

Självtillfogade dödsfall bland unga i Malmö 1974–79

Incidens samt karakteristik av hög- och lågriskområden

Annika Brorsson

Lars Janzon

Denna artikel visar hur dödsorsaksregistret i kombination med folk- och bostadsräkningen kan användas för att i ett avgränsat geografiskt område identifiera faktorer som är relaterade till hög förekomst av självtillfogad död bland unga.

I planeringen av hälso- och sjukvårdsinsatser, liksom förebyggande åtgärder från socialtjänsten och övrig samhällsplanering, är det viktigt att ha rutiner för att identifiera områden och befolkningsgrupper där det är speciellt angeläget med insatser. Att förhindra självtillfogad skada och död bland unga måste anses som en angelägen uppgift. Författarna visar hur registermetodik kan användas i det syftet och påpekar att primärvården bör kunna ges en mer betydande roll i övervakning av dödlighet och dödsorsaksmönster på lokal nivå.

Annika Brorsson, underläkare, och Lars Janzon, docent, är verksamma vid institutionen för klinisk samhällsmedicin, Malmö allmänna sjukhus.

Introduktion

Från dödsorsaksstatistiken är det känt att död genom yttre våld och förgiftning är den vanligaste dödsorsaken bland yngre människor. Inom denna diagnosgrupp intar självmord och fall där ovisshet om uppsåt råder en framträdande plats. Man vet också att våldsamma dödsfall är vanligare i storstäderna än i landet i övrigt. En storstad kan dock inte

betraktas som ett homogent område, varken demografiskt, ekonomiskt eller socialt. I en stor kommun kan man vänta sig att olika delar skiljer sig åt beträffande bland annat bostadsbestånd, hushållsstorlek och sammansättning, ekonomiska resurser, utbildningsnivå och yrkestillhörighet. På olika håll i världen har man tidigare studerat sambandet mellan självtillfogade skador och dödsfall och socioekonomiska och demografiska förhållanden i storstadsmiljö. Man har i flertalet fall funnit samband mellan självdestruktivt beteende och olika indikatorer på fattigdom och social disintegration. Eftersom de demografiska och socioekonomiska förhållandena varierar inom en stor kommun, skulle man därför kunna anta att dödligheten, speciellt dödligheten på grund av yttre våld och förgiftning, också skulle variera.

Hälso- och sjukvården i Sverige skall enligt den nya Hälso- och Sjukvårdslagen fokuseras på de behov och krav som finns i befolkningen. Dödsbeviset borde utifrån det perspektivet kunna bidra med nödvändig information inte bara för hälsovårdsplanerarna på central nivå utan även kanske framför allt för de inom primärvården verksamma. De data som finns tillgängliga i dödsorsaksregistret gör det möjligt att studera inte bara den ålders- och köns-specifika mortaliteten utan också geografiska skillnader inom en kommun. Vidare kan man med data från folk- och bostadsräkningarna karakterisera också små områden i en stad med avseende på befolkningens fördelning på ålder, kön, civilstånd,

etniskt ursprung, hushållens storlek samt bostadsbeståndets sammansättning.

Syftet med denna studie, som har genomförts i Malmö, var att undersöka huruvida det med hjälp av data från dödsorsaksregistret och folk- och bostadsräkningarna var möjligt att identifiera högriskområden inom kommunen vad beträffar dödsfall bland yngre människor och att göra en social och demografisk karakteristik av dessa områden.

Material och metoder

Studien begränsas till 30–44-åriga män och kvinnor som avled i Malmö 1974–1979. Information beträffande dödsorsak, ålder, kön, civilstånd och mantalsskrivningsförsamling erhöles från dödsorsaksregistret. Under denna tidsperiod fylldes alla dödsbevis i Malmö i av patologiska avdelningen och/eller rättsmedicinska avdelningen. Obduktionsfrekvensen under denna tidsperiod var för den aktuella åldersgruppen ungefär 90 %. När det gäller dödsfall på grund av yttre våld och förgiftning var obduktionsfrekvensen närmare 100 %. De ålders-, köns- och i förekommande fall orsaksspecifika dödstalen i riket användes för att räkna fram det förväntade antalet dödsfall i församlingarna. I fem fall har församlingar med mycket litet invånarantal slagits samman med närliggande församling.

Statistik från 1975 och 1980-års folk- och bostadsräkningar gav information om befolkningens fördelning på ålder, kön, civilstatus och etniskt ursprung för varje församling och likaså om hushållens storlek och sammansättning. Bostadsbeståndet beskrevs med avseende på antal, storlek, kvalitet och byggnadsår. Från kommunens planenheter erhöles information om frekvensen låginkomsthushåll, frekvensen socialhjälsberoende och förekomsten och storleken av flyttning in och ut ur församlingarna.

Resultat

Totaldödligheten bland unga människor i Malmö under sexårsperioden var högre än i Sverige i allmänhet, vilket visas i *tabell 1*. Dödsfall genom yttre våld och förgiftning (ICD 800–999) var den vanligaste dödsorsaken följt av neoplasmer (ICD 140–239), hjärt- kärlsjukdomar (ICD 390–458), mat-smältningsorganens sjukdomar (ICD 520–577) och

Tabell 1. Totaldödligheten bland 30–44-åriga män och kvinnor i Malmö och Sverige 1974–1979.

		30–34	35–39	40–44
Män	Malmö	164,42	241,89	415,34
	Sverige	137,20	188,15	288,67
	p-värde	ns	<0,05	<0,001
Kvinnor	Malmö	94,05	112,92	203,93
	Sverige	67,50	98,45	162,87
	p-värde	<0,05	ns	<0,05

andningsorganens sjukdomar (ICD 460–519) (*tabell 2*). Den relativa dödligheten, uttryckt som SMR, varierar från 0,5 till 3,1 hos både män och kvinnor, vilket framgår av *figurerna 1 och 2*. Det proportionella dödstalet för våldsam död var ungefär 60 % i alla församlingar. Samma geografiska fördelning gällde för död till följd av yttre våld och förgiftning som för totaldödligheten, vilket visas i *figur 3 och 4* och dödligheten i våldsam död varierade från 50 % lägre än väntat till 3,8 gånger större hos män och 4,5 gånger större hos kvinnor.

Begreppet död till följd av yttre våld och förgiftning är diffust och delvis vilseledande. De plötsliga, dramatiska och olycksfallsbetonade dödsfallen är sällsynta. Av analysen framgår att de flesta våldssamma dödsfall i Malmö under tidsperioden antingen är säkra självmord eller självdestruktiva handlingar, där avsikten att beröva sig livet föreföll mer eller mindre trolig.

I *tabellerna 3 och 4* visas de socioekonomiska och demografiska skillnaderna mellan hög- och lågriskförsamlingarna. Högriskområdena består av de tre församlingarna som har de högsta dödstalen för män och lågriskområdena utgöres av tre församlingar med lägre dödstal än förväntat. Man finner att i högriskområdena finns det en kraftig övervikt av män i de aktuella åldrarna och antal ogifta är högre än förväntat. I högriskområdena finns det också relativt sett fler gamla och färre barn. Flyttningarna in och ut ur dessa församlingar är fler, vilket tyder på en mindre stabil befolkning, något som också antalet utländska medborgare kan vara ett mått på. Högriskområdena karakteriseras också av ett större antal hushåll med låga inkomster och ett större antal socialhjälsberoende hushåll. Vad gäller bostads-

Tabell 2. Observerat och förväntat antal döda 30–44-åriga män och kvinnor i de fem vanligaste dödsorsakerna i Malmö 1974–1979.

Kön	Ålder		Cancer	Hjärt-kärlsjukd	Andningsorga- nens sjukd	Mag-tarmkana- lens sjukd	Skador genom yttre våld och förgiftning
			(ICD 140–239)	(ICD 390–458)	(ICD 460–519)	(ICD 520–577)	(ICD 800–999)
Män	30–34	Obs	8	2	1	4	65
		Förv	8,5	6,2	1,5	3,4	41,5
		Obs	13	10	5	12	55
Män	35–39	Förv	11,1	10,7	1,7	6,4	38,3
		Obs	31	33	13	10	58
		Förv	19,3	25,8	3,4	11,4	41,5
Män	40–44	Obs	17	1	3	1	19
		Förv	9,4	3,3	0,8	1,5	13,2
		Obs	9	5	1	3	24
Kvinnor	30–34	Förv	14,3	5,4	1	2	12,1
		Obs	33	11	3	8	21
		Förv	28,9	9,7	1,7	3,9	14,8
Kvinnor	35–39	Obs	33,7	1,1	188	22,6	46,7
		Förv	12,2	–7,6	100	62,2	59,6
		Obs					

Tabell 3. Befolkningen i högrisk- jämfört med lågriskförsamlingar.

	Män	ogifta	Kvinnor	ogifta	0–14- åriga	65-åri- ga–ω	% av genom- snittspopula- tionen som flyttar till eller från försam- lingarna per år	Hushåll med minst en utrikes född	Enpersons- hushåll
Högrisk	59 %	58 %	41 %	43 %	9 %	25 %	47 %	7,6 %	58 %
Lågrisk	48 %	42 %	52 %	37 %	11 %	21 %	32 %	4,5 %	51 %

Tabell 4. Sociala och ekonomiska villkor. Högrisk- jämfört med lågriskförsamlingar.

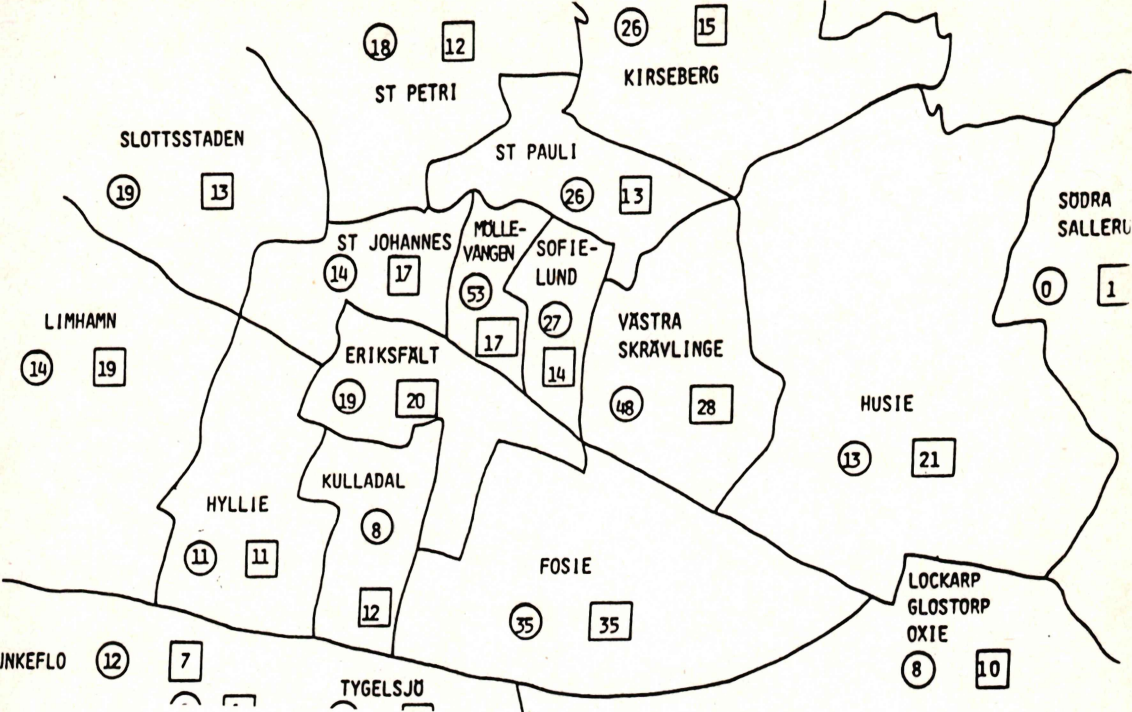
	Hushåll med årlig inkomst <40 000 Kr hjälp	Hushåll be- roende av av social- hjälp	20–64-åriga män och kvinnor som arbetar ≥20 timmar per vecka	
			Män	Kvinnor
Högrisk	47 %	11 %	74 %	61 %
Lågrisk	39 %	6 %	79 %	60 %

beståndet har högriskförsamlingarna mindre lägenheter och lägre bostadsstandard.

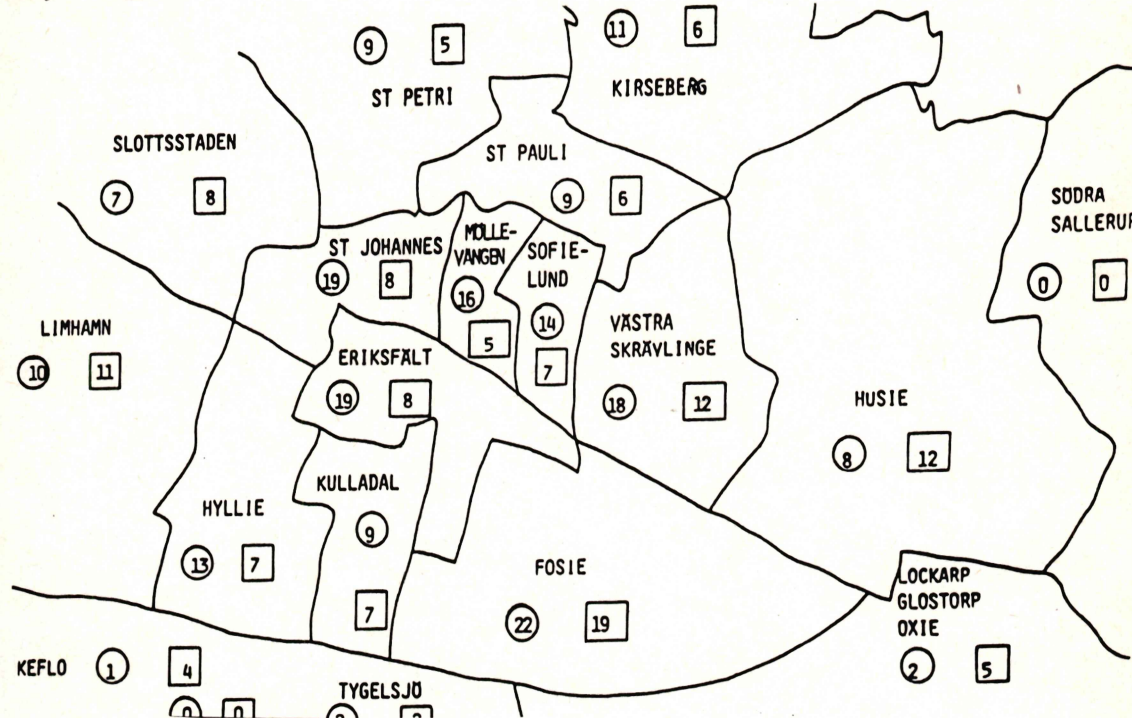
Diskussion

I den nya Hälso- och Sjukvårdslagen har primärvården givits ett övergripande ansvar för medborgarnas hälsa. I enlighet med denna lagstiftning skall hälsovårdssystemet vara baserat på befolkningens behov och krav på medicinsk service. Då tillgäng-

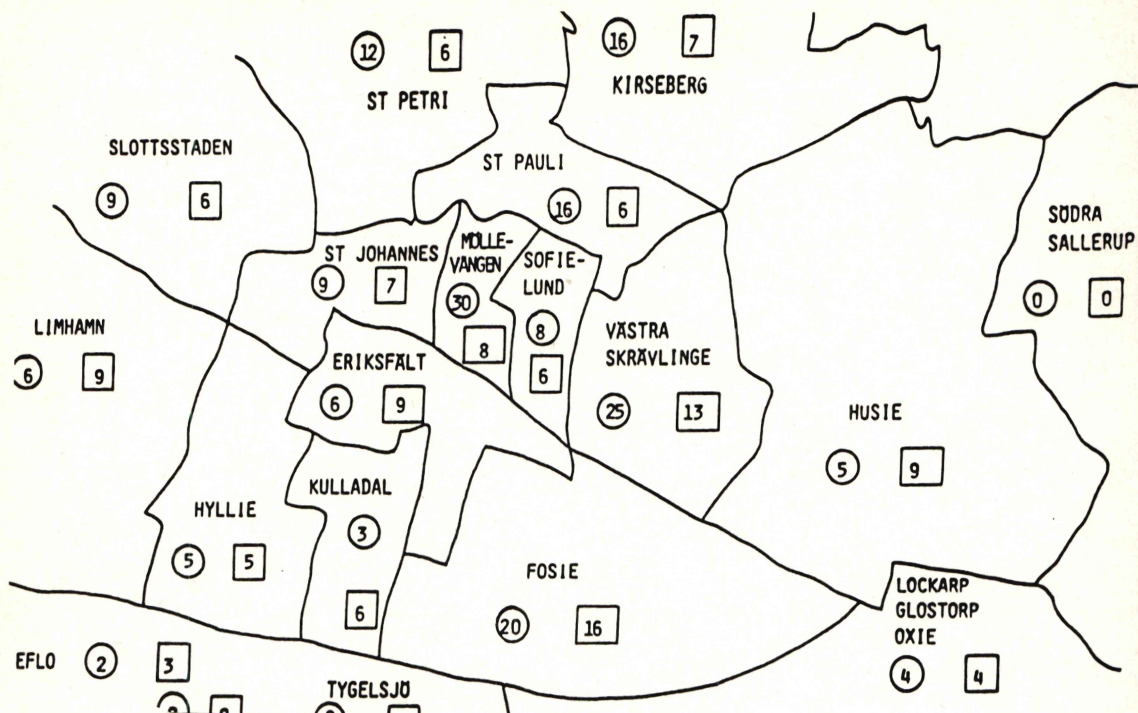
Figur 1: Total dödlighet bland män i Malmö 1974-79 i åldersgruppen 30-44 år. ○ = observerat antal döda. □ = förväntat antal döda baserat på dödstal för hela Sverige.



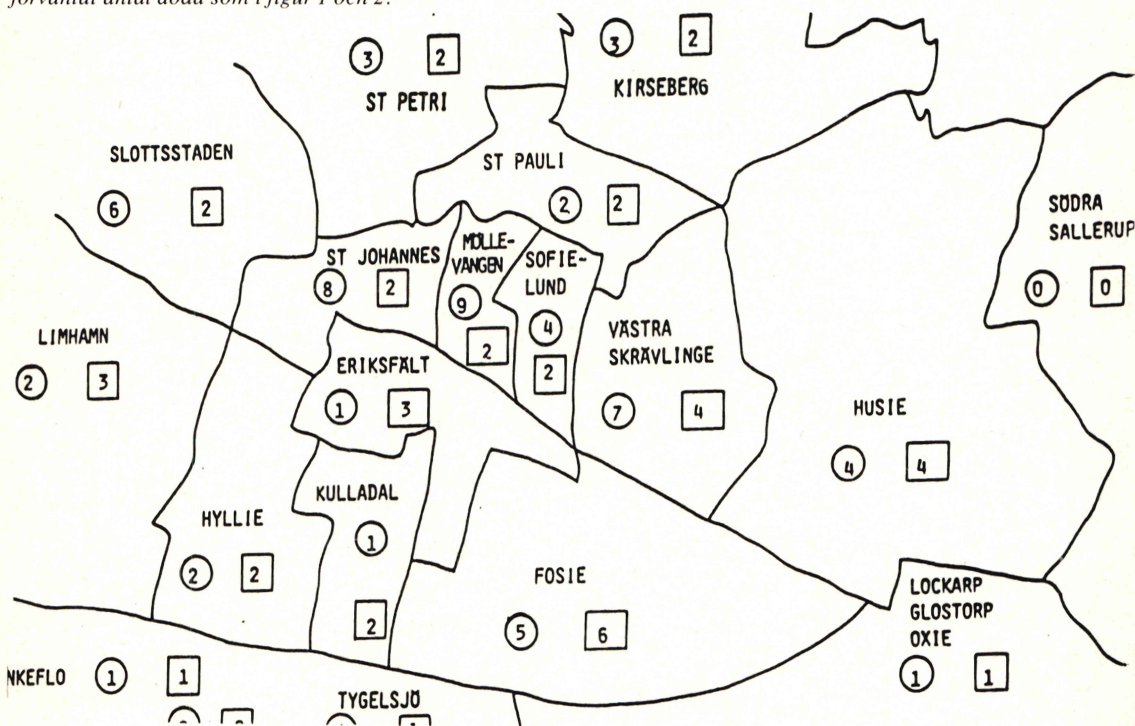
Figur 2: Total dödlighet bland kvinnor i Malmö 1974-79 i åldersgruppen 30-44 år. ○ = observerat antal döda. □ = förväntat antal döda.



Figur 3: Dödsfall i yttre våld och förgiftning bland män i Malmö 1974–79 i åldersgruppen 30–44 år. Observerat och förväntat antal döda som i figur 1 och 2.



Figur 4: Dödsfall i yttre våld och förgiftning bland kvinnor i Malmö 1974–79 i åldersgruppen 30–44 år. Observerat och förväntat antal döda som i figur 1 och 2.



liga resurser är begränsade kan det bli nödvändigt att göra prioriteringar. Utifrån det perspektivet borde det vara angeläget att rikta förebyggande insatser mot tillstånd som tidigt i livet kan ge upphov till död eller invaliditet.

Denna studie visar hur det svenska dödsorsaksregistret kan användas för att identifiera högriskområden inom en kommun med avseende på självtillfogad död bland unga människor. I vår studie har vi använt församlingen som den geografiska subenheten då det vid tiden för studien inte fanns något organiserat primärvårdssystem. Skillnader i dödlighet inom en kommun pekar på en potential för prevention. Dödsbevisens användbarhet för planeringsändamål och utformningen av de förebyggande åtgärderna beror dock på en hel rad olika faktorer. Det är välkänt att dödsorsakens validitet varierar mellan regionerna, delvis beroende på olika obduktionsfrekvens. Detta gör det svårt att tolka och utvärdera regionala skillnader i orsaksspecifika dödstal. Inom en kommun skulle detta vara ett mindre problem då reglerna för att fylla i dödsbevisen är mer enhetliga. Under den tidsperiod som föreliggande studie behandlar fylldes alla dödsbevis i Malmö i antingen av klinisk-patologiska eller rättsmedicinska avdelningen. Obduktionsfrekvensen i den aktuella åldersgruppen låg runt 90%. När det gällde våldsamt död var den nästan 100%. Vår studie illustrerar att dödsstatistiken är värdefull inte bara för de centrala hälsoplanerna utan också för dem som arbetar inom primärvården på lokal nivå. Det skulle då kännas rimligt att primärvårdsenheten gavs ansvaret för dödsbevisen och ansvaret att kontinuerligt övervaka dödligheten och dödsorsaksmönstret.

Vår studie visar också hur data från folk- och bostadsräkningen kan användas för en demografisk karakteristik av hög- och lågriskområden vad beträffar självtillfogad död hos unga människor. De samband man har observerat när det gäller sociala och demografiska markörer för suicid bland unga människor ligger i linje med data från tidigare publicerade case-kontrollstudier. Dessa samband innebär att förebyggande av självmord bland unga människor i vår kommun inte kan uppnås enbart med medicinska insatser. Kopplingen till ensamhet, då-

lig social integration, undermåliga bostäder och fattigdom talar för att förebyggande av självmord hos unga människor också kräver insatser från socialtjänsten och en förbättrad samhällsplanering bland annat genom en förändrad utformning av bostäder och bostadsområden. Epidemiologin är ett viktigt verktyg för den i primärvården verksamma läkaren när det gäller att möta den lokala befolkningens behov av och krav på medicinsk service. Föreliggande studie visar hur två centrala register kan användas för att identifiera ett viktigt hälsoproblem bland unga människor i en kommun och möjligheterna till prevention.

REFERENSER

1. *Sainsbury P*: Suicide in London. An ecological study. Chapman & Hall Ltd, London, 1955.
2. *Stengel E*: Suicide and Attempted Suicide. Harmondsworth: Penguin, 1964.
3. *McCull och S W, Philip A E och Carstairs G M*: The ecology of Suicidal Behaviour. Br J Psychiatry 1964; 113: 313-319.
4. *Lester D*: Social disorganization and Completed Suicide. Social Psychiatry 1970; 5, 3: 175-176.
5. *Bagley C, Jacobson S, Palmer C*: Social structure and the ecological distribution of mental illness, suicide and delinquency. Psychological Medicine 1973; 3: 177-187.
6. *Lönnqvist J*: Suicide in Helsinki. An epidemiological and social psychiatric study of suicides in Helsinki 1960-61 and 1970-71. Monographs of Psychiatria Fennica 1977: 8.
7. *Levy L, Rowitz L*: Ecological Attributes of High and Low Mental Hospital Utilization Areas in Chicago. Social Psychiatry 1971; 6: 20-28.
8. *Fisher S*: Relationships of mortality to socioeconomic status and some other factors in Sydney in 1971. Journal of Epidemiology and Community Health 1978; 32: 41-46.
9. *Buglass D, Duffy J C*: The ecological pattern of suicide and parasuicide in Edinburgh. Soc Sci Med 1978; 12: 241-253.
10. *Jarvis G K, Ferrence R G, Whitehead P C och Johnsen F G*: The ecology of self-injury. A multivariate approach. Suicide and life-threatening behaviour. 1982; 12: 91-103.