

Sjukfrånvaro och psykisk ohälsa

Gunnel Hensing

Den psykiatriska sjukfrånvaron utgjorde årligen runt 7% av de ca 61.000 sjukfallen, som registrerats inom ramen för Diagnosprojektet. Den kumulativa incidensen i psykiatrisk sjukfrånvaro var högre bland kvinnor än män, medan männen hade längre sjukskrivningsperioder. Incidensen var högst i åldrarna 25-54 år och lägst i åldersgruppen 16-24 år. De psykiatriska sjukskrivningsdiagnoserna var överensstämmande mellan kvinnor och män. Manuella yrken hade den högsta incidensen och de tio yrkesgrupperna med den högsta psykiatriska sjukfrånvaron var desamma som de tio, som hade den högsta generella sjukfrånvaron. Kvinnor i extremt mansdominerade yrken och män i extremt kvinndominerade yrken hade den högsta psykiatriska sjukfrånvaron.

Gunnel Hensing är doktorand och universitetsadjunkt vid socialmedicinska avdelningen, Linköpings universitet.

Psykisk ohälsa är ett av våra vanligare folkhälsoproblem, vilket också avspeglar sig i sjukfrånvaro, där psykiska sjukdomar utgör en av de större diagnosgrupperna (1). Andelen sjukskrivna i psykiatriska diagnoser ökar ju längre sjukfallen blir (2). Psykiatriska sjukdomar utgör vidare den näst största diagnosgruppen bland sjukbidrag och förtidspensioner och svarade 1991 för 15% av nybeviljade sjukbidrag och förtidspensioner (3). Av det totala antalet sjukbidrag och förtidspensioner hade 27% en psykiatrisk första eller andra diagnos samma år. I psykiatriutredningens delbetänkande "Psykiiskt stödda i socialförsäkringen - ett kunskapsunderlag" beräknas att de totala samhällskostnaderna för service, stöd och vård till psykiiskt stödda uppgår till lägst 40 miljarder och att ca 12 miljarder av dessa utgör kostnaderna inom socialförsäkringen, vilket är den enskilt största posten. Individer med en mer kronisk nedsättning av arbetsförmågan på grund av psykiatrisk sjukdom riskerar att permanent hamna utanför arbetsmarknaden, med konsekvenser för bland annat ekonomi, so-

ciala kontakter och självkänsla. Trots detta, och den över tid stora betydelsen av psykisk ohälsa som orsak till sjukfrånvaro och förtidspension, saknas kunskap både avseende epidemiologi, prevention och rehabilitering (3).

Metodologiska svårigheter

Ett skäl till frånvaron av kunskap inom området kan vara de teoretiska och metodologiska svårigheterna (4). "Sjukfrånvaro" och "psykisk ohälsa" är begrepp, som knappast låter sig definieras annat än operationellt. I ett försök att avgränsa begreppet sjukfrånvaro kan det beskrivas som "individens hälsa och förmåga att bemästra sin tillvaro i förhållande till de begränsningar sjukdomen medför och de krav arbetsmiljön ställer" (5).

I de studier som presenteras här, definieras psykisk ohälsa genom en psykiatrisk första diagnos på sjukintyget. När den medicinska nedsättningen beror på psykisk ohälsa används termen "psykiatrisk sjukfrånvaro", vilket alltså inte behöver innebära att en psykiater sjukskrivit, men däremot att det är en psykiatrisk diagnos på sjukintyget. Incidensen av psykiatrisk sjukfrånvaro kan ses som ett mått på psykisk ohälsa i befolkningen, dock med den begränsningen att distinktionen mellan olika diagnosgrupper har lägre validitet än vid strukturerade enkät- eller intervjustudier. Sjukfrånvarons längd är naturligtvis också ett mått på ohälsa men kan dessutom ses som ett mått på de sociala konsekvenserna av psykisk ohälsa i form av nedsatt arbetsförmåga (6, 7).

Diagnosprojektet i Östergötland

Diagnosprojektet genomfördes under åren 1985, 1986 och 1987 i Östergötlands län och omfattar alla sjukfall >7 dagar (8). Inom ramen för Diagnosprojektet har stu-

Kunskap om psykisk ohälsa som orsak till sjukfrånvaro och förtidspension saknas både avseende epidemiologi, prevention och rehabilitering

dier av den psykiatriska sjukfrånvaron bland de yrkesverksamma i åldrarna 16-64 år genomförts. Diagnoserna bygger på läkarintyg eftersom endast sjukfall >7 dagar ingår i studien. Totalt utgjorde den psykiatriska sjukfrånvaron årligen runt 7% av de ca 61.000 sjukfallen. Den största gruppen var "psykoneuroser", vilken bla inkluderar depressions- och ångestsjukdomar. Det var årligen få personer sjukskrivna i diagnoser som schizofreni och andra psykosjukdomar, vilket bland annat reflekterar att studierna gäller yrkesverksamma och andelen förtidspensionerade är hög i dessa diagnosgrupper. Det var något fler, men fortfarande relativt få med alkoholdiagnoser på sjukintyget. I en studie inom ramen för Diagnosprojektet av överensstämmelsen mellan sjukskrivningsdiagnoserna och de medicinska journalerna, fann man att det i mycket ringa utsträckning förekom "täck-diagnoser" på sjukintygen för psykiatriska eller alkoholproblem (9). Den låga andelen alkoholdiagnoser på sjukintygen reflekterar sannolikt det faktum att alkoholproblemen är dolda för sjukskrivande läkare, då patienten söker för andra, somatiska problem. Individer med alkoholmissbruk har i andra befolkningsbaserade och kliniska studier visat sig ha hög sjukfrånvaro, men det avspeglar sig alltså inte i sjukskrivningsdiagnoserna (6, 10, 11). Med tanke på osäkerheten i alkohol- och psykosdiagnoserna samt att deras låga antal inte påverkar resultaten, har de utesluts i de fortsatta analyserna.

Psykiatrisk sjukfrånvaro

Varje år var drygt 3.000 individer, eller 1.7% av den yrkesverksamma befolkningen, sjukskrivna i minst ett psykiatriskt sjukfall (>7 dagar). Incidensen 1985 var högre bland kvinnor, 2.1% (2.0-2.2), än bland män, 1.3% (1.3-1.4) (12). Det omvända gällde sjukfrånvarons längd, där männen 1985 hade 82 dagar (75-88) och kvinnorna 63 (58-67). Incidensen var högst i åldrarna 25-54 år bland både män och kvinnor (tabell 1). Bland kvinnorna var det små skillnader i sjukfrånvarons längd, med undantag för den yngsta åldersgruppen, som hade kortast sjukfrånvaro medan sjukfrånvaron ökade med stigande ålder bland männen (tabell 1).

Könsskillnader i den psykiatriska sjukfrånvarons längd

Den högre incidensen psykiatrisk sjukfrånvaro bland kvinnor stämmer väl med annan forskning, som har funnit att kvinnor har en högre incidens och prevalens i

Tabell 1. Kön- och åldersfördelning i den psykiatriska sjukfrånvaron bland yrkesverksamma, 16-64 år, diagnosprojektet, 1985 (12).

Ålder	Kumulativ incidens (%) (95% K.I.)		Medelantalet sjukdagar/ sjukskriven (95% K.I.)	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
16-24	1.3 (1.1-1.5)	0.9 (0.7-1.0)	43 (31-54)	63 (41-84)
25-34	2.1 (1.9-2.3)	1.4 (1.3-1.6)	62 (53-72)	68 (57-79)
35-44	2.3 (2.1-2.5)	1.5 (1.4-1.7)	61 (53-68)	73 (62-83)
45-54	2.4 (2.2-2.6)	1.4 (1.2-1.6)	76 (64-87)	89 (73-104)
55-64	1.9 (1.7-2.2)	1.2 (1.1-1.4)	69 (55-83)	126(103-150)
Total	2.1 (2.0-2.2)	1.3 (1.3-1.4)	63 (58-67)	82 (75-88)

depressions- och ångestsjukdomar (13-15). Kvinnor har också en i förhållande till män högre generell sjukfrånvaro (5). Något oväntat var emellertid att män hade en längre psykiatrisk sjukfrånvaro än kvinnor. De största skillnaderna fanns 1985 i de yngsta och de äldsta åldersgrupperna (tabell 1). Över de tre åren skedde en ökning av längden bland kvinnorna i dessa båda åldersgrupper, vilket bidrog till att minska skillnaderna mellan män och kvinnor. Vi fann vidare att incidensen var högre för kvinnor i korta (8-30 dagar), medellånga (31-90 dagar) och långa (>90 dagar) sjukfall (16).

Det innebär att fler kvinnor än män sjukskrivs i psykiatriska diagnoser i både korta och långa sjukfall, men när män blir sjukskrivna blir det för längre perioder. En förklaring till dessa fynd skulle kunna vara att kvinnor och män drabbas av olika typer av psykiatriska sjukdomar. Med sjukskrivningsintygen som diagnostiskt instrument fann vi emellertid en mycket likartad bild, där "psykoneuroser" anges som sjukskrivningsorsak i mellan 75-85% av sjukfallen. Andra förklaringar (16) skulle kunna vara att

- män söker vård senare och därmed i ett sämre skick än kvinnor;
- kvinnor oftare än män får en psykiatrisk diagnos för samma typ av besvär;
- de sociala konsekvenserna av att ha en psykiatrisk sjukdom är svårare för män t ex avseende möjligheten att få stöd från arbetskamrater under rehabilitering;
- det är vanligare med dolda alkoholproblem bland

Män hade en längre psykiatrisk frånvaro än kvinnor

Yrkesgrupper med den högsta psykiatriska sjukfrånvaron återfanns framförallt bland industrin eller andra arbetaryrken

männen, vilket försvårar rehabilitering och återgång till arbete;

- kvinnor förtidspensioneras tidigare i rehabiliteringsprocessen och därmed får kortare sjukfall.

Psykiatrisk sjukfrånvaro och yrke

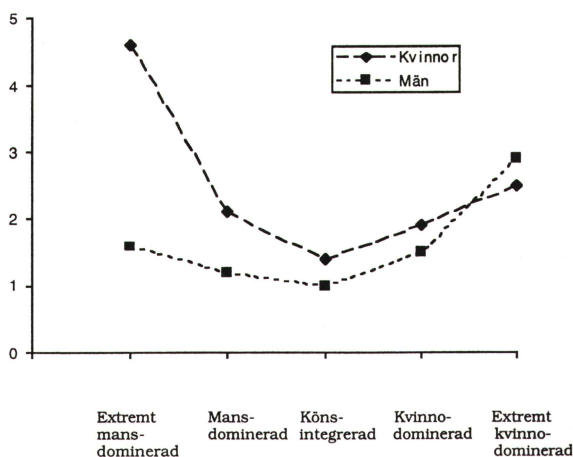
Den högsta incidensen i psykiatrisk sjukfrånvaro fann vi bland kvinnliga målare, 7.5% (0-17.8), men det var en numerärt mycket liten grupp, vilket ger stor osäkerhet i siffrorna (6). Kvinnliga anställda inom metallindustri hade den näst högsta incidensen, 6.3% (5.1-7.6). Bortsett från dessa yrkesgrupper hade både kvinnliga och manliga sågverks- och träindustriarbetare den högsta incidensen, 5.2% (1.8-8.7) och 4.4% (3.3-5.5). Yrkesgrupper med de högsta incidenserna var i fallande skala: sågverks- och träindustri, målare, metallindustri, textilindustri, gruppen diverse yrken (bla anställda vid cirkus eller på oljeplattform), pappersindustri, socialt arbete, livsmedelsindustri, kemiskt processarbete, hotell- och restauranganställda (6). De här yrkesgrupperna är desamma som har den högsta incidensen också i generell sjukfrånvaro med delvis annan ordningsföljd. Yrkesgrupper med låg incidens är t ex lärare, bank- och försäkringsanställda, brand- och polismän, administratörer (högre tjänstemän), transport- och kommunikationsanställda, byggnadsarbetare och slutligen, med den lägsta incidensen, militärer. De största könsskillnaderna (kvinnor mer sjukskrivna än män) återfanns bland frisörer, kran- och grävmaskinister, målare och metallarbetare. Män hade en högre sjukfrånvaroincidens än kvinnor bland post- och televerksanställda, transport- och kommunikationsanställda, socialt arbete, lant- och skogsbruk, hotell- och restauranganställda samt lagerarbetare (12).

Yrkesgrupper med den högsta psykiatriska sjukfrånvaron återfanns framförallt bland industrin eller andra arbetaryrken.

Tidigare studier har visat ett starkt samband mellan hög generell sjukfrånvaro och manuella arbeten, liksom mellan psykisk ohälsa och lägre socioekonomisk grupp.

Kvinnor i extremt mansdominerade yrkesgrupper (0-

10% kvinnor) hade den högsta incidensen i psykiatrisk sjukfrånvaro, medan män i extremt kvinnodominerade yrken (90-100% kvinnor) hade den näst högsta sjukfrånvaron (figur 1). Man kan tänka sig flera förklaringar till fynden (17). Selektionsmekanismer, svagt socialt stöd och lågt inflytande över arbetsprocessen för könet i minoritet är några exempel. För två enskilda yrkesgrupper, brand- och polismän samt socialarbetare, gäller att könet i minoritet i båda fallen har högre psykiatrisk sjukfrånvaro. Båda yrkesgrupperna arbetar med emotionellt påfrestande uppgifter och i vilken utsträckning minoritetssituationen påverkar möjligheten att bearbeta svåra situationer, vilket ofta sker i informella sammanhang, behöver belysas vidare. En pågående studie, "Kvinnors hälsa och livsvillkor", har som ett syfte att närmare studera betydelsen av graden av könssegregering för hälsa och sjukfrånvaro bland kvinnor (18, 19).



Figur 1. Psykiatrisk sjukfrånvaro i relation till graden av könssegregering i yrkesgruppen, diagnosprojektet 1985 (12).

Psykiatrisk sjukfrånvaro i praktiken

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för en heterogen grupp sjukdomar och besvär, vilket också innebär att behandling och prevention ser mycket olika ut beroende på sjukdomen och dess svårighetsgrad. Både läkare och handläggare inom Försäkringskassan rapporterar brister i rehabiliteringsarbetet med den här gruppen sjukskrivna och man uppskattar att en betydande del av de långtidssjukskrivna har en kvarstående arbetsförmåga (3).

I studier av vilka problem läkare och försäkringskassans handläggare möter i sjuk- och rehabiliteringsar-

betet fann vi att bedömningen av arbetsförmågan var ett stort problem för båda grupperna (20, 21). Det är inte ovanligt att olika aktörer i rehabiliteringsarbetet har motstridiga uppfattningar om den enskildes arbetsförmåga. Läkarna i vår studie menade vidare att en långdragen medicinsk utredning, diffus symptombild, låg följsamhet bland patienter samt den egna okunskapen om sjukförsäkringen var problem i sjuk- och rehabiliteringsprocessen (20). Försäkringskassans handläggare uppfattade att avsaknad av samarbete mellan olika rehabiliteringsaktörer, låg motivation hos de försäkrade och luckor i försäkringssystemet utgjorde de största problem i det dagliga arbetet (21). Inte sällan var det sjukskrivna med en psykiatrisk eller psykosocial problematik, som uppfattades som svårbedömda avseende arbetsförmåga eller motivation för återgång i arbete.

Psykiatrisk sjukfrånvaro - avslutande kommentarer

Vi saknar i hög grad kunskap om den psykiatriska sjukfrånvarons epidemiologi ur ett longitudinellt perspektiv. I vilken utsträckning döljer sig psykiatriska problem bakom sjukskrivningsdiagnoser inom gruppen rörelseorganens sjukdomar? Eller är det snarare så att somatiska besvär och därmed sammanhängande sjukdom leder till sekundär psykisk ohälsa? Finns det speciella risker med att sjukskriva personer med psykiska sjukdomar, där en del av symtombilden är en känsla av mindervärde eller att vilja dra sig undan sociala kontakter? De longitudinella frågeställningarna kommer att bearbetas vidare inom ramen för Diagnosprojektet. Med tanke på den psykiska ohälsans omfattning, att yngre åldersgrupper är särskilt utsatta, de stora riskerna för permanent utslagning från arbetsmarknaden samt den samhällsekonomiska betydelsen finns all anledning att ytterligare analysera den psykiatriska sjukfrånvaron.

REFERENSER

1. Bjurulf P, Johansson G, Ljungdahl L, Persson H, Levin J-E, Åstrand G: Sjukskrivning i förhållande till diagnos och yrke 1985-87. Inst. för Samhällsmed. Linköping, 1990.
2. Bjurulf P: Rörelseorganens sjukdomar och deras samhällseffekt inom olika yrkesgrupper. Ur: Faresjö T, red: Arbetsvillkor, yrke och ohälsa i Östergötland. En antologi. Östergötlands läns landsting, 1996.
3. Psykiskt störda i socialförsäkringen - ett kunskapsunderlag. Stockholm: Allmänna Förlaget, 1992.
4. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P: How to measure sickness absence? Literature review and results from a pilot study. Submitted 1997.
5. Hensing G: Sjukfrånvaro - mått på arbetsrelaterad ohälsa? Ur: Faresjö T, red. Arbetsvillkor, yrke.
6. Hensing G, Spak F, Alexanderson K, Allebeck P: Sick-leave among women - the role of psychiatric disorder. Submitted 1996.
7. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL: Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995;49:124-130.
8. Alexanderson K: Genusskillnader i sjukskrivning i Östergötland under en period med stark ökning i sjukfrånvaro. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2-3, 1997.
9. 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.
10. Spak F, Hensing G, Allebeck P: Sick-leave in women with alcoholdependence or abuse; and with effects of additional psychiatric disorders. Submitted 1996.
11. Marmot MG, North F, Feeney A, Head J: Alcohol consumption and sickness absence: from the Whitehall II study. *Addiction* 1993;88:369-382.
12. Hensing G, Alexanderson K, Åkerlind I, Bjurulf P: Sick-leave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30(1):39-43.
13. Angst J: Epidemiology of Depression. *Psychopharmacology* 1992(106):71 - 74.
14. Hagnell O: Mental Disorder in the Welfare State-Sweden. *The American Journal of Social Psychiatry* 1986;4:230-48.
15. Weissman MM, Klerman GL: Depression: Current Understanding and Changing Trends. *Annu. Rev. Publ. Health* 1992(13):319-39.
16. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P: Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. *The British Journal of Psychiatry*, 169:740-746, 1996.
17. Hensing G, Alexanderson K: Jämn könsfördelning - bra för hälsan? Ur: Bladh C, Cedersund E, Hagberg JE, (under utgivning), red. Arbete och försörjning ur ett könsperspektiv. Linköping: Forum för kvinnliga forskare, 1997.
18. Hensing G, Alexanderson K och Bjurulf P: Kvinnors hälsa och livsvillkor. Arbetsrapport från pilotstudie. Institutionen för samhällsmedicin, Avd för socialmedicin, 1994.
19. Alexanderson K, Hensing G, Knutsson, F, och Bjurulf P: Kvinnors hälsa och sjukfrånvaro. Delrapport 2. Institutionen för Samhällsmedicin, Linköpings universitet, 1996.
20. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. (1995): Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *European Journal of Public Health* 5:215-219.
21. Hensing G, Timpka T, Alexanderson K: Dilemmas in the Daily Work of Social Insurance Officers. Submitted 1996.