



SUNDHEDSSTYRELSEN

Bilagsrapport

Fagligt oplæg til national
handlingsplan

**Forebyggelse
af selvmord og
selvmordsforsøg**

Bilagsrapport
Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
April 2024

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Opfølgning på handlingsplanen – målsætninger og indikatorer

Bilag 2: Begreber

Bilag 3: Viden og forekomst

Bilag 4: Organisering af området

Bilag 5: Partnerskabets medlemmer

Bilag 1: Opfølgning på handlingsplanen – målsætninger og indikatorer

I det følgende er et foreløbigt udkast til monitorering af handlingsplanen skitseret, men for at sikre meningsfuld monitorering bør indikatorer kvalificeres i samarbejde med relevante aktører.

Ambition	Indikator	
Nedbringe antallet af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark	<p>Selvordsraten reduceres med 33% frem til 2030</p> <p>Antallet af selvmordsforsøg falder</p>	
Mål	Eksempel på drivere	Eksempler på indikatorer
1. Bedre behandling og støtte til mennesker i risiko for selvmordshandlinger	Flere mennesker i risiko for selvmordshandlinger får en opfølgende indsats.	<p>Indikatorer kan bl.a. omhandle:</p> <p>Selvord under indlæggelse (FORSAM v. 2)</p>
	Indsatsen til mennesker i akut risiko for selvmordshandlinger styrkes	<p>Selvord under ambulans psykiatrisk behandling (FORSAM v. 2)</p>
	Behandlingstilbuddene til mennesker med selvmordshandlinger styrkes	<p>Selvord og evt. selvmordsforsøg 1. uge/1 md./1-3 mdr./1-6 mdr. efter udskrivelse (FORSAM v. 2)</p> <p>Selvord første uge efter besøg i psykiatrisk skadestue (FORSAM)</p> <p>Patienter som efter at have været set i akutmodtagelse med selvmordsforsøg sendes hjem uden henvisning (FORSAM v. 2)</p> <p>Patienter som har været set i selvmordsforebyggende klinikker</p> <p>Selvordshandlinger på botilbud</p> <p>Andel af personer, som dør af selvmord, der ikke tidligere har</p>

		<p>været i behandling i psykiatrien (FORSAM)</p> <p>Antal og andel af besvarede opkald til Livslinien (FORSAM, version 2.0)</p> <p>Antal kriseplaner</p> <p>Selv mord blandt patienter der har været i behandling i selvmordsforebyggende klinikker</p>
<p>2. Afstigmatisering af selvmordstanker og selvmordshandlinger</p>	<p>Den generelle befolkning får viden om hvilke muligheder, der er for at få hjælp ved selvmordstanker- og handlinger.</p>	<p>Indikatorer kan bl.a. omhandle:</p> <p>Fagpersoners og befolknings viden om selvmord</p>
	<p>Fagpersoner har bedre viden om selvmord og selvmordsforebyggelse</p>	
<p>3. Styrket indsats til efterladte efter selvmord og pårørende</p>	<p>Pårørende til personer med selvmordstanker eller selvmordsforsøg inddrages og modtager relevant støtte.</p>	<p>Indikatorer kan bl.a. omhandle:</p> <p>Pårørende, der får tilbud i de selvmordsforebyggende klinikker</p>
	<p>Efterladte efter selvmord modtager relevant støtte.</p>	
<p>4. Børn og unge beskyttes mod skadeligt selvmordsrelateret indhold på internettet</p>	<p>Bedre information til børn, unge og forældre om tryk kommunikation om selvskaade og selvmord på internettet.</p>	<p>Indikatorer kan bl.a. omhandle:</p> <p>Omfang af/eksponering for skadeligt selvmordsrelateret indhold på internettet.</p> <p>Informationsmateriale til børn og unge</p>
	<p>Bedre information til fagpersonale om hvordan de håndterer digital adfærd</p>	

5. Adgangen til metoder til selvmordshandlinger skal begrænses	Fortsat opmærksomhed på adgang til lægemidler, der kan anvendes til selvmord.	Indikatorer kan bl.a. omhandle: Målrettede selvmordsforebyggende tiltag pba. kerneårsagsanalyser
	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.	
6. Styrket forskning og data samt systematisk opfølgning på handlingsplanen	Udvikling af monitorering af metoder til selvmordshandlinger	Indikatorer kan bl.a. omhandle: Etablering af datagrundlag Publiceret forskning
	Udvikling af monitorering af selvmord og selvmordsforsøg i risikogrupper	
	Styrket praksisnær forskning	
	Systematisk opfølgning på implementering af handlingsplanen	

Bilag 2: Begreber

Selvmondsområdet er komplekst, hvilket også afspejles i, at der er stor variation og kontinuerlige drøftelser blandt fagfolk i forhold til hvilke definitioner, der bør anvendes.

Vi har vægtet at anvende begreber, som både er:

- *Anvendelige* i konteksten af en handlingsplan til selvmordsforebyggelse
- *Forståelige* også for personer, som ikke har kendskab til området
- *Afstigmatiserende*

Selv mord

Selv mord er en bevidst handling med dødelig udgang, hvor der har været et determineret eller ambivalent ønske om at dø.

Selv mordsforsøg

Selv mordsforsøg er en bevidst skadevoldende, ikke dødelig handling, som vedkommende har iværksat med et determineret eller ambivalent ønske om at dø.

Selv mordstanker

Selv mordstanker spænder over et bredt kontinuum, som varierer i intensitet, længde og karakter. Selv mords-tanker er ikke stabile eller konstante gennem livet, men varierer over tid (88). Der kan anvendes følgende begreber til at skelne mellem alvorligheden af selv mordstanker:

- Ingen selv mordstanker
- Ønske om at være død (f.eks. forestillinger om, at det vil være nemmere, hvis man ikke var her mere)
- Selv mordstanker uden intention/planer om selv mord (f.eks. flygtige tanker om at tage sit liv)
- Selv mordstanker med intention/planer om selv mord (f.eks. tanker om, hvordan man kan tage sit liv, herunder konkrete planer) (89)

Selv mordshandlinger

Selv mordshandlinger defineres som den eller de handlinger, der medfører selv mord eller selv mordsforsøg.

Selv mordsadfærd

Selv mordsadfærd henviser både til selv mordstanker og handlinger. Selv mordsadfærd anvendes ikke til at beskrive selvskadende handlinger.

Selvskade

Selvskade bruges i dette oplæg synonymt med definition af ikke-suicidal selvskade. Ikke-suicidal selvskade defineres således som en bevidst direkte og selvpåført ødelæggelse af kropsvæv, der resulterer i umiddelbare vævsskader udført med et formål, der ikke er socialt accepteret og uden suicidale hensigter¹.

¹ Denne definition er en dansk oversættelse af den engelske definition "the intentional destruction of one's own body tissue without suicidal intent and for purposes not socially sanctioned." (133)

Bilag 3: Viden og forekomst

Viden om selvmordsadfærd

Årsagerne til selvmordshandlinger er komplekse, og bag ethvert selvmord er der en personlig historie. Selvmordshandlinger kan være en måde at komme ud af en ubærlig situation, der af den enkelte føles smertefuld og fastlåst (90) (91). Det kan ske for alle mennesker, hvis udfordringerne overstiger hvad man føler, at man har ressourcer til eller magter. Selvmordstanker opstår ofte kort efter en udløsende belastning, og en del selvmordshandlinger er impulsive.

Det kan være et komplekst samspil af faktorer, som leder til at en person tager sit eget liv, eller forsøger at tage sit eget liv (92). Typisk er der flere samtidige risikoførogende faktorer, der fører til selvmordstanker- og handlinger, og der er stor individuel variation i, hvilke faktorer og omstændigheder der gør, at det enkelte menneske får selvmordstanker- og handlinger (93). Men risikofaktorer kan ikke stå alene og skal ses i en større sammenhæng. Menneskers handleevne bestemmes i høj grad ud fra den kontekst, de indgår i, herunder deres ressourcer, netværk og personlige erfaringer med at håndtere vanskeligheder, traumer og andet, der både kan styrke og svække den enkeltes oplevelse af egen handlekraft (94). Til forståelse af selvmordsadfærd er der gennem tiden udviklet forskellige teorier, hvoraf en af de nyere psykologiske teorier er IMV-modellen (The Integrated Motivational Volitional model of suicide behavior) (93). IMV-modellen indeholder tre faser: Præmotivationsfasen, som omhandler den enkeltes baggrund; Motivationsfasen, som beskriver processen til selvmordstanker og Viljebestemtfasen, som omhandler udviklingen fra selvmordstanker til handling (12).

I Præmotivationsfasen indgår faktorer, der fører til en øget sårbarhed og stressfulde livsbegivenheder, f.eks. modgang tidligt i livet, som danner baggrund for udvikling af selvmordstanker. I Motivationsfasen kan særlige personlighedstræk øge følelsen af, at man ikke mestrer at løse de problemer, som man oplever. Følelser af nederlag og at være fastlåst kan føre til selvmordstanker. Faktorer, der kan spille en rolle i forhold til, om selvmordstanker fører til konkrete selvmordshandlinger, beskrives i Viljebestemtfasen. Dette er bl.a. impulsivitet, viljebestemthed og om man tidligere har haft selvskadende eller selvmordsadfærd samt adgang til metoder. Modellen beskriver ligeledes moderatorer, f.eks. social støtte eller tilhørighed, som har betydning for, hvorvidt mennesket bevæger sig fra den ene fase til den anden. IMV-modellen beskriver ikke kun årsager til selvmord, men peger også på muligheder for forebyggelse. Forbedring af problemløsningsevnen, et positivt fremtidssyn eller begrænsningen af adgang til farlige metoder kan således virke selvmordsforebyggende.

Sociale determinanter har stor betydning for et menneskes risiko for selvmordsadfærd. De kan enten forværre eller afbøde den enkeltes risiko for selvmord eller selvmordsforsøg, alene eller i kombination med sociodemografiske risikofaktorer. Sociale determinanter er blandt andet lovgivningsmæssige rammer (f.eks. våbenlovgivning, beskæftigelseslovgivning, sociallovgivning, boligpolitik, begrænsninger på salg af alkohol og lægemidler), kulturelle og sociale værdier i samfundet (f.eks. kolonisering, racisme, diskrimination samt stigma og kommunikation om selvmord og selvmordsforsøg) eller makroøkonomiske politikker (såsom samfundsøkonomi og skattelovgivning, sundhedsvæsenets evne til at yde behandling, samt social samhørighed). Sociodemografiske risikofaktorer omfatter alder, køn, kønsidentitet, seksuel orientering, etnicitet og kulturel baggrund, samt socioøkonomiske faktorer som uddannelse, beskæftigelse samt indkomst. Da sociale determinanter alene eller ved interaktion med sociodemografiske risikofaktorer er kendt for at øge

risikoen for selvmord eller selvmordsforsøg betydeligt, er det af afgørende betydning, at selvmordsforebyggende strategier løftes på tværs af sektorer og ministerier (95).

Forekomst

Selv mord

Selv mordshyppigheden i Danmark faldt markant fra 1980 og frem til omkring 2007, hvorefter udviklingen stort set er stagneret (84). Siden 2007 har antallet af selvmord ligget nogenlunde konstant på ca. 600 årligt, og i 2022 blev der registreret 570 selvmord i Danmark (tabel 1). Til sammenligning er antallet af selvmord i verden faldet med 30 procent i løbet af de sidste 10 år (96).

Tabel 1 Antal dødsfald med selvmord som tilgrundliggende årsag, 2018-2022

År	2019	2020	2021	2022
Antal selvmord	605	580	545	570

Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Note: Der er afgrænset til personer med en dansk bopæl på dødstidspunktet. Der er afgrænset til dødsfald, hvor den tilgrundliggende ICD10-kode var en af følgende:

X60 - X84, Y871.

Det svarer til følgende dødsårsags-kategorier:

B-099 Selvforgiftning

B-100 Selvmord og selvmordsforsøg ved hængning, strangulation og kvælning

B-101 Selvmord og selvmordsforsøg ved drukning

B-102 Andre former for selvmord og selvmordsforsøg.

Selv mordsforsøg

Det præcise antal selvmordsforsøg i Danmark kendes ikke. Det skyldes, at der er flere, som ikke er i kontakt med sundhedsvæsenet efter selvmordsforsøg, at selvmordsforsøg ikke registreres i almen praksis, og at der sker en underregistrering i landspatientregisteret (97). I Landspatientregisteret registreres omkring 3.000 selvmordsforsøg årligt, men udenlandske opgørelser indikerer, at det reelle tal kan være 6-7 gange højere. 13 % af alle, der tager deres eget liv, har tidligere haft et selvmordsforsøg. Det vurderes, at ca. 10 % af den danske befolkning på et eller andet tidspunkt i deres liv udvikler selvmordstanker. Ud af disse forsøger ca. 2,7 % at udføre et egentligt selvmordsforsøg (98). Omkring 16 % af mennesker, som har haft et selvmordsforsøg, gentager forsøget inden for det første år, og ca. en tiendedel dør på et tidspunkt af selvmord (26) (27). Risikoen for gentagelser falder over tid, men for de mennesker, der har forsøgt selvmord én gang, er der en 20-30 gange højere selvmordsrate end for baggrundsbefolkningen.

Tabel 2 viser opgørelser over antallet af registrerede selvmordsforsøg i Danmark i årene 2018-2021. Antallet af selvmordsforsøg er estimeret ud fra registreringer i Landspatientregisteret (LPR2 og LPR3) af Dansk Forskningsinstitut for Selvmordsforebyggelse (DRISP).

Tabel 2 Antal selvmordsforsøg, 2018-2021

År	2018	2019	2020	2021
Antal selvmordsforsøg	3109	2747	2784	2854

Kilde: Landspatientregisteret (LPR2 og LPR3) pr. 10 maj 2022, Sundhedsdatastyrelsen

Note: Der er afgrænset til personer med en dansk bopæl på sygehuskontaktens startdato. Ligeledes er der periodiseret efter startdato på sygehuskontakten samt taget højde for overlappende behandlingskontakter. Personer, der er indlagt med en selvmordshandling, men dør før endt behandling på somatisk hospital betragtes ikke som selvmordsforsøg

Fra 2018-2019 er Landspatientregisteret overgået fra LPR2 til LPR3, i overgangen har der været omlægninger i registreringspraksis.

Der er tillige udviklet beregningsmetoder til at estimere antallet af sandsynlige selvmordsforsøg, som fører til kontakt med sekundærsektoren. I disse beregningsmetoder tages der udgangspunkt i at blandt andet en række forgiftninger med hyppigt anvendte medikamenter klassificeres som selvmordsforsøg, hvis den pågældende har en psykiatrisk diagnose. Beregningsmetoder (algoritmer) har været anvendt i talrige undersøgelser fra DRISP, Center for Registerforskning og Statens Institut for Folkesundhed. Estimer baseret på denne metode resulterer i markant højere tal for selvmordsforsøg. I og med, at der er ukomplet registrering i sekundærsektoren, kan resultater fra denne velafprøvede metode anvendes sammen med antal sikre selvmordsforsøg, jf. afsnit 8.2.

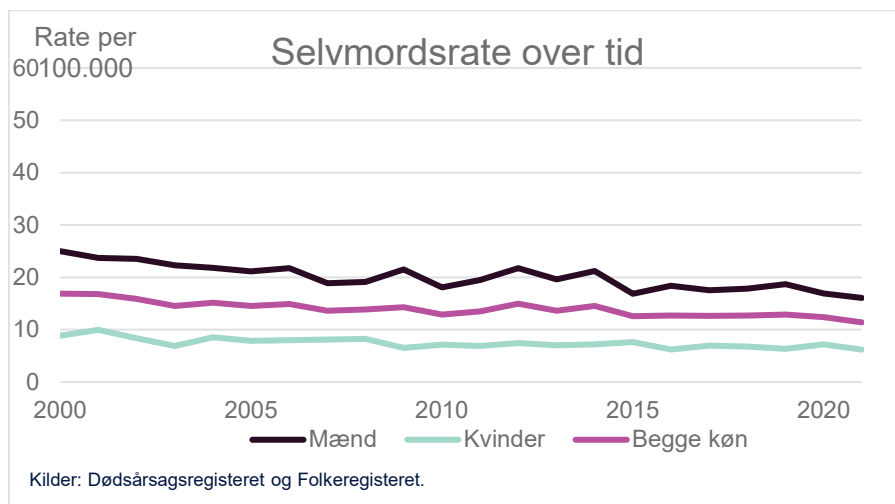
Risikogrupper- og faktorer

Kendskab til risikogrupper samt risikofaktorer for selvmordshandlinger er væsentlige for at kunne planlægge den bedst mulige forebyggende indsats. Nedenfor beskrives hvilke faktorer og grupper i samfundet, der er i øget risiko for selvmordshandlinger.

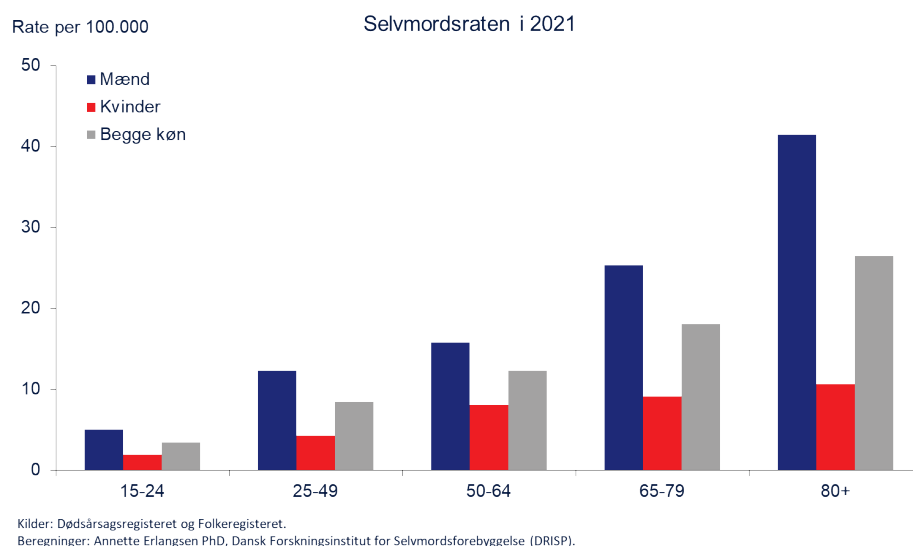
Køn og alder

Selv mord

Selv mord er hyppigst blandt mænd. Selvmordsraten hos mænd var i 2021 16,1 per 100.000 mod 6,2 per 100.000 hos kvinder. Der fremkommer således 2-3 gange så mange selvmord blandt mænd som blandt kvinder i Danmark. Årsagen er, at mænd dels benytter farligere metoder, dels at kvinder er mere tilbøjelige til at søge hjælp, når selvmordstanker opstår (99).

Figur 4: Selvmordsrate over tid for mænd, kvinder og begge køn, 2000-2021

I absolutte tal tegner mænd i alderen 40-64 år sig for ca. en tredjedel af alle selvmord blandt mænd (100). Men når antallet af selvmord i forskellige aldersgrupper sættes i relation til antallet af personer i denne aldersgruppe, stiger selvmordsraten med alderen, og er højest blandt mænd over 80 år (figur 5). De højere selvmordsrater blandt ældre kædes sammen med en øget forekomst af kroniske sygdomme, tab af ægtefælle og nedsat funktionsevne. Det er desuden et stort problem at mange ældre, særligt mænd, lider af en depression, som ikke er diagnosticeret og derfor heller ikke behandles (101). Generelt er ældre, som dør af selvmord mindre impulsive og har overvejet handlingen over længere tid (102).

Figur 5: Selvmordsraten i 2021

Selvordsforsøg

Selvordsforsøg er hyppigst blandt kvinder, særligt børn og unge i alderen 15-19 år. I perioden fra 2000-2021 har selvordsforsøgsraten blandt unge været vedvarende høj. I 2021 var selvordsforsøgsraten blandt de 15-19-årige 379 pr. 100.000 indbyggere. Selvordsforsøg hos mænd er også hyppigst blandt de yngre aldersgrupper.

Ydermere viste en undersøgelse af sundhed, sygelighed og trivsel blandt social udsatte mennesker i Danmark i 2022, at 62% af svarpersonerne i undersøgelsen havde haft tanker om at tage deres eget liv og at 33% havde forsøgt at tage deres eget liv (103). Opgjort på belastende livsomstændigheder så man, at andelen af selvordsforsøg var nogenlunde ens blandt personer med et alkoholoverforbrug, et stofbrug, med en psykisk lidelse og blandt personer, som levede i fattigdom (41-45 %).

Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er en betydningsfuld risikofaktor for selvordshandlinger. Særligt affektive lidelser, skizofreni, alkohol/stofmisbrug og angstlidelser er forbundet med en høj selvordsrisiko(5)(104). Ved mange psykiske lidelser udvikles selvordstanker og selvordsimpulser som en del af lidelsen. Dette er for eksempel tilfældet ved depression.

Det kommer også til udtryk ved, at mennesker, der tager deres eget liv, oftere er i eller har været i et psykiatrisk behandlingsforløb. Selvordsraten for mennesker, som har været indlagt på grund af en psykisk lidelse, er ca. 20 gange højere end baggrundsbefolkningen (105). Omkring halvdelen af dem, som dør af selvord, har modtaget psykiatrisk behandling på et tidspunkt i deres liv, og 27% af dem, der har været indlagte, har modtaget ambulante behandling eller været på psykiatrisk akutmodtagelse i det sidste år op til selvmordet. Dansk forskning viser, at 58% af mænd, som døde af selvord, ingen kontakt havde haft til psykiatrisk sygehus, hvor dette gjaldt for 40% af kvinder (105).

Specielt i forbindelse med indlæggelse er mennesker med psykisk lidelse i høj risiko for selvordshandlinger. Mennesker, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, har i den første uge under indlæggelse 200-300 gange højere risiko for selvord end mennesker, der ikke har været indlagt (28). Siden 2009 er selvordsraten under indlæggelse på psykiatrisk afdeling øget med ca. 7,5 % årligt (26), og Danmark er det OECD-land, som har den højeste selvordsrate blandt mennesker med psykisk lidelse under indlæggelse (4). Stigningen kan skyldes, at indlæggelserne gennem årene er blevet kortere og flere psykiatriske lidelser behandles ambulant, og at det dermed kun er de sværest syge, der indlægges på psykiatriske afdelinger. I perioden 1995-2016 forekom 5,2 % af alle selvord imens vedkommende var indlagt (4).

Når mennesker udskrives fra psykiatriske afdelinger, er risikoen for selvord også betydeligt øget. I den første uge efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling er selvordsraten 200-400 gange højere end blandt mennesker, der ikke har været indlagt. Selvordsraterne efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling er højest i den første uge efter udskrivning, og falder herefter gradvist over tid. En rapport fra OECD viser, at der er markant flere med psykiske lidelser i Danmark, som tager deres eget liv i det første år efter udskrivning end OECD-gennemsnittet (4). Et nyligt studie viste, at hvis selvordsraten i det første år efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling reduceres til samme niveau som selvordsraten for den generelle befolkning, kan vi potentielt reducere antallet af selvord i Danmark med 25 % (29).

Fysiske sygdomme

En række fysiske sygdomme er forbundet med en højere selvordsrate. Dette gælder særligt alvorlige kroniske sygdomme som f.eks. kræft og neurologiske sygdomme, hvor der er påvist en væsentlig

overdødelighed. Ligeledes har personer med invaliderende sygdomme og kroniske infektioner en højere selvmordsrate sammenlignet med baggrundsbefolkningen (106). Særligt i tiden kort efter første diagnose med en alvorlig kronisk sygdom forefindes en høj selvmordsrate (107) (108). 39% af de personer, som døde af selvmord i 2010-2021 i Danmark, var blevet diagnosticeret med en eller flere kroniske fysiske sygdomme (5).

Stressfyldte hændelser og traumer

En lang række stressfyldte hændelser er forbundet med en højere risiko for selvmordshandlinger, bl.a. tab af ægtefælle (109), efterladte efter pludseligt dødsfald, herunder selvmord (3), skilsmisse, finansielle kriser og naturkatastrofer (110). Personer, som har været udsat for traumatiske hændelser som seksuelle og fysiske overgreb, har også en højere selvmordsrate end baggrundsbefolkningen (5). Herudover bør man være opmærksom på, at ofre for mobning kan udvikle selvmordstanker (111) (112), ligesom tidlig debut af rygning, alkohol- eller stofmisbrug også kan udgøre risikofaktorer for senere selvmordshandlinger (113).

Nogle grupper af mennesker med udfordrende livsomstændigheder er særligt udsatte i forhold til at begå selvmord. Eksempler på dette er f.eks. flygtninge, asylansøgere samt veteraner, der har en øget risiko for at udvikle PTSD²-relaterede sygdomme og derigennem en øget selvmordsrisiko (114). Ligeledes har hjemløse samt personer i/løsladte fra fængsel øget risiko for selvmord (115). Der findes desuden en 2-3 gange højere selvmordsrate blandt LGBT+-grupper sammenlignet med heteroseksuelle (116) (117).

Derudover forekommer selvmord hyppigere blandt sundhedsfagligt personale, såsom læger, tandlæger, dyrlæger, farmaceuter og sygeplejersker, i forhold til andre faggrupper. Dette menes at skyldes høj arbejdsbelastning, stress samt kendskab og adgang til effektive selvmordsmetoder (118) (119).

Selvskadende adfærd

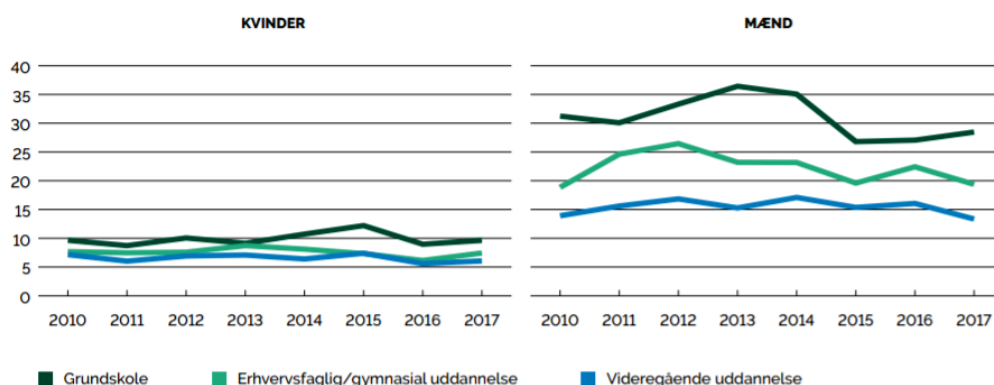
Mennesker med selvskadende adfærd er i markant øget risiko for at dø af selvmord som følge af de skader de pådrager sig, hvor risikoen for selvmord, ulykkesdødsfald og alkohol- og stofrelateret død er dobbelt så stort blandt teenagere med selvskadende adfærd, sammenlignet med andre teenagere (120). De har desuden øget risiko for at udvikle selvmordstanker eller udføre selvmordshandlinger (121) (122).

Social ulighed

Tidligere studier fra Danmark har vist, at personer i den laveste indkomstgruppe har en højere selvmordsrisiko end personer tilhørende højere indkomstgrupper (123). En nyere opgørelse viser, at mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau har en højere selvmordsrate sammenlignet med mænd med en videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau (figur 6). Der forekom ingen social ulighed i selvmordsraten blandt kvinder.

² PTSD er en forkortelse af Posttraumatic Stress Disorder (posttraumatisk stressforstyrrelse)

Figur 6: "Antal selvmord pr. 100.000 fordelt på uddannelsesniveau hos hhv. kvinder og mænd på 30 år og derover, 2010-2017" (124)



Samfundsmæssige konsekvenser

De samfundsmæssige omkostninger ved selvmord og selvmordsforsøg er betydelige. I alt kostede selvmordsforsøg og selvskade sundhedsvæsenet 201,5 mio. kr. årligt i 2010-2012. Dette indebar omkostninger til sekundærsektoren (57%), primærsektoren (8%), receptpligtig medicin (6%) og hjemmehjælp (29%). Et nyere studie, som kun omfattede omkostningerne til hospitalerne, fandt at selvmordsforsøg og selvskade kostede hospitalerne 59,9 mio. kr. årligt 2012-2016 (25). Personer, der forsøger at tage deres eget liv, indlægges oftere, har flere sygedage og får oftere tilkendt førtidspension end den generelle befolkning. Det årlige gennemsnitlige produktionstab, der var relateret til sygefravær og førtidspensionering blandt personer, der har forsøgt selvmord eller har selvskadet, var i 2011-2012 3,598,8 mio. kr. Her var produktionstabet størst blandt mænd. 54% af produktionstabet kunne tilskrives tidlig død, 37% ekstra omkostninger til førtidspensionering og 9% sygefravær (6).

Selv mord og selvmordsforsøg er desuden årsag til en øget forekomst af indlæggelser, skadestuebesøg, lægekontakter og ekstra sygedage. I 2010-2012 var selvmordsforsøg og selvskade årsag til 7.771 somatiske indlæggelser og 4.302 somatiske skadestuebesøg årligt. Således udgjorde selvskade og selvmordsforsøg 0,7 % af alle somatiske indlæggelser og 0,6% af alle årsager til de samlede somatiske skadestuebesøg i Danmark. For børn under 16 år blev der i 2010-2012 gennemsnitligt indlagt 1.002 somatisk på grund af selvskade og selvmordsforsøg, svarende til 0,8% af alle indlæggelser. Derudover var selvmordsforsøg og selvskade årsag til 409 skadestuebesøg for børn under 16 år hvert år i 2010-2012, svarende til 0,2 % af alle skadestuebesøg. For personer med selvmordsforsøg eller selvskade var der i 2010-2012 årligt 135.469 lægekontakter. I 2010-2012 var der desuden årligt 170.383 ekstra sygedage blandt personer med selvmordsforsøg eller selvskade og 249 nytilkendte førtidspensioner. Hermed udgjorde selvmord eller selvskade 0,9% af alle sygedage og 1,6% af alle førtidspensioner i Danmark (6).

Nyere data vedrørende samfundsmæssige omkostninger på grund af selvmord og selvmordsforsøg kan findes i omkostninger ved depression. En betydelig andel af den overdødelighed, der ses ved personer, der

har en depression, kan netop tilskrives selvmord. I tidsperioden 2017-2018 var der 3.139 og 3.561 ekstra antal dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder med en depression, der var 16 år eller derover. Dette er sammenlignet med mænd og kvinder uden depression, der havde samme køn, alder, uddannelse og sygelighed. Ligeledes var der i samme tidsperiode ekstra omkostninger på grund af behandling, pleje og medicin til personer med depression på 9.727,6 mio. kr. pr. år (125).

Selvmord og selvmordsforsøg har også betydelige konsekvenser for efterladte og pårørende. Undersøgelser viser, at mennesker, der har mistet deres partner til selvmord, har en højere risiko for psykiske- og fysiske helbredsproblemer, sygefravær, arbejdsløshed og at få førtidspension end den generelle befolkning (7).

Bilag 4: Organisering af området

Der eksisterer i dag en række forskellige muligheder for, at mennesker i risiko for selvmordshandlinger kan modtage hjælp og behandling. I det følgende beskrives den nuværende organisering af indsatsen.

Den akutte indsats

Mennesker i akut risiko for selvmordshandlinger og mennesker, der skal behandles akut efter selvmordsforsøg, kan få hjælp i akutmodtagelser på sygehusene, de akutte udgående funktioner. Der findes desuden sociale akuttilbud i nogle kommuner. Sociale akuttilbud er døgnåbne og døgnbemandede tilbud, hvor borgere i akut psykisk krise kan henvende sig anonymt og uden forudgående visitation eller aftale. Her vil borgere, der er selvmordstruede, typisk være en del af målgruppen (126). Målet med at benytte et socialt akuttilbud er at undgå, at krisen forværres, og at kunne skabe tryghed i hverdagen, så borgeren kan blive i egen bolig, og så indlæggelser i den regionale psykiatri reduceres (127).

Mennesker, der har forsøgt selvmord, kan oftest ses i den somatiske akutmodtagelse. På psykiatrisk akutmodtagelse kan personer med selvmordstanker, debuterende eller akut forværring af psykisk lidelse få behandling. Akutmodtagelserne vil efterfølgende kunne henvise til indlæggelse, ambulante psykiatriske behandling eller de selvmordsforebyggende klinikker.

Indlæggelse og ambulante psykiatriske behandling

Mennesker, som vurderes at være akut selvmordstruede, bliver ofte tilbudt indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. For de fleste vil der være tale om frivillig indlæggelse, men i nogle tilfælde kan det blive nødvendigt at indlægge mennesker mod deres vilje, en såkaldt tvangsindlæggelse. Mennesker som vurderes at være i risiko for at tage sit eget liv kan således blive tvangsindlagt, hvis de vurderes at være psykotiske eller en tilstand som kan sidestilles hermed, samt enten 1) er til nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (fareindikation, Psykiatrilovens § 5 (13)) eller hvis udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet (helbredsindikation, psykiatrilovens § 5 (13)).

På de psykiatriske afdelinger kan mennesker med svære selvmordstanker få behandling og pleje, samt observeres af fagpersonale.

Mennesker, som har været indlagt på psykiatrisk afdeling, kan udskrives til ambulante opfølgning i regionen eller i privat regi. Man kan derudover blive henvist til kommunen, der herefter kan videre henvise til andre tilbud, hvis det er relevant for vedkommende. De kan, alt efter deres tilstand og deres tilgrundliggende lidelser, henvises til videre forløb i de relevante psykiatriske ambulatorier, almen praksis, selvmordsforebyggende centre, praktiserende speciallæger i psykiatri, eller i udgående teams som f.eks. OPUS og (F)ACT. De konkrete behandlingstilbud varierer på tværs af landet.

Praksissektor

Mennesker i risiko for selvmordshandlinger, kan også få hjælp ved deres praktiserende læge. Hjælpen kan både være i form af udredning, medicinsk behandling, støttende samtaler/samtalerapi og risikovurderinger. Hvis den praktiserende læge vurderer, at der er behov for mere specialiseret behandling, kan vedkommende henvise til privatpraktiserende psykolog, privatpraktiserende psykiater, behandling i psykiatrien

(ambulant eller på sygehus) eller til de selvmordsforebyggende klinikker. Mennesker i risiko for selvmordshandlinger, som har været i behandling i psykiatrien, kan desuden få opfølgende behandling ved deres praktiserende læge.

Selvmordsforebyggende klinik

Mennesker med alvorlige selvmordstanker og/eller selvmordsforsøg, som ikke lider af alvorlige psykiske lidelser der adresseres af andre behandlingstilbud, kan få hjælp i en af de selvmordsforebyggende klinikker. De findes i alle regioner, men der er betydelig variation i tilbuddet fra region til region. Hvem der kan få hjælp, hvilken type hjælp, og hvilke kvalifikationer den enkelte mødes af i de selvmordsforebyggende klinikker afhænger af hvilken region vedkommende bor i. Behandlingen i de selvmordsforebyggende klinikker omfatter et individuelt og støttende samtaleforløb på op til 10 samtaler, det kan være forskellige former for terapi bl.a. kognitiv terapi og dialektisk adfærdsterapi. De selvmordsforebyggende klinikker behandler årligt ca. 2500 mennesker (42). Der er evidens for at behandlingen i de selvmordsforebyggende klinikker, har medført en reduktion i antallet af gentagne selvmordsforsøg samt dødsfald af selvmord og andre årsager (42).

Kommuner

Mennesker i risiko for selvmordshandlinger kan få forskellige tilbud i kommunerne afhængigt af deres situation og hvilke tilbud der er i den enkelte kommuner. Mange af tilbuddene vil være målrettet de faktorer, som kan belaste et menneske i risiko for selvmordshandlinger, og således ikke have et specifikt fokus på selvmordsforebyggelse. Det kan f.eks. være tilbud om rådgivning og vejledning, støtte i eget hjem, misbrugsbehandling, familierettede indsatser, netværks- og samtalegrupper, kontaktpersoner samt praktisk og pædagogisk støtte. Socialpædagogisk støtte i eget hjem såvel som på botilbud udgør nogle af de største og mest indgribende ydelsesområder på socialområdet, og har fokus på at styrke borgernes generelle situation og tilstand samt styrke deres funktionsniveau og trivsel.

På børne- og ungeområdet kan kommunerne efter barnets lov (som træder i kraft fra 2024) tilbyde sociale indsatser til alle sårbare og udsatte børn og unge, som vurderes til at have brug for støtte. De sociale indsatser, som iværksættes efter barnets lov, har overordnet til formål at sikre, at barnet eller den unge kan opnå de samme muligheder for omsorg, læring, personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende (128). Børnene, de unge og deres familier kan vælge at søge støtte og vejledning af en række forskellige kanaler f.eks. fx ved at rette henvendelse til lærere, pædagoger, Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, uddannelsesvejleder, skolesocialrådgiver, sundhedsplejerske, praktiserende læge eller børne- og familieafdelingen i kommunen. Kommunen spiller ofte en rolle i forhold til at modtage henvendelser om risikoen for selvmordshandlinger - både henvendelser fra børnene, de unge og familierne selv og henvendelser fra professionelle omkring barnet/den unge. Kommunen vil ligeledes ofte spille en rolle i forhold til at skulle udforme en koordineret plan for barnets eller den unges videre forløb (129)..

Kommunerne kan yde støtte på forskelligt niveau i form af:

- Individuel eller familieorienteret samtale og rådgivning i åbne tilbud
- Støttende indsatser målrettet barnet/den unge selv eller familien såsom praktisk eller pædagogisk støtte i hjemmet, behandling eller en kontaktpersonsordning
- Anbringelse uden for hjemmet hvis det er vurderingen, at dette vil have væsentlig betydning for barnets eller den unges særlige behov for støtte.

I nogle kommuner har man etableret kommunale, ikke-akutte beredskaber målrettet børn og unge i risiko for selvmordshandlinger, såkaldte SELFO-teams. Det er en organisering, der bidrager til at systematisere kommunernes arbejdsgange og tværgående samarbejde ved henvendelse om risiko for selvmordshandlinger hos et barn eller en ung. Formålet med de kommunale beredskaber er at sikre, at børn og unge med selvmordstanker eller -handlinger har en hurtig og nem indgang til hjælp i form af kvalificeret vurdering og opfølgning.

Civilsamfundsorganisationer

Mennesker med selvmordstanker og deres pårørende kan desuden få hjælp fra en række forskellige tilbud i civilsamfundet, såsom chat-funktioner, telefonrådgivninger og mødesteder. Et af de væsentligste rådgivningstilbud til mennesker med selvmordstanker er Livslinien. Livslinien tilbyder rådgivning på telefon, mail og chat.

Bilag 5: Partnerskabets medlemmer

Navn	Udpeget af
Christina Petrea Larsen	Center for Selvmordsforskning
Brian Petersen	Centrene for Selvmordsforebyggelse i regionerne (Region Nord)
Malene Grundahl	Centrene for Selvmordsforebyggelse i regionerne (Region Hovedstaden)
Louise Caroline Harder	Centrene for Selvmordsforebyggelse i regionerne (Region Hovedstaden)
Jens Lysgaard Jørgensen	Centrene for Selvmordsforebyggelse i regionerne (Region Sjælland)
Mette Raun Hansen	Centrene for Selvmordsforebyggelse i regionerne (Region Syddanmark)
Mette Lebech Andersen	Centrene for Selvmordsforebyggelse i regionerne (Region Midtjylland)
Annette Erlangsen	Dansk Forskningsinstitut for Selvmordsforebyggelse (DRISP)
Britt Reuter Morthorst	Dansk Forskningsinstitut for Selvmordsforebyggelse (DRISP)
Jens Peter Eckardt	Danske Patienter
Titia Lahoz	Dansk Psykolog Forening
Josefina Hindenburg Krausing	Danske Regioner
Arjen Stoop	Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Lisbeth Hybholt	Dansk Sygeplejeråd
Morten Ronnenberg Møller	DepressionsForeningen
Anna Gillett	Kommunernes Landsforening
Vibeke Gangelhoff Thomsen	Odense Kommune
Jeppé Kristen Toft	Livslinien
Merete Nordentoft	Lægeforeningen
Pernille Drost	Netværket for Selvmordsramte (NEFOS)
Liza Marie Johnson	Psykiatrifonden
Tove Kristjansen	Dansk Selskab for Almen Medicin
Marie Skaaning Andersen	Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Vibeke B. Andersen	Papagenogruppen
Mette Milling Mortensen	Social- og Boligstyrelsen

Sundhed for alle ♥ + ●