

Regionala skillnader i förtidspension och sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser i Sverige och Norge 1980-2000

– samband med ålder, kön och tillgång till psykiatrisk vård

Lena Andersson

Nedanstående artikel baseras på avhandlingen "Regional differences in disability pension and sickness absence with psychiatric disorders in Sweden and Norway 1980-1998 – The influence of demography and access to psychiatric health care". Avhandlingen försvarades på Göteborgs universitet maj 2006. Avhandlingen baserades på fyra tvärsnittsstudier och syftade till att förklara om regionala skillnader i antal förtidspensionärer med psykiatrisk diagnos kunde förklaras av ålder, kön eller tillgång till psykiatrisk vård. I avhandlingen användes epidemiologisk design och metod.

Lena Andersson är socionom, fil.mag. och medicine doktor i socialmedicin. Hon arbetar som forskare på enheten för socialmedicin på Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet och hennes forskningsområden rör psykisk hälsa, självmord, försäkringsmedicin och regionala skillnader.

Kontakt: Lena Andersson, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, enheten för socialmedicin, Box 453, 403 50 Göteborg. E-post: Lena.Andersson@socmed.gu.se

Bakgrund

Regionen runt Skagerack har sedan länge varit en mötesplats för befolkningarna på den svenska västkusten och den norska sydostkusten. Fiske- och jordbruksnäringar har präglat det sociala och ekonomiska livet på båda sidor av Skagerack vilket också kultu-

rella faktorer gjort såsom religiositet. Numera är det dock avancerad teknologi, petrokemi och utbildning som dominerar på västkusten och olja-, trä- och elektronikindustrier på den norska sidan.

Även rörande indikationer för psykisk ohälsa, finns det likheter. En hög

förskrivning av bensodiazepiner och ett högre antal psykiatriska vårdplatser [1] och en högre förskrivning av lugnande och antidepressiv medicin har uppmärksamats [2]. Även andelen sjukskrivningar och förtidspensioner med psykiatriska diagnoser har varit höga både i Göteborg och i de norska Agderfylkena [3-5]. Varför dessa likheter finns har inte tidigare studerats.

Att studera regionala skillnader/likheter i sjukskrivning och förtidspension (sedan 2003 kallat sjuk- och aktivitetsersättning i Sverige men nedan kallad förtidspension) med psykiatriska diagnoser är en komplex uppgift eftersom etiologin är multifaktoriell. Lagar, förordningar, arbetslöshet, utbildningsnivå, demografiska faktorer och faktorer inom hälso- och sjukvården påverkar alla förekomsten av förtidspension och sjukskrivning. Vidare påverkar biologiska och psykosociala faktorer. Trots svårigheterna är det viktigt att få kunskap om vilka faktorer, speciellt faktorer relaterade till hälso- och sjukvården, som påverkar förekomsten av förtidspensioner med psykiatriska diagnoser för att kunna föreslå preventiva åtgärder. Risken för att få en förtidspension med en psykiatrisk diagnos är högst bland personer under 40 år, individer som har många potentiella år kvar i förvärvslivet. En förtidspension kan också befästa en dålig ekonomisk situation som inte bara påverkar individen själv utan också dennes familj och därtill kan läggas att samhällets kostnader för både sjukskrivning och förtidspension med psykiatriska diagnoser är höga.

Hälsogeografisk forskning om psykisk sjukdom är ett multidisciplinärt forskningsfält. Ett fåtal större epidemiologiska populationsstudier har gjorts, exempelvis Lundbystudien i Sverige, the National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain och the National Comorbidity Survey i USA. Många studier har studerat förekomsten av psykisk sjukdom i urban och rural miljö och flera har funnit att förekomsten av allvarlig psykisk sjukdom, såsom depression, schizofreni och psykossjukdomar, är högre i urbana områden medan studier på alkoholmissbruk uppvisar skiftande resultat och andra har inte funnit några skillnader alls efter kontroll för olika variabler.

Två olika hypoteser är ofta förekommande för att förklara varför förekomsten av psykisk sjukdom är högre i städer jämfört med landsbygd; dels en selektionshypotes och dels en miljö/stresshypotes. Enligt selektionshypotesen sker en selektion, en omflyttning av individer med psykisk sjukdom från landsbygd in till större städer på grund av att vanföreställningar och stigma gentemot psykisk sjukdom är starkare på landsbygden jämfört med städer. Städerna kan dessutom erbjuda anonymitet, arbetstillfällen och eventuellt bättre psykiatrisk vård. Enligt miljö/stresshypotesen däremot påverkas människans psykiska hälsa negativt av den urbana miljön på grund av trångboddhet, luftföroreningar, trafikkoncentration, stress och risk för våld och kriminalitet, faktorer som påverkar de boendes psykiska hälsa och kan öka risken att psykisk sjukdom lättare debuterar.

Därtill kan en tredje förklaring läggas som föreslår att den psykiska ohälsan på landsbygden egentligen är under-skattad, att den lägre förekomsten helt enkelt beror på att ingen studerat den.

Regionala skillnader i sjukskrivning och förtidspension i Sverige har uppmärksamats i ett antal studier och bland annat visat en högre andel sjukfall och förtidspensioner oberoende av diagnos i de norra länen av Sverige [6, 7] och olika grad av sjukfrånvaro i liknande verksamheter men i olika regioner [8]. Sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser har visat sig vara mer förekommande i Stockholm jämfört med riket medan förekomsten i norra Sverige var låg [9]. Faktorer som nämnts som förklaringar till dessa regionala skillnader är arbetslöshet, lokal praxis hos professionella samt utstötnings- och attraktionsfaktorer. De sistnämnda faktorerna föreslår att höga krav i arbetslivet och rationaliseringar ökar risken för att individer "stöts ut" från arbetsmarknaden samt att generösa ersättningsnivåer påverkar sjukskrivnas inställning till sjukpenning och förtidspension.

Andra faktorer som kan påverka regionala skillnader är tillgång till vård. Tillgång och tillgänglighet påverkar vårdsökningsbeteende och därmed också möjlighet till att få rätt diagnos och behandling. Även restid samt personliga föreställningar såsom en tro att vård inte hjälper eller att man vill försöka hantera problemet själv påverkar i hur hög grad människor söker vård. Att inte söka vård är vanligt bland personer med psykisk ohälsa. I PART-studien i Stockholm [10] upp-

skattades att cirka 50 % av alla personer med en psykisk sjukdom aldrig söker vård vilket är kongruent med uppskattningar i en amerikansk studie (40 %) [11]. Till detta kan tilläggas att psykisk sjukdom inte alltid upptäcks inom primärvården [12-14] vilket kan resultera i att fler fall upptäcks i regioner där fler psykiatriska specialister är anställda.

Syfte

Det övergripande syftet med avhandlingen var att beskriva regionala skillnader i förekomst (kumulativ incidence) av förtidspension och sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos och analysera samband med ålder, kön och tillgång till psykiatrisk vård.

Metod

Avhandlingen baserades på fyra tvärsnittsstudier baserade på aggregerad data. De geografiska regioner som studerats i Sverige är Göteborgs kommun och Göteborg och Bohuslän (Göteborgs kommun exkluderad). I Norge studerades Oslo kommun, Östfold, Vestfold, Östfold, Telemark, Aust-Agder och Vest-Agder. Studien basen i den svenska studien (I) var förvärvsarbetande individer och i de norska studierna (II,III, IV) hela befolkningen. Exkluderade var de som redan hade en förtidspensionering samt de med diagnosen utvecklingsstörning. Data på förtidspension med uppgift om ålder, kön, diagnos, år samt region inhämtades hos Riksförsäkringsverket respektive Rigstrygdeverket. Data på personal anställda

inom vuxenpsykiatrin samt antal vårdplatser inhämtades hos Specialisthelsetjensten på Statistiska Centralbyrån. Populationsdata inhämtades hos Statistiska Centralbyrån i Sverige och Norge. Tidsperiod i studie I var 1980-1998, i studie II-IV 1988-2000. Statistisk analys gjordes med hjälp av Poisson regression, åldersstandardiserade morbiditets kvoter (SMR) och kumulativ incidence, samtliga med 95 % CI.

Resultat

I både Sverige och Norge skedde en ökning av förtidspensioner med psykiatrisk diagnos bland unga under studieperioden. Andelen förtidspensionärer med en psykiatrisk diagnos var fram till 1995 dubbelt så hög bland män och kvinnor boende i Göteborg jämfört med riket. Därefter sjönk förekomsten (den kumulativa incidensen) men år 1998 var det fortfarande 40 % fler förtidspensionärer med en psykiatrisk diagnos i Göteborg jämfört med riket. Även bland kvinnor i Bohuslän var förekomsten cirka 25 % högre än riket, år 1980, 1985 samt 1998. Riskkvoten för männen i Bohuslän var däremot jämförbar med riket under hela perioden [15].

I Norge hade män och kvinnor i den region som hade lägst populationsdensitet, Aust-Agder, den högsta förekomsten av förtidspension med psykiatrisk diagnos av de studerade områdena, cirka 45 % högre än riket [16]. Till skillnad mot Göteborg uppvisade inte kvinnor boende i Oslo några förhöjda riskkvoter medan männen hade cirka 38 % högre förekomst av

förtidspension med psykiatriska diagnoser jämfört med män i riket.

I studie III undersöktes om tillgång till psykiatrisk vård (mätt som antal anställda samt antal slutenvårdsbäddar inom vuxenpsykiatrin) kunde förklara de regionala skillnaderna [17]. Statistiska samband påvisades i tre regioner vilket indikerade att ju fler personal som var anställda och ju fler vårdplatser tillgängliga, ju högre andel förtidspensionärer med psykiatrisk diagnos. Men, trots detta kvarstod de tidigare observerade regionala skillnaderna; de regioner som tidigare uppvisade högst förekomst av förtidspension med psykiatriska diagnoser gjorde det också efter kontroll för psykiatriresurser, ålder, år och region. Det starkaste sambandet mellan tillgång till personal och förekomsten av förtidspension med psykiatriska diagnoser återfanns för psykologer och därefter läkare, medan inget samband påvisades för tillgång till sjuksköterskor och ett negativt samband påvisades för tillgång till vårdbiträden.

Studie fyra fokuserade på regionala skillnader av sjukfall (över 14/16 dagar) med psykiatriska diagnoser [18]. Analysen visade att de regionala skillnaderna var mindre än för förtidspensioner. Den högsta förekomsten av sjukfall med psykiatriska diagnoser uppvisades bland kvinnor i Telemark, men även i Agder-fylkena och Oslo återfanns en kumulativ incidens på cirka 5 % (år 2000). Den högsta förekomsten bland män (3 %) återfanns i Agderfylkena. Kvinnor och män i Oslo var oftare sjukskrivna för alkohol- och drogrelaterade diagnoser medan psykoser och neurotiska till-

stånd var vanligare förekommande bland kvinnor i Aust-Agder.

Diskussion

De regionala skillnaderna i förekomsten av förtidspension och sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser kunde inte förklaras av ålder, kön eller tillgång till psykiatrisk vård. Möjliga förklaringar som diskuterats i avhandlingen är utbildningsnivå, arbetslöshet, alkoholmissbruk och psykiatrisk vårdtillgång. Kvinnor i Göteborg och Oslo uppvisade motsatta mönster för förtidspension med psykiatriska diagnoser: i Göteborg var riskkvoten dubbelt så hög jämfört med genomsnittet i riket, i Oslo var motsvarande kvot lägre än riksgenomsnittet. En möjlig förklaring är städernas socioekonomiska struktur. Näringslivet i Göteborg har tidigare präglats av varvs- och tillverkningsindustri. Ett näringsliv som sedan 1970-talet och framåt har förändrats och många industrier som tidigare anställde lågutbildad personal har lagts ned. Det är möjligt att en viss del av den högre förekomsten av förtidspensioner med psykiatriska diagnoser bland kvinnor och män i Göteborg kan förklaras av andelen lågutbildade personer som arbetat i industriföretag och blivit uppsagda eller arbetslösa i samband med arbetsnedläggningar under 1980- och 90-talen. Tidigare forskning har visat att arbetare hade dubbelt så hög risk att bli förtidspensionerad med en psykiatrisk diagnos jämfört med tjänstemän [19] och arbetslöshet är en riskfaktor för förtidspension [20-22].

Oslo som huvudstad har å andra si-

dan en annan socioekonomisk struktur, med många tjänstemannayrken och offentlig administration vilket ställer krav på utbildad personal. Offentlig statistik visar också att en så kallad "healthy selection" av unga högutbildade personer som flyttat till Oslo från andra delar av Norge har skett. Männens högre förekomst av förtidspension med psykiatriska diagnoser i både Göteborg och Oslo kan troligen finna stöd i den miljö/stress hypotes som diskuterats men också i andelen alkohol- och drogrelaterade diagnoser. Dessa diagnoser var vanligare som skäl för sjukfrånvaro i Oslo jämfört med övriga län och med riket och andelen alkoholrelaterade dödsfall något högre för män i Göteborg jämfört med riket 1995-1999 [23]. Tidigare forskning har också visat att långa sjukfall med psykiatriska diagnoser ökar risken för förtidspension [24].

Den högre förekomsten av förtidspension med psykiatriska diagnoser i Agderfylkena motsäger dock miljöhypotesen eftersom Aust-Agder tillsammans med Telemark hade den lägsta befolkningsdensiteten av de studerade regionerna. Det är dock inte möjligt, på basis av den aggregerade datanivån, att urskilja om de nybeviljade förtidspensionärerna kom från de mer tätbefolkade områdena längs kusten eller från glesbygdsområden inne i regionen. Förklaringar kan sökas i riskfaktorer såsom utbildningsnivå, vilken var något lägre i de norska regionerna jämfört med Norge, samt i andelen arbetslösa, vilken var något högre än genomsnittet för Norge. Men även bland kvinnor i Bohuslän var förekomsten

av förtidspension med psykiatriska diagnoser högre under vissa år jämfört med riket men arbetslösheten var inte högre, varför andra faktorer måste ha påverkat. Signifikant för dessa regioner i Norge och Bohuslän är också att de tidigare har varit präglade av stark religiositet vilket kan tänkas påverka synen på psykisk ohälsa, coping-strategier och vårdsökningsbeteende men detta kunde dock inte undersökas inom ramen för avhandlingen.

Tillgång till psykiatrisk vård, behandling och arbetsinriktad rehabilitering kan tänkas påverka förekomsten av förtidspension med psykiatriska diagnoser i olika regioner. Enligt en utredning bedömde allmänläkare att 30 % av de personer som var sjukskrivna kunde ha haft en bättre arbetsförmåga om rehabilitering hade funnits att tillgå [25]. Om tillgängligheten (personaltäthet, vårdutbud, öppettider) är låg är det möjligt att den sjukskrivnes arbetsförmåga och psykiska hälsa försämras vilket ökar risken för lång sjukfrånvaro och en framtida förtidspension. Å andra sidan kan en koncentration av psykiatriskt vårdutbud påverka förekomsten av förtidspensionärer med psykiatrisk diagnos eftersom fler personer torde få en korrekt psykiatrisk diagnos. Detta kan vara en förklaring till de positiva sambanden mellan tillgång till vård och förtidspensionärer med psykiatriska diagnoser i Agderfylkena. Även i Göteborg hade vuxenpsykiatrin under 1970-1980-talen fler vårdplatser och antal psykiatrer anställda än riket [26] vilket bör ha påverkat identifiering. Vilken typ av medicinsk och arbetsinriktad rehabilitering som

erbjuds i de olika regionerna kan också påverka arbetsåtergång.

Konklusion

Det är viktigt att få ökad kunskap om regionala skillnader i förtidspension och sjukfrånvaro med psykiatrisk diagnos för att identifiera påverkbara faktorer. Risken att få en förtidspension på grund av psykiatriska sjukdomar är högst bland unga människor, människor som har många potentiella år kvar av förvärsarbete. Idag finns god behandling för många förstämningssyndrom och neurotiska tillstånd, tillstånd som svarar för majoriteten av de psykiatriska diagnoserna som skäl för förtidspension. Framtida forskning bör fokusera på tillgång till vård (där både primärvård och psykiatrisk vård ingår), typ av rehabilitering samt lokala arbetsmarknaders betydelse för förekomst av förtidspension med psykiatriska diagnoser. Det finns också behov av mer genderbaserad och diagnosspecifik forskning.

För fullständig referenslista hänvisas till författaren.

Referenser

- [1] Järbrink K, Carlsten A, Frederiksen SO. Swedish physicians' inclination to prescribe benzodiazepines: differences between regions and characteristics of the prescriber. *Scand J Public Health*. 1999 Mar;27(1):22-9.
- [2] Rygh E. Surt liv på det blide Sörland. Presentation av rapporten på konferansen 8. febr. 1994. Grimstad, Norway: Kommunenes Sentralforbund 1994.
- [3] Bergling H. Förtidspensionering eller arbete? – en studie av utveckling och regionala variationer. Stockholm; 1977.

- [4] Hensing G, Brage S, Nygård JF, Sandanger I, Tellnes G. Kjønnsforskjeller i sykefravaer for psykiske lidelser i Norge 1994 Oslo: Seksjon for trygdemedisin, Institutt for allmenntmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo; 1997.
- [5] Riksförsäkringsverket. Statistikinformation 1993:10 Stockholm.
- [6] Riksförsäkringsverket. Regionala skillnader i sjukskrivning – Hur ser de ut och vad beror de på? Stockholm:Riksförsäkringsverket; 2003.
- [7] Goine H, Edlund C. Regionala skillnader i försörjningskostnad? I: Upmark M, Edlund C, red. Den komplexa sjukfrånvaron. Lund: Studentlitteratur; 2006.
- [8] Riksförsäkringsverket. Regionala skillnader i sjukskrivningar – kommun och bransch. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 2003.
- [9] Riksförsäkringsverket. Långtidssjukskrivnaregionala skillnader i diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 2002.
- [10] Forsell Y, Hansson A. Psykisk ohälsa och behandlingsbehov ur ett befolkningsperspektiv – data från PART-studien. Stockholm: Stockholms Läns Landsting, Samhällsmedicin, Psykiatrisk Epidemiologi; Rapport 2001:2.
- [11] Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Jan;51(1):8-19.
- [12] Pini S, Berardi D, Rucci P, Piccinelli M, Neri C, Tansella M, et al. Identification of psychiatric distress by primary care physicians. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997 Nov;19(6):411-8.
- [13] SBU. Behandling av depressionssjukdomar. Stockholm; 2004.
- [14] SBU. Behandling av ångestsyndrom. Stockholm; 2005.
- [15] Andersson L, Nyman CS, Spak F, Hensing G. High incidence of disability pension with a psychiatric diagnosis in western Sweden. A population-based study from 1980 to 1998. *Work*. 2006;26(4):343-53.
- [16] Andersson L, Wiles N, Lewis G, Brage S, Hensing G. Disability pension for psychiatric disorders: Regional differences in Norway 1988-2000. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(4):255-62.
- [17] Andersson L, Wiles N, Lewis G, Brage S, Hensing G. Can access to psychiatric health care explain regional differences in disability pension with psychiatric disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007 May;42(5):366-71.
- [18] Hensing G, Andersson L, Brage S. Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Med*. 2006 Aug 22;4(1):19.
- [19] Mansson NO, Rastam L, Adolffsson A. Disability pension in Malmohus county: aspects on long-term financial effects. *Scand J Soc Med*. 1998 Jun;26(2):102-5.
- [20] Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *Int J Epidemiol*. 2002 Dec;31(6):1183-91.
- [21] Upmark M, Lundberg I, Sadigh J, Allebeck P, Bigert C. Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with a psychiatric diagnosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999 Oct;34(10):533-40.
- [22] Westin S, Norum D, Schlesselman J. Medical consequences of a factory closure: illness and disability in a four-year follow-up study. *Int J Epidemiol*. 1988 Mar;17(1):153-61.
- [23] Lindberg S, Melinder K, Statens folkhälsoinstitut. Kommunala basfakta för folkhälsoplanering : atlas över Sveriges kommuner. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2003.
- [24] Borg K, Hensing G, Alexanderson K. Predictive factors for disability pension – an 11-year follow up of young persons on sick leave due to neck, shoulder, or back diagnoses. *Scand J Public Health*. 2001 Jun;29(2):104-12.
- [25] SOU. Psykiskt stöda i socialförsäkringen – ett kunskapsunderlag. Stockholm: Socialdepartementet 1992:77.
- [26] Utredningsavdelningen. Förtidspensionärer i Göteborg. Göteborg; 1980.

Regional differences in disability pension and sickness absence with psychiatric disorders in Sweden and Norway 1980-1998

The influence of demography and access to psychiatric health care

Background: The incidence of disability pension and sickness absence with psychiatric diagnoses has increased and regional differences have been observed. Aim: To describe regional differences in disability pension and sickness absence with psychiatric disorders and analyse if they were due to age, sex or access to psychiatric health care. *Method:* The thesis was based on four cross sectional studies in Sweden and Norway. Data on sickness absence and disability pension was collected from National Statistics, data on psychiatric health care staff, beds and population data was collected from Statistics Sweden and Norway.

Results: Regional differences in disability pension and sickness absence with psychiatric diagnoses could not be explained by age, sex or access to psychiatric health care. Men and women in Göteborg and men in Oslo, presented elevated risk ratios compared to national data as well as both sex in certain semi rural regions. There was an association between access to psychiatric health care and disability pension with psychiatric disorders, but it could not explain the regional differences previously found. An association was found between psychiatric health care staff and disability pension with psychiatric disorders. The cumulative incidence of disability pension with psychiatric disorders increased in the youngest age groups and the highest increase of sickness absence with psychiatric diagnoses was found among women in Oslo.

Key words: Disability pension, sickness absence, psychiatric disorders, regional differences.