

Genusskillnader i sjukskrivning i Östergötland under en period av stark ökning i sjukfrånvaro

Kristina Alexanderson

Sjukfrånvaro kan ses som ett mått på sociala konsekvenser av ohälsa.

Kvinnor har i de flesta diagnosgrupper högre sjukfrånvaro än män. I artikeln beskrivs hur genusskillnader i sjukfrånvaro i Östergötland varierar med yrke, numerär könsintegration i yrken, ålder, graviditet och föräldraskap. Vidare diskuteras variabler, på olika strukturella nivåer, som bör tagas hänsyn till i epidemiologiska studier av genusskillnader i sjukfrånvaro.

Kristina Alexanderson är med.dr. och tf universitetslektor i socialt arbete vid socialmedicinska avdelningen, Hälsouniversitet i Linköping.

Bakgrund

Sjukförsäkringen är en väsentlig del av vårt välfärds-system och individens ekonomiska och sociala trygghet, men kan även bidra till marginalisering och utstötning av individer och grupper i samhället (1). Kostnaderna för socialförsäkringen ökade kraftigt under 1980-talet både i absoluta tal och som del av BNP till skillnad från hälso- och sjukvårdens kostnader (2). Sjukfrånvaro har synnerligen stora konsekvenserna på individ-, familj-, företags- och samhällsnivå. Trots detta finns det förvånansvärt lite kunskap, på en mer detaljerad nivå, om sjukfrånvarons epidemiologi, etiologi och konsekvenser. Studier om sjukfrånvaro har ofta gjorts på små material, inom vissa yrkesgrupper alternativt saknat data om diagnoser. Framförallt har de medicinska aspekterna som orsak till och konsekvenser av sjukskrivning ej beaktats.

Data om sjuklighet i befolkningen fås framförallt i tre former; via data om *illness* (självrapporterad ohälsa), *disease* (ohälsa diagnosticerad av läkare) eller *sickness* (den sociala roll individer får/tar när de är sjuka) (3-5). Dessa olika mått täcker varandra delvis och kompletterar varandra på många sätt. En vanlig källa till sickness-data är sjukfrånvaro och förtidspension. Sjukfrånvaro-

data speglar en i flera avseenden annan ohälsa i befolkningen än t ex mortalitetsdata eller sjukvårskonsumtion.

I studier av den yrkesverksamma befolkningen används sjukfrånvaro allt mer som ett integrerat mått på fysisk, psykisk och social ohälsa samt på dess sociala konsekvenser (6).

Sjukfrånvaron är extremt snedfördelad i befolkningen (7). Kvinnor är oftare och längre sjukskrivna än män och denna skillnad har ökat under 1980-talet (3, 7-9). Mer kunskap behövs om orsaker till och konsekvenser av detta för kvinnor. Även enligt andra ohälsomått har kvinnor en högre sjuklighet än män, trots den högre medellivslängden (8). Det finns flera olika förklaringsmodeller till detta fenomen som kallas 'könsparadoxon inom medicin' (10).

Att det finns ytterst få studier om sjukfrånvaro i olika diagnosgrupper i Sverige beror till stor del på att RFV inte har tillstånd att lagra sjukskrivningsorsak på data (11). Detta medför att vi i Sverige i forskning och debatt om sjukfrånvaro sällan berör sjukfrånvarons ohälsosoinnehåll. Då preventiva och rehabiliterande åtgärder oftast utformas olika beroende på diagnosgrupp, är diagnosspecifika studier dock av stor vikt. För att få kunskap om detta startade Socialmedicinska institutionen i Linköping i början på 80-talet det så kallade *Diagnosprojektet*.

Material och metod

I ett samarbete med Försäkringskassan i Östergötland och Riksförsäkringsverket insamlades data om samtliga sjukfall överstigande 7 dagar för hela länet (ca 400 000 invånare) under tre års tid, 1985, 1986 och 1987 (3, 12).

De ca 600 handläggarna på de 23 lokala försäkrings-

Sjukfrånvaron är extremt snedfördelad i befolkningen

kassekontoren registrerade diagnos, startdatum och yrke för vart och ett av fallen. Dessa data samkördes sedan med RFV's databaser så att till varje fall även slutdatum, nationalitet, antal hemmavarande barn, civilstånd, postnummer, inkomst samt antal sjukdagar och fall de tre föregående åren registrerades. Ett bortfall om 12-15% per år av antalet fall uppstod, huvudsakligen på grund av misrar från enskilda handläggare. Ingen systematik avseende bortfallet finns, förutom i viss mån för geografiska variabler.

Under 1984 genomfördes en pilotstudie då metoden inklusive manualer för kodning av diagnoser och yrke testades. Rutiner för kodning följdes sedan regelbundet upp under de tre åren. Validiteten i registrering av yrke och diagnoser testades (3, 13).

Den databas som skapades, är unik genom sin omfattning och att diagnoser är inkluderade. Den innehåller data om ca 60.000 sjukfall för ca 45.000 individer för vart och ett av de tre åren.

Data om riskpopulationen erhöles från Folk- och Bostadsräkningen 1985, RFV's register över sjukförsäkrade och sjukpenningförsäkrade, Medicinska Födelseregistret samt från ett register över kvinnor som fött barn i Linköping.

Resultat

Sjukfrånvaron i Östergötland varierade starkt med kön, ålder och yrkestillhörighet. Äldre hade längre sjukskrivningsperioder men var inte oftare sjukskrivna än yngre personer, yrken som kräver högre utbildning hade lägre sjukfrånvaro än de som kräver lägre utbildning och är fysiskt tyngre (14).

De främsta orsakerna till sjukfrånvaron var muskuloskeletala och psykiatriska diagnoser, olycksfall och övre luftvägsinfektioner. I samtliga dessa grupper hade kvinnor högst frånvaro, med undantag för olycksfall (12).

Dessa resultat var förväntade. På en mer detaljerad nivå varierade dock resultaten starkt med bland annat yrkesgrupp. Metallindustri- och textilindustriarbetare hade mycket hög sjukfrånvaro medan en annan yrkesgrupp som innebär tunga fysiska arbetsuppgifter hade låg sjukfrånvaro, nämligen jord- och skogsbruk. De få personer i denna yrkesgrupp som var sjukskrivna var emellertid det under mycket långa perioder. I den grupp som hade lägst andel sjukskrivna, militärer, var också antalet sjukdagar/sjukskriven mycket högt. Sjukskrivna lärare hade däremot både få sjukdagar/sjukskriven och låg andel sjukskrivna i fall överstigande 7 dagar.

Vidare hade män högre sjukskrivning än kvinnor i

I den extremt mansdominerade gruppen har kvinnorna extremt hög sjukfrånvaro

några yrkesgrupper, såsom textilarbetare, sekreterare, post/tele och sågverksindustri (3, 12).

Oberoende av sjukfrånvaromått som används hade kvinnor högre sjukfrånvaro än män (3). Vid en gruppering av yrkesgrupper i fem olika grupper, efter andel kvinnor som arbetar i yrket, visade det sig att kvinnor har högre sjukfrånvaro även i samtliga dessa grupper. Både kvinnor och män har lägst sjukfrånvaro i den könsintegrerade gruppen (40-60% anställda kvinnor). I den extremt mansdominerade gruppen (< 10% av de anställda var kvinnor) har kvinnorna extremt hög sjukfrånvaro. Samma mönster återfinns för graviditetsrelaterade, kardiovaskulära och psykiatriska diagnoser (14-17).

Andelen gravida kvinnor sjukskrivna i graviditetsrelaterade diagnoser ökade med 14% (95% c.i. 7-21%) från 1985-1987 medan andelen sjukskrivna kvinnor 16-44 år i alla diagnoser endast ökade med 3% (95% c.i. 1-5%) (18).

När all sjukfrånvaro under graviditet och alla gravida kvinnor exkluderades ur gruppen "kvinnor 16-44 år" minskade kvinnornas högre sjukskrivning jämfört med mäns med hälften men var ändå 25% högre än männens. Trots att bara 5% av alla kvinnor, 16-44 år, var gravida under ett år hade de alltså en stor betydelse för könsskillnader i sjukfrånvaro (19).

I en analys av hur föräldraskap påverkar sjukfrånvaro bland kvinnor och män 16-54 år gamla framkom inga stora skillnader i sjukfrånvaro mellan de män och kvinnor som inte hade hemmavarande barn under tio år. Män med hemmavarande barn hade lägre andel sjukskrivna och färre sjukskrivningsdagar än övriga grupper medan kvinnor med barn hade högst sjukfrånvaro, speciellt i de yngre åldersgrupperna (20).

Diskussion

Fokus i dessa studier har varit genuskillnader i sjukfrånvaro och betydelsen av graviditet, föräldraskap, ålder, yrkestillhörighet och könsintegration i yrken för dessa. Varken betydelsen av graviditet eller av andel kvinnor i yrken för könsskillnader i sjukfrånvaro har analyserats tidigare. Graviditeten har stor betydelse, med tanke på hur få kvinnor som är gravida under ett år. Kvarvarande könsskillnaderna är dock stora även när denna faktor elimineras.

Denna studie visar på starka samband mellan sjukfrånvaro och andel kvinnor och män i yrken. Resultaten stämmer väl överens med bl a Halls studier av känsla av inflytande i yrken (21), samt med Hunt's studie av självrapporterad ohälsa (22). Betydelse för hälsa av numerär könsdominans inom yrken har föga uppmärksamats. De få studier som gjorts visar dock på att ett samband finns. Denna studies upplägg tillåter ej analys av några förklaringsmekanismer.

Inom socialmedicinsk forskning har fokus främst varit på utsatta grupper och på socialgruppsskillnader i ohälsa. De senare är stora, oberoende av vilket ohälsomått som väljs. Bland annat Marmot har visat att vi endast kan förklara en liten del av socialgruppsskillnaderna i sjukskrivning med nu kända faktorer såsom socialgruppsskillnader i livsstil, arbetsmiljö, socialt nätverk etc. Vi behöver alltså ytterligare kunskap om övriga faktorer.

Intresset för könsskillnader och genusaspekter har hittills inte varit speciellt stort inom socialmedicin. Det finns dock anledning att anta att dessa aspekter i stor utsträckning skulle kunna bidra till både socialmedicinsk teori- och metodutveckling.

Sjukfrånvaro är ett multifaktoriellt fenomen som påverkas av faktorer på flera strukturella nivåer: samhällsnivå, lokalsamhälle/arbetsplats samt individnivå (3, 9, 23-28). Nedan följer en grov sammanfattning av dessa faktorer (3):

Teoretiska förklaringsmodeller liksom genomförda studier har ofta endast fokuserat på en av dessa nivåer i taget (3). Ökad förståelse för hur de samverkar med varandra för den enskilde individen behövs. Vid forskning om genuskillnader i sjukfrånvaro måste ytterligare faktorer beaktas, inom de olika strukturella nivåerna. De kan sammanfattas enligt nedan.

Faktorer att ta hänsyn till vid analys av orsaker till könsskillnader i sjukfrånvaro

- * Arbetsmarknadens struktur (som till stor del är könssegregerad både horisontellt och vertikalt) (3).
- * Att mannen i stor utsträckning är norm för hur yrkeslivet är utformat kan innebära större risk för ohälsa bland kvinnor.
- * Genusskillnader i:
 - morbiditet (29).
 - förvärvsfrekvens.
 - andelen som arbetar hel- resp deltid.
 - åldersfördelning bland sjukfrånvaroförsäkrade.
 - socioekonomisk situation.
 - krav i arbetslivet (30).
 - normer och attityder kring sjukskrivning (10, 31, 32).
 - riskexponering (art och duration) på grund av skillnader i livsvillkor, livsstil, riskbeteende, familjesituation, socialt nätverk, våld resp total arbetsmängd inkl. obetalt arbete (7, 20, 33).
 - känslighet för sjukdomssymtom, symptomrapportering och i sjukdomsbeteende (10, 34, 35).
 - handläggning av rehabiliterings- och sjukskrivningsärenden bland läkare och handläggare på Försäkringskassan etc (36-40).

Samhälle	Arbetsplats/lokalsamhälle	Individ
Socialförsäkringssystemet utformning och praxis	Fysik och psykococial arbetsmiljö	Hereditet
Arbetslöshet och konjunkturläge	Könssegregation	Kön
Socioekonomiska förhållanden	Kultur/attityder, frånvarokultur	Ålder
Hälso- och sjukvårdens organisation, praktik och tillgänglighet	Epidemier	Hälsa (graviditet)
Struktur och organisation av arbetsmarknad och obetalt arbete	Socioekonomiska förhållanden	Personlighet, attityder
Förvärvsfrekvens och intensitet	Arbetslöshet	Invandrarsstatus, kultur
Arbetskraftens sammansättning	Demografiska förhållanden	Socioekonomisk status
	Typ av arbetsplats/bransch	Livsstil
	Praxis inom hälso- och sjukvårds och sjukförsäkringssystemet	Familjesituation
	Organisation av lokalsamhället	Fysisk och psykosocial miljö i obetalt arbete
Väder, klimat	Geografiskt område	Livskvalitet
		Coping-strategier
		Socialt nätverk
		Livshändelser
		Väld/sexuella övergrepp
		Tidigare (sjuk)frånvaro
		Yrke
		Arbetsstillfredsställelse
		Arbetstider, arbetsresor
		Anställningstid

Utifrån ovanstående pågår nu flera forskningslinjer, såsom:

- Fortsatta analyser av diagnosprojektets databas med fokus på olika diagnosgrupper såsom musculoskeletala och vasculära (17, 41).
- Uppföljningsstudier av personer som var sjukskrivna 1985-87 för att i ett längre tidsperspektiv få kunskap av konsekvenser av sjukfrånvaro samt om vad som hindrat resp främjat återgång i arbete (42).
- Studier av sjukskrivningspraxis bland läkare och handläggare på Försäkringskassan (26-28, 43).
- En studie av 1.400 kvinnor anställda i extremt mansresp kvinnodominerade yrken (33, 44, 45). Studien görs utifrån ett genusperspektiv och data samlas in via en omfattande enkät som inkluderar både betald obetald arbetsmiljö, personlighetsfaktorer, livsstil, socialt nätverk, våld etc, samt registrerade sjukfrånvarodata och en hälsoprofilbedömning.

REFERENSER

3. *Alexanderson K*: Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood. Linköping: Diss. Dept. Community Health, Linköping University, 1995.
12. *Bjurulf P, Johansson G, Ljungdahl L, Persson H, Levin J-E, Åstrand G*: Sjukskrivning i förhållande till diagnos och yrke 1985-87. Linköping: Inst för Samhällsmedicin, 1990.
13. *Ljungdahl L, Bjurulf P*: The accordance of diagnoses in a computerized sick-leave register with doctor's certificates and medical records. *Scand J Soc Med* 1991;19(3):148-153.
14. *Alexanderson K, Leijon M, Åkerlind I, Rydh H, Bjurulf P*: Epidemiology of sickness absence in a Swedish County in 1985, 1986 and 1987. *Scand J of Soc Med* 1994;22(1):27-34.

15. *Alexanderson K, Hensing G, Carstensen J, Bjurulf P*: Pregnancy-Related Sickness Absence among Employed Women. *Sc J Work, Env Health*. 1995;21:191-8.
16. *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.
18. *Alexanderson K, Hensing G, Leijon M, et al*: Pregnancy-related sickness absence in a Swedish County in 1985, 1986 and 1987. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1994;48(5):464-470.
19. *Alexanderson K, Sydsjö A, Hensing G, Sydsjö G, Carstensen J*: Impact of pregnancy on sex-differences in sickness absence. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1996;24(3):169-176.
20. *Åkerlind I, Alexanderson A, Hensing G, Leijon M, Bjurulf P*: Sex Differences in Sickness Absence, in relation to Parental Status. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1995;4(1):27-35.
27. *Timpka T, Hensing G, Alexanderson K*: Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health* 1994;5:215-219.
28. *Hensing G, Alexanderson K, Åhlgren M, Timpka T*: Vardagens Problem - erfarenheter från handläggare inom Östergötlands läns Allmänna Försäkringskassa. *Socialmedicinska avd, samhällsmed. inst. Hälsouniv, Lkpg*, 1996.
33. *Alexanderson K, Hensing G, Knutsson F*: Kvinnors hälsa och livsvillkor. Arbetsrapport II. Linköping: Department of Community Medicine, 1996.
42. *Alexanderson K, Håkansson N, Hensing, Strand E*: Genus skillnader i konsekvenser av sjukskrivning - en långtidsuppföljning. Arbetsrapport. Linköping: Inst. för Samhällsmedicin, Avd. för Socialmedicin, 1996.
44. *Hensing G, Alexanderson K, Bjurulf P*: Kvinnors hälsa och livsvillkor. Arbetsrapport från pilotstudie. Samhällsmedicinska Institutionen, Linköping, 1994.

Fullständig referenslista kan rekvireras från författaren.