

Sjukhusvård och eftervård vid avsiktlig självskada

Andelen flickor i åldern 12–15 år som sjukhusvårdats för avsiktlig självskada, med eller utan suicidavsikt, har fördubblats under 2015–2023. Av de som vårdats för avsiktlig självskada har bara 15 procent följts upp av läkare inom psykiatrisk öppenvård inom en vecka efter utskrivning. Vid hälften av läkarbesöken fanns en dokumenterad strukturerad suicidriskbedömning, medan endast ett fåtal hade en dokumenterad krisplan. Resultaten talar för behov av stärkt vårdkedja efter avsiktlig självskada, eftersom personer som tidigare har försökt ta sitt liv har avsevärt högre risk för framtida suicid.

Tidigare studier har rapporterat om en ökad suicidrisk efter sjukhusvård för suicidförsök eller annan avsiktlig självskada och framför allt under den första tiden efter utskrivning.¹ Resultaten talar för behov av förbättrad eftervård efter suicidförsök eller annan avsiktlig självskada. Socialstyrelsen redovisade i ett tidigare faktablad data från patientregistret och dödsorsaksregistret, om barn och vuxna som under perioden 2015–2021 sjukhusvårdades² vid åtminstone ett tillfälle för avsiktlig självskada.³ Studien innefattade även en kartläggning av den efterföljande vården med läkarbesök och strukturerad suicidriskbedömning inom den specialiserade psykiatriska öppenvården.⁴ Detta faktablad innehåller uppdaterade data för 2022 och 2023, liksom en kartläggning av dokumenterade krisplaner. Den aktuella studien omfattar totalt en nioårsperiod, från 2015 till 2023.

Vård för avsiktlig självskada fördubblades hos unga flickor

Antalet personer i befolkningen med åtminstone en dokumenterad värdeperiod för avsiktlig självskada, med eller utan suicidavsikt,⁵ under respektive år mellan 2015 och 2023, varierade mellan 10 000 och drygt

¹ a) Tidemalm D., Långström N., et al. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. BMJ 2008;337. b) Hunt et al. Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. Psychological Medicine 2009;39. c) Bickley et al. Suicide within two weeks of discharge from psychiatric inpatient care: a case-control study. Psychiatric Services 2013;64.

² Sjukhusvård innebär här påbörjad heldygnsvård eller oplanerad specialiserad öppenvård inom akutverksamhet.

³ Avsiktligt självdestruktiv handling (klassifikation enligt ICD-10, X60-X84) är i detta faktablad synonymt med avsiktlig självskada, med eller utan suicidavsikt.

⁴ Sjukhusvård och eftervård vid avsiktlig självskada. Socialstyrelsen, 2023.

⁵ ICD-10-koderna X60-X84 skiljer inte på avsiktlig självskada med eller utan suicidavsikt.

11 000 per år (se tabell 1). Könsskillnader fanns, då ca 60 procent av de vårdade var flickor och kvinnor. *Andelen* i befolkningen (antal per 100 000) som varit aktuell för denna typ av vård var stabil under den aktuella nioårsperioden, sett till hela gruppen.

Tabell 1: Antal personer och andelar (antal per 100 000 invånare) som 2015–2023 sjukhusvårdades för avsiktlig självskada (X60-X84)⁶

År	Kvinnor (per 100 tusen)	Män (per 100 tusen)	Totalt (per 100 tusen)
2015	6 013 (123)	4 083 (83)	10 096 (103)
2016	6 172 (125)	3 988 (80)	10 160 (102)
2017	6 490 (130)	4 135 (82)	10 625 (106)
2018	6 493 (128)	4 223 (83)	10 716 (105)
2019	6 936 (136)	4 390 (85)	11 326 (110)
2020	6 683 (130)	4 343 (83)	11 026 (107)
2021	6 868 (133)	4 129 (79)	10 997 (106)
2022	7 027 (135)	4 157 (79)	11 184 (107)
2023	7 159 (137)	4 102 (77)	11 261 (107)

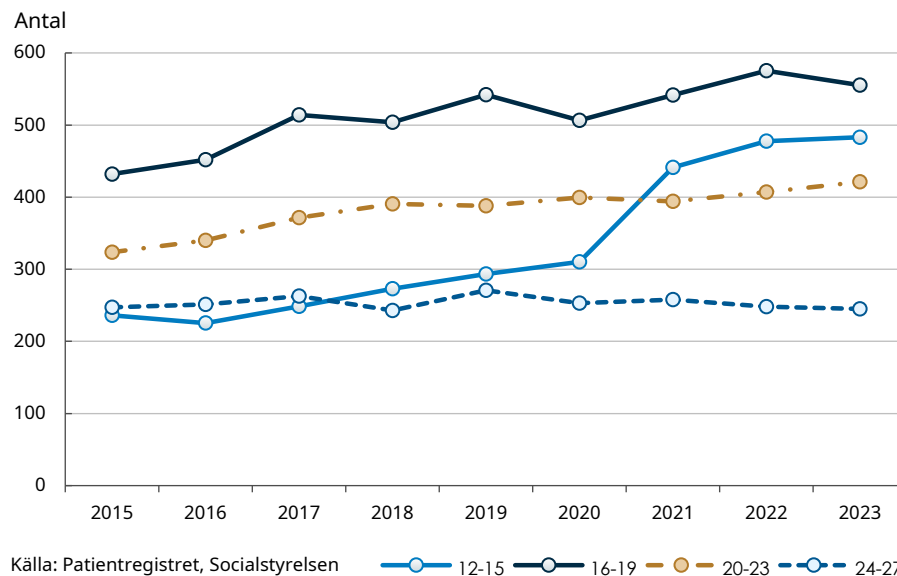
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Tydliga skillnader sågs vid uppdelning av de vårdade personerna i olika åldersgrupper och efter kön. Figur 1 visar *andelen* (antal per 100 000 invånare) flickor och unga kvinnor som vårdades vid åtminstone ett tillfälle för avsiktlig självskada. I gruppen flickor 12–15 år ökade andelen vårdade med 100 procent mellan 2015 och 2023. En ökning kan ses under hela tidsperioden, men var särskilt uttalad under 2021. Under 2022 och 2023, har ökningen börjat mattas av hos den yngsta gruppen flickor 12–15 år. Andelen vårdade flickor och unga kvinnor i åldern 16–19 år minskade något under 2023 jämfört med föregående år, medan andelen som vårdats ökade något i åldern 20–23 år. Andelarna som vårdades för avsiktlig självskada var i stort sett oförändrade bland kvinnor 24–27 år samt hos pojkar och män under 2015–2023. Totalt sett är andelen sjukhusvårdade bland flickor och unga kvinnor högst i åldersgruppen 16–19 år, följt av gruppen 12–15 år och därefter av gruppen 20–23 år. Kvinnor i åldern 24–27 år ligger fortsatt lägre än övriga åldersgrupper.

⁶ En person med flera vårdepisoder kan räknas med under flera påföljande år, men bara en gång under ett specifikt år.

Figur 1. Avsiktlig självskada hos flickor och unga kvinnor

Andel flickor och unga kvinnor som 2015-2023 sjukhusvårdades vid åtminstone ett tillfälle för avsiktlig självskada (X60-X84). Antal per 100 000 invånare.



Vårdepisoderna ökar i antal och blir allt kortare

*Antalet vårdepisoder*⁷ per år till följd av avsiktlig självskada ökade för hela befolkningen mellan 2015 och 2019 med ungefär 20 procent, från ca 14 000 till ca 17 000 vårdepisoder och låg sedan stabilt runt 17 000 episoder per år under 2020–2021. Vårdepisodernas antal har därefter ökat till knappt 18 000 under 2023, samtidigt som andelen kvinnor ökat bland de vårdade. Att antalet vårdepisoder överstiger antalet vårdade personer beror på att ca 20 procent av patienterna hade mer än en vårdepisod per år.

Vårdepisodernas längd visar en tydligt nedåtgående trend, särskilt hos dem med de längsta vårdtiderna. Hälften av vårdepisoderna pågick under högst 1 dag. Ytterligare en andel vårdades under 2–3 dagar. Totalt pågick 75 procent av vårdepisoderna under högst 3 dagar.

Få följdes upp av läkare inom psykiatrisk öppenvård

Under den aktuella tidsperioden 2015–2023 innehöll patientregistret endast information om läkarbesök inom specialiserad vård. Det innebär att information saknas om besök hos andra yrkesgrupper inom specialistvården

⁷ Med vårdepisod avses en sammanhängande tidsperiod när personen fick specialiserad öppenvård eller heldygnsvård, eller både specialiserad öppenvård och heldygnsvård inom akutverksamhet. Både somatisk och psykiatrisk vård har inkluderats.

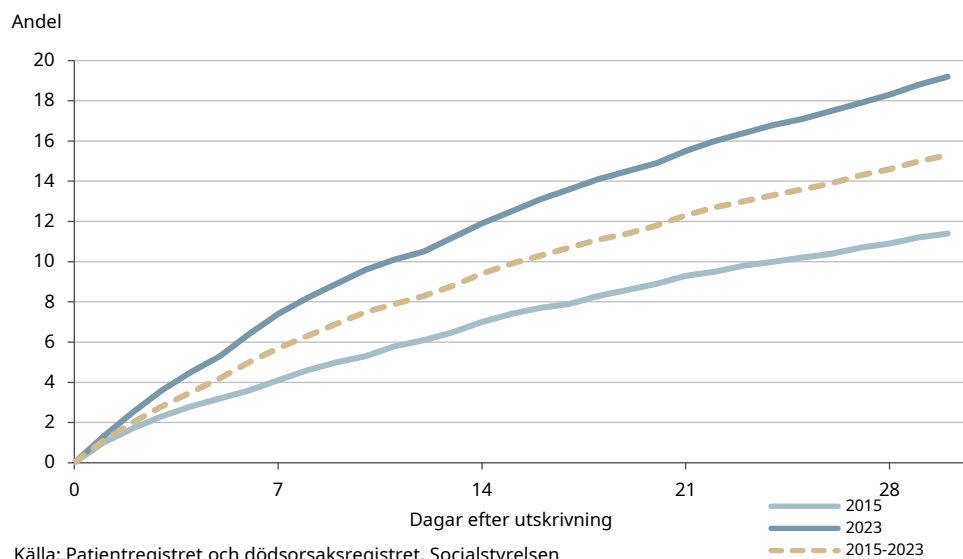
än läkare, liksom om läkarbesök i primärvården.⁸ Av de som sjukhusvårdades för avsiktlig självskada vid åtminstone ett tillfälle under 2023, följdes knappt 15 procent upp hos läkare inom den specialiserade psykiatriska öppenvården inom 7 dagar efter utskrivning, jämfört med ca 24 procent inom 14 dagar och ca 36 procent inom 28 dagar. Av de med läkarbesök efter utskrivning, fanns för knappt hälften en dokumenterad strukturerad suicidriskbedömning.⁹ Denna andel ökade något mellan 2015 och 2023, se figur 2.

Ett fåtal patienter hade en dokumenterad krisplan

Under 2023 hade knappt 2 procent en dokumenterad krisplan¹⁰ under de tre månader som föregick vårdepisoden, jämfört med knappt 5 procent under pågående vårdepisod och drygt 3 procent inom tre månader efter utskrivning.

Figur 2. Dokumenterad strukturerad suicidriskbedömning efter utskrivning

Kumulativ andel som följts upp med dokumenterad strukturerad suicidriskbedömning vid aktuell dag från utskrivning, per år och för hela perioden, 2015-2023



⁸ Från och med januari 2024 inkluderar patientregistret även information om besök hos andra yrkesgrupper än läkare inom den psykiatriska specialistvården. Datainsamlingen till aktuellt faktablad gjordes innan denna ändring.

⁹ KVÅ-kod AU118.

¹⁰ KVÅ-kod AU123.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har tidigare noterat en tydlig ökning av flickor som vårdades för avsiktlig självskada, med eller utan suicidavsikt under 2021, där ökningen drevs av det stigande antal som vårdades för första gången, ofta till följd av förgiftning med läkemedel eller annan substans.¹¹ Ett senare faktablad bekräftade denna ökning som var nära 80 procent hos 12-åriga flickor mellan 2020 och 2021.¹²

Denna uppdaterade uppföljning med data för 2022 och 2023, visar att *andelen* flickor i åldern 12–15 år som sjukhusvårdats för avsiktlig självskada fördubblats under nioårsperioden, 2015–2023.

Under 2022 och särskilt under 2023 mattades ökningen av vårdade unga flickor 12–15 år av jämfört med den kraftiga ökning som sågs under 2021–2022.

Faktabladet kan inte besvara frågan om den avmattade ökningen hos unga flickor bara är en tillfällig minskning, eller om den visar på ett verkligt trendbrott. Frågan är därför angelägen att fortsätta följa framöver.

Andelen vårdade flickor och unga kvinnor i åldern 16–19 år minskade något under 2023, medan andelen ökade något i åldersgruppen 20–23 år. Andelarna som vårdades för avsiktlig självskada var i stort sett oförändrade bland kvinnor 24–27 år samt hos pojkar och män under 2015–2023.

Totalt sett är andelen sjukhusvårdade bland flickor och unga kvinnor högst i åldersgruppen 16–19 år, följt av gruppen 12–15 år respektive 20–23 år. Åldersgruppen unga kvinnor 24–27 år ligger däremot stabilt lägre över tid än de övriga åldersgrupperna.

Det är betydligt fler kvinnor än män som sjukhusvårdats för avsiktlig självskada. Orsaken till denna könsskillnad kan inte heller besvaras av faktabladet. Flera faktorer är tänkbara, exempelvis skillnader mellan könen i sociodemografiska risk- och skyddsfaktorer, diagnosprofiler inklusive samsjuklighet,¹³ symtombelastning, suicidavsikt, val av suicidmetod,¹⁴ samt skillnader i eftervården. Fördjupade analyser av dessa faktorer skulle kunna bidra med viktig kunskap för att förbättra eftervården.

Tidigare suicidförsök är den enskilt största riskfaktorn för upprepade suicidförsök och suicid.¹² Det är därför centralt i det suicidförebyggande

¹¹ Ökning av nya fall av avsiktlig självdestruktiv handling bland flickor under pandemiåret 2021. Socialstyrelsen, 2022.

¹² Sjukhusvård och eftervård vid avsiktlig självskada. Socialstyrelsen, 2023

¹³ Tidemalm D., Långström N., et al. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. BMJ 2008;337.

¹⁴ Runeson et al. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: National long-term cohort study. BMJ 2010;341.

arbetet med en sammanhållen och väl fungerande vårdkedja för uppföljning efter avsiktlig självskada, både på kort och lite längre sikt.

Resultaten av den aktuella kartläggningen talar för ett behov av stärkt vårdkedja efter avsiktlig självskada. Vårdtiderna har blivit allt kortare, där tre av fyra vårdepisoder har pågått under högst 3 dagar. Korta vårdtider begränsar utrymmet för långtidsplanering av vård- och behandlingsinsatser och ökar behovet av snabb uppföljning efter utskrivning. Kartläggningen visar att endast en tredjedel av patienter som sjukhusvårdats för avsiktlig självskada, följdes upp av läkare inom en månad efter utskrivning. Hälften av patienterna med läkaruppföljning hade en dokumenterad strukturerad suicidriskbedömning och bara ett fåtal hade en dokumenterad krisplan.

Strukturerade suicidriskbedömningar har hittills vanligen fokuserat på prediktion, dvs. att förutsäga risken för att någon tar sitt liv, vilket visat sig vara mycket svårt. Det argumenteras alltmer för att suicidriskbedömning för prediktion av suicid ersätts av en fördjupad bedömning av behov av suicidförebyggande åtgärder.¹⁵ Syftet med en strukturerad suicidriskbedömning bör därför vara att systematiskt identifiera och värdera risk- och skyddsfaktorer för suicid för att möjliggöra adekvata och säkra vård- och behandlingsinsatser.

Syftet med en krisplan är att förbereda personen med konkreta aktiviteter, strategier och stödresurser för att förebygga självskada eller suicid genom att hantera varningssignaler och kriser i tid.

Både identifiering av behov och planering av vård- och behandlingsinsatser och krisplanering kan ingå som komponenter i en stärkt vårdkedja efter avsiktlig självskada, som omfattar både sjukhusvård och öppenvård, för att förebygga suicid.

Flera faktorer skulle kunna ligga bakom de allt kortare vårdtiderna efter avsiktlig självskada. En faktor skulle kunna vara ett begränsat antal vårdplatser, framför allt inom barn- och ungdomspsykiatri. En annan möjlighet är ett minskat behov av sjukhusvård om fler avsiktliga självskador bedöms vara relativt lindriga och möjliga att handlägga inom öppenvården. Samtidigt är det en låg andel patienter som följs upp av läkare i den psykiatriska öppenvården efter utskrivning. Anledningarna till det kan vara flera. Patienten kan exempelvis ha följts upp av annan yrkesgrupp än läkare inom den specialiserade psykiatri efter utskrivning. Patienten kan också ha fått en läkartid, men uteblivit. Uppföljning kan även ha skett hos läkare inom primärvården.

¹⁵ Hawton K., Lascelles K., et al. Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *Lancet Psychiatry* 2022; 9: 922–28.

Från och med 2024 har den specialiserade psykiatriska vården skyldighet att rapportera in uppgifter om besök även hos andra yrkesgrupper än läkare till Socialstyrelsens patientregister. Inrapporteringen är inte fullständig ännu, men kommer framöver att kunna ge betydligt bättre möjligheter att följa upp de insatser som ges inom specialistpsykiatri. Patientregistret innehåller däremot, precis som tidigare, inte några uppgifter om besök hos läkare eller andra yrkesgrupper inom primärvården. Bortfall i registrering av vårdåtgärder med KVÅ-koder för strukturerad suicidriskbedömning respektive krisplanering, kan också ha påverkat resultatet.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) lyfter i Rekommendationer för suicidpreventiva insatser (RESPI) fram stärkt vårdkedja som en av flera evidensbaserade insatser.¹⁶ Ett exempel på arbetssätt är att kartlägga vårdkedjans befintliga skick. Socialstyrelsen har tagit fram *Patientresa: vård vid suicidförsök* som stöd för hälso- och sjukvården att arbeta för en sammanhållen vårdkedja efter suicidförsök.¹⁷ Det har tagits fram utifrån erfarenheter från personer som själva har försökt ta sitt liv samt deras närstående och innefattar bland annat ett flödesschema och en självskattning för att kartlägga och utveckla vårdkedjan. Socialstyrelsen har även tagit fram *Krisplan – Ta fram, använd och följ upp* för att stödja användandet av krisplan i verksamheterna.¹⁸ Myndigheten har därtill nyligen publicerat ett kunskapsstöd om arbetssättet delat beslutsfattande¹⁹ liksom ett stödmaterial om att involvera och se närstående som en möjlig resurs i vården.²⁰ Samverkan med andra aktörer, exempelvis socialtjänsten, är viktig för att kunna möta patientens samlade behov. Socialstyrelsen är en av ett stort antal myndigheter som samverkar i *Det handlar om livet*, en 10-årig nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention med ett delmål om stärkt suicidpreventivt arbete.²¹

Mer information

Du hittar fler tabeller, diagram och annan information här (välj Tillhörande dokument och bilagor): www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/psykiatri

För dig som vill göra egna sökningar i statistikdatabasen: www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikdatabasen

¹⁶ <https://respi.se/insatser/evidensbaserade-insatser/starkt-vardkedja>. Hämtad 2025-12-15.

¹⁷ Se <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/suicid-och-suicidprevention/>

¹⁸ <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/krisplan--ta-fram-anvand-och-folj-upp-2025-12-9992/>

¹⁹ <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/delat-beslutsfattande-vid-psykiatriska-tillstand-och-psykisk-funktionsnedsattning--rekommendation-och-kunskapsstod-till-halso--och-sjukvarden-och-socialtjansten-2025-3-9328/>

²⁰ <https://kunskapsguiden.se/aktuellt/involvera-narstaende-i-psykiatri-och-rattpsykiatri/>.

²¹ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/nationell-strategi/>.

Kontakt:

Sofia Åhlqvist, utredare

Telefon: 075-247 30 00

E-post: sofia.ahlqvist@socialstyrelsen.se

Ylva Ginsberg, medicinskt sakkunnig

Telefon: 075-247 30 00

E-post: ylva.ginsberg@socialstyrelsen.se

Lamia Spahic, statistiker

Telefon: 075-247 30 00

E-post: lamia.spahic@socialstyrelsen.se

Malin Johansson, statistiker

Telefon: 075-247 30 00

E-post: malin.johansson@socialstyrelsen.se