

Sjuksköterskors sjukfrånvaro

Sjukfrånvaro under 1955–1971 hos ett urval svenska sjuksköterskor och deras män jämfört med kontrollgrupp

Gunnar Eklund Einar Helander Berit Sverdrup

Sjukfrånvaron i Sverige har ökat avsevärt de senaste decennierna och utgjorde 1976 cirka 23 dagar per individ och år, den högsta kända sjukskrivningen i världen.

En trolig förklaring till detta är ändringar i lagstiftningen, vilket medfört ökade förmåner samt ändrade attityder inom befolkningen. Tröskelupplevelsen var gränsen går mellan friskt och sjukt är relativt flytande och bygger inte minst vid korttidsfrånvaro på självdiagnostik och på av individen fattade beslut. Vid ett ökat medicinskt kunnande skulle man eventuellt förvänta sig en minskad sjukfrånvaro genom en bättre "egenvård".

För att studera denna fråga jämfördes sjukfrånvaron hos ett slumpvis urval svenska sjuksköterskor och deras män med ett kontrollmaterial. Det visade sig härvid att sjuksköterskegruppen och deras män hade en lägre sjukfrånvarofrekvens än den matchade kontrollgruppen, framför allt beträffande korttidsfrånvaron.

Resultatet kan förklaras av olika faktorer såsom attityder till arbetet, grad av tolerans från omgivningen, möjligheten att ordna ersättare på arbetsplatsen etc.

Undersökningar av andra grupper med olika kapacitet för egenvård bör företas för att belysa frågan.

Berit Sverdrup var 1973 underläkare vid avdelningen för fysikalisk medicin och medicinsk rehabilitering vid Karolinska sjukhuset, där docent Einar Helander vid samma tidpunkt var bitr överläkare. Gunnar Eklund är professor i epidemiologi och biostatistik vid Karolinska Institutet. (Behjälpliga vid undersökningen har varit John Carstensen, forskarstuderande, Statistiska institutionen, Stockholms Universitet och Irma Lundmark, assistent, avdelningen för fysikalisk medicin och medicinsk rehabilitering, Karolinska sjukhuset.)

Inledning

Den till försäkringskassorna anmälda sjukfrånvaron har under de senaste decennierna visat en avsevärd ökning i Sverige. 1955 då den obligatoriska sjukförsäkringen infördes var sjuktalet, dvs antalet sjukdagar per sjukpenningförsäkrad 11,3. 1967 då karensdagarna slopades uppgick de till 17,7. 1974 infördes allmän sjuklön. Siffran blev då 20,9. 1976 slutligen utgjorde siffran 22,9 dagar per år – den högsta kända sjukskrivningen i världen (11).

Det är inte rimligt att anta att den ökade sjukfrånvaron har något samband med en ökad morbiditet. Det är troligare att den mest betydande faktorn för att förklara denna stegring är ändringar i lagstiftningen, vilka medfört ökade förmåner, samt ändrade attityder inom befolkningen. Tröskelupplevelsen om var gränsen går mellan "friskt" och "sjukt" hälsotillstånd, mellan arbetsförmåga och arbetsoförmåga är relativt flytande och bygger – inte minst vid korttidsfrånvaro på självdiagnostik och på av individen själv fattade beslut.

Det har under de senaste åren diskuterats, om inte ökad "egenvård" skulle kunna hejda den stegrade sjukfrånvaron. Genom ökat medicinskt kunnande skulle man förvänta sig ett profylaktiskt och kurativt mer adekvat handlande med minskad sjuklighet som följd. Avsikten med denna undersökning är att studera sjukskrivningsfrekvensen hos sjuksköterskor, som har en relativt hög nivå av kapacitet till egenvård. Studien omfattar även deras makar. Matchade kontrollgrupper har använts för jämförelserna.

Material

Obligatorisk allmän sjukförsäkring infördes i Sveri-

ge 1955. Fram till 1966 hade man 3 dagars karenstid. Från 1967 betalas sjukpenning utan karensdagar med undantag för insjuknandedagen. 1974 infördes sjuklön, vilken är pensionsgrundande och beskattningsbar.

För att vara inskriven i försäkringskassan måste man ha fyllt 16 år. För sjukpenningplacering krävs dessutom antingen en viss minimiärsinkomst av förvärvsarbete eller att man är sk hemmama. Personer med lägre uppgiven inkomst 0-klassas. För varje försäkrad fanns 1955–1974 ett försäkringskort, sk F-kort, med uppgift om personnummer, yrke, inträdesår i försäkringskassan, sjukpenningklass, till försäkringskassan inrapporterad frånvaro pga sjukdom, dess tid och diagnos. Vid sk korttidsfrånvaro, dvs 1–6 dagar, krävs i regel ej av läkare styrkt arbetsoförmåga. Läkartyg krävs däremot vid längre sjukfrånvaro, varför vid korttidsfrånvaro diagnoserna i regel baseras på av den försäkrade själv uppgiven anledning till sjukfrånvaro, medan i övriga fall läkare ställt diagnosen.

Våren 1973 insamlades namn och födelsedata på 414 yrkesverksamma, gifta sjuksköterskor, bosatta i Sverige, födda 1921–1940. Uppgifterna hämtades genom slumpmässigt urval ur Socialstyrelsens register för sjuksköterskor för år 1972. Data framtoogs också beträffande deras makar. Från försäkringskassorna erhöles kopia av F-kortet. Med försäkringskassornas hjälp framtoogs sedan ett kontrollmaterial av gifta, förvärvsarbetande kvinnor med samma ålder (± 3 år), samma aktuella sjukpenningklass (± 1) och huvudsakligen boende i samma kommun. På likartat sätt framtoogs ett i dessa avseenden matchat kontrollmaterial till sjuksköterskornas män.

Det totala materialet bestod av 4 grupper om vardera 414 personer:

- Grupp A – sjuksköterskorna
- Grupp B – kontrollpersoner till grupp A
- Grupp C – sjuksköterskornas makar
- Grupp D – kontrollpersoner till grupp C

Metod

Sjukfrånvaro innebär varje till försäkringskassan inrapporterad frånvaro registrerad på F-kort. Från samtliga F-kort hämtades uppgifter angående födelsedag, yrke, sjukpenningklass den 1/1 1955, 1960,

1965, 1970 och 1972; antal påbörjade sjukskrivningsperioder samt antal sjukdagar för åren 1955, 1960, 1965, 1970 och 1971; samt för åren 1955–1971 antal perioder totalt med 1–6 dagars frånvaro, 30–59 dagar, 60–89 dagar samt 90 dagar eller mer.

Sjukfrånvaron för vissa diagnoser undersöktes för följande grupper: förkylningssjukdomar, psykiska sjukdomar, rygg-, hjärt-kärl-, magkatarr-magsårssjukdomar, liksom uppgift om yrkesskada. Kodningen gjordes i enlighet med den av socialstyrelsen utgivna klassifikationen av sjukdomar från 1968, vilken är en svensk version av International Classification of Diseases, som antogs av WHO 1966.

Till gruppen akut förkylningssjukdom registrerades tex angina tonsillaris, akut bronkit, halsont, influensa, kortvarig feber, övre luftvägsinfektion. Däremot registrerades ej till denna grupp sekundära komplikationer eller kroniska besvär i andningsvägarna såsom astmatisk eller kronisk bronkit, sinusit, halsböld, kroniska tonsillbesvär, lunginflammation, otit, allergisk eller kronisk rhinit.

Till psykisk sjukdom räknades även alkoholbesvär, asteni, intoxication, trötthet utan angivande av annan orsak.

Som hjärt-kärlsjukdom registrerades tex angina pectoris, cerebrovaskulär sjukdom med eller utan hemiplegi, infarkt, ortostatism, synkope, ödem under graviditet och graviditetstoxikos. Sjukskrivning pga varicer medtoogs ej i denna grupp.

Till magkatarr-magsårssjukdomar räknades även hematemes, operation av magsår. Däremot registrerades ej till denna grupp de akuta gastroenteriterna, eller oklara magbesvär av endast någon dags varaktighet, vilka lika väl kunde utgöras av menstruationsbesvär, kolik eller dylikt.

Till ryggssjukdomar hörde Bechterew, diskbräck, diskdegeneration, rygginsufficiens, lumbago, ischias.

Yrkesindelning gjordes enligt Nordisk Yrkesklassificering (9). Med hjälp av denna gjordes en ytterligare indelning i tjänstemän och arbetare.

Statistiska metoder

Signifikansanalysen av medelvärden och procenttal har skett med hänsynstagande till att personerna var matchade parvis. De i tabeller och texter re-

dovisade P-värdena och signifikansbedömningarna bygger på analys av matchade individer utförd med hjälp av t-test. Där standarderror (SE) uppgivits har dessa beräknats som standarddeviation/ $\sqrt{n}$ och hänför sig till respektive grupp.

I tabell 1 och 4 ingår i beräkningarna bara de A-B-C-D-kvartetter där alla i kvartetten varit sjukpenningplacerade det aktuella året. I tabell 4 och 5 har medelvärdesdifferenserna och P-värden beräknats efter hänsynstagande till sjukpenningplacering och yrkesgruppstillhörighet respektive yrkesverksamhet och yrkesgruppstillhörighet. Detta hänsynstagande har skett med hjälp av multipel regressionsanalys, där de ingående variablerna erhållits genom att differensen mellan matchade par först bildats och medelvärdesdifferensen motsvarar den konstanta termen i regressionsekvationen. Med andra ord innebär detta att sambandet mellan å ena sidan sjukfrånvaroskillnader och å andra sidan skillnader i yrkesverksamhet, sjukpenningklass och yrkesgruppstillhörighet har beräknats i form av linjära regressionsmodeller. Ur dessa har man fått en uppskattning av hur stor skillnaden i sjukfrånvaro skulle bli om de matchade paren inte skilde sig med avseende på yrkesverksamhet, sjukpenningklass och yrkesgruppstillhörighet.

Resultat

Grupp A uppvisar genomgående färre sjukfrånvaroperioder per år vid jämförelse med Grupp B, en skillnad, som är statistiskt signifikant för 1965, 1970 och 1971 (se *tabell 1*). Grupp C har likaså färre sjukfrånvaroperioder per år än Grupp D. Skillnaden för dem är dock ej lika markant. Vid jämförelse mellan Grupp A och Grupp B föreligger vissa skillnader i avseende på sjukfrånvarodagar, men dessa skillnader är ej statistiskt signifikanta. Samma förhållande finns mellan Grupp C och D.

Skillnader i avseende på de olika typerna av sjukfrånvaroperioder under åren 1955–1971 framgår av *tabell 2*. Grupp B uppvisar 65 % högre korttidsfrånvaro än Grupp A och Grupp D 30 % högre än Grupp C. Vid långtidsfrånvaro på 30 dagar eller mer finns ingen skillnad mellan Grupp A och B respektive Grupp C och D.

Vad gäller olika diagnoser märks att Grupp B och D har högre sjukfrånvaro pga ryggåkommor än Grupp A och C. Samma skillnad finns med avseende på förkylningar och psykiska sjukdomar.

Analys avseende yrkesverksamhet visade vissa skillnader mellan de undersökta grupperna och deras kontroller, se *tabell 3*. Yrkesverksamheten var något lägre i sjuksköterskegruppen än i kontroll-

Tabell 1. Antal påbörjade sjukfrånvaroperioder och antal sjukfrånvarodagar för åren 1955, 1960, 1965, 1970 och 1971. Medelvärden (M) och medelfel (SE) för respektive grupp. Signifikansnivåer (P) för skillnaderna mellan de matchade grupperna. Antal matchade A-B-C-D-kvartetter (N) som ingår i beräkningarna.

	N	Grupp A		Grupp B		A-B	Grupp C		Grupp D		C-D
		M	SE	M	SE	P	M	SE	M	SE	P
Perioder											
1955	162	0.43	0.05	0.51	0.08	n.s.	0.37	0.05	0.43	0.06	n.s.
1960	265	0.46	0.05	0.53	0.06	n.s.	0.42	0.04	0.40	0.04	n.s.
1965	383	0.41	0.04	0.64	0.05	<0.001	0.32	0.04	0.50	0.05	<0.01
1970	406	0.73	0.05	1.05	0.07	<0.001	0.71	0.05	0.93	0.07	<0.01
1971	414	0.80	0.06	1.13	0.07	<0.001	0.73	0.05	1.00	0.07	<0.01
Dagar											
1955	162	11.70	2.62	7.09	1.66	n.s.	5.07	1.14	6.85	1.39	n.s.
1960	265	8.19	1.42	7.55	1.28	n.s.	8.13	1.84	5.11	1.11	n.s.
1965	383	8.25	1.10	9.99	1.40	n.s.	6.17	1.53	8.12	1.66	n.s.
1970	406	9.35	1.17	12.82	1.56	n.s.	8.19	1.66	10.82	1.54	n.s.
1971	414	11.31	1.46	12.67	1.52	n.s.	8.63	1.52	11.63	1.69	n.s.

Tabell 2. Antal påbörjade sjukfrånvaroperioder av olika typ under åren 1955–1971. Medelvärden (M) och medelfel (SE) för respektive grupp. Signifikationsnivåer (P) för skillnaderna mellan de matchade grupperna. N = 414.

	Grupp A		Grupp B		A–B	Grupp C		Grupp D		C–D
	M	SE	M	SE	P	M	SE	M	SE	P
1–6 dagars perioder	4.13	0.20	6.81	0.37	<0.001	4.92	0.22	6.40	0.32	<0.001
30–59 dagars perioder	0.73	0.05	0.89	0.06	<0.05	0.41	0.05	0.49	0.05	n.s.
60–89 dagars perioder	0.18	0.02	0.23	0.03	n.s.	0.18	0.03	0.16	0.02	n.s.
≥90 dagars perioder	0.23	0.03	0.23	0.03	n.s.	0.17	0.03	0.21	0.04	n.s.
≥30 dagars perioder	1.14	0.08	1.35	0.09	n.s.	0.77	0.08	0.86	0.08	n.s.
Psyksperioder	0.26	0.05	0.45	0.05	<0.01	0.35	0.10	0.31	0.07	n.s.
Ryggperioder	0.27	0.04	0.51	0.05	<0.001	0.44	0.06	0.87	0.09	<0.001
Hjärtperioder	0.10	0.02	0.12	0.02	n.s.	0.05	0.03	0.07	0.02	n.s.
Ulcusperioder	0.09	0.02	0.16	0.04	n.s.	0.15	0.04	0.23	0.05	n.s.
Förkylningsperioder	3.34	0.17	5.21	0.30	<0.001	3.74	0.18	4.63	0.24	<0.01
Yrkesskadeperioder	0.06	0.01	0.06	0.01	n.s.	0.30	0.04	0.42	0.05	<0.05

grupp B (möjligen pga längre studietid). Samma tendens till lägre yrkesverksamhet finns i Grupp C i jämförelse med kontrollgrupp D. Korrigering för skillnader i yrkesverksamhet har skett i tabell 5 (se statistiska metoder).

Sjuksköterskorna, Grupp A, tillhörde alla tjänstemannagruppen. Av deras kontroller, Grupp B, utgjorde dessa 65 %, och i Grupp C och D 69 respektive 55 %. I tabellerna 4 och 5 har även korrigerats för skillnader i yrkesgruppstillhörighet och i tabell 4 för skillnader i sjukpenningplacering. När det gäller kvinnorna innebär korrigeringen för yrkesgruppstillhörighet att medelvärdesdifferensen är den man får, om man endast räknar på de par där även kontrollpersonen liksom sjuksköterskan är tjänsteman.

Diskussion

Sjukfrånvarofrekvensen varierar med inkomst, ålder, bostättningsort i glesbygd eller tätort, vilket motiverat matchningsförfarandet i denna studie. Li-

kså vet man att sjukfrånvaromönstret skiljer sig mellan tjänstemän och arbetare (1, 2, 8 och 10), varför korrektion för yrkesgruppstillhörighet företogs, se tabell 4 och 5 där även hänsyn tagits till den något lägre yrkesverksamheten hos sjuksköterskorna och deras män jämfört med kontrollpersonerna.

Tabell 4. Antal påbörjade sjukfrånvaroperioder och antal sjukfrånvarodagar för åren 1955, 1960, 1965, 1970 och 1971. Medelvärden (M) och signifikansnivåer (P) för differenserna mellan de matchade grupperna. Dessa differenser är korrigerade för skillnader i sjukpenningplacering och yrkesgruppstillhörighet, 1972, mellan grupperna. Antal matchade A-B-C-D-kvartetter (N) som ingår i beräkningarna.

	N	Grupp A– Grupp B		Grupp C– Grupp D	
		Medelv diff	P	Medelv diff	P
Perioder	1955 162	–0.02	n.s.	–0.08	n.s.
	1960 265	–0.11	n.s.	0.03	n.s.
	1965 383	–0.28	<0.001	–0.17	<0.01
	1970 406	–0.32	<0.01	–0.20	<0.05
	1971* 414	–0.29	<0.01	–0.23	<0.01
Dagar	1955 162	8.44	<0.05	–1.86	n.s.
	1960 265	–1.90	n.s.	2.33	n.s.
	1965 383	–3.22	n.s.	–3.07	n.s.
	1970 406	–2.67	n.s.	–0.57	n.s.
	1971* 414	–0.28	n.s.	–1.92	n.s.

* Enbart korrigerad för skillnader i yrkesgruppstillhörighet.

Tabell 5. Antal påbörjade sjukfrånvaroperioder av olika typ under åren 1955–71. Medelvärden (M) och signifikansnivåer (P) för differenserna mellan de matchade grupperna. Dessa differenser är korrigerade för skillnader mellan grupperna, i det antal år, utav åren 1955, 1960, 1965 och 1970, som individen varit sjukpenningplacerad och yrkesgruppstillhörighet 1972.

	Grupp A– Grupp B		Grupp C– Grupp D	
	Medelv diff	P	Medelv diff	P
1–6 dagars perioder	–2.67	<0.001	–1.16	<0.01
30–59 dagars perioder	–0.04	n.s.	–0.02	n.s.
60–89 dagars perioder	–0.02	n.s.	0.04	n.s.
90– dagars perioder	0.05	n.s.	–0.04	n.s.
30– dagars perioder	–0.01	n.s.	–0.03	n.s.
Psykipioder	–0.26	<0.01	0.08	n.s.
Rygpperioder	–0.20	<0.05	–0.36	<0.001
Hjärtperioder	0.03	n.s.	–0.03	n.s.
Ulcusperioder	–0.03	n.s.	–0.03	n.s.
Förkylningsperioder	–1.67	<0.001	–0.71	<0.05
Yrkesskadeperioder	0.05	<0.1	–0.05	n.s.

Av tabell 4 och 5 framgår att trots korrektion för dessa faktorer uppvisar sjuksköterskegruppen en lägre sjukfrånvarofrekvens än den matchade kontrollgruppen med avseende på antal sjukskrivningsperioder. Särskilt stor är denna skillnad när man analyserar korttidsfrånvaron, speciellt när det gäller förkylningssjukdomar. Sjuksköterskorna och deras män sjukskriver sig också mindre för ryggåkommor och psykiska besvär än kontrollgrupperna.

Man har anledning att ställa sig kritisk till en del av uppgifterna, som finns på de granskade F-korten. Diagnoser har inte alltid önskvärd tillförlitlighet, och troligen är det en viss systematisk skillnad mellan grupperna A och B å ena sidan och C och D å den andra. Fel kan givetvis någon enstaka gång förekomma i sjukrapporteringen, vilket kan resultera i enstaka fel på F-korten, men det finns ingen anledning att tro att det skulle finnas systematiska skillnader mellan de fyra undersökta grupperna i detta avseende. Man kan tänka sig många olika förklaringar till varför det finns så påtagliga

skillnader mellan de studerade grupperna. Författarna vill inte direkt hävda, att undersökningsresultaten utgör bevis för "egenvårdens" effektivitet, men de kan sannolikt ha ett stort intresse i den fortsatta debatten. Undersökningar av andra grupper med olika kapacitet för egenvård bör företas, för att belysa frågan. Det finns många andra faktorer, som också kan betyda mycket för att ändra det sociala beteendet, som sjukskrivning utgör. Bland dessa kan man räkna med att attityder till arbetet ("kallet"), arbetsalienationen, grad av tolerans från omgivningen, möjligheter att ordna ersättare på arbetsplatsen, "ansvarskänsla" och annat spelar roll. Sjuksköterskor är måhända preselektade i avseende på många av dessa attityder eller bibringas dessa under utbildningstiden. Kanske föreligger också en skillnad i fysiskt eller psykiskt avseende. Det är inte omöjligt att sjuksköterskornas män har motsvarande beteendemönster.

REFERENSER

1. Andersson Åke, Holmberg Ingvar: Preliminära resultat av frånvaroundersökning i Göteborg, maj 1978
2. Arbetarskyddsfonden: Sjukfrånvaro och arbetsmiljö, kartläggning och analys av forskningsbehov
3. Lindberg Alvar: Lönsam egenvård. Vår Näring 3 1978
4. Thulin Karl Emil: Frånvarosjukdom – ett nytt sjukdomsbegrepp. Läkartidningen 14 1977
5. Tibblin Gösta: Vad är egenvården värd? Hässle Information 8 1976
6. Tibblin Gösta: Sjukvård, förebyggande vård och egenvård. Läkartidningen 16 1977
7. Tibblin Gösta: Aktiv egenvård. Symposiereferat. Sprirapport 3 1978
8. Åberg Yngve: Sjukfrånvaron och dess orsaker. Arbetarskyddsfonden maj 1978
9. Nordisk Yrkesklassificering
10. Statistiska Centralbyrån: Levnadsförhållanden, Rapport 15, Arbetsförhållanden och sjukfrånvaro 1975/76
11. Riksförsäkringsverkets publikation: Allmän försäkring, 1976