



Tidigare vårdkonsumtion bland alla personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011–2016

Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Narusyte J, Hadlaczky G, Sörberg Wallin A, Dalman C, Kosidou K. Tidigare vårdkonsumtion bland alla personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. Rapport 2021:2.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.siso@sll.se



Rapport 2021:2



ISBN 978-91-87691-69-0



Författare: Jurgita Narusyte, Gergö Hadlaczky, Alma Sörberg Wallin, Christina Dalman, Kyriaki Kosidou

Layout: Viktoria Jonze

Stockholm september 2020

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Tidigare forskning har visat att de flesta personer som dör i suicid lider av någon form av psykisk sjukdom. Forskningen har också visat att de flesta personer som dör i suicid ofta har kontakt med vård under tidsperioden innan dödsfallet. Det är dock mindre känt var inom vården dessa personer har vårdats eller för vilka diagnoser, samt vad som kännetecknar personer som senare dör i suicid men som inte har sökt vård för sina problem. Genom att kartlägga hur personer som senare dör i suicid söker eller inte söker vård kan vi öka kunskapen kring vårdbehov som inte möts och hur det förebyggande arbetet mot suicid skulle kunna förbättras.

I den här rapporten kartläggs den totala vårdkonsumtionen (somatisk och psykiatrisk vård) bland alla personer som dött i suicid i Stockholms län under perioden 2011–2016. Vårdkonsumtion innan dödsfallet kartläggs i olika ålders- och könsgupper inom all slutenvård, specialiserad öppenvård och primärvård. Målgrupper för rapporten är praktiker, forskare och beslutsfattare inom folkhälsoområdet.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning och slutsatser	6
Inledning.....	7
Syfte.....	8
Material och metod	9
Studiepopulation	9
Registerdata.....	9
Använda variabler och mått	9
Sociodemografisk bakgrund.....	9
Tidigare vårdkonsumtion	10
Dataanalys	11
Resultat	12
Förekomst av dödsfall i suicid i Stockholms län 2011–2016	12
Sociodemografisk bakgrund.....	16
Civilstånd, hemmavarande barn och födelseland	16
Utbildningsnivå.....	18
Tidigare vårdkonsumtion bland personer som dog i suicid jämfört med kontroller	20
Förekomst av vård	20
Förekomst av psykiatrisk vård	25
Ingen vårdkontakt.....	26
Fördjupad beskrivning av vård inom slutenvård: antal vårdtillfällen och diagnoser	28
Fördjupad beskrivning av vård inom öppenvård: antal vårdkontakter och diagnoser	37
Fördjupad beskrivning av vård inom primärvård: antal vårdkontakter	44
Diskussion	47
Referenser	49

Sammanfattning

Rapporten kartlägger tidigare vårdkonsumtion bland alla personer som dog i suicid i Stockholms län under åren 2011–2016. Vi har använt registerdata för att beskriva vilka vårdnivåer som personerna varit i kontakt med samt vilka diagnoser de fått under de fem åren före dödsfallet i suicid – med särskilt fokus på det sista levnadsåret.

Under åren 2011–2016 dog 1 950 personer i suicid i Stockholms län. Av dessa dog 92 kvinnor (10,4 per 100 000 invånare) och 199 (23,1 per 100 000 invånare) män under år 2016. Bland både kvinnor och män ökade antalet dödsfall i suicid med stigande ålder, och var högst i övre medelåldern.

Rapporten visar att cirka 90 procent av de personer som dog i suicid i Stockholms län åren 2011–2016 hade varit i kontakt med vården för somatiska eller psykiska problem minst en gång under året före dödsfallet. Andelen var något högre än bland dem som inte dog i suicid (80 procent). Detta pekar på att det potentiellt finns möjligheter att nå suicidnära patienter inom vården. Att identifiera gruppen med risk för suicid brett inom vården är dock en utmaning, eftersom även en majoritet av personer som inte dör i suicid ofta har kontakt med vården samt att suicid är svårt att förutse.

Cirka 60 procent av de personer som dog i suicid vårdades inom psykiatrisk vård under det sista året före dödsfallet. Under de sista två veckorna före dödsfallet sjönk andelen personer med minst en vårdkontakt inom psykiatrisk vård till 30 procent. Den vanligaste diagnosgruppen bland män var psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser. Bland kvinnor var ångestrelaterade tillstånd vanligast, tätt följt av psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser. Det visar på att insatser mot missbruk är viktiga i det suicidpreventiva arbetet.

Drygt 7 procent av kvinnorna och 15 procent av männen hade *inte* någon vårdkontakt, varken inom primärvård, slutenvård eller inom öppen specialistvård, under månaden före dödsfallet i suicid. En vidare kartläggning av den här gruppen visade att icke-vårdsökande var högst bland unga män. I åldrarna 15–24 år hade 23 procent av männen inte haft någon vårdkontakt över huvud taget under den sista månaden före dödsfallet. För att vården ska lyckas nå dessa grupper behöver sannolikt kunskapen om psykisk ohälsa öka allmänt och stigmat kring psykisk ohälsa minska.

Inledning

I Sverige avlider ungefär 1 500 personer per år till följd av suicid (1) varav ungefär 300 i Stockholms län (2). Det årliga antalet dödsfall i suicid per 100 000 invånare har sjunkit sedan 1980-talet i hela Sverige såväl som i Stockholms län. Dock har minskningen varit minst bland unga vuxna (15–24 år) (2).

Enligt tidigare studier har majoriteten av personer som dör i suicid en psykisk sjukdom (3, 11). Några av de vanligaste diagnoserna är förstämningssyndrom, substansrelaterade diagnoser (dvs alkohol- eller drogmissbruk) och schizofreni (3). Behandlingar av psykiska sjukdomar är vanligtvis långvariga och komplexa, och samsjukligheten med somatiska sjukdomar är hög. Det innebär att personer som senare dör i suicid ofta har kontakt med vården under en tidsperiod före dödsfallet. Ett sätt att kunna öka kunskapen kring vårdbehov som inte möts av vården är att kartlägga förekomst av vårdkonsumtion före dödsfallet i suicid. Att kartlägga vårdkonsumtionen bland personer som senare dog i suicid kan också öka vår förståelse om hur det förebyggande arbetet mot suicid kan förbättras.

En nyutkommen studie av alla dödsfall i suicid som rapporterades till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i Sverige år 2015 visade att 33 procent av personerna som dog i suicid hade vårdats inom slutenvård under de tre månaderna före dödsfallet, medan 82 procent hade vårdats inom specialiserad öppenvård (4). Det är viktigt att notera att endast suicidfall som rapporterades till IVO inkluderades i denna studie, vilket var färre än hälften av alla suicidfall i Sverige det året (2015).

I en studie av vårdkonsumtion i USA hade de flesta personer (83 procent) minst en vårdkontakt inom slutenvården, öppenvården eller primärvården året före dödsfallet i suicid (5). Samma studie visade att cirka 60 procent av dessa varit i kontakt med primärvården, och att cirka en tredjedel hade fått psykiatrisk vård under det sista levnadsåret (5). En översikt av studier utförda i olika länder har visat att majoriteten (ca 80 procent) av dem som dör i suicid varit i kontakt med primärvården under det sista året före dödsfallet (6). Tidigare studier visar även en tydlig skillnad mellan kvinnor och män i vårdkonsumtion innan suicid: Antal vårdkontakter det sista levnadsåret är högre bland kvinnor än bland män (5, 7).

I de flesta tidigare studier gjorda i Sverige och i andra länder har vårdkonsumtion före suicid undersökts inom enskilda typer av vård. Det vill säga, vårdkonsumtionen har undersökts inom primärvården, öppenvården *eller* slutenvården. Det innebär att den sammantagna bilden av vårdkonsumtionen inom alla dessa olika typer av vård åren innan dödsfallet i suicid är bristfällig. Det saknas även studier där vårdkonsumtionen före dödsfallet i suicid jämförs med vårdkonsumtionen inom den generella populationen. En utförlig beskrivning av vårdkonsumtionen för personer som senare dör i suicid är en förutsättning för att bedöma möjligheten av förebyggande arbete mot suicid inom vården i Stockholms län. Beskrivningen behöver förklara om och var inom vården personerna vänder sig, vilka diagnoser de vårdas för och om det finns köns- eller åldersskillnader.

Syfte

Det övergripande syftet var att kartlägga den tidigare vårdkonsumtionen inom slutenvård, specialiserad öppenvård och primärvård med fokus på psykiatrisk vård bland alla personer som dött i suicid i Stockholms län under perioden 2011–2016 för att öka förståelsen för hur det förebyggande arbetet kring suicid inom vården kan utökas.

Material och metod

Studiepopulation

Studiepopulationen består av alla personer i åldern 15 år och äldre som dog i suicid i Stockholms län under åren 2011 till 2016 och deras matchade kontrollpersoner. Personerna har identifierats genom databasen Psykiatri Sverige som inkluderar alla personer i Sverige födda mellan 1932 och 2011. I Psykiatri Sverige har data från flera av Statistiska centralbyråns (SCB) och Socialstyrelsens register länkats ihop med hjälp av personnummer. Information om dödsfall i suicid har hämtats från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och definierats som alla dödsfall med en registrerad ICD-10 dödsorsakskod X60-X84 (säkra fall) och Y10-Y34 (osäkra fall).

Totalt dog 1 950 personer i suicid i Stockholms län under åren 2011–2016. Tio kontroller matchades till varje person som dött i suicid under denna period. Kontrollerna är personerna som var vid liv under det aktuella året för suicid, och identifierades i SCB:s register över totalbefolkningen. Totalt 19 500 kontroller matchades med de 1 950 suicidfallen avseende ålder, kön samt folkbokföring i Stockholms län under det aktuella dödsfallsåret.

Registerdata

Analyserna baseras på följande data som hämtats från dessa register:

1. Från Socialstyrelsens dödsorsaksregister hämtades information om dödsfall samt underliggande dödsorsak för åren 2011–2016. Dödsorsaksregistret inkluderar samtliga dödsfall som inträffat i Sverige.
2. Från SCB:s longitudinella integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) hämtades information om civilstånd, utbildningsnivå, sjukfrånvaro, förvärvsarbete samt hemmavarande barn för åren 2006–2015. LISA omfattar hela den folkbokförda befolkningen i åldern 16 år eller äldre vid datumet 31 december varje år.
3. Från SCB:s register över totalbefolkningen (RTB) hämtades information om den folkbokförda populationen i Stockholms län under åren 2011–2016 samt information om individernas födelseland.
4. Från Region Stockholms VAL-databaser har information om vårdkonsumtion inom landstingsfinansierad slutenvård, (specialiserad) öppenvård och primärvård inhämtats för åren 2006–2016.

Använda variabler och mått

Sociodemografisk bakgrund

Den sociodemografiska bakgrunden kartlades hos personer i studiepopulationen som var 16 år eller äldre (dvs samma åldersgrupp som omfattas i databasen LISA). Ett undantag var information om födelseland, vilket har kartlagts för alla personer i studiepopulationen, det vill säga från 15 år. Studiepopulationens sociodemografiska bakgrund har kartlagts per 31 december året före dödsfallet. Följande variabler har använts:

- **Civilstånd**
Består av två kategorier:
 1. Ensamstående: personer med registrerade tillstånd som ogift, skild, änka eller änklings, skild partner eller efterlevande partner.
 2. Ej ensamstående: personer med registrerade tillstånd som gift eller registrerad partner.
- **Födelseland**
Består av två kategorier:
 1. Sverige: alla personer som är födda i Sverige.
 2. Ej Sverige: alla personer som är födda i ett annat land än Sverige.
- **Utbildningsnivå**
Högsta avslutade utbildning består av tre grupper:
 1. grundskoleutbildning (9 år eller kortare)
 2. gymnasieutbildning och
 3. högskoleutbildning (12 år eller längre).
- **Hemmavarande barn**
Inkluderar alla personer med minst ett hemmavarande barn (dvs skrivna på samma adress).

Tidigare vårdkonsumtion

Vårdkonsumtion (dvs alla vårdtillfällen eller vårdbesök inklusive telefonkontakt) inom slutenvård, primärvård och öppenvård under de sista fem åren före dödsfallet i suicid har hämtats från VAL-databasen. Informationen inkluderar hela studiepopulationen, det vill säga alla personer som i åldern 15 år eller äldre.

Vård inom *slutenvården* inkluderade alla vårdtillfällen inom slutenvården, både somatisk och psykiatrisk. Vård inom *öppenvården* inkluderade alla fysiska vårdbesök och telefonsamtal inom specialiserad öppenvård, både somatisk och psykiatrisk. Vård inom *primärvården* inkluderade alla fysiska vårdbesök samt telefonsamtal inom primärvården. För att undersöka psykiatrisk öppenvård och slutenvård (där beroendevård är inkluderad) utfördes fördjupade analyser.

Följande mått har använts för att beskriva den tidigare vårdkonsumtionen bland personer som dog i suicid under åren 2011–2016, samt deras matchade kontroller:

- Antal och andel (%) kvinnor och män som har vårdats inom slutenvården, öppenvården eller primärvården
 - minst en gång per år under en femårsperiod före dödsfallet
 - minst en gång under sex månader, tre månader, en månad eller två veckor före dödsfallet.
- Antal och andel (%) kvinnor och män med olika antal vårdkontakter inom slutenvården, öppenvården och primärvården per år under en femårsperiod före dödsfallet.
- Antal och andel (%) kvinnor och män som har vårdats för psykiatriska och somatiska diagnoser inom slutenvård per år under en femårsperiod före dödsfallet.
- Antal och andel (%) kvinnor och män som har vårdats inom psykiatrisk slutenvård och öppenvård per år under en femårsperiod före dödsfallet.

- Antal och andel (%) kvinnor och män som har vårdats inom psykiatrisk slutenvård och öppenvård minst en gång under de sex månaderna före dödsfallet.
- För diagnoskartläggning inom vården har diagnoserna grupperats som psykiatriska diagnoser (ICD-10: F00-F99), självmordsförsök (ICD-10: X60-X84 och Y10-Y34) samt somatiska diagnoser (alla ICD-10 koder förutom de psykiatriska diagnoserna och självmordsförsök).

Dataanalys

Sociodemografisk bakgrund och tidigare vårdkonsumtion har kartlagts separat för kvinnor och män som dog i suicid och deras matchade kontroller.

Kartläggning av vårdkonsumtion baseras på kumulativa prevalenser. Det vill säga, tidigare vårdkonsumtion presenteras för alla personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011–2016 samt deras matchade kontroller tillsammans, och inte för varje dödsår separat.

En gruppbaserad så kallad trajektoriemodellering (group-based trajectory modelling) har tillämpats för att kunna urskilja utvecklingsmönster i vårdkonsumtionen under de sex månaderna före dödsfallet i suicid. Trajektoriemodelleringen är en statistisk metod för analys av longitudinella data med syfte att kartlägga utvecklingsmönster under en uppföljningstid. Flera modeller med olika antal utvecklingsmönster anpassas och den lämpligaste modellen väljs enligt BIC (Bayesian Information Criteria) eller AIC (Akaike's Information Criteria) (8). Resultaten presenteras i ett diagram där varje trajektoria, det vill säga utvecklingskurva, föreställer andel individer som följer ett visst utvecklingsmönster under en tidsperiod.

För analys av förekomst av vårdkontakter under de sex månaderna före dödsfallet i suicid har logistisk regression tillämpats för att ta fram sannolikheten att höra till en viss trajektoriegrupp. Vidare har en utvecklingskurva av vårdkontakt förekomst över tid för varje trajektoriegrupp skattats och framställts i ett diagram. Det vill säga, trajektorier i diagrammen framställer en skattad förekomst av vårdkontakter och kan således ha värden mellan 0 och 1.

Resultat

Förekomst av dödsfall i suicid i Stockholms län 2011–2016

I Tabell 1 presenteras antal och andel dödsfall i suicid (både säkra och osäkra) bland kvinnor och män i Stockholms län per år mellan 2011 och 2016, sammanlagt 1 950 personer. Ungefär två tredjedelar av alla personer som dog i suicid i Stockholms län under denna period var män.

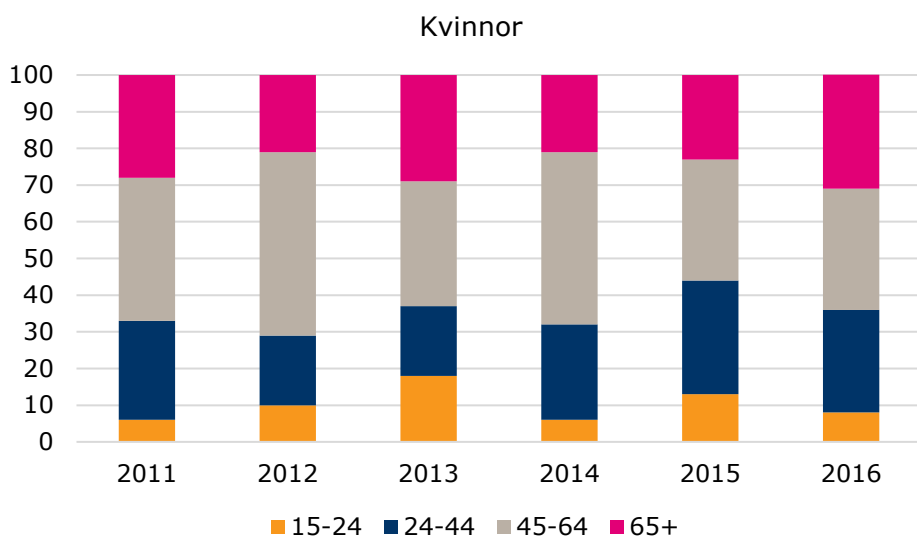
Tabell 1. Antal (n) och andel (%) dödsfall i suicid (säkra och osäkra) bland kvinnor och män 15 år eller äldre i Stockholms län under åren 2011 till 2016.

	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor	117	39	116	34	132	36	111	35	112	33	92	32
Män	182	61	224	66	230	64	207	65	228	67	199	68
Totalt	299		340		362		318		340		291	

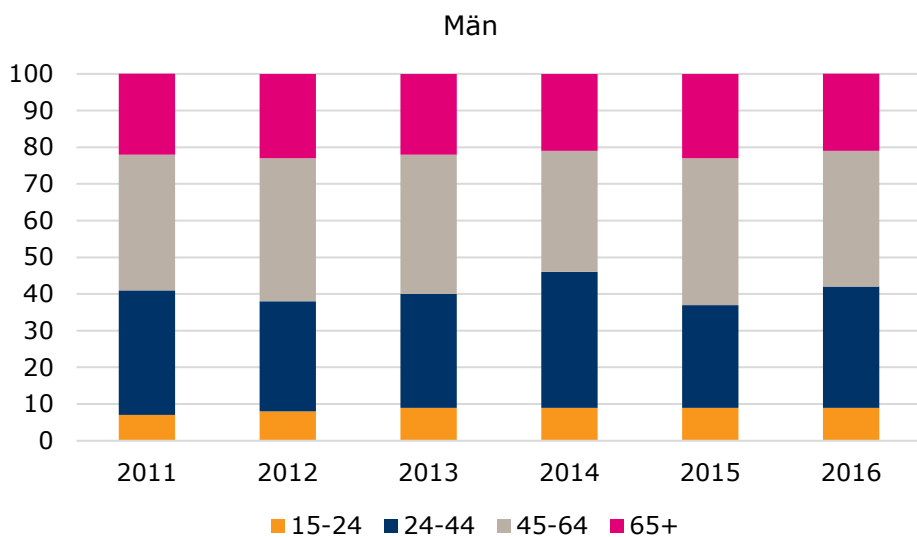
Både bland kvinnor och män var den största andelen av dem som dog i suicid under 2011–2016 i åldrarna 25–64 år (se Tabell 2 och Figur 1).

Tabell 2. Antal (n) och andel (%) dödsfall i suicid bland kvinnor och män i olika åldersgrupper i Stockholms län under åren 2011 till 2016.

Åldersgrupp	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor												
15–24	7	6	12	10	24	18	7	6	14	13	7	8
25–44	31	27	22	19	25	19	29	26	35	31	26	28
45–64	46	39	58	50	45	34	52	47	37	33	30	33
65+	33	28	24	21	38	29	23	21	26	23	29	32
Totalt	117		116		132		111		112		92	
Män												
15–24	13	7	18	8	21	9	18	9	20	9	18	9
25–44	61	34	67	30	71	31	77	37	64	28	65	33
45–64	67	37	87	39	88	38	68	33	92	40	73	37
65+	41	23	52	23	50	22	44	21	52	23	43	22
Totalt	182		224		230		207		228		199	



Figur 1a. Åldersfördelning av dödsfall i suicid bland kvinnor i Stockholms län år 2011 till 2016.

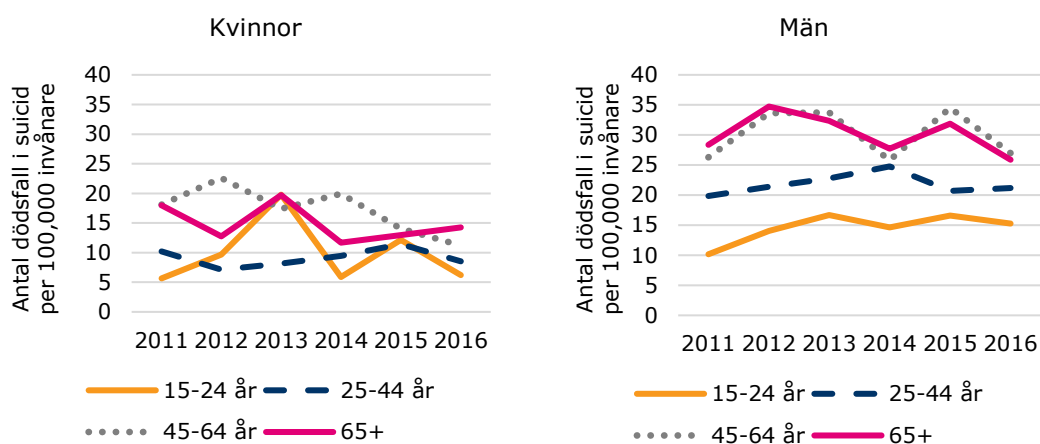


Figur 1b. Åldersfördelning av dödsfall i suicid bland män i Stockholms län år 2011 till 2016.

Antal dödsfall i suicid per 100 000 invånare i olika åldersgrupper visas i Tabell 3 och Figur 2. Framför allt bland kvinnor i åldrarna 15–24 år varierade antal dödsfall avsevärt från år till år, detta på grund av få dödsfall i denna åldersgrupp.

Tabell 3. Antal dödsfall i suicid per 100 000 invånare bland kvinnor och män, i Stockholms län år 2011 till 2016.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Kvinnor						
15-24 år	5,7	9,7	19,8	5,9	12,1	6,2
25-44 år	10,2	7,1	8,1	9,4	11,4	8,5
45-64 år	18,1	22,6	17,4	19,9	14,0	11,2
65+	18,0	12,7	19,7	11,7	13,0	14,3
Totalt	13,5	13,2	15,0	12,6	12,6	10,4
Män						
15-24 år	10,2	14,0	16,7	14,6	16,6	15,3
25-44 år	19,9	21,4	22,8	24,8	20,7	21,2
45-64 år	26,3	33,6	33,7	25,8	34,5	27,0
65+	28,4	34,7	32,4	27,7	31,9	25,9
Totalt	21,8	26,4	27,0	24,2	26,5	23,1

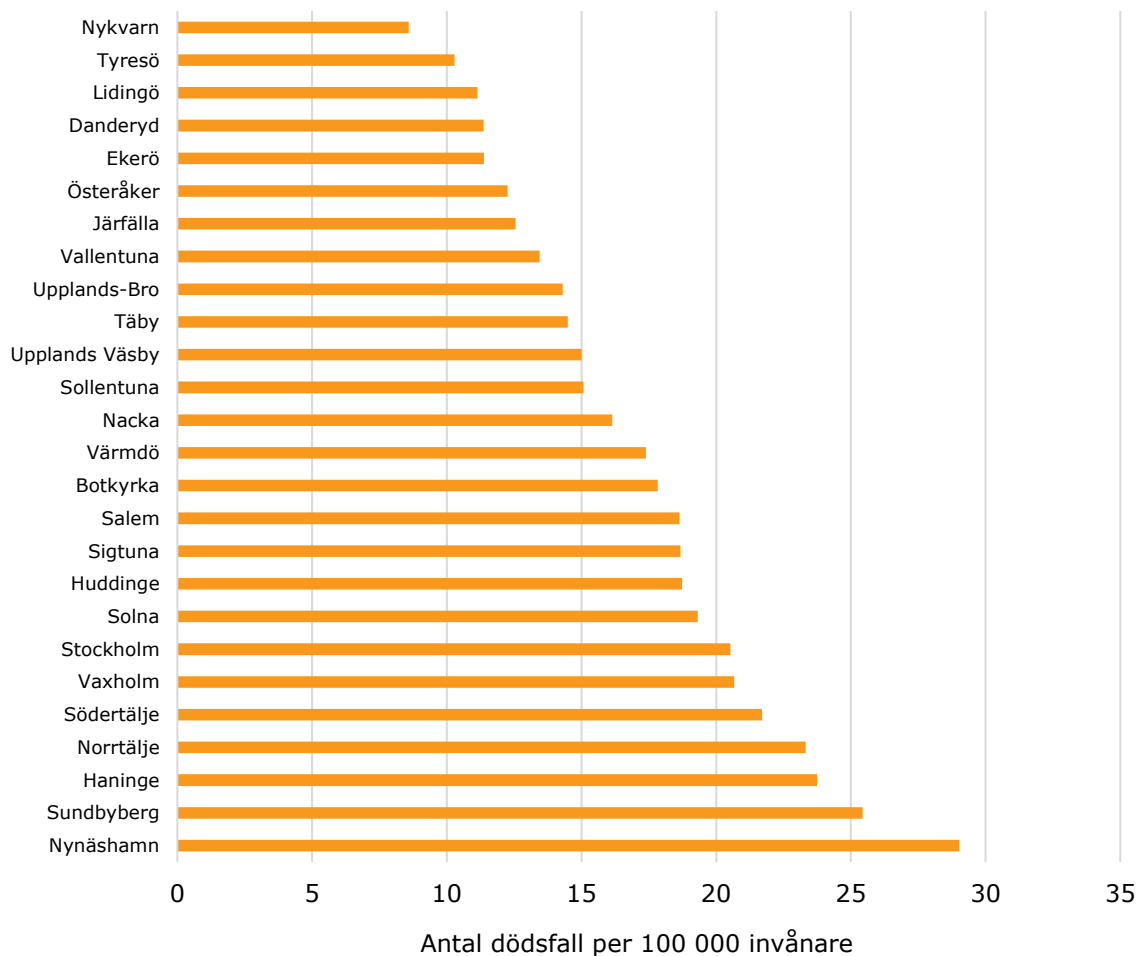


Figur 2. Antal dödsfall i suicid bland kvinnor och män per 100 000 invånare, i Stockholms län år 2011–2016.

I Tabell 4 och Figur 3 redovisas det sammanlagda antalet dödsfall i suicid i olika kommuner i Stockholms län under åren 2011–2016. Antal dödsfall i suicid per 100 000 invånare var högst i Nynäshamns kommun (29,0 st), Sundbybergs kommun (25,4 st) och Haninge kommun (23,8 st) (se Tabell 4). Antal dödsfall i suicid per 100 000 invånare var lägst i Nykvarns kommun (8,6 st), Tyresö kommun (10,3 st) och Lidingö kommun (11,1 st). I vissa kommuner var antal dödsfall i suicid ytterst få och bör därför tolkas med försiktighet.

Tabell 4. Antal dödsfall i suicid (totalt och per 100 000 invånare) i olika kommuner i Stockholms län år 2011 till 2016.

Kommun	Antal	Antal per 100 000 invånare
Nynäshamn	39	29,0
Sundbyberg	53	25,4
Haninge	92	23,8
Norrtälje	69	23,3
Södertälje	93	21,7
Vaxholm	11	20,7
Stockholm	897	20,5
Solna	70	19,3
Huddinge	89	18,7
Sigtuna	38	18,7
Salem	14	18,6
Botkyrka	72	17,8
Värmdö	33	17,4
Nacka	72	16,1
Sollentuna	48	15,1
Upplands Väsby	30	15,0
Täby	46	14,5
Upplands-Bro	17	14,3
Vallentuna	20	13,4
Järfälla	42	12,6
Österåker	24	12,3
Ekerö	14	11,4
Danderyd	17	11,4
Lidingö	24	11,1
Tyresö	22	10,3
Nykvarn	4	8,6



Figur 3. Antal dödsfall i suicid per 100 000 invånare i olika kommuner i Stockholms län sammanlagt år 2011 till 2016.

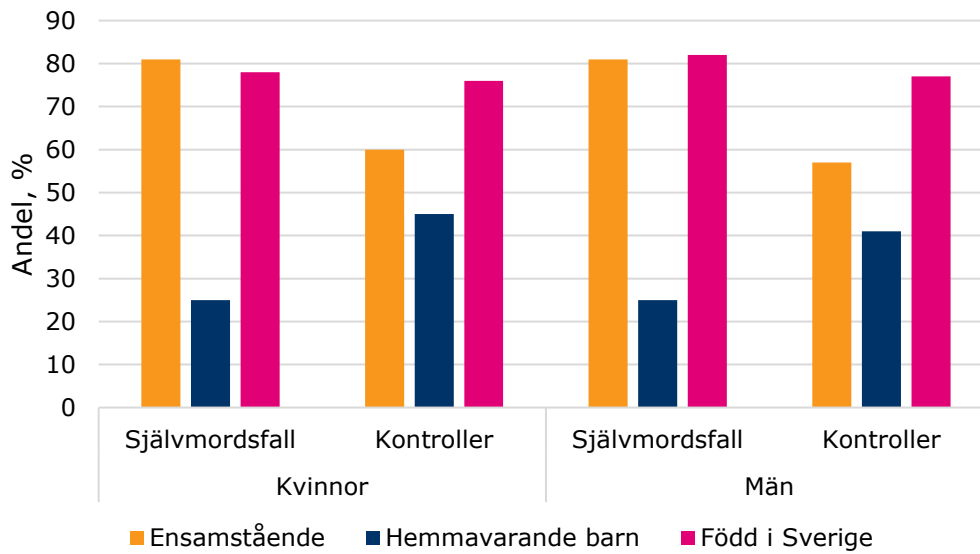
Sociodemografisk bakgrund

Civilstånd, hemmavarande barn och födelseland

I tabell 5 redovisas sociodemografisk bakgrund bland dem som dog i suicid och kontrollpersonerna. Att vara ensamstående och att inte ha några hemmavarande barn var vanligare bland de kvinnor och män som dog i suicid än bland kontrollerna. Bland de som dog i suicid var andelen ensamstående och andelen med hemmavarande barn ungefär lika stor bland kvinnor som bland män. Bland männen som dog i suicid var andelen Sverigefödda högre än i kontrollgruppen. Det gällde även kvinnor som dog i suicid jämfört med kvinnor bland kontrollerna, dock var skillnaden mindre tydlig.

Tabell 5. Civilstånd, hemmavarande barn och födelse land bland kvinnor och män som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016 samt hos deras matchade kontroller, redovisat i antal (n) och andel (%).

	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor														
Självordsfall														
Ensamstående	90	77	97	84	105	80	90	82	92	82	77	84	551	81
Hemmavarande barn	27	23	29	25	31	24	29	26	34	30	18	20	168	25
Född i Sverige	88	75	100	86	96	73	89	80	85	76	73	79	531	78
Kontroller														
Ensamstående	683	58	694	60	804	61	624	56	704	63	564	61	4 073	60
Hemmavarande barn	450	38	569	49	546	42	541	49	553	49	365	40	3 024	45
Född i Sverige	911	78	862	74	1 025	78	848	76	843	75	712	77	5 201	76
Män														
Självordsfall														
Ensamstående	146	81	179	81	184	80	166	80	184	81	164	83	1 023	81
Hemmavarande barn	45	25	42	19	57	25	59	29	64	28	48	24	315	25
Född i Sverige	151	83	177	79	183	80	177	86	182	80	171	86	1 041	82
Kontroller														
Ensamstående	1 018	56	1 255	56	1 273	55	1 223	59	1 281	56	1 134	57	7 184	57
Hemmavarande barn	733	40	868	39	951	41	854	41	977	43	878	44	5 261	41
Sverige	1 364	75	1 711	76	1 771	77	1 561	75	1 752	77	1 497	75	9 656	77



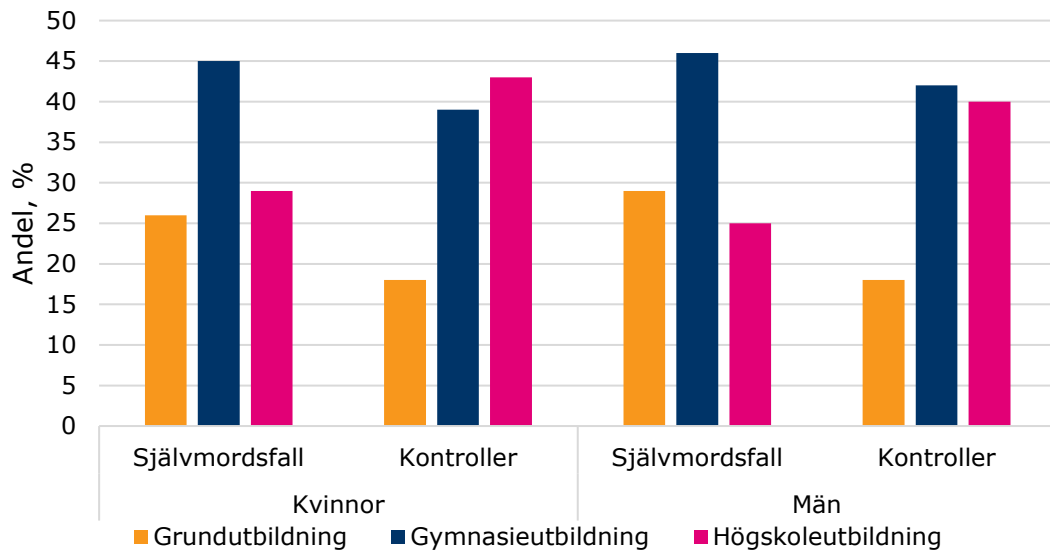
Figur 4. Andel (%) kvinnor och män som dött i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016 och deras matchade kontroller, uppdelat efter civilstånd, hemmavarande barn och födelseland.

Utbildningsnivå

Andelen personer med högskoleutbildning var genomgående lägre bland personerna som dog i suicid än bland kontrollerna (se Tabell 6 och Figur 5).

Tabell 6. Högsta erhållna utbildning bland kvinnor och män som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016 samt deras matchade kontroller, redovisat i antal (n) och andel (%).

	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor														
Självordsfall														
Grundutbildning	34	30	28	25	26	24	26	24	28	25	17	19	172	26
Gymnasieutbildning	51	45	51	45	48	44	48	44	47	42	40	44	296	45
Högskoleutbildning	29	25	34	30	34	31	34	31	36	33	34	37	194	29
Kontroller														
Grundutbildning	211	18	231	20	235	18	187	17	173	16	144	16	1 181	18
Gymnasieutbildning	433	38	445	39	537	42	420	38	439	40	349	38	2 623	39
Högskoleutbildning	504	44	464	41	514	40	497	45	489	44	417	46	2 885	43
Män														
Självordsfall														
Grundutbildning	56	31	67	31	61	27	60	29	57	25	57	29	358	29
Gymnasieutbildning	83	47	97	45	108	47	93	46	116	52	82	42	579	46
Högskoleutbildning	39	22	52	24	60	26	51	25	52	23	57	29	311	25
Kontroller														
Grundutbildning	344	19	384	18	361	16	357	18	406	18	322	16	2 174	18
Gymnasieutbildning	725	41	946	44	946	42	835	41	917	41	842	43	5 211	42
Högskoleutbildning	699	40	840	38	945	42	838	41	899	41	793	41	5 014	40



Figur 5. Andel (%) kvinnor och män som dött i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016 och deras matchade kontroller, uppdelat efter utbildningsnivå.

Tidigare vårdkonsumtion bland personer som dog i suicid jämfört med kontroller

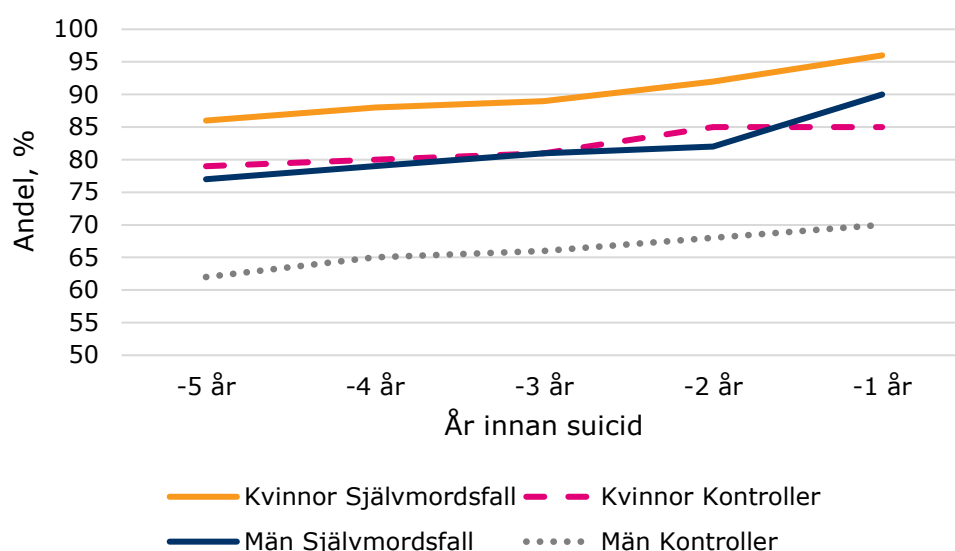
Förekomst av vård

Vård inom slutenvård, öppenvård och primärvård per år under en femårsperiod före dödsfallet i suicid

I Tabell 7 och Figur 6 redovisas antal och andel personer som under de fem åren innan dödsfallet hade minst en vårdkontakt per år inom slutenvården, öppenvården eller primärvården. De flesta kvinnor och män som dog i suicid i Stockholms län år 2011–2016 har haft minst en vårdkontakt per år. Motsvarande andel var cirka 10–15 procent lägre bland de matchade kontrollerpersonerna. Andelen som hade vårdkontakt var lägre bland män än kvinnor, både bland suicidfallen och deras matchade kontroller.

Tabell 7. Antal (n) och andel (%) kvinnor och män som har vårdats inom slutenvård, öppenvård eller primärvården per år under en femårsperiod före dödsfallet bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016 och deras matchade kontroller.

	År innan dödsfall i suicid									
	-5 år		-4 år		-3 år		2 år		-1år	
Självordsfall	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor	583	86	596	88	602	89	625	92	654	96
Män	1 006	79	1 019	80	1 030	81	1 083	85	1 137	90
Kontroller										
Kvinnor	5 224	77	5 346	79	5 483	81	5 598	82	5 772	85
Män	7 828	62	8 190	65	8 350	66	8 641	68	8 877	70

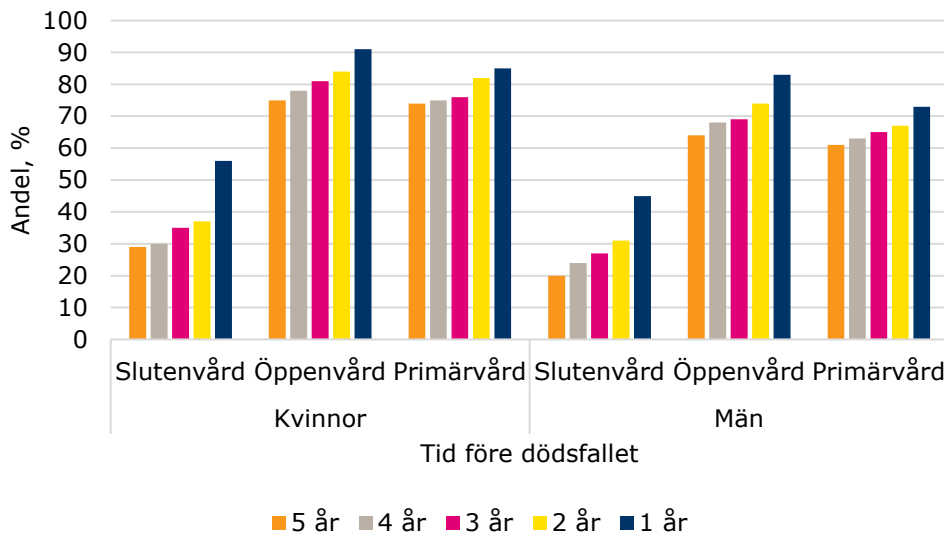


Figur 6. Andel (%) personer per år som vårdats inom slutenvården, öppenvården eller primärvården bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016 och deras matchade kontroller under en femårsperiod före dödsfallet i suicid, uppdelat efter kön.

I Tabell 8 och Figur 7 presenteras antal och andel personer som dog i suicid och som har haft minst en vårdkontakt under en femårsperiod före dödsfallet i suicid, uppdelat efter typ av vård: slutenvård, öppenvård eller primärvård. Majoriteten av både kvinnor och män som dog i suicid hade året före dödsfallet minst en vårdkontakt med öppenvården, primärvården eller båda. Den största skillnaden i förekomst av vårdkontakter mellan dem som dog i suicid och deras kontroller ses inom slutenvården: 56 procent av kvinnorna och 45 procent av männen som dog i suicid hade minst ett slutenvårdstillfälle året före dödsfallet, jämfört med 11 procent respektive 8 procent bland kontrollerna.

Tabell 8. Antal (n) och andel (%) kvinnor och män som har haft minst en vårdkontakt med slutenvård, öppenvård och/eller primärvård per år under en femårsperiod före dödsfallet bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016, och bland deras matchade kontroller.

År innan dödsfall i suicid										
Typ av vård	-5 år		-4 år		-3 år		-2 år		-1år	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor										
Självordsfall										
Slutenvård	196	29	206	30	235	35	252	37	381	56
Öppenvård	510	75	531	78	551	81	571	84	621	91
Primärvård	501	74	512	75	516	76	558	82	581	85
Kontroller										
Slutenvård	644	9	700	10	715	11	741	11	762	11
Öppenvård	3 888	57	4 112	60	4 327	64	4 476	66	4 677	69
Primärvård	4 357	64	4 471	66	4 579	67	4 694	69	4 845	71
Män										
Slutenvård	254	20	309	24	346	27	389	31	577	45
Öppenvård	815	64	858	68	881	69	940	74	1 049	83
Primärvård	769	61	804	63	821	65	855	67	931	73
Kontroller										
Slutenvård	800	6	884	7	904	7	1 067	7	1 016	8
Öppenvård	5 357	42	5 647	45	6 902	47	6 231	49	6 451	51
Primärvård	6 405	50	6 704	53	6 870	54	7 160	56	7 413	58



Figur 7. Andel (%) kvinnor och män som har haft minst en vårdkontakt per år inom slutenvård, öppenvård och/eller primärvård under de sista fem åren före dödsfallet i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016, uppdelat efter kön och typ av vård.

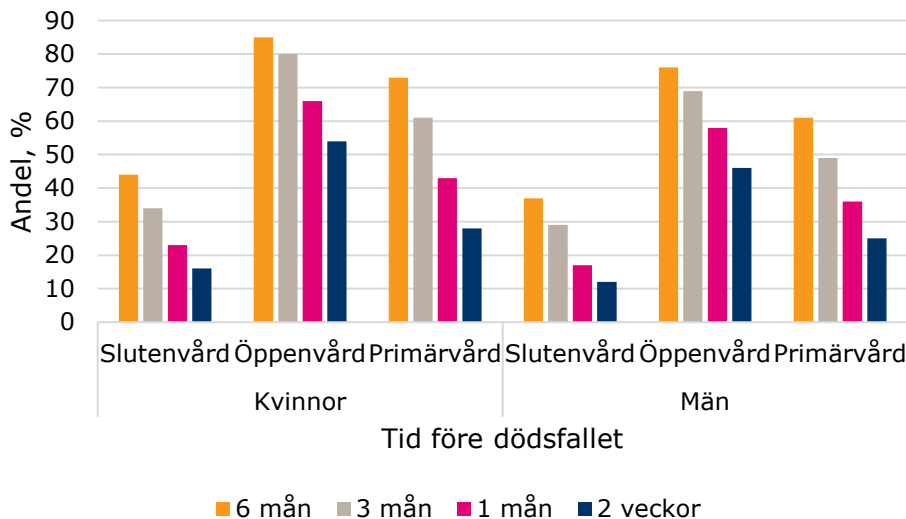
Vård inom slutenvård, öppenvård och primärvård under de sex månaderna före dödsfallet i suicid

Tabell 9 och Figur 8 redovisas förekomst av vårdkontakter, och i vilken tidsperiod de ägde rum, under de sex månaderna som föregick dödsfallet i suicid, både bland dem som dog i suicid och deras matchade kontroller. Tidsperioderna för när vårdkontakten skedde är sex, tre och en månad(er) före dödsfallet samt två veckor före dödsfallet. Majoriteten av dem som dog i suicid hade minst en vårdkontakt med öppenvården under de sex månaderna, oavsett tidsperiod. Bland kontrollpersonerna var andelen lägre.

Under en tvåveckorsperiod före dödsfallet hade 54 procent av kvinnorna och 46 procent av männen som dog i suicid minst en vårdkontakt inom specialiserad öppenvård (somatisk eller psykiatrisk). Motsvarande andel bland deras matchade kontroller var 15 procent bland kvinnor och 9 procent bland män. Samma fördelning gällde vårdkontakter inom primärvården. Andelen personer med minst en vårdkontakt inom primärvården var högre bland dem som dog i suicid (28 procent av kvinnorna och 25 procent av männen) än bland deras matchade kontroller (13 procent av kvinnorna och 10 procent av männen).

Tabell 9. Antal (n) och andel (%) kvinnor och män som har haft minst en vårdkontakt inom slutenvård, öppenvård och/eller primärvård före dödsfallet bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016 och bland deras matchade kontroller.

	Tid före dödsfallet							
	6 mån		3 mån		1 mån		2 veckor	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor								
Självordsfall								
Slutenvård	301	44	233	34	156	23	109	16
Öppenvård	575	85	543	80	449	66	367	54
Primärvård	493	73	416	61	271	43	193	28
Kontroller								
Slutenvård	425	6	228	3	92	1	52	1
Öppenvård	3 610	53	2 697	40	1 575	23	995	15
Primärvård	3 794	56	2 787	41	1 460	21	867	13
Män								
Självordsfall								
Slutenvård	468	37	364	29	217	17	151	12
Öppenvård	966	76	882	69	722	58	586	46
Primärvård	774	61	626	49	429	36	314	25
Kontroller								
Slutenvård	590	5	327	3	127	1	64	1
Öppenvård	4 822	38	3 449	27	1 862	15	1 182	9
Primärvård	5 529	44	3 904	31	2 077	16	1 297	10



Figur 8. Andel (%) kvinnor och män som har haft minst en vårdkontakt inom slutenvård, öppenvård och/eller primärvård under de sista sex månaderna före dödsfallet i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016, uppdelat efter kön och typ av vård.

Förekomst av psykiatrisk vård

I Tabell 10 redovisas antal och andel kvinnor och män som hade minst en vårdkontakt per år inom psykiatrisk sluten- eller öppenvård under en femårsperiod innan sitt dödsfall i suicid. En och samma person kan ha vårdats inom både slutenvård och öppenvård. Cirka en tredjedel av både kvinnorna (35 procent) respektive männen (29 procent) fick psykiatrisk slutenvård året före dödsfallet i suicid. Under en femårsperiod före dödsfallet var andelen kvinnor som fick psykiatrisk öppenvård högre än andelen män. Under det sista levnadsåret hade 65 procent av kvinnorna och 53 procent av männen fått vård inom psykiatrisk öppenvård.

Tabell 10. Antal (n) och andel (%) kvinnor och män som har haft minst en vårdkontakt inom psykiatrisk sluten- och/eller öppenvård per år under en femårsperiod före dödsfallet bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

	År före dödsfallet i suicid									
	-5 år		-4 år		-3 år		-2 år		-1år	
Psykiatrisk vård	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor										
Slutenvård	92	14	115	17	125	18	145	21	238	35
Öppenvård	283	42	296	44	329	48	343	50	441	65
Totalt	283	42	296	44	330	49	343	50	441	65
Män										
Slutenvård	135	11	172	14	207	16	223	18	366	29
Öppenvård	404	32	469	37	493	39	528	42	670	53
Totalt	406	32	471	37	497	39	531	42	670	53

I Tabell 11 redovisas antal och andel kvinnor och män som hade minst en vårdkontakt inom *psykiatrisk* slutenvård- eller öppenvård *de sex månaderna* som föregick dödsfallet i suicid. Mindre än en tiondedel av både kvinnorna (7 procent) och männen (5 procent) fick psykiatrisk *slutenvård* under den sista månaden före dödsfallet. Inom psykiatrisk *öppenvård* hade 35 procent av kvinnorna och 29 procent av männen minst en vårdkontakt månaden före dödsfallet.

Tabell 11. Antal (n) och andel (%) kvinnor och män som har haft minst en vårdkontakt inom psykiatrisk slutenvård- eller öppenvård under de sista sex månaderna före dödsfallet bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

	Tid före dödsfallet							
	6 mån		3 mån		1 mån		2 veckor	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor								
Självordsfall								
Slutenvård	185	27	139	20	78	11	46	7
Öppenvård	404	59	372	55	298	44	237	35
Totalt	405	60	375	55	301	44	238	35
Män								
Självordsfall								
Slutenvård	291	23	218	17	118	9	64	5
Öppenvård	622	49	577	45	455	36	369	29
Totalt	624	49	579	46	456	36	370	29

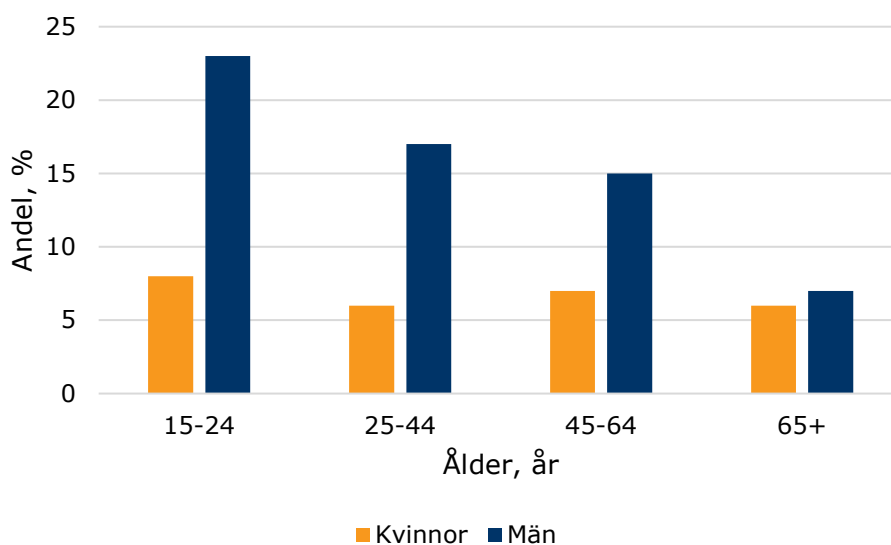
Ingen vårdkontakt

I Tabell 12 och Figur 9 redovisas antal och andel kvinnor och män som inte haft någon vårdkontakt under de sista sex månaderna före dödsfallet i suicid. Cirka 7 procent av kvinnorna och 15 procent av männen som dog i suicid hade ingen vårdkontakt under den perioden.

Andelen kvinnor utan vårdkontakt var ungefär lika i alla åldersgrupper. Men bland männen varierade förekomsten i olika åldrar: Andelen som inte haft någon vårdkontakt var högst (23 procent) i åldrarna 15–24 år och lägst (7 procent) bland personer i åldern 65 och äldre.

Tabell 12. Antal (n) och andel (%) kvinnor och män i olika åldersgrupper som inte haft någon vårdkontakt sex månader före dödsfallet bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

Ingen vårdkontakt	Ålder, år								Totalt	
	15-24		25-44		45-64		65+		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kvinnor	5	8	11	6	19	7	10	6	45	7
Män	23	23	67	17	74	15	21	7	185	15



Figur 9. Andel (%) kvinnor och män som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016 och inte hade någon vårdkontakt under de sista sex månaderna före dödsfallet, uppdelat efter kön och ålder.

I Tabell 13 redovisas sociodemografisk bakgrund bland kvinnor och män som har haft respektive inte haft någon vårdkontakt under de sista sex månaderna före dödsfallet i suicid. Bland kvinnor som inte hade någon vårdkontakt var andelen med högskoleutbildning (44 procent) och hemmavarande barn (29 procent) högre och andelen ensamstående (75 procent) var lägre än hos kvinnorna med minst en vårdkontakt halvåret före dödsfallet. Andelen högskoleutbildade män var ungefär lika hög bland dem som haft och inte haft någon vårdkontakt (25 procent respektive 26 procent). Bland männen var andelen ensamstående (84 procent) och andel med hemmavarande barn (28 procent) högre bland dem som inte haft någon vårdkontakt, än bland männen som hade vårdkontakt.

Tabell 13. Sociodemografisk bakgrund bland kvinnor och män som har haft eller inte haft någon vårdkontakt under de sista sex månaderna före dödsfallet i suicid, redovisat i antal (n) och andel (%).

Vård under sex månader före dödsfallet	Alla		Högskole- utbildning		Ensamstående		Hemmavarande barn	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor								
Vårdkontakt	630	93	173	28	516	82	154	24
Ej vårdkontakt	50	7	23	44	38	75	15	29
Män								
Vårdkontakt	1 078	85	267	25	870	80	263	24
Ej vårdkontakt	192	15	49	26	161	84	54	28

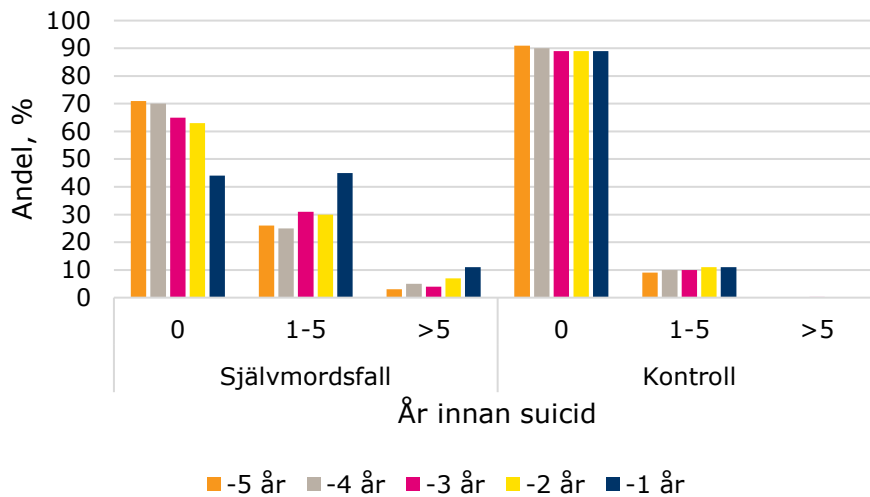
Fördjupad beskrivning av vård inom slutenvård: antal vårdtillfällen och diagnoser

Antal slutenvårdstillfällen per år

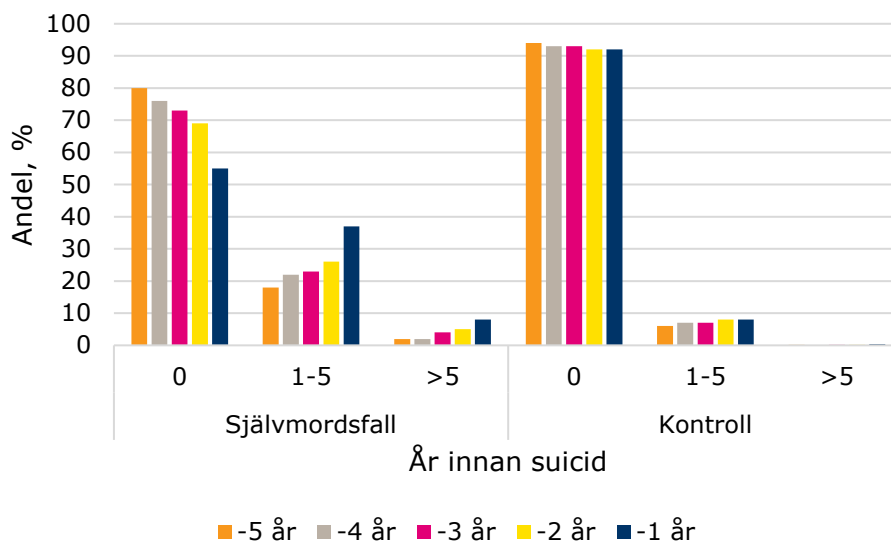
Tabell 14 visar att andelen personer som inte haft något slutenvårdstillfälle under de fem åren som föregick dödsfallet var avsevärt lägre bland kvinnorna och männen som dog i suicid än bland kontrollpersonerna. Andelen som hade ett till fem slutenvårdstillfällen per år ökade gradvis under femårsperioden bland dem som dog i suicid (se Figur 10). Även andelen med fler än fem slutenvårdstillfällen per år ökade gradvis. Bland kontrollpersonerna som inte dog i suicid, ökade andelen med minst ett slutenvårdstillfälle ytterst lite. Andelen som dog i suicid och hade minst ett slutenvårdstillfälle under femårsperioden före dödsfallet var genomgående högre bland kvinnor än män.

Tabell 14. Antal (n) och andel (%) kvinnor och män med olika antal slutenvårdstillfällen per år bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016, och bland deras matchade kontroller.

Antal vårdtillfällen	År innan dödsfall i suicid									
	-5 år		-4 år		-3 år		-2 år		-1år	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor										
Självordsfall										
0	484	71	474	70	445	65	428	63	299	44
1-5	176	26	171	25	210	31	203	30	309	45
5+	20	3	35	5	25	4	49	7	72	11
Kontroller										
0	6 154	91	6 098	90	6 083	89	6 057	89	6 036	89
1-5	636	9	691	10	697	10	731	11	739	11
5+	8	0,1	9	0,1	18	0,3	10	0,2	23	0,3
Män										
Självordsfall										
0	1 016	80	961	76	924	73	881	69	693	55
1-5	233	18	278	22	296	23	328	26	471	37
5+	21	2	31	2	50	4	61	5	106	8
Kontroller										
0	11 889	94	11 805	93	11 785	93	11 622	92	11 673	92
1-5	779	6	866	7	883	7	1039	8	960	8
5+	21	0,2	18	0,1	21	0,2	28	0,2	56	0,4



Figur 10a. Andel (%) kvinnor med olika antal slutenvårdstillfällen bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016 och bland deras matchade kontroller under en femårsperiod före dödsfallet.



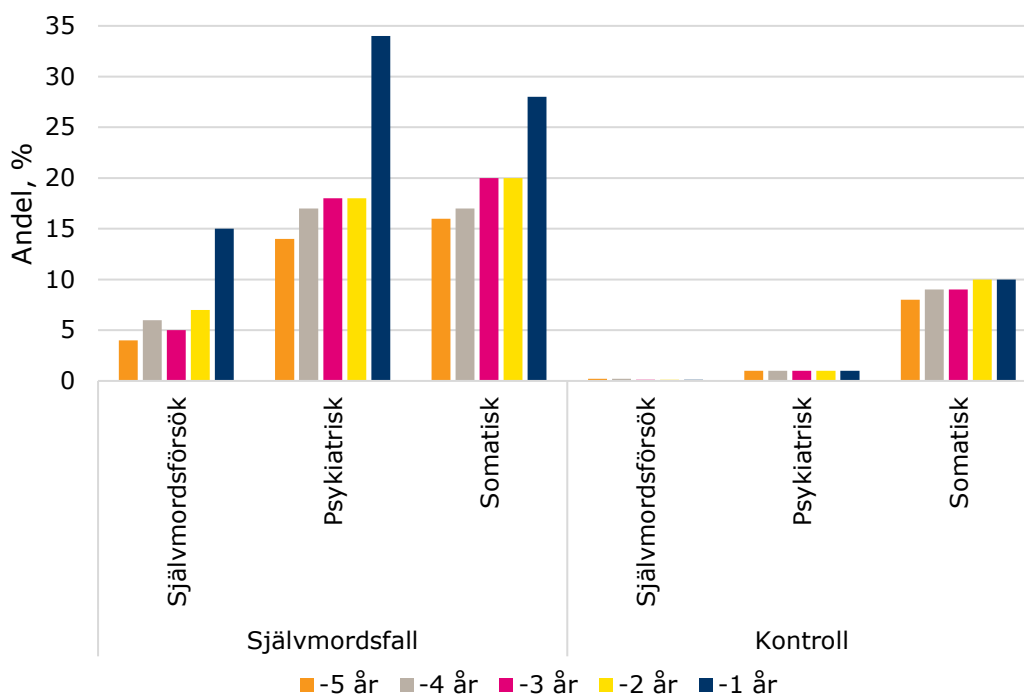
Figur 10b. Andel (%) män med olika antal slutenvårdstillfällen bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016 och deras kontroller under en femårsperiod före dödsfallet.

Förekomst av slutenvård för psykiatriska och somatiska diagnoser eller självmordsförsök

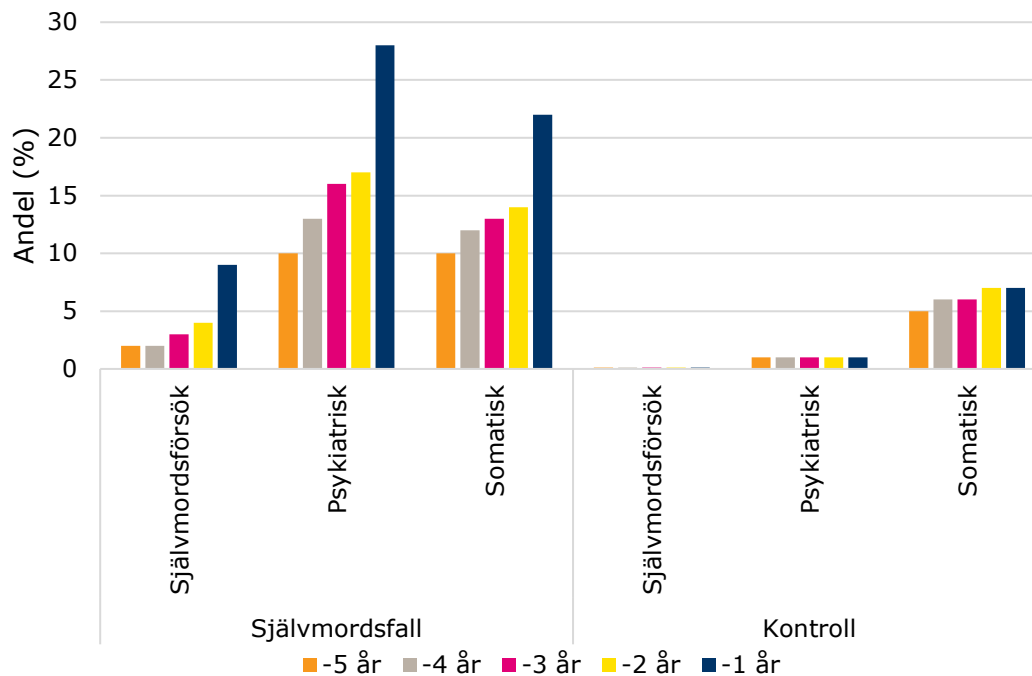
I Tabell 15 och Figur 11 redovisas antal och andel personer som fått vård för psykiatriska diagnoser, somatiska diagnoser eller självmordsförsök inom slutenvården, per år under en femårsperiod före dödsfallet. Andelen personer som vårdats i slutenvård för psykiatriska diagnoser eller självmordsförsök ökade gradvis bland både kvinnor och män som dog i suicid år 2011–2016, och var högre än bland kontrollpersonerna. Även andelen personer som har slutenvårdats för somatiska diagnoser var högre bland kvinnorna och männen som dog i suicid än bland deras kontroller.

Tabell 15. Antal (n) och andel (%) kvinnor och män som vårdats för psykiatriska diagnoser, somatiska diagnoser eller självmordsförsök inom slutenvård bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016, och bland deras matchade kontroller.

	År innan dödsfall i suicid									
	-5 år		-4 år		-3 år		-2 år		-1år	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor										
Självmordsfall										
Vård för självmordsförsök	30	4	38	6	34	5	45	7	100	15
Vård för psykiatriska diagnoser	92	14	113	17	123	18	142	18	232	34
Vård för somatiska diagnoser	111	16	115	17	139	20	135	20	190	28
Kontroller										
Vård för självmordsförsök	12	0,2	12	0,2	3	<0,1	7	0,1	7	0,1
Vård för psykiatriska diagnoser	36	1	53	1	40	1	47	1	42	1
Vård för somatiska diagnoser	566	8	589	9	615	9	658	10	663	10
Män										
Självmordsfall										
Vård för självmordsförsök	24	2	27	2	44	3	53	4	119	9
Vård för psykiatriska diagnoser	133	10	169	13	205	16	221	17	359	28
Vård för somatiska diagnoser	129	10	157	12	165	13	184	14	273	22
Kontroller										
Vård för självmordsförsök	7	0,1	10	0,1	8	0,1	12	0,1	8	0,1
Vård för psykiatriska diagnoser	102	1	88	1	96	1	107	1	94	1
Vård för somatiska diagnoser	622	5	713	6	724	6	865	7	826	7



Figur 11a. Andel (%) kvinnor med psykiatriska och somatiska diagnoser samt självmordsförsök inom slutenvård bland dem som dog i suicid i Stockholm län år 2011 till 2016 samt deras matchade kontroller.



Figur 11b. Andel (%) män med psykiatriska och somatiska diagnoser samt självmordsförsök inom slutenvård bland dem som dog i suicid i Stockholm län år 2011 till 2016 samt deras matchade kontroller.

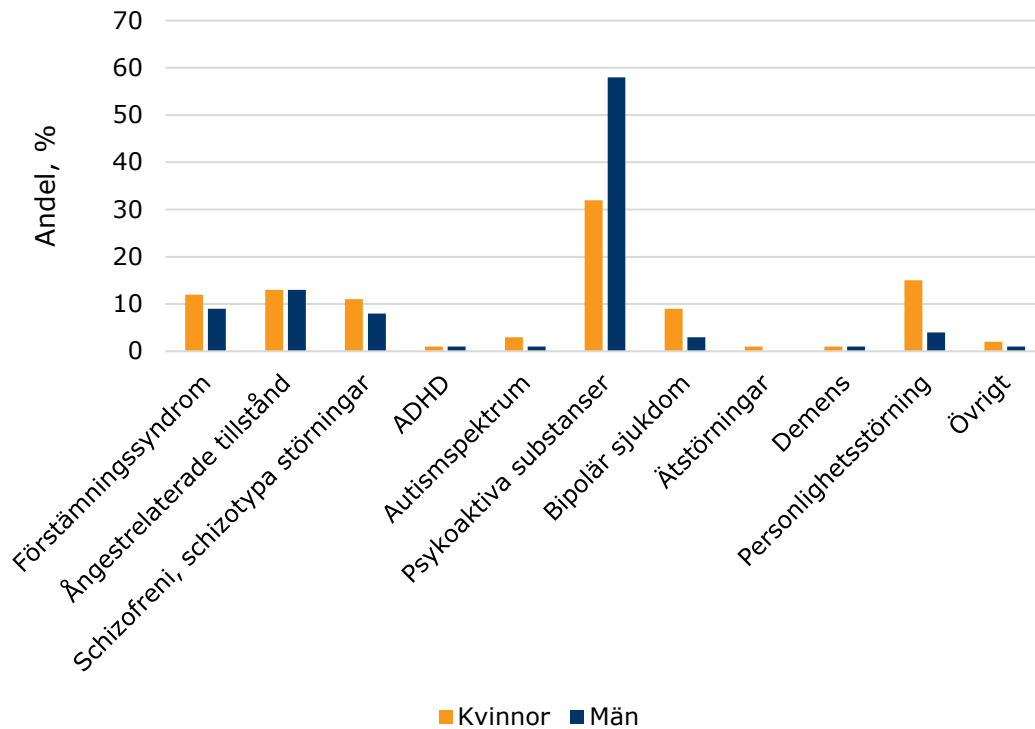
Diagnosförekomst inom slutenvården

Förekomsten av specifika psykiatriska och somatiska diagnoser som registrerats vid minst ett slutenvårdstillfälle under de sex månaderna som föregick dödsfallet redovisas i Tabell 16–17 och Figur 12–13. Drygt hälften (57 procent) av de psykiatriska diagnoserna som förekom bland männen som dog i suicid var relaterade till psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser (t ex alkohol- eller drogmissbruk). Motsvarande andel bland kvinnor var lägre (31 procent). Viktigt är att notera att flera diagnoser kan bli registrerade för en individ.

Bland kvinnorna var det däremot vanligare med psykiatriska diagnoser relaterade till personlighetsstörningar (16 procent) och bipolär sjukdom (9 procent) än bland männen (4 procent för respektive diagnosgrupper) (se Tabell 16 och Figur 12).

Tabell 16. Antal (n) och andel (%) diagnoser bland psykiatriska diagnoser registrerade inom slutenvård under de sista sex månaderna före dödsfallet bland kvinnor och män som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

Diagnosgrupp	ICD-10 koder	Kvinnor		Män	
		n	%	n	%
Förstämningssyndrom	F32-F39	57	12	63	9
Ångestrelaterade tillstånd	F40-F43	58	13	94	13
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	F20-F29	49	11	61	8
ADHD	F90	6	1	7	1
Autismspektrum	F84	12	3	10	1
Psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser	F10-F14, F18-F19, F16	143	31	408	57
Bipolär sjukdom	F30-F31	41	9	26	4
Ätstörningar	F50	4	1	0	0
Demens	F01-F09	3	1	6	1
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	F60-F69	71	16	28	4
Övrigt		11	2	11	2



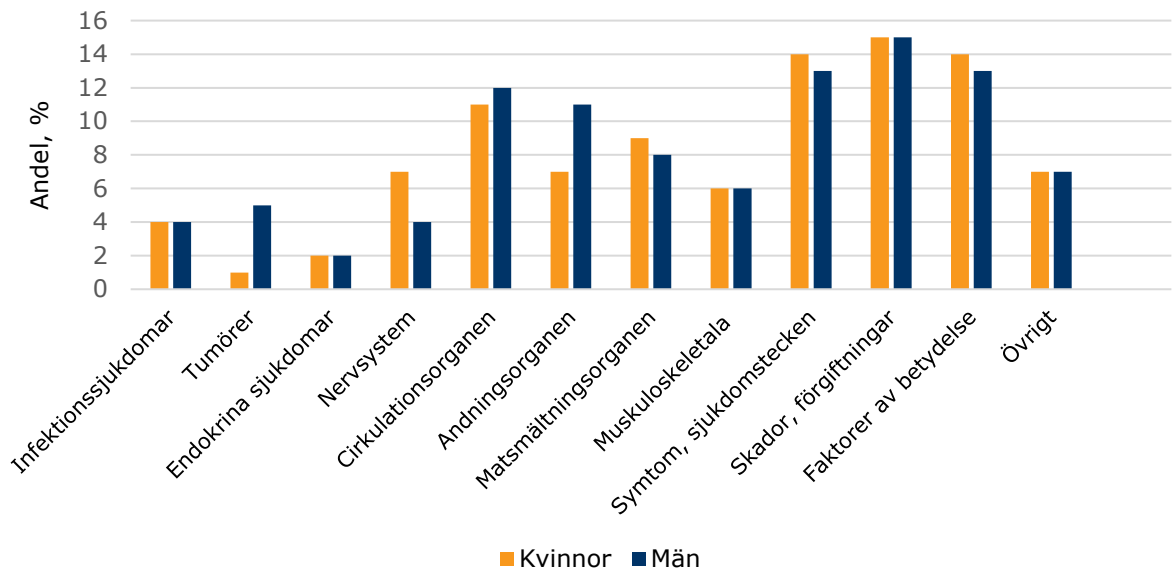
Figur 12. Andel (%) diagnoser bland psykiatriska diagnoser registrerade inom slutenvård under de sista sex månaderna före dödsfallet bland kvinnor och män som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

Bland somatiska diagnoser var diagnoser relaterade till skador och förgiftningar vanligast förekommande både bland kvinnor (15 procent) och män (15 procent). Vidare registrerades oftast diagnoser relaterade till cirkulationsorganens sjukdomar samt ospecificerade diagnoser (se Tabell 17 och Figur 13). Viktigt att notera är att skador och förgiftningar som uppstod i samband med självmordsförsöken inte är inkluderade.

Tabell 17. Antal (n) och andel (%) diagnoser bland somatiska diagnoser registrerade inom slutenvård under de sista sex månaderna före dödsfallet bland kvinnor och män som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

Diagnosgrupp	ICD-10 koder	Kvinnor		Män	
		n	%	n	%
Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar	A00–B99	13	4	18	4
Tumörer	C00–D48	4	1	24	5
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbingar och ämnesomsättningssjukdomar	E00–E90	7	2	9	2
Sjukdomar i nervsystem	G00–G99	22	7	21	4
Cirkulationsorganens sjukdomar	I00–I99	33	11	57	12
Andningsorganens sjukdomar	J00–J99	21	7	50	11
Matsmältningsorganens sjukdomar	K00–K93	27	9	39	8
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet (rörelseorganen) och bindväven	M00–M99	19	6	28	6
Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd	R00–R99	43	14	60	13
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker*	S00–T98	46	15	70	15
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården	Z00–Z99	42	14	63	13
Övrigt		21	7	32	7

*Diagnoser relaterade till skador och förgiftningar som registrerades i samband med självmordsförsök är inte inkluderade.



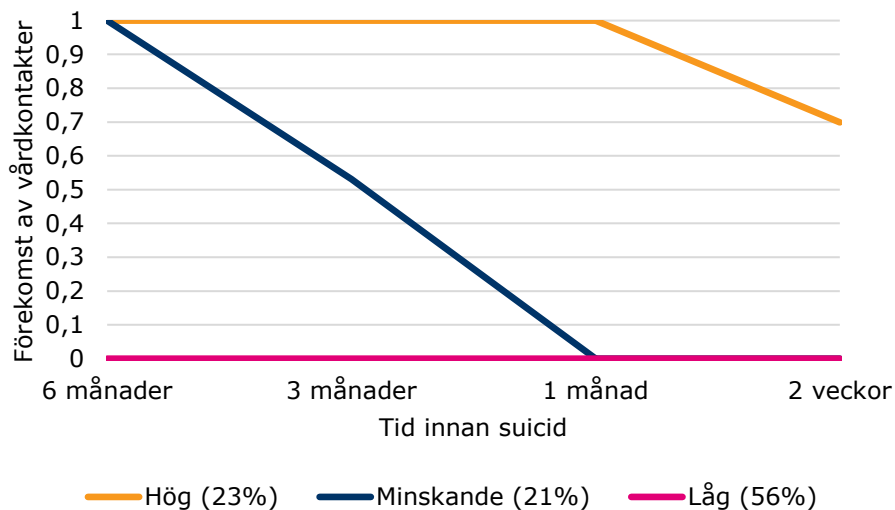
Figur 13. Andel (%) diagnoser bland somatiska diagnoser registrerade inom slutenvård under de sista sex månaderna innan dödsfallet bland kvinnor och män som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

Utveckling av slutenvårdsförekomst under de sista sex månaderna före dödsfallet i suicid

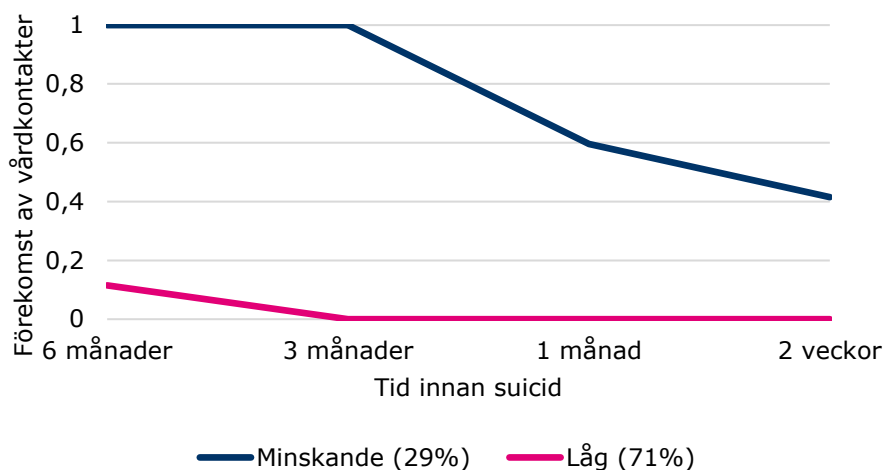
I Figur 14 kartläggs skattade trajektorier, det vill säga utvecklingsmönster, i förekomst av slutenvårdskontakter under de sista sex månaderna före dödsfallet bland kvinnor och män som dog i suicid. Tre separata utvecklingsmönster kunde urskiljas bland kvinnor och två kunde urskiljas bland män.

Drygt hälften av kvinnorna (56 procent) hade knappt några slutenvårdstillfällen alls (dvs låg vårdkonsumtion) halvåret före dödsfallet. Bland kvinnorna följde en femtedel (21 procent) ett mönster med minskande antal vårdtillfällen, och bland lite drygt en femtedel (23 procent) var förekomsten av slutenvårdstillfällen hög. Majoriteten av män (71 procent) hade få eller inga slutenvårdstillfällen (dvs låg vårdkonsumtion) och knappt en tredjedel av männen (29 procent) hade ett minskande antal vårdtillfällen inom slutenvården under de sista sex månaderna före dödsfallet.

Sammanfattningsvis tyder resultaten på att enbart en femtedel av kvinnor och ytterst få män som senare dör i suicid har återkommande vårdtillfällen inom slutenvård under de sista sex månaderna före dödsfallet.



Figur 14a. Skattade trajektorier av slutenvårdskonsumtion under de sista sex månaderna före dödsfallet i suicid bland kvinnor som dog i suicid år 2011 till 2016.



Figur 14b. Skattade trajektorier av slutenvårdskonsumtion under de sex månader före dödsfallet i suicid bland män som dog i suicid år 2011 till 2016.

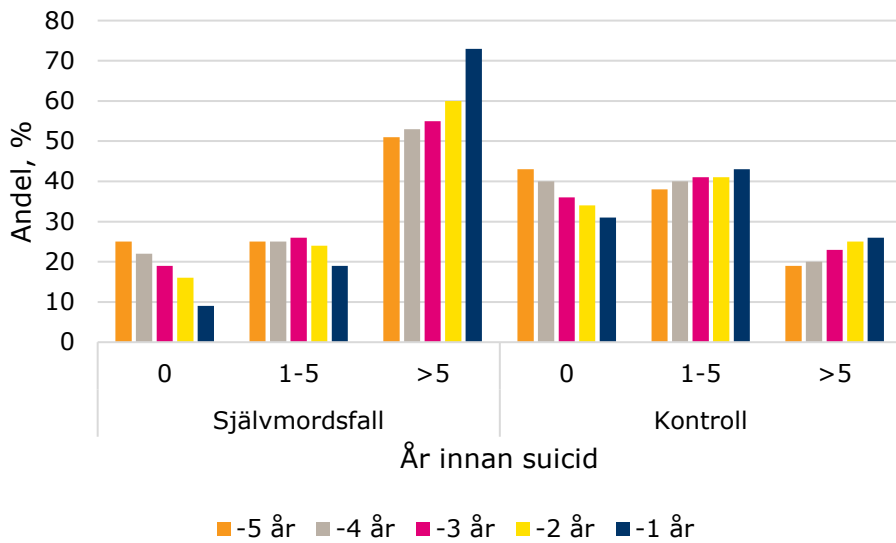
Fördjupad beskrivning av vård inom öppenvård: antal vårdkontakter och diagnoser

Antal öppenvårdskontakter per år

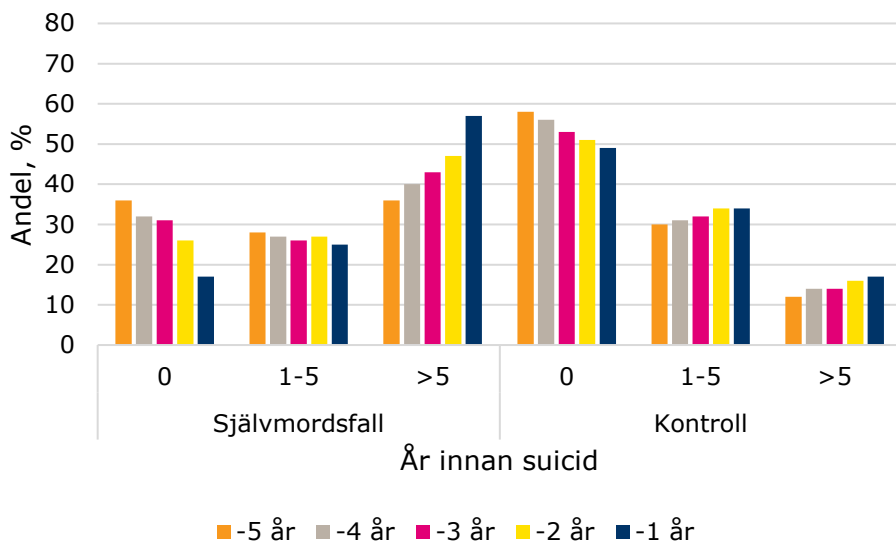
Tabell 18 visar att drygt 80 procent av alla kvinnor och män som dog i suicid i Stockholms län under åren 2011–2016 har haft minst en vårdkontakt inom öppenvården året före dödsfallet. Under en femårsperiod före dödsfallet hade de flesta personerna som dog i suicid fler än fem vårdkontakter per år inom öppenvården (se Figur 15) och antalet ökade gradvis varje år. Bland kvinnor och män som inte dog i suicid har de flesta kontaktat öppenvården upp till fem gånger per år.

Tabell 18. Antal (n) och andel (%) kvinnor och män med olika antal vårdkontakter inom öppenvården per år bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016, och bland deras matchade kontroller.

	År innan dödsfall i suicid									
	-5 år		-4 år		-3 år		-2 år		-1år	
Antal vårdkontakter	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kvinnor										
Självordsfall										
0	170	25	149	22	129	19	109	16	59	9
1-5	170	25	168	25	177	26	162	24	128	19
>5	340	51	363	53	374	55	409	60	493	73
Kontroller										
0	2 910	43	2 686	40	2 471	36	2 322	34	2 121	31
1-5	2 589	38	2 727	40	2 796	41	2 795	41	2 914	43
>5	1 299	19	1 385	20	1 531	23	1 681	25	1 763	26
Män										
Självordsfall										
0	455	36	412	32	389	31	330	26	221	17
1-5	356	28	349	27	335	26	340	27	320	25
>5	459	36	509	40	546	43	600	47	729	57
Kontroller										
0	7 332	58	7 042	56	6 787	53	6 458	51	6 238	49
1-5	3 828	30	3 942	31	4 064	32	4 251	34	4 332	34
>5	1 529	12	1 723	14	1 838	14	1 980	16	2 119	17



Figur 15a. Andel (%) kvinnor med olika antal vårdkontakter inom öppenvården bland dem som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.



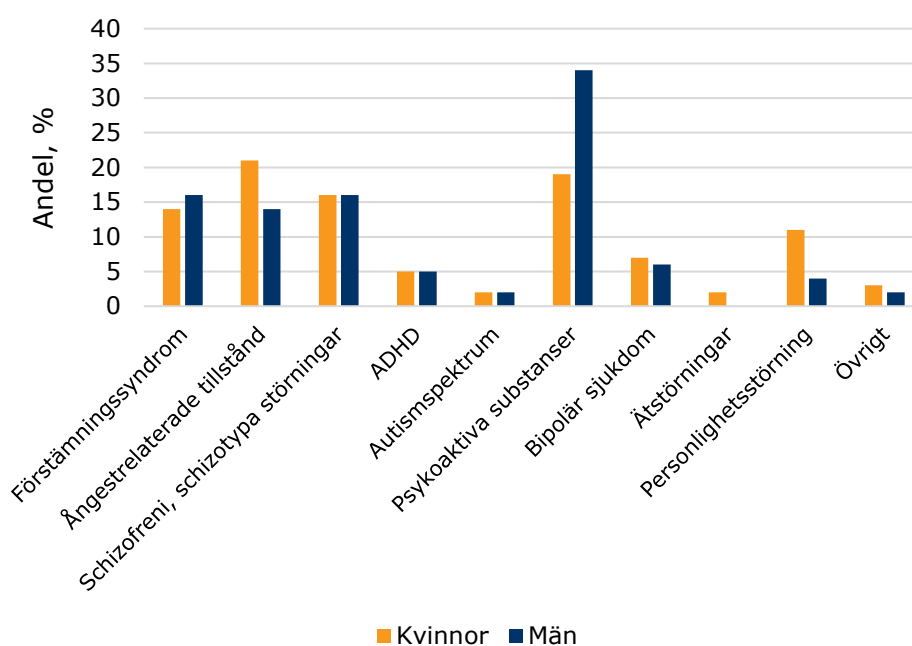
Figur 15b. Andel (%) män med olika antal vårdkontakter inom öppenvården bland dem som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

Diagnosförekomst inom öppenvården

Förekomst av specifika psykiatriska och somatiska diagnoser som registrerats inom öppenvården under en de sista sex månaderna före dödsfallet redovisas i Tabell 19, Tabell 20, Figur 16 och Figur 17. De vanligaste psykiatriska diagnoserna bland kvinnor som dog i suicid var ångestrelaterade tillstånd samt psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser. Bland män förekom oftast psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser och förstämningssyndrom (se Tabell 19, Figur 16).

Tabell 19. Antal (n) och andel (%) diagnoser bland psykiatriska diagnoser registrerade inom öppenvård under de sista sex månaderna före dödsfallet bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

Diagnosgrupp	ICD-10 koder	Kvinnor		Män	
		n	%	n	%
Förstämningssyndrom	F32–F39	447	14	722	16
Ångestrelaterade tillstånd	F40–F43	664	21	653	14
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	F20–F29	495	16	749	16
ADHD	F90	166	5	239	5
Autismspektrum	F84	58	2	86	2
Psykiska störningar orsakade av psykaktiva substanser	F10–F14, F18–F19, F16	583	19	1 530	34
Bipolär sjukdom	F30–F31	229	7	267	6
Ätstörningar	F50	64	2	0	0
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	F60–F69	330	11	201	4
Övrigt		93	3	78	2

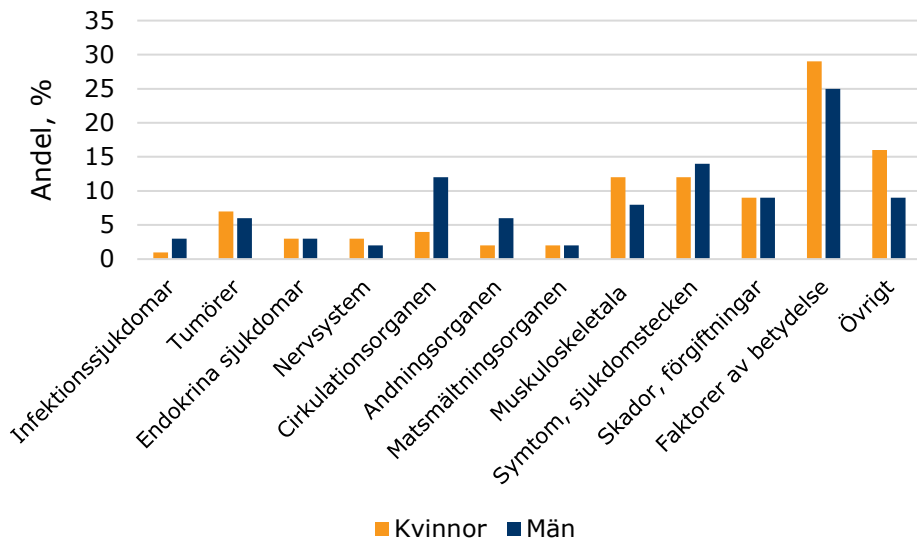


Figur 16. Andel (%) diagnoser bland psykiatriska diagnoser registrerade inom öppenvård under de sista sex månaderna före dödsfallet bland kvinnor och män som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

Bland de somatiska diagnoserna var diagnoser relaterade till faktorer av betydelse för hälsotillståndet vanligast förekommande både bland kvinnor och män. Därefter var diagnoser relaterade till cirkulationsorganens sjukdomar bland män och ospecificerade symtom bland kvinnor det som registrerades oftast (se Tabell 20, Figur 17).

Tabell 20. Antal (n) och andel (%) diagnoser bland somatiska diagnoser registrerade inom öppenvård under de sista sex månaderna före dödsfallet bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

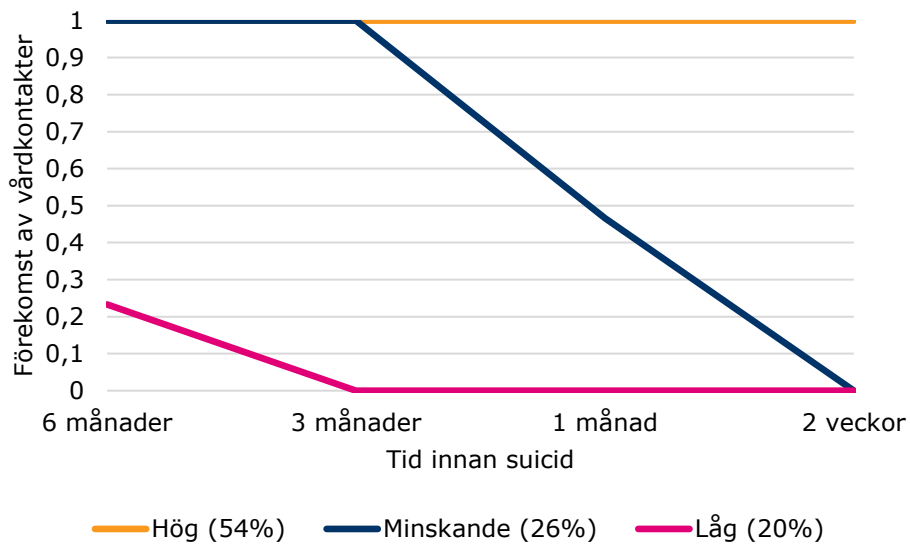
Diagnosgrupp	ICD-10 koder	Kvinnor		Män	
		n	%	n	%
Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar	A00–B99	30	1	108	3
Tumörer	C00–D48	149	7	175	6
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningssjukdomar	E00–E90	62	3	87	3
Sjukdomar i nervsystem	G00–G99	78	4	79	2
Cirkulationsorganens sjukdomar	I00–I99	83	4	380	12
Andningsorganens sjukdomar	J00–J99	35	2	179	6
Matsmältningsorganens sjukdomar	K00–K93	42	2	75	2
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet (rörelseorganen) och bindväven	M00–M99	258	12	251	8
Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd	R00–R99	261	12	454	14
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker	S00–T98	205	9	297	9
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården	Z00–Z99	637	29	794	25
Övrigt		348	16	289	9



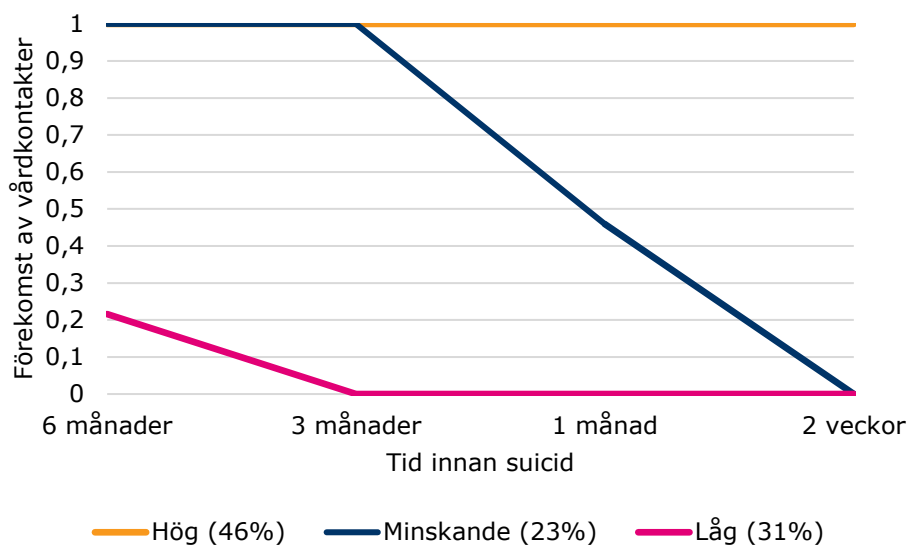
Figur 17. Andel (%) diagnoser bland somatiska diagnoser registrerade inom öppenvård under de sista sex månaderna före dödsfallet bland kvinnor och män som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

Utveckling av öppenvårdsförekomst under de sex sista månaderna före dödsfallet i suicid

I Figur 18 kartläggs skattade trajektorier, det vill säga utvecklingsmönster, i förekomst av öppenvårdskonsumtion de sista sex månaderna före dödsfallet bland kvinnor och män som dog suicid. Drygt hälften av kvinnorna (54 procent) och knappt hälften av männen (46 procent) som hade återkommande vårdkontakter inom öppenvården (dvs hög vårdkonsumtion). En femtedel av kvinnorna (20 procent) och en tredjedel av männen (31 procent) hade knappt några öppenvårdskontakter alls. Cirka 26 procent av kvinnorna och 23 procent av männen följde ett mönster med minskande förekomst av vårdkontakter inom öppenvården under de sista sex månaderna före dödsfallet.



Figur 18a. Skattade trajektorier av öppenvårdskonsumtion under de sex månader före dödsfallet i suicid bland kvinnor som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.



Figur 18b. Skattade trajektorier av öppenvårdskonsumtion under de sex månader före dödsfallet i suicid bland män som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

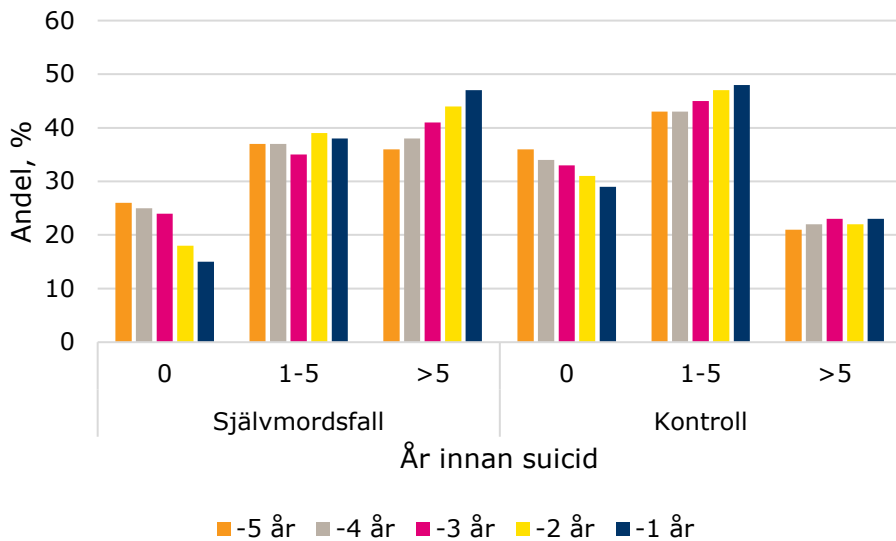
Fördjupad beskrivning av vård inom primärvård: antal vårdkontakter

Antal primärvårdskontakter per år

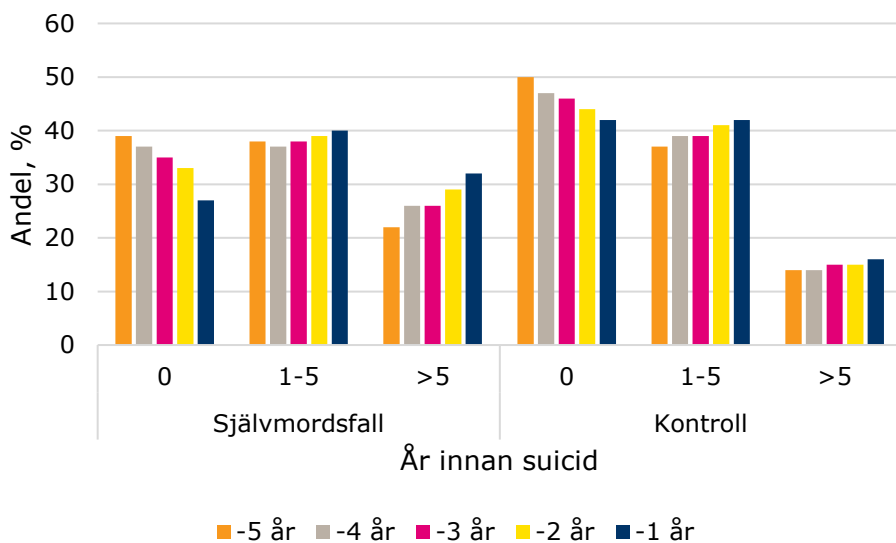
Andelen kvinnor och män som haft kontakt med primärvården fler än fem gånger under ett år var genomgående högre bland dem som dog i suicid än bland deras matchade kontroller (se Tabell 21 och Figur 19).

Tabell 21. Antal (n) och andel (%) kvinnor och män med olika antal vårdkontakter inom primärvård bland personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016, och bland deras matchade kontroller.

	År innan dödsfall i suicid									
	-5 år		-4 år		-3 år		-2 år		-1år	
Antal vårdkontakter	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kvinnor										
Självordsfall										
0	179	26	168	25	164	24	122	18	103	15
1-5	253	37	253	37	237	35	262	39	258	38
>5	248	36	259	38	279	41	296	44	319	47
Kontroller										
0	2 441	36	2 327	34	2 219	33	2 104	31	1 953	29
1-5	2 904	43	2 943	43	3 025	45	3 183	47	3 272	48
>5	1 453	21	1 528	22	1 554	23	1 511	22	1 573	23
Män										
Självordsfall										
0	501	39	466	37	449	35	415	33	349	27
1-5	485	38	474	37	484	38	493	39	511	40
>5	284	22	330	26	337	26	362	29	410	32
Kontroller										
0	6 284	50	5 985	47	5 819	46	5 529	44	5 276	42
1-5	4 643	37	4 891	39	4 951	39	5 206	41	5 367	42
>5	1 762	14	1 813	14	1 919	15	1 954	15	2 046	16



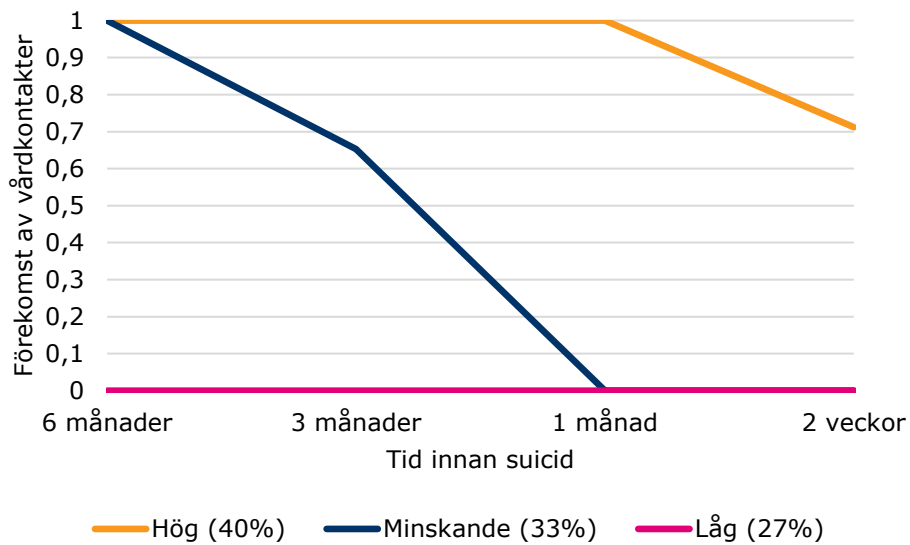
Figur 19a. Andel (%) kvinnor med olika antal vårdkontakter inom primärvård bland kvinnor som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.



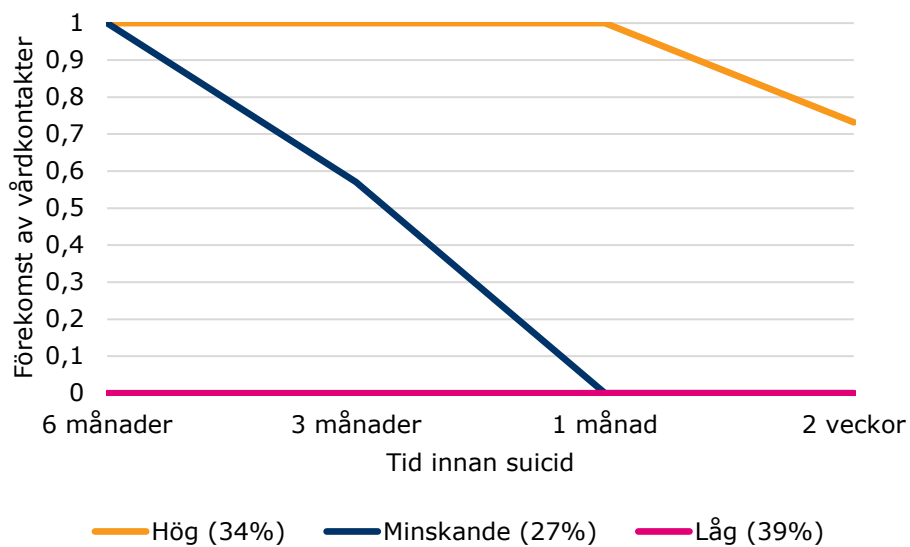
Figur 19b. Andel (%) män med olika antal vårdkontakter inom primärvård bland män som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

Utveckling av primärvårdsförekomst under de sex sista månaderna före dödsfallet i suicid

Figur 20 visar att cirka 40 procent av kvinnorna och 34 procent av männen hade återkommande vårdkontakter med primärvården (dvs hög vårdkonsumtion) under de sista sex månaderna före dödsfallet i suicid. Cirka en tredjedel av både kvinnor respektive män följde ett mönster med minskande förekomst av primärvårdskontakter ju närmare tiden för dödsfallet. 27 procent av kvinnorna och 39 procent av männen hade knappt några primärvårdskontakter (dvs låg vårdkonsumtion) under de sista sex månaderna före dödsfallet i suicid.



Figur 20a. Skattade trajektorier av primärvårdskonsumtion under de sex månader före dödsfallet i suicid bland kvinnor som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.



Figur 20b. Skattade trajektorier av primärvårdskonsumtion under de sex månader före dödsfallet i suicid bland män som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016.

Diskussion

Majoriteten av personer som dog i suicid hade kontakt med vården under det sista levnadsåret

Cirka 90 procent av personerna som dog i suicid hade minst en vårdkontakt under det sista året före dödsfallet. Det stämmer överens väl med studier från andra länder (5, 9). De flesta som haft en eller fler vårdkontakter vårdades inom öppenvård, primärvård eller båda under det sista levnadsåret. Ett observandum är att en tredjedel av både kvinnor och män hade minskande antal vårdkontakter under de sista sex månaderna före dödsfallet, oavsett typ av vård.

Rapportresultaten visar också att hälften av både kvinnor och män hade en regelbunden kontakt med vården från sex månader fram till två veckor före dödsfallet. Detta resultat skulle kunna tolkas på två sätt. Å ena sidan kan det tyda på att en andel av suicidnära personer tenderar att isolera sig från eller undvika vården den sista tiden innan suicid. Å andra sidan kan det tyda på att dödsfall i suicid tenderar att inträffa under en mindre intensiv vård- eller behandlingsperiod.

Att de flesta som dör i suicid har kontakt med vården under sitt sista levnadsår indikerar att det potentiellt finns möjligheter att inom vården nå suicidnära personer. Dock är denna grupp svår att identifiera eftersom även majoriteten av personer som inte är suicidnära ofta har kontakt med vården. Resultat från tidigare studier tyder på svårigheter att förutse suicid hos den enskilda patienten. En tidigare rapport har visat att de skattningsinstrument som används inom specialistvården för att bedöma suicidrisk inte hade tillräcklig tillförlitlighet (10). I rapporten efterfrågas mer forskning om instrumentet för suicidriskbedömning, som används i vården, är tillämpliga i särskilda diagnosgrupper och i olika köns- och åldersgrupper (10).

Drygt hälften som dog i suicid vårdades inom psykiatrisk vård under det sista levnadsåret

Rapportresultaten visar att 60 procent av personer som senare dog i suicid har vårdats inom psykiatrisk vård under det sista levnadsåret. En stor del av personer som dör i suicid anses lida av en psykisk sjukdom (3, 11) vilket skapar en förväntning om att en högre andel personer skulle ha kontakt med den psykiatriska vården under den sista tiden före dödsfallet. Den grupp som i lägst grad hade kontakt med den psykiatriska vården var unga män, och frågan är hur vården kan nå dem. Här handlar det nog företrädesvis om att öka kunskapen om psykisk ohälsa och att minska stigma i samhället.

Diagnoser relaterade till missbruk var vanligt förekommande bland personer som senare dog i suicid. Missbruksvården omfattas också av primärvården där majoriteten av patienter som senare dog i suicid har haft vårdkontakt. Primärvården skulle potentiellt kunna vara en arena för att tidigt upptäcka och behandla beroende och skadligt bruk av alkohol.

En av fyra män i åldrarna 15–24 år som dog i suicid saknade vårdkontakt under det sista levnadshalvåret

Liksom i vårdsökande i allmänhet är andelen som dog i suicid och *inte* hade haft någon vårdkontakt under de sista sex månaderna före dödsfallet högre bland män än bland kvinnor. Allra högst (23 procent) var andelen bland yngre män i åldrarna 15–24 år.

Även tidigare studier har visat liknande resultat, och flera möjliga förklaringar har diskuterats (12). Det har bland annat noterats skillnader mellan kvinnor och män i hur man söker hjälp vid en depression, vilket är en viktig riskfaktor för suicid. Bland män med depression är det vanligare att missbruka alkohol eller droger och att dra sig undan eller förneka emotionell smärta (13) samt att bete sig aggressivt och utåtagerande (14) än bland kvinnor. Därför rekommenderas det att inom vården komplettera de konventionella diagnosinstrumenten för depression med Gotlandsskalan och Världshälsoorganisationens (WHO) välmåendeskala för att bättre kunna identifiera män med depression (14).

Skillnader i diagnospanorama bland män och kvinnor som dog i suicid

De vanligaste diagnoserna som registrerades inom slutenvården och öppenvården var relaterade till psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser (dvs alkohol- eller drogmissbruk) bland män. Bland kvinnor var ångestrelaterade tillstånd vanligast tätt följt av psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser. Detta indikerar att de tidiga suicidpreventiva insatserna i vården med fördel bör riktas mot behandling och förebyggande av missbruksproblematik.

Kartläggningen av diagnoser i olika åldersgrupper bland dem som dog i suicid visar att förekomst av diagnoser relaterade till förstämningssyndrom ökar med åldern och är högst bland kvinnor och män i åldern 65 år eller äldre. Å andra sidan var ångestrelaterade- och autismspektrumdiagnoser mer förekommande bland unga kvinnor i åldrarna 15–24 år.

Metodologiska överväganden

I rapporten jämfördes vårdkonsumtion bland dem som dog i suicid och vårdkonsumtion bland kontrollpersoner som var lika gamla och vid liv det aktuella suicidåret. Att kontrollpersonerna var vid liv kan möjligtvis leda till en hälsoselektion, det vill säga att dessa personer kunde vara generellt friskare och därmed i mindre behov av vård. Skillnaden i vårdkonsumtion bland personer som dog i suicid jämfört med deras kontroller kan således vara mindre än det har visats i vår studie.

Den tidigare vårdkonsumtionen har kartlagts bland *alla* personer som var 15 år och äldre och dog i suicid i Stockholms län under åren 2011–2016. Trots det har antal personer i vissa ålders- och diagnoskategorier varit litet och därför bör resultaten tolkas med försiktighet.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar rapporten att det kan finnas ökade möjligheter inom vården att nå personer med förhöjd risk för suicid. I linje med tidigare forskning och kartläggningar, visar resultaten att utveckling av breda preventiva insatser som är tillämpningsbara i alla vårdformer behövs, såväl som en vidare utveckling av tillförlitliga instrument för suicidriskbedömning.

Referenser

1. NASP. Självmord i Sverige 1980-2016. Stockholm: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP), 2016.
2. NASP. Självmord i Stockholms län 1980-2016. Stockholm: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP), 2016.
3. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*. 2003;33(3):395-405.
4. Roos Af Hjelmsater E, Ros A, Gare BA, Westrin A. Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare. *BMJ open*. 2019;9(12):e032290.
5. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of general internal medicine*. 2014;29(6):870-7.
6. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian journal of public health*. 2019;47(1):9-17.
7. Chang CM, Liao SC, Chiang HC, Chen YY, Tseng KC, Chau YL, et al. Gender differences in healthcare service utilisation 1 year before suicide: national record linkage study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2009;195(5):459-60.
8. Nagin DS, Odgers CL. Group-based trajectory modeling in clinical research. *Annual review of clinical psychology*. 2010;6:109-38.
9. Hauge LJ, Stene-Larsen K, Grimholt TK, Oien-Odegaard C, Reneflot A. Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population 2006-2015. *BMC health services research*. 2018;18(1):619.
10. SBU. Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2015.
11. Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, Reifels L, Butterworth P, Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of affective disorders*. 2019;259:302-13.
12. SKL. Maskulinet och psykisk hälsa. Strategier för förbättringsarbete i vård och omsorg. Sveriges Kommuner och Landsting, 2018.
13. Moller-Leimkuhler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2003;253(1):1-8.
14. Rutz W. Manlig depression, stress och suicid i förändringstider. *Tidskriften för svensk psykiatri*. 2016(4):34-6.

ISBN 978-91-87691-69-0



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING