

Avdelningen för statistik och jämförelser  
Jesper Hörnblad

# Kvalitetsdeklaration

## Statistik om dödsorsaker 2017

### **Ämnesområde**

Hälso- och sjukvård

### **Statistikområde**

Dödsorsaker

### **Produktkod**

HS0301

### **Referenstid**

Kalenderår 2017 samt perioderna 1987–2017 och 1997–2017

# Innehållsförteckning

<b><i>Kvalitetsdeklaration</i></b> .....	<b>1</b>
<b><i>Statistik om dödsorsaker 2017</i></b> .....	<b>1</b>
<b>Ämnesområde</b> .....	<b>1</b>
<b>Statistikområde</b> .....	<b>1</b>
<b>Produktkod</b> .....	<b>1</b>
<b>Referenstid</b> .....	<b>1</b>
<b><i>Innehållsförteckning</i></b> .....	<b>2</b>
<b><i>Statistikens kvalitet</i></b> .....	<b>3</b>
<b>1 Relevans</b> .....	<b>3</b>
1.1 Ändamål och informationsbehov .....	3
1.2 Statistikens innehåll .....	3
<b>2 Tillförlitlighet</b> .....	<b>4</b>
2.1 Tillförlitlighet totalt .....	4
2.2 Osäkerhetskällor .....	4
2.3 Preliminär statistik jämförd med slutlig.....	6
<b>3 Aktualitet och punktlighet</b> .....	<b>6</b>
3.1 Framställningstid .....	6
3.2 Frekvens .....	6
3.3 Punktlighet.....	6
<b>4 Tillgänglighet och tydlighet</b> .....	<b>7</b>
4.1 Tillgång till statistiken .....	7
4.2 Möjlighet till ytterligare statistik .....	7
4.3 Presentation .....	7
4.4 Dokumentation .....	7
<b>5 Jämförbarhet och sam användbarhet</b> .....	<b>7</b>
5.1 Jämförbarhet över tid.....	7
5.2 Jämförbarhet mellan grupper .....	11
5.3 Sam användbarhet i övrigt .....	11
5.4 Numerisk överensstämmelse .....	11
<b><i>Allmänna uppgifter</i></b> .....	<b>11</b>
<b>A Klassificeringen Sveriges officiella statistik</b> .....	<b>11</b>
<b>B Sekretess och personuppgiftsbehandling</b> .....	<b>12</b>
<b>C Bevarande och gallring</b> .....	<b>12</b>
<b>D Uppgiftsskyldighet</b> .....	<b>12</b>
<b>E EU-reglering och internationell rapportering</b> .....	<b>12</b>
<b>F Historik</b> .....	<b>12</b>
<b>G Kontaktuppgifter</b> .....	<b>12</b>

# Statistikens kvalitet

## 1 Relevans

### 1.1 Ändamål och informationsbehov

#### 1.1.1 Statistikens ändamål

Syftet är att ge en årlig redovisning av den orsaksspecifika dödligheten samt dödlighetens utveckling med fördelning på dödsorsak, ålder och kön.

#### 1.1.2 Statistikanvändares informationsbehov

Avsikten med publikationen är i första hand att ge en samlad beskrivning av den orsaksspecifika dödligheten. I rapporten redovisas även utvecklingen över tid samt dödsorsaksmönstret för år 2017 regionalt och på riksnivå. Syftet med dödsorsaksregistrets data är att ge underlag till den officiella statistiken om dödsorsaker i Sverige. Registrets data används också för beskrivningar av befolkningens hälsa, till forskning, och används även som underlag för insatser i hälso- och sjukvården.

### 1.2 Statistikens innehåll

Statistiken visar dödsfall fördelat på dödsorsaker bland personer som vid tiden för dödsfallet var folkbokförda i Sverige.

Antal och dödstal redovisas för år 2017 medan åldersstandardiserade tidsserier visas för vissa specificerade dödsorsaker. För ett antal dödsorsaker redovisas även tidsserier fördelat på utbildningsnivå.

#### 1.2.1 Objekt och population

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

#### 1.2.2 Variabler

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

#### 1.2.3 Statistiska mått

Antal, dödstal per 100 000 invånare, åldersstandardiserade dödstal med år 2017 som standardpopulation.

#### 1.2.4 Redovisningsgrupper

Dödsorsaker enligt den internationella versionen av ICD:s 4-ställiga detaljlista, ICD:s 3-ställiga Basic Tabulation List och den europeiska kortlistan 2012 (86 grupper), ålder, kön, län och utbildningsnivå.

#### 1.2.5 Referenstider

Kalenderår, respektive längre tidsperioder.

## 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.

#### 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 framförallt in på blanketten *Dödsorsaksintyg*, som fastställts av Socialstyrelsen efter samråd med SCB, Skatteverket och Polismyndigheten. Sedan juni 2015 finns även ett elektroniskt dödsorsaksintyg. 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 relativt stor andel dödsorsaksintyg som har felaktiga uppgifter. Dödsorsaksintygets validitet varierar med den avlidnes ålder och den uppgivna dödsorsaken.

#### 2.2.4 Bortfall

Samtliga dödsfall som rapporterats till Skatteverket i dödsorsaksstatistiken vare sig dödsorsaksintyg inkommit till Socialstyrelsen eller inte inkluderas. I och med detta finns inget bortfall. 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 går att få 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, tillstånd till jordfästning och kremering till pastorsämbetet. Efter omläggningen skickas uppgift om dödsorsak 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),
- J96.9 (respiratorisk insufficiens, ospecificerad),
- P28.5 (frånvaro av andning hos nyfödd),
- R00-R99.8 (symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboriefynd som ej klassificeras annorstädes, exklusive R57.2, R60-R65.1 och R65.9). Här inkluderas inte heller dödsfall där inget dödsorsaksintyg inkommit över huvud taget.

**Tabell 1. Saknade dödsorsaksintyg respektive otillräckligt specificerade dödsorsaker, 1997–2017.**

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	1 908	2,0
1998	93 628	492	0,5	2 068	2,2
1999	95 075	415	0,4	2 231	2,3
2000	93 515	539	0,6	2 250	2,4
2001	93 805	437	0,5	2 266	2,4
2002	95 071	524	0,6	2 416	2,5
2003	93 003	349	0,4	2 427	2,6
2004	91 085	471	0,5	2 293	2,5
2005	91 773	686	0,7	2 409	2,6
2006	91 270	638	0,7	2 450	2,7
2007	91 815	770	0,8	2 511	2,7
2008	91 541	761	0,8	2 434	2,7
2009	90 172	1 064	1,2	2 469	2,7
2010	90 518	1 715	1,9	2 713	3,0
2011	89 941	1 202	1,3	2 616	2,9

År	Antal dödsfall	Antal utan dödsorsaksintyg	Andel utan dödsorsaksintyg (%)	Antal med otillräckligt specificerade dödsorsaker*	Andel med otillräckligt specificerade dödsorsaker* (%)
2012	92 020	960	1,0	2 470	2,7
2013	90 527	732	0,8	2 390	2,6
2014	89 057	649	0,1	2 301	2,6
2015	90 996	836	0,9	2 375	2,6
2016	91 071	1 098	1,2	2 244	2,5
2017	92 075	738	0,8	2 273	2,5

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

\* Enligt den definition som finns i ICD ska även akut ospecificerad hjärtinsufficiens inkluderas i denna.

Detta går dock inte att sortera ut så som klassificeringen av dödsorsaker ser ut idag.

Utöver dödsorsakerna finns inget partiellt bortfall för de dödsfall och variabler som ingår i den officiella statistiken.

### 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 Preliminär statistik jämförd med slutlig

Ingen preliminär statistik redovisas. Sedan statistikår 2012 uppdateras registret med sent inkomna dödsorsaksintyg cirka 15 månader efter den första publiceringen. Detta innebär att de redovisade siffrorna kan ändras något från tidigare publikationer. Totalt rör det sig om cirka 200 dödsorsaksintyg per år.

## 3 Aktualitet och punktlighet

### 3.1 Framställningstid

De senaste åren har produktionen av registret snabbats upp och idag kan statistiken publiceras cirka åtta månader efter avslutat kalenderår.

2017 års dödsorsaksstatistik publiceras med en något större eftersläpning. Denna publiceras 2018-10-24.

### 3.2 Frekvens

Statistiken publiceras årligen.

### 3.3 Punktlighet

2018 års publicering av Statistik om dödsorsaker 2017 publicerades i tid enligt planering.

## 4 Tillgänglighet och tydlighet

### 4.1 Tillgång till statistiken

Den officiella dödsorsaksstatistiken publiceras på Socialstyrelsens webbplats.

Utöver den officiella statistiken publiceras även dödsorsaksstatistik i Socialstyrelsens statistikdatabas.

### 4.2 Möjlighet till ytterligare statistik

Utöver den officiella statistiken finns en statistikdatabas på Socialstyrelsens webbplats där dödsorsaksstatistik redovisas fördelat på kön, ålder, län och 3-ställda ICD-koder för åren 1997 och framåt.

Dödsorsaksregistret finns även tillgängligt för specialbearbetningar via beställning från 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.

### 4.3 Presentation

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

### 4.4 Dokumentation

Sedvanlig registerdokumentation finns att tillgå på Socialstyrelsens webbplats.

## 5 Jämförbarhet och sammanvändbarhet

### 5.1 Jämförbarhet över tid

Klassifikationsbyten innebär att det inte alltid är möjligt att göra direkta jämförelser över tid, speciellt inte på mer detaljerad nivå. Dödsorsaker kan dock, från och med ICD-9 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. Klassifikationsbytet från ICD-9 till ICD-10 år 1997 omfattade även nya kodningsrutiner, bland annat av underliggande dödsorsak. Detta medför att jämförelser med tidigare år inte alltid kan göras.

**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 2017 som standardpopulation. Det bör observeras att annat än förändringar i dödligheten kan inverka på statistiken när det gäller underliggande dödsorsak, till exempel förändringar i diagnostiska begrepp och metoder, ändrade rapporteringssvanor hos läkarkåren eller ändringar i rutiner för kodning och klassificering. I tabellerna syns bland annat effekter av förändringar 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 1987–2017* har dödsfall klassificerade under X59 (exponering för icke specificerad faktor) 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 2017 efter underliggande dödsorsak enligt ICD:s detalj-lista, kön och ålder.* ICD-10 uppdateras kontinuerligt. Dessa uppdateringar hittas på WHO:s hemsida, <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/>.

**Tabell 6A–6B.** *Döda 2017 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 förekommer 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 2017 års material.

**Tabell 8.** *Döda 1987–2017 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 till exempel ange 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 dödsorsaksregistret 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 beräkningssättet 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
<i>År 1987-1996 (ICD-9)</i>	
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
<i>År 1997-2017 (ICD-10)</i>	
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 alkoholhalt	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 alkoholholdödsfallen, vilket de inte gjorde före 1997.

**Tabell 9.** *Döda 1987–2017 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 avsiktligt tillfogats av en annan person.

**Tabell 11.** *Döda 2017, 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 tidsserier på utbildningsnivå för år 1992–2017. Fördelning rörande utbildningsnivå har ändrats mycket under denna period. År 1992 var grundskoleutbildning vanligast medan det idag är vanligare med både gymnasial och eftergymnasial utbildning. Långa tidsserier på utbildningsnivå bör därför tolkas med viss försiktighet.

## 5.2 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.

## 5.3 Samanvändbarhet i övrigt

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

## 5.4 Numerisk överensstämmelse

Inga brister finns i den numeriska överensstämmelsen mellan olika statistikvärden.

# Allmänna uppgifter

## A Klassificeringen Sveriges officiella statistik

Kvalitetsdeklarationen avser officiell statistik.

## B Sekretess och personuppgiftsbehandling

Personuppgifter behandlas inte. 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.

## C Bevarande och gallring

Ingen gallring görs av registret. Uppgifterna är arkiverade till och med årgång 1995 hos Statistiska centralbyrån(SCB) och från och med årgång 1996 hos Socialstyrelsen.

## D Uppgiftsskyldighet

Uppgiftsskyldighet föreligger enligt begravningslagen (1990:1144).

## E EU-reglering och internationell rapportering

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

Internationell rapportering dödsorsaker sker årligen till NOMESKO, Eurostat och WHO.

## F Historik

Officiell statistik om dödsorsaker har publicerats sedan 1911. Till och med 1993 hade SCB ansvaret för statistiken. SCB fortsatte också att producera statistiken på uppdrag av Socialstyrelsen till och med 2003. Sedan dess har Socialstyrelsen både ansvarat för och producerat dödsorsaksstatistiken i Sverige.

## G Kontaktuppgifter

Statistikansvarig myndighet	Socialstyrelsen
Kontaktperson	Jesper Hörnblad
E-post	Jesper.hornblad@socialstyrelsen.se
Telefon	075-247 30 00