

Delrapport 7 i projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro

Sjukskrivning i psykiska diagnoser och risk för att få sjuk- eller aktivitetsersättning eller för förtida död

Ellenor Mittendorfer Rutz
Linnea Kjeldgård
Anders Wikman
Kristina Alexanderson

Reviderad maj 2011

Sektionen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska
Institutet**

Förord

Vid Karolinska Institutets Sektion för försäkringsmedicin bedrivs tvärvetenskaplig forskning om riskfaktorer för att bli sjukskriven eller få sjuk- eller aktivitetsersättning, om konsekvenser av att vara sjukskriven eller ha sjukersättning, om faktorer som hindrar respektive främjar återgång i arbete och om hur man inom olika organisationer arbetar med sjukskrivningsärenden, så kallad sjukskrivningspraxis.

I denna delrapport redovisas resultat från projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Andra delrapporter om kvinnors och mäns sjukfrånvaro, som publicerats under mars 2011, listas nedan. De kan laddas ner från vår hemsida: www.ki.se/im

Kristina Alexanderson

Professor

Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap

Karolinska Institutet

171 77 Stockholm

Fax: 08-524 832 05 kristina.alexanderson@ki.se

Delrapport 1

Wikman A, Marklund S, Alexanderson K: Kohortstudier av utveckling av försörjningssituationen över tid. ISBN 978-91-7457-379-4

Delrapport 2

Wikman A, Kjeldgård L, Marklund S, Alexanderson K: Korta sjukskrivningsfall och risk för framtida sjukskrivning respektive sjuk- eller aktivitetsersättning ISBN 978-91-7457-380-4

Delrapport 3

Mittendorfer Rutz E, Alexanderson K, Kjeldgård L, Wikman A: Sjukskrivning och risk för framtida sjuk- och aktivitetsersättning bland kvinnor och män. ISBN 978-91-7457-381-4

Delrapport 4

Lindholm C, Ringbäck Weitof G, Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Alexanderson K: Sjukskrivning och risk för förtida död bland kvinnor och män. ISBN 978-91-7457-382-4

Delrapport 5

Lindholm C, Mittendorfer Rutz E, Hinas E, Kjeldgård L, Alexanderson K: Samband mellan sjuk- och aktivitetsersättning och risk för förtida död bland kvinnor och män. ISBN 978-91-7457-383-4

Delrapport 6

Jansson C, Alexanderson K: Innebär sjukskrivning i muskuloskeletal diagnos en ökad risk för sjuk- och aktivitetsersättning eller förtida död bland kvinnor och män? En rikstäckande prospektiv kohortstudie. ISBN 978-91-7457-384-4

Delrapport 7

Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Wikman A, Alexanderson K: Sjukskrivning i psykiska diagnoser och risk för att få sjuk- eller aktivitetsersättning eller för förtida död. ISBN 978-91-7457-385-4

Delrapport 8

Svedberg P, Narusyte J, Samuelsson Å, Ropponen A, Lichtenstein P, Alexanderson K: Betydelsen av arv och miljö för sjukskrivning och sjukersättning bland kvinnor och män i en kohort av svenska tvillingar. ISBN 978-91-7457-386-4

Delrapport 9

Marklund S, Alexanderson K, Gustafsson K, Lundh G, Linder J, Svedberg P: Långtidssjukskrivna kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinska utredningar. ISBN 978-91-7457-387-4

Huvudrapport

Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer Rutz E, Svedberg P: Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. ISBN 978-91-7457-390-4

Innehåll

Sammanfattning.....	2
Inledning.....	3
Syfte	5
Material och metod.....	5
Sjukskrivning med psykisk diagnos	6
Statistiska analyser	7
Resultat.....	7
Vårdkontakter innan sjukskrivning	8
Andel med sjukersättning samt andel dödsfall bland de som hade ett nytt sjukskrivningsfall under 2005	10
Risk för sjukersättning.....	11
Risk för förtida död (generellt).....	14
Risk för suicid i relation till sjukskrivning i psykisk diagnos	17
Risk för död på grund av tumörer och cirkulationsorganens sjukdomar	20
Diskussion	23
Slutsatser	25
Referenser.....	25

Sammanfattning

Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser har ökat i flera europeiska länder under det senaste decenniet, särskilt bland kvinnor, och är ofta den största eller näst största sjukfrånvarodiagnosen. Det finns dock få studier om samband bland kvinnor och män mellan sjukskrivning i psykiska diagnoser och framtida sjuk- och aktivitetsersättning eller med orsaksspecifik död. Syftet med detta projekt var därför att undersöka kvinnors och mäns risker för sjukskrivning i specifika psykiska diagnoser, och riskerna för att senare få sjuk- eller aktivitetsersättning respektive för förtida död. Syftet var vidare att undersöka om sådana förklaras av kända bakgrundsfaktorer som ålder, utbildning, familjesituation, bostadsregion, födelseland samt av tidigare sjukhusvårdkontakter. Samtliga analyser baserades på en kohort av alla personer som den 31/12 2004 var mellan 16 och 64 år, folkbokförda i Sverige och som då inte hade pågående sjukskrivningsfall, sjukersättning eller ålderspension. Kohorten (n = 4 937 759; 47,5 % kvinnor) följdes prospektivt under fyra år, till och med 2008, med hjälp av registerdata.

Sjukskrivning i psykiska diagnoser innebär höga risker för både sjuk- och aktivitetsersättning och död under de kommande åren. Kvinnor som år 2005 hade ett nytt sjukskrivningsfall i en psykisk diagnos hade en 6,7 respektive 1,7 gånger högre risk för att få sjuk- och aktivitetsersättning respektive avlida under de kommande åren jämfört med kvinnor utan sjukskrivning. Motsvarande riskestimat för män var 5,9 och 1,7. Både kvinnor och män som haft ett nytt sjukskrivningsfall i psykisk diagnos hade även högre risker för att avlida i två specifika dödsorsaker: suicid samt tumörsjukdomar, jämfört med personer utan sjukskrivning. Såväl kvinnor som män hade även efter justeringar en tre gånger så hög risk för att avlida i suicid under de kommande åren. Dessutom hade män med sjukskrivning i en psykisk diagnos även en 60 procent högre risk för förtida död på grund av cirkulationsorganens sjukdomar jämfört med män utan sjukskrivning. Alla specifika psykiska sjukskrivningsdiagnoser var förknippade med högre risker för både sjuk- och aktivitetsersättning samt för förtida död. Särskilt hög var riskerna för båda utfallen vid sjukskrivning i organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar, i personlighetsstörningar (framför allt bland kvinnor) och i diagnosgruppen schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (framför allt bland män) jämfört med kvinnor och män utan sjukskrivning. Både sjukskrivning i förstämningssyndrom och stressrelaterade syndrom, de två vanligaste psykiska sjukskrivningsdiagnoserna, var tydliga riskmarkörer för sjuk- och aktivitetsersättning och död, framför allt för suicid.

Resultaten tyder på att sjukskrivning i psykiska diagnoser innebär höga risker för sjuk- eller aktivitetsersättning respektive för förtida död bland såväl kvinnor som män. Speciellt höga var riskerna för förtida död på grund av suicid.

Inledning

Psykiska sjukdomar, framför allt depression, utgör betydande folkhälsoproblem (1, 2). Ett exempel på detta är att unipolär depression har beräknats bli den främsta orsaken till så kallade DALY:s (Disability adjusted life years) i hela världen år 2030 (3). DALY:s är ett mått på den samlade betydelsen av en folksjukdom, den så kallade sjukdomsördan (1). Måttet inkluderar både information om hur mycket sjukdomen bidrar till förtida död och om dess påverkan på hälsotillståndet. I Sverige står neuropsykiatriska sjukdomar (till exempel depressioner) för den största andelen av sjukdomsördan bland kvinnor, 24 procent, medan hjärt- och kärlsjukdomar är den diagnosgrupp som bidrar mest bland män; 26 procent (4). Utöver det individuella lidandet förorsakar psykiska sjukdomar även enorma ekonomiska kostnader för samhället. Till exempel beräknades kostnaderna för sjukpenning i psykiska diagnoser till 8,4 miljarder i Sverige år 2001 (5).

Inom den övergripande gruppen psykiska sjukdomar finns det många olika sjukdomar. Bland dessa är depression och ångest de vanligast förekommande och andelen kvinnor med sådana sjukdomar är betydligt högre än andelen män (2, 6, 7). Totalt 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män beräknas någon gång under sitt liv behöva behandling för en depression (2). En annan psykisk diagnosgrupp är alkohol- och drogrelaterade sjukdomar, dessa är vanligare bland män än bland kvinnor (8). Den enda tillgängliga statistiken på nationell nivå i Sverige om trender i förekomst av psykisk sjukdom är statistik om behandling på sjukhus. Denna statistik visar att sjukhusvård på grund av depression och ångestsyndrom har stigit bland unga personer (16–24 år), främst bland unga kvinnor, sedan andra halvan av 1990-talet (2). I andra åldersgrupper framkommer inga förändringar över tid i andel som vårdats på sjukhus på grund av depression eller ångestsyndrom. De flesta personer med någon psykisk sjukdom vårdas dock inom psykiatrisk öppenvård eller på vårdcentraler och inte på sjukhus. Rikstäckande statistik om den psykiatriska öppenvården finns bara tillgänglig sedan 2001 och trender i förekomst är därför i dagsläget svåra att avläsa. Psykiatrisk öppenvårdsstatistik från Stockholms län finns sedan en längre tid tillbaka och visar att andelen unga personer bland patienter med psykiska besvär har ökat sedan slutet av 1990-talet (9, 10). En kunskapsöversikt som nyligen genomfördes av Kungliga vetenskapsakademien fann

att det skett en ökning av vissa typer av psykisk ohälsa hos ungdomar, till exempel nedstämdhet och oro, från mitten av 1980-talet till mitten av 2000-talet. Andelen flickor med problem har i vissa fall dubblats eller tredubblats. Pojkarna följer flickornas uppåtgående trend, men betydligt färre anger att de känner nedstämdhet och oro (11).

Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser har ökat i flera europeiska länder under det senaste decenniet (12–14). I Sverige har antalet långa sjukskrivningsfall (> 60 dagar) sjunkit kraftigt i flertalet diagnoser under de senare åren. Däremot har andelen av de långa sjukskrivningsfallen i psykiska diagnoser stigit från 18 till 27 procent under tidsperioden 1999–2009 (15). Denna ökning var något större bland kvinnor än bland män. Depressioner, stressrelaterade syndrom och ångestsyndrom utgjorde år 2009 sammantaget hela 93 procent av långtidssjukskrivningarna i psykiska diagnoser (15). När det gäller *sjuk- och aktivitetsersättningar (tidigare förtidspension, i fortsättningen i denna text, för enkelhets skull, förkortat till sjukersättning)* har andelen i psykiska diagnoser också ökat, särskilt bland kvinnor, inte minst bland unga kvinnor. Under 2009 hade hela 70 procent av de unga (19–29 år) som hade sjukersättning detta i en psykisk diagnos (15, 16). Även för unga kvinnor och män (16–29 år) med sjukpenning i december 2009 var psykiska diagnoser bland de vanligaste sjukskrivningsorsakerna (tabell 1) (16). Andelen av pågående sjukskrivningsfall i psykiska diagnoser sjunker med ökande ålder.

Tabell 1. Pågående sjukpenningfall efter ålder och diagnosgrupp i december 2009 (16). Procent av alla.

Diagnos	Ålder				
	16–29	30–39	40–49	50–59	60–
<i>Kvinnor</i>					
Psykiska sjukdomar	41	42	37	26	18
Cirkulationsorganens sjukdomar	1	1	2	5	7
Sjukdomar i muskler m m	13	18	25	29	32
Skador och förgiftningar	5	4	5	6	8
Övriga sjukdomar	41	35	30	33	35
Alla	100	100	100	100	100
<i>Män</i>					
Psykiska sjukdomar	34	37	29	18	10
Cirkulationsorganens sjukdomar	1	2	5	11	14
Sjukdomar i muskler m m	20	22	26	29	30
Skador och förgiftningar	22	13	11	9	7
Övriga sjukdomar	23	26	28	33	38
Alla	100	100	100	100	100

Vid ställningstagande till behov av sjukskrivning av personer med psykisk sjukdom har inte bara typen av diagnos betydelse utan framför allt sjukdomens allvarlighetsgrad, till exempel om det är en lindrig eller svår depression. En psykisk sjukdom kan leda till olika former av funktionsnedsättning vilket även kan påverka arbetsförmågan, till exempel i form av koncentrationssvårigheter och minnesstörningar (17–19). När det gäller lindrigare psykiska sjukdomar, till exempel vid lättare depression, diskuteras det ibland om det är kontraindicerat att vara sjukfrånvarande (12, 20, 21). Det diskuteras till exempel om det finns risk att individens depression förvärras av att vanliga aktiviteter förändras, såsom regelbunden dygnsrytm och den aktivitet och kontakt med kollegor som yrkesarbetet vanligen innebär (17). Det Försäkringsmedicinska beslutstödet anger till exempel att lindrig förstagångsdepression ofta inte kräver sjukskrivning (17). För vissa andra psykiska diagnoser, rekommenderas i det Försäkringsmedicinska beslutsstödet däremot längre sjukfrånvarotid, till exempel vid uttalad och väldiagnostiserat utmattningssyndrom eller psykotiska syndrom (17).

Syftet med sjukförsäkringen är att säkerställa ekonomisk försörjning vid lönebortfall orsakat av nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom eller olycksfall. Sjukskrivning är en vanlig rekommendation inom hälso- och sjukvården i Sverige (22). Jämfört med de flesta andra medicinska behandlingsinsatser, som ofta har ett specifikt fokus på funktion eller organ, är sjukskrivning ett betydligt bredare instrument med potential att påverka många aspekter av patientens livssituation (23–25). Sjukfrånvaro kan få olika konsekvenser för en persons fysiska, mentala och sociala situation (23). Socialstyrelsen har konstaterat att sjukskrivning är en del av vård och behandling, och att sjukskrivning ska kvalitets-säkras och baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet på samma sätt som annan vård och behandling (26, 27). Med tanke på att mer kunskap om möjliga konsekvenser av att vara sjukfrånvarande är högst angelägen för läkare, personal på Försäkringskassan, arbetsgivare och patienten själv, är forskningen kring eventuella konsekvenser hittills väldigt begränsad (23, 28, 29). Eftersom andelen kvinnor som blir sjukskrivna med psykiska diagnoser är betydligt högre än andelen män (30) är det av särskilt stort intresse att få mer kunskap om eventuella konsekvenser av sjukfrånvaro för kvinnor (31–33). En annan iakttagelse är att andelen med sjukfrånvaro i psykiska diagnoser var störst bland de unga (tabell 1) (16).

Endast i några få studier har man undersökt sambandet mellan sjukskrivning i psykiska diagnoser och risken för att få sjukersättning eller för att avlida i unga åldrar, det vill säga för förtida död. Fyra

studier har visat att sjukskrivning i psykiska diagnoser ökar risken för förtida död, såväl generellt som för orsaksspecifik död, såsom suicid, död i cirkulationsorganens sjukdomar och tumörsjukdomar (34–37). Tre av dessa studier var gjorda på mycket selekterade grupper, en på statsanställda i London (Whitehall II) (36) och två på personer anställda av Gas- och elektricitetsverket i Frankrike (GAZEL) (35, 37). Den fjärde studien inkluderade populationen i ett län i Norge (34). Ytterligare tre norska studier rapporterade att sjukskrivningen i psykiska diagnoser ökade risken för sjukersättning (38–40). Enligt två av dem innebär sjukskrivning i en psykosdiagnos en högre risk för framtida sjukersättning än sjukskrivning i andra psykiska diagnoser (39, 40). I de studierna fann man också att kvinnor hade en lägre risk än män att få sjukersättning om de var sjukskrivna i en psykisk diagnos (39, 40).

På grund av att tidigare studier ofta baserats på selekterade grupper, finns det ett behov av större, populationsbaserade studier med lång uppföljningstid för att fördjupa kunskapen om möjliga konsekvenser av att vara sjukskriven i psykiska diagnoser. Sjukskrivning, sjukersättning och död varierar med ålder, socioekonomisk status och familjesituation och det är därför viktigt att statistiskt kunna ta hänsyn till dessa faktorer i analyser som undersöker sambandet mellan sjukskrivning, sjukersättning och förtida död (41).

Syfte

Syftet med detta projekt var att få kunskap om samband bland kvinnor och män av att vara sjukskriven i specifika psykiska diagnoser och framtida risk för sjukersättning respektive för förtida död. Syftet var vidare att undersöka om eventuella samband förklaras av kända bakgrundsfaktorer av betydelse såsom ålder, utbildning, familjesituation, bostadsregion, födelseland samt med tidigare sjukhusvård.

Material och metod

En prospektiv kohortstudie genomfördes, det vill säga en studie där man följde individerna i en grupp, en så kallad kohort, framåt i tiden.

Samtliga analyser baserades på en kohort av alla de personer som den 31/12 2004 var mellan 16 och 64 år och folkbokförda i Sverige. Personer som hade pågående sjukskrivningsfall, sjukersättning eller ålderspension vid årsskiftet 2004/2005 exkluderades ur kohorten. Denna kohort (n = 4 937 759, 47,5 % kvinnor) följdes prospektivt under åren 2005 till och med 2008, via data från följande riktäckande populationsbaserade register:

- 1) *Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA)* vid Statistiska Centralbyrån (SCB): data avseende definition av kohorten, kön, ålder, utbildning, familjesituation, boenderegion, födelseland, uppföljning avseende migration samt uppgifter om ålderspension.
- 2) *MikroData för Analys av Socialförsäkringen (MiDAS)* vid Försäkringskassan: data avseende sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning och ålderspension.
- 3) *Patientregistret (PAR)* vid Socialstyrelsen: data avseende vårddagar i slutenvård och antal öppenvårdsbesök.
- 4) *Dödsorsaksregistret* vid Socialstyrelsen: data om dödsdatum och -orsak.

Sjukskrivning med psykisk diagnos

Data avseende sjukskrivning i psykiska diagnoser (det vill säga *exponeringsdata*), baserades på MiDAS-databasen och definierades som nya sjukskrivningsfall¹ med ersatta sjukpenningdagar från Försäkringskassan² under 2005. Sjukskrivningsdiagnoserna klassificerades enligt *the International Classification of Diseases*, ICD-10 (42) och gällde huvuddiagnosen, som den angivits av sjukskrivande läkare på sjukintyget.

Följande exponeringsgrupper skapades: En person bidrog med persontid från och med att den fanns i någon av följande kategorier under 2005

- i) Inget sjukskrivningsfall (oexponerad/referenskategori) (alla fanns här den 1/1 2005).
- ii) Datum från första sjukskrivningsfall i "icke-psykisk" diagnos,
- iii) Datum från första sjukskrivningsfallet i en psykisk diagnos³

I analyserna användes följande åtta undergrupper av psykiska diagnoser:

- 1) Organiska, inklusive symtomatiska, psykiska störningar; psykisk utvecklingsstörning; störningar i psykisk utveckling, i fortsättning förenklat kallat "Organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar" (F00-F09, F70-F89).
- 2) Störningar på grund av psykoaktiva substanser (F10-F19).
- 3) Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom, i fortsättning förenklat kallat "schizofreni" (F20-F29).
- 4) Förstämmningssyndrom (F30-F39).
- 5) Neurotiska och somatoforma syndrom (F40-F42, F44-F49).
- 6) Stressrelaterade syndrom (F43).
- 7) Beteendestörningar (F50-F59, F90-F99).
- 8) Personlighetsstörningar (F60-F69).

I vissa analyser samfördes dessa åtta grupper i följande fyra:

- 1) Störningar på grund av psykoaktiva substanser (F10-F19).
- 2) Förstämmningssyndrom (F30-F39).
- 3) Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40 -F49).
- 4) Övriga psykiska diagnoser.

Individerna i kohorten följdes upp med avseende på all incident sjukersättning det vill säga nybeviljad (första) sjukersättning samt vad avser dödsfall till och med 31/12 2008. Dödsorsaker klassificerades

¹ Med nya sjukskrivningsfall avses ett sjukskrivningsfall som påbörjades tidigast den 1/1 2005, det vill säga sjukskrivningsfallet hade inte påbörjats före årsskiftet 2004–2005.

² Försäkringskassan betalar för de flesta sjukskrivna personerna ut sjukpenning från och med dag 15 i ett sjukskrivningsfall (arbetsgivaren betalar så kallad sjuklön fram till dess). Det finns flera undantag till detta. Ett är arbetslösa, där Försäkringskassan ersätter sjukfrånvaron från dag två och egna företagare som vanligen har ett betydligt högre antal karensdagar än vad som är det vanliga för anställda och arbetslösa. Ytterligare ett undantag är att Försäkringskassan ibland betalar från dag ett eller två i ett sjukskrivningsfall för personer som på grund av vissa sjukdomar har många upprepade sjukskrivningsfall. Detta innebär att gruppen med noll sjukpenningdagar kan ha haft kortare sjukskrivningsfall.

³ Det innebär att om en person först hade ett sjukskrivningsfall i en icke-psykisk diagnos och sedan i en psykisk diagnos, bidrog den först med persontid till grupp i) sedan till grupp ii) och därefter till grupp iii). Huvudfokus i alla analyser var sjukskrivning i psykiska diagnoser. Ett sjukskrivningsfall i "icke-psykiska" diagnoser beaktades därför bara om det inträffade innan, men inte efter ett sjukskrivningsfall i psykiska diagnoser. En individ kunde således inkluderas i båda exponeringsgrupperna (psykisk och icke psykisk) och därför överstiger antalet observationer i analyserna (och i tabell 6 till tabell 13) det antal individer som finns i kohorten.

enligt ICD-10 (42). Risk för förtida död analyserades dels generellt, dels för följande tre specifika dödsorsaker:

- i) suicid (X60-X84)
- ii) tumörsjukdomar (kapitel II; C00-C97, D00-D48), samt
- iii) sjukdomar i cirkulationsorganen (kapitel IX; I00-I99).

Statistiska analyser

Individerna följdes avseende nybeviljad sjukersättning, emigration, ålderspensionering och död respektive avseende orsaksspecifik död från studiens startdatum (1/1 2005) till och med studiens slutdatum (31/12 2008).

Risker beräknades som Hazard Ratios (HR) med 95-procentiga konfidensintervall (KI 95 %) med Cox-regression för ojusterade och justerade modeller, det vill säga analyser som kontrollerades för andra faktorer som skulle kunna påverka sambanden mellan sjukskrivning och sjukersättning respektive död. De faktorer som kontrollerades för i analyserna var: ålder, utbildning, familjesituation, typ av boenderegion, födelseland,⁴ samt antal dagar inlagd på sjukhus (här kallad vårdtid) under de sex åren 2000–2005, och antal öppenvårdsbesök vid sjukhus under de fem åren 2001–2005. Både vårdtid och öppenvårdsbesök beräknades separat för psykiska diagnoser och icke-psykiska diagnoser. Vårdtidsvariablerna kategoriserades i följande tre grupper; ingen vårdtid, vårdtid under eller lika med medianvårdtid (det vill säga längden av vårdtid som hälften av patienter inlagd på sjukhus hade sammanlagt under de sex åren) och vårdtid över medianen. Medianen beräknades på alla individer som hade sådan vårdtid (det vill säga samma median för kvinnor som för män). Antal öppenvårdsbesök klassificerades på motsvarande sätt i tre grupper.

Resultat redovisas könsstratifierat (det vill säga uppdelat på kvinnor och män).

Resultat

I tabell 2 ges en översiktlig beskrivning av studiepopulationen, samt antal och andel sjukskrivna, kvinnor och män. Andelen kvinnor som var sjukskrivna i psykiska diagnoser (2,2 %) var dubbelt så hög som andelen bland män (1,0 %). Även andelen kvinnor som var sjukskrivna i somatiska diagnoser var högre än bland män. De flesta hade inga nya sjukskrivningsfall under 2005.

⁴ Av tabell 2 framgår hur dessa faktorer kategoriserades.

Tabell 2. Deskriptiv statistik av studiepopulationen.

	Kvinnor		Män	
	Antal	%	Antal	%
Studiepopulation, samtliga	2 344 808	47,5	2 592 951	52,5
<i>Sjukskrivning 2005</i>				
Ingen sjukskrivning	2 093 204	89,3	2 425 739	93,6
Sjukskrivning psykiska diagnoser	52 198	2,2	25 088	1,0
Sjukskrivning andra diagnoser	199 406	8,5	142 124	5,5
<i>Ålder</i>				
16–24 år	464 349	19,8	488 074	18,8
25–34 år	525 583	22,4	563 267	21,7
35–44 år	531 828	22,7	595 749	23,0
45–54 år	450 634	19,2	512 129	19,8
55–64 år	372 414	15,9	433 732	16,7
<i>Utbildningsnivå</i>				
Lågutbildade (0–9)	426 817	18,2	576 303	22,2
Medelutbildade (10–12)	1 039 816	44,3	1 221 721	47,1
Högutbildade (eftergymnasial)	840 618	35,9	753 135	29,0
Uppgift saknas	37 557	1,6	41 792	1,6
<i>Familjekategori</i>				
Gift/sambo utan hemmaboende barn	332 995	14,2	318 298	12,3
Gift/sambo med hemmaboende barn	847 562	36,1	882 291	34,0
Ensamstående utan hemmaboende barn	708 587	30,2	1 068 756	41,2
Ensamstående med hemmaboende barn	227 691	9,7	66 147	2,6
Hemmaboende barn 16–20 år	227 964	9,7	257 443	9,9
<i>H-region</i>				
Storstäder	904 231	38,6	962 869	37,1
Mellanstora städer	825 393	35,2	916 401	35,3
Småorter	615 184	26,2	713 681	27,5
<i>Födelseregion</i>				
Sverige	1 992 814	85,0	2 235 790	86,2
Övriga Norden	74 645	3,2	69 658	2,7
EU25 utom Norden	51 092	2,2	54 548	2,1
Övriga världen	225 990	9,6	232 596	9,0
<i>Dödsorsak 2005–2008</i>				
Suicid	527	6,1	1 672	9,4
Tumörsjukdomar	5 024	58,5	5 813	32,6
Cirkulationsorganens diagnoser	1 286	15,0	4 791	26,9
Andra dödsorsaker	1 747	20,4	5 534	31,1

Vårdkontakter innan sjukskrivning

I tabell 3 och 4 beskrivs de individer som hade ett nytt sjukskrivningsfall under 2005 i en psykisk diagnos, vilka vårdats på sjukhus (haft vårdtid) fem år före sjukskrivning samt under 2005 och som sökt öppenvård vid ett sjukhus. Andelen sjukskrivna i psykisk diagnos som tidigare haft vårdtid varierar mycket beroende på sjukskrivningsdiagnos (tabell 3). Av kvinnor och män sjukskrivna i

stressrelaterade syndrom var det 2,7 respektive 4,9 procent som tidigare varit inlagda på sjukhus. Motsvarande andel som tidigare varit inlagda på sjukhus av de som var sjukskrivna på grund av schizofreni var 69,3 (kvinnor) och 70,5 procent (män). Det fanns könsskillnader när det gäller andelen sjukskrivna som vårdats på sjukhus. Kvinnor med ett nytt sjukskrivningsfall i organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar, *störningar på grund av psykoaktiva substanser, förstämningssyndrom* samt *neurotiska och somatoforma syndrom* hade mindre tidigare vårdtid på grund av psykisk sjukdom än män. Däremot hade en högre andel av kvinnorna än männen med ett nytt sjukskrivningsfall i de flesta psykiska diagnosgrupperna (förutom inom diagnosgrupperna störningar på grund av *psykoaktiva substanser och schizofreni*) haft tidigare vårdtid på grund av somatisk diagnos. Könsskillnaden i tidigare vårdtid för somatiska diagnoser var störst när det gällde sjukskrivna för *personlighetsstörningar*, där 64 procent av kvinnorna medan endast 39 procent av männen tidigare vårdats vid sjukhus för någon somatisk sjukdom.

Många som varit sjukskrivna i psykiska diagnoser hade också tidigare haft öppenvårdskontakter på grund av psykiska diagnoser, framför allt bland de som var sjukskrivna i *personlighetsstörning, schizofreni*, eller störningar på grund av *psykoaktiva substanser* (tabell 3). Mönstren i tabell 4 liknar de i tabell 3. Ett undantag framträder bland de som var sjukskrivna med *personlighetsstörningar*, där kvinnor hade haft öppenvårdskontakter vid sjukhus på grund av psykiska sjukdomar i större utsträckning än män. Generellt sökte kvinnor öppenvård för somatiska sjukdomar i högre grad än män, detta gäller för all sjukskrivning i psykiska sjukdomar oavsett vilken typ av psykisk diagnos.

Tabell 3. Antal och andel kvinnor och män i kohorten (N = 4 937 759; 47,5 % kvinnor) som legat inne på sjukhus mellan 2000 och 2005 (vårdtid) på sjukhus på grund av psykisk eller somatisk sjukdom, i relation till sjukskrivning i olika diagnoser under 2005.

Diagnosspecifik sjukskrivning år 2005		Vårdtid			
		Psykisk sjukdom		Somatisk sjukdom	
		Antal	%	Antal	%
Ej sjukpenningdagar	Kvinnor	22 869	1,1	471 082	22,5
	Män	29 820	1,2	381 485	15,8
Sjukskriven annan diagnos än psykisk	Kvinnor	2 301	1,1	96 548	48,4
	Män	2 860	2,1	61 424	43,2
Sjukskrivning alla psykiska diagnoser	Kvinnor	3 616	7,0	17 409	33,4
	Män	3 591	14,3	6 923	27,6
Organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar (F00-09, F70-89)	Kvinnor	< 8	6,0	43	37,1
	Män	17	13,0	44	33,5
Störningar pga. psykoaktiva substanser (F10-F19)	Kvinnor	271	50,6	251	46,9
	Män	823	55,5	700	47,2
Schizofreni, schizotypa störningar, vanföreställningssyndrom (F20-F29)	Kvinnor	228	69,3	103	31,3
	Män	265	70,5	122	32,5
Förstämmningssyndrom (F30-F39)	Kvinnor	1 702	9,8	6 049	34,7
	Män	1 520	16,2	2 661	28,2
Neurotiska och somatoforma syndrom (F40-F42, F44-F49)	Kvinnor	472	8,7	1 992	36,7
	Män	380	13,1	827	28,4
Stressrelaterade syndrom (F43)	Kvinnor	732	2,7	8 326	31,4
	Män	489	4,9	2 369	23,7
Beteende och emotionella störningar, debut under barndomen (F50-F59, F90-99)	Kvinnor	163	9,4	576	33,1
	Män	71	10,2	174	24,9
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69)	Kvinnor	41	37,9	69	63,9
	Män	26	38,8	26	38,8

Tabell 4. Antal och andel kvinnor och män i kohorten (N = 4 937 759; 47,5 % kvinnor) med sjukskrivning under 2005, som besökt öppenvård vid sjukhus 2001-2005 på grund av en psykisk sjukdom eller på grund av en somatisk/ annan sjukdom.

Sjukskrivning år 2005		Öppenvårdsbesök			
		Psykisk sjukdom		Somatisk sjukdom	
		Antal	%	Antal	%
Inga sjukpenningdagar	Kvinnor	53 962	2,6	1 368 558	69,2
	Män	50 595	2,1	1 363 080	58,2
Annan sjukskrivning än psykiska diagnoser	Kvinnor	6 233	3,1	173 320	89,1
	Män	4 496	3,2	119 244	85,0
Sjukskrivning psykiska diagnoser	Kvinnor	7 614	14,6	41 607	79,7
	Män	5 536	22,1	18 897	75,3
Organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar (F00-09, F70-89)	Kvinnor	24	20,7	98	87,9
	Män	52	39,7	108	85,5
Störningar pga. psykoaktiva substanser (F10-F19)	Kvinnor	220	41,1	483	92,2
	Män	720	48,5	1 269	86,7
Schizofreni, schizotypa störningar, vanföreställningssyndrom (F20-F29)	Kvinnor	184	55,9	291	90,9
	Män	227	60,4	320	87,0
Förstämningssyndrom (F30-F39)	Kvinnor	3 405	19,5	14 231	84,6
	Män	2 463	26,1	7 249	78,7
Neurotiska och somatoforma syndrom (F40-F42, F44-F49)	Kvinnor	1 300	23,9	4 554	86,4
	Män	877	30,1	2 287	80,1
Stressrelaterade syndrom (F43)	Kvinnor	2 126	8,0	20 466	80,5
	Män	1 054	10,6	7 085	73,0
Beteende och emotionella störningar, debut under barndomen (F50-F59, F90-99)	Kvinnor	293	16,8	1 384	82,9
	Män	114	16,3	520	76,0
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69)	Kvinnor	62	57,4	100	95,3
	Män	29	43,2	59	88,1

Andel med sjukersättning samt andel dödsfall bland de som hade ett nytt sjukskrivningsfall under 2005

I tabell 5 visas andelen kvinnor och män som 2005 hade minst ett nytt sjukskrivningsfall i en psykisk diagnos respektive i en annan diagnos och som beviljats sjukersättning respektive som avlidit under uppföljningstiden. En relativ hög andel av både kvinnorna och männen (9,2 respektive 10,9 %) som var sjukskrivna i en psykisk diagnos under 2005 fick sjukersättning under de följande åren. Andelen män med sådan sjukskrivning som avled under åren 2005–2008 var tre gånger större (1,81%) än andelen kvinnor (0,58%). Bland sjukskrivna i en somatisk diagnos var det en lägre andel kvinnor än män som fick sjukersättning respektive avled under de följande åren (tabell 5). Samma könsskillnader gällde även för de som inte var sjukskrivna.

Tabell 5. Antal och andel individer med minst ett nytt sjukskrivningsfall under 2005 och andelen med nybeviljad sjukersättning (SA), 2005–2008 samt andelen som avled (2005–2008).

Variabel	Kön	Antal	SA %	Död %
Inga sjukpenningdagar	Kvinnor	2 093 204	1,02	0,29
	Män	2 425 739	0,93	0,59
Sjukskriven, ej psykiska diagnoser	Kvinnor	199 406	5,90	1,10
	Män	142 124	6,25	2,22
Sjukskriven i psykiska diagnoser	Kvinnor	52 198	9,24	0,58
	Män	25 088	10,86	1,81

Risk för sjukersättning

I tabell 6 och 7 redovisas antal och andel kvinnor och män i kohorten som fick sjukersättning under uppföljningstiden respektive deras HR för att få detta, relaterat till sjukskrivning i olika psykiska diagnoser. Följande sjukskrivningsdiagnoser var förknippat med högst andel med framtida sjukersättning bland kvinnor och män: *organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar* (41,4 respektive 58,3%), *personlighetsstörningar* (36,2 respektive 34,3%) och *schizofreni* (34,0 respektive 35,0%). Dessa diagnoser var också associerade med den största risken för att få sjukersättning, följt av sjukskrivning i *neurotiska och somatoforma störningar, förstämningssyndrom, psykiska sjukdomar relaterad till psykoaktiva substanser, beteendestörningar* samt *stressrelaterade syndrom*.

Risken för framtida sjukersättning vid sjukskrivning i en psykisk diagnos var generellt mycket hög men lägre bland kvinnor (HR 9,9) än bland män (HR 14,0).

Eftersom ålder, kön, utbildningsnivå, familjekategori, boenderegion, födelseregion och sjukhusvård (vårdtid respektive öppenvårdskontakter) kan ha en effekt på sambandet mellan sjukskrivning och förtida död, har det i analyserna kontrollerats för, det vill säga statistiskt justerats för dessa faktorer. I en första sådan justeringsmodell togs statistisk hänsyn till skillnader i ålder. Justering i nästa modell för skillnader i sociodemografiska faktorer förändrade endast riskestimaten i liten grad. Justering för tidigare vårdtid på grund av somatiska sjukdomar hade dock en större effekt på riskestimaten. Vårdtid på grund av psykiska sjukdomar minskade riskestimaten kraftigt, dock till en lägre grad bland kvinnor än bland män. Dessa statistiska justeringar resulterade i att kvinnor slutligen hade ett något högre riskestimat för sjukersättning vid sjukskrivning på grund av en psykisk diagnos (HR 6,7) än män (HR 5,9).

Effekten av justering för vårdtid på grund av somatiska och psykiska sjukdomar på riskestimaten för sjukersättning var starkast för personer som varit sjukskrivna i *organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar*, i *schizofreni*, eller i *personlighetsstörningar*, och minst bland sjukskrivna i *stressrelaterade syndrom* och *beteendestörningar*. Efter statistisk kontroll för alla bakgrundsfaktorer var HR för sjukersättning fortfarande förhöjd fem till tolv gånger för de flesta psykiska sjukskrivningsdiagnoser. Den framtida risken för sjukersättning var högst för sjukskrivning i *organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar*.

Det fanns inga tydliga könsskillnader i risken för sjukersättning relaterat till sjukskrivning i olika psykiska diagnoser, förutom sjukskrivning på grund av *organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar* (HR 28,2 respektive 32,4) och *personlighetsstörningar* (12,7 respektive 7,8) för kvinnor och män.

Tabell 6. Risk (HR) för sjukersättning (SA) 2005–2008 efter sjukskrivning 2005, bland kvinnor (N = 2 344 808).

Sjukskrivning 2005	SA		Modell 0	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	N	%	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)
Inga sjukpenningdagar	23 910	1,02	1	1	1	1	1
Somatiska diagnoser	11 992	5,90	5,98 (5,84–6,11)	6,07 (5,94–6,21)	6,52 (6,37–6,67)	4,68 (4,57–4,79)	4,88 (4,77–5,00)
Psykiska diagnoser totalt	4 813	9,24	9,33 (9,05–9,63)	9,99 (9,69–10,31)	11,20 (10,85–11,56)	9,21 (8,92–9,51)	6,71 (6,49–6,94)
Organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar (F00-09, F70-89)	46	41,44	58,44 (43,77–78,04)	50,24 (37,62–67,09)	54,59 (40,88–72,90)	37,21 (27,86–49,70)	28,19 (21,1–37,7)
Störningar pga. psykoaktiva substanser (F10-F19)	54	10,11	10,26 (7,86–13,41)	10,05 (7,69–13,12)	9,28 (7,10–12,13)	6,26 (4,79–8,18)	2,20 (1,68–2,88)
Schizofreni (F20-F29)	111	34,05	40,81 (33,86–49,17)	47,00 (39,01–56,65)	41,07 (34,08–49,50)	29,44 (24,42–35,49)	8,00 (6,61–9,67)
Förstämmningssyndrom (F30-F39)	2 073	11,93	12,24 (11,70–12,80)	13,31 (12,72–13,92)	14,38 (13,74–15,05)	11,61 (11,09–12,15)	7,40 (7,06–7,76)
Neurotiska/somatoforma syndrom (F40-F42, F44-F49)	681	12,58	12,94 (11,99–13,96)	15,66 (14,51–16,90)	17,14 (15,88–18,51)	13,39 (12,40–14,46)	8,62 (7,97–9,31)
Stressrelaterade syndrom (F43)	1 656	6,26	6,21 (5,91–6,53)	6,43 (6,12–6,76)	7,45 (7,09–7,84)	6,35 (6,03–6,67)	5,74 (5,46–6,04)
Beteendestörningar (F50-F59, F90-99)	154	8,86	8,91 (7,60–10,44)	9,60 (8,19–11,25)	11,00 (9,38–12,89)	9,06 (7,73–10,62)	6,48 (5,52–7,59)
Personlighetsstörningar (F60-F69)	38	36,19	45,16 (32,85–62,08)	54,08 (39,34–74,34)	57,88 (42,10–79,59)	35,70 (25,96–49,09)	12,74 (9,2–17,5)

Modell 0: HR (KI 95%).

Modell 1: HR (KI 95%) justerat för ålder.

Modell 2: samma som modell 1 samt för utbildningsnivå, familjekategori, H-region och födelseregion.

Modell 3: samma som modell 2 samt för vårdtid ej psykiska diagnoser och öppenvårdsbesök ej psykiska diagnoser.

Modell 4: samma som modell 3 samt för vårdtid psykiska diagnoser och öppenvårdsbesök psykiska diagnoser.

Tabell 7. Risk (HR) för sjukersättning (SA) 2005–2008 efter sjukskrivning under 2005, bland män (N = 2 592 951).

Sjukskrivning 2005	SA		Modell 0	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	N	%	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)
Inga sjukpenningdagar	24 067	0,93	1	1	1	1	1
Somatiska diagnoser	8 968	6,25	7,25 (7,08–7,43)	6,88 (6,71–7,05)	6,96 (6,79–7,14)	4,43 (4,32–4,55)	4,62 (4,50–4,74)
Psykiska diagnoser totalt	2 719	10,86	12,67 (12,17–13,18)	14,01 (13,46–14,59)	14,97 (14,38–15,59)	11,32 (10,87–11,79)	5,94 (5,68–6,20)
Organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar (F00-09, F70-89)	74	58,27	111,19 (88,50–139,70)	106,30 (84,60–133,56)	93,26 (74,21–117,21)	68,23 (54,29–85,75)	32,44 (25,8–40,8)
Störningar pga. psykoaktiva substanser (F10-F19)	146	9,86	11,63 (9,89–13,69)	11,57 (9,84–13,62)	9,88 (8,40–11,63)	5,77 (4,90–6,79)	1,71 (1,45–2,02)
Schizofreni (F20-F29)	130	35,04	47,77 (40,21–56,76)	60,87 (51,23–72,33)	57,00 (47,95–67,74)	37,46 (31,51–44,53)	9,35 (7,85–11,15)
Förstämmningssyndrom (F30-F39)	1 274	13,56	16,04 (15,16–16,97)	17,63 (16,66–18,65)	18,48 (17,46–19,56)	13,95 (13,17–14,77)	6,90 (6,51–7,33)
Neurotiska/somatoforma syndrom (F40-F42, F44-F49)	412	14,18	16,79 (15,23–18,51)	20,13 (18,26–22,19)	21,66 (19,65–23,89)	15,33 (13,90–16,91)	7,27 (6,58–8,03)
Stressrelaterade syndrom (F43)	594	5,95	6,73 (6,21–7,30)	7,42 (6,84–8,06)	8,49 (7,82–9,21)	7,06 (6,51–7,66)	5,49 (5,06–5,96)
Beteendestörningar (F50-F59, F90-99)	66	9,46	11,05 (8,68–14,07)	11,74 (9,22–14,95)	12,65 (9,94–16,11)	9,57 (7,52–12,19)	6,48 (5,08–8,25)
Personlighetsstörningar (F60-F69)	23	34,33	45,88 (30,49–69,06)	58,02 (38,55–87,34)	39,39 (26,16–59,29)	25,03 (16,62–37,68)	7,85 (5,20–11,83)

Modell 0: Ojusterade data.

Modell 1: HR (KI 95%) Justerat för ålder.

Modell 2: samma som modell 1 samt för utbildningsnivå, familjekategori, H-region och födelseregion.

Modell 3: samma som modell 2 samt för vårdtid ej psykiska diagnoser och öppenvårdsbesök ej psykiska diagnoser.

Modell 4: samma som modell 3 samt för vårdtid psykiska diagnoser och öppenvårdsbesök psykiska diagnoser.

Risk för förtida död (generellt)

Antal och andel kvinnor och män som avled under uppföljningstiden samt deras HR för död under denna tid relaterad till diagnosspecifik sjukskrivning presenteras i tabell 8 och 9. Resultaten presenteras separat för de åtta olika undergrupperna av psykiska sjukskrivningsdiagnoser. De vanligast förekommande sjukskrivningsdiagnoserna för både kvinnor och män, räknat i antal personer med nytt sjukskrivningsfall, var *stressrelaterade syndrom* och *förstämmningssyndrom* (framför allt depression).

Andelen kvinnor och män som hade ett nytt sjukskrivningsfall i en psykisk diagnos under 2005 och som därefter avled under perioden 2005 till 2008 var 0,58 respektive 1,81 procent. För mer specifika psykiska sjukskrivningsdiagnoser var motsvarande andelar 0,5 respektive 1,1 procent vid sjukskrivning i *stressrelaterat syndrom*, 3,7 respektive 6,9 procent i *psykiska störningar relaterad till psykoaktiva substanser* (störningar relaterad till alkohol- och drogmissbruk) och 4,3 respektive 6,1 procent i *organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar*. De kvinnor och män som varit sjukskrivna i den sistnämnda diagnosgruppen hade en mycket hög risk för förtida död (HR 18,2 respektive HR 12,7) därefter följt av sjukskrivning i *störningar relaterad till psykoaktiva substanser* (HR 15,6 respektive HR 14,2).

Även här gjordes analyser där det kontrollerades för skillnader i ålder, kön, utbildningsnivå, familjekategori, boenderegion, födelseregion och sjukhusvård (vårdtid respektive öppenvårdskontakter). När detta genomfördes minskade riskestimaten något, men sambanden kvarstod. Både kvinnor och män sjukskrivna i en psykisk diagnos hade en justerad HR på 1,7 att dö under uppföljningstiden – det betyder att de hade en 70 procents högre risk att avlida under de kommande åren jämfört med de som inte hade några sjukpenningdagar under 2005. Följande sjukskrivningsdiagnoser var starkast kopplat till risk för förtida död: *organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar* (både kvinnor och män), *schizofreni*, *schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom* (framför allt bland män) och *psykiska störningar relaterad till psykoaktiva substanser* (framför allt bland kvinnor). Riskestimaten för förtida död som var associerad med sjukskrivning i de vanligaste psykiska sjukskrivningsdiagnoserna, det vill säga *förstämmningssyndrom* och *stressrelaterat syndrom*, var förhöjd med 50 respektive 70 procent bland kvinnor och män efter kontroll av samtliga ovan nämnda faktorer.

Tabell 8. Risk för förtida död 2005–2008 efter sjukskrivning 2005, bland kvinnor (N = 2 344 808).

Sjukskrivning 2005	N	Förtida död		Modell 0	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
		N	%	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)
Inga sjukpenningdagar	2 344 609	6 088	0,26	1	1	1	1	1
Somatiska diagnoser	203 610	2 194	1,08	4,52 (4,31-4,75)	3,91 (3,72-4,11)	3,85 (3,66-4,05)	2,53 (2,4-2,67)	2,57 (2,44-2,7)
Psykiska diagnoser totalt	52 198	302	0,58	2,41 (2,15-2,71)	2,37 (2,11-2,66)	2,37 (2,11-2,66)	2,03 (1,81-2,29)	1,65 (1,46-1,86)
Organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar (F00-09, F70-89)	116	<8	4,31	18,22 (7,58-43,78)	11,38 (4,74-27,35)	10,73 (4,46-25,77)	6,89 (2,87-16,55)	6,05 (2,52-14,53)
Störningar pga. psykoaktiva substanser (F10-F19)	535	20	3,74	15,63 (10,08-24,25)	13,51 (8,71-20,95)	11,21 (7,22-17,39)	7,37 (4,75-11,44)	3,02 (1,93-4,72)
Schizofreni (F20-F29)	329	<8	1,22	5,03 (1,89-13,41)	5,56 (2,09-14,82)	4,75 (1,78-12,67)	3,76 (1,41-10,03)	1,41 (0,53-3,77)
Förstämningssyndrom (F30-F39)	17 430	106	0,61	2,54 (2,09-3,07)	2,57 (2,12-3,11)	2,50 (2,07-3,04)	2,07 (1,71-2,51)	1,54 (1,27-1,87)
Neurotiska/somatoforma syndrom (F40-F42, F44-F49)	5429	31	0,57	2,38 (1,67-3,39)	3,16 (2,22-4,5)	3,00 (2,11-4,28)	2,47 (1,73-3,51)	1,82 (1,28-2,6)
Stressrelaterade syndrom (F43)	26 509	123	0,46	1,93 (1,62-2,31)	1,76 (1,47-2,11)	1,82 (1,53-2,18)	1,63 (1,37-1,95)	1,53 (1,28-1,83)
Beteendestörningar (F50-F59, F90-99)	1742	10	0,57	2,38 (1,28-4,43)	2,52 (1,35-4,68)	2,5 (1,34-4,65)	2,27 (1,22-4,23)	1,87 (1,01-3,48)
Personlighetsstörningar (F60-F69)	108	<8	2,78	11,6 (3,74-35,97)	20,59 (6,64-63,88)	15,66 (5,05-48,59)	9,29 (2,99-28,83)	4,44 (1,43-13,83)

Modell 0: Ojusterade HR .

Modell 1: Justerat för ålder.

Modell 2: samma som modell 1 samt för utbildningsnivå, familjekategori, H-region och födelseregion.

Modell 3: samma som modell 2 samt för vårdtid ej psykiska diagnoser och öppenvårdsbesök ej psykiska diagnoser.

Modell 4: samma som modell 3 samt för vårdtid psykiska diagnoser och öppenvårdsbesök psykiska diagnoser.

Tabell 9. Risk för förtida död 2005–2008 efter ett nytt sjukskrivningsfall 2005, bland män (N = 2 592 951).

Sjukskrivning 2005	Förtida död			Modell 0	HR Modell 1	HR Modell 2	HR Modell 3	HR Modell 4
	N	N	%	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)
Inga sjukpenningdagar	2 592 810	14 196	0,55	1	1	1	1	1
Somatiska diagnoser	143 780	3 161	2,20	4,49 (4,32-4,67)	3,48 (3,35-3,62)	3,28 (3,15-3,41)	2,1 (2,01-2,19)	2,16 (2,07-2,25)
Psykiska diagnoser totalt	25 088	453	1,81	3,67 (3,34-4,03)	3,55 (3,23-3,90)	3,35 (3,05-3,68)	2,71 (2,47-2,98)	1,73 (1,57-1,90)
Organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar (F00-09, F70-89)	131	8	6,11	12,65 (6,33-25,30)	8,85 (4,42-17,69)	7,78 (3,89-15,57)	5,54 (2,77-11,07)	3,55 (1,77-7,11)
Störningar pga. psykoaktiva substanser (F10-F19)	1 484	102	6,87	14,19 (11,68-17,24)	12,04 (9,91-14,64)	8,62 (7,09-10,48)	5,46 (4,49-6,64)	1,97 (1,62-2,41)
Schizofreni (F20-F29)	376	16	4,26	8,78 (5,38-14,33)	11,78 (7,22-19,24)	9,10 (5,57-14,86)	6,44 (3,95-10,52)	2,38 (1,46-3,91)
Förstämmningssyndrom (F30-F39)	9 422	172	1,83	3,70 (3,19-4,31)	3,55 (3,06-4,13)	3,33 (2,86-3,87)	2,67 (2,29-3,10)	1,69 (1,45-1,97)
Neurotiska/somatoforma syndrom (F40-F42, F44-F49)	2 914	38	1,30	2,65 (1,93-3,64)	3,07 (2,23-4,23)	2,77 (2,02-3,81)	2,19 (1,60-3,02)	1,40 (1,02-1,93)
Stressrelaterade syndrom (F43)	9 994	108	1,08	2,19 (1,81-2,65)	2,06 (1,71-2,49)	2,12 (1,76-2,57)	1,90 (1,57-2,29)	1,65 (1,37-2,00)
Beteendestörningar (F50-F59, F90-99)	700	9	1,29	2,61 (1,36-5,02)	2,48 (1,29-4,76)	2,32 (1,21-4,46)	1,92 (1,00-3,69)	1,49 (0,77-2,86)
Personlighetsstörningar (F60-F69)	67	<8	0,00	-	-	-	-	-

Modell 0: Ojusterade HR (KI 95%).

Modell 1: HR (KI 95%) justerat för ålder.

Modell 2: samma som modell 1 samt för utbildningsnivå, familjekategori, H-region och födelseregion.

Modell 3: samma som modell 2 samt för vårdtid ej psykiska diagnoser och öppenvårdsbesök ej psykiska diagnoser.

Modell 4: samma som modell 3 samt för vårdtid psykiska diagnoser och öppenvårdsbesök psykiska diagnoser.

Risk för suicid i relation till sjukskrivning i psykisk diagnos

I tabell 10 och 11 redovisas antal suicid och den beräknade risken (HR) för suicid för de som 2005 hade ett nytt sjukskrivningsfall i någon psykisk diagnos för kvinnor och män. Sjukskrivning i alla psykiska diagnoser var associerade med en starkt förhöjd suicidrisk och den var även förhöjd för kvinnor och män (HR 5,3 respektive 5,5) sjukskrivna i *stressrelaterade syndrom*. I vissa sjukskrivningsdiagnoser inträffade få fall av suicid under uppföljningen, vilket kan ha betydelse för den säkerhet med vilken resultat kan tolkas.

Vid statistisk justering för sociodemografiska bakgrundsfaktorer, minskade riskestimaten för suicid något (modell 2, tabell 10 och 11), men huvudresultaten kvarstod. Vid justering för sjukhusvårdkontakter minskade riskestimaten (HR), dock i större utsträckning för vissa sjukskrivningsdiagnoser. Till exempel var effekten på riskestimaten relativt liten vid sjukskrivning i *stressrelaterade syndrom*.

Det framgår också av tabell 10 och 11 att kontroll för vårdkontakter har mindre effekt på kvinnors riskeestimat för suicid än för männens vid några sjukskrivningsdiagnoser. Få könsskillnader förekommer bland annat när det gäller personer som var sjukskrivna i *förstämmningssyndrom*, *schizofreni* eller *beteendestörningar* där kvinnor tycktes ha något lägre risk för suicid än män.

Tabell 10. Risk för död i suicid 2005–2008 efter ett nytt sjukskrivningsfall 2005, bland kvinnor (N = 2 344 808).

Sjukskrivning 2005	Suicid		Modell 0	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	N	%	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)
Inga sjukpenningdagar	402	0,02	1	1	1	1	1
Somatiska diagnoser	53	0,03	1,54 (1,15–2,05)	1,63 (1,22–2,17)	1,67 (1,25–2,23)	1,17 (0,87–1,57)	1,34 (0,99–1,80)
Psykiska diagnoser totalt	72	0,14	8,05 (6,26–10,36)	8,41 (6,52–10,85)	8,15 (6,30–10,54)	6,83 (5,27–8,85)	3,15 (2,39–4,16)
Organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar (F00-09, F70-89)	<8	0,86	51,09 (7,2–363,6)	54,33 (7,6–387)	50,01 (7,0–356,4)	38,04 (5,3–271,3)	25,59 (3,56–182,8)
Störningar pga. psykoaktiva substanser (F10-F19)	<8	0,56	33,00 (10,6–102,8)	33,66 (10,8–104,9)	24,61 (7,9–76,9)	16,81 (5,4–52,6)	2,16 (0,68–6,82)
Schizofreni (F20-F29)	<8	0,61	35,36 (8,8–141,9)	36,96 (9,2–148,4)	29,18 (7,3–117,34)	22,62 (5,6–91,1)	1,86 (0,46–7,59)
Förstämmningssyndrom (F30-F39)	28	0,16	9,39 (6,4–13,8)	9,77 (6,6–14,4)	9,24 (6,3–13,6)	7,54 (5,1–11,1)	2,87 (1,92–4,31)
Neurotiska/somatoforma syndrom (F40-F42, F44-F49)	9	0,17	9,69 (5,0–18,8)	10,00 (5,2–19,4)	9,51 (4,9–18,5)	7,75 (3,9–15,1)	3,05 (1,56–5,97)
Stressrelaterade syndrom (F43)	24	0,09	5,28 (3,5–7,9)	5,52 (3,64–8,4)	5,54 (3,6–8,4)	4,84 (3,2–7,3)	3,63 (2,39–5,53)
Beteendestörningar (F50-F59, F90-99)	<8	0,11	6,69 (1,7–26,8)	6,89 (1,7–27,6)	6,70 (1,7–26,9)	5,56 (1,4–22,3)	2,03 (0,50–8,19)
Personlighetsstörningar (F60-F69)	<8	2,78	162,94 (52,3–507,4)	157,59 (50,6–491,2)	131,63 (42,1–411,4)	78,20 (24,9–245,2)	14,25 (4,47–45,44)

Modell 0: HR (KI 95%).

Modell 1: HR (KI 95%) justerat för ålder.

Modell 2: samma som modell 1 samt för utbildningsnivå, familjekategori, H-region, födelse-region.

Modell 3: samma som modell 2 samt för vårdtid ej psykiska diagnoser, öppenvårdsbesök ej psykiska diagnoser.

Modell 4: samma som modell 3 samt för vårdtid psykiska diagnoser, Suicidförsök 1999–2004, öppenvårdsbesök psykiska diagnoser, och öppenvårdsbesök suicidförsök.

Tabell 11. Risk för död i suicid 2005–2008 efter ett nytt sjukskrivningsfall 2005 bland män (N = 2 592 951).

Sjukskrivning 2005	Suicid		Modell 0	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	N	%	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)
Inga sjukpenningdagar	1 398	0,06	1	1	1	1	1
Somatiska diagnoser	152	0,11	2,16 (1,83–2,56)	2,12 (1,79–2,51)	1,95 (1,64–2,31)	1,46 (1,22–1,74)	1,57 (1,32–1,87)
Psykiska diagnoser totalt	122	0,49	9,88 (8,21–11,90)	9,89 (8,21–11,92)	9,06 (7,52–10,92)	7,69 (6,37–9,29)	3,49 (2,85–4,28)
Organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar (F00-09, F70-89)	0	0,00	–	–	–	–	–
Störningar pga. psykoaktiva substanser (F10-F19)	14	0,94	19,48 (11,5–32,98)	18,91 (11,2–32,0)	12,57 (7,4–21,3)	9,39 (5,5–15,9)	2,06 (1,2–3,5)
Schizofreni (F20-F29)	<8	1,60	32,89 (14,7–73,3)	33,69 (15,1–75,1)	25,68 (11,5–57,3)	19,92 (8,9–44,5)	3,25 (1,4–7,3)
Förstämmningssyndrom (F30-F39)	56	0,59	12,07 (9,2–15,8)	12,04 (9,2–15,8)	10,95 (8,4–14,3)	9,18 (7,0–12,0)	4,06 (3,1–5,4)
Neurotiska/somatoforma syndrom (F40-F42, F44-F49)	15	0,51	10,46 (6,3–17,4)	10,67 (6,4–17,8)	9,21 (5,5–15,3)	7,73 (4,6–12,9)	3,53 (2,1–5,9)
Stressrelaterade syndrom (F43)	27	0,27	5,48 (3,7–8,0)	5,48 (3,7–8,0)	5,56 (3,8–8,1)	5,00 (3,4–7,3)	3,67 (2,5–5,4)
Beteendestörningar (F50-F59, F90-99)	<8	0,57	11,61 (4,4–30,9)	11,58 (4,3–30,9)	10,40 (3,9–27,8)	9,12 (3,4–24,3)	5,20 (1,9–13,9)
Personlighetsstörningar (F60-F69)	0	0,00	–	–	–	–	–

Modell 0: HR (KI 95%).

Modell 1: HR (KI 95%) justerat för ålder.

Modell 2: samma som modell 1 samt för utbildningsnivå, familjekategori, H-region, födelse-region.

Modell 3: samma som modell 2 samt för vårdtid ej psykiska diagnoser, öppenvårdsbesök ej psykiska diagnoser.

Modell 4: samma som modell 3 samt för vårdtid psykiska diagnoser, Suicidförsök 1999–2004, öppenvårdsbesök psykiska diagnoser, och öppenvårdsbesök suicidförsök.

Risk för död på grund av tumörer och cirkulationsorganens sjukdomar

I tabell 12 visas risken för förtida död på grund av tumörsjukdomar bland kvinnor och män som var sjukskrivna i olika psykiska diagnoser. Kvinnor och män sjukskrivna i en psykisk diagnos hade en 55-procentig respektive 34-procentig överrisk för död i tumörsjukdomar under uppföljningstiden. Risken för dödsfall på grund av tumörer var högre framför allt vid sjukskrivning i *förstämningsyndrom* bland kvinnor, och sjukskrivning i *substansrelaterade psykiska störningar* bland män samt i *neurotiska, stressrelaterade* eller *somatoforma syndrom* för båda könen (tabell 12).

I tabell 13 visas HR för död på grund av cirkulationsorganens sjukdomar för kvinnor och män sjukskrivna i olika psykiska diagnoser. Kvinnor sjukskrivna i psykiska diagnoser hade ingen förhöjd sådan risk. Män sjukskrivna i psykiska diagnoser hade 58 procent förhöjd risk för att dö i dessa sjukdomar under uppföljningstiden. Risken var högst vid sjukskrivning i diagnoser relaterade till psykoaktiva substanser bland män.

Tabell 12. Risk för död med tumördiagnos 2005–2008 efter sjukskrivning som startade 2005, bland kvinnor och män.

Sjukskrivning 2005	Antal döda		Modell 0	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
	N	%	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)	HR (KI 95%)
<i>Kvinnor</i>								
Inga sjukpenningdagar	3 208	0,15	1	1	1	1	1	1
Somatiska diagnoser	1 702	0,85	6,81 (6,42–7,23)	5,69 (5,36–6,04)	5,62 (5,29–5,97)	4,62 (4,34–4,92)	4,62 (4,34–4,92)	3,14 (2,94–3,34)
Psykiska diagnoser totalt	114	0,22	1,77 (1,47–2,13)	1,71 (1,42–2,06)	1,72 (1,42–2,07)	1,58 (1,31–1,91)	1,55 (1,28–1,87)	1,55 (1,28–1,88)
Störningar pga. psykoaktiva substanser	<8	0,19	1,52 (0,21–10,78)	1,26 (0,18–8,98)	1,14 (0,16–8,08)	0,91 (0,13–6,49)	0,78 (0,11–5,59)	0,78 (0,11–5,60)
Förstämningssyndrom	36	0,21	1,68 (1,21–2,33)	1,68 (1,21–2,33)	1,66 (1,20–2,31)	1,49 (1,08–2,08)	1,45 (1,04–2,02)	1,41 (1,01–1,96)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	72	0,23	1,83 (1,45–2,31)	1,73 (1,37–2,18)	1,75 (1,39–2,22)	1,64 (1,30–2,07)	1,63 (1,29–2,06)	1,66 (1,31–2,09)
Övriga psykiska diagnoser	<8	0,22	1,76 (0,73–4,22)	1,84 (0,77–4,43)	1,80 (0,75–4,33)	1,64 (0,68–3,94)	1,55 (0,64–3,74)	1,55 (0,65–3,74)
<i>Män</i>								
Inga sjukpenningdagar	3 976	0,16	1	1	1	1	1	1
Somatiska diagnoser	1 778	1,25	9,29 (8,78–9,83)	6,54 (6,18–6,92)	6,41 (6,05–6,79)	5,04 (4,74–5,36)	5,03 (4,74–5,35)	3,13 (2,94–3,33)
Psykiska diagnoser totalt	59	0,24	1,76 (1,36–2,27)	1,67 (1,29–2,16)	1,65 (1,27–2,13)	1,45 (1,12–1,87)	1,37 (1,06–1,78)	1,34 (1,04–1,74)
Störningar pga. psykoaktiva substanser	9	0,61	4,60 (2,39–8,86)	3,69 (1,92–7,10)	3,30 (1,72–6,36)	2,52 (1,31–4,86)	2,14 (1,10–4,17)	2,40 (1,24–4,67)
Förstämningssyndrom	15	0,16	1,19 (0,72–1,97)	1,12 (0,67–1,86)	1,10 (0,66–1,82)	0,95 (0,57–1,58)	0,90 (0,54–1,50)	0,83 (0,50–1,38)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	30	0,23	1,73 (1,21–2,48)	1,69 (1,18–2,42)	1,69 (1,18–2,43)	1,55 (1,08–2,22)	1,51 (1,06–2,17)	1,49 (1,04–2,14)
Övriga psykiska diagnoser	<8	0,39	2,96 (1,23–7,10)	3,00 (1,25–7,20)	2,86 (1,19–6,87)	2,44 (1,01–5,86)	2,30 (0,95–5,53)	2,71 (1,13–6,55)

Modell 0: HR (KI 95%).

Modell 1: HR (KI 95%) justerat för ålder.

Modell 2: samma som modell 1 samt för utbildningsnivå, familjekategori, H-region och födelseregion.

Modell 3: samma som modell 2 samt för slutenvårdstid ”ej psykiska diagnoser och ej tumördiagnos” och öppenvårdsbesök ”ej psykiska diagnoser och ej tumördiagnos”.

Modell 4: samma som modell 3 samt för slutenvårdstid psykiska diagnoser och öppenvårdsbesök psykiska diagnoser.

Modell 5: samma som modell 4 samt för slutenvårdstid tumördiagnos och öppenvårdsbesök tumördiagnos.

Tabell 13. Risk för död i cirkulationsorganens diagnoser 2005–2008 relaterat till sjukskrivning 2005, bland kvinnor och män.

Sjukskrivning 2005	Antal döda		Modell 0	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
	N	%	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)	HR (95% KI)
<i>Kvinnor</i>								
Inga sjukpenningdagar	1 080	0,05	1	1	1	1	1	1
Somatiska diagnoser	175	0,09	2,00 (1,70–2,35)	1,67 (1,42–1,96)	1,62 (1,37–1,90)	1,41 (1,20–1,67)	1,43 (1,21–1,68)	1,28 (1,09–1,51)
Psykiska diagnoser totalt	31	0,06	1,37 (0,96–1,96)	1,33 (0,93–1,90)	1,35 (0,95–1,94)	1,30 (0,91–1,85)	1,06 (0,74–1,53)	1,07 (0,74–1,54)
Störningar pga. psykoaktiva substanser	<8	0,56	12,98 (4,18–40,31)	11,05 (3,56–34,33)	8,79 (2,83–27,35)	7,69 (2,47–23,94)	3,04 (0,96–9,67)	2,92 (0,92–9,30)
Förstämningssyndrom	12	0,07	1,59 (0,90–2,80)	1,60 (0,91–2,83)	1,56 (0,88–2,76)	1,48 (0,84–2,62)	1,12 (0,63–1,99)	1,13 (0,63–2,02)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	15	0,05	1,08 (0,65–1,80)	1,03 (0,62–1,72)	1,08 (0,65–1,80)	1,04 (0,63–1,74)	0,95 (0,57–1,58)	0,95 (0,57–1,58)
Övriga psykiska diagnoser	<8	0,04	1,00 (0,14–7,11)	1,05 (0,15–7,46)	1,01 (0,14–7,16)	0,97 (0,14–6,87)	0,70 (0,10–4,96)	0,73 (0,10–5,22)
<i>Män</i>								
Inga sjukpenningdagar	4 129	0,17	1	1	1	1	1	1
Somatiska diagnoser	566	0,40	2,74 (2,51–2,99)	1,94 (1,78–2,12)	1,81 (1,66–1,98)	1,49 (1,36–1,63)	1,50 (1,37–1,65)	1,28 (1,17–1,40)
Psykiska diagnoser totalt	96	0,38	2,64 (2,16–3,24)	2,48 (2,02–3,04)	2,34 (1,91–2,87)	2,13 (1,74–2,61)	1,57 (1,28–1,94)	1,58 (1,29–1,95)
Störningar pga. psykoaktiva substanser	20	1,35	9,46 (6,10–14,68)	7,51 (4,84–11,65)	5,24 (3,38–8,14)	4,19 (2,69–6,51)	2,02 (1,28–3,17)	2,00 (1,27–3,15)
Förstämningssyndrom	37	0,39	2,71 (1,96–3,75)	2,52 (1,82–3,48)	2,35 (1,70–3,25)	2,14 (1,54–2,95)	1,57 (1,13–2,18)	1,57 (1,13–2,18)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	35	0,27	1,87 (1,34–2,61)	1,79 (1,28–2,50)	1,81 (1,29–2,52)	1,69 (1,21–2,36)	1,47 (1,05–2,05)	1,49 (1,07–2,09)
Övriga psykiska diagnoser	<8	0,31	2,18 (0,82–5,81)	2,19 (0,82–5,83)	1,90 (0,71–5,08)	1,71 (0,64–4,55)	1,19 (0,45–3,19)	1,19 (0,45–3,19)

Modell 0: HR (KI 95%).

Modell 1: HR (KI 95%) justerat för ålder.

Modell 2: samma som modell 1 samt för utbildningsnivå, familjekategori, H-region och födelseregion.

Modell 3: samma som modell 2 samt för slutenvårdtid ”ej psykiska diagnoser och ej cirkulationsorganens diagnoser” och öppenvårdsbesök ”ej psykiska diagnoser och ej cirkulationsorganens diagnoser”.

Modell 4: samma som modell 3 samt för slutenvårdtid psykiska diagnoser och öppenvårdsbesök psykiska diagnoser.

Modell 5: samma som modell 4 samt för slutenvårdtid cirkulationsorganens diagnoser och öppenvårdsbesök cirkulationsorganens diagnoser.

Diskussion

Här har vi undersökt samband mellan sjukskrivning i specifika psykiska diagnoser och sjukersättning respektive orsaksspecifik död bland kvinnor och män. I vissa av analyserna togs även statistisk hänsyn till bakgrundsfaktorer såsom sociodemografiska faktorer och sjukhusvård. Analyserna gjordes på en mycket stor population, nämligen alla de 4,9 miljoner kvinnor och män i Sverige som den 31/12 2004 var 16–64 år gamla och inte hade något pågående sjukskrivningsfall, sjukersättning eller var ålderspensionerade. Det innebär att detta var den hittills största studien i världen om sådana samband. Det var även den hittills första studien om specifika psykiska sjukskrivningsdiagnoser och risk för sjukersättning och förtida död.

Trots att hänsyn tagits till tidigare sjukhusvårdkontakter samt sociodemografiska faktorer, var sjukskrivning i psykiska diagnoser starkt kopplat till hög risk för både sjuk- och aktivetersättning och förtida död. Kvinnor som år 2005 hade ett nytt sjukskrivningsfall i en psykisk diagnos hade en 6,7 respektive 1,7 gånger högre risk för att få sjukersättning respektive för att avlida under de kommande åren jämfört med kvinnor utan sjukskrivning. Motsvarande riskestimat för män var 5,9 och 1,7. De kvinnor och män med ett nytt sjukskrivningsfall i psykisk diagnos hade även förhöjda risker för suicid samt för död i tumörsjukdomar jämfört med personer utan sjukskrivning. Dessutom hade männen med sådan sjukskrivning en 60 procents högre risk för förtida död på grund av cirkulationsorganens sjukdomar jämfört med män utan sjukskrivning. Alla specifika psykiska sjukskrivningsdiagnoser var förknippade med högre risker för både sjukersättning samt förtida död. Särskilt höga var riskerna för båda dessa utfall vid sjukskrivning i organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar, i personlighetsstörningar (framför allt bland kvinnor) och i diagnosgruppen schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (framför allt bland män) jämfört med kvinnor och män utan sjukskrivning. Både sjukskrivning i förstämningssyndrom och stressrelaterade syndrom, de två vanligaste psykiska sjukskrivningsdiagnoserna, var tydliga riskmarkörer för sjukersättning och död, framför allt i suicid.

Som tidigare undersökningar visat, hade fler kvinnor än män under 2005 ett nytt sjukskrivningsfall med en psykisk diagnos (23). Många av dem som 2005 var sjukskrivna i psykiska diagnoser hade haft vårdkontakter eller vårdtid vid sjukhus före respektive under sjukskrivningstillfället. Även om detta varierade en del mellan sjukskrivningsdiagnoser, så fanns det för många av de sjukskrivna en sjukdomshistoria som resulterade i sjukhusvård, även före sjukskrivningen. Detta var exempelvis fallet för sjukskrivna i *schizofreni*, *schizotypa störningar* och *vanföreställningssyndrom* samt i *störningar på grund av psykoaktiva substanser*. Kvinnors sjukhusvårdkontakter före respektive under sjukskrivning i en psykisk diagnos var oftare relaterade till en somatisk diagnos än mäns, medan mäns tidigare sjukhusvårdkontakter oftare var på grund av psykiska diagnoser.

Både de kvinnor och män som 2005 hade ett nytt sjukskrivningsfall i en psykisk diagnos hade en mycket hög risk för framtida sjukersättning; den var 9,3 för kvinnor och 12,7 för män. I analyserna där statistisk hänsyn endast togs till ålder hade kvinnor ett lägre riskestimat för sjukersättning än män. När hänsyn även togs till skillnaderna i sociodemografiska faktorer och vårdtid samt öppenvårdsbesök på grund av somatiska och psykiska sjukdomar, hade kvinnor ett något högre riskestimat för sjukersättning än män. Hänsynstagandet till skillnaderna i vårdtid på grund av en psykisk sjukdom hade en mindre effekt bland kvinnor än män för de flesta sjukskrivningsdiagnoser. Sambanden mellan de olika faktorerna som beaktades i analyserna är tämligen komplexa och fördjupade analyser av mekanismerna bakom sambanden behövs.

Både kvinnor och män som 2005 var sjukskrivna i psykiska diagnoser hade två till fyra gånger så hög risk för att avlida under åren fram till och med 2008, jämfört med dem utan sjukpenningdagar.

Vid statistisk justering för olika faktorer var fortfarande risken 70 procent högre. Följande sjukskrivningsdiagnoser höjde risken för förtida död väldigt mycket: *organiska och psykiska störningar och psykiska utvecklingsstörningar* (både kvinnor och män), *schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom* (framför allt bland män) och *psykiska störningar relaterad till psykoaktiva substanser* (framför allt bland kvinnor).

De vanligast förekommande psykiska sjukskrivningsdiagnoserna var *förstämmningssyndrom* och *stressrelaterad syndrom*. De som hade sådan sjukskrivning hade en 50 respektive 70 procent förhöjd risk att avlida under den 3–4 år långa uppföljningstiden, jämfört med kvinnor och män utan sjukpenningdagar, efter att både sociodemografiska faktorer och sjukhusvård beaktats. Risken för suicid var tre till fyra gånger förhöjd.

Vid analyser av risk för död i specifika dödsorsaker relaterat till sjukskrivning i psykiska diagnoser, var risken starkast för suicid, men förhöjd även för död i tumörsjukdomar och cirkulationsorganens sjukdomar.

Två tidigare studier har funnit att sjukskrivning i psykiska diagnoser ökar risken för förtida död på grund av tumörsjukdomar och cirkulationsorganens sjukdomar (36, 37). Få könsskillnader förekommer, bland annat var riskestimaten för suicid bland kvinnor sjukskrivna på grund av *förstämmningssyndrom, schizofreni och beteendestörningar* något lägre än riskestimaten bland män. När det gäller dödsfall på grund av tumörer, var riskestimaten högre vid sjukskrivning i *förstämmningssyndrom* bland kvinnor och sjukskrivning i *substansrelaterade psykiska störningar* bland män. Risken för död relaterad till cirkulationsorganens sjukdomar var bara förhöjd bland män. Kvinnor sjukskrivna i psykiska diagnoser hade ingen överrisk för att dö i dessa sjukdomar.

Den information om sjukskrivningsdiagnos som använts är huvuddiagnosen på sjukintyget, det vill säga den diagnos som enligt sjukskrivande läkare i störst utsträckning har bidragit till nedsättningen av arbetsförmågan, i de fall personen hade mer än en sjukdom. Det betyder att det bland personer sjukskrivna i andra diagnoser kan ha förekommit psykiska diagnoser som bidiagnoser. Dessa har dock inte använts som referensgrupp i analyserna om risker, utan i stället de utan sjukpenningdagar under 1995.

Validiteten och reliabiliteten i sjukskrivningsdiagnoser diskuteras ibland och har sällan studerats. Den studie i Sverige som gjorts om detta visar dock på acceptabel validitet (43). När det gäller psykiska diagnoser, som fortfarande är stigmatiserande i större utsträckning än de flesta somatiska diagnoser, är troligen validiteten i diagnoserna större än för vissa andra diagnoser. Det är troligare att en läkare sätter en somatisk diagnos på sjukintyget även om en psykisk sjukdom föreligger än tvärtom, det vill säga skriver en psykisk diagnos om patienten har en somatisk sjukdom. Det centrala i denna studie är dock det som faktiskt står på sjukintyget – och vikten av att psykiska diagnoser kan vara en markör för behov av ytterligare insatser. Att patienters psykiska besvär inte identifieras inom sjukvården alternativt inte behandlas optimalt har framhållits som problematiskt (28, 33, 44). Här har dock minst en psykisk diagnos ställts, samtliga personer har kontakt med hälso- och sjukvården och har där fått en diagnos och minst ett sjukintyg. Att risken för suicid är så hög, bland både kvinnor och män, behöver uppmärksammas.

I detta projekt har samtliga personer som hade sjukersättning eller ett pågående sjukskrivningsfall när 2005 började exkluderats. Det innebär att de med så allvarliga psykiska problem att de redan fått sjukersättning eller hade en tidigare, kanske långvarig sjukskrivning i psykiska diagnoser, inte finns med i riskberäkningarna. Detta i sin tur innebär troligen en underestimering av riskerna.

Som förväntat innebar justeringarna av data att riskestimaten sjönk. Förtida död är starkt associerat med ålder och socioekonomiska förhållanden. I fortsatta analyser finns det anledning att studera könsskillnader i olika åldersstrata och relaterat till utbildning et cetera. Sjukhusvård har här använts som en proxy för tidigare sjuklighet. Även efter justering för detta fanns det kraftiga överrisker för

sjukersättning och förtida död. Det finns upprepade studier som visar på genusbias i hälso- och sjukvården (32, 33, 45–47) och rimligen handlar detta även om kvinnors och mäns sjukhusvård. Studier behövs, ur ett genusperspektiv, av hur variabeln sjukhusvård skall användas på ett optimalt sätt.

Som väntat avled en större andel av männen under uppföljningstiden, vare sig de var sjukskrivna eller inte 2005, eftersom män har en något lägre medellivslängd än kvinnor (2). Däremot fanns det inga stora könsskillnader i risken att avlida givet sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. Det var också förväntat att fler män avled i suicid – de flesta som avlider i suicid är män (2). Med hänsyn taget till detta är det extra allvarligt att både kvinnor och män med sjukfrånvaro i psykiska diagnoser hade en tredubblad risk för att avlida i suicid under de kommande åren.

Slutsatser

Sjukskrivning i psykiska diagnoser, generellt och i specifika psykiska diagnoser, var starkt kopplat till en förhöjd risk för sjukersättning och för förtida död, generellt, men framför allt till suicid och till död på grund av tumörsjukdomar, för både kvinnor och män. Risken för död på grund av cirkulationsorganens sjukdomar var bara förhöjd bland män som var sjukskrivna i en psykisk diagnos.

Baserat på analyserna i denna studie kan information om sjukskrivning i psykiska diagnoser anses vara en tydlig markör för risk för framtida sjukersättning respektive för förtida död. Information om sjukskrivning på grund av psykiska diagnoser kan därför användas för att identifiera personer som riskerar sjukersättning och förtida död. Interventioner kan då sättas in i tid (23, 48).

Referenser

1. WHO. The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope The World Health Organisation, Geneva 2001.
2. Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen; 2009.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006 Nov;3(11):e442.
4. Moradi T, Allebeck P, Jacobsson A, Mathers C. Sjukdomsördan i Sverige mätt med DALY. Neuropsykiatriska sjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar dominerar Läkartidningen. 2006 Jan 18-24;103(3):137-41.
5. Vad kostar olika sjukdomar?: Riksförsäkringsverket Redovisar 2002:2. 2002.
6. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. Acta Psychiatr Scand. 2003 Sep;108(3):163-74.
7. Pigott TA. Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. J Clin Psychiatry. 1999;60 Suppl 18:4-15.
8. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, Demyttenaere K, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Arch Gen Psychiatry. 2009 Jul;66(7):785-95.
9. Kosidou K, Magnusson C, Mittendorfer-Rutz E, Hallqvist J, Hellner Gumpert C, Idrizbegovic S, Dal H, et al. Recent time trends in levels of self-reported anxiety, mental health service use and suicidal behaviour in Stockholm. Acta Psychiatr Scand. 2010 Jul;122(1):47-55.
10. Folkhälsorapport: Stockholms läns landsting. 2007.
11. Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. Stockholm: Kungliga vetenskapsakademien. 2010.
12. Waddell G, Burton K. Is working good for your health and well-being? Cardiff & Huddersfield: Cardiff University & University of Huddersfield. 2006.
13. Järvisalo J, Anderson B, Boedeker W, Houtman I. Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability. Helsinki: Kela; 2005.

14. Black DC. Dame carol black's review of the health of britain's working age population. Working for a healthier tomorrow. 2008.
15. Försäkringskassan. Långtidssjukskrivna. 2010.
16. Försäkringskassan. Socialförsäkring i siffror. 2010.
17. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>. [2011-01-21].
18. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. 2007.
19. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar/Försörjningsförmåga: Socialdepartementet; 2009.
20. Alexanderson K. Sjukdom och sjukskrivning: Försäkringsmedicinska aspekter med fokus på psykiatri. Socialmedicinsk tidskrift. 2000;6:494-9.
21. Hensing G, Alexanderson K. Sjukskrivning och arbetslivsinriktad rehabilitering. In: Herlofson J, et al., editors. Psykiatri. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 713-8.
22. Alexanderson K, Arrelöv B, Ekmer A, Hagberg J, Lindholm C, Löfgren A, Nilsson G, et al. Läkares arbete med sjukskrivning. En enkät till alla läkare i Sverige 2008; utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet. 2009.
23. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2003.
24. Floderus B, Göransson S, Alexanderson K, Aronsson G. Positiv och negativ påverkan på livssituationen vid långtidssjukskrivning. Arbete och Hälsa. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2003. p. 1-24.
25. Ockander M. A female lay perspective on health, disease, and sickness absence. Linköping: Linköping university; 2001.
26. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
27. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
28. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, Österberg M. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. 2005.
29. Alexanderson K. Bilaga till rapporten 'Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning'. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
30. Försäkringskassan. www.forskringskassan.se. 2011.
31. Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, editors. Yrkesverksamma kvinnors hälsa. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1999.
32. Hovellius B, Johansson EE, editors. Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur; 2004.
33. Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
34. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG, Vollset SE, Alexanderson K. Mortality after long-term sickness absence: prospective cohort study. Eur J Public Health. 2008 Oct;18(5):517-21.
35. Ferrie JE, Vahtera J, Kivimaki M, Westerlund H, Melchior M, Alexanderson K, Head J, et al. Diagnosis-specific sickness absence and all-cause mortality in the GAZEL study. J Epidemiol Community Health. 2008 Nov 27.
36. Head J, Ferrie JE, Alexanderson K, Westerlund H, Vahtera J, Kivimaki M. Diagnosis-specific sickness absence as a predictor of mortality: the Whitehall II prospective cohort study. BMJ. 2008;337:a1469.
37. Melchior M, Ferrie JE, Alexanderson K, Goldberg M, Kivimaki M, Singh-Manoux A, Vahtera J, et al. Does sickness absence due to psychiatric disorder predict cause-specific mortality? A 16-year follow-up of the GAZEL occupational cohort study. Am J Epidemiol. 2010 Sep 15;172(6):700-7.
38. Gjesdal S, Bratberg E. Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: Results from a three-year, multiregister based and prospective study. Scandinavian Journal Public Health. 2003(31):246-54.

39. Bratberg E, Gjesdal S, Maeland JG. Sickness absence with psychiatric diagnoses: Individual and contextual predictors of permanent disability. *Health Place*. 2009 Mar;15(1):308-14.
40. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG. Long-term sickness absence and disability pension with psychiatric diagnoses: a population-based cohort study. *Nord J Psychiatry*. 2008;62(4):294-301.
41. Allebeck P, Mastekaasa A. Causes of sickness absence: research approaches and explanatory models. In: Alexanderson K, Norlund A, editors. *Sickness absence - causes, consequences, and physicians' sickness certification practice A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care: Scandinavian Journal of Public Health*; 2004. p. 36-43.
42. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. ICD 10: Socialstyrelsen; 1997.
43. Ljungdahl LO, Bjurulf P. The accordance of diagnoses in a computerized sick-leave register with doctor's certificates and medical records. *Scand J Soc Med*. 1991 Sep;19(3):148-53.
44. Hensing G, Petersson E-L, Spak F, Östlund G. Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro - vilka är sambanden?: Sociala rådetSOU 2010:47. 2010.
45. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen. 2004.
46. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. Stockholm: Socialdepartementet. 1996.
47. Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G, editors. *Gender inequalities in health: a Swedish perspective: Harvard University Press*; 2002.
48. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064-74.

www.ki.se/im



**Karolinska
Institutet**