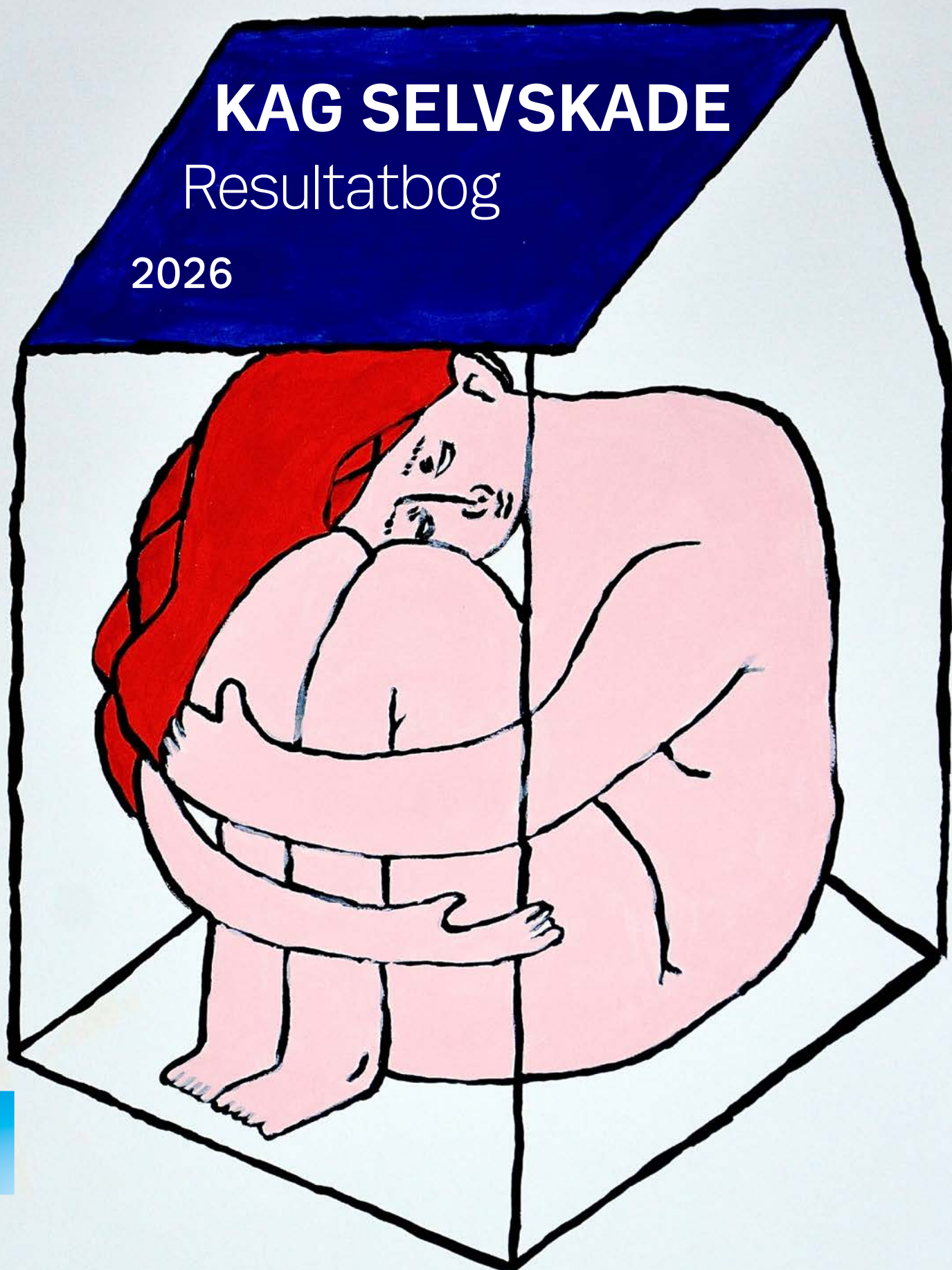


KAG SELVSKADE

Resultatbog

2026





Fra venstre ses: Malene Eiberg Holm (KAG-leder), Lotte Rubæk (overordnet KAG-leder), Rikke Stevns Sury (KAG-leder), Sara Zolfagharian Khodaie (KAG projektleder).

Forsideillustration:

Illustration fra bogen "Alex: At leve med ensomheden" af Aleksandra Avramovic, kunstner og patient på Afsnit for behandling af selvskade (BAS)

KAG Selvskade resultatbog er udarbejdet af:

Sara Zolfagharian Khodaie
Lotte Rubæk
Malene Eiberg Holm
Rikke Stevns Sury

Med værdsat hjælp fra:

Anica Hand
Anja Kirkeby

Indhold

1. INDLEDNING	4
1.1 KORT INTRODUKTION TIL KLINISKE AKADEMISKE GRUPPER	4
1.2 KAG SELVSKADES RESULTATBOG	4
1.3 ORGANISERING	4
2. INTRODUKTION TIL KAG SELVSKADE	5
2.1 BAGGRUND	5
2.2 VISION	6
2.3 ORGANISERING	6
2.4 PRÆSENTATION AF KAG SELVSKADE	7
3. MÅLGRUPPE FOR KAG SELVSKADE	9
3.1 DEFINITIONER PÅ SELVSKADE	9
3.2 FORSKELLE OG SAMMENHÆNG MELLEM SELVSKADE OG SELVMORDSADFÆRD	11
3.3 ÅRSAGER TIL SELVSKADE	11
3.4 KENDETEGN	12
3.5 FOREKOMSTEN AF SELVSKADE I PSYKIATRIEN	13
4. KORTLÆGNING AF NUVÆRENDE BEHANDLINGSTILBUD	16
4.1 OVERORDNEDE ANBEFALINGER	16
4.2 GENEREL SELVSKADEBEHANDLING I RHP	17
4.3 MÅLRETTEDE BEHANDLINGSTILBUD	18
5. RESULTATER	20
5.1 BEVILLINGER	20
5.2 STARTSKUDSDAG	20
5.3 PATIENTDATA	21
5.4 KOMMUNIKATION	22
5.5 IMPLEMENTERING OG REKRUTTERING	23
5.6 UNDERVISNING OG KOMPETENCEUDVIKLING	23
6. IGANGVÆRENDE INDSATSER	24
6.1 NATIONALE KLINISKE RETNINGSLINJER	24
6.2 DEN NATIONALE SELVSKADEKONFERENCE 2026	24
6.3 TEAM FOR SELVSKADE (VOKSEN)	24
6.4 ETABLERING AF PEERBOARD	25
6.5 OPKVALIFICERING AF SOMATIKKEN	26
7. PLANLAGTE INDSATSER	27
8. LITTERATUR	29

1. INDLEDNING

1.1 KORT INTRODUKTION TIL KLINISKE AKADEMISKE GRUPPER

I psykiatrien i Region Hovedstaden er der etableret fem Kliniske Akademiske Grupper (KAGs) for henholdsvis bipolar lidelse, psykoterapi, skizofreni, dobbeltdiagnose og selvskade. KAGs har til formål at styrke samspillet mellem klinisk praksis, forskning og kompetenceudvikling, og dermed fremme en evidensbaseret, patientinddragende og ensartet behandling af høj kvalitet. Et centralt mål er at reducere uforklarlig variation på tværs af afsnit og sikre, at ny viden hurtigt omsættes til klinisk praksis, samtidig med at forskningen tager udgangspunkt i erfaringer fra den kliniske hverdag.

KAGs arbejder systematisk med at udvikle og understøtte implementering af kliniske standarder og retningslinjer på tværs af afsnit. KAGs understøtter kompetenceløft og faglig udvikling blandt medarbejdere, bidrager til at bringe pårørende tættere på behandlingen og styrker recovery-orienteret praksis.

Derudover bidrager KAGs til at udvikle stærke forskningsmiljøer og tværfaglige netværk, der understøtter samarbejde, læring og faglig stolthed. Gennem dette arbejde medvirker KAGs til at skabe en mere sammenhængende og vidensbaseret psykiatri – til gavn for patienter, pårørende og medarbejdere.

Mere om KAGs kan læses her: [Link](#)

1.2 KAG SELVSKADES RESULTATBOG

Der udarbejdes årligt en resultatbog, der er en skriftlig aftale mellem linjeledelsen og KAG-ledelsen om de områder, KAGen arbejder med.

Dette er den første resultatbog for KAG Selvskade (tidligere kaldet outcome book). De kommende resultatbøger vil være tilgængelige på KAG Selvskades hjemmeside her:

<https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/KAGS/kag-selvskade>

1.3 ORGANISERING

KAGs er i Region Hovedstaden organiseret som en matrix med et samarbejde mellem linjeledelse og KAG-ledelse. KAG-ledelsen har ansvar for den faglige udvikling og koordinering, mens KAG-partnere deltager i implementering og videreudvikling af indsatser. Samarbejdet foregår på tværs af afdelinger og faggrupper, og strukturen er tiltænkt at være dynamisk og fleksibel for at muliggøre innovation og vidensdeling.

Den eksisterende struktur for KAGs er under forandring med henblik på at optimere og sikre en effektiv tilgang i forbindelse med integrationen af psykiatri og somatik.

2. INTRODUKTION TIL KAG SELVSKADE

2.1 BAGGRUND

Selvskade er et komplekst og tværdiagnostisk fænomen, der forekommer på tværs af en bred vifte af psykiatriske tilstande og udgør en betydelig udfordring – både for den enkelte, de pårørende og personalet.

Selvskade er ikke en selvstændig diagnose i ICD-10, hvilket betyder, at den selvskadende adfærd ofte ikke giver direkte adgang til psykiatrien. Udover at være lidelsesfuldt i sig selv, er selvskade en *risikofaktor* for udvikling af psykisk lidelse og en *vedligeholdende faktor* ved samtidig psykisk lidelse, hvilket tilføjer kompleksitet til behandlingsforløbet og forværrer prognosen (Bjureberg et al. 2021). Samtidig er selvskade den væsentligste prædiktør for senere selvmordsforsøg, selvmord og for tidlig død af andre årsager (Carr et al. 2017).

Baggrunden for at etablere KAG Selvskade er, at selvskade er et udbredt og komplekst fænomen i psykiatrien, hvor mere end halvdelen af patienterne har en pågående selvskadeproblematik (Odelius & Ramklint 2014). I klinisk praksis opleves det, at alvorlig selvskade ofte er årsag til døgn-indlæggelse i psykiatrien. Ydermere opleves det, at selvskade er en hyppig årsag til tvangsforanstaltninger, omend det i dag er vanskeligt at tilgå data i psykiatrien, da registreringspraksis er meget forskellig fra center til center.

Det er velkendt, at selvskade vækker stærke følelser i omgivelserne, og at personer, der skader sig selv, ofte mødes uhensigtsmæssigt, fordi personalet handler under høj følelsesintensitet (Møhl 2020). Selvskade i døgnregi stiller høje krav til den enkelte medarbejder og behandlerteamets konstruktive samarbejde, som ofte præges af uenighed og splittelse. En litteraturgennemgang viser, at sundhedsprofessionelle ofte har negative holdninger til selvskadende patienter, og at både arbejdsrammerne og kvalifikationsniveauet hos personalet ser ud til at spille ind på denne holdning (Karman et al. 2015).

Personer med selvskade fortæller, at de i mødet med psykiatrien og somatikken oplever negative holdninger, manglende omsorg, stigmatiserende kommentarer og forudindtagede opfattelser af årsagerne til selvskade (Møhl 2020; Taylor et al. 2018).

Børne- og ungdomspsykiatrien har generelt en større systematik og bredde i behandlingsindsatser, dokumentationspraksis og kompetenceudvikling på selvskadeområdet end voksenpsykiatrien. Dette kan i høj grad tilskrives etableringen af Team for selvskade i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) i 2018.

Som svar på et stigende klinisk og organisatorisk behov blev KAG Selvskade etableret som den femte KAG i 2025 med det formål at styrke indsatsen for personer, der skader sig selv, og for dem, der lever og arbejder med og omkring dem.

2.2 VISION

KAG Selvskades overordnede vision er at forbedre, kvalitetssikre og systematisere indsatsen omkring selvskade til gavn for patienter, pårørende og medarbejdere.

Vi ønsker, at alle indsatser udvikles i tæt samarbejde med personer med levede erfaringer og deres pårørende. Målet er at sikre integration og styrke samarbejdet både på tværs af psykiatrien og mellem psykiatri og somatik.

Derudover ønsker vi at styrke sammenhængen mellem klinik, forskning og kompetenceudvikling gennem relevante, recovery-orienterede tilbud, der fremmer forebyggelse, social inklusion, understøtter patientens recovery-proces samt skaber mere sammenhængende patientforløb før, under og efter behandling. Dette opnås ved:

- Et styrket samarbejde mellem klinik, forskning og uddannelse
- At sikre kvalitetsløft gennem ensartede, evidensbaserede og målrettede indsatser for patienter med selvskade på tværs af regionen
- Styrket inddragelse af patienter og pårørende samt fokus på recovery-orienteret praksis
- At fremme en kultur præget af nysgerrighed, forståelse og respekt for personer med selvskade samt reducere stigmatisering og uhensigtsmæssige dynamikker i behandlingsmiljøet
- Systematisk og kontinuerlig kompetenceudvikling gennem undervisning, supervision, sparring og simulationstræning
- Opsamling af ny viden og sikring af midler til forskning med afsæt i klinisk praksis
- At sikre et godt og frugtbart samarbejde med både interne og eksterne partnere.

2.3 ORGANISERING

KAG Selvskades organiseringen omfatter:

- **KAG-ledelsen:** Overordnet leder, faglige ledere og projektleder med ansvar for den strategiske og faglige udvikling af KAG Selvskade.
- **KAG-partnere:** Udpeget på hvert center som ambassadører og bindeled mellem KAG Selvskade og klinikken. KAG-partnerne bidrager med lokal forankring, implementering af initiativer og vidensdeling. [Link til oversigt over KAG-partnere.](#)
- **KAG Selvskade peerboard:** Etableres i 2026 og består af personer med levede erfaringer med selvskade samt pårørende. Peerboardet skal samarbejde med KAG Selvskade om udvikling af behandlingsindsatser, forskning og kompetenceudvikling.
- **Team for selvskade (BUC):** Består af specialiserede medarbejdere, der arbejder med udvikling, specialiseret behandling, undervisning og implementering af handleplaner samt supervision og opkvalificering af personale i psykiatrien og somatikken.
- **Team for selvskade (voksen):** Etableret i december 2025 efter tildeling af midler fra Sundhedsstyrelsens satspulje. Teamet forventes i fuld drift i foråret 2026 og skal fungere som pendant til Team for selvskade (BUC).
- **Andre samarbejdspartnere:** KAG Selvskade samarbejder tæt med afsnit for Behandling Af Selvskade (BAS), forskningsenheder, kompetencecentre, datateams, patienter, pårørende, patientforeninger, øvrige KAGs og nationale netværk for at sikre kontinuerlig udvikling og bred vidensdeling.

Med denne organisering ønsker vi fremadrettet at understøtte en implementeringsplan, hvor nøglepersoner og relevante aktører på hvert center og afsnit sikrer, at viden og indsatser forankres i praksis. Der lægges vægt på løbende supervision, undervisning og erfaringsudveksling på tværs af regionen.

2.4 PRÆSENTATION AF KAG SELVSKADE



Sara Zolfagharian Khodaie

Sara er projektleder i KAG Selvskade og ansat som specialkonsulent i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) i Region Hovedstaden. I KAG Selvskade sikrer hun sammenhæng i det strategiske arbejde, herunder udviklings-, implementerings-, forsknings- og koordineringsopgaver. Hun har en samfunds- og sundhedsvidenskabelig kandidatgrad fra Roskilde Universitet og har siden studietiden haft en særlig interesse for selvskadeområdet. I det daværende Videnscenter om Spiseforstyrrelser og Selvskade (ViOSS) var hun med til at udvikle projekter, der satte fokus på selvskade – især med udgangspunkt i erfaringer fra personer, der har selvskade tæt inde på livet. De seneste syv år har Sara været en del af etableringen og driften af KAG Psykoterapi, hvor hun har oplevet, hvordan samarbejdet mellem patienter, klinikere og forskere kan skabe konkrete forbedringer i praksis. Med sin erfaring og faglige baggrund arbejder Sara nu for at styrke indsatsen for personer, der skader sig selv, og bidrage til udviklingen af ny viden og bedre behandlingsmuligheder.



Lotte Rubæk

Lotte har en kandidatgrad i psykologi fra Københavns Universitet, er autoriseret psykolog og specialist i psykoterapi. Udover at være overordnet leder af KAG Selvskade, er hun faglig leder af Team for selvskade i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) i Region Hovedstaden. Lotte har med bekymring fulgt udviklingen i andelen af unge med selvskade og manglen på specialiserede behandlingstilbud, og gennem deltagelse i en politisk taskforce er det lykkedes hende at sætte selvskade på den politiske dagsorden og på finansloven. Dette muliggjorde blandt andet etableringen af Team for selvskade, som er det første af sin art i Danmark, og som tilbyder evidensbaserede behandlingstilbud til børn og unge med selvskade samt kompetenceudvikling til personale i psykiatrien. Parallelt med sit kliniske arbejde har Lotte været involveret i forskningsprojekter, og aktuelt undersøger hun effekten af internetbaseret behandling mod selvskade i et stort randomiseret kontrolleret studie. Lotte har udgivet tre bøger om selvskade, senest I tusind stykker som udkom ved Akademisk Forlag i 2025, og hun har skrevet adskillige artikler og bogkapitler om selvskade – herunder to kapitler til *Oxford Handbook of NSSI* som udkom ved Oxford University Press i 2023. Lotte holder foredrag over hele landet om blandt andet selvskade, digital risikoadfærd og sårbare online fællesskaber.



Malene Eiberg Holm

Malene Eiberg Holm er sygeplejerske, cand.cur. og specialsygeplejerske i psykiatrisk sygepleje samt ph.d.-stipendiat inden for selvskade- og selvmordsadfærd. Hun har som psykiatrisk sygeplejerske, klinisk sygeplejespecialist, leder og spirende forsker arbejdet med at styrke den kliniske praksis på selvskadeområdet. Malene har bred klinisk erfaring fra voksenpsykiatrien fra både åbne og intensive psykiatriske afsnit såvel som psykiatrisk akutmodtagelse. I dag er Malene leder af KAG Selvskade og teamleder af Team for Selvskade (voksen), der forventes i fuld drift i foråret 2026 og som på linje med Team for selvskade (BUC) skal tilbyde evidensbaserede behandlingstilbud til voksne med selvskade samt kompetenceudvikling til personale i psykiatrien. Malene har publiceret videnskabelige artikler om selvskade og bidrager aktivt til national vidensudvikling, tværfagligt samarbejde og systematiske forbedringer af behandlingsforløb for mennesker med selvskade. Malene underviser og holder oplæg om selvskadende adfærd og styrket klinisk praksis på tværs af regioner, kommuner og fagligheder.



Rikke Stevns Sury

Rikke Stevns Sury er, udover at være leder i KAG selvskade, afsnitsledende læge på afsnit for Behandling af Selvskade (BAS) på Psykiatrisk Center Glostrup. Rikke har arbejdet i psykiatrien siden 2010, hvor hun bl.a. i flere år var overlæge på et lukket akut modtageafsnit og et år i et psykiatrisk ambulatorium (F-ACT), inden hun i 2022 var med til at starte BAS, og derved implementere et nyt unikt behandlingstilbud for selvskadende patienter med inspiration fra lignende afsnit i Tyskland. Det kliniske arbejde har altid været udgangspunktet for Rikkens engagement i selvskadeområdet, hvor fokus har været på de kliniske problemstillinger i forhold til forståelse af og mødet med den selvskadende patient, hensigtsmæssig håndtering af disse patienter samt de dynamikker der opstår hos den enkelte fagprofessionelle og i personalegrupper. Dette er også omdrejningspunktet, når Rikke underviser og holder oplæg om selvskade i forskellige sammenhænge både internt i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) eksempelvis ved lægetemadage, eller eksternt hvor hun bl.a. underviser yngre læger på I-kurset eller lægestuderende i håndtering af selvskade på kurset 'Psykiatri i praksis for FADL-vagter', hvor hun ligeledes har skrevet det tilhørende kapitel i kursets lærebog. Rikke har også deltaget som klinisk ekspert vedr. selvskade i forskellige arbejdsgrupper og ved kvalificering af undervisningsmateriale og vejledninger.

3. MÅLGRUPPE FOR KAG SELVSKADE

KAG Selvskades primære målgruppe er personer, der skader sig selv, samt deres pårørende og personale. Dette kapitel giver et overblik over, hvad selvskade er, hvordan adfærden kan forstås, de mest almindelige årsager og kendetegn samt forskelle mellem selvskade og selvmordsadfærd. Vi ser også på forekomsten i psykiatrien og afslutter med en gennemgang af uhensigtsmæssige behandlingsstrategier og anbefalinger til en mere støttende tilgang.

3.1 DEFINITIONER PÅ SELVSKADE

Når en person skader sig selv uden at have et ønske om at tage sit eget liv, er der tale om direkte, ikke-suicidal selvskade. På engelsk kaldes det *Nonsuicidal Self-Injury (NSSI)*, og adfærden defineres som følger:

Direkte selvskade er en direkte, forsætligt selvpåført ødelæggelse af kropsvæv, der medfører umiddelbar fysisk skade, udført med et formål der ikke er socialt accepteret og uden intention om selvmord (ISSS 2018).

Når en person skader sig selv direkte, er der tale om en bevidst adfærd, hvor personen påfører sig synlige, umiddelbare skader uden at have en intention om at tage sit eget liv, og hvor de mest udbredte metoder er at skære sig, brænde sig, slå sig selv, banke hovedet eller anden legemsdel ind i noget hårdt, kradse sig selv til blods, bide sig selv eller forhindre sår i at hele.

I 1993 foreslog Favazza og Rosenthal en typeinddeling af direkte, ikke-suicidal selvskade, som stadig i dag er den mest anvendte. I den nyeste version skelner Favazza mellem fire typer af selvskade, som ikke er forbundet med specifikke diagnoser, men snarere er baseret på deres fremtrædelsesform, nemlig *alvorlig, stereotyp, impulsiv og tvangsmæssig selvskade*.

Den alvorlige selvskade er sjælden og begrebet dækker over adfærd, der fører til alvorlig beskadigelse ofte med permanent vansiring af kroppen. Eksempler kan være at fjerne et øje eller en muskel. Denne form for selvskade ses oftest hos personer med psykose, eller som er påvirkede af stoffer.

Den stereotype selvskade er kendetegnet ved, at personen skader sig selv i monotone, rytmiske og repetitive mønstre og ofte uden en tydelig forbindelse til den kontekst, som personen befinder sig i, og uden at vedkommende forsøger at skjule sin selvskade for omgivelserne. Eksempler kan være at banke hovedet ind i en væg, at bide sig i hånden eller at presse øjeæblerne ind i kraniet.

Den impulsive selvskade er den mest udbredte selvskadeform. Den kan opstå impulsivt i forbindelse med svære følelser eller efter at personen har haft en stigende trang til selvskade over længere tid for så til sidst at handle på trangen. Eksempler kan være at skære, brænde, slå, kradse eller bide sig selv.

Den tvangsmæssige selvskade er på samme måde som den stereotype selvskade ofte gentagelsespræget, men udtrykket er anderledes, og den forekommer ureflekteret og har nærmest karakter af en dårlig vane, der har taget overhånd. Eksempler kan være at bide huden af fingerspidserne, at pille hud af eller trikotillomani, det vil sige at plukke hår ud.

Teoretisk og indenfor forskningen tales der imidlertid også om andre selvskadeformer, og det er mere reglen end undtagelsen, at flere selvskadeformer er til stede på samme tid (Turner 2022). Vi vil derfor herunder ligeledes definere indirekte selvskade, selvskade by proxy og digital selvskade.

Indirekte selvskade er en målrettet adfærd, der på længere sigt kan være skadelig for ens krop eller fysiske integritet. Adfærden skal (a) være gentagende eller vedvarende, (b) være klinisk betydningsfuld og ideelt set kunne angives ved diagnostiske kriterier eller tidligere validerede grænseværdier på kliniske vurderinger, (c) være en kilde til alvorlig bekymring for enten personen selv eller andre, og (d) have potentiale til at føre til markant og vedvarende fysisk skade over tid (Hooley og Germain 2014).

Indirekte selvskade adskiller sig fra den direkte selvskade ved at skaden ikke opstår umiddelbart, og at effekten af adfærden typisk opstår, før selve skaden indtræffer. Eksempler på indirekte selvskade er spiseforstyrrelser, overdreven træning, stof- eller alkoholmisbrug eller at nægte sig selv vigtig medicin. Indirekte selvskade kan inddeles i forskellige typer nemlig *aktiv*, *passiv* og *risiko-adfærd*, som kan konkretiseres i forskellige specifikke former for indirekte selvskade:

Aktiv indirekte selvskade er kendetegnet ved indirekte beskadigelse af kroppen, der opstår som resultat af en aktiv handling. Eksempler er bulimi, tvangsoverspisning, træningsafhængighed, stof- og alkoholmisbrug. Selvom der er tale om en aktiv handling, så er den ikke altid bevidst og viljestyret.

Passiv indirekte selvskade er kendetegnet ved, at den kropslige skade forårsages af, at man undlader at gøre noget. Eksempler er at undlade at tage lægeordineret medicin, at undlade at spise tilstrækkeligt eller at skære vigtige næringskilder ud af kosten eller i det hele taget ikke at tage vare på sig selv.

Risikoadfærd er adfærd, der indebærer en betydelig risiko for, at kroppen bliver beskadiget. Intentionen bag adfærden og den eventuelle skadevirkning er mere diffus og uklar og ofte er der tale om sensationssøgende adfærd som f.eks. hasarderet kørsel, at balancere på rækværket af broer, gå til kanten af høje bygninger eller hægte sig bag på tog.

Selvskade by proxy er den bevidste ødelæggelse af ens eget kropsvæv gennem fremkaldelse af et andet væsens (f.eks. et menneskes eller dyrs) handlinger, der er uden selvmordsintentioner og med formål, der ikke er socialt accepterede (Mann et al. 2022).

Ved selvskade by proxy foranstalter personen, at et andet væsen pådrager dem skade for at opnå en umiddelbar psykologisk bedring. Der er for nylig foreslået en underkategorisering (Rubæk & Møhl 2025), der indeholder selvskade by proxy via:

- *Sex*: f.eks. sex der medfører skade og ikke er drevet af lyst
- *Vold*: f.eks. at indgå i slagsmål for selv at opnå skader
- *Dyr*: f.eks. at få en kat til at kradse sig eller en hund til at bide sig
- *Sundhedsvæsenet*: f.eks. at foranstalte fastholdelser eller bæltefikseringer
- *Sport*: f.eks. at undlade at bruge det rette beskyttelsesudstyr for at opnå skader under sport
- *Transaktionelle forhold*: f.eks. at få piercinger eller tatoveringer i selvskade-øjemed.

Digital selvskade er når man anonymt poster, sender eller på anden måde deler sårende eller nedgørende indhold om sig selv, når man bevidst stiller sig selv som skydeskive for andres krænkende adfærd, eller når man deler billeder eller videoer af fysisk selvskade på digitale medier eller i online-fællesskaber (Rubæk & Møhl 2025).

Digital selvskade dækker selvskadeformer, der involverer brug af teknologi, herunder:

- *Self-baiting*: når man bruger sig selv som "lokkemad" for andres hadefulde og krænkende adfærd
- *Auto-trolling*: når man via falske profiler mobber eller nedgør sig selv på sociale medier
- *Digitalisering af fysisk selvskade*: når man deler opslag af sin selvskade på et digitalt medie.

KAG Selvskades genstandsfelt retter sig primært mod den direkte selvskade, men givet de fælles risikofaktorer, funktioner, overlap og udskiftelighed imellem de forskellige selvskadeformer, vil vores indsatser tage højde for bredden i selvskadebegrebet og anvende tværgående behandlingsprincipper.

3.2 FORSKELLE OG SAMMENHÆNG MELLEM SELVSKADE OG SELVMORDSADFÆRD

Selvskade og selvmordsadfærd bliver ofte forvekslet med hinanden, fordi begge adfærdsformer involverer selvpåført skade. Der er imidlertid grundlæggende tale om forskellige adfærdsformer, idet funktion af og intentionen med dem er forskellig:

- Med *selvmordsadfærd* ønsker personen at gøre en ende på smerten og bevidstheden ved at tage sig selv af dage
- Med *selvskade* ønsker personen at mestre livet og smerten med henblik på at overleve.

Selvskade er på mange måder en paradoksal adfærd, da det grundlæggende kan være svært at forstå, at det at påføre sig fysisk skade kan opleves som en hjælp, når man har det psykisk svært. Adfærden kan i starten "beskytte" mod at begå selvmord, mens den omvendt samtidig er den største prædiktør for senere selvmordsforsøg og selvmord. Sammenhængen er bl.a. blevet forklaret med, at selvskade kan fungere som en "optræning" i at overskride den fysiske grænse, som normalt afholder personer med selvmordstanker fra at tage deres eget liv, nemlig at påføre sin krop skade og smerte (Joiner 2005).

3.3 ÅRSAGER TIL SELVSKADE

Selvskade er et komplekst fænomen, og der findes ikke en entydig forklaring på, hvorfor nogle skader sig selv. Selvskade har dog altid en funktion, og opfylder ofte et vigtigt behov for personen her og nu, selvom det er forskelligt fra person til person, hvad selvskaden hjælper med. Generelt kan vedligeholdelsen af selvskade inddeles i intrapsyriske funktioner, der handler om personens indre liv, eller interpsyriske funktioner, der vedrører personens relation til andre.

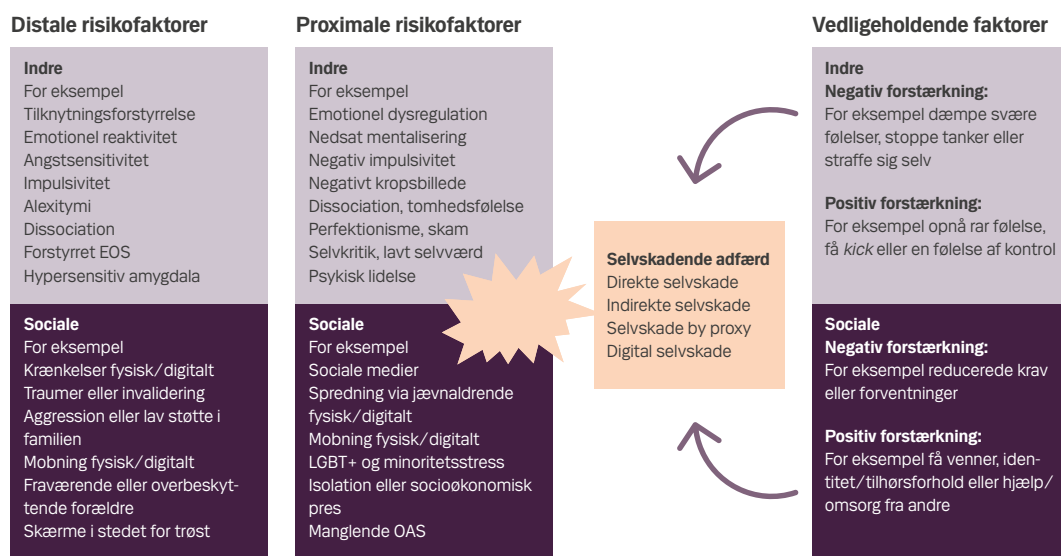
Langt de fleste personer med selvskade angiver affektregulering som deres primære motiv, og op til 90 % fortæller således, hvordan selvskaden reducerer, fjerner eller afleder dem fra ubehagelige indre tilstande. De kan opleve, hvordan svære følelser og tanker bygger sig op indeni dem, lidt ligesom en ballon der bliver pustet mere og mere op. Mange som skader sig selv, har svært ved at skelne mellem og sætte ord på følelser, hvorfor selvskaden bliver en måde at "lukke luft ud af ballonen" og bidrage til en indre lettelse og ro for en stund.

Der er identificeret flere risikofaktorer for udvikling af selvskade. Med udgangspunkt i tidligere modeller er der udviklet en integreret model over selvskadende adfærd til at beskrive den dynamiske relation mellem distale (tidlige) og proximale (senere) risikofaktorer for udvikling af selvskade samt hvordan adfærden vedligeholdes (Rubæk & Møhl 2025). I modellen lægges der også vægt på at forstå personens samspil med de kulturelle og samfundsmæssige faktorer, som påvirker alle de øvrige elementer i modellen, som ses herunder:

Makrosystemet

De kulturelle og samfundsmæssige risikofaktorer

For eksempel urealistiske kropsidealer, acceleration og præstationspres, skærmbaseret barndom, ydrefokus, fragmentering.



Den integrerede model over selvskadende adfærd (Rubæk & Møhl 2025).

3.4 KENDETEGN

Personer, som skader sig selv, vil psykologisk kunne genkendes på:

- *Nedsat mentaliseringsevne*, som kan komme til udtryk ved, at personen "handler" på sine følelser
- *Nedsat affektregulering*, som giver personen et behov for "konkrete beviser" på, hvordan vedkommende har det indeni
- *Tomhedsfølelse*, hvor personen er nødt til at påvirke sig selv med smerte eller påvirke andres følelser for at kunne mærke sig selv
- *Følelsesmæssig reaktivitet*, hvor personen kan opleves som "en tikkende bombe", der reagerer eksplosivt på selv små stimuli
- *Alexithymi*, som betyder, at personen har svært ved at skelne mellem følelser og har et fattigt sprog for følelser
- *Skam*, som ofte er en dominerende følelse hos personen, både i optakten til en selvskadeepisode og som reaktion på den
- *Perfektionisme og selvkritik*, hvor personen har høje standarder for sig selv og ofte dømmer og straffer sig selv hårdt.

3.5 FOREKOMSTEN AF SELVSKADE I PSYKIATRIEN

Selvskade optræder som en selvstændig forskningsdiagnose i DSM-5, men i Danmark, hvor vi bruger ICD-10, betragtes selvskade derimod som et "non-specifikt", tværdiagnostisk fænomen, der kan optræde i tilknytning til en bred vifte af psykiatriske tilstande og er overrepræsenteret ved alle psykiske lidelser – særligt emotionel ustabil personlighedsstruktur af borderline-type, spiseforstyrrelser, depression, angst, PTSD og misbrug (Wilkinson et al. 2018; Hawton et al. 2013). Det betyder, at selvskade ikke registreres ensartet og i mange tilfælde slet ikke registreres, hvilket også gør sig gældende i Region Hovedstaden.

Indtil videre må vi derfor sætte vores lid til data fra lande, vi kan sammenligne os med. Blandt unge med tilknytning til psykiatrien har 44 % af drengene og 74 % af pigerne ifølge en svensk kortlægning skadet sig selv indenfor det seneste halve år, mens det gælder 32 % af mændene og 44 % af kvinderne tilknyttet voksenpsykiatrien (Odelius & Ramklint 2014).

Alvorlig selvskade er ofte årsag til døgnindlæggelse i psykiatrien, og under indlæggelse er selvskade en hyppig årsag til tvangsforanstaltninger. En tredjedel af de patienter, der aldrig har skadet sig selv før indlæggelse, begynder at selvskade kort tid efter, at de er blevet indlagt i psykiatrien (Boxer 2010).

Udover at selvskade er lidelsesfuldt i sig selv, er det også en risikofaktor for udvikling af psykisk lidelse og *en vedligeholdende faktor* på samtidig psykisk lidelse, hvilket tilføjer kompleksitet til behandlingsforløbet og forværrer prognosen (Bjureberg et al. 2022). Samtidig er selvskade den væsentligste *prædiktør* for senere selvmordsforsøg, selvmord og for tidlig død af andre årsager, og øger i sig selv risiko for selvmord med 12-18 gange (Carr et al. 2017).

3.5.1 Hvilke diagnosekoder kan anvendes?

Til trods for at det ikke er entydigt, hvilken diagnosekode der bør anvendes til dokumentation af selvskade, er det essentielt at opnå konsensus om ensartet brug af diagnosekoder på tværs af afsnit, centre og regioner for at kunne estimere sygdomsbyrden af selvskade. Derudover vil det bidrage til epidemiologisk forskning i psykisk sygdom og selvskade.

Team for selvskade (BUC) har siden deres etablering arbejdet på at ensrette dokumentationen af selvskade i Sundhedsplatformen for patienter i børne- og ungdomspsykiatrien – en praksis der tilstræbes implementeret i voksenpsykiatrien fra 2026. Der anvendes følgende diagnosekoder:

ICD-10 diagnosekoder:

- **F63.8 Andre vane- og impulshandlinger** tilføjes som bi-diagnose ved aktuel selvskade og udspecificeres evt. med den relevante X-diagnosekode for selve selvskademethoden (jf. nedenstående*).
- **Z91.5 Anamnese med selvpåført skade** anvendes ved tidligere, men ikke aktuel, selvskade.

*Uddyb evt. aktuel selvskade med en *specifier*:

Selvbeskadigelse med voldelig metode **X70-84** eller selvbeskadigelse ved forgiftning **X60-69**:

- Her angives metoden, der skelnes mellem selvmordsforsøg og selvskade samt om skaden blev påført før eller under indlæggelse/patientkontakt.
- Brug den korrekte femcifrede kode, f.eks. har "Selvbeskadigelse med en skarp genstand før patientkontakt" diagnosekoden X78.20.

	(x) Metode	(y) Hændelse	(z) Tidspunkt
X7x.yz	0 • Non-opioide analgetika • Antipyretika • Antirheumatica	Selv mord	Før indlæggelse/ kontakt
	1 • Psykofarmaka • Antiepileptika • Antiparkinsonmidler	Selv mordsforsøg	Under indlæggelse/ kontakt
	2 • Opioider • Psykodysleptika (fx cannabis, LSD, kokain)	Selv beskadigelse	
	3 Midler virkende på autonome nervesystem		
	4 Andre og uspecificerede medikamenter el. biologiske substanser		
	5 Alkoholer		
	6 • Organiske opløsningsmidler • Halogenderivater af hydrokarboner		
	7 Andre gasser og dampe (fx CO)		
	8 Pesticider		
	9 Andre og uspecificerede kemikalier el. gifte		
X8x.yz	0 Udspring fra højt sted	Selv mord	Før indlæggelse/ kontakt
	1 Udspring foran kørende objekt	Selv mordsforsøg	Under indlæggelse/ kontakt
	2 Påkørsel	Selv beskadigelse	
	3 Andre specificerede midler		
	4 Uspecificeret		

X70-84 Selvbeskadigelse med voldelig metode

Koderne for voldelig metode starter med X7(x.yz) og suppleres med numre for metode (x), hændelse (y) og tidspunkt (z). Dvs. selvskade med ild før indlæggelse er X76.20 og som selvmordsforsøg vil det være X76.10 (kun 2-tallet ændres til 1-tal).

X6x.yz	(x) Substans	(y) Hændelse	(z) Tidspunkt
	0	• Non-opioide analgetika • Antipyretika • Antirheumatica	Selv mord Før indlæggelse/ kontakt
	1	• Psykofarmaka • Antiepileptika • Antiparkinsonmidler	Selv mordsforsøg Under indlæggelse/ kontakt
	2	• Opioider • Psykodysleptika (fx cannabis, LSD, kokain)	Selv beskadigelse
	3	Midler virkende på autonome nervesystem	
	4	Andre og uspecificerede medikamenter el. biologiske substanser	
	5	Alkoholer	
	6	• Organiske opløsningsmidler • Halogenderivater af hydrokarboner	
	7	Andre gasser og dampe (fx CO)	
	8	Pesticider	
	9	Andre og uspecificerede kemikalier el. gifte	

X60-69 Selvbeskadigelse ved forgiftning

Det skal læses sådan at alle forgiftninger starter med X6(x.yz) og koden suppleres med numre ud fra substans (x), hændelse (y) og tidspunkt (z). Dvs. selvskade med opløsningsmiddel før indlæggelse vil være X66.20.

4. KORTLÆGNING AF NUVÆRENDE BEHANDLINGSTILBUD

I Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) møder man personer, som skader sig selv, på tværs af diagnoser, på alle afsnit og på alle tidspunkter i patientens behandlingsforløb, hvorfor håndtering af selvskade på et basalt niveau bør kunne udføres af alt personale. Generelt er der dog stor variation i tilgangen til og behandlingen af patienter med selvskade, og det er en kilde til både undren og frustration hos såvel patienter og pårørende som personale, at der i RHP ikke i højere grad findes evidensbaserede og systematiserede generelle indsatser til patienter med tilbagevendende selvskade samt målrettede tilbud. I RHP findes der kun i begrænset omfang målrettede eller specialiserede behandlingstilbud, hvor der tilbydes direkte behandling af selvskade.

4.1 OVERORDNEDE ANBEFALINGER

I de opdaterede NICE-guidelines fra 2022 understreges det, at patienter med selvskade skal mødes med den samme respekt, omhu og forståelse som alle andre patientgrupper, og at sundhedsprofessionelle ikke må udsætte selvskadende patienter for aversiv behandling (f.eks. at nægte dem bedøvelse under syning) eller straf – en tilgang, som desværre stadig forekommer (Mughal et al. 2023).

Undersøgelser peger på vigtigheden af, at personale, der arbejder med selvskadende patienter, bliver opkvalificeret med viden for at kunne indtage en hensigtsmæssig holdning til patienterne (Wilstrand et al. 2007; Quinlivan et al. 2022). Når personalet har mere viden om selvskade, møder de patienterne på en mere empatisk måde. De sundhedsprofessionelles holdning til selvskadende patienter kan f.eks. forbedres ved hjælp af uddannelse med øvelser og interaktive elementer (Karman et al. 2015).

Samtidig peger undersøgelser på vigtigheden af, at personale, der har med selvskadende patienter at gøre, modtager den støtte og supervision, de har behov for, for at kunne opretholde en konstruktiv tilgang til patienterne og for at forbedre arbejdsmiljøet for de ansatte (Wilstrand et al. 2007).

Forskning peger ligeledes på at selvskade, trods sin tværdiagnostiske natur, bør behandles målrettet som en særskilt problematik, og at behandlingen bør være tidlig og fokusere på at forstå den enkelte persons funktion af selvskaden. Herefter bør underliggende problemstillinger som f.eks. nedsat affektregulering eller interpersonelle problemstillinger adresseres (Bjureberg et al. 2023).

Overordnet er det velbeskrevet, at nøglen til behandling af selvskade er at understøtte evnen til følelsesregulering (Wolff 2019), hvor der bl.a. arbejdes med:

- Følelsesbevidsthed og accepten af at opleve svære følelser
- At følelsesmæssig smerte er en uundgåelig del af livet
- Evnen til at engagere sig i målrettet adfærd og at hæmme impulsiv adfærd, når man oplever negative følelser
- Fleksibel anvendelse af strategier til at regulere følelser, snarere end at eliminere følelser.

Hertil har terapiformerne; Dialektisk Adfærdsterapi (DAT), Mentaliseringsbaseret Terapi (MBT), Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) og Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (ERITA) alle vist god effekt (Kothgasser 2021; Bjureberg et al 2023; Sahlin et al 2017).

4.2 GENEREL SELVSKADEBEHANDLING I RHP

De gældende RHP VIP-vejledninger vedrørende selvskade beskriver en accepterende og validerende tilgang til selvskade i tråd med eksisterende viden. Dette betyder bl.a., at der kun bør gribes ind med tvang eller anden fysisk intervention ved livs- eller førlighedstruende selvskade, samt at patienterne ikke bør blive mødt med forventninger om, at selvskaden skal stoppe under indlæggelse.

Links til RHPs VIP-vejledninger:

- [Selvskade på døgnafsnit i voksenpsykiatrien](#)
- [Selvskade på døgnafsnit i BUC.](#)

I BUC har man arbejdet systematisk med implementering af indsatser som opsporing og hensigtsmæssig håndtering af selvskade de sidste syv år, drevet af Team for selvskade (BUC). Dette har medført en høj implementeringsgrad af anbefalingerne i VIP-vejledningen.

I voksenpsykiatrien er der på tværs af regionens centre et arbejde i gang med at indføre ovenstående tilgange til selvskade, og nogle centre har tillige udarbejdet deres egne uddybende bilag til VIP-vejledningerne. For de fleste centre gælder, at der i dette arbejde især har været fokus på akutsøjlen og de intensive afsnit. Der er endnu ikke en generel plan for implementering i voksenpsykiatrien.

4.2.1 Redskaber til den generelle selvskadebehandling

Der findes en række redskaber, som kan anvendes af personalet i forbindelse med håndtering og behandling af selvskade på tværs af centre og afsnit i RHP.

Screening og dokumentation

De 3 F'er, udviklet af Team for selvskade (BUC), har til formål specifikt at identificere patienter med selvskade og afdække selvskadens form, frekvens og funktion. I BUC er det obligatorisk at screene alle børn og unge fra 9 år. Der skal også dokumenteres, når patienten IKKE har selvskade. I voksenpsykiatrien foregår der aktuelt ikke systematisk screening og dokumentation. I Sundhedsplatformen er De 3 F'er inkluderet i den psykopatologiske screening (smart-tekst) eller den kan tilføjes med smart-phrase **.SELVSKADE**. Link til [Screening for selvskade De 3 F'er](#).

Samtaleredskabet, De 4 H'er

De 4 H'er, udviklet af Team for selvskade (BUC), er et samtaleredskab bestående af fire trin med fire "Hv"-spørgsmål: *Hvad skete der? Hvad kan du gøre en anden gang? Hvem blev påvirket? Hvordan var det for dig?* De 4 H'er tager udgangspunkt i en kæde- og løsningsanalyse fra Dialektisk Adfærdsterapi, og formålet er, sammen med patienten, at få bedre indsigt i selvskadens funktion og hvordan der kan arbejdes med at forebygge selvskadeepisoder gennem oplæring i og afprøvning af nye færdigheder. Du kan læse meget mere i [Instruktion til arbejdsark De 4 H'er](#) og hente [Arbejdsark De 4 H'er](#) her.

Patientplan for selvskade

Når indlagte patienter er kendt med selvskade, er det vigtigt at oprette en patientplan herfor. Formålet med patientplanen er, at alt klinisk personale hurtigt kan skabe sig et overblik over den aftalte tilgang, så patienter oplever en ensartet kontakt og støtte. Læs mere og få [inspiration til patientplan for selvskade](#) her.

Anbefalinger til skadereducerende tiltag

Team for selvskade (BUC) har lavet en oversigt over anbefalinger vedr. skadesreducerende praksisser. Formålet er at begrænse fysiske skader/konsekvenser, som kan opstå i forbindelse med selvskade.

Actioncard for igangværende selvskade

Actioncard for igangværende selvskade fra BUC visualiserer de beskrevne principper fra VIP-vejledningen ift. håndtering af igangværende selvskade. I tillæg er der udarbejdet en FAQ til Actioncard for igangværende selvskade, hvor der findes svar på de oftest stillede spørgsmål samt konkrete eksempler på håndtering.

4.3 MÅLRETTEDE BEHANDLINGSTILBUD

De behandlingstilbud som adresserer selvskade, kan opdeles i tilbud der er målrettet selvskaden på tværs af diagnoser eller som tager udgangspunkt i behandling af den bagvedliggende psykopatologi f.eks. Emotionel Ustabil Personlighedsstruktur (EUP), som leder til selvskade.

De behandlingstilbud der aktuelt findes i RHP er følgende:

Team for selvskade, BUC (siden 2018): Team for selvskade består af seks medarbejdere, der står for den samlede selvskadeindsats i BUC. Teamet har fået implementeret, at der i hele BUC er indført screening og ensartet dokumentation af selvskade samt systematisk og løbende opkvalificering af medarbejdere. Derudover behandler teamet ambulante patienter med internetbaseret ERITA (som led i forskning) og face-to-face ERITA. Til døgnafsnittene har teamet udviklet kliniske retningslinjer for håndtering og behandling af selvskade (inkl. oplæring i at udføre kædeanalyse), som implementeres ved teamets faste tilstedeværelse, supervision og undervisning af døgnafsnittene.

Afsnit for behandling af selvskade (BAS), PC Glostrup (siden 2023): BAS er et behandlingstilbud til selvskadende patienter med EUP af borderline-type og/eller PTSD med komplekse symptomer, som ikke har profiteret af regionens øvrige behandlingstilbud til målgruppen. I behandlingen indlægges patienterne, efter en ambulant forbehandlingsperiode på 4-5 sessioner, i 3 måneder til intensiv tværfaglig terapeutisk behandling med Traumefokuseret Dialektisk Adfærdsterapi (TF-DAT). Indlæggelsen følges op i afsnittets ambulatorium, hvor patienterne er tilknyttet i omkring 2 år, og ugentligt har en session med individuel terapi og en session med gruppeterapi.

DAT-kompetenceteam (siden 2016): DAT-kompetenceteamet tilbyder undervisning og supervision i Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) til emotionelt dysregulerede og oftest selvskadende patienter – primært på intensive afsnit, men også andre afsnit og enheder i hele RHP. I DAT er der altid et særskilt fokus på selvskade, hvis dette er til stede.

Transdiagnostiske DAT-teams (siden 2018)

DAT-kompetenceteam har ligeledes medvirket til at sikre udførsel og faglig kvalitet af ambulant DAT-behandling til emotionelt dysregulerede patienter, der er massivt selvskadende, stærkt suicidal og med mange indlæggelsesdage, i de transdiagnostiske DAT-teams på PCG, PCA og PCK.

Behandling med MBT, DAT og Schematerapi i de psykoterapeutiske pakkeambulatorier (siden 2011): I de psykoterapeutiske pakkeambulatorier behandles patienter med Emotionelt Ustabil Personlighedsstruktur (EUP) i en EUP-pakke med MBT, DAT og Schematerapi. Behandlingen har bredere fokus end selvskade, og omfatter også andre aspekter af EUP. Men for alle tre modaliteter er der fokus på selvskade ud fra den specifikke teori og intervention, som retningerne repræsenterer.

Behandling af ikke-psykotiske patienter i F-ACT (siden 2025): Der er udarbejdet en behandlingsmanual med udgangspunkt i DAT til behandling af patienter i F-ACT, som ikke har psykose, men f.eks. EUP, og hvor der ofte også er en selvskadeproblematik. Denne behandling er ved at blive implementeret i de psykiatriske ambulatorier, hvor der er udviklet undervisningsgange til personalet.

5. RESULTATER

5.1 BEVILLINGER

KAG Selvskade har søgt og fået bevilliget:

- Satspuljemidler fra Sundhedsstyrelsen til at etablere et Team for selvskade i voksenpsykiatrien: 7,12 millioner kr.
- Midler fra Social- og Psykiatriudvalgets pulje til etablering af et peerboard: 435.088 kr.
- Seed money fra RHPs forskningspulje: 100.000 kr.

5.2 STARTSKUDSDAG

I juni 2025 afholdt vi KAG Selvskades startskudsdag, hvor vi blev klogere på de behov, der opleves i klinikken. På spørgsmålet om, hvad deltagerne mente, der skal til for, at personer med selvskade mødes bedst muligt i fremtiden, så svaret således ud:



Mentimeter-besvarelser fra deltagerne til KAG Selvskades startskudsdag, juni 2025.

KAG Selvskade rejste spørgsmålet til deltagerne om, hvad der var brug for i deres optik for at styrke selvskadeområdet. Vi blev klogere på, at der er oplevede behov indenfor følgende områder:

- Styrkelse af klinisk praksis
- Kompetenceudvikling og supervision
- Fokus på kultur, fælles sprog og organisering
- Styrkelse af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- Forskning og evaluering.

5.3 PATIENTDATA

Vi har kortlagt den manglende ensartethed i dokumentationspraksis på selvskadeområdet i samarbejde med Sektion for Data og Analyse. Uensartetheden skyldes dels Sundhedsplatformens muligheder og begrænsninger, dels at selvskade ikke er en selvstændig diagnose jf. ICD-10, og dels at dokumentationspraksis varierer betydeligt fra center til center.

I Børne- og Ungdomspsykiatrien har Team for selvskade indført en gældende praksis, hvor selvskade registreres under diagnosekoderne F63.8 *Andre vaner og impulshandlinger* og Z91.5 *Anamnese med selvpåført skade*. Den samme praksis er dog ikke implementeret i voksenpsykiatrien. Derudover formodes en underregistrering af selvskade, blandt andet på grund af manglende kendskab til selvskadens ætiologi.

5.3.1 Baseline kortlægning af målgruppen i RHP

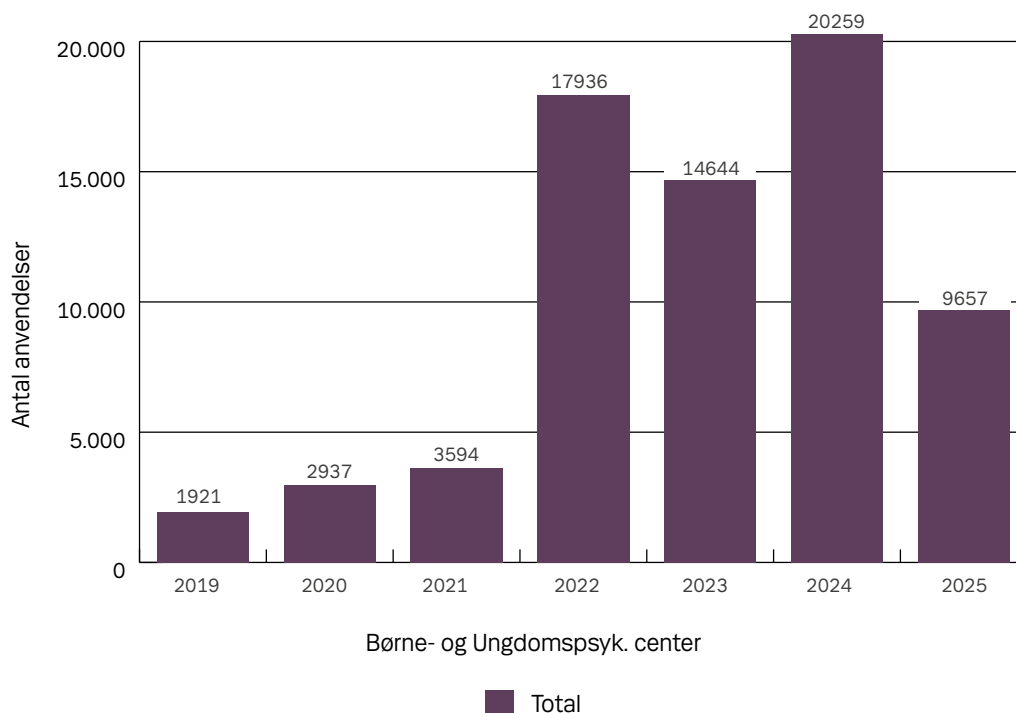
I samarbejde med Sektion for Data og Analyse har vi kortlagt anvendelsen af diagnosekoderne F63.8 *Andre vaner og impulshandlinger* og Z91.5 *Anamnese med selvpåført skade*.

Team for selvskade (BUC) blev etableret og begyndte at modtage henvisninger i 2019. I 2022 begyndte teamet at undervise i systematisk brug af diagnosekoderne i forbindelse med screening samt at minde behandlerne om at anføre koderne i journalen ved henvisning til Team for selvskade.

I 2018 – før teamet blev etableret – lå anvendelsen af diagnosekoderne på under fem registreringer pr. år, hvilket indikerer, at koderne ikke blev anvendt før Team for selvskade begyndte at anbefale det.

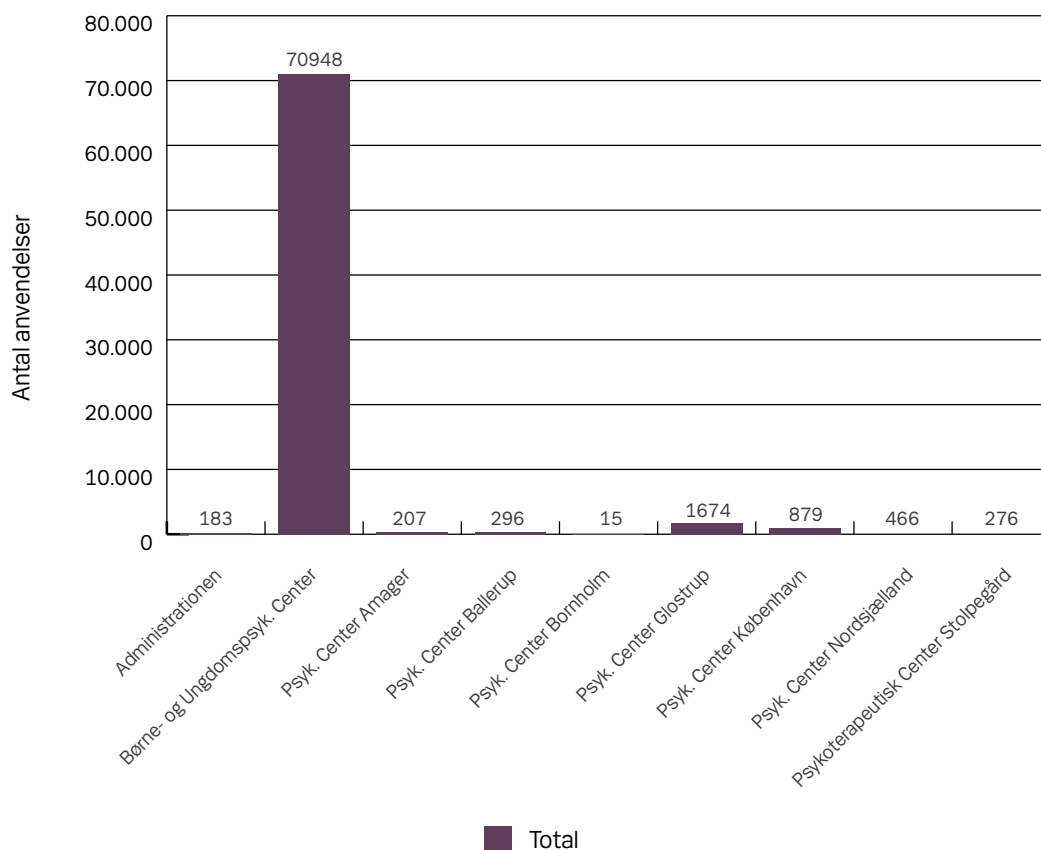
Tallene for 2025 dækker kun perioden frem til oktober, og der er derfor ikke tale om en reel nedgang i indeværende år:

Diagnosekoderne F63.8 og Z91.5 anvendt på BUC 2019-2025



Vi har ligeledes undersøgt, hvordan anvendelsen af diagnosekoderne ser ud i voksenpsykiatrien sammenlignet med BUC, og resultatet fremgår af nedenstående graf:

Diagnosekoderne *F63.8* og *Z91.5* anvendt på centrene 2019-2025



Denne opgørelse skal først og fremmest ses som en understregning af behovet for en mere systematisk dokumentationspraksis. Den udgør et mangelfuldt udgangspunkt med mange ubekendte faktorer og svagheder, hvor der er plads til forbedring. KAG Selvskade vil fremadrettet sikre, at der også i voksenpsykiatrien indføres en systematisk screening og en ensartet dokumentationspraksis (jf. afsnittet om planlagte indsatser).

5.4 KOMMUNIKATION

- Intranet- og hjemmeside:
 - Vi har etableret både en intranet- og en hjemmeside, hvor vi har samlet materiale, kurser, redskaber, vejledninger og relevant litteratur om selvskade.
 - Link til hjemmeside: <https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/KAGS/kag-selvskade/>
 - Link til intranetside: <https://intranet.regionh.dk/rhp/organisation/kags/kag-selvskade/>
- LinkedIn:
 - Vi har oprettet en side på LinkedIn, hvor vi deler nyheder, opdateringer, resultater og andet relevant indhold for en bredere målgruppe.
 - Link til KAG Selvskades LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/kag-selvskade>

5.5 IMPLEMENTERING OG REKRUTTERING

- Etablering af Team for selvskade (voksen):
 - Indstilling til direktionen med henblik på forankring af teamet til Psykiatrisk Center Glostrup
 - Ansættelse af teamleder
 - Udvikling af strategi
 - Økonomi, budget og rapportering
 - Udarbejdelse af stillingsopslag.
- Rekruttering af peerboard:
 - Afklaring af rammer for etablering, økonomi og drift
 - Samarbejde og sparring med Malene Terp, leder af Center for recovery og samskabelse, Region Nord
 - Samarbejde med Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade
 - Udarbejdelse af stillingsopslag.

5.6 UNDERVISNING OG KOMPETENCEUDVIKLING

- Undervisning på diverse afsnit i RHP og øvrige regioner
- Oplæg på konferencer og temadage i RHP og øvrige regioner.

6. IGANGVÆRENDE INDSATSER

6.1 NATIONALE KLINISKE RETNINGSLINJER

På nuværende tidspunkt er opsporingen, dokumentationen, håndteringen og behandlingen af selvskade meget uensartet, mangelfuld og præget af tilfældigheder – både på tværs af regionerne i Danmark og internt i regionerne, på de enkelte psykiatriske centre og personalegrupper. Tilgangen er præget af uensartethed og mangel på evidensbaserede indsatser.

Det "Nationale netværk for indsatser til mennesker med selvskadende adfærd" er etableret af Lotte Rubæk (KAG Selvskade) og Anne-Mette Lemvig (tidligere selvskadekoordinator i Region Sjælland) på foranledning af Sundhedsstyrelsen. Netværket består af ansatte i børne-, ungdoms- og voksenpsykiatrien fra hver af de fem regioner i Danmark, udpeget af direktionen i de respektive regioner. De udgør centrale figurer i forhold til selvskadeindsatsen i deres region. Det nationale netværk har siden deres etablering i 2023 arbejdet på at udvikle samstemte og evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer for håndtering og behandling af selvskade. Formålet er at sikre ensartet behandling af høj kvalitet til personer med selvskade, der kommer i kontakt med psykiatrien på tværs af regionerne i Danmark. Retningslinjerne konsolideres løbende med – og tilstræbes udgivet i regi af – Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) i 2026.

6.2 DEN NATIONALE SELVSKADEKONFERENCE 2026

I samarbejde med Team for selvskade (BUC), Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade samt psykiatrien i Region Midt, afholder KAG Selvskade hvert andet år Den Nationale Selvskadekonference. På selvskadekonferencen i 2026 vil der være en lang række spændende oplæg fra både internationale og danske forskere og klinikere i den store sal i Musikhuset i Århus – alle med fokus på at kunne omsætte viden til konkret praksis. Samtidig vil der være mulighed for at opstille stande og præsentere poster, ligesom der vil være luft i programmet til at netværke og erfaringsudveksle.

Selvskade findes i mange former og alvorsgrader, og konferencen forsøger at indfange selvskade i bred forstand, fra de klassiske selvskadeformer til de nyere selvskadefænomener og fra debuterende til svær og langvarig selvskade.

Visionen for konferencen er at skabe større viden om selvskade i samfundet og at sikre, at personer med selvskade bliver mødt og behandlet på den bedst mulige måde. Konferencen er for alle, der beskæftiger sig fagligt med selvskade, hvad enten det er i regionalt, klinisk, kommunalt, politisk eller forskningsmæssigt regi, og hvad enten man arbejder med børn, unge eller voksne.

Mere information om selvskadekonferencen og tilmelding:
<https://www.psykiatri-regionh.dk/selvskadekonferencen/>

6.3 TEAM FOR SELVSKADE (VOKSEN)

Team for selvskade i voksenpsykiatrien er muligjort af en bevilling fra Sundhedsstyrelsen og etableres som et tværfagligt team med en teamleder og tre-fire ansatte bestående af f.eks. sygeplejersker, psykologer, pædagoger og/eller fysio-/ergoterapeuter. Teamet forventes i fuld drift pr. 1. april 2026.

KAG Selvskade udstikker den faglige retning for teamet og vejleder tæt omkring implementering. KAG Selvskade fungerer som den øverste faglige ledelse af selvskadeområdet i RHP, hvor vi vil forme og styrke selvskadeindsatsen, hvad angår behandling af god kvalitet, kompetenceudvikling og klinisk relevant forskning. Da der allerede findes et Team for selvskade i børne- og ungdomspsykiatrien, vil det nye team dække voksenpsykiatrien i den nuværende Region Hovedstaden. Med henblik på sundhedsreformen og den forestående dannelsen af Region Østdanmark skal organiseringen på et senere tidspunkt genbesøges for at understøtte selvskadebehandling, der på sigt eventuelt kan dække hele den nye region.

Formålet med at etablere Team for selvskade i voksenpsykiatrien er at sikre, at voksne patienter med selvskade mødes af personale med stor viden og forståelse og tilbydes behandling af høj og ensartet kvalitet, uanset hvilket psykiatrisk center de er tilknyttet. Teamet skal sikre systematisk og løbende implementering af de indsatser, som KAG Selvskade udvikler, beslutter og planlægger. Tiltaget skal sikre kompetenceudvikling af personale og behandling af høj kvalitet til personer over 18 år med selvskade. Team for selvskade skal være til stede på centrene og sikre systematisk opkvalificering og implementering af behandlingsindsatser gennem undervisning, supervision og side-mandsoplæring, ligesom teamet selv vil stå for dele af behandlingsindsatsen. Team for selvskade (voksen) vil have et tæt samarbejde med Team for selvskade (BUC) og skal trække på de gode erfaringer man har gjort sig i teamet.

Team for selvskade (voksen) vil implementere indsatser på alle ambulatorier og døgnafsnit, der har kontakt til patienter med selvskade i voksenpsykiatrien i regionen. Enkelte indsatser vil desuden være rettet mod somatikken, som har kontakt med patienter med selvskade, f.eks. når de henvender sig på akutmodtagelser og skal sys, eller hvis de skal opereres efter at have slugt genstande. Denne tværgående indsats vil bidrage til at styrke samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken og dermed understøtte intentionerne i den kommende sundhedsreform, hvor øget integration og sammenhæng mellem psykiatriske og somatiske indsatser er et centralt mål.

6.4 ETABLERING AF PEERBOARD

Som en essentiel del af KAG Selvskades vision om samskabelse etableres et peerboard, muliggjort af midler fra Social- og Psykiatriudvalget.

I samarbejde med Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade vil vi etablere et peerboard bestående af voksne med levede erfaringer med selvskade samt pårørende til samme målgruppe, der kan bidrage til udvikling, tilpasning og kvalitetsudvikling af indsatser i KAG Selvskade. Peerboardet skal understøtte et tæt samarbejde på tværs af ambulante og døgnbaserede tilbud i børne-, ungdoms- og voksenpsykiatrien og sikre en integreret tilgang mellem klinik, forskning og kompetenceudvikling – samt et styrket samarbejde og fælles sprog på tværs af sektorer.

Samarbejdet med Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade er en central del af projektet. Foreningen har tæt kontakt med og viden om målgruppen samt samarbejde med kommunerne om indsatser målrettet selvskade, hvilket gør det muligt, at indsatser udviklet i samarbejde med peerboardet kan tilpasses og afprøves i både regionale-, civilsamfunds- og kommunale kontekster. Dette styrker det tværsektorielle samarbejde og sikrer, at projektet bidrager til indsatser og aktiviteter, som kan understøtte den enkeltes behandling, recovery og livsmestring.

Peerboardet vil bestå af repræsentanter over 18 år med en bred vifte af levede erfaringer med selvskade samt pårørende til samme målgruppe, som skal sikres en tryk, ligeværdig og gensidig inddragelse. Peerboardet får en central rolle i både design og implementering af kommende udviklings- og forskningsprojekter. Derudover vil peerboardet deltage aktivt i kompetenceudvikling og sikre, at

indsatserne understøtter patienternes recovery-processer og bedre sammenhæng i patientforløb før, under og efter behandling. Peerboardet skal være med til at skabe mere relevante og effektive tilbud til mennesker med selvskadeproblematikker.

6.5 OPKVALIFICERING AF SOMATIKKEN

Selvskadende personer kommer ofte i kontakt med somatikken og særligt de somatiske akutmodtagelser, når de skal have behandlet skader efter selvskade – f.eks. suturering efter at have skåret sig selv eller operation efter at have slugt farlige genstande som batterier eller barberblade. Det sker ikke sjældent, at selvskadende personer mødes uhensigtsmæssigt ved besøg i somatikken, hvor de oplever sig til besvær og hvor personalet giver indtryk af, at de ikke har fortjent behandling, bedøvelse eller personalets tid, da det stjæler tid fra de øvrige patienter, som ikke har forårsaget skaderne selv. Studier dokumenterer desuden, at personale i somatikken oplever, at de mangler viden om selvskade (Quinlivan et al. 2021; Karman et al. 2015; Mughal et al. 2023).

For at sikre, at personer med selvskade mødes med den samme forståelse, omsorg og rettigheder som øvrige patienter, når de henvender sig i somatikken, har KAG Selvskade i samarbejde med Team for selvskade (BUC), Campus for Psykiatrisk Simulation (CAPS) og Region Midt udarbejdet e-læringen "Selvskade ABC – somatik" til ansatte i somatikken. E-læringen er inddelt i tre dele: 1) Forstå den selvskadende patient, 2) Forstå dine egne reaktioner, og 3) Forstå din opgave. E-læringen vil blive implementeret i starten af 2026.

7. PLANLAGTE INDSATSER

Alle planlagte indsatser udvikles, tilpasses og gennemføres i samarbejde med peerboardet.

- internet-Based Emotion Regulation Therapy for Adults (afventer funding):
 - Behandling af selvskade er ofte ikke integreret i den psykiatriske behandling (Ribeiro et al. 2016). Internetbaserede interventioner kan være en mere tilgængelig og fleksibel løsning, der reducerer stigma, giver rettidig støtte og er sikre og acceptable også hos personer med potentielle barrierer for behandling (Arshad et al. 2020). internet-based Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (iERITA) er en internetbaseret behandling, der hjælper unge med at håndtere svære følelser. Metoden har vist meget lovende resultater i Sverige, hvor langt de fleste unge oplevede en klar forbedring, når de fik iERITA oveni den sædvanlige behandling. Til sammenligning oplevede under halvdelen samme forbedring, når de kun fik den sædvanlige behandling (Bjureberg et al. 2024). I Danmark er metoden allerede afprøvet i børne- og ungdomspsykiatrien gennem pilotprojekter, der skulle afklare, om det er praktisk muligt at tilbyde iERITA i en dansk kontekst. Resultaterne viste, at det kan lade sig gøre, og at der er grundlag for at arbejde videre med at udbyde behandlingen (Morthorst et al. 2021, Morthorst et al. 2022). Aktuelt pågår et randomiseret kontrolleret studie af effekten af iERITA i børne- og ungdomspsykiatrien på tværs af regioner i Danmark, hvor inklusionen af 363 patienter og deres forældre netop er afsluttet. I samarbejde med Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, Center for Anvendt Forskning i Mental Sundhed (CARMEN) samt udviklerne og forskerne bag iERITA ved Karolinska Institutet i Sverige vil projektteamet udvikle og evaluere internet-Based Emotion Regulation Therapy for Adults (iBERTA), tilpasset og medudviklet med peerboardet af personer, der selv har erfaring med NSSI, eller er pårørende.
- Strategi for kompetenceudvikling
 - Udpegelse af nøglepersoner
 - Udvikling af undervisningsmateriale
 - Udvikling af strategi for undervisning på afsnit, ambulatorier og akutmodtagelser
 - Genbesøg af eksisterende uddannelses- og kursustilbud.
- Udvikle og genbesøge vejledninger
 - Genbesøge, redigere og udbygge eksisterende vejledninger for døgnafsnit
 - Udvikling af vejledning for ambulatorier
 - Udvikling af vejledning til somatikken.
- Systematisk screening, opsporing og fælles diagnosepraksis
 - Sikre tidlig opsporing ved systematisk screening for selvskade i både børne- og ungdomspsykiatrien samt på voksenpsykiatriske centre
 - Sikre fælles diagnosepraksis.
- Etablere et forskningsprogram i relation til CARMEN med henblik på videnskabelig afprøvning af selvskadeforebyggende strategier og anbefalinger, fortsat sikring af hjemtagelse af forskningsmidler og sikring af universitetstilknytning.

- Sikre et tæt og kontinuerligt samarbejde med både interne og eksterne partnere med henblik på udvikling og kvalitetssikring
- Dette indebærer blandt andet fælles indsatser med Campus for Psykiatrisk Simulation (CAPS), Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation (CAMES) og PsykInfo for at styrke formidlingen af viden om selvskade samt understøtte bedre integration mellem psykiatri og somatik.

8. LITTERATUR

- Bjureberg J, Kuja-Halkola R, Ohlss A, et al. (2021). Adverse clinical outcomes among youths with nonsuicidal self-injury and suicide attempts: a longitudinal cohort study. *J CHILD PSYCHOL PSYC* 2022. DOI: 10.1111/jcpp.13544.
- Bjureberg J., O. Ojala, H. Hesser m.fl. (2023). Effect of Internet-Delivered Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents with Nonsuicidal Self-Injury Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open* 6(7), e2322069.
- Boxer, P. (2010). Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(4), 470–480.
- Carr, M. J., Ashcroft, D. M., Kontopantelis, E., While, D., Awenat, Y., Cooper, J., Chew-Graham, C., Kapur, N., & Webb, R. T. (2017). Premature death among primary care patients with a history of self-harm. *Annals of Family Medicine*, 15(3), 246–254.
- Favazza, A.R. (1996). *Bodies Under Siege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A.R. & R.J. Rosenthal (1993). Diagnostic Issues in Self-Mutilation. *Psychiatric Services* 44(2), 134-140.
- Hooley, J.M. & S.A. St. Germain (2014). Should We Expand the Conceptualization of Self-Injurious Behavior? Rationale, Review, and Recommendations. I: M.K. Nock (red.). *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford University Press.
- *ISSS (2018). The International Society for the Study of Self-Injury* <https://www.itriples.org/>
- Joiner, T. (2005). *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press.
- Karman P, Kool N, Poslawsky IE, van Meijel B. Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015 Feb;22(1):65-75. doi: 10.1111/jpm.12171. Epub 2014 Dec 9. PMID: 25490929.
- Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, Huscsava MM, Schmahl C, Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2021 May;51(7):1057-1067.
- Mann, A.J., M.T. Tull & K.L. Gratz (2022). Hiding in the Open: Consideration of Nonsuicidal Self-Injury by Proxy as a Clinically Meaningful Construct. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 52(5), 1024-1036.
- Mughal, F., Chew-Graham, C. A., Babatunde, O. O., Saunders, B., Meki, A., & Dikomititis, L. (2023). The functions of self-harm in young people and their perspectives about future general practitioner-led care: a qualitative study. *Health Expectations*.

- Mughal F, Burton FM, Fletcher H, Lascelles K, O'Connor RC, Rae S, Thomson AB, Kapur N. New guidance for self-harm: an opportunity not to be missed. *Br J Psychiatry*. 2023 Aug 29;1-3. doi: 10.1192/bjp.2023.113. Epub ahead of print. PMID: 37642173.
- Møhl, B. & L. Rubæk (2020). FAQ om selvskade. Hans Reitzels Forlag.
- Odelius, C. & M. Ramklint (2014). En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatri. Uppsala Universitet.
- Quinlivan, L. M., Gorman, L., Littlewood, D. L., Monaghan, E., Barlow, S. J., Campbell, S., Webb, R. T., & Kapur, N. (2021). 'Relieved to be seen' — patient and carer experiences of psychosocial assessment in the emergency department following self-harm: qualitative analysis of 102 free-text survey responses. *BMJ Open*, 11(5), e044434.
- Quinlivan, L., Gorman, L., Littlewood, D. L., Monaghan, E., Barlow, S. J., Campbell, S., Webb, R. T., & Kapur, N. (2022). 'Wasn't offered one, too poorly to ask for one' — Reasons why some patients do not receive a psychosocial assessment following self-harm: qualitative patient and carer survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(4), 398–407.
- Rubæk, Lotte & Møhl, Bo (2025). I tusind stykker: Når mennesker slår revner i et fragmenteret samfund. Akademisk Forlag. ISBN 9788750063186
- Sahlin H, Bjureberg J, Gratz KL, Tull MT, Hedman E, Bjärehed J, Jokinen J, Lundh LG, Ljótsson B, Hellner C. Emotion regulation group therapy for deliberate self-harm: a multi-site evaluation in routine care using an uncontrolled open trial design. *BMJ Open*. 2017 Oct 5;7(10):e016220.
- Taylor, P.J., K. Jomar, K. Dhingra m.fl. (2018). A Meta-Analysis of the Prevalence of Different Functions of Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of Affective Disorders* 227, 759-769.
- Turner, B.J. (2022). Detecting and Managing Non-Suicidal Self-Damaging Behaviors. *World Psychiatry* 21(3), 461.
- Wilstrand, C., Lindgren, B.-M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 72–78.
- Wolff JC, Thompson E, Thomas SA, et al. Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European psychiatry* 2019. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2019.03.004.



Kontaktoplysninger

Sara Zolfagharian Khodaie sara.zolfagharian.khodaie@regionh.dk

Lotte Rubæk lotte.rubaek@regionh.dk

Malene Eiberg Holm malene.eiberg.holm@regionh.dk

Rikke Stevns Sury rikke.stevns.sury@regionh.dk