

Förekomst av suicidalt beteende i samband med Försäkringskassans beslut om avslag av fortsatt sjukpenning

Rapport 2025

Lukasz Cybulski
Oscar Oelrich
Kristina Alexanderson

Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet



**Karolinska
Institutet**

Rapport, oktober 2025

Rapporten kan laddas ner från Avdelningen för försäkringsmedicins hemsida, där den finns under rubriken Publikationer; > Rapporter på www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

Den kan även beställas, se under Kontakt: www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

ISBN 978-91-8017-614-9

Förord

Förekomsten av suicidalt beteende (suicid och självsador - inklusive suicidförsök), är fortfarande hög i Sverige trots olika preventiva insatser på flera strukturella nivåer^(1, 2). Mer kunskap behövs avseende förekomst, riskindikatorer och åtgärder för att förebygga detta. Vid Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet har flera studier gjorts inom detta område, bland annat när det gäller suicidalt beteende och sjukfrånvaro respektive sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension)⁽³⁻¹²⁾.

Organisationen Mind arbetar för att motverka psykisk ohälsa och för att förebygga suicid. Mind bedriver bland annat stödverksamhet via telefon till allmänheten och ibland har personer ringt och berättat om suicidtankar i samband med Försäkringskassans avslag om sjukpenning. Mind kontaktade Avdelningen för försäkringsmedicin för att undersöka om vi hade, alternativt kunde ta fram, kunskap om suicidalt beteende i samband med avslag på fortsatt sjukpenning. Vi kom överens om att göra en första explorativ studie om detta, baserat på pseudoanonymiserade rikstäckande registerdata.

Mind har, förutom att väcka frågan, bland annat bidragit med finansiering till projektet. Analyserna har baserats på data från IMAS projektet (Insurance Medicine All Sweden) som är en del av infrastrukturkonsortiet REWHARD, en nationell infrastruktur för forskning om sociala relationer, arbete och hälsa över hela livet, finansierat bland annat av Vetenskapsrådet. Etiskt tillstånd för projektet finns. Vi riktar ett varmt tack till psykiatriker och professor Bo Runeson, Karolinska Institutet och Region Stockholm samt till professor Ellenor Mittendorfer-Rutz, Karolinska Institutet, för råd och granskning av rapporten.

Förhoppningsvis kan rapportens resultat inspirera till ytterligare studier samt till utveckling av hur dessa ärenden hanteras inom Försäkringskassan, inom hälso- och sjukvården och bland andra aktörer samt i samverkan mellan dessa.

Stockholm, 23 september 2025,

Lukasz Cybulski

Postdoktor

Kristina Alexanderson

Professor i socialförsäkring

Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet
Stockholm

Sammanfattning

Om en sjukskriven person inte uppfyller kriterierna för rätt till sjukpenning, nekar Försäkringskassan fortsatt sjukpenning, det vill säga, fattar beslut om avslag. Tidigare resultat från kvalitativa analyser av fritextsvar i enkäter och från mindre intervjustudier indikerar att avslag på fortsatt sjukpenning kan ha samband med försämrad psykisk hälsa för den sjukskrivne och även med suicidalt beteende. I takt med att antalet avslag under de senaste tio åren har ökat, har Försäkringskassans handläggare rapporterat fler så kallade påverkansförsök, inklusive 'hot om suicid', det vill säga direkt suicidal kommunikation. Det saknas dock vetenskaplig kunskap om huruvida det finns ett samband mellan avslag och suicidalt beteende. Syftet med detta projekt var därför att undersöka förekomst av suicidalt beteende (mätt som att ha fått sekundärvård för självskada samt som död i suicid) i samband med avslag på fortsatt sjukpenning.

Metod: Studien har baserats på länkade mikrodata från fem rikstäckande register från tre statliga myndigheter (Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån). I analyserna ingick 2 882 126 sjukskrivningsfall (för 1 754 774 personer) som var minst 31 dagar långa och som avslutades någon gång under tioårsperioden 2013-2022. Av dessa fall avslutades 198 971 (6,9 %) (för 179 640 personer) på grund av avslag från Försäkringskassan. Om en person avlider under sin sjukskrivning registreras orsaken till sjukskrivningsfallets avslut som att personen inte längre uppfyller kriterierna för fortsatt sjukpenning. I registerdata framgår det inte om ett avslag hade planerats, men inte genomförts. Detta komplicerar möjligheten att utföra sambandsanalyser mellan avslag och död i suicid, och därför har analyserna främst fokuserats på förekomst av sekundärvård (dvs, primärvård ingår ej) på grund av självsador, snarare än på död i suicid.

I *Del I* av projektet togs sociodemografiska och kliniska data fram för personer som fått avslag på fortsatt sjukpenning. Dessutom undersöktes förekomst av sekundärvård för självskada respektive död i suicid samt död i övriga diagnoser under perioden 30 dagar innan till och med 30 dagar efter sjukskrivningsfallets avslutsdatum. Vi undersökte även detta upp till och med 365 dagar efter fallets avslutsdatum.

I *Del II* jämfördes förekomst av sekundärvård för självskada bland de som fått avslag med sådan förekomst dels bland matchade referenspersoner vars sjukskrivningsfall fortsatt, dels bland matchade referenspersoner från den övriga befolkningen.

Resultat: *Del I:* Under de tio studerade åren avslutades 6,9 procent av sjukskrivningsfallen genom beslut om avslag på fortsatt sjukpenning. Denna andel varierade betydligt under perioden (mellan 2,9 som lägst och 9,9 % som högst). *Bland de knappt 200 000 sjukskrivningsfall som avslutats med avslag på fortsatt sjukpenning var det i absoluta tal mycket ovanligt med suicid eller att ha haft sekundärvård för självskada.* Bland samtliga avslagsfall under dessa tio år, hade 34 (0,02 %) personer avlidit i suicid under perioden 30 dagar innan till och med 30 dagar efter sjukskrivningens slutdatum. Motsvarande siffra för sekundärvård med självskada var 248 (0,1 %). *Mer än hälften av de personer som haft sekundärvård för självskada i anslutning till avslagsdatum, hade även tidigare haft sådan vård för självskada.* Tidigare sekundärvård för psykiska diagnoser respektive för somatiska diagnoser var också betydligt vanligare bland personer som i samband med avslaget haft sekundärvård för självskada.

När personerna följdes under hela det kommande året (dvs 365 dagar från avslutsdatum), hade 792 (0,40 %) haft sekundärvård för självskada och 124 (0,06 %) avlidit i suicid.

Del II: Sekundärvård för självskada var mindre vanligt bland personer som fått avslag jämfört med bland personer som var fortsatt sjukskrivna. När de fall som fått avslag matchades till sjukskrivningsfall som startat samtidigt och fortsatt, var förekomsten av sekundärvård för självskada under perioden 30 dagar innan och efter avslagsdatum dubbelt så hög bland de vars sjukskrivning fortsatt än bland de som fått avslag (relativ risk (RR): 2,14 (95 % KI: 1,96 – 2,32)). Förekomsten av sekundärvård för självskada var dock betydligt ovanligare bland matchade referenspersoner från den övriga befolkningen jämfört med de som fått avslag (RR: 0,33; 95 % KI 0,12 – 0,54). Dessa skillnader mellan grupperna förändrades inte avsevärt när observationsperioden utökades till 365 dagar efter avslagsdatum.

Några kommentarer: Detta är en första, explorativ observationsstudie inom ett svårbeforskat område, där dessutom vissa centrala data saknas. Även om studien täcker tio år och ett mycket stort antal sjukskrivningsfall ingår (nästan tre miljoner fall), är antalet med suicidalt beteende så lågt att fördjupade analyser på subgruppsnivå inte varit möjliga.

Mer än hälften av de personer som haft sekundärvård för självskada, inom 30 dagar före respektive 30 dagar efter ett avslag, hade även tidigare haft sekundärvård för självskada. Detta var inte oväntat eftersom självskada är en av de främsta riskfaktorerna för framtida suicidalt beteende. Detta innebär också att det inom hälso- och sjukvården finns kunskap om att dessa personer hade en högre risk för kommande självskada och suicid. Det finns även väletablerad kunskap om att sjukfrånvaro i sig kan vara en riskindikator för suicidalt beteende. Det är av vikt att dessa riskfaktorer för kommande suicidalt beteende beaktas och hanteras i den plan som tas fram när en person blir sjukskriven.

Även om det var mycket ovanligt att personer avlidit i suicid efter avslag, är naturligtvis varje sådant dödsfall mycket tragiskt. Resultaten pekar på ett behov av såväl medvetenhet om riskfaktorer för suicidalt beteende som av aktiv samverkan mellan professionella i olika organisationer i hantering av dessa viktiga frågor, även för de personer som är sjukskrivna. Det gäller bland annat rutiner för samverkan mellan hälso- och sjukvård, Försäkringskassan och arbetsgivare/motsvarande. Såväl inom Försäkringskassan som inom andra organisationer behövs tydliga rutiner, inklusive stöd och kompetensutveckling för handläggare, kring hur denna typ av ärenden handläggs.

I korthet var suicidalt beteende (mätt som sekundärvård för självskada respektive som död i suicid) i samband med avslag på fortsatt sjukpenning mycket ovanligt i absoluta tal. De sjukskrivna som inte fått avslag, utan var fortsatt sjukskrivna, hade en dubbelt så hög risk för självskada som lett till sekundärvård. Däremot hade, som väntat, både personer som fått avslag och de med fortsatt sjukskrivning högre risk för sådan självskada än referenspersoner från den övriga befolkningen.

Resultaten talar inte för att sjukskrivna personer som får avslag har högre risk för självskada än de som inte får avslag, snarare tvärtom. Resultaten visar även att det ibland finns kunskap inom hälso- och sjukvården om personens tidigare självsador. Det är viktigt att hälso- och sjukvården och Försäkringskassan samverkar för att förebygga suicidalt beteende.

Suicidalt beteende är ett mycket komplext fenomen, där många faktorer på flera strukturella nivåer samverkar. I denna första studie om detta har endast några sådana faktorer kunnat beaktas. **Då detta är en explorativ observationsstudie kan, baserat på resultaten, inga slutsatser om orsakssamband dras.**

Innehållsförteckning

Förord	1
Sammanfattning	2
Innehållsförteckning	4
Förkortningar och begrepp som används i rapporten	5
Bakgrund	6
Den allmänna sjukpenningförsäkringen	6
Suicidalt beteende i samband med avslag på fortsatt sjukskrivning	7
Syfte	8
Metod	8
Datakällor	9
Databearbetning av Försäkringskassans register över avslutade sjukskrivningsfall	10
Försäkringskassans kodning av avslutsanledning för sjukskrivningsfall där personen avlidit under sjukskrivningstiden	11
Utfall	11
Självskada och död i suicid	11
Sociodemografiska och kliniska faktorer	14
Sociodemografiska faktorer	14
Kliniska faktorer	14
Sekundärvård	14
Död	16
Tidigare sjukskrivning och sjukskrivningsdiagnos	16
Statistiska analyser	16
Del I	17
Del II	18
Resultat	20
Del I	20
Del II	28
Avslutande metodkommentarer	31
Begränsningar och styrkor	33
Begränsningar	33
Styrkor	33
Referenser	35

Förkortningar och begrepp som används i rapporten

Avslag på sjukpenning	Avser här att en sjukskriven person får avslag på fortsatt sjukpenning från Försäkringskassan. I andra publikationer uttrycks detta ibland, som att ha blivit 'nekad fortsatt sjukpenning' eller som 'indrag av sjukpenningen'.
Avslutsdatum	Den sista dagen i ett sjukskrivningsfall.
ICD-10	Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, 10:e utgåvan ⁽¹³⁾ .
KI	Konfidensintervall
MIDAS	Mikrodata för analys av socialförsäkringen ⁽¹⁴⁾ .
Morbiditet	Sjuklighet och skada.
LISA	Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier ⁽¹⁵⁾ .
PBB	Prisbasbelopp, som mått på inkomst. Prisbasbeloppet beräknas utifrån det allmänna prisläget enligt bestämmelser i socialförsäkringsbalken (2010:110) ⁽¹⁶⁾ .
Sekundärvård	Hälsa- och sjukvård, antingen som inlagd på sjukhus eller som öppenvård vid sjukhusklinik eller specialistklinik, till skillnad från primärvård.
Självskada	Självorsakad skada (t ex genom att skära sig eller att ta en överdos) som ej lett till personens död. I rapporten inkluderar termen även suicidförsök. I rapportens resultatdel avser detta begrepp att ha haft sekundärvård på grund av självskada. Information saknas här om sådana självsador som behandlats i primärvården eller i annan sjukvård eller som inte alls lett till sjukvård.
Sjukskrivningsfall	I projektet används information om sjukskrivningsfall som blivit minst 15 dagar långa, och för vilka Försäkringskassan beviljat sjukpenning. För flera analyser används information om de sjukskrivningsfall som blivit minst 31 dagar långa.
Specialistvård	I rapporten används ibland termen 'specialistvård' som ett samlingsbegrepp för läkarbesök i sekundärvård och för sjukhusinläggning, det vill säga, termen omfattar inte primärvårdskontakter (även om dessa också förmedlas av specialister) och inte heller kontakter med andra professioner i hälso- och sjukvården.
RR	Relativ risk.
Suicidalt beteende	Begreppet 'suicidalt beteende' inkluderar här självsador (inklusive suicidförsök), som lett till sekundärvård, samt död i suicid. Även sådana fall där intentionen är oklar ingår, enligt etablerad praxis inom suicidforskning ^(3, 4, 6, 8) .

Bakgrund

Försäkringskassan ger ibland avslag på en sjukskriven persons ansökan om fortsatt sjukpenning. Andelen sjukskrivningsfall som avslutas med avslag var tidigare lågt och har ökat de senaste decennierna och andelen har varierat kraftigt under de senaste tio åren⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Ibland 'hotar' en sjukskriven person med suicid i samband med beslut om avslag. Under det senaste decenniet har det talats mer om sådana 'hot' (dvs direkt suicidal kommunikation) och Försäkringskassan har även börjat dokumentera dem. Under 2023 registrerade Försäkringskassan 954 'suicidhot'⁽²⁰⁾, under 2024 var antalet något lägre; 829⁽²¹⁾. I en granskningsrapport från Riksrevisionen⁽²²⁾ framkommer det att många av handläggarna har upplevt detta och att dessa ärenden var en utmaning att hantera. Vikten av att det finns stöd och tydliga rutiner för hantering av till exempel 'suicidhot' framhålls.

Några suicidfall som inträffat efter avslag har också uppmärksammats i media⁽²³⁻²⁶⁾. Dessa fall porträtterats ofta som en direkt konsekvens av Försäkringskassans handläggning och beslut^(24, 26), vilket är problematiskt då suicidala beteenden är komplexa fenomen med ett flertal orsaker och riskfaktorer^(27, 28).

Tidigare forskning har visat att personer som tidigare haft suicidalt beteende löper högre risk för återkommande suicidalt beteende under perioder av ökad emotionell stress och efter olycksbud (t ex efter diagnostisering av allvarlig sjukdom eller efter besked om att en anhörig avlidit)^(27, 29, 30). Avslag på fortsatt sjukpenning skulle kunna betraktas på ett liknande sätt, och det är därför möjligt att risken för suicidalt beteende ökar i samband med ett avslag. I nuläget saknas det dock vetenskapligt kunskap om förekomst av suicidalt beteende i samband med ett avslag. Det är oklart hur ofta suicidalt beteende förekommer efter avslag, och vilken roll avslaget kan ha i jämförelse med andra kända riskfaktorer. Är till exempel risken högre bland personer som får avslag i jämförelse med personer som är fortsatt sjukskrivna? Är suicidalt beteende som sker i samband med avslag något nytt för personen eller är det en del av ett redan etablerat beteendemönster? Sådan kunskap är central både inom hälso- och sjukvården och Försäkringskassan men även för arbetsgivare, patientorganisationer, andra försäkringsorganisationer samt för sjukskrivna personer och deras närstående.

Den allmänna sjukpenningförsäkringen

I Sverige omfattas alla personer med inkomst från arbete, föräldrapenning eller arbetslöshetsersättning, av den allmänna sjukpenningförsäkringen, som ger rätt att vara sjukskriven och rätt till sjukpenning om deras arbetsförmåga blir nedsatt på grund av sjukdom eller skada⁽¹⁶⁾. För anställda personer är den första dagen av ett sjukskrivningsfall en karensdag utan ersättning. Därefter betalar arbetsgivaren så kallad sjuklön (med ca 80 % av lönen, upp till ett tak) under de kommande 13 dagarna, om sjukskrivningsfallet blir så långt. Efter åtta dagars sjukskrivning krävs det ett läkarintyg för att få fortsatt sjuklön. Om arbetsförmågan fortsätter att vara nedsatt efter 14 dagar blir det Försäkringskassan som hanterar utbetalningar av sjukpenning. En person kan vara sjukskriven på heltid, eller deltid till 75, 50 eller 25 procent av ordinarie arbetstid, beroende på hur nedsatt arbetsförmågan är i förhållande till kraven i yrket eller, för längre sjukskrivningsfall, på den ordinarie arbetsmarknaden.

Under de två senaste decennierna har systemet för sjukpenning undergått flera förändringar⁽³¹⁾. Under 2008 introducerades den så kallade rehabiliteringskedjan inom sjukpenningförsäkringen⁽¹⁶⁾. Syftet var att motverka den passivitet som ibland präglat

sjukskrivningsprocessen samt att förhindra onödigt långa sjukskrivningsfall ⁽³²⁾.

Rehabiliteringskedjan innebär bland annat fasta tidsgränser med krav på aktiv handläggning, utredning och planering av sjukskrivningsärenden från Försäkringskassan. Det infördes även tidsgränser för hur många dagar sjukpenning kunde erhållas, och en skärpning av kriterierna för att beviljas sjukersättning (tidigare kallat förtidspension) ⁽³²⁾. Enligt rehabiliteringskedjan ska ett sjukskrivningsfall prövas utifrån delvis olika kriterier beroende på hur länge fallet har pågått (vid 90, 180 respektive 365 dagars sjukskrivning). Under de första 90 dagarna prövas personens rätt till sjukpenning i förhållande till kraven i dennes vanliga arbete. Från dag 90 prövas rätten till fortsatt sjukpenning mot förmågan att utföra något annat arbete hos den nuvarande arbetsgivaren. Vid 180 dagar bedöms arbetsförmågan i relation till normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden¹. När rätten till sjukpenning utreds kan Försäkringskassan besluta att neka fortsatt sjukpenning, det vill säga ge avslag, om personen inte bedöms uppfylla kriterierna för sjukpenning. Den sjukskrivne informeras minst två veckor innan om att beslut kommer att fattas om avslag på fortsatt sjukpenning, för att ha möjlighet att inkomma med ytterligare information.

Trots rehabiliteringskedjans reformer ökade antalet sjukskrivningsfall under 2010-talet. I takt med dessa öknings skärptes tillämpningen av hur sjukskrivningsfall prövas ytterligare, och antalet pågående sjukskrivningsfall som avslutats med avslag steg kraftigt under 2010-talet. Andelen sjukskrivningsärenden som nekats fortsatt sjukpenning efter 180 dagars sjukskrivning ökade från cirka 4 procent år 2013 till cirka 30 procent år 2020, och föll sedan till 8 procent under 2021 ⁽¹⁷⁾. Minskningen torde ha samband med nya regler och även förändrad tillämpning av regler. Bland annat infördes olika uppmjukningar i och med att det blev möjligt att utreda om det fanns 'särskilda skäl' till att personer skulle få fortsätta vara sjukskrivna efter dag 180, även om deras arbetsförmåga inte var nedsatt i förhållande till alla typer av arbeten på den ordinarie arbetsmarknaden ⁽¹⁸⁾.

Suicidalt beteende i samband med avslag på fortsatt sjukskrivning

I Sverige har antalet suicidförsök och suicid minskat något de senaste 20 åren, i de flesta åldersgrupper ^(33, 34). Män utgör drygt två tredjedelar av alla dödsfall i suicid. För suicidförsök är det tvärtom, och kvinnor utgör drygt 60 procent av alla sådana fall som lett till sjukvård ^(33, 34). Självskador är också en av de främsta riskfaktorerna för suicid ^(28, 35-37).

I samband med att antalet pågående sjukskrivningsfall som avslutades med avslag under vissa perioder har ökat, ökade även antalet så kallade 'påverkansförsök' i form av hot, trakasserier, och kränkningar mot personal i Försäkringskassan. Under 2023 registrerade Försäkringskassan exempelvis 1851 hot, varav 954 utgjorde hot om suicid ⁽²⁰⁾. Försäkringskassan har i respons till dessa påverkansförsök utvecklat stöd och riktlinjer för handläggare i att hantera 'hot' och information om suicid och suicidtankar ⁽¹⁾.

Trots att flera sjukskrivna personer berättar om suicidtankar eller 'hotar' med suicid saknas det kunskap om eventuella samband mellan avslag på fortsatt sjukpenning och förekomsten av suicidala beteenden. Den kunskap som finns är begränsad till enkätundersökningar och intervjuer där ett fåtal läkare och sjukskrivna personer beskrivit hur avslag på fortsatt

¹ Sjukpenningförsäkringen är inte en sjukförsäkring (dvs, sjukdom eller skada ger inte rätt till sjukpenning) och inte heller en yrkesförsäkring (dvs, om någon pga sjukdom eller skada inte kan fortsätta i sitt ordinarie yrke, ska man söka annat jobb), utan är en inkomstbortfallsförsäkring för de försäkrade vars arbetsförmåga nedsatts på grund av morbiditet.

sjukpenning utlöst tankar om suicid eller bidragit till en försämrad psykisk hälsa^(38, 39). Ett fåtal artiklar i massmedia har gjort en konkret koppling mellan avslag på sjukpenning och suicid^(23-26, 40). Dessa artiklar, som alltså inte är vetenskapliga, har i stor utsträckning ignorerat andra potentiellt bidragande faktorer och de är även begränsade till ett fåtal fall spridda över flera år. Det saknas alltså kunskap om i vilken utsträckning sjukskrivningsfall som avslutas med avslag har samband med suicidalt beteende, som bas för en saklig diskussion kring suicidalt beteende bland sjukskrivna personer som får avslag på fortsatt sjukpenning.

Det finns dock anledning att studera avslag på fortsatt sjukpenning som en potentiell riskindikator för suicidala beteenden. Ekonomiska svårigheter är exempelvis en väletablerad riskfaktor för suicidalt beteende^(35-37, 41, 42). Tidigare studier har bland annat pekat på statistiska samband mellan förekomst av suicid och lågkonjunktur, inflation, och hög arbetslöshet⁽⁴³⁻⁴⁵⁾. Dessa fynd styrks också av data från intervjuer av personer med en historia av självskada och suicidförsök⁽⁴⁶⁾. Studier av sjukskrivna personer tyder också på att de vårdats för suicidförsök eller har avlidit i suicid i större utsträckning än personer som inte varit sjukskrivna^(4, 7, 9, 10, 47-53). Sjukskrivning kan med andra ord ses om en riskindikator för suicidalt beteende. Framför allt är det personer som är sjukskrivna över långa perioder (t ex 365 dagar eller mer) som löper högre risk, och speciellt vid sjukskrivning i psykiska besvär (t ex depression)^(4, 10, 48, 54).

Enligt en undersökning från Socialstyrelsen har personer som mottagit ekonomiskt bistånd från kommunens socialtjänsten högre risk för psykisk ohälsa och suicidalt beteende⁽⁵⁵⁾. Jämfört med referenspersoner ur den allmänna befolkningen hade biståndsmottagare år 2020 sex gånger så hög risk för att ha varit inlagda på sjukhus för suicidförsök eller annan avsiktlig självskada under året innan de började få bistånd. Året efter att bistånd mottagits hade de nästan fem gånger så hög risk för detta. Deras relativa risk för att avlida i suicid var också fem gånger högre. Det är dock viktigt att poängtera att de personer som vårdats på sjukhus på grund av avsiktlig självskada utgjorde ungefär en procent av de 242 255 biståndstagare som ingick i den studien. Denna typ av självskada var alltså mycket ovanlig, i absoluta tal, även bland personer som befann sig i en ekonomiskt utsatt position. Detta gäller också sjukskrivna personer, det vill säga, förekomst av suicidalt beteende bland sjukskrivna är mycket ovanligt, dock vanligare än bland befolkningen i övrigt⁽⁴⁸⁾. Suicidalt beteende, vare sig det gäller sjukskrivna, biståndsmottagare eller andra, har sällan en enskild orsak, utan är nästan alltid resultatet av ett komplext samspel mellan många faktorer, på flera strukturella nivåer^(28, 56). Detta innebär att preventionsarbetet är utmanande.

Syfte

Syftet med projektet var att få kunskap om suicidalt beteende (sekundärvård för självskada, inklusive suicidförsök, samt suicid) bland sjukskrivna personer som fått avslag på ansökan om fortsatt sjukpenning, generellt och relation till vissa sociodemografiska och kliniska faktorer.

Metod

I projektet har analyser genomförts av förekomst av suicidalt beteende bland sjukskrivna personer som av Försäkringskassan fått avslag på sin ansökan om fortsatt sjukpenning (Del I). Sådan förekomst har även jämförts med motsvarande bland sjukskrivna personer som inte fått avslag respektive med referenspersoner från övriga befolkningen i Sverige (Del II).

Termen *suicidalt beteende* används här både för självskada (inklusive suicidförsök) och suicid, oavsett handlingens konsekvens och intention.

Med *självskada* avses i denna rapport suicidförsök samt de handlingar där en person skadat sig själv (t ex genom att skära sig eller ta en överdos), där handlingen ej lett till att personen avlidit. *Endast de självsador som lett till sekundärvård har inkluderats i projektet.*

Med *suicid* syftar vi på fall där en person avlidit som följd av självskada.

Vi har inte skiljt på olika typer av självsador utifrån intention (dvs med eller utan intention för suicid) då en sådan skillnad är svår att fastslå på ett säkert sätt och båda kan förekomma hos samma person ⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾.

De kategorier av självskada som finns i den diagnostiska klassifikation som används, ICD-10, anger inte om det förelegat en suicidal intention (se nedan). Vi inkluderade alltså både säkra och osäkra suicidala beteenden, så som vanligen görs i denna typ av studier, bland annat för att kompensera för underrapportering och för geografiska och tidsmässiga skillnader i kodanvändning ^(3, 4, 6, 8).

Datakällor

Projektet baseras på anonymiserade mikrodata från fem rikstäckande administrativa register, från följande tre statliga myndigheter:

- **Försäkringskassan**, två register:
 - *MiDAS-registret* (Mikrodata för analys av socialförsäkringen) ⁽¹⁴⁾ avseende information om alla sjukskrivningsfall som blivit längre än 14 dagar och om fall med sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension) (start- och slutdatum, omfattning (dvs, hel- eller deltid), första huvuddiagnosen i första sjukskrivningsperioden i sjukskrivningsfallet) och
 - Försäkringskassans *register över avslutade sjukskrivningsfall* ^(17, 60) för de fall som avslutats under åren 2013-2022 (start- och slutdatum, huvuddiagnos när fallet avslutades, omfattning, anledning till att fallet avslutades).
- **Socialstyrelsen**: två register:
 - *Patientregistret* ⁽⁶¹⁾, med information om alla läkarbesök i specialiserad sekundärvård och om alla inläggningar på sjukhus (datum, diagnos, skadeorsak),
 - *Dödsorsaksregistret* ⁽⁶²⁾, med information om död (datum, dödsorsak).
- **Statistiska centralbyrån**: LISA-registret (Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier) ⁽¹⁵⁾, med information om sociodemografiska variabler (kön, ålder, födelseland, högsta utbildningsnivå, familjesituation, civilstånd, migration och typ av boenderegion) för personer som registrerats som boende i Sverige.

Statistiska centralbyrån har med hjälp av personnummer länkat information från dessa register på individnivå ⁽⁶³⁾, och därefter levererat avidentifierade data till forskarna som ansvarar för forskningsprojektet IMAS (Insurance Medicine All Sweden). Ovanstående register är kurerade på olika sätt för användning för studier. Inom IMAS projektet har ytterligare databearbetning av dem genomförts, för att underlätta hantering av informationen i statistiska analyser. Ett undantag från ovanstående är Försäkringskassans register över avslutade sjukskrivningsfall. Detta register har vi inte använt för analyser tidigare och under projektets initiala fas framkom att en hel del databearbetning krävdes, vilka beskrivs i nästa avsnitt.

Databearbetning av Försäkringskassans register över avslutade sjukskrivningsfall

Till skillnad från de andra register från svenska myndigheter som används i detta projekt har Försäkringskassans register över avslutade sjukskrivningsfall sällan använts för forskning. Därför har det krävts omfattande bearbetning av data i detta register, innan analyserna kunde utföras. Totalt ingick i registret 5 375 307 sjukskrivningsfall som avslutats under tioårsperioden 2013-2022. Både utifrån studiens syfte och för att säkra datakvalitet gjordes ett flertal exkluderingsav olik typer av sjukskrivningsfall. Vissa exkluderingsav baseras på jämförelser av information om personens sjukskrivningsfall i MiDAS, då informationen i MiDAS bedöms ha högre kvalitet.

Följande typer av sjukskrivningsfall exkluderades:

- Sjukskrivningsfall som fortsatt i annan form genom att personen beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning (dvs fallet fortsatte i annan form, även om det i detta register klassificerats som avslutat)
- Sjukskrivningsfall där anledningen till att fallet avslutats angavs vara att personen saknade sjukpenninggrundande inkomst (SGI), det vill säga, inte omfattades av sjukpenningförsäkringen
- De fall där det angavs att ärendet var felaktigt skapat
- Sjukskrivningsfall där start- och slutdatum saknades
- Sjukskrivningsfall där antalet sjukskrivningsdagar uppenbarligen var felaktiga (t ex fall som enligt registret hade pågått i 100 år)
- Sjukskrivningsfall som var kortare än 31 dagar, eftersom osäkerheten och felaktigheter i data om de kortare sjukskrivningsfallen var mycket stor och eftersom vi inte ville få med suicidalt beteende som inträffat innan sjukskrivningsfallet påbörjats
- Sjukskrivningsfall där den sjukskrivne inte bott i Sverige de senaste fem åren
- I de fall där det fanns dubletter av ett fall togs dessa bort, så att bara ett av de fallen fanns kvar. Om något av dessa fall hade kodats som avslag, behölls det fallet.
- De fall som enligt registret hade avslutats med avslag ett visst datum men där, enligt MiDAS, personens sjukskrivningsfall fortsatte. (Det kan finnas flera anledningar till att ett fall fortsätter. Här var vi bara intresserade av de sjukskrivningsfall som slutade med ett avslag.)

Efter dessa exkluderingsav återstod 2 882 126 sjukskrivningsfall för 1 754 774 personer. Det innebär att flera personer hade haft mer än ett avslutat sjukskrivningsfall under dessa tio år.

Kodning av orsak till att ett sjukskrivningsfall har avslutats har varierat under de tio studerade åren, bland annat på grund av att regelverket för sjukpenning har förändrats⁽³¹⁾. Följande avslutsanledningsav i registret användes för att identifiera de sjukskrivningsfall som avslutats med avslag.

- Avslag i pågående sjukskrivningsfall
- Avslag sjukpenning i särskilda fall, ej målgrupp
- Samma sjukperiod - arbetsförmåga ej nedsatt
- Avslag sjukpenningdagar slut. (Upphörde 2016-01-31)
- Sjukpenningdagar slut. (Upphörde 2016-01-31)

Efter dessa exkluderingsav återstod 198 971 sjukskrivningsfall (från 179 640 personer), som avslutats med avslag, enligt detta register och som hade ett motsvarande fall registrerat i MiDAS. Av de personerna hade 17 276 personer (9,6 % av alla personer) mer än ett sjukskrivningsfall som avslutats med avslag på fortsatt sjukpenning under dessa tio år.

Försäkringskassans kodning av avslutsanledning för sjukskrivningsfall där personen avlidit under sjukskrivningstiden

En viktig fråga i detta projekt var om det fanns tidsmässiga samband mellan avslag på fortsatt sjukpenning och suicid. Det framkom dock att registrets information inte entydigt kan användas för studier av detta. Orsaken är att sedan 2016 har samtliga sjukskrivningsfall som avslutas i och med att den sjukskrivne avlider, i registret kodats som att fallet avslutats på grund av att 'Försäkringsvillkor ej uppfyllda' (en person måste vara vid liv för att omfattas av försäkringen).

Om Försäkringskassan i sin utredning kommer fram till att den sjukskrivne inte uppfyller kriterierna för rätt till fortsatt sjukpenning informeras den sjukskrivne om detta. Denna information ges minst två veckor innan avslaget avses träda i kraft, för att den sjukskrivne ska ha möjlighet att komma in med ytterligare information i ärendet. Eventuella suicid skulle alltså kunna tänkas ske under denna period, det vill säga, innan avslaget har trätt i kraft och sjukskrivningsfallet har avslutats. Eftersom det fallet oftast inte kodats som att det avslutats med avslag kan registret inte användas för att säkert besvara frågor om suicid innan avslaget trätt i kraft. Däremot så kan vi relativt tillförlitligt identifiera suicid som skett *efter* datumet som sjukskrivningsfallet avslutats med avslag.

Analyserna i projektet baseras på 2 882 126 sjukskrivningsfall (för 1 754 774 personer) som avslutats någon gång under de tio åren 2013-2022. Av dessa sjukskrivningsfall hade 198 971 (för 179 640 personer) avslutats med avslag.

All information om hälso- och sjukvård baseras på information om sekundärvård (inläggning på sjukhus eller läkarbesök i specialistvården). Information om primärvårdskontakter eller annan hälso- och sjukvård finns inte med.

Utfall

Två typer av utfall har studerats:

- självskada (inklusive suicidförsök) som lett till sekundärvård (dvs sjukhusinläggning eller besök hos läkare inom specialistvården)
- död i suicid

Vi har dessutom tagit fram viss information om förekomst av andra dödsfall.

Självskada och död i suicid

För att identifiera personer med suicidalt beteende användes Socialstyrelsens två patientregister över sekundärvård, dels registret för läkarbesök inom specialiserad öppenvård, dels registret för inläggning på sjukhus. Detta innebär att vårdbesök i till exempel primärvården inte tagits med. Dessutom användes Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

För sekundärvårdskontakter kodas diagnoser som föranlett vården enligt ett internationellt överenskommet system kallat ICD-10 (Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, version 10) ⁽⁶¹⁾. För vård på grund av skador och förgiftningar (ICD-10 koderna S och T) finns även koder för vad som orsakat detta. Bland dessa ICD-10 koder användes flertalet av X- och Y-koderna som ger information om hur skadan eller förgiftningen inträffat, samt om den varit avsiktlig, oavsiktlig eller med oklar avsikt. Både de fall som varit avsiktliga och de med oklar avsikt har använts, på motsvarande sätt som i annan

forskning om suicidalt beteende^(4, 54). Med avsiktlig handling avses att det är uppenbart att handlingen att skada sig var frivillig och avsiktlig, men inte huruvida personen avsåg att handlingen skulle leda till död. Samma kodsystäm används för dödsorsaker. De använda X- och Y-koderna har listats i tabell 1.

Tabell 1. De X och Y ICD-10 koder som använts för att identifiera de som haft sekundärvård för självskada respektive de som avlidit i suicid.

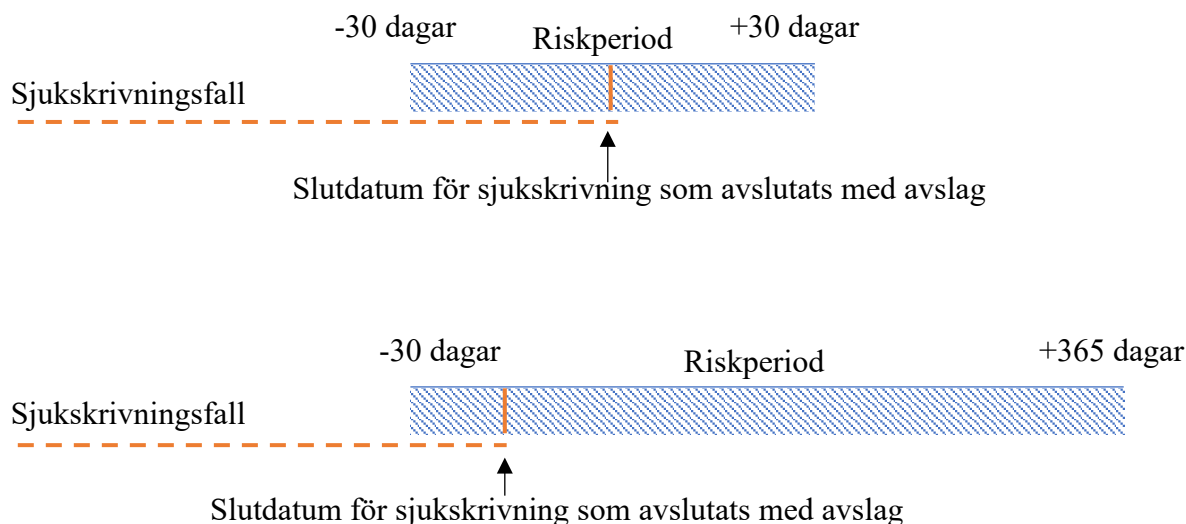
Kod	Beskrivning
X60	Avsiktligt självdestruktiv handling genom förgiftning med och exponering för smärtstillande läkemedel av icke-opioidkaraktär, febernedsättande medel och medel mot reumatism
X61	Avsiktligt självdestruktiv handling genom förgiftning med och exponering för antiepileptika, lugnande läkemedel och sömnmedel, medel mot parkinsonism samt psykotropa medel som ej klassificeras på annan plats
X62	Avsiktligt självdestruktiv handling genom förgiftning med och exponering för narkotiska medel och hallucinogener som ej klassificeras på annan plats
X63	Avsiktligt självdestruktiv handling genom förgiftning med och exponering för andra läkemedel som påverkar det autonoma nervsystemet
X64	Avsiktligt självdestruktiv handling genom förgiftning med och exponeringen för andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser
X65	Avsiktligt självdestruktiv handling genom förgiftning med och exponering för alkoholer
X66	Avsiktligt självdestruktiv handling genom förgiftning med och exponering för organiska lösningsmedel och halogenerade kolväten och deras ångor
X67	Avsiktligt självdestruktiv handling genom förgiftning med och exponering för kolmonoxid och andra gaser och ångor
X68	Avsiktligt självdestruktiv handling genom förgiftning med och exponering för pesticider
X69	Avsiktligt självdestruktiv handling genom förgiftning med och exponering för andra och ospecificerade kemiska ämnen och skadliga substanser
X70	Avsiktligt självdestruktiv handling genom hängning, strypning och kvävning
X71	Avsiktligt självdestruktiv handling genom dränkning
X72	Avsiktligt självdestruktiv handling genom skott från pistol och revolver
X73	Avsiktligt självdestruktiv handling genom skott från gevär, hagelgevär och tyngre skjutvapen
X74	Avsiktligt självdestruktiv handling genom skott från annat och ospecificerat skjutvapen
X75	Avsiktligt självdestruktiv handling med sprängämnen
X76	Avsiktligt självdestruktiv handling med rök och öppen eld
X77	Avsiktligt självdestruktiv handling med vattenånga, andra heta ångor och heta föremål
X78	Avsiktligt självdestruktiv handling med skärande eller stickande föremål
X79	Avsiktligt självdestruktiv handling med trubbigt föremål
X80	Avsiktligt självdestruktiv handling genom hopp eller fall från höjd
X81	Avsiktligt självdestruktiv handling genom att kasta sig framför eller lägga sig framför föremål i rörelse
X82	Avsiktligt självdestruktiv handling med motorfordon
X83	Avsiktligt självdestruktiv handling med andra specificerade metoder
X84	Avsiktligt självdestruktiv handling med ospecificerade metoder
Y10	Förgiftning med och exponering för smärtstillande läkemedel av icke-opioidkaraktär, febernedsättande medel och medel mot reumatism, med oklar avsikt
Y11	Förgiftning med och exponering för antiepileptika, lugnande läkemedel och sömnmedel, medel mot parkinsonism samt psykotropa medel som ej klassificeras på annan plats, med oklar avsikt
Y12	Förgiftning med och exponering för narkotiska medel och hallucinogener som ej klassificeras på annan plats, med oklar avsikt
Y13	Förgiftning med och exponering för andra läkemedel som påverkar det autonoma nervsystemet, med oklar avsikt
Y14	Förgiftning med och exponering för andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser, med oklar avsikt
Y15	Förgiftning med och exponering för alkoholer, med oklar avsikt
Y16	Förgiftning med och exponering för organiska lösningsmedel och halogenerade kolväten och deras ångor, med oklar avsikt
Y17	Förgiftning med och exponering för kolmonoxid och andra gaser och ångor, med oklar avsikt
Y18	Förgiftning med och exponering för pesticider, med oklar avsikt

Forts. tabell 1.

Y19	Förgiftning med och exponering för andra och ospecificerade kemiska ämnen och skadliga substanser, med oklar avsikt
Y20	Hängning, strypning och kvävning, med oklar avsikt
Y21	Drunkning eller dränkning, med oklar avsikt
Y22	Skott från pistol och revolver, med oklar avsikt
Y23	Skott från gevär, hagelgevär och tyngre skjutvapen, med oklar avsikt
Y24	Skott från annat eller ospecificerat skjutvapen, med oklar avsikt
Y25	Skadehändelse med sprängämne, med oklar avsikt
Y26	Exponering för rök och öppen eld, med oklar avsikt
Y27	Exponering för vattenånga, andra heta ångor och heta föremål, med oklar avsikt
Y28	Skadehändelse med skärande eller stickande föremål, med oklar avsikt
Y29	Skadehändelse med trubbigt föremål, med oklar avsikt
Y30	Fall, hopp eller knuff från höjd, med oklar avsikt
Y31	Fallit eller hoppat, sprungit eller lagt sig framför föremål i rörelse, med oklar avsikt
Y32	Skadehändelse med motorfordon, med oklar avsikt
Y33	Andra specificerade skadehändelser, med oklar avsikt
Y34	Ospecificerad skadehändelse, med oklar avsikt

För att identifiera fall av sekundärvård för självskada respektive död i suicid i samband med avslag på fortsatt sjukpenning *utgick vi från sjukskrivningsfallets slutdatum*. Kring detta datum har vi sedan undersökt om personen haft kontakt i sekundärvården på grund av självskada. I det första måttet har vi inkluderat alla sådana vårdkontakter som skett 30 dagar innan till och med 30 dagar efter sjukskrivningsfallets avslutsdatum (figur 1). För att få ett perspektiv på förekomsten av dessa utfall över en längre tid efter avslaget har vi även inkluderat självsador för hela det kommande året, det vill säga under perioden 30 dagar innan och upp till och med 365 dagar efter att fallet avslutats. Anledningen till att vi inkluderat fall av självsador innan sjukskrivningens slut är att Försäkringskassan minst två veckor i förväg meddelar den sjukskrivne om att beslut om avslag planeras. Information om död i suicid respektive i annan dödsorsak togs fram på motsvarande sätt; 30 dagar innan och till och med 30 dagar efter avslutsdatum, respektive till och med 365 dagar efter avslutsdatum.

Figur 1. Grafisk illustration av de två tidsfönster som vi tagit fram information om sekundärvård för suicidalt beteende (självskada respektive suicid); dels avseende 30 dagar innan till och med 30 dagar efter avslutsdatum, dels 30 dagar innan och upp till och med 365 dagar efter att sjukskrivningsfallet avslutats med avslag.



Sociodemografiska och kliniska faktorer

Såväl sociodemografiska som kliniska faktorer har använts i analyser, enligt nedan.

Sociodemografiska faktorer

Information om åtta sociodemografiska faktorer har använts i analyserna. Samtliga dessa, utom ålder, gäller situationen den 31/12 kalenderåret innan avslaget. Faktorerna har kategoriserats på följande sätt:

Kön; kvinna, man

Ålder; mätt det året en person fått avslag på fortsatt sjukpenning för första gången, uppdelat på sex kategorier: 19-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 och 65-86 år.

Födelseland; uppdelat på två kategorier: Sverige, utanför Sverige. De 13 (0,0 %) personer för vilka uppgift saknas om födelseland har kategoriserades som utanför Sverige.

Högsta utbildningsnivå; uppdelat på tre kategorier: grundskoleutbildning (≤ 9 år), gymnasieutbildning (10-12 år), och universitets/högskoleutbildning (>12 år). De 951 (0,5 %) personer för vilka uppgift om utbildningsnivå saknas har klassificerats som grundskoleutbildning.

Familjesituation; uppdelat på fyra kategorier: gift/sambo utan hemmavarande barn, gift/sambo med hemmavarande barn, ensamstående utan hemmavarande barn, och ensamstående med hemmavarande barn. Barn kategoriserar av Statistiska centralbyrån som boende i det hushåll där de är folkbokförda. Med barn avses här personer som är yngre än 18 år.

Typ av boenderegion; personens boendeort, i relation till grad av befolkningstäthet och närhet till tätbefolkat område: Storstad (Stockholm, Göteborg, Malmö), mindre stad/samhälle, glesbygd⁽⁶⁴⁾.

Civilstånd; gift eller ogift (inklusive skild, änka/änkling, etc)

Inkomst från arbete och från andra ersättningar; (såsom föräldrapenning, sjukpenning, etc) mätt året innan avslaget skedde. Inkomsten har omvandlats till det prisbasbelopp som gällde respektive år, för att inkomst under de olika åren ska vara jämförbar.

Prisbasbeloppet (PBB) beräknas utifrån det allmänna prisläget respektive år, enligt bestämmelser i socialförsäkringsbalken (2010:110)⁽¹⁶⁾.

År 2013 var prisbasbeloppet 44 500:-, år 2022 var det 48 300:-.

Kliniska faktorer

Information om följande kliniska faktorer användes: sekundärvård (diagnos, antalet vårdtillfällen i sekundärvård), sjukfrånvaro (antal fall, antal dagar, diagnos, hel/deltid), sjuk- eller aktivitetsersättning (förekomst) samt död (datum och dödsorsak).

Mer detaljerad information om detta ges nedan.

Sekundärvård

Avseende sekundärvård användes information om huruvida personerna haft sekundärvård någon gång under perioden från och med fem år innan till och med 30 dagar innan fallets slutdatum. För sådan vård för självskada har detta även tagits fram för perioden 30 dagar innan till och med 365 dagar efter fallets avslutsdatum. Information om detta användes för all sekundärvård, avseende såväl huvuddiagnos som bidiagnoser för följande tre grupper: vård med självskada (tabell 1), med psykisk diagnos (tabell 2) respektive med somatisk diagnos (tabell 3). Vid ett vårdtillfälle kan en person alltså ha haft vård för en av dessa, för två, eller för alla tre.

Tabell 2. De ICD-10 koder som använts för att identifiera tidigare sekundärvård med *psykisk diagnos*

Kod	Beskrivning
F00-F09	Organiska, inklusive symtomatiska, psykiska störningar
F10-F19	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser
F20-F29	Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom
F30-F39	Förstämningssyndrom
F40-F48	Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom
F50-F59	Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer
F60-F69	Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna
F70-F79	Psykisk utvecklingsstörning
F80-F89	Störningar av psykisk utveckling
F90-F98	Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid
F99-F99	Ospecificerad psykisk störning

Tabell 3. De ICD-10 koder som använts för att identifiera tidigare sekundärvård med *somatisk diagnos*

Kod	Beskrivning
A00-B99	Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar
C00-D48	Tumörer
D50-D89	Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet
E00-E90	Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningsjukdomar
G00-G99	Sjukdomar i nervsystemet
H00-H59	Sjukdomar i ögat och närliggande organ
H60-H95	Sjukdomar i örat och mastoidutskottet
I00-I99	Cirkulationsorganens sjukdomar
J00-J99	Andningsorganens sjukdomar
K00-K93	Matsmältningsorganens sjukdomar
L00-L99	Hudens och underhudens sjukdomar
M00-M99	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven
N00-N99	Sjukdomar i urin- och könsorganen
O00-O99	Graviditet, förlossning och barnsängstid
P00-P96	Vissa perinatale tillstånd
Q00-Q99	Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser
R00-R99	Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats
S00-T98	Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker
U00-U99	Koder för särskilda ändamål
V01-Y98 ^a	Yttre orsaker till sjukdom och död
Z00-Z99	Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården

^a Exklusive X60-84, Y10-Y24 (dvs, de i tabell 1)

Död

Dödsorsaksregistret användes för information om när en person avlidit och om dödsorsak. Information om samtliga dödsfall för personerna i studiepopulationen togs fram för åren 2013 till och med 2023, så att samtliga skulle kunna följas upp minst ett år efter att sjukskrivningsfallet avslutats. Information togs också fram om de fall där dödsorsaken kodats som suicid, på motsvarande sätt som anges ovan i tabell 1. Även om ett sjukskrivningsfall automatiskt ska ha avslutats när en person avled, valde vi att även för död ta med information för 30 dagar innan fallets avslutsdatum. Ibland kan det ha dröjt innan Försäkringskassan fick information om ett dödsfall, och för vissa dödsfall var dödsdatumet osäkert.

Tidigare sjukskrivning och sjukskrivningsdiagnos

Information om tidigare sjukskrivningsfall (i fall som blev längre än 14 dagar) togs fram för perioden fem år till och med 30 dagar² innan det datum då det aktuella sjukskrivningsfallet avslutades.

- Tidigare antal sjukskrivningsdagar, inklusive dagarna i fallet som avslutats med avslag (kategoriserats som 31-89, 90-179, 180-364, 365+ dagar). All information i rapporten om antal dagar avser bruttodagar i sjukskrivningsfall som blivit längre än 14 dagar.
- Antal tidigare sjukskrivningsfall, exklusive fallet som avslutades med avslag.
- Tidigare sjuk- eller aktivitetsersättning (ja/nej).
- Sjukskrivningsdiagnos i sjukskrivningsfall som avslutades med avslag, kategoriserat i fyra grupper, enligt följande ICD-10 kapitel (F00-F99 (Psykiska sjukdomar), M00-M99 (Muskuloskeletala sjukdomar), V01-Y98 Skador), och alla andra diagnoser. Detta togs dels fram för den första, dels för den sista sjukskrivningsdiagnosen i fallet
- Sjukskrivningsgrad vid slutet av det sjukskrivningsfall som avslutades med avslag (deltid (25 %, 50 % eller 75 %) eller heltid (100 %)).

Statistiska analyser

Vi utförde statistiska analyser i två delar, Del I och Del II.

Eftersom flera personer haft mer än ett avslutat fall under den studerade perioden, rapporteras vissa resultat på fallnivå (t ex antal fall som avslutats med avslag per år), och andra på individnivå (t ex om könsfördelning). Det skulle bli missvisande att rapportera siffror om faktorer som berör individer på fallnivå (t ex högsta utbildningsnivå, eftersom denna kan ha ändrats över studieperioden) - dessa rapporteras därför på individnivå. När information ges på fallnivå, gäller den en persons första fall med avslag under den studerade perioden. I beräkningarna togs hänsyn till om personen, efter avslagsdatumet, hade nya sjukskrivningsfall under uppföljningen. De avslagsfall där personen, efter avslutsdatum, påbörjade ett nytt sjukskrivningsfall (längre än 14 dagar) under respektive uppföljning, togs inte med. Anledningen till detta är att det annars hade varit ännu mer tveksamt att säga att eventuellt suicidalt beteende skulle vara relaterat till tidigare avslag, om personen under uppföljningen blev sjukskriven igen.

Vissa resultat redovisas per person vid dennes första avslag under perioden, andra resultat redovisas för alla avslagsfall under perioden.

² Dvs under femårsperioden ((365 x 5) - 30 dagar) innan sjukskrivningsfallets slutdatum.

Del I

I den första delen (Del I) togs deskriptiva resultat fram avseende sjukskrivningsfall som avslutats under tioårsperioden 2013-2022. I denna del rapporteras följande:

- Fördelning av kön och födelseland bland personer vars sjukskrivningsfall avslutats 2013-2022 (tabell 4).
- Antal sjukskrivningsfall som avslutades med avslag respektive på annat sätt under åren 2013-2022 (figur 3).
- Andel (%) sjukskrivningsfall som avslutats med avslag av alla fall som avslutats respektive år 2013-2022 (figur 4).
- Antal och andel personer med sjukskrivningsfall som avslutats med avslag under tioårsperioden 2013-2022, fördelat på kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå, familjesituation, civilstånd, och inkomst mätt genom prisbasbelopp (tabell 5).
- Antal och andel sjukskrivningsfall fördelat på sjukskrivningsfallets sista diagnos bland det första sjukskrivningsfall som i) avslutats på annat sätt än med avslag, ii) avslutats med avslag (tabell 6).
- Bland sjukskrivningsfall som avslutats med avslag: Antal och andel fall av sekundärvårdad självskada, suicid, respektive död av annan orsak som skett inom i) 30 dagar innan eller efter avslutsdatum, ii) 30 dagar innan och upp till och med 365 dagar efter ett avslutsdatum (tabell 7).
- Förekomst (antal och andel) av död i suicid och död av annan orsak, för alla 2 729 669 sjukskrivningsfall som avslutats på annat sätt än med avslag, inom i) 30 dagar innan eller efter avslutsdatum, ii) 30 dagar innan och upp till och med 365 dagar (tabell 8).
- Bland sjukskrivningsfall som avslutats med avslag: avslagsfallets duration, i fyra kategorier av dagar, bland alla, samt bland de som sekundärvårdats för självskada inom perioden 30 dagar innan och 30 dagar efter avslutsdatum, respektive 30 dagar innan och 365 dagar efter avslutsdatum (tabell 9).
- Bland sjukskrivningsfall som avslutats med avslag: Fördelning av kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå, familjesituation, civilstånd samt inkomst bland personer i) med minst ett registrerat avslag, ii) med sekundärvård för självskada 30 dagar innan eller efter avslutsdatum, och iii) med sekundärvård för självskada 30 dagar innan eller till och med 365 dagar efter ett avslutsdatum (tabell 10).
- Bland sjukskrivningsfall som avslutats med avslag: Antal och andel fall av alla som fått avslag, och sjukskrivningsgrad i den sista sjukskrivningsperioden i avslagsfallet (hel- eller deltid), samt antal sjukskrivningsdagar under de senaste fem åren räknat från fallets slutdatum och antal tidigare sjukskrivningsfall, utöver avslagsfallet under de fem åren, bland i) alla personer med avslag, ii) personer med sekundärvård för självskada 30 dagar innan eller efter ett avslag, och iii) personer med sekundärvård för självskada 30 dagar innan eller till och med 365 dagar efter avslutsdatum (tabell 11).
- Bland sjukskrivningsfall som avslutats med avslag: Andel personer som tidigare haft sjuk- och aktivitetsersättning bland alla personer med avslag (i text).
- Bland sjukskrivningsfall som avslutats med avslag: Antal och andel tidigare sekundärvårdkontakter relaterade till självskada, psykisk sjukdom, respektive somatisk sjukdom bland i) alla personer med avslag, ii) personer med sekundärvård för självskada 30 dagar innan eller efter ett avslag, och iii) personer med sekundärvård för självskada 30 dagar innan eller upp till och med 365 dagar efter ett avslag (tabell 12). Avser perioden fem år till och med 30 dagar *före* första avslagsfallets slutdatum.

Del II

I Del II av studien har vi analyserat om de som fick avslag på fortsatt sjukpenning hade större förekomst av sekundärvård för självskada än de som var fortsatt sjukskrivna respektive än personer från den övriga befolkningen. Vi har då utgått från en persons första fall med avslag.

Jämförelsepersoner valdes via matchning på följande två sätt, dels bland sjukskrivna personer, dels i hela befolkningen:

För de sjukskrivningsfall som avslutats med avslag valdes, bland samtliga sjukskrivningsfall i MiDAS, ett sjukskrivningsfall som fortsatt under minst 30 ytterligare dagar. Referensfall söktes i MiDAS bland de sjukskrivningsfall som börjat vid ungefär samma datum (± 10 dagar) och som fortsatte minst 30 dagar längre än avslagsfallet. Vi matchade dessutom även på kön och ålder (± 3 år), då tidigare studier visat att det finns ett samband mellan dessa faktorer och suicidalt beteende ^(4, 28, 53, 65, 66).

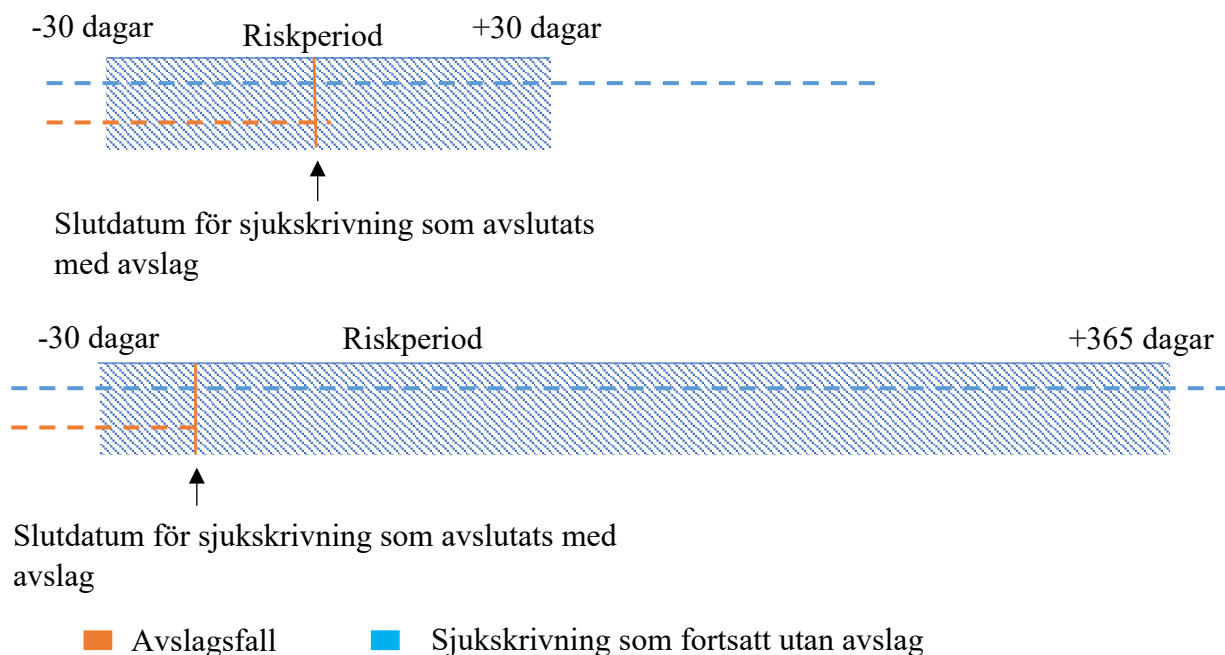
Vi kunde på detta sätt matcha till referenser i MiDAS för 155 893 av avslagsfallen. Det innebär att 13,4 procent av avslagsfallen inte kunde tas med i denna analys. Initialt hade vi hoppats kunna matcha på ytterligare variabler, såsom sjukskrivningsdiagnos och födelseland, men då hade andelen matchade fall blivit ännu lägre.

Vi matchade dessutom dessa 155 893 sjukskrivningsfall som avslutades med avslag med tre personer från den övriga befolkningen (dvs bland personer som inte fått avslag någon gång under de tio studerade åren) baserat på kön och ålder (± 3 år).

Information om förekomst av sekundärvård för självskada togs fram för personerna i respektive grupp och ett mått på relativ risk (RR) och dess 95-procentiga konfidensintervall (KI) för dessa utfall togs fram. Matchningen innebär att variablerna kön, ålder, sjukskrivningsfallets startdatum samt sjukskrivningsfallets duration tas hänsyn till i analyserna.

Det datum då sjukskrivningsfallet avslutats med avslag var referenspunkten för jämförelsen. Om ett sjukskrivningsfall till exempel avslutades med avslag på dag 90 (dvs när sjukskrivningsfallet pågått i 90 dagar), så var den riskperioden vi studerade perioden mellan dag 60 och dag 120 i avslagsfallet (figur 2). För de matchade referensfallen estimerades förekomst av sekundärvård för självskada under samma tidsperiod. Vi gjorde även motsvarande beräkningar av förekomst och av relativ risk för perioden 30 dagar innan till och med 365 dagar efter avslaget för att få ett mått på risk över en längre tidsperiod. I dessa beräkningar tog vi bort de avslagsfall för vilken ett nytt sjukskrivningsfall (längre än 14 dagar) påbörjats under uppföljningen, det vill säga, efter avslutsdatum. Anledningen till detta är att det annars skulle ha varit ännu mer tveksamt att säga att eventuell självskada skulle vara relaterat till tidigare avslag, om personen var sjukskriven igen.

Figur 2. Grafisk illustration av jämförelse för relativ risk för sekundärvård för självskada bland personer med ett sjukskrivningsfall som avslutats med avslag och bland personer vars sjukskrivningsfall fortsatte i minst 30 dagar, 30 dagar innan och efter avslutsdatum.



I Del II rapporteras följande:

- Antal och andel personer, bland de med avslag, som sekundärvårdats för självskada 30 dagar innan och efter ett avslutsdatum, respektive under perioden 30 dagar innan och till och med 365 dagar efter ett avslutsdatum. Motsvarande siffror har sedan estimerats i två matchade referenspopulationer: i) bland personer vars sjukskrivningsfall fortsatt, och ii) bland personer från den övriga befolkningen (tabell 13).
- Relativ risk för sekundärvårdad självskada 30 dagar innan och efter ett avslag, och 30 dagar innan och till och med 365 dagar efter ett avslag bland personer som fått sitt första avslag på fortsatt sjukpenning jämfört med i) personer vars sjukskrivningsfall fortsatt, och ii) personer från den övriga befolkningen (tabell 14 och figur 5).

Resultat

Resultaten redovisas i två delar, Del I och Del II.

I Del I redovisas resultat för de sjukskrivningsfall som varat minst 31 dagar och som avslutats någon gång under tio-årsperioden 2013-2022. I Del II jämförs utfall för de som fått avslag med resultat från matchade referenspersoner bland dem vars sjukskrivningsfall fortsatt respektive med matchade referenspersoner från hela befolkningen.

Del I

Under de tio åren 2013-2022 var det 1 754 774 personer som haft 2 882 126 sjukskrivningsfall som varat i minst 31 dagar och som avslutats, det vill säga, många personer hade haft mer än ett sjukskrivningsfall.

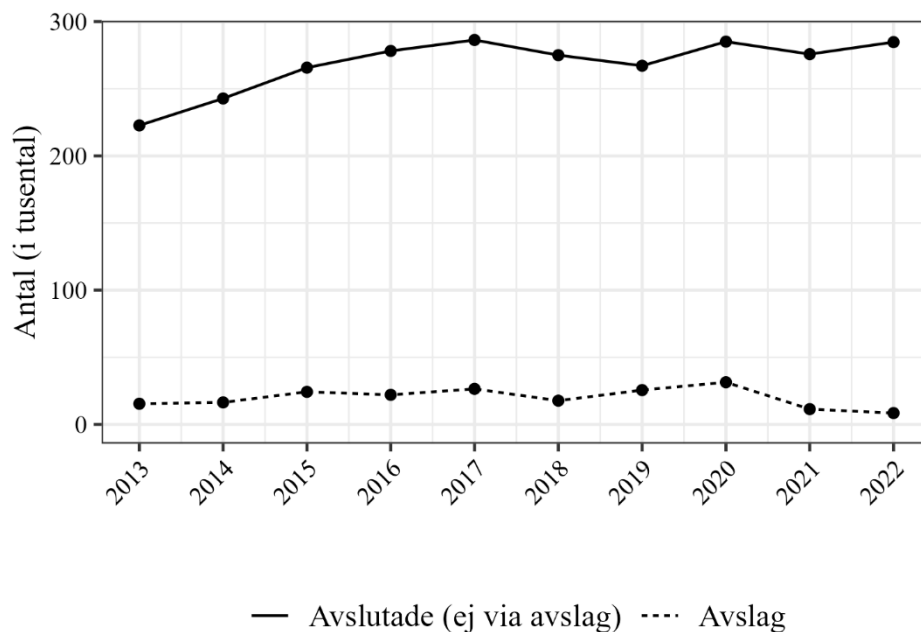
Majoriteten av personerna vars sjukskrivningsfall avslutats under perioden var kvinnor (59,7 %) respektive födda i Sverige (82,4 %) (tabell 4).

Tabell 4. Antal och andel (%) bland personer vars sjukskrivningsfall avslutats 2013-2022, avseende kön och födelseland.

	n (%)
Alla	1 754 774
Kön	
Kvinna	1 048 235 (59,7 %)
Man	706 539 (40,3 %)
Födelseland	
Sverige	1 446 207 (82,4 %)
Utanför Sverige	308 567 (17,6 %)

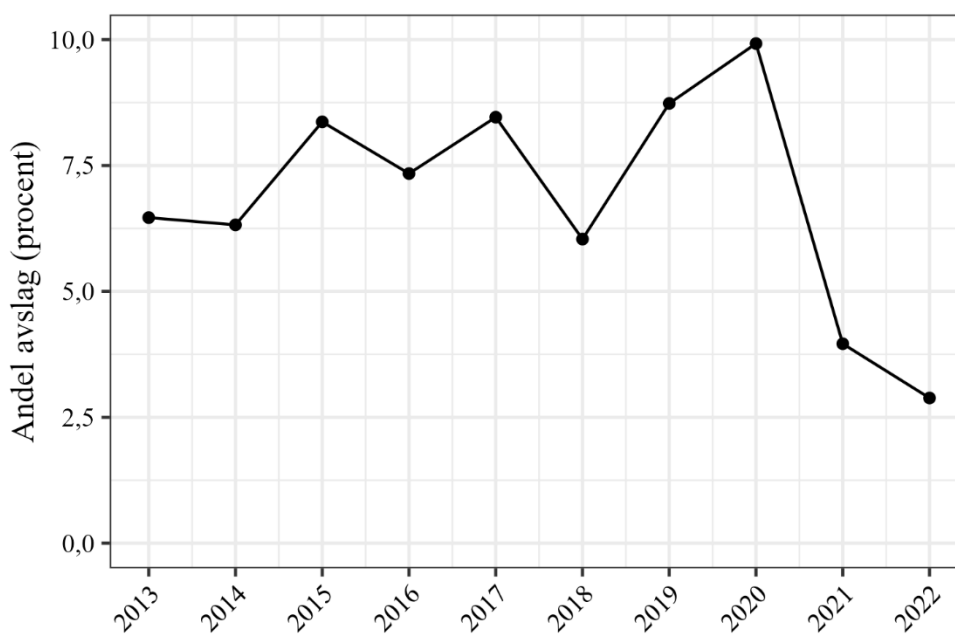
Antalet sjukskrivningsfall som avslutades på annat sätt än via avslag ökade över tid, från närmare 230 000 år 2013 till nästan 290 000 under 2022 (figur 3).

Figur 3. Antal sjukskrivningsfall som avslutats med avslag respektive avslutats på annat sätt, under vart och ett av åren 2013-2022.



Andelen sjukskrivningsfall som avslutats med avslag, av alla avslutade fall, har däremot varierat mycken över de tio åren (figur 4). Sedan 2020 har andelen av sjukskrivningsfall med avslag minskat och 2022 är det år där andelen avslag varit lägst under hela tioårsperioden, drygt 2,5 procent. Dessa variationer torde bland annat ha samband med både förändrat regelverk och med att Försäkringskassans praxis ibland förändrats över de tio åren ^(17, 18).

Figur 4. Andel (i %) sjukskrivningsfall som avslutats med avslag av alla fall som avslutats respektive år 2013-2022.



Av de 1 754 774 personer som haft ett sjukskrivningsfall som avslutats var det 179 640 (10,2 %) som haft minst ett sjukskrivningsfall som avslutades med ett avslag under den studerade tioårsperioden.

Det var en större andel kvinnor än män som hade ett sjukskrivningsfall som avslutats med avslag (tabell 5) och den skillnaden var större än könsskillnaden i andelen bland samtliga avslutade sjukskrivningsfall (tabell 4). Av alla kvinnors fall som avslutades under perioden, avslutades 7,1 procent med avslag. Motsvarande andel för män var 6,5 procent. Personer under 35 år respektive de över 64 utgjorde en relativt liten andel av alla personer som fick avslag (19,4 %). Majoriteten (70,1 %) hade inte någon högskoleutbildning och drygt hälften av alla personer som fick avslag var ensamstående, med eller utan hemmavarande barn.

Tabell 5. Antal och andel (%) av sociodemografiska faktorer bland *personer* som fått avslag på fortsatt sjukpenning, 2013-2022. Mätt 31 december året innan personens första avslag.

	n (%)
Alla	179 640 (100 %)
Kön	
Kvinna	115 728 (64,4 %)
Man	63 912 (35,6 %)
Födelseland	
Född i Sverige	140 280 (78,1 %)
Ej född i Sverige	39 360 (21,9 %)
Ålder	
19-24 år	5 218 (2,9 %)
25-34 år	25 348 (14,1 %)
35-44 år	39 218 (21,8 %)
45-54 år	52 201 (29,1 %)
55-64 år	53 259 (29,6 %)
65-86 år	4 396 (2,4 %)
Utbildningsnivå	
Grundskola	28 743 (16,0 %)
Gymnasium	97 122 (54,1 %)
Universitet/högskola	53 784 (29,9 %)
Typ av boenderegion	
Storstad	62 444 (34,8 %)
Mindre stad	77 956 (43,4 %)
Glesbefolkat område	39 240 (21,8 %)
Familjesituation	
Gift/sambo, ej barn <18 år hemma	42 105 (23,4 %)
Gift/sambo, med hemmavarande barn	45 724 (25,5 %)
Ensamstående, ej barn hemma	76 042 (42,3 %)
Ensamstående, hemmavarande barn	15 769 (8,8 %)
Civilstånd	
Ej gift	106 552 (59,3 %)
Gift	73 088 (40,7 %)
Inkomst i prisbasbelopp (PBB)	
0 PBB	27 341 (15,2 %)
0.1-3.9 PBB	23 427 (13,0 %)
4.0-7.4 PBB	87 667 (48,8 %)
7.5+ PBB	41 205 (22,9 %)

I tabell 6 visas fördelningen av den sista sjukskrivningsdiagnosen bland de sjukskrivningsfall som avslutats antingen med eller utan avslag. Psykiska diagnoser var den vanligaste sjukskrivningsdiagnosen bland personer som fick avslag, följt av muskuloskeletal diagnoser. Dessa två diagnoskategorier utgjorde 73 procent av alla avslagsfall. Bland fall som avslutats på andra sätt stod dessa två sjukskrivningsdiagnoser för en mindre andel (54 %) medan andra diagnoser respektive skador var vanligare än bland fallen som slutade med avslag. Av samtliga avslutade fall som hade en psykisk diagnos som sista sjukskrivningsdiagnos, avslutades alltså 9,1 procent med avslag, samma andel gällde fallen i muskuloskeletal diagnos (9,1 %). Andelarna var hälften så stor för skada (4,1 %) och de i andra diagnoser (4,3 %).

Tabell 6. Antal och andel sjukskrivningsfall som avslutats med eller utan avslag under åren 2013-2022, fördelat på sista sjukskrivningsdiagnosen i fallet.

	n (%)		
	Avslag n = 198 971	Ej avslag n = 2 683 155	Alla n = 2 882 126
Fallets sista sjukskrivningsdiagnos			
Psykisk	84 168 (42,3 %)	844 592 (31,5 %)	928 760 (32,2 %)
Muskuloskeletal	60 505 (30,4 %)	605 943 (22,6 %)	666 448 (23,1 %)
Skada	14 717 (7,4 %)	345 635 (12,9 %)	360 352 (12,5 %)
Annan	39 581 (19,9 %)	886 985 (33,1 %)	926 566 (32,1 %)

I tabell 7 visas förekomst av sekundärvårdad självskada, död i suicid respektive död i annan orsak bland de personer som fått avslag på fortsatt sjukpenning åren 2013-2022. Suicid var ytterst ovanligt, i absoluta tal, bland personer som fått avslag, både nära inpå avslutsdatum och under ett helt år efter detta datum. Totalt var det 34 personer som dog i suicid inom 30 dagar före/efter avslaget, varav 20 (59 %) var män. När vi inkluderade suicid som skett upp till och med 365 dagar efter avslaget var antalet 124 (varav 57 % var män). Sekundärvårdad för självskada var betydligt vanligare än suicid, men i absoluta siffror var det fortfarande få fall. Personer som dog i suicid eller som sekundärvårdats för självskada utgjorde också en mycket liten andel av alla personer som fått avslag.

Tabell 7. Förekomst (antal och andel (%)) av död i suicid, av död på grund av annan orsak, samt av sekundärvård för självskada för de 198 971 sjukfrånvarofall som avslutats med avslag, under två olika tidsperioder innan och efter avslutsdatum.

Utfall	n (%) ^a	
	30 dagar innan och 30 dagar efter	30 dagar innan och 365 dagar efter
Suicid	34 (0,02 %)	124 (0,06 %)
Död av annan orsak	331 (0,17 %)	560 (0,28 %)
Sekundärvård för självskada	248 (0,12 %)	792 (0,40 %)

^a Observera, att i denna tabell relateras det inte till personer med avslag utan till fall med avslag. Det innebär att en person kan förekomma flera gånger.

I tabell 8 visas motsvarande siffror för suicid och död av annan orsak för de sjukfrånvarofall som under de tio åren avslutats av annan anledning än avslag. Andelarna är även här mycket låga. Att andelen dödsfall på grund av annan orsak än suicid är högre än för avslagsfallen (0,97 % jämfört med 0,17 %) är förväntat eftersom några personer i arbetsför ålder är sjukskrivna fram till att de avlider.

Tabell 8. Förekomst (antal och andel (%)) av död i suicid och död på grund av annan orsak för samtliga 2 683 155 sjukfrånvarofall som avslutats, av annan anledning än avslag, under två olika tidsperioder innan och efter fallets avslutsdatum

Utfall	n (%)	
	30 dagar innan och 30 dagar efter	30 dagar innan och 365 dagar efter
Suicid	1 412 (0,05 %)	2 208 (0,08 %)
Död av annan orsak	26 115 (0,97 %)	30 542 (1,14 %)

Sjukskrivningsfall som avslutades med avslag tenderade att vara långa (tabell 9); drygt 40 procent av alla sådana fall hade pågått i 365 dagar eller mer, några betydligt längre. Bland de personer som haft sekundärvård för självskada efter avslaget var denna siffra ännu högre. (Vi har inte studerat sjukskrivningsfallens duration bland de fall som avslutades utan avslag).

Tabell 9. Antal och andel (%) av antal sjukskrivningsdagar i de sjukskrivningsfall som avslutats med avslag på fortsatt sjukpenning, för alla avslag samt fördelat på sekundärvård för självskada inom 30 dagar innan eller efter datum för avslaget respektive inom 30 dagar innan och 365 dagar efter detta datum

	Avslag där personen haft sekundärvård för självskada ...: n (%)		
	Alla avslag	... 30 dagar innan och 30 dagar efter	... 30 dagar innan och 365 dagar efter
	198 971 (100 %)	248 (0,12 %)	792 (0,40 %)
Sjukskrivningsfallets duration i dagar			
31-89	19 003 (9,6 %)	31 (12,5 %)	92 (11,6 %)
90-179	23 835 (12,0 %)	29 (11,7 %)	112 (14,1 %)
180-364	69 854 (35,1 %)	66 (26,6 %)	218 (27,5 %)
365+ ^a	86 279 (43,4 %)	122 (49,2 %)	370 (46,7 %)

^a Det längsta sjukskrivningsfallet som slutade med avslag hade pågått i 5607 dagar, dvs i mer än 15 år.

När det gäller könsfördelningen bland personer som vårdats för självskada i samband med avslag var även här andelen kvinnor större än andelen män; könsskillnaderna var dock något mindre jämfört med bland alla avslagsfall (tabell 10). I hela populationen brukar andelen kvinnor bland personer som varit inlagda för självskada vara liknande, det vill säga drygt 60 procent⁽³³⁾ och allmänt är risken för suicid högre bland män och risken för suicidförsök högre bland kvinnor^(67, 68).

Sekundärvård för självskada vid avslag var mindre vanligt bland personer födda utanför Sverige, framför allt närmare inpå avslaget (dvs inom 30 dagar). Det var färre personer med högre utbildning bland de som vårdats för självskada efter avslag. Större andel av de personer som vårdats för självskada var ogifta eller ensamstående. Andelen med självskada var något

högre bland de med lägre inkomst jämfört med samtliga personer som fått avslag. Dessa resultat gäller även generellt, det vill säga, enligt andra studier generellt förekommer suicidalt beteende i högre utsträckning bland personer med låg utbildning ⁽⁶⁹⁾, bland ensamstående ⁽⁷⁰⁾ och bland personer med låg inkomst ⁽⁷¹⁾.

Tabell 10. Antal och andel (%) av sociodemografiska faktorer bland personer som fått sitt första avslag på fortsatt sjukpenning under åren 2013-2022, totalt samt fördelat på sekundärvård för självskada inom 30 dagar innan eller efter datum för avslaget respektive inom 30 dagar innan och 365 dagar efter detta datum

	Alla avslag (n, %)	Avslag där personen haft sekundärvård för självskada ...	
		... 30 dagar innan och 30 dagar efter (n, %)	... 30 dagar innan och 365 dagar efter (n, %)
Alla	179 640 (100 %)	248 (0,12 %)	714 (0,40 %)
Kön			
Kvinna	115 728 (64,4 %)	133 (61,3 %)	421 (59,0 %)
Man	63 912 (35,6 %)	84 (38,7 %)	293 (41,0 %)
Födelseland			
Född i Sverige	140 280 (78,1 %)	192 (88,5 %)	601 (84,2 %)
Ej född i Sverige	39 360 (21,9 %)	25 (11,5 %)	113 (15,8 %)
Ålder vid avslaget			
19-24 år	5218 (2,9 %)	16 (7,4 %)	55 (7,7 %)
25-34 år	25 348 (14,1 %)	55 (25,3 %)	201 (28,2 %)
35-44 år	39 218 (21,8 %)	56 (25,8 %)	165 (23,1 %)
45-54 år	52 201 (29,1 %)	60 (27,6 %)	185 (25,9 %)
55+ år	53 259 (29,6 %)	28 (12,9 %)	95 (13,3 %)
Utbildningsnivå^a			
Grundskola	28 734 (16,0 %)	40 (18,4 %)	161 (22,5 %)
Gymnasium	97 122 (54,1 %)	132 (60,8 %)	419 (58,7 %)
Universitet/högskola	53 784 (29,9 %)	45 (20,7 %)	134 (18,8 %)
Typ av boenderegion^a			
Storstad	62 444 (34,8 %)	81 (37,3 %)	243 (34,0 %)
Mindre stad	77 956 (43,4 %)	100 (46,1 %)	310 (43,4 %)
Glesbefolkat område	39 240 (21,8 %)	36 (16,6 %)	161 (22,5 %)
Familjesituation^a			
Gift/sambo, ej barn hemma	42 105 (23,4 %)	17 (7,8 %)	71 (9,9 %)
Gift/sambo, barn hemma	45 724 (25,5 %)	39 (18,0 %)	127 (17,8 %)
Ensamstående, ej barn hemma	76 042 (42,3 %)	140 (64,5 %)	434 (60,8 %)
Ensamstående, barn hemma	15 769 (8,8 %)	21 (9,7 %)	82 (11,5 %)
Civilstånd^a			
Ej gift	106 552 (59,3 %)	173 (79,7 %)	554 (77,6 %)
Gift	73 088 (40,7 %)	44 (20,3 %)	160 (22,4 %)
Inkomst i prisbasbelopp (PBB)^a			
0 PBB	27 341 (15,2 %)	62 (28,6 %)	184 (25,8 %)
0,1-3,9 PBB	23 427 (13,0 %)	36 (16,6 %)	128 (17,9 %)
4,0-7,4 PBB	87 667 (48,8 %)	95 (43,8 %)	312 (43,7 %)
7,5+ PBB	41 205 (22,9 %)	24 (11,1 %)	90 (12,6 %)

^aGäller situationen den 31/12 kalenderåret innan fallets avslutsdatum.

Bland de med självskada i samband med avslaget hade en något större andel (49,3 %) sammanlagt varit sjukskrivna i mer än ett år under de senaste fem åren, jämfört med samtliga som fått avslag (43,7 %) (tabell 11).

En större andel av de personer som vårdats för självskada strax innan eller strax efter avslaget hade under de senaste fem åren haft flera sjukskrivningsfall, jämfört med alla personer som fått avslag. Bland flera av de som inte haft flera tidigare fall, berodde det på att avslagsfallet sträckte sig över flera år, det vill säga, de hade inte kunnat ha flera andra fall. Andelen personer som var heltidssjukskrivna vid avslaget var högre bland de som vårdats för självskada efter avslaget. Av de som fick avslag hade 5,0 procent någon gång tidigare haft hel eller partiell sjuk- eller aktivitetsersättning (ej visat i tabellen).

Tabell 11. Antal och andel (%) av personer som fått avslag, avseende deras sjukskrivning under de senaste fem åren; alla samt fördelat på sekundärvård för självskada strax innan och efter fallets avslutsdatum respektive under de kommande 365 dagarna. Gäller det första avslaget för de personer som hade flera.

Senaste fem åren	Alla avslag n (%)	Avslag där personen haft sekundärvård för självskada ...	
		... 30 dagar innan och 30 dagar efter n (%)	... 30 dagar innan och 365 dagar efter n (%)
	179 640 (100 %)	217 (0,12 %)	714 (0,40 %)
Tidigare sjukskrivningslängd^a			
31-89	17 013 (9,5 %)	25 (11,5 %)	82 (11,5 %)
90-179	21 092 (11,7 %)	25 (11,5 %)	101 (14,1 %)
180-364	62 970 (35,1 %)	60 (27,6 %)	200 (28,0 %)
365+ ^b	78 565 (43,7 %)	107 (49,3 %)	331 (46,4 %)
Antal tidigare sjukskrivningsfall, före avslagsfallet			
0	72 476 (40,3 %)	80 (36,9 %)	264 (37,0 %)
1	53 977 (30,0 %)	52 (24,0 %)	204 (28,6 %)
2+	53 187 (29,6 %)	85 (39,2 %)	246 (34,5 %)
Sjukskrivningsgrad under slutet av avslagsfallet			
Deltid (25-75 %)	81 231 (45,2 %)	43 (19,8 %)	193 (27,0 %)
Heltid (100 %)	98 409 (54,8 %)	174 (80,2 %)	521 (73,0 %)

^a Inklusiva dagarna i sjukskrivningsfallet som avslutats med avslag.

^b Det fanns personer som varit sjukskrivna hela denna femårsperiod.

Bland personer som vårdats för självskada 30 dagar innan eller efter avslaget hade en större andel även tidigare haft sekundärvård för självskada (tabell 12). Detta gäller även jämfört med när hela året efter avslaget togs med i uppföljningen. För drygt hälften av personer i den här gruppen var självskaдебeteendet alltså redan tidigare etablerat.

Tidigare sekundärvård för psykisk diagnos respektive för somatisk diagnos var också betydligt vanligare bland personer som vårdats för självskada i samband med avslaget. Hela 45,6 procent hade haft elva eller fler sådana sekundärvårdskontakter för psykiska diagnoser under de senaste fem åren. En ännu högre andel hade minst elva gånger under de föregående fem åren haft sekundärvård för somatiska diagnoser, och den absoluta majoriteten (88,9 %) hade haft det fler än två gånger. För drygt hälften var den första sjukskrivningsdiagnosen i avslagsfallet en psykisk diagnos.

Tabell 12. Antal och andel (%) personer med olika typer av sekundärvård under perioden fem år före till och med 30 dagar före datum för avslag på fortsatt sjukskrivning, fördelat på sekundärvård för självskada efter avslaget. Gäller första avslagsfallet för de som hade flera.

	Alla avslag	Avslag där personen haft sekundärvård för självskada ...	
		... 30 dagar innan och 30 dagar efter	... 30 dagar innan och 365 dagar efter
Alla	n = 179 640	217 (0,12 %)	714 (0,40 %)
Tidigare sekundärvård för självskada, antal gånger			
0	175 250 (97,6 %)	106 (48,8 %)	465 (65,1 %)
1-2	3725 (2,1 %)	53 (24,4 %)	141 (19,7 %)
3-5	482 (0,3 %)	31 (14,3 %)	63 (8,8 %)
6+	183 (0,1 %)	27 (12,4 %)	45 (6,3 %)
Tidigare psykiatrisk vård, antal gånger			
0	122 269 (68,1 %)	50 (23,0 %)	196 (27,5 %)
1-2	19 746 (11,0 %)	28 (12,9 %)	92 (12,9 %)
3-5	9785 (5,4 %)	19 (8,8 %)	75 (10,5 %)
6-10	10 008 (5,6 %)	21 (9,7 %)	104 (14,6 %)
11+	17 832 (9,9 %)	99 (45,6 %)	247 (34,6 %)
Tidigare somatisk vård, antal gånger			
0-2	38 357 (21,4 %)	24 (11,1 %)	83 (11,6 %)
3-5	34 799 (19,4 %)	30 (13,8 %)	109 (15,3 %)
6-10	40 940 (22,8 %)	38 (17,5 %)	163 (22,8 %)
11+	65 544 (36,5 %)	125 (57,6 %)	359 (50,3 %)
Första sjukskrivningsdiagnos i avslagsfallet			
Psykisk	74 120 (41,3 %)	120 (55,3 %)	402 (56,3 %)
Muskuloskeletal	52 797 (29,4 %)	21 (9,7 %)	103 (14,4 %)
Skada	14 741 (8,2 %)	44 (20,3 %)	113 (15,8 %)
Annan	37 982 (21,1 %)	32 (14,7 %)	96 (13,4 %)

Del II

I Del II har personer som fått minst ett avslag på fortsatt sjukpenning jämförts med personer från två olika grupper avseende deras förekomst av sekundärvård för självskada;

- dels med matchade referenspersoner vars sjukskrivning fortsatt
- dels med matchade referenspersoner från den övriga befolkningen.

Av tabell 13 framgår det att förekomsten av sekundärvård för självskada var högst bland de personer vars sjukskrivning fortsatte. Andelen personer som vårdats för självskada, både inom loppet av 30 och av 365 dagar, var mycket låg bland personer som fått avslag på fortsatt sjukskrivning (0,11 %, respektive 0,41 %) (detta framgår även av tabell 8).

Tabell 13. Antal och andel (% med 95 % konfidensintervall (KI)) personer som sekundärvårdats för självskada 30 dagar innan eller efter ett avslag, respektive 30 dagar innan eller 365 dagar efter fallets avslutsdatum. Motsvarande siffror visas också för matchade referenspersoner bland i) personer vars sjukskrivning fortsatt, och bland ii) personer från övriga befolkningen. ^a

Tidsperiod i förhållande till avslutsdatum	Grupp	Sekundärvård för självskada (n)		Andel (95 % KI)
		Ja	Nej	
30 dagar innan till och med 30 dagar efter	-Avslag på sjukskrivning	173	155 720	0,11 (0,09 – 0,13)
	-Matchade, bland fortsatt sjukskrivna	370	155 523	0,24 (0,21 – 0,26)
	-Matchade, bland övriga befolkningen	170	467 509	0,04 (0,03 – 0,04)
30 dagar innan till och med 365 dagar efter	-Avslag på sjukskrivning	641	155 252	0,41 (0,38 – 0,44)
	-Matchade, bland fortsatt sjukskrivna	1232	154 661	0,79 (0,75 – 0,83)
	-Matchade, bland övriga befolkningen	820	466 859	0,18 (0,16 – 0,19)

^a Dessa siffror skiljer sig något från de som rapporteras i tabell 7, eftersom denna tabell visar siffror för de personer som vårdats för självskada i samband med ett avslag och som kunde matchas till personer vars sjukskrivning fortsatte respektive till personer från den övriga befolkningen. I tabell 7 visas i stället resultat för samtliga sjukskrivningsfall som avslutats med avslag.

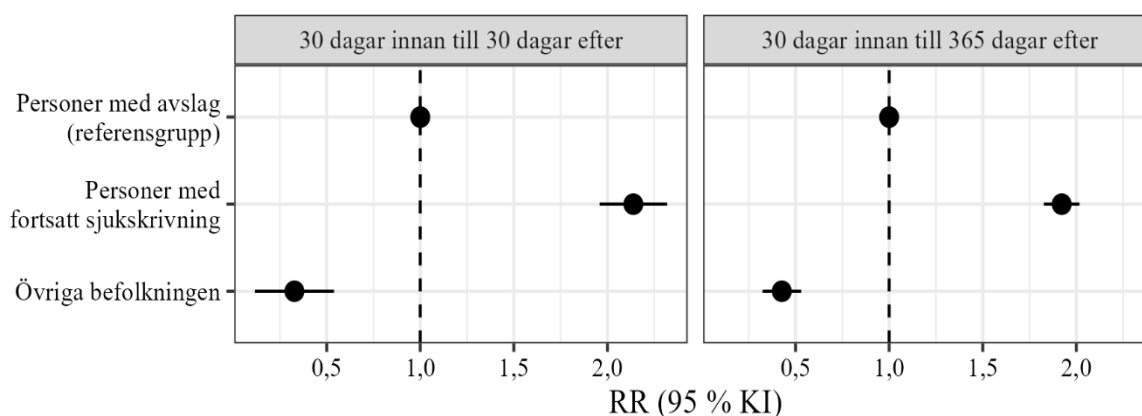
I tabell 14 och i figur 5 visas de relativa risker för sekundärvård för självskada som motsvarar jämförelser mellan de absoluta risker som visas i tabell 13. Personer som fått sitt första avslag utgjorde referensgruppen i båda beräkningarna av relativ risk.

Jämfört med personer med avslag hade personer vars sjukskrivning fortsatt ungefär dubbelt så hög estimerad relativ risk för sekundärvård för självskada. Personer från den övriga befolkningen hade en risk som var en tredjedel så hög, vilket innebär att risken för sekundärvård för självskada var tre gånger högre bland dem som fått avslag jämfört med den övriga befolkningen – och ännu högre bland de sjukskrivna som inte fick avslag.

Tabell 14. Relativ risk och 95 % konfidensintervall för sekundärvård för självskada inom perioden 30 dagar innan och efter sjukskrivningsfallets avslutsdatum, respektive inom 30 dagar innan och 365 dagar efter avslutsdatum där personer som fått avslag (referensgrupp) jämförs dels med matchade personer vars sjukskrivning fortsatte och dels med matchade personer från den övriga befolkningen.

Jämförelsegrupp	Relativ risk (95 % konfidensintervall)	
	Tidsperiod	
	30 dagar innan och 30 dagar efter	30 dagar innan och 365 dagar efter
Avslag	Referensgrupp	Referensgrupp
Matchade, bland fortsatt sjukskrivna	2,14 (1,96 – 2,32)	1,92 (1,83 – 2,02)
Matchade, bland övriga befolkningen	0,33 (0,12 – 0,54)	0,43 (0,32 – 0,53)

Figur 5. Relativ risk (RR) för sekundärvård för självskada 30 dagar innan och efter ett avslag, respektive 30 dagar innan respektive 365 dagar efter ett avslag där personer som fått avslag (referensgrupp) jämförs med matchade personer vars sjukskrivning fortsatt respektive med matchade personer från övriga befolkningen. De horisontella strecken visar 95 % konfidensintervall (KI) för respektive RR.



Genomsnittligt antal personer som avlidit i suicid inom 30 dagar från avslutsdatum bland de som fått avslag var knappt 4 per år (spridning 1 – 8). Det innebär att antalet bland de som fått avslag är för lågt för att genomföra analyser. Antalet avslag varierar också mycket mellan åren, vilket bland annat framgår av figur 1 och 2.

I hela befolkningen, bland de som respektive år hade samma åldrar som de i vår studiegrupp (18-86 år), var antalet personer som avlidit i suicid per år i medeltal 1468 (spridning 1401 – 1543). Detta kan jämföras med medelantalet suicid per år bland de personer som fått avslag: 11 (spridning 2 – 18). Dessa siffror baseras på de elva åren 2022-2023, eftersom de som fick avslag i slutet av år 2022 även följdes upp under en stor del av år 2023. Antalet avslag varierade alltså mycket mellan åren (figur 1 och 2).

Det kan naturligtvis ifrågasättas att på detta sätt redovisa siffror om sekundärvård för självskada och om suicid under så lång tid som ett helt år efter en specifik händelse. Siffrorna i rapporten ges för att visa förekomst - *inte* för att ge en bild av eventuella orsakssamband, endast samband över tid.

För de siffror som gäller den långa uppföljningen är det också svårt att dra slutsatser om eventuella tidssamband - andra händelser torde vara mer relevanta för eventuellt suicidalt beteende under det året. Självskaador och suicid är mycket komplexa fenomen där många faktorer på flera strukturella nivåer har betydelse.

Avslutande metodkommentarer

I det här projektet har förekomst av suicidalt beteende i form av sekundärvårdad självskada respektive död i suicid, analyserats bland de personer vars sjukskrivning avslutades med Försäkringskassans avslag om fortsatt sjukpenning någon gång under de tio åren 2013-2022. Vi har även jämfört dem dels med personer vars sjukskrivning var lika lång och fortsatte, dels med personer ur den övriga befolkningen, som inte fått avslag.

Resultaten har sammanfattats i rapportens sammanfattning (sidorna 2-3).

I detta projekt har vi inte haft information om de självsador som behandlats i primärvården eller i annan vårdform som inte klassificeras som sekundärvård, och inte heller om självsador som personen inte alls sökt eller fått hälso- och sjukvård för. Detta innebär att vi framför allt har information om mer allvarliga självsador.

Valet att även inkludera information om sekundärvårdad självskada som utfall kan diskuteras. Självska debeteende är den främsta riskindikatorn för framtida suicid, även om de flesta som vårdats för självskada inte avlider i suicid senare. I en systematisk litteraturöversikt av studier av självmordsförsök (dvs fall där intention till självmord var fastställd) framkom att incidensen för suicid inom ett år efter ett självmordsförsök var 2,8 procent (95 % konfidensintervall: 2,2 – 3,5)⁽⁷²⁾. I en svensk studie⁽⁵⁹⁾ där både självsador med och utan intention inkluderades, var ett-årsincidensen ännu lägre (2 % bland de med självmordsintention). Vid längre uppföljningar av personer som vårdats för självmordsförsök eller självskada är dock andelen som avlider i suicid högre, cirka sju procent vid en tioårsuppföljning^(72, 73).

Vi valde att studera suicidalt beteende i *två tidsfönster* i relation till ett sjukskrivningsfalls avslutsdatum;

- dels under perioden 30 dagar innan och 30 dagar efter avslutsdatum,
- dels 30 dagar innan och 365 dagar efter avslutsdatum. Det är dock med stor tveksamhet vi tagit med resultat om suicidalt beteende och annan död för ett helt år efter sjukskrivningsfallets avslutsdatum och man kan diskutera relevansen av att ta med dessa resultat. Väldigt mycket kan ha hänt under en så lång uppföljningstid, händelser som troligen haft större betydelse för eventuellt suicidalt beteende än just beslutet om avslag. Det kan gälla sjuklighet, behandling, relationer, sysselsättning, vård- och myndighetskontakter, livshändelser, etcetera. Detta innebär att samtliga resultat gällande dessa uppföljningar ska ses med stor försiktighet, det vill säga, de kan *inte* tolkas som att ett orsakssamband mellan avslag och suicidalt beteende föreligger.

Det bör även beaktas att en del av studien dels omfattar åren med *covid-19 pandemi*, då både personers beteende och regelverk ändrades^(74, 75), dels de år då det fanns en *bortre tidsgräns* för hur länge en person kunde vara sjukskriven^{3 (76)}. Materialet i detta projekt var inte tillräckligt omfattande (avseende de här studerade utfallen sekundärvårdad självskada och död i suicid) för att kunna analysera skillnader avseende detta och inte heller avseende de andra förändringar av regelverk och praxis som skett under dessa tio år^(18, 31, 77).

³ Denna bortre gräns på hur långt ett sjukskrivningsfall skulle kunna vara, var som längst på 914 dagar (2,5 år). Sjukskrivna personer som fick avslag på fortsatt sjukskrivning för att de uppnått maxantal dagar kunde då inte påbörja ett nytt sjukskrivningsfall inom de kommande tre månaderna.

Uppgifter om antal avslag överensstämmer inte helt med liknande uppgifter i andra rapporter. En anledning till detta är att andra årtal har studerats i dem, en annan är att olika åldersgrupper inkluderats, en tredje är att inklusionskriterierna sett olika ut. I en rapport från Försäkringskassan ⁽¹⁷⁾ har till exempel även de fall där avslag gavs initialt tagits med, det vill säga, fall där personen inte alls beviljats sjukpenning. Av pågående sjukskrivningsfall har i den rapporten endast de sjukskrivningsfall som fick avslag efter 180 dagar tagits med. I en rapport om avslag från Inspektionen från socialförsäkringen ⁽⁷⁸⁾ togs vissa avslagsfall med för perioden 2018-2019, både initiala och de för pågående sjukskrivning ⁽⁶⁰⁾. I en annan av Inspektionens rapporter ingår till exempel avslagsfall som varat 181-365 dagar ⁽⁷⁹⁾.

I en granskningsrapport från Riksrevisionen ⁽⁸⁰⁾ jämfördes två grupper av personer som fått avslag på fortsatt sjukpenning och som begärt omprövning: dels de som vid omprövningen beviljades sjukpenning, dels de som inte beviljades detta. Man analyserade olika typer av utfall under de kommande åren, bland annat avseende morbiditet, mätt med data från Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister. Man fann inga skillnader avseende morbiditet mellan de två grupperna och inte heller vad gäller förtida död.

År 2013 skickades en enkät till 1018 personer som fått sin sjukpenning indragen, avseende deras upplevelser av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården ⁽⁸¹⁾. Drygt hälften (51,7 %, n = 525) svarade. Av dem hade drygt hälften (54 %) upplevt positivt bemötande från Försäkringskassan, jämfört med nästan 90 procent bland långtidssjukskrivna⁴, som också fick enkäten. En fjärdedel (26 %) hade varit med om både positivt och negativt bemötande, 29 procent hade bara upplevt positivt bemötande och 42 procent bara negativt bemötande. Större andel av de yngre och av de födda utanför Sverige hade upplevt negativt bemötande. Majoriteten (63 %) ansåg att beslutet om indragning inte var rimligt och 43 procent att de inte förstod skälen till indrag. I enkäten fanns några frågor om Försäkringskassans skriftliga information om indrag. Var fjärde svarade att informationen inte alls var tillräcklig respektive inte var lätt att förstå medan drygt 40 procent till stor eller viss del upplevde informationen som kränkande. Resultaten gäller alltså år 2013 (dvs, det första året vi har data om). Utformningen av skriftlig information från Försäkringskassan har troligen reviderats sedan dess, baserat på resultat från denna och andra studier ⁽⁸²⁾.

Inte i någon av dessa rapporter ingick några uppgifter om suicidalt beteende.

De ytterst få tidigare studier som gjorts om förekomst av suicidalt beteende i samband med avslag på fortsatt sjukpenning har varit begränsade till kvalitativa analyser av intervjudata bland personer med en viss diagnos respektive till fritextsvar i enkäter till läkare ^(38, 39). Vi har inte identifierat några studier om detta från andra länder. Detta är den första studie om sådan förekomst som baserats på rikstäckande registerdata.

Det framkom att mer än hälften av de personer med självskada av så allvarlig art att de fått sekundärvård, även tidigare hade haft sådan vård. Det innebär att hälso- och sjukvården har kännedom om att det finns en framtida risk för suicidalt beteende - tidigare självskadebeteende är en riskfaktor för kommande suicidalt beteende ^(28, 36, 37, 83).

Förhoppningsvis har detta beaktats vid sjukskrivningen, bland annat i den sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan som sjukvården ska ta fram när en patient sjukskrivs ⁽⁸⁴⁾. Det är centralt att samverkan i suicidförebyggande arbete sker med Försäkringskassan ⁽⁸⁵⁾. Såväl Riksrevisionen

⁴ Utöver personer vars sjukpenning blivit indragen skickades enkäten även till 17 395 personer som var sjukskrivna sedan 4-8 månader; 9032 (51,9 %) av dem svarade.

⁽⁸⁶⁾ som Inspektionen för socialförsäkringen ⁽⁸⁷⁾ har funnit brister i Försäkringskassans hantering av avslag, till exempel vad gäller förekomst av omställningsmöte med Arbetsförmedlingen. Riksrevisionen lyfte även behovet av att arbetsgivare efterlever lagkravet om att upprätta en plan för återgång i arbete. Det är viktigt att Försäkringskassan har bra rutiner för samverkan med andra aktörer, för kompetensutveckling, för hantering av sådana ärenden liksom för utvärdering av rutinerna ⁽²⁾.

Begränsningar och styrkor

Projektet har flera begränsningar och styrkor.

Begränsningar

Ett av projektets tillkortakommanden är relaterat till kvalitén i registret över avslutade sjukskrivningsfall. Det finns, som framgår av metoddelen, flera begränsningar med det registret, avseende till exempel dubbelregistreringar av fall, att vissa fall hade registrerats som nya när ett annat redan pågick för samma person, information om start- och slutdatum saknades eller stämde inte med information för motsvarande fall i MiDAS. Vi hanterade detta genom att, baserat på olika ställningstaganden, exkludera vissa av fallen i registret. Flera av de här använda exklusions- och inklusionskriterierna avseende avslutade sjukskrivningsfall, baserades på dessa problem.

En central begränsning i projektet, utifrån dess syfte, är att de fall som avslutas i och med att den sjukskrivne avlidit har kodats med att 'Försäkringsvillkor ej uppfyllda' (en person som avlidit täcks inte av sjukpenningförsäkringen, dvs kan inte vara sjukskriven). Det innebär att det i det använda registret inte framgår om den avlidne fått information om att ett avslag planeras. Det är en anledning till att vi i flera analyser fokuserat på sekundärvård för självsador, snarare än på suicid. En annan anledning är att självskada är en riskfaktor för suicid ^(35-37, 42, 73).

Detta är en första, explorativ observationsstudie inom ett svårbeforskat område, där vissa viktiga data saknas. Även om studien täcker tio år är antalet med suicidalt beteende så lågt att fördjupade analyser på subgruppsnivå inte varit möjliga utan att de skulle medföra risk för att röja personers identitet.

Förhoppningsvis kommer Försäkringskassan i framtid att förändra hur de registrerar orsaker till sjukskrivningsfalls avslut så att det framgår om avslag har kommunicerats till den sjukskrivne. Då kan det förhoppningsvis bli möjligt att göra mer tillförlitliga studier av suicid i samband med avslag.

Styrkor

Projektgruppen är tvärvetenskaplig och det finns gedigen kompetens i gruppen kring att hantera denna typ av data, av studier om sjukfrånvaro samt av studier om suicidalt beteende. Under projektet har vi kontinuerligt haft kontakt med andra suicidforskare och med företrädare för Mind.

En annan styrka i detta projekt är att vi kunnat ta med samtliga fall som uppfyllde inklusionskriterierna. Även om det finns vissa begränsningar i registret om avslutade fall, information som inte fanns i andra register. Dessutom kunde viss kvalitetskontroll av informationen i det registret göras via jämförelse med sjukskrivningsfall i MiDAS-registret. MiDAS, liksom de övriga rikstäckande administrativa register som använts i projektet har god kvalitet ^(61, 63, 88). En annan styrka är att data inte är självrapporterade (dvs, de påverkas inte av så kallad "recall bias"). Projektet täcker flera år och antalet fall som inkluderas är mycket

stort. Det är också en fördel att vi tog med alla åldrar, då varken suicidalt beteende eller sjukskrivning är begränsat till specifika åldrar.

I denna första explorativa studie har vissa basala analyser och jämförelser gjorts. Som alltid i ett område som inte beforskats tidigare, leder resultaten till många ytterligare frågor. Flera sådana frågor kan studeras vidare med hjälp av de data som detta projekt har baserats på, andra frågor kräver andra typer av data.

Mer kunskap behövs avseende suicid och om olika typer av suicidprevention ⁽²⁾.

Detta är en **observationsstudie**, vilket innebär att slutsatser om orsakssamband *inte* kan baseras på resultaten. Det innebär att **resultaten inte kan ses som mått på orsakssamband mellan avslag och sekundärvårdad självskada respektive död i suicid**, även om vissa tidsmässiga samband finns. Särskilt gäller detta vid de långa, ettåriga, uppföljningarna.

Det finns ett mycket stort antal riskfaktorer för suicidalt beteende, på olika strukturella nivåer ^(28, 50, 83, 89), faktorer som vi inte haft information om i denna explorativa studie och därför inte kunnat ta hänsyn till i analyserna. Resultaten kan dock ses som en indikation på hur ofta suicidalt beteende, avseende självskador som lett till sekundärvård, förekommer bland personer som fått avslag på fortsatt sjukpenning.

Även få suicid är för många!

Även om antalet suicid inte var stort, så är varje suicid ett för mycket. Strategier och rutiner för att hantera detta behövs, i samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, liksom med eventuella andra aktörer ^(2, 55). Vår förhoppning är att resultaten från denna rapport kan inspirera till ytterligare utveckling av sådana samt till fördjupade studier inom området.

Ett flertal tidigare studier har visat att sjukfrånvaro är en riskindikator för suicid ^(4, 7, 9, 10, 47-53). De som fått avslag på fortsatt sjukpenning hade dock lägre risk för sekundärvårdad självskada än de vars sjukskrivning fortsatte.

Referenser

1. Kartläggning och individuell analys avseende uppdrag att inkomma med underlag inför en nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. 2021. Försäkringskassan.
2. Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. 2024. Stockholm: Socialdepartementet.
3. Jonsson U, Alexanderson K, Kjeldgård L, Westerlund H, Mittendorfer-Rutz E. Diagnosis-specific disability pension predicts suicidal behaviour and mortality in young adults: a nationwide prospective cohort study. *BMJ open*. 2013; 3 (2): e002286.
4. Wang M, Alexanderson K, Runeson B, Head J, Melchior M, Perski A, Mittendorfer-Rutz E. Are All-Cause and Diagnosis-Specific Sickness Absence, and Sick-Leave Duration Risk Indicators for Suicidal Behavior? - A Nationwide Register-Based Cohort Study of 4.9 Million Inhabitants of Sweden. *Occup Env Med*. 2014; 71 (1): 12-20.
5. Rahman SG, Alexanderson K, Jokinen J, Mittendorfer-Rutz E. Disability pension due to common mental disorders and subsequent suicidal behaviour: a population-based prospective cohort study. *BMJ open*. 2016; 6 (4): e010152.
6. Björkenstam C, Tinghög P, Brenner P, Mittendorfer-Rutz E, Hillert J, Jokinen J, Alexanderson K. Is disability pension a risk indicator for future need of psychiatric healthcare or suicidal behavior among MS patients- a nationwide register study in Sweden? *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 286.
7. Niederkrotenthaler T, Tinghog P, Alexanderson K, Dahlin M, Wang M, Beckman K, Gould M, Mittendorfer-Rutz E. Future risk of labour market marginalization in young suicide attempters--a population-based prospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2014; 43 (5): 1520-30.
8. Wang M, Alexanderson K, Runeson B, Mittendorfer-Rutz E. Morbidity and suicide mortality following sick leave in relation to changes of social insurance regulations in Sweden. *Eur J Public Health*. 2016; 26 (6): 1061-9.
9. Mittendorfer-Rutz E, Kjeldgard L, Runeson B, Perski A, Melchior M, Head J, Alexanderson K. Sickness absence due to specific mental diagnoses and all-cause and cause-specific mortality: a cohort study of 4.9 million inhabitants of Sweden. *PloS one*. 2012; 7
10. Melchior M, Ferrie JE, Alexanderson K, Goldberg M, Kivimaki M, Singh-Manoux A, Vahtera J, Westerlund H, Zins M, Head J. Does sickness absence due to psychiatric disorder predict cause-specific mortality? A 16-year follow-up of the GAZEL occupational cohort study. *Am J Epidemiol*. 2010; 172 (6): 700-7.
11. Di Thiene D, Alexanderson K, Tinghog P, La Torre G, Mittendorfer-Rutz E. Suicide among first-generation and second-generation immigrants in Sweden: association with labour market marginalisation and morbidity. *J Epidemiol Community Health*. 2015; 69 (5): 467-73.
12. Mittendorfer-Rutz E, Kjeldgård E, Wikman A, Alexanderson K. Sjukskrivning i psykiska diagnoser och risk för att få sjuk- eller aktivitetsersättning eller för förtida död: Sektionen för försäkringsmedicin. 2011. Karolinska Institutet.
13. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning - ICD-10-SE. Svensk version. 2017. Stockholm: Socialstyrelsen och WHO.
14. Österlund N. MiDAS Sjukpenning och Rehabiliteringspenning 2011. Stockholm: Försäkringskassan.

15. Ludvigsson JF, Svedberg P, Olén O, Bruze G, Neovius M. The longitudinal integrated database for health insurance and labour market studies (LISA) and its use in medical research. *Eur J Epidemiol.* 2019; 34 (4): 423-37.
16. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
17. Skillnader i avslag för sjukpenning mellan olika grupper - En registerstudie om avslagsbeslut på initial ansökan och efter dag 180 i rehabiliteringskedjan. 2022. Försäkringskassan.
18. En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022. 2024. Stockholm: Socialdepartementet.
19. Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning. 2018. Inspektionen för socialförsäkringen.
20. Försäkringskassans årsredovisning 2023. 2024. Försäkringskassan.
21. Försäkringskassans årsredovisning 2024. 2025. Försäkringskassan.
22. Trakasserier, hot och våld – förebyggande insatser och hantering vid statliga myndigheter. 2022. Riksrevisionen.
23. Efter tio år drogs ersättningen in för Johan med autism – ”Världen rasade för honom”, (2021).
24. F-kassans beslut ledde till Saras självmord, <https://www.aftonbladet.se/debatt/a/50kLEE/f-kassans-beslut-ledde-till-saras-sjalvmord> (2019).
25. ”Linnéa fick nobben av Försäkringskassan – då orkade hon inte längre”, <https://www.aftonbladet.se/nyheter/a/weEEW4/linnea-fick-nobben-av-forsakringskassan--da-orkade-hon-inte-langre> (2020).
26. Ännu ett självmord på grund av nekad sjukpenning, <https://tidningensyre.se/2021/4-maj-2021/annu-ett-sjalvmord-pa-grund-av-nekad-sjukpenning/> (2021).
27. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010; 6: 339-63.
28. Knipe D, Padmanathan P, Newton-Howes G, Chan LF, Kapur N. Suicide and self-harm. *Lancet.* 2022; 399 (10338): 1903-16.
29. Guldin MB, Siegismund Kjaersgaard MI, Fenger-Grøn M, Thorlund Parner E, Li J, Prior A, Vestergaard M. Risk of suicide, deliberate self-harm and psychiatric illness after the loss of a close relative: a nationwide cohort study. *World Psychiatry.* 2017; 16: 193-9.
30. Noel CW, Eskander A, Sutradhar R, Mahar A, Vigod SN, Isenberg-Grzeda E, Bolton J, Deleemans J, Chan WC, Vasdev R, Zuk V, Haas B, Mason S, Coburn NG, Hallet J, Enhanced Supportive Psycho-oncology Canadian Care G. Incidence of and Factors Associated With Nonfatal Self-injury After a Cancer Diagnosis in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open.* 2021; 4 (9): e2126822.
31. Förändringar inom socialförsäkrings- och bidragsområdena 1968-01-01–2024-09-30. 2024. Stockholm: Försäkringskassan.
32. Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan - En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen. 2017. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
33. Självmordsförsök i Sverige, <https://ki.se/nasp/statistik/sjalvmordsforsok-i-sverige> (2025).
34. Folkhälsomyndigheten. Statistik om suicid, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/statistik-om-suicid/> (2024).
35. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *Br J Psychiatry.* 2003; 183: 28-33.
36. Geulayov G, Casey D, Bale L, Brand F, Clements C, Farooq B, Kapur N, Ness J, Waters K, Tsiachristas A, Hawton K. Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *Lancet Psychiatry.* 2019; 6 (12): 1021-30.

37. Runeson B, Haglund A, Lichtenstein P, Tidemalm D. Suicide risk after nonfatal self-harm: a national cohort study, 2000-2008. *J Clin Psychiatry*. 2016; 77 (2): 240-6.
38. Altermark N. Avslagsmaskinen - Byråkrati och avhumanisering i svensk sjukförsäkring. Stockholm: Verbal Förlag, 2020, pp.123-38.
39. Alexanderson K, Azad A, Haque M, Lindholm C, Svärd V. Läkares erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan - kvalitativa och kvantitativa analyser av enkätsvar år 2017 och jämförelser med tidigare år. 2020. Stockholm: Karolinska Institutet.
40. Allt fler hotar Försäkringskassan om att begå självmord, <https://tidningensyre.se/2021/31-januari-2021/allt-fler-hotar-forsakringskassan-om-att-bega-sjalvmord/> (2021).
41. Coope C, Donovan J, Wilson C, Barnes M, Metcalfe C, Hollingworth W, Kapur N, Hawton K, Gunnell D. Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010-2011): A review of coroners' records. *J Affect Disord*. 2015; 183: 98-105.
42. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2014; 9 (2): e89944.
43. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013; 381 (9874): 1323-31.
44. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*. 2012; 345: e5142.
45. Er ST, Demir E, Sari E. Suicide and economic uncertainty: New findings in a global setting. *SSM Popul Health*. 2023; 22: 101387.
46. Barnes MC, Gunnell D, Davies R, Hawton K, Kapur N, Potokar J, Donovan JL. Understanding vulnerability to self-harm in times of economic hardship and austerity: a qualitative study. *BMJ open*. 2016; 6 (2): e010131.
47. Bryngelson A, Asberg M, Nygren A, Jensen I, Mittendorfer-Rutz E. All-Cause and Cause-Specific Mortality after Long-Term Sickness Absence for Psychiatric Disorders: A Prospective Cohort Study. *PloS one*. 2013; 8 (6): e67887.
48. Wang M. *Sickness absence - subsequent psychiatric morbidity and suicidal behavior*. Karolinska Institutet, 2015.
49. Vahtera J, Pentti J, Kivimäki M. Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58
50. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160: 765-72.
51. Björkenstam E, Ringbäck Weitoft G, Lindholm C, Björkenstam C, Alexanderson K, Mittendorfer-Rutz E. Associations between number of sick-leave days and future all-cause and cause-specific mortality: A population-based cohort study. *BMC Publ Health*. 2014; 14: 733.
52. Jansson C, Mittendorfer-Rutz E, Alexanderson K. Sickness absence because of musculoskeletal diagnoses and risk of all-cause and cause-specific mortality: a nationwide Swedish cohort study. *Pain*. 2012; 153 (5): 998-1005.
53. Qin P, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 546-50.
54. Wang M, Alexanderson K, Runeson B, Mittendorfer-Rutz E. Sick-leave measures, socio-demographic factors and health care as risk indicators for suicidal behavior in patients with depressive disorders--a nationwide prospective cohort study in Sweden. *J Affect Disord*. 2015; 173: 201-10.

55. Högre risk för psykisk ohälsa och suicid bland mottagare av ekonomiskt bistånd. 2023. Socialstyrelsen.
56. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med*. 2020; 16 (3): 266-74.
57. Kapur N, Cooper J, O'Connor RC, Hawton K. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *Br J Psychiatry*. 2013; 202 (5): 326-8.
58. Lim KX, Krebs G, Rimfeld K, Pingault JB, Rijdsdijk FV. Investigating the genetic and environmental aetiologies of non-suicidal and suicidal self-harm: a twin study. *Psychol Med*. 2021; 52 (15): 1-11.
59. Waern M, Strömsten L, Wiktorsson S, Runeson B, Renber E. Overlapping Patterns of Suicide Attempts and Non-suicidal Self-Injuries in Adults: A Prospective Clinical Cohort Study. *J Clin Psychiatry*. 2022; 83 (6): 21m14330.
60. Utan inkomst efter avslag - En redovisning av vilka som saknar inkomst efter avslag på ansökan om sjukpenning och vad som ökar risken för det. 2023. Inspektionen för socialförsäkringen.
61. Ludvigsson JF, Andersson E, Ekbom A, Feychting M, Kim JL, Reuterwall C, Heurgren M, Olausson PO. External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Publ Health*. 2011; 11: 450.
62. Dödsorsaksregistret. 2021. Socialstyrelsen.
63. Ludvigsson JF, Otterblad-Olausson P, Pettersson BU, Ekbom A. The Swedish personal identity number: possibilities and pitfalls in healthcare and medical research. *Eur J Epidemiol*. 2009; 24 (11): 659-67.
64. Applying the Degree of Urbanisation - A Methodological manual to define cities, towns and rural areas for international comparisons. 2021. EUROSTAT.
65. Skogman K, Alsen M, Ojehagen A. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide-a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39 (2): 113-20.
66. Brent D, Baughner M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and Sex-Related Risk Factors for Adolescent Suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999; 38 (12): 1497-505.
67. Skegg K. Self-harm. *Lancet*. 2005; 366 (9495): 1471-83.
68. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009; 373 (9672): 1372-81.
69. Christiansen E, Agerbo E, Larsen K, Bilenberg N, Stenager E. Youth, suicide attempts and low level of education: A Danish historical register-based cohort study of the outcome of suicide attempt. *Int J Soc Psychiatry*. 2015; 61 (8): 802-10.
70. Lindh Å, Dahlin M, Beckman K, Strömsten L, Jokinen J, Wiktorsson S, Renberg E, Waern M, B R. A Comparison of Suicide Risk Scales in Predicting Repeat Suicide Attempt and Suicide: A Clinical Cohort Study. *J Clin Psychiatry*. 2019; 80 (6): 18m12707.
71. Vasiliadis H, Léon C, Husky M. Sex differences in lifetime suicide attempts in retired older adults between 2000 and 2021 in France: results from six national surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2025; May 20; Epub ahead of print.
72. Demesmaeker A, Chazard E, Hoang A, Vaiva G, Amad A. Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2022; 56 (6): 603-16.
73. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002; 181: 193-9.
74. Förändrat behov av socialförsäkringen under coronapandemins första månader. 2020. Försäkringskassan.
75. Sverige under pandemin. 2022. Coronakommissionen.
76. Avskaffandet av den bortre tidsgränsen. 2022. Inspektionen för socialförsäkringen.

77. Ett systemperspektiv på sjukfrånvaron. 2015. Inspektionen för socialförsäkringen.
78. Sjuk och (o)likabehandlad? 2024. Inspektionen för socialförsäkringen.
79. Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda. 2016. Inspektionen för socialförsäkringen.
80. Är sjukskrivning bra för hälsan? 2016. Riksrevisionen.
81. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. 2014. Inspektionen för socialförsäkringen.
82. Friberg E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande i samband med aktivitetsförmågeutredningen. 2015. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet.
83. Masango SM, Rataemane ST, Motojesi AA. Suicide and suicide risk factors: A literature review. *South African Family Practice*. 2014; 50 (6): 25-9.
84. Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering; Nationellt kunskapsstöd. 2023. Socialstyrelsen.
85. Försäkringskassans samordningsuppdrag. 2025. Inspektionen för socialförsäkringen.
86. Vägen till arbete efter nekad sjukpenning. 2020. Riksrevisionen.
87. Mellan sjukpenning och arbete - En granskning av orsakerna till att personer saknar inkomst efter avslag på ansökan om sjukpenning. 2023. Inspektionen för socialförsäkringen.
88. Ludvigsson JF, Almqvist C, Bonamy AK, Ljung R, Michaelsson K, Neovius M, Stephansson O, Ye W. Registers of the Swedish total population and their use in medical research. *Eur J Epidemiol*. 2016; 31 (2): 125-36.
89. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017; 143 (2): 187-232.

www.ki.se/im

ISBN 978-91-8017-614-9



**Karolinska
Institutet**