

Unga vuxna med aktivitetsersättning

– risk för suicidförsök och suicid



UNDERLAGSRAPPORT TILL
DEN PARLAMENTARISKA
SOCIALFÖRSÄKRINGSUTREDNINGEN



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

*Parlamentariska social-
försäkringsutredningen
(S 2010:04)*

Unga vuxna med aktivitetsersättning

– risk för suicidförsök och suicid



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

*Parlamentariska social-
försäkringsutredningen
(S 2010:04)*

Underlagsrapport nr 13 till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen

Samtliga underlagsrapporter finns att ladda ned gratis på www.psfu.se eller kan beställas från den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. E-post: psfu@regeringskansliet.se

Foto: www.fotoakuten.se

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2013

Förord

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen ska enligt regeringens direktiv se över de allmänna försäkringarna vid sjukdom och arbetslöshet. Kommittén ska överväga förändringar som kan leda till hållbara sjuk- och arbetslöshetsförsäkringar. De förändringar som kan bli aktuella ska bidra till ökad sysselsättning och hållbara statsfinanser på lång sikt.

Med syfte att inbjuda till bred debatt och för att skapa ett mångfacetterat underlag inför kommitténs betänkanden har en rad underlagsrapporter beställts från forskare, myndigheter och andra aktörer med kunskaper om sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna. Analyser, slutsatser och rekommendationer i dessa underlagsrapporter står för respektive författare och delas nödvändigtvis inte av den parlamentariska kommittén.

Flera rapporter har diskuterat de senaste decenniernas ökning av antalet unga vuxna med aktivitetsersättning. Ökningen har främst skett i psykiska diagnoser. Syftet med denna rapport är att få ökad kunskap om risken för suicidalt beteende bland unga vuxna med aktivitetsersättning och om det går att se några förändringar över tid. Suicidalt beteende är ett allvarligt tecken på psykisk ohälsa. Studien är den första i sitt slag i Sverige.

Rapporten visar att riskerna för suicidalt beteende är högre bland unga vuxna med aktivitetsersättning än bland dem utan. Skillnaden kvarstår över tid trots att antalet unga vuxna med aktivitetsersättning mer än fördubblats mellan åren 1995–2005. Detta bör ses mot bakgrund av att suicidtal har minskat i samtliga andra åldersgrupper i Sverige, förutom bland just unga vuxna.

Författarna konstaterar att unga vuxna med aktivitetsersättning löper stor risk för suicidalt beteende, vilket visar på ett stort behov av bättre preventiva insatser i form av regelbundna uppföljningar och individualiserade handlingsplaner.

Rapporten är skriven av Ulf Jonsson, Ellenor Mittendorfer-Rutz, Linnea Kjeldgård, Kristina Alexanderson, verksamma vid sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap vid Karolinska Institutet.

Stockholm i maj 2013

Irene Wennemo
Huvudsekreterare i den parlamentariska
socialförsäkringsutredningen

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningens ledamöter

Under 2010 tillsatte regeringen den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Kommitténs uppdrag är att se över de allmänna försäkringarna vid sjukdom och arbetslöshet. Syftet är att överväga förändringar som ger hållbara försäkringar för framtiden.

Ledamöter i den parlamentariska kommittén är:

Gunnar Axén (M), ordförande

Tomas Eneroth (S)

Lars-Anders Häggström (S)

Patrik Björck (S)

Finn Bengtsson (M)

Jan Ericson (M)

Lotta Finstorp (M)

Gunvor G Ericson (MP)

Johan Pehrson (FP)

Solveig Zander (C)

David Lång (SD)

Wiwi-Anne Johansson (V)

Lars Gustafsson (KD)

Författare

Ulf Jonsson, post doc, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, disputerade år 2011 med en avhandling om förlopp och sociala konsekvenser av tonårsdepression och har skrivit ett flertal vetenskapliga artiklar om sambandet mellan sociala faktorer och psykisk sjuklighet. Han är anställd som projektledare vid Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), samt sedan 2011 som post doc vid Sektionen för försäkringsmedicin.

Ellenor Mittendorfer-Rutz, forskarassistent, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, disputerade år 2005 med en avhandling om riskfaktorer för suicid. Idag leder hon olika epidemiologiska studier om riskfaktorer för psykiska sjukdomar och suicid sett ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv.

Linnea Kjeldgård, statistiker, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, sedan hösten 2009. Hon har bl.a. ansvar för den stora databas som studien baseras på. Hon har en masterexamen i matematisk statistik vid Uppsala universitet.

Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring och chef för Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. Hon har forskat om olika aspekter av sjukfrånvaro i cirka 25 år, och leder en större forskargrupp om Sjukfrånvaro, Hälsa och Livsvillkor där cirka 35 personer arbetar och flera olika forskningsprojekt görs.

Mer information finns på www.ki.se/im

Innehåll

Figurer och tabeller	9
Sammanfattning	13
Bakgrund	17
Psykiska huvuddiagnoser vid aktivitetsersättning	19
Hur mår unga vuxna som erhåller aktivitetsersättning?	21
Syfte	25
Metod	27
Studiedesign.....	27
Data	28
Huvuddiagnos vid aktivitetsersättning	29
Utfallsmått.....	31
Bakgrundsvariabler.....	31
Statistiska analyser och centrala statistiska begrepp	33
Resultat	37
Sammansättningen av gruppen unga vuxna i åldrarna 19–23 år med aktivitetsersättning år 1995, år 2000 respektive år 2005.....	37
Suicidförsök bland unga med aktivitetsersättning	50
Suicid bland unga vuxna med aktivitetsersättning	59

Diskussion.....	63
Styrkor och begränsningar	66
Slutsatser	67
Referenser	69

Figurer och tabeller

- Figur 1** En figur över de tre studerade kohorterna. Samtliga personer i de aktuella åldrarna (19–23 år) som bodde i Sverige 1995, 2000 eller 2005 inkluderades i respektive kohorter.
- Figur 2** Antalet unga vuxna (både kvinnor och män) i åldrarna 19–23 som hade aktivitetsersättning åren 1995, 2000 respektive 2005, fördelat på diagnosgrupper.
- Figur 3** Antalet kvinnor i åldrarna 19–23 som hade aktivitetsersättning åren 1995, 2000 respektive 2005, fördelat på diagnosgrupper.
- Figur 4** Antalet män i åldrarna 19–23 som hade aktivitetsersättning åren 1995, 2000 respektive 2005, fördelat på diagnosgrupper.
- Figur 5** Figuren illustrerar hur suicidförsök och dödsfall, under en uppföljningstid av fem år från och med 1996, överlappar med tidigare suicidförsök, bland unga vuxna (19–23 år) som hade respektive inte hade aktivitetsersättning (AE) år 1995.
- Figur 6** Figuren illustrerar hur suicidförsök och dödsfall, under en uppföljningstid av fem år från och med 2001, överlappar med tidigare suicidförsök, bland unga vuxna (19–23 år) som hade respektive inte hade aktivitetsersättning (AE) år 2000.

- Figur 7** Figuren illustrerar hur suicidförsök och dödsfall, under en uppföljningstid av fem år från och med 2006, överlappar med tidigare suicidförsök, bland unga vuxna (19–23 år) som hade respektive inte hade aktivitetsersättning (AE) år 2005.
- Tabell 1** Demografiska data för unga vuxna 19–23 år gamla år 1995, 2000 respektive 2005, i relation till aktivitetsersättning generellt och uppdelad på psykiska och somatiska diagnoser samt dem för vilka uppgift om diagnos saknades.
- Tabell 2** Demografiska data för unga vuxna 19–23 år gamla med aktivitetsersättning i sex undergrupper av psykiska diagnoser år 1995, 2000 respektive 2005.
- Tabell 3** Sluten psykiatrisk vård under sexårsperioden före uppföljningen i respektive kohort samt tidigare sjukhusvård för suicidförsök bland unga vuxna (19–23 år) med och utan aktivitetsersättning samt med aktivitetsersättning uppdelat på psykiska och somatiska diagnoser och samt dem för vilka uppgift om diagnos saknades.
- Tabell 4** Sluten psykiatrisk vård under sexårsperioden före uppföljningen i respektive kohort samt tidigare sjukhusvård för suicidförsök bland unga vuxna (19–23 år) bland unga vuxna med aktivitetsersättning i sex undergrupper av psykiska diagnoser.
- Tabell 5** Uppgifter om föräldrarna till unga vuxna 19–23 år gamla år 1995, 2000 respektive 2005, i relation till aktivitetsersättning bland de unga, uppdelad på psykiska diagnoser, somatiska diagnoser, samt de för vilka uppgift om aktivitetsersättningsdiagnos saknas.
- Tabell 6** Uppgifter om föräldrarna till unga vuxna 19–23 år gamla med aktivitetsersättning i sex undergrupper av psykiska diagnoser år 1995, 2000 respektive 2005.
- Tabell 7** Hazardkvoter (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicidförsök bland unga vuxna med aktivitetsersättning åren 1995, 2000, och 2005.

- Tabell 8** Hazardkvoter (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicidförsök bland unga vuxna med aktivitetsersättning i psykisk, i somatisk diagnos eller där information om diagnos saknades, åren 1995, 2000, och 2005.
- Tabell 9** Hazardkvoter (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicidförsök bland unga vuxna med aktivitetsersättning i specifika psykiska diagnoser åren 1995, 2000 respektive 2005.
- Tabell 10** Hazardkvoter (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicid bland unga vuxna med aktivitetsersättning åren 1995, 2000, och 2005.
- Tabell 11** Hazardkvoter (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicid bland unga vuxna med aktivitetsersättning i psykisk diagnos respektive somatisk diagnos inklusive ingen uppgift åren 1995, 2000, och 2005.

Sammanfattning

Under de senaste decennierna har antalet unga vuxna med aktivitetsersättning¹ ökat kraftigt i Sverige, särskilt i psykiska diagnoser. Flera nyligen publicerade rapporter har behandlat möjliga orsaker till detta, samt framtidsutsikterna för unga vuxna med aktivitetsersättning vad gäller arbete och ekonomisk situation. I det här projektet var syftet istället att få ökad kunskap om risken för suicidalt beteende (suicidförsök och suicid) bland unga vuxna med aktivitetsersättning, samt om denna risk förändrats över tid. Skälet till att vi har valt att fokusera på detta är att suicidalt beteende är en markör för allvarlig psykisk ohälsa som kräver såväl omedelbara som långsiktiga åtgärder från hälso- och sjukvården och från övriga berörda aktörer.

Vi har använt individdata från rikstäckande register för att studera risken för suicidalt beteende, bland unga vuxna med och utan aktivitetsersättning. För att kunna observera förändringar över tid utgick vi från tre olika kohorter: samtliga unga vuxna som var 19–23 år gamla och folkbokförda i Sverige år 1995, år 2000, respektive år 2005. Vi undersökte riskerna för suicidförsök (då personen lagts in på sjukhus på grund av detta) och för suicid under de efterföljande fem åren i var och en av de tre kohorterna. Eftersom suicidalt beteende kan ha samband med faktorer som också har betydelse för att få aktivitetsersättning, tog vi i de statistiska analyserna hänsyn till sådana, nämligen kön, födelseland, tidigare suicidförsök, tidigare psykiatrisk slutenvård, samt till utbildningsnivå och suicidalt beteende hos föräldrarna.

Huvudsakliga resultat:

- Det har skett en kraftig ökning av antalet unga vuxna i åldrarna 19–23 år som har aktivitetsersättning. Från 1995 års kohort till 2005 års kohort mer än fördubblades antalet, från 5 158 indivi-

¹ I rapporten används genomgående termen aktivitetsersättning, även för dess tidigare motsvarighet; sjukbidrag och förtidspension.

der (0,92 % av alla i åldersgruppen) till 12 045 individer (2,29 % av alla i åldersgruppen).

- Antalet inom denna grupp som gör suicidförsök eller suiciderar har mer än fyrdubblats från 1995 till 2005. I 1995 års kohort hade 114 unga vuxna med aktivitetsersättning sjukhusvårdats för suicidförsök under den femåriga uppföljningen och 10 suiciderat. I 2005 års kohort hade 459 unga vuxna med aktivitetsersättning sjukhusvårdats för suicidförsök under de fem efterföljande åren, och 45 suiciderat.
- I samtliga tre kohorter förelåg en kraftig överrisk för suicidförsök bland unga vuxna med aktivitetsersättning, jämfört med andra jämnåriga. Överrisken var som mest uttalad för de med psykisk aktivitetsersättningsdiagnos, och förekom vid flertalet psykiska diagnosgrupper.
- I samtliga tre kohorter hade de unga vuxna med aktivitetsersättning även en överrisk för suicid. Uppdelat på olika diagnoskategorier kvarstod en statistiskt säkerställd överrisk för dem med aktivitetsersättning i psykiska diagnoser, men inte för dem med somatiska diagnoser.
- Statistiskt hänsynstagande till effekter beroende på skillnader i kön, födelseland, samt utbildningsnivå och suicidalt beteende hos föräldrarna förändrade inte riskestimaten påtagligt. Däremot minskade de relativa riskerna något efter justering för tidigare sjukhusvård för suicidförsök och för psykiatrisk slutenvård. Detta tyder på att överrisken delvis förklaras av att detta är en grupp som i stor utsträckning även tidigare haft allvarlig psykisk ohälsa.

Några slutsatser:

- Andelen suicidförsök och suicid bland unga vuxna i dessa åldrar har inte minskat, trots att andelen suicid minskat i övriga åldersgrupper. Särskilt anmärkningsvärt är detta för dem med aktivitetsersättning eftersom samtliga dessa personer har kontakter med såväl hälso- och sjukvård som Försäkringskassan.
- Man skulle kunna förmoda att det så kallade 'ohälsoinnehållet' i aktivitetsersättningen minskat över tid, i samband med att antalet och andelen unga vuxna med aktivitetsersättning mer än fördubblats mellan 1995 och 2005. Risker för suicidalt beteende bland personer med aktivitetsersättning har dock inte minskat

över tid. Tvärtom har risken nästan fördubblats för både suicidförsök och för genomfört suicid. Det är oklart i vilken utsträckning detta förklaras av; högre psykisk sjuklighet bland unga med aktivitetsersättning; av om psykiska eller andra konsekvenser av att ha aktivitetsersättning har förändrats; eller av att personer med aktivitetsersättning, som har eller som utvecklar psykiska besvär, i de senare kohorterna har fått sämre vård, i form av suicidförebyggande insatser.

- Det behövs bättre rutiner och verktyg för att regelbundet följa upp de unga vuxna som beviljats aktivitetsersättning, i syfte att säkerställa att dessa personer får de insatser de är i behov av.
- Mer vetenskapligt baserad kunskap behövs om de hälsoproblem som leder till aktivitetsersättning, för att möjliggöra förebyggande insatser. Vidare behövs mer kunskap om möjliga konsekvenser för individens hälsa av att ha aktivitetsersättning och om hur negativa sådana konsekvenser kan identifieras och förebyggas.

Bakgrund

En del unga personer kan på grund av sjukdom eller skada som allvarligt påverkar deras funktion och arbetsförmåga inte klara skolgång under sedvanlig tid eller att försörja sig genom arbete. I Sverige, liksom i andra samhällen, har dessa personers försörjning hanterats på olika sätt under historien – i välfärdssamhällen vanligen via olika typer av tidsbegränsad eller permanent pension. I Sverige kan sedan 2003 dessa unga beviljas så kallad aktivitetsersättning. Ett flertal rapporter om aktivitetsersättning har de senaste åren fokuserat dels på ökningen av antalet personer med aktivitetsersättning, dels på risken för senare svårigheter att komma in på arbetsmarknaden och på i förlängningen en utsatt ekonomisk och social situation för dessa personer (SOU 2008:102; Olofsson m.fl. 2010; ISF 2011; Försäkringskassan 2012b; ISF 2012; OECD 2013).

I denna rapport ligger fokus istället på hur unga med aktivitetsersättning mår psykiskt, jämfört med andra unga personer. Vi har valt två mycket tydliga mått på psykisk ohälsa, nämligen suicidförsök som lett till inläggning på sjukhus samt genomfört suicid.

I tidigare rapporter har det framkommit att det skett en kraftig ökning av antalet unga med aktivitetsersättning sedan mitten av 1990-talet, särskilt i psykiska diagnoser. Vi har därför även studerat om risken för suicidalt beteende inom gruppen med aktivitetsersättning har förändrats över tid. För att kunna observera förändringar över tid omfattar studien tre olika kohorter, nämligen samtliga unga vuxna som var 19–23 år gamla och folkbokförda i Sverige år 1995, år 2000, respektive år 2005.

Unga vuxna personer i åldrarna 19–29 år, som på grund av sjukdom eller skada har nedsatt arbetsförmåga, kan beviljas så kallad aktivitetsersättning (2010; Försäkringskassan 2012b; Försäkringskassan

2012a). Arbetsförmågan måste då vara nedsatt under minst ett år och till minst en fjärdedel av full arbetsförmåga. Aktivitetsersättning kan även beviljas om funktionsnedsättningen lett till behov av förlängd skolgång i grundskola eller gymnasium. Ersättningen beviljas av Försäkringskassan för högst tre år i taget och kan utgå till och med 29 års ålder.

Aktivitetsersättning infördes år 2003. Dessförinnan kallades motsvarande ersättning för sjukbidrag, om den var tillfällig, eller för förtidspension om den var permanent. För att förenkla läsningen har vi i denna rapport genomgående valt att kalla sådan ersättning till unga för aktivitetsersättning, dvs. även om personerna beviljats sjukbidrag eller förtidspension.

Sedan mitten av 1990-talet har andelen unga som erhåller sådan ersättning ökat kraftigt, från ca 1 % av alla unga i åldrarna 16–29 år 1995 till ca 2,5 % av alla unga i motsvarande åldrar år 2010 (ISF 2011). Ökningen har i huvudsak skett för aktivitetsersättning i psykiska diagnoser snarare än i somatiska diagnoser (SOU 2008:102). I en nyligen publicerad rapport från OECD (OECD 2013) om sambandet mellan psykisk hälsa och arbete i Sverige, läggs stor vikt vid det stora antal unga vuxna under 25 år som beviljas aktivitetsersättning i psykiska diagnoser och de stora samhällskostnader detta innebär på kort och lång sikt. Många av dessa unga vuxna har begränsad eller obefintlig arbetslivserfarenhet. I rapporten betonas vikten av att öka kunskapen om orsakerna till psykiska besvär bland unga och om de mekanismer som leder till aktivitetsersättning för denna grupp.

I en rapport från 2011 (ISF 2011) sammanställde Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) ett antal tänkbara hypoteser kring varför allt fler unga vuxna beviljas aktivitetsersättning. En av de tänkbara förklaringar som de lyfter fram, är den möjlighet att erhålla aktivitetsersättning för att avsluta grundskola eller gymnasium, som infördes 2003.

Vidare beskriver ISF att förändrade definitioner av de psykiska diagnoserna kan ha bidragit till ökningen. År 1997 antog Socialstyrelsen ett nytt klassifikationssystem av sjukdomar, Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, som motsvarade det internationella klassifikationssystemet *International Classification of Diseases* (ICD-10)¹ (WHO 1993). I ICD-10 tillkom flera psykiska diagnoser, som exempelvis Aspergers syndrom. Vidare utvidgades diagnoskriterierna för andra psykiska diagnosgrupper. De diagnosgrupper

¹ ICD är ett klassificeringssystem för sjukdomar och relaterade hälsoproblem, utgivet av Världshälsoorganisationen (WHO). ICD-10 är den tionde och nu gällande upplagan av ICD.

för vilka aktivitetsersättning relativt sätt ökat mest sedan 1990-talet är i stor utsträckning de som tillkom eller utvidgades i ICD-10.

Ytterligare en tänkbar förklaring är att psykiska besvär har blivit vanligare bland ungdomar. I en systematisk litteraturöversikt av förändringar i barns och ungdomars psykiska hälsa över tid i Sverige, nyligen genomförd av Kungliga vetenskapsakademien, konstaterades att kunskapen om sådana förändringar är synnerligen begränsad på grund av brist på jämförbara data om detta för tidigare perioder (KVA 2010; Petersen m.fl. 2010). Dock drogs slutsatsen att andelen med psykiska besvär bland ungdomar ökat över tid och särskilt så bland flickor/unga kvinnor. I Socialstyrelsens och Statens folkhälsoinstituts årsrapport från år 2012 om folkhälsan i Sverige (Socialstyrelsen/Folkhälsoinstitutet 2012) konstateras att andelen av de unga i åldrarna 15–24 år som vårdats inom psykiatrisk slutenvård i Sverige har ökat under perioden 1990–2010, medan motsvarande andel minskat för andra åldersgrupper. Ökningen förekom både bland kvinnor och män och var mest påtaglig för kvinnor i denna åldersgrupp. I folkhälsorapporten konstateras dessutom att andelen som varit inlagda på sjukhus för självskada i åldersgruppen 15–24 år har ökat under denna tidsperiod. Även i detta avseende är ökningen mest uttalad för kvinnor. År 2007 nåddes en topp, med 319 vårdade per 100 000 kvinnor i åldersgruppen, varefter en viss minskning har skett. Vidare har suicid minskat i alla åldersgrupper i Sverige, utom i åldersgruppen 15–24 där det istället blivit något vanligare (Socialstyrelsen/Folkhälsoinstitutet 2012).

I en underlagsrapport till den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (Olofsson m.fl. 2010) lyfts ytterligare en tänkbar förklaring till ökningen av antalet unga med aktivitetsersättning fram. Rapportförfattarna drar slutsatsen att ökningen med stor sannolikhet kan relateras till inträdeshinder på arbetsmarknaden och en benägenhet att medikalisera i grunden sociala problem. De konstaterar även att utbildningsnivå och socioekonomiska bakgrundsfaktorer tycks spela en viktig roll för vilka som beviljas aktivitetsersättning.

Psykiska huvuddiagnoser vid aktivitetsersättning

Det finns stora variationer mellan de olika psykiska diagnoser som ligger till grund för aktivitetsersättning, vad avser symtombild, funktionsnedsättning, förlopp och prognos. Ett gemensamt drag är dock att psykiska sjukdomar, till skillnad från många somatiska sjukdomar,

ofta debuterar i barndomen, tonåren eller tidig vuxen ålder (Kessler m.fl. 2007). Sjukdomsförloppet sträcker sig ofta in i vuxen ålder i form av kroniska tillstånd eller återkommande sjukdomsepisoder (Kessler m.fl. 2005; Jonsson m.fl. 2011b). De psykiska sjukdomarna har vanligen en stor negativ inverkan för de unga under deras övergång till vuxenlivet (Jonsson m.fl. 2010; Goodman m.fl. 2011; Jonsson m.fl. 2011a) och medför i många fall en betydande nedsättning av arbetsförmågan (Druss m.fl. 2009). Sjukdomarna kan ha stora negativa effekter på den sociala funktionsförmågan och personens nära relationer, medan kroniska somatiska sjukdomar i större utsträckning tycks påverka framförallt fysisk funktionsförmåga (Druss m.fl. 2009).

Nedan följer en kort beskrivning av de psykiska diagnosgrupper som ofta ligger till grund för aktivitetsersättning, med utgångspunkt i hur de definieras och beskrivs i ICD-10.

- *Schizofrena syndrom* karakteriseras vanligtvis av fundamentala störningar av tänkande och perception samt av inadekvata eller flacka affekter. Sjukdomens förlopp kan vara kontinuerligt eller episodiskt. Kognitiva funktionsnedsättningar kan uppstå under sjukdomens gång.
- *Depression* karakteriseras av en förändring i stämningsläget i riktning mot nedstämdhet. En typisk depressiv episod karakteriseras av sänkt stämningsläge, minskad energi och nedsatt aktivitetsnivå. Förmågan att glädja sig, uppleva intresse och koncentrera sig är ofta nedsatt och det finns vanligen en uttalad trötthet även efter ett minimum av ansträngning. Sömnstörning och aptitförlust är vanligt förekommande. Självkänsla och självtillit är nästan alltid reducerad. Depressiva episoder är i många fall återkommande.
- *Ångestsyndrom* återfinns i det avsnitt i ICD-10 som benämns *Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom*. Vid fobisk ångest, som exempelvis social fobi och specifika fobier, uppträder ångesten huvudsakligen i vissa väldefinierade situationer som inte innebär någon verklig fara. Som en följd av ångesten undviker individen dessa situationer eller uthärdar dem med fasa. Vid andra ångestsyndrom, som paniksyndrom och generaliserat ångestsyndrom, begränsas inte ångesten till särskilda situationer. Ångestsyndrom och depression förekommer ofta samtidigt.

- *Psyisk utvecklingsstörning* karakteriseras främst av en nedsättning av de färdigheter som mognar under den tidiga utvecklingen och som bidrar till den generella intelligensnivån, såsom kognition, språk, motorik och sociala färdigheter. Graden av psykisk utvecklingsstörning bedöms vanligen med standardiserade intelligenstest. Dessa kan kompletteras med skalor för att bedöma social funktionsförmåga. Diagnosen förutsätter även en helhetsbedömning av den intellektuella funktionsnivån. Det är av stor vikt att diagnosen ställs med utgångspunkt i aktuell funktionsnivå.
- *Autismspektrumtillstånd* återfinns i det avsnitt i ICD-10 som kallas *Genomgripande utvecklingsstörning*. De karakteriseras av avvikelser i socialt samspel och kommunikationsmönster samt av en begränsad, stereotyp och repetitiv repertoar av intressen och aktiviteter. Störningarna är inte avgränsade till vissa omständigheter, utan präglar individens sätt att fungera i alla situationer. De vanligast förekommande diagnoserna inom denna grupp är Autism och Aspergers syndrom.
- *Hyperaktivitetsstörningar* karakteriseras av tidig debut (vanligtvis under de första fem levnadsåren), bristande uthållighet i aktiviteter som kräver kognitiva funktioner och en tendens att växla mellan olika aktiviteter utan att slutföra någon av dem, tillsammans med desorganiserad, oplanerad eller överdriven aktivitet. Inom denna grupp finns diagnosen Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

Hur mår unga vuxna som erhåller aktivitetserättning?

Trots det ökade antal unga vuxna som får aktivitetserättning generellt och specifikt i psykiska diagnoser, är den vetenskapliga kunskapen om hur de mår psykiskt ytterst begränsad. De diagnoser som dominerar, i kombination med den unga åldern, väcker dock frågor om hur de mår och hur deras psykiska hälsa utvecklas under tiden med aktivitetserättning och eventuellt påverkas av att ha aktivitetserättning. Symtombilden vid ett flertal av de psykiska diagnoserna innebär i sig påtagligt psykiskt lidande, som vid depression exempelvis låg självkänsla, skuld känslor och suicidtankar (WHO 1993; Runeson m.fl. 2013). Flera av de psykiska diagnoserna är även förknippade med en mycket förhöjd risk för suicidalt beteende (WHO 1993; Black m.fl. 2004; Novick m.fl. 2010).

Utöver symtombilden finns ytterligare skäl att anta att unga vuxna med aktivitetsersättning kan må psykiskt dåligt. Övergången från tonåren till vuxenlivet är en period som karakteriseras av identitetsutforskande vilket ibland innebär att pröva olika arbeten (Arnett 2000). Arbete innebär inte bara en finansiell trygghet, utan kan även stärka självkänslan, ge sociala kontakter och gemenskap, innebära en strukturerad dygnsrytm och ge en upplevelse av mål och mening, vilket i sin tur kan vara avgörande för hälsa och välbefinnande (Jahoda 1981; Waddell m.fl. 2006). Att i tidig ålder exkluderas från arbetsmarknaden kan istället leda till marginalisering och social isolering, som i sin tur kan tänkas ge negativa effekter på den psykiska hälsan, i synnerhet för dem som redan har en psykisk sårbarhet (Sinokki m.fl. 2009; Messersmith m.fl. 2010) men även bland dem som har en somatisk diagnos. Denna period kan vara avgörande för såväl framtida ekonomiska och sociala möjligheter som för fortsatt psykisk hälsa. Social isolering och missade chanser att etablera sig på arbetsmarknaden under tidig vuxen ålder kan därmed tänkas få negativa konsekvenser på flera plan.

Att ha aktivitetsersättning kan i sig tänkas ha såväl positiva som negativa konsekvenser för individen. Den vetenskapliga kunskapen om sådana konsekvenser är synnerligen begränsad. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gjort en sammanställning av möjliga områden som skulle kunna påverkas, positivt eller negativt (SBU 2003; Vingård m.fl. 2004; Alexanderson m.fl. 2011):

- hälsa (t.ex., mätt i termer av välbefinnande, känna mening, förmåga att nå vitala mål i livet, eller livskvalitet (Medin m.fl. 2000))
- sjuklighet (den sjukdom som lett till aktivitetsersättningen kan förbättras eller försämrats av att ha aktivitetsersättning, eller andra hälsoproblem kan utvecklas, t.ex. psykiska besvär, psykisk sjukdom eller suicidbeteende)
- konsumtion av sjukvård, läkemedel eller annan behandling
- risk för förtida död (i olika dödsorsaker, t.ex. suicid)
- ekonomisk situation
- karriär (yrkesmässigt)
- arbetslöshet, arbete (t.ex. förändring av arbetsuppgifter, arbetsförhållande, hel- eller deltid)
- sociala kontakter (med familj, vänner och andra)

- livsstil (t.ex. vad avser motion, dietvanor, tobaksvanor, alkohol, droger, risktagande, fritidsaktiviteter)
- självförtroende, självbild och självkänsla
- funktion (fysisk, psykisk och social)
- aktivitet (t.ex. deltagande i det demokratiska samhället)
- arbetsförmåga (fysisk, psykisk och social)
- framtida sjukfrånvaro och/eller sjukersättning (tidigare kallat sjukbidrag eller förtidspension)

En orsak till att det vetenskapliga kunskapen om konsekvenser av att ha aktivitetsersättning – eller för den delen även av att ha sjukersättning eller av att vara sjukskriven – är så begränsad är att denna typ av studier är synnerligen svåra att designa. Det är t.ex. ytterst komplicerat att designa studier som gör det möjligt att skilja konsekvenser av en sjukdom eller skada i sig från möjliga konsekvenser av att ha aktivitetsersättning på grund av den sjukdomen eller skadan. Då randomiserade kontrollerade studier om detta för närvarande inte är möjliga att genomföra, är prospektiva populationsbaserade kohortstudier ett alternativt sätt att få sådan kunskap (Rosén m.fl. 2008). Detta gäller i synnerhet när det finns möjlighet att i analyserna ta statistisk hänsyn till (justera för) viktiga faktorer som kan påverka utfallet. De svenska populationsbaserade registren innebär unika och goda möjligheter att göra detta (SOU 2012).

I den här studien har vi valt att fokusera på suicidalt beteende, som är bland de allvarligaste konsekvenserna av att må psykiskt dåligt eller av att ha en psykisk sjukdom (Hawton m.fl. 2009) och som utgör ett betydande folkhälsoproblem bland unga. Suicidförsökstalen är höga bland unga och suicid är den näst vanligaste dödsorsaken i denna åldersgrupp i många Europeiska länder (Hawton m.fl. 2012). Riskfaktorer för suicidalt beteende inkluderar förutom de redan nämnda psykiska sjukdomarna även psykologiska, familjära, sociala och kulturella faktorer (Mittendorfer-Rutz m.fl. 2008; Hawton m.fl. 2009; Mittendorfer-Rutz m.fl. 2012). Det är därför viktigt att ta hänsyn till sådana faktorer när risk för suicidalt beteende studeras.

Det finns många olika sätt att definiera suicidförsök (Mittendorfer-Rutz m.fl. 2009). Här har vi valt att operationalisera suicidförsök genom att använda data om inläggning på sjukhus till följd av självtillfogad skada. Det rör sig alltså om suicidförsök som varit så all-

Bakgrund

varliga att personen sökt/tagits till sjukhus och att där inläggning bedömts vara nödvändigt, dvs. att det inte kunnat hanteras i öppenvård.

Syfte

Syftet med denna studie var att få ökad kunskap om risken för suicidalt beteende (i termer av suicidförsök och genomfört suicid) bland unga vuxna med och utan aktivitetsersättning, och att beskriva eventuella förändringar i sådana risker över tid. Följande två frågeställningar var i fokus:

1. Vilken risk föreligger för suicidalt beteende bland unga vuxna som har aktivitetsersättning, jämfört med jämnåriga som inte har aktivitetsersättning?
2. Har sambanden mellan aktivitetsersättning och suicidalt beteende bland unga vuxna förändrats över tid?

Eftersom psykiska diagnoser dels är de vanligaste aktivitetsersättningsdiagnoserna och dels har stått för en stor del av ökningen under de senaste 20 åren, har vi särskilt analyserat risker för suicidalt beteende bland dem med aktivitetsersättning i sådana diagnoser. Det finns stora skillnader mellan olika psykiska diagnoser vad gäller symtom och vilken typ av funktionsnedsättning de möjligen kan leda till. Därför har vi även analyserat riskerna för suicidförsök bland dem med aktivitetsersättning i sex mer specifika psykiska diagnosgrupper.

Då olika bakgrundsfaktorer kan ha påverkat skillnader i risker för suicidalt beteende mellan unga med och utan aktivitetsersättning, har vi även statistiskt justerat för påverkan av sådana bakgrundsfaktorer när vi beräknat relativa riskestimater.

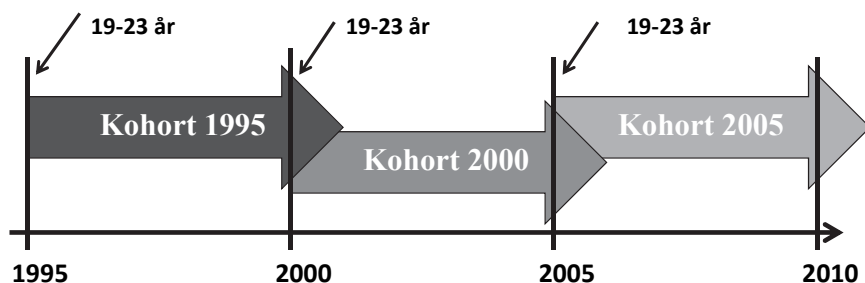
Som en inledning till ovanstående frågeställningar har vi även haft som mål att beskriva förhållanden avseende sociodemografiska faktorer och bakomliggande sjuklighet bland unga vuxna med och utan aktivitetsersättning, och studera förändringar över tid.

Metod

Studiedesign

Tre grupper, så kallade kohorter, av individer följdes över tid med hjälp av data från rikstäckande populationsbaserade register. Kohorterna utgjordes av samtliga unga vuxna i åldern 19–23 år som den 31/12 år 1995, år 2000 respektive år 2005 var folkbokförda i Sverige och som bott i Sverige hela det året (figur 1). Individerna i de tre kohorterna följdes upp under de följande fem åren (från 1/1 1996 till 31/12 2000; från 1/1 2001 till 31/12 2005; respektive från 1/1 2006 till 31/12 2010).

Figur 1 En figur över de tre studerade kohorterna. Samtliga personer i de aktuella åldrarna (19–23 år) som bodde i Sverige 1995, 2000 eller 2005 inkluderades i respektive kohorter. Varje kohort följdes upp under fem år, från året efter inklusion.



Åldersgränserna 19–23 motiveras av att aktivitetsersättning endast kan beviljas från och med att man fyllt 19 år. Före 2003 kunde sjukbidrag och förtidspension beviljas redan från 16 års ålder, men för att kunna jämföra kohorterna med varandra användes genomgående gränsen 19 år. Den övre åldersgränsen på 23 år sattes dels för att

lägga fokus på de riktigt unga och dels för att personer i en kohort inte skulle kunna ingå även i den efterföljande, dvs. de som t.ex. var yngst i 1995 års kohort skulle vara för gamla att ingå även i 2000 års kohort. Det innebär att ingen individ finns med i mer än en kohort. De i varje kohort som hade aktivitetsersättning hela eller delar av inklusionsåret, dvs. det år då kohorten definierades; 1995, 2000 respektive 2005, jämfördes med dem som inte hade aktivitetsersättning det året.

Data

Data från följande fem rikstäckande och populationsbaserade register har använts:

Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) vid Statistiska Centralbyrån (SCB). LISA innehåller sociodemografiska data om personer 16 år och äldre, som varit folkbokförda i Sverige den 31/12 respektive år. LISA-databasen användes för att identifiera de tre kohorterna. Dessutom hämtades uppgifter om personernas kön, ålder, utbildning, födelse-land, samt uppgifter om eventuell utvandring under uppföljningstiden. Även uppgifter om föräldrarnas utbildningsnivå och familjesituation inhämtades.

Flergenerationsregistret vid Statistiska Centralbyrån (SCB) är ett register över personer som har varit folkbokförda i Sverige någon gång sedan 1961 och som är födda 1932 eller senare. Dessa kallas för indexpersoner. Registret innehåller kopplingar mellan indexpersoner och deras föräldrar. Detta register användes för att koppla individerna i de tre kohorterna till deras föräldrar.

MikroData för Analys av Socialförsäkringen (MiDAS) vid Försäkringskassan. Syftet med MiDAS är att göra uppgifter om socialförsäkringen tillgängliga för analys. Data om huruvida personerna i kohorterna under hela eller delar av inklusionsåret hade aktivitetsersättning eller motsvarande samt uppgift om huvuddiagnos för aktivitetsersättningen inhämtades från MiDAS.

Patientregistret (PAR) vid Socialstyrelsen. PAR innehåller bl.a. information om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård, dvs. om en person varit inlagd på sjukhus. Från detta register har information om psykiatrisk slutenvård och inläggning på sjukhus för suicidförsök hämtats. Uppgifter om sjukhusvård för suicidförsök inhämtades även för de ungas föräldrar.

Dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen omfattar information, från 1961, om dödsfall för personer som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige, vad avser datum de avled och dödsorsak. Från dödsorsaksregistret har uppgifter om dödsfall under uppföljningen inhämtats, samt om suicid var den underliggande dödsorsaken för de unga vuxna och för deras föräldrar.

Huvuddiagnos vid aktivitetstersättning

Uppgifter om huvuddiagnos i samband med aktivitetstersättning (angivna enligt ICD-10) kommer från intygsskrivande läkare. En övergripande klassificering av diagnoserna i tre grupper gjordes; i psykiska diagnoser, somatiska diagnoser¹ samt 'diagnos saknas'. Information om aktivitetstersättningsdiagnos saknades i MiDAS för 40,9 % av personerna år 1995, för 14,4 % år 2000 och för 4,6 % år 2005.

Dessutom studerades *sex undergrupper av de psykiska diagnoserna* separat vad avser bakgrundsfaktorer och suicidförsök. Dessa sex undergrupperna valdes då de antingen utgjorde en omfattande andel av de psykiska diagnoserna i samtliga tre kohorter eller då de stått för en tydlig ökning över tid bland dem som erhållit aktivitetstersättning.

I de sex undergrupperna ingår följande specifika psykiska diagnoser:

1. *Schizofreni/psykos*: Definierat som avsnittet i ICD-10 som schizofreni, schizotypa störningar, samt vanföreställningssyndrom. Här inkluderas schizofreni, schizotyp störning, kroniska vanföreställningssyndrom, akuta och övergående psykotiska syndrom, inducerat vanföreställningssyndrom, schizoaffectiva, andra icke organiska psykotiska störningar, samt ospecificerad icke organisk psykos (F20–F29 enligt ICD-10).
2. *Depression/ångest*: Här ingår de båda diagnoserna depressiv episod och reciderande depressioner från avsnittet i ICD-10 som benämns förstämningssyndrom (F32–33 enligt ICD-10). Därutöver ingår det avsnitt i ICD-10 som benämns Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom, vilket inkluderar

¹ Psykiska diagnoser omfattade diagnoserna inom kapitel V, dvs i ICD-10 (Kapitel 5 av de 22 övergripande diagnoskapitel som ingår i ICD-10); Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00–F99; Diagnosernas koder i ICD-10). Övriga diagnoskoder i ICD-10 definierades som somatiska diagnoser.

fobiska syndrom (agorafobi, social fobi, och specifika fobier), andra ångeststörningar (bl.a. paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom, och blandade ångest- och depressionstillstånd), tvångssyndrom, anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress (bl.a. posttraumatiskt stressyndrom), dissociativa syndrom, somatiforma syndrom, samt andra neurotiska syndrom (F40–F49 enligt ICD-10).

3. *Psykisk utvecklingsstörning*: Definierat som psykisk utvecklingsstörning, vilket inkluderar lindrig- måttlig-, svår-, grav-, samt annan och ospecificerad psykisk utvecklingsstörning (F70–F79 enligt ICD-10).
4. *Autismspektrum*: Undergruppen i ICD-10 som går under benämningen genomgripande utvecklingsstörning. Denna grupp omfattar autism i barndomen, atypisk autism, Retts syndrom, annan desintegrativ störning i barndomen, överaktivitetssyndrom förenat med psykisk utvecklingsstörning med stereotypa rörelser, Aspergers syndrom, andra specificerade genomgripande utvecklingsstörningar, samt ospecificerad genomgripande utvecklingsstörning (F84 enligt ICD-10).
5. *Hyperaktivitetsstörningar*: Denna undergrupp i ICD-10 benämns hyperaktivitetsstörningar, vilket inkluderar aktivitets- och uppmärksamhetsstörning (ADHD, ADD, DAMP), hyperaktiv beteendestörning, andra specificerade hyperaktivitetsstörningar, samt ospecificerade hyperaktivitetsstörningar (F90).
6. *Övriga psykiska diagnoser*: Samtliga övriga koder i kapitel V i ICD-10. Dessa är organiska, inklusive symtomatiska, psykiska störningar (F00–F09), psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser (F10–F19), samtliga förstämningssyndrom (inklusive bipolär sjukdom) förutom depressiv episod och recidiverande depressioner (F30–F31, F34–F39), beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F50–F59), personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60–F69), samtliga störningar i psykisk utveckling förutom genomgripande utvecklingsstörning (F80–F83, F85–F89), samtliga beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom förutom hyperaktivitetsstörningar (F91–F98), samt ospecificerad psykisk störning (F99).

Utfallsmått

I analyserna har vi använt två olika utfallsmått under respektive kohorts uppföljningstid: suicidförsök och suicid. Samma uppföljningstid, fem år från inklusionsåret, har använts i de tre kohorterna, för att resultaten ska vara jämförbara.

Suicidförsök

Uppgifter i PAR om slutenvård för avsiktligt självdestruktiv handling (X60–X84) eller skadehändelser med oklar avsikt (Y10–Y34) definierades som suicidförsök. Skadehändelser med oklar avsikt inkluderades för att begränsa effekten av tidsmässiga och regionala skillnader i bedömningsrutiner. Detta förfaringssätt är i linje med vad som är brukligt inom forskningsområdet (Mittendorfer-Rutz m.fl. 2004; Socialstyrelsen/Folkhälsoinstitutet 2012).

Suicid

Dödsfall till följd av avsiktligt självdestruktiv handling (X60–X84) eller skadehändelser med oklar avsikt (Y10–Y34) definierades som suicid. Även detta förfaringssätt är i linje med vad som är brukligt inom forskningsområdet (Mittendorfer-Rutz m.fl. 2004; Socialstyrelsen/Folkhälsoinstitutet 2012).

Bakgrundsvariabler

Demografiska faktorer

Uppgifter om kön, utbildningsnivå och födelseland inhämtades från LISA-databasen. Utbildningsnivå registrerades det år som individerna fyllde 19 år, och kategoriserades som slutförd respektive ej slutförd gymnasieutbildning. Födelseland kategoriserades som född i Sverige eller i ett annat land.

Tidigare psykisk sjuklighet och suicidförsök

Uppgifter om slutenvård för psykisk diagnos gällde sexårsperioden före uppföljningen startade i respektive kohort, dvs. t.ex. för 2005 års kohort, för 2000–2005. Psykisk diagnos omfattade samtliga diagnoser inom kapitel V i ICD-10; Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00–F99). Informationen om tidigare suicidförsök definierades som att någon gång tidigare i livet varit inlagd på sjukhus med någon av diagnoskoderna X60–X84 och Y10–Y34 enligt ICD-10.

Föräldrars situation

Suicidalt beteende hos föräldrarna definierades som att minst en av föräldrarna antingen varit inlagd på sjukhus för suicidförsök eller avlidit i suicid. Uppgifter om vård för suicidförsök gäller tidsperioden från 1969 till och med 31/12 det år som definierar kohorten (1995, 2000 respektive 2005). Information om förälders suicid inhämtades för perioden från det år barnet föddes till och med 31/12 det år som definierar kohorten (1995, 2000 respektive 2005). De diagnoskoder som användes för såväl suicidförsök som suicid var E950–E959 och E980–E989 för ICD-8 och ICD-9 (för tidigare år, innan ICD-10 gällde) och X60–X84 och Y10–Y34 för ICD-10.

Uppgifter om föräldrarnas utbildningsnivå (som mått på socioekonomisk situation under uppväxten) och huruvida mamman var ensamstående inhämtades från LISA-databasen. Högsta kända utbildning hos föräldrarna inhämtades för året som låg fem år före inklusion i respektive kohort. Utbildningsnivån kategoriserades som låg (högst grundskolenivå hos bägge föräldrarna), medelhög (gymnasienivå hos minst en förälder, men ej högre hos någon av föräldrarna), eller hög (högskolenivå hos minst en förälder). Uppgifter om huruvida modern varit registrerad som ensamstående fem år tidigare (1990, 1995, respektive 2000) inhämtades för personerna i samtliga kohorter.

Statistiska analyser och centrala statistiska begrepp

För att beräkna om det förelåg statistiskt säkerställda (s.k. signifikanta) skillnader mellan några av kohorterna avseende bakgrundsvariablerna jämfördes de med varandra².

Såväl risken uttryckt i andel som relativa estimat av risken, den så kallade relativa risken, för suicidförsök och suicid för den fem-åriga uppföljningstiden beräknades för var och en av de tre kohorterna. Risken är angiven som den kumulativa incidensen av suicidförsök respektive av suicid, dvs. andelen som vårdats på sjukhus minst en gång för suicidförsök respektive andelen som tagit sitt liv under uppföljningstiden.

Vid beräkning av den relativa risken inom de tre kohorterna har de unga vuxna i respektive kohort som *inte* hade aktivitetsersättning utgjort referensgrupp. En relativ risk på 1 anger att risken är densamma i den grupp man studerar (exempelvis de unga vuxna med aktivitetsersättning) som i referensgruppen (exempelvis de unga vuxna utan aktivitetsersättning). En relativ risk som ligger under 1 tyder på en lägre risk i den grupp man studerar, medan en relativ risk över 1 tyder på en högre risk jämfört med referensgruppen. Vi har även beräknat 95-procentiga konfidensintervall runt estimaten av den relativa risken. Ett 95-procentigt konfidensintervall konstrueras enligt en sådan princip att sannolikheten är 95 % att det sanna värdet ligger inom intervallet. I de fall ett konfidensintervall inte överlappar siffran 1 har vi betraktat det som statistiskt säkerställt att gruppernas risk skiljer sig åt.

För att statistiskt kunna justera för betydelsefulla bakgrundsfaktorer samt kunna ta hänsyn till tidsfaktorn (hur lång tid varje individ i respektive grupp löper risk för de utfall som studeras) använde vi regressionsanalyser enligt Cox proportional hazards model för att beräkna den relativa risken, här i termer av hazardkvoter, för de olika utfallen. För att förenkla rapportens läsbarhet har uttrycket relativ risk genomgående använts i texten, istället för det i detta fall statistiskt mer korrekta uttrycket hazardkvot.

Strategin var att analysera den relativa risken för suicidförsök respektive för suicid i tre grupperingar, där de utan aktivitetsersättning var referensgrupp i samtliga grupper:

² För detta användes Pearsons chi²-test. Statistiskt signifikant skillnad definierades som $p < 0,05$.

1. bland dem med aktivitetsersättning,
2. uppdelat i följande tre grupper: de med aktivitetsersättning i psykisk diagnos, i somatisk diagnos respektive dem för vilka uppgift om aktivitetsersättningsdiagnos saknades, samt
3. aktivitetsersättning bland de sex specifika psykiska diagnosgrupperna.

Personerna utan aktivitetsersättning utgjorde alltså referensgrupp i samtliga analyserna om relativa risker – deras risk för de två utfallen sattes till 1. På grund av det låga antal genomförda suicid kunde risken för suicid inte studeras separat för de sex specifika psykiska diagnosgrupperna.

Sambanden studerades genom fem regressionsmodeller: Först beräknades ojusterade, så kallade råa estimat. Därefter justerades estimaten statistiskt för eventuellt inflytande från skillnader mellan grupperna i kön, födelseland, och föräldrarnas utbildning. I nästa steg justerades estimaten för om någon av föräldrarna hade gjort suicidförsök eller tagit sitt liv. I ett ytterligare steg justerades estimaten dessutom för om individerna någon gång tidigare hade gjort suicidförsök. Utöver detta justerades estimaten för om individerna fått psykiatrisk slutenvård under de sex år som föregick uppföljningen i kohorten. Denna sista justering innebär risk för att estimaten överjusteras, då vi i steget innan redan justerat för tidigare suicidförsök, som ofta även kan innebära vård på psykiatrisk klinik. *Därför fokuserar vi i resultatpresentationen framförallt på estimaten från den näst sista justeringen.* I tabellerna 7–11 har vi tydliggjort detta genom att gråfärga den kolumnen.

Faktorerna vi justerat för valdes på grund av att de bedömdes kunna vara relaterade till både sannolikheten att beviljas aktivitetsersättning och risken för suicidalt beteende (Hjern m.fl. 2002; Mittendorfer-Rutz m.fl. 2004; Mittendorfer Rutz m.fl. 2009; Runeson m.fl. 2010). Ytterligare faktorer inkluderades bland bakgrundsvariablerna, men de användes inte i modellerna för att undvika överjustering av riskestimaten.

Deltagarna följdes upp i fem år från inklusionsåret i respektive kohort. I Cox regressioner följs personer fram till dess utfallet som studeras inträffar, eller fram till när utfallet inte längre kan inträffa – t.ex. om personen avlider av annan anledning. I analyserna om risk för suicidförsök bidrog varje person med så kallad persontid som exponerad fram till första suicidförsöket, emigration, dödsfall eller

uppföljningstidens slut. I analyserna om risk för suicid bidrog varje individ med persontid som exponerad fram till suicid, emigration eller död med annan dödsorsak³.

³ Alla statistiska analyserna genomfördes med IBM SPSS 20. Venn-diagrammen (figur 5–7) skapades i programmet R V.2.13.2.

Resultat

Sammansättningen av gruppen unga vuxna i åldrarna 19–23 år med aktivitetstersättning år 1995, år 2000 respektive år 2005

Demografiska faktorer

De aktuella kohorterna (dvs. samtliga som respektive år var 19–23 år) bestod år 1995 av 559 147 individer (51,11 % män), år 2000 av 504 741 individer (51,13 % män) och år 2005 av 525 276 individer (51,37 % män) (tabell 1) – dvs. drygt en halv miljon personer i varje kohort. I 1995 års kohort hade 5 158 individer (0,92 %) aktivitetstersättning. Detta antal ökade till 5 914 individer (1,17 %) i 2000 års kohort och till 12 045 individer (2,29 %) i 2005 års kohort. Detta innebär mer än en fördubbling av såväl antalet som andelen personer med aktivitetstersättning från 1995 till 2005. Den successiva ökningen i antalet unga vuxna med aktivitetstersättning skedde till stor del i psykiska diagnoser. År 1995 hade 1 767 (0,32 %) unga vuxna aktivitetstersättning i psykisk diagnos, vilket ökade till 2 787 individer (0,62 %) år 2000 och 8 070 individer (1,54 %) 2005. Motsvarande siffror för somatiska diagnoser var 1 280 individer (0,23 %) år 1995, 1 937 individer (0,38 %) år 2000 och 3 419 individer (0,65 %) år 2005. Andelen med aktivitetstersättning ökade successivt över tid i samtliga sex specifika psykiska diagnosgrupper (tabell 2). Ökningen var som mest påtaglig för de två diagnosgrupperna autismspektrum och hyperaktivitetsstörningar. Det bör noteras att information om diagnos saknades för en betydande andel av dem med aktivitetstersättning i 1995 års kohort. Därför bör siffrorna tolkas med försiktighet. Ökningen är dock överlag betydande och statistiskt säkerställd även mellan 2000 och 2005 års kohorter. Dessutom kan noteras att även om samtliga de drygt 2111 personer för vilka aktivitetstersätt-

ningsdiagnos saknades 1995, hade haft psykisk diagnos så hade ökningen till 2005 varit avsevärd.

I samtliga tre kohorter förekom en viss överrepresentation av män bland dem med aktivitetsersättning i såväl psykisk diagnos som somatisk diagnos (50–55 % män). I alla tre kohorterna var män tydligt överrepresenterade inom de specifika diagnosgrupperna hyperaktivitetsstörning, autismspektrum respektive schizofreni/psykos, medan kvinnor var överrepresenterade inom gruppen depression/ångest (tabell 2). För psykisk utvecklingsstörning var könsfördelningen någorlunda jämn. Könsfördelningen ändrades inte påtagligt över tid, med undantag för kategorin övriga psykiska diagnoser där andelen kvinnor ökade från år 2000 till år 2005.

I hela gruppen med aktivitetsersättning fanns en kraftig överrepresentation av unga vuxna som inte hade genomfört en gymnasieutbildning vid 19 års ålder (tabell 1). Utvecklingen över tid visade ett likartat mönster för dem med och dem utan aktivitetsersättning, med den högsta andelen utan fullgjord gymnasieutbildning i 2000 års kohort och den lägsta andelen i 1995 års kohort.

Andelen utrikesfödda bland dem med aktivitetsersättning avvek inte påtagligt från andelen bland jämnåriga utan aktivitetsersättning. Även i detta avseende var utvecklingen över tid likartad för dem med och dem utan aktivitetsersättning.

För dem för vilka information om aktivitetsersättningsdiagnos saknades fanns genomgående en överrepresentation av män (tabell 1) och majoriteten (91–97 %) hade inte slutfört gymnasiet vid 19 år ålder.

Tabell 1 Demografiska data för unga vuxna 19–23 år gamla år 1995, 2000 respektive 2005, i relation till aktivitetsersättning generellt och uppdelad på psykiska och somatiska diagnoser samt dem för vilka uppgift om diagnos saknades.

		Kön (antal och andel män)		Utbildning (ej slutfört gymnasium vid 19 års ålder)		Födelseland (utrikes)	
Kohort		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Totalt	1995	559 147 (100)	285 766 (51,11) ^b	134 340 (24,03) ^{ab}	48 745 (8,72) ^{ab}		
	2000	504 741 (100)	258 053 (51,13) ^c	170 025 (33,69) ^{ac}	51 654 (10,23) ^{ac}		
	2005	525 276 (100)	269 629 (51,33) ^{bc}	157 100 (29,91) ^{bc}	64 628 (12,30) ^{bc}		
Ej aktivitets- ersättning	1995	553 989 (99,08) ^{ab}	282 949 (51,07)	129 927 (23,45) ^{ab}	48 358 (8,73) ^{ab}		
	2000	498 827 (98,83) ^{ac}	254 793 (51,08)	164 516 (32,98) ^{ac}	51 005 (10,22) ^{ac}		
	2005	513 231 (97,71) ^{bc}	263 071 (51,26)	146 332 (28,51) ^{bc}	63 128 (12,30) ^{bc}		
Alla med aktivitets- ersättning	1995	5 158 (0,92) ^{ab}	2 817 (54,61)	4 413 (85,56) ^{ab}	387 (7,50) ^{ab}		
	2000	5 914 (1,17) ^{ac}	3 260 (55,12)	5 509 (93,15) ^{ac}	649 (10,97) ^{ac}		
	2005	12 045 (2,29) ^{bc}	6 558 (54,45)	10 768 (89,40) ^{bc}	1 500 (12,45) ^{bc}		
Psykisk diagnos	1995	1 767 (0,32) ^{ab}	942 (53,31)	1 581 (89,47) ^a	155 (8,77) ^{ab}		
	2000	3 127 (0,62) ^{ac}	1 744 (55,77)	2 959 (94,63) ^{ac}	348 (11,13) ^a		
	2005	8 070 (1,54) ^{bc}	4 441 (55,03)	7 271 (90,10) ^c	977 (12,11) ^b		
Somatisk diagnos	1995	1 280 (0,23) ^{ab}	645 (50,39)	905 (70,70) ^{ab}	90 (7,03) ^{ab}		
	2000	1 937 (0,38) ^{ac}	1 023 (52,81)	1 722 (88,90) ^{ac}	224 (11,56) ^{ac}		
	2005	3 419 (0,65) ^{bc}	1 784 (52,18)	2 958 (86,52) ^{bc}	777 (11,71) ^{bc}		
Uppgift om diagnos saknas	1995	2 111 (0,38) ^{ab}	1 230 (58,27)	1 927 (91,28) ^{ab}	142 (6,73) ^{ab}		
	2000	850 (0,17) ^{ac}	493 (58,00)	828 (97,41) ^a	77 (9,06) ^a		
	2005	556 (0,11) ^{bc}	333 (59,89)	539 (96,94) ^b	60 (10,79) ^b		

^a Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 1995 och 2000

^b Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 1995 och 2005

^c Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 2000 och 2005

Tabell 2 Demografiska data för unga vuxna 19–23 år gamla med aktivitetsersättning i sex undergrupper av psykiska diagnoser år 1995, 2000 respektive 2005

Aktivitetsersättnings- diagnos	Kohort	Kön				Utbildning		Födelseland (utrikes född)
		n (%) ¹	(antal och andel män) n (%)	(ej slutfört gymnasium vid 19 års ålder) n (%)			n (%)	
Schizofreni/psykos	1995	208 (0,04) ^b	126 (60,58)	163 (78,37)			30 (14,42)	
	2000	207 (0,04) ^c	130 (62,80)	171 (82,61)			29 (14,01)	
	2005	320 (0,06) ^{bc}	199 (62,19)	264 (82,50)			61 (19,06)	
Depression/ångest	1995	78 (0,01) ^{ab}	36 (46,15)	64 (82,05)			6 (7,69)	
	2000	169 (0,03) ^{ac}	72 (42,60)	144 (85,21) ^c			11 (6,51)	
	2005	973 (0,19) ^{bc}	360 (37,00)	747 (76,77) ^c			101 (10,38)	
Utvecklingsstörning	1995	871 (0,16) ^{ab}	452 (51,89)	843 (96,79) ^{ab}			75 (8,61) ^{ab}	
	2000	1 413 (0,28) ^{ac}	744 (52,65)	1 407 (99,58) ^{ac}			176 (12,46) ^{ac}	
	2005	2 868 (0,55) ^{bc}	1 577 (54,99)	2 823 (98,43) ^{bc}			431 (15,03) ^{bc}	
Autismspektrum	1995	101 (0,02) ^{ab}	77 (76,24)	93 (92,08)			6 (5,94)	
	2000	438 (0,09) ^{ac}	305 (69,63)	409 (93,38) ^c			40 (9,13)	
	2005	1 542 (0,29) ^{bc}	1 067 (69,20)	1 358 (88,07) ^c			134 (8,69)	
Hyperaktivitets- störningar	1995	45 (0,01) ^{ab}	32 (71,11)	39 (86,67)			5 (11,11)	
	2000	142 (0,03) ^{ac}	105 (73,94)	133 (93,66)			13 (9,15)	
	2005	684 (0,13) ^{bc}	488 (71,35)	634 (92,69)			63 (9,21)	
Övriga psykiska diagnoser	1995	464 (0,08) ^{ab}	219 (47,20)	379 (81,68) ^{ab}			33 (7,11) ^b	
	2000	758 (0,15) ^{ac}	388 (51,19) ^c	695 (91,69) ^{ac}			79 (10,42)	
	2005	1 683 (0,32) ^{bc}	750 (44,56) ^c	1 445 (85,86) ^{bc}			187 (11,11) ^b	
Alla psykiska diagnoser	1995	1 767 (0,32) ^{ab}	942 (53,31)	1 581 (89,47) ^a			155 (8,77) ^{ab}	
	2000	3 127 (0,62) ^{ac}	1 744 (55,77)	2 959 (94,63) ^{ac}			348 (11,13) ^a	
	2005	8 070 (1,54) ^{bc}	4 441 (55,03)	7 271 (90,10) ^c			977 (12,11) ^b	

¹ Av alla i hela kohorten

^a Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 1995 och 2000

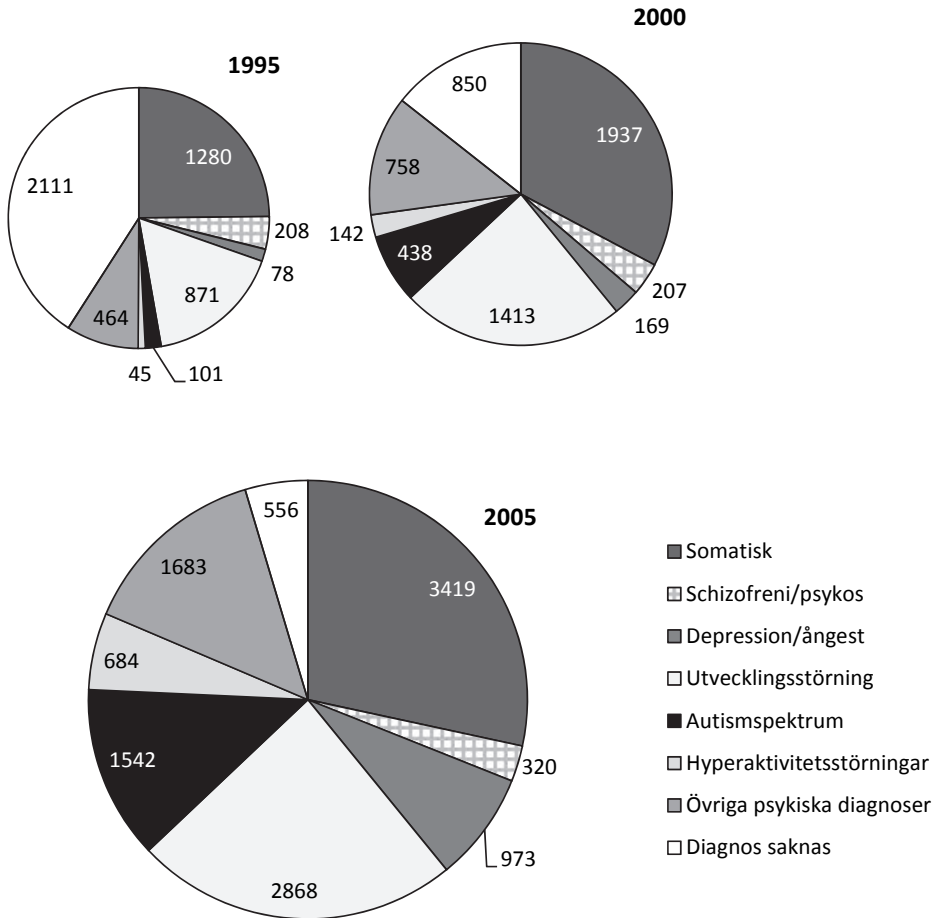
^b Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 1995 och 2005

^c Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 2000 och 2005

Figurerna 2–4 illustrerar den ovan beskrivna successiva förändringen över tid med fler individer med psykiska diagnoser, samt den successiva ökningen av det totala antalet unga vuxna med aktivitetsersättning för både kvinnor (figur 3) och män (figur 4). Cirkulernas storlek avspeglar antalet personer. Det framgår att den relativa ökningen över tid av personer med aktivitetsersättning i psykiska diagnoser har varit likartad för kvinnor och män, trots att många specifika psykiska diagnoser genomgående var vanligare bland män. Exempelvis har autismspektrum, som är betydligt vanligare bland män i samtliga kohorter, genomgått en kraftig ökning för bägge könen. Ökningen från 1995 års kohort till 2005 års kohort i antal unga vuxna med aktivitetsersättning i denna diagnos var ungefär 14-faldig för män (från 77 individer till 1067 individer) och ungefär 20-faldig för kvinnor (från 24 individer till 475 individer) (figur 3–4). Dessa uppskattningar bör dock tolkas med försiktighet, pga den stora andel i 1995 års kohort som saknade uppgift om aktivitetsersättningsdiagnos. Emellertid är ökningen avsevärd även mellan 2000 och 2005 års kohorter.

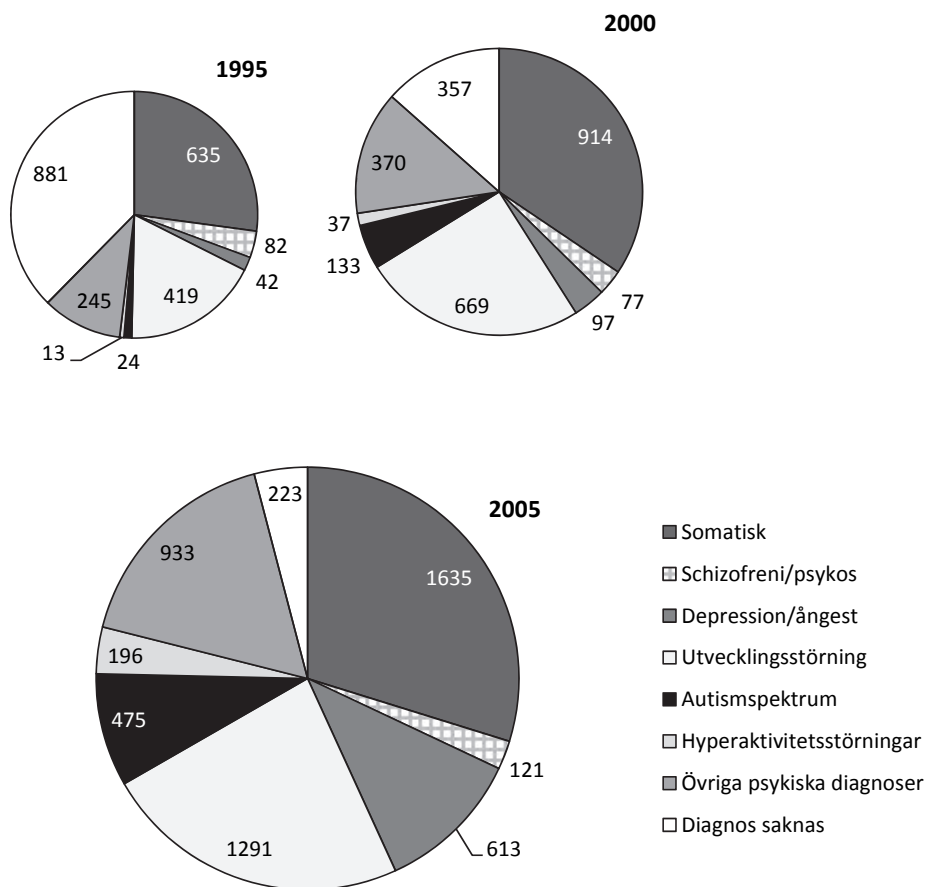
Figur 2

Antalet unga vuxna (både kvinnor och män) i åldrarna 19–23 som hade aktivitetsersättning åren 1995, 2000 respektive 2005, fördelat på diagnosgrupper. Cirklarnas yta är proportionerlig till den andel av samtliga unga vuxna i denna åldersgrupp som hade aktivitetsersättning under respektive år.

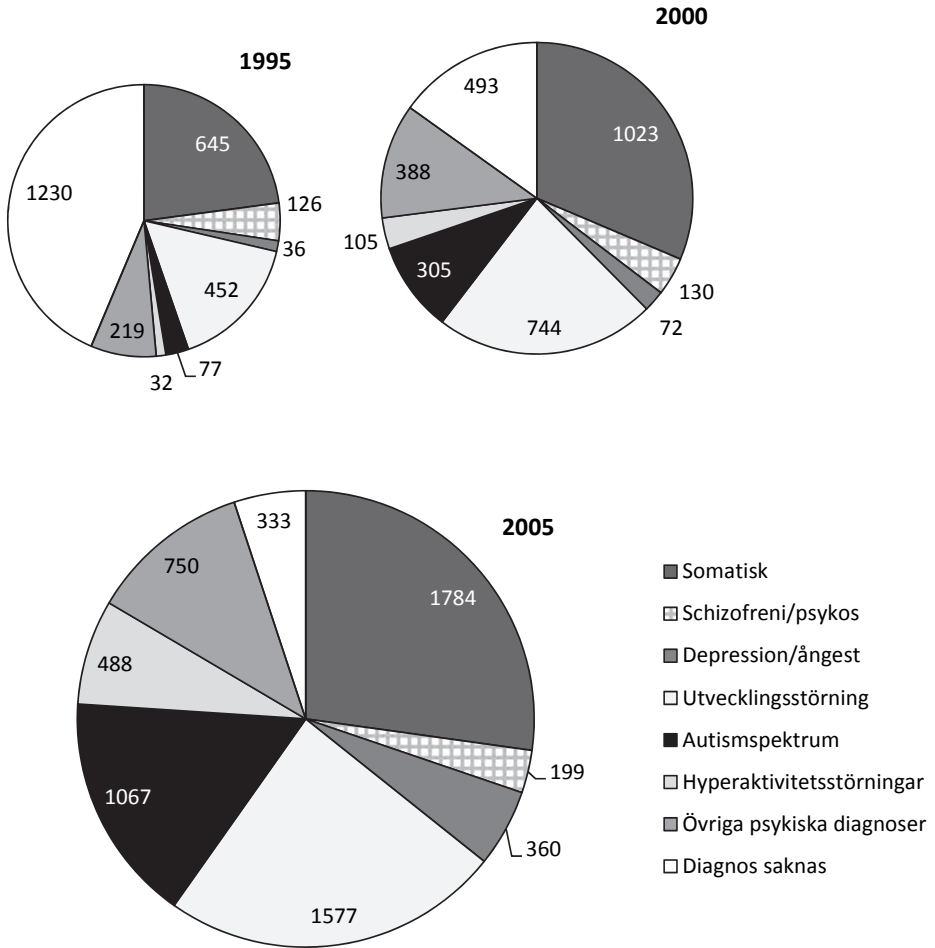


Figur 3

Antalet kvinnor i åldrarna 19–23 som hade aktivitetsersättning åren 1995, 2000 respektive 2005, fördelat på diagnosgrupper. Cirklarnas yta är proportionerlig till den andel av samtliga kvinnor i denna åldersgrupp som hade aktivitetsersättning under respektive år.



Figur 4 Antalet män i åldrarna 19–23 som hade aktivitetsersättning åren 1995, 2000 respektive 2005, fördelat på diagnosgrupper. Cirklarnas yta är proportionerlig till den andel av samtliga män i denna åldersgrupp som hade aktivitetsersättning under respektive år.



De ungas tidigare psykiska sjuklighet

Tidigare suicidalt beteende respektive tidigare psykisk sjuklighet i de tre kohorterna undersöktes genom att studera andelen som tidigare varit inlagda på sjukhus för suicidförsök respektive andelen som behandlats inom psykiatrisk slutenvård åtminstone en gång under sexårsperioden före uppföljningen i respektive kohort, dvs. i 1995 års kohort inhämtades information om psykiatrisk slutenvård för de sex åren 1990–1995. För unga vuxna som inte hade aktivitetsersättning steg andelen som behandlats inom psykiatrisk slutenvård successivt över tid. I 1995 års kohort hade 1,51 % vårdats inom psykiatrisk slutenvård under den föregående sexårsperioden. Motsvarande siffror var 2,09 % i kohorten från 2000 och 2,41 % i kohorten från 2005 (tabell 3). Ett direkt motsatt mönster observerades för unga vuxna med aktivitetsersättning i psykisk diagnos, med en generell *minskning* över tid i andelen som tidigare vårdats inom psykiatrisk slutenvård: i 1995 års kohort hade 31,98 % fått sådan vård vid något tillfälle under den föregående sexårsperioden, medan motsvarande siffror för kohorterna från 2000 och 2005 var 24,94 % respektive 22,06 % (tabell 3). Dock hade en betydligt större andel bland dem med aktivitetsersättning tidigare varit inlagda på psykiatrisk klinik, jämfört med bland dem utan aktivitetsersättning.

Ett motsvarande mönster framträdde för flertalet av de sex specifika psykiska diagnosgrupper som studerades (hyperaktivitetsstörningar var det enda undantaget) (tabell 4). Sannolikheten att ha vårdats inom psykiatrisk slutenvård varierade kraftigt mellan de sex specifika psykiska diagnosgrupperna. Vid aktivitetsersättning i schizofreni hade 83–92 % fått sådan vård, jämfört med 8–11 % vid psykisk utvecklingsstörning (tabell 4).

Avseende tidigare sjukhusvård för suicidförsök observerades en successiv ökning bland de unga vuxna utan aktivitetsersättning: år 1995 hade 1,01 % av dem som inte hade aktivitetsersättning fått sådan vård, vilket ökade till 1,09 % i kohorten för år 2000 och 1,26 % för 2005 års kohort (tabell 3). Bland dem som hade aktivitetsersättning i psykisk diagnos var andelen som gjort ett tidigare suicidförsök i 2005 års kohort högre än i de två tidigare kohorterna (tabell 3). Ett liknande mönster fanns för flera av de sex specifika psykiska diagnosgrupperna (tabell 4).

Den grupp för vilken uppgift om aktivitetsersättningsdiagnos saknades var mer lik gruppen med somatiska diagnoser än gruppen med psykiska diagnoser, både avseende andelen som vårdats inom

psykiatrisk slutenvård och andelen som vårdats för suicidförsök (tabell 3). Andelen som fått sådan vård var betydligt lägre i den grupp för vilken diagnos saknades än i samtliga undergrupper av psykiska diagnoser, med undantag för utvecklingsstörning (tabell 3–4).

Tabell 3 Sluten psykiatrisk vård under sexårsperioden före uppföljningen i respektive kohort samt tidigare sjukhusvård för suicidförsök bland unga vuxna (19–23 år) med och utan aktivitetssättning samt med aktivitetssättning uppdelat på psykiska och somatiska diagnoser och samt dem för vilka uppgift om diagnos saknades

	Kohort	Sluten psykiatrisk vård under de föregående sex åren n (%)	Tidigare sjukhusvård för suicidförsök n (%)
Totalt	1995	9 200 (1,65) ^{ab}	5 803 (1,04) ^{ab}
	2000	11 383 (2,26) ^{ac}	5 689 (1,13) ^{ac}
	2005	14 391 (2,74) ^{bc}	7 235 (1,38) ^{bc}
Ej aktivitets- ersättning	1995	8 342 (1,51) ^{ab}	5 611 (1,01) ^{ab}
	2000	10 433 (2,09) ^{ac}	5 452 (1,09) ^{ac}
	2005	12 387 (2,41) ^{bc}	6 474 (1,26) ^{bc}
Alla med aktivitetssättning	1995	858 (16,63)	192 (3,72) ^b
	2000	950 (16,06)	237 (4,01) ^c
	2005	2 004 (16,64)	761 (6,32) ^{bc}
Psykisk diagnos	1995	565 (31,98) ^{ab}	115 (6,51) ^b
	2000	780 (24,94) ^{ac}	189 (6,04) ^c
	2005	1 780 (22,06) ^{bc}	664 (8,23) ^{bc}
Somatisk diagnos	1995	88 (6,88)	36 (2,81)
	2000	125 (6,45)	39 (2,01)
	2005	194 (5,67)	89 (2,6)
Uppgift om diagnos saknas	1995	205 (9,71) ^{ab}	41 (1,94)
	2000	45 (5,29) ^a	9 (1,06)
	2005	30 (5,40) ^b	8 (1,44)

^a Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 1995 och 2000 års kohorter

^b Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 1995 och 2005 års kohorter

^c Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 2000 och 2005 års kohorter

Tabell 4 Sluten psykiatrisk vård under sexårsperioden före uppföljningen i respektive kohort samt tidigare sjukhusvård för suicidförsök bland unga vuxna (19–23 år) bland unga vuxna med aktivitetsersättning i sex undergrupper av psykiska diagnoser

Aktivitetsersättning i psykisk diagnos	Kohort	Sluten psykiatrisk vård under de föregående sex åren n (%)	Tidigare sjukhusvård för suicidförsök n (%)
Schizofreni/psykos	1995	191 (91,83) ^b	32 (15,38)
	2000	179 (86,47)	27 (13,04)
	2005	266 (83,13) ^b	48 (15,00)
Depression/ångest	1995	39 (50,00) ^b	11 (14,10)
	2000	76 (44,97)	23 (13,61)
	2005	370 (38,03) ^b	187 (19,22)
Utvecklingsstörning	1995	92 (10,56) ^b	5 (0,57) ^{ab}
	2000	118 (8,35)	22 (1,56) ^a
	2005	217 (7,57) ^b	54 (1,88) ^b
Autismspektrum	1995	39 (38,61) ^{ab}	5 (4,95)
	2000	107 (24,43) ^{ac}	12 (2,74)
	2005	262 (16,99) ^{bc}	65 (4,22)
Hyperaktivitetsstörning	1995	9 (20,00)	1 (2,22)
	2000	20 (14,08)	4 (2,82) ^c
	2005	130 (19,01)	50 (7,31) ^c
Övriga psykiska diagnoser	1995	195 (42,03) ^b	61 (13,15)
	2000	280 (36,94) ^c	101 (13,32)
	2005	535 (31,79) ^{bc}	260 (15,45)

^a Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 1995 och 2000 års kohorter

^b Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 1995 och 2005 års kohorter

^c Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 2000 och 2005 års kohorter

De ungas vuxnas föräldrar

Avseende situationen för de unga vuxnas föräldrar fanns det bland dem med aktivitetsersättning – jämfört med andra unga – en överrepresentation av föräldrar som var ensamstående och/eller som hade grundskola som högsta avslutade utbildningsnivå. Detta var tydligast för de unga med aktivitetsersättning i en psykisk diagnos

(tabell 5–6). Bland samtliga med aktivitetssättning förekom över tid, dvs. mellan de tre kohorterna, en generell ökning av andelen med ensamstående mor, medan andelen med föräldrar som högst hade grundskoleutbildning minskade. Liknande tidstrender återfanns bland unga vuxna utan aktivitetssättning (tabell 5). Överrepresentation av andelen med ensamstående mödrar var tydligast för de unga med aktivitetssättning i schizofreni/psykos samt i depression/ångest (tabell 6).

Suicidalt beteende hos föräldrar, mätt som slutenvård för suicidförsök och/eller som genomfört suicid, var för samtliga kohorter vanligare bland de unga vuxna som fått aktivitetssättning i psykisk diagnos (8–10 %) än bland de jämnåriga utan aktivitetssättning (4–5 %). För dem med aktivitetssättning i somatiska diagnoser var motsvarande siffror 5–7 %. Andelen unga vuxna med föräldrar som haft sådant suicidalt beteende ökade över tid, såväl för de unga vuxna med aktivitetssättning, som för de jämnåriga utan aktivitetssättning (tabell 5). Motsvarande ökning fanns för flertalet specifika psykiska diagnosgrupper (tabell 6).

Även i dessa avseenden påminde gruppen som saknade information om diagnos mer om gruppen med somatiska diagnoser än gruppen med psykiska diagnoser (tabell 5).

Tabell 5 Uppgifter om föräldrarna till unga vuxna 19–23 år gamla år 1995, 2000 respektive 2005, i relation till aktivitetsersättning bland de unga, uppdelad på psykiska diagnoser, somatiska diagnoser, samt de för vilka uppgift om aktivitetsersättningsdiagnos saknas.

	Kohort	Grundskola som högsta kända utbildningsnivå hos föräldrarna n (%)	Modern registrerad som ensamstående n (%)	Suicidförsök och/eller suicid hos någon förälder n (%)
Totalt	1995	119 700 (21,41) ^{ab}	143 055 (25,58) ^{ab}	22 774 (4,07) ^{ab}
	2000	85 184 (16,88) ^{ac}	138 318 (27,40) ^{ac}	22 071 (4,37) ^{ac}
	2005	70 922 (13,50) ^{bc}	162 271 (30,89) ^{bc}	25 682 (4,89) ^{bc}
Ej aktivitets- ersättning	1995	118 284 (21,35) ^{ab}	141 443 (25,53) ^{ab}	22 454 (4,05) ^{ab}
	2000	83 758 (16,79) ^{ac}	136 264 (27,32) ^{ac}	21 664 (4,34) ^{ac}
	2005	68 602 (13,37) ^{bc}	157 326 (30,65) ^{bc}	24 644 (4,80) ^{bc}
Alla med aktivitets- ersättning	1995	1 416 (27,45) ^{ab}	1 612 (31,25) ^{ab}	320 (6,20) ^b
	2000	1 426 (24,11) ^{ac}	2 054 (34,73) ^{ac}	407 (6,88) ^c
	2005	2 320 (19,26) ^{bc}	4 945 (41,05) ^{bc}	1 038 (8,62) ^{bc}
Psykisk diagnos	1995	550 (31,13) ^{ab}	49 (36,73) ^b	133 (7,53) ^b
	2000	844 (26,99) ^{ac}	1 205 (38,54) ^c	260 (8,31) ^c
	2005	1 623 (20,11) ^{bc}	3 588 (44,46) ^{bc}	775 (9,60) ^{bc}
Somatisk diagnos	1995	295 (23,05) ^b	380 (29,69) ^b	67 (5,23)
	2000	403 (20,81) ^c	604 (31,18) ^c	116 (5,99)
	2005	614 (17,96) ^{bc}	1164 (34,05) ^{bc}	230 (6,73)
Uppgift om diagnos saknas	1995	571 (27,05) ^{ab}	583 (27,62) ^b	120 (5,68) ^a
	2000	179 (21,06) ^{ac}	245 (28,82) ^c	31 (3,65) ^{ac}
	2005	83 (14,93) ^{bc}	193 (34,71) ^{bc}	33 (5,94) ^c

^a Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 1995 och 2000 års kohorter

^b Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 1995 och 2005 års kohorter

^c Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 2000 och 2005 års kohorter

Tabell 6 Uppgifter om föräldrarna till unga vuxna 19–23 år gamla med aktivitetsersättning i sex undergrupper av psykiska diagnoser år 1995, 2000 respektive 2005.

Aktivitetsersättning i psykisk diagnos	Kohort	Grundskola som högsta kända utbildningsnivå hos föräldrarna n (%)	Modern registrerad som ensamstående n (%)	Suicidförsök och/eller suicid hos någon förälder n (%)
Schizofreni/psykos	1995	50 (24,04)	96 (46,15)	19 (9,13)
	2000	53 (25,60) ^c	86 (41,55) ^c	12 (5,80)
	2005	55 (17,19) ^c	161 (50,31) ^c	31 (9,69)
Depression/ångest	1995	23 (29,49) ^b	33 (42,31)	8 (10,26)
	2000	39 (23,08)	75 (44,38)	18 (10,65)
	2005	166 (17,06) ^b	445 (45,73)	107 (11,00)
Utvecklingsstörning	1995	301 (34,56) ^b	306 (35,13) ^b	57 (6,54) ^b
	2000	450 (31,85) ^c	513 (36,31) ^c	118 (8,35)
	2005	767 (26,74) ^{bc}	1 238 (43,17) ^{bc}	252 (8,79) ^b
Autismspektrum	1995	21 (20,79) ^b	36 (35,64)	7 (6,93)
	2000	82 (18,72) ^c	172 (39,27)	28 (6,39)
	2005	186 (12,06) ^{bc}	612 (39,69)	129 (8,37)
Hyperaktivitetsstörningar	1995	8 (17,78)	10 (22,22) ^{ab}	4 (8,89)
	2000	35 (24,65) ^c	66 (46,48) ^a	12 (8,45)
	2005	115 (16,81) ^c	355 (51,90) ^b	80 (11,70)
Övriga psykiska diagnoser	1995	147 (31,68) ^{ab}	168 (36,21) ^b	38 (8,19)
	2000	185 (24,41) ^{ac}	293 (38,65) ^c	72 (9,50)
	2005	334 (19,85) ^{bc}	777 (46,17) ^{bc}	176 (10,46)

^a Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 1995 och 2000 års kohorter

^b Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 1995 och 2005 års kohorter

^c Statistiskt säkerställd skillnad ($p < 0.05$) mellan 2000 och 2005 års kohorter

Suicidförsök bland unga med aktivitetsersättning

Det förekom en successiv ökning i andelen av de unga vuxna utan aktivitetsersättning som inom fem år efter inklusion i respektive kohort genomfört ett suicidförsök som resulterat i inläggning på sjukhus. I kohorten från 1995 hade 0,44 % av dessa unga gjort ett suicidförsök inom fem år, att jämföra med 0,77 % i kohorten från

2000 och 0,87 % i kohorten från 2005 (tabell 7). Andelen bland dem med aktivitetsersättning som gjort suicidförsök var betydligt högre, och ökade på motsvarande sätt från 2,21 % till 3,81 %. Ökningen var tydligast i gruppen med somatisk huvuddiagnos (tabell 8).

Bland dem med aktivitetsersättning i psykisk diagnos var andelen som gjorde suicidförsök betydligt högre (tabell 8). Dock framkom inte samma mönster av successiv ökning över tid för denna grupp. I kohorten från 1995 hade 4,53 % gjort ett suicidförsök inom fem år, att jämföra med 3,42 % i kohorten från 2000 och 4,82 % i kohorten från 2005. Inom de sex specifika psykiska diagnosgrupperna (tabell 9) var slutenvård för suicidförsök vanligast vid aktivitetsersättning i depression/ångest (9–14 %) och schizofreni/psykos (4–11 %), medan andelen som sjukhusvårdats för suicidförsök var lägre vid psykisk utvecklingsstörning (1–2 %) och autismspektrum (2–3 %). Även här var dock andelen betydligt högre än för dem som inte hade aktivitetsersättning.

I samtliga tre undersökta kohorter hade de unga vuxna med aktivitetsersättning en förhöjd ojusterad relativ risk för suicidförsök under de efterföljande fem åren jämfört med dem utan aktivitetsersättning (tabell 7–8). Detta gällde i såväl psykisk som somatisk diagnos (tabell 8). För schizofreni/psykos, depression/ångest och kategorin övriga psykiska diagnoser var den ojusterade relativa risken för suicidförsök lägre för 2000 och 2005 års kohorter än för 1995 års kohort (tabell 9). För de två grupperna autismspektrum och hyperaktivitetsstörning gjorde det låga antalet observationer i den första kohorten (1995) bedömningen av förändring över tid osäker. För psykisk utvecklingsstörning visade förändringen i ojusterad relativ risk över tid ett omvänt mönster, med högre relativ risk i 2005 års kohort (2,42; 95 % KI 1,87–3,12) än i 2000 års kohort (0,74; 95 % KI 0,37–1,47).

Inte i någon av de tre kohorterna förändrades estimaten nämnvärt av statistisk justering för kön, födelseland, föräldrars utbildning, samt tidigare suicidalt beteende hos föräldrar. I samtliga kohorter minskade de relativa riskerna för suicidförsök något vid ytterligare justering för egna tidigare suicidförsök men var fortfarande hög (tabell 8).

Riskestimaten minskade än mer påtagligt efter justering för tidigare psykiatrisk slutenvård. Dock kvarstod överrisker i de flesta fall även efter denna justering.

Tabell 7 **Hazardkvoter (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicidförsök bland unga vuxna med aktivitetsersättning åren 1995, 2000, och 2005 (referensgruppen är jämnåriga utan aktivitetsersättning det aktuella året)**

Kohort	n	Suicidförsök n (%)	Ojusterad modell HR (95 % KI)	Första justeringen ¹ HR (95 % KI)	Andra justeringen ² HR (95 % KI)	Tredje justeringen ³ HR (95 % KI)	Fjärde justeringen ⁴ HR (95 % KI)
1995							
Ej aktivitets- ersättning	553 989	2 449 (0,44)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Alla med aktivitets- ersättning	5 158	114 (2,21)	5,08 (4,21-6,13)	5,06 (4,19-6,11)	4,86 (4,03-5,87)	3,89 (3,22-4,70)	1,94 (1,60-2,36)
2000							
Ej aktivitets- ersättning	498 827	3 824 (0,77)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Alla med aktivitets- ersättning	5 914	141 (2,38)	3,15 (2,66-3,73)	3,04 (2,57-3,60)	2,92 (2,47-3,46)	2,35 (1,98-2,78)	1,35 (1,14-1,61)
2005							
Ej aktivitets- ersättning	513 231	4 449 (0,87)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Alla med aktivitets- ersättning	12 045	459 (3,81)	4,46 (4,05-4,91)	4,26 (3,87-4,69)	4,06 (3,69-4,47)	2,92 (2,64-3,22)	1,82 (1,65-2,02)

¹ Justering för kön, födelseland och föräldrars utbildningsnivå
² Ytterligare justering för suicidalt beteende hos förälder
³ Ytterligare justering för tidigare suicidförsök hos individen
⁴ Ytterligare justering för tidigare slutenvård i psykiska diagnoser

Tabell 8

Hazardkvoter (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicidförsök bland unga vuxna med aktivitetst ersättning i psykisk, i somatisk diagnos eller där information om diagnos saknades, åren 1995, 2000, och 2005 (referensgruppen är jämnåriga utan aktivitetst ersättning det aktuella året)

Kohort	n	Suicidförsök n (%)	Öjusterad modell HR (95 % KI)	Första justeringen ¹ HR (95 % KI)	Andra justeringen ² HR (95 % KI)	Tredje justeringen ³ HR (95 % KI)	Fjärde justeringen ⁴ HR (95 % KI)
1995							
Ej aktivitetst- ersättning	553 989	2 449 (0,44)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Psykisk diagnos	1 767	80 (4,53)	10,50 (8,40-13,11)	10,13 (8,11-12,66)	9,52 (7,61-11,9)	6,36 (5,08-7,96)	2,37 (1,88-2,99)
Somatisk diagnos	1 280	16 (1,25)	2,87 (1,75-4,69)	2,85 (1,74-4,65)	2,77 (1,70-4,53)	2,38 (1,45-3,88)	1,70 (1,04-2,79)
Diagnos saknas	2 111	18 (0,85)	1,95 (1,23-3,10)	2,00 (1,26-3,18)	1,94 (1,22-3,09)	1,82 (1,14-2,89)	1,18 (0,74-1,87)
2000							
Ej aktivitetst- ersättning	498 827	3 824 (0,77)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Psykisk diagnos	3 127	107 (3,42)	4,53 (3,74-5,49)	4,30 (3,55-5,21)	4,04 (3,33-4,9)	2,87 (2,36-3,49)	1,41 (1,16-1,72)
Somatisk diagnos	1 937	29 (1,5)	1,98 (1,37-2,85)	1,92 (1,34-2,77)	1,87 (1,30-2,70)	1,74 (1,21-2,51)	1,35 (0,93-1,94)
Diagnos saknas	850	5 (0,59)	0,77 (0,32-1,86)	0,78 (0,32-1,87)	0,80 (0,33-1,91)	0,83 (0,35-2,00)	0,74 (0,31-1,79)
2005							
Ej aktivitetst- ersättning	513 231	4 449 (0,87)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Psykisk diagnos	8 070	389 (4,82)	5,66 (5,11-6,28)	5,38 (4,85-5,97)	5,07 (4,56-5,62)	3,32 (2,98-3,69)	1,89 (1,69-2,10)
Somatisk diagnos	3 419	68 (1,99)	2,32 (1,82-2,95)	2,21 (1,74-2,81)	2,17 (1,71-2,76)	1,99 (1,56-2,52)	1,72 (1,36-2,19)
Diagnos saknas	556	2 (0,36)	0,42 (0,10-1,66)	0,42 (0,11-1,68)	0,42 (0,10-1,67)	0,40 (0,10-1,60)	0,37 (0,09-1,49)

¹ Justering för kön, födelseort och föräldrars utbildningsnivå

² Ytterligare justering för suicidalt beteende hos förälder

³ Ytterligare justering för tidigare suicidförsök hos individen

⁴ Ytterligare justering för tidigare slutenvård i psykiska diagnoser

Tabell 9 Hazardkvoter (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicidförsök bland unga vuxna med aktivitetsersättning i specifika psykiska diagnoser åren 1995, 2000 respektive 2005 (referensgrupp är jämnåriga utan aktivitetsersättning i respektive kohort)

Kohort	Aktivitets- ersättning i psykisk diagnos	n	Suicid- försök n (%)	Ojusterad modell HR (95 % KI)	Första justeringen ¹ HR (95 % KI)	Andra justeringen ² HR (95 % KI)	Tredje justeringen ³ HR (95 % KI)	Fjärde justeringen ⁴ HR (95 % KI)
1995	Schizofreni/ psykos	208	22 (10,58)	25,63 (16,84-39,00)	25,72 (16,90-39,15)	23,28 (15,29-35,44)	9,37 (6,13-14,31)	2,29 (1,49-3,51)
	Depression/ ångest	78	11 (14,10)	35,66 (19,72-64,49)	32,45 (17,94-58,68)	28,04 (15,50-50,72)	16,41 (9,06-29,74)	5,47 (3,01-9,93)
	Utvecklings- störning	871	5 (0,57)	1,29 (0,54-3,11)	1,21 (0,50-2,90)	1,16 (0,48-2,79)	1,31 (0,55-3,15)	0,77 (0,32-1,85)
	Autismspektrum	101	3 (2,97)	6,86 (2,21-21,27)	8,41 (2,71-26,09)	8,30 (2,68-25,78)	6,83 (2,20-21,20)	2,18 (0,70-6,78)
	Hyperaktivitets- störningar	45	0 (0,00)	-	-	-	-	-
	Övriga psykiska diagnoser	464	39 (8,41)	19,95 (14,54-27,37)	19,23 (14,01-26,39)	17,77 (12,95-24,4)	8,03 (5,83-11,07)	2,87 (2,08-3,97)
2000	Schizofreni/ psykos	207	9 (4,35)	5,85 (3,04-11,25)	5,90 (3,07-11,36)	5,74 (2,98-11,04)	2,71 (1,41-5,22)	0,77 (0,40-1,48)
	Depression/ ångest	169	15 (8,88)	12,13 (7,31-20,15)	11,50 (6,92-19,09)	10,35 (6,23-17,19)	5,12 (3,08-8,52)	2,10 (1,26-3,50)
	Utvecklings- störning	1 413	8 (0,57)	0,74 (0,37-1,47)	0,66 (0,33-1,32)	0,62 (0,31-1,24)	0,62 (0,31-1,24)	0,47 (0,23-0,94)
	Autismspektrum	438	8 (1,83)	2,39 (1,19-4,78)	2,58 (1,29-5,16)	2,50 (1,25-5,00)	2,21 (1,11-4,43)	1,01 (0,51-2,03)
	Hyperaktivitets- störningar	142	9 (6,34)	8,44 (4,39-16,24)	8,89 (4,62-17,10)	8,42 (4,38-16,21)	7,67 (3,99-14,75)	4,70 (2,44-9,05)
	Övriga psykiska diagnoser	758	58 (7,65)	10,44 (8,06-13,54)	9,93 (7,66-12,87)	9,18 (7,08-11,91)	4,43 (3,41-5,77)	1,95 (1,49-2,54)

forts. Tabell 9

Kohort	Aktivitets- ersättning i psyisk diagnos	n	Suicid- försök n (%)	Ojusterad modell HR (95 % KI)	Första justeringen ¹ HR (95 % KI)	Andra justeringen ² HR (95 % KI)	Tredje justeringen ³ HR (95 % KI)	Fjärde justeringen ⁴ HR (95 % KI)
2005	Schizofreni/ psykos	320	29 (9,06)	10,95 (7,60-15,77)	11,48 (7,97-16,54)	10,69 (7,42-15,40)	4,86 (3,37-7,02)	1,52 (1,05-2,19)
	Depression/ ångest	973	87 (8,94)	10,90 (8,81-13,47)	9,93 (8,03-12,28)	9,13 (7,38-11,29)	4,08 (3,29-5,07)	2,05 (1,65-2,55)
	Utvecklings- störning	2 868	60 (2,09)	2,42 (1,87-3,12)	2,16 (1,67-2,79)	2,07 (1,60-2,67)	2,03 (1,57-2,62)	1,66 (1,29-2,14)
	Autismspektrum	1 542	43 (2,79)	3,23 (2,39-4,36)	3,51 (2,60-4,74)	3,33 (2,47-4,50)	2,68 (1,98-3,61)	1,59 (1,18-2,16)
	Hyperaktivitets- störningar	684	39 (5,70)	6,66 (4,86-9,13)	6,86 (5,00-9,40)	6,25 (4,56-8,57)	3,98 (2,90-5,47)	2,47 (1,80-3,39)
	Övriga psykiska diagnoser	1 683	131 (7,78)	9,32 (7,83-11,08)	8,50 (7,14-10,11)	7,95 (6,68-9,46)	3,93 (3,29-4,69)	2,01 (1,68-2,40)

¹ Justering för kön, födelseland och föräldrars utbildningsnivå
² Ytterligare justering för suicidalt beteende hos förälder
³ Ytterligare justering för tidigare suicidförsök hos individen
⁴ Ytterligare justering för tidigare slutenvård i psykiska diagnoser

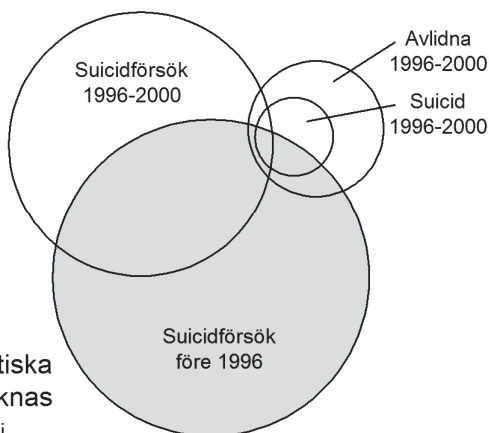
I figur 5–7 illustreras hur stor andel av de unga vuxna med aktivitetsersättning respektive utan aktivitetsersättning som gjort suicidförsök innan de inkluderades i respektive kohort och/eller under de efterföljande fem åren, samt som avlidit till följd av suicid eller av annan orsak under de efterföljande fem åren. Inom varje figur är cirklarnas storlekar proportionella till andelen individer inom respektive grupp (dvs. av de med aktivitetsersättning i psykisk diagnos, av de med aktivitetsersättning i somatisk diagnos eller där information om diagnos saknas, respektive av de utan aktivitetsersättning) som är representerade i figuren (exempelvis 9,4 % av de med aktivitetsersättning i psykiska diagnoser i 1995 års kohort). I samtliga kohorter var det vanligast med suicid och suicidförsök bland dem med aktivitetsersättning i psykisk diagnos.

Av cirklarnas överlappning framgår även i vilken utsträckning suicidförsök, suicid och annan död under de efterföljande fem åren föregåtts av tidigare suicidförsök. Såväl bland dem med aktivitetsersättning, som bland dem utan aktivitetsersättning, fanns en viss överlappning mellan tidigare suicidförsök och suicid under de efterföljande fem åren. I samtliga tre kohorter var överlappningen som mest uttalad för dem med aktivitetsersättning i psykisk diagnos. Det är dock viktigt att notera att även bland dem med aktivitetsersättning i psykisk diagnos föregicks majoriteten av suicidförsöken och suiciden *inte* av suicidförsök före uppföljningen.

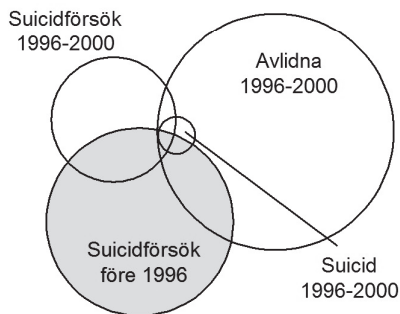
Figur 5

Figuren illustrerar hur suicidförsök och dödsfall, under en uppföljningstid av fem år från och med 1996, överlappar med tidigare suicidförsök, bland unga vuxna (19–23 år) som hade respektive inte hade aktivitetssättning (AE) år 1995. Figurernas yta är proportionell till hur stor andel av gruppen som är representerad i någon av figurens cirklar (dvs. sjukhusvårdats för suicidförsök någon gång eller som avlidit i suicid eller av annan orsak).

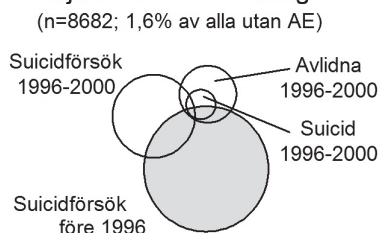
Aktivitetssättning i psykiska diagnoser (n=166; 9,4% av alla med AE i psykiska diagnoser)



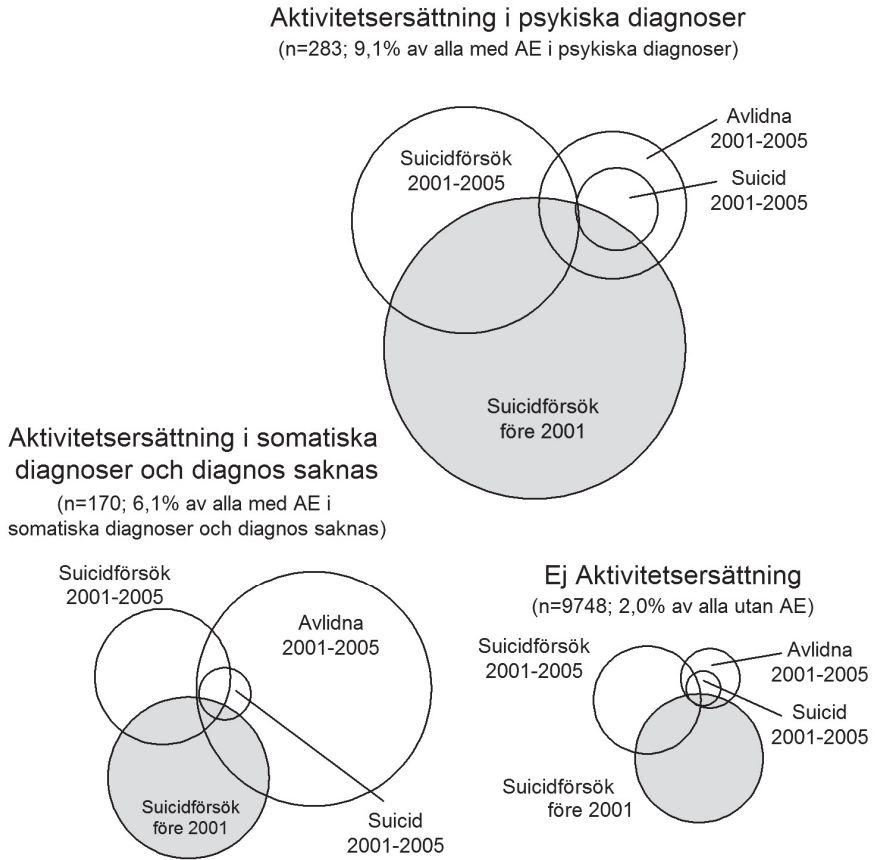
Aktivitetssättning i somatiska diagnoser och diagnos saknas (n=214; 6,3% av alla med AE i somatiska diagnoser och diagnos saknas)



Ej Aktivitetssättning (n=8682; 1,6% av alla utan AE)

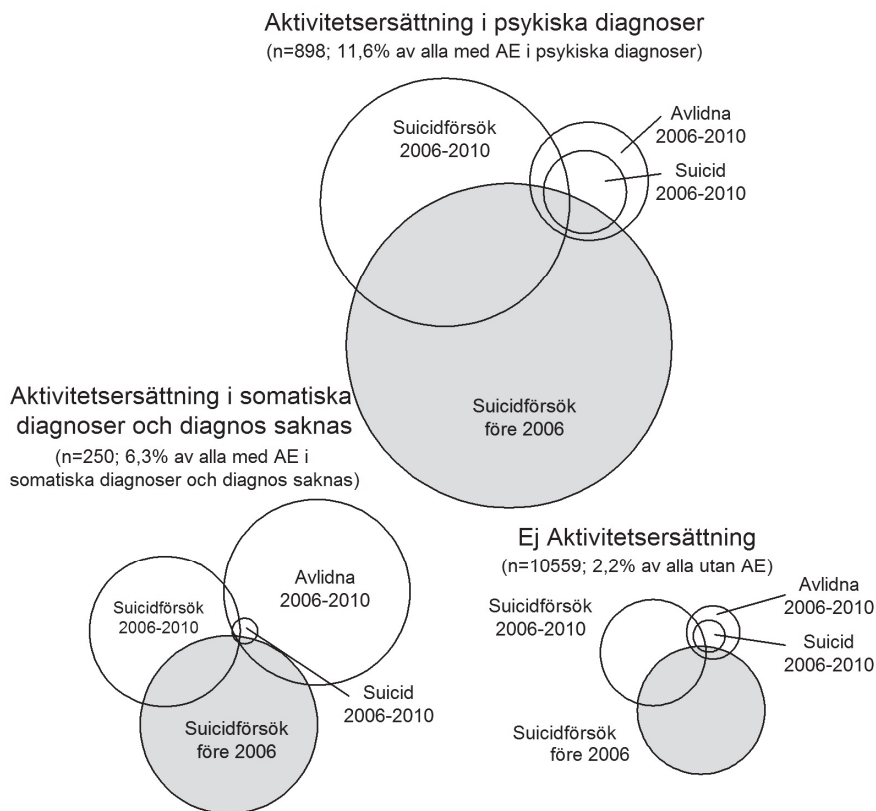


Figur 6 Figuren illustrerar hur suicidförsök och dödsfall, under en uppföljningstid av fem år från och med 2001, överlappar med tidigare suicidförsök, bland unga vuxna (19–23 år) som hade respektive inte hade aktivitetssättning (AE) år 2000. Figurenas yta är proportionell till hur stor andel av gruppen som är representerad i någon av figurens cirklar (dvs. sjukhusvårdats för suicidförsök någon gång eller som avlidit i suicid eller av annan orsak).



Figur 7

Figuren illustrerar hur suicidförsök och dödsfall, under en uppföljningstid av fem år från och med 2006, överlappar med tidigare suicidförsök, bland unga vuxna (19–23 år) som hade respektive inte hade aktivitetssättning (AE) år 2005. Figurernas yta är proportionell till hur stor andel av gruppen som är representerad i någon av figurens cirklar (dvs. sjukhusvårdats för suicidförsök någon gång eller som avlidit i suicid eller av annan orsak).



Suicid bland unga vuxna med aktivitetssättning

I samtliga tre kohorter förelåg en förhöjd risk för suicid för de unga vuxna med aktivitetssättning (tabell 10). Andelen av dem med aktivitetssättning som suiciderade inom fem år ökade successivt från 0,19 % i 1995 års kohort till 0,37 % i 2005 års kohort. På en

mer detaljerad nivå framkom att andelen av de unga vuxna med aktivitetsersättning i psykisk diagnos, som inom fem år tagit sitt liv var 0,40 % för 1995 års kohort, 0,45 % för 2000 års kohort och 0,52 % för 2005 års kohort. Motsvarande siffror för somatiska diagnoser var 0,16 % år 1995, 0,21 % år 2000 och 0,06 % år 2005 (tabell 11). Det låga antalet individer gör det svårt att bedöma trender över tid. För unga vuxna som inte hade aktivitetsersättning var andelen 0,06 % för 1995 års kohort och 0,08 % för både 2000 och 2005 års kohort.

De ojusterade regressionsmodellerna visade relativa risker på runt 6–7 för gruppen med aktivitetsersättning i psykiska diagnoser i samtliga tre kohorter (tabell 11). För dem med somatisk huvuddiagnos visade analyserna inte på någon statistiskt säkerställd förhöjd risk för suicid, dvs. konfidensintervallet täckte siffran 1. I likhet med resultaten för suicidförsök ändrades inte estimaten nämnvärt efter justering för kön, födelseland, föräldrars utbildning och suicidalt beteende hos föräldrarna. Justering för ungdomarnas tidigare suicidförsök minskade riskestimaten något, men i samtliga kohorter kvarstod en kraftig överrisk för gruppen med psykiska diagnoser. Deras relativa risk för suicid var i 2005 års kohort tre gånger högre än för de utan aktivitetsersättning. I 2005 års kohort var den 2,5 gånger så hög och i 1995 års kohort drygt tre gånger så hög som för dem utan aktivitetsersättning. Efter justering för tidigare psykiatrisk slutenvård minskade riskestimaten ytterligare, och det var endast för gruppen med psykiska diagnoser i 2005 års kohort som en statistiskt säkerställd överrisk kvarstod (tabell 11).

Tabell 10 **Hazardkvoter (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicid bland unga vuxna med aktivitetsersättning åren 1995, 2000, och 2005 (referensgruppen är jämnåriga utan aktivitetsersättning i respektive kohorts startår)**

Kohort	n	Suicid n (%)	Ojusterad modell HR (95 % KI)	Första justeringen ¹ HR (95 % KI)	Andra justeringen ² HR (95 % KI)	Tredje justeringen ³ HR (95 % KI)	Fjärde justeringen ⁴ HR (95 % KI)
1995	553 989	314 (0,06)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ej aktivitets- ersättning							
Alla med aktivitets- ersättning	5 168	10 (0,19)	3,44 (1,84-6,46)	3,32 (1,77-6,24)	3,17 (1,69-5,95)	2,55 (1,35-4,81)	1,32 (0,69-2,52)
2000	498 827	395 (0,08)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ej aktivitets- ersättning							
Alla med aktivitets- ersättning	5 914	19 (0,32)	4,08 (2,57-6,46)	3,87 (2,44-6,14)	3,69 (2,32-5,85)	2,99 (1,88-4,75)	1,56 (0,97-2,51)
2005	513 231	404 (0,08)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ej aktivitets- ersättning							
Alla med aktivitets- ersättning	12 045	45 (0,37)	4,74 (3,48-6,45)	4,53 (3,33-6,17)	4,18 (3,07-5,70)	3,04 (2,22-4,18)	1,95 (1,40-2,70)

¹ Justering för kön, födelseland och föräldrars utbildningsnivå
² Ytterligare justering för suicidalt beteende hos förälder
³ Ytterligare justering för tidigare suicidförsök hos individen
⁴ Ytterligare justering för tidigare slutenvård i psykiska diagnoser

Tabell 11 Hazardkvoter (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicid bland unga vuxna med aktivitetsersättning i psykisk diagnos respektive somatisk diagnos inklusive ingen uppgift åren 1995, 2000, och 2005 (referensgruppen är jämnåriga utan aktivitetsersättning i respektive kohorts startår)

Kohort	n	Suicid n (%)	Ojusterad modell HR (95 % KI)	Första justeringen ¹ HR (95 % KI)	Andra justeringen ² HR (95 % KI)	Tredje justeringen ³ HR (95 % KI)	Fjärde justeringen ⁴ HR (95 % KI)
1995							
Ej aktivitets- ersättning	553 989	314 (0,06)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Psykisk diagnos	1 767	7 (0,40)	6,96 (3,29-14,71)	6,7 (3,17-14,19)	6,20 (2,93-13,14)	4,26 (2,00-9,09)	1,61 (0,74-3,49)
Somatisk diagnos	1 280	2 (0,16)	2,79 (0,70-11,22)	2,82 (0,70-11,31)	2,75 (0,69-11,06)	2,32 (0,58-9,31)	1,85 (0,46-7,45)
Diagnos saknas	2 111	1 (0,05)	0,85 (0,12-6,03)	0,80 (0,11-5,68)	0,77 (0,11-5,47)	0,71 (0,10-5,08)	0,47 (0,07-3,34)
2000							
Ej aktivitets- ersättning	498 827	395 (0,08)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Psykisk diagnos	3 127	14 (0,45)	5,65 (3,32-9,63)	5,33 (3,12-9,09)	4,95 (2,90-8,44)	3,52 (2,04-6,05)	1,52 (0,88-2,63)
Somatisk diagnos	1 937	4 (0,21)	2,64 (0,98-7,06)	2,56 (0,96-6,86)	2,45 (0,91-6,56)	2,39 (0,89-6,40)	1,86 (0,69-5,00)
Diagnos saknas	850	1 (0,12)	1,50 (0,21-10,67)	1,40 (0,20-9,97)	1,46 (0,20-10,37)	1,46 (0,20-10,37)	1,25 (0,18-8,93)
2005							
Ej aktivitets- ersättning	513 231	404 (0,08)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Psykisk diagnos	8 070	42 (0,52)	6,74 (4,92-9,23)	6,40 (4,67-8,78)	5,8 (4,22-7,96)	3,92 (2,83-5,44)	2,32 (1,65-3,26)
Somatisk diagnos	3 419	2 (0,06)	0,75 (0,19-3,00)	0,73 (0,18-2,94)	0,7 (0,18-2,83)	0,63 (0,16-2,52)	0,55 (0,14-2,20)
Diagnos saknas	556	0 (0)	-	-	-	-	-

¹ Justering för kön, födelseland och föräldrars utbildningsnivå

² Ytterligare justering för suicidalt beteende hos förälder

³ Ytterligare justering för tidigare suicidförsök hos individen

⁴ Ytterligare justering för tidigare slutenvård i psykiska diagnoser

Diskussion

I samtliga av de tre studerade kohorterna fann vi en betydande överrisk för suicidalt beteende bland unga vuxna med aktivitetsersättning, både vad gäller suicidförsök och genomförda suicid. Överrisken var som mest uttalad bland dem som hade aktivitetsersättning i psykiska diagnoser och kvarstod efter justering för kön, föräldrarnas utbildningsnivå, födelseland, tidigare suicidförsök samt suicidalt beteende hos föräldrarna. Antalet unga vuxna med aktivitetsersättning har ökat kraftigt över den period vi studerade och antalet bland dem som gjort suicidförsök eller suiciderat har förhållandevis ökat ännu mer.

Analyserna visade dessutom att en betydande andel av dem med aktivitetsersättning i psykiska diagnoser och som sjukhusvårdats för suicidförsök under uppföljningstiden, även hade vårdats för detta under den föregående sexårsperioden. Suicidalt beteende bland unga vuxna som beviljas aktivitetsersättning i en psykisk diagnos framstår som en mycket tydlig signal om att omfattande insatser från hälso- och sjukvården och eventuellt även från andra aktörer kan vara befogade. Suicidpreventiva insatser har visat sig ha effekt (Daniel m.fl. 2009; Robinson m.fl. 2011; van der Feltz-Cornelis m.fl. 2011) men det är oklart i vilken utsträckning dessa metoder har implementerats. Trots att många av de unga tillhörde kända riskgrupper har i flera fall fortsatt suicidalt beteende inte kunnat förhindras. En fråga är om dessa unga vuxna fått tillgång till de insatser de var i behov av. I en sammanställning av alla inträffade suicid som anmäldes enligt Lex Maria (Socialstyrelsen 2010), fastslår socialstyrelsen att suicidriskbedömningar och dokumentation av dessa i flera fall varit bristfälliga. Vidare fanns det tydlig förbättringspotential kring rutiner och samarbete beträffande vården av suicidnära patienter.

Det kan synas självklart att personer som har så allvarlig psykisk sjukdom att de beviljas aktivitetsersättning även har högre risk för suicidalt beteende. Emellertid bör alla personer som får aktivitets-

ersättning i en psykisk diagnos redan initialt ha god psykiatrisk vård; de har utretts och diagnostiserats med en psykisk sjukdom och bör därmed vara väl kända inom hälso- och sjukvården. Det innebär att en handlingsplan ska finnas och att preventiva insatser bör ha planerats, även vad gäller suicidprevention. Det är oklart hur handlingsplanerna formulerats, och hur väl de följts upp.

I samband med införandet av aktivitetstersättning år 2003 utökades Försäkringskassans samordningsuppdrag för individer med aktivitetstersättning (Försäkringskassan 2012b). Förutom planering och samordning av arbetslivsinriktad rehabilitering omfattar uppdraget från och med 2003 även att identifiera behov av samordning, verka för rehabiliterande och aktiverande insatser, samt att utöva tillsyn över de insatser som tillhandahålls av andra aktörer. Försäkringskassans uppdrag när det gäller dessa personer är därmed mycket omfattande.

Försäkringskassan konstaterar, i en rapport från 2012 om situationen för unga med aktivitetstersättning, att uppföljningen av enskilda individer både behöver utvecklas och sannolikt genomföras oftare (Försäkringskassan 2012b). I intervjuer med handläggare på Försäkringskassan framkom önskemål om att arbeta betydligt närmare dem med aktivitetstersättning, för att bättre kunna svara mot de uppställda målsättningarna. I rapporten föreslås att Försäkringskassan ska utveckla metoder för handläggning och samordning som ger adekvat stöd i de individuella fallen. *Med utgångspunkt i resultaten i denna rapport framstår det som centralt med mer regelbunden uppföljning av unga vuxna med aktivitetstersättning, bl.a. vad avser deras psykiska hälsa och deras behov av insatser.* Metoder för sådan kontinuerlig uppföljning behöver utvecklas, t.ex. vad gäller instrument för bedömning av de ungas behov. Metoder för samverkan mellan olika aktörer kring dessa unga vuxna behöver också utvecklas (Josefsson 2007).

Som framgått av tidigare rapporter inom detta område (SOU 2008:102; ISF 2011; Försäkringskassan 2012b) har antalet unga med aktivitetstersättning i psykiska diagnoser ökat kraftigt sedan 1990-talet. Våra resultat bekräftar bilden av att den största ökningen har skett inom diagnosgrupper som tillkom eller utvidgades i diagnos-systemet ICD-10, vilket kom i bruk i mitten av 1990-talet. En likartad ökning av dessa diagnoser tycks ha skett för både kvinnor och män.

När det gäller utbildning och födelseland tycks gruppen med aktivitetstersättning över tid ha följt ett likartat mönster som den

övriga befolkningen i motsvarande ålder (tabell 1–2). Detta ger inga hållpunkter för att ökningen av personer med aktivitetsersättning skulle förklaras av en ökad tendens att bevilja aktivitetsersättning beroende på utbildningsnivå eller födelseland.

Det är värt att notera att andelen bland dem med aktivitetsersättning som tidigare vårdats inom psykiatrisk slutenvård minskade från 1995 års till 2005 års kohort. I åldersgruppen som helhet var mönstret omvänt, med en successiv ökning av andelen som fått psykiatrisk slutenvård. En möjlig tolkning skulle kunna vara att ökad kunskap om de psykiska diagnoserna har inneburit en större medvetenhet om den funktionsnedsättning som är förknippad med dessa tillstånd, vilket lett till att även personer med mindre påtagliga symtom (som inte kräver psykiatrisk slutenvård) beviljas aktivitetsersättning för sin funktionsnedsättning.

Samtidigt finns det anledning att befara att de medicinska utredningarna av psykiska symtom kan ha betydande brister. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) konstaterade exempelvis nyligen i en systematisk litteraturöversikt avseende instrument för utredning av autismspektrumtillstånd (F84) att det vetenskapliga underlaget för instrumentens diagnostiska träffsäkerhet är bristfälligt (SBU 2013). SBU:s rapport visar att det antingen finns otillräckligt vetenskapligt underlag för att bedöma de instrument som används, eller att instrumenten saknar tillfredställande diagnostisk träffsäkerhet. ISF konstaterar dessutom i en nyligen publicerad rapport att det finns påtagliga brister i de medicinska utredningar som Försäkringskassan använder som underlag för att fatta beslut om beviljande av aktivitetsersättning (ISF 2012). Utveckling och implementering av tillförlitliga instrument för bedömning av såväl diagnos som funktionsnedsättning vid olika psykiska sjukdomar är av central betydelse för att säkerställa att de medicinska bedömningarna håller hög kvalitet.

Det finns framförallt tre olika grupper bland dem med aktivitetsersättning; de med så allvarliga och omfattande funktionsnedsättningar att de rimligen aldrig kommer att kunna försörja sig själva, de som på grund av sjukdom eller skada behöver försörjning under förlängd skolgång samt de med nedsatt arbetsförmåga som slutat skolan och förhoppningsvis senare kommer att kunna försörja sig genom arbete helt eller delvis (SOU 2008:102). I denna studie har vi inte kunnat skilja på dem och möjligen är de utfall vi studerat; suicidförsök och suicid, inte relaterade till eller skiljer sig mellan dessa tre grupper. Oberoende om de personer som har eller senare beviljas aktivitetsersättning kommer att ha Försäkringskassan eller

någon annan aktör (t.ex. Arbetsförmedlingen) som främsta kontakt (SOU 2008:102), är det centralt att deras risk för suicidalt beteende uppmärksammas och att de vid behov får möjlighet till adekvat psykiatrisk vård. Det är också oklart i vilken utsträckning de som beviljas aktivitetsersättning i psykiska diagnoser fått och får psykiatrisk specialistvård. Ett problem i hälso- och sjukvården är att många patienter med psykiska besvär inte identifieras alternativt inte får optimal vård (Alexanderson m.fl. 2005; WHO 2005).

Det är tänkbart att de som får aktivitetsersättning med en somatisk diagnos även har en psykisk samsjuklighet. Det kan också vara så att både de med aktivitetsersättning i somatisk eller en viss psykisk diagnos under tiden med aktivitetsersättning utvecklar en annan psykisk sjuklighet som innebär en ökad risk för suicidalt beteende.

Styrkor och begränsningar

Detta är den första prospektiva studien av suicidalt beteende och förändringar av detta över tid, bland unga vuxna med och utan aktivitetsersättning ett visst år. Resultaten väcker många frågor och analyserna kan och bör fördjupas.

Styrkor i denna studie är att vi använt oss av rikstäckande populationsbaserade registerdata av hög kvalitet (SCB 2008; Socialstyrelsen 2009; Ludvigsson m.fl. 2011). Vi har även i de statistiska analyserna kunnat ta hänsyn till så kallade confounders, dvs. faktorer som kan snedvrider resultaten genom sin koppling till både aktivitetsersättning och suicidalt beteende. En ytterligare styrka är att vi hade tillgång till information om unga individer med aktivitetsersättning vid olika tidpunkter, vilket möjliggjorde analyser av förändringar över tid; dvs. möjlighet att beakta så kallade kohorteffekter. Viktigt att nämna är även att studiepopulationens storlek tillät analyser av risker i olika diagnostiska kategorier, vilket annars inte är vanligt.

Studien har även begränsningar som bör beaktas. De registerdata vi använt inkluderar endast information om suicidförsök av sådan svårighetsgrad att sjukhusvård varit påkallad. Information om suicidförsök som personen inte sökt vård för eller som endast behandlats inom öppenvården inkluderades därmed inte i våra analyser. En betydande andel av dem som gör suicidförsök vårdas inte på sjukhus. I en studie genomförd i Sverige uppskattades exempelvis att 47 % av dem som försökt ta sina liv inte söker vård för detta (Ramberg m.fl. 2000). De uppgifter om antal suicidförsök som

presenteras i den här rapporten är alltså snarare underskattningar än överskattningar, och det är ovisst om ”mörkertalen” skiljer sig mellan personer med och utan aktivitetsersättning och över tid. Det kan å andra sidan även ses som en styrka att endast de med allvarigare suicidförsök studerats.

En annan begränsning är att Försäkringskassans MiDAS-register saknar uppgifter om diagnos för en betydande andel av aktivitetsersättningarna i 1995 års kohort. Detta gäller inte bara unga med aktivitetsersättning utan även äldre med sjukbidrag eller förtidspension (numera kallat sjukersättning), dvs. det saknas information om diagnos även för ca 40 % av de äldre, för år 1995 och närliggande år. Vi har därför genomgående valt att redovisa resultat separat för den grupp för vilken diagnos saknas. De bakgrundsfaktorer vi studerat antyder att den grupp för vilka diagnos saknades hade större likheter med gruppen med somatiska diagnoser än gruppen med psykiska diagnoser. Ett undantag var dock att de utan diagnos hade stora likheter med gruppen med utvecklingsstörning avseende flertalet bakgrundsvariabler. Exempelvis hade majoriteten inte slutfört gymnasiet vid 19 års ålder (91–97 %). Det är tänkbart att de som saknade diagnoser i registret i stor utsträckning fått sin diagnos tidigt i livet, innan MiDAS påbörjades, vilket kan innebära att utvecklingsrelaterade diagnoser är överrepresenterade.

Vidare hade personerna haft aktivitetsersättning olika länge när kohortens uppföljningstid började, samt kan ha haft aktivitetsersättning på deltid. Individerna kan därmed ha varit exponerad för eventuella effekter av aktivitetsersättning i olika grad och under olika lång tid.

Antalet slutenvårdsplatser inom sjukvården har minskat betydligt de senaste decennierna och särskilt så inom psykiatri och de allra flesta vårdas inom öppenvården (vilket vi inte har data om i denna studie). Det innebär att behandling, i termer av inläggning, kan ha varierat avsevärt över tid.

Slutsatser

Här har vi studerat hälsorisker i form av suicidalt beteende bland unga vuxna med aktivitetsersättning. Suicidalt beteende är ett allvarligt tecken på psykisk ohälsa.

Vi fann att riskerna för suicidalt beteende är högre bland unga vuxna med aktivitetsersättning än bland dem utan. Denna skillnad

har kvarstått över tid trots att antalet personer med aktivitetsersättning i åldersgruppen har mer än fördubblats. Detta bör ses mot bakgrund av att suicidtalerna har minskat i samtliga andra åldersgrupper i Sverige, förutom bland just unga vuxna (KVA 2010).

Mer kunskap behövs om möjliga konsekvenser av att ha aktivitetsersättning, för att kunna förebygga negativa konsekvenser. Psykiska diagnoser är ofta i sig förknippade med en betydande överrisk för suicidalt beteende (Black m.fl. 2004; Novick m.fl. 2010), vilket innebär att det inte går att fastslå att aktivitetsersättning i sig är en riskfaktor för suicidalt beteende. Resultaten visar dock tydligt att unga vuxna med aktivitetsersättning löper stor risk för suicidalt beteende, vilket visar på ett stort behov av bättre preventiva insatser. *För att kunna åstadkomma detta behövs mer regelbundna uppföljningar, tillförlitliga bedömningsinstrument för att identifiera riskpersoner och bättre, individualiserade preventiva handlingsplaner.* Exempelvis är det viktigt att en strukturerad intervjumanual utvecklas, som kan användas i regelbundna kontakter med de unga med aktivitetsersättning. Intervjumanualen bör vara utformad för att underlättar identifiering av såväl psykisk ohälsa och suicidrisk, som andra svårigheter som de unga har. Regelbundna uppföljningar av de ungas situation kan ligga till grund för planering av insatser och uppdaterade handlingsplaner.

Framtida studier bör ytterligare fördjupa frågeställningarna om hälsoförhållanden som bidrar till att individen får aktivitetsersättning, liksom de konsekvenser aktivitetsersättning kan få, för hälsa och välbefinnande. Sådan forskning kan bilda kunskapsunderlag för mer individanpassade preventiva insatser.

Referenser

(2010). Socialförsäkringsbalk (2010:110).

Alexanderson, K, Brommels, M, Ekenvall, L, Karlsryd, E, Löfgren, A, Sundberg, L, Österberg, M (2005). Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm, Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet.

Alexanderson, K, Marklund, S, Mittendorfer-Rutz, E, Svedberg, P (2011). Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet.

Arnett, JJ (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol* 55(5): 469–480.

Black, DW, Blum, N, Pfohl, B, Hale, N (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord* 18(3): 226–239.

Daniel, S, Goldston, D (2009). Interventions for Suicidal Youth: A Review of the Literature and Developmental Considerations. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 39(3): 252–268.

Druss, BG, Hwang, I, Petukhova, M, Sampson, NA, Wang, PS, Kessler, RC (2009). Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 14(7): 728–737.

Försäkringskassan (2012a). Regelbok för socialförsäkringen 2012. Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2012b). Tio år med aktivitetsersättning – en studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

- Goodman, A, Joyce, R, Smith, JP (2011). The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proc Natl Acad Sci U S A* 108(15): 6032–6037.
- Hawton, K, Saunders, KE, O'Connor, RC (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 379(9834): 2373–2382.
- Hawton, K, van Heeringen, K (2009). Suicide. *Lancet* 373(9672): 1372–1381.
- Hjern, A, Allebeck, P (2002). Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37(9): 423–429.
- ISF (2011). Unga med aktivitetsersättning: den senaste utvecklingen och hypoteser om orsakerna till utvecklingen, Inspektionen för socialförsäkring. 2011:10.
- ISF (2012). Aktivitetsersättning: från förlängd skolgång till nedsatt arbetsförmåga, Inspektionen för socialförsäkringen. 2012:1.
- Jahoda, M (1981). Work, employment and unemployment. Values, theories and approaches in social research. *Am Psychol*(36): 184–191.
- Jonsson, U, Bohman, H, Hjern, A, von Knorring, L, Olsson, G, von Knorring, AL (2010). Subsequent higher education after adolescent depression: a 15-year follow-up register study. *European psychiatry : the Journal of the Association of European Psychiatrists* 25(7): 396–401.
- Jonsson, U, Bohman, H, Hjern, A, von Knorring, L, Paaren, A, Olsson, G, von Knorring, AL (2011a). Intimate relationships and childbearing after adolescent depression: a population-based 15 year follow-up study. *Social psychiatry & psychiatric epidemiology* 46(8): 711–721.
- Jonsson, U, Bohman, H, von Knorring, L, Olsson, G, Paaren, A, von Knorring, AL (2011b). Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample. *J Affect Disord* 130(3): 395–404.
- Josefsson, B (2007). Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa, Myndigheten för Skolutveckling, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen.

- Kessler, RC, Amminger, GP, Aguilar-Gaxiola, S, Alonso, J, Lee, S, Ustun, TB (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 20(4): 359–364.
- Kessler, RC, Berglund, P, Demler, O, Jin, R, Merikangas, KR, Walters, EE (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62(6): 593–602.
- KVA (2010). Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. State of the Science Konferens Uttalande. Stockholm, Kungliga vetenskapsakademien (KVA).
- Ludvigsson, J, Andersson, E, Ekbom, A, Feychting, M, Kim, J, Reuterwall, C, Heurgren, M, Olausson, P (2011). External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health*: Jun 9;11:450. doi: 410.1186/1471-2458-1111-1450.
- Medin, J, Alexanderson, K (2000). Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande – en litteraturstudie. Lund, Studentlitteratur.
- Messersmith, EE, Schulenberg, JE (2010). Goal attainment, goal striving, and well-being during the transition to adulthood: a ten-year U.S. national longitudinal study. *New Dir Child Adolesc Dev* 2010(130): 27–40.
- Mittendorfer-Rutz, E, Rasmussen, F, Lange, T (2012). A life-course study on effects of parental markers of morbidity and mortality on offspring's suicide attempt. *PLoS One* 7(12): e51585.
- Mittendorfer-Rutz, E, Rasmussen, F, Wasserman, D (2004). Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. *Lancet* 364(9440): 1135–1140.
- Mittendorfer-Rutz, E, Rasmussen, F, Wasserman, D (2008). Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43(1): 28–36.
- Mittendorfer-Rutz, E, Schmidtke, A (2009). Suicide attempts in Europe. *The Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective*. D Wasserman, Wasserman, C, Oxford University Press: 123–126.

- Novick, DM, Swartz, HA, Frank, E (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disord* 12(1): 1–9.
- OECD (2013). Mental health and work: Sweden, OECD publishing.
- Olofsson, J, Östh, J (2010). Förtidspensionering av unga. En fråga om urtsortering efter utbildningsnivå och socioekonomisk bakgrund. So utredningar. Stockholm, Parlamentariska socialförsäkringsutredningen. 4.
- Petersen, S, Bergström, E, Cederblad, M, Ivarsson, A, Köhler, L, Rydell, A-M, Stenbeck, M, Sundelin, C, Hägglöf, B (2010). Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid. Stockholm: 1–89.
- Ramberg, IL, Wasserman, D (2000). Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. *Psychol Med* 30(5): 1189–1196.
- Robinson, J, Hetrick, SE, Martin, C (2011). Preventing suicide in young people: systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 45(1): 3–26.
- Rosén, M, Axelsson, S, Lindblom, J (2008). Släng inte ut observationsstudier med badvattnet. *Läkartidningen* 105(45): 3191–3194.
- Runeson, B, Haglund, A (2013). Affektiva syndrom är dödliga – självmordsrisken är hög. *Läkartidningen* 110(9-10): 478–479.
- Runeson, B, Tidemalm, D, M, D, Lichtenstein, P, Långström, N (2010). Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*(341): c3222.
- SBU (2003). Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt (rapport 167). Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering: 1–503.
- SBU (2013). Autismspektrumtillstånd: Diagnostik och insatser, vårdens organisation och patientens delaktighet (rapport 215).
- SCB (2008). Longitudinell Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA) 1990 till 2006. Halmstad.

- Sinokki, M, Hinkka, K, Ahola, K, Koskinen, S, Kivimäki, M, Honkonen, T, Puukka, P, Klaukka, T, Lonnqvist, J, Virtanen, M (2009). The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: the Health 2000 Study. *J Affect Disord* 115(1-2): 36–45.
- Socialstyrelsen (2009). Kvalitet och innehåll i patientregistret. Utskrivningar från slutenvården 1964–2007 och besök i specialiserad öppenvård (exklusive primärvårdsbesök) 1997–2007. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2010). Själv mord 2006–2008 anmälda enligt Lex Maria.
- Socialstyrelsen/Folkhälsoinstitutet (2012). Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2012.
- SOU (2008:102). Brist på brådska – en översyn av aktivitetsersättningen. Betänkande av utredningen om en översyn av aktivitetsersättningen. Stockholm, SOU.
- SOU (2012). Registerdata för forskning. Delbetänkande av statistikutredningen 2012. Stockholm, Statens Offentliga Utredningar (SOU 2012:36).
- Waddell, G, Burton, K (2006). *Is work good for your health and well-being?* London, TSO.
- van der Feltz-Cornelis, C, Sarchiapone, M, Postuvan, V, Volker, D, Roskar, S, Grum, A, Carli, V, McDaid, D, O'Connor, R, Maxwell, M, Ibelshäuser, A, Van Audenhove, C, Scheerder, G, Sisask, M, Gusmão, R, Hegerl, U (2011). Best practice elements of multi-level suicide prevention strategies. A review of systematic reviews. *Crisis* 32(6): 319–333.
- WHO (1993). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva, WHO.
- WHO (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Vingård, E, Alexanderson, K, Norlund, A (2004). *Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU)*. Chapter 9.

Consequences of being on sick leave. *Scandinavian Journal of Public Health* 32(Supplement 63, Review): 207–215.

I denna rapport analyseras risken för suicidalt beteende bland unga vuxna med aktivitetsersättning. Flera rapporter har diskuterat de senaste decenniernas ökning av antalet unga vuxna med aktivitetsersättning. Ökningen har främst skett i psykiska diagnoser. Suicidalt beteende är ett allvarligt tecken på psykisk ohälsa. Studien är den första i sitt slag i Sverige.

Rapporten visar att riskerna för suicidalt beteende är högre bland unga vuxna med aktivitetsersättning än bland dem utan. Skillnaden kvarstår över tid trots att antalet unga vuxna med aktivitetsersättning mer än fördubblats mellan åren 1995-2005. Detta bör ses mot bakgrund av att suicidtalerna har minskat i samtliga andra åldersgrupper i Sverige, förutom bland just unga vuxna. Författarna konstaterar att unga vuxna med aktivitetsersättning löper stor risk för suicidalt beteende, vilket visar på ett stort behov av bättre preventiva insatser i form av regelbundna uppföljningar och individualiserade handlingsplaner.

Rapporten är skriven av Ulf Jonsson, Ellenor Mittendorfer-Rutz, Linnea Kjeldgård och Kristina Alexanderson, verksamma vid sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap vid Karolinska Institutet.

Underlagsrapporter i serien

1. Studerande och socialförsäkringen
2. Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan under 2000-talet
3. Hur bör arbetslöshetsförsäkringen utformas?
4. Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna
5. Förtidspensionering av unga
6. En socialförsäkring för alla – Handikappförbundens förslag till en hållbar socialförsäkring
7. Arbetslivsinriktad rehabilitering
8. En alternativ arbetsskadeförsäkring
9. Ekonomiska incitament inom arbetslöshets- och sjukförsäkringarna
10. Sveriges socialförsäkringar i jämförande perspektiv
11. One-stop shops i Europa
12. Vid arbetslivets gränser: Sysselsättning, matchning, barriärer 1974-2010
13. Unga vuxna med aktivitetsersättning – risk för suicidförsök och suicid



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

*Parlamentariska social-
försäkringsutredningen
(S 2010:04)*