

Suicidalt beteende bland unga med aktivitetsersättning

Ulf Jonsson¹ Ellenor Mittendorfer-Rutz² Linnea Kjeldgård³
Kristina Alexanderson⁴

¹Korresponderande författare, post doc, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm. E-post: ulf.jonsson@ki.se. ²Docent, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm. E-post: ellenor.mittendorfer-rutz@ki.se. ³Statistiker, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm. E-post: linnea.kjeldgard@ki.se. ⁴Professor, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm. E-post: kristina.alexanderson@ki.se.

I denna studie analyserades samband mellan att ha aktivitetsersättning i tidig vuxen ålder och suicidalt beteende, samt hur sådana samband utvecklats över tid. Vi använde individdata från rikstäckande register och utgick från tre kohorter: samtliga unga vuxna som var 19-23 år och folkbokförda i Sverige år 1995, 2000 respektive 2005. Risken för suicidförsök och suicid under de efterföljande fem åren studerades för varje kohort. I samtliga kohorter förelåg en kraftig överrisk för såväl suicidförsök som suicid hos unga med aktivitetsersättning. Från 1995 till 2005 mer än fördubblades antalet unga med aktivitetsersättning, medan antalet suicidförsök och suicidförsök i denna grupp fyrdubblades. Det finns ett påtagligt behov av regelbunden uppföljning av unga med aktivitetsersättning, för att säkerställa att de får rätt insatser.

Inledning

Unga vuxna i åldrarna 19-29 år, som på grund av sjukdom eller skada har nedsatt arbetsförmåga, kan beviljas så kallad aktivitetsersättning¹ [1-3]. 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.

Sedan mitten av 1990-talet har andelen unga som har sådan ersättning ökat kraftigt, från ca 1 % av alla i åldrarna 16-29 år 1995 till ca 2,5 % av alla i motsvarande åldrar år 2010 [4]. Ökningen har framförallt skett för aktivitetsersättning i psykiska diagnoser [5]. Att så

¹ 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.

många, och ett ökande antal, unga personer har aktivitetsersättning i dessa diagnoser, väcker frågor om hur de mår psykiskt.

Symtombilden vid de psykiska diagnoserna innebär ofta i sig ett påtagligt psykiskt lidande, som exempelvis vid depression då låg självkänsla, skuld-känslor och suicidtankar är vanliga symtom [6, 7]. Flera av de psykiska diagnoserna är även förknippade med en mycket förhöjd risk för suicidalt beteende (suicidförsök eller genomfört suicid) [6, 8, 9]. Utöver symtombilden finns dock ytterligare skäl att anta att unga med aktivitetsersättning kan må psykiskt dåligt. Övergången från tonåren till vuxenlivet är en period som karakteriseras av identitetsutforskandet [10]. Perioden innebär också en övergång från utbildning till arbete. 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 [11, 12]. Att i tidig ålder exkluderas från arbetsmarknaden kan istället leda till marginalisering och social isolering, som i sin tur kan tänkas påverka den psykiska hälsan negativt, i synnerhet för dem som redan har en psykisk sårbarhet [13, 14]. Situationen i tidig vuxen ålder kan vara avgörande för såväl framtida ekonomiska och sociala möjligheter som för psykisk hälsa [15]. Social isolering och missade chanser att etablera sig på arbetsmarknaden under denna period kan därmed tänkas få negativa konsekvenser på flera plan. Samtidigt är möj-

ligheten till försörjning för personer som pga sjukdom eller skada inte kan försörja sig en synnerligen viktig del av välfärdsstaten och för individers ekonomiska och sociala trygghet.

I den här artikeln presenteras delar av resultaten från en underlagsrapport till Parlamentariska socialförsäkringsutredningen, i vilken vi studerade risken för suicidalt beteende hos dem som i tidig vuxen ålder har aktivitetsersättning [16]. Suicidalt beteende är bland de allvarligaste konsekvenserna av att må psykiskt dåligt eller av att ha en psykisk sjukdom [17] och utgör ett betydande folkhälsoproblem bland unga [18]. Suicidförsökstalen är höga bland unga och suicid är den näst vanligaste dödsorsaken i denna åldersgrupp i många Europeiska länder [19]. Riskfaktorer för suicidalt beteende inkluderar, förutom de redan nämnda psykiska sjukdomarna även psykologiska, familjära, sociala och kulturella faktorer [17, 20, 21]. Det är därför viktigt att ta hänsyn till sådana faktorer när risk för suicidalt beteende studeras.

Syfte

Syftet med studien 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.

Metod

Studiedesign

Tre kohorter följdes prospektivt 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. 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).

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 vuxna och dels för att ingen individ skulle kunna inkluderas i mer än en kohort. De i varje kohort som hade aktivitetsersättning under hela eller delar av inklusionsåret jämfördes med dem som inte hade aktivitetsersättning det året.

Data från följande register har använts: Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) vid Statistiska Centralbyrån (SCB); Flergenerationsregistret vid SCB; MikroData för Analys av Socialförsäkringen (MiDAS) vid Försäkringskassan; Patientregistret (PAR) vid Socialstyrelsen; samt Dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen.

Huvuddiagnos vid aktivitetsersättning

Information om huvuddiagnoser för aktivitetsersättning inhämtades från

MiDAS och klassificerades i tre grupper; i psykiska diagnoser, somatiska diagnoser, samt 'diagnos saknas'. 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.

Utfallsmått

I analyserna har vi använt två olika utfallsmått under respektive kohorts uppföljningstid: suicidförsök och suicid under de fem åren efter inklusionsåret.

Suicidförsök definierades utifrån uppgifter i PAR om slutenvård för avsiktligt självdestruktiv handling (X60-X84) eller skadehändelser med oklar avsikt (Y10-Y34). Suicid definierades som dödsfall enligt samma diagnoskoder. Skadehändelser med oklar avsikt inkluderades för att begränsa effekten av tidsmässiga och regionala skillnader i bedömningsrutiner. Detta förfarings-sätt är i linje med vad som är brukligt inom forskningsområdet [18, 22].

Bakgrundsvariabler

Uppgifter om kön, födelseland och föräldrarnas utbildningsnivå (som mått på socioekonomisk situation under uppväxten) inhämtades från LISA-databasen. Koppling mellan individerna i kohorterna och deras föräldrar gjordes via Flergenerationsregistret. Födelseland kategoriserades som född i Sverige eller i ett annat land. 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).

Informationen om tidigare suicidförsök hos den unge vuxne definierades som att någon gång tidigare i livet varit inlagd på sjukhus för suicidförsök. 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.

Statistiska analyser

Såväl risken uttryckt i andel som relativa estimat av risken för suicidförsök och suicid för den femåriga 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 an-

delen 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.

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. I analyserna om risk för suicidförsök bidrog varje person med 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 dödsorsak.

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

1. bland dem med aktivitetsersättning,
2. uppdelat i de med aktivitetsersättning i psykisk diagnos, i somatisk diagnos respektive dem för vilka uppgift om aktivitetsersättningsdiagnos saknades.

Sambanden studerades genom fyra regressionsmodeller: Först beräknades ojusterade estimat. Därefter justerades estimaten statistiskt för eventuellt inflytande från skillnader mellan grupperna i kön, födelseland, och föräldrar-

nas 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.

Resultat

Bakgrundsvariabler

De aktuella kohorterna (dvs. samtliga som respektive år var 19-23 år) bestod av drygt en halv miljon personer i varje kohort. Antalet individer med aktivitetsersättning mer än fördubblades från 5 158 individer (0,92 %) i 1995 års kohort till 12 045 individer (2,29 %) i 2005 års kohort (tabell 1). Den successiva ökningen i antalet unga vuxna med aktivitetsersättning skedde till stor del i psykiska diagnoser, från 1 767 (0,32 %) unga vuxna 1995 till 8 070 individer (1,54 %) 2005 med aktivitetsersättning

i psykisk diagnos. I samtliga tre kohorter förekom en viss överrepresentation av män bland dem med aktivitetsersättning i både psykisk diagnos och somatisk diagnos (50 - 55 % män).

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 (tabell 1).

Avseende situationen för de unga vuxnas föräldrar fanns det bland dem med aktivitetsersättning – jämfört med andra unga - en överrepresentation av föräldrar som hade grundskola som högsta avslutade utbildningsnivå. Detta var tydligast för de unga med aktivitetsersättning i en psykisk diagnos (tabell 1). Suicidalt beteende hos föräldrar, mätt som slutenvård för suicidförsök

Tabell 1. Bakgrundsdata för unga vuxna 19-23 år gamla år 1995, 2000 respektive 2005, i relation till aktivitetsersättning generellt och uppdelad på diagnos för aktivitetsersättning (psykisk, somatisk, diagnosinformation saknades).

Kohort		Kön (antal och andel män)		Födelseland (utrikes)	Grundskola som högsta kända utbildningsnivå hos föräldrar	Suicidförsök och/eller suicid hos någon förälder	Tidigare sjukhusvård för suicidförsök hos den unge vuxne
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Totalt	1995	559 147 (100)	285 766 (51,11) ^a	48 745 (8,72) ^{ab}	119 700 (21,41) ^{ab}	22 774 (4,07) ^{ab}	5 803 (1,04) ^{ab}
	2000	504 741 (100)	258 053 (51,13) ^c	51 654 (10,23) ^{bc}	85 184 (16,88) ^{bc}	22 071 (4,37) ^{bc}	5 689 (1,13) ^{bc}
	2005	525 276 (100)	269 629 (51,33) ^{cd}	64 628 (12,30) ^{cd}	70 922 (13,50) ^{cd}	25 682 (4,89) ^{cd}	7 235 (1,38) ^{cd}
Ej aktivitetsersättning	1995	553 989 (99,08) ^{ab}	282 949 (51,07)	48 358 (8,73) ^{ab}	118 284 (21,35) ^{ab}	22 454 (4,05) ^{ab}	5 611 (1,01) ^{ab}
	2000	498 827 (98,83) ^{bc}	254 793 (51,08)	51 005 (10,22) ^{bc}	83 758 (16,79) ^{bc}	21 664 (4,34) ^{bc}	5 452 (1,09) ^{bc}
	2005	513 231 (97,71) ^{cd}	263 071 (51,26)	63 128 (12,30) ^{cd}	68 602 (13,37) ^{cd}	24 644 (4,80) ^{cd}	6 474 (1,26) ^{cd}
Alla med aktivitetsersättning	1995	5 158 (0,92) ^{ab}	2 817 (54,61)	387 (7,50) ^{ab}	1 416 (27,45) ^{ab}	320 (6,20) ^b	192 (3,72) ^b
	2000	5 914 (1,17) ^{bc}	3 260 (55,12)	649 (10,97) ^{bc}	1 426 (24,11) ^{bc}	407 (6,88) ^c	237 (4,01) ^c
	2005	12 045 (2,29) ^{cd}	6 558 (54,45)	1 500 (12,45) ^{cd}	2 320 (19,26) ^{cd}	1 038 (8,62) ^{cd}	761 (6,32) ^{cd}
Psykisk diagnos	1995	1 767 (0,32) ^{ab}	942 (53,31)	155 (8,77) ^{ab}	550 (31,13) ^{ab}	133 (7,53) ^b	115 (6,51) ^b
	2000	3 127 (0,62) ^{bc}	1 744 (55,77)	348 (11,13) ^{bc}	844 (26,99) ^{bc}	260 (8,31) ^c	189 (6,04) ^c
	2005	8 070 (1,54) ^{cd}	4 441 (55,03)	977 (12,11) ^b	1 623 (20,11) ^{cd}	775 (9,60) ^{cd}	664 (8,23) ^{cd}
Somatisk diagnos	1995	1 280 (0,23) ^{ab}	645 (50,39)	90 (7,03) ^{ab}	295 (23,05) ^b	67 (5,23)	36 (2,81)
	2000	1 937 (0,38) ^{bc}	1 023 (52,81)	224 (11,56) ^{bc}	403 (20,81) ^c	116 (5,99)	39 (2,01)
	2005	3 419 (0,65) ^{cd}	1 784 (52,18)	777 (11,71) ^{cd}	614 (17,96) ^{cd}	230 (6,73)	89 (2,6)
Uppgift om diagnos saknas	1995	2 111 (0,38) ^{ab}	1 230 (58,27)	142 (6,73) ^{ab}	571 (27,05) ^{ab}	120 (5,68) ^a	41 (1,94)
	2000	850 (0,17) ^{bc}	493 (58,00)	77 (9,06) ^a	179 (21,06) ^{bc}	31 (3,65) ^{bc}	9 (1,06)
	2005	556 (0,11) ^{cd}	333 (59,89)	60 (10,79) ^b	83 (14,93) ^{cd}	33 (5,94) ^c	8 (1,44)

^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. 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)
1995						
Ej aktivitetsersättning	553 989	2 449 (0,44)	1	1	1	1
Alla med aktivitetsersättning	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)
2000						
Ej aktivitetsersättning	498 827	3 824 (0,77)	1	1	1	1
Alla med aktivitetsersättning	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)
2005						
Ej aktivitetsersättning	513 231	4 449 (0,87)	1	1	1	1
Alla med aktivitetsersättning	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 Justering för kön, födelseland och föräldrars utbildningsnivå

² Ytterligare justering för suicidalt beteende hos förälder

³ Ytterligare justering för tidigare suicidförsök hos individen

och/eller som genomfört suicid, var för samtliga kohorter vanligare bland de unga vuxna som fått aktivitetsersättning i psykisk diagnos (8-10 %) än bland de jämnåriga utan aktivitetsersättning (4-5 %). För dem med aktivitetsersättning 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 aktivitetsersättning, som för de jämnåriga utan aktivitetsersättning (tabell 1).

En successiv ökning av andelen som tidigare varit inlagda pga av suicidförsök observerades bland de unga vuxna utan aktivitetsersättning (tabell 1).

Bland dem som hade aktivitetsersättning i psykisk diagnos var andelen som gjort ett tidigare suicidförsök i 2005 års kohort signifikant högre än i de två tidigare kohorterna (tabell 1).

Suicidförsök bland unga med aktivitetsersättning

Andelen unga vuxna utan aktivitetsersättning med suicidförsök inom fem år efter inklusion ökade successivt mellan kohorterna, från 0,44 % i 1995 års kohort till 0,87 % i 2005 års kohort (tabell 2). 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

Tabell 3. Hazardkvoter (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicidförsök bland unga vuxna med aktivitetsersättning i psykisk, i somatisk diagnos eller där information om diagnosen saknades, 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)
1995						
Ej aktivitetsersättning	553 989	2 449 (0,44)	1	1	1	1
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)
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)
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)
2000						
Ej aktivitetsersättning	498 827	3 824 (0,77)	1	1	1	1
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)
Somatisk diagnos	1 937	29 (1,50)	1,98 (1,37-2,85)	1,92 (1,34-2,77)	1,87 (1,30-2,70)	1,74 (1,21-2,51)
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)
2005						
Ej aktivitetsersättning	513 231	4 449 (0,87)	1	1	1	1
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)
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)
Diagnos saknas	556	≤ 5 (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)

¹ Justering för kön, födelseland och föräldrars utbildningsnivå

² Ytterligare justering för suicidalt beteende hos förälder

³ Ytterligare justering för tidigare suicidförsök hos individen

Tabell 4. 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)
1995	553 989	314 (0,06)	1	1	1	1
Ej aktivitetsersättning						
Alla med aktivitetsersättning	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)
2000	498 827	395 (0,08)	1	1	1	1
Ej aktivitetsersättning						
Alla med aktivitetsersättning	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)
2005	513 231	404 (0,08)	1	1	1	1
Ej aktivitetsersättning						
Alla med aktivitetsersättning	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 Justering för kön, födelseland och föräldrars utbildningsnivå

² Ytterligare justering för suicidalt beteende hos förälder

³ Ytterligare justering för tidigare suicidförsök hos individen

somatisk huvuddiagnos (tabell 3).

I samtliga tre kohorter hade de med aktivitetsersättning en förhöjd ojusterad relativ risk för suicidförsök under de efterföljande fem åren jämfört med dem utan aktivitetsersättning (tabell 2-3). Detta gällde i såväl psykisk som somatisk diagnos (tabell 3).

Inte i någon av de tre kohorterna förändrades estimaten nämnvärt av statistisk justering för kön, födelseland samt föräldrars utbildning eller tidigare suicidala beteende. I samtliga kohorter minskade de relativa riskerna för suicidförsök något vid ytterligare justering

för egna tidigare suicidförsök men var fortfarande förhöjd (tabell 2-3).

Suicid bland unga vuxna med aktivitetsersättning

I samtliga tre kohorter förelåg en förhöjd risk för suicid för de unga vuxna med aktivitetsersättning (tabell 4). Andelen av dem med aktivitetsersättning som suiciderade inom fem år ökade successivt från 0,19 % i 1995 års kohort till 0,37 % i 2005 års kohort. 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.

Tabell 5. 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)
1995	553 989	314 (0,06)	1	1	1	1
Ej aktivitetsersättning						
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)
Somatisk diagnos	1 280	≤ 5 (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)
Diagnos saknas	2 111	≤ 5 (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)
2000	498 827	395 (0,08)	1	1	1	1
Ej aktivitetsersättning						
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)
Somatisk diagnos	1 937	≤ 5 (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)
Diagnos saknas	850	≤ 5 (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)
2005	513 231	404 (0,08)	1	1	1	1
Ej aktivitetsersättning						
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)
Somatisk diagnos	3 419	≤ 5 (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)
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

De ojusterade regressionsmodellerna visade relativa risker på runt 6-7 för gruppen med aktivitetsersättning i psykiska diagnoser i samtliga tre kohorter (tabell 5). I likhet med resultaten för suicidförsök ändrades inte estimaten nämnvärt efter justering för kön, födelseland, föräldrars utbildning och suicidalt beteende hos föräldrarna. Justering för personernas tidigare suicidförsök minskade riskestimaten något, men i samtliga kohorter kvarstod en kraftig överrisk för gruppen med psykiska diagnoser. Deras estimerade relativa risk var ca 3,5 till 4 gånger högre än för de utan aktivitetsersättning i samtliga kohorter.

Diskussion

Detta är den första prospektiva studien av suicidalt beteende och förändringar av detta över tid bland unga vuxna med och utan aktivitetsersättning. I samtliga tre studerade kohorter 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, födelseland, tidigare suicidförsök samt för föräldrarnas utbildningsnivå och suicidala beteende. 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.

Det kan synas självklart att personer som har så allvarlig psykisk sjukdom att de beviljas aktivitetsersättning även

har högre risk för suicidalt beteende. Det ska dock beaktas att alla personer som får aktivitetsersättning i en psykisk diagnos redan initialt bör 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 aktivitetsersättning år 2003 utökades Försäkringskassans samordningsuppdrag för individer med aktivitetsersättning [1]. 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 aktivitetsersättning, att uppföljningen av enskilda individer både behöver utvecklas och sannolikt genomföras oftare [1]. I intervjuer med handläggare på Försäkringskassan framkom önskemål om att arbeta betydligt närmare dem med aktivitetsersättning, 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 aktivitetsersättning, bl a vad avser deras psykiska hälsa och deras behov av insatser. Metoder för sådan kontinuerlig uppföljning behöver utvecklas. Exempelvis skulle en strukturerad intervjumanual underlätta den regelbundna kontakten med de unga med aktivitetsersättning. En sådan intervjumanual bör vara utformad för att underlätta identifiering av såväl psykisk ohälsa och suicidrisk, som andra svårigheter som de unga har. Sådan uppföljning kan ligga till grund för planering av insatser och uppdaterade handlingsplaner. Det behövs även metoder för samverkan mellan olika aktörer kring dessa unga [23].

Styrkor i denna studie är att vi använt oss av rikstäckande registerdata av hög kvalitet [24-26]. De data vi använt inkluderar endast information om suicidförsök av sådan svårighetsgrad att sjukhusvård varit påkallad, vilket kan ses som både en styrka och en begränsning av studien. 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. De uppgifter om antal suicidförsök som presenteras i den här rapporten är alltså snarare underskattningar än överskattningar. En annan begränsning är att det saknas uppgift om aktivitetsersättningsdiagnos för en betydande andel i 1995 års kohort i Försäkringskassans MiDAS-data.

Vidare är det viktigt att beakta att psykiska diagnoser ofta i sig är förknippade med en betydande överrisk för suicidalt beteende [8, 9], vilket innebär att det inte går att fastslå att aktivitetsersättning i sig är en riskfaktor för suicidalt beteende. 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

1. Tio år med aktivitetsersättning - en studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, 2012, Försäkringskassan.
2. Socialförsäkringsbalk (2010:110), 2010.
3. Regelbok för socialförsäkringen 2012. 2012: Försäkringskassan.
4. Unga med aktivitetsersättning: den senaste utvecklingen och hypoteser om orsakerna till utvecklingen, 2011:10, Inspektionen för socialförsäkringen.
5. Brist på brädska - en översyn av aktivitetsersättningen. Betänkande av utredningen om en översyn av aktivitetsersättningen., 2008:102, SOU: Stockholm.
6. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). 1993, Geneva: WHO.
7. Runeson, B. and A. Haglund, Affektiva syndrom är dödliga - självmordsrisken är hög. Läkartidningen, 2013. 110(9-10): p. 478-9.

8. Black, D.W., et al., Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord*, 2004. 18(3): p. 226-39.
9. Novick, D.M., H.A. Swartz, and E. Frank, Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disord*, 2010. 12(1): p. 1-9.
10. Arnett, J.J., Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*, 2000. 55(5): p. 469-80.
11. Jahoda, M., Work, employment and unemployment. Values, theories and approaches in social research. *Am Psychol*, 1981(36): p. 184-191.
12. Waddell, G. and K. Burton, Is work good for your health and well-being? 2006, London: TSO. 1-246.
13. Sinokki, M., et al., The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: the Health 2000 Study. *J Affect Disord*, 2009. 115(1-2): p. 36-45.
14. Messersmith, E.E. and J.E. Schulenberg, 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. 2010(130): p. 27-40.
15. Schulenberg, J.E., A.J. Sameroff, and D. Cicchetti, The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Dev Psychopathol*, 2004. 16(4): p. 799-806.
16. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid, 2013; S 2010:04, Elan- ders Sverige AB: Stockholm.
17. Hawton, K. and K. van Heeringen, Suicide. *Lancet*, 2009. 373(9672): p. 1372-81.
18. Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2012. 2012: Socialstyrelsen/Folkhälsoinstitutet.
19. Hawton, K., K.E. Saunders, and R.C. O'Connor, Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 2012. 379(9834): p. 2373-82.
20. Mittendorfer-Rutz, E., F. Rasmussen, and T. Lange, A life-course study on effects of parental markers of morbidity and mortality on offspring's suicide attempt. *PLoS One*, 2012. 7(12): p. e51585.
21. Mittendorfer-Rutz, E., F. Rasmussen, and D. Wasserman, Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2008. 43(1): p. 28-36.
22. Mittendorfer-Rutz, E., F. Rasmussen, and D. Wasserman, Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. *Lancet*, 2004. 364(9440): p. 1135-40.
23. Josefsson, B., Strategi för samverkan - kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa, 2007, Myndigheten för Skolutveckling, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen.
24. Kvalitet och innehåll i patientregistret. Utskrivningar från slutenvården 1964–2007 och besök i specialiserad öppenvård (exklusive primärvårdsbesök) 1997–2007., 2009, Socialstyrelsen: Stockholm.
25. Longitudinell Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA) 1990 till 2006, 2008, SCB: Halmstad.
26. Ludvigsson, J., et al., External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health*, 2011: p. Jun 9;11:450. doi: 10.1186/1471-2458-11-450.