

1999

Rapport nr 2

FUTURE RISK AFTER AN ATTEMPTED SUICIDE



**Multivariate survival analysis and
intensity regression of data from
Stockholm County, Sweden**

Att satsa på hälsa
- förebygga självmord och självmordsförsök

CONTENT

Preface in Swedish	4
Sammanfattning på svenska	7
Summary in English	12
Introduction	13
Material	14
Methods	17
Results	20
Discussion and conclusions	26
Acknowledgements	28
References	29
Tables	31

SAMMANFATTNING

Framtida risker efter slutna vård för självmordsförsök i Stockholms län 1980-92. En multivariat överlevnadsanalys och intensitetsregression.

Kunskapen att självmordsförsök är en prediktor för död i självmord härrör från relativt begränsade studier. I detta arbete undersöks därför en stor grupp patienter som vårdats i slutna vård efter självmordsförsök. Gruppens karaktäristika redovisas liksom risk för upprepat självmordsförsök samt för död i samtliga dödsorsaker respektive i självmord.

Syften

- Att beskriva en stor grupp patienter som överlevt ett självmordsförsök;
- att jämföra denna grupp (studiegruppen) med en referenspopulation från länet;
- att med hjälp av intensitetsregression undersöka risken för upprepat självmordsförsök samt risken att dö av samtliga dödsorsaker respektive av självmord under tiden från självmordsförsöket till respektive händelse;
- att med hjälp av intensitetsregression undersöka suicidrisken i studiegruppen efter utskrivning från slutna vård med hänsyn till flera faktorer, bl a psykiatrisk diagnos; pga av databasens struktur är detta möjligt bara efter utskrivningen.

Material

I *studiegruppen* ingick patienter mantalsskrivna i Stockholms län som åren 1980-92 registrerats i landstingets patientregister efter sitt första självmordsförsök under denna period och som överlevt, totalt 19.979 patienter med sammanlagt 30.117 vårdtillfällen. Både de självmordsförsök, för vilka man var säker på att de var avsiktliga, s k säkra självmordsförsök (ICD-klassifikationen (950-9) och de för vilka man var osäker på avsikten (E980-9)) ingick. Som jämförelse kan nämnas att i befolkningsenkäten Hälsa och miljö, 1994, från Socialmedicinska enheten Kronan, Stockholms läns landsting, uppgav hälften av de som gjort självmordsförsök att detta lett till inläggning i slutna vård. För varje person noterades datum för intagning och utskrivning, ålder,

kön, civilstånd, nationalitet, boendeområde, sjukhus, typ av avdelning, E-kod och ICD-diagnos.

Observationstiden för varje individ i studiegruppen sträcker sig från första intagningen efter ett suicidförsök till dennes dödsfall eller till undersökningstidens slut den 31 december 1992. Sedan personer under 15 år samt journaler med bristfälliga data utesluts omfattade materialet 19.334 personer med 26.589 vårdtillfällen, varav de flesta (79%) vårdats bara en gång och ett mindre antal (13%) två gånger.

Referenspopulationen

Data hämtades från Stockholms län befolknings- och bostadsundersökning år 1980. Observationstiden var från 1 januari 1980 till 31 december 1981. Ursprungligen bestod den av 1.242.288 personer, av vilka 45.439 dog inom två år, varav 1.324 var självmord (952 säkra och 372 osäkra). Motsvarande antal döda i studiegruppen inom två år från det ursprungliga suicidförsöket var 1.689, varav 903 var suicid (753 säkra och 150 osäkra).

Metoder

Suicidförsöksraten (ASR) definierades som det antal personer per 100.000 invånare som efter suicidförsök intogs i slutenvård under ett år.

Data från studiegruppen korskördes med Statistiska Centralbyråns dödsorsaksregister. För referensgruppen användes Statistiska Centralbyråns beräkningar av absoluta dödsrisker för självmord respektive övriga dödsorsaker för olika sociodemografiska grupper inom populationen. Jämförelser av absolut risk mellan studiegrupp och referenspopulation gjordes som vid upprättandet av livslängdstabeller. Den kumulativa proportionen döda över tid beräknades med hjälp av ålder, kön, civilstånd och sjukvårdsdistrikt under en observationstid av två år.

Relativa risken av upprepat suicidförsök, suicid och död av andra orsaker under en observationstid av ett år undersöktes med hjälp av multivariat intensitetsregression, vilket ger möjlighet att samtidigt inkludera flera bakgrundsfaktorer i analysen. Intensitetsregressionsmodellen, här "the Cox Proportional Hazards model" skattar risken av en händelse i studiepopulationen i förhållande

till referenspopulationen. Den senares relativa risk för olika faktornivåer sattes till 1.

Resultat

Kön, ålder och civilstånd (tabell 1)

Det var fler kvinnor som gjort självmordsförsök jämfört med den genomsnittliga befolkningen (57% resp 48%). Det var också något fler i yngre åldrar. I åldersgruppen 15-24 år fanns 21% av samtliga som gjort självmordsförsök jämfört med 17% i befolkningen. I åldersgruppen 65-74 år var motsvarande siffror 6% och 11%. Fler var skilda (27% jämfört med 11%) och färre gifta (23% jämfört med 45%). Skillnaderna vad gäller medborgarskap och sjukvårdsdistrikt var små (se även tabell 3).

Döda

Det totala antalet självmord (säkra och osäkra) åren 1980-92 var 5.565. 1.307 av dessa, 23%, ingick i studien, och hade således föregåtts av slutna vård. Andelen självmord av samtliga döda var i studiegruppen lika för båda könen, 39%. Däremot förelåg betydande åldersskillnader. 80% av de döda i åldersgruppen 15-24 år dog av självmord jämfört med 16% av de som var 75 år och äldre. För de som hade gjort självmordsförsök var självmord den vanligaste dödsorsaken i åldrarna 15-24, 25-34 och 35-44, för ogifta och för medborgare från andra länder än Sverige och Finland.

Självmordsförsöksmetoder

Förgiftning var vanligast, tabell 2, 65% respektive 16% vid säkra och osäkra självmordsförsök. Vid säkra självmordsförsök med aktiva metoder såsom hängning och dränkning utgjorde självmorden 80-90% av de döda. Däremot var inte självmord dominerande dödsorsak bland de osäkra självmorden. Försök till hängning, dränkning och hopp hade också genomsnittligt betydligt högre antal vårddagar.

Osäkra självmord

Dessa utgjorde 24% av samtliga, högre andel bland män än kvinnor och med geografisk variation från 18% i den nordöstra delen till 33% i Södertälje. Genomsnittliga andelen sjönk från 29% till 20% under observationstiden, med skarp sänkning mellan

1986 och 1987 (26% till 20%), vilket kan bero på övergången från ICD 8 till 9.

Själv mord och självmordsförsök över tid

Såväl frekvensen självmord som självmordsförsök sjönk under observationstiden, den senare signifikant dock bara för män, tabell 4. Raterna (ASR) i åldersgruppen 15-24 år och bland medborgare från andra länder än Sverige och Finland ökade däremot. Raterna för kvinnor, för åldersgrupperna 25-34, 35-44 och 45-54 år sjönk under observationsperiodens senare del, mest slående för frånskilda. Dessas självmordsrate sjönk också från 102 år 1980 till 60 år 1992.

Psykisk sjukdom

Andelen patienter med psykiatrisk diagnos var anmärkningsvärt liten, tabell 5, men ökade något från 22% år 1987 till 26% år 1992, figur 4. Den var åldersrelaterad, ungefär dubbelt så hög i 55-64 som i 15-24-årsåldern samt varierade med boendeort.

Vård

Den genomsnittliga vårdtiden efter självmordsförsöken var åtta dagar, tabell 6. Det genomsnittliga antalet vård dagar i psykiatrisk vård fördubblades mellan 1985 och 1990 men sjönk åter mellan 1991 och 1992, liksom för totala antalet vård dagar. Om detta är en trendförändring är för tidigt att bedöma.

Absolut risk att dö

Den absoluta risken att dö inom 3 månader efter intagning för självmordsförsök var 4% (referenspopulationen före standardisering för ålder och kön var 0%) och inom 24 månader 9% (2%), tabell 1. Motsvarande risk för självmord under 3 respektive 24 månader var 2 respektive 4% jämfört med 0% i referenspopulationen före standardisering för ålder och kön. Skillnaden mellan studiegrupp och referenspopulation var större för män än för kvinnor (tabell 7), vilket särskilt gällde 75 år och äldre män, bland vilka 12% begick självmord inom tre månader, tabell 7.

Själv mordsmetodens betydelse för dödligheten

Den vanligaste metoden vid självmordsförsöket, förgiftning, hade låg absolut risk att dö i självmord, tabell 2. Vid säkra förgiftningar var proportionen döda inom 3 respektive 24 månader 1% respek-

tive 3%. Motsvarande siffror för säkra hängningsförsök var 34% respektive 45%, för säkra dränkningar 18% respektive 29% samt för säkra skjutningar 28% respektive 32%. Personer med icke-organiska psykoser (ICD 250-299), övervägande schizofreni, som gör självmordsförsök genom hängning, dränkning eller har en extremt hög risk för självmord inom första månaden.

Relativ risk att upprepa självmordsförsöket efter självmordsförsöket

Detta mättes här från självmordsförsöket till eventuellt nytt självmordsförsök, tabell 9. Den enda faktorn av betydelse för denna risk var metoden vid självmordsförsöket. De som använde aktiva våldsamma metoder hade en dubbelt så hög risk att upprepa självmordsförsöket jämfört med förgiftningar och skärningar.

Relativ risk för självmord efter självmordsförsöket

Risken var klart relaterad till ålder och metod. Den var fem gånger högre hos de som var 75 år och äldre jämfört med de i 15-24 årsgruppen. Användande av aktiva metoder utom skärning hade en 11-13 gånger högre risk att begå självmord.

Risken att dö i självmord var högst den närmaste tiden efter självmordsförsök och utskrivning. För att bedöma denna risk bör man därför kunna begränsa observationstiden till 1 år.

Diskussion

Det stora antalet personer i denna studie gjorde det möjligt att samtidigt studera risker med hänsyn till många förklaringsfaktorer. De ingående personerna utgör emellertid uppskattningsvis bara hälften av alla suicidförsök inom området, eftersom övriga inte intagits i slutenvård. Bara 23% av de som begått självmord hade också tidigare varit intagna för självmordsförsök. Studien är från ett storstadsområde och är därför inte representativ för hela Sverige.

Trots stora nedskärningar i den psykiatriska vården steg den genomsnittliga mängden psykiatrisk vård mätt på olika sätt. Andelen med psykiatrisk diagnos är emellertid låg, 23%. Den psykiatriska aspekten på suicidalt beteende verkar inte uppmärksammas tillräckligt.

Slutsatser

- Risken för självmord och död i andra orsaker var väsentligt högre i studiegruppen än i referenspopulationen.
- Trots nedskärningar i psykiatrisk sluten vård fick de som gjort självmordsförsök genomsnittligt ett ökat antal vård dagar i psykiatrisk vård.
- Metoden vid självmordsförsöket är den enda faktor som i någon mån kan predicera ett upprepat suicidförsök.
- Risken är högst kort tid efter suicidförsök respektive utskrivning.
- Ålder och självmordsförsöksmetod har störst betydelse för suicidrisken.
- Personer med icke-organiska psykoser (ICD 295-299) som gör självmordsförsök genom hängning, dränkning och skjutning måste särskilt observeras efter utskrivningen, eftersom de har en extremt hög suicidrisk under den första månaden.

SUMMARY

Future risk of a repeat attempt and mortality for a large group of subjects in Stockholm County, Sweden who received in-patient care in connection with suicide attempts in the period 1980-92 is reported.

The study group consisted of all the patients admitted to hospital in Stockholm County during the period, regardless of their method of infliction or diagnostic outcome. The risks are presented with regard to age, sex, civil status, citizenship, residential area and psychiatric diagnoses.

One objective was also to provide a thorough examination of the characteristics of a large group of suicide attempters and compare them with the general population. It was found that the risks are high shortly after the attempt but virtually non-existent after one year. The method of infliction has a bearing on the risk of a repeat attempt while age and method of infliction affects the suicide risk. Especially elderly people are at risk. The study furthermore focuses on the problem of redundant records in the database which, if not taken into consideration, makes the estimations of the risks biased. The results also shows that further studies, or epidemiological surveillance, could be limited to one year.