



**Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för
suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa**

NASP 2004

Rapport
Själv mord i Stockholms län

**Westerlund, Michael
Jiang, Guo-Xin
Wasserman, Danuta**

© NASP – 2004

Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning
och prevention av psykisk ohälsa

Box 230

171 77 Stockholm

Tfn: 08/524 870 26

E-post: suicid.forskning@ipm.ki.se

www.folkhalsoguiden.se – www.ki.se/suicide

INNEHÅLL

1. Inledning	3
1.1. NASP	3
1.2. Kartläggning av självmord	5
1.3. Ambivalens till självmordsproblematik och självmordsprevention	5
1.4. Självmordsförebyggande strategier.....	5
1.5. Några exempel på forskning och utvärdering av självmordspreventiva åtgärder.....	6
2. Material och metod	7
2.1. Registrering av ett självmord.....	7
2.2. Mätmetoder	8
2.3. Geografisk indelning	9
2.4. Befolkning.....	9
3. Självmord i Stockholms län och i Sverige	11
3.1. Dödsorsaker	11
3.2. Årscykel	11
3.3. Självmordsmetoder	11
3.4. Självmordstal i Stockholm.....	14
4. Självmordsutvecklingen per sjukvårdsområde	15
4.1. Norra sjukvårdsområdet	16
4.2. Nordöstra sjukvårdsområdet	18
4.3. Sydöstra sjukvårdsområdet	20
4.4. Södra sjukvårdsområdet	21
4.5. Sydvästra sjukvårdsområdet	23
4.6. Nordvästra sjukvårdsområdet	24
5. Referenser	26

1. INLEDNING

1.1. NASP

NASP är statens och Stockholms läns landstings centrala expertenhet inom självmordsforskning och prevention av psykisk ohälsa. Det nationella ansvaret tillkom genom ett riksdagsbeslut 1993. Sedan 1997 är centret knutet till WHO som *Collaborating Centre for Suicide Research and Prevention* och ingår i WHO:s ledningsgrupp för samordning av världsomspännande självmordsförebyggande forsknings- och utbildningsaktiviteter.

NASP arbetar med insamling och förmedling av kunskap samt initierar och bedriver forsknings- och utvecklingsprojekt avseende insatser för att främja och förebygga psykisk ohälsa och ytterst självmord. Centret är samordnare för ett nationellt nätverk för självmordsprevention bestående av sex regionala nätverk. Nätverket för stockholmsregionen leds av centret.

NASP:s verksamhet kan delas in i fyra huvudområden: *forskning och utveckling, epidemiologisk bevakning, information och utbildning.*

Forskning och utveckling

NASP har sin forskningsanknytning till IPM och universitetsanknytning till Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Stressavdelningen. De huvudområden vi studerar är:

- Samspelet mellan psykosociala stressfaktorer och genetiska faktorer hos personer med suicidalt beteende.
- Det suicidala beteendets epidemiologi och studier av den suicidala processen.
- Effekter av interventioner att förebygga psykisk ohälsa på arbetsplatser (inom hälso- och sjukvården) samt i befolkningen (skolan).

Epidemiologisk bevakning

En viktig del i NASP:s arbete är att följa utvecklingen av självmord och självmordsförsök. Den klinisk/epidemiologiska bevakningen omfattar identifiering av riskgrupper, risksituationer och riskmiljöer. Olika projekt bedrivs för att utveckla kunskaperna inom självmordsepidemiologin. Exempel på sådana är en multicenterstudie vid Huddinge sjukhus i WHO:s regi avseende självmordsförsök och olika registerstudier avseende psykosociala faktorer och självmordsbeteende.

Information

Stor vikt läggs vid att sprida forskningsresultat och annan information om självmordsproblematik, självmordsprevention och psykisk ohälsa. Därför har NASP en omfattande hemsida på svenska och engelska. Informationen omfattar också olika typer av skriftligt material, såsom läroböcker och rapporter. Under 2003 publicerade centret tre olika läroböcker, fyra rapporter samt ett

antal artiklar både i vetenskapliga tidskrifter och i annan press. NASP anordnar även en nationell konferens om självmordsprevention vartannat år.

Utbildning

Viktiga målgrupper för NASP:s utbildningsverksamhet är massmedia, politiker, ansvariga för folkhälsopolicy frågor och forskare inom suicidologi, psykiatri, psykologi, folkhälsovetenskap och relaterade discipliner. I NASP:s utbildningar ingår bl.a:

- En kurs om självmordsförebyggande arbete som vänder sig till dem som arbetar inom primärvården, social verksamhet, polisen, kriminalvården, kyrkan, frivilligorganisationer samt till politiker och personer som arbetar med folkhälsopolicyfrågor. Föreläsningsserien sträcker sig över ett år och riktar sig främst till personal inom Stockholms läns landsting.
- NASP:s 15 p. kurs i suicidologi. Målgruppen är läkare, psykologer, socionomer, sjuksköterskor och annan personal inom barn- och vuxenpsykiatri, primärvård och social verksamhet som i sitt arbete möter självmordsnära individer. Målet är att genom ökade suicidologiska kunskaper förbättra omhändertagandet av självmordsnära patienter och förebygga självmord. Kursen innehåller en orientering i aktuell suicidologisk forskning och vetenskapligt utvärderat självmordsförebyggande arbete. Självmordsproblematik bland ungdomar och unga vuxna uppmärksammas särskilt. Även historiska och filosofiska perspektiv på självmord och frågor kring liv och död presenteras. I denna kurs, som har utvärderats i doktorsavhandlingen *An evaluation of a programme for training trainers in psychiatric clinical work* (Ramberg, 2003), deltar främst personal från hälso- och sjukvården inom Stockholms läns landsting.
- NASP har på uppdrag av WHO skapat två föreläsningsmoduler; en som omfattar föreläsningar om (a) den suicidala processen, (b) samhällsbaserad, primär självmordsprevention och (c) individbaserad, sekundär självmordsprevention. Den andra undervisningsmodulen tar upp etiska aspekter vid prevention av a) våld, b) skador och c) självdestruktiva handlingar. Föreläsningarna kommer att kunna distribueras och användas internationellt i 192 länder i världen.
- Vid NASP bedrivs två självmordspreventiva program för skolelever: *Livskompetens – Mentalt förebyggande hälsovård* och *Kärleken är den bästa kicken*. I det förstnämnda utbildades lärare och övrig skolpersonal i psykisk hälsovård och i självmordsprevention. Eleverna får sedan ta del av ett undervisningsmaterial som består av följande teman: (1) Känsloernas påverkan på hälsan; (2) Stress under skolorn; (3) Integritet och identitetsutveckling; (4) Psykisk kris; (5) Mobbning; (6) Depressioner hos unga; (7) Självmordsproblematik; (8) Musik, bild och poesi; (9) Ett helhetsseende på hälsa (medicinskt, psykologiskt och socialt); (10) Klassens psykosociala arbetsmiljö. *Kärleken är den bästa kicken* utgår i grunden från en film där fyra ungdomar berättar om hur de klarat av sina liv, sina kriser, sina självmordstankar och självmordsförsök. Deras

berättelser avvägs så att de speglar ungdomars existentiella villkor i allmänhet och bearbetning av självmordsbeteenden i synnerhet. I materialet ingår även två manualer, den ena är en handledning för den som visar filmen, den andra ska delas ut till eleverna. Genom att även visa filmen för föräldrar, lärare och annan skolpersonal kan dessa grupperas kunskaper om den suicidala processen ökas och beredskapen för att hjälpa elever som befinner sig i svåra livssituationer förbättras. Båda programmen har implementerats och utvärderats i skolor inom Stockholms län.

1.2. Kartläggning av självmord

Anledningen till att kartlägga självmord är för att på bästa sätt designa och implementera preventiva åtgärder. Det är sedan en längre tid känt att det finns stora skillnader i självmordstal mellan olika länder men även mellan olika regioner i ett och samma land. Orsakerna till detta är inte alltid kända, men generellt kan sägas att kulturella och sociodemografiska skillnader, inklusive köns- och åldersskillnader, är av betydelse.

1.3. Ambivalens till självmordsproblematik och självmordsprevention

Självmord och självmordsförsök har historiskt sett varit föremål för kraftfulla sanktioner, både religiösa och juridiska. Fortfarande är självmord ett tabubelagt ämne omgivet av skuld- och skamkänslor. Det finns även en tydlig ambivalens hos politiker och beslutsfattare vad gäller självmordsproblematik och självmordsprevention. Självmord ses ofta som ett unikt individuellt problem eller som ett så komplext ämne att det inte går att göra något åt. Detta står i skarp kontrast till den forskning, erfarenhet och kunskap inom fältet, som visar att självmord och självmordsförsök går att förebygga.

1.4. Självmordsförebyggande strategier

Självmordsprevention kan bedrivas dels utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, dels utifrån ett folkhälsoperspektiv. Det är av stor vikt att dessa perspektiv förenas så att gemensamma strategier kan utarbetas. Vad gäller hälso- och sjukvården bör strategierna inkludera identifiering av individer som befinner sig i riskzonen för självmordshandlingar, diagnostisering samt tillgång till vård och behandling. Utifrån ett folkhälsoperspektiv måste strategier utformas för spridning av kunskaper, förändring av attityder, implementering av självmordspreventiva program och handlingsplaner, kontroll av de redskap och medel som används vid självmord samt en ansvarsfull medierapportering om självmordshändelser (Wasserman, 2001).

1.5. Några exempel på forskning och utvärdering av självmordspreventiva åtgärder

Det finns belägg för att en effektiv behandling av allvarigare psykiska sjukdomar som depression, bipolär sjukdom och schizofreni kan reducera antalet självmord och självmordsförsök. Det är dock viktigt att noggrant följa upp de bieffekter som den antidepressiva medicineringen kan ge, speciellt temporärt ökad ångest hos patienten. I de självmordspreventiva åtgärderna bör det ingå att omsorgsfullt bevaka både doseringen av medicin och den psykosociala rehabiliteringen. Hindren för en fungerande självmordsprevention kan vara många, exempelvis en dåligt fungerande sjukvård, ständiga omorganiseringar, ekonomiska neddragningar, bristande kunskaper och en negativ attityd gentemot självmordspatienter och självmordsprevention. Det har dock visat sig att genom utbildning och träning av personal inom psykiatrin kan man förbättra kunskaperna och förändra attityderna till självmordspatienter. Detta medför även ett bättre arbetsklimat och stärker självkänslan hos personalen (Ramberg, 2003).

Kognitiv beteendeterapi (KBT) och dialektisk beteendeterapi (DBT) har visat sig vara effektiva metoder för att motverka upprepade självmordsförsök. Att överhuvudtaget följa upp individer som utfört självmordsförsök kan reducera antalet upprepningar. Forskning har också visat att självmordsförsöken minskar när tillgängligheten till akuthjälp är god (Hawton et al, 1998).

En hög alkoholkonsumtion i befolkningar har visat sig vara nära kopplat till höga självmordstal. När alkoholkonsumtionen drastiskt minskade och tillgången till vård och rehabilitering ökade under perestrojkan i det forna Sovjetunionen hade detta en starkt preventiv inverkan på självmord bland män. Antalet självmord bland män minskade med 40 % under åren 1984-1986 (Wasserman et al, 1998). Denna markanta nedgång var tydlig i alla 15 sovjetrepubliker, medan antalet självmord i Europa under samma period endast minskade med 3 %.

Miljöinriktade insatser är av stort värde inom det självmordspreventiva området. Att ha ett fungerande regelverk och en god kontroll över exempelvis skjutvapen, farliga mediciner, bekämpningsmedel och giftiga och explosiva ämnen har visat sig ha en klart självmordspreventiv effekt. En balanserad och saklig medierapportering om självmordshandlingar är ytterligare ett exempel på strategier som visat sig vara betydelsefulla för att förebygga självmord (Leenaars, 2001). Det finns också belägg för att noggrant och ambitiöst utformade självmordspreventiva program för skolor kan signifikant minska antalet självmord och självmordsförsök bland skolelever (Wasserman & Narboni, 2001).

2. MATERIAL OCH METOD

2.1. Registrering av ett självmord

När en person har avlidit skickas ett dödsbevis från läkaren till den lokala skattemyndigheten. Detta bevis innehåller endast uppgift om att personen har avlidit, dödsdatum samt vilken läkare som har haft hand om fallet. Det innehåller således ingen information om dödsorsak. Anledningen till att lokala skattemyndigheten får beviset är för att en del praktiska detaljer, t.ex. begravning, snabbt ska kunna ordnas. Dessutom stryks personen ur folkbokföringen när lokala skattemyndigheten får dödsbeviset.

Då en person har avlidit skickas även ett intyg om dödsorsak från läkaren till Statistiska centralbyrån. Där granskas intyget och registreras enligt den internationella dödsorsaksklassifikationen (ICD-10). Därefter förs uppgifterna in i dödsorsaksregistret, vilket Socialstyrelsen ansvarar för. De handhar också arkiveringen av intygen av dödsorsak. Dödsorsaksregistret omfattar samtliga avlidna personer som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige. Detta medför att svenskar som vistas utomlands inkluderas och personer som tillfälligt vistas i Sverige exkluderas i dödsorsaksstatistiken.

Dödsfallen grupperas efter dödsorsak. Självmord klassificeras i någon av dessa åtta huvudkategorier:

- Förgiftning med fasta och flytande ämnen.
- Förgiftning med gaser och ångor (främst bilavgas)
- Hängning
- Dränkning.
- Skjutning
- Stickande och skärande föremål
- Hopp från hög höjd
- Annat sätt (främst hopp framför föremål i rörelse)

1969 tillkom en ny kategori, "osäkra självmord", i dödsorsaksstatistiken. Den används om det är tveksamt huruvida skadan som ledde till dödsfallet har uppkommit genom olycka eller uppsåt. Flera studier av dödsfall i denna kategori visar att omkring 70 % av dessa dödsfall utgörs av självmord (Beskow et al, 1993). Detta är anledningen till att de "säkra" och "osäkra" självmord här redovisas tillsammans. Under perioden 1990-1997 var andelen osäkra självmord cirka 25 % av alla självmord i Sverige.

Skillnaderna i andelen "osäkra självmord" är relativt stora för olika självmordsmetoder. Av de självmord som skett i Sverige mellan 1990 och 1997 med metoden förgiftning med fasta och flytande ämnen, utgjorde "osäkra självmord"

mord" 52 % för män och 34 % för kvinnor. Andelen "osäkra självmord" begångna med mer aktiva metoder, såsom hängning och skjutning, ligger mellan 0 och 3 %.

2.2. Mätmetoder

Datamaterialet i denna rapport kommer ursprungligen från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och befolkningsuppgifterna från SCB. Ur dödsorsaksregistret har uppgifter hämtats angående alla "säkra" (E950-E959 enligt ICD-8 eller ICD-9 klassifikationen samt X60-X84 enligt ICD-10) och "osäkra" (E980-E989 enligt ICD-8 eller ICD-9 samt Y10-Y34 enligt ICD-10) självmord för individer från 15 år och äldre. Totalt inträffade 7920 självmord i länet under denna period, varav 5029 (63,5 %) var begångna av män och 2891 (36,5 %) av kvinnor.

Ett vanligt sätt att presentera självmordsstatistik är med hjälp av s.k. självmordstal. Detta innebär att man redovisar antalet självmord per 100 000 invånare och år för en studerad befolkningsgrupp. Genom att använda självmordstal blir jämförelser över tid och mellan olika områden relevanta trots att befolkningsstorleken varierar. Ibland kan jämförelser bli missvisande ändå. En väl känd faktor är kön. Självmord är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. Att ett område har ett högt självmordstal skulle helt enkelt kunna förklaras av att området har en ovanligt stor andel män. Stora skillnader i könsfördelningen är dock sällsynta och inte av relevans för data rörande Stockholms län.

2.3. Geografisk indelning

Förändringar av de administrativa gränserna för psykiatrisk vård har skett vid flera tillfällen under det tidsspänn som rapporten omfattar. I denna rapport används därför sjukvårdsområden (SO) så att jämförelser kan göras över tid. Efter 1999 har indelningen förändrats så att sjukvårdsområdena blivit större. Nedan följer en beskrivning av vilka kommuner som ingick i respektive sjukvårdsområde för den aktuella undersökningsperioden 1980 - 1999:

Nordvästra sjukvårdsområdet

- Sollentuna
- Solna
- Sundbyberg
- Sigtuna
- Järfälla
- Upplands Bro
- Upplands Väsby

Södra sjukvårdsområdet

- Enskede/Årsta
- Farsta
- Gamla Stan
- Skarpnäck
- Södermalm
- Vantör
- Stockholms stad

Nordöstra sjukvårdsområdet

- Danderyd
- Vaxholm
- Österåker
- Norrtälje
- Täby
- Vallentuna
- Lidingö stad

Sydvästra sjukvårdsområdet

- Huddinge
- Nykvarn
- Salem
- Hägersten
- Liljeholmen
- Södertälje
- Botkyrka
- Skärholmen
- Älvsjö i Stockholms stad

Norra sjukvårdsområdet

- Kungsholmen
- Norrmalm
- Östermalm
- Bromma
- Kista
- Rinkeby
- Spånga/Tensta
- Hässelby/Vällingby
- Ekerö kommun

Sydöstra sjukvårdsområdet

- Nacka
- Värmdö
- Tyresö
- Haninge
- Nynäshamn

2.4. Befolkning

Befolkningen i Stockholms län har ökat under 1980- och 1990-talen (tabell 1). Totala befolkningen i Stockholms län omfattade år 1999 totalt 1 467 625 invånare, varav 51,7 % var kvinnor.

Det befolkningsmässigt största sjukvårdsområdet var Norra SO med drygt 324 000 invånare och det minsta var det Nordöstra SO (180 000), tätt följt av det Sydöstra SO. Vad gäller kön fanns inga stora skillnader mellan de olika SO och det har inte heller skett några stora svängningar i könsfördelningen inom respektive SO.

Under undersökningsperioden ökade befolkningen i samtliga sjukvårdsområden. Totalt i länet ökade befolkningen mellan 1980 och 1999 med 18,1 %. Den kraftigaste tillväxten skedde i Sydöstra SO med 31,3 %.

Tabell 1. Ökning av befolkningen i Stockholms län under perioden 1980-1999; per sjukvårdsområde och totalt. Angivet i procent.

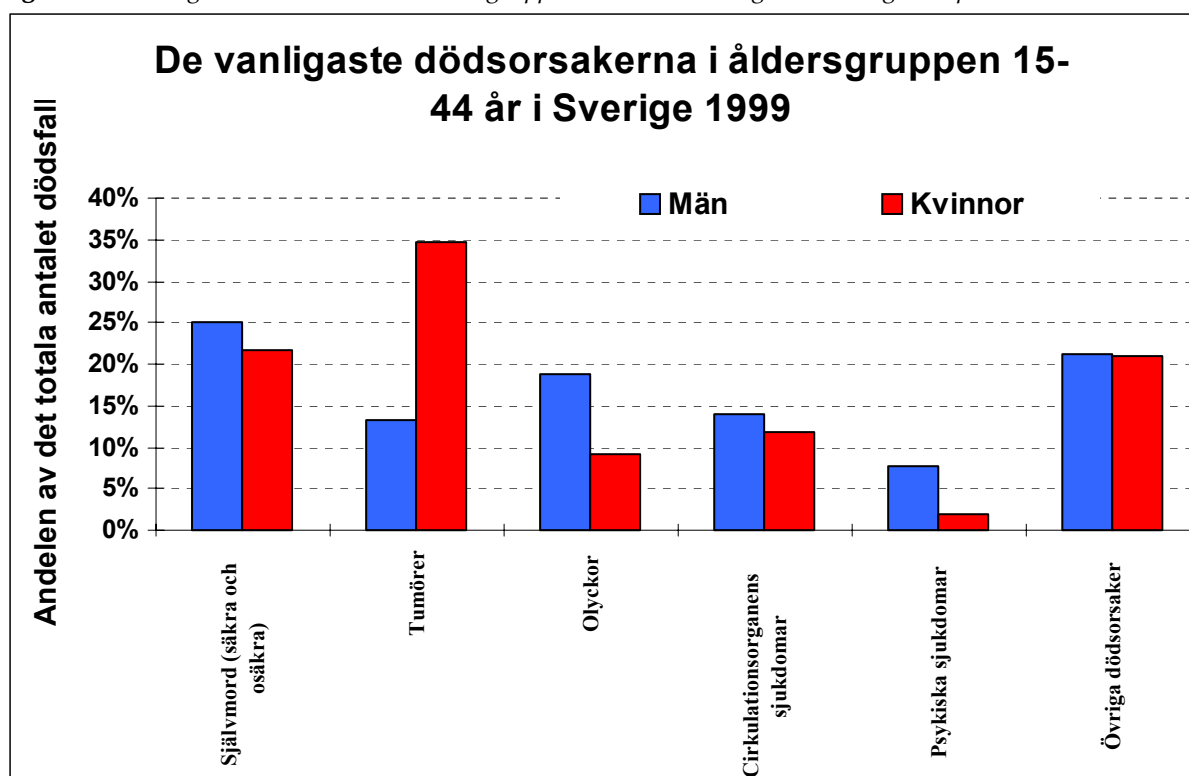
Kön	Sjukvårdsområde						
	Nordöstra SO	Nordvästra SO	Norra SO	Södra SO	Sydöstra SO	Sydvästra SO	Totalt
Män	25,1	22,1	19,3	13,5	29,7	12,6	19,4
Kvinnor	26,1	23,7	8,2	10,0	33,0	13,9	16,9
Totalt	25,6	22,9	13,2	11,6	31,3	13,3	18,1

3. Själv mord i Stockholms län och i Sverige

3.1. Dödsorsaker

Själv mord svarade för mer än 25 % av dödligheten bland män i åldersgruppen 15–44 år i Sverige under år 1999, vilket gör den till den enskilt största dödsorsaken. Bland kvinnor var den vanligaste dödsorsaken tumörsjukdomar (knappt 35 %), tätt följt av självmord med en andel på 22 % (figur 1). Det råder ingen tvekan om att självmord har en stor betydelse för mortaliteten i denna åldersgrupp och den bör följaktligen tas på stort allvar.

Figur 1. De vanligaste dödsorsakerna i åldersgruppen 15-44 år i Sverige 1999. Angivet i procent.



3.2. Årscykel

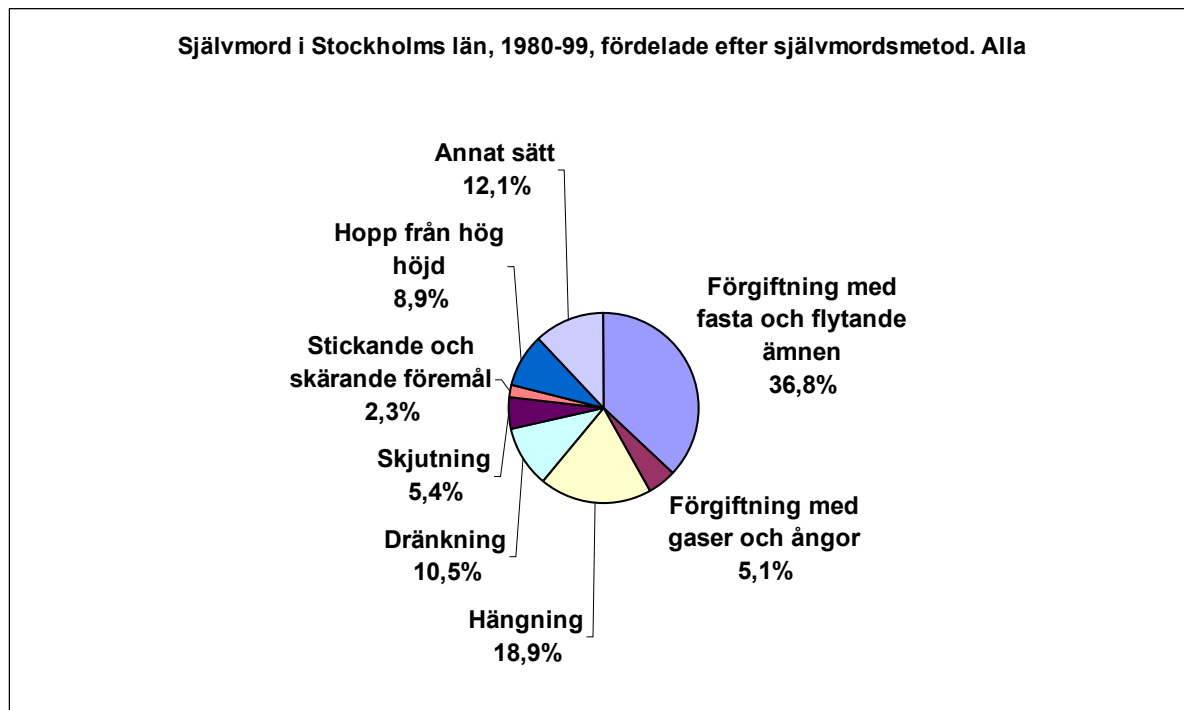
Tillgängliga data som insamlats under ett flertal år tyder på en viss periodicitet när det gäller självmord. Under kalenderåret kan två "toppar" urskiljas, en i maj månad och en i oktober månad. Sammanlagt har det under perioden 1980–1999 skett 704 självmord i maj och 708 i oktober. Som jämförelse kan nämnas att det under månaderna runt omkring de ovan nämnda skett runt 650 självmord.

3.3. Själv mordsmetoder

För Stockholms län gäller att förgiftning med fasta och flytande ämnen (oftast läkemedel) är det absolut vanligaste tillvägagångssättet, omkring 42 % av dödsfallen har skett med dessa metoder mellan åren 1980–1999 (figur 2). Hängning är den näst vanligaste metoden med nära 19 %. Dränkning förekommer i 10 % av fallen och

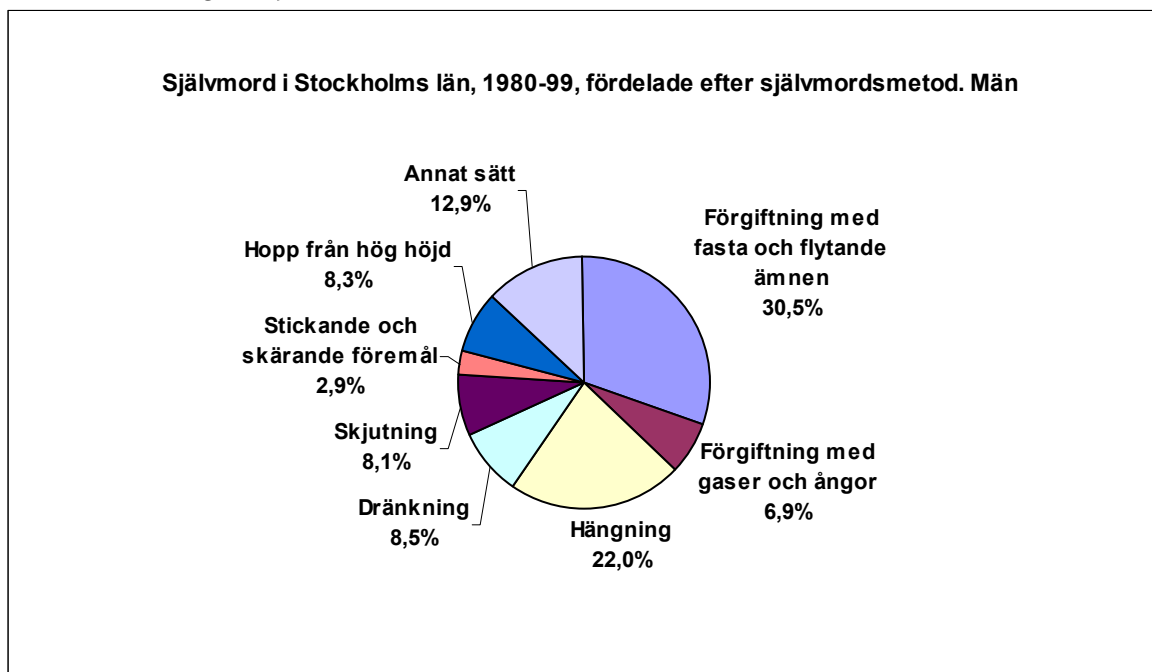
kategorin "Annat sätt" står för 12 % av självmordsdödligheten i Stockholms län. Kategorin "Annat sätt" innefattar bland annat metoder som att hoppa eller ligga framför ett rörligt föremål, såsom lastbil, buss eller tunnelbana.

Figur 2. Självmord i Stockholms län 1980-1999 fördelade efter självmordsmetod. Individer 15 år och äldre. Angivet i procent.

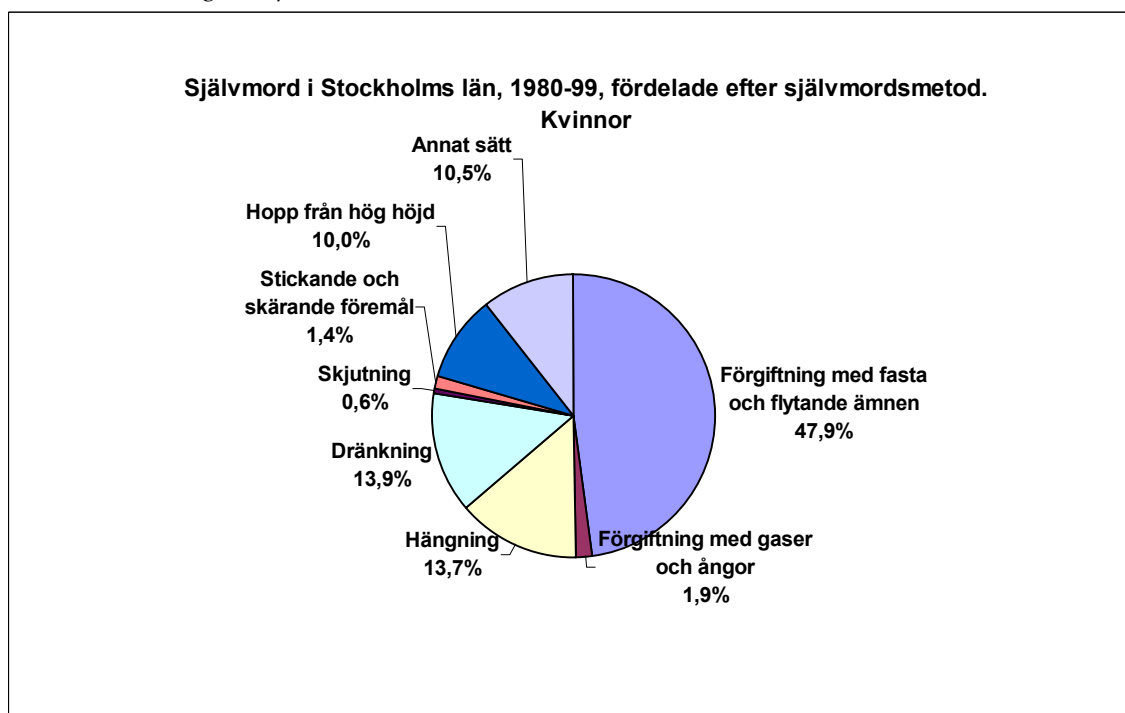


Den metod som väljs för att genomföra självmord varierar delvis med kön. Det var vanligare bland män att välja mer våldsamma självmordsmetoder, såsom hängning och skjutning (figur 3 och 4). Att förgifta sig är däremot något vanligare bland kvinnor.

Figur 3. Självord i Stockholms län 1980-1999 fördelade efter självmordsmetod. Män. Individer 15 år och äldre. Angivet i procent.



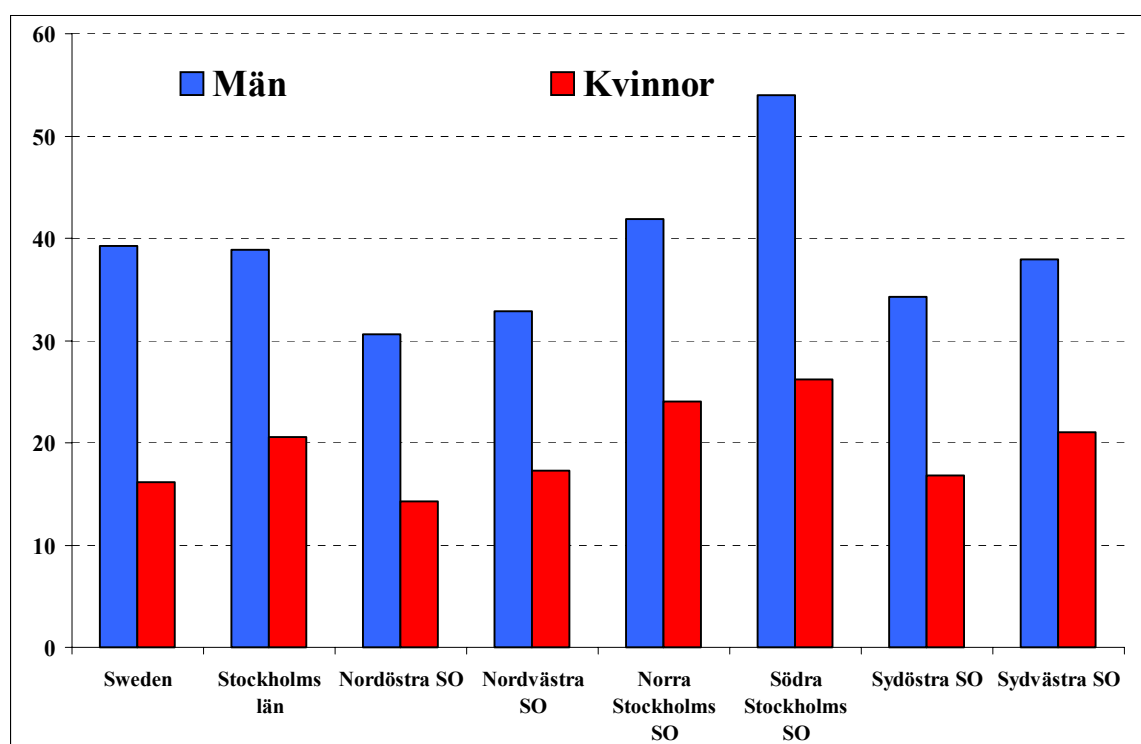
Figur 4. Självord i Stockholms län 1980-1999 fördelade efter självmordsmetod. Kvinnor. Individer 15 år och äldre. Angivet i procent.



3.4. Själv mordstal i Stockholm

Själv mordstalen för män i Stockholms län under perioden 1980–1999 är som riksnivån. För kvinnor är dock själv mordstalen i länet högre än för landet som helhet (figur 5). Stora skillnader kan observeras i de olika sjukvårdsområdena, där Nordöstra SO ligger klart lägst både för både män och kvinnor. Södra SO ligger absolut högst med ett själv mordstal på 55 för män och 27 för kvinnor (åldersstandardiserat). Könskvoterna i sig har legat ganska stabilt över tidsperioden och varierar mellan 1,7 och 2,1 för respektive SO. Stockholms läns könskvot över hela perioden 1980–1999 ligger på 1,9 medan rikets könskvot ligger på 2,4.

Figur 5. Själv mordstal (säkra och osäkra) per 100 000 invånare under perioden 1980-1999. Individier 15 år och äldre.



Totalt har själv mordstalen för Stockholms län gått ner från 40,4 per 100 000 invånare år 1980 till 20 per 100 000 invånare år 1999 (tabell 2). Detta innebär alltså en minskning med över 50 % under perioden. De största förändringarna skedde i Norra SO där själv mordstalen minskade med 65 % för den manliga befolkningen, samt i Södra SO där minskningen nästan var 57 % för kvinnor.

Tabell 2. Minskning av själv mordstalen i Stockholms län 1980-1999; per SO och totalt. Individier 15 år och äldre. Angivet i procent.

Kön	Sjukvårdsområde						
	Nordöstra SO	Nordvästra SO	Norra SO	Södra SO	Sydöstra SO	Sydvästra SO	Totalt
Män	40,9	64,6	65,0	55,9	45,2	40,0	53,8
Kvinnor	20,7	39,4	48,7	56,9	38,9	35,4	44,6
Totalt	35,3	54,8	58,2	56,0	43,6	38,6	50,4

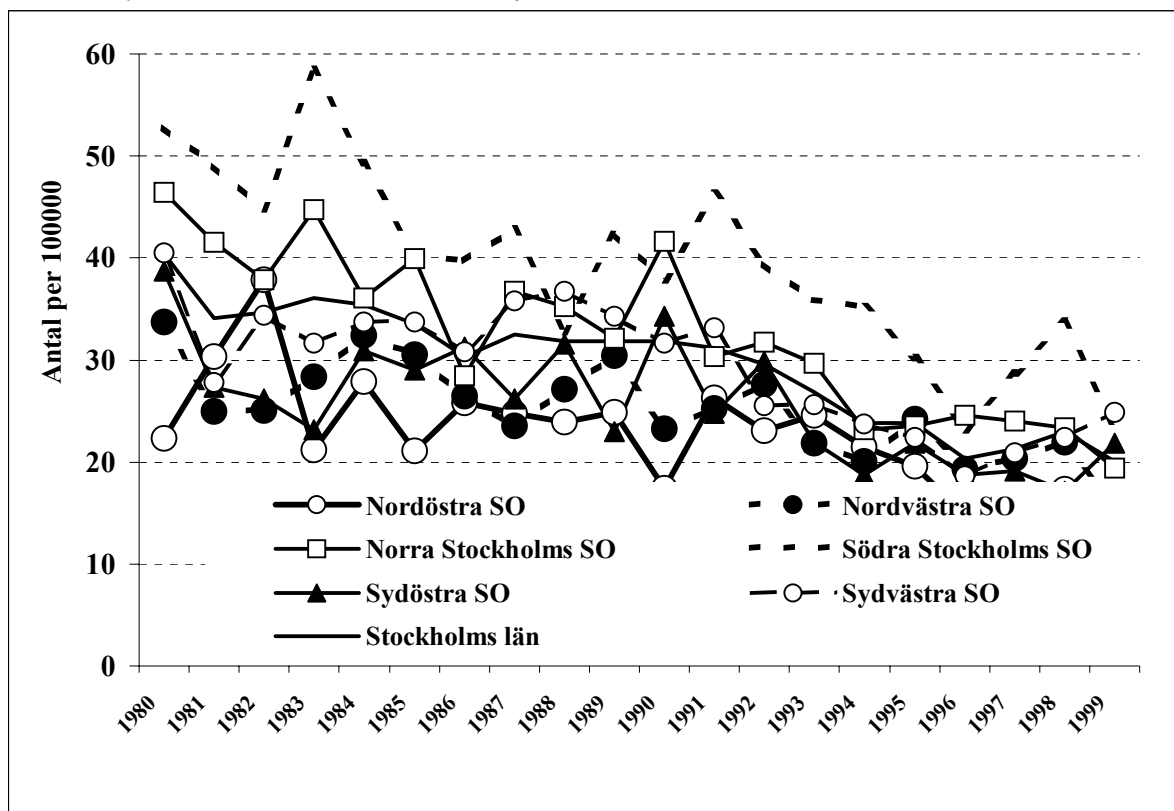
4. Självmondsutvecklingen per sjukvårdsområde

Tabell 2 och figur 6 nedan visar utvecklingen av självmordstalen i Stockholms län både totalt sett och per sjukvårdsområde mellan åren 1980–1999.

Tabell 3. Självmondsstal (säkra och osäkra) per 100 000 i Stockholms län fördelat efter Sjukvårdsområde (SO) under perioden 1980-1999. Avser antalen för 15 år och äldre, män och kvinnor

År	Nordöstra SO	Nordvästra SO	Norra SO	Södra SO	Sydöstra SO	Sydvästra SO	Totalt i Stockholms län
1980	22,4	33,7	46,4	52,9	38,7	40,5	40,4
1981	30,3	24,9	41,5	49,1	27,3	27,8	34,1
1982	37,9	25,1	37,8	44,8	26,2	34,4	34,7
1983	21,2	28,4	44,8	58,5	23,2	31,7	36,1
1984	27,9	32,4	36,0	49,4	30,9	33,7	35,5
1985	21,1	30,5	39,9	40,4	29,1	33,8	33,5
1986	25,8	26,5	28,4	39,7	31,2	30,8	30,3
1987	24,8	23,6	36,8	43,0	26,2	35,8	32,5
1988	23,9	27,1	35,3	32,8	31,5	36,7	31,9
1989	24,9	30,4	32,1	42,5	22,9	34,3	31,8
1990	17,4	23,3	41,7	37,9	34,3	31,6	31,8
1991	26,3	25,2	30,3	46,3	24,7	33,1	31,2
1992	23,1	27,6	31,7	39,5	29,8	25,6	29,6
1993	24,6	21,8	29,7	35,9	22,0	25,6	26,8
1994	21,5	20,0	23,2	35,3	18,7	23,7	23,8
1995	19,6	24,2	23,6	30,3	21,9	22,5	23,8
1996	14,8	19,3	24,6	23,1	18,8	18,6	20,3
1997	11,3	20,3	24,0	28,7	19,1	20,9	21,3
1998	17,4	22,0	23,4	33,8	17,2	22,5	23,0
1999	14,5	15,2	19,4	23,2	21,8	24,8	20,0

Figur 6. Självordstal (säkra och osäkra) per 100 000 i Stockholms län fördelat efter Sjukvårdsområde (SO) under perioden 1980-1999. Avser antalen för 15 år och äldre, män och kvinnor



4.1. Norra sjukvårdsområdet

Under tidsperioden 1980-1999 har det årligen skett mellan 63 och 133 självmord i Norra SO (tabell 4). Det motsvarar mellan 19 och 46 fall per 100 000 invånare och år. Som tidigare nämnts gäller detta för individer 15 år och äldre. Självordstalen i Norra SO har oftast legat över länets genomsnittliga nivå. Kvinnornas självmordstal har under så gott som hela den studerade perioden varit högre än det för länets kvinnor, medan självmordstalen för män visar en större variation i förhållande till länet (figur 7). Under perioden uppvisar Norra SO ett köns- och åldersstandardiserat genomsnittligt självmordstal på 32,5, vilket är högre än länets tal på 29,9. Norra SO hade under tidsperioden den lägsta könskvoten (1,7) i Stockholms län.

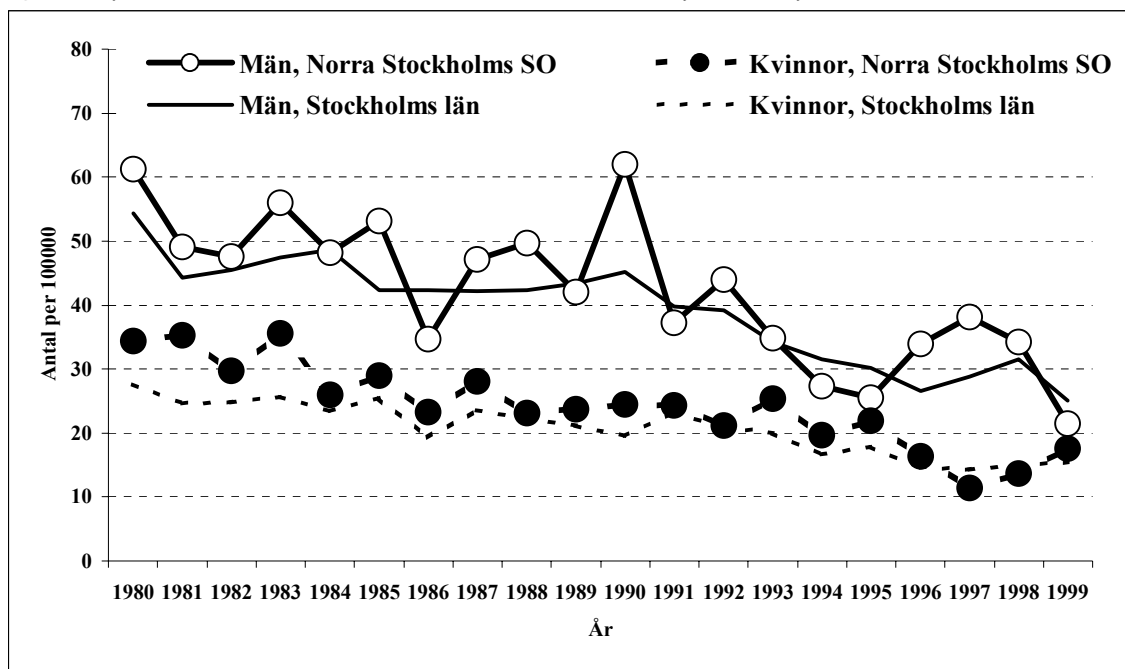
Det högsta självmordstalet för Norra SO (46,4) uppnåddes under år 1980 och det lägsta var under år 1999 med 19,4.

Självordstalen har minskat signifikant ($p < 0.001$) mellan perioderna 1980-1989 och 1990-1999 i Norra SO; från 38,5 till 27,1 fall per 100 000 invånare för samtliga (köns- och åldersstandardiserat), från 51,2 till 37,3 fall per 100 000 invånare för männen (åldersstandardiserat) och från 27,9 till 19,4 för kvinnorna (åldersstandardiserat).

Tabell 4. *Själv mord (säkra och osäkra) i Norra SO 1980-1999, avser antalet för 15 år och äldre*

År	Antal			Själv mordstal per 100 000		
	Män	Kvinnor	Total	Män	Kvinnor	Total
1980	79	54	133	61,2	34,3	46,4
1981	63	55	118	49,0	35,3	41,5
1982	62	47	109	47,6	29,8	37,8
1983	73	56	129	55,9	35,5	44,8
1984	63	41	104	48,1	26,0	36,0
1985	70	46	116	53,1	29,0	39,9
1986	46	37	83	34,7	23,2	28,4
1987	63	45	108	47,1	28,1	36,8
1988	67	37	104	49,8	23,1	35,3
1989	57	38	95	42,1	23,7	32,1
1990	84	39	123	61,9	24,4	41,7
1991	51	39	90	37,2	24,4	30,3
1992	61	34	95	44,0	21,1	31,7
1993	49	41	90	34,8	25,3	29,7
1994	39	32	71	27,2	19,6	23,2
1995	37	36	73	25,5	21,9	23,6
1996	50	27	77	33,9	16,3	24,6
1997	57	19	76	38,1	11,4	24,0
1998	52	23	75	34,3	13,6	23,4
1999	33	30	63	21,4	17,6	19,4

Figur 7. Själv mord i Norra SO och Stockholms län 1980-1999, fördelade efter kön



4.2. Nordöstra sjukvårdsområdet

Under tidsperioden 1980–1999 har det årligen skett mellan 20 och 56 självmord i Nordöstra SO (Tabell 5). Det motsvarar mellan 11 och 38 fall per 100 000 invånare och år. Nordöstra SO har haft ett lägre självmordstal än Stockholms län i genomsnitt.

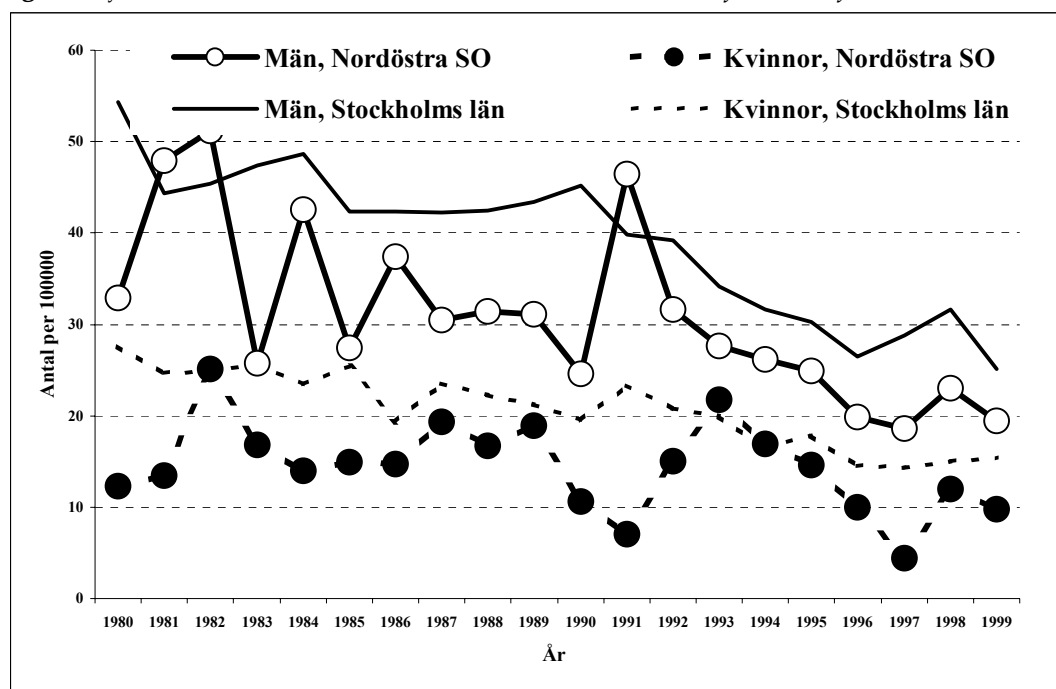
Nordöstra SO har haft de klart lägsta självmordstalen, både bland män och kvinnor (30,6 resp. 14,3), i Stockholms län (figur 8). Under denna tidsrymd noterades ett högsta självmordstal på 37,9 under år 1982 och ett lägsta på 11,3 registrerades år 1997. Könskvoten låg under riksgenomsnittet, dock var Nordöstra SO ett av två sjukvårdsområden i Stockholms län som hade den högsta könskvoten (2,1).

Mellan perioderna 1980–1989 och 1990–1999 har antalet självmord minskat med 73 och det köns- och åldersstandardiserade självmordstalet från 27,6 till 18,8. Denna minskning är signifikant ($p < 0.001$). Det åldersstandardiserade självmordstalet för män minskade signifikant ($p < 0.001$) från 39,8 till 26,3 mellan dessa perioder och för kvinnorna från 17,4 till 11,6 ($p < 0.01$).

Tabell 5. Själv mord (säkra och osäkra) i Nordöstra SO 1980-1999, avser antalet för 15 år och äldre

År	Antal			Själv mordstal per 100 000		
	Män	Kvinnor	Total	Män	Kvinnor	Total
1980	23	9	32	32,9	12,3	22,4
1981	34	10	44	47,9	13,5	30,3
1982	37	19	56	51,2	25,1	37,9
1983	19	13	32	25,8	16,9	21,2
1984	32	11	43	42,6	13,9	27,9
1985	21	12	33	27,4	15,0	21,1
1986	29	12	41	37,4	14,7	25,8
1987	24	16	40	30,5	19,3	24,8
1988	25	14	39	31,4	16,8	23,9
1989	25	16	41	31,1	19,0	24,9
1990	20	9	29	24,6	10,6	17,4
1991	38	6	44	46,5	7,0	26,3
1992	26	13	39	31,6	15,0	23,1
1993	23	19	42	27,6	21,7	24,6
1994	22	15	37	26,2	17,0	21,5
1995	21	13	34	24,9	14,6	19,6
1996	17	9	26	19,9	10,0	14,8
1997	16	4	20	18,5	4,4	11,3
1998	20	11	31	23,0	12,0	17,4
1999	17	9	26	19,4	9,8	14,5

Figur 8. Själv mord i Nordöstra SO och Stockholms län 1980-1999, fördelade efter kön



4.3. Sydöstra sjukvårdsområdet

Under tidsperioden 1980–1999 har det årligen skett mellan 31 och 56 självmord i området (tabell 6). Antalet självmord per 100 000 invånare har varierat mellan 17 och 39. Sydöstra SO har under perioden i allmänhet haft ett lägre självmordstal än länets genomsnitt, både för män och för kvinnor (figur 9). Under perioden 1980–1999 uppvisar området ett köns- och åldersstandardiserat genomsnittligt självmordstal på 26,3, vilket är lägre än hela länets tal på 29,9. Det högsta självmordstalet är från studiens första år, 1980, och det lägsta från 1998 (17,2).

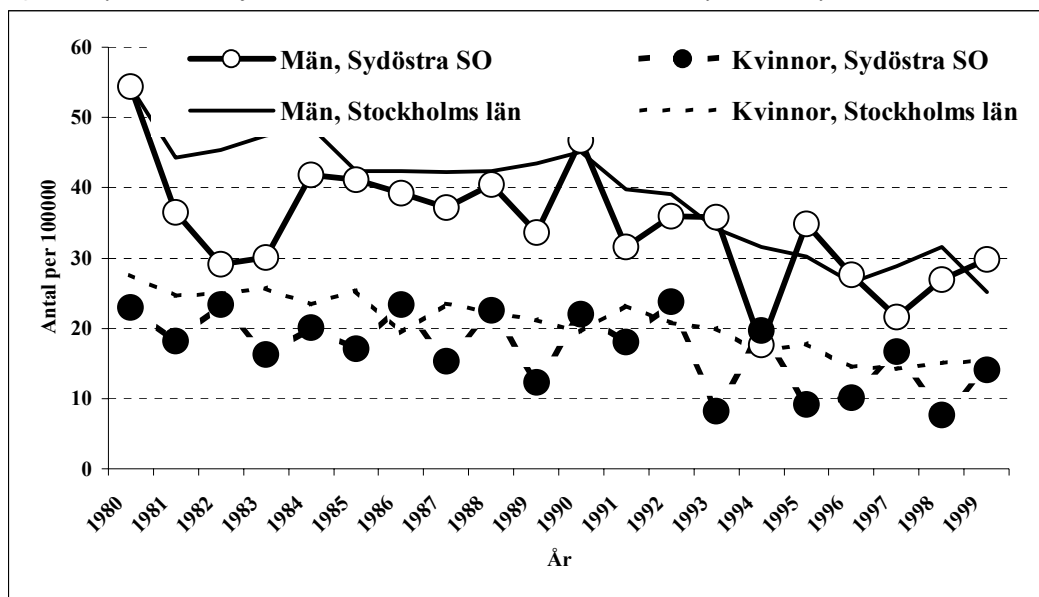
Självmordstalet för såväl män som kvinnor ligger lägre än länets genomsnitt. Könskvoten i Sydöstra SO är något högre än länets kvot, 2,0.

Det köns- och åldersstandardiserade självmordstalet för sjukvårdsområdet har minskat signifikant ($p < 0.001$) från 29,4 till 23,4 fall per 100 000 invånare mellan perioderna 1980–1989 och 1990–1999. En minskning har också skett för männen från 39,6 till 32,7 ($p < 0.05$) och för kvinnorna från 19,5 till 15,4 ($p < 0.05$).

Tabell 6. Självmord (säkra och osäkra) i Sydöstra SO 1980–1999, avser antalet för 15 år och äldre

År	Antal			Självmordstal per 100 000		
	Män	Kvinnor	Total	Män	Kvinnor	Total
1980	38	16	54	54,4	22,9	38,7
1981	26	13	39	36,5	18,2	27,3
1982	21	17	38	29,1	23,4	26,2
1983	22	12	34	30,1	16,3	23,2
1984	31	15	46	41,8	20,1	30,9
1985	31	13	44	41,1	17,1	29,1
1986	30	18	48	39,2	23,3	31,2
1987	29	12	41	37,2	15,3	26,2
1988	32	18	50	40,5	22,6	31,5
1989	27	10	37	33,6	12,4	22,9
1990	38	18	56	46,7	21,9	34,3
1991	26	15	41	31,5	18,0	24,7
1992	30	20	50	36,0	23,7	29,8
1993	30	7	37	35,9	8,3	22,0
1994	15	17	32	17,7	19,7	18,7
1995	30	8	38	34,9	9,1	21,9
1996	24	9	33	27,6	10,1	18,8
1997	19	15	34	21,6	16,7	19,1
1998	24	7	31	26,9	7,7	17,2
1999	27	13	40	29,8	14,0	21,8

Figur 9. Själv mord i Sydöstra SO och Stockholms län 1980-1999, fördelade efter kön



4.4. Södra sjukvårdsområdet

Under tidsperioden 1980-1999 har det årligen skett mellan 50 och 118 självmord i Södra SO / tabell 7). Det motsvarar mellan 23 och 59 fall per 100 000 invånare och år. Området har genomgående haft högre självmordstal än Stockholms län som helhet. Det genomsnittliga självmordstalet är 39,1, vilket är klart högre än länets tal. Det år då minst antal människor tagit livet av sig var år 1996, tätt följt av år 1999. Under det förstnämnda året låg självmordstalet på 23,1. Som en skarp kontrast till detta kan nämnas att områdets högsta självmordstal på 58,5 uppmättes år 1983.

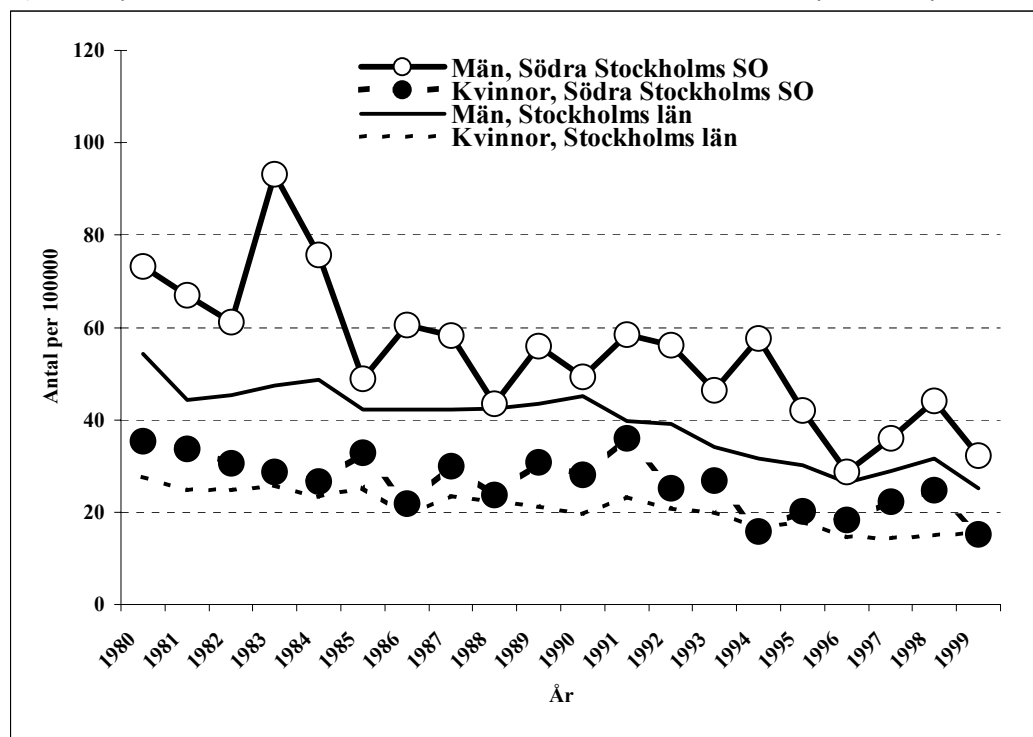
Såväl självmordstalet för män som självmordstalet för kvinnor i Södra SO har legat högre än länets självmordstal för respektive kön (figur 10). Könskvoten var 2,1 under mätperioden.

Samtidigt har Södra SO haft den kraftigaste minskningen i länet av självmordsfall per 100 000 invånare mellan perioderna 1980-1989 och 1990-1999 när hänsyn tagits till köns- och åldersfördelningen. Totalt minskade antalet fall per 100 000 invånare från 47,4 till 33,5 ($p < 0.001$). Minskningen var störst bland män, från 65,8 till 46,3 ($p < 0.001$). För kvinnor minskade självmordstalet från 31,4 till 22,7 ($p < 0.001$).

Tabell 7. Självomord (säkra och osäkra) i Södra Stockholms SO 1980-1999, avser antalet för 15 år och äldre

År	Antal			Självordstal per 100 000		
	Män	Kvinnor	Total	Män	Kvinnor	Total
1980	68	38	106	73,1	35,3	52,9
1981	62	36	98	67,0	33,6	49,1
1982	57	33	90	61,2	30,6	44,8
1983	87	31	118	93,1	28,6	58,5
1984	71	29	100	75,8	26,7	49,4
1985	46	36	82	49,0	33,0	40,4
1986	57	24	81	60,5	21,9	39,7
1987	55	33	88	58,2	29,9	43,0
1988	41	26	67	43,4	23,6	32,8
1989	53	34	87	56,0	30,8	42,5
1990	47	31	78	49,3	28,0	37,9
1991	56	40	96	58,4	35,9	46,3
1992	54	28	82	56,1	25,1	39,5
1993	45	30	75	46,3	26,8	35,9
1994	57	18	75	57,5	15,9	35,3
1995	42	23	65	41,9	20,1	30,3
1996	29	21	50	28,7	18,2	23,1
1997	37	26	63	36,0	22,3	28,7
1998	46	29	75	44,2	24,7	33,8
1999	34	18	52	32,2	15,2	23,2

Figur 10. Självomord i Södra Stockholms SO och Stockholms län 1980-1999, fördelade efter kön



4.5. Sydvästra sjukvårdsområdet

Under tidsperioden 1980–1999 har det årligen skett mellan 53 och 105 självmord i Sydvästra SO (tabell 8). Det motsvarar mellan 19 och 41 fall per 100 000 invånare och år. Området har under perioden haft ungefär lika höga självmordstal som Stockholms län som helhet. Det gäller både totalt samt för män och kvinnor för sig (figur 11). Det högsta självmordstalet (24,8) i Stockholms län för studiens sista undersökningsår 1999 återfinns i Sydvästra SO.

Könskvoten för Sydvästra SO var under mätperioden 1,8. Det högsta självmordstalet var 40,5 och uppmättes år 1980. År 1996 nåddes det lägsta självmordstalet (18,6) för området i fråga.

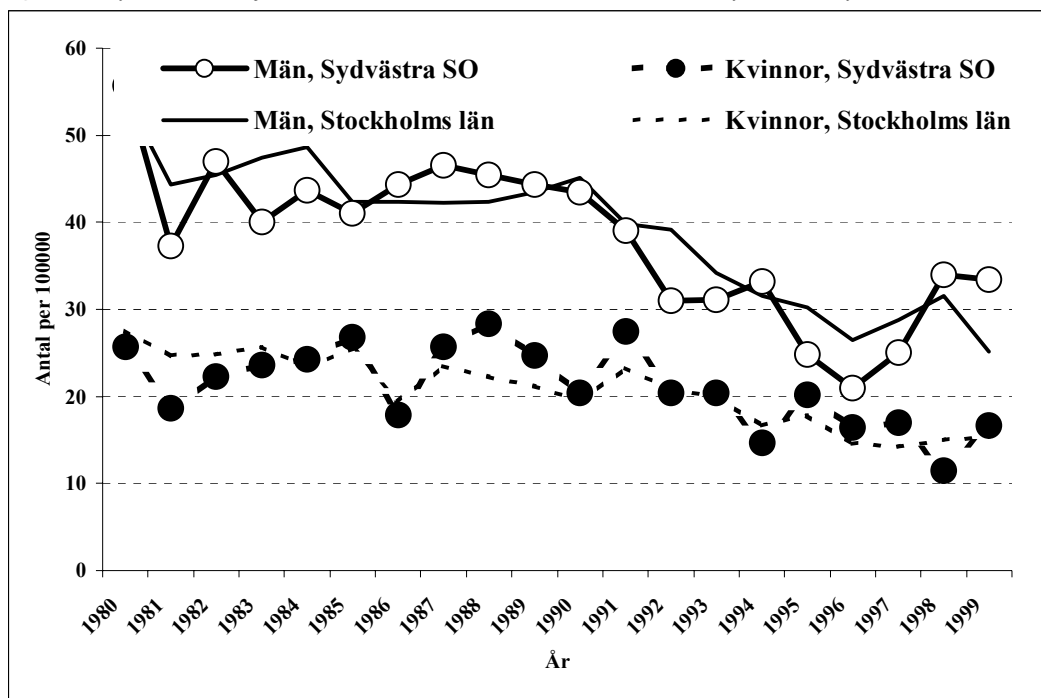
Under perioden 1980–1999 har Sydöstra SO ett köns- och åldersstandardiserat genomsnittligt självmordstal på 30,2, vilket är obetydligt högre än länets tal på 29,9.

Självmordstalen har minskat signifikant ($p < 0.001$) mellan perioderna 1980–1989 och 1990–1999, såväl totalt som för män och kvinnor. För åren 1980–1989 var det genomsnittliga köns- och åldersstandardiserade självmordstalet 35,8 och för 1990–1999 var det 25,3. Männens åldersstandardiserade självmordstal minskade från 47,1 till 33,0 och kvinnornas från 25,0 till 18,5 mellan dessa perioder.

Tabell 8. Självmord (säkra och osäkra) i Sydvästra SO 1980-1999, avser antalet för 15 år och äldre

År	Antal			Självmordstal per 100 000		
	Män	Kvinnor	Total	Män	Kvinnor	Total
1980	71	34	105	55,7	25,7	40,5
1981	48	25	73	37,3	18,7	27,8
1982	61	30	91	47,0	22,2	34,4
1983	52	32	84	40,1	23,6	31,7
1984	57	33	90	43,7	24,2	33,7
1985	54	37	91	41,0	26,8	33,8
1986	59	25	84	44,4	17,9	30,8
1987	62	36	98	46,5	25,7	35,8
1988	61	40	101	45,5	28,4	36,7
1989	60	35	95	44,3	24,7	34,3
1990	59	29	88	43,4	20,4	31,6
1991	53	39	92	39,0	27,5	33,1
1992	42	29	71	31,0	20,4	25,6
1993	42	29	71	31,1	20,4	25,6
1994	45	21	66	33,2	14,7	23,7
1995	34	29	63	24,9	20,2	22,5
1996	29	24	53	20,9	16,5	18,6
1997	35	25	60	25,1	17,0	20,9
1998	48	17	65	34,0	11,5	22,5
1999	48	25	73	33,4	16,6	24,8

Figur 11. Själv mord i Sydvästra SO och Stockholms län 1980-1999, fördelade efter kön



4.6. Nordvästra sjukvårdsområdet

Under tidsperioden 1980–1999 har det årligen skett mellan 40 och 74 självmord i Nordvästra SO (tabell 9). Som högst var antalet fall per 100 000 invånare och år 34 självmord och som lägst 15 självmord. Områdets självmordstal låg lägre än länets tal i stort sett under hela perioden.

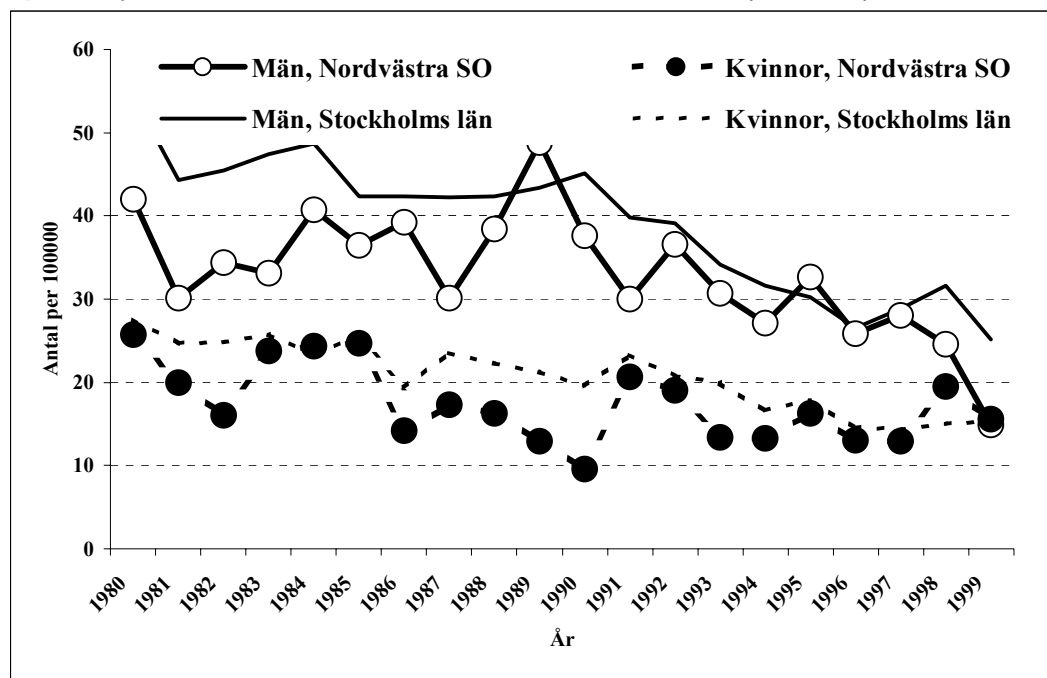
Under 1980-talet låg männens självmordstal klart under länets, men närmade sig under 1990-talet länsgenomsnittet. Kvinnornas självmordstal låg något under länets i princip under hela perioden (figur 12). Under perioden 1980–1999 har Nordvästra SO ett köns- och åldersstandardiserat genomsnittligt självmordstal på 25,6, vilket är något lägre än länets tal på 29,9. Under denna tidsperiod begick sammanlagt 770 män och 424 kvinnor självmord.

Liksom i länet och övriga sjukvårdsområden har antalet självmord per 100 000 invånare minskat signifikant ($p < 0.001$) i Nordvästra SO från 30,0 till 22,1 fall när hänsyn har tagits till köns- och åldersfördelningen. En signifikant minskning noteras också för såväl män som kvinnor. Det åldersstandardiserade självmordstalet för män var 41,2 för perioden 1980-1989 och 29,8 för perioden 1990-1999 ($p < 0.001$). Motsvarande självmordstal för kvinnor var 20,4 respektive 15,3 ($p < 0.01$).

Tabell 9. Självomord (säkra och osäkra) i Nordvästra SO 1980-1999, avser antalet för 15 år och äldre

År	Antal			Självordstal per 100 000		
	Män	Kvinnor	Total	Män	Kvinnor	Total
1980	44	28	72	42,0	25,7	33,7
1981	32	22	54	30,2	19,9	24,9
1982	37	18	55	34,4	16,1	25,1
1983	36	27	63	33,1	23,8	28,4
1984	45	28	73	40,8	24,3	32,4
1985	41	29	70	36,5	24,7	30,5
1986	45	17	62	39,3	14,2	26,5
1987	35	21	56	30,1	17,3	23,6
1988	45	20	65	38,4	16,3	27,1
1989	58	16	74	48,8	12,9	30,4
1990	45	12	57	37,6	9,6	23,3
1991	36	26	62	30,0	20,6	25,2
1992	44	24	68	36,6	19,0	27,6
1993	37	17	54	30,7	13,4	21,8
1994	33	17	50	27,2	13,3	20,0
1995	40	21	61	32,7	16,2	24,2
1996	32	17	49	25,9	13,0	19,3
1997	35	17	52	28,1	12,9	20,3
1998	31	26	57	24,5	19,5	22,0
1999	19	21	40	14,9	15,6	15,2

Figur 12. Självomord i Nordvästra SO och Stockholms län 1980-1999, fördelade efter kön



REFERENSER

Dödsorsaker 1994, Hälsa och sjukdomar 1996:1 (Socialstyrelsen).

Hawton, K., Arensman, E. & Townsend, E. (1998) "Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition". *BMJ*; 318: 441-447.

Klassificering av dödsorsaker i svensk statistik, SCB (MIS) 1990:3.

Leenaars, A. (2001) "Controlling the environment to prevent suicide" i Wasserman, D. (ed.) *Suicide - An unnecessary death*. Martin Dunitz.

Ramberg, I-L. (2003) *Promoting Suicide Prevention - An evaluation of a programme for training trainers in psychiatric clinical work*. Dissertation, Karolinska institutet.

Själv mord i Stockholm 1986-90 (Ekman, Mäkinen, Wasserman).

Själv mord i Sverige. En epidemiologisk översikt (Beskow, Allebeck, Wasserman, Åsberg), 1993.

Wasserman, D. (2001) "Strategy in suicide prevention" i Wasserman, D. (ed.) *Suicide - An unnecessary death*. Martin Dunitz.

Wasserman, D. & Narboni, V. "Examples of suicide prevention in schools" I Wasserman, D. (ed.) *Suicide - An unnecessary death*. Martin Dunitz.

Wasserman, D., Värnik, A., Dankowics, M. & Eklund, G. (1998) "Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction". *Acta Psychiatr Scand*; 394: 1-44.

**Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för
suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa
NASP**

Statens och Stockholms läns landstings centrala expertenhet inom
självordsforskning och självordsprevention.

NASP har ett nationellt och regionalt ansvar för att arbeta med
kunskapsinsamling och kunskapsförmedling samt för att initiera
och bedriva forsknings- och utvecklingsprojekt som främjar
självordsförebyggande åtgärder. Det nationella ansvaret tillkom
genom ett riksdagsbeslut 1993.

NASP är WHO's samarbetscentrum för självordsprevention.

Verksamheten kan delas in i fyra huvudområden:

- * forskning och utveckling
- * analys och uppföljning av epidemiologiska data
 - * information
 - * undervisning