



Dokumentation



Monitorering af handlingsplanen for styrket
forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg

Dokumentation

Monitorering af handlingsplanen for styrket forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg

© Sundhedsstyrelsen, 2026.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-691-3

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Januar 2026

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
Introduktion.....	4
1. Selvmordsraten.....	5
1.1. Baggrund.....	5
1.2. Dokumentation.....	5
2. Selvmordshandlinger efter udskrivelse	5
2.1. Baggrund	5
2.2. Dokumentation	5
3. Kapacitetsløft af de selvmordsforebyggende klinikker	6
3.1. Baggrund.....	6
3.2. Dokumentation	7
4. Bedre opfølgning til mennesker i risiko for selvmordshandlinger	8
4.1. Baggrund.....	8
4.2. Dokumentation.....	8
5. Styrkelse af Livslinien.....	8
5.1. Baggrund.....	8
5.2. Dokumentation.....	9
6. Udbredelse af peers i den regionale behandlingspsykiatri.....	9
6.1. Baggrund.....	9
7. Udbredelse af krisepaner på sundheds- og socialområdet.....	10
7.1. Baggrund.....	10
Definitioner	11
Diskretionering	11
Sygehusophold.....	11
Indlæggelse.....	11
Ambulante ophold	11
Akut sygehusophold.....	11
Kontakttyper.....	11
Selv mord	12
Selv mordsforsøg.....	12
8. Referenceliste.....	14

Introduktion

Som led i regeringens 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed, indgik regeringen den 12. april 2024 en aftale om en *Handlingsplan for styrket forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg*. Handlingsplanen rummer otte initiativer, som har til hensigt at styrke arbejdet med at forebygge selvmord og selvmordsforsøg. Det overordnede mål er at reducere selvmordsraten med 33 % for perioden 2015-2030. Målet om 33 % reduktion er et af FNs verdensmål, som blev vedtaget i 2015.

I rapporten monitoreres og følges initiativerne i handlingsplanen, men handlingsplanen står ikke alene. Det samlede løft af psykiatrien i regi af 10-års planen for psykiatrien og mental sundhed, forventes også at bidrage til at forebygge selvmord og selvmordsforsøg i Danmark.

Første monitoreringsrapport udgives i december 2025. Den første monitoreringsrapport indeholder opgørelser fra 2024. Rapporten belyser situationen forud for implementering af handlingsplanen, idet opgørelserne er fra hele 2024, men midlerne først blev udmøntet i løbet af 2024. Implementeringen af handlingsplanen belyses i de monitoreringsrapporter, som fra 2026 udgives årligt på verdensdagen for selvmordsforebyggelse d. 10. september.

Monitoreringsrapporten er en del af Rådet for Selvmordsforebyggelses arbejde med at følge og monitorere initiativerne i handlingsplanen. Rådet for Selvmordsforebyggelse blev, som en del af handlingsplanen, nedsat af Sundhedsstyrelsen i 2024. Rådet består af en række centrale aktører for det selvmordsforebyggende arbejde, bl.a. kommuner, regioner, forskningsinstitutioner, civilsamfundsorganisationer og mennesker med egne erfaringer (læs mere om rådet [her](#)).

Indikatorerne er udvalgt på baggrund af rådgivning fra Rådet for Selvmordsforebyggelse. Eftersom indikatorerne skal baseres på eksisterende data, er der enkelte initiativer (peers og kriseplaner), som det ikke har været meningsfuldt at monitorere. Disse initiativer følges udelukkende på baggrund af aktørernes tilbagemelding på møder i Rådet for Selvmordsforebyggelse. I nærværende rapport beskrives de til- og fravalg, som er foretaget i forbindelse med udvælgelse af indikatorerne.

Dansk Forskningsinstitut for Selvmordsforebyggelse (DRISP) og Sundhedsdatastyrelsen har lavet opgørelser og grafer til monitoreringsrapporten.

1. Selvmordsraten

1.1. Baggrund

Det overordnede mål om at reducere selvmordsraten med 33 % for perioden 2015-2030, er fastlagt på baggrund af, at det er en af FNs verdensmål. Baseline er 2015, idet FNs verdensmål blev vedtaget i 2015.

1.2. Dokumentation

Grafen i monitoreringsrapporten viser selvmordsraten, opgjort som antal selvmord pr. 100.000 borgere bosat i Danmark i perioden 2015-2024. Selvmord er opgjort på baggrund af dødsdatoen og befolkningstallet er opgjort på baggrund af hele befolkningen pr. 1. januar i pågældende år via CPR-registeret. Oplysninger om selvmord stammer fra Dødsårsagsregisteret, der indeholder data fra dødsattester for personer med et gyldigt dansk CPR-nummer og fast bopæl i Danmark. Dødsårsager klassificeres ifølge International Classification of Diseases (ICD-10), og der er afgrænset til koderne X60-X84 og Y87.0 for selvmord. Personer, der er døde i udlandet, ikke har fast bopæl i Danmark eller har en administrativ kommunekode, indgår ikke. Administrative kommunekoder oprettes for personer uden kendt bopælskommune, der har dansk CPR-nummer – Dvs. opgørelserne omfatter ikke hjemløse personer uden registreret bopælskommune. Region henviser til borgerens bopælsregion på dødstidspunktet.

2. Selvmordshandlinger efter udskrivelse

2.1. Baggrund

Selvmod og selvmordsforsøg i første uge efter udskrivelse fra indlæggelse i den regionale psykiatri er udvalgt som hovedindikatorer, fordi personer, der udskrives efter indlæggelse i psykiatrien, er i høj risiko for selvmordshandlinger – særligt i den første uge efter udskrivelse, hvor selvmordsraten er 200-400 gange højere end den generelle befolkning (1). Personer, der er udskrevet efter indlæggelse i psykiatrien, tegner sig for en betydelig del af det samlede antal selvmord. Et dansk forskningsstudie fandt, at hvis den højere selvmordsrisiko i denne gruppe nedbringes til niveauet i den generelle befolkning, kunne 25 procent af selvmord i Danmark forebygges (2).

2.2. Dokumentation

Grafen i monitoreringsrapporten viser antallet af selvmord og selvmordsforsøg i den første uge efter udskrivelse pr. 10.000 udskrivelser fra den regionale psykiatri. Baseline er baseret på et gennemsnit for perioden 2021-2023. Der er kun inkluderet udskrivelser fra indlæggelser på psykiatriske afdelinger samt børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, eller hvor der har været et indlæggelsesforløb i både psykiatrien og somatikken. Indlæggelse er defineret som et sammenhængende sygehusophold, der varer 12 timer eller derover (se Definitioner). Opgørelsen er afgrænset til personer på 10 år eller derover på udskriv-

ningstidspunktet, fordi der forekommer få selvmordshandlinger blandt børn under 10 år. Den er desuden afgrænset til personer med dansk bopæl på udskrivningstidspunktet. Region henviser til den kontaktsansvarlige region ved udskrivelse fra indlæggelsen.

Selv mord efter udskrivelse er opgjort som selvmord samme dag som udskrivelse og i de følgende 7 dage efter. Hvis selvmordet ligger samme dag som udskrivelsen, kan der ikke skelnes mellem om selvmordet er sket under indlæggelse eller efter. Disse vil derfor tælles med i opgørelsen.

3. Kapacitetsløft af de selvmordsforebyggende klinikker

3.1. Baggrund

Som en del af handlingsplanen for styrket forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg er der afsat 16,4 mio. kr. i 2024 og 21,8 mio. kr. fra 2025 og frem til initiativet *Kapacitetsløft af de selvmordsforebyggende klinikker*. Hensigten med initiativet er bl.a. at styrke behandlingstilbuddet, kompetenceudvikle fagpersonale, øge pårørendestøtte – og at øge kapaciteten, så flere personer kan få hjælp i de selvmordsforebyggende klinikker.

På baggrund af rådets rådgivning blev det besluttet at monitorere initiativet ved følgende indikatorer:

- Antal unikke personer med en fysisk kontakt til klinik for selvmordsforebyggelse pr. år
- Antal fysiske kontakter til klinik for selvmordsforebyggelse pr. år

Kontakt skal forstås, som en ydelse med klinisk indhold. For eksempel gruppe- og individuelle samtaler. I de selvmordsforebyggende klinikker kan en kontakt også være virtuel, ude-kontakt eller skriftlige kontakter, men da de ikke bliver registreret i alle klinikker, indgår disse former for kontakter ikke i monitoreringen, da det er et ønske at have sammenlignelige data på tværs af landet. Klinikernes egne opgørelser viser at de virtuelle kontakter (telefon og video) udgør ca. 14 - 33 % af de samlede kontakter i 2025. I det følgende fremgår andelen af virtuelle kontakter (telefon og video) i de enkelte regioner i 2025.

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Nordjylland	Region Syddanmark	Region Midtjylland (Team for selvmordsforebyggelse i Gødstrup indgår ikke i opgørelsen).
Andel virtuelle kontakter:	14 %	22 %	33 %	16 %	15 %

3.2. Dokumentation

Graferne i monitoreringsrapporten viser antal unikke personer med fysisk fremmøde ("behandlede personer") og antal fysiske kontakter ("behandlingskontakter") i de selvmordsforebyggende klinikker. Baseline er baseret på et gennemsnit for perioden 2021-2023. Gennemsnittet er beregnet ud fra hvor mange klinikker, der havde SOR-koder i de enkelte år. Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR) indeholder et unikt identifikationsnummer på specifikke hospitalsafdelinger og klinikker. Denne SOR-kode benyttes til at identificere hver af de selvmordsforebyggende klinikker. Klinikker indgår således kun i beregningen for de år, hvor de har en SOR-kode.

De præsenterede resultater er minimumstal, da det ikke har været muligt at få data fra alle selvmordsforebyggende klinikker. Det skyldes, at enkelte klinikker, først for nylig eller endnu ikke, har fået en egen SOR-kode. Følgende klinikker indgår i monitoreringsrapporten fra 2024:

Region Hovedstaden:

- Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse (*SOR-kode gyldig fra 19. maj 2022, med første registrering foretaget på SOR-koden i januar 2023*)

Region Midtjylland:

- Enhed for Selvmordsforebyggelse – Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien
- Klinik for Selvmordsforebyggelse – Regionspsykiatrien Gødstrup (*SOR-kode gyldig fra 20. oktober 2019, med første registrering foretaget på SOR-koden i januar 2022*)

Region Nordjylland:

- Enhed for Selvmordsforebyggelse

Region Sjælland:

- Klinik for Selvmordsforebyggelse, Greve
- Klinik for Selvmordsforebyggelse, Slagelse
- Klinik for Selvmordsforebyggelse, Vordingborg

Region Syddanmark:

- Center for Selvmordsforebyggelse, Odense Universitetshospital (*SOR-kode fortsat gyldig, men seneste registrering på SOR-koden er foretaget i februar 2022*)
- Klinik for Selvmordsforebyggelsen, Aabenraa
Team for Selvmordsforebyggelse, Odense lokalpsykiatri, Psykiatrien

I Region Syddanmark ydes selvmordsforebyggende behandling på flere SOR-koder end de ovennævnte. Her vil procedurekoden '*BQFS05 Forebyggelsessamtale vedrørende psykosociale forhold*' altid registreres. Det har været obligatorisk at registrere denne kode ved selvmordsforebyggende behandling i Region Syddanmark siden 7. juli 2020. Alle registreringer på denne kode er derfor inkluderet i opgørelsen af aktivitet i de selvmordsforebyggende klinikker i Region Syddanmark.

4. Bedre opfølgning til mennesker i risiko for selvmordshandlinger

4.1. Baggrund

Som en del af handlingsplanen for styrket forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg er der afsat 15 mio. kr. i 2024 og 20 mio. kr. fra 2025 og frem til regionerne til initiativet "*Bedre opfølgning til mennesker i risiko for selvmordshandlinger*". Initiativet omhandler at styrke sammenhængen ved, at børn, unge og voksne får en opfølgende kontakt efter de har været tilset i akutmodtagelser på grund af selvmordsforsøg, eller efter de er blevet udskrevet fra psykiatrisk indlæggelse, da denne gruppe er i øget risiko for selvmordshandlinger (1-5).

Efter rådgivning fra Rådet for Selvmordsforebyggelse og Sundhedsdatastyrelsen monitoreres initiativet på baggrund af følgende indikatorer:

- Andel af personer som udskrives fra en somatisk afdeling efter akut kontakt med selvmordsforsøg, som har en opfølgende psykiatrisk kontakt i første uge efter udskrivelse
- Andel af personer som udskrives efter indlæggelse i psykiatrien, som har en opfølgende psykiatrisk kontakt i første uge efter udskrivelse.

Det er besluttet ikke at inkludere personer, som er tilset for selvmordsforsøg i psykiatrisk akut modtageafsnit pga. selvmordsforsøg, fordi det må forventes, at patienten er blevet vurderet mht. psykiatrisk indlæggelse på samme tidspunkt.

4.2. Dokumentation

Graferne viser andelen af personer med opfølgende psykiatrisk kontakt inden for en uge efter udskrivelse. Den ene graf omfatter personer, der er blevet udskrevet fra somatisk sygehus efter at være blevet tilset akut for selvmordsforsøg (se dokumentation for opgørelse af selvmordsforsøg under afsnittet Definitioner). Den anden graf omfatter personer, som er blevet udskrevet fra en psykiatrisk indlæggelse. Kun opfølgende, planlagte psykiatriske kontakter, som har været afholdt inden for en uge efter udskrivelse inkluderes. Baseline er baseret på den samlede andel for perioden 2021-2023. Datamaterialet er afgrænset til personer på 10 år eller derover på kontaktens starttidspunkt, fordi der forekommer få selvmordshandlinger blandt børn under 10 år. Tallene er desuden afgrænset til personer med dansk bopæl. Region omfatter den kontaktansvarlige region ved udskrivelse fra somatisk kontakt/psykiatrisk indlæggelse.

5. Styrkelse af Livslinien

5.1. Baggrund

Som en del af handlingsplanen for styrket forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg er der afsat 7 mio. kr. fra 2024 og frem til initiativet "Styrkelse af Livslinien". Hensigten med initiativet er at permanentgøre bevillingen til at holde natåbent, og samtidig styrkes den varige bevilling med henblik på kapacitetsforøgelse, så det sikres, at flere personer i akut selvmordskrise modtager rådgivning eller støtte fra Livsli-

niens rådgivere.

Efter rådgivning fra Rådet for Selvmordsforebyggelse monitoreres initiativet på baggrund af følgende indikatorer:

- Antal besvarede opkald
- Antal besvarede chathenvendelser

Baggrunden for, at indikatoren omfatter antal i stedet for andel er, at data på andel ikke vil kunne være retvisende. Det skyldes, at Livslinien ikke har retvisende data på, hvor mange unikke personer, der ringer til telefonrådgivningen, da mange opkald er fra hemmeligt telefonnummer.

5.2. Dokumentation

Antal besvarede opkald og chathenvendelser er opgjort på årsbasis og stammer fra Livsliniens egen anonyme database. Alle besvarede kontakter er indberegnet, da det er ikke muligt at afgøre om en person er bosat i landet.

Henvendelser til Livsliniens rådgivning er anonyme, hvorfor både alders- og kønsfordeling afspejler, hvad den enkelte selv har ønsket at oplyse. Mens manglende oplysninger om køn på både chat- og telefonrådgivningen ligger på under 8 %, er andelen af manglende aldersoplysninger noget højere. På telefonrådgivningen er der således 44 % der ikke har ønsket at oplyse alder, mens andelen af brugere med uoplyst alder på chatrådgivningen kun udgør knap 4.

6. Udbredelse af peers i den regionale behandlingspsykiatri

6.1. Baggrund

Som en del af handlingsplanen for styrket forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg er der afsat 5,3 mio. kr. i 2024 og 7 mio. kr. fra 2025 og frem til regionerne til at udbrede peers i den regionale psykiatri.

Grundet mangelfuldt datagrundlag, har Rådet for Selvmordsforebyggelse vurderet, at det ikke er muligt at monitorere initiativet meningsfuldt. Initiativet følges i stedet udelukkende ved en årlig mundtlig tilbage-melding fra Danske Regioner på rådsmøderne. Denne tilbagemelding indarbejdes efterfølgende i monitoreringsrapporten.

7. Udbredelse af kriseplaner på sundheds- og socialområdet

7.1. Baggrund

Som en del af handlingsplanen for styrket forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg er der afsat 7,5 mio. kr. i 2024 og 10 mio. kr. fra 2025 og frem til kommuner og regioner (fordeles ligeligt) til at udbrede kriseplaner på sundheds- og socialområdet.

Grundet mangelfuldt datagrundlag, har Rådet for Selvmordsforebyggelse vurderet, at det ikke er muligt at monitorere initiativet meningsfuldt. Initiativet følges i stedet udelukkende ved en årlig mundtlig tilbagemelding på rådsmøderne fra Danske Regioner og KL. Tilbagemeldingen skrives ind i monitoreringsrapporten.

DRISP udarbejder en kvalitativ undersøgelse om barrierer og facilitatorer ift. brugen af kriseplaner.

Definitioner

Diskretionering

I rapporten vises tal mellem 1-4 ikke af diskretioneringshensyn. Totaler beregnet på baggrund heraf er afrundet til nærmeste 5, og andele beregnet på baggrund af diskretionerede tal vises ikke.

Sygehusophold

En kobling af fysiske fremmøder på danske sygehuse, såfremt de er tidsmæssigt overlappende eller optræder med ≤ 4 timers afstand mellem indskrivningstidspunkt og udskrivningstidspunkt. Sygehusophold inddeles i indlæggelser eller ambulante ophold.

Indlæggelse

Indlæggelser defineres som et sygehusophold med en **varighed på ≥ 12 timer**, hvor varigheden af et ophold beregnes fra tidligste indskrivningstidspunkt til seneste udskrivningstidspunkt på de fysiske fremmøder, der indgår i opholdet.

Ambulante ophold

Ambulante ophold defineres som et sygehusophold med en **varighed på < 12 timer**, hvor varigheden af et ophold beregnes fra tidligste indskrivningstidspunkt til seneste udskrivningstidspunkt på de fysiske fremmøder, der indgår i opholdet.

Akut sygehusophold

Et sygehusophold er akut, hvis der er et akut fysisk fremmøde samme dag, som sygehusopholdets start. Det er derfor ikke nødvendigvis første kontakt i sygehusopholdet. En kontakt er akut, såfremt den tager udgangspunkt i en helbredstilstand, der kræver umiddelbar sundhedsintervention. Det vil sige, at fx indlæggelse skal ske umiddelbart, uanset om der er ledig kapacitet eller ej.

Kontakttyper

Fysisk fremmøde

Et fysisk fremmøde er en patientkontakt, hvor patienten er fysisk til stede på en sundhedsproducerende enhed.

Udekontakt

En udekontakt er en patientkontakt, der foregår uden for en sundhedsproducerende enhed, og dækker over både hjemmebesøg (dvs. i patientens hjem, inkl. det sted, hvor patienten bor eller fremtidigt skal bo) og udebesøg (dvs. i dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm).

Virtuel patientkontakt

En virtuel kontakt er en patientkontakt, der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi uden et fysisk fremmøde (herunder telefonkonsultation og videokonsultation).

Selv mord

Opgørelse af antal selvmordsforsøg er baseret på Dødsårsagsregisteret, som indeholder data fra dødsattester for personer med et dansk CPR-nummer og fast bopæl i Danmark. Selvmord dækker over de dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er af ICD-10-koderne X60-X84 (inkl. alle underkoder) og Y87.0.

Selv mordsforsøg

Opgørelsen af selvmordsforsøg er baseret på en række antagelser og definitioner beskrevet nedenfor. Det er derfor vigtigt at understrege, at der er tale om et estimat, og at det faktiske antal selvmordsforsøg sandsynligvis er højere. Opgørelsen af selvmordsforsøg er baseret på data fra Landspatientregisteret, som indeholder data fra danske sygehuse. Såfremt der ikke har været et sygehusophold i forbindelse med et selvmordsforsøg, er dette ikke inkluderet. Det betyder også, at der er usikkerhed forbundet med opgørelser, hvor selvmordsforsøg indgår i beregningen.

Opgørelse af antal selvmordsforsøg er baseret på antallet af sygehusophold, hvor der er registreret mindst én kontakt med kontaktsagen 'Selvmordsforsøg' eller en aktions- eller bidiagnose med ICD-10 koderne X60-X84 (alle underkoder er inkluderet). Derudover anvendes kontakttypen (akut eller planlagt ophold) til at identificere selvmordsforsøg. Som udgangspunkt tælles alle akutte ophold med i opgørelsen som uafhængige selvmordsforsøg.

Hvis et nyt akut sygehusophold starter samme dag eller dagen efter (opgjort på dato) et andet akut sygehusophold slutter, antages det, at de to sygehusophold vedrører det samme selvmordsforsøg. I så fald tælles det kun som ét forsøg. Der kan dog reelt være tale om to separate selvmordsforsøg, og derfor er der en risiko for, at det faktiske antal selvmordsforsøg underestimeres.

Hvis den første kontakt er planlagt, antages det, at der har været et selvmordsforsøg forud for kontakten, og dette ophold vil tælle med som et selvmordsforsøg. Efter et selvmordsforsøg vil patienten ofte starte i et behandlingsforløb i psykiatrien, hvilket kan resultere i flere planlagte ambulante ophold. Forekommer der flere planlagte sygehusophold efter første planlagte ophold eller efter et akut ophold antages det, at disse er en del af et efterfølgende behandlingsforløb, og de vil som udgangspunkt ikke tælle med i opgørelsen som nye selvmordsforsøg.

Der er afgrænset til personer med en dansk bopæl på kontaktstarttidspunktet, som er i live på udskrivningsdagen. Der er afgrænset til personer på 10 år og derover på kontakttidspunktet.

Se '*Kriterier og scenarier ved optælling af selvmordsforsøg*' nedenfor for nærmere beskrivelse af kriterierne for optælling af selvmordsforsøg.

Sygehusophold relateret til selvmordsforsøg

Sygehusophold, hvor der er registreret mindst én kontakt med kontaktsagen 'Selvmordsforsøg' eller en aktions- eller bidiagnose med ICD-10 koderne X60-X84 (alle underkoder er inkluderet).

Kriterier og scenarier ved optælling af selvmordsforsøg:

Nedenfor beskrives forskellige scenarier for, hvordan selvmordsforsøg afgrænses og optælles i opgørelsen.

Scenarie 1: Flere akutte sygehusophold:

Alle akutte ophold, der relaterer sig til selvmordsforsøg, tælles med, medmindre der er mindre end én dags mellemrum mellem to ophold eller to ophold har overlappende datoer. I så fald tælles kun det første ophold med. Hvis der eksempelvis er tre akutte ophold med mindre end én dags mellemrum tælles kun det første forsøg.

Scenarie 2: Kombination af akutte og planlagte sygehusophold:

Hvis et akut sygehusophold efterfølges af et planlagt ophold (begge relateret til selvmordsforsøg) indenfor 30 dage, anses det for at være relateret til samme selvmordsforsøg. Ligger der planlagte ophold mere end 30 dage efter det akutte ophold, anses opholdene som uafhængige, og det tælles som to selvmordsforsøg.

Scenarie 3: Flere planlagte ophold:

Hvis en persons første ophold, der relaterer sig til selvmordsforsøg, er et planlagt ophold, tælles opholdet med i opgørelsen som et selvmordsforsøg. Hvis der er mindre end 365 dage mellem to planlagte ophold, anses det som at være relateret til samme selvmordsforsøg. Hvis der er mere end 365 dage mellem to planlagte sygehusophold relateret til selvmordsforsøg, tælles det som to selvmordsforsøg. Hvis flere planlagte ophold ligger kontinuerligt efter hinanden i mere end 365 dage, men med mindre end 365 dage mellem de enkelte ophold, tælles et nye selvmordsforsøg efter 365 dage fra sidst gældende selvmordsforsøg.

8. Referenceliste

- (1) 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.
- (2) Nordentoft M, Erlangsen A, Madsen T. More coherent treatment needed for people at high risk of suicide. *Lancet Psychiatry* 2022;9(4):263-264.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) DRISP. FORSAM-Databasen: Selvmord i perioden 2010-2021 i Danmark. Link: <https://www.forsam.dk/>

Sundhed for alle ♥ + ●