

Statistik och jämförelser
Jesper Hörnblad

Statistik om dödsorsaker

2015

HS0301

I denna beskrivning redovisas först allmänna uppgifter om undersökningen samt dess syfte och historik. Därefter redovisas undersökningens innehåll och tillförlitlighet samt hur den genomförs och hur man kan ta del av resultaten. Genom att klicka på en rubrik i innehållsförteckningen kommer man direkt till aktuellt avsnitt.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
A Allmänna uppgifter	3
A.1 Ämnesområde	3
A.2 Statistikområde.....	3
A.3 SOS-klassificering	3
A.4 Statistikansvarig.....	3
A.5 Statistikproducent.....	3
A.6 Uppgiftsskyldighet.....	3
A.7 Sekretess och regler för behandling av personuppgifter	3
A.8 Gallringsföreskrifter	3
A.9 EU-reglering.....	4
A.10 Syfte och historik	4
A.11 Statistikanvändning.....	4
A.12 Uppläggning och genomförande	4
A.13 Internationell rapportering	4
A.14 Planerade förändringar i kommande undersökningar	4
B Kvalitetsdeklaration	4
B.0 Inledning	4

B.1 Innehåll.....	5
1.1 Statistiska målstorheter	5
1.1.1 Objekt och population.....	5
1.1.2 Variabler	5
1.1.3 Statistiska mått.....	5
1.1.4 Redovisningsgrupper	5
1.1.5 Referenstider	5
1.2. Fullständighet.....	5
B.2 Tillförlitlighet.....	5
2.1 Tillförlitlighet totalt	5
2.2 Osäkerhetskällor	5
2.2.1 Urval	6
2.2.2 Ramtäckning	6
2.2.3 Mätning.....	6
2.2.4 Svartsbortfall.....	6
Källa: dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.....	7
2.2.5 Bearbetning	7
2.2.6 Modellantaganden.....	8
2.3 Redovisning av osäkerhetsmått.....	8
B.3 Aktualitet.....	8
3.1 Frekvens.....	8
3.2 Framställningstid.....	8
3.3 Punktlighet	8
B.4 Jämförbarhet och sammanvändbarhet	8
4.1 Jämförbarhet över tiden	8
4.1.1 Kommentarer till enskilda tabeller.....	8
4.2 Jämförbarhet mellan grupper	13
4.3 Sammanvändbarhet med annan statistik	13
B.5 Tillgänglighet och förståelighet.....	13
5.1 Spridningsformer	13
5.2 Presentation.....	13
5.3 Dokumentation.....	13
5.4 Tillgång till primärmaterial.....	14
5.5 Upplysningstjänster.....	14

A Allmänna uppgifter

A.1 Ämnesområde

Ämnesområde: Hälsa- och sjukvård

A.2 Statistikområde

Statistikområde: Dödsorsaker

A.3 SOS-klassificering

Tillhör (SOS)



För undersökningar som ingår i Sveriges officiella statistik gäller särskilda regler när det gäller kvalitet och tillgänglighet, se Förordningen om den officiella statistiken (2001:100).

A.4 Statistikansvarig

Myndighet/organisation: Socialstyrelsen
Postadress: 106 30 Stockholm
Besöksadress: Rålambsvägen 3
Kontaktperson: Jesper Hörnblad
Telefon: 0752473582
E-post: jesper.hornblad@socialstyrelsen.se

A.5 Statistikproducent

Myndighet/organisation: Socialstyrelsen
Postadress: 106 30 Stockholm
Besöksadress: Rålambsvägen 3
Kontaktperson: Jesper Hörnblad
Telefon: 0752473582
E-post: jesper.hornblad@socialstyrelsen.se

A.6 Uppgiftsskyldighet

Uppgiftsskyldighet föreligger enligt begravningslagen (1990:1144).

A.7 Sekretess och regler för behandling av personuppgifter

I myndigheternas särskilda verksamhet för framställning av statistik gäller sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Vid automatiserad behandling av personuppgifter gäller reglerna i personuppgiftslagen (1998:204). På statistikområdet finns dessutom särskilda regler för personuppgiftsbehandling i lagen (2001:99) och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken.

A.8 Gallringsföreskrifter

Ingen gallring görs av registret. Uppgifterna är arkiverade t.o.m. årgång

1995 hos SCB och fr.o.m. årgång 1996 hos Socialstyrelsen.

A.9 EU-reglering

EU-reglering finns i form av EU-förordning 1338/2008.

A.10 Syfte och historik

Syftet är att ge en årlig redovisning av den orsaksspecifika dödligheten samt dödlighetens utveckling med fördelning på dödsorsak, ålder och kön. En sådan redovisning, byggd på samtliga dödsfall, i riket har publicerats sedan 1911.

A.11 Statistikanvändning

Användare av statistiken är bl. a. WHO, Eurostat, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, landsting, kommuner, universitet, sjukhus och enskilda forskare. Statistiken används främst för beskrivningar av befolkningens hälsa, bl.a. som underlag för det förebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården, för uppföljning och utvärdering av olika insatser inom hälso- och sjukvården samt som underlag för forskning.

A.12 Uppläggning och genomförande

Uppgifterna samlas in från dödsorsaksintygen där läkaren anger uppgifter rörande dödsorsaker i klartext. Informationen på intygen kodas av Socialstyrelsen och registreras som dödsorsaker i dödsorsaksregistret.

Vid registerproduktionen görs sedan kontroller mot folkbokföringsuppgifter för att upptäcka saknade dödsorsaksintyg. Dödsorsaksregistret innefattar från och med statistikår 2012 samtliga avlidna som vid dödsfallet var folkbokförda i Sverige samt övriga dödsfall som inträffat inom Sverige. Den officiella statistiken inkluderar endast avlidna som vid dödsfallet var folkbokförda i Sverige. Sedan statistikår 2012 rättas även registret upp med sent inkomna intyg. Detta sker ca 15 månader efter att årsbeståndet först färdigställs. Detta innebär att uppgifter i tabellerna kan skilja sig något mot tidigare års siffror

A.13 Internationell rapportering

Årligen rapporteras uppgifter till Eurostat, WHO och NOMESKO.

A.14 Planerade förändringar i kommande undersökningar

Inga förändringar är planerade

B Kvalitetsdeklaration

B.0 Inledning

B.1 Innehåll

1.1 Statistiska målstorheter

1.1.1 Objekt och population

Avlidna som vid dödsfallet var folkbokförda i Sverige, runt 90 000–95 000 per år.

1.1.2 Variabler

Personnummer, hemort (län, kommun, församling), ålder, kön, underliggande dödsorsak, multipla dödsorsaker, skadans natur, dödsdatum, grund för dödsorsaksangivelse och alkohol.

1.1.3 Statistiska mått

Antal, dödstal per 100 000 invånare, åldersstandardiserade dödstal med år 2015 som standardpopulation.

1.1.4 Redovisningsgrupper

Dödsorsaker enligt den internationella versionen av ICD:s fyrsiffriga detaljlista, ICD:s tresiffriga Basic Tabulation List och den europeiska kortlistan 2012 (86 grupper), ålder, kön och län

1.1.5 Referenstider

Kalenderår.

1.2. Fullständighet

Från och med 1997 ska ingen underrapportering förekomma. Även dödsfall där dödsorsaksintyg inte inkommit registreras och återfinns i registret, dock utan medicinsk information.

B.2 Tillförlitlighet

2.1 Tillförlitlighet totalt

Statistiken är förenad med vissa tillförlitlighetsproblem. Framför allt finns en osäkerhet när det gäller tillförlitligheten i dödsorsaksdiagnoserna som utfärdande läkare har angivit på dödsorsaksintyget. Dessa kan grundas på olika undersökningsformer. Ju mer ingående en dödsorsaksundersökning är desto säkrare anses den uppgivna dödsorsaken vara. Generellt kan också sägas att dödsorsaksuppgifterna oftast är säkrare för yngre personer än för äldre, samt att uppgifter om våldsam död och sjukdomar med dramatiskt förlopp är mer tillförlitliga än uppgifter om kroniska tillstånd.

2.2 Osäkerhetskällor

Det finns ingen under- eller övertäckning gällande dödsfall i den folkbokförda befolkningen. En brist i målpopulationen som påverkar registret men inte den officiella statistiken är att den inte täcker in samtliga

dödsfall i Sverige utan endast dödsfallen i den folkbokförda befolkningen.

2.2.1 Urval

Totalundersökning.

2.2.2 Ramtäckning

Samtliga dödsfall som rapporterats till Skatteverket i dödsorsaksstatistiken vare sig dödsorsaksintyg inkommit till Socialstyrelsen eller inte inkluderas. I och med det förekommer formellt inte någon undertäckning i förhållande till referensramen

2.2.3 Mätning

Uppgifterna samlas in på blanketteen *Dödsorsaksintyg*, som fastställts av Socialstyrelsen efter samråd med SCB, Skatteverket och Polismyndigheten. Socialstyrelsen utfärdar föreskrifter och allmänna råd för dödsbevis och dödsorsaksintyg. Kontroll av de avlidna görs mot befolkningsstatistikens register över aviserade döda som grundas på uppgifter från dödsbevisen. Det stora mätproblemet i dödsorsaksstatistiken gäller tillförlitligheten i dödsorsaksuppgifterna. Internationella studier och även vissa tidigare genomförda svenska studier har visat att det finns en stor andel dödsorsaksintyg som har felaktiga uppgifter. Dödsorsaksintygets validitet varierar dock med den avlidnes ålder och den uppgivna dödsorsaken.

2.2.4 Svartsbortfall

Från och med år 1997 finns inget bortfall, då även dödsfall med okänd dödsorsak registreras. Bortfallet av enskilda variabler varierar. Dödsorsak kan i vissa fall trots ingående dödsorsaksundersökning inte fastställas. Ibland redovisas enbart diagnoser som snarare beskriver dödssättet än orsaken till döden. Exempel på detta är hjärtstillestånd eller andningsstillestånd. I vissa fall är dödsorsaken diffus och måste statistikföras som ”symtom och ofullständigt preciserade fall”. Sådana uppgifter måste ibland accepteras eftersom ytterligare uppgifter inte kan fås fram

Socialstyrelsen kontrollerar att dödsorsaksintyg inkommit för samtliga dödsfall som har anmälts till Skatteverket. Saknade dödsorsaksintyg begärs in från den sjukvårdsinrättning där den läkare som utfärdat dödsbeviset tjänstgjorde vid utfärdandet. Trots denna kontroll saknas varje år ett antal dödsorsaksintyg. Bortfallet var mycket litet före omläggningen av folkbokföringen 1 juli 1991, eftersom begravning eller kremering inte fick genomföras innan läkaren lämnat både uppgift om dödsorsaken och tillstånd till jordfästning och kremering till pastorsämbetet. Efter omläggningen skickas dödsorsaksuppgiften direkt till dödsorsaksregistret och det görs inte längre någon kontroll i samband med jordfästningen. Efter omläggningen ökade andelen saknade intyg. Andelen saknade intyg ligger numera runt 1 procent, se tabell 1. Saknade dödsorsaksintyg kodas i ICD-10 som R99.9 (Dödsorsaksintyg ej inkommit).

WHO har också definierat ett antal koder som anses otillräckligt specificerade:

- I46.1 (plötslig hjärndöd),
- I46.9 (hjärtstillestånd, ospecificerat),
- I95.9 (hypertoni, ospecificerad),
- I99 (andra och icke specificerade sjukdomar i cirkulationsorganen),
- I96.0 (akut respiratorisk insufficiens),
- J96.6 (respiratorisk insufficiens, ospecificerad),
- P28.5 (frånvaro av andning hos nyfödd),
- R00-R94 eller R96-R99 (symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes). Här inkluderas inte ovan nämnda R99.9 (dödsorsaksintyg ej inkommit).

Tabell 1. Saknade dödsorsaksintyg respektive otillräckligt specificerade dödsorsaker, 1997-2015.

År	Antal dödsfall	Antal utan dödsorsaksintyg	Andel utan dödsorsaksintyg (%)	Antal med otillräckligt specificerade dödsorsaker	Andel med otillräckligt specificerade dödsorsaker (%)
1997	93 348	411	0,4	1 920	2,1
1998	93 628	492	0,5	2 089	2,2
1999	95 075	415	0,4	2 240	2,4
2000	93 515	539	0,6	2 258	2,4
2001	93 805	437	0,5	2 283	2,4
2002	95 071	524	0,6	2 427	2,6
2003	93 003	349	0,4	2 443	2,6
2004	91 085	471	0,5	2 310	2,5
2005	91 773	686	0,7	2 426	2,6
2006	91 270	638	0,7	2 462	2,7
2007	91 815	770	0,8	2 522	2,7
2008	91 541	761	0,8	2 444	2,7
2009	90 172	1 064	1,2	2 478	2,7
2010	90 518	1 715	1,9	2 722	3,0
2011	89 941	1 202	1,3	2 633	2,9
2012	92 020	960	1,0	2 485	2,7
2013	90 527	732	0,8	2 407	2,7
2014	89 057	904	1,0	2 318	2,6
2015	91 002	836	0,9	2 474	2,7

Källa: dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

2.2.5 Bearbetning

Vid kodning av diagnosuttryck finns alltid risk för fel som inte upptäcks i senare bearbetningssteg. En kvalitetskontroll av kodningen har skett på 2002 års material. Denna visade att andelen felkodade intyg uppgick till

cirka 3,3 procent på 3-ställig ICD-nivå.

2.2.6 Modellantaganden

Inga modellantaganden görs.

2.3 Redovisning av osäkerhetsmått

Andel saknade intyg respektive intyg med otillräckligt specificerade dödsorsaker redovisas.

B.3 Aktualitet

3.1 Frekvens

Statistiken publiceras årligen.

3.2 Framställningstid

De senaste åren har produktionen av registret snabbats upp och idag kan statistiken publiceras sju till åtta månader efter utgången kalender år.

3.3 Punktlighet

Utlovad och faktisk publiceringstid överensstämmer.

B.4 Jämförbarhet och sammanvändbarhet

4.1 Jämförbarhet över tiden

Klassifikationsbyten över tid innebär att det inte alltid är möjligt att göra direkta jämförelser, speciellt inte på mer detaljerad nivå. Dödsorsaker kan dock, från och med. ICD-8 jämföras med hjälp av Basic Tabulation List och den nordiska respektive europeiska kortlistan. För vissa grupper är det även möjligt att jämföra på ICD:s detaljnivå. Nytt klassifikationsbyte 1997 som även inbegrep nya kodningsrutiner, bland annat av underliggande dödsorsak, gör att jämförelser med tidigare år inte alltid kan göras.

4.1.1 Kommentarer till enskilda tabeller

Dödsorsaksstatistiken var under många år kraftigt försenad. För att komma tillrätta med eftersläpningen införde Socialstyrelsen under arbetet med 2010 års dödsorsaksstatistik vissa förenklingar i bearbetningsrutinerna. Bland annat minskades antalet förfrågningar till läkare rörande uppgifter på dödsorsaksintygen. Mer information om detta finns i avsnittet *Datainsamling och bearbetning i Dödsorsaker 2010* (s 22–26).

I tabell 1 A-B, tabell 2, tabell 3, tabell 7 A-B samt tabell 11. Används den *europeiska kortlistan, 2012*.

Tabell 1 A-B, tabell 2, tabell 3, tabell 7 A-B samt tabell 11. I tabellen anges både antal döda och åldersstandardiserade dödstal, med befolkningen för år 2015 som standardpopulation. Det bör observeras att annat

än förändringar i dödligheten kan inverka på statistiken över underliggande dödsorsak, till exempel. förändringar i diagnostiska begrepp och metoder, ändrade rapporteringsvanor hos läkarkåren eller ändringar i rutiner för kodning och klassificering. I tabellen syns tydliga effekter både av klassifikationsbytet från ICD-9 till ICD-10 år 1997 och av senare ändringar i WHO:s internationella regler för klassificering av underliggande dödsorsak. Några av dessa kommenteras här.

Grupp 1, kap I. Vissa infektions- och parasitsjukdomar. En av de ingående ICD-grupperna (A09.9, diarré och magsjukdom där infektiös orsak förmodas) användes tidigare bara för dödsfall utomlands och enbart om dödsfallet inträffat i ett land där infektiös gastroenterit är en allmänt förekommande sjukdom. Från och med 2010 används koden för ospecificerad gastroenterit oavsett var dödsfallet inträffat. Dödsfall vållade av ospecificerad gastroenterit kodades tidigare med K52.9 (icke infektiös gastroenterit, ingår i grupp 42) som minskat i motsvarande grad. Större delen av förändringen fick genomslag redan 2009, men omläggningen blev fullständigt genomförd först under 2010.

Grupp 7 Maligna tumörer. I enlighet med en uppdatering som beslutats av WHO förekommer från och med 2011 års statistik inte längre koden C97 (flera (primära) maligna tumörer med olika utgångspunkter) som underliggande dödsorsak. Om flera maligna tumörer angetts på dödsorsaksintyget används istället WHO:s regler för val av underliggande dödsorsak för att prioritera mellan tumörerna. De dödsfall som tidigare hade förts till C97 (totalt 174 fall under 2010) blir därmed fördelade på andra maligna tumörer, huvudsakligen C18–C20 (malign tumör i kolon, rektosigmoideum och ändtarm).

Som en följd av det minskade antalet förfrågningar till läkare från 2010 har antalet dödsfall med underliggande dödsorsak i ICD-kategorierna C76 (Malign tumör med annan och ofullständigt angiven lokalisation), C80 (Malign tumör utan specificerad lokalisation) och D37–D38 (tumörer av osäker eller okänd natur) ökat.

Grupp 24 Malign tumör i lymfatisk och blodbildande vävnad. WHO beslutade 2008 om förändringar i klassificeringen av tumörer i blocket C81–C96 (Maligna tumörer i lymfatisk, blodbildande och besläktad vävnad).

Grupp 31 Kap III. Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa immunrubbningar. Från 2008 till 2012 ses också en minskning beroende på att ospecificerad anemi (D64.9) nu betraktas som sekundär till andra allvarliga sjukdomar.

Grupp 35 Kap V. Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar. Förväntad ökning från 1997 och framåt eftersom demens eller annan invalidiserande psykisk sjukdom i ICD-10 betraktas som underliggande till vissa tillstånd som ofta uppträder som komplikationer, till exempel lunginflammation och urinvägsinfektion. WHO:s lista över vad som ska räknas som vanliga komplikationer har reviderats flera gånger sedan 1997, senast 2010.

Grupp 37 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol. Akut alkoholförgiftning i kombination med alkoholism fördes under åren 1997–2000 till kapitel V av ICD-10 (Psykiska sjukdomar och syndrom), men från och med 2001 klassificeras de som förgiftningar i kapitel XX (Yttre orsaker till sjukdom och död).

Grupp 38 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av droger. "Drogmissbruk" i kombination med akut förgiftning fördes under åren 1997–2000 till Kapitel V (Psykiska sjukdomar och syndrom). Från och med 2001 förs de istället till avsnitten för förgiftning i kapitel XX, Yttre orsaker till sjukdom och död (X40–X49, X60–X69, X85–X89 och Y10–Y19).

Grupp 53 Lunginflammation. ICD-10 innehåller särskilda instruktioner för val av underliggande dödsorsak när läkaren angett att lunginflammation inledde förloppet som ledde till dödsfallet. Dessa instruktioner innebär att många dödsfall som enligt läkaren vållats av lunginflammation istället kodas under någon annan sjukdom som nämns på dödsorsaksintyget, framför allt sjukdomar som medför gravt nedsatt rörlighet eller som allvarligt försvagar individens motståndskraft.

Grupp 66 Kap XIV Sjukdomar i urin- och könsorganen. Infektioner i njurar och urinvägar betraktas från 2004 som en direkt följd av en lång rad andra tillstånd. Fall som tidigare klassificerades i kapitel XIV (Sjukdomar i urin- och könsorganen) flyttade genom detta till andra platser i klassifikationen.

R99.8 (Andra ofullständigt definierade eller icke specificerade orsaker till död: Ofullständiga uppgifter om dödsorsaken). Den kraftiga ökningen år 2010 och 2011 förklaras av att dödsfall i utlandet fördes till R99.8 vid bearbetningen av dessa års material.

Grupp 59 Olycksfall. Dödsoffren för tsunamin den 26 december 2004 ingår också i grupp 59.

Grupp 79 Fallolyckor. Om dödsorsaken är en fraktur, men anledningen till frakturen inte angetts (t.ex. fallit, snubblat, halkat), kodas dödsfallet i ICD-10 som ospecificerad olycka (grupp 77). I ICD-9 kodades istället sådana dödsfall under gruppen för fallolyckor (grupp 79). I tabellen rörande fallolyckor under fliken *Tidsserier 1987-2015* har dödsfall klassificerade under X59.0 (fraktur utan angiven orsak) räknats ihop med fallolyckorna. Detta ger bättre jämförbarhet över tid än redovisningen i tabell 1.

Grupp 81 Förgiftningsolyckor. Antalet dödsfall i akuta förgiftningar, till exempel alkohol och narkotika, ligger på en högre nivå från och med 2001. Detta beror på en ändring av klassificeringsreglerna för förgiftning hos personer med alkohol- eller drogberoende. Före 2001 klassificerades sådana dödsfall under drogberoende, men från och med 2001 klassificeras de istället som förgiftningsolycka. I tabell 8 redovisas tidsserier för samtliga dödsfall där alkohol nämns på dödsorsaksintyget, oavsett vad som klassificerats som underliggande dödsorsak.

Tabell 4A. Döda 2015 efter underliggande dödsorsak enligt ICD:s detalj-lista, kön och ålder. ICD-10-koden I22 (Reinfarkt) används fr.o.m. 2005 inte i dödsorsaksstatistiken. Dödsfall som tidigare klassificerades under I22 förs sedan 2005 till I21 (Akut hjärtinfarkt).

Tabell 6A-6B. Döda 2015 efter multipel dödsorsak enligt ICD-10s dödsorsaksblock samt ålder. Antal med dödsorsaken nämnd på dödsorsaksintyget samt kvoten mellan antalet döda med dödsorsaken nämnd och antalet döda med dödsorsaken som underliggande.

För varje dödsorsaksgrupp i ICD:s avsnitt anges hur många individer som haft en eller flera dödsorsaker som räknas till ICD-avsnittet (Antal). Dessutom anges kvoten mellan antal individer med någon dödsorsak i avsnittet och antal individer med underliggande dödsorsak i avsnittet.

Den erhållna kvoten ger en viss ledning när man utifrån siffrorna för underliggande dödsorsak vill bedöma hur ofta diagnosgruppen totalt före-kommer på dödsorsaksintygen, antingen som underliggande, komplikation eller bidragande. Är kvoten nära 1.0, är dödsorsaken i de allra flesta fall underliggande. Är kvoten mycket hög är dödsorsaken oftast inte underliggande. Saknas en kvot förekommer dödsorsaken inte alls som underliggande i 2015 års material.

Tabell 8. Döda 1987–2015 med alkoholrelaterad diagnos nämnd på dödsorsaksintyget efter kön och ålder. Antal och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. I tabellen visas antal avlidna personer där alkohol eller en alkoholbetingad organskada omnämns på dödsorsaksintyget, antingen som underliggande eller bidragande dödsorsak.

Vid ICD-kodning av dödsorsaker förekommer relativt ofta så kallade modifiering, det vill säga, att den gängse ICD-koden för ett visst tillstånd ersätts med en annan kod. Den modifierade koden kan ange till exempel, en viss kombination av etiologi och manifestation eller att sjukdomen inte längre befann sig i ett aktivt stadium. De flesta sådana modifierade koder omfattar breda grupper av tillstånd. Om diagnostisk information skulle gå förlorad, använder döds-orsaksregistret både den modifierade koden och den icke modifierade (men mer innehållsrika) grundkoden.

Tidigare ingick inte dödsfall med enbart omnämnande av ett ospecificerat alkoholintag (uttryck kodade under ICD-10 F10.0) i underlaget till tabell 8. År 2002 ändrades beräknings sättet vilket innebär att också sådana dödsfall nu ingår i redovisningen. Tidigare år (1987–2001) har uppdaterats med både icke modifierade grundkoder och F10.0. Kodnummer i ICD som betecknar alkoholmissbruk eller alkoholskador redovisas i tabell 2.

Tabell 2. ICD-koder som betecknar alkoholmissbruk och alkoholskador.

Diagnos	ICD-kod
År 1987-1996 (ICD-9)	
Alkoholpsykos	291
Alkoholism	303
Alkoholmissbruk	305.0
Alkoholpolyneuropati	357.5
Alkoholbetingad kardiomyopati	425.5
Gastrit av alkohol	535.3
Alkoholbetingad leversjukdom	571.0–571.3
Alkoholförgiftning	E860, E980 i kombination med 980
År 1997-2015 (ICD-10)	
Alkoholutlöst pseudocushingsyndrom	E24.4
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10
Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol	G31.2
Alkoholutlöst polyneuropati	G62.1
Alkoholutlöst myopati	G72.1
Alkoholkardiomyopati	I42.6
Gastrit orsakad av alkohol	K29.2
Leversjukdom orsakad av alkohol	K70.0–K70.9
Akut pankreatit orsakad av alkohol	K85.2
Kronisk pankreatit orsakad av alkohol	K86.0
Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern	O35.4
Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern	P04.3
Fetalt alkoholsyndrom	Q86.0
Toxisk effekt av alkohol	T51.0–T51.9
Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholkoncentration	Y90.1–Y90.9
Tecken på alkoholpåverkan med kliniskt fastställd intoxikationsgrad	Y91.1–Y91.9
Rehabilitering av alkoholmissbrukare	Z50.2
Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk	Z71.4
Livsstilsproblem genom alkoholbruk	Z72.1

Beräkningsgrunden för alkoholförgiftning och toxisk effekt av alkohol ändrades något 1997. Från och med detta år räknas självmord med alkohol in bland alkoholdödsfallen, vilket de inte gjorde före 1997.

Tabell 9. Döda 1987–2015 genom självmord respektive oklar avsikt (våld och förgiftning, där avsikten inte kunnat fastställas), efter kön och ålder. Antal och dödstal per 100 000 invånare, för 'Samtliga' är dödstalen åldersstandardiserade. Det är välkänt att gränsdragningen mellan självmord och olycksfall ofta är svår. Tveksamma fall kan klassificeras som dödsfall med oklar avsikt, men bedömningspraxis kan skifta mellan olika läkare och från en tidpunkt till en annan. För specialstudier redovisas här tidsserier för båda grupperna. Sammanställningen ska inte uppfattas som att alla eller ens en fast proportion av fall med oklar avsikt egentligen ska räknas som självmord. Det bör också påpekas att gruppen oklar avsikt också innefattar dödsfall där man inte kunnat fastställa om skadan uppkommit genom en olyckshändelse eller om den avsiktligen

tillfogats av en annan person.

Tabell 11. Döda 2015. efter underliggande dödsorsak enligt europeisk förkortad dödsorsakslista och grund för dödsorsaksangivelser. Antal och obduktionsfrekvens. Obduktioner som inte vidtagits av polismyndighet redovisas som klinisk obduktion även om de utförts på rättsmedicinsk institution

Utbildningsnivå. För vissa dödsorsaker redovisas tidserier på utbildningsnivå för år 1992-2015. Fördelning rörande utbildningsnivå har ändrats mycket mellan 1992 och 2015. 1992 var grundskoleutbildning vanligast medan det idag är vanligare med både gymnasial och eftergymnasial utbildning.

4.1.2 Narkotikarelaterad dödlighet

Socialstyrelsen har tidigare år redovisat antal döda enligt ett index för narkotikarelaterad dödlighet. I februari 2016 kom Socialstyrelsen ut med en rapport som visade på vissa problem med detta index samt ett förslag på ett nytt sätt att redovisa dessa dödsfall. Då detta förslag inte hunnit testas tillräckligt lyfts denna redovisning ut ur årets publikation av officiell statistik av dödsorsaker. Istället publiceras i samband med detta ett separat faktablad med det nya förslaget på redovisning.

4.2 Jämförbarhet mellan grupper

Dödsorsaksstatistiken kan jämföras med motsvarande data för andra länder. Ett stort arbete pågår inom Eurostat för att göra dödsorsaksstatistiken mellan olika länder mer homogen och jämförbar.

4.3 Samanvändbarhet med annan statistik

Dödsorsaksregistret innehåller individbaserade uppgifter vilket möjliggör samkörningar med exempelvis hälsodataregister som patientregistret och läkemedelsregistret.

B.5 Tillgänglighet och förståelighet

5.1 Spridningsformer

Statistiken publiceras på Socialstyrelsens webbplats.

5.2 Presentation

Rapporten består av tabeller i Excel samt ett faktablad med sammanfattande resultatbeskrivning.

Statistik finns även att hämta från Socialstyrelsens statistikdatabas på Socialstyrelsens webbplats.

5.3 Dokumentation

Sedvanlig registerdokumentation finns att tillgå på Socialstyrelsens webbplats.

5.4 Tillgång till primärmaterial

Dödsorsaksregistret finns tillgängligt för specialbearbetningar vid Socialstyrelsen. Specialbearbetningar som utförs på beställning är till exempel åldersstandardisering eller selekteringar på specifika diagnosgrupper. För forskningsändamål kan efter sekretessprövning mer detaljerade uppgifter erhållas. Aktuell variabelförteckning för dödsorsaksregistret finns på Socialstyrelsens webbplats.

5.5 Upplýsningstjänster

Namn: Jesper Hörnblad

Telefon: 075-247 35 82

E-post: jesper.hornblad@socialstyrelsen.se