

Psykisk ohälsa i sjöfarten, en prevalensstudie

Författare

Joakim Dahlman (VTI)

Per Henriksson (VTI)

Helena Selander (VTI)

Monica Lundh (Chalmers Tekniska Högskola)

I samarbete med

Stiftelsen Sveriges Sjömanshus

Chalmers Tekniska Högskola

Detta projekt har genomförts inom Trafikverkets branschprogram Hållbar sjöfart, som drivs av Lighthouse.

Summary

This pre-study was carried out within the framework of the Swedish Transport Administration's industry program Sustainable Shipping, which is run by Lighthouse with support also from the Swedish Seamen's Foundation. The pre-study was carried out in the middle of the very significant Covid-19 pandemic for shipping, which affected the study in terms of severe delays and sometimes low response rates. Despite this, the study still showed that mental illness among Swedish seafarers affects around 1 in 10 to such an extent that you apply for outpatient care and if you look at inpatient care, the figure is slightly higher (13%). If you look at the positions onboard that are affected, you will find decks crew and engine room crews followed by stewardship staff. It can still be assumed that there is a significant number of unreported cases in the prevalence of mental illness in the light of the prevailing culture in shipping. There is still work to be done to get the systematic work environment work in place overall in shipping and specifically with the support of AFS 2015: 4 and in addition to the purely physical risk factors on board, one is also aware of the effect of stress and the continued high mental workload. However, the self-assessed general health is perceived to be good by a small sample of Swedish sailors. Continued research should study the effects of Covid-19 in particular, with a special focus on mental illness and the increased mental strain.

Sammanfattning

Denna förstudie genomfördes inom ramen för Trafikverkets branschprogram Hållbar Sjöfart som drivs av Lighthouse med stöd även från Stiftelsen Sveriges Sjömanshus. Syftet med förstudien var att undersöka förekomsten av- dom underliggande orsakerna till och hanteringen av psykisk ohälsa bland fartygspersonal i Sverige. Ytterligare syftade förstudien till att undersöka hur arbetet med att förebygga psykisk ohälsa i sjöfarten bedrivs såväl av rederier som ombord i praktiken. Förstudien genomfördes mitt under den för sjöfarten mycket påtagliga Covid-19 pandemin vilket påverkade studien i termer av kraftiga förseningar och bitvis låga svarsfrekvenser. Detta till trots visade ändå förstudien på att psykisk ohälsa bland svenska sjömän drabbar runt 1 av 10 i sådan omfattning att man söker sig till öppenvården och ser man till slutenvården är siffran något högre. Tittar man på de befattningar som drabbas finner man manskap däck och manskap maskin följt av intendenturpersonal. Även fortsättningsvis kan antas att det finns ett stort mörkertal i prevalensen av psykisk ohälsa mot bakgrund av den kultur som råder i sjöfarten. Det återstår ytterligare arbete med att få det systematiska arbetsmiljöarbetet på plats överlag i sjöfarten och specifikt med stöd av AFS 2015:4 och utöver de rent fysiska riskfaktorerna ombord är man också medveten om effekten av stress och den fortsatt höga mentala arbetsbelastningen. Dock upplevs den egenskattade generella hälsan vara god hos ett litet urval av svenska sjömän. Under tiden som förstudien pågick beviljades även en mer fördjupad studie som fortsättning på förstudien genom Trafikverkets sjöfartsportfölj där ytterligare en registerstudie kommer genomföras för att jämföras med förstudien. Fortsatt forskning bör studera effekterna av framför allt Covid-19 med speciellt fokus på den psykiska ohälsan och den ökade mentala belastningen.

Innehåll

1	Inledning.....	5
2	Syfte.....	6
3	Metod.....	6
4	Resultat.....	9
4.1.1	Socialstyrelsens patientregister.....	11
4.1.2	Socialstyrelsens övriga register.....	12
4.1.3	Försäkringskassans register.....	13
4.1.4	Huvuddiagnos, öppenvårdsregistret.....	13
4.1.5	Bidiagnos, öppenvårdsregistret.....	15
4.1.6	Slutenvårdsregistret.....	17
4.1.7	Cancerregistret.....	21
4.1.8	Läkemedelsregistret.....	23
4.1.9	Försäkringskassans register.....	23
5	Diskussion.....	26
6	Referenser.....	28

1 Inledning

Att arbeta inom sjöfarten ställer inte bara stora krav på individen utan innebär också ofta ett arbetsliv isolerat från familj, geografisk obundenhet och långa perioder till sjöss. Beroende på vilken certifikatstyp du som sjöman innehar eller vilken befattning du har ombord ställs olika krav på hälsa. De hälsokontroller som utförs syftar enbart till att undersöka förekomst av ”fysisk” ohälsa och sjukdom och inbegriper inte psykologiska faktorer (eller förekomst av psykosociala problem).

I en tidigare undersökning av vilka sjukdomstyper som var mest förekommande bland sjömän med vissa certifikatstyper framkom även att den psykiska ohälsan var relativt omfattande och utgjorde en växande andel av de problem som sjömännen sökte hjälp för (Dahlman, 2016). Statistiken grundades i besök hos primär- och företagshälsovård och kommer således inte nödvändigtvis till arbetsgivarens kännedom om inte sjukskrivning föreligger. Mot bakgrund av den ökande psykiska ohälsa som förekommer inom sjöfarten och implementeringen av Arbetsmiljöverkets AFS 2015:4 (Organisatorisk och Social Arbetsmiljö) finns ett stort behov av att kartlägga prevalensen av och orsaker till psykisk ohälsa och vilka åtgärder och handlingsplaner som existerar inom svensk sjöfart. Under de senaste två åren har dessutom sjöfarten drabbats hårt av pandemin (Covid 19) vilket i många fall har inneburit kraftigt förändrade och försämrade arbetsvillkor. Ytterligare har arbetsmarknaden inom sjöfarten fått se minskat antal jobbtillfällen och mer osäkra anställningsvillkor som ett resultat av de globala ekonomiska konsekvenserna. Som ett direkt resultat av detta börjar nu också fler forskningsstudier visa effekter på psykisk ohälsa och ökad stress (Paukszat, Andrei, Grech, 2022).

Det är väl känt att sjöfarten som arbetsplats är unik i många avseenden och likaså att det är en fysiskt krävande miljö där olyckor inte sällan inträffar som en följd av arbete i trånga utrymmen, buller, vibrationer och fartygens ibland hastiga rörelser. Genom bland annat Sjöfartens Arbetsmiljönämnd (SAN) och olika föreskrifter (AFS 2015:4) stöds sjöfarten i att arbeta systematiskt med den fysiska arbetsmiljön ombord. Genom introduceringen av Arbetsmiljöverkets AFS 2015:4 läggs ett tydligare ansvar på arbetsgivaren att systematiskt arbeta med arbetsmiljön och förebygga ohälsa från kränkande särbehandling, mobbing, hot, våld och stress. På senare tid har den psykiska arbetsmiljön och hälsan kommit att vara i fokus och flertalet rapporter vittnar om ökande psykisk ohälsa bland sjögående personal (Lefkowitz, Slade, 2019., Forsell et. al., 2017; Dahlman, 2016).

Den psykiska hälsan hos personalen ombord är i dagsläget svår att kartlägga med tanke på att enbart fysisk hälsa ligger till grund för utfärdande av certifikat m.m. Ytterligare fångas psykisk ohälsa sällan upp av arbetsgivare inom sjöfarten utan snarare genom kontakt med primärvård eller annan utomstående instans. Många mindre rederier saknar tillgång till företagshälsovård, vilket ytterligare försvårar upptäckten- och förebyggandet av psykisk ohälsa. Exempel på psykisk ohälsa i detta sammanhang var depression, stressrelaterad ohälsa och mobbing/trakasserier. Trots vetskapen om problemen bedrivs inga specifika studier i syfte att dels undersöka prevalens, bakomliggande orsaker eller effekten av eventuella insatser. Denna förstudie syftar därför till att genom kontakt med rederier, företagshälsovård och berörda myndigheter utreda omfattningen av och orsaker till psykisk ohälsa i sjöfarten. Mot bakgrund av sjöfartens relevans i transportkedjan,

numerär vad gäller antalet sysselsatta i näringen och inte minst attraktiviteten i yrket bedöms arbetet som ytterst relevant i syfte att göra sjöfarten mer hållbar. Ytterligare förväntas studien bidra till att skapa en medvetenhet kring problemen med psykisk ohälsa i syfte att preventivt arbeta för ett säkrare maritimt arbetsliv.

2 Syfte

Förstudiens övergripande syfte är att undersöka förekomsten av- dom underliggande orsakerna till och hanteringen av psykisk ohälsa bland fartygspersonal i Sverige.

Ytterligare syftar förstudien till att undersöka hur arbetet med att förebygga psykisk ohälsa i sjöfarten bedrivs såväl av rederier som ombord i praktiken.

3 Metod

Inledningsvis söktes och erhöles etiskt godkännande för studien (Etikprövningsnämnden Dnr: 2019-06556). Som ett resultat av den då pågående pandemin fick projektet invänta handläggare och tid hos Socialstyrelsen i över ett halvår innan registerdata kunde beställas och därefter förlängdes handläggningstiden ytterligare vilket medförde att projektet försenades kraftigt. Av samma orsak försenades även registerutdraget hos Försäkringskassan vad avsåg sjukskrivningstal m.m. Underlaget för registerstudien framtoqs tillsammans med Transportstyrelsens sk. Sjömansregister som består av samtliga svenska sjömän som innehar ett av Transportstyrelsen utfärdat certifikat och innehåller totalt upp emot 20 000 individer. I registret finns uppgifter om bland annat senaste påmönstring, befattning, typ av fartyg utöver de rent demografiska variabelerna som kön, ålder m.m. Registret hos Transportstyrelsen uppdateras inte löpande, vilket innebar att ett stort antal individer som finns upptagna i registret inte längre är aktiva i yrket eller ens lever. Detta medförde att beslut togs att enbart inkludera aktiva sjömän som rapporterat påmönstring mellan 2019 och 2020 vilket till slut gav en total population på 7028 enskilda individer. Bland dessa återfinns då befattningstyperna fartygsbefäl, intendentur, manskap däck, manskap maskin och maskinbefäl.

Som ett led i att besvara frågorna kring arbetsförhållandena ombord och de eventuella riskfaktorer som finns representerade genomfördes en enkätstudie och även den med sjömansregistret som utgångspunkt. Enkäten som användes är framtagen av Stockholms Universitet och går under namnet "Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health (SLOSH)" och används för att fånga upp hälsoaspekter i arbetslivet över tid. Enkäten modifierades genom att den förkortades avsevärt i syfte att inte behöva uppta mer än totalt 30 minuter av personens tid. Enkäten mailades sedan ut till samtliga respondenter med en länk till en elektronisk version av enkäten som fylldes i anonymt. I mailet som varje respondent tog emot fanns uppgifter om individens rättigheter, att deltagande var frivilligt och vilket syfte som fanns med studien. Utöver detta fanns även kontaktinformation till ansvarig forskare på VTI. Två veckor efter första utskicket mailades en påminnelse ut till samtliga och efter fyra veckor stängdes enkäten.

Parallellt med arbetet att samla in enkätdata och förbereda registerstudien genomfördes ett antal intervjuer och samtal med representanter ur sjöfarten i syfte att undersöka förekomsten av systematiskt arbetsmiljöarbete och med speciellt fokus på införandet Arbetsmiljöverkets AFS 2015:4 (Organisatorisk och social arbetsmiljö). Ur branschen

intervjuades representanter från såväl rederier som fackförbund och totalt genomfördes fyra längre intervjuer där personen som intervjuades antingen hade arbetsmiljöansvar eller speciellt intresse i frågan. Intervjuerna ägde rum över telefon/Skype och dokumenterades i enlighet med informerats samtycke.

Efter att underlaget ur sjömansregistret tagits fram på Transportstyrelsen skickades detta vidare direkt till Socialstyrelsen för körningar mot sjukdoms-, cancer-, läkemedel och mortalitetsregistren. Ett relativt stort arbete genomfördes i syfte att gallra och sortera data som visade sig innehålla en hel del felaktigheter och dubletter. De data som slutligen återstod utgjordes då av aktiva sjömän som påmönstrat senast 2019–2020. Detta för att veta att man var aktiv i yrket.

De data som senare erhöles från Socialstyrelsen innehöll uppgifter som var helt avpersonifierade och beskrev vilka typer av sjukdomar som förekom och läkemedel som förskrevs bland dessa drygt 7000 individer. Ytterligare ingick också dödsorsak i de fall det var aktuellt. Uppgifterna var uppdelade på befattning, kön, ålder och typ av fartyg. Efter att Socialstyrelsen levererat sitt underlag till VTI skickades samma dataunderlag till Försäkringskassan, direkt från Socialstyrelsen. Från Försäkringskassan erhöles sedermera data kring sjukskrivningar (sjuk- rehabiliteringspenning) samt ersättningar (aktivitetsersättning, förtidspension, sjukbidrag eller sjukersättning).

Data som erhöles från såväl Socialstyrelsen som Försäkringskassan sammanställdes därefter enbart deskriptivt för att på ett enkelt sätt redovisa vilka sjukdomar som var mest frekventa bland populationen men också vilka läkemedel som förskrevs. Speciellt fokus låg på att redovisa det som enligt International Classification of Diseases (ICD) klassificeras som Psykiska sjukdomar och beteendestörningar (F00-F99). Övriga sjukdomar och data ur registren redovisas endast översiktligt för att ge en uppfattning om prevalens och för att sätta den psykiska hälsan i relation till övriga åkommor. Data från Socialstyrelsen följer alltså ICD klassificeringen och för övriga sjukdomar ser klassificeringen ut enligt nedan.

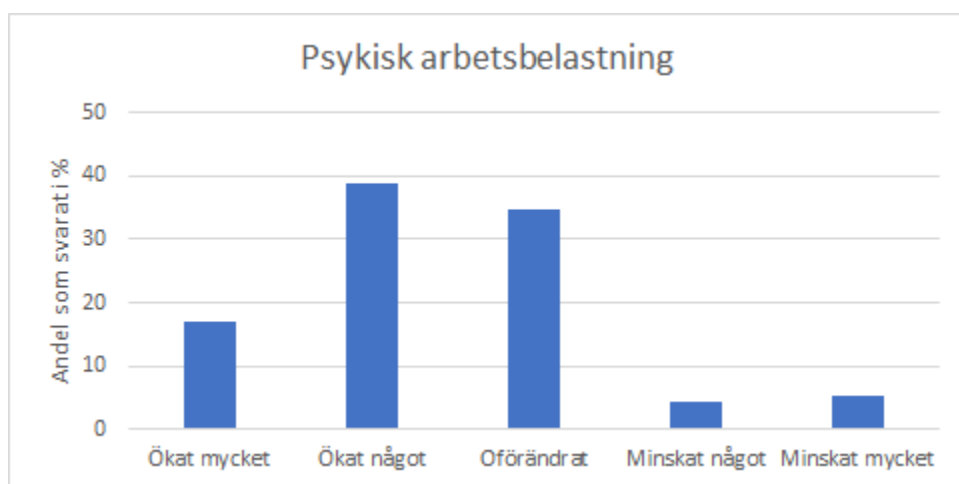
A00-B99,	Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar,
C00-D48,	Tumörer
D50-D89,	Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar immunsystemet
E00-E90,	Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar
F00-F99,	Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar
G00-G99,	Sjukdomar i nervsystemet
H00-H59,	Sjukdomar i ögat och närliggande organ
H60-H95,	Sjukdomar i örat och mastoidutskottet
I00-I99,	Cirkulationsorganens sjukdomar
J00-J99,	Andningsorganens sjukdomar

K00-K93,	Matsmältningsorganens sjukdomar
L00-L99,	Hudens och underhudens sjukdomar
M00-M99,	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven
N00-N99,	Sjukdomar i urin- och könsorganen
O00-O99,	Graviditet, förlossning och barnsängstid
P00-P96,	Vissa perinatale tillstånd
Q00-Q99,	Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser
R00-R99,	Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats
S00-T98,	Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker
U00-U99,	Koder för särskilda ändamål
V01-Y98,	Yttre orsaker till sjukdom och död
Z00-Z99,	Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården

4 Resultat

Inledningsvis i förstudien genomfördes en enkätundersökning med syfte att delvis identifiera riskfaktorer för ohälsa såväl i arbetet ombord som på fritiden. Tidpunkten för enkätutskicket var under våren 2020, vilket var mitt under pågående Covid 19 pandemi vilket försvårade såväl för de som arbetar ombord men också för projektet med avseende på svarsfrekvensen. Mail med länk till enkäten skickades ut till 837 registrerade i sjömansregistret som också hade e-postadress angivet och 95 besvarades korrekt (13%). Totalt skickades två påminnelser ut och ur svaren kunde också konstateras att ett stort antal individer sedan flera år var pensionerade eller inte längre arbetade inom sjöfarten, vilket man inte justerat för i sjömansregistret.

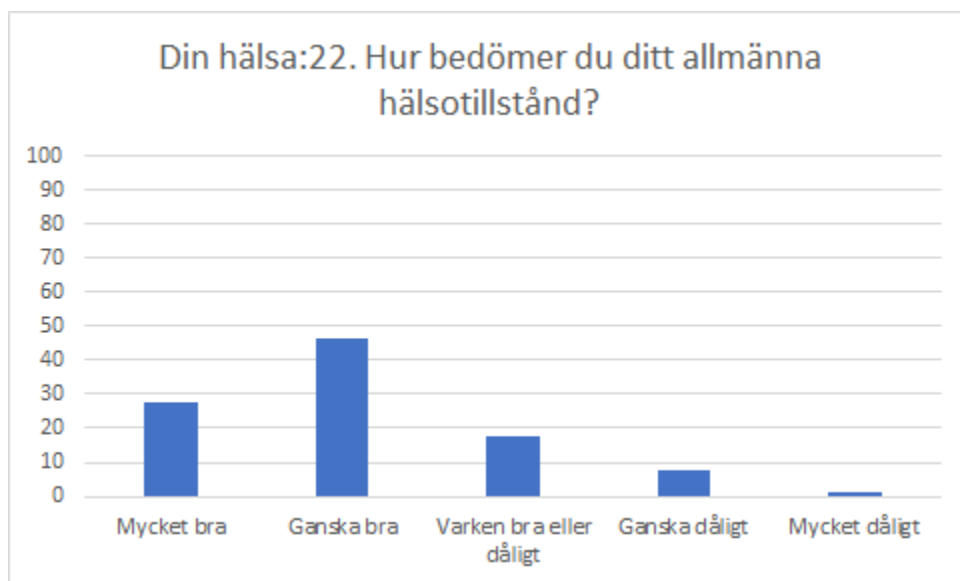
Ur enkätundersökningen kunde utläsas att av de 95 komplett besvarade enkäterna var 71 män och 24 kvinnor och medelåldern över båda kön var 49 år. Majoriteten av de svarande var maskinbefäl och 50 av de 95 svarande mönstrade på ett passagerar- eller kryssningsfartyg senast. Hela 38% av samtliga svarande hade över 20 års arbetslivserfarenhet inom yrket. Tillgången till företagshälsovård var också relativt hög, hela 59% vilket tyder på att flertalet ändå representerar större rederier. I Figur 1 nedan framgår också att den psykiska arbetsbelastningen till större del ökat eller förblivit oförändrad de senaste 5 åren vad avser arbetet ombord. Till detta kan tilläggas att den totala arbetsmängden också upplevs ha ökat under samma tidsperiod.



Figur 1. Upplevd psykisk arbetsbelastning över de senaste 5 åren

Det som till viss del väger upp såväl den upplevda ökade arbetsbelastningen och den ökade arbetsmängden är att inflytandet över det egna arbetet inte anses ha minskat utan snarare ökat.

Ser man till den generella bedömningen av sin egen hälsa är resultaten att den övervägande anses vara mycket- eller ganska bra (se Figur 2). Ställer man detta resultat mot det faktum att både psykisk arbetsbelastning och arbetsmängd anses ha ökat verkar detta ännu inte påverkat den allmänna upplevda hälsan i någon större omfattning.



Figur 2. Uppskattning av den allmänna hälsan

Vad gäller arbetet med att implementera AFS 2015:4 i sjöfarten varierar detta i första hand beroende på rederistorlek. Större rederier har kommit betydligt längre i det arbetet och anser sig också ha haft fungerande rutiner även innan för att förebygga dålig arbetsmiljö. Ofta lyfter man fram interventioner som gjorts ombord för att öka trivsel och kopplar inte det aktiva åtgärderna till de nya kraven utan mer som ett löpande arbete. Ytterligare finns det svårigheter att komma åt dålig psykosocial arbetsmiljö i vissa miljöer mot bakgrund av den kultur som råder i sjöfarten men många upplever att detta har blivit betydligt bättre och man fångar upp mer tidigare nu. Till viss del upplever man att introduktionen av AFS 2015:4 har försett sjöfarten och det egna rederiet med bättre verktyg för att nå ut till fartygen och följa upp det systematiska arbetet men vid tillfället för detta projekt saknas ännu konkreta exempel.

När man pratar om riskfaktorer i sjöfarten förknippas detta fortfarande till stor del med det fysiska arbetet att bygga bort faror i arbetsmiljön som utgör risk för skada. Dock nämns faktorer som mental arbetsbelastning och stress till följd av arbetsvillkor, kulturella skillnader och kompetens. Under intervjuerna framkom från fackligt håll en oro för att avståndet mellan rederi och fartyg inte kommer påverkas av att man får tillgång till ytterligare verktyg även om det innebär bättre juridiskt stöd för det systematiska arbetet. Grundläggande i sjöfarten är att få till en bred kulturell förändring och att få upp samtliga dessa frågor i ljuset att bli lika viktiga som säkerheten ombord.

Det största empiriska underlaget i förstudien utgjordes av de registerdata som inhämtades från Socialstyrelsen och Försäkringskassan med sjömansregistret som grund. Även här påverkade Covid-19 pandemin tillgång till data och försenade studien avsevärt. Utgångspunkten för registerdata har varit uppgifter om den senaste mönstringen under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020 som hämtats från Sjömansregistret. Detta för att säkerställa att man aktivt arbetar ombord. Datautdraget innehåller 7 028 personer och uppgifter om befattning, datum för den senaste mönstringen, typ av fartyg man

tjänstgjorde på, ålder och kön. Sjutton procent av materialet bestod av kvinnor och fördelningen mellan kvinnor och män på befattningstyp framgår ur tabell 1.

Tabell 1. Antal och andel män och kvinnor efter befattningstyp. Ur Sjömansregistret, senaste påmönstringen skedde under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020.

Befattningstyp	Antal kvinnor	Andel kvinnor per befattningstyp	Antal män	Andel män per befattningstyp	Totalt
Fartygsbefäl	133	6%	2192	94%	2325
Intendentur	717	46%	835	54%	1552
Manskap däck	280	17%	1350	83%	1630
Manskap maskin	19	4%	523	96%	542
Maskinbefäl	23	2%	956	98%	979
Totalt	1172	17%	5856	83%	7028

Inom intendenturen är det en relativt jämn könsfördelning medan männen är i majoritet inom de övriga befattningsgrupperna. De flesta kvinnorna, 82 procent, arbetade på ett passagerarfartyg. För männen uppgick denna andel till 60 procent.

4.1.1 Socialstyrelsens patientregister

Av de 7 028 personerna i sjömansregistret återfanns 5 552 personer i ett uttag från Socialstyrelsens öppenvårdsregister från perioden 2009–2019. Med öppenvård avses kontakt med sjukvården eller behandling som inte innebär inläggning så som primärvård, vårdcentral. Totalt har dessa personer varit i kontakt med öppenvården vid 55 010 tillfällen, dvs. i genomsnitt ca 10 ggr/person (intervall 1–874; median 6,0). Tas hänsyn till ålder vid kontakten med öppenvården, återstår 5 219 personer som var minst 18 år vid kontakten. De vuxnas kontakter med öppenvården uppgick till totalt 46 486 st under aktuell period (medelvärde 8,9; intervall 1–874; median 1,0). Genomsnittsåldern för dessa personer var ca 45 år (medelfödelseår 1975) och 17 procent av dem var kvinnor.

Av dem som mönstrade under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020, återfinns 1 939 personer som hade en diagnos i Socialstyrelsens slutenvårdsregister från perioden 2009–2019. Med slutenvård avses om patienten varit inlagd för intervention/behandling. Totalt har dessa personer varit i kontakt med öppenvården vid 3 723 tillfällen, dvs. i genomsnitt ca 1,9 ggr/person (intervall 1–22; median 1,0). Exkluderas fall då personerna var under 18 år vid kontakten med slutenvården, återstår 1 800 personer. Antalet kontakter blir då 3 503 st (inga skillnader beträffande medelvärden etc.). Dessa personer var i genomsnitt något äldre än de som återfanns i öppenvårdsregistret, närmare 50 år (medelfödelseår 1971) och tjugo procent var kvinnor.

I bägge dessa register (öppen- och slutenvård) har vi utgått från huvuddiagnosen, som är densamma som diagnos 1. Diagnos 2 och de följande diagnoserna har här fortsättningsvis kallats bidiagnoser.

I samband med uttagen från Socialstyrelsens register, valdes att ICD-koderna skulle vara på en 3-ställig nivå. Vid klassifikation av sjukdomar används ICD som är framtagen och utgiven av Världshälsoorganisationen (WHO). Beroende på vilken detaljrikedom som önskas vid ett sjukdomstillstånd används olika nivåer som i nedan exempel kring diagnosgrupp F (psykiska sjukdomar och beteendestörningar) och diagnosen schizofreni.

F00-F99: Psykiska sjukdomar och beteendestörningar

F20-29: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningar

F23: Akut och övergående psykotiska syndrom

F23.2: Akut schizofrenliknande psykos

Vid diagnostisering försöker man alltid komma så nära sjukdomstillståndet som möjligt i detaljrikedom men detta är inte alltid möjligt och kompliceras också om patienten lider av flera olika diagnoser, kanske inom samma diagnosgrupp. Vid bearbetningen av materialet har följande angreppssätt använts: om en diagnos har funnits med både som huvud- och bidiagnos på den treställiga nivån, har diagnosen bara behållits som huvuddiagnos. Vidare rensades ”dubletter” bort, dvs. bara en unik diagnos enligt den 3-ställiga koden behölls som huvud- respektive bidiagnos. Det som avgör vilken detaljeringsgrad som finns i diagnoserna är hur många individer som delar samma diagnos. Ju färre individer desto mindre detaljer och detta har i sin tur att göra med risken för identifiering av enskilda personer. Ytterligare har diagnostyperna Z, S-T och R tagits bort ur redovisningen eftersom dessa inte är diagnosspecifika. Till exempel utgörs Z-diagnoserna av *faktorer som är av betydelse för hälsotillståndet* så som om patienten sitter i rullstol, har dialys, implantat eller i behov av hjälpmedel. Fortsättningsvis utgörs S-T-diagnoserna av *skador och följder av yttre orsaker* så som skador på huvud, buk, rygg, bränn och frätskador samt yttre våld. Avslutningsvis består R-diagnosen av *symtom, tecken på sjukdom och onormala kliniska fynd* så som avvikelser vid provtagning, fynd och tecken på sjukdom men som inte faller under någon specifik diagnos i sig. Samtliga dessa diagnoser (z, s-t och r) förekommer därför ofta och föregår själva huvud- och bidiagnoserna varför dom delvis tagits bort ur redovisningen i denna studie men finns kvar i viss resultatredovisning. Anledningen till att dom finns kvar på vissa av resultaten är för att visa att det ändå påverkar diagnosen om man t.ex. som i diagnosgrupp Z har andra faktorer som är av betydelse för hälsotillståndet eller om sjukdomstillstånd uppstått till följd av yttre orsaker, trauman.

4.1.2 Socialstyrelsens övriga register

I uttaget från dödsorsaksregistret återfanns 64 personer som avlidit under perioden 2015–2019. Ingen avled under perioden 2009–2014. Av dessa återfanns fyra personer i sjömansregistret. Det begränsande antalet personer som avlidit medför att några ytterligare analyser inte ansetts vara meningsfulla och här finns också en viss

eftersläpning hos registerhållaren, i detta fall Transportstyrelsen, att uppdatera sina register.

I uttaget från cancerregistret återfanns 531 poster som handlade om 463 unika individer under samma tidsperiod. Av dessa individer återfanns 208 personer i sjömansregistret. Här har vi utgått från vilken kod som angetts enligt ICD-O/3 på den 3-ställiga nivån.

Läkemedelsregistret innehöll 606 782 poster om 11 875 personer där förskrivningarna hade skett mellan den 12/12 2007 och 30/11 2020 och läkemedlen hämtades ut (expedierades) mellan den 15/12 2008 och 30/11 2020. När uppgifterna från sjömansregistret påfördes, visade det sig att 6 132 personer förekom i läkemedelsregistret och att 293 937 poster återstod. Samma förskrivnings- och expeditionstider gällde även för denna grupp. Av särskilt intresse har varit om läkemedlet varit narkotikaklassat eller inte.

4.1.3 Försäkringskassans register

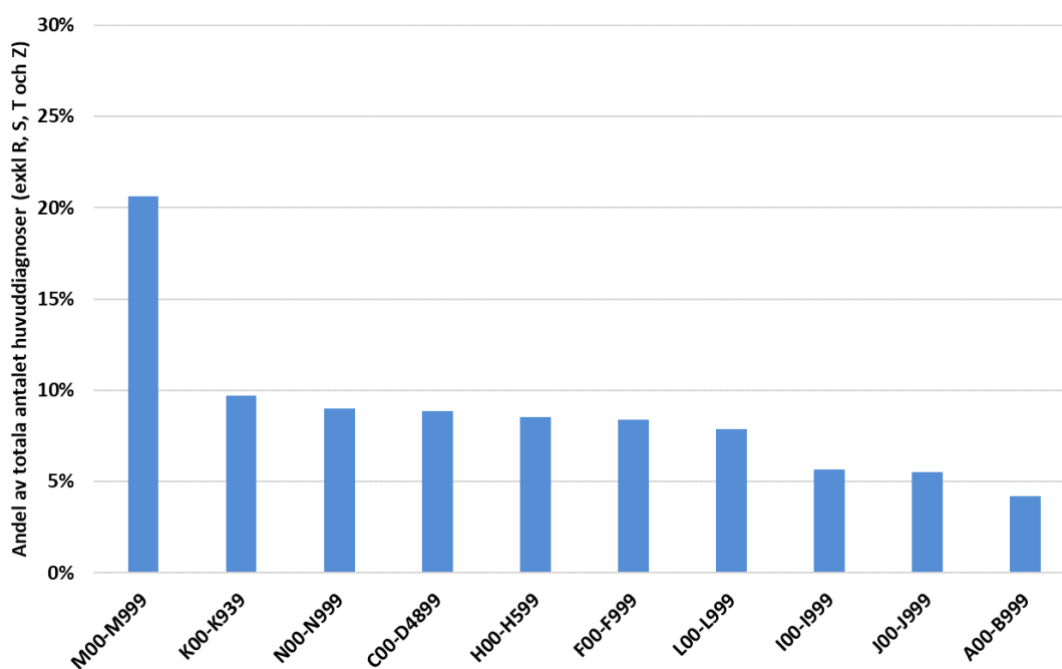
Uttaget med ersättningar (aktivitetsersättning, förtidspension, sjukbidrag eller sjukersättning) från Försäkringskassan omfattade 115 personer. Efter att uppgifterna om senaste månstringen påfördes, återstod 62 personer. Endast ersättningsperioder som delvis eller helt sammanföll med studiens undersökningsperiod (2009–2019) har inkluderats i analysen.

Registeruttaget med sjukskrivningar (sjuk- och rehabiliteringspenning) från Försäkringskassan omfattade 3 399 personer. Efter att uppgifterna om den senaste månstringen påfördes, återstod 1 923 personer. På samma sätt som med materialet med ersättningar, ingår sjukskrivningsperioder som förekom under åren 2009–2019.

4.1.4 Huvuddiagnos, öppenvårdsregistret

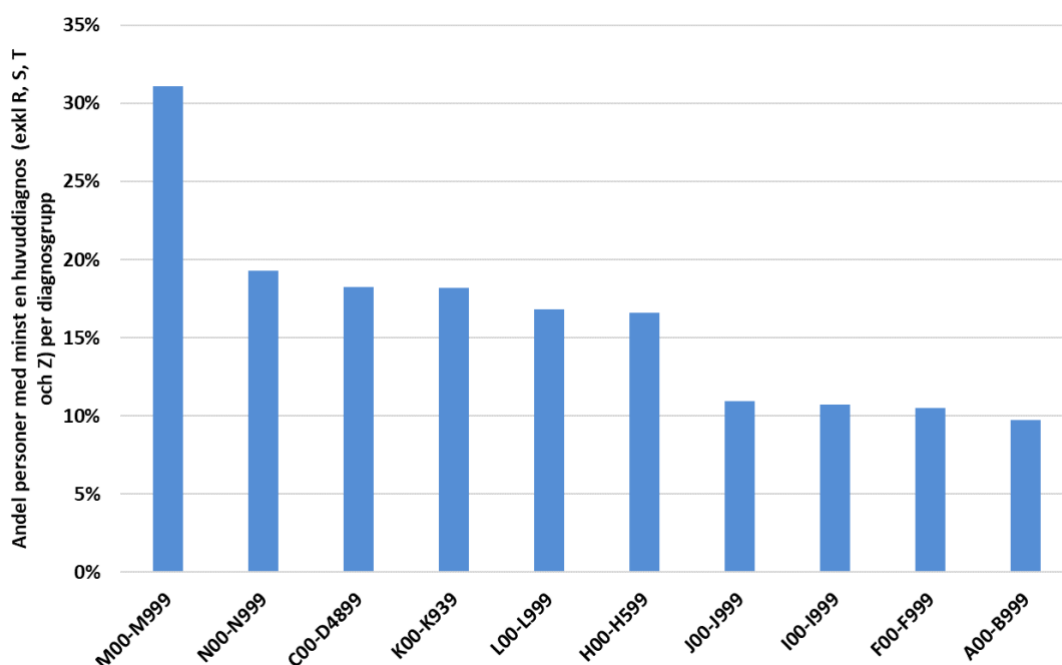
Huvuddiagnos avser den huvudsakliga orsaken till kontakten med sjukvården, d.v.s. det som individen söker vård för. Totalt har 22 199 diagnoser för 5 219 personer noterats, vilket innebär i genomsnitt 4,3 diagnoser per person. Av dessa diagnoser tillhörde 1 094 (4,9 procent) F-gruppen, d.v.s. *psykiska sjukdomar och beteendestörningar*. Det var 549 personer som hade minst en huvuddiagnos ur F-gruppen (10,5 procent) enligt öppenvårdsregistret.

Exkluderas diagnoser med prefixen R, S, T och Z, återstår 13 042 huvuddiagnoser, dvs. 2,5 diagnoser per person. Andelen F-diagnoser av huvuddiagnoserna uppgick då till 8,4 procent, se följande figur³, som redovisar de tio vanligaste diagnosgrupperna.



Figur 3. Frekvensen av de 10 vanligaste huvuddiagnoserna enligt ICD10 enligt öppenvårdsregistret (exkl. prefixen R, S, T och Z), för personer som var 18 år eller äldre vid sjukvårdskontakten. Personer som enligt Sjömanregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020. N=13 042 huvuddiagnoser.

Drygt 20 procent av diagnoserna rörde *sjukdomar i muskler, skelett och bindväv* (M00-M999). Andelen personer med minst en diagnos inom denna grupp uppgick till 31 procent, se figur 4.



Figur 4. Andelen personer med minst en huvuddiagnos enligt ICD10 enligt öppenvårdsregistret (exkl. prefixen R, S, T och Z), per diagnosgrupp för personer som var 18 år eller äldre vid sjukvårdskontakten, de 10 vanligaste diagnosgrupperna. Personer som enligt Sjömanregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020. N=5 219 personer.

Fem diagnosgrupper var ungefär lika vanligt förekommande. Mellan 17 och 19 procent av personerna hade minst en diagnos inom grupperna *sjukdomar i urin- och könsorganen* (N00-N999), *tumörer (C00-D4899)*, *matsmältningsorganens sjukdomar (K00-K939)*, *hudens och underhudens sjukdomar (L00-L999)* och *sjukdomar i ögat och närliggande organ (H00-H599)*. Drygt var tionde person hade minst en diagnos inom F-gruppen (*psykiska sjukdomar och beteendestörningar*).

En uppdelning har gjorts på befattning när förekomsten av psykiska sjukdomar och beteendestörningar studerades närmare, se tabell 2.

Tabell 1. Frekvensen av F-diagnoser enligt ICD10 enligt öppenvårdsregistret, 18+ år för personer som enligt Sjömansregistretmönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020, uppdelat på befattning.

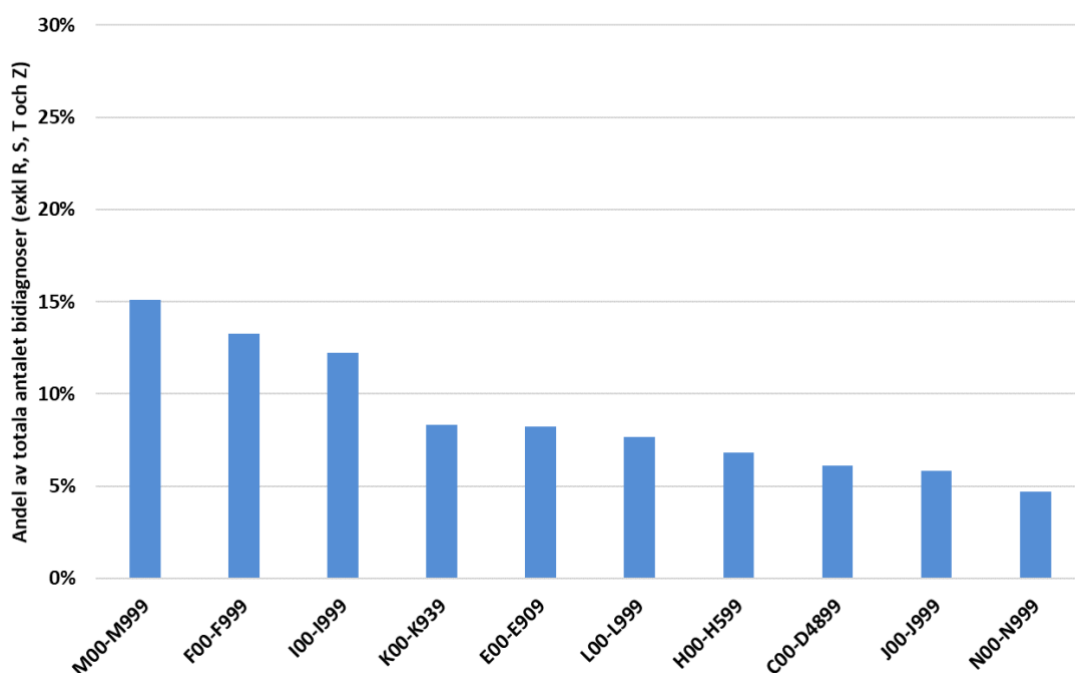
Befattning	Antal personer, totalt	Antal personer med minst en F-diagnos som huvuddiagnos	Andel, %
Fartygsbefäl	1 794	132	7,4
Intendentur	1 138	142	12,5
Manskap däck	1 246	179	14,4
Manskap maskin	391	52	13,3
Maskinbefäl	650	44	6,8
Samtliga	5 219	549	10,5

Fartygs- och maskinbefäl har den lägsta förekomsten av F-diagnoser, ca 7 procent, medan övriga befattningskategorier uppvisar en upp till dubbelt så hög prevalens.

4.1.5 Bidiagnos, öppenvårdsregistret

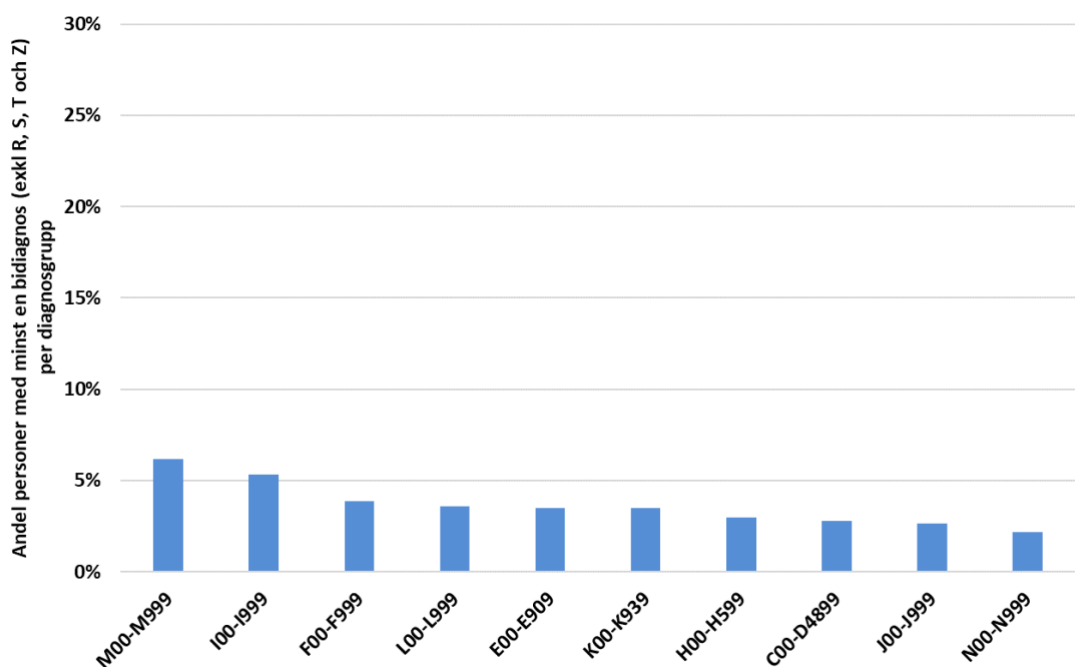
Bidiagnos avser annat än huvuddiagnosen som blivit föremål för bedömning vid kontakten med sjukvården. Det kan alltså vara sjukdomar och tillstånd som också upptäckts i utredningar. Totalt har 3 799 bidiagnoser för 5 219 personer noterats, vilket innebär i genomsnitt 0,7 bidiagnoser per person. Av dessa diagnoser tillhörde 340 (8,9 procent) F-gruppen. Det var 201 personer som hade minst en huvuddiagnos ur F-gruppen (3,9 procent) enligt öppenvårdsregistret.

Exkluderas diagnoser med prefixen R, S, T och Z, återstår 2 563 bidiagnoser, dvs. 0,5 bidiagnoser per person. Andelen F-diagnoser av huvuddiagnoserna uppgick då till 13,3 procent, se följande figur 5, som redovisar de tio vanligaste diagnosgrupperna bland bidiagnoserna.



Figur 5. Frekvensen av de 10 vanligaste bidiagnoserna enligt ICD10 enligt slutenvårdsregistret (exkl. prefixen R, S, T och Z), för personer som var 18 år eller äldre vid sjukvårdskontakten. Personer som enligt Sjömanregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020. N=2 563 bidiagnoser.

Femton procent av bidiagnoserna rörde *sjukdomar i muskler, skelett och bindväv* (M00-M999). Andelen personer med minst en diagnos inom denna grupp uppgick till 6 procent medan andelen personer med någon bidiagnos ur F-gruppen var 4 procent (Figur 6).



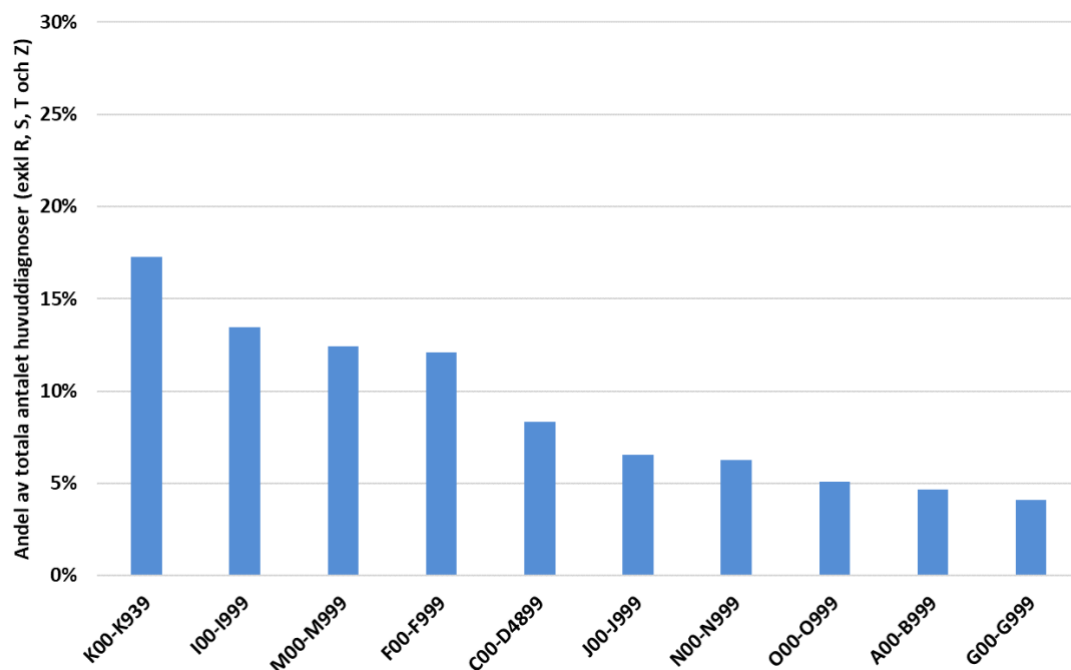
Figur 6. Andelen personer med minst en bidiagnos enligt ICD10 enligt öppenvårdsregistret (exkl. prefixen R, S, T och Z), per diagnosgrupp för personer som var 18 år eller äldre vid sjukvårdskontakten, de 10 vanligaste diagnosgrupperna. Personer som enligt Sjömanregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020. N=5 219 personer.

4.1.6 Slutenvårdsregistret

4.1.6.1 Huvuddiagnos

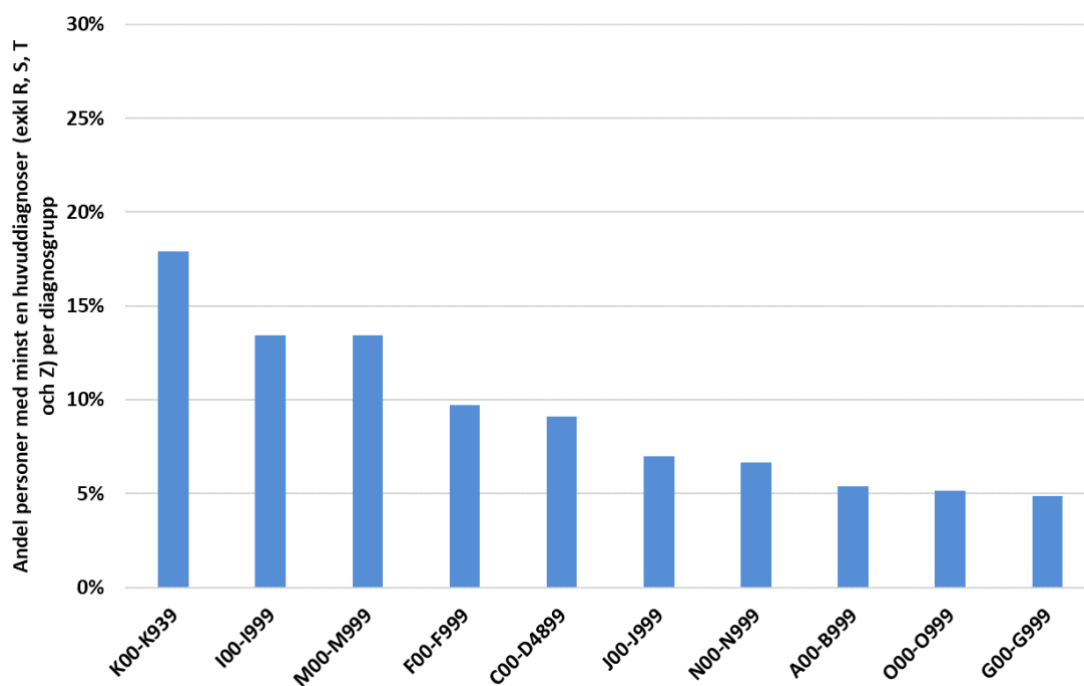
De 1 800 personerna hade totalt 3 082 huvuddiagnoser registrerade på den treställiga nivån, vilket innebär ca 1,7 diagnoser per person. Av dessa diagnoser tillhörde 264 (8,6 procent) F-gruppen. Det var 175 personer som hade minst en huvuddiagnos ur F-gruppen (9,7 procent).

Exkluderas diagnoser med prefixen R, S, T och Z, återstår 2 186 huvuddiagnoser, dvs. 1,2 diagnoser per person. Andelen F-diagnoser av huvuddiagnoserna uppgår då till 12,1 procent, se följande figur 7, som redovisar de tio vanligaste diagnosgrupperna.



Figur 7. Frekvensen av de 10 vanligaste huvuddiagnoserna enligt ICD10 enligt slutenvårdsregistret (exkl. prefixen R, S, T och Z), för personer som var 18 år eller äldre vid sjukvårdskontakten. Personer som enligt Sjömanregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020. N=2 186 huvuddiagnoser.

Motsvarande figur för andelen personer med olika diagnoser följer i nästa figur.



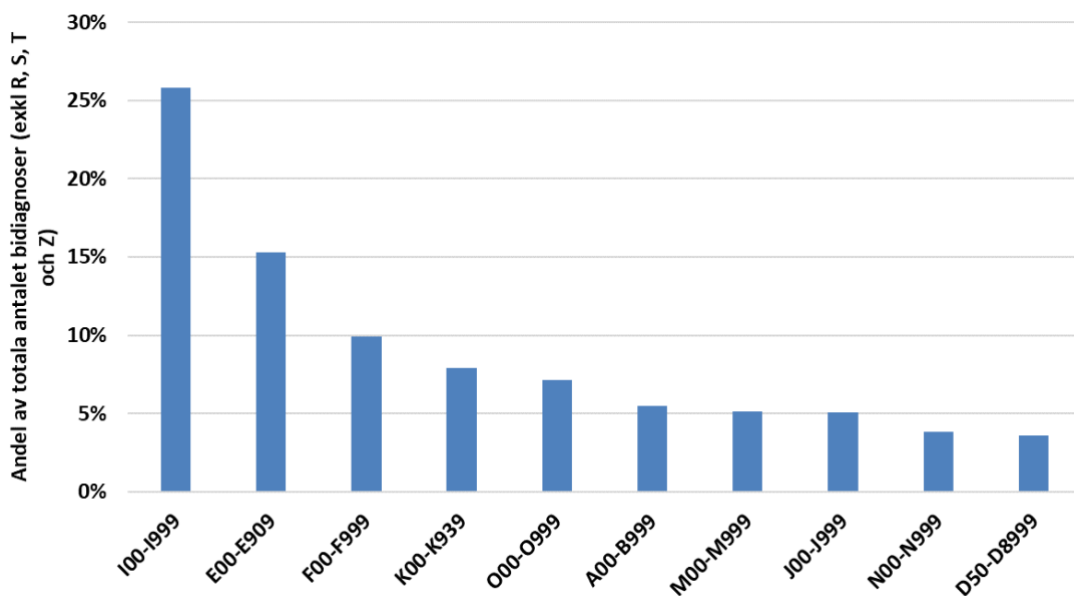
Figur 8. Andelen personer med minst en huvuddiagnos enligt ICD10 enligt slutenvårdsregistret (exkl. prefixen R, S, T och Z), per diagnosgrupp för personer som var 18 år eller äldre vid sjukvårdskontakten, de 10 vanligaste diagnosgrupperna. Personer som enligt Sjömanregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020. N=1 800 personer.

Skillnaden mellan diagrammen är marginell. Den största skillnaden, drygt 2 procentenheter, finner vi för F-gruppen. Det är alltså något vanligare med flera diagnoser ur denna diagnosgrupp per person jämfört med övriga diagnosgrupper. Bryter man ner F-diagnoserna ytterligare för denna grupp utgörs den av 49 st F100 (akut intoxikation av alkohol), 34 st F102 (alkoholberoende), 22 st F103 (abstinens), 20 st F430 (akut stressreaktion) o.s.v.

4.1.6.2 Bidiagnos

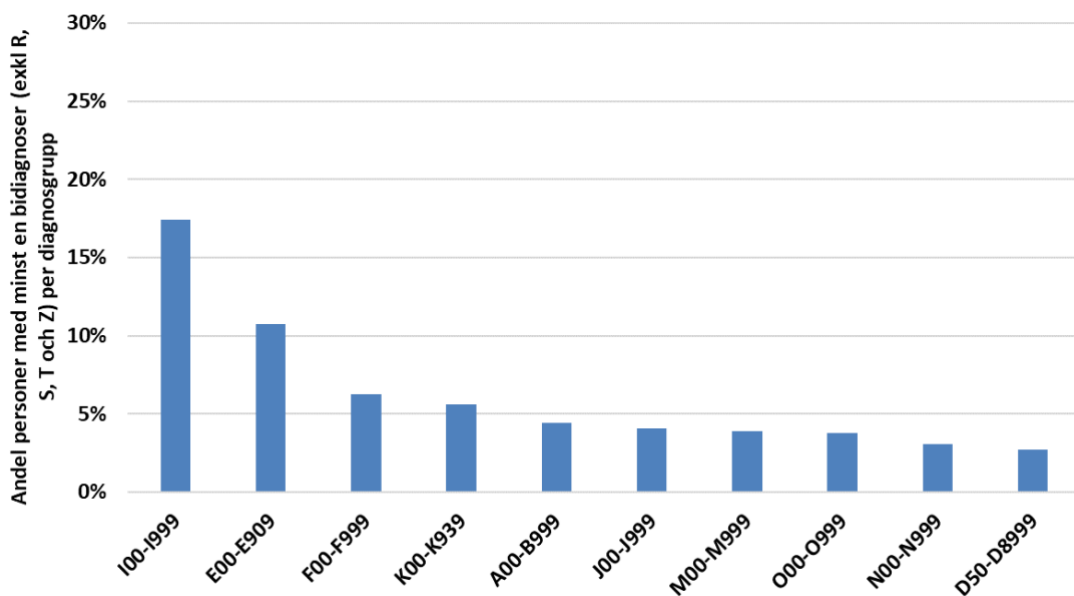
De 1 800 personerna hade totalt 2 244 bidiagnoser registrerade på den treställiga nivån, vilket innebär ca 1,2 diagnoser per person. Av dessa diagnoser tillhörde 155 (6,9 procent) F-gruppen. Det var 112 personer som hade minst en bidiagnos ur F-gruppen (6,2 procent).

Exkluderas diagnoser med prefixen R, S, T och Z, återstår 1 561 bidiagnoser, dvs. 0,9 diagnoser per person. Andelen F-diagnoser av bidiagnoserna uppgår då till 9,9 procent, se figur 9.



Figur 9. Frekvensen av de tio vanligaste bidiagnoserna enligt ICD10 enligt slutenvårdsregistret (exkl. prefixen R, S, T och Z), för personer som var 18 år eller äldre vid sjukvårdskontakten. Personer som enligt Sjömanregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020. N=1561 bidiagnoser.

Mer än var fjärde bidiagnos tillhörde gruppen cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I999). Motsvarande figur 10 för andelen personer med olika bidiagnoser följer nedan.



Figur 10. Andelen personer med minst en bidiagnos enligt ICD10 enligt slutenvårdsregistret (exkl. prefixen R, S, T och Z), per diagnosgrupp för personer som var 18 år eller äldre vid sjukvårdskontakten, de 10 vanligaste diagnosgrupperna. Personer som enligt Sjömanregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020. N=1800 personer.

En uppdelning har gjorts på befattning beträffande förekomsten av psykiska sjukdomar och beteendestörningar, se tabell 3. I tabellen redovisas om det rör sig om huvud- respektive bidiagnos separat samt kombinerat.

Tabell 2. Frekvensen av F-diagnoser enligt ICD10 enligt slutenvårdsregistret, för personer som var 18 år eller äldre vid sjukvårdskontakten och som enligt Sjömansregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020, uppdelat på befattning och huvud- respektive bidiagnos.

Befattning	Antal personer	Antal personer med minst en F-diagnos som huvuddiagnos	Andel, %, med minst en F-diagnos som huvuddiagnos	Antal personer med minst en F-diagnos som bidiagnos	Andel, %, med minst en F-diagnos som bidiagnos	Antal personer med minst en F-diagnos som huvud- eller bidiagnos	Andel, %, med minst en F-diagnos som huvud- eller bidiagnos
Fartygsbefäl	597	31	5,2	19	3,2	41	6,9
Intendentur	454	47	10,4	38	8,4	69	15,2
Manskap däck	414	55	13,3	37	8,9	69	16,7
Manskap maskin	136	21	15,4	9	6,6	25	18,4
Maskinbefäl	199	21	10,6	9	4,5	25	12,6
Samtliga	1800	175	9,7	112	6,2	229	12,7

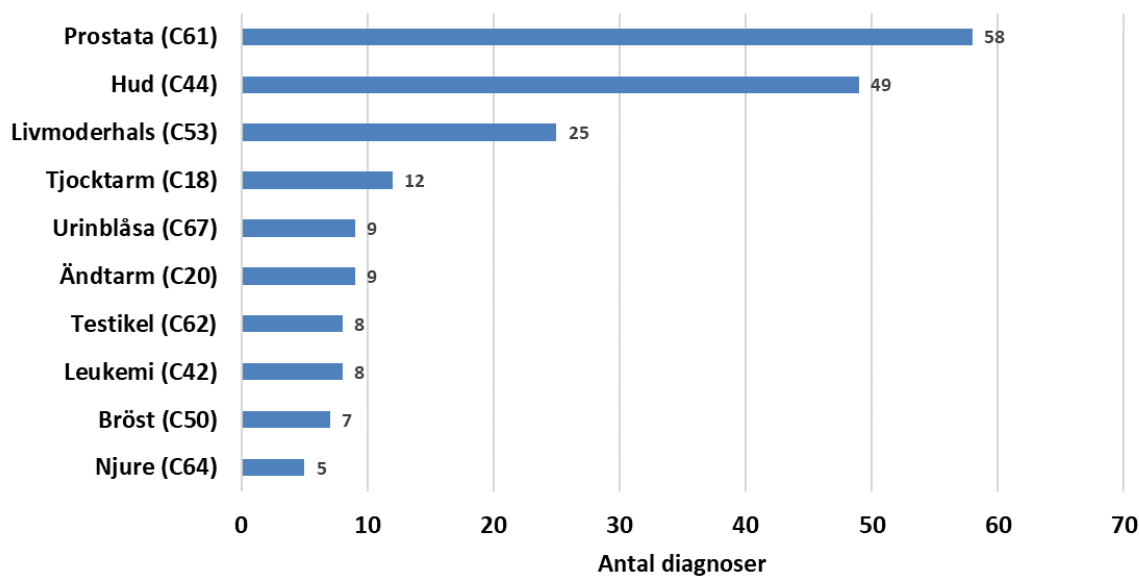
Den befattningsgrupp som har lägst andel med F-diagnoser, är fartygsbefälen (7 procent när hänsyn tas både till huvud- och bidiagnos) medan det är mer än dubbelt så vanligt hos de andra befattningstyperna bortsett från maskinbefälen. När personerna delas upp i två åldersgrupper, 45 år eller yngre respektive 46 år eller äldre, visar det sig att det är nästan dubbelt så vanligt med en F-diagnos i den yngsta gruppen när både huvud- och bidiagnos beaktas, se tabell 4.

Tabell 3. Frekvensen av F-diagnoser enligt ICD10 enligt slutenvårdsregistret, för personer som var 18 år eller äldre vid sjukvårdskontakten och som enligt Sjömansregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020, uppdelat kön och huvud- respektive bidiagnos.

Åldersgrupp	Antal personer	Antal personer med minst en F-diagnos som huvuddiagnos	Andel, %, med minst en F-diagnos som huvuddiagnos	Antal personer med minst en F-diagnos som bidiagnos	Andel, %, med minst en F-diagnos som bidiagnos	Antal personer med minst en F-diagnos som huvud- eller bidiagnos	Andel, %, med minst en F-diagnos som huvud- eller bidiagnos
46 år eller äldre (födda 1974 eller tidigare)	1112	73	6,6	62	5,6	108	9,7
-45 år (födda 1975 eller senare)	688	102	14,8	50	7,3	121	17,6
Samtliga	1800	175	9,7	112	6,2	229	12,7

4.1.7 Cancerregistret

Av de 7 028 personerna som fanns i uttaget från sjömansregistret med uppgift om senaste mönstring, hade enligt cancerregistret 208 personer en eller flera cancerdiagnoser, vilket motsvarar 3 procent av gruppen. Sju av dessa hade två diagnoser och en person tre diagnoser. Fördelningen på de tio vanligaste cancerdiagnoserna framgår ur figur 11.



Figur 11. Frekvensen av de tio vanligaste cancerdiagnoserna enligt ICD-O/3 bland personer som enligt Sjömansregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020. N=218 cancerdiagnoser.

Prostata- och hudcancer var de vanligaste cancerdiagnoserna följt av cancer i livmoderhalsen. Totalt hade personerna drabbats av 30 olika typer av cancer. Det var en större andel kvinnor i gruppen som drabbats av cancer, 25 procent, jämfört med övriga där andelen kvinnor uppgick till 16 procent (andelen kvinnor var 17 procent totalt i sjömansregistret över den senaste mönstringen). De cancersjuka var i genomsnitt 12 år äldre än övriga (födda 1963 respektive 1975). Det fanns stora könsskillnader när det gäller åldern i den cancerdrabbade gruppen: kvinnorna var i genomsnitt 45 år (födda 1975) medan männen var 60 år (födda 1960). I gruppen som inte fått en cancerdiagnos, var skillnaden i medelålder mellan könen 5 år (kvinnorna var födda år 1979 och männen 1974). Hur andelen cancerdrabbade ser ut för de olika befattningarna framgår ur tabell 5.

Tabell 4. Frekvensen av cancerdiagnoser enligt ICD-O/3 per befattningsgrupp bland personer som enligt Sjömansregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020.

Befattning	Antal personer, totalt	Antal personer med minst en cancerdiagnos	Andel, %
Fartygsbefäl	2 325	92	4,0
Intendentur	1 552	51	3,3
Manskap däck	1 630	34	2,1
Manskap maskin	542	5	0,9
Maskinbefäl	979	26	2,7
Samtliga	7 028	208	3,0

Vi kan notera att manskapet i maskin har den lägsta prevalens av cancer än övriga befattningstyper vilket är något förvånande med tanke på exponeringen för hälsovådliga ämnen.

4.1.8 Läkemedelsregistret

De läkemedel som expedierades perioden 15/12 2008 - 30/11 2020 till de personer som var upptagna i sjömansregistret fördelar sig på narkotikaklasser enligt tabell 6.

Tabell 5. Fördelning på narkotikaklasser för de läkemedel som expedierats 15/12 2008 - 30/11 2020 till personer som enligt Sjömansregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020.

Narkotikaklass	Antal poster	Andel av posterna
Ej narkotikaklassad	259 279	88,2%
II - Narkotika med hög beroendepotential	7 490	2,5%
III - Narkotika med medicinsk användning. Beredningar undantagna från vissa föreskrifter.	9 908	3,4%
IV - Narkotika med medicinsk användning	6 427	2,2%
V - Narkotika enbart enligt svensk lag	5292	1,8%
Uppgift saknas	5 541	1,9%
Totalt	293 937	100,0%

Tio procent av förskrivningarna rörde läkemedel som var narkotikaklassade, för två procent saknades uppgift. Drygt 53 procent av de 6 132 personerna hade hämtat ut något narkotikaklassat läkemedel (om antagandet görs att läkemedel där uppgift om narkotikaklass saknades, inte var ett narkotikaklassat läkemedel). Vanligaste klassen var III som 2 602 personer använde läkemedel ifrån (42 procent), följt av klass II (18 procent, 1 109 personer). Läkemedel ur de två högsta klasserna hade expedierats till 10 procent (klass IV, 625 personer) respektive 9 procent (klass V, 575 personer). Tilläggas kan att i narkotikaklass II återfinns preparat som Fentanyl, Morfin, Amfetamin och i klass III preparat som Paracetamol/ibuprofen med Kodein, Tramadol och Efedrin.

4.1.9 Försäkringskassans register

De 62 personer som uppburit **ersättningar** från Försäkringskassan, alltså aktivitetsersättning, förtidspension, sjukbidrag eller sjukersättning, hade fått dem under 89 perioder. Vilken omfattning dessa ersättningsperioder hade, 25, 50, 75 eller 100 procent, framgår i tabell 7. En individ kan ha haft olika omfattningsnivåer under olika perioder. I tabellen visas även fördelningen för de 58 personer som enbart haft en ersättningsnivå.

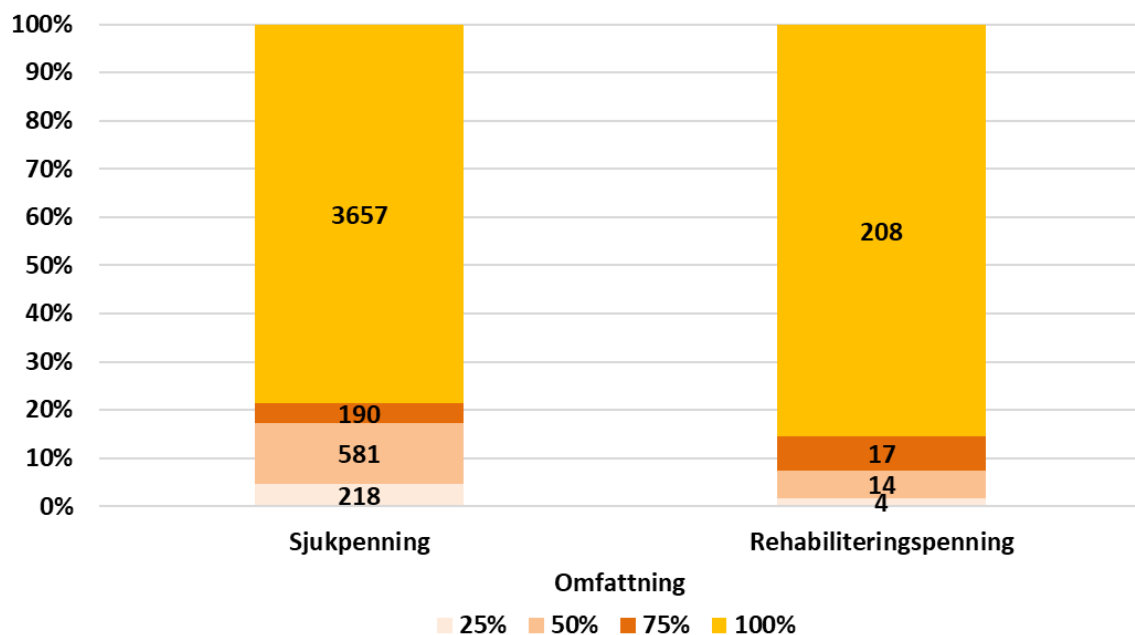
Tabell 6. Fördelning på ersättningens omfattning för personer som enligt Sjömansregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020.

Ersättningens omfattning, %	Antal perioder	Procentuell fördelning	Antal personer	Procentuell fördelning
25	4	4,5	2	3,4
50	26	29,2	17	29,3
75	7	7,9	4	6,9
100	52	58,4	35	60,3
Totalt	89	100,0	58	100,0

En majoritet, drygt 58 procent, av ersättningarna betalades under heltid, medan 3 av 10 fick ersättningen på 50 procent. När materialet undersöks på individnivå, blir fördelningen på ersättningsnivåer snarlik. Av de 62 personerna hade 26 (42 procent) minst en diagnos ur F-gruppen. Alla dessa 26 personer hade en ersättningsnivå på minst 50 procent: tre personer låg på 50 procent-nivån, 1 person på 75 procent och 21 personer hade en 100-procentig ersättningsnivå. En person hade en period med 50 procent och en annan period med 100 procent.

Antalet dagar som personen fått ersättning under perioden 1/1 2009 – 31/12 2019 beräknades. I genomsnitt erhöles ersättning under 1 809 dagar (nästan 5 år) under aktuell period (brutto), om hänsyn tas till ersättningsnivån, netto, blir resultatet 1 248 dagar (3,4 år) i genomsnitt för dessa 62 personer. Bland de 26 personerna med någon F-diagnos, var ersättningstiderna i genomsnitt 1 315 dagar (brutto) respektive 1 126 dagar (netto).

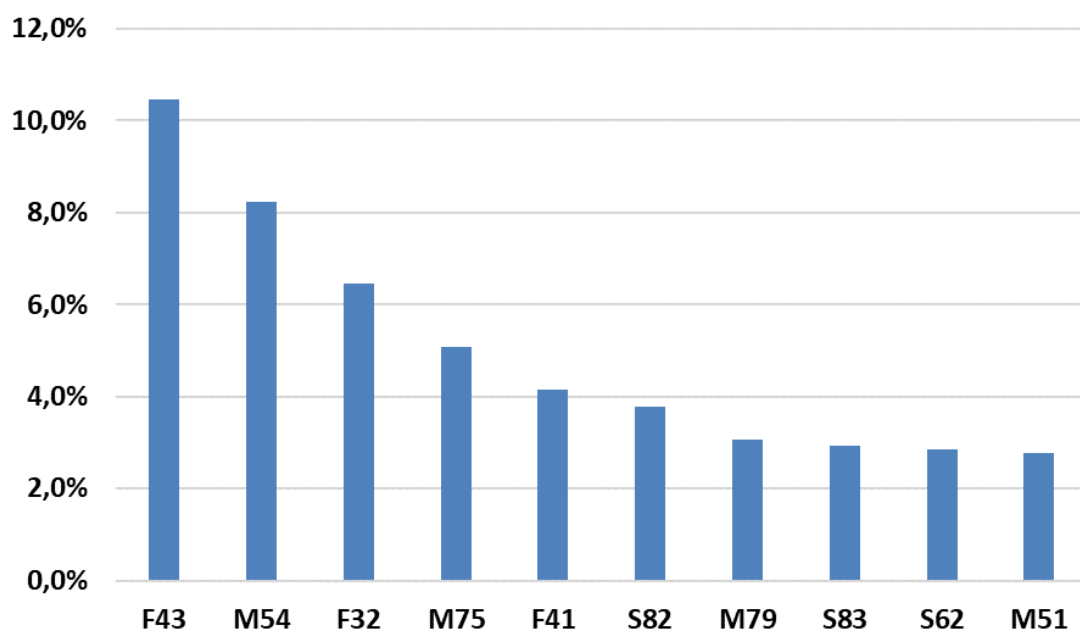
För de 1 923 personer som varit **sjukskrivna**, fördelar sig omfattningen (25, 50, 75 eller 100 procent) per förmånstyp enligt figur 12.



Figur 12. Omfattning per sjukskrivningstyp bland personer som enligt Sjömansregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020. N=4646 sjukpenningsperioder, N=243 rehabiliteringspenningperioder.

Sjukskrivningsperioderna, liksom rehabiliteringsperioderna, hade oftast en omfattning på 100 %; 78 respektive 86 procent. På individnivå visade det sig att sjuklöneperioderna i genomsnitt omfattade 19 dagar (intervall 1–143 dagar) för 1 622 personer. Perioderna då sjukpenning mottogs var i genomsnitt 100 dagar långa brutto (89 dagar netto, dvs. när hänsyn tas till nivån) för 1 919 personer. Vidare betalades rehabiliteringspenning ut i genomsnitt under 75 dagar (73 dagar brutto).

För de 1 301 personerna där uppgift om diagnos fanns, var de 10 vanligaste diagnoserna enligt figur 13.



Figur 13. De tio vanligaste diagnoserna för personer som fått sjukpenning eller rehabiliteringspenning från Försäkringskassan bland personer som enligt Sjömansregistret mönstrat på under perioden 1/1 2019 – 31/8 2020. N=1 301 personer med diagnos angiven i Försäkringskassans register.

I förklaring till figur 13 ovan är F43 anpassningsstörningar på svår stress, M54 är ryggsjukdomar, F32 är depressiv episod, M75 är sjukdomar i skuldrorna, F41 är ångestsyndrom och S82 är frakturer i underben/fot o.s.v.

5 Diskussion

Tidigare studier kring förekomsten av psykisk ohälsa indikerade, bland certifikaten inre fart och fiskare, att psykisk ohälsa var den näst vanligaste orsaken till kontakt med vården (Dahlman, 2016). Ur det material som nu redovisas återfinns psykiska sjukdomar och psykisk ohälsa inte längre bland topp tre när hela sjömansregistret inkluderas, d.v.s. det finns anledning att tro att utslaget på hela populationen svenska sjömän är problemet inte lika stort som bland just det segment som tidigare studerats. Dock finns det säkerligen stor anledning att tro att sjuktalen och vårdkontaktarna kommer att öka som en direkt följd av covid-19 pandemin. Ytterligare kan det antas att ett stort mörkertal finns kring förekomsten av ohälsa oavsett art givet den kultur som råder och de förutsättningar som finns för att söka vård inom vissa delar av sjöfarten.

I det enkätunderlag som redovisas i förstudien får underlaget betraktas som mycket svagt, endast 13% respondenter, vilket gör att de få svar som erhöles enbart kan anses representera en liten del av sjöfarten. Trots att svarsfördelningen över befattningar ändå var relativt jämn räcker inte underlaget att dra några slutsatser av. Dock kan det konstateras att arbetet ombord fortsatt präglas av hög mental belastning men att man samtidigt anser sig ha fått ökad kontroll över innehållet i sitt arbete och de förutsättningar som finns för att utföra arbetet. Samtidigt anser man sig också över lag ha god hälsa vilket tyder på att många av de initiativ som tagits på senare tid kring just arbetsmiljö och levnadsvillkor ombord eventuellt haft effekt. I sammanhanget ska man komma ihåg att underlaget utgörs av sjögående personal som finns i svenska sjömansregistret vilket gör att vi inte har, eller ens skulle fått vid ett större svarsunderlag, en fullt representativ bild mot bakgrund av att många fartyg består av personal från många olika länder.

Vad gäller implementeringen av AFS 2015:4 får det nästan anses vara för tidigt ännu för att se effekter av det mer systematiska arbetsmiljöarbetet. Dels fick sjöfarten dispens i införandet och ytterligare kommer det dröja innan arbetet får genomslag i praktiken ute på fartygen även om förutsättningar finns på plats i rederiet. Som tidigare konstaterat ligger de stora utmaningarna i att överbrygga avståndet mellan rederikontoret och fartygen, att det systematiska arbetsmiljöarbetet måste få fäste ombord och att frågorna kommer lika högt upp på agendan som frågor som rör säkerhet och hållbart arbetsliv. Att man i diskussioner kring riskfaktorer i arbetsmiljön tar upp såväl fysiska som psykiska risker pekar på en förändring i synen på arbetsmiljön. Tidigare har risker ombord varit starkt förknippade med den rent fysiska miljön och de risker som finns för skada. Även skiftarbete och långa perioder ombord har identifierats som risk för arbetsrelaterad ohälsa. Att stress och mental arbetsbelastning tas upp visar att detta har en stark påverkan på arbetet ombord och de förutsättningar under vilka arbetet utförs.

I det omfattande underlag som utgörs av data från Socialstyrelsen och Försäkringskassan visade det sig, som tidigare sagt, inte vara lika vanligt förekommande med psykisk ohälsa jämfört med tidigare studerade certifikatstyper. Dock ska detta ses mot bakgrund av att det enbart baseras på de fall där individen sökt och fått vård. Det finns anledning att tro att mot bakgrund av den kultur som fortfarande råder inom stora delar av sjöfarten är psykisk ohälsa inte socialt accepterat och det finns också svårigheter med att rent praktiskt söka vård. Ytterligare återspeglas detta i sjukskrivningsstatistiken där man kan se

att det oftast förekommer sjukskrivning på 50% eller mer vilket tyder på svårigheter att arbeta annat än heltid. Sjöfarten är, beroende på vilket segment du tillhör, en miljö där man ofta har svårt att erbjuda flexibla arbetsvillkor rent generellt och i synnerhet på de trader där man är ombord i långa perioder. Att arbeta deltid eller vara sjukskriven på halvtid är därför nästan omöjligt på vissa fartyg.

I underlaget från Socialstyrelsen ska tilläggas att data enbart talar om diagnostyp, d.v.s. vad patienten lider av för sjukdom/tillstånd i det givna tillfället. Data redovisar också bidiagnos som beskriver sekundära fynd som beskriver ett annat tillstånd/sjukdom än huvuddiagnosen. Båda dessa ger inte en komplett bild utan denna fås enbart vid tillgång till sjukdomshistorik, orsaker, hereditet m.m. vilket inte varit syftet med denna förstudie.

I öppenvårdsregistret, d.v.s. vård som inte innebär att patienten vårdas på sjukhus förekommer diagnosen psykiska sjukdomar och beteendestörningar i 10% av underlaget och vanligast är muskel- och skelettskador (>20%). Det finns då som sagt anledning att tro att det förekommer ett relativt stort mörkertal och att många som kanske normalt skulle sökt hjälp för sina problem inte gör det p.g.a. dålig tillgång till sjukvård, kulturella aspekter, rädsla för att bli utpekade. Tittar man på fördelningen bland kategorierna ombord är det manskap däck (14%), följt av manskap maskin (13%) och intendentur (12%) som har minst en diagnos i grupp F (psykiska sjukdomar och beteendestörningar). När man såg till bidiagnos så var psykiska sjukdomar och beteendestörningar näst vanligast vilket skulle kunna betyda stressrelaterade orsaker och eventuell depression till följd av fysisk skada eller sjukdom. Vad gäller slutenvården, d.v.s. den behandling som ges när patienten är inlagd på sjukhus för vård, utgjordes denna grupp av drygt 2 000 individer där 12% behandlades för psykiska åkommor och/eller beteendestörningar. Bland dessa var alkoholrelaterade problem, både akuta och beroendeproblematik, representerade men också stressrelaterad ohälsa, t.ex. utmattningssyndrom. Om vi även för slutenvården ser till befattning så är det manskap maskin (18%) och manskap däck (17%) som ligger i topp.

Givet underlaget från Socialstyrelsen kan det sammantaget konstateras att psykisk ohälsa finns representerad i en inte obetydlig omfattning bland svenska sjömän men att dess förekomst förmodligen ser olika ut beroende på certifikatstyp, vilket inte varit föremål för denna förstudie. Som tidigare beskrivits var förekomsten betydligt vanligare bland fiskare och sjömän i inre fart än utslaget på hela sjömansregistret. Dock finns det stor risk för att diagnostypen kan flyttas upp i statistiken som en direkt följd av Covid 19 pandemin. Den kultur som finns representerad i stora delar av sjöfarten och som tyvärr försvårar arbetet med psykisk ohälsa finns fortfarande kvar och påverkar inte bara den enskilde sjömannen utan också hela sjöfartens möjligheter att arbeta systematiskt med att göra sjöfarten hållbar i ett helt yrkesliv. Organisatoriska svårigheter att nå ut på fartygen med verktyg för att dokumentera och identifiera ohälsa och förutsättningar för såväl fysiska som psykiska åkommor behöver överbryggas. Tyvärr erhöles inte det underlag som behövdes i enkätundersökningen som genomfördes utan skulle i en framtida studie behövas upprepas för att utgöra ett bättre komplement till registerdata och bättre förklara eventuella bakomliggande orsaker till ohälsa. Ytterligare skulle framtida studier bättre följa upp effekter av AFS 2015:4 på hälsa.

Vad gäller registerhållning och specifikt sjömansregistret finns det behov av att uppdatera och se över innehållet vilket skulle innebära att det blir betydligt enklare att göra utdrag och säkerställa kvaliteten på data.

6 Referenser

Dahlman, J. (2016). Hälsokrav för yrkesmässig sjöfart i inre fart och för fiskare. Transportstyrelsen.

Forsell K, Eriksson H, Järholm B, Lundh M, Andersson E, Nilsson R. (2017). Work environment and safety climate in the Swedish merchant fleet. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2017;90(2):161-8.

Lefkowitz, R. Y., Slade, M. D. (2019). Seafarer Mental Health Study. ITF Seafarers' Trust & Yale University.

Paukszat, B., Andrei, D. M., Grech, M. (2022). Effects of the Covid-19 pandemic on the mental health of seafarers: A comparison using matched samples. *Safety Science* 146 (2022) 105542.