

KROPPSLIGA FAKTORER SPELAR IN VID SJÄLVMORD

Ingen nedgång i suicidfrequens kan påvisas sedan mitten av 1980-talet för två av Stockholms södra områden. Antalet förgiftningssjälvmoder minskade dock fram till dess, för att sedan öka. Användning av analgetika har ökat signifikant för såväl män som kvinnor, och kvinnorna tenderar att välja mer våldsamma tillvägagångssätt än tidigare.

En hög andel har sökt somatisk öppen vård inom en tremånadersperiod före självmordet, företrädesvis en specialiserad sådan. Detta talar för kroppsliga faktors betydelse vid fall av suicid.

Varje år dör ca 2 000 personer i Sverige till följd av suicid [1], men en blygsam nedgång har kunnat märkas de senaste två decennierna [2]. Årsprevalensen av suicidförsök i befolkningen uppskattas enligt enkätundersökningar till 0,3–0,6 procent [3], vilket för landet som helhet skulle innebära 20 000–30 000 personer.

Sedan början av 1980-talet har det skett en kraftig utbyggnad av såväl primärvård som psykiatrisk öppenvård. En mer tillgänglig vård gör att man når en större andel av befolkningen, innefattande även den med psykisk ohälsa och suicidproblematik. Detta i sin tur kan ge möjlighet till tidigt insatt behandling och härigenom verka suicidförebyggande. Utgångspunkten för ett effektivt

lokalt suicidförebyggande arbete bör vara en gedigen kunskap om suicidproblemet storlek och karaktär inom upptagningsområdet. En kartläggning av suicidfrequens och de suiciderades kontakter med sjukvården kan vara ett första steg i kunskapsinsamlandet.

Vi har kartlagt självmord inom ett avgränsat område i södra delen av Stockholms län, nuvarande Södra (SSO) och Sydöstra (SÖSO) sjukvårdsområdena. Fram till slutet av 1980-talet utgjorde de två områdena ett sjukvårdsområde. Studien ingår i projektet »Suiciddödligheten inom SSO och SÖSOs sektorer» med chefsöverläkare Janusz Kedzior, Södermalms psykiatriska sektor, som projektledare.

Vi studerade:

- suicidfrequensen och förändringar med särskild hänsyn till förgiftningar och de medel som använts, samt
- kontakter med primärvård och psykiatri inom en tremånadersperiod före suicidet.

Längre fram kommer de suiciderades kontakter med den somatiska sjukvården att bli föremål för en mer ingående studie.

Material och metoder

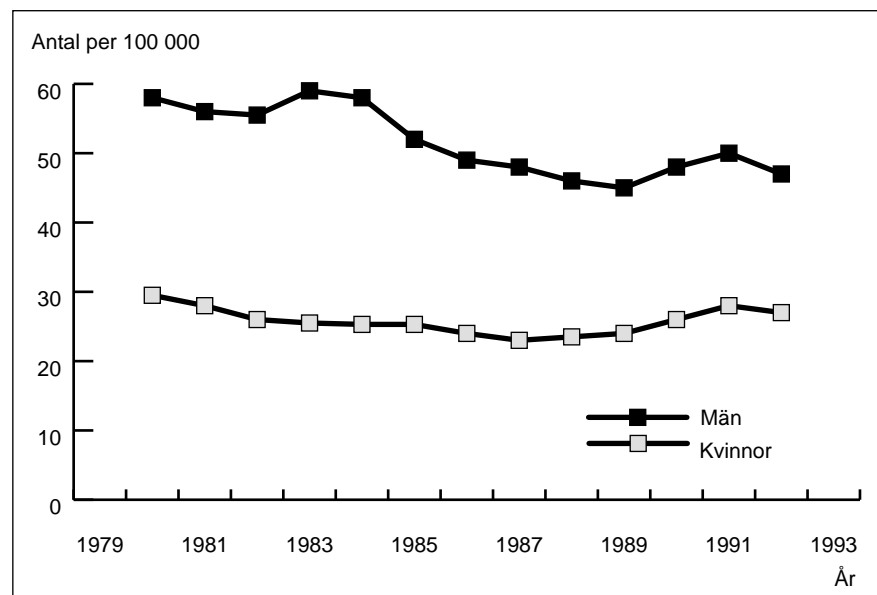
Befolkningsunderlaget i området var vid studiens början 1979 ca 340 000

och 1993 374 000 personer i åldern 15 år eller äldre. De två områdena skiljer sig åt såtillvida att SSO består av ett innerstadsområde plus två närförortsområden som till stor del är uppbyggda på 1940- och 50-talen. Området har en högre andel ensamboende, förtidspensionärer, socialhjälpstagare och alkoholisterna än länet som helhet. Befolkningen är även äldre än i länet som helhet.

SÖSO består av kranskommuner, delvis skärgårdsområden, med en blandning av villaområden och relativt nybyggda förortsområden. Befolkningen är yngre än den i SSO och den socioekonomiska situationen inom området är totalt sett mer gynnsam än den i SSO. Vardera området betjänas av tre psykiatriska sektorer och tre primärvårdsområden.

Uppgifter om fall av suicid (E950–E959) och osäkra eller tveksamma fall (E980–E989) har inhämtats från Statistiska centralbyråns dödsorsaksregister. Uppgifter om kontakter med sjukvården har inhämtats från Hälso- och sjukvårdsnämndens register över öppen och slutna psykiatrisk vård respektive öppen somatisk vård. Dator-

Figur 1. Antal suicid per 100 000 invånare, 15 år och äldre, under perioden 1979–1993. Glidande treårsmedelvärden.



Författare

BIRGITTA ANDERSSON-LINDELIUS

fil kand, 1:e-sekreterare, Enskede-Skarpnäcks psykiatriska sektor

ROLF LINDELIUS

docent, f d överläkare

OLOV STOCKMAN

statistiker, samtliga Stockholm.

seringsprocessen av vårdregistren gör att endast uppgifter efter 1990 setts som tillförlitligt kompletta.

I en del fall kommer suicidfäll via polis eller på annat sätt in till somatisk akutmottagning och blir då registrerade samma dag eller någon dag senare än dödsdatum. För att undvika att medräkna somatiska besök som har med det aktuella suicidet att göra har besök på somatisk akutmottagning räknats bort om det inträffat dagen innan, samma dag eller efter dödsdatum.

Under undersökningsperioden ändrades (1987) klassificeringssystemet beträffande dödsorsaker i svensk statistik [4]. Detta har bl a påverkat möjligheten att identifiera och jämföra vissa läkemedelsgrupper som använts vid förgiftningssuicid under de två perioderna. De medel vi har valt att studera har gått att jämföra perioderna emellan och har bedömts viktiga för studien.

Uppdelningen av materialet i de två perioderna 1979–1985 och 1986–1993 har gjorts med anledning av att de, ur förgiftningssynpunkt, farliga barbituraterna togs bort från läkemedelsförteckningen 1984.

Resultat

En nedgång i frekvensen suicid kan ses under perioden 1984–1988 för männen (Figur 1), medan utvecklingen är tämligen stabil för kvinnorna.

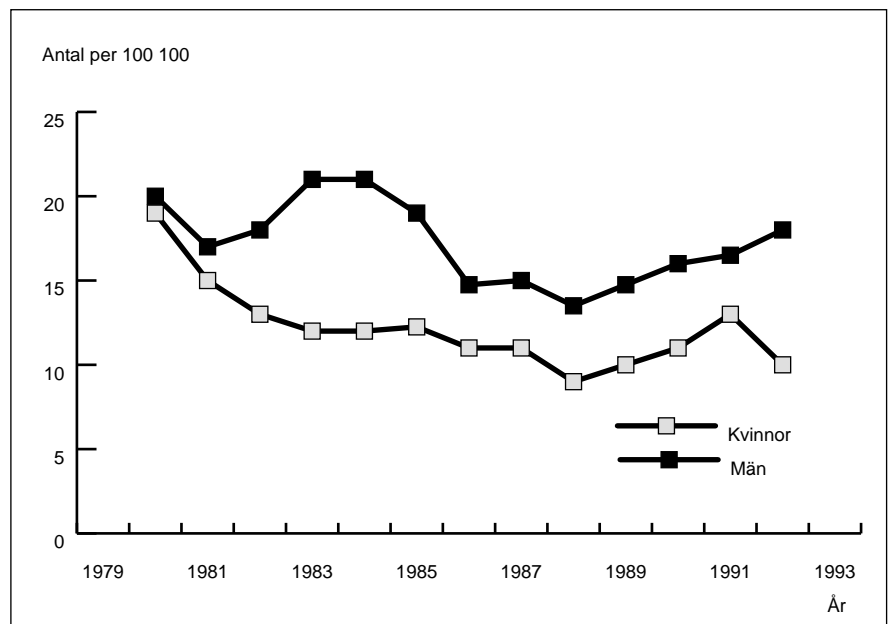
Tabell I visar suicidsättens fördelning under de två perioderna, uppdelat på kön. Förgiftning är den vanligaste metoden för såväl män som kvinnor. Gruppen »ej specificerade metoder» visar en kraftig ökning för kvinnorna. Enligt undersökningar [1, 2] utgör i denna grupp närmare hälften hopp framför tåg eller bil. Även metoder som hängning och hopp från hög höjd har ökat något för kvinnorna.

Förgiftningsfrekvensen för männen varierar kraftigt under den studerade tiden, vilket framgår av Figur 2. Mellan 1984 och 1986 kan dock en tydlig nedgång ses. Mot slutet av perioden sker en måttlig uppgång. För kvinnorna ligger nedgången tidigt i perioden. Efter den nedgången har utvecklingen varit tämligen jämn.

Tabell II visar några utvalda läkemedelsgrupper och andelen suicidfäll som vid förgiftningstillfället använt dessa medel. Observera att det ena medlet ej utesluter det andra samt att medel ur fler läkemedelsgrupper finns och har kunnat användas; 100 procent kan således ej uppnås. En signifikant ökning av användandet av analgetika vid förgiftningssuicid kan ses efter att barbituraterna drogs in ($p < 0,001$ för kvinnor, $p < 0,02$ för män). Även en tendens till ökning av användande av antidepressiva medel kan noteras för kvinnorna.

Tabell I. Jämförelse av suicidsätt mellan kön och mellan tidsperioderna 1979–1985 och 1986–1993. Procentuell fördelning.

Suicidsätt	Kvinnor		Män	
	1979–85 n=350	1986–93 n=364	1979–85 n=641	1986–93 n=664
Förgiftning	53	44	35	33
Gas	3	2	8	6
Hängning	12	15	20	19
Dränkning	18	13	6	11
Skjutning	0	1	8	7
Skärande	1	1	2	4
Hopp	6	10	8	8
Ej specificerat	7	14	13	12
Totalt	100	100	100	100



Figur 2. Självförvårdade förgiftningar per 100 000 invånare, 15 år och äldre, under perioden 1979–1993. Glidande treårsmedelvärden.

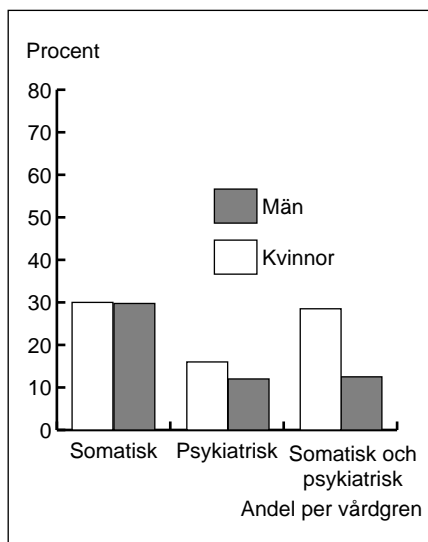
Andelen suiciderade som haft minst en kontakt med somatisk öppenvård och/eller psykiatrisk slut- respektive öppenvård inom tre månader före självmordet under åren 1991–1993 visas i Figur 3. Kontakten avser den senast gjorda med respektive vårdinrättning. I de fall sista besöksdatum vid en somatisk akutmottagning sammanföll med dödsdatum har denna kontakt exkluderats.

246 av 399 personer hade haft en vårdkontakt inom den studerade tremå-

nadersperioden. Totalt hade närmare 75 procent av kvinnorna under 1993 en vårdkontakt i nära anslutning till suicidet. Motsvarande andel för männen 1993 var ca 65 procent. Figur 3 visar också en fördelning av vårdkontakter med enbart somatisk öppenvård, enbart psykiatrisk vård eller såväl somatisk som psykiatrisk vård. Det är en signifi-

Tabell II. Urval av använda läkemedelsgrupper vid förgiftningssuicid. Jämförelse mellan kön och tidsperioderna 1979–1985 och 1986–1993. Procentuell fördelning.

Läkemedelsgrupp	Kvinnor		Män	
	1979–85 n=185	1986–93 n=159	1979–85 n=225	1986–93 n=216
Analgetika	17	42	22	38
Antidepressiva	7	13	4	6
Neuroleptika	14	18	20	20
Barbiturat	31	3	21	4



Figur 3a. Andel suiciderade med en vårdkontakt (somatisk öppenvård och/eller psykiatrisk sluten- respektive öppenvård) inom tre månader före självmordet åren 1991–1993.

kant skillnad ($p < 0,002$) mellan män och kvinnor när det gäller att söka vård på såväl somatiska mottagningar som hos psykiatrin.

Totalt sett hade 191 personer haft kontakt med en somatisk vårdenhet inom tre månader före självmordet, 129 personer hade haft kontakt med psykiatrin. Av de 399 suiciden inträffade drygt 9 procent under slutna psykiatrisk vård eller inom en vecka efter utskrivning. Drygt 6 procent hade sökt den öppna psykiatriska vården inom en vecka före suicidet.

Diskussion

I Stockholms län har man under de senaste åren kunnat notera en nedåtgående suicidtrend, särskilt påtaglig för män [5, 6]. Skillnaderna mellan män och kvinnor har därigenom blivit mindre.

I det område, nuvarande Södra respektive Sydöstra sjukvårdsområdena, vi har studerat är suiciddödligheten bland kvinnor i stort sett oförändrad sedan början av 1980-talet. För männen har en viss nedgång skett under 1984–1989.

Valet av suicidmetod har inte förändrats nämnvärt för männen. Kvinnorna däremot visar en tendens att välja mer våldsamma metoder, som hopp och hängning, under senare år. Om man räknar med att ungefär hälften av suiciden i gruppen »ej specificerade metoder» utgörs av hopp framför tåg eller bil, blir tendensen tydligare. Dett stämmer överens med resultat i andra studier [2, 7].

Förgiftning är den vanligaste metoden för såväl män som kvinnor. Fram till mitten av 1980-talet minskade förgiftningssuiciden i det studerade områ-

det. Detta torde hänga samman med att benzodiazepinerna börjat ersätta barbituraterna i ökad utsträckning sedan slutet av 1960-talet. Intag av benzodiazepiner i suicidsyfte ökar möjligheterna till överlevnad, jämfört med de giftiga barbituraterna. Sedan slutet av 1980-talet tycks andelen förgiftningar öka för båda könen.

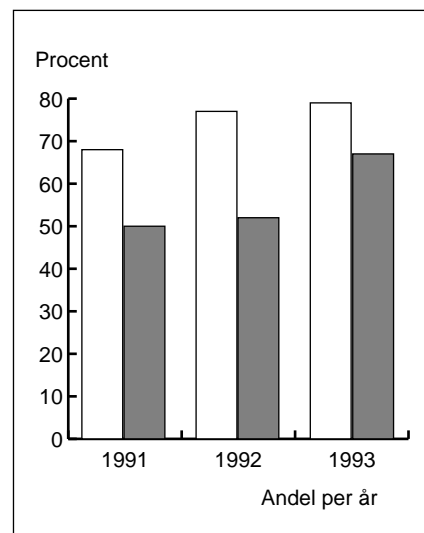
Av de medel som använts vid förgiftning är det analgetikagruppen som ökat signifikant, för såväl män som kvinnor. Kvinnorna använder också i ökande utsträckning antidepressiva medel. Användningen av neuroleptika har hållit sig tämligen oförändrad. En ökad användning av analgetika i suicidsyfte har också påvisats i en undersökning från Danmark [7]. Vissa mediciner som används kan erhållas utan recept, t ex paracetamol.

Under 1993 sökte drygt 75 procent av kvinnorna vård inom tremånadersperioden före suicidet. Motsvarande andel för männen var drygt 65 procent. Skillnaden mellan könen torde återspegla en generell skillnad i vårdsoföretande.

Närmare hälften av de avlidna hade under perioden 1991–1993 kontakt med en somatisk öppenvårdsmottagning inom en tremånadersperiod före suicidet. I drygt 13 procent av dessa fall rörde det sig om en vårdcentral och i drygt 34 procent om en sjukhusansluten specialistmottagning eller en somatisk akutmottagning. Orsaken till att en så hög andel söker specialistvård kan inte besvaras i denna studie. För detta krävs journalgenomgångar med en kartläggning av omständigheterna som föranlett besöket. Som tidigare nämnts har vi för avsikt att i ett kommande arbete studera detta. Vi vet emellertid från olika undersökningar [8, 9] att kroppslig sjukdom är av stor betydelse vid många självmordsförsök och fullbordade självmord.

Kroniska och invalidiserande somatiska sjukdomar med begränsade möjligheter till symtomlindring kan påverka suicidbenägenheten. Sainsburys undersökning från 1955 [9] omfattade 390 självmord i London. Av dessa fall var kroppslig sjukdom bidragande orsak i 29 procent och huvudsaklig orsak i 18 procent. Beskotts undersökning från 1979 [8] omfattade 271 svenska män som suiciderat. Hos 25 procent av dessa förelåg somatisk sjukdom. Andra studier har visat att mellan 21 och 53 procent av patienter som gjort självmordsförsök hade en somatisk sjukdom, och en stor del hade tagit analgetika mot smärtan [10].

Många deprimerade patienter söker också för kroppsliga besvär. Särskilt är detta fallet vid depressioner av melankolisk typ. Sjukdomsbilden kan här



Figur 3b. Total andel suiciderade med en vårdkontakt inom tre månader före självmordet åren 1991–1993, fördelade på vårdgrenarna somatisk öppenvård och/eller psykiatrisk sluten- respektive öppenvård.

vara atypisk och kroppsliga besvär vara dominerande [11, 12].

Frekvensen av suicid i anslutning till slutna psykiatrisk vård, dvs under vårdtid eller inom en vecka efter utskrivning, rapporteras i Sverige vara ca 7 procent. Den av oss funna frekvensen – drygt 9 procent – ligger över riksgenomsnittet. Av patienter i öppen psykiatrisk vård suiciderade drygt 6 procent inom en vecka efter senaste kontakt. Det kan vara anmärkningsvärt att så många patienter begår självmord i nära anslutning till psykiatrisk vård. Huruvida detta sammanhänger med en bristande kontinuitet i vårdkedjan kan inte besvaras i denna studie. Det kommer dock att studeras i ett kommande arbete.

Det råder stora skillnader i suicid- och suicidförsöksfrekvens mellan olika sjukvårdsområden i länet [13]. Många faktorer samvarierar med ett suicidal beteende. Några av riskfaktorerna som brukar nämnas är alkoholmissbruk, ensamboende, inget förvärvsarbete m m. Andelen personer som innefattar dessa riskfaktorer är högre i SSO än i länet i övrigt. I SÖSO är motsvarande andel lägre. Suiciddödligheten i SSO är också högre än i länet medan den är lägre i SÖSO.

I ett suicidförebyggande arbete ingår inte bara att spåra personer med suicidalt beteende, utan även att förebygga psykisk ohälsa. Genom en effektiv samverkan mellan primärvård, psykiatri och socialtjänst med smidiga och väl fungerande kommunikationskanaler dem emellan, bör det vara möjligt att göra större insatser för personer som utgör riskpopulation vad beträffar suicid. Resultatet av insatserna bör också kontinuerligt följas upp. Den högre andelen

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

patienter som söker sjukhusanknuten vård talar för att alla läkare, oavsett specialitet, bör vara observanta på förekomsten av depressiva drag i patientens sjukdomsbild. Personer med kroppslig sjukdom, depression och smärtor utgör en riskgrupp vad beträffar suicidala handlingar.

Det bör understrykas att man inte ska glömma läkare och övrig personal inom den somatiska vården när man planerar suicidförebyggande utbildningsinsatser.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Att förebygga självmord inom hälso- och sjukvård. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:8.
2. Allebeck P, Beskow J. Självmord 1970–1988. I: Beskow J, Allebeck P, Wasserman D, Åsberg M, red. Självmord i Sverige. En epidemiologisk översikt. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1993: 53-67.
3. Salander Renberg E, Jacobsson L, Beskow J. Självmordsbeteende och attityder till självmord i olika befolkningsgrupper. I: Beskow J, Allebeck P, Wasserman D, Åsberg M, red. Självmord i Sverige. En epidemiologisk översikt. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1993: 121-35.
4. Statistiska centralbyrån. Klassificering av dödsorsaker i svensk statistik. Stockholm: SCB, 1990 (meddelanden i samordningsfrågor.)
5. Wasserman D. Forskning om den suicidala processen. Socialmedicinsk tidskrift 1990; 8: 398-405.
6. Socialmedicin, Kronan, samhällsmedicinska divisionen, NVSO. Folkhälsorapport för Stockholms län 1994. Stockholm: Stockholms läns landsting, 1994.
7. Bille-Brahe U, Jessen G. Suicide in Denmark 1922–1991: The choice of method. Acta Psychiatr Scand 1994; 90: 91-6.
8. Beskow J. Suicide and mental disorder in Swedish men. Acta Psychiatr Scand Suppl 277, 1979.
9. Sainsbury P. Suicide in London. London: Chapman&Hall, 1955.
10. Stenager EN, Jensen K. Attempted suicide and contact with the primary health authorities. Acta Psychiatr Scand 1994; 90: 109-13.
11. Hagnell O, Rorsman B. Maskerad depression – en svår och viktig psykiatrisk diagnos i somatisk sjukvård. Läkartidningen 1978; 75: 779-80.
12. Hagnell O, Rorsman B. Suicide and endogenous depression with somatic symptoms in the Lundby study. Neuropsychobiology 1978; 4: 180-7.
13. Centrum för suicidforskning och prevention. Självmord i Stockholm 1986-90. Stockholm: Stockholms läns landsting och Statens institut för psykosocial miljömedicin, 1995 (Rapport 1).

Nya satsningar på patientsäkerhet i USA

NÅGOT FÖR OSS ATT TA LÄRDOM AV?

Vid en amerikansk konferens om misstag i sjukvården fick det legala systemets hittills dominerande roll stark kritik. Olika sjukvårdsorganisationer, med AMA i spetsen, vill verka mer aktivt i den skadeförebyggande verksamheten och i omhändertagandet av skadade och deras familjer.

I december 1994 avled en välkänd och respekterad medicinsk reporter på Dana-Farber Cancer Institute i Boston efter att ha fått en massiv överdos av ett kemoterapeutikum. Fallet väckte ett enormt uppseende i USA och blev, jämte ett antal andra incidenter, den direkta anledningen till den konferens med titeln »Examining errors in health care: developing a prevention, education and research agenda», som anordnades i Palm Desert 13–15 oktober 1996. Organisatörer var »American Association for Advancement of Science», (AAAS), »American Medical Association» (AMA) och 15 andra organisationer. De 300 deltagarna var huvudsakligen läkare, sjuksköterskor, farmaceuter, psykologer och sociologer, alla med ett par undantag från USA. Advokater saknades helt. Dock deltog några läkare som hade juristutbildning och som var starkt kritiska mot det legala systemets dominerande roll i amerikanskt patientsäkerhetsarbete.

Nuvarande situation otillfredsställande

De siffror som redovisas om dagsläget är skrämmande. Det beräknas att flera tiotusental dödsfall på amerikanska sjukhus årligen, helt eller delvis, är förorsakade av iatrogena skador som bör vara möjliga att förebygga. Ytterligare hundratusentals patienter skadas mer eller mindre allvarligt.

Sjukvårdskostnaderna beräknas därmed öka med 15 procent, men säkra uppgifter saknas. Den kompensation som patienter och anhöriga kan få bygger i huvudsak på det s k tort-systemet (av tortus: vriden, vänd), vilket innebär att advokat inför domare och jury mäs-

te argumentera för att fel begåtts av läkare eller annan personal för att ersättning skall utbetalas. Genomsnittstiden för en sådan process är över fyra år, och om den är framgångsrik får patienten behålla i genomsnitt bara 40 procent av det utbetalade beloppet, resten går åt till rättegångskostnader. Bara en av 16 av dem som drabbas av skada får ersättning, bl a därför att de inte får information om att de kan vara berättigade till det, eller därför att de inte vill ställa upp i en ganska uppsplitade och flerårig process.

Den kanske allvarligaste följden av tort-systemet är dock att det lett till ett defensivt sätt att driva sjukvård och hindrat ett effektivt arbete med att öka säkerheten på sjukhusen. Trots många försök har det inte varit möjligt att bryta systemet, enligt inte helt osannolika uppgifter framförallt på grund av advokaternas starka ställning i amerikansk politik.

Nytt säkerhetstänkande

Nu görs emellertid allvarliga försök att närma sig problemet på ett helt annat och mer konstruktivt sätt, och det var om detta som konferensen i Palm Desert handlade. Liknande tankar har för övrigt förts fram i amerikansk litteratur sedan början av 1990-talet, bl a av den före detta barnkirurgen Lucian Leape (som också var »key-note speaker» vid denna konferens) och i den bok om »Human errors in medicine» som utgavs 1994 av Marilyn Sue Bogner. Pådrivande i denna utveckling är, förutom de nämnda huvudarrangörerna av detta möte, »American Hospital Association», »Physician Insurers Association of America» och olika patient- och konsumentorganisationer.

I första hand hävdas att sjukhusen är mycket efterblivna i sitt säkerhetstän-

Författare

SVEN-ERIK BERGENTZ
professor emeritus vid Lunds universitet, f d överläkare, kirurgiska kliniska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.