

Epidemiologisk forskning om psykiatrisk sjukfrånvaro och om sjukfrånvaro bland psykiskt sjuka

Gunnel Hensing

Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser ökar. Trots detta är nivåerna låga i jämförelse med hur vanliga psykiska sjukdomar som depressioner, ångestsjukdomar, alkoholmissbruk och psykoser är i befolkningen. Den psykiatriska sjukfrånvaron är en underskattning av det verkliga sambandet mellan psykisk ohälsa och nedsatt arbetsförmåga. Epidemiologisk forskning av sjukfrånvaro bland kvinnor med psykiska problem visar att de har fler sjukfall och sjukdagar än kvinnor utan psykiska problem. Detta gäller särskilt sjukfrånvaro i rörelseorganens sjukdomar. Det finns också intressanta könsskillnader när det gäller den psykiatriska sjukfrånvaron. Kvinnor är oftare sjukskrivna, medan männen har längre sjukfall. Får kvinnor sämre behandling, vilket leder till att de på nytt blir sjukskrivna? Eller är det helt enkelt svårare för män att återgå till arbetet efter en sjukskrivningsperiod för psykisk sjukdom på grund av den traditionella mansrollen, där män förväntas vara "starka"? Både kvinnor och män som arbetar i extremt mans- respektive kvinnodominerade yrkesgrupper har förhöjd psykiatrisk sjukfrånvaro, vilket kan bero på ökade prestationskrav och svagare socialt stöd för könet i minoritet på arbetsplatsen.

Gunnel Hensing är docent och universitetslektor vid socialmedicinska avdelningen, Göteborgs universitet. Hon arbetar i projektet "Kvinnor och alkohol i Göteborg" och i projekt inom området sjukfrånvaro, hälsa och livsvillkor.

Den psykiatriska sjukfrånvaro ökar

Den psykiatriska sjukfrånvaron ökade under 1990-talet och ökningen fortsatte under 2000-talets första år. I massmedia har detta och framförallt den ökande sjukfrånvaron för utbrändhet kommenterats och debatterats, inte minst för att sjukskrivningarna bland andra drabbat unga yrkesutövare inom den växande IT-branschen. Frågan är emellertid om ökningen vi ser beror på en reell ökning av psykisk ohälsa eller om den psykiatriska sjukfrånvarons nivåer nu bättre reflekterar den verkliga förekomsten av nedsatt arbetsför-

måga på grund av psykisk ohälsa?

I september 1999 var enligt Riksförsäkringsverkets statistik andelen personer med en psykiatrisk diagnos på sina sjukintyg 14% av alla sjukskrivna. Detta motsvarar drygt 25 500 per-

Frågan är om ökningen beror på en reell ökning av psykisk ohälsa eller om den psykiatriska sjukfrånvarons nivåer bättre reflekterar den verkliga förekomsten av nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk ohälsa

soner eller 0.6% av arbetskraften. Andelen med en psykiatrisk diagnos ökar med frånvarens längd och i sjukfall över tre månader är psykiatriska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen de dominerande diagnosgrupperna. Lång sjukfrånvaro ökar risken för förtidspension och 1998 hade 24% av de nybeviljade förtidspensionerna en psykiatrisk diagnos som grund [1]. I åldersgruppen 16-29 år var förtidspension på grund av psykisk sjukdom den vanligaste orsaken och svarade för 59% av alla förtidspensioner. Också i åldersgruppen 30-49 år var förtidspension på grund av psykisk sjukdom den vanligaste.

Ökningen av den psykiatriska sjukfrånvaron började redan i mitten av 1980-talet enligt brittiska forskare [2]. I en artikel från 1995 diskuterar den engelske psykiatern Stephen Stansfeld ökningen och menar att den kan förklaras av flera faktorer:

- en faktisk ökning av den psykiska sjukligheten i befolkningen som helhet,
- en ökande tolerans i samhället för psykisk sjuklighet,
- läkare har blivit mer benägna att använda en psykiatrisk diagnos på sjukintyget,
- patienterna accepterar psykiatriska diagnoser i större utsträckning än tidigare,
- läkare blir allt bättre på att identifiera psykisk sjuklighet i takt med att kunskapen om psykiska sjukdomar ökar,
- möjligheten till bättre och mer korrekt behandling i form av psykofarmaka och psykoterapi påverkar också läkares benägenhet att diagnosticera psykisk sjukdom hos sina patienter.

Även om den psykiatriska sjukfrånvaron ökar, så är nivåerna, vilket jag antydde ovan, låga i relation till hur vanlig psykisk sjukdom är i befolkningen. Enligt Folkhälsorapporten 1997 uppgav mellan 20-40% av den vuxna

svenska befolkningen (inklusive personer över 65 år) att de led av psykisk ohälsa eller nedsättning av det psykiska välbefinnandet [3]. Enligt olika kartläggningar har 10-15% depressions- eller ångestsjukdomar [3, 4]. Omkring 5% har sjukdomen egentlig depression, medan 1-2% har någon form av psykosjukdom, där den vanligaste är schizofreni. 4-5% av befolkningen har en alkoholdiagnos och dubbelt så många har alkoholproblem eller är högkonsumenter av alkohol. Årligen söker 2-3% av befolkningen vård inom psykiatri och av primärvårdens patienter har uppskattningsvis 20% psykiatriska symtom [5]. Samhällets kostnader för den psykiska ohälsan (i form av hälso- och sjukvård, läkemedel, socialförsäkring och socialtjänster) beräknades 1992 uppgå till 45 miljarder [3].

Få psykiatriskt sjukskrivna i relation till förekomsten av psykisk sjukdom?

Vad beror det på att skillnaderna mellan andelen sjukskrivna för psykiatriska diagnoser och andelen med psykisk ohälsa, när man använder andra indikatorer är så stor? Det är naturligtvis inte så att alla de 20-40%, som uppger psykiska problem, har en sådan medicinsk nedsättning av arbetsförmågan att det skulle utgöra grund för sjukskrivning. Det är också så att i kartläggningar av förekomsten av psykiska problem i befolkningen ingår ålderspensionerade, förtidspensionerade och 0-klassade, dvs personer utan sjukpenninggrundande inkomst. De grupperna ingår endast i undantagsfall i den delen av befolkningen, som kan bli sjukskrivna med sjukpenning.

Med hänsyn tagen till detta är ändå skillnaden mellan förekomsten av psykiska problem i befolkningen och andelen som är sjukskrivna för psykiska problem förvånansvärt stor. En

Det kan vara så att personer med psykiska problem, vilka direkt eller indirekt bidrar till den nedsatta arbetsförmågan, sjukskrivs med andra diagnoser på sina sjukintyg

norsk psykiater, Inger Sandanger, har i befolkningsbaserade studier funnit att en av fyra personer som har besvär från rörelseorganen varit sjukskriven i en sådan diagnos, medan endast en av åtta med psykisk sjuklighet varit sjukskriven med en psykiatrisk diagnos [6]. Om den senare siffran delas upp på män och kvinnor, så blir talen för män 1 sjukfall på 5.8 fall av psykisk ohälsa i befolkningen och för kvinnor 1 sjukfall på 9.8 fall av psykisk ohälsa i befolkningen.

Vad beror denna skillnad i relationen mellan sjukdom och sjukfrånvaro i de båda diagnosgrupperna på? En orsak till skillnaden kan vara att sjukdomar i rörelseorganens sjukdomar oftare leder till en nedsättning av arbetsförmågan än vad som är fallet för psykiska störningar. En annan orsak kan vara att psykiska sjukdomar är svårare för läkaren att diagnosticera och för patienten att erkänna än vad som är fallet med rörelseorganens sjukdomar. Det kan också vara så att personer med psykiska problem, vilka direkt eller indirekt bidrar till den nedsatta arbetsförmågan, sjukskrivs med andra diagnoser på sina sjukintyg.

Två ansatser i forskning om sjukfrånvaro och psykisk sjukdom

I arbetet med och forskning omkring psykisk sjukdom och sjukfrånvaro är det nödvändigt att ha två ansatser [7]. Med "sjukfrånvaransatsen" utgår vi från psykiatrisk sjukskrivning dvs den sjukskrivning, där patienten har en psykiatrisk diagnos på sjukintyget. (Det

behöver alltså inte vara en psykiater som sjukskrivit.)

Epidemiologisk forskning med den här ansatsen beskriver förekomsten, identifierar riskfaktorer och riskgrupper samt beskriver konsekvenser. Emellertid innebär sjukfrånvaransatsen en underskattning av sambandet mellan psykisk sjukdom och sjukfrånvaro. Den andra ansatsen, "sjukdomsansatsen", utgår inte från den psykiatriska sjukfrånvaron utan från personen med den psykiska sjukdomen eller störningen. Vi identifierar alltså först individer med psykisk sjukdom via enkäter eller intervjuer och studerar därefter dessa individers sjukfrånvaro både i psykiatriska och andra diagnoser. En överskattning av sambandet mellan psykisk sjukdom och sjukfrånvaro kan förekomma med den här ansatsen, eftersom orsakerna till sjukfrånvaro ju vanligen är multifaktoriella. Inte minst kan just kombinationen av kroppslig och psykisk sjukdom vara det som nedsätter arbetsförmågan.

De båda ansatserna kan förstås också tillämpas på forskning om förtidspension. Det har förekommit viss forskning om sjukfrånvaro och om förtidspension med båda ansatserna, men omfattningen är fortfarande liten i relation till det stora folkhälso- och samhällsproblem som psykisk sjukdom och sjukfrånvaro/förtidspension utgör. I det följande kommer jag att ge några exempel på studier med de båda ansatserna.

Psykiatrisk sjukfrånvaro – könsskillnader i sjukfrånvaromönstret

I mitten av 1980-talet gjordes i Östergötlands län en omfattande registrering av alla sjukfall överstigande sju dagar inklusive diagnoser, yrke och andra sociodemografiska variabler. Vi fann då att 1985 var 3 100 personer sjukskrivna i minst ett sjukfall med en psykiatrisk

I alla åldersgrupper var det en högre andel kvinnor sjukskrivna än andelen män

diagnos, vilket motsvarade 1.7% av den yrkesverksamma befolkningen (n=182 663, 1985) [8]. Majoriteten var endast sjukskrivna en gång i en psykiatrisk diagnos. Totalt uppgick antalet psykiatriska sjukfall till 3 700. Andelen kvinnor som var sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos i sjukfall över 7 dagar under 1985 var 2.1% och motsvarande tal för männen var 1.3% av de yrkesverksamma. Andelen psykiatriskt sjukskrivna var högst i yngre och övre medelåldern bland både kvinnor och män dvs i intervallet 35-54 år. I alla åldersgrupper var det en högre andel kvinnor sjukskrivna än andelen män. Könsskillnaderna i den psykiatriska sjukfrånvarons längd var den motsatta [9]. Totalt hade män i genomsnitt 84 sjukdagar per sjukskriven person under 1985 medan motsvarande siffra för kvinnor var 64 sjukdagar. Antalet sjukdagar ökade med stigande ålder. I alla åldersgrupper hade män fler sjukdagar i psykiatrisk diagnos än vad kvinnor hade.

Kvinnors högre kumulativa incidens (dvs att en högre andel kvinnor än män var sjukskrivna) i psykiatrisk sjukfrånvaro kan jämföras med att man i epidemiologiska studier av psykisk ohälsa, särskilt depressions- och ångestsjukdomar, vanligen finner att prevalensen är 2-3 gånger så hög bland kvinnor som bland män [10]. Fyndet motsvaras också av att en högre andel kvinnor än män är sjukskrivna också i andra diagnosgrupper (med undantag för skador och olycksfall där andelen sjukskrivna män är högre). Däremot var fyndet att män var längre sjukskrivna än kvinnor mer oväntat.

För att studera om fyndet var tillfälligt och

knutet till tid och plats, gjorde vi om studien i Norge. Studien genomfördes på det nationella sjukfrånvaroregistret, vilket innehåller data om sjukfall överstigande 14 dagar Den norska yrkesverksamma befolkningen (med undantag för statsanställda, vilka har en särskild sjukförsäkring) utgjorde studieunderlaget (n=1 978 030). Under år 1994 hade 28 799 personer minst ett psykiatriskt sjukfall (>14 dagar) [11]. Vi fann ett liknande mönster vad avser könsskillnaderna, som det vi fann i Östergötland 1985. Det var en högre andel kvinnor, 1.93%, än män, 1.05%, som var sjukskrivna i minst ett psykiatriskt sjukfall. Kvinnornas ökade risk återfanns i alla åldersgrupper och ökade med stigande ålder. Vid analysen av sjukfrånvarons längd fann vi att män hade fler sjukfrånvarodagar, 113 per sjukskriven man, än kvinnor, 105 sjukfrånvarodagar per sjukskriven kvinna, under 1994. Fyndet var genomgående i alla åldersgrupper och ökade med stigande ålder också för sjukfrånvarons längd.

Vad beror könsskillnaderna på?

Orsakerna bakom könsskillnaderna i psykiatriskt sjukfrånvaromönster är inte klarlagda men det finns några möjliga förklaringar. En av de viktigaste torde vara att det bakom psykiatriska sjukskrivningsdiagnoser i vissa fall finns alkoholproblem hos den sjukskrivne. Alkohol diagnoser är mycket ovanliga på sjukintygen, men studier med den tidigare nämnda sjukdomsansatsen har visat att personer med alkoholproblem har en ökad sjukfrånvaro – särskilt i psykiatriska diagnoser [12-14]. Eftersom alkoholproblem är vanligare bland män kan "dolda" alkoholproblem leda till längre sjukskrivningsperioder och försvårad rehabilitering. En annan förklaring kan vara att det förekommer könsskillnader i

behandling och rehabilitering. Kanske är det mindre accepterat att män har psykiska problem, vilket försvårar deras arbetslivsriktade rehabilitering genom att problemen i onödan döljs för arbetskamrater. Andra förklaringar till könsskillnaderna i psykiatrisk sjukskrivningsmönster kan vara att kvinnor oftare söker vård och därmed "riskerar" att oftare bli sjukskrivna. Det finns studier som visar att kvinnor, oftare än män, tolkar sina symptom som emotionella eller psykiska och att kvinnor oftare får en psykiatrisk diagnos än män – trots att de uppvisar samma typer av symptom [15]. Samtliga dessa faktorer kan bidra till att en högre andel kvinnor än män sjukskrivs med psykiatriska diagnoser.

Alkoholdiagnoser på sjukintygen är ovanliga

Alkoholdiagnoser på sjukintygen är som sagt ovanliga. I den norska studien fann vi följande fördelning mellan olika psykiatriska diagnoser bland de 28 799, som var sjukskrivna under 1994. Indelningen baseras på ICPC [16]. (tabell 1).

Inte oväntat var det depressioner som utgjorde den största diagnosgruppen, bland både män och kvinnor, följt av ångestsjukdomar.

Bland männen utgjorde alkoholdiagnoser 9.8% dvs av alla psykiatriska sjukfall hade knappt 10% en alkohol- eller drogmissbruksdiagnos på sjukintyget. Detta motsvarar ett prevalenstal på cirka 0.1%, vilket är betydligt lägre än den andel i den manliga befolkningen, som är alkohol- eller drogmissbrukare eller som har andra alkoholproblem.

Sjukfrånvaron bland kvinnor med psykiska problem

I en pågående longitudinell befolkningsbaserad studie av kvinnor i Göteborg, WAG-projektet, har vi använt sjukdomsansatsen för att studera hur sjukfrånvaron ser ut bland kvinnor med alkoholproblem eller andra psykiska problem. WAG-projektet baseras på ett stratifierat urval av alla kvinnor födda vissa årtal. Efter en inledande screening valdes kvinnor ut för en omfattande intervju, där bland annat psykiatrisk sjukdom penetrerades. Psykiatriska diagnoser sattes enligt DSM-systemet. Efter informerat samtycke samlades information om sjukfrånvaro in för åren 1981 till 1990. Kvinnorna delades sedan in efter om de hade eller inte hade psykisk sjukdom enligt de genomförda intervjuerna. I studierna av sjukfrånvaro, som redovisas nedan, ingår

Tabell 1. Fördelning av psykiatriska diagnoser, Norge, 1994.

Diagnosgrupp	Kvinnor		Män	
	Antal sjukfall	Andel av alla sjukfall (%)	Antal sjukfall	Andel av alla sjukfall (%)
Psykoser	660	3.4	686	5.6
Ångestsjukdomar	2 020	10.4	1 447	11.8
Depressioner	13 413	69.2	6 798	55.7
Krisreaktion	1 212	6.3	675	5.5
Andra neuroser	1 850	9.5	1 412	11.6
Alkohol- och drogmissbruk	224	1.2	1 195	9.8
Totalt	19 379	100	12 213	100

292 kvinnor. Vi fann att kvinnor med psykisk sjukdom i medeltal hade 1.78 (95% konfidensintervall: 1.56-1.99) sjukfall och 19 (16-23) sjukdagar per kvinna och år under åren 1981-1990 [17]. Motsvarande siffror för kvinnor utan psykisk sjukdom var 1.25 (1.07-1.43) sjukfall samt 10 (7-12) sjukdagar. Skillnaderna mellan kvinnor med och utan psykisk sjukdom återfanns i alla socioekonomiska grupper, men var störst bland kvinnor i arbetaryrken.

Vi gjorde också en analys av sambandet mellan sjukfrånvaro och psykisk sjukdom i relation till kvinnornas civilstånd och om de hade eller inte hade barn [17]. Vi fann då att kvinnor med psykisk sjukdom genomgående hade högre sjukfrånvaro än kvinnor utan psykisk sjukdom men med motsvarande situation med avseende på civilstånd och föräldraskap. Gruppen ensamstående kvinnor med barn är en utsatt grupp i samhället med ekonomiska och andra problem. I vår analys fann vi emellertid inte någon förhöjd sjukfrånvaro bland ensamstående kvinnor med barn om de inte också hade någon form av psykisk sjukdom. Psykiskt friska, ensamstående kvinnor med barn hade lägre sjukfrånvaro under åren 1981-1990 än vad psykiskt friska, gifta kvinnor hade.

För åren 1989-1990 kunde vi komplettera våra sjukfrånvarodata med uppgift om sjukskrivningsdiagnos. Vi fann då att kvinnor med psykisk sjukdom hade en ökad sjukfrånvaro i olika diagnosgrupper både med avseende på sjukfall/person och medelantal sjukdagar/

Vi fann inte någon förhöjd sjukfrånvaro bland ensamstående kvinnor med barn om de inte också hade någon form av psykisk sjukdom

sjukskriven person. Skillnaderna var förstas stora när det gällde såväl sjukfall som sjukfrånvaros längd i sjukskrivning med psykiatriska diagnoser. Generellt var skillnaderna störst för sjukfrånvaros längd. Kvinnor med psykisk sjukdom hade till exempel dubbelt så många sjukdagar/sjukskriven under tvåårsperioden i sjukfrånvaro med muske-loskeletala diagnoser och för skador och olycksfall. Vi gjorde också en separat analys av vilka typer av psykiska sjukdomar hos kvinnorna, som medförde störst ökning av sjukfrånvaron i relation till kvinnor utan psykisk sjukdom, vilket framgår av *tabell 2*.

Tabell 2. Sjukfrånvaros längd, oberoende av diagnos, i relation till olika typer av psykiska sjukdomar.

Typ av psykisk sjukdom	Längd*	95% K.I.*
Ingen psykisk sjukdom	31	(24-38)
Bipolära sjukdomar	89	(17-161)
Kortvariga eller mindre allvarliga ångestsjukdomar	42	(32-52)
Långvariga eller allvarliga ångestsjukdomar	55	(28-38)
Alkoholberoende- och /eller missbruk	120	(65-174)

*Längd=medelantalet sjukdagar/sjukskriven person under åren 1989-1990. K.I.=Konfidensintervall

Av tabellen framgår att personer med alkoholberoende och/eller missbruk har flest sjukdagar/sjukskriven under 1989-1990. Personer med bipolära sjukdomar har också långa sjukskrivningsperioder. Konfidensintervallen är i flera fall mycket vida, vilket bland annat beror på att det är stora variationer i sjukfrånvaros längd inom varje grupp. Ur såväl ett samhällsekonomiskt som ett individuellt perspektiv är det framförallt långa sjukskriv-

ningar, som är av intresse. Korta sjukfall har större betydelse för arbetsgivare, då de kan medföra problem i det dagliga arbetet på olika sätt. Enligt statistik från Riksförsäkringsverket (maj 2000) svarade de 9% av sjukfallen (>14 dagar) (gäller all sjukfrånvaro inte bara psykiatrisk) som blev ett år eller längre för 59% av sjukfrånvarokostnaderna. Preventiva insatser, bättre behandling och/eller rehabilitering också för enskilda eller mindre grupper kan alltså få stora effekter.

Psykiatrisk sjukfrånvaro och arbetslivsrelaterade faktorer

I den tidigare nämnda undersökningen från Östergötland i mitten av 1980-talet fann vi att de tio yrkesgrupper, som hade den högsta generella sjukfrånvaron, dvs oavsett vilken diagnos de var sjukskrivna i, var desamma som de tio yrkesgrupper som hade högst psykiatrisk sjukfrånvaro [8]. Dessa tio yrkesgrupper var, i relation till nivån av psykiatrisk sjukfrånvaro, träindustri (4.7% sjukskrivna i minst ett psykiatriskt fall >7 dagar 1985), målare (4.2%), metallindustri (4.0%), textilindustri (3.8%), diverse yrken t.ex. cirkusarbetare (3.6%), pappersindustri (3.5%), socialt arbete (3.3%), livsmedelsindustri (3.2%), kemisk processindustri (2.6%) samt hotell och restauranganställda (2.5%).

Vi gjorde också en analys i relation till andelen män respektive kvinnor i de olika yrkesgrupperna [8]. Vi fann då att män och kvinnor som arbetade i yrkesgrupper med jämn könsfördelning hade den lägsta andelen psykiatriskt sjukskrivna. I extremt mansdominerade yrkesgrupper (>10% kvinnor) hade både män och kvinnor en hög andel sjukskrivna, 4.6% av kvinnorna och 1.6% av männen. Skillnaden mellan män och kvinnor var stor i de extremt mansdominerade yrkesgrup-

perna. Kvinnor i sådana yrken hade 3 gånger så hög risk som männen att sjukskrivas med en psykiatrisk diagnos under 1985. Också de extremt kvinnodominerade yrkesgrupperna (>10% män) hade en hög andel sjukskrivna. 2.5% av kvinnorna och 2.9% av männen hade varit sjukskrivna. Här var alltså könsskillnaderna de omvända – risken att bli psykiatriskt sjukskriven var högre bland männen.

Rosabeth Moss Kanter har studerat betydelsen av att vara i minoritetssituation på arbetsplatsen [18]. Hon menar att individer i minoritetsposition, oavsett om de är i minoritet på grund av kön, invandrarbakgrund, ålder eller något annat, utlöser vissa speciella processer i arbetsplatsens dynamik. Den här typen av processer är svåra för individen att påverka och är en del av organisationens struktur. Kanter identifierar tre dimensioner av den här organisationsdynamiken. Den första dimensionen är att minoritetspersonen är mer synlig än andra anställda. Det kan finnas både fördelar och nackdelar med detta. Den ökade synligheten kan, enligt Kanter, medföra att man måste prestera bättre än de som tillhör majoritetsgruppen. Sämre prestationer uppmärksammas mer om det är minoritetspersonen, som utför dem.

Den andra dimensionen är att närvaron av en ”annorlunda individ” dvs någon som skilljer sig från eller står i kontrast till majoriteten, leder till att man förstärker majoritetsgruppens gränser, vilket får till effekt att minoritetsperson får svårare att ta sig in i och bli en av gruppen.

Den tredje dimensionen slutligen innebär att de som är i majoritet, tycker att de är mer lika varandra, när det finns en minoritetsperson. En grupp män, som arbetar tillsammans, upptäcker plötsligt hur lika de är varandra om en kvinna börjar arbeta i gruppen.

Likheter som de tidigare inte tänkt på eller noterat. Denna insikt om likhet kan bidra till att man inte "ser" likheterna hos minoritetspersonen utan tänker på henne/honom i stereotypa termer. Med en invandrare i arbetsgruppen upptäcker svenskarna sin svenskhet och det kan uppstå en tendens till att man bedömer sin nya arbetskamrat mer efter de förutfattade föreställningar man har om invandrare än efter det faktiska beteende som den enskilda personen uppvisar. Synlighet, kontrast och likhet är tre dimensioner, vilka, fortfarande enligt Moss Kanter, kan leda till prestationskrav hos minoritetspersonen, förstärkning av kulturella gränser hos majoriteten med därav följande isolering av minoritetspersonen samt stereotypa roller dvs minoritetspersonen "tvingas" in i roller och beteenden, vilka förväntas av majoriteten. I vilken utsträckning den här typen av processer i en organisation verkligen leder till ohälsa och sjukfrånvaro, eller om de har större effekt på vissa grupper t ex med speciella hälsoproblem, är inte empiriskt klarlagt. Det är emellertid inte svårt att tänka sig att ökade prestationskrav, isolering och fördomar kan vara svårare att hantera för en person med psykiska problem, oavsett om de psykiska problemen är tillfälliga eller av mer kronisk art, och därmed bidra till sjukfrånvaro.

I en brittisk studie, den sk Whitehall-studien, har sjukfrånvaro bland statligt anställda tjänstemän (35-55 år) studerats [2, 19]. Man fann att änklingar, ensamlevande män och från-

Det är inte svårt att tänka sig att ökade prestationskrav, isolering och fördomar kan vara svårare att hantera för en person med psykiska problem och därmed bidra till sjukfrånvaro

skilda kvinnor hade hög psykiatrisk sjukfrånvaro. Anställda på lägre nivåer i förvaltningen hade högre psykiatrisk sjukfrånvaro än de på högre nivåer. Personer, som upplevde att de hade ett svagt socialt stöd på arbetsplatsen, hade högre psykiatrisk sjukfrånvaro. Korta sjukfall med psykiatrisk sjukfrånvaro hade ett statistiskt samband med problem i äktenskapet. Slutligen fann man att personer med en dålig relation till den mest närstående personen utanför arbetet hade hög psykiatrisk sjukfrånvaro i långa sjukfall. Det framgår att de faktorer, som hade ett samband med hög psykiatrisk sjukfrånvaro, också har det med psykisk ohälsa generellt. Både i det preventiva och rehabiliterande arbetet är det centralt att beakta faktorer knutna både till individen som person men också till det sociala nätverket på och utanför arbetet.

Dålig rehabilitering – onödiga förtidspensioner?

I psykiatriutredningen i början av 1990-talet presenterades ett kunskapsunderlag om "De psykiskt störda i socialförsäkringen" [20]. I en undersökning bland försäkringstjänstemän och läkare i Jämtland framkommer att man anser att behandling och framförallt rehabilitering av personer med psykiska problem och nedsatt arbetsförmåga är eftersatt. 30% av de som förtidspensionerats på grund av psykiatriska diagnoser hade, enligt intygsskrivande läkare som deltog i undersökningen, återstående arbetsförmåga och borde ha kunnat arbeta om rehabiliteringen hade fungerat mer effektivt. Några av problemen med rehabilitering av personer med psykiska problem är att gruppen i sig är mycket heterogen. Det finns en rad olika sjukdomstillstånd, vilka kräver olika typer av insatser.

Andra faktorer som försvårar rehabilite-

ringen är det splittrade ansvaret mellan olika myndigheter, vilket kanske framförallt drabbar personer med allvarigare psykiska sjukdomar. Personer med psykiska problem får mer sällan arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är svårt att ordna platser för arbetsträning. Möjligheten till lönebidrag eller liknande åtgärder saknas. Rehabiliteringsperioderna är ofta för korta för att uppnå effekt. Det finns få lämpliga åtgärder. Det har dessutom varit svårt att få Försäkringskassan att bekosta psykoterapi eller liknande insatser.

Avslutning

Den psykiatriska sjukfrånvaron speglar endast en del av sambandet mellan psykisk ohälsa och sjukfrånvaro. Det är också viktigt att belysa omfattningen av sjukfrånvaro bland personer med psykiska problem. Inte minst gäller detta alkoholproblem, vilka ofta är "dolda" för både behandlande läkare och handläggare på Försäkringskassan. Både arbetslivsrelaterade faktorer och faktorer relaterade till familj och socialt nätverk kan ha betydelse i rehabiliteringen och båda bör beaktas. Rehabiliteringen av personer med psykiska problem är eftersatt och med den ökade belastningen på en krympande psykiatrisk vård riskerar nu även behandlingen att bli sämre. Det finns all anledning att aktivt arbeta för en förbättrad vård, rehabilitering och ett ökat samarbete mellan Försäkringskassans handläggare och personal inom Hälso- och sjukvården vilka arbetar med personer med psykiska problem.

REFERENSER

2. Stansfeld S, Feeney A, Head J, Canner R, North F and Marmot M. *Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II study*. Social Science and Medicine, 1995. 40(2): 189-197.
6. Sandanger I, Nygård JF, Brage S, Tellnes G. *Forekomst av psykiske helseproblemer og sykmeldinger med psykiatriske diagnoser i befolkningen; kjønnsforskjeller*. Seksjon for Trygdemedisin, Universitetet i Oslo, 1997.
8. Hensing G, Alexanderson K, Åkerlind I, Bjurulf P. *Sick-leave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1995. 30 (1): 39-43.
9. Hensing G, Alexanderson K, Bjurulf P. *Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men*. British Journal of Psychiatry, 1996. 169: 740-746.
11. Hensing G, Brage S, Nygård JF, Sandanger I, Tellnes G. *Sickness absence with psychiatric disorders - an increased risk for marginalisation among men?* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2000, in press.
12. Hensing G, Spak F. *Psychiatric disorders as a factor behind sick-leave in other diagnoses. A general population based study*. British Journal of Psychiatry, 1998. 172: 250-256.
14. Upmark M, Möller J, Romelsjö A. *A longitudinal study of the association between high alcohol consumption and sickness absence and disability pension*. Journal of Epidemiology and Community Health, 1999, Accepted.
19. Stansfeld S, Rael EGS, Head J, Shipley M, Marmot M. *Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants*. Psychological Medicine, 1997. 27: 35-48.

Fullständig referenslista kan fås från författaren.