

Unga kvinnors självmord i Sverige: Höga tal i jämförelse med övriga Europa

Självmordstalet i Sverige har, glädjande nog, nästan halverats sedan 1979. Det enda undantaget är unga (15–24 år) personer av båda könen, där trenden inte alls varit lika klar. En genomgång av europeisk statistik visar att självmordstalen bland unga kvinnor i Sverige ligger högre i jämförelse med andra länder än de gör för hela befolkningen. Gruppen är också problematisk i och med att unga kvinnors andel av alla unga människors självmord är högst just i Sverige.

ILKKA HENRIK MÄKINEN

docent i sociologi, institutionen för sociologi, idéhistoria, samtidshistoria och arkeologi, Södertörns högskola, Huddinge

Ilkka.Makinen@sh.se

Den allmänna utvecklingen av förekomsten av självmord har glädjande nog varit mycket positiv i Sverige: Sedan toppåret 1979 har självmordstalet sjunkit med nästan 50 procent, vilket är anmärkningsvärt. Utvecklingen har varit positiv i samtliga befolkningsgrupper, uppdelade efter kön, ålder, region m m. Det enda undantaget har utgjorts av unga personer av båda könen. För dessa har trenden inte alls varit lika klar, samtidigt som de små absoluta talen (ca 90–110 fullbordade självmord per år under 1990-talet sammanlagt) har hindrat mer exakta positionsbestämningar [1, 2].

Europeisk jämförelse

Två C-studenter i sociologi vid Stockholms universitet, Janna Dohlwitz och Susanne Kelfve, som jag varit handledare för, har samlat in statistik om självmord bland unga (15–24 år) kvinnor från 28 europeiska länder under åren

1998–2002. Hälften av länderna hade rapporterat data till WHO för alla dessa år, och ytterligare nio för fyra av dem. För självmord har endast ICD-10-koderna X60–X84 använts med tanke på internationell jämförbarhet. De sk osäkra självmorden (Y10–34) har utelämnats, något som torde ha sänkt Sveriges relativa position i den statistik som presenteras i Tabell I.

För att även kunna mäta den relativa (visavi unga män) förekomsten av självmord hade studenterna också räknat fram den standardiserade andelen kvinnors självmord av alla självmord i ungdomsåldersgruppen. Denna andel skall läsas som vanlig andel men har för jämförbarhetens skull justerats för en situation där andelen män och kvinnor är exakt lika i den unga befolkningen. De två måtten beskriver två olika dimensioner och är statistiskt oberoende av varandra (Tabell I).

Jämförelsen mellan de 28 europeiska länderna faller ut såsom visas i Tabell I. Vi märker att Sverige, som numera brukar återfinnas kring mitten av de europeiska länderna vad beträffar självmord i hela befolkningen, delar sjundeplatsen med Schweiz i fråga om unga kvinnors

självmord. Mer uppseendeväckande är att unga kvinnors andel av alla unga människors självmord i Europa är högst just i Sverige.

Vad säger siffrorna?

Statistiken visar, för det första, att även om självmordstalen för unga kvinnor inte är höga i sig (5,2 per 100 000 invånare, jämfört med ca 16 för hela befolkningen över 15 år) så är denna grupp problematisk. Den har inte haft samma klart sjunkande utveckling som andra befolkningsgrupper (med undantag av unga män). I internationell jämförelse med motsvarande grupper i andra länder visar sig gruppen vara i sämre position än den svenska befolkningen i stort. Dessa fakta ger båda var för sig anledning att följa och analysera utvecklingen och dess orsaker.

Unga kvinnors andel

Det bör noteras att den standardiserade andelen inte är ett mått på självmordsförekomsten i sig, utan mäter endast fördelningen mellan unga kvinnor och unga män. Därmed är förklaringarna till dess storlek rimligen sådana som kan relateras till skillnader i könets självmordsbenägenhet, och man bör observera att de unga männen är i majoritet i alla de undersökta länderna. Endast i några asiatiska länder, främst i Kina, finner vi situationer där kvinnors självmordstal är större än männens [3].

En hög position i denna rangordning betyder att självmorden är jämnt fördelade mellan könen. Det kan t ex förklaras med att de emancipatoriska samhällsprocesserna under de senaste årtiondena har gjort könets beteenden mer

Tabell I. Europeiska länder rangordnade efter relativ självmordsfrekvens för unga kvinnor samt standardiserad andel självmord bland unga kvinnor av alla självmord i åldersgruppen 15–24 år (korrelation r mellan variablerna: –0,02 (icke-signifikant)).

Relativ självmordsfrekvens för kvinnor 15–24 år	Standardiserad andel av självmorden för kvinnor 15–24 år (i procent)		
Ryssland	9,2	Sverige	29,8
Litauen	8,4	Bulgarien	28,0
Norge	7,4	Nederländerna	25,7
Finland	7,2	Norge	22,9
Belgien	5,8	Danmark	22,2
Vitryssland	5,3	Frankrike	22,0
Schweiz	5,2	Belgien	21,7
Sverige	5,2	Schweiz	20,6
Irland	5,1	Storbritannien	20,2
Österrike	4,7	Tyskland	19,6
Ukraina	4,6	Portugal	19,2
Bulgarien	4,3	Italien	19,1
Kroatien	4,0	Finland	18,9
Ungern	3,9	Österrike	18,5
Frankrike	3,5	Grekland	18,2
Danmark	3,4	Rumänien	18,2
Tjeckien	3,3	Spanien	18,0
Tyskland	3,1	Ungern	18,0
Nederländerna	2,9	Moldavien	17,7
Polen	2,7	Kroatien	17,3
Moldavien	2,6	Tjeckien	17,1
Storbritannien	2,5	Irland	15,4
Rumänien	2,3	Litauen	14,3
Slovakien	1,8	Ukraina	14,1
Spanien	1,6	Ryssland	14,1
Italien	1,6	Vitryssland	12,2
Portugal	1,1	Polen	11,8
Grekland	0,8	Slovakien	11,5

lika varandra. Ett problem för en sådan tolkning skulle möjligen vara Bulgariens höga och Finlands relativt låga position i rangordningen.

»Effektivare« självmordsmetoder?

En möjlig faktor som kan relateras till homogeniseringen av beteendet mellan könen är att unga kvinnor leder statistiken över självmordsförsök i Sverige [4]. Man kan tänka sig att deras (relativt) ökande suicidalitet egentligen kunde handla »bara« om att deras självmordsmetoder eller liknande skulle ha ändrats så att deras suicidala beteende allt oftare skulle resultera i fullbordade självmord. Vi saknar dessvärre pålitlig historisk statistik över självmordsförsök för att kunna bedöma detta, och problemet, dödsfallen, försvinner inte heller med det.

Ett pris för emancipationen?

I historisk jämförelse har det visat sig att skillnaderna i självmord mellan grupperingar enligt »medfödd« status, såsom kön, ålder eller födelseplats, har minskat under det senaste århundradet i Sverige [5]. Möjligen är mer likartat beteende, även destruktivt sådant, ett pris för emancipationen på samma sätt som vi

alla fortfarande betalar samhällets modernisering med höjd självmordsfrekvens. Även om självmordstalen skulle vara lägre i ett förindustriellt, småskaligt ståndssamhälle med fasta normer, fast överhet och entydig statsreligion, så väljer vi kanske ändå att hellre leva i det existerande samhället – såvitt ett sådant val finns. Det som möjligen kan påverkas är den nivå som självmordsbeteendets frekvens då skall vara alltmer homogen på.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Wasserman D. Att förebygga självmord hos unga – ett försummat område. *Läkartidningen* 2002;99:2740-1.
2. Wasserman D. Självmord bland unga ökar i Sverige. *Läkartidningen* 2004;101:4078-9.
3. Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet* 2002;359:835-40.
4. NASP. http://www.ki.se/suicide/smf_sverige_kvinnor.html
5. Mäkinen IH, Beskow J, Jansson A, Odén B. Historical perspectives on suicide and suicide prevention in Sweden. *Archives of Suicide Research* 2002;6:269-84.

Människor ska ha rätten till sin död

I I början av sin artikel, »Sanktionering av dödshjälp förändrar samhällets etiska värdegrund«, *Läkartidningen* 16/2005 (sidorna 1268-70), nämner Susanne Ringskog att sjukvårdspersonal i några europeiska länder, bl a Sverige, gjort sig skyldig till mord på ineliggande patienter. Hon menar att »en del av förklaringen« till dessa illdåd »kan stå att finna i de senare årens debatt om dödshjälp« och då särskilt legaliseringen av dödshjälp i Nederländerna och Belgien. Man frågar sig hur Ringskog kommit fram till denna inte särskilt närliggande slutsats. Har något framkommit under rättegångarna mot de skyldiga som stöder den? Det får vi inte veta.

Inget belägg för »psykologisk dynamik«

Vidare lanserar hon en teori om »psykologisk dynamik bland medborgarna«, innebärande att dessa skall få för sig att det är officiellt accepterat att människor har olika värde, vissa skall man anstränga sig för att rädda, andra är det mindre noga med och de som står nederst på värdeskalen (t ex dementa) kan bli föremål för dödshjälp. Det finns ingen vetenskaplig grund för dessa spekulationer och de har ingen som helst relevans för en seriös diskussion om eutanasi som den praktiseras i Nederländerna och Belgien.

Ringskog ägnar stort utrymme åt en redogörelse för feldiagnostik av PVS-patienter. Studien belyser hur angeläget det är att de som vårdar hjärnskadade skall ha tillfredsställande kunskaper och färdigheter i neurologisk diagnostik. Ringskog har rätt i att prognoser om förväntad återstående livstid kan vara osäkra. I den holländska lagen finns intet stadgat om att patienter som skall få dödshjälp skall vara i ett terminalstadium. Följaktligen är frågan om deras förväntade livslängd inte relevant.

Liksom tidigare Göran Isacson tar Ringskog upp det beklagliga faktum att endast 54 procent av utförda eutanasier rapporteras av läkarna till myndigheterna. Vi kommenterade detta i vår replik till Isacson i *Läkartidningen* 5/2005 (sidorna 248-9) och hänvisar till den. Det samma gäller fallet med den 84-åriga kvinnan, som Isacson tidigare också kommenterat i *Läkartidningen*, liksom frågan om de handikappade spädbarnen.

Motiv för dödshjälp

Det är väl troligt att det, som Ringskog skriver, kan finnas »varierande motiv« för begäran om dödshjälp. Enligt den