

# Avsiktligt självdestruktiv handling i Sverige

– en underlagsrapport

Socialstyrelsen klassificerar från och med år 2001 sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är **statistik**. Det innebär att rapporten innehåller sifferuppgifter som Socialstyrelsen samlat in, registrerat, bearbetat, sammanställt, analyserat och/eller kommenterat. Uppgifterna beskriver läge, tillstånd och/eller utveckling.

*Information:* Frida Lundgren, tel. 08–555 532 04  
Anders Tennlind, tel. 08–555 532 20

*Publicerad på Internet <http://www.socialstyrelsen.se>: december 2006*

*Denna rapport bygger främst på uppgifter från Patientregistret och  
Dödsorsaksregistret:  
[http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik\\_amne/index.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik_amne/index.htm)*

Artikelnr 2006–125–14

---

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), december 2006

# Förord

---

I augusti 2005 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag på strategier och åtgärder till ett nationellt program för suicidprevention. Förslagen skall vara riktade till statliga myndigheter, landsting och kommuner och innehålla idéer om hur man, på ett bättre sätt än i dag, kan ta hänsyn till suicidproblematiken i den befintliga verksamheten. Socialstyrelsen skall även utifrån det aktuella kunskapsläget presentera en analys och bedömning av suicidproblematiken i Sverige.

Enligt direktivet ska Socialstyrelsen genomföra uppdraget i samråd med Folkhälsoinstitutet, Institutet för psykosocial medicin samt med Kommittén för ungdomars livssituation utifrån stress och dess konsekvenser för den psykiska hälsan (dir. 2005:61).

Redovisningen skall ske till Socialdepartementet senast den 15 december 2006.

Statistikenheten vid Epidemiologiskt Centrum (EpC), Socialstyrelsen, har ansvarat för presentation, bedömning och analys av uppdaterade epidemiologiska data om avsiktliga självdestruktiva handlingars förekomst i Sverige.

Underlagsrapporten har utarbetats av Yerko Rojas och Frida Lundgren. Hans Schwarz och Anders Hedberg svarar för avsnittet Avsiktligt självdestruktiv handling och samhällsekonomiska kostnader. I avsnittet om sociala skillnader har Gunilla Ringbäck medverkat och i avsnittet om internationell statistik Ingalill Paulsson–Lütz. Anders Tennlind och Anders Åberg har medverkat i den slutliga utformningen av rapporten.

Stockholm i december 2006

Petra Otterblad Olausson  
Avdelningschef  
Epidemiologiskt Centrum



# Innehåll

---

<i>Förord</i>	3
<i>Diagramförteckning</i>	7
<i>Tabellförteckning</i>	9
<i>Grundmaterial</i>	12
<b>Dödsorsaksregistret</b>	12
Centrala begrepp	12
Kvalitet	13
<b>Patientregistret</b>	13
Centrala begrepp	14
Kvalitet	14
<b>Variabler i DOR och PAR</b>	15
<i>Klassificering av avsiktligt självdestruktiv handling</i>	16
<b>Aktuella klassifikationer</b>	16
<b>Klassificeringsproblem</b>	19
<i>Begreppet avsiktligt självdestruktiv handling</i>	21
<b>Oklart om avsikt</b>	21
<b>Underliggande och multipel dödsorsak</b>	26
<b>Yttre orsak</b>	26
<b>Vårdtillfällen och personer</b>	27
<b>Utskriven levande respektive död</b>	28
<i>Problemets storlek</i>	29
<b>Kön och ålder</b>	29
<i>Problemets storlek över tid</i>	31
<b>Kön och ålder</b>	31
<i>Metod för avsiktliga självdestruktiva handlingar</i>	42
<b>Tillvägagångssätt</b>	42
Kön och ålder	42
<b>Tillvägagångssätt över tid</b>	46
Suicid och förändring i tillvägagångssätt 1970–2003	46
Avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvård och förgiftningar 1998–2004	48
<i>Geografisk fördelning</i>	51
<b>Hemort – län</b>	51
<b>Hemort – indelning efter kommuntyp</b>	53

<b><i>Suicid – diagnos och vårdkonsumtion</i></b>	<b>55</b>
Suicid och psykisk störning	55
Suicid och alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos	56
Suicid och vårdkonsumtion	58
<b><i>Avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård – fem års uppföljning</i></b>	<b>59</b>
Avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård och upprepningsmönster	59
Avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård och suicid	60
Avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård och psykisk störning	60
Avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård och alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos	61
<b><i>Sociala dimensioner</i></b>	<b>63</b>
Avsiktligt självdestruktiv handling och biståndsmottagande	63
Avsiktligt självdestruktiv handling och utbildning	65
Avsiktligt självdestruktiv handling och födelseland	66
Avsiktligt självdestruktiv handling och sexuell läggning	68
Avsiktligt självdestruktiv handling och diskriminering	69
Avsiktligt självdestruktiv handling och samhällsekonomiska kostnader	70
<b><i>Ungdomar 13–17år</i></b>	<b>74</b>
<b><i>Ungdomar placerade på särskilda ungdomshem</i></b>	<b>78</b>
<b><i>Suicid i ett europeiskt perspektiv</i></b>	<b>80</b>
Om internationella jämförelser	80
Suicid i Sverige och i Europa	81
Suicid i Sverige och i Norden	86
<b><i>Diskussion och sammanfattning</i></b>	<b>90</b>
<b>Metodologiska överväganden</b>	<b>90</b>
Få observationer – slumpmässigt utfall?	90
Masssignifikans	90
Standardisering av data	90
Tidssamband	91
Ekologisk korrelation eller problemet med gruppbaserad data	91
Befolkningsförändringar och exposition	91
Datakvalitet	91
<b>Samlad värdering</b>	<b>92</b>
<b><i>Referenser</i></b>	<b>94</b>
<b><i>Bilagor</i></b>	<b>97</b>

# Diagramförteckning

---

Figur 1	Andel obduktioner av samtliga dödsfall samt andel obduktioner av samtliga suicid under perioden 1970–2003.	23
Figur 2	Antal suicid samt antal suicid inkl. fall där det föreligger osäkerhet om uppsåt, per 100 000 invånare under perioden 1970–2003, båda könen	23
Figur 3	Förhållandet suicid – avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvården mellan Patientregistret och Dödsorsaksregistret.	28
Figur 4	Suicid, antal per 100 000 invånare 2003, efter kön och ålder.	30
Figur 5	Personer vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, antal per 100 000 invånare 2004, efter kön och ålder.	30
Figur 6	Antal suicid per 100 000 invånare, 15 år eller äldre, åldersstandardiserade tal 1970–2003.	34
Figur 7	Antal vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling per 100 000 invånare, 15 år och äldre, åldersstandardiserade tal 1987–2004.	35
Figur 8	Antal suicid per 100 000 män, 0–64 år, 1987–2003.	35
Figur 9	Antal suicid per 100 000 män, 65+, 1987–2003.	36
Figur 10	Antal suicid per 100 000 kvinnor, 0–64 år, 1987–2003.	36
Figur 11	Antal suicid per 100 000 kvinnor, 65+, 1987–2003.	37
Figur 12	Dödsorsaker 1988–2002, tre års glidande medelvärde, män 15–44 år, andel i procent.	38
Figur 13	Dödsorsaker 1988–2002, tre års glidande medelvärde, kvinnor 15–44 år, andel i procent.	38
Figur 14	Män vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, antal per 100 000 invånare, 0–64 år, 1987–2004.	39
Figur 15	Män vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, antal per 100 000 invånare, 65+, 1987–2004.	40
Figur 16	Kvinnor vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, antal per 100 000 invånare, 0–64 år, 1987–2004.	40
Figur 17	Kvinnor vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, antal per 100 000 invånare, 65+, 1987–2004.	41
Figur 18	Suicid efter tillvägagångssätt, 2003, andel i procent, 15 år eller äldre.	43
Figur 19	Vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling efter tillvägagångssätt, 2004, andel i procent, 15 år eller äldre.	43
Figur 20	Suicid efter tillvägagångssätt och ålder, 2003, män, andel i procent.	44
Figur 21	Suicid efter tillvägagångssätt och ålder, 2003, kvinnor, andel i procent.	45
Figur 22	Vårdade till följd av förgiftning 2004, andel i procent.	45
Figur 23	Suicid efter tillvägagångssätt, 1970–2003, män 15 år eller äldre, andel i procent.	47

Figur 24	Suicid efter tillvägagångssätt, 1970–2003, kvinnor 15 år eller äldre, andel i procent.	47
Figur 25	Antal vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling, förgiftningar, män 15 år eller äldre, 1998–2004.	49
Figur 26	Antal vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling, förgiftningar, kvinnor 15 år och äldre, 1998–2004.	50
Figur 27	Uppskattade samhällsekonomiska kostnader för suicid och suicidförsök 1999–2003, fasta priser i miljoner kronor i 2005 års priser.	72
Figur 28	Antal suicid respektive antal suicid per 100 000 invånare i åldersgruppen 13–17 år, 1970–2003.	74
Figur 29	Antal vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling respektive antal per 100 000 invånare i åldersgruppen 13–17 år, 1987–2004.	74
Figur 30	Antal vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling, 13–17 år, efter kön, 1987–2004.	76
Figur 31	Antal vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling samt därav personer med psykiatrisk sjukdomsdiagnos i åldersgruppen 13–17 år, 1987–2004.	76
Figur 32	Antal vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling, förgiftningar, 13–17 år, 1998–2004.	77
Figur 33	Antal döda i suicid per 100 000 invånare i några europeiska länder år 2001, alla åldrar (åldersstandardiserat till Europa-populationen).	81
Figur 34	Könskvoter i några europeiska länder år 2001, alla åldrar (suicidtal är åldersstandardiserade till Europa-populationen).	82
Figur 35	Antal suicid per 100 000 kvinnor respektive män i några europeiska länder 2001, sorterat i stigande ordning efter kvinnornas suicidtal (åldersstandardiserat till Europa-populationen).	83
Figur 36	Antal suicid per 100 000 män i några europeiska länder 1987–2001, avser samtliga åldersgrupper (åldersstandardiserat till Europa-populationen).	85
Figur 37	Antal suicid per 100 000 kvinnor i några europeiska länder 1987–2001, avser samtliga åldersgrupper (åldersstandardiserat till Europa-populationen).	86
Figur 38	Antal suicid per 100 000 män i några nordiska länder efter ålder, senast tillgängliga data.	88
Figur 39	Antal suicid per 100 000 kvinnor i några nordiska länder efter ålder, senast tillgängliga data.	88
Figur 40	Antal suicid per 100 000 män i några nordiska länder 1970–2001, avser samtliga åldersgrupper (åldersstandardiserat till Europa-populationen).	89
Figur 41	Antal suicid per 100 000 kvinnor i några nordiska länder 1970–2001, avser samtliga åldersgrupper (åldersstandardiserat till Europa-populationen).	89



# Tabellförteckning

---

Tabell 1	Antal avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till döden, efter ålder, män, 1998–2003.	21
Tabell 2	Antal skadehändelser med oklar avsikt som lett till döden, efter ålder, män, 1998–2003.	22
Tabell 3	Antal avsiktligt självdestruktiva handlingar som lett till döden, efter ålder, kvinnor, 1998–2003.	22
Tabell 4	Antal skadehändelser med oklar avsikt som lett till döden, efter ålder, kvinnor, 1998–2003.	22
Tabell 5	Antal avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutna vård, efter ålder, män, 1998–2004.	24
Tabell 6	Antal skadehändelser med oklar avsikt som lett till behandling inom slutna vård, efter ålder, män, 1998–2004.	24
Tabell 7	Antal avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutna vård, efter ålder, kvinnor 1998–2004.	25
Tabell 8	Antal skadehändelser med oklar avsikt som lett till behandling inom slutna vård, efter ålder, kvinnor 1998–2004.	25
Tabell 9	Antal suicid 2003 och antal vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling 2003 resp. 2004, samt antal per 100 000 invånare, efter kön, 15 år eller äldre.	29
Tabell 10	Antal suicid, 1970–2003, män och kvinnor 15 år eller äldre.	32
Tabell 11	Antal vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling 1987–2004, män och kvinnor 15 år och äldre.	33
Tabell 12	Antal suicid och antal vårdade personer till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, medelvärde för åren 1999–2003, antal per 100 000 invånare, 15 år eller äldre, åldersstandardiserade tal.	51
Tabell 13	Antal suicid och antal vårdade personer till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, genomsnitt per år 1994–2003, antal per 100 000 invånare, 15 år eller äldre, åldersstandardiserade tal efter kommungrupp.	54
Tabell 14	Andel vårdade patienter med huvuddiagnosen psykisk störning under perioden 1994–2003, av personer som suiciderat 2003, procent	55
Tabell 15	Andel vårdade patienter med alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos som huvuddiagnos under perioden 1994–2003, av personer som suiciderat 2003, procent.	56
Tabell 16	Andel personer som suiciderat 2003 och som vårdats med alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos exklusive psykiska diagnoser respektive psykiska störningar orsakade av alkohol eller narkotika 1994–2003.	56

Tabell 17	Andel patienter som vårdats för en avsiktligt självdestruktiv handling under perioden 1994–2003, av personer som suiciderat 2003, procent.	58
Tabell 18	Fem års uppföljning bland personer som vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling 1990 respektive 1995.	62
Tabell 19	Fem års uppföljning bland personer som vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling 2000.	62
Tabell 20	Suicid och avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård per 100 000 personår 2000–2001, 20–65 år, bland biståndsmottagare respektive ej biståndsmottagare 1999, åldersstandardiserade tal.	63
Tabell 21	Relativa risken för suicid resp. vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar 2000–2001, efter ekonomiskt bistånd, kontrollerat för ålder, män 20–65 år.	64
Tabell 22	Relativa risken för suicid resp. vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar 2000–2001, efter ekonomiskt bistånd, kontrollerat för ålder, kvinnor 20–65 år.	64
Tabell 23	Suicid och avsiktligt självdestruktiv handling som lett till vård på sjukhus per 100 000 personår 2000–2001, 20–65 år, efter utbildningsnivå 1999, åldersstandardiserade tal.	65
Tabell 24	Relativa risken för suicid resp. vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar 2000–2001, efter utbildning, kontrollerat för ålder, män 20–65 år.	65
Tabell 25	Relativa risken för suicid resp. vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar 2000–2001, efter utbildning, kontrollerat för ålder, kvinnor 20–65 år.	66
Tabell 26	Suicid och avsiktligt självdestruktiva handlingar som lett till vård på sjukhus per 100 000 personår 2000–2001, 20–65 år, efter födelseland, åldersstandardiserade tal.	67
Tabell 27	Relativa risken för suicid resp. vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar 2000–2001, efter födelseland, kontrollerat för ålder, män 20–65 år.	67
Tabell 28	Relativa risken för suicid resp. vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar 2000–2001, efter födelseland, kontrollerat för ålder, kvinnor 20–65 år.	67
Tabell 29	Antal och andel asylsökande inskrivna i anläggningsboende som suiciderat, begått annan avsiktlig självdestruktiv handling eller hotat att ta sitt liv, av totala antalet genomsnittligt inskrivna i anläggningsboende under år 2005.	68
Tabell 30	Andel män och kvinnor som rapporterat att de någon gång försökt ta sitt liv, efter sexuell läggning och ålder, 2005.	69
Tabell 31	Andel män och kvinnor som rapporterat att de någon gång haft suicidtankar, efter sexuell läggning och ålder, 2005.	69
Tabell 32	Andelen kvinnor och män med ohälsa bland dem som blivit kränkande bemötta resp. dem som inte blivit kränkande bemötta, 16–84 år, åldersstandardiserade värden, 2005.	70

Tabell 33	Uppskattade samhällsekonomiska kostnader för suicid och suicidförsök 2003, miljoner svenska kronor (2005 års priser).	71
Tabell 34	Värdering av ett suicid och suicidförsök i 2005 års priser.	73
Tabell 35	Olika psykiska besvär någonsin hos placerade ungdomar. Procent av alla intervjuade.	78
Tabell 36	Olika psykiska besvär den senaste månaden hos placerade ungdomar. Procent av alla intervjuade.	79

# Grundmaterial

---

*Dödsorsaksregistret (DOR) och Patientregistret (PAR) ger möjlighet att följa utvecklingen av de avsiktliga självdestruktiva handlingar som leder till döden respektive till behandling inom slutenvård. De är båda rikstäckande personregister som dels ger möjligheter att följa individer över tid, dels ger möjligheter till länkning med annan relevant information i andra källor.*

## Dödsorsaksregistret

Dödsorsaksregistret ska ge en årlig rikstäckande redovisning av dödsorsakernas fördelning och utveckling i befolkningen. Registret ska också ge underlag för medicinsk och epidemiologisk forskning.

Ansvar för registret överfördes år 1994 från Statistiska Centralbyrån (SCB) till Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum. SCB fortsatte emellertid, på uppdrag av Socialstyrelsen, att producera statistiken under ett antal år. Sedan 2003 har produktionen av dödsorsaksregistret skötts av Socialstyrelsen.

Registret omfattar samtliga avlidna under ett kalenderår som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige. Detta gäller oavsett om dödsfallet inträffade inom eller utanför landet. I redovisningen ingår inte dödfödda, personer som avlidit under tillfällig vistelse i Sverige eller asylsökande som ännu inte fått uppehållstillstånd. Det moderna datoriserade registret omfattar åren 1952–2003.

Fr.o.m. den 1 juli 1991 ska den läkare som konstaterar dödsfallet utfärda ett dödsbevis. Dödsbeviset ska inom en vecka sändas till det lokala skattekontoret där den avlidne var folkbokförd. Det innehåller inte någon information om dödsorsaken. Istället ska läkaren utfärda ett intyg om dödsorsaken som ska sändas direkt till statistikproducenten inom tre veckor efter dödsfallet.

## Centrala begrepp

*Underliggande dödsorsak* respektive *multipl dödsorsak* är de två centrala begreppen vid dödsorsaksregistreringen.

Som underliggande dödsorsak definieras den sjukdom eller skada som inledde den kedja av sjukdomshändelser som direkt ledde till döden eller de omständigheter vid olyckan eller våldshandlingen som framkallade den dödliga skadan.

Multipla dödsorsaker avser samtliga dödsorsaker som angivits på dödsorsaksintyget, dvs. både underliggande dödsorsak, komplikationer och bidragande dödsorsaker. Bidragande orsaker används oftast som en samlande beteckning för alla andra dödsorsaker än den underliggande.

Suicid återfinns i första hand som underliggande dödsorsak, men kan också förekomma som en multipel dödsorsak. Officiell statistik om suicid grundar sig på antalet suicid som klassificerats som underliggande dödsorsak.

## Kvalitet

Bortfallet (underrapporteringen) är litet i DOR. För dödsåret 2003 saknas dödsorsaksintyg för 349 avlidna vilket motsvarar 0,38 procent av samtliga dödsfall. Sedan 1997 förekommer inte något totalbortfall eftersom uppgifter inhämtade från befolkningsstatistiken ingår även för avlidna utan dödsorsaksintyg, dock utan uppgift om dödsorsak (ICD-kod R99.9).

Vid rapportering av oklara eller dåligt specificerade dödsorsaker, där det kan förväntas att mer detaljerade uppgifter finns, begär EpC in kompletterande uppgifter. Varje år begärs kompletterande upplysningar in för cirka 4 500 avlidna.

Läkarens fastställande av dödsorsak är den mest kritiska faktorn för registerkvaliteten. Dödsorsaken fastställs med olika undersökningsmetoder. Den mest detaljerade är obduktion och den minst ingående är s.k. yttre likbesiktning. Andelen dödsorsaker som fastställts via obduktion har sjunkit under senare år. Generellt är dödsorsaksuppgifterna säkrare för yngre än för äldre personer. Gamla människor lider ofta av många sjukdomar och det kan vara svårt för läkaren att avgöra vilka tillstånd som var avgörande för dödsfallet. Likaså är uppgifter om våldsam död och sjukdomar med dramatiskt förlopp mer tillförlitliga än uppgifter om kroniska tillstånd. Validitetsstudier av dödsorsaksregistret, bl.a. av de Faire m.fl. (1), har ändå visat att fastställandet av den underliggande dödsorsaken håller mycket hög kvalitet för de flesta typer av sjukdomar och skador. I de Faires studie visade det sig att 96 procent av alla suicid även hade klassificerats som suicid.

## Patientregistret

Syftet med patientregistret är att tillhandahålla data om vårdutnyttjande för statistik, forskning, utvärdering, planering och allmän samhällsinformation. Socialstyrelsen och EpC har såväl register- som produktionsansvar.

PAR innehåller uppgifter om alla patienter som vårdats i slutet offentlig sjukhusvård och täcker från och med 1987 hela riket. För delar av riket finns uppgifter från 1964. PAR bygger på data som ska rapporteras in från sjukvårdshuvudmännen, senast den 30 april efter det år uppgifterna avser.

Hittills finns endast valida data från den slutna vården. Visserligen påbörjades insamling av öppenvårdsdata från s.k. dagkirurgisk verksamhet redan 1997 men denna rapportering har fortfarande år 2004 allt för stora brister för att kunna tjäna som underlag för statistik. Uppgiftsinsamlingen från den öppna vården utvidgades 2001. Numera finns även en generell uppgiftsskyldighet för läkarbesök, exklusive de som sker i primärvården. År 2004 har ca 10 miljoner läkarbesök rapporterats in. Av dessa saknar cirka 2,4 miljoner diagnosuppgifter och ca 78 000 saknar personnummer.

## Centrala begrepp

*Huvuddiagnos, bidiagnos och yttre orsak till skada och förgiftning* är Patientregistrets centrala begrepp.

Huvuddiagnos avser det tillstånd (sjukdom, skada etc.) vars behandling och utredning varit huvudorsaken till patientens sjukhusvistelse.

Bidiagnos avser det tillstånd som behandlats, utretts eller av annan anledning varit av betydelse för vårdtillfället. Från 1997 innehåller registret sju bidiagnoser.

För varje vårdtillfälle med en diagnos som avser skada eller förgiftning är det, liksom vid dödsorsaksregistreringen, obligatoriskt att registrera yttre orsak till skadan eller förgiftningen (tidigare kallad E-kod). Yttre orsak kan även anges tillsammans med en sjukdomsdiagnos. Till och med 1997 innehåller registret högst en E-kod per vårdtillfälle. Från 1997 finns möjlighet att rapportera två yttre orsaker per vårdtillfälle.

## Kvalitet

Kvaliteten i PAR är liksom när det gäller DOR i första hand beroende av den primära diagnossättningen.

Registreringsbortfallet beräknas till mindre än en procent för somatisk korttidsvård. 3,75 procent av vårdtillfällena med skador eller förgiftningar saknar under större delen av 1990-talet uppgift om yttre orsak. Från 1997, då en ny klassifikation infördes, ökade detta bortfall markant under några år, men har de senaste åren återigen minskat till samma nivå som innan klassifikationsbytet. Bortfallet är till övervägande del koncentrerat till några få huvudmän, vilket får vissa konsekvenser vid geografiska jämförelser. Få valideringsstudier på patientregistret har genomförts. Dock har Nilsson m.fl. (2) visat att diagnossättningen är tämligen tillförlitlig vid gruppering av diagnoser på högre nivåer. Det är emellertid inte möjligt att säga om detta också gäller avsiktligt självtillfogade skador, då specifika validitetsstudier av dessa saknas.

## Variabler i DOR och PAR

DOR och PAR innehåller i stort sett samma grundvariabler. De viktigaste variablerna i respektive register har i sammanställningen nedan delats in i fyra grupper.

DOR	PAR
<b>Patientdata</b>	
Personnummer	Personnummer
Hemortslän, -kommun, -församling	Hemortslän, -kommun, -församling
Kön	Kön
Dödsålder	Ålder (vid utskrivningstillfället)
Civilstånd	Civilstånd (från 1997)
Födelseland	Födelseland (från 1997)
Nationalitet/År för svenskt medborgarskap	Nationalitet (från 1997)
<b>Vårdenhetsdata</b>	
	Huvudman (Landsting)
	–sjukhus
	–klinik
<b>Administrativa data</b>	
Dödsdatum	Inskrivningsdatum
Dödsbevisgrund	Utskrivningsdatum
	Vårdtid
	Planerad vård (i förväg eller ej)
	Inskrivningssätt (från:
	– annat sjukhus/klinik
	– serviceboende m helinackordering
	– annat boende)
	Utskrivningssätt (som inskrivningssätt + avliden)
<b>Medicinska data</b>	
Underliggande dödsorsak	Huvuddiagnos
Yttre orsak till skada och förgiftning	Yttre orsak till skada och förgiftning
Multipel dödsorsak	Bidiagnos (7 st)
	Operationer (12 st)

Ytterligare information och beskrivning av respektive register och dess innehåll återfinns på EpC:s hemsida på Internet: [www.socialstyrelsen.se/epc](http://www.socialstyrelsen.se/epc)

# Klassificering av avsiktligt självdestruktiv handling

---

## Aktuella klassifikationer

Det överordnade begreppet är *Avsiktligt självdestruktiv handling* i både DOR och PAR. Begreppet innefattar såväl suicid respektive suicidförsök som annan avsiktlig självdestruktiv handling.

En avsiktlig självdestruktiv handling definieras i den medicinska informationen av den yttre orsaken till en skada eller förgiftning (tidigare även kallad E-kod). I både DOR och PAR används Världshälsoorganisationens (WHO) officiella klassifikation – *International Classification of Diseases*, ICD. Från och med den 1 januari 1997 används den tionde revisionen (ICD10). Till skillnad från tidigare år används fr.o.m. 1997 samma översättning av den internationella versionen i både DOR och PAR, vilket innebär en enhetlig klassificering av avsiktliga självdestruktiva handlingar.

ICD ger också möjlighet att klassificera fall där det är oklart med vilken avsikt skadehändelsen uppkommit. Nedan följer koderna för Avsiktligt självdestruktiv handling liksom Skadehändelse med oklar avsikt<sup>1</sup>.

Förgiftningar med läkemedel kan specificeras med hjälp av en kompletterande kodning antingen enligt ATC-systemet<sup>2</sup> eller enligt en förgiftningsdiagnos från kapitel XIX i ICD10, *Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker*.

---

<sup>1</sup> Den fullständiga kodlistan återfinns bland annat på EpC:s hemsida på Internet: <http://www.sos.se/epc/klassifi/ksh97kap.htm>

<sup>2</sup> ATC – Anatomiskt terapeutiskt kemiskt klassifikationssystem. Systemet består av 14 huvudgrupper, som är uppdelade efter var eller hur läkemedel verkar.



*ICD10. Klassificering av avsiktligt självdestruktiv handling och skadehändelse med oklar avsikt.*

<b>Metod</b>	<b>Avsiktligt självdestruktiv handling</b>	<b>Skadehändelse med oklar avsikt</b>
Förgiftning med och exponering för smärtstillande läkemedel av icke opiatkaraktär, febernedsättande medel och medel mot reumatism	X60	Y10
Förgiftning med och exponering för antiepileptika, lugnande läkemedel och sömnmedel, medel mot parkinsonism samt psykotropa läkemedel som ej klassificeras annorstädes	X61	Y11
Förgiftning med och exponering för narkotiska medel och hallucinogener som ej klassificeras annorstädes	X62	Y12
Förgiftning med och exponering för andra läkemedel som påverkar det autonoma nervsystemet	X63	Y13
Förgiftning med och exponering för andra och icke specificerade droger, läkemedel och biologiska substanser	X64	Y14
Förgiftning med och exponering för alkoholer	X65	Y15
Förgiftning med och exponering för organiska lösningsmedel och halogenerade kolväten och deras ångor	X66	Y16
Förgiftning med och exponering för andra gaser och ångor	X67	Y17
Förgiftning med och exponering för pesticider	X68	Y18
Förgiftning med och exponering för andra och icke specificerade kemiska ämnen och skadliga substanser	X69	Y19
Hängning, strypning och kvävning	X70	Y20
Dränkning	X71	Y21
Skott från pistol och revolver	X72	Y22
Skott från gevär, hagelgevär och tyngre skjutvapen	X73	Y23
Skott från annat och icke specificerat skjutvapen	X74	Y24
Sprängämnen	X75	Y25
Rök och öppen eld	X76	Y26
Vattenånga, andra heta ångor och heta föremål	X77	Y27
Skärande och stickande föremål	X78	Y28
Trubbiga föremål	X79	Y29
Hopp eller fall (knuff) från höjd	X80	Y30
Kasta eller lägga sig framför föremål i rörelse	X81	Y31
Motorfordon	X82	Y32
Andra specificerade metoder	X83	Y33
Andra icke specificerade metoder	X84	Y34

Genom att använda en fjärde position tillsammans med koderna ovan ger ICD10 möjlighet till att ange *platsen för den yttre orsakens inverkan, där denna uppgift är relevant:*

#### ICD10. Klassificering av plats

Bostad och bostadsområde	0
Institutionellt boende	1
Skola, annan institution och offentlig lokal	2
Idrotts- och sportanläggning	3
Gata och väg	4
Butiks-, handels- eller serviceområde	5
Industriområde, byggarbetsplats	6
Lantbruksområde	7
Andra specificerade platser	8
Plats, ospecificerad	9

ICD10 ger också möjlighet att klassificera aktiviteten, som femteposition, vid skadetillfället när så är relevant.

#### ICD10. Klassificering av aktivitet

Idrott, sport och motion	0
Lek och annan fritidsverksamhet	1
Förvärvsarbete	2
Annan sysselsättning	3
Vitalaktivitet såsom, vila, sömn, måltid och personlig hygien	4
Andra specificerade aktiviteter	8
Aktivitet ospecificerad	9

Under perioden 1987–1996 använde man ICD9. I DOR användes en till stora delar direkt översättning av den internationella versionen, medan man i PAR använde en svensk version, *Klassifikation av sjukdomar 1987*. Grundelementen i den nionde revisionen är i stort sett de samma som i den tionde, strukturen var något annorlunda och detaljeringsnivån generellt högre. För PAR var detaljeringsnivån dock lägre i och med att man använde sig av den svenska versionen.

Det överordnade begreppet i ICD9 är *Själv mord och uppsåtligt självtillfogad skada* i DOR och *Själv mord, självmordsförsök och annan självtillfogad skada* i PAR. Begreppen inkluderar också annan avsiktligt självtillfogad skada. Även i ICD9 gavs möjligheten att klassificera fall där det var oklart (DOR) eller tveksamt (PAR) med vilket uppsåt som skadan uppkommit. Även om terminologin skiljde sig något åt var grundstrukturen och indelningen efter olika metoder densamma, både när det gällde döda och sjukhusvårdade, liksom oavsett om uppsåtet var fastlagt eller inte.

I DOR fanns möjligheter att specificera metoden ytterligare under respektive huvudgrupp. När det gällde *Skjutvapen och explosiva ämnen* fanns det exempelvis möjligheten att skilja mellan *skott från vapen* och *sprängning*. Vapnet kunde specificeras ytterligare som enhandsvapen, hagelgevär, jakt-

vapen eller militärt vapen<sup>3</sup>. I PAR kunde förgiftningar med läkemedel specificeras med hjälp av ATC-systemet eller med diagnos i sjukdomsklassifikationen (Kap XVII). Det senare gällde även för DOR.

*ICD9. Klassificering av självmord, självmordsförsök och annan självtillfogad skada.*

Metod	Självmord och självmordsförsök	Oklart uppsåt
Förgiftning med fasta eller flytande ämnen	E950	E980
Förgiftning med hushållsgas	E951	E981
Förgiftning med andra gaser och ångor	E952	E982
Hängning, strypning och kvävning	E953	E983
Dränkning	E954	E984
Skjutvapen och explosiva ämnen	E955	E985
Skärande och stickande föremål	E956	E986
Hopp från höjd	E957	E987
Annat och icke specificerat sätt	E958	E988
Sen effekt av självmordsförsök och annan självtillfogad skada	E959	E989

Även i ICD8 (som gällde mellan 1969 och 1986) återfanns suicid i kategorierna E950–959. Det var när denna revision infördes som man började använda kategorin tveksamhet om skada uppkommit genom olyckshändelse eller uppsåt (E980–989).

## Klassificeringsproblem

Att avgöra vad som varit en avsiktlig självdestruktiv handling och vad som inte varit det, dvs. om det funnits en avsikt eller inte bakom en handling, rymmer i många fall stora svårigheter. Det gäller såväl klassificering av dödsfall som patienter i sjukhusvård. Det finns flera orsaker till osäkerhet vid klarläggande av avsikt och sannolikt resulterar den sammantagna effekten i en underrapportering av avsiktliga självdestruktiva handlingar.

Kunskap om och attityd till avsiktliga självdestruktiva handlingar spelar sannolikt en viktig roll för i vilken utsträckning man som läkare registrerar en sådan handling och för hur man som anhörig uppfattar och är villig att lämna information om omständigheter kring en avsiktlig självdestruktiv handling. Detta har inte minst visat sig vara högst problematiskt vid internationella jämförelser. Underrapporteringen av suicid i vissa länder, på grund av ekonomiska, kulturella och religiösa skäl, är betydande (3, 4).

I vissa fall är det svårare att bedöma avsikten bakom en handling än i andra. Det gäller t.ex. förgiftningsfall i allmänhet och i synnerhet bland äldre, bland missbrukare med flera befolkningsgrupper. Vägverket genomförde en djupstudie över dödsolyckor i södra Sverige 1997–2002, som visade att ca 5 procent av de trafikdödade misstänktes utgöra suicidfall (5).

<sup>3</sup> Den fullständiga kodlistan för dödsorsaksregistret mellan 1987 och 1996 återfinns bland annat på EpC:s hemsida på Internet: [www.sos.se/epc/dors/filer/ICD9/KAP18.HTM](http://www.sos.se/epc/dors/filer/ICD9/KAP18.HTM)

Även om handlingen som leder till döden klassificeras som avsiktlig är den exakta avsikten bakom handlingen svår att veta. Avsikten behöver inte ha varit att ta livet av sig. Handlingen kan istället ha varit en impulshandling som utlösts av brist på andra alternativ eller uppmärksamhet, som ett rop på hjälp (6, 7). Vidare kan man ifrågasätta huruvida man överhuvudtaget kan tala om avsiktligt medveten handling med syfte att ta sitt liv hos små barn eller sjuka åldringar (8).

Den medicinska undersökningen, baserad på rättsmedicinska och andra adekvata metoder, är central vid bedömningen av dödsfall. I detta sammanhang finns två faktum som kan vara värda att uppmärksamma. Dels är obduktionsfrekvensen för misstänkta suicid mycket hög (98 procent) i förhållande till andra dödsorsaker (13 procent), dels är det efter 1991 inte enbart rättsläkare som utfärdar dödsorsaksintyg för personer som påträffats döda under oklara omständigheter.

Förutom risker för förändringar i bedömningsunderlag och eventuella förändringar i bedömningspraxis över tid, finns också risk för en minskad geografisk eller regional homogenitet i dessa avseenden.

När det gäller avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvård och där patienten lever finns det, vid sidan av den medicinska bedömningen, möjligheter att patienten själv och anhöriga kan ge information om avsikten bakom handlingen. Problemet med inställning till och kunskaper om sådana handlingar kvarstår dock.

# Begreppet avsiktligt självdestruktiv handling

---

*Vid sidan av de klassifikationsproblem som diskuterats tidigare finns också problem med att avgränsa vad som ska ingå i en statistisk definition av begreppet suicid. Detta kapitel tar upp konsekvenser av möjliga avgränsningar i DOR och i PAR.*

## Oklart om avsikt

Med syfte att underlätta svåra bedömningar i enskilda fall ger ICD sedan 1969 möjligheter att klassificera även oklara fall. Oklara fall är händelser där det finns en misstanke om att skadan eller förgiftningen varit avsiktlig, men där en olyckshändelse inte helt kan uteslutas.

Antalet säkerställda avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till döden under 2003 var 1 108, vilket framgår av tabell 1 och 3. Det totala antalet oklara fall för samma år var 272, vilket framgår av tabell 2 och 4. Detta innebär en procentuell nedgång på 9,8 respektive 12,8 procent, om man utgår från 1998 års tal. Under den observerade sexårsperioden har antalet oklara fall minskat i högre utsträckning för kvinnor än för män. Antalet oklara fall har dock inte minskat bland kvinnor i åldersgrupperna 15–24 samt 75–84 och inte heller bland män i åldersgrupperna 15–24, 45–64 samt 85 eller äldre.

*Tabell 1: Antal avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till döden, efter ålder, män, 1998–2003.*

Dödsår	Avsiktligt självdestruktiv handling							Totalt
	0–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75–84	85>	
1998	2	57	262	331	99	98	31	880
1999	3	78	253	300	106	92	29	861
2000	1	63	245	259	106	95	33	802
2001	2	59	253	288	102	87	42	833
2002	4	78	242	326	100	87	25	862
2003	1	60	235	283	91	77	28	775

Tabell 2: Antal skadehändelser med oklar avsikt som lett till döden, efter ålder, män, 1998–2003.

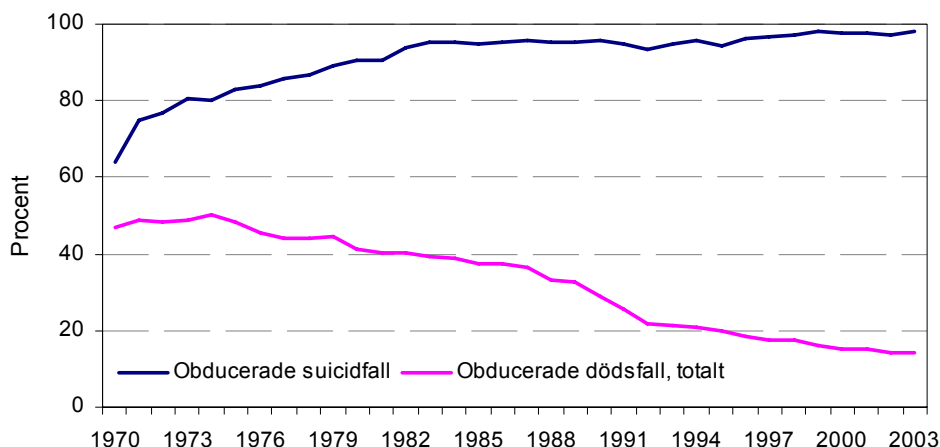
Dödsår	Skadehändelse med oklar avsikt							Totalt
	0–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75–84	85>	
1998	1	13	88	69	24	12	1	208
1999	2	14	64	76	17	12	4	189
2000	3	14	54	58	14	8	4	155
2001	1	27	95	98	15	8	5	249
2002	2	32	72	93	11	7	4	221
2003	0	18	67	84	16	11	5	201

Tabell 3: Antal avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till döden, efter ålder, kvinnor 1998–2003.

Dödsår	Avsiktligt självdestruktiv handling							Totalt
	0–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75–84	85>	
1998	1	28	79	131	51	51	8	349
1999	0	32	113	122	39	39	13	358
2000	1	26	92	120	40	32	17	328
2001	3	18	77	166	37	45	17	363
2002	3	23	83	127	33	33	16	318
2003	2	35	96	119	33	34	14	333

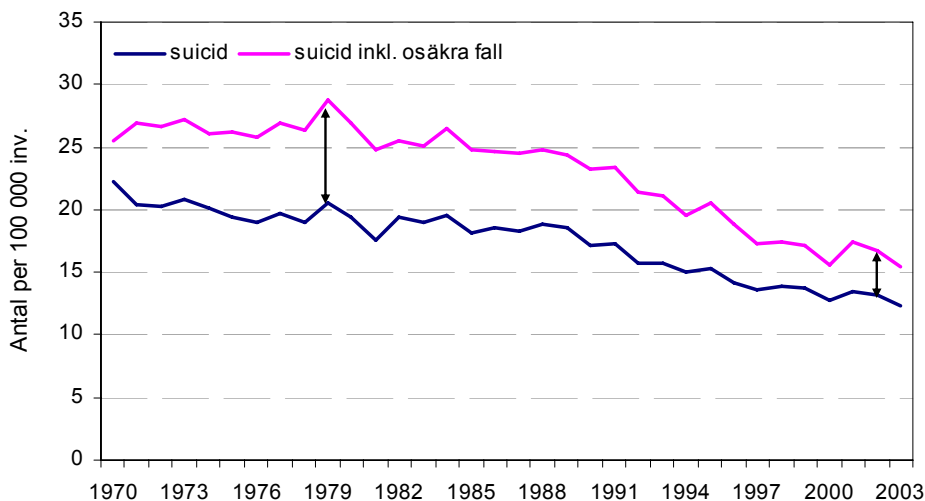
Tabell 4: Antal skadehändelser med oklar avsikt som lett till döden, efter ålder, kvinnor, 1998–2003.

Dödsår	Skadehändelse med oklar avsikt							Totalt
	0–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75–84	85>	
1998	3	4	33	47	11	4	2	104
1999	1	7	25	47	15	10	5	110
2000	0	3	25	46	16	8	2	100
2001	0	6	20	49	14	14	4	107
2002	0	13	21	40	10	4	5	93
2003	1	5	15	38	4	7	1	71



Figur 1: Andel obduktioner av samtliga dödsfall samt andel obduktioner av samtliga suicid under perioden 1970–2003.

Figur 1 visar att obduktionsfrekvensen successivt har minskat från omkring 50 procent av samtliga dödsfall i början på 1970-talet till under 20 procent 2003. Under samma period har andelen obduktioner vid suicid inklusive de fall där det föreligger osäkerhet om uppsåt, ökat från drygt 60 procent till närmare 100 procent. Huvuddelen av de onaturliga dödsfallen genomgår idag rättsmedicinsk undersökning. Det gäller särskilt vid våldsbrott och suicid där nästan alla fall utreds rättsmedicinskt (9).



Figur 2: Antal suicid samt antal suicid inkl. fall där det föreligger osäkerhet om uppsåt, per 100 000 invånare under perioden 1970-2003, båda könen.

Figur 2 visar att gapet mellan säkra och osäkra fall av suicid minskat sedan början av 1980-talet. Eftersom obduktionsfrekvensen bland misstänkta suicidfall har ökat sedan början av 1970-talet, skulle det kunna tyda på att dia-

gnostiken förbättrats. De tidigare fristående rättsläkarstationerna organiserades i början på 1990-talet (1 juli 1991) som avdelningar under Rättsmedicinalverket med strävan att redan från början åstadkomma en större likformighet i bedömningarna. Det skulle också kunna förklara en del av det minskade gapet mellan andelen säkra och osäkra suicidfall.

Antalet säkerställda fall av avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvård uppgick till 7 139 år 2004 (Tabell 5 och 7). Det totala antalet oklara fall för samma år var 1 414, vilket framgår av tabell 6 och 8. Utgår man från 1998 års tal innebär detta en procentuell uppgång på 28 respektive 69 procent. Antalet oklara fall har under den observerade sjuårsperioden generellt ökat för både kvinnor och män. Detta gäller dock varken för kvinnor i åldersgruppen 65–75 eller för män i åldersgruppen 85 eller äldre. Den stora uppgången av antalet avsiktliga självdestruktiva handlingar förklaras delvis av återhämtningen efter klassifikationsbytet 1997 då bortfallet av yttre orsak ökade kraftigt. Det är dock inte hela förklaringen till den stora ökningen.

*Tabell 5: Antal avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvård, efter ålder, män 1998–2004.*

Vårdår	Avsiktligt självdestruktiv handling							Totalt
	0–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75–84	85>	
1998	36	334	901	509	114	69	15	1972
1999	56	428	987	549	105	67	32	2218
2000	53	446	939	558	99	84	33	2210
2001	63	510	1012	676	126	88	33	2505
2002	36	497	1027	719	117	88	32	2508
2003	47	467	978	647	116	81	32	2366
2004	37	519	963	672	137	100	46	2471

*Tabell 6: Antal skadehändelser med oklar avsikt som lett till behandling inom slutenvård, efter ålder, män 1998–2004.*

Vårdår	Skadehändelse med oklar avsikt							Totalt
	0–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75–84	85>	
1998	37	95	137	109	29	25	15	447
1999	67	103	172	120	28	30	12	531
2000	55	105	165	121	23	39	18	524
2001	51	90	164	118	34	26	21	504
2002	49	90	127	141	31	36	14	488
2003	61	103	174	159	29	26	16	568
2004	41	207	232	198	39	47	12	774



Tabell 7: Antal avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvård, efter ålder, kvinnor 1998–2004.

Vårddår	Avsiktligt självdestruktiv handling							Totalt
	0–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75–84	85>	
1998	151	989	1392	796	134	118	38	3607
1999	143	1110	1454	809	132	121	42	3799
2000	152	1137	1465	877	137	144	43	3944
2001	175	1291	1654	994	142	130	58	4430
2002	156	1351	1599	942	156	125	48	4365
2003	168	1448	1606	1003	130	123	65	4529
2004	205	1581	1559	998	147	132	55	4668

Tabell 8: Antal skadehändelser med oklar avsikt som lett till behandling inom slutenvård, efter ålder, kvinnor 1998–2004.

Vårddår	Skadehändelse med oklar avsikt							Totalt
	0–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75–84	85>	
1998	30	71	116	89	35	33	16	390
1999	59	113	118	92	33	51	35	501
2000	51	102	142	105	32	58	36	526
2001	52	101	124	94	24	50	33	477
2002	45	82	114	88	27	56	23	435
2003	41	121	109	76	26	48	19	440
2004	36	169	169	145	29	49	44	640

Med hänvisning till att merparten av skador med oklar avsikt vid mer noggranna studier eller undersökningar visat sig vara avsiktliga självdestruktiva handlingar redovisas dessa oftast sammanslagna som en grupp, trots det fel som därmed uppstår. Detta innebär också en mer homogen sammansättning över tid, eftersom inverkan av förändringar i bedömningspraxis i det här avseendet minimeras (10).

I denna underlagsrapport redovisas fortsättningsvis säkerställda och oklara fall tillsammans. De betecknas, om inget annat anges, som avsiktligt självdestruktiv handling som lett till döden alternativt suicid i DOR. I PAR betecknas de som avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård.

Om man slår samman säkerställda och oklara fall så får man att hela 20 procent av samtliga suicidfall klassificerades som skadehändelse med oklar avsikt år 2003, med liten skillnad mellan könen (kvinnor 18 procent, män 21 procent). Av det totala antalet avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvård under 2004 klassificerades 17 procent som oklara fall. Skillnaden mellan könen var stor (kvinnor 12 procent, män 24 procent).

## Underliggande och multipel dödsorsak

Enligt WHO ska den underliggande dödsorsaken väljas ut för statistisk redovisning. Eftersom det mest effektiva ur ett preventionsperspektiv är att sätta fokus på den orsak som inledde förloppet fram till dödsfallet har WHO bestämt att den orsaken ska sättas som underliggande dödsorsak. Så är också praxis i Sverige.

Suicid kan dock också förekomma inom kategorin multipel dödsorsak, dvs. upptagna på dödsorsaksintyget och registrerade i DOR som komplikation och/eller som bidragande dödsorsak. Oftast är det frågan om oklara suicidfall. Den underliggande dödsorsaken är i dessa sammanhang många gånger relaterad till alkohol- eller drogmissbruk. Detta hänger samman med Socialstyrelsens regler för val av underliggande dödsorsak som innebär att ett suicid i samband med alkohol och drogmissbruk inte definieras som underliggande dödsorsak om inte läkaren på dödsorsaksintyget uttryckligen angivit att handlingen var uppsåtlig.

I andra fall har olika cancerformer, hjärt-kärlsjukdomar m.m. definierats som underliggande dödsorsak. Socialstyrelsens kodare ändrar inte läkarens uppgifter på dödsorsaksintyget. Därför krävs en närmare kartläggning av läkarnas bedömningskriterier, för att få klarhet om dessa fall utgör en enhetlig grupp, definierade av en generell kodningspraxis.

Om de multipla fallen räknas med i statistiken skulle det innebära 0,5–1 procent fler döda i suicid per år (2001–2003).

I denna rapport redovisas endast suicid som underliggande dödsorsak om inget annat anges.

## Yttre orsak

I patientregistret definieras som tidigare nämnts en avsiktlig självdestruktiv handling utifrån den yttre orsaken till skadan och förgiftningen. Med yttre orsak menas händelser, omständigheter och förhållanden i den yttre miljön som orsakat skadan eller förgiftningen.

Yttre orsaker skall alltid anges då patienten behandlas för en skada eller förgiftning. Men även vid andra tillstånd som uppfattas ha en yttre orsak är det möjligt att registrera den yttre orsaken. Från 1997 finns möjlighet att rapportera två yttre orsaker per vårdtillfälle.

När det gäller avsiktliga självdestruktiva handlingar är huvuddiagnosen, dvs. det tillstånd vars behandling är huvudorsaken till sjukhusvistelsen, oftast en skada eller förgiftning men kan teoretiskt sett vara vilken diagnos som helst. Psykiska störningar är den största diagnosgruppen vid sidan om skador och förgiftningar. Detta kan å ena sidan delvis ha att göra med att patienten försökt ta sitt liv under behandling av annan sjukdom. Å andra sidan kan det även betyda att patienten kommit till sjukhus och behandlats akut för en avsiktlig skada eller förgiftning som i sig inte varit huvudorsaken till inläggningen. Inläggningen har snarare skett på grund av att patientens bakomliggande psykiska problem krävt det.

Det finns i den här typen av fall sannolikt en gråzon där det inte är självklart om den avsiktliga självdestruktiva handlingen har kopplats samman

med huvud eller bidiagnosen. En närmare granskning av kodningspraxis i dessa avseenden är nödvändig för att avgöra om och i så fall i vilken utsträckning avsiktliga självdestruktiva handlingar som inte har en direkt koppling till huvuddiagnosen ska inkluderas vid statistiska redovisningar.

I denna rapport redovisas alla avsiktliga självdestruktiva handlingar, oavsett om huvuddiagnosen varit en skada eller förgiftning eller ej.

## Vårdtillfällena och personer

I DOR är det relativt okomplicerat att identifiera antalet suicid. Av lättförståeliga skäl ska en person endast förekomma en gång i registret. I PAR däremot kan en person förekomma flera gånger, dvs. ha mer än ett vårdtillfälle. Ett vårdtillfälle är grundenheten i PAR. Vårdtillfället avgränsas av ett inskrivningsdatum och ett utskrivningsdatum. Inom ramen för den reguljära kvalitetskontrollen reduceras antalet inrapporterade vårdtillfällen så att

- A) i tiden överlappande vårdtillfällen vid samma klinik förs samman till ett vårdtillfälle och
- B) vårdtillfällen som börjar vid en intagningsavdelning och via överföring fortsätter på annan klinik förs samman till ett vårdtillfälle.

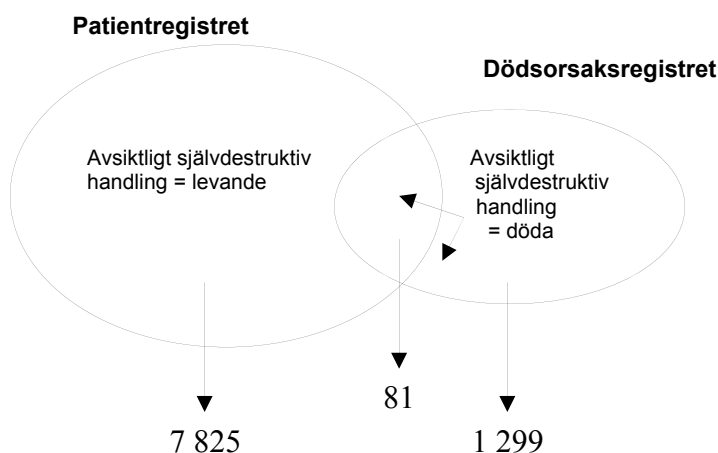
Personer kan även ha registrerats för flera vårdtillfällen under ett och samma år. Antingen är dessa relaterade till samma avsiktliga självdestruktiva handling eller så har vissa personer vårdats på nytt efter nya avsiktliga självdestruktiva handlingar. Man kan med andra ord inte självklart betrakta ett vårdtillfälle som en ny avsiktligt självdestruktiv handling. Det är alltså inte svårt att bestämma hur många personer som avsiktligt tillfogat sig själva skada under ett år, dvs. vårdats vid minst ett tillfälle. Däremot är det inte självklart hur det exakta antalet avsiktliga självdestruktiva handlingar ska bestämmas, vare sig på individ- eller populationsnivå.

Det är dock möjligt att konstruera olika mått för att beräkna antalet avsiktliga självdestruktiva handlingar med hjälp av annan information i registret. Det kan gälla information om varifrån patienten skrivs in till det aktuella vårdtillfället och/eller hur lång tid som förflutit mellan vårdtillfallen. Det förefaller mer sannolikt att det är fråga om en ny avsiktligt självdestruktiv handling om patienten skrevs in från hemmet än från annat sjukhus eller annan klinik och om det förflutit lång tid mellan vårdtillfallen.

I denna rapport redovisas om inget annat anges antalet vårdade personer, dvs. antalet individer som vårdats inskrivna på sjukhus minst en gång per år.

## Utskriven levande respektive död

Vid sidan av antalet vårdtillfällen är det, som framgått ovan, möjligt att redovisa antalet personer som vårdats till följd av avsiktligt självdestruktiv handling under en viss tidsrymd. Bland de sjukhusvårdade överlever den större delen. De som inte överlever skrivs ut från sjukhuset som avlidna och finns således registrerade både i PAR och i DOR.



Figur 3: Förhållandet suicid – avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutna vård mellan Patientregistret och Dödsorsaksregistret.

Under 2003 skrevs 81 personer ut som avlidna, efter att ha vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling. Det motsvarar 1 procent av samtliga personer, som vårdats inom den slutna vården till följd av en avsiktligt självdestruktiv handling. Det betyder också att 6 procent av samtliga döda i suicid, detta år hade avlidit inskrivna på sjukhus (Figur 3). Man måste alltså ta hänsyn till dem som avlidit på sjukhus, för att undvika dubbelräkning av antalet suicid när båda registren används. Detta görs säkrast genom att matcha aktuella uppgifter i DOR och PAR med hjälp av personnummer. Det går också att använda variabeln utskrivningssätt i PAR eftersom denna håller hög kvalitet.

Med avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutna vård avses i denna rapport, om inget annat anges, endast de fall där patienten skrivits ut levande efter att ha vårdats till följd av en sådan handling.

# Problemets storlek

---

## Kön och ålder

Detta avsnitt redovisar förhållandena för både suicid 2003 och avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård 2003 och 2004, med avseende på kön och ålder.

Dödsorsaksregistret visar att 1 376 personer som var 15 år eller äldre (29 procent var kvinnor) suiciderade 2003. Motsvarande uppgifter från patientregistret visar att 8 106 personer vårdades till följd av avsiktligt självdestruktiv handling 2004, varav 62 procent var kvinnor (Tabell 9).

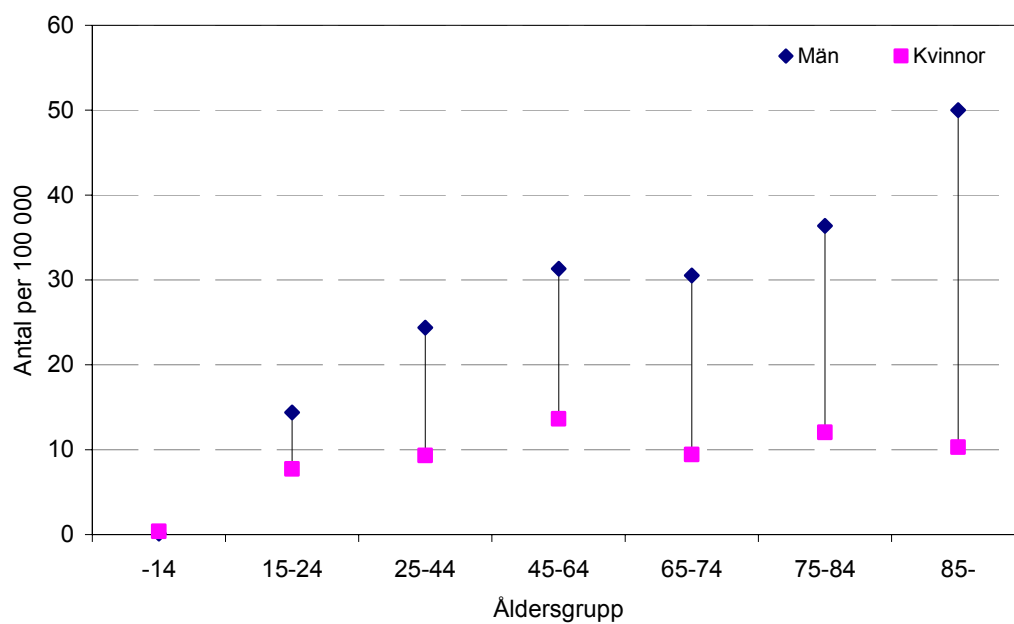
Männen dominerar således i dödsorsaksstatistiken medan kvinnorna, om än inte lika markant, dominerar i patientstatistiken. Mer än dubbelt så många män begick självmord 2003 och närmare en halv gång fler kvinnor vårdades inskrivna på sjukhus för avsiktligt självdestruktiv handling 2004. Detta innebär bl.a. att förhållandet mellan antalet personer som avlidit i suicid 2003 och antalet personer som har vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling 2003 är ungefär 1:3 bland män och 1:12 bland kvinnor. (Tabell 9)

*Tabell 9: Antal suicid 2003 och antal vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling 2003 resp. 2004, samt antal per 100 000 invånare, efter kön, 15 år eller äldre.*

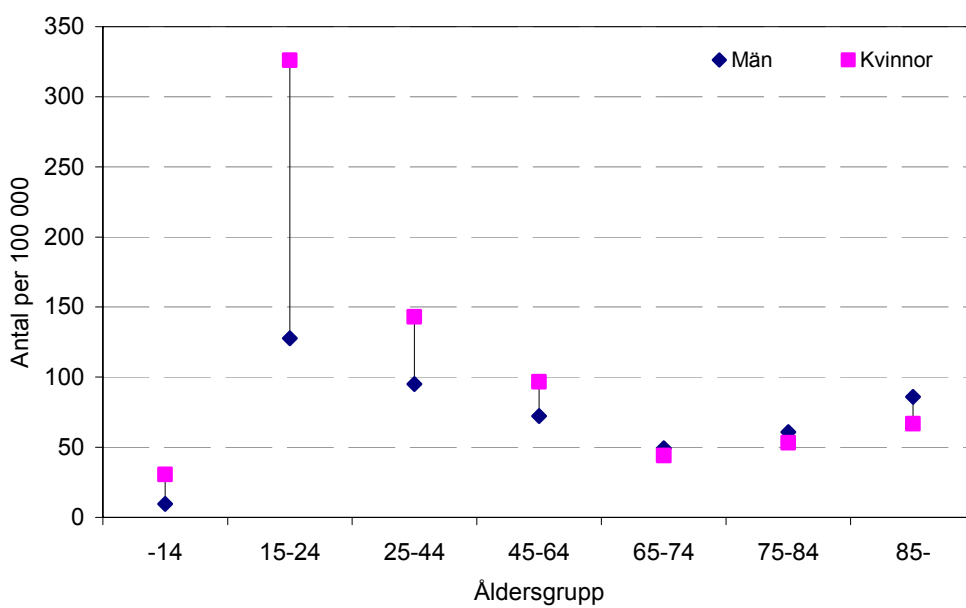
	Antal			Antal/100 000		
	Män	Kvinnor	Båda	Män	Kvinnor	Båda
Döda	975	401	1376	27	11	19
Vårdade 2003	2796	4719	7515	77	130	102
Vårdade 2004	3113	4993	8106	86	136	111

I flera av de västerländska länderna har suicid generellt visat sig öka med ålder (11). Av figur 4 framgår att detta även tycks gälla i Sverige 2003, särskilt bland männen. Suicidtalet, dvs. antalet suicid per 100 000 invånare, ökar med stigande ålder, bland kvinnor upphör dock ökningen vid 45–64 år. Vidare framgår att skillnaden mellan könen ökar med stigande ålder. Det är också viktigt att veta att det är mycket få dödsfall (1 pojke och 3 flickor) som ligger till grund för beräkningen av suicidtalet i åldersgruppen 0–14 år.

Andelen personer som behandlats inom slutenvård för en avsiktligt självdestruktiv handling, är som störst i åldersgruppen 15–24, för både män och kvinnor (Figur 5). Efter ungdomsåren 15–24 minskar såväl andelen som skillnaden mellan könen. I de äldsta åldersgrupperna ökar dock andelen igen. Vidare konstateras att avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till vård på sjukhus är vanligare bland äldre män än bland äldre kvinnor (65 år eller äldre).



Figur 4: Suicid, antal per 100 000 invånare 2003, efter kön och ålder.



Figur 5: Personer vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, antal per 100 000 invånare 2004, efter kön och ålder.

# Problemets storlek över tid

---

## Kön och ålder

Suicidutvecklingen studeras mellan 1970–2003 medan utvecklingen för avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård studeras mellan 1987–2004.

Det årliga antalet döda i suicid minskade för både män och kvinnor under den observerade perioden (Tabell 10). 1970 begick 2 046 personer 15 år eller äldre självmord mot 1 376 år 2003. Detta innebär en procentuell nedgång på 33 procent.

Mellan 1987 och 2004 minskade även det årliga antalet vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling (Tabell 11). 1987 vårdades 8 450 personer 15 år eller äldre till följd av avsiktligt självdestruktiv handling mot 8 106 år 2004. Detta innebär en nedgång på ca 4 procent. Minskningen gäller enbart männen. Bland kvinnorna kan man i stället konstatera en uppgång.

Tabell 10: Antal suicid, 1970–2003, män och kvinnor 15 år eller äldre.

År	Suicid		
	Män	Kvinnor	Totalt
1970	1435	611	2046
1971	1525	649	2174
1972	1559	590	2149
1973	1567	642	2209
1974	1512	608	2120
1975	1497	636	2133
1976	1451	655	2106
1977	1580	630	2210
1978	1500	670	2170
1979	1624	749	2373
1980	1587	650	2237
1981	1422	628	2050
1982	1517	601	2118
1983	1483	600	2083
1984	1549	653	2202
1985	1402	664	2066
1986	1472	576	2048
1987	1423	630	2053
1988	1456	636	2092
1989	1454	605	2059
1990	1361	619	1980
1991	1379	630	2009
1992	1278	566	1844
1993	1272	568	1840
1994	1197	513	1710
1995	1271	535	1806
1996	1149	510	1659
1997	1088	432	1520
1998	1085	449	1534
1999	1045	467	1512
2000	953	427	1380
2001	1079	467	1546
2002	1077	408	1485
2003	975	401	1376

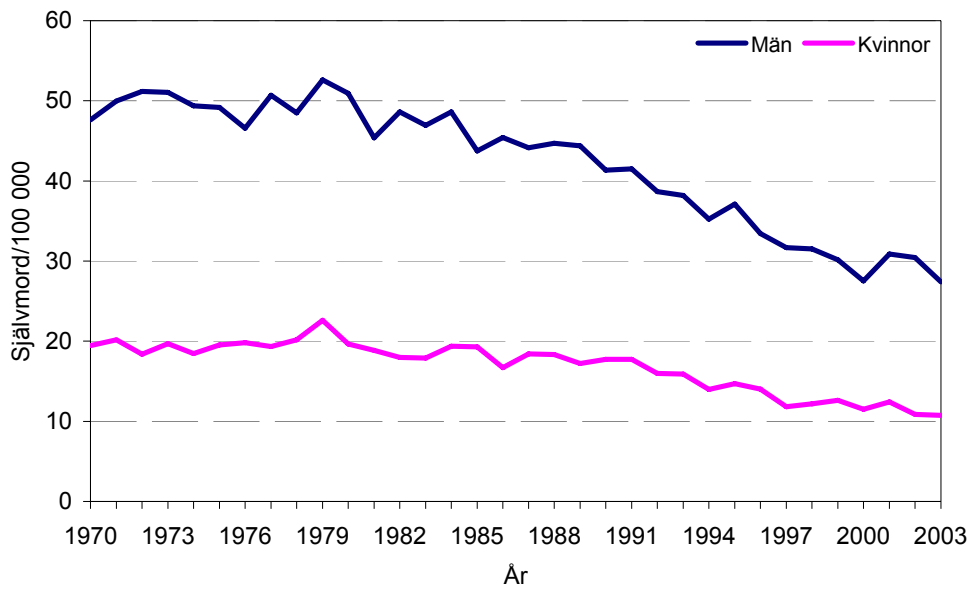


Tabell 11. Antal vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling 1987–2004, män och kvinnor 15 år eller äldre.

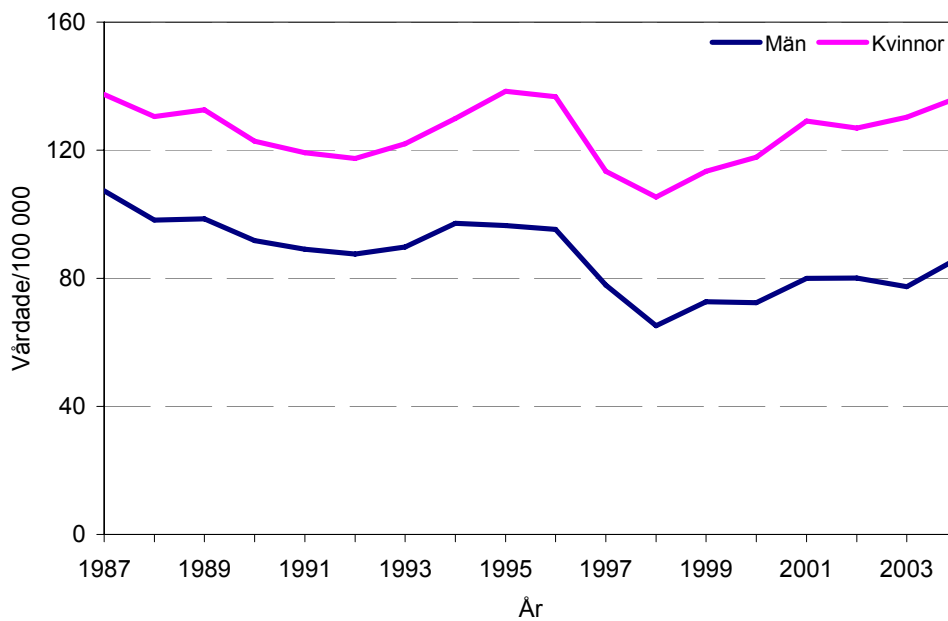
År	Vårdade		Totalt
	Män	Kvinnor	
1987	3670	4780	8450
1988	3376	4583	7959
1989	3432	4692	8124
1990	3195	4393	7588
1991	3105	4276	7381
1992	3069	4217	7286
1993	3153	4382	7535
1994	3435	4669	8104
1995	3419	4987	8406
1996	3381	4909	8290
1997	2763	4093	6856
1998	2319	3770	6089
1999	2591	4060	6651
2000	2582	4217	6799
2001	2858	4632	7490
2002	2877	4565	7442
2003	2796	4719	7515
2004	3113	4993	8106

Figur 6 och 7 redovisar utvecklingen av suicid och avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvården med hänsyn till förändringar i befolkningens ålderssammansättning. Av figur 6 framgår att suicidtalet för både män och kvinnor stadigt sjunkit sedan 1979. Procentuellt har suicidtalet under perioden 1970–2003 sjunkit ungefär lika mycket för de båda könen (män 43 procent, kvinnor 45 procent). Vidare framgår att suicidtalet för både män och kvinnor år 2003 var de lägsta på trettiofyra år. Även om det år 2003 fortfarande var en stor skillnad mellan könen, kan man skönja en tendens till utjämning under perioden.

Figur 7 som redovisar andelen personer som behandlats inom slutenvården för en avsiktligt självdestruktiv handling uppvisar påtagligt likformiga kurvor för könen. Utvecklingen är likartad för båda könen. De relativt låga talen under åren 1997–1999 beror delvis på 1997 års klassifikationsbyte. Bortfallet för yttre orsaker till skador och förgiftning, som dock i huvudsak kan hänföras till ett fåtal landsting, ökade kraftigt 1997. Dessutom skedde inte övergången samtidigt i samtliga län. Region Skåne gick inte över till ICD10 förrän 1998, vilket ytterligare komplicerar trendanalysen.



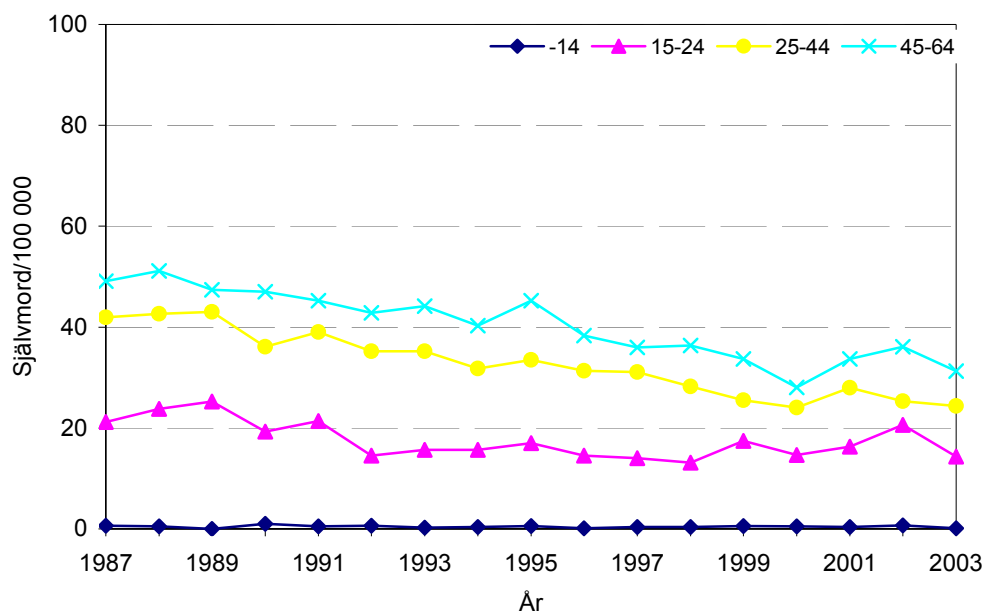
Figur 6: Antal suicid per 100 000 invånare, 15 år eller äldre, åldersstandardiserade tal 1970–2003.



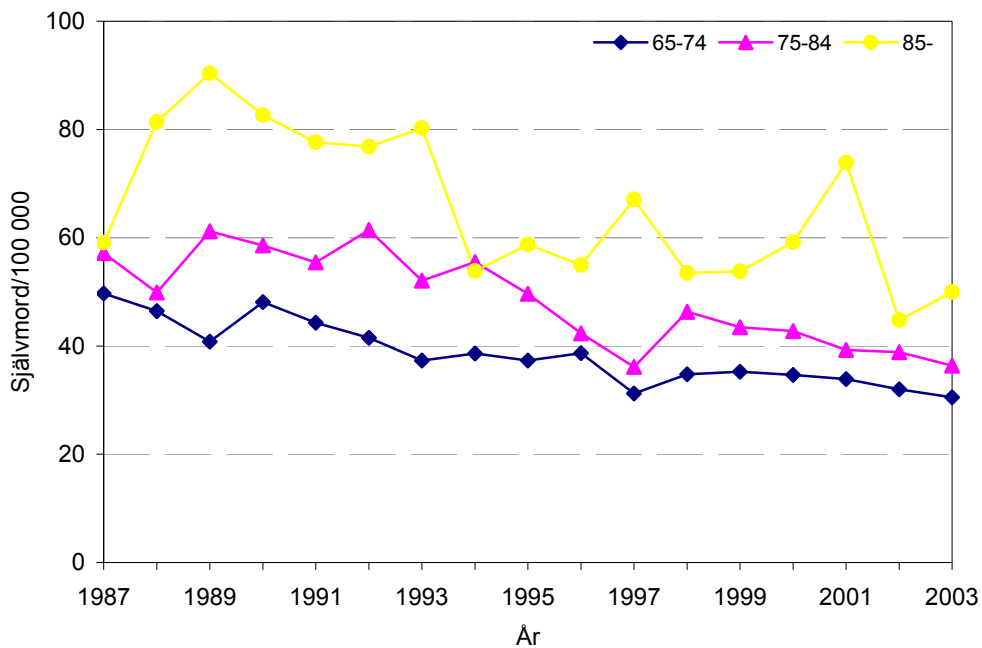
Figur 7: Antal vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling per 100 000 invånare, 15 år eller äldre, åldersstandardiserade tal 1987–2004.

Figureerna 8, 9, 10 och 11 redovisar suicidtalet i olika åldersgrupper mellan 1987–2003. Generellt stiger suicidtalet med ökande ålder. För båda könen gäller att den yngsta gruppen, 0–14 år, har ett markant lägre suicidtal än övriga. Samtliga åldersgrupper bland kvinnor ligger i nivå med eller lägre än den grupp som har lägst nivå bland männen (gruppen 0–14 borträknat).

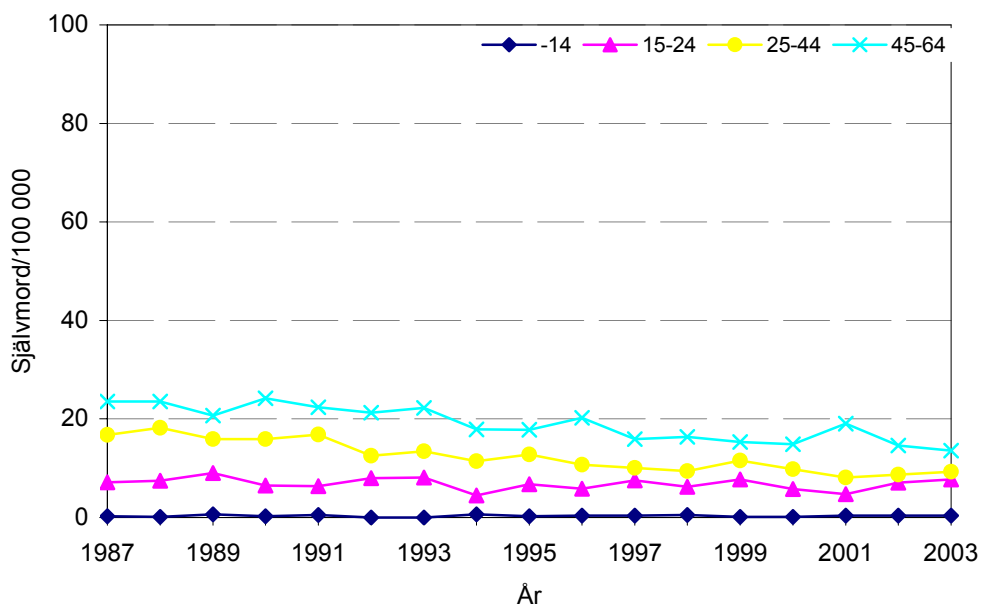
Alla åldersgrupper, utom män och kvinnor 15–24 år, uppvisar under perioden 1987–2003 mer eller mindre tydliga nedåtgående trender (gruppen 0–14 borträknat). Bland kvinnorna är minskningen störst i åldrarna över 64 år och allra störst i åldersgruppen 85 eller äldre. Bland männen är nedgången störst i åldersgruppen 25–44. Suicidtalet för män 15–24 år minskade fram till början av 1990-talet, därefter har det legat ganska stabilt, en svag uppgång kan dock skönjas under de senaste åren. År 2003 minskade återigen suicidtalet, det återstår att se om detta är ett trendbrott eller om det endast är en tillfällig nedgång. Bland unga kvinnor i åldersgruppen 15–24 har suicidtalet varit relativt stabilt under hela den observerade perioden.



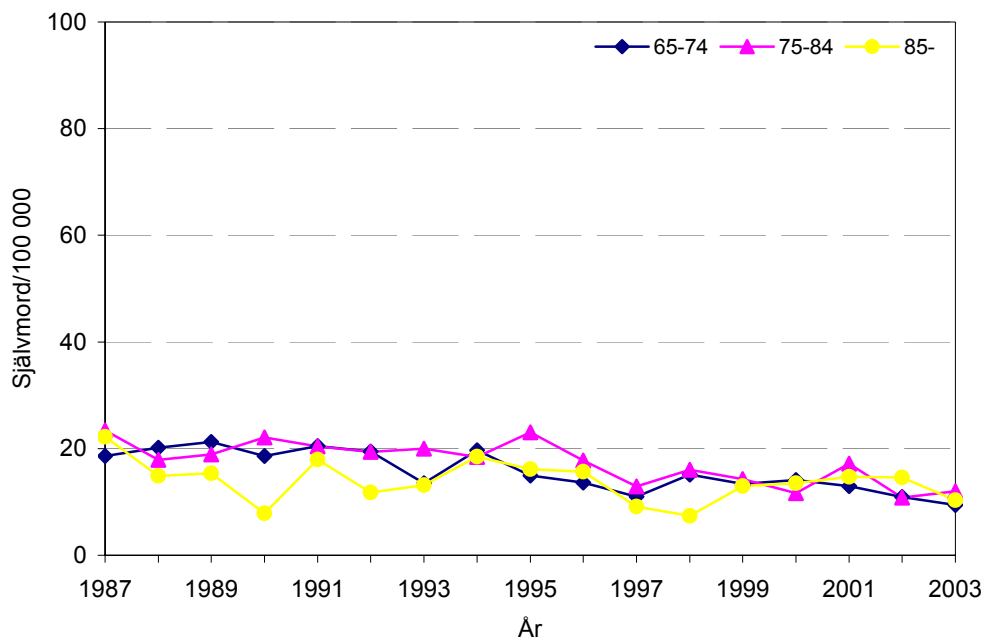
Figur 8: Antal suicid per 100 000 män, 0–64 år, 1987–2003.



Figur 9: Antal suicid per 100 000 män, 65>, 1987–2003.



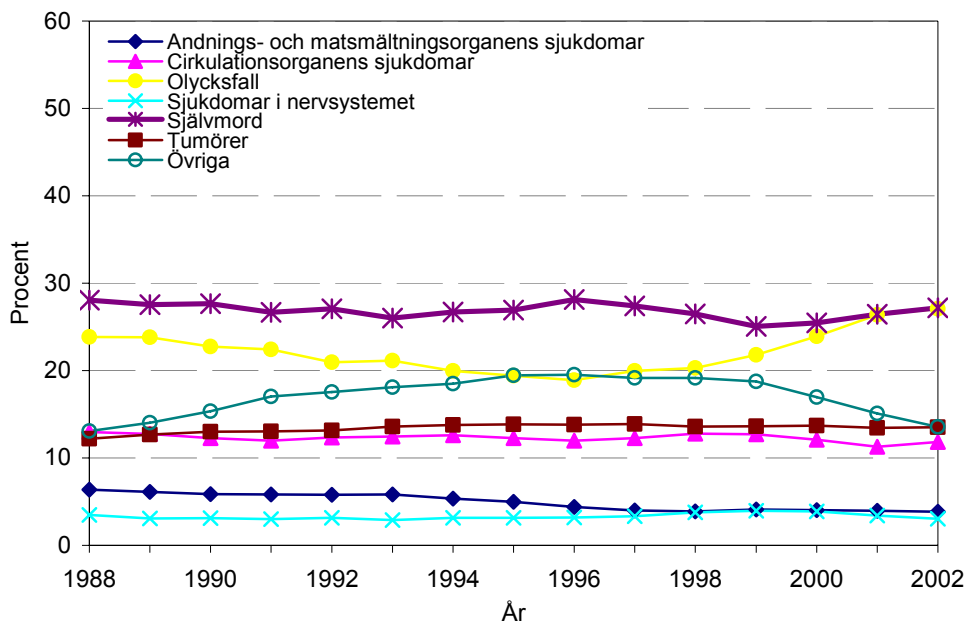
Figur 10: Antal suicid per 100 000 kvinnor, 0–64 år, 1987–2003.



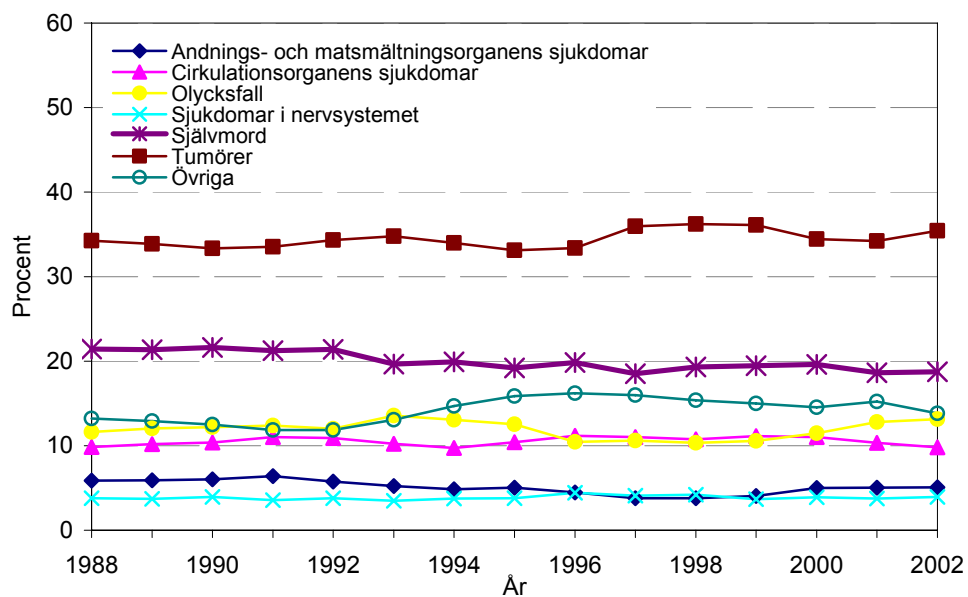
Figur 11: Antal suicid per 100 000 kvinnor, 65>, 1987–2003.

Av figur 12 framgår att suicid är och har varit den vanligaste dödsorsaken för män i åldrarna 15–44 år, under de senaste 15 åren. Olycksfallen har dock ökat under senare år och ligger nu på samma nivå som självmorden. Det är framförallt transportolyckor samt oavsiktlig förgiftning som står för ökningen. I övrigt har inga stora förändringar skett.

För kvinnor i samma åldrar är suicid den näst vanligaste dödsorsaken efter tumörer och har även varit det under de senaste femton åren. Vidare kan man konstatera att relationen till övriga dödsorsaker inte har förändrats dramatiskt under den observerade perioden (Figur 13).



Figur 12: Dödsorsaker 1988–2002, tre års glidande medelvärde, män 15–44 år, andel i procent.

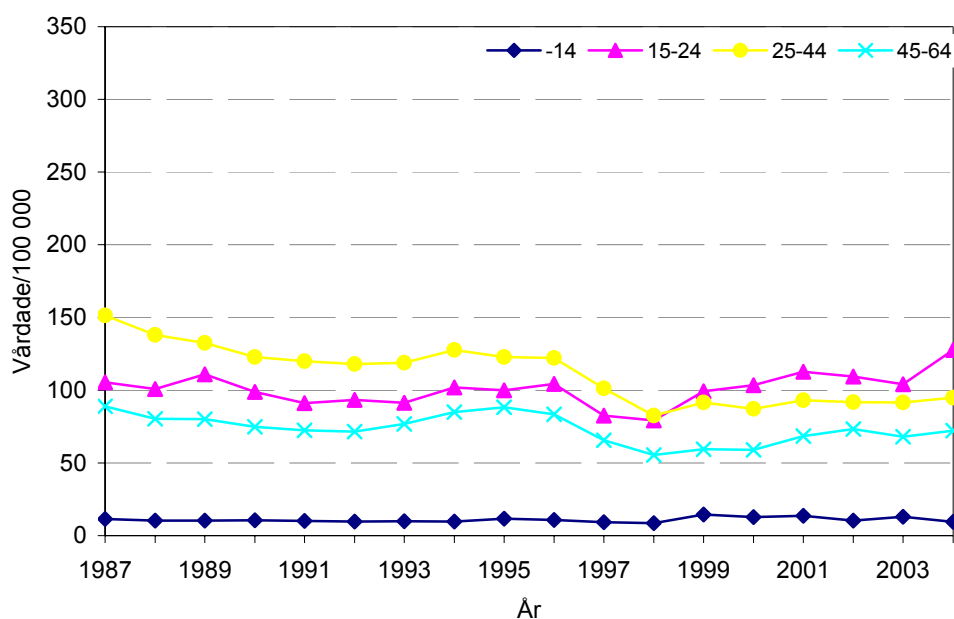


Figur 13: Dödsorsaker 1988–2002, tre års glidande medelvärde, kvinnor 15–44 år, andel i procent.

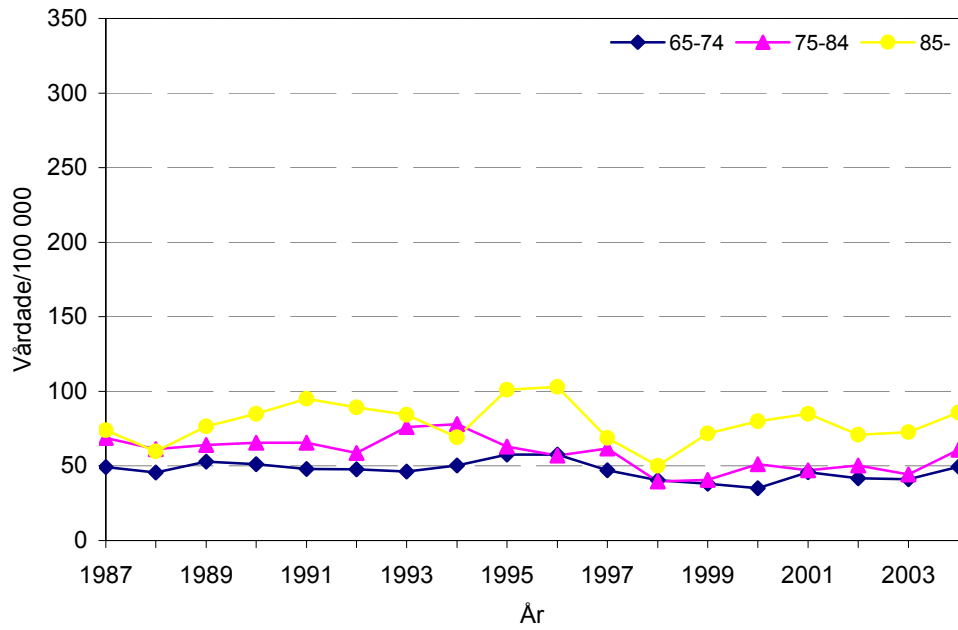
Utvecklingen av avsiktliga självdestruktiva handlingar som krävt sjukhusvistelse redovisas också för alla åldrar, dvs. även för dem under 15 år (Figurerna 14, 15, 16 och 17).

Andelen män som behandlats inom sluten vård för avsiktlig självdestruktiv handling är som lägst i den yngsta och i de äldre åldersgrupperna (utom åldersgruppen 85 eller äldre som har stora årliga fluktuationer). Den yngsta gruppen har klart lägst andel vårdade, med mycket små årliga fluktuationer. Fram till 1998 hade gruppen 25–44 år den högsta andelen vårdade. Därefter har åldersgruppen 15–24 innehaft tätplatsen. Ökningen sedan 1998 har varit störst i gruppen 15–24 år som 2004 uppvisar de högsta siffrorna på 15 år.

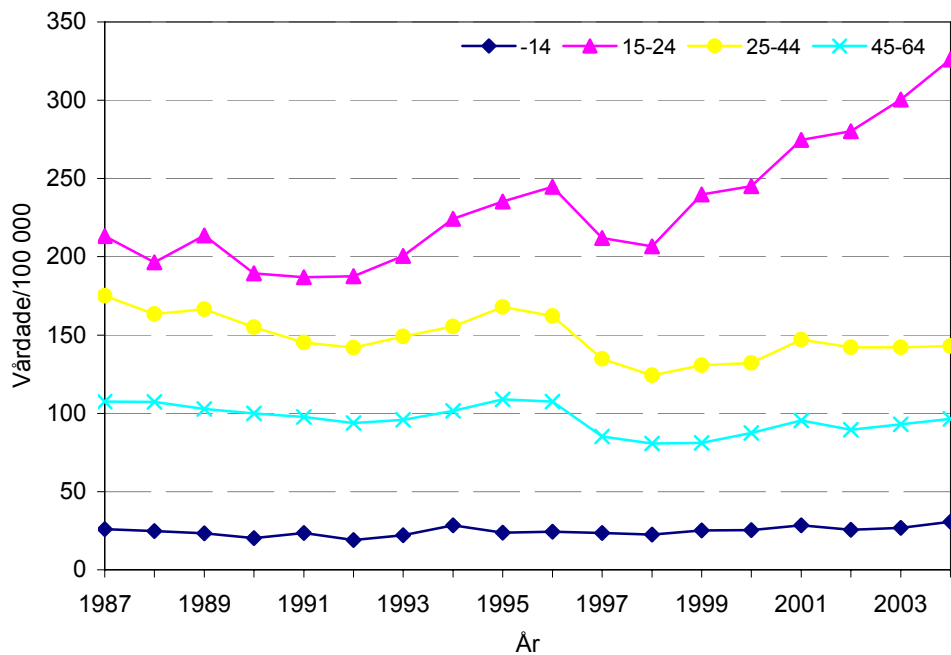
Kvinnor i åldersgruppen 15–24 år visar en stigande andel sedan början av 1990-talet. År 1991 vårdades ungefär 187 unga kvinnor per 100 000 invånare till följd av en avsiktlig självdestruktiv handling. Andelen har sedan dess successivt ökat till ungefär 326 unga kvinnor per 100 000 invånare år 2004. Med andra ord har andelen unga kvinnor i åldersgruppen 15–24 år som vårdats till följd av en avsiktlig självdestruktiv handling kraftigt ökat med ungefär 74 procent sedan början av 1990-talet. Vidare framgår att andelen vårdade i denna åldersgrupp är högst bland samtliga åldersgrupper, oavsett kön. Kvinnorna i övriga åldersgrupper visade förhållandevis små förändringar under perioden 1987–2004.



Figur 14: Män vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, antal per 100 000 invånare, 0–64 år, 1987–2004.

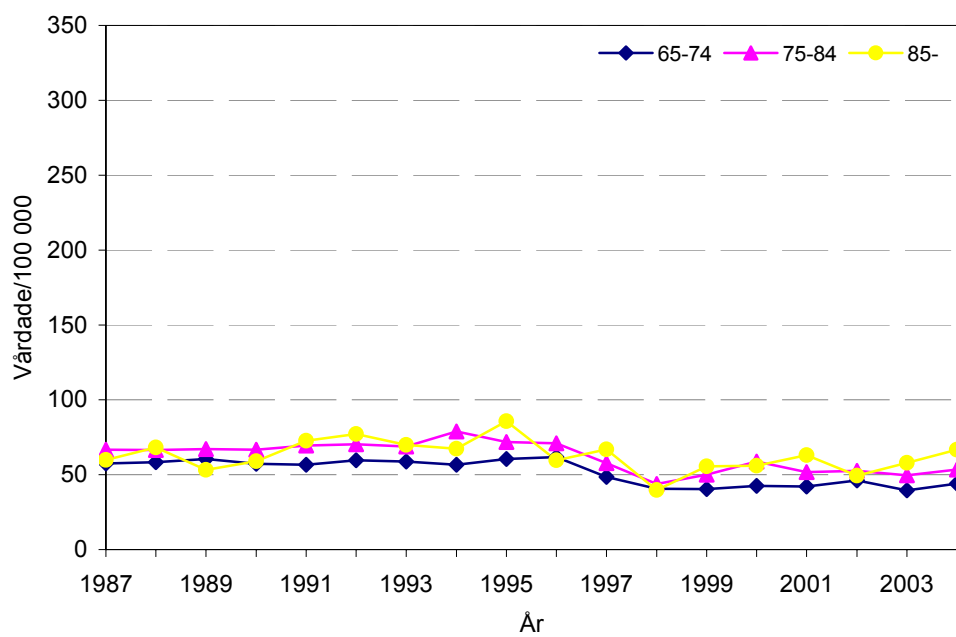


Figur 15: Män vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, antal per 100 000 invånare, 65+, 1987–2004.



Figur 16: Kvinnor vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, antal per 100 000 invånare, 0–64 år, 1987–2004.





Figur 17: Kvinnor vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, antal per 100 000 invånare, 65>, 1987–2004.

# Metod för avsiktliga självdestruktiva handlingar

---

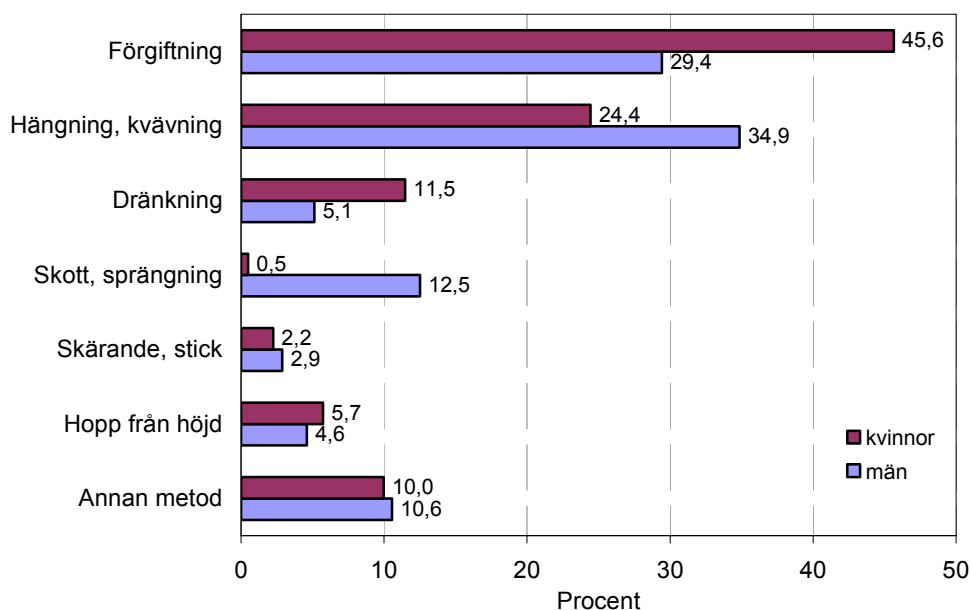
## Tillvägagångssätt

### Kön och ålder

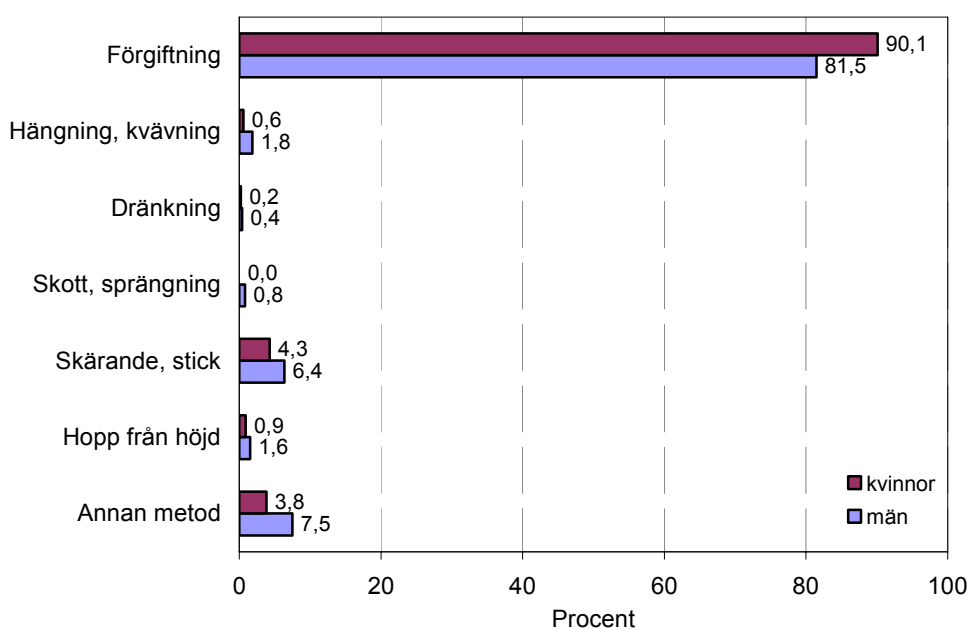
Detta avsnitt redovisar både de metoder som använts av dem som suiciderade 2003 och de metoder som använts av dem som begick avsiktliga självdestruktiva handlingar som ledde till behandling inom slutenvården 2004, fördelade efter kön och ålder.

Det framgår av figur 18 att förgiftning samt hängning och kvävning är de vanligaste metoderna vid suicid. Vidare kan man konstatera att medan den dominerande metoden för kvinnor är förgiftning (46 procent) dominerar hängning och kvävning bland män (35 procent). Övriga metoder med stora könsskillnader är dränkning, där kvinnors andel är cirka dubbelt så stor som männens, samt skott och sprängning som nästan enbart används av män. Med tanke på att hängning och kvävning är den näst vanligaste metoden vid suicid för kvinnor (24 procent) samtidigt som förgiftning är den näst vanligaste för män (29 procent) ger våra resultat endast delvis stöd åt antagandet att män väljer metoder som är mer dödliga och för vilka det finns sämre odds att återhämta sig ifrån, som exempelvis, hängning och skott från skjutvapen (10).

En del i förklaringen till den relativt stora könsskillnaden som finns vid valet av suicidmetoden skott och sprängning kan vara att det finns betydligt fler licensierade jägare bland män med bättre tillgång till skjutvapen (12).



Figur 18: Suicid efter tillvägagångssätt, 2003, andel i procent, 15 år eller äldre.

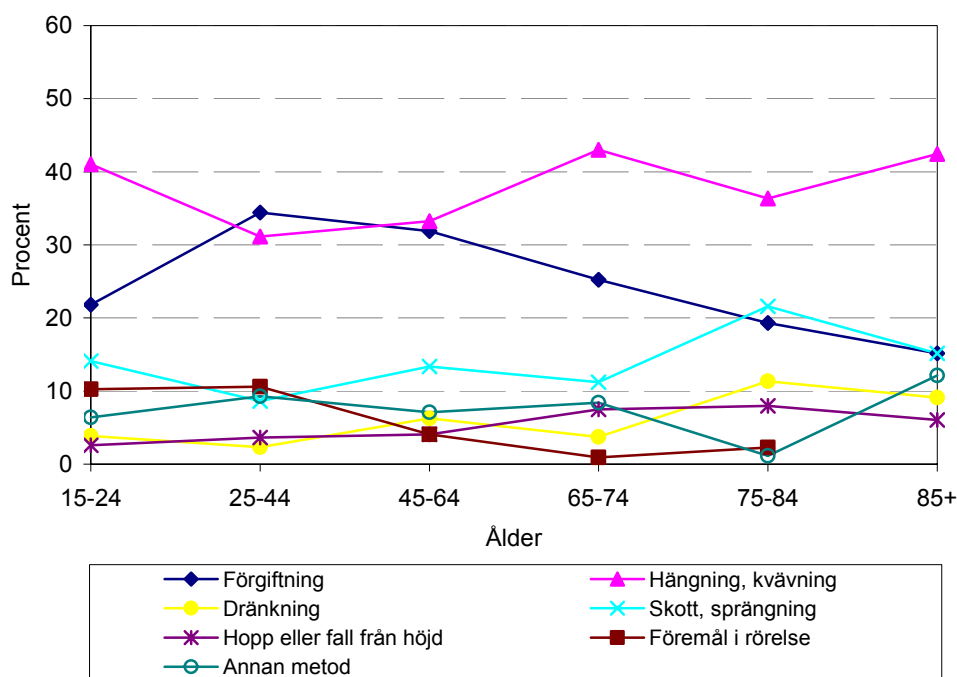


Figur 19: Vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling efter tillvägagångssätt, 2004, andel i procent, 15 år eller äldre.

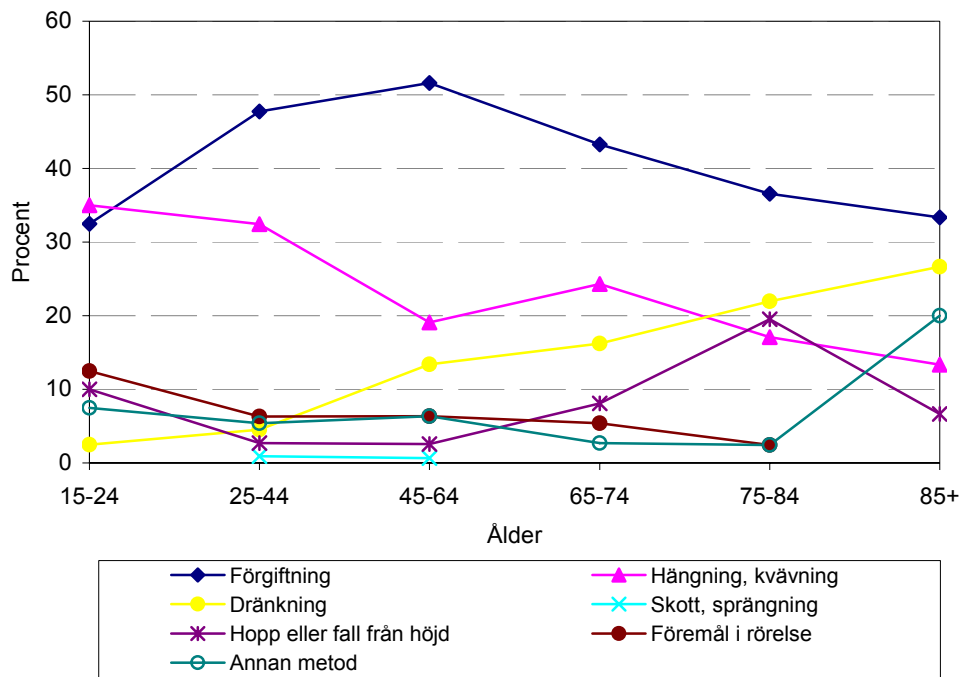
Figur 19 visar att förgiftning är den helt dominerande metoden bland personer som vårdats till följd av en avsiktlig självdestruktiv handling, nio av tio kvinnor och åtta av tio män. Utöver förgiftning är det enbart andelen avsiktliga självdestruktiva handlingar med skärande och stickande föremål som lett till vård på sjukhus som är större än motsvarande andel för suicid 2003

(jfr figur 18). Det framgår vidare att förgiftning är den enda metod som är vanligare bland kvinnor än bland män.

Metodvalet påverkas inte bara av kön utan skiljer sig också mellan olika åldersgrupper. Figur 20 och 21 visar fördelningen av suicidmetoder i olika åldersgrupper. Bland män är hängning och kvävning dominerande i alla åldersgrupper. Undantaget är åldersgruppen 25–44 där förgiftning förekommer i högre utsträckning. Förgiftning är den totalt sett näst vanligaste metoden bland män men sjunker i betydelse med stigande ålder. I åldersgruppen 75–84 förekommer skott och sprängning i högre utsträckning än förgiftning och i den äldsta åldersgruppen förekommer båda metoderna i samma utsträckning. Bland kvinnor är förgiftning dominerande i alla åldersgrupper. Undantaget är den yngsta åldersgruppen där hängning och kvävning förekommer i högre utsträckning. Det vill säga att bland yngre kvinnor dominerar en så kallad våldsamt suicidmetod. Hängning och kvävning som suicidmetod sjunker dock med stigande ålder. Från 75 års ålder är dränkning den näst vanligaste suicidmetoden.

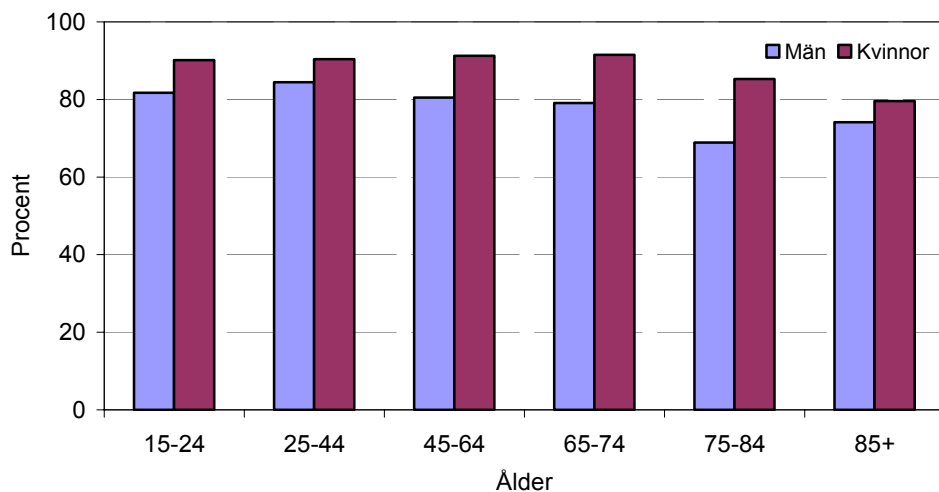


Figur 20: Suicid efter tillvägagångssätt och ålder, 2003, män, andel i procent.



Figur 21: Suicid efter tillvägagångssätt och ålder, 2003, kvinnor, andel i procent.

Som visades i figur 19 är förgiftning den helt dominerande metoden vid avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvård. Figur 22 visar att detta gäller för samtliga åldersgrupper. Fram till 75 års ålder är både andelen som vårdats till följd av förgiftning och skillnaden mellan könen i de olika åldersgrupperna väldigt lika varandra. Andelen är lägst i de två äldsta åldersgrupperna, här återfinns även den största och den minsta skillnaden mellan könen (75–84 respektive 85+).



Figur 22: Vårdade till följd av förgiftning 2004, andel i procent.

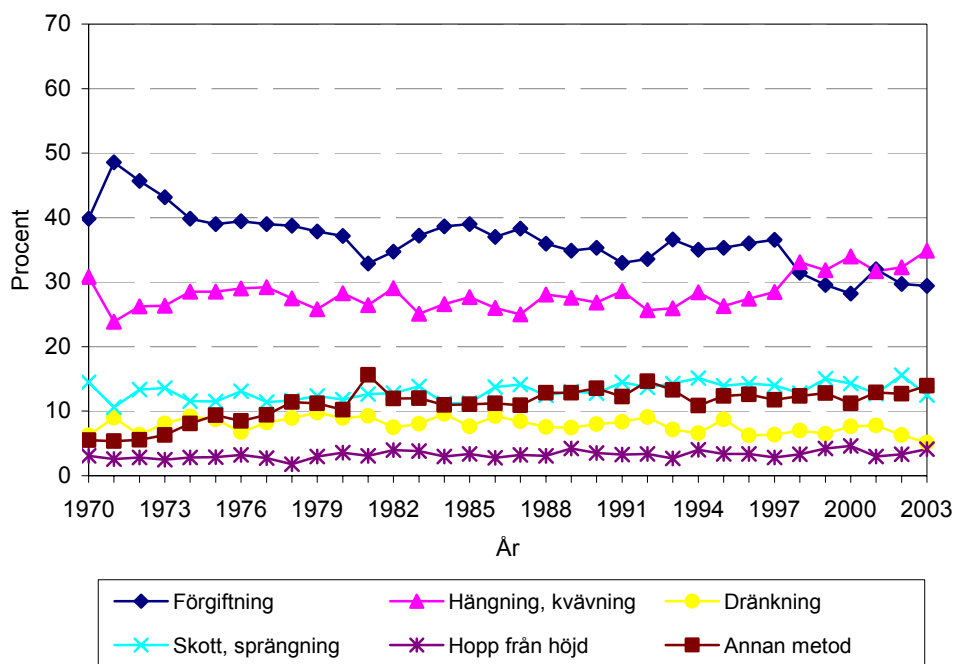
## Tillvägagångssätt över tid

### Suicid och förändring i tillvägagångssätt 1970–2003

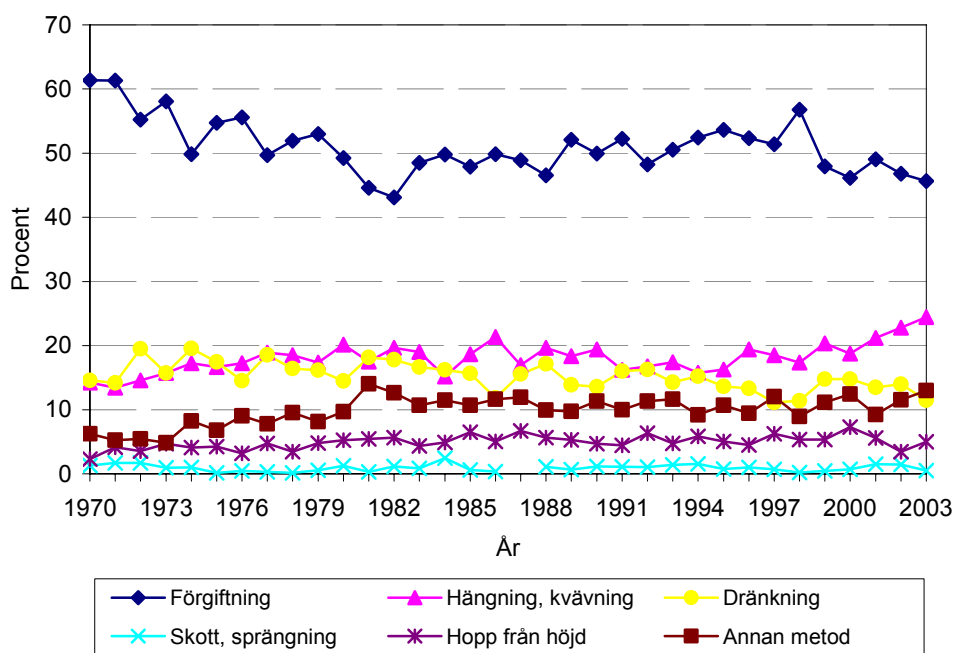
Av figur 23 framgår att förgiftning varit den dominerande suicidmetoden för män under perioden 1970–1997. Men från och med 1998 är hängning och kvävning den vanligaste metoden. Det återstår att se om förändringen blir bestående. I övrigt kan man notera en svag ökning av andelen skott och sprängningar från och med början av 80-talet. Däremot har suicid som en följd av hopp från höjd samt dränkning hållit sig på en konstant nivå under hela mätperioden.

Även för kvinnor har andelen förgiftningar sjunkit i förhållande till andra metoder under perioden 1970–2003 (Figur 24). Förgiftningsandelen nådde en topp 1998 men har sedan dess återigen visat en minskande tendens. Andelen förgiftningar 2003 (46 procent) är bland de lägsta under den observerade perioden. De enda år som uppvisar lägre andelar är 1981 och 1982 (45 respektive 43 procent). Andelen hängningar och kvävningar har vidare visat en stigande tendens under hela perioden. Sedan slutet av 1970-talet är det den näst vanligaste suicidmetoden bland kvinnor. Däremot har andelen dränkningar visat en svagt sjunkande tendens. Andelen hopp från höjd samt skott och sprängningar har hållit sig på en relativ konstant nivå.

Sammanfattningsvis är fördelningen av suicidmetoder inte slumpmässig. En del metoder används oftare än andra och fördelningen ändrar sig över tid. Tillgängligheten till olika suicidmedel antas vara av betydelse för valet av suicidmetod samt för suiciddödligheten i stort (13, 14). Med ökad tillgång till exempelvis skjutvapen eller giftiga mediciner finns en risk för att ett ökat antal suicid begås med dessa metoder. Preventiva åtgärder i form av exempelvis vapenkontroll eller mindre förpackningsstorlekar för vissa läkemedel torde därför vara av vikt (12).



Figur 23: Suicid efter tillvägagångssätt, 1970–2003, män 15 år eller äldre, andel i procent.



Figur 24: Suicid efter tillvägagångssätt, 1970–2003, kvinnor 15 år eller äldre, andel i procent.

## **Avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvård och förgiftningar 1998–2004**

Som framgått ovan är förgiftning den helt dominerande metoden vid avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvård. Det här avsnittet redovisar hur användningen av olika förgiftningsmedel utvecklats mellan 1998–2004.

<u>Utdrag ur <i>Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997</i></u>	
Kod	Benämning
T36–T50	Förgiftning av droger, läkemedel och biologiska substanser.
T39	Förgiftning med smärtstillande läkemedel av icke opiatkaraktär, febernedsättande läkemedel samt antiinflammatoriska och antireumatiska läkemedel.
T40	Förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel.
T42	Förgiftning med antiepileptika och medel vid parkinsonism samt lugnande medel och sömnmedel.
T43	Förgiftning med psykotropa läkemedel som ej klassificeras annorstädes.
T51–T65	Toxisk effekt av substanser med i huvudsak icke-medicinsk användning
T51	Toxisk effekt av alkohol.

Av figur 25 och 26 framgår att preparaten antiepileptika (medel mot epilepsi), medel mot parkinsonism samt gruppen lugnande eller sömngivande medel (T42)<sup>4</sup> är de oftast förekommande preparaten vid förgiftningar för både män och kvinnor under perioden 1998–2004. Användningen av dessa preparat har sedan 1998 ökat både bland män och bland kvinnor. Ökningen för kvinnorna är procentuellt större än den för män (53 respektive 48 procent). Psykotropa läkemedel (t.ex. lugnande och antidepressiva medel) klassificerade som T43 i ICD10 under rubriken Förgiftning av droger, läkemedel och biologiska substanser, var 2004 de näst vanligast förekommande preparaten vid förgiftningar både när det gäller män och kvinnor. Användningen av

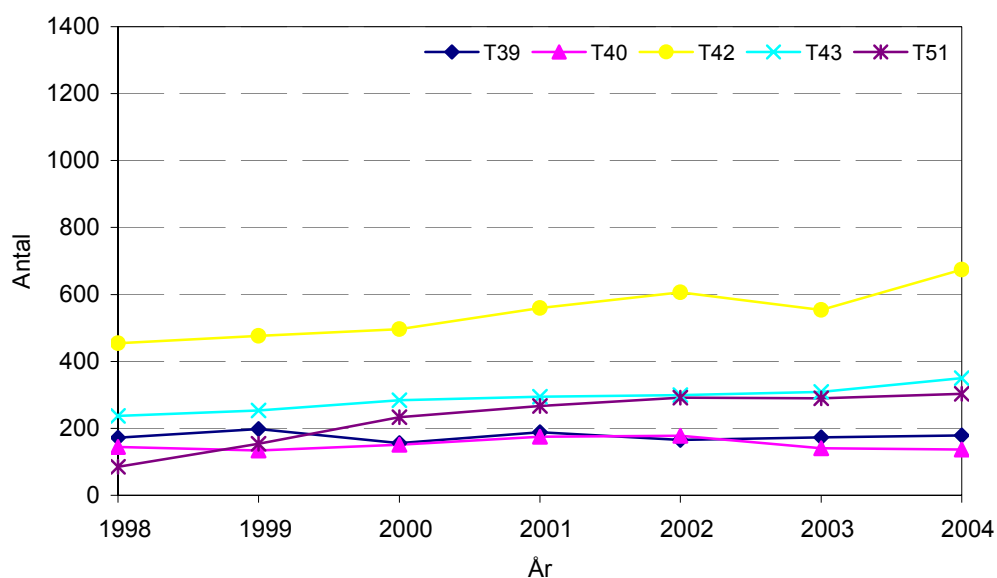
<sup>4</sup> För en exakt redogörelse av vad som ingår i respektive diagnoskod hänvisas till klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (ICD)



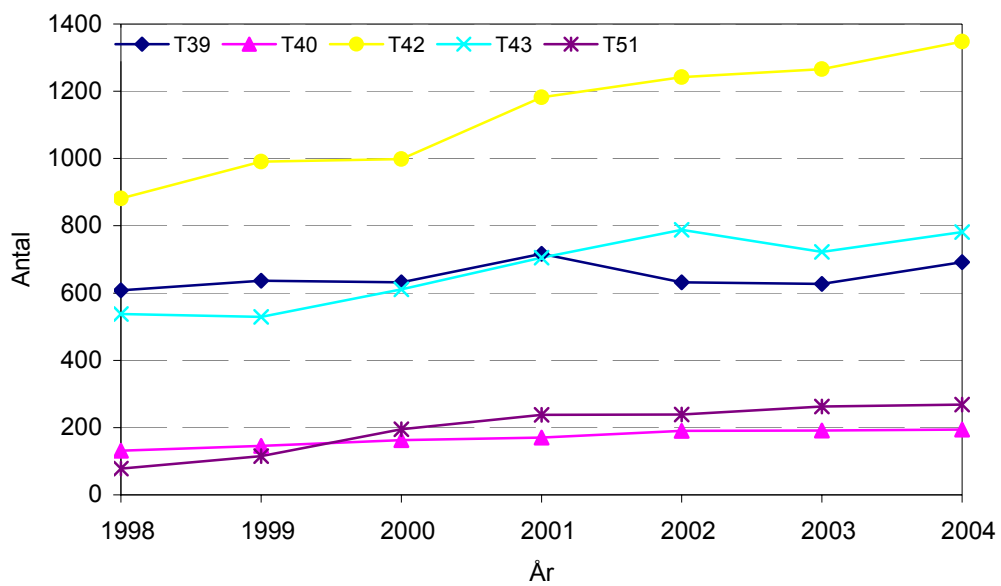
dessa preparat har under sjuårsperioden 1998–2004 ökat för både män och kvinnor. Ökningen är procentuellt större för kvinnor än för män.

Noterbart är att toxisk effekt av substanser med i huvudsak icke medicinsk användning, i det här fallet av alkohol, har ökat för både män och kvinnor under den senaste sjuårsperioden. För män har alkohol gått, från att vara det minst använda förgiftningsmedlet, till att vara nästan lika utbrett som användningen av psykotropa läkemedel (T43).

Sammanfattningsvis kan konstateras att förebyggande åtgärder i form av ändringar i den fysiska miljön även torde kunna påverka vilken metod som används vid avsiktliga självdestruktiva handlingar som leder till behandling inom slutenvård. Läkemedelsförgiftningar är klart dominerande bland de olika förgiftningsformerna och i dessa fall är frågan om tillgången till de olika medlen av högsta vikt.



Figur 25: Antal vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling, förgiftningar, män 15 år eller äldre, 1998–2004.



Figur 26: Antal vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling, förgiftningar, kvinnor 15 år eller äldre, 1998–2004.

# Geografisk fördelning

I såväl dödsorsaksregistret som patientregistret ges möjlighet att fördela antalet suicid respektive antalet personer som vårdats i slutenvård till följd av en avsiktligt självdestruktiv handling, geografiskt efter den dödes eller vårdades hemort. Inledningsvis har data fördelats traditionellt efter hemortslän. Därefter fördelas data efter kommuntyp där kommunerna grupperats efter befolkningsstorlek, pendlingsmönster och näringslivsstruktur, baserat på Sveriges kommuner och landstings indelning från 2005.

## Hemort – län

Tabell 12: Antal suicid och antal vårdade personer till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, medelvärde för åren 1999–2003, antal per 100 000 invånare, 15 år eller äldre, åldersstandardiserade tal.

	Döda		Vårdade	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Blekinge	10,3	32,8	99,3	63,6
Dalarna	10,2	35,2	134,0	81,9
Gotland	16,6	38,4	154,2	92,0
Gävleborg	9,5	34,2	129,2	71,2
Halland	12,6	28,8	110,5	86,8
Jämtland	8,8	34,5	129,4	77,2
Jönköping	10,7	28,3	103,6	71,2
Kalmar	7,8	30,8	101,3	65,1
Kronoberg	11,5	35,1	125,3	80,4
Norrbottnen	9,3	29,8	112,7	70,2
Skåne	12,4	33,8	119,9	78,0
Stockholm	14,0	28,6	128,0	72,4
Södermanland	9,9	22,0	166,9	100,0
Uppsala	13,3	29,7	111,9	58,6
Värmland	12,8	33,1	125,9	80,4
Västerbotten	7,9	23,2	129,5	75,8
Västernorrland	10,1	29,1	123,0	87,3
Västmanland	12,5	27,4	142,5	75,1
Västra Götaland	10,4	25,0	136,7	89,3
Örebro	11,1	26,5	105,0	65,7
Östergötland	14,1	29,8	102,9	61,8
Riket	11,6	29,3	124,4	76,8

Tabell 12 redovisar suicid samt avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvården efter den dödes eller vårdades hemortslän. Åldersstandardiserade tal visas. Gotland har de högsta suicidtalerna för både kvinnor och män. Följt av Östergötland, Stockholm och Uppsala för kvinnor respektive Dalarna, Kronoberg och Jämtland för män. Stockholm ligger på en femtondeplats bland män med ett lägre suicidtal än riksgenomsnittet. Det finns alltså både geografiska likheter och olikheter i mäns och kvinnors suicidmönster. Noterbart är att suicidtalerna för män är höga i de flesta norrlandslänen, medan de för kvinnor är låga i samtliga län. Vad denna typ av geografiska skillnader kan bero på är svårt att bedöma från fall till fall. Allmänt torde gälla att skillnaden i suiciddödligheten reflekterar både regionala kulturer och regionala socioekonomiska strukturer (15) liksom skillnader i terapeutiska traditioner. Gotland uppvisar ett högt suicidtal trots att ett preventions- och behandlingsprogram genomfördes där i mitten på 1980-talet. Detta behöver inte nödvändigtvis betyda att programmet misslyckats. Snarare kan Gotlands förhållandevis lilla befolkning och därmed lilla antal suicid göra att en förändring med några få fall, fler eller färre, ger stora förändringar i suicidtalet (16).

Södermanland har den högsta andelen personer som vårdats för en avsiktligt självdestruktiv handling både för män och för kvinnor (Tabell 12). Gotland, Västmanland och Västra Götaland kommer på andra, tredje respektive fjärde plats för kvinnor. För männen är motsvarande rangordning Gotland, Västra Götaland och Västernorrland. Noterbart är att andelen personer som behandlats inom slutenvården för avsiktligt självdestruktiv handling är högst i ett län (Södermanland) där suicidtalet är jämförelsevis lågt. Viktigt att notera är att Östergötlands län har betydligt högre bortfall än övriga län, vilket gör att siffrorna för Östergötland bör tolkas med försiktighet.

## Hemort – indelning efter kommuntyp

1. Storstäder	Kommun med en folkmängd som överstiger 200 000 invånare.
2. Förortskommuner	Kommun där mer än 50 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun. Det vanligaste utpendlingsmålet ska vara någon av storstäderna.
3. Större städer	Kommun med 50 000 – 200 000 invånare samt tätortsgrad överstigande 70 procent.
4. Pendlingskommun	Kommuner där mer än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun.
5. Glesbygdskommun	Kommun med mindre än 7 invånare per kvadratkilometer och mindre än 20 000 invånare.
6. Varuproducerande	Kommun där mer än 40 procent av nattbefolkningen är mellan 16 och 64 år och anställda inom varutillverkning och industriell verksamhet.
7. Övriga kommuner, över 25 000 inv.	Kommun som inte hör till någon av de tidigare grupper och har mer än 25 000 invånare
8. Övriga kommuner, 12 500–25 000 inv.	Kommun som inte hör till någon av tidigare grupperna och har 12 500–25 000 invånare
9. Övriga kommuner, mindre än 12 500 inv.	Kommun som inte hör till någon av tidigare grupper och har mindre än 12 500 invånare

Detta avsnitt redovisar data efter en kommungruppsindelning som tar hänsyn till strukturella egenskaper såsom befolkningsstorlek, pendlingsmönster och näringslivsstruktur. Ovanstående indelning i 9 kommuntyper baseras på Sveriges kommuner och landstings indelning från 2005.

Vilka enskilda kommuner som ingår i respektive grupp framgår av bilaga 1.

Tabell 13: Antal suicid och antal vårdade personer till följd av avsiktligt självdestruktiv handling, genomsnitt per år 1994–2003, antal per 100 000 invånare, 15 år eller äldre, åldersstandardiserade tal efter kommungrupp.

Kommungrupp	Döda		Vårdade	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Storstäder	35,2	17,2	98,1	150,8
Förortskommuner	24,9	12,0	80,6	131,2
Större städer	30,3	13,0	84,2	132,6
Pendlingskommuner	31,8	11,7	76,0	115,1
Glesbygdskommuner	41,6	7,8	72,0	111,4
Varuproducerande kommuner	31,5	9,9	72,6	105,6
Övriga kommuner, mer än 25 000 inv.	31,8	10,5	85,4	129,5
Övriga kommuner, 12 500– 5 000 inv.	33,4	11,5	84,5	118,2
Övriga kommuner, mindre än 12 500 inv.	35,3	10,7	77,6	113,7
Riket	31,5	12,5	83,6	129,5

Bland kvinnorna återfinns de högsta suicidtalerna i storstäder, i genomsnitt 17 döda per 100 000 invånare under tioårsperioden 1994–2003 (Tabell 13). Större städer och förortskommuner har de därefter högsta suicidtalerna, vilket förstärker bilden av att suicidproblemet bland kvinnor är störst i större tätbefolkade områden.

Bland männen återfinns däremot de högsta suicidtalerna i glesbygdskommuner, 42 döda per 100 000 invånare, följt av övriga kommuner med mindre än 12 500 invånare och storstäder. Eftersom förortskommuner har de lägsta siffrorna blir bilden mindre homogen än för kvinnor.

Det är stor skillnad mellan de kommuntyper som har de högsta suicidtalerna i förhållande till de som har de lägsta. Detta gäller båda könen. Det är något mer än dubbelt så hög suicidrisk för kvinnor boende i storstäder gentemot glesbygdskommuner som har de lägsta suicidtalerna av kommungrupperna. Bland männen är risken 1,7 gånger högre i glesbygdsområden än i förortskommuner.

Andelen personer som vårdats till följd av avsiktligt självdestruktiv handling 1994–2003, var för båda könen högst i storstäder. Därefter hade större städer och förortskommuner den högsta andelen för kvinnor och övriga kommuner med mer än 25 000 invånare och övriga kommuner med 12 500–25 000 invånare de högsta för männen. Noterbart är att suiciddödighetens fördelning bland kvinnor uppvisar samma mönster. Detta gäller dock inte för männen. Glesbygdskommuner har lägst andel avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvård, samtidigt som den kommuntypen uppvisar det högsta suicidtalet bland männen.

# Suicid – diagnos och vårdkonsumtion

---

## Suicid och psykisk störning

Tabell 14: Andel vårdade patienter med huvuddiagnosen psykisk störning under perioden 1994–2003, av personer som suiciderat 2003, procent.

Vårdår	Män	Kvinnor	Totalt
1994	6,6	6,9	6,7
1995	6,6	7,2	6,7
1996	8,1	8,2	8,1
1997	8,8	10,4	9,3
1998	8,5	10,6	9,1
1999	9,8	11,6	10,4
2000	10,0	14,4	11,3
2001	11,2	13,1	11,7
2002	15,9	18,6	16,7
2003	15,6	22,3	17,5
1994–2003	38,9	51,7	42,7

Med hjälp av personnumret, i såväl PAR som DOR, är det möjligt att belysa relationen mellan psykisk störning och suicid. Tabell 14 redovisar hur stor andel av de personer som suiciderat 2003 som också hade vårdats för psykiska störningar i slutenvård under föregående tioårsperiod. Siffrorna i tabellen avser personer som vårdats *minst* en gång under respektive år. En individ kan således ha vårdats flera gånger, men räknas i detta sammanhang endast vid det första vårdtillfället under det aktuella året eller endast en gång under hela tidsperioden 1994–2003.

Av de 1 380 personer (976 män och 404 kvinnor) som suiciderade 2003 hade totalt 43 procent tidigare vårdats för psykisk störning (Tabell 14). Andelen var betydligt högre bland kvinnor (52 procent) än bland män (39 procent). Bland kvinnor var andelen vårdade störst under samma år som suicidet registrerades medan det bland männen var högst året innan. Generellt är andelen vårdade störst under åren närmast före det registrerade suicidet.

## Suicid och alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos

Tabell 15: Andel vårdade patienter med alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos som huvuddiagnos under perioden 1994–2003, av personer som suiciderat 2003, procent.

Vårdår	Män	Kvinnor	Totalt
1994	3,8	2,2	3,3
1995	3,9	2,0	3,3
1996	4,6	3,5	4,3
1997	4,2	3,7	4,1
1998	4,7	3,2	4,3
1999	5,7	4,0	5,2
2000	5,2	5,2	5,2
2001	5,9	4,2	5,4
2002	8,6	7,2	8,2
2003	6,7	6,7	6,7
1994–2003	21,8	21,0	21,6

Tabell 15 redovisar hur stor andel av de personer som suiciderade 2003 som också hade vårdats med alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos som huvuddiagnos i slutenvård under den föregående tioårsperioden. Även här avser siffrorna i tabellen personer som vårdats *minst* en gång under respektive år. En individ kan således ha vårdats flera gånger, men räknas i detta sammanhang endast vid det första vårdtillfället under det aktuella året eller endast en gång under hela tidsperioden 1994–2003.

Av de 1 380 personer, 976 män och 404 kvinnor, som suiciderade 2003 hade totalt 22 procent tidigare vårdats med en alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos som huvuddiagnos (Tabell 15). Det var ingen större skillnad mellan könen, 22 procent av männen och 21 procent av kvinnorna. Bland både kvinnor och män var andelen vårdade störst under år 2002. Även här är andelen vårdade generellt störst under åren närmast före det registrerade suicidet.

Tabell 16: Andel personer som suiciderat 2003 och som vårdats med alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos som huvuddiagnos uppdelat på alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos exklusive psykiatriska diagnoser respektive psykiska störningar orsakade av alkohol eller narkotika 1994–2003.

Diagnos (vårdår 1994–2003)	Män	Kvinnor	Totalt
Alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos exklusive psykiatriska diagnoser	2,9	4,2	3,3
Psykiska störningar orsakade av alkohol eller narkotika	19,0	16,8	18,3



Utdrag ur ICD9 och ICD10

Samtliga alkohol diagnoser enligt ICD9 och ICD10

Samtliga narkotikadiagnoser enligt ICD9 och ICD10

Kod	Benämning	Kod	Benämning
<i>ICD9</i>		<i>ICD9</i>	
291	Alkoholpsykos	292	Drogpsykos
303	Alkoholism	304	Drogberoende och drogmissbruk
305A	Alkoholmissbruk	305X	Missbruk av droger/läkemedel
357F	Alkoholpolyneuropati	965A	Förgiftning med opiater
425F	Alkoholbetingad kardiomyopati	968F	Förgiftning med 'andra' lugnande medel
535D	Gastrit av alkohol	969G	Förgiftning med hallucinogener
571A–571D	Alkoholbetingad leversjukdom	969H	Förgiftning med psykostimulantia
980	Alkoholförgiftning		
<i>ICD10</i>		<i>ICD9</i>	
E24.4	Alkoholutlöst pseudocushingsyndrom	F11–F16	Psykiska störningar och beteendestörningar
F10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	F18–F19	orsakade av psykoaktiva substanser
G31.2	Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol	O35.5	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret av läkemedel
G62.1	Alkoholutlöst polyneuropati	P04.4	Foster och nyfödd som påverkats av bruk av tillväxande droger hos modern
G72.1	Alkoholutlöst myopati	T40	Förgiftning med narkotiska eller psykodysleptiska medel
I42.6	Alkoholhjärtsjukdom	T43.6	Förgiftning med psykostimulantia med missbruksrisk
K29.2	Gastrit orsakad av alkohol	Z50.3	Rehabilitering av läkemedelsmissbrukare
K70	Leversjukdom orsakad av alkohol	Z71.5	Rådgivning och kontroll vid drogmissbruk
K86.0	Kronisk pankreatit orsakad av alkohol		
O35.4	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern		
P04.3	Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern		
Q86.0	Fetalt alkoholsyndrom		
T51	Toxisk effekt av alkohol		
Y90	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt		
Y91	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom intoxikationsgrad		
Z502	Rehabilitering av alkoholmissbrukare		
Z714	Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk		

= diagnoser som hör till ICD-kapitlet "Psykiska störningar"

Det går även att dela upp andelen personer som suiciderat 2003 och som vårdats med alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos som huvuddiagnos 1994–2003. Uppdelningen avser dels dem som vårdats med alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos exklusive psykiatriska diagnoser, dels dem som vårdats för psykiska störningar orsakade av alkohol eller narkotika (Tabell 16). Om patienten någon gång under perioden 1994–2003 fått en alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos exklusive psykiatriska diagnoser, hamnar den under *Alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos exklusive psykiatriska störningar*. Övriga patienter hamnar under *Psykiska störningar orsakade av alkohol eller narkotika*. Resultatet av uppdelningen visar att cirka 85 procent av dem som vårdats med en alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos har behandlats för psykiska störningar orsakade av alkohol eller narkotika. Motsvarande andel är högre bland män än bland kvinnor (cirka 87 respektive 80 procent). Med andra ord har personer som suiciderat 2003 och vårdats med alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos som huvuddiagnos 1994–2003 i huvudsak vårdats för en alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos som hamnar under kategorin psykiska störningar i ICD. Behandlingen av bakomliggande alkohol- eller narkotikaproblem borde därför vara en angelägen suicidpreventiv åtgärd.

## Suicid och vårdkonsumtion

Tabell 17 redovisar hur stor andel av de totalt 1 380 personer (976 män och 404 kvinnor) som suiciderade 2003 och som vårdades minst en gång i slutenvård för avsiktligt självdestruktiv handling 1994–2003. Totalt vårdades knappt en femtedel (19 procent) minst en gång under den aktuella perioden. Andelen var betydligt högre bland kvinnorna (28 procent) än bland männen (15 procent).

Exakt två procent av dem som tog sitt liv 2003 hade begått en avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård tio år tidigare.

*Tabell 17: Andel patienter som vårdats för en avsiktligt självdestruktiv handling under perioden 1994–2003, av personer som suiciderat 2003, procent.*

Vårdår	Män	Kvinnor	Totalt
1994	1,4	3,2	2,0
1995	1,1	2,7	1,6
1996	1,6	4,2	2,4
1997	1,2	3,2	1,8
1998	1,1	3,0	1,7
1999	1,5	3,7	2,2
2000	1,9	5,9	3,1
2001	2,2	6,9	3,6
2002	3,6	9,7	5,4
2003	4,6	6,4	5,1
1994–2003	15,2	27,5	18,8

# Avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård – fem års uppföljning

---

## Avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård och upprepningsmönster

Tabell 18 och 19 redovisar andelen patienter som vårdades i slutenvård för avsiktligt självdestruktiv handling 1990, 1995 respektive 2000, vilka begick en ny avsiktlig självdestruktiv handling som ledde till behandling inom slutenvård under perioden 1990–1994, 1995–1999 respektive 2000–2004. Andelen som vårdades i slutenvård för en ny avsiktlig självdestruktiv handling under respektive uppföljningsperiod redovisas för perioden som helhet. I de aktuella kohorterna kan både personer som tidigare vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling och personer som vårdades för första gången ingå.

Av de 7 822 personer (4 543 kvinnor och 3 279 män) som vårdades på sjukhus till följd av avsiktligt självdestruktiv handling 1990, begick 25 procent en ny avsiktlig självdestruktiv handling som ledde till behandling inom slutenvård under femårsperioden 1990–1994. Andelen var större bland kvinnor än bland män (26 respektive 22 procent) (Tabell 18). För 1995 års kohort var andelen något högre. Totalt begick 26 procent av de 8 695 personer (5 177 kvinnor och 3 518 män) vilka vårdades på sjukhus till följd av avsiktligt självdestruktiv handling 1995 en ny avsiktlig självdestruktiv handling som ledde till behandling inom slutenvård under uppföljningsperioden 1995–1999. Andelen var även i den här kohorten större bland kvinnor än bland män (28 respektive 23 procent). För 2000 års kohort var andelen som återkom för behandling med anledning av ny avsiktligt självdestruktiv handling under femårsperioden 2000–2004 ytterligare lite högre (27 procent, se Tabell 19). Även i den här kohorten var andelen större bland kvinnor än bland män (30 respektive 22 procent) (Tabell 19). Totalt vårdades 7 108 personer (4 418 kvinnor och 2 690 män) på sjukhus till följd av avsiktligt självdestruktiv handling år 2000.

## **Avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård och suicid**

Tabell 18 och 19 redovisar även andelen patienter som vårdades i slutenvård för avsiktligt självdestruktiv handling 1990, 1995 respektive 1999, vilka sedan suiciderade under perioden 1990–1994, 1995–1999 respektive 1999–2003. Andelen som avled i suicid under respektive uppföljningsperiod redovisas för perioden som helhet. De patienter som avlidit av andra orsaker finns inte medtagna i tabellerna. I de aktuella kohorterna kan både personer som tidigare vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling och personer som vårdades för första gången ingå.

Totalt avled ca 5 procent i suicid under femårsperioden 1990–1994 av dem som vårdades på sjukhus till följd av avsiktligt självdestruktiv handling 1990. Andelen var större bland män än bland kvinnor (ca 6 respektive 4 procent) (Tabell 18). För 1995 års kohort var andelen något lägre. Totalt avled 4 procent i suicid under uppföljningsperioden 1995–1999 av dem som vårdades på sjukhus till följd av avsiktligt självdestruktiv handling 1995. Andelen män var även i den här kohorten större än andelen kvinnor (5 respektive 3 procent) (Tabell 18). I 1999 års kohort låg andelen som suiciderade under femårsperioden 1999–2003 på ungefär samma nivå som 1995 års kohort (Tabell 19). Endast kvinnor uppvisade en något lägre andel suicid jämfört med 1995 års kohort. Skillnaden mellan könen var därmed även större (Tabell 19). Totalt vårdades 6 970 personer (4 257 kvinnor och 2 713 män) på sjukhus till följd av avsiktligt självdestruktiv handling år 1999.

## **Avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård och psykisk störning**

Andelen patienter som vårdades i slutenvård för avsiktligt självdestruktiv handling 1990, 1995 respektive 2000, vilka senare vårdats med huvuddiagnosen psykisk störning under perioden 1990–1994, 1995–1999 respektive 2000–2004 framgår även av tabellerna 18 och 19. Andelen som vårdades med huvuddiagnosen psykisk störning under respektive uppföljningsperiod redovisas för perioden som helhet. I de aktuella kohorterna kan både personer som tidigare vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling och personer som vårdades för första gången ingå.

Av de 7 822 personer (4 543 kvinnor och 3 279 män) som vårdades på sjukhus till följd av avsiktligt självdestruktiv handling 1990, återkom 41 procent för behandling med huvuddiagnosen psykisk störning under femårsperioden 1990–1994. Andelen var större bland män än bland kvinnor (44 respektive 40 procent) (Tabell 18). För 1995 års kohort var andelen något större. Totalt återkom 45 procent av de 8 695 personer (5 177 kvinnor och 3 518 män) som vårdats på sjukhus till följd av en avsiktlig självdestruktiv handling 1995, för behandling med huvuddiagnosen psykisk störning under uppföljningsperioden 1995–1999. Andelen var något större bland män än bland kvinnor (45 respektive 44 procent) (Tabell 18). För 2000 års kohort var andelen som återkom för behandling med huvuddiagno-

sen psykisk störning under femårsperioden 2000–2004 i stort sett lika hög som för 1995 års kohort (44 procent). Även skillnad mellan könen låg på samma nivå som i 1995 års kohort (Tabell 19).

## **Avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård och alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos**

Tabell 18 och 19 redovisar slutligen också andelen av de patienter som vårdades i slutenvård för avsiktligt självdestruktiv handling 1990, 1995 respektive 2000, vilka senare vårdats med en alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos som huvuddiagnos under perioden 1990–1994, 1995–1999 respektive 2000–2004. Andelen som vårdades med en alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos under respektive uppföljningsperiod redovisas för perioden som helhet. I de aktuella kohorterna kan både personer som tidigare vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling och personer som vårdades för första gången ingå.

Tabell 18 visar att totalt 18 procent av dem som vårdades på sjukhus till följd av avsiktligt självdestruktiv handling 1990 återkom för behandling med en alkohol eller narkotikarelaterad diagnos som huvuddiagnos under femårsperioden 1990–1994. Andelen var betydligt större bland män än bland kvinnor (26 respektive 13 procent). För 1995 års kohort var andelen något större. Totalt återkom 22 procent av dem som vårdats för avsiktlig självdestruktiv handling 1995 för behandling med en alkohol eller narkotikarelaterad diagnos under uppföljningsperioden 1995–1999. Andelen var även i den här kohorten större bland män än bland kvinnor (28 respektive 18 procent) (Tabell 18). För 2000 års kohort var andelen som återkom för behandling med en alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos som huvuddiagnos under 2000–2004 ännu större (24 procent). Även i denna kohort var andelen större bland män än bland kvinnor (30 respektive 21 procent) (Tabell 19).

Tabell 18: Fem års uppföljning bland personer som vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling 1990 respektive 1995.

	Vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling 1990			Vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling 1995		
	Uppföljningsperiod: 1990–1994			Uppföljningsperiod: 1995–1999		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Vårdats för ny avsiktligt självdestruktiv handling	22,4	26,4	24,8	22,8	27,7	25,7
Avlidit i suicid	5,5	3,9	4,6	5,1	3,4	4,1
Vårdats senare med psykisk störning som huvuddiagnos	43,6	39,8	41,4	45,1	44,3	44,6
Vårdats senare med en alkohol eller narkotikarelaterad diagnos som huvuddiagnos	25,5	12,9	18,2	28,3	17,9	22,2

Tabell 19: Fem års uppföljning bland personer som vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling 2000.

	Vårdats för avsiktligt självdestruktiv handling 2000		
	Uppföljningsperiod: 2000–2004		
	Män	Kvinnor	Totalt
Vårdats för ny avsiktligt självdestruktiv handling	22,0	30,2	27,1
Avlidit i suicid	5,1*	2,9*	3,7*
Vårdats senare med psykisk störning som huvuddiagnos	44,6	44,0	44,2
Vårdats senare med en alkohol eller narkotikarelaterad diagnos som huvuddiagnos	29,5	21,2	24,3

\* Avsiktligt självdestruktiv handling 1999 och uppföljningsperiod 1999–2003

# Sociala dimensioner

---

I detta avsnitt har data från DOR och PAR samarbetats med databasen LOUISE för att belysa samband mellan avsiktliga självdestruktiva handlingar och sociala samt socioekonomiska faktorer. LOUISE administreras av Statistiska Centralbyrån (SCB) och är en individbaserad longitudinell databas för utbildning, inkomst och sysselsättning. I ett antal tabeller jämförs andelen personer som avlidit i suicid samt vårdats för en avsiktlig självdestruktiv handling mellan gruppen biståndsmottagare och befolkningen i övrigt, grupper med olika utbildningsbakgrund samt födelseland.

Vidare används resultat från *Nationella folkhälsoenkäten 2005* som genomfördes av Folkhälsoinstitutet, för att belysa såväl förhållandet mellan sexuell läggning och suicidförsök respektive suicidtankar (17), som förhållandet mellan diskriminering och suicidförsök respektive suicidtankar (18). Folkhälsoenkäten skickades ut under våren 2005, av Folkhälsoinstitutet i samarbete med landsting/regioner och med hjälp av SCB. Enkäten skickades till totalt 64 000 slumpvis utvalda personer i åldrarna 16–84 år. Cirka 40 000 personer svarade på enkäten.

Avslutningsvis presenteras en samhällsekonomisk analys av kostnaderna för avsiktliga självdestruktiva handlingar.

## Avsiktligt självdestruktiv handling och biståndsmottagande

I LOUISE finns uppgifter om från vilken typ av inkomstkälla den aktuella inkomsten eller inkomststillskottet härrör. För att räknas som *biståndsmottagare* i tabell 20–22 ska hushållet ha erhållit ekonomiskt bistånd (socialbidrag) under 1999. Hur stort bidraget var har dock ingen betydelse. Jämförelsegrupp är de som inte varit biståndsmottagare 1999. Hänsyn har inte tagits till eventuella förändringar i någon av grupperna under perioden 2000–2001.

*Tabell 20: Suicid och avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård per 100 000 personår 2000–2001, 20–65 år, bland biståndsmottagare respektive ej biståndsmottagare 1999, åldersstandardiserade tal.*

	Suicid		Vårdade	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Biståndsmottagare	87,7	44,8	372,7	483,5
Ej biståndsmottagare	23,1	9,7	56,7	85,3

Bland männen som fick ekonomiskt bistånd 1999 var det 88 per 100 000 personår<sup>5</sup> som suiciderade 2000–2001. Samma siffra för kvinnorna var 45. Bland den övriga befolkningen som inte erhöll ekonomiskt bistånd 1999 var det 23 män och 10 kvinnor per 100 000 personår som suiciderade 2000–2001 (Tabell 20).

Tabell 21 och 22 redovisar den relativa risken<sup>6</sup> för suicid för biståndsmottagare jämfört med icke biståndsmottagare. Bland männen var risken 4 gånger högre för biståndsmottagare och bland kvinnorna var risken cirka 5 gånger så hög.

Tabell 20 jämför även antal personer per 100 000 personår som behandlats inom slutenvård för avsiktliga självdestruktiva handlingar mellan biståndsmottagare och befolkningen i övrigt. Incidensen bland biståndsmottagande män var 373 och bland män som inte fick bidrag var incidensen 57. För biståndsmottagande kvinnor var incidensen för en avsiktligt självdestruktiv handling 484 och bland dem kvinnor som inte fick något bidrag 1999 var det 84 per 100 000 personår som vårdades på sjukhus för en avsiktligt självdestruktiv handling.

Den relativa risken för personer som erhållit ekonomiskt bistånd är betydligt högre om man jämför dem som vårdas för en avsiktligt självdestruktiv handling med dem som suiciderar. Bland manliga biståndsmottagare var risken 7 gånger högre att vårdas för en avsiktligt självdestruktiv handling jämfört med övriga befolkningen. Bland kvinnor var risken 6 gånger högre för biståndsmottagare.

*Tabell 21: Relativa risken för suicid resp. vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar 2000–2001, efter ekonomiskt bistånd, kontrollerat för ålder, män 20–65 år.*

	Suicid		Vårdade	
	RR	95 % KI <sup>7</sup>	RR	95 % KI
Biståndsmottagare	4,0	3,5–4,5	6,8	6,3–7,2
Ej biståndsmottagare	1,0		1,0	

*Tabell 22: Relativa risken för suicid resp. vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar 2000–2001, efter ekonomiskt bistånd, kontrollerat för ålder, kvinnor 20–65 år.*

	Suicid		Vårdade	
	RR	95 % KI	RR	95 % KI
Biståndsmottagare	4,7	3,9–5,7	5,9	5,5–6,2
Ej biståndsmottagare	1,0		1,0	

<sup>5</sup> Den sammanlagda tid som individerna är under observation och följaktligen befinner sig under risk för att begå självmord resp. avsiktligt självdestruktiv handling.

<sup>6</sup> Relativ risk (RR) – med hjälp av relativ risk beräknas hur mycket större risken för ett fenomen, t.ex. att begå självmord, är i den exponerande gruppen (t.ex. biståndsmottagare) jämfört med motsvarande risk i den oexponerande gruppen (t.ex. ej mottagare av bistånd).

<sup>7</sup> 95 % KI (95-procentigt konfidensintervall) – måttet för relativ risk innebär en grov skattning. För att bättre ange den relativa riskens storlek anges ett intervall inom vilket det ”sanna” värdet med 95 procents sannolikhet antas ligga.



En bidragande orsak till detta kan vara att grupper med hög suicidrisk, t.ex. missbrukare, är överrepresenterade bland mottagare av ekonomiskt bistånd. Exempelvis har manliga biståndsmottagare en femton gånger och kvinnliga cirka tretton gånger så hög dödsrisk i alkoholrelaterade sjukdomar i förhållande till befolkningen i övrigt (19).

## Avsiktligt självdestruktiv handling och utbildning

De uppgifter om utbildningsnivå som redovisas nedan har hämtats från LOUISE och indelats på följande sätt:

- Låg utbildning: högst folkskola, grundskola
- Medelhög utbildning: högst 3-årigt gymnasium
- Hög utbildning: allt däröver

*Tabell 23: Suicid och avsiktligt självdestruktiv handling som lett till vård på sjukhus per 100 000 personår 2000–2001, 20–65 år, efter utbildningsnivå 1999, åldersstandardiserade tal.*

	Suicid		Vårdade	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Högutbildade	15,5	8,8	32,8	57,7
Medelhögt utbildade	27,6	11,2	76,2	111,4
Lågutbildade	45,4	19,6	172,1	260,7

Bland både kvinnor och män finns ett omvänt förhållande mellan utbildningsnivå och suiciddödlighet. Det vill säga dödligheten sjunker med stigande utbildningsnivå (Tabell 23). Lågutbildade män har cirka 3 gånger högre risk än högutbildade (Tabell 24). Skillnaderna mellan utbildningsgrad finns också bland kvinnorna men är generellt något mindre än bland männen. Risken att avlida i suicid är ungefär 2 gånger så hög för lågutbildade kvinnor jämfört med högutbildade (Tabell 25).

*Tabell 24: Relativa risken för suicid resp. vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar 2000–2001, efter utbildning, kontrollerat för ålder, män 20–65 år.*

	Suicid		Vårdade	
	RR	95% KI	RR	95% KI
Låg utbildning	2,6	2,2–3,0	4,4	3,9–4,9
Medelhög utbildning	1,7	1,5–2,0	2,2	2,0–2,5
Hög utbildning	1,0		1,0	

Tabell 25. Relativa risken för suicid resp. vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar 2000–2001, efter utbildning, kontrollerat för ålder, kvinnor 20–65 år.

	Suicid		Vårdade	
	RR	95 % KI	RR	95 % KI
Låg utbildning	1,9	1,5–2,3	3,9	3,6–4,2
Medelhög utbildning	1,3	1,0–1,5	1,9	1,7–2,0
Hög utbildning	1,0		1,0	

Det råder även, bland både kvinnor och män, ett omvänt förhållande mellan utbildningsnivå och avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård. Det vill säga att med stigande utbildningsnivå minskar även frekvensen vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling (Tabell 23). Lågutbildade män har drygt 4 gånger så hög risk som högutbildade (tabell 24). Skillnaderna mellan utbildningsgrad finns också bland kvinnorna men är generellt något mindre än bland männen. Jämfört med högutbildade är risken att vårdas för avsiktligt självdestruktiv handling ungefär två gånger högre för medelutbildade och cirka fyra gånger högre för lågutbildade (Tabell 25).

## Avsiktligt självdestruktiv handling och födelseland

Nedan presenteras uppgifter om suicid och avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till vård på sjukhus 2000–2001, per 100 000 personår för män och kvinnor i åldrarna 20–65 år fördelade efter födelseland, samt relativa risker. Uppgift om födelseland har hämtats från LOUISE.

Då födelseland indelas i grupperna Sverige, övriga Norden och övriga världen återfinns de högsta suicidincidenserna i övriga Norden, både för män och för kvinnor. Övriga världen har de lägsta incidenserna (Tabell 26). Den relativa risken för suicid för män födda i övriga Norden jämfört med Sverige var knappt 2. Män födda utanför Norden hade en 30-procentig lägre risk att suicidera jämfört med svenskfödda män (Tabell 27). Kvinnor födda i övriga Norden har en något högre risk för suicid jämfört med svenskfödda kvinnor. Den ökade risken är dock inte signifikant (statistiskt säkerställd på 5 procents nivå). Det finns ingen skillnad i risk mellan kvinnor födda utanför Norden och kvinnor födda i Sverige (Tabell 28).

Viktigt att notera är att varken kategorin födda i övriga Norden eller kategorin födda i övriga världen är homogena grupper. Suiciddödligheten har visat sig vara mycket hög bland personer födda i vissa av dessa länder, exempelvis Finland och Ryssland, och väldigt låg bland personer födda i andra, exempelvis Irak och Iran (20, 21).

Tabell 26: Suicid och avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till vård på sjukhus per 100 000 personår 2000–2001, 20–65 år, efter födelseland, åldersstandardiserade tal.

	Suicid		Vårdade	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Sverige	27,8	11,6	78,0	110,2
Övriga Norden	57,1	24,0	151,0	179,5
Övriga världen	20,1	12,1	84,4	145,9

Tabell 26 redovisar även incidenser för avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutenvården mellan svenskfödda och utlandsfödda. Skillnaden jämfört med suicid är att bland dem som vårdades för avsiktligt självdestruktiv handling finns de lägsta incidenserna bland svenskfödda män och kvinnor. Övriga Norden har dock fortfarande de högsta talen. Det finns ingen statistiskt signifikant skillnad i risken att vårdas för en självdestruktiv handling bland män födda utanför Norden och svenskfödda män. Män födda i övriga Norden har däremot två gånger högre risk än män födda i Sverige (Tabell 27). Kvinnor födda i övriga Norden har knappt två gånger så hög risk jämfört med svenskfödda kvinnor. För kvinnor födda utanför Norden finns också en signifikant ökad risk, den är dock lägre, 1,3 (Tabell 28).

Viktigt att notera även i det här fallet är att varken kategorin födda i övriga Norden eller kategorin födda i övriga världen är homogena grupper. Variationen mellan människor från olika länder torde vara stora.

Tabell 27: Relativa risken för suicid resp. vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar 2000–2001 efter födelseland, kontrollerat för ålder, män 20–65 år.

	Suicid		Vårdade	
	RR	95 % KI	RR	95 % KI
Övriga världen	0,7	0,6–0,9	1,0	0,9–1,2
Övriga Norden	1,6	1,3–2,0	1,9	1,7–2,2
Sverige	1,0		1,0	

Tabell 28. Relativa risken för suicid resp. vårdade för avsiktliga självdestruktiva handlingar 2000–2001, efter födelseland, kontrollerat för ålder, kvinnor 20–65 år.

	Suicid		Vårdade	
	RR	95 % KI	RR	95 % KI
Övriga världen	1,0	0,8–1,4	1,3	1,2–1,4
Övriga Norden	1,4	1,0–1,9	1,8	1,6–2,0
Sverige	1,0		1,0	

Asylsökande i Sverige är en utsatt grupp som det är viktigt att få mer information om. Ett problem är att det är först när personen får uppehållstillstånd som han eller hon får ett svenskt personnummer och det är först då det är möjligt att identifiera personen i våra personnummerbaserade register. Viss

information kan dock hämtas från Migrationsverkets incidentrapportering från inskrivna asylsökande i anläggningsboende. Tabell 29 redovisar antalet suicid, annan avsiktlig självdestruktiv handling respektive antalet personer som hotat att ta sitt liv bland inskrivna asylsökande.

*Tabell 29: Antal och andel asylsökande inskrivna i anläggningsboende som suiciderat, begått annan avsiktlig självdestruktiv handling eller hotat att ta sitt liv, av totala antalet genomsnittligt inskrivna i anläggningsboende under år 2005.*

<b>Asylsökande invandrare i</b>		
<b>anläggningsboende (N=16 055)</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Antal suicidfall	1	0,01
Antal fall av avsiktlig självdestruktiv handling*	23	0,14
Antal som hotat ta sitt liv	13	0,08
Totalt antal incidenter	37	0,23

\*varav 18 suicidförsök och 5 som avsiktligt skadat sig själva

Det totala antalet asylsökande under år 2005 var enligt SCB:s statistik 17 530 personer, varav 11 196 män och 6 334 kvinnor. Det innebär att majoriteten av de asylsökande (>90 procent) någon gång under året varit inskrivna i Migrationsverkets anläggningsboende. Migrationsverkets statistik anger dock inte hur många asylsökande som senare i asylprocessen efter utskrivning till eget boende, som eventuellt suiciderar. För att få en klarare bild över de asylsökandes suicidbenägenhet behövs en förbättrad rapportering.

## **Avsiktligt självdestruktiv handling och sexuell läggning**

Tabell 30 och 31 redovisar andelen män och kvinnor som rapporterat att de någon gång gjort ett suicidförsök respektive haft suicidtankar fördelat efter sexuell läggning och ålder. Siffrorna är hämtade från Folkhälsoinstitutets rapport *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation* från 2005. Uppgifterna i rapporten är en sammanställning av resultatet från bland annat *Nationella folkhälsoenkäten 2005*. 29 190 personer svarade på frågan om sexuell läggning, varav 648 personer svarat att de inte enbart är heterosexuella (17).

Av tabell 30 framgår att suicidförsök var dubbelt så vanligt bland homo- och bisexuella personer som i övriga befolkningen. Skillnaderna är som störst i åldrarna 16–29 år och 45–64 år. I åldersgruppen 30–44 är dock andelen män som någon gång försökt ta sitt liv densamma för homosexuella eller bisexuella som för övriga befolkningen.

Även andelen män och kvinnor som någon gång övervägt att ta sitt liv skiljer sig efter sexuell läggning (Tabell 31). Förekomsten av suicidtankar är betydligt vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer än bland övriga befolkningen, framförallt i åldrarna 16–29 år.

Tabell 30: Andel män och kvinnor som rapporterat att de någon gång försökt ta sitt liv, efter sexuell läggning och ålder, 2005.

	Suicidförsök			
	Män		Kvinnor	
Åldersgrupper	Homo–bi	Övriga befolkningen	Homo–bi	Övriga befolkningen
16–29 år	11	4	21	8
30–44 år	3	3	8	5
45–64 år	16	3	11	5
16–64 år	11	4	12	6

Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005, Statens folkhälsoinstitut

Tabell 31: Andel män och kvinnor som rapporterat att de någon gång haft suicidtankar, efter sexuell läggning och ålder, 2005.

	Suicidtankar			
	Män		Kvinnor	
Åldersgrupper	Homo–bi	Övriga befolkningen	Homo–bi	Övriga befolkningen
16–29 år	47	14	53	21
30–44 år	30	12	17	14
45–64 år	21	9	25	13
16–64 år	33	12	27	16

Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005, Statens folkhälsoinstitut

## Avsiktligt självdestruktiv handling och diskriminering

Folkhälsoinstitutet har nyligen i sin rapport *Särbehandlad och kränkt* (18) redovisat resultat som visar på att det finns ett samband mellan diskriminering och hälsa. Särskilt fokus lades på diskriminering på grund av etnisk tillhörighet, religion, trosuppfattning, kön, sexuell läggning och funktionshinder. Rapportens utgångspunkt är att alla former av diskriminering, oavsett om det handlar om individuella eller institutionella handlingar, är att betraktas som strukturella. Med *strukturell diskriminering* avses ”regler, normer, rutiner, vedertagna förhållningssätt och beteenden i institutioner och andra samhällsstrukturer som utgör hinder för underordnade grupper att uppnå lika rättigheter och möjligheter som den dominerande gruppen har. Sådan diskriminering kan vara synlig eller dold och den kan ske avsiktligt eller oavsiktligt” (18).

I relation till avsiktliga självdestruktiva handlingar visar rapporten att förekomsten av suicidförsök och suicidtankar är betydligt vanligare bland kvinnor och män som blivit utsatta för kränkande bemötande än bland dem som inte alls blivit utsatta för den här typen av bemötande (Tabell 32).

Bland kvinnor som blivit utsatta för kränkande bemötande var förekomsten av suicidförsök nästan 4 gånger högre än bland kvinnor som inte alls blivit utsatta av den här typen av bemötande. Förekomsten av suicidtankar var 3 gånger högre bland kvinnor som blivit utsatta för kränkande bemötande än bland kvinnor som inte blivit utsatta.

Bland män som blivit utsatta för kränkande bemötande var förekomsten av suicidförsök 4 gånger högre än bland män som inte blivit utsatta för den här typen av bemötande. Förekomsten av suicidtankar var drygt 3 gånger högre bland män som blivit utsatta för kränkande bemötande än bland män som inte blivit utsatta.

*Tabell 32: Andelen kvinnor och män med ohälsa bland dem som blivit kränkande bemötta resp. dem som inte blivit kränkande bemötta, 16–84 år, åldersstandardiserade värden, 2005.*

Ohälsoundikatorer	Utsatt för kränkande bemötande			
	Kvinnor		Män	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Nedsatt psykisk välbefinnande	36	15	36	10
Svår ångslan, oro, ångest	13	4	12	2
Mycket stressad	6	3	6	1
Svåra sömnsvärigheter	12	5	12	3
Suicidtankar	27	9	24	7
Suicidförsök	11	3	8	2
Dålig självskattad hälsa	14	5	15	5

Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005, Statens Folkhälsoinstitut

## Avsiktligt självdestruktiv handling och samhällsekonomiska kostnader

Nationellt centrum för lärande från olyckor (NCO) och Räddningsverket har i en rapport skattat samhällets kostnader för suicid och suicidförsök (22). Både direkta kostnader som t.ex. medicinska kostnader, rehabiliterings- och administrationskostnader samt indirekta kostnader som produktionsbortfall ingår i beräkningarna. Man betonar dock behovet av försiktighet vid analys på grund av många antaganden, vissa saknade kostnadsposter, det förmodligen överskattade produktionsbortfallet, osv. Därtill bör även ingå en värdering av mänskligt lidande, det så kallade humanvärdet eller humankapitalet. Det är dock mycket vanligt i liknande studier att denna post exkluderas på grund av beräknings- och tolkningssvårigheter. I denna studie inkluderas inte humanvärdet i de totala kostnaderna utan i en separat redovisning av värdering per suicid och suicidförsök.

För beräkning av de medicinska kostnaderna inkluderas kostnader för slutenvård, transporter, läkemedel och hjälpmedel samt långvarig vård. Kostnader för öppen vård ingår inte på grund av tekniska skäl. Vid beräkning av kostnaderna för rehabilitering ingår kostnader för den psykiatriska vården. De administrativa kostnaderna beräknades genom skattning av kostnaderna för försäkrings-, polis- och rättsväsendet. Övriga kostnader är kostnader för räddningstjänsten. Vid beräkningen av de indirekta kostnaderna skattas produktionsbortfallet. Detta görs genom att skatta antal förlorade arbetsår och därmed förlorad arbetsinkomst till följd av dödsfall, förtidspension, sjukskrivning och invaliditet.

För beräkning av produktionsbortfall användes genomsnittlig årlig lön gånger antal år fram till sextiofemårsdagen. NCO/Räddningsverkets uppskattning kan innebära en överskattning av kostnaderna eftersom suicidbenägna personer sannolikt drabbas av t.ex. arbetslöshet och sjukskrivning i större utsträckning än i den övriga befolkningen. Vidare består en stor del av NCO/Räddningsverkets uppskattade kostnader för produktionsbortfall i form av förlorad arbetsinkomst till följd av förtidspension orsakad av depressioner. Huruvida depressionerna är ett resultat av suicidförsöket eller tvärtom, suicidförsöket en följd av depressionerna är dock okänt. Om det senare är fallet så innebär uppskattningen en överskattning.

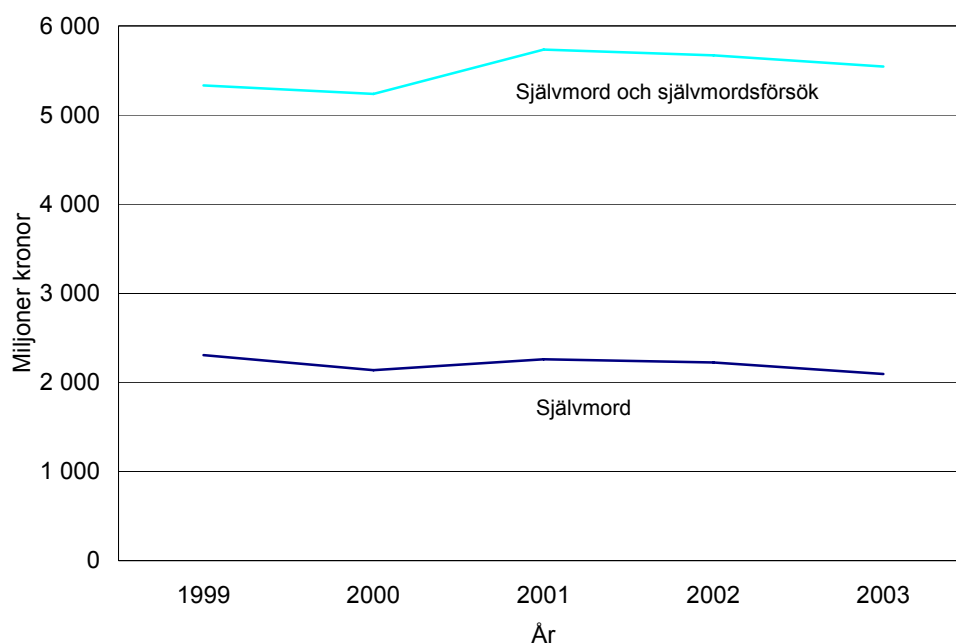
Tabell 33: Uppskattade samhällsekonomiska kostnader för suicid och suicidförsök 2003, miljoner svenska kronor (2005 års priser).

	Suicid	Suicidförsök	Summa
Direktkostnader	41	854	894
<i>Därav</i>			
Medicinskakostnader	2	648	650
Rehabiliteringskostnader	0	146	146
Administrativakostnader	37	46	83
Övrigakostnader	2	14	15
Indirekta kostnader	2 052	2 596	4 648
<i>Därav</i>			
Produktionsbortfall	2 052	2 596	4 648
<b>Totala kostnader</b>	<b>2 093</b>	<b>3 450</b>	<b>5 542</b>

Källa: NCO/Räddningsverket. Observera att NCO/Räddningsverkets ursprungliga skattningar har justerats för antal suicid och suicidförsök 2003 samt prisnivån år 2005.

Tabell 33 redovisar de samhällsekonomiska kostnaderna för suicid och suicidförsök år 2003, vilka uppskattades till 5,5 miljarder kronor (2005 års priser) eller cirka 2 promille av BNP samma år. Mer än fyra femtedelar utgjordes av indirekta kostnader då flertalet personer var i arbetsför ålder. I övrigt utgjordes kostnaderna huvudsakligen av medicinska kostnader och rehabiliteringskostnader för suicidförsök.

I figur 27 görs ett försök att visa kostnadsutveckling över åren 1999–2003. NCO/Räddningsverkets skattningar för år 2001 justeras för antal suicid och suicidförsök under motsvarande år. Skattningarna varierar under perioden från 5,2 miljarder till 5,7 miljarder kronor mätt i 2005 års priser beroende på antalet personer



Källa: Socialstyrelsens bearbetning av NCO/Räddningsverkets uppskattning som avser år 2001

Figur 27: Uppskattade samhällsekonomiska kostnader för suicid och suicidförsök 1999–2003, fasta priser i miljoner kronor i 2005 års priser.

Som jämförelse kan nämnas att Stockholms läns landsting har i rapporten *Prevention inom hälso- och sjukvård* år 2001 uppskattat de direkta sjukvårdskostnaderna för 1 633 suicidförsök till totalt 8 165 000 kronor. Beräkningen baserades på en uppskattad vårdkostnad om 5 000 kronor per suicidförsök (23). Om denna genomsnittskostnad skulle gälla för hela landet kan de direkta sjukvårdskostnaderna för 7 579 suicidförsök år 2001 uppskattas till totalt cirka 37 895 000 kronor. Denna skattning är lägre än i NCO/Räddningsverkets rapport (Tabell 34) vilket delvis kan förklaras av att man inte inkluderat kostnader för transporter till och från behandling eller för läkemedel och hjälpmedel och inte särskilda skador som kräver långvarig vård och därför genererar en betydligt högre vårdkostnad.

Schizofreni och suicidförsök är de mest kostnadskrävande skälen till sluten psykiatrisk vård. De är viktiga utmaningar för landsting och kommuner inte minst vid planeringen av den öppna psykiatriska vården (24).

Humanvärdet ska inte betraktas som en finansiell transaktion utan som samhällets betalningsvilja för att förebygga suicid. Här används den riskvärdering som Vägverket använder vid värdering av vägtrafikolycksfall. Man kan från dessa värderingar uppskatta att samhället kan vara villigt att betala nästan 18 miljoner kronor för att försöka hindra ett suicidfall. I tabell 34 uppskattas samhällets betalningsvilja för att förhindra ett suicidfall till knappt 20 miljoner kronor och för att förhindra ett suicidförsök till cirka 5 miljoner kronor om också direkta och indirekta kostnader inkluderas i beräkningarna (25).



Tabell 34: Värdering av ett suicid och ett suicidförsök i 2005 års priser.

	Direkta och indirekt kostnader	Riskvärdering	Totalt
Suicid	1 900 000	17 700 000	19 600 000
Suicidförsök	500 000	2 700 000	5 100 000

Källa: NCO/Räddningsverket. Observera att NCO/Räddningsverkets ursprungliga skattningar har justerats för antal suicid och suicidförsök 2003 samt prisnivån år 2005.

Vi kan anta att det finns en preventivåtgärd som bedöms kunna förebygga 2 suicid samt 3 suicidförsök. Denna åtgärd anses enligt värderingen vara samhällsekonomisk om den kostar mindre än 54,5 miljoner kronor ( $=2 \times 19\,600\,000 \text{ kr} + 3 \times 5\,100\,000 \text{ kr}$ ) att implementera.

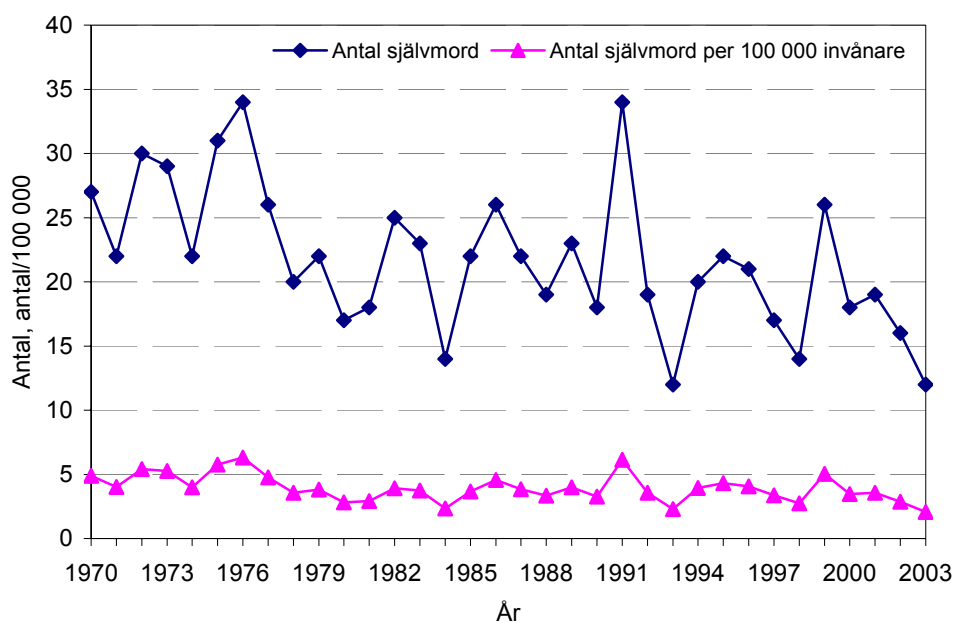
I en rapport från Världshälsoorganisationen (WHO 2001) görs en samhällsekonomisk beräkning över suicid och suicidförsök i norra Europa. Det har bedömts att suicid och suicidförsök i ett land som Sverige (medelvärde för norra Europa) kostar 1,5 procent av BNP. Varje suicid värderas till cirka 27 miljoner kronor (2005 års priser) och varje suicidförsök till cirka 77 000 kronor (2005 års priser).

Det är intressant att jämföra WHO:s andel av BNP med NCO:s. I NCO:s beräkningar ingår inte kostnaden för humanvärdet, eftersom de beräkningarna anses innehålla en del spekulativa moment. Om humanvärdet ändå inkluderas i NCO:s beräkningar skulle de samhällsekonomiska kostnaderna för suicid och suicidförsök uppskattas till 1,5 procent av BNP. Det vill säga samma värde som WHO kom fram till.

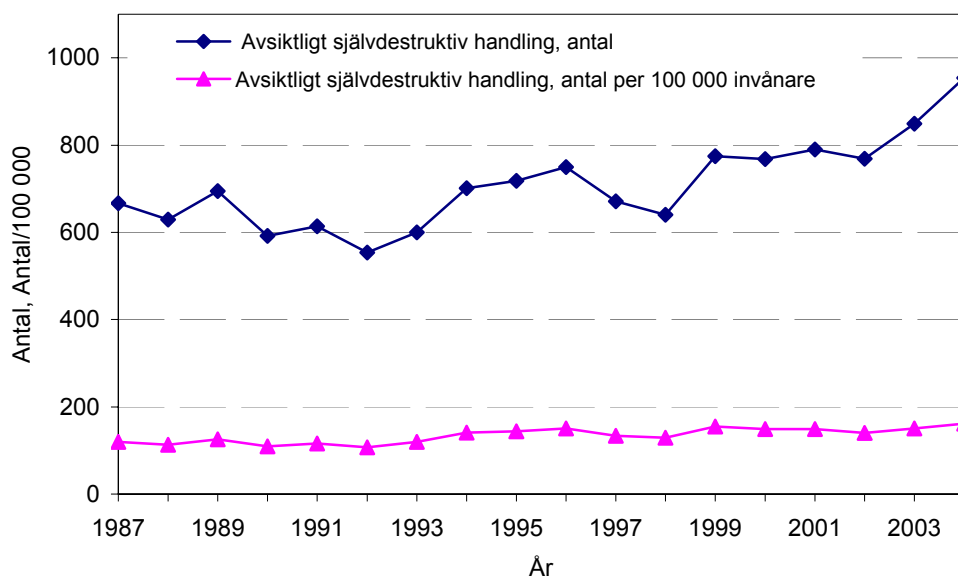
## Ungdomar 13–17år

Med anledning av att regeringen anser att det finns oroande tecken på att suicid bland unga kan ha ökat redovisas i detta avsnitt senare års utveckling av avsiktliga självdestruktiva handlingar bland yngre tonåringar, 13–17 år.

Antalet suicid bland ungdomar är ur ett statistiskt perspektiv få, ca 22 i genomsnitt per år, i åldrarna 13–17 år under perioden 1970–2003. Antalet varierar mellan, som lägst, 12 och, som högst, 34 per år (Figur 28). Antalskurvan pendlar upp och ner med korta intervall, vilket är ett typiskt mönster för ett material med få observationer. Det går därför inte att välja ut siffror för enskilda år och tolka det som en tydlig trend. Det är därmed svårt att tolka trender för kortare tidsintervall och det har också betydelse för vilka år man väljer. Suicidfrekvensen för ungdomar har, sett över en längre tidsperiod, inte förändrats dramatiskt, en svag nedgång kan dock noteras.



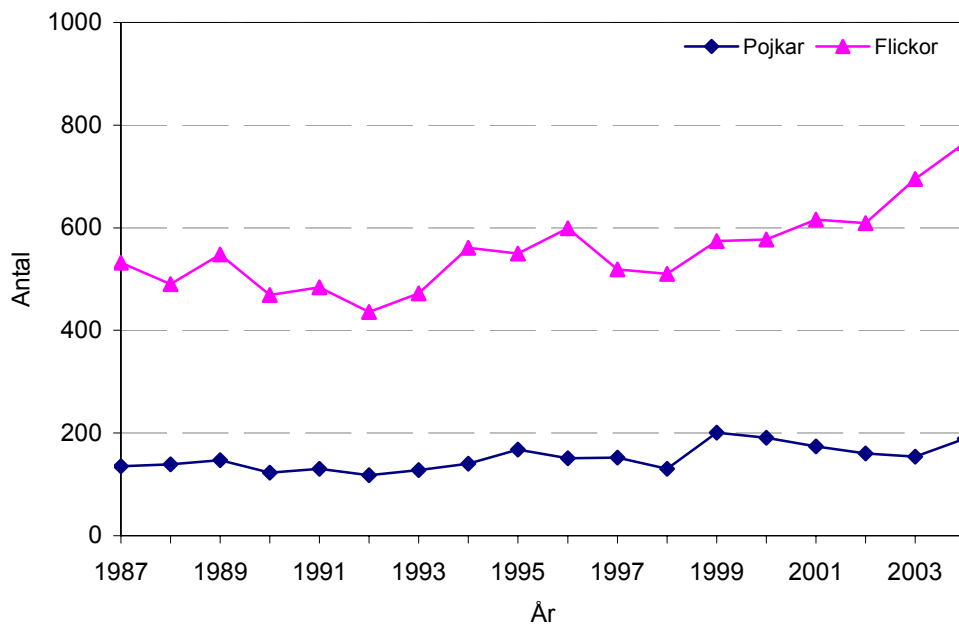
Figur 28: Antal suicid respektive antal suicid per 100 000 invånare i åldersgruppen 13–17 år, 1970–2003.



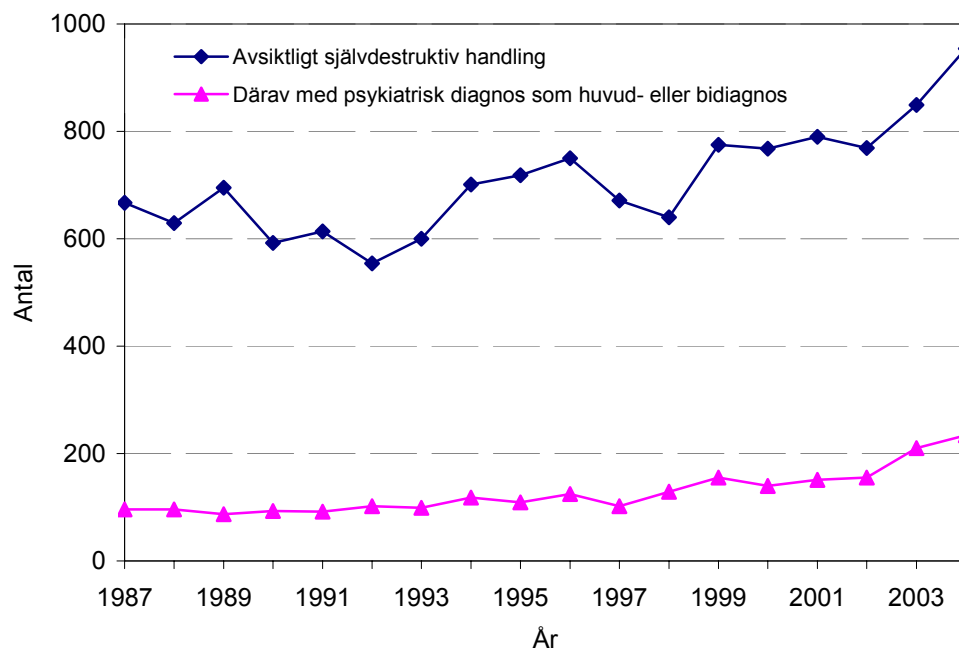
Figur 29: Antal vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling respektive antal per 100 000 invånare i åldersgruppen 13–17 år, 1987–2004.

Antalet vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling bland ungdomar är däremot betydligt fler. Av figur 29 framgår att incidensen för avsiktliga självdestruktiva handlingar som lett till behandling inom slutna vård mellan 1987–2004 bland ungdomar inte heller förändrats dramatiskt. Dock kan i det här fallet en svag uppgång noteras. Uppgången är betydligt tydligare om man studerar antalssiffrorna istället, speciellt tydligt är det bland unga kvinnor (Figur 30). Vidare kan även en uppgång av avsiktliga självdestruktiva handlingar noteras bland ungdomar som vid vårdtillfället också hade en psykiatrisk diagnos (Figur 31). Denna kan dock inte förklara den totala ökningen av antalet personer med självtillfogad skada i åldersgruppen.

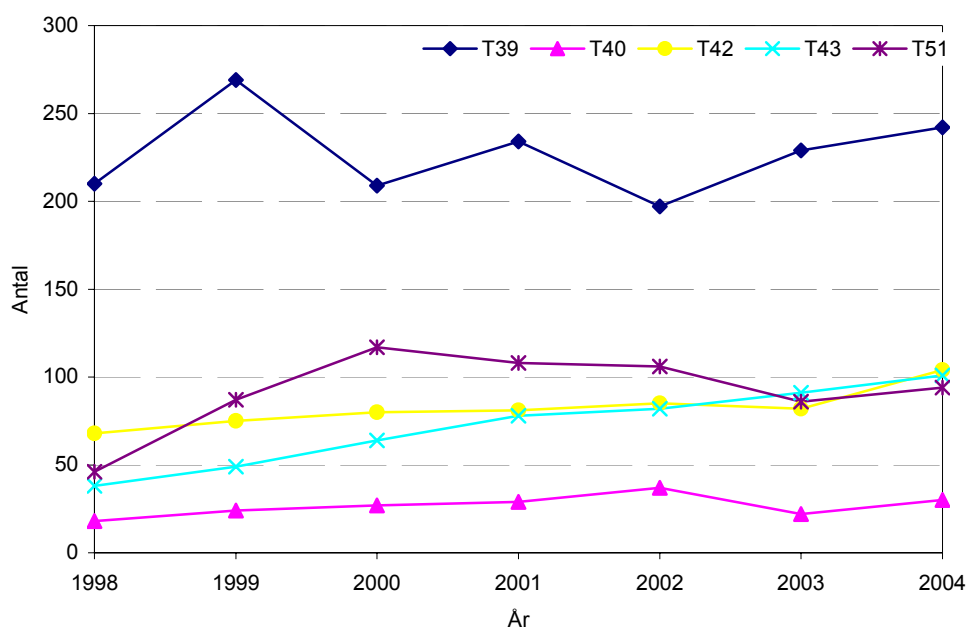
Det bör påpekas att ökningen av antalet vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling bland ungdomar inte nödvändigtvis behöver vara en reell ökning. Eftersom vi inte har motsvarande uppgifter från den öppna vården är problemets omfattning inte självklar. En ökning inom den slutna vården kan mycket väl bero på att motsvarande öppenvård minskat.



Figur 30: Antal vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling, 13–17 år, efter kön, 1987–2004.



Figur 31: Antal vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling samt därav personer med psykiatrisk sjukdomsdiagnos i åldersgruppen 13–17 år, 1987–2004.



Figur 32: Antal vårdade för avsiktligt självdestruktiv handling, förgiftningar, 13–17år, 1998–2004.

Som framgår ovan är förgiftning den vanligaste metoden vid avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård. Figur 32 visar att preparaten analgetika (smärtstillande) av icke opiatkaraktär, antipyretika (febernedsättande), antiinflammatoriska och antireumatika medel (T39) är de oftast förekommande preparaten vid förgiftningar bland ungdomar och har varit det under den senaste sjuårsperioden. Vidare framgår att användningen av samtliga medel ökat 2004 jämfört med 1998. Störst är ökningen för psykotropa läkemedel (T43) och alkohol (T51).

Senare års ökning av avsiktligt självdestruktiv handling som lett till behandling inom slutenvård bland ungdomar skulle till viss del kunna tillskrivas en ökning av förgiftning med dessa medel. Uppgången behöver dock inte nödvändigtvis motsvaras av en faktisk ökning av antalet vårdade utan kan bero på en förändring i val av preparat inom gruppen analgetika och antipyretika. Förgiftning med denna typ av läkemedel är ju trots allt den dominerande metoden i denna åldersgrupp. Tidigare användes framför allt salicylater (Magnecyl mm), men paracetamolbaserade preparat (Alvedon, Panodil mm) har successivt ökat i betydelse (26). Förgiftning med salicylater kan ofta behandlas inom den öppna vården medan det vid överbruk av paracetamol finns risk för akut leverskada, varför patienterna skrivs in på sjukhus i större utsträckning och därmed inkluderas i slutenvårdsstatistiken.

# Ungdomar placerade på särskilda ungdomshem

Kommunernas arbete med barn och ungdomar styrs framförallt av tre lagar; socialtjänstlagen (SoL), lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt föräldrabalken. När barn eller unga behöver vård men föräldrarna och/eller den unge inte samtycker kan socialnämnden ansöka hos länsrätten om vård med stöd av LVU. Av ungdomar 13–21 år som under ett år får vård enligt LVU placeras ungefär en fjärdedel på särskilda ungdomshem.

Statens Institutionsstyrelse (SiS) publicerade i juni 2006 rapporten *Årsrapport ADAD 05 Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 2005. Tabeller*. Vid inskrivning på de särskilda ungdomshemmen genomförs en strukturerad intervju – ADAD – Adolescent Drug Abuse Diagnosis som ger information om den unges aktuella situation och problematik inom olika livsområden. Rapporten är en sammanställning av resultatet från intervjuerna.

År 2005 skrevs totalt 1 082 ungdomar in på något av de särskilda ungdomshemmen. Av dem intervjuades 679 (63 procent) med ADAD-inskrivningsintervju. Av de intervjuade var 36 procent flickor. 32 procent var 15 år eller yngre, 48 procent var 16–17 år och 20 procent var 18 år eller äldre. Hälften av de intervjuade ungdomarna har svensk bakgrund, dvs. båda föräldrarna är födda i Sverige. Den andra hälften har den ena eller båda sina föräldrar födda i ett annat land. För 70 procent av ungdomarna var placeringen akut. Ungdomarnas uppväxtförhållanden präglas i hög grad av skilsmässor och separationer. Det är främst modern som varit närvarande i ungdomarnas liv. Drygt hälften av de intervjuade ungdomarna har tidigare varit placerade på en behandlingsinstitution (27).

I rapporten finns två tabeller som rör suicidämnet.

*Tabell 35: Olika psykiska besvär någonsin hos placerade ungdomar. Procent av alla intervjuade.*

Någonsin	Kön		Ålder			Totalt
	Pojkar	Flickor	12–15	16–17	18–20	
Svår depression	40	62	41	48	60	48
Svår oro/spänning	46	59	43	50	67	50
Koncentrationsproblem	49	63	50	54	63	54
Våldsamt beteende	44	48	46	43	50	45
Självordstankar	20	45	27	27	38	29
Självordsförsök	12	44	23	22	24	23
Hallucinationer	25	37	30	26	36	29
Tar medicin	17	27	14	20	33	20
Ätstörningar	4	25	11	10	15	11

Källa: Statens Institutionsstyrelse

Tabell 36: Olika psykiska besvär den senaste månaden hos placerade ungdomar. Procent av alla intervjuade.

Senaste månaden	Kön		Ålder			Totalt
	Pojkar	Flickor	12–15	16–17	18–20	
Svår depression	24	34	23	28	36	27
Svår oro/spänning	29	42	29	34	42	34
Koncentrationsproblem	34	48	36	38	46	39
Våldsamt beteende	22	21	23	20	21	21
Självordstankar	9	21	14	11	13	13
Självordsförsök	4	15	11	6	7	8
Hallucinationer	13	22	18	12	18	16
Tar medicin	7	15	9	8	18	10
Ätstörningar	1	9	4	4	3	4

Källa: Statens Institutionsstyrelse

Totalt var det 29 procent som någon gång haft suicidtankar och 23 procent som någon gång gjort ett självmordsförsök. Det är betydligt vanligare med både suicidtankar och suicidförsök bland flickor än vad det är bland pojkar (Tabell 35).

På frågan om psykiska besvär den senaste månaden svarade 13 procent att de haft suicidtankar och 8 procent att de gjort ett suicidförsök. Noterbart är att det var den yngsta åldersgruppen, 12–15 år, som hade högst andel suicidförsök (Tabell 36).

# Suicid i ett europeiskt perspektiv

---

## Om internationella jämförelser

Att jämföra suicidtal mellan olika länder är vanskligt (28). Det finns en mängd möjliga felkällor. Viktigast torde vara att processen att certifiera ett suicid skiljer sig avsevärt mellan olika länder. Medan det exempelvis i England och Irland är ämbetsmän (*coroner*) som i huvudsak avgör om en skada varit avsiktlig och självtillfogad, så ligger huvudansvaret för certifieringsprocessen i exempelvis Frankrike hos praktiserande läkare. Det är i första hand läkaren som avgör om det finns behov av en rättsmedicinsk intervention eller inte. Den legalt strikta certifieringsprocessen som finns i England, där en handling klassificeras som suicid endast om det är bevisat bortom allt rimligt tvivel att avsikt förelegat samt att handlingen varit självtillfogad, torde inte ge samma utfall som de mer medicinskt inriktade certifieringsprocesserna som finns i exempelvis Tyskland och Frankrike, där diagnoserna är mer sannolikhetsbaserade (4).

Även faktorer såsom obduktionsfrekvens för misstänkta suicid, informationsflöde mellan myndigheter som ansvarar för certifiering och myndigheter som ansvarar för kodifiering, rättslig organisering av certifieringssystemen samt individuella egenskaper bland dem som certifierar dödsfallen, vare sig det är ämbetsmän eller läkare, varierar mellan olika länder och utgör därmed möjliga felkällor (4).

Vidare bör de olika ländernas kulturella, religiösa, legala, ekonomiska och sociala skillnader tas i beaktande vid jämförelser av de här slaget. Sådana kontextuella aspekter spelar en viktig roll för såväl benägenheten att suicidera som för sättet på vilket dödsorsaker fastställs, vilket i sin tur påverkar hur suicid registreras i statistiken (4, 29).

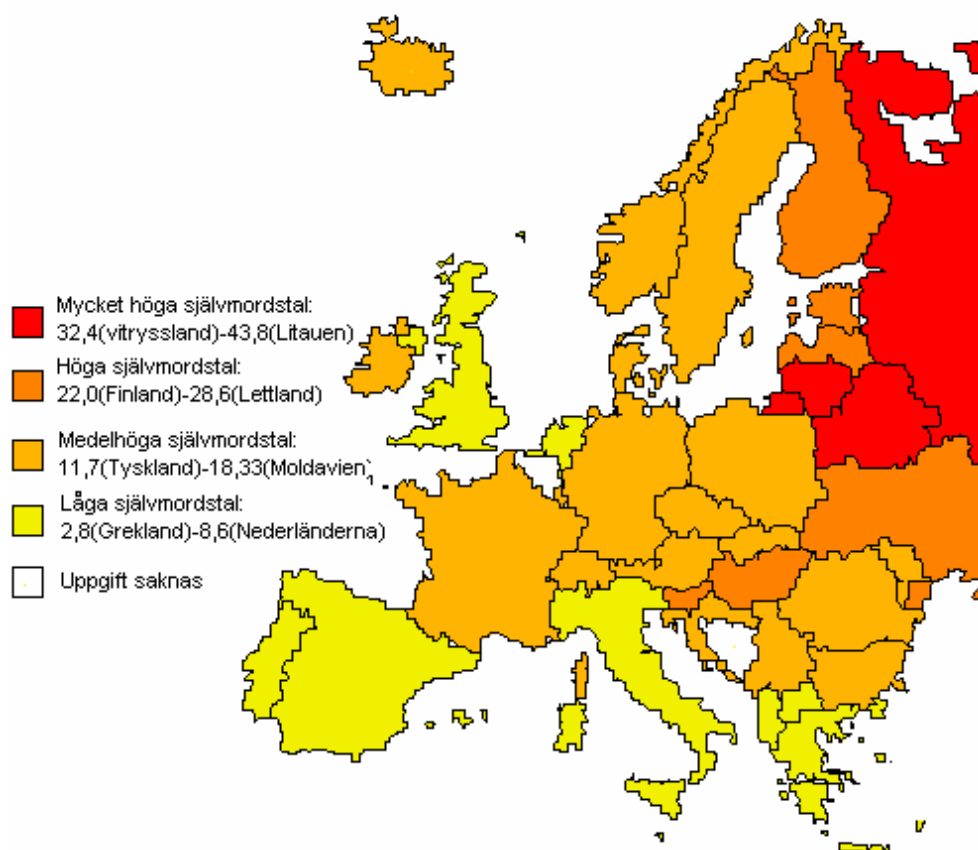
Trots ovannämnda begränsningar finns det stöd för den europeiska suicidstatistikens tillförlitlighet när det gäller att studera rangordningen av olika länders suiciddödlighet efter olika bestämningsfaktorer och över tid (4). Skillnader i rangordningen av olika länders suiciddödlighet har exempelvis endast förändrats marginellt när man kontrollerat för vad man ansett vara indikatorer på länders certifierings- och klassificeringspraxis (30,31).

Suicidstatistiken som presenteras i detta avsnitt avser endast så kallade säkra suicid (Kod: E950–E959 och X60–X84 enligt klassifikationerna ICD8, ICD9 respektive ICD10) och är hämtad från WHO:s databaser MDB och HFA–DB samt från NOMESCO:s *Health Statistics in the Nordic Countries 2003*.



## Suicid i Sverige och i Europa

Figur 33 presenterar åldersstandardiserade suicidtal för några av Europas länder under 2001 och avser män och kvinnor i alla åldrar (talen är åldersstandardiserade till Europa-populationen). Statistik saknas för Andorra, Belgien, Bosnien och Hercegovina samt San Marino. Av kartan framgår att Sverige återfinns i gruppen länder med medelhöga suicidtal, dock nära gruppens nedre gräns (12,17). Även övriga nordiska länder utom Finland återfinns i denna grupp. Finland har ett högt suicidtal både ur ett nordiskt och ett europeiskt perspektiv och återfinns följaktligen i högnivågruppen (22,04). Vidare framgår att de flesta länderna har medelhöga suicidtal. Med undantag för Storbritannien och Nederländerna hittas de lägsta suicidtal i södra Europa. Ytterligare ett tydligt mönster som framgår av figur 33 är att samtliga republiker som tidigare var en del av Sovjetunionen har förhållandevis höga suicidtal. Litauen har det högsta talet i Europa (43,79), följt av Ryssland (37,89) och Vitryssland (32,4).



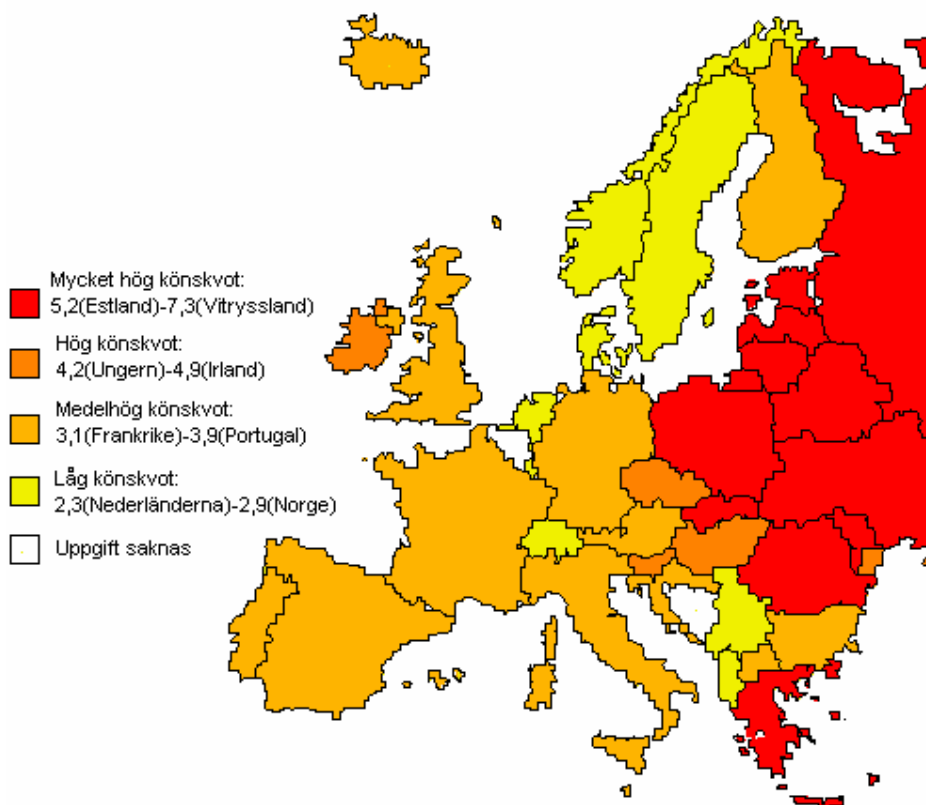
Källa: WHO/Europe, European mortality database (MDB), June 2006

Figur 33: Antal döda i suicid per 100 000 invånare i några europeiska länder år 2001, alla åldrar (ålderstandardiserat till Europa-populationen).

Jämför man hur suiciddödligheten skiljer sig mellan könen i relation till övriga Europa avviker Sverige avsevärt (Figur 34). År 2001 uppvisar Sverige den näst lägsta könskvoten (männens suicidtal dividerat med kvinnornas) bland de studerade länderna, 2,4. Endast Nederländerna uppvisar en lägre

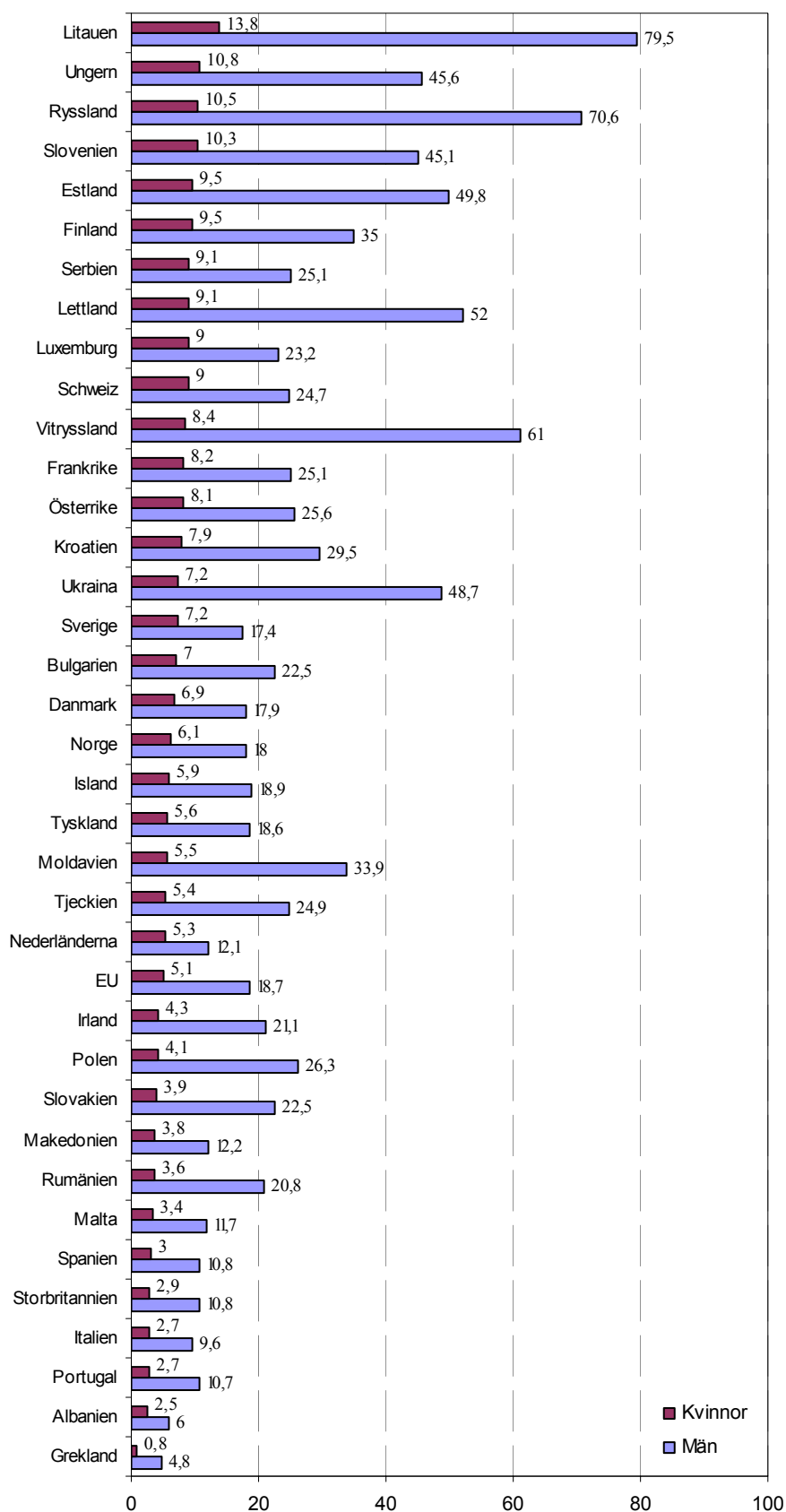
könskvot, 2,3. Detta innebär att det fanns nästan lika många manliga suicidfall i Sverige (2,4) för varje kvinnligt suicidfall som i Nederländerna (2,3) 2001. Övriga Europeiska länder som uppvisar låga könskvoter är Albanien (2,5), Danmark (2,6), Luxemburg (2,6), Schweiz (2,7), Serbien (2,8) och Norge (2,9).

De medelhöga könskvoterna koncentrerar sig runt centrala och södra Europa, medan de höga könskvoterna återfinns framförallt i östra Europa. Suiciddödighetens könsfördelning i östra Europa är mycket ojämn med en kraftig manlig överrepresentation. Litauen hade exempelvis det högsta suicidtalet det här året (Figur 33) och uppvisar en könskvot på 5,8, vilket får betraktas som mycket högt. För varje kvinnligt suicid i Litauen 2001 fanns således 5,8 manliga suicid. Omvänt gäller att det relativt sett dör betydligt färre kvinnor i suicid för varje manligt suicid i Litauen än i länder med en jämnare könsfördelning, som t.ex. Sverige. I absoluta termer har dock både kvinnor och män från Litauen högre suicidtal än kvinnor och män från Sverige år 2001 (Figur 35).



Källa: WHO/Europe, European mortality database (MDB), June 2006

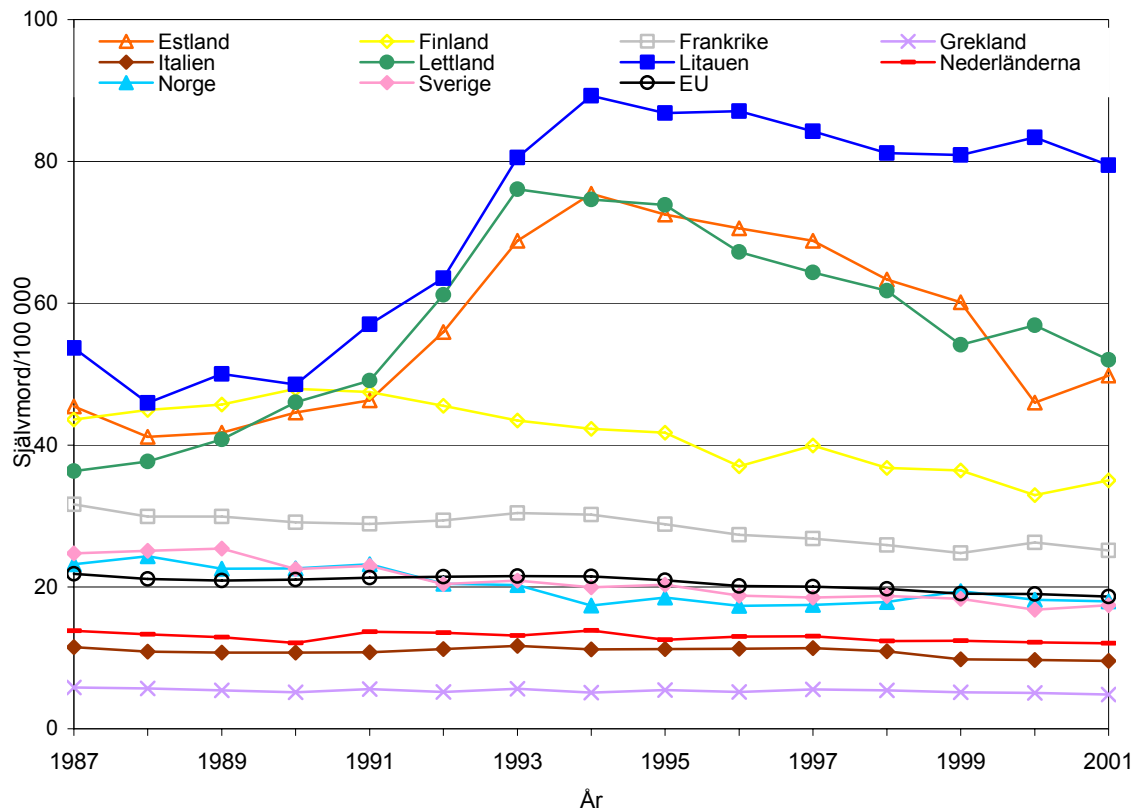
Figur 34: Könskvoter i några europeiska länder år 2001, alla åldrar (suicidtalerna är ålderstandardiserade till Europa-populationen).



Figur 35: Antal suicid per 100 000 kvinnor respektive män i några europeiska länder 2001, sorterat i stigande ordning efter kvinnornas suicidtal (ålderstandardiserat till Europa-populationen).

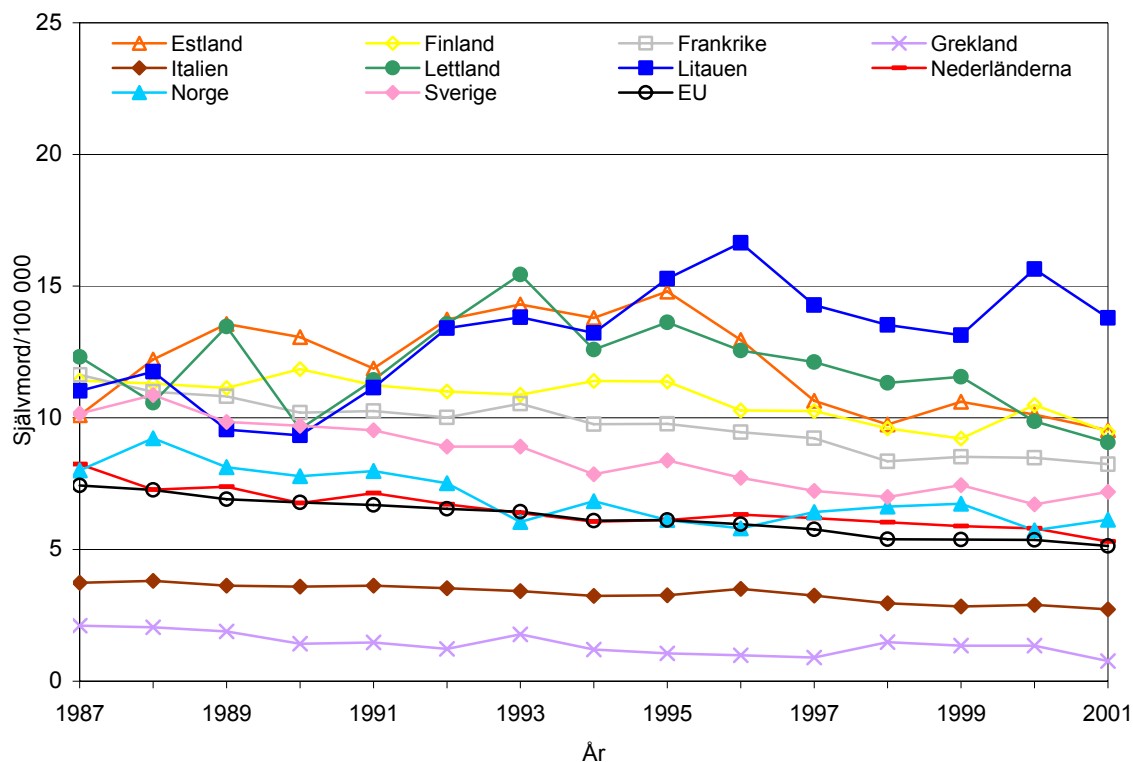
Figur 36 och 37 visar suicidutvecklingen separat för kvinnor och män i några europeiska länder mellan 1987–2001. Tanken har främst varit att belysa svenska kvinnor och mäns suicidutveckling i relation till suicidutvecklingen för kvinnor och män från länder med andra suicidnivåer. Av figurerna framgår att suicidtal mellan 1987–2001 relativt sett har varit betydligt högre för svenska kvinnor än för svenska män. Svenska kvinnors suicidtal har under den observerade perioden legat över EU-genomsnittet medan svenska mäns suicidtal sedan början av 1990-talet har legat under EU-genomsnittet. Vidare framgår att svenska kvinnors suicidtal ligger betydligt närmare högnivå ländernas suicidtal (Estland, Lettland, Litauen och Finland) än vad som är fallet för svenska män (Notera att skalan för figur 36 inte är densamma som för figur 37).

Av Figur 36 och 37 framgår vidare att suicidutvecklingen för både män och kvinnor i samtliga observerade länder, utom Baltikum, visar en tydlig nedåtgående tendens mellan 1987–2001. Även EU-genomsnittet visar en sjunkande tendens såväl bland kvinnor som bland män. I Estland, Lettland och Litauen steg suicidtal kraftigt i början av 1990-talet men har under senare år sjunkit. För estländska och lettländska kvinnor var suicidtal 2001 till och med lägre än vad de var innan Sovjetunionens fall. Noterbart är att Sveriges position i rangordningen av de observerade ländernas suicid dödlighet i stort sett är densamma under hela den observerade perioden.



Källa: WHO/Europe, European mortality database (MDB), June 2006

Figur 36: Antal suicid per 100 000 män i några europeiska länder 1987–2001, avser samtliga åldersgrupper (ålderstandardiserat till Europa-populationen).



Källa: WHO/Europe, European mortality database (MDB), June 2006

Figur 37: Antal suicid per 100 000 kvinnor i några europeiska länder 1987–2001, avser samtliga åldersgrupper (ålderstandardiserat till Europa-populationen).

## Suicid i Sverige och i Norden

Figur 38 och 39 presenterar suicidtalerna för män och kvinnor i olika åldersgrupper i några av Nordens länder under det senast tillgängliga året. För majoriteten av de studerade länderna avser detta 2002 (Sverige, Norge och Island<sup>8</sup>). För Finland och Danmark är 2003 respektive 2001 det senaste tillgängliga året. Samtliga data är hämtat från *NOMESCO* (32).

I åldersgrupperna 20–24 och 25–64 noterar Finland de högsta nordiska suicidtalerna, såväl bland män som bland kvinnor (Figur 38 och 39). I den yngsta åldersgruppen (10–19) har Island de högsta nordiska talen, både bland män och bland kvinnor. I den äldsta åldersgruppen (65 eller äldre) noterar Danmark de högsta talen, såväl bland män som bland kvinnor. Suicidtalerna stiger med ökande ålder både bland män och bland kvinnor i Danmark samt Sverige. I Finland gäller detta endast fram till åldersgruppen 25–64, de äldsta (65 eller äldre) uppvisar en lägre incidens än 25–64 åringar. Samma mönster hittas bland norska kvinnor. För norska män däremot gäller generellt att suicidtalet stiger med ökande ålder, dock uppvisar män i åldersgruppen 25–64 en något lägre incidens än gruppen 20–24. Eftersom

<sup>8</sup> Bland män är suicidtalet för åldersgruppen 10–19 dock från år 2000. Bland kvinnor är suicidtalerna för åldersgrupperna 10–19 och 20–24 från åren 1999 respektive 2000.

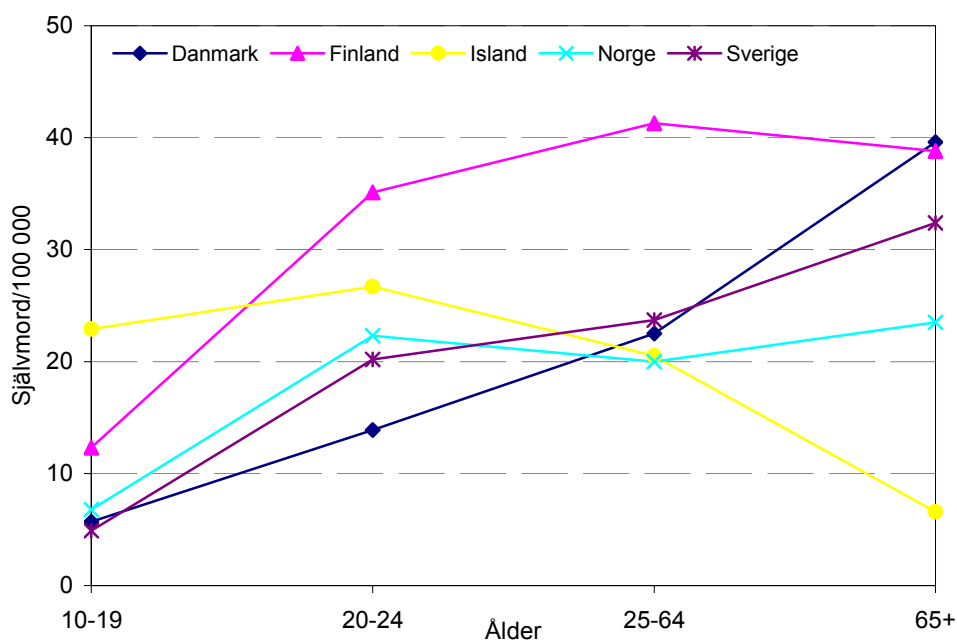
data för Island inte är från samma år som för övriga länder är det svårare att uttala sig om åldersfördelningen bland Islands suicidfall. Dock gäller att bland män 20 år eller äldre minskar incidensen med ökande ålder.

Figur 40 och 41 illustrerar suiciddödligheten bland män respektive kvinnor i några av de nordiska länderna under perioden 1970–2001 (Observera att skalan för figur 40 inte är densamma som för figur 41). Bland männen har Finland i princip haft det högsta suicidtalet under hela den observerade perioden. Norge och Island har mellan 1970–1999 stått för de lägsta suicid-talen. År 2000 och 2001 är det dock Sverige som, för första gången under den observerade perioden, uppvisar det lägsta suicidtalet. Anledningen till att Islands kurva pendlar upp och ner med korta intervall är att de har en liten befolkning.

Vidare framgår av figur 40 att det finns skillnader mellan de olika ländernas suicidutveckling, framförallt mellan 1970–1990. Under denna period fördubblades nästan Norges suicidtal medan Sveriges minskade från 31 till 23 suicid per 100 000 män. Suicidtalet i Danmark låg ungefär på samma nivå vid slutet av 1980-talet som vid början av 70-talet, Finlands suicidtal ökade något under början av 1970-talet för att sedan minska under slutet av decenniet och lite in på 1980-talet för att sedan öka till sin högsta nivå 1990 med 48 döda per 100 000 invånare. För Island varierar suicidtalet starkt mellan 1971–1990 (det finns inga tillgängliga data för 1970) så det är svårt att urskilja en tydlig tendens, 1990 års suicidtal var dock nästan 3 gånger högre än 1971 års tal.

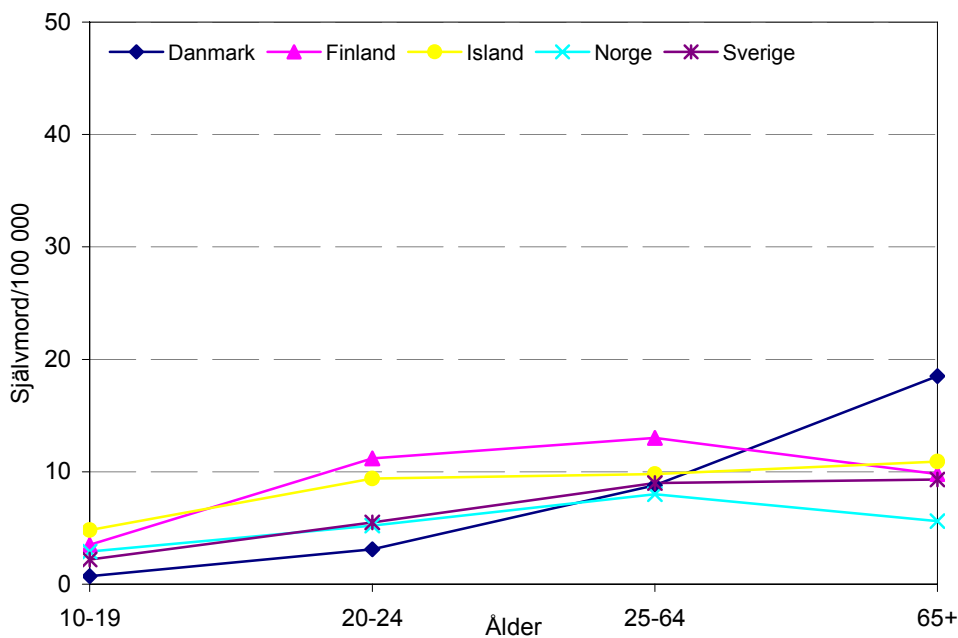
Under 1990-talet visar däremot samtliga länder utom Island tydliga nedåtgående tendenser. Noterbart är dock att medan Danmark, Norge, Island och Sveriges ligger på ungefär samma nivå år 2001 så ligger Finland på en nästan dubbelt så hög nivå. Skillnaderna mellan Finland och Sverige samt Finland och Danmark är till med större än vad de var i början av 1970-talet.

Av figur 41 framgår att bilden för kvinnorna ser annorlunda ut. Danmark har haft de klart högsta incidenserna under den största delen av perioden. Finland tog inte över tätplassen förrän på mitten av 1990-talet. Skillnaderna mellan Finland och övriga länder under senare år är betydligt mindre än skillnaderna som fanns mellan Danmark och övriga länder när Danmark innehade tätplassen. Vidare konstateras att Sverige haft det näst högsta suicidtalet mellan 1970–1986 och mellan 1999–2001. Liksom för männen, uppvisar samtliga länder, utom Island, en mer eller mindre tydlig nedåtgående tendens under 1990-talet.



Källa: NOMESCO; Health Statistics in the Nordic Countries 2003

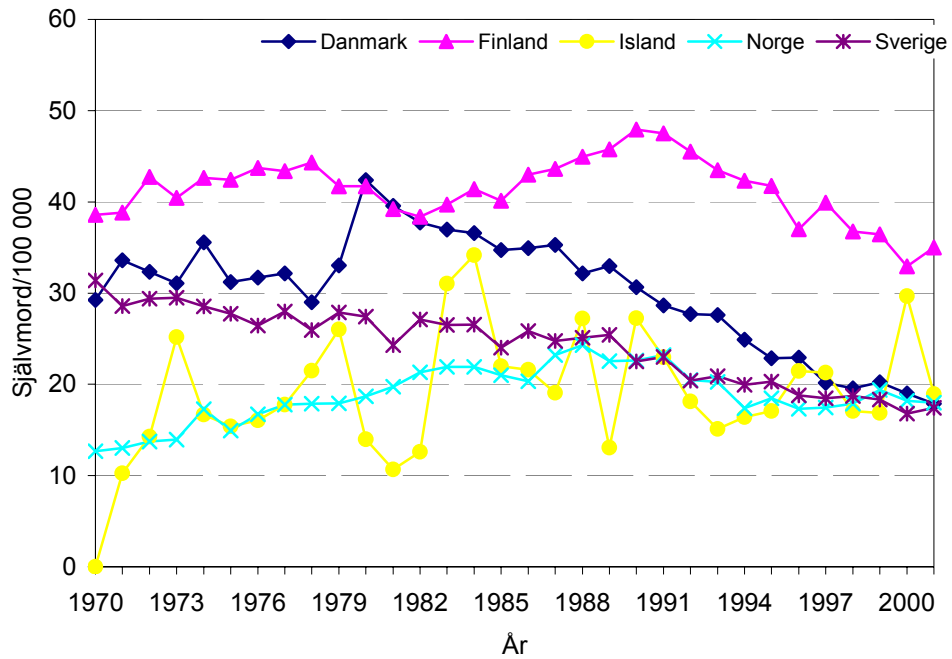
Figur 38: Antal suicid per 100 000 män i några nordiska länder efter ålder, senast tillgängliga data.



Källa: NOMESCO; Health Statistics in the Nordic Countries 2003

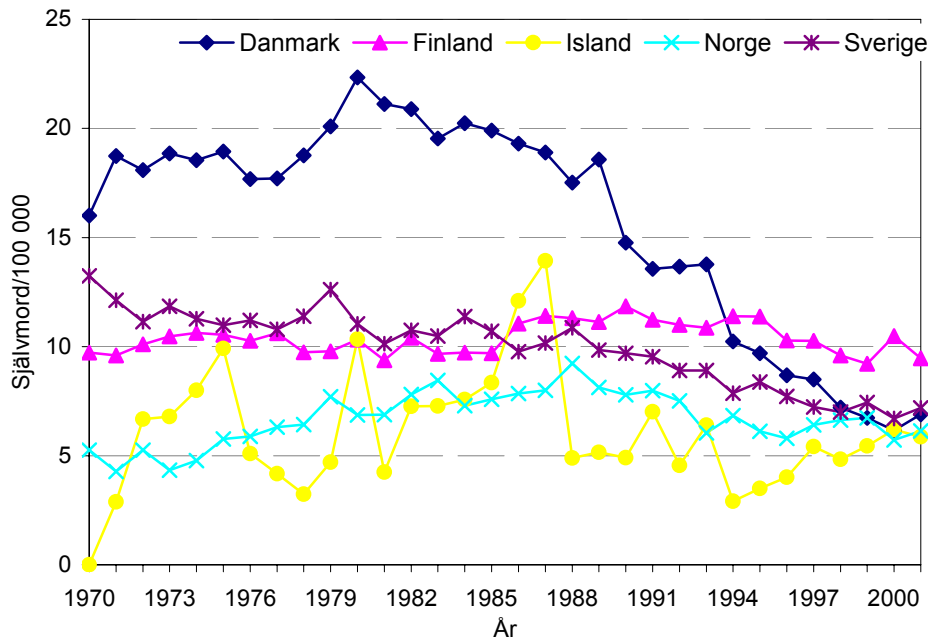
Figur 39: Antal suicid per 100 000 kvinnor i några nordiska länder efter ålder, senast tillgängliga data.





Källa: WHO/Europe, European HFA database (HFA-DB), June 2006

Figur 40: Antal suicid per 100 000 män i några nordiska länder 1970–2001, avser samtliga åldersgrupper (ålderstandardiserat till Europa-populationen).



Källa: WHO/Europe, European HFA database (HFA-DB), June 2006

Figur 41: Antal suicid per 100 000 kvinnor i några nordiska länder 1970–2001, avser samtliga åldersgrupper (ålderstandardiserat till Europa-populationen).

# Diskussion och sammanfattning

---

## Metodologiska överväganden

### Få observationer – slumpmässigt utfall?

Om man delar upp ett mindre datamaterial i grupper baserat på kön, olika åldrar och geografiska områden samt mer sällsynta suicidmetoder – vilket t.ex. ofta är fallet när det gäller suicid – blir antalet observerade fall få i många av grupperna. En avvikelse mellan två grupper kan då mer bero på slumpmässiga variationer än på verkliga skillnader i suiciddödlighet. Oftast används statistisk signifikanstestning för att mäta skillnader mellan grupper. Men utfallet måste alltid värderas med sunt förnuft. Detta är särskilt viktigt i fråga om material med få observationer, där slumpen kan ha stor inverkan.

### Masssignifikans

Ett annat problem, det sk. masssignifikansproblemet, uppkommer om det görs ett stort antal statistiska signifikansanalyser. Jämförs exempelvis suicidfrekvensen för män och kvinnor i fyra åldersgrupper i 285 kommuner, så görs sammantaget 2 280 jämförelser ( $2 \times 4 \times 285$ ). Signifikanstestas alla dessa jämförelser med en säkerhetsnivå på 95 procent är det rimligt att förvänta sig fel i 5 procent av fallen, dvs. att 114 jämförelser (5 procent av 2 280) som sägs vara statistiskt signifikanta egentligen beror på slumpen. I ett material av denna storleksordning upptäcks kanske ca 200 signifikanta resultat, varav 114 eventuellt kan betraktas som statistiska artefakter. Vilka är de verkliga skillnaderna? Denna fråga är inte helt enkel att besvara, men klart är att det inte enbart är ett statistiskt problem utan snarare som ovan nämnts en fråga om att tillämpa sunt förnuft i analyserna.

### Standardisering av data

Ett tredje problem gäller standardisering av data. Oftast är det i en bevakningsfunktion fråga om standardisering för ålder, men det är i princip möjligt att standardisera för vilken variabel som helst (t.ex. yrke eller civilstånd) eller att genomföra mer multivariata analyser. I vad mån man vill standardisera för olika bakgrundsfaktorer beror på syftet. Vid geografiska jämförelser vill man ofta hitta högriskområden som inte bara beror på att befolkningen har en avvikande åldersstruktur. Ålder är en faktor som inte kan förändras eller påverkas. Om syftet är att fördela resurser till områden som har stora problem kan det vara mer motiverat att använda de faktiska siffrorna som antyder behovet av resurser. Standardisering eller kontroll av bakgrundsfaktorer kräver analyser och metodologiska överväganden som ibland ligger utanför ramen för vad som kan förväntas ingå i en mer rutinmässig bevakningsfunktion.

## **Tidssamband**

Tidsföljden i sambanden är viktiga för att förstå sambandens orsaker och vidta adekvata åtgärder. Avsiktliga självdestruktiva handlingar kan ofta ses som en konsekvens av en eller flera bakomliggande riskfaktorer. Det kan dock vara svårt att avgöra tidsföljden när det gäller t.ex. alkoholmissbruk, psykiska störningar, arbetslöshet och socioekonomisk tillhörighet m.m.

## **Ekologisk korrelation eller problemet med gruppbaserad data**

Problemet med att använda data på gruppnivå, t.ex. kommuntillhörighet, när man vill studera individers förhållanden, utvecklades av Robinson (33) år 1950 och kan illustreras enligt följande (34):

Vi tänker oss tre olika grupper, A, B och C. Det kan vara län, kommuner, yrkesgrupper etc. Grupp A består av fem individer, varav en bär hatt och en har suiciderat. Detta innebär att en av fem, dvs. 20 procent bär hatt och 20 procent har suiciderat. I grupp B bär två individer hattar och två har suiciderat, dvs. det är alltså 40 procent som bär hatt och 40 procent som har suiciderat. På likartat sätt räknar man för grupp C, där 60 procent bär hatt och 60 procent har suiciderat. Görs nu en enkel sambandsanalys blir det en 100 procentig korrelation på gruppnivå mellan andelen som bär hattar och som har suiciderat. Studeras däremot varje individ för sig visar det sig oftast att det inte är samma individer som bär hattar och som har suiciderat. Därför är det viktigt att vara försiktig vid tolkning av samband när man arbetar med data på gruppnivå.

## **Befolkningsförändringar och exposition**

Upptäcks en grupp eller ett område med hög eller låg dödlighet vill man gärna hitta faktorer som kan förklara avvikelserna. Men det är inte säkert att människor som tillhör gruppen eller bor i området också har tillhört gruppen under längre tid. Detta problem gör det svårare att se vilka faktorer i samhället som skulle kunna tänkas förklara en observerad över- eller underdödlighet.

## **Datakvalitet**

Datakvaliteten är avgörande för möjligheterna att bedriva en effektiv övervakningsfunktion. I Sverige har vi fördelen av att ha heltäckande befolknings-, dödsorsaks- och patientregister med mycket låga bortfall. Förutsättningarna för analys är extremt goda genom personnummersystemet som gör det möjligt att koppla ihop individdata från olika källor. Det finns trots detta många möjligheter till feltolkningar. Kvaliteten varierar beroende bland annat på datakälla, personens ålder och diagnos. Generellt är tillförlitligheten i registerdata sämre för äldre än yngre personer. Detta beror bland annat på att äldre personer oftare har flera hälsoproblem än yngre och att valet av huvuddiagnos eller underliggande dödsorsak därför blir mer osäkert. Vissa diagnoser är enklare att fastställa än andra. Obduktionsfrekvenserna har sjunkit kraftigt och varierar mellan olika åldrar och dödsorsaker. Yngre människor obduceras i större utsträckning än äldre och skador i större utsträckning än hjärt-kärlsjukdomar.

När det gäller misstänkta suicid är obduktionsfrekvensen fortfarande mycket hög (98 procent). Ändå kan det i många fall vara svårt att avgöra om t.ex. en singelolycka i trafiken eller en förgiftning är ett olycksfall eller en avsiktligt självdestruktiv handling.

Diagnoskriterier kan förändras över tid och variera mellan olika delar av landet. Detta kan försvåra såväl trendanalyser som regionala analyser. En rapporterad under- eller överdödlighet kan således bero på att man lokalt tillämpar andra kriterier än vad som är gängse i andra delar av landet. Det kan t.ex. gälla benägenheten att kategorisera ett dödsfall som suicid eller som oklart uppsåt.

Vidare kan en ökning eller minskning av avsiktliga självdestruktiva handlingar som kräver sjukhusvård inte heller direkt tolkas som en reell ökning eller minskning. Eftersom registreringen från öppenvården fortfarande har för stora brister för att kunna tjäna som underlag för statistik kan det inte uteslutas att t.ex. en minskning av patienter i den slutna vården beror på att fler avsiktliga självdestruktiva handlingar tas om hand i öppenvård.

## Samlad värdering

Det kan konstateras att antalet suicid i Sverige minskat från 1980-talet fram till år 2003 för både män och kvinnor. Noterbart är dock att denna nedåtgående trend inte kan ses bland personer i åldersgruppen 15–24. Männerna i denna åldersgrupp visar en svag uppgång de senaste åren. År 2003 minskar dock suicidtalet. Det återstår att se om detta är ett trendbrott eller om det endast är en tillfällig nedgång. Kvinnor i åldersgruppen 15–24 år visar varken på en nedgång eller på en uppgång under den observerade perioden, utan suicidtalet har legat relativt stabilt hela perioden. Det kan dock konstateras att andelen suicid i åldersgruppen 15–24 är lägre än bland samtliga äldre åldersgrupper.

Bland män i åldern 15–44 år är suicid den vanligaste dödsorsaken. På senare år har dock dödsfall till följd av olycksfall legat på samma nivå som suicid. Det rör sig främst om transportolyckor och oavsiktlig förgiftning. Bland kvinnor, i samma ålder, är suicid den näst vanligaste dödsorsaken efter tumörer. En förklarande orsak till det höga antalet suicid jämfört med andra dödsorsaker, bland personer 15–44 år, är att majoriteten av dessa personer är förhållandevis friska. Det är relativt få som dör i någon sjukdom. Detta är ändå en viktig grupp att tänka på i det suicidpreventiva arbetet.

Antalet vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling uppvisar en ökande tendens från slutet av 1990 fram till år 2004. Unga kvinnor i åldersgruppen 15–24 uppvisar en ökande tendens sedan början av 1990-talet. Ökningen är klart den kraftigaste bland samtliga åldersgrupper och är så stor som 74 procent, jämfört med 1991 års tal. Noterbart är att denna ökande tendens även återfinns bland yngre tonåringar (13–17 år), i synnerhet bland flickor.

Det höga och ökande antalet avsiktliga självdestruktiva handlingar som leder till behandling inom slutna vård bland unga kvinnor är oroande, även om en stor andel av dessa handlingar inte tycks vara kopplade till hög suicidrisk (32). Än mer oroande är den tillåtande attityden som antagits vara en central social faktor bakom unga kvinnors höga tal, där avsiktliga självde-

struktiva handlingar med icke dödlig utgång förknippas med feminint och ungdomligt beteende (35).

# Referenser

---

1. de Faire U, Friberg L, Lorich U, Lundman T. A validation of cause-of-death certification in 1156 deaths. *Acta Med Scand* 1976; 200:233–228.
2. Nilsson AC, Spetz C-L, Carsjö K, Nigtingale R, Smedby B. Slutenvårdsregistrets tillförlitlighet. Diagnosuppgifterna bättre än sitt rykte. *Läkartidningen* 1994; 91:598–605.
3. Beskow J, Allebeck P, Wasserman D, Åsberg M. Självmord i Sverige. En epidemiologisk översikt. Stockholm, Medicinska Forskningsrådet 1993.
4. Comparability and Quality Improvement of European Causes of Death Statistics. Final Report, 2001. EDC DGV/F3 SOC 98 20108.
5. Djupstudie över dödsolyckor i södra Sverige 1997–2002, Vägverket 2003.
6. Kessel N. Psychiatric aspects of acute barbiturate poisoning. In: Matthew H, ed. *Acute barbiturate poisoning*. Excerpta Medica (Amsterdam) 1971: 269–290.
7. Åberg A, Karlsson A, Rosén M. Ökar självmorden bland ungdomar? Statistiken bör tolkas med försiktighet. *Läkartidningen* 1998; 95:5656–5659.
8. Kiemo K. Towards a socio-economic and demographic theory of elderly suicide. A comparison of 49 Countries at various Stages of development. Uppsala, Uppsala University 2004.
9. Rättsmedicinalverket. Den svenska rättsmedicinens utveckling. Historik, nuläge och framtid. RMV-rapport 1997:1. Stockholm 1997.
10. Kposowa AJ, McElvain JP. Gender, place, and method of suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:435–443.
11. Cantor CH. Suicide in the Western World. In: Hawton K & van Heeringen K, ed. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley. 2000: 9–28.
12. Att följa och analysera självmord. EpC-rapport 2000:2. Epidemiologisk Centrum, Socialstyrelsen 2000.

13. Clarke RV, Lester D. Suicide – Closing the Exits. Springer Verlag, New York 1989.
14. Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention. Stockholm, Nationella rådet för självmordprevention 1995
15. Mäkinen IH. Självmordens geografiska fördelning i Sverige. YMER 2006 (Katastrof):251–268.
16. Poissonregression bättre än  $\chi^2$ -test. Självmordsfrekvens på Gotland utgångspunkt för analys av förändringar av sällsynta händelser. Läkartidningen 2001; 98:433–436.
17. Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer. A 2005:19. Statens Folkhälsoinstitut 2005.
18. Särbehandlad och kränkt Folkhälsoinstitutet. En rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa. R 2005:49. Statens Folkhälsoinstitut 2005, s. 17.
19. Folkhälsorapport 2001. Socialstyrelsen 2001, s. 334.
20. Ferrada–Noli M, Åsberg M, Ormstad K, Nordström P. Definite and undertermined forensic diagnoses of suicide among immigrants in Sweden. Acta Psychiatr Scand 1995; 91:130–135
21. Johansson L, Sundquist J, Johansson S–E, Qvist J, Bergman B. The influence of ethnicity and social and demographic factors on Swedish suicide rates. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997; 32:165–75
22. NCO/Räddningsverket. Suicid och samhällsekonomiska kostnader. NCO 2004:7. Karlskoga: Räddningsverket, 2004.
23. Gilljam H. Prevention inom hälso- och sjukvården. Fokusrapport. Medicinskt programarbete. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2006.
24. Barns och ungdomars psykosociala hälsa. Kommunförbundet Skåne. Region Skåne. Hälso- och sjukvårdsprogram, 2003.
25. Suicid och samhällsekonomiska kostnader. NCO 2004:7. NCO/Räddningsverket, Karlstad 2004.
26. Sjöberg G, Irestedt B, Persson H. Akuta förgiftningar bland vuxna och ungdomar år 2000. Gynnsam utveckling– men oroande vad gäller narkotika och analgetika. Läkartidningen 2005; 102:3125–3129.

27. Årsrapport ADAD 05 Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 2005. Tabeller. Statens Institutionsstyrelse 2006, s 60.
28. Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen 2005, s. 143.
29. Mäkinen IH. On Suicide in European Countries. Some theoretical, legal and historical views on suicide mortality and its concomitants. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1997.
30. Sainsbury P, Jenkins JS. The accuracy of officially reported suicide statistics for purposes of epidemiological research. *J Epidemiol Comm Health* 1982; 36:43–48.
31. Lester D. Miscounting suicides. *Acta Psychiatr Scan* 1992; 85:15–16
32. Health Statistics in the Nordic Countries 2003. NOMESCO 2003.
33. Rosén M, Nystöm L, Wall S. Guidelines for regional mortality analysis: an epidemiological approach to health planning. *International Journal of Epidemiology* 1985; 14: 293–299.
34. Rosén M. Frågeschema vid lokal dödsorsaksanalys – ett hjälpmedel för primärvården. *Allmän Medicin* 1983; 1: 29–32.
35. Skogman K. Understanding Suicidality. Suicide risk, sex differences and views of suicide attempters. Department of Clinical Sciences, Lund, Psychiatry. Lund University 2006.



# Bilagor

---

## Förteckning över kommungrupper

### **Storstäder**

Göteborg, Malmö och Stockholm

### **Förortskommuner**

Ale, Bollebygd, Botkyrka, Burlöv, Danderyd, Ekerö, Haninge, Huddinge, Håbo, Härryda, Järfälla, Kungsbacka, Kungälv, Lerum, Lidingö, Lilla Edet, Lomma, Mölndal, Nacka, Partille, Salem, Skurup, Sollentuna, Solna, Staffanstorps, Sundbyberg, Svedala, Tjörn, Tyresö, Täby, Upplands Väsby, Upplands-Bro, Vallentuna, Vaxholm, Vellinge, Värmdö, Öckerö, Österåker

### **Större städer**

Borås, Eskilstuna, Falun, Gävle, Halmstad, Helsingborg, Jönköping, Kalmar, Karlskrona, Karlstad, Kristianstad, Linköping, Luleå, Lund, Norrköping, Skellefteå, Sundsvall, Södertälje, Trollhättan, Umeå, Uppsala, Varberg, Västerås, Växjö, Örebro, Örnköldsvik, Östersund

### **Pendlingskommuner**

Bjuv, Boxholm, Bromölla, Eslöv, Essunga, Forshaga, Gagnef, Gnesta, Grästorp, Habo, Hammarö, Höganäs, Hörby, Höör, Kil, Knivsta, Krokoms, Kumla, Kungsör, Kävlinge, Lekeberg, Mullsjö, Munkedal, Mörbylånga, Norberg, Nykvarn, Nynäshamn, Orust, Sigtuna, Sjöbo, Stenungsund, Storfors, Svalöv, Säter, Söderköping, Timrå, Trosa, Vänersborg, Vännäs, Åstorp, Älvkarleby

### **Glesbygdskommuner**

Arjeplog, Arvidsjaur, Berg, Bjurholm, Bräcke, Dals-Ed, Dorotea, Gällivare, Härjedalen, Jokkmokk, Ljusdal, Lycksele, Malung, Malå Nordmaling, Norsjö, Ockelbo, Orsa, Ovanåker, Pajala, Ragunda, Robertsfors, Rättvik, Sorsele, Storuman, Strömsund, Torsby, Vansbro, Vilhelmina, Vindeln, Ydre, Ånge, Åre, Årjäng, Åsele, Älvdalen, Älvsbyn, Överkalix, Övertorneå

### **Varuproducerande kommuner**

Alvesta, Emmaboda, Fagersta, Finspång, Gislaved, Gnosjö, Grums, Götene, Herrljunga, Hofors, Hylte, Laxå, Lessebo, Ljungby, Markaryd, Mönsterås, Nybro, Nässjö, Olofström, Osby, Oskarshamn, Oxelösund, Perstorp, Sotenäs, Surahammar, Svenljunga, Sävsjö, Tibro, Tranemo, Tranås, Ulricehamn, Uppvidinge, Vaggeryd, Vara, Vetlanda, Vårgårda, Värnamo, Älmhult, Örkelljunga, Östra Göinge

### **Övriga kommuner, mer än 25 000 inv.**

Alingsås, Arvika, Boden, Bollnäs, Borlänge, Enköping, Falkenberg, Falköping, Gotland, Hudiksvall, Härnösand, Hässleholm, Karlshamn, Karlskoga, Katrineholm, Landskrona, Lidköping, Ludvika, Mark, Mjölby, Motala, Norrtälje, Nyköping, Piteå, Ronneby, Sandviken, Skövde, Strängnäs, Söderhamn, Trelleborg, Uddevalla, Västervik, Ystad, Ängelholm

### **Övriga kommuner, 12 500–25 000 inv.**

Arboga, Avesta, Båstad, Eksjö, Flen, Hagfors, Hallsberg, Hallstahammar, Heby, Hedemora, Hulstafred, Kalix, Kiruna, Klippan, Kramfors, Kristinehamn, Köping, Laholm, Leksand, Lindesberg, Lysekil, Mariestad, Mora, Sala, Simrishamn, Skara, Sollefteå, Sunne, Säffle, Sölvesborg, Tidaholm, Tierp, Tingsryd, Tomelilla, Vimmerby, Åmål, Östhammar

### **Övriga kommuner, mindre än 12 500 inv.**

Aneby, Askersund, Bengtsfors, Borgholm, Degerfors, Eda, Filipstad, Färgelanda, Gullspång, Haparanda, Hjo, Hällefors, Högsby, Karlsborg, Kinda, Ljusnarsberg, Mellerud, Munkfors, Nora, Nordanstig, Skinnskatteberg, Smedjebacken, Strömstad, Tanum, Torsås, Töreboda, Vadstena, Valdemarsvik, Vingåker, Åtvidaberg, Ödeshög





