

Arbetsfrånvaro hos medelålders manliga byggnadsarbetare i Stockholmsregionen

Töres Theorell

Evy Lind

Studier av orsaker till arbetsfrånvaro är i regel tillbakablickande (retrospektiva). Detta ger olika felkällor bl a att svaren på intervjufrågor rimligen påverkas av allvarliga sjukdomar som föreligger i "frånvarogruppen".

Denna artikel redovisar en undersökning som också omfattar ett framåtblickande (prospektivt) perspektiv. Undersökningen har belyst omfattningen och sambanden mellan korttids- och långtidsfrånvaro bland medelålders byggnadsarbetare i Storstockholm. Vidare en analys av relationen mellan psykosociala faktorer och arbetsfrånvaro.

Resultatet visar bl a mycket svaga samband mellan korttids- och långtidsfrånvaro, som också hade delvis olika psykosociala förbud i den studerade populationen. Subjektiv upplevelse av arbetstrivseln inverkade i första hand på korttidsfrånvaron. Familjeförhållanden och ekonomiska faktorer inverkade på prospektiv långtidsfrånvaro. Tjänstemän och funktionärer visade lägre både korttids- och långtidsfrånvaro i såväl det retrospektiva som det prospektiva perspektivet.

Töres Theorell är docent i invärtesmedicin vid Karolinska institutet och verksam vid medicinska kliniken vid Serafimerlasarettet och vid laboratoriet för klinisk stressforskning, där fil kand Evy Lind är sociolog.

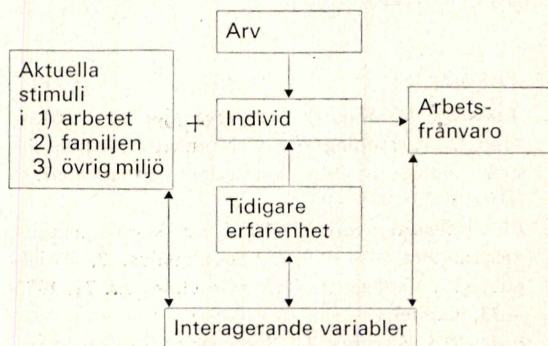
Retrospektiva och prospektiva perspektiv

Arbetsfrånvaro kan utgöra symtom på missförhållanden i arbetet men kan också betingas av missförhållanden i individens miljö i övrigt och av faktorer hos individen själv. Meningsfulla studier av arbetsfrånvaro måste därför i största möjliga utsträckning syfta till att från arbetsmiljöfak-

torerna isolera inflytandet av andra faktorer som kan ha betydelse. I föreliggande studie har vi som ett första steg belyst frånvaroproblematiken i relation till en rad miljöfaktorer både i ett *retrospektivt* och ett *prospektivt* perspektiv. Vi har betraktat frånvaron som ett beteende som betingas av ett samspel mellan individen och hans totala miljö, där individen betraktas som en produkt av arv och tidigare erfarenheter (se figur 1). Arbetsfrånvaro påverkas av och påverkar samspelet mellan individen, miljön och sk interagerande variabler t ex "coping" (enl Lazarus 1967). De interagerande variablerna diskuteras i tolkningen av resultaten.

Givetvis kan en allvarlig sjukdom påverka individens totala situation på ett avgörande sätt. Det har varit brukligt att studera relationen mellan "stress i arbetslivet" och arbetsfrånvaro i ett tillbakablickande (retrospektivt) perspektiv vilket innebär att man har låtit en grupp individer med hög frånvaro svara på en rad frågor om arbetsförhållanden. När det gäller längre tids frånvaro bör svaren på frågorna rimligen påverkas av allvarliga sjukdomar som kan ha förelegat i "frånvarogrup-

Fig. 1. Modell över arbetsfrånvaro



pen". I den här studien jämförde vi den psykosociala situationen hos långtidsfrånvarande med densamma hos en jämförelsegrupp både i ett tillbakablickande och ett framåtblickande (prospektivt) perspektiv. I det senare fallet relaterades *senare uppträdande* sjukdom till svaren på frågorna hos sådana som *ej hade* allvarlig sjukdom under den period frågorna gällde. Beträffande korttidsfrånvaro gjordes endast en retrospektiv studie, då korttidsfrånvaro i sig ej kan antas på ett genomgripande sätt påverka individens totala situation.

Sjukdom intar givetvis en central ställning bland frånvarorsakerna (Nilsson 1972) och behöver inte ha någonting med psykosociala stimuli att göra. Å andra sidan har flera undersökningar visat att såväl kortvariga som långvariga sjukdomar kan vara relaterade till psykosociala stimuli (Levi 1972). I denna studie har vi försökt belysa sambandet mellan psykosociala stimuli och olika typer av frånvaro. De typer av arbetsfrånvaro som studerats är *korttidsfrånvaro* och *långtidsfrånvaro*. Korttidsfrånvaro kan ses som uttryck för sjukdom och/eller lindrig form av störning i relationen mellan en individ och hans arbete medan långtidsfrånvaro kan betraktas som uttryck för mera djupgående störningar och/eller sjukdom. Man kan när det gäller frånvaro från arbetet tänka sig att missförhållanden i arbetet kan leda till arbetsleda och därigenom till frånvaro men också till sjukdom som i sin tur orsakar frånvaro. Givetvis kan också sjukdom direkt leda till frånvaro utan att det föreligger något samband mellan förhållandena på arbetet och frånvaron, vilket i denna sambandsstudie utfaller som oförklarad varians, som minskar sambandets styrka.

Kanske kan korttidsfrånvaro ses som en adaptationsåtgärd i pressade situationer. I så fall skulle korttidsfrånvaro i vissa fall kunna skydda individen mot svårare sjukdom längre fram.

Hos försäkringskassan registreras arbetsfrånvaro såsom orsakad av sjukdom. När det gäller korttidsfrånvaro ställer den försäkrade själv sin diagnos vilket gör att man i denna frånvarokategori har tämligen fritt spelrum för många frånvarorsaker. När det gäller långtidsfrånvaro krävs alltid läkarintyg. Även här kan absoluta sjukdomskrite-

rier ej uppnås men allvarlig sjukdom bör betinga en större del av denna typ av frånvaro, och detta förhållande bör gälla i allt högre grad ju längre frånvaro som föreligger.

Följande frågor avsågs att belysas mera specifikt:

1. Hur omfattande är korttids- resp långtidsfrånvaro bland medelålders byggnadsarbetare i storstockholmsområdet?

2. Är korttids- och långtidsfrånvaro relaterade till varandra?

3. Skiljer sig korttids- och långtidsfrånvaro beträffande psykosociala variabler?

4. Inverkar arbetsmiljön, familje- och övrig miljö på frånvaromönstret?

5. Kan korttidsfrånvaro tänkas utgöra ett skydd mot eller ett förebud om kommande långvarig sjukdom?

6. Skiljer sig relationen mellan psykosociala faktorer och långvarig arbetsfrånvaro p g a sjukdom studerade *retrospektivt* resp *prospektivt*?

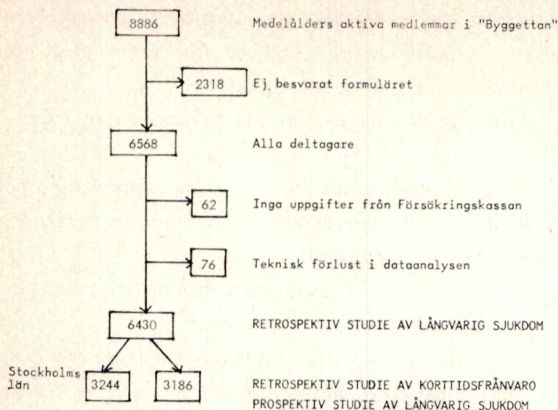
MATERIAL

Man syftade till att göra en totalundersökning. Populationen utgjordes av alla byggnadsarbetare, som var i åldrarna 41—61 år och bodde i Stockholms stad i september 1972 samt var aktiva i sitt yrke och tillhörde byggnadsarbetareförbundet ($n = 8886$). Sådana som p g a sjukdom ej arbetat under hela året har uteslutits.

Bortfall

2 318 (26 %) besvarade ej formuläret. Bortfallet jämfördes med deltagargruppen med avseende på yrkesgrupp, civilstånd, sjukpenning och antal sjukskrivningsdagar år 1972. Grupperna synes varit jämförbara i alla undersökta avseenden utom civilstånd. De icke svarande har i större utsträckning än de svarande varit ensamstående. Det bör påpekas att bortfallet inkluderade även sådana som visade sig icke tillhöra populationen, t ex sådana som hade övergått till annan typ av förvärvsarbete, sådana som p g a aktuell svår sjukdom ej kunde delta och sådana som flyttat utomlands.

Figur 2.



Övriga bortfall p g a tekniska problem redovisas nedan. Totalbilden framgår av figur 2. Somliga deltagare avstod från att besvara vissa frågor. Detta s k partiella bortfall uppgick till 1—4 % för frågor rörande arbetet, 1—9 % för frågor rörande familjeförhållanden (i denna siffra är ensamstående avräknade) och 1—3 % för övriga frågor. Det partiella bortfallet har exkluderats ur både täljare och nämnare i de redovisade svarsfrekvenserna.

Insamlingsmetod

Till alla byggnadsarbetare utskickades under hösten 1972 ett frågeformulär. Detta innehöll ett 60-tal frågor. Frågorna gällde sista 12-månadersperioden och var uppdelade på följande områden: arbetsförhållanden, ekonomisk situation, hem- och familjesituation, sjukdomar, bostadsförhållanden, fritids- och hobbyaktiviteter samt vissa bakgrundsdata såsom utbildning, uppväxtsituation etc. Vissa frågor avsåg att belysa förändringar som individen varit med om, medan andra gällde attityder. Frågorna var utvalda på basis av tidigare retrospektiva undersökningar, i vilka man funnit skillnader mellan friska och sjuka människor.

Bland frågorna utvaldes för föreliggande studie de enskilda variablerna

1. Arbeta

yrkeskategori (tjänstemän, murare, snickare, rörmontörer, betongarbetare, ej yrkesutbildade). Yr-

keskategori har även använts som kontrollvariabel i redovisningen av den retrospektiva korttidsfrånvaron.

upplevelse av *ansvar i arbetet*

upplevelse av *trivsel i arbetet*

förekomst av *extraarbete*

upplevelse av *problem med överordnande och kamrater i arbetet*

2. Familj

civilstånd

upplevelse av *konflikter med hustrun och familjen i övrigt*

upplevelse av *trivsel med hemsituationen*

förekomst av *störningar i bostaden*

3. Övrigt

upplevelse av *den ekonomiska situationen*

sjukpenning

förekomst av *hobbyverksamhet*

Vi valde dessa variabler för att få dels objektiva och dels subjektiva uppgifter beträffande arbete, familj och övriga förhållanden (ekonomi och fritid).

Materialet uppdelades i två åldersgrupper, *ynge* (41—51 år) och *äldre* (52—61 år).

I en tidigare populationsundersökning på ett likartat material — där samma frågor beträffande "trivsel i arbetet" och "trivsel med hemsituationen" användes — fick ett slumpurval av deltagarna ($n = 119$) besvara frågorna vid två tillfällen. Först fick de ange sitt svar i frågeformuläret och ett halvt år senare fick de besvara samma fråga för samma period via telefonintervju. Reliabilitetskoefficienterna var 0,76 för frågan om trivsel i arbetet och 0,84 för frågan om trivsel med familjelivet trots den långa period som förflöt mellan undersökningstillfällena.

I syfte att renodla skillnaderna mellan korttids- och långtidsfrånvaro har vi i föreliggande studie valt att studera två extrema former av frånvaro, dels korttidsfrånvaro definierad som frånvaro högst 7 dagar i följd och dels extrem långtidsfrånvaro minst 30 dagar i följd. I det följande kommer extrem långtidsfrånvaro att kallas lång-

tidsfrånvaro eller långvarig sjukdom.

Uppgifter om retrospektiv *långtidsfrånvaro* besvarades via det psykosociala formuläret av den undersökte själv med frågan "Har Du varit sjuk någon gång mer än en månad i följd under de gångna 12 månaderna?"

Uppgifter om antalet retrospektiva *korttidsfrånvarotillfällen* under 1972 erhöles från försäkringskassans dataregister genom tillmötesgående av dennas utredningsavdelning. Dataregistret omfattade vid denna tid endast individer bosatta i Stockholms stad ($n = 3186$).

Uppgifter om *prospektiv långtidsfrånvaro* under follow-up-tiden, dvs t o m 1973, inhämtades också ur försäkringskassans dataregister, och uppgifter om dödsfall under samma period från Statistiska Centralbyrån. Endast uppgifter om minst 30 dagars frånvaro i följd har inhämtats från försäkringskassan. En uppdelning av diagnoser har där efter utförts efter granskning av läkarintyg och i vissa fall efter inhämtande av uppgifter från vederbörande läkare.

Eftersom olika metoder att registrera långvarig sjukdom användes i den retrospektiva resp prospektiva delen av studien var det nödvändigt att studera relationen mellan "självrapporterad" och "registrerad" långvarig sjukdom.

På ett slumpurval av 200 personer kontrollerades den egna uppgiften om långvarig sjukdom mot försäkringskassans uppgifter. Det förelåg överensstämmelse i 93 % av fallen.

Statistik: Signifikansprövningen har utförts med X^2 -test.

RESULTAT

1. Omfattningen av retrospektiv frånvaro

Andelen individer inom de två ålders- och de olika yrkesgrupperna med 0, 1, 2—3, 4—6 och 7—10 korttidsfrånvarotillfällen under året studerades.

De yngre (41—51 år) hade generellt något mera korttidsfrånvaro än de äldre (52—61 år). Ca hälften av alla individer hade aldrig varit korttidsfrånvarande under året, och ett litet antal (0—1 %) hade varit korttidsfrånvarande 7—10 gånger under samma period. Tjänstemän och

funktionärer hade i liten utsträckning varit korttidsfrånvarande (76 % av de äldre och 64 % av de yngre hade ingen registrerad korttidsfrånvaro alls under året). Funktionärer och tjänstemän hade en andel av retrospektivt sjuka av 9 % för de yngre och 12 % för de äldre. För övriga yrkeskategorier varierade andelen retrospektivt långtidsfrånvarande mellan 14 och 20 % för de yngre och mellan 19 och 28 % för de äldre.

2. Relationen mellan retrospektiv långtids- och korttidsfrånvaro

Andelen individer inom de två åldersgrupperna med 0, 1, 2—3 och 4—10 korttidsfrånvarotillfällen under året och som dessutom haft retrospektiv långtidsfrånvaro studerades. För båda åldersgrupperna gällde att ingen uttalad relation förelåg mellan korttids- och långtidsfrånvaro. I gruppen med ingen korttidsfrånvaro (21 % av de yngre och 32 % av de äldre) kan man tänka sig att hos några en stor del av året upptagits av kontinuerlig sjukskrivning och att alltså ett minskat tidsutrymme funnits för korttidsfrånvaro under samma tid. Detta torde framförallt ha gällt den äldre delen av populationen. Från 1 korttidsfrånvarotillfälle till 4—10 fanns det sedan en viss kontinuerlig ökning av andelen långvarigt sjuka (från 19—21 % till 30 %).

3. Korttids- och långtidsfrånvaro i relation till psykosociala variabler

Svarsfördelningarna för de studerade variablerna avseende arbete, familj och övrigt för den grupp som studerats med avseende på retrospektiv korttidsfrånvaro framgår av *tabell I*. Denna tabell visar också hur stor andel av individerna inom respektive svarskategorier som registrerats som korttidsfrånvarande minst 2 gånger under året.

Tabell I visar också på motsvarande sätt fördelningarna för de studerade variablerna i relation till retrospektiv långtidsfrånvaro.

Korttidsfrånvaro: De faktorer som hade en statistiskt säkerställd samvariation med korttidsfrånvaron var hos de äldre *yrkesgrupp* och *trivsel i arbetet* och hos de yngre *trivsel i arbetet*. Kvoten mellan procentandelen individer som "trivdes då-

Tabell 1. Bakgrundsfaktorer för individer med minst 2 korttidsfrånvarotillfällen under 1972 respektive retrospektiv långvarig sjukdom under samma år

Bakgrundsfaktorer	Individer med minst 2 korttidsfrånvarotillfällen under 1972 (Stockholms stad)				Individer med retrospektiv långvarig sjukdom (Stockholms stad och län)			
	Yngre (41–51 år)		Äldre (51–61 år)		Yngre (41–51 år)		Äldre (51–61 år)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Murare	95	16	139	13	163	18	240	23
Snickare	249	20	333	21	649	14	743	19
Betongarbetare	424	22	556	19	938	17	1 019	26
Ej yrkesutbildade	179	19	275	15	426	20	512	28
Rörmontörer	159	27	205	19	318	17	306	26
Funktionärer och tjänstmän	28	11	21	10	44	9	34	12
Övriga	265	18	241	12	576	16	396	22
För lite ansvar i arbetet	70	21	57	23	137	23	91	32
Lagom ansvar i arbetet	1 103	20	1 437	17	2 532	16	2 666	20
För mycket ansvar i arbetet	184	24	214	18	392	17	382	25
Trivts mycket bra i arbetet	350	14	534	16	790	13	980	21
Trivts ganska bra i arbetet	677	18	822	16	1 566	16	1 534	21
Trivts varken bra el. dåligt el. ännu sämre i arbetet	340	26	371	22	730	22	663	31
Förekomst av extrajobb	75	23	53	25	183	16	90	16
Ej förekomst av extrajobb	1 311	20	1 717	17	2 931	17	3 160	24
Problem med arbetsledare	102	27	102	22	206	27	163	31
Ej problem med arbetsledare	1 284	20	1 668	17	2 908	16	3 087	23
Problem med arbetskamrater	73	21	61	13	146	21	101	33
Ej problem med arbetskamrater	1 313	21	1 709	17	2 968	16	3 149	23
Ekonomi "sämre än andras"	234	22	265	13	480	25	439	38
Ekonomi "som andras"	934	20	1 248	17	2 125	15	2 325	22
Ekonomi "bättre än andras"	191	21	226	15	458	14	421	18
Sjukpenningklass								
40–47 kr	271	16	437	16	511	19	659	19
48–50 kr	232	24	285	18	460	20	537	15
> 51 kr	826	21	957	18	1 702	15	1 762	15
Gift (el. sammanboende)	1 126	21	1 422	17	2 592	15	2 647	22
Frånskild	110	21	128	24	200	31	205	33
Änkling	7	57	64	19	20	20	104	33
Ogift	143	18	156	13	274	25	260	33
Av gifta (el. sammanboende):								
omgift	237	19	352	21	422	27	573	30
ej omgift	1 006	24	1 262	18	1 896	11	1 814	18
Av gifta (el. sammanboende):								
Konflikt med hustrun	87	19	46	20	184	22	84	36
Ej konflikt med hustrun	1 196	21	1 582	17	2 408	14	2 663	21
Av personer med familj:								
Konflikt med familjen i övr.	43	19	37	24	92	22	75	35
Ej konflikt med fam i övr.	1 248	21	1 617	17	3 022	16	3 175	23
Trivts ganska bra eller sämre hemma	648	23	762	18	1 406	20	1 306	28
Trivts mycket bra hemma	671	18	928	17	1 582	13	1 800	21
Störningar i bostaden	156	15	165	18	283	23	261	36
Ej störningar i bostaden	1 230	21	1 605	17	2 831	16	2 989	23
Förekomst av hobbyverksamhet	522	21	572	17	1 149	16	1 030	23
Ingen förekomst av hobbyverksamhet	864	20	1 198	17	1 965	17	2 220	24

Tabell II. Andel individer med och utan prospektiv långvarig sjukdom i relation till psykosociala variabler. De som varit sjukskrivna minst 30 dagar i följd under 1972 har uteslutits ur båda grupperna.

	Yngre (41—51 år)		Äldre (51—61 år)	
	n (samt- liga)	% (lång- varigt sjuka)	n (samt- liga)	% (lång- varigt sjuka)
Murare	78	14	111	12
Snickare	211	10	275	15
Betongarbetare	339	14	395	21
Ej yrkesutbildade	133	17	188	20
Rörmontörer	128	13	154	17
Funktionärer och tjänstemän	25	4	17	0
Övriga	206	11	182	13
För litet ansvar i arbetet	53	15	35	17
Lagom ansvar i arbetet	892	13	1 094	18
För mycket ansvar i arbetet	152	11	160	11
Trivts mycket bra i arbetet	295	13	407	16
Trivts ganska bra i arbetet	555	12	642	18
Trivts dåligt i arbetet	254	15	254	15
Förekomst av extrajobb	60	10	43	12
Ej förekomst av extrajobb	1 060	13	1 279	17
Problem med arbetsledare	74	14	63	14
Ej problem med arbetsledare	1 046	13	1 259	17
Problem med arbetskamrater	60	13	35	17
Ej problem med arbetskamrater	1 060	13	1 287	17
Ekonomi "sämre än andras"	172	21	164	18
Ekonomi "som andras"	756	11	950	18
Ekonomi "bättre än andras"	167	10	184	12
Sjukpenningklass 40—47 kr.	213	11	306	17
48—50 kr.	182	12	211	18
≥ 50 kr.	677	14	734	17
Gift (el. sammanboende)	921	13	898	16
Franskild	75	15	87	15
Änkling	6	33	44	34
Ogift	103	11	104	16
Av gifta (el. sammanboende):				
Omgift	168	16	250	17
Ej omgift	949	11	968	17

	Yngre (41—51 år)		Äldre (51—61 år)	
	n (samt- liga)	% (lång- varigt sjuka)	n (samt- liga)	% (lång- varigt sjuka)
Av gifta (el. sammanboende):				
Konflikt med hustrun	66	24	26	23
Ej konflikt med hustrun	999	12	1 200	16
Av personer med familj:				
Konflikt med familjen i övrigt	26	12	19	47
Ej konflikt med familjen i övrigt	1 019	13	1 227	16
Trivts ganska bra el. sämre hemma	507	15	552	17
Trivts mycket bra hemma	565	11	714	17
Störningar i bostaden	117	16	104	16
Ej störningar i bostaden	1 003	12	1 218	17
Förekomst av hobbyverksamhet	430	12	432	17
Ingen förekomst av hobbyverksamhet	690	13	890	17

ligt" resp "trivdes bra" bland dem som varit korttidsfrånvarande minst 2 ggr var för de yngre 1,9 och för de äldre 1,4. Även om hos de yngre relationen mellan korttidsfrånvaro och yrkesgrupp ej var statistiskt säkerställd förelåg här samma tendens som hos de äldre, nämligen att funktionärer och tjänstemän hade en mindre andel individer som varit korttidssjuka minst 2 gånger under året än övriga yrkesgrupper.

Retrospektiv långvarig sjukdom: De faktorer som hade en statistiskt säkerställd samvariation med retrospektiv långvarig sjukdom var hos de äldre yrkesgrupp, trivsel i arbetet, problem med arbetsledare, problem med arbetskamrater, upplevelse av den ekonomiska situationen, sjukpenning, civilstånd, att vara omgift, att ha haft konflikter med hustrun och konflikter med resten av familjen, att ha trivts endast ganska bra eller ännu sämre hemma och att ha haft störningar i bostaden.

Hos de yngre var följande variabler statistiskt relaterade till retrospektiv långvarig sjukdom: *Trivsel i arbetet, problem med arbetsledare, upplevelse av den ekonomiska situationen, sjukpenning, civilstånd att vara omgift, att ha trivts endast ganska bra eller ännu sämre hemma och att ha haft störningar i bostaden.*

X²-värden, antal frihetsgrader och signifikansnivåer redovisas i tabell III.

4. Prospektiv långvarig sjukdom i relation till psykosociala variabler

Svarsfördelningarna för de studerade variablerna avseende arbete, familj och övrigt för den grupp som studerats med avseende på prospektiv långvarig sjukdom framgår av *tabell II*. Denna tabell visar också hur stor andel av individerna inom resp. svarsgrupper som registrerats som långvarigt prospektivt sjuka.

Prospektiv långvarig sjukdom: De faktorer som hade en statistiskt säkerställd samvariation med senare inträffad långvarig sjukdom var hos de äldre, *yrkesgrupp, civilstånd och konflikter med familjen i övrigt* samt hos de yngre upplevelse av *den ekonomiska situationen och konflikter med hustrun.*

Kvoten mellan andelen änklingar och andelen gifta bland de prospektivt långvarigt sjuka var 2,5 för de yngre och 2,1 för de äldre.

Kvoten mellan andelen med konflikt och andelen utan konflikt med hustrun bland de prospektivt långvarigt sjuka var 2,0 för de yngre och 1,4 för de äldre.

Kvoten mellan andelen med konflikt och utan konflikt med familjen i övrigt var bland de prospektivt långvarigt sjuka 0,9 för de yngre och 2,9 för de äldre.

Kvoten mellan andelen med "sämre ekonomi än

Tabell III. Signifikanta X²-värden, antal frihetsgrader och signifikansnivåer för de studerade variablerna

	Retrospektiv korttidsfrånvaro		Retrospektiv långtidsfrånvaro		Prospektiv långtidsfrånvaro	
	Äldre	Yngre	Äldre	Yngre	Äldre	Yngre
yrkesgrupp	13,39*		21,54**		14,53*	
	df = 6		df = 6		df = 6	
upplevelse av trivsel i arbetet	7,57*	16,61***	31,14***	25,26***		
	df = 2	df = 2	df = 2	df = 2		
upplevelse av problem med överordnade			4,54*	16,24***		
			df = 1	df = 1		
upplevelse av problem med arbetskamrater			4,58*			
			df = 1			
upplevelse av den ekonomiska situationen			68,96***	29,45***		12,67**
			df = 2	df = 2		df = 2
sjukpenning			6,02*	9,15*		
			df = 2	df = 2		
civilstånd			32,91***	47,36***	9,82*	
			df = 3	df = 3	df = 3	
omgift			41,62***	73,69***		
			df = 1	df = 1		
upplevelse av konflikter med hustrun			9,92**	7,63**		7,94**
			df = 1	df = 1		df = 1
upplevelse av konflikter med familjen i övrigt			5,05*		13,05***	
			df = 1		df = 1	
upplevelse av trivsel med hemsituationen			21,64***	22,52***		
			df = 1	df = 1		
förekomst av störningar i bostaden			22,11***	10,15**		
			df = 1	df = 1		

Tabell IV. "Nya diagnoser" under follow-up tiden hos individer som det retrospektiva året varit korttidsfrånvarande minst två gånger

Procenttalen anger skillnaden mellan gruppens andel av "korttidsfrånvarande minst två gånger" och den förväntade andelen i totalpopulationen efter ålderskorrektin. Endast diagnostiska grupper med $n \geq 30$ har inkluderats.

"Nya" fall av:		n
Hjärtinfarkt, "oväntad hjärtdöd", angina pectoris, arytm, hjärtinkompensation	-6 %	32
Ulcus duodeni el ventriculi, melena, hematemes	-4 %	41
Neuros el. "onaturlig död" (suicid, olyckor)	-1 %	34
Långvarig infektion	-1 %	40
Olyckshändelse som föranlett ≥ 1 mån sjukskrivning	± 0 %	92
Ryggbesvär och degenerativa ledsjukdomar	+2 %	185
Samtliga prospektivt sjuka men retrospektivt friska i jämförelse med prospektivt och retrospektivt friska:		
Ålder:		
41-51 år:	+5 %	143
51-61 år:	+1 %	223

andras" och "bättre ekonomi än andras" var bland de prospektivt långvarigt sjuka 2,1 för de yngre och 1,5 för de äldre.

X^2 -värden, antal frihetsgrader och signifikansnivåer redovisas i tabell III.

I tabell IV jämförs antalet individer med minst 2 korttidsfrånvarotillfällen under det retrospektiva året inom olika "prospektiva diagnosgrupper" med andelen individer i kontrollgrupperna med minst 2 korttidsfrånvarotillfällen under samma period. En motsvarande jämförelse görs också för den totala prospektivt långvarigt "sjuka" men retrospektivt friska gruppen som jämförs med den både pro- och retrospektivt friska gruppen. Den prospektivt sjuka (men retrospektivt "friska") totalgruppen hade tendens att ha haft mera korttidsfrånvaro än såväl prospektivt som retrospektivt "friska", men skillnaden var statistiskt säkerställd endast för den yngre delen av populationen ($p < 0,05$).

Skillnaderna för de specifika diagnosgrupperna var inte statistiskt säkerställda, men individer med

senare debut av hjärtsjukdom och magsår tenderade att ha haft mindre korttidsfrånvaro än "normal"populationen och de övriga diagnosgrupperna.

DISKUSSION

Siffrorna kan ej direkt jämföras med tidigare undersökningar, men det framgår att den studerade populationen haft relativt litet registrerad korttidsfrånvaro. (Jfr tex Edström och Korse 1971.)

De retrospektivt långvarigt sjukas svar på psykosociala frågor avvek i flera avseenden kraftigt från de retrospektivt "friskas". När man använde samma batteri av frågor i det prospektiva steget visade det sig att de psykosociala skillnaderna mellan långvarigt sjuka och friska minskade.

Att predicera prospektiv sjukdom hos friska med hjälp av enskilda psykosociala variabler visade sig vara svårt.

Skillnader förelåg dock mellan prospektivt "sjuka" och "friska". Tjänstemän och funktionärer tenderade liksom i den retrospektiva jämförelsen dels att ha haft högre sjukpenning och subjektivt bättre ekonomisk situation och dels att oftare förbli "friska" än övriga. Vidare förelåg en tendens hos de prospektivt långvarigt sjuka att ha rapporterat konflikter i familjen oftare än övriga. Anmärkningsvärd var den stora andelen såväl retrospektivt som prospektivt långvarigt sjuka bland änklingarna.

Även när det gällde korttidsfrånvaro förelåg en skillnad mellan å ena sidan tjänstemän och funktionärer och å den andra övriga grupper — tjänstemän och funktionärer hade sålunda både mindre långvarig sjukdom och mindre korttidsfrånvaro än övriga. För korttidsfrånvaro hade den enskilda variabeln "trivsel i arbetet" signifikant genomslagskraft i båda åldersgrupperna medan variabler som beskrev familjesituation och ekonomi hade mindre betydelse. Arbetstrivselns betydelse för korttidsfrånvaro har betonats av andra författare (se Nilsson 1972), liksom betydelsen av mellanmänskliga relationer på arbetsplatsen (Edström och Korse 1971).

Anmärkningsvärd var skillnaden mellan de två åldersgrupperna i materialet. Generellt gällde att

de äldre hade mera långtidssjukdom men mindre korttidsfrånvaro än de yngre och också att de äldre hade mindre tendens att ange konflikter, problem eller vantrivsel i arbetet eller hemmet. Detta överensstämmer med andra gruppers resultat. För de stora yrkeskategorierna inom materialet var fördelningen mellan yrkesgrupper lika i de två åldersgrupperna, varför dessa tendenser ej kan förklaras av stora åldersolikheter i yttre arbetsbetingelser utan snarare bör ses som en åldersrelaterad attitydskillnad.

En sådan attitydskillnad skulle kunna ge en tendens hos de äldre att i mindre utsträckning än de yngre utnyttja korttidsfrånvaro "som en anpassningsåtgärd". För en sådan tolkning talar också att trivsel i arbetet hade en starkare samvariation med korttidsfrånvaro hos de yngre än hos äldre.

Två grupper som tenderade att ha mindre korttidsfrånvaro än förväntat var individer som senare utvecklade hjärtsjukdom, magsår och neuros. Detta skulle kunna tolkas som en tendens hos dessa individer att arbeta trots trötthet och psykiska symtom, vilket i sin tur skulle kunna bidra till utvecklingen av senare långvarig sjukdom. När det gäller degenerativa led- och ryggsjukdomar är det rimligt att tänka sig att symtom från rörelseapparaten tvingar stora grupper av byggnadsarbetare till perioder både av korttids- och långtidsfrånvaro vilket då skulle förklara den ganska stora andelen korttidsfrånvarande i den grupp som senare utvecklade långvarig frånvaro p g a degenerativ sjukdom i rörelseapparaten.

Man kan på basis av föreliggande studie ej uttala sig om kausalsamband. Detta gäller även den prospektiva sjukligheten, där man måste räkna med att symtom som ej diagnosticerats som sjukdom men ändå orsakar kroppsliga besvär och utgör *förebud* till senare diagnosticerad sjukdom kan orsaka psykiska besvär som förändrar den psykosociala situationen och/eller individens rapport om sin situation. Att långvarig sjukdom kan orsaka en förändrad psykosocial situation framgår när resultaten av de prospektiva och retrospektiva delarna av rapporten kombineras.

SLUTSATSER

1. Korttidsfrånvaro hade registrerats i ringa utsträckning i den studerade populationen.

2. Endast svaga samband förelåg mellan korttids- och långtidsfrånvaro.

3. Korttids- och långtidsfrånvaro från arbetet hade delvis olika psykosociala förebud i den studerade populationen.

4. Subjektiv upplevelse av arbetstrivsel inverkade i första hand på korttidsfrånvaron. Familjeförhållanden och ekonomiska faktorer inverkade på prospektiv långtidsfrånvaro. Yrkesgrupp hade samband både med korttids- och långtidsfrånvaro.

5. Frågan om korttidsfrånvaro oftast utgör skydd mot eller förebud om kommande sjukdom kunde ej besvaras med föreliggande material. Det föreföll som om debuten av vissa sjukdomar (hjärtsjukdom och magsår) föregicks av mindre korttidsfrånvaro än förväntat, men denna tendens var ej statistiskt säkerställd. Efter sammanförande av *alla* diagnostiska grupper förelåg bland prospektivt långvarigt sjuka men retrospektivt friska (vars största grupp utgjordes av patienter med degenerativa rygg- och ledsjukdomar) däremot i den yngre men ej i den äldre kategorin statistiskt signifikant mera korttidsfrånvaro än bland jämförelsegrupperna under den retrospektiva perioden.

6. Studien visade att sambandet mellan psykosociala faktorer och långvarig sjukdom försvagas i ett prospektivt perspektiv och att hänsyn alltså måste tas till de psykosociala effekterna av "sjukdom som psykosocial stressor" i undersökningar av den här typen.

REFERENSER

Edström, R. och Korse, K. G.: Statsanställdas arbetsförhållanden, trivsel, karriär, sjukfrånvaro och hälsa. En socialpsykologisk undersökning i samband med hälsokontroll, Statens personalnämnd, Stockholm 1965.

Lazarus, R. S.: Psychological Stress and the Coping Process, McGraw-Hill, New York, 1967.

Levi, L.: Stress and Distress in Response to Psychosocial Stimuli, Almqvist & Wiksell, Stockholm 1972.

Nilsson, C.: Sjukfrånvaro i arbetslivet. En inventering och analys av forskning och forskningsbehov, SAF o. LO, Stockholm, 1972.