af viden fra handleplanens indsatser, herunder resultater af følgeforskning.
- Overvåge og informere om nye metoder til selvmord og selvmordsforsøg, herunder ift. medicinområdet og resultater af kerneårsagsanalyser.
- Udvikle og gennemføre en kompetenceudviklingsstrategi på tværs af aktører i det selvmordsforebyggende arbejde.
- Bidrage til udviklingen og implementeringen af mindre produkter særligt målrettet forebyggelse blandt børn og unge.
- Rådgive om målgrupper og temaer for nationale kommunikations- og kampagneaktiviteter om oplysning om hjælp og afstigmatisering.
- Understøtte arbejdet med selvmordsforebyggelse på tværs af myndigheder.
- Etablere partnerskaber med eksterne aktører om selvmordsforebyggelse bl.a. på internettet og i medierne.
- Overvåge mediernes dækning af selvmordsrelateret indhold.
- Bidrage til vedligeholdelse og udbygning af selvmordsforebyggelse.dk.
- Kvalificere indikatorer som følges frem mod 2030 og bidrage til evaluering af handleplanen.

Referenceliste

- (1) DRISP. iCare: Psykoedukation til forældre af børn med selvmordsforsøg. Link: <https://drisp.dk/icare-psykoedukation-til-foraeldre-af-boern-med-selvmondsforsog/>.
- (2) Feigelman W, Cerel J, McIntosh JL, Brent D, Gutin N. Suicide exposures and bereavement among American adults: Evidence from the 2016 General Social Survey. *J Affect Disord* 2018;227:1-6.
- (3) Erlangsen A. Bereaved by suicide: evidence-based findings. In: *Resources for Suicide Prevention: Bridging Research and Practice* / De Leo D, Poštuvan V (editors). Hogrefe Publishing, 2017. p. 121-128.
- (4) OECD. Health at a Glance 2021. 2021.
- (5) DRISP. FORSAM-Databasen: Selvmord i perioden 2010-2021 i Danmark. Link: <https://www.forsam.dk/>.
- (6) Strøbæk L, Flachs EM, Ryd JT, Davidsen M, Eriksen L, Jensen H, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – ulykker, selvskade og selvmord. 2016.
- (7) Erlangsen A, Runeson B, Bolton JM, Wilcox HC, Forman JL, Krogh J, et al. Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes: A Longitudinal and Nationwide Register-Based Study. *JAMA Psychiatry* 2017;74(5):456-464.
- (8) Center for Selvmordsforskning. Konferencer. Opdateret: 2019. Link: <https://selvmordsforskning.dk/forebyggelse/konferencer/>.
- (9) Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. 2022.
- (10) Sundhedsministeriet. Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. 2022.
- (11) Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Socialistisk Folkeparti, Danmarksdemokraterne, Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti, Enhedslisten, Radikale Venstre, Dansk Folkeparti, Alternativet og Nye Borgerlige. En bedre psykiatri - hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejderne. 2023.
- (12) Larsen CP. IMV-Modellen The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal behaviour. 2021.
- (13) Sundhedsstyrelsen. Videnskatalog: Forankring og implementering af peerstøtte. 1st.2019.
- (14) Hawton K, Lascelles K, Pitman A, Gilbert S, Silverman M. Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *Lancet Psychiatry* 2022;9(11):922-928.
- (15) Ferguson M, Rhodes K, Loughhead M, McIntyre H, Procter N. The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. *Arch Suicide Res* 2022;26(3):1022-1045.
- (16) Panesar B, Soni D, Khan MI, Bdair F, Holec M, Tahir T, et al. National suicide management guidelines recommending family-based prevention, intervention and postvention and their association with suicide mortality rates: systematic review. *BJPsych Open* 2022;8(2):e54.
- (17) Gorman LS, Littlewood DL, Quinlivan L, Monaghan E, Smith J, Barlow S, et al. Family involvement, patient safety and suicide prevention in mental healthcare: ethnographic study. *BJPsych Open* 2023;9(2):e54.
- (18) Brent DA, Oquendo MA, Reynolds CF. Caring for Suicidal Patients. *JAMA Psychiatry* 2019;76(8):862-863.
- (19) Vatne M, Lohne V, Nåden D. "Embracing is the most important thing we can do" - Caring for the family members of patients at risk of suicide. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2021;16(1):1996682.

- (20) Mitchell KJ, Wells M, Priebe G, Ybarra ML. Exposure to websites that encourage self-harm and suicide: prevalence rates and association with actual thoughts of self-harm and thoughts of suicide in the United States. *J Adolesc* 2014;37(8):1335-1344.
- (21) Digitalt Ansvar. Digital vold - delrapport om digital selvskade 2023. 2023.
- (22) Platt S, Niederkrotenthaler T. Suicide Prevention Programs: Evidence Base and Best Practice Crisis. 2020.
- (23) Social- og Boligstyrelsen. Afklaringspladser. Link: <https://sbst.dk/projekter-og-initiativer/handicap/afklaringspladser>.
- (24) Social- og boligstyrelsen. Ansøgningspulje til afprøvning af forebyggende social mentorordning. Opdateret: 2023. Link: https://sbst.dk/puljer-og-tilskud/social-og-aeldreomraadet/ansoegningspuljer/alle-puljer/15755420_afproevning-af-forebyggende-social-mentorordning.
- (25) Dyvesether SM, Hastrup LH, Hawton K, Nordentoft M, Erlangsen A. Direct costs of hospital care of self-harm: A national register-based cohort study. *Acta Psychiatr Scand* 2022;145(4):319-331.
- (26) Fedyszyn IE, Erlangsen A, Hjorthøj C, Madsen T, Nordentoft M. Repeated Suicide Attempts and Suicide Among Individuals With a First Emergency Department Contact for Attempted Suicide: A Prospective, Nationwide, Danish Register-Based Study. *J Clin Psychiatry* 2016;77(6):832-840.
- (27) Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(2):e89944.
- (28) Madsen T, Erlangsen A, Hjorthøj C, Nordentoft M. High suicide rates during psychiatric inpatient stay and shortly after discharge. *Acta Psychiatr Scand* 2020;142(5):355-365.
- (29) Nordentoft M, Erlangsen A, Madsen T. More coherent treatment needed for people at high risk of suicide. *Lancet Psychiatry* 2022;9(4):263-264.
- (30) Implement Consulting Group. Evaluering af SAFE-projektet - Evaluering af SAFE-projektet i Region Hovedstadens Psykiatri. Sundhedsstyrelsen, 2023.
- (31) SBU, Socialstyrelsen. Självvald inläggning vid allvarlig psykisk sjukdom . 2021.
- (32) Thomsen CT, Benros ME, Maltesen T, Hastrup LH, Andersen PK, Giacco D, et al. Patient-controlled hospital admission for patients with severe mental disorders: a nationwide prospective multicentre study. *Acta Psychiatr Scand* 2018;137(4):355-363.
- (33) Det Nationale Partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Selvmordsforebyggelse på tværs - Sammen skaber vi god praksis for tværgående samarbejde. 2019.
- (34) Kamionka SL, Buus N, Nøhr-Jensen P, Larsen KJ. Tværsektoriel opfølgning for børn og unge efter et selvmordsforsøg: en samarbejdsmodel fra Region Syddanmark. 2015;20(2):30-38.
- (35) Livsmod. Forebyggelse af selvskade og selvmord blandt børn og unge. Link: <https://livsmod.net/anden-information/>.
- (36) World Health Organization. LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. 2021.
- (37) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats: Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år. 2020.
- (38) Hjorthøj CR, Madsen T, Agerbo E, Nordentoft M. Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49(9):1357-1365.

- (39) Pirkis J, Middleton A, Bassilios B, Harris M, Spittal MJ, Fedyszyn I, et al. Frequent callers to telephone help-lines: new evidence and a new service model. *Int J Ment Health Syst* 2016;10:43.
- (40) Det Nationale Partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Selvmordsforebyggelse . Opdateret: 2024. Link: <https://selvmordsforebyggelse.dk>.
- (41) Madsen T, Agerbo E, Mortensen PB, Nordentoft M. Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study. *J Clin Psychiatry* 2012;73(2):144-151.
- (42) Erlangsen A, Lind BD, Stuart EA, Qin P, Stenager E, Larsen KJ, 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(1):49-58.
- (43) EN AF OS. Somatisk Personale. Opdateret: 2018. Link: <https://www.sst.dk/da/en-af-os/Fakta-og-viden/EN-AF-OS-Undersoegelser/2018/Somatisk-Personale>.
- (44) Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A, Baker S, Brohan E, El Chammay R, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet* 2022;400(10361):1438-1480.
- (45) Henderson C, Thornicroft G. Evaluation of the Time to Change programme in England 2008-2011. *Br J Psychiatry Suppl* 2013;55:45.
- (46) Stuart H, Arboleda-Florez J, Sartorius N. *Paradigms Lost: Fighting Stigma and the Lessons Learned* Oxford University Press, 2012.
- (47) Thornicroft G. *Thornicroft G. Shunned: Discrimination against people with mental illness.* Oxford, New York: Oxford University Press, 2006.
- (48) Sølvhøj IN, Kusier AO, Pedersen PV, Nielsen M. Holdninger i det somatiske sundhedsvæsen til mennesker med psykisk sygdom - Et litteraturstudie. 2019.
- (49) World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. 2014.
- (50) Hallford DJ, Rusanov D, Winestone B, Kaplan R, Fuller-Tyszkiewicz M, Melvin G. Disclosure of suicidal ideation and behaviours: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Clin Psychol Rev* 2023;101:102272.
- (51) EN AF OS. Pårørendeundersøgelse. Opdateret: 2018. Link: <https://www.sst.dk/da/en-af-os/Fakta-og-viden/EN-AF-OS-Undersoegelser/2018/Paaroeerendeundersoegelse>.
- (52) EN AF OS. Erfaringer med det somatiske sundhedsvæsen. Opdateret: 2016. Link: <https://www.sst.dk/da/en-af-os/Fakta-og-viden/EN-AF-OS-Undersoegelser/2016/Erfaringer-med-det-somatiske-sundhedsvaesen>.
- (53) Hallford DJ, Rusanov D, Winestone B, Kaplan R, Fuller-Tyszkiewicz M, Melvin G. Disclosure of suicidal ideation and behaviours: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Clin Psychol Rev* 2023;101:102272.
- (54) Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M, et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020;368:m575.
- (55) Niederkrotenthaler T, Kirchner S, Till B, Sinyor M, Tran US, Pirkis J, et al. Systematic review and meta-analyses of suicidal outcomes following fictional portrayals of suicide and suicide attempt in entertainment media. *EClinicalMedicine* 2021;36:100922.
- (56) Niederkrotenthaler T, Stack S, Till B, Sinyor M, Pirkis J, Garcia D, et al. Association of Increased Youth Suicides in the United States With the Release of 13 Reasons Why. *JAMA Psychiatry* 2019;76(9):933-940.
- (57) World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals - Update 2023. 2023.

- (58) Niederkrotenthaler T, Till B, Kirchner S, Sinyor M, Braun M, Pirkis J, et al. Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2022;7(2):e156-e168.
- (59) Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. *Suicidologi*. 2021.
- (60) INFORMEDIA for landsindsatsen EN AF OS. Stigmatisering i medierne - En analyse af mediedækningen af psykisk sygdom i danske webmedier i 2021. Sundhedsstyrelsen, 2022.
- (61) Livslinien. Ethiske guidelines. Link: <https://www.livslinien.dk/code/pages/subpage42.aspx>.
- (62) Erlangsen A, Fleischer E, Gunnell D, Nordentoft M. Characteristics of Survivors of Suicide Seeking Counseling From an NGO in Denmark: Analyses of a National Database. *Arch Suicide Res* 2022;26(3):1362-1377.
- (63) Ranning A, Madsen T, Hawton K, Nordentoft M, Erlangsen A. Transgenerational concordance in parent-to-child transmission of suicidal behaviour: a retrospective, nationwide, register-based cohort study of 4 419 642 individuals in Denmark. *Lancet Psychiatry* 2022;9(5):363-374.
- (64) Hvidkjaer KL, Ranning A, Madsen T, Fleischer E, Eckardt JP, Hjorthøj C, et al. People exposed to suicide attempts: Frequency, impact, and the support received. *Suicide Life Threat Behav* 2021;51(3):467-477.
- (65) Sullivan SR, Spears AP, Mitchell EL, Walsh S, Love C, Goodman M. Family Treatments for Individuals at Risk for Suicide. *Crisis* 2023;44(1):49-60.
- (66) Edwards TM, Patterson JE, Griffith JL. Suicide prevention: The role of families and carers. *Asia Pac Psychiatry* 2021;13(3):e12453.
- (67) Barrero SAP. Preventing suicide: a resource for the family. *Ann Gen Psychiatry* 2008;7:1.
- (68) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Afsnit B. Forældrementorordning. 2015.
- (69) Region Hovedstadens psykiatriske hospital. Pårørendementor. Link: <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Koebenhavn/Om-centret/Sider/P%C3%A5r%C3%B8rendementor.aspx>.
- (70) NEFOS. Selvmordsforsøg i familien - hvordan kan jeg hjælpe?. Link: <https://www.nefos.dk/bornefamilier/nar-selvordsforsog-sker>.
- (71) The Center for Countering Digital Hate. *Deadly by Design*. 2022.
- (72) Digitalt Ansvar. "ONE CUT HERE, ONE CUT THERE" ANALYSE AF TIKTOKS DIG-ALGORITME - En dansk undersøgelse af, hvad TikTok eksponerer brugere med interesse for selvskade, selvmord og psykisk lidelse på deres Til dig-side. 2023.
- (73) Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Sowles SJ, Connolly S, Rosas C, Bharadwaj M, et al. An Analysis of Depression, Self-Harm, and Suicidal Ideation Content on Tumblr. *Crisis* 2017;38(1):44-52.
- (74) Susi K, Glover-Ford F, Stewart A, Knowles Bevis R, Hawton K. Research Review: Viewing self-harm images on the internet and social media platforms: systematic review of the impact and associated psychological mechanisms. *J Child Psychol Psychiatry* 2023;64(8):1115-1139.
- (75) Rubæk L, Møhl B. Digitalisering af fysisk selvskade "in press". In: ITU SIND STYKKER – om selvskadens mange ansigter i et fragmenteret samfund og postmoderne kultur "in press" Akademisk Forlag, 2024.
- (76) Scherr S. Social media, self-harm, and suicide. *Curr Opin Psychol* 2022;46:101311.
- (77) Vestergaard CB, Jørgensen CR. Selvskadende adfærd på sociale medier: - en analyse af Instagram-profiler med selvskadende adfærd som omdrejningspunkt. 2016;37(2):30-77.

- (78) Lavis A, Winter R. #Online harms or benefits? An ethnographic analysis of the positives and negatives of peer-support around self-harm on social media. *J Child Psychol Psychiatry* 2020;61(8):842-854.
- (79) Gunnell D, Coope C, Fearn V, Wells C, Chang S-, Hawton K, et al. Suicide by gases in England and Wales 2001-2011: evidence of the emergence of new methods of suicide. *J Affect Disord* 2015;170:190-195.
- (80) The European Commission. The Digital Services Act package. Opdateret: 2024. Link: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/digital-services-act-package>.
- (81) Pourmand A, Roberson J, Caggiula A, Monsalve N, Rahimi M, Torres-Llenza V. Social Media and Suicide: A Review of Technology-Based Epidemiology and Risk Assessment. *Telemed J E Health* 2019;25(10):880-888.
- (82) DRISP. TEENS-studiet. Link: <https://drisp.dk/teens-studiet/>.
- (83) ReachOut. When life doesn't go as planned. Opdateret: 2024. Link: <https://au.reachout.com/>.
- (84) Nordentoft M, Erlangsen A. Suicide-turning the tide. *Science* 2019;365(6455):725.
- (85) Morthorst BR, Erlangsen A, Chaine M, Eriksson F, Hawton K, Dalhoff K, et al. Restriction of non-opioid analgesics sold over-the-counter in Denmark: A national study of impact on poisonings. *J Affect Disord* 2020;268:61-68.
- (86) Styrelsen for Patientsikkerhed. Indberetning af dødsfald til politiet, retslægeligt ligsyn og obduktion. Link: <https://stps.dk/sundhedsfaglig/tilsyn/ligsyn-og-obduktion/indberetning-af-doedsfald-retslaege-ligt-ligsyn-og-obduktion>.
- (87) Flynn S, Nyathi T, Tham S-, Williams A, Windfuhr K, Kapur N, et al. Suicide by mental health in-patients under observation. *Psychol Med* 2017;47(13):2238-2245.
- (88) B. Harmer, S. Lee, TVH Duong and A. Saadabadi. Suicidal Ideation. Opdateret: 2023. Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>.
- (89) Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011;168(12):1266-1277.
- (90) Chiles JA, Strosahl KD, Roberts LW. *Clinical Manual for the Assessment and Treatment of Suicidal Patients*. 2nd. American psychiatric association publishing, 2019.
- (91) Jobes DA. *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach*. 3rd. 2023.
- (92) Møller S, Stephensen I. *Selvmondsprocessen*. 2nd. Center for Selvmordsforskning, 2006.
- (93) O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2018;373(1754):20170268.
- (94) Hendry L, Kloep M. *Lifespan development: resources, challenges and risks*. London: Thomson Learning, 2002.
- (95) Pirkis J, Gunnell D, Hawton K, Hetrick S, Niederkrotenthaler T, Sinyor M, et al. A Public Health, Whole-of-Government Approach to National Suicide Prevention Strategies. *Crisis* 2023;44(2):85-92.
- (96) Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ* 2019;364:l94.
- (97) Reuter Morthorst B, Soegaard B, Nordentoft M, Erlangsen A. Incidence Rates of Deliberate Self-Harm in Denmark 1994-2011. *Crisis* 2016;37(4):256-264.

- (98) Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008;192(2):98-105.
- (99) Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull* 2007;54(4):306-369.
- (100) Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret (DAR). Opdateret: 2022. Link: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/dar>.
- (101) Socialstyrelsen, Erlangsen A. Review: Forebyggelse af ældres selvmord – evidensbaseret viden. 2014.
- (102) Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes N, Caine ED. Age differences in behaviors leading to completed suicide. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998;6(2):122-126.
- (103) Nilou FE, Christoffersen NB, Møller SR, Klitgaard MB, Pedersen PV, Davidsen M, et al. SUSY UDSAT 2022 - Sundhedsprofil for socialt udsatte mennesker i Danmark og udviklingen siden 2007. 2023.
- (104) Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet* 2019;394(10211):1827-1835.
- (105) Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(10):1058-1064.
- (106) Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y, Andersen PK, Hawton K, Benros ME, et al. Association Between Neurological Disorders and Death by Suicide in Denmark. *JAMA* 2020;323(5):444-454.
- (107) Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry* 2019;76(1):51-60.
- (108) Madsen T, Erlangsen A, Orlovská S, Mofaddy R, Nordentoft M, Benros ME. Association Between Traumatic Brain Injury and Risk of Suicide. *JAMA* 2018;320(6):580-588.
- (109) Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW. Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing* 2004;33(4):378-383.
- (110) Arnberg FK, Gudmundsdóttir R, Butwicka A, Fang F, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. Psychiatric disorders and suicide attempts in Swedish survivors of the 2004 southeast Asia tsunami: a 5 year matched cohort study. *Lancet Psychiatry* 2015;2(9):817-824.
- (111) van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2014;168(5):435-442.
- (112) Conway PM, Erlangsen A, Grynderup MB, Clausen T, Rugulies R, Bjorner JB, et al. Workplace bullying and risk of suicide and suicide attempts: A register-based prospective cohort study of 98 330 participants in Denmark. *Scand J Work Environ Health* 2022;48(6):425-434.
- (113) O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J, Hawton K. Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *Br J Psychiatry* 2009;194(1):68-72.
- (114) Mittendorfer-Rutz E, Hagström A, Hollander A. High Suicide Rates Among Unaccompanied Minors/Youth Seeking Asylum in Sweden. *Crisis* 2020;41(4):314-317.
- (115) Webb RT, Shaw J, Stevens H, Mortensen PB, Appleby L, Qin P. Suicide risk among violent and sexual criminal offenders. *J Interpers Violence* 2012;27(17):3405-3424.

- (116) Erlangsen A, Jacobsen AL, Ranning A, Delamare AL, Nordentoft M, Frisch M. Transgender Identity and Suicide Attempts and Mortality in Denmark. *JAMA* 2023;329(24):2145-2153.
- (117) Erlangsen A, Drefahl S, Haas A, Bjorkenstam C, Nordentoft M, Andersson G. Suicide among persons who entered same-sex and opposite-sex marriage in Denmark and Sweden, 1989-2016: a binational, register-based cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2020;74(1):78-83.
- (118) Dalum HS, Tyssen R, Hem E. Prevalence and individual and work-related factors associated with suicidal thoughts and behaviours among veterinarians in Norway: a cross-sectional, nationwide survey-based study (the NORVET study). *BMJ Open* 2022;12(1):e055827.
- (119) Hawton K, Agerbo E, Simkin S, Platt B, Mellanby RJ. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. *J Affect Disord* 2011;134(1-3):320-326.
- (120) Herbert A, Gilbert R, Cottrell D, Li L. Causes of death up to 10 years after admissions to hospitals for self-inflicted, drug-related or alcohol-related, or violent injury during adolescence: a retrospective, nationwide, cohort study. *Lancet* 2017;390(10094):577-587.
- (121) Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 2006;144(1):65-72.
- (122) Muehlenkamp JJ, Brausch AM. Protective factors do not moderate risk for past-year suicide attempts conferred by recent NSSI. *J Affect Disord* 2019;245:321-324.
- (123) Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003;160(4):765-772.
- (124) Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Social ulighed i sundhed og sygdom Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017. 1st.2020.
- (125) Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark — sygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2022.
- (126) Socialstyrelsen. Udbredelse af sociale akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig - Afsluttende evaluering. 2017.
- (127) Socialstyrelsen. Sociale akuttilbud til mennesker med psykiske lidelser i egen bolig Model- og implementeringsguide. 2017.
- (128) Social- og Boligstyrelsen. Håndbog om barnets lov. 2023.
- (129) Larsen KJ, Clausen B. Kommunepakken – Forebyggelse af selvmordsadfærd hos børn og unge Vejledning til personale i socialektoren. 2006 (1).
- (130) Samaritans. Towards a suicide-safer internet. 2022.
- (131) Parliamentary Bills. Online Safety Act 2023. Opdateret: 2023. Link: <https://bills.parliament.uk/bills/3137>.
- (132) Orygen. #chatsafe for forældre og omsorgsgivere: det handler om at støtte unge til at kommunikere trygt om selvskade og selvmord online. 2nd.2023.
- (133) Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *Can J Psychiatry* 2014;59(11):565-568.

Sundhed for alle ♥ + ●