

Arbetslösa sjukskrivna

En jämförande studie av arbetslösa sjukskrivna och anställda sjukskrivna i Jämtlands glesbygd och i Stockholm.

John Selander

Sven- Uno Marnetoft

Jan Ekholm

Alf Bergroth

Arbetslösheten bland de långtidssjukskrivna är ett stort problem. Resultaten från en tidigare studie (1) visar att var femte långtidssjukskriven i Stockholm är arbetslös och att de arbetslösa tenderar att åsidosättas i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Föreliggande studie har två syften. Det ena är att belysa problematiken kring de arbetslösa sjukskrivna i Jämtlands glesbygd, det andra att jämföra förhållandena i Jämtland med de i Stockholm. Data erhöles från tre av Försäkringskassans totalt sju lokalkontor i Jämtlands glesbygd. Av resultaten framgår att andelen arbetslösa bland de långtidssjukskrivna i Jämtlands glesbygd uppgår till 15%. Resultaten ger delvis stöd åt hypotesen att de arbetslösa åsidosätts i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Författarna är verksamma vid Centrum för socialförsäkringsforskning vid Mitthögskolan i Östersund. John Selander och Sven-Uno Marnetoft är doktorander vid Karolinska institutet, Stockholm. Jan Ekholm är professor vid sektionen för rehabiliteringsmedicin, Karolinska institutet. Alf Bergroth är docent och utvecklingschef på försäkringskassan i Stockholm samt knuten till Karolinska institutet som forskare.

de arbetslösa sjukskrivna är en svårrehabiliterad grupp som tenderar att falla vid sidan av den under senare år intensifierade s.k. arbetslivsinriktade rehabiliteringen får stöd i ovannämnd rapport.

Då arbetslösheten traditionellt alltid varit ett större problem i Jämtlands glesbygd än i Stockholm, ser vi det som angeläget att belysa problematiken kring de arbetslösa sjukskrivna även där.

Syfte och frågeställningar

Föreliggande arbete har två syften. Det ena är att jämföra de långtidssjukskrivna i Jämtlands glesbygd som har en anställning med de som saknar en anställning, d.v.s. är arbetslösa. Det andra är att jämföra förhållandena i Jämtlands glesbygd med dem i Stockholm. De frågor vi önskar besvara lyder:

- Hur stor andel av de långtidssjuka i Jämtlands glesbygd är arbetslösa?
- Föreligger det skillnader mellan de anställda och de arbetslösa sjukskrivna vad beträffar orsak till arbetsförmåga (diagnos)?
- Stöds hypotesen att de arbetslösa åsidosätts i rehabiliteringen?
- Föreligger det skillnader mellan Jämtlands glesbygd och Stockholm vad beträffar arbetslöshet bland de långtidssjukskrivna?

Bakgrund

I en tidigare publicerad rapport (1) framgår att arbetslösheten bland de långtidssjukskrivna i Stockholm uppgår till 20%. Där framgår också att de arbetslösa sjukskrivna betydligt oftare än de med arbete är sjukskrivna p.g.a. psykiska problem och att de arbetslösa får längre sjukpenningperioder än de anställda. De arbetslösa får också vänta längre innan rehabilitering initieras och de arbetslösas sjukpenningperioder övergår c:a tre gånger oftare än de anställdas i ett sjukbidrag. Hypotesen att

Urval och metod

Studien baseras på hos försäkringskassan registrerade långa sjukpenningfall (90 dagar och längre) som påbörjades under 1992. Data är inhämtade från tre av försäkringskassans totalt sju lokalkontor i Jämtlands glesbygd. Glesbygd definieras som "stora sammanhängande områden med gles bebyggelse och långa avstånd till sysselsättning eller service" (2). Kontoren, vilka er-

hölls genom ett slumpmässigt urval, var kontoren i Krokomb, Strömsund och Sveg. Vid de tre lokalkontoren gjordes en totalundersökning. Totalt uppgår antalet individer i studien till 795.

Insamlade data erhöles huvudsakligen genom registerstudier. I försäkringskassans arkiverade s.k. sjukkort ligger den försäkrades försäkran. Där framgår huruvida den försäkrade har en anställning eller ej. I de fall den försäkrade vid insjuknandet hade en anställning (hel eller partiell) har denne klassificerats som anställd. I de fall den försäkrade vid insjuknandet var helt utan anställning har denne klassificerats som arbetslös. Egna företagare och uppdragstagare, vilka inte var många, ingår inte i studien. Dokumenterat i sjukkortet är också sjukskrivande läkares utlåtande. Där framgår vilken orsak till arbetsoförmåga (diagnos) som förelägit. I de fåtalet fall där någon uppgift inte klart gick att fastställa, konsulterades den försäkringskassehandläggare som handlagt ärendet.

Diagnoserna som redovisas är genomgående sjukfallets första. De antal sjukskrivningsdagar som redovisas är antalet dagar mellan sjukanmälan och avslutandedag. Partiella sjukskrivningar har inte räknats om till hela dagar.

Ur Riksförsäkringsverkets dataregister har vi hämtat information om hur de olika sjukpenningperioderna avslutades, d.v.s. vad som vidtog vid sjukpenningperiodens slut. I syfte att erhålla en rättvisande bild redovisas det status som den försäkrade hade 30 dagar efter sjukpenningfalllets slut. Då 83 av de 795 sjukfallen vid datainsamlingen (i november 1994) fortfarande var pågående, bygger antalet sjukskrivningsdagar samt avslutandestatus på 712 sjukpenningfall.

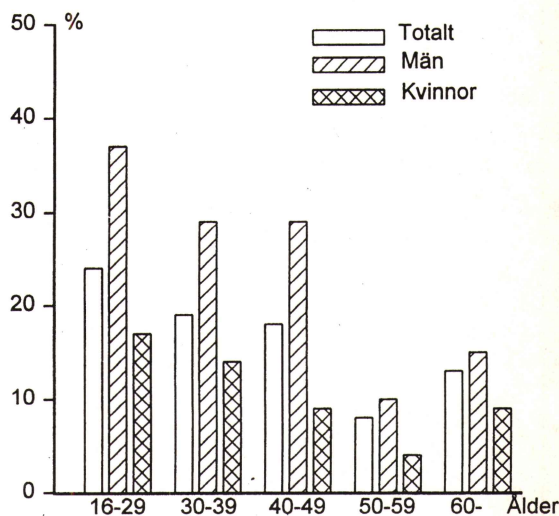
Den studie (1) som resultaten från föreliggande studie under avsnittet *Diskussion och konklusion* jämförs med, bygger på data från fyra av försäkringskassans totalt nitton lokalkontor i Stockholms stad. Från dessa

kontor, som också de erhöles genom ett slumpmässigt urval, gjordes ett systematiskt urval av födelsedatum (dag 5-8, 15-18 och 25-28). I den studien ingår totalt 915 långtidssjukskrivna. Förfarandet i den studien var i övrigt identiskt med förfarandet i föreliggande studie.

Resultat

Urvalet bestod av totalt 795 långtidssjukskrivna. Av dessa hade 85% (n=678) en anställning vid sjukfalllets början. Andelen arbetslösa uppgick därför till 15% (n=117) (Figur 1).

Arbetslösheten var högre bland männen (19%) än den var bland kvinnorna (10%) (Figur 1). Arbetslösheten var högre bland de yngre, och i synnerhet då bland männen. För båda könen avtog andelen arbetslösa med stigande ålder (Figur 2).



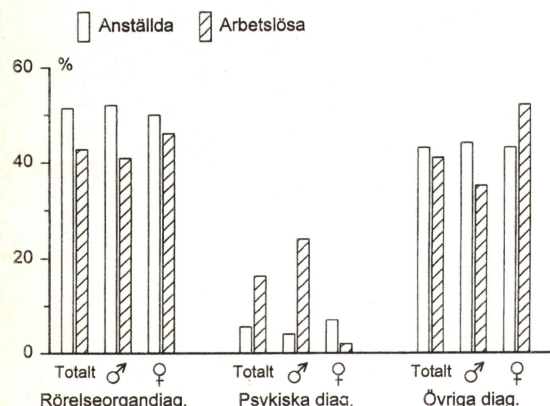
Figur 2. Arbetslöshet bland de långtidssjukskrivna uppdelat på kön och ålder i procent.



Figur 1. Andelen arbetslösa bland de långtidssjukskrivna uppdelat på kön och totalt i procent.

Orsak till arbetsoförmåga

För att vara berättigad till sjukpenning krävs från sjukfallets sjunde dag ett läkarintyg. På läkarintyget skall bl. a. orsaken till arbetsoförmåga (diagnos) framgå.



Figur 3. Diagnosgruppers förekomst bland de anställda och de arbetslösa uppdelat på kön i procent.

Den stora skillnaden mellan de anställda och de arbetslösa vad beträffar orsak till arbetsoförmåga låg i förekomsten av psykiska diagnoser bland männen (Figur 3). Bland de arbetslösa männen var 24% sjukskrivna med psykiska diagnoser. Motsvarande siffra bland männen med arbete var 4%.

Skillnaden var större bland de yngre. Bland männen i åldrarna upp t.o.m. 39 år var det 33% av de arbetslösa och 4% av de med arbete som var sjukskrivna med psykiska diagnoser. Bland kvinnorna var förekomsten av psykiska diagnoser genomgående låg.

Sjukskrivningslängd

De med anställning var i genomsnitt sjukskrivna i 266 dagar. Motsvarande antal dagar för de arbetslösa var 299. De arbetslösa blev således i genomsnitt cirka en månad längre sjukpenningfall än de som hade arbete. Sjukskrivningslängden uppdelat på arbetshinder framgår i tabell 1.

Tabell 1. Sjukskrivningslängd i antal dagar uppdelat på olika diagnosgrupper.

Diagnosgrupp	Anställda	Arbetslösa
Rörelseorganen	282	318
Psykiska diagn.	275	298
Övriga diagn.	247	280

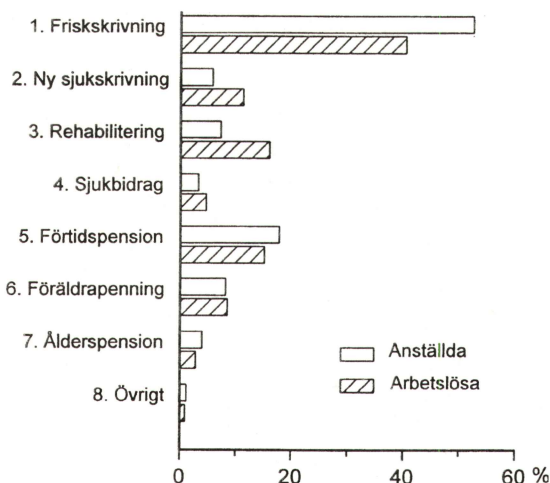
De arbetslösa sjukskrivningslängd var oberoende av diagnos längre än de anställda (Tabell 1).

Status efter sjukfallet

I figur 4 framgår status 30 dagar efter sjukpenningperiodens slut.

De anställda sjukpenningperioder övergick oftare än de arbetslösa i "friskskrivning", d.v.s. att de lämnade socialförsäkringens ohälsodel. De arbetslösa sjukskrivning övergick oftare än de anställda i ny sjukskrivning eller rehabiliteringsersättning. I övrigt var skillnaderna små. Några större skillnader mellan de yngre (16-39 år) och de äldre (40-65 år) förelåg inte.

I de fall sjukpenningperioden övergick i rehabiliteringsersättning var antalet dagar innan rehabiliteringsersättningen initierades något fler för de arbetslösa. För de med anställning som fick rehabilitering (n=44) var det genomsnittliga antalet sjukskrivningsdagar innan rehabiliteringsersättningen initierades 364 dagar. För de arbetslösa (n=17) var genomsnittet 387 dagar.



Figur 4. Status 30 dagar efter sjukfallets slut bland de anställda och de arbetslösa i procent.

Diskussion och konklusion

Föreliggande studie bygger på data från tre av försäkringskassans totalt sju lokalkontor i Jämtlands glesbygd. Då dessa tre kan betraktas som representativa "glesbygdskontor", är resultaten från studien i huvudsak generaliserbara för Jämtlands glesbygd.

Andelen långtidssjukskrivna (90 dagar och längre) som vid insjuknandet saknar anställning uppgår i Jämtlands glesbygd till 15% (1992-1994). Bland männen

är arbetslösheten högre (19%) än bland kvinnorna (10%). Arbetslösheten är högre bland de yngre. Arbetslösheten i Jämtlands glesbygd är emellertid lägre än den i Stockholm (20%) (1992-94)(1). Också i Stockholm är arbetslösheten högre bland männen (27%) än den är bland kvinnorna (15%) och genomgående högre bland de yngre. Det faktum att andelen arbetslösa bland de sjukskrivna är väsentligt lägre i Jämtlands glesbygd än i Stockholms stad är anmärkningsvärt då den generella arbetslösheten är, och alltid har varit, högre i Jämtlands glesbygd än i Stockholms stad. Någon förklaring till detta fenomen ges inte i denna studie.

Den stora skillnaden mellan de med arbete och de arbetslösa vad beträffar orsak till arbetsoförmåga ligger i förekomsten av psykiska diagnoser. I både Jämtland och i Stockholm förekommer dessa betydligt oftare bland arbetslösa än de gör bland anställda (Figur 5). Vidare förekommer psykiska diagnoser, bland såväl anställda som arbetslösa betydligt oftare i Stockholm än i Jämtland. I Jämtland är det uteslutande bland männen som skillnader mellan de anställda och de arbetslösa föreligger. I Stockholm föreligger skillnader även bland kvinnorna. Skillnaderna är genomgående större bland de yngre.



Figur 5. Psykiska diagnoser förekomst bland de långtidssjukskrivna i Stockholm och i Jämtlands glesbygd uppdelat på de med respektive utan anställning och kön i procent.

En sannolik förklaring till skillnaden mellan de anställda och de arbetslösa vad beträffar förekomst av psykiska diagnoser (Figur 5) är det i flertalet nationella och internationella studier påvisade sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa. Arbetslösa har i allmänhet sämre såväl fysisk som psykisk hälsa än de som har arbete (3). Studier visar dels att arbetslösheten i sig framkallar en försämrad hälsa (4), dels att risken att bli ar-

betslös är större för sjuka personer än den är för friska (5).

Skillnaden mellan Jämtlands glesbygd och Stockholm i förekomsten av psykiska diagnoser kan ha två huvudsakliga förklaringar. Den ena att det i verkligheten föreligger en skillnad i psykiskt välbefinnande mellan de sjukskrivna i Jämtland och de i Stockholm. Den andra att fenomenet bottnar i olikartad sjukskrivningspraxis. Vad beträffar skillnaden mellan de arbetslösa så stöds den första förklaringen av ett antal internationella studier som visar att arbetslöshet är mer problematisk för stadsbon än den är för glesbygdssbon. I en studie från Holland framgår att den arbetslöse stadsbon har större ekonomiska problem än den arbetslöse landsbygdssbon och att den arbetslöse stadsbons partner upplever arbetslösheten som ett större problem än vad partnern till den arbetslöse på landet gör (6). I en annan studie, där effekterna av nedläggningen av två fabriker, en i staden och en på landet, studerades, visar resultaten att kontakten mellan de tidigare arbetskamraterna i staden avtog dramatiskt i och med att fabriken stängdes, medan relationerna på landsbygden inte påverkades i någon stor utsträckning (7). Resultaten från en tredje amerikansk studie bekräftar att effekterna skiljer sig mellan arbetslösa i staden och på landet. Bland de arbetslösa i staden förekommer fler sjukdomar, skador och psykiska problem än bland de arbetslösa på landet (8).

Den andra förklaringen, den att skillnaden i förekomst av psykiska diagnoser mer beror på sjukskrivningspraxis än på skillnader i faktisk mental hälsa, får stöd av hypotesen att psykiska diagnoser har en mer stigmatiserande effekt i glesbygd än i storstad, varför läkare och patient "hellre" uppger en somatisk än en psykisk diagnos, t. ex. vid förekomst av båda. Nedstämdhet och sömnsvårigheter vid långvarig ryggsmärta diagnosticeras kanske i Jämtlands glesbygd som ett somatiskt besvär och i Stockholm som ett psykiskt besvär. Skillnaden mellan Jämtlands glesbygd och Stockholm i förekomsten av psykiska diagnoser är stor och intressant, varför fenomenet kommer att belysas i en kommande studie.

Skillnaden i förekomst av psykiska besvär mellan könen, bland såväl de anställda som de arbetslösa, förklaras möjligen av att fler män än kvinnor missbrukar alkohol/narkotika samt att män traditionellt mår sämre av arbetslöshet än vad kvinnor gör (9).

I både Jämtland och Stockholm föreligger skillnader mellan de anställda och de arbetslösa vad beträffar längden på sjukpenningperioderna. Dessa blir genomgående

längre för de arbetslösa än för de anställda. Sjukpenningperioderna blir genomgående längre med stigande ålder.

En intressant skillnad mellan Jämtlands glesbygd och Stockholm är att sjukpenningperioderna oavsett kön, ålder och diagnos blir längre i glesbygd än i Stockholm. Någon förklaring till detta ges inte i föreliggande studie, men möjliga förklaringar skulle kunna vara de i glesbygd längre geografiska avstånden mellan t ex. läkare, patient och arbete.

Vad beträffar status efter sjukpenningperioden så föreligger intressanta skillnader mellan såväl de anställda och de arbetslösa som mellan Jämtland och Stockholm. I Jämtland är det vanligare att de anställdas sjukpenningfall avslutas med friskskrivning. De arbetslösas sjukpenningperioder tenderar istället oftare att övergå i ny sjukskrivning eller rehabiliteringsersättning. Några sådana skillnader föreligger ej i Stockholm. Där är den stora skillnaden istället att de arbetslösas sjukpenningperiod c:a tre gånger oftare än de anställdas övergår i sjukbidrag.

I både glesbygd och i Stockholm får de arbetslösa vänta längre än de anställda på att rehabiliteringsersättning initieras. I glesbygd initieras rehabiliteringsersättning efter i genomsnitt 364 sjukskrivningsdagar för de anställda och 387 för de arbetslösa. I Stockholm är motsvarande antal dagar 271 respektive 367. Om man utgår från att rehabiliteringen initieras i och med att den sjukskrivne erhåller rehabiliteringsersättning, är det anmärkningsvärt att sjukpenningperioderna, för såväl de anställda som de arbetslösa, i både Stockholm och i Jämtland, hinner bli så långa innan rehabiliteringen påbörjas. Detta mot bakgrunden att en tidigt initierad rehabilitering antas vara en grundförutsättning för en effektiv rehabilitering (10). En möjlig förklaring till de långa sjukpenningperioderna är att rehabiliteringsersättningen infördes i januari 1992, varför risken finns att man på försäkringskassan vid mätillfället hade bristande rutiner. Någon förklaring till att de sjukskrivna som har arbete i Jämtlands glesbygd får vänta c:a tre månader längre än de som har ett arbete i Stockholm på att rehabiliteringsersättning initieras ges inte i föreliggande studie. Skillnaden är emellertid stor och intressant.

Den starkaste faktorn som påverkar övergång i förtidspension är åldern. Så är fallet i både glesbygd och Stockholm. De äldres (40-65 år) sjukpenningfall övergår oftare (23%) i förtidspension än de yngres (1%) (16-

39 år). Övergång i förtidspension påverkas inte nämnvärt av anställning/arbetslös, kön eller typ av diagnos.

Hypotesen att de arbetslösa är en grupp som missgynnas i den under senare år intensifierade arbetslivsinriktade rehabiliteringen fick stöd i den tidigare genomförda studien av de arbetslösa sjukskrivna i Stockholm. Där konstateras bl.a. att de arbetslösa i genomsnitt blir längre sjukpenningfall än de anställda. Vidare får de arbetslösa i Stockholm vänta längre på att rehabiliteringsersättningen initieras. De arbetslösas sjukpenningperiod övergår i Stockholm också betydligt oftare än de anställdas i sjukbidrag.

Resultaten från föreliggande studie ger delvis stöd åt ovannämnd hypotes. Precis som i Stockholm blir sjukpenningfallen för de arbetslösa längre än de blir för dem med arbete. Jämfört med de anställdas sjukpenningperioder är det vidare mer vanligt att de arbetslösas sjukpenningperioder övergår i en ny sjukskrivning och mindre vanligt att de övergår i friskskrivning. De arbetslösas rehabiliteringsersättning initieras också på ett senare stadium i sjukfallet. Vad som emellertid talar emot hypotesen är att procentuellt fler arbetslösa än anställda avslutar sjukpenningfallen med rehabiliteringsersättning. I Jämtlands glesbygd föreligger heller ingen skillnad, vilket fallet är i Stockholm, mellan de anställda och de arbetslösa vad beträffar övergång i sjukbidrag eller förtidspension.

REFERENSLISTA

1. Selander J, Marnetoft S-U, Ekholm J, Bergroth A: Arbetslösa sjukskrivna, En jämförande studie av arbetslösa sjukskrivna och anställda sjukskrivna i Stockholm. Enheten för Socialförsäkringsforskning, Mithögskolan i Östersund, rapport nr 6, 1995.
3. Janlert U m fl: Arbetslöshet som folkhälsoproblem. Folkhälso-gruppens rapport nr 17, 1992.
4. Lahelma E: Unemployment, re-employment and mental well-being. A panel survey of industrial jobseekers in Finland. *Scand J Social Medicine, Supplementum* 43, 1989.
5. Ravaud JF, Madiot B, Ville I: Discrimination towards disabled people seeking employment. *Soc Sci Med.*, 35:951-8, 1992.
6. Leeflang RLI, Klein-Hesselink DJ, Spruit IP: Health effects of unemployment - I. Longterm unemployed men in rural and in urban setting. *Soc Sci Med.*, 34(4):341-350 (a), 1992.
7. Slote A: Termination: The closing of Baker plant. New York: Bobbs-Merill, 1969.
8. Catalano R, Dooley CD: Economic predictors of depressed mood and stressful life events in a metropolitan community. *J Health Soc Behav.*, 18:292-9, 1977.
9. Jahoda M: Employment and unemployment. A social psychological analysis. Cambridge University Press: Cambridge 1982.

Komplett referenslista erhålles av förste författaren.