



KAROLINSKA INSTITUTET
INSTITUTIONEN FÖR
FOLKHÄLSOVETENSKAP
AVDELNINGEN FÖR YRKESMEDICIN

”Kvinnors sjukskrivning”

En studie om riskfaktorer för långtidssjukskrivning

Januari 2005

Monica Renstig
Civilekonom, karriärrådgivare
Women's Business Research Institute

Hélène Sandmark
Med dr, ergonom
Institutionen för Folkhälsovetenskap
Avd för yrkesmedicin
Karolinska Institutet

Forskningsprojektet KVINNORS SJUKSKRIVNINGAR

*Ett forskningsprojekt från Karolinska Institutet. Institutionen för Folhälsovetenskap,
avdelningen för yrkesmedicin
och Women´s Business Research Institute*

Projektledning

Civilekonom, karriärrådgivare Monica Renstig
Med dr, ergonom H el ene Sandmark, projektledare

Projektmedarbetare

Leg läkare/gynekolog Monica Essén
Beteendevetare Kristina Färm
Statistiker Christer Helsing, Tabell och Form AB
Civilekonom Agneta Norell
Ergonom Marita Sarvento-Håkansson

Projektsamordning

Civilekonom Roken Cilgin
Forskningsassistent Ebba von Rosen

Projektet har finansierats av Försäkringsbolaget AFA.

KONTAKT:

**Med dr, universitetslektor H el ene
Sandmark,
Karolinska Institutet och Örebro
Universitet.
E-mail: helene.sandmark@ioh.oru.se
Träffas säkrast på mobil: 0708 23 38 42**

**Civilekonom Monica Renstig
Women´s Business Research Institute
Box 5501, 114 85 Stockholm
Tel: 08-667 06 55 Fax: 08-660 52 64
Mobil: 070-774 33 74
www.wombri.se**

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	7
Bakgrund	7
Syfte	9
Metod och material	9
Studiepopulation och design	9
Enkät	10
Sekretess och godkännande	11
Klassificering av exponering	11
Statistisk bearbetning	12
Yrkeskodning	13
Deltagandet i undersökningen	14
Studiepopulation	15
Resultat	16
Sjukdomar och funktionsnedsättningar	16
Kötider och bemötande i sjukvården	17
Sjukskrivning	18
Arbetsmarknadssektor	19
Yrkestitlar	20
Arbetsförhållanden och rörlighet på arbetsmarknaden	20
Upplevda belastningar i arbetet	22
Utveckling och kontroll i arbetet	22
Kompetens för arbetsuppgifter	24
Trivsel och uppskattning på arbetet	24
Yrkesarbetet i framtiden	26
Privatekonomin	27
Barn och familj	31
Individ- och livsstilsfaktorer	32
Diskussion	34
Brister i sjukvårdens tillgänglighet	35
Folkhälsoutvecklingen i Sverige och den ökade sjukskrivningen	36
Risker med deltidssjukskrivning	37
Svag förankring på arbetsmarknaden	38
Inlåsning	40
Ekonomiska incitament till yrkesarbete saknas	42
Familjelivet och jämställdheten i hemmet	45
Personliga egenskaper och livsstilsfaktorer	47
Återgång till arbetslivet	49
Sammanfattande kommentarer	50
Referenser	52

Sammanfattning

Undersökningens syfte är att identifiera faktorer som är av betydelse för långtidssjukskrivning bland svenska kvinnor i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet.

Projektet inleddes med en kvalitativ intervjustudie av 25 långtidssjukskrivna kvinnor (Sandmark och Renstig 2004). Resultatet av intervjustudien har legat till grund för uppläggning och genomförande av huvudundersökningen som redovisas i denna rapport.

Sambandet mellan långtidssjukskrivning hos kvinnor och faktorer på arbetet, i hemmet och familjen samt livsstilsfaktorer, medicinsk funktionsnedsättning och tillgången till sjukvård undersöktes i en fallkontrollstudie.

Studiebasen omfattar kvinnor i åldrarna 30-55 år boende i Värmlands, Örebro, Västmanlands, Gävleborgs och Östergötlands län mellan oktober 2003 och mars 2004. Totalt inbjöds 300 sjukskrivna kvinnor (fall) och 300 ej sjukskrivna kvinnor ur befolkningen (kontroller) att delta i undersökningen. Data samlades in via postenkäter.

De sjukskrivna kvinnorna valdes slumpmässigt ur försäkringsbolaget AFA:s¹ register över kvinnor som varit sjukskrivna 90 dagar och längre. Kontrollgruppen valdes slumpmässigt ur befolkningsregistret. Av de sjukskrivna kvinnorna deltog 80 % i undersökningen. Motsvarande siffra för kontrollgruppen är 78 %.

Denna redovisning är en översiktlig beskrivning och analys av de data som samlats in. Fördjupade analyser kommer att kunna göras inom den närmaste framtiden, innan materialet blir inaktuellt.

Undersökningens resultat visar att:

- nära hälften av de långtidssjukskrivna kvinnorna rapporterar att sjukvården inte är tillgänglig för dem i tillräcklig omfattning. Väntetiderna för utredning och behandling sträcker sig över månader och ibland över ett år. Längsta väntetiderna rapporterades för undersökning hos specialistläkare. En femtedel av de sjukskrivna kvinnorna anser att de inte har blivit bemötta med respekt och tagna på allvar vid sina kontakter med sjukvården.

¹ AFA administrerar en kollektivavtalsförsäkring (AGS) som är tecknad mellan arbetsmarknadens parter och som omfattar cirka 2.5 miljoner löntagare inom kollektiven Svenskt Näringsliv/LO, KFO/LO och KL. Försäkringen ges som ett tillägg till sjukpenningen och uppgår till 10-15 procent av den sjukpenninggrundade inkomsten. I AGS-registret finns uppgifter om de sjukskrivnas namn, adress, ålder, yrke, diagnos och sjukskrivningstidens längd.

- de sjukskrivna kvinnorna fick barn tidigare i livet och har flera barn (OR 2.3 CI 1.4-3.5)² jämfört med kvinnor i befolkningen. Dessutom har de också i högre utsträckning eller har haft huvudansvaret för skötseln av barnen (OR 1.6 CI 1.0-2.4)².
- de sjukskrivna kvinnorna har arbetat deltid i större omfattning (OR 1.5 CI 1.0-2.2)².
- de sjukskrivna kvinnorna mår inte bra av omorganisationer på arbetet. De har inte upplevt att de fått lära nytt i arbetet eller att arbetet varit lärorikt. De har inte utvecklats i sitt arbete i samma omfattning som kvinnor som inte är sjukskrivna. De har inte heller känt inflytande och kontroll i arbetet och de har i mindre utsträckning kunnat påverka sina arbetstider.
- de ekonomiska incitamenten till yrkesarbete är svaga för de kvinnor som är långtidssjukskrivna eftersom skillnaden i nettobehållning mellan inkomst från yrkesarbete och sjukersättning är liten, särskilt för lågutbildade kvinnor med låga löner. Om hänsyn tas till de merkostnader, lunch och resor till jobbet, som uppstår i samband med yrkesarbete visar studien att 90 % av alla kvinnor förlorar på att yrkesarbeta. Endast för kvinnor i yrken som kräver en längre akademisk utbildning kan inkomsten bli högre än utgifterna vid arbete jämfört med sjukskrivning.
- de sjukskrivna kvinnorna rapporterar att de antingen saknar kompetens för sina arbetsuppgifter (OR 4.5 CI 1.8-11.4)² eller att de är överkvalificerade.
- de sjukskrivna kvinnorna trivs generellt sämre med sina arbetsuppgifter och på sina arbetsplatser och med sina arbetskamrater. De upplever att de får mindre uppskattning på arbetet. Yngre sjukskrivna kvinnor som arbetar inom barnomsorg, omsorg och sjukvård har oftare blivit utsatta för mobbing på arbetsplatsen.
- de sjukskrivna kvinnorna har haft färre arbetsgivare under sitt yrkesverksamma liv (OR 3.0 CI 1.7-5.2)². Detta gäller särskilt för de yngre kvinnorna inom barnomsorg, omsorg och sjukvård (OR 4.9 CI 1.9-12.1)². Äldre långtidssjukskrivna kvinnor som arbetar inom barnomsorg, omsorg och sjukvård har inte bytt arbete eller yrke lika ofta som kvinnor i samma yrkesgrupper i befolkningen som inte är långtidssjukskrivna (OR 2.8 CI 1.1-7.1)².

² För faktorer som kan påverka risken för långtidssjukskrivning gjordes jämförelse mellan gruppen sjukskrivna och kontrollgruppen. En kvot (odds ratio, OR) beräknades. Kontrollgruppens oddskvot bestämdes till 1. Värdet 1 visar ingen förhöjd risk, medan 2 visar på fördubblad risk. Detta gjordes för att ge svar på vilken betydelse de undersökta faktorerna (exponeringarna) har för långtidssjukskrivning och för att visa hur de sjukskrivna kvinnorna skilde sig från kontrollgruppen. För varje erhållen oddskvot beräknades 95 procent konfidensintervall (confidence interval, CI) för att visa precisionen i undersökningen (Hammar och Persson 1995, Rothman och Greenland 1998).

- 26 % av de sjukskrivna uppger att de skulle kunnat börja arbeta omgående hos en annan arbetsgivare eller i ett annat yrke/sysselsättning.
- de sjukskrivna kvinnorna har svårare att säga nej, de har sämre kontroll över sina liv (OR 8.7 CI 3.0-25.1)² och upplever krav från familj och släkt som känns belastande.
- de sjukskrivna kvinnorna anser att deras arbete är fysiskt tungt och psykiskt krävande i högre utsträckning än vad de friska kvinnorna gör.
- de sjukskrivna kvinnor som har arbeten som inte kräver några särskilda kvalifikationer är oftare sjukskrivna på heltid, medan sjukskrivna kvinnor med arbeten som kräver högre kvalifikationer är mer sjukskrivna på deltid.
- de sjukskrivna kvinnorna motionerar i mindre utsträckning och är mer överviktiga.
- de långtidssjukskrivna kvinnorna rapporterar att de klarar sig sämre på sin lön och sparar i mindre utsträckning pengar jämfört med kontrollerna.
- de flesta (93 %) av de långtidssjukskrivna kvinnorna vill börja yrkesarbeta igen.
- nästan en femtedel av de sjukskrivna kvinnorna anger att de skulle kunna arbeta nu om arbetet anpassades till dem.
- för nästan hälften av de sjukskrivna kvinnorna finns ingen plan utarbetad för hur de ska kunna återgå till arbetslivet.
- kvinnor i befolkningen, även de som inte är sjukskrivna, rapporterar i hög utsträckning symptom som värk och smärta i muskler och leder, psykiska funktionsproblem och sjukdomar i magen/matsmältningsorganen. Dessa funktionsproblem är också de vanligaste diagnoserna vid långtidssjukskrivning bland AFA-försäkrade kvinnor.
- 61 % av de sjukskrivna och 30 % av kontrollerna har fått nya sjukdomar och besvär under de senaste två åren. Sömnproblem är betydligt vanligare hos långtidssjukskrivna kvinnor (OR 4.9 CI 2.4-10.0)².

² För faktorer som kan påverka risken för långtidssjukskrivning gjordes jämförelse mellan gruppen sjukskrivna och kontrollgruppen. En kvot (odds ratio, OR) beräknades. Kontrollgruppens oddskvot bestämdes till 1. Värdet 1 visar ingen förhöjd risk, medan 2 visar på fördubblad risk. Detta gjordes för att ge svar på vilken betydelse de undersökta faktorerna (exponeringarna) har för långtidssjukskrivning och för att visa hur de sjukskrivna kvinnorna skilde sig från kontrollgruppen. För varje erhållen oddskvot beräknades 95 procent konfidensintervall (confidence interval, CI) för att visa precisionen i undersökningen (Hammar och Persson 1995, Rothman och Greenland 1998).

Undersökningen visat att orsaksbakgrunden till långtidssjukskrivning bland svenska kvinnor är komplex och att huvudorsakerna återfinns inom olika områden av kvinnornas liv.

Sammanfattningsvis ligger orsakerna till långsjukskrivning inom de områden som redovisas i det följande:

- ▶ Medicinska funktionsnedsättningar och svårigheter att få tillgång till adekvat utredning och sjukvård är både riskfaktorer för sjukskrivning och hindrande faktorer för arbetsåtergång. De besvär som de sjukskrivna kvinnorna har är vanliga även bland kvinnor som inte är sjukskrivna. En bättre och snabbare tillgång till undersökning och vård kan förmodligen förebygga, förhindra och förkorta långa sjukskrivningar.

- ▶ De sjukskrivna kvinnorna har svag förankring på arbetsmarknaden och deras yrkeskvalifikationer stämmer inte med arbetets krav. De har i större utsträckning varit deltidsarbetande och har fler barn, vilket lett till lägre närvaro på arbetsmarknaden. De har också i mindre omfattning varit rörliga på arbetsmarknaden. Att de uttrycker att de på olika sätt inte trivs på sina arbetsplatser och med sina arbeten kan förmodligen betraktas som en konsekvens av detta. En ökad närvaro på arbetsplatsen och en större rörlighet på arbetsmarknaden skulle sannolikt vara positivt och minska negativa effekter av inlåsning i arbete och på arbetsplats. Det skulle ge kvinnorna möjlighet att finna både rätt arbete och rätt arbetsplats.

- ▶ Nettobehållningen av inkomst från yrkesarbete respektive sjukersättning visar att de sjukskrivna kvinnorna i samtliga yrken förlorar på att yrkesarbeta om hänsyn tas till att levnadsomkostnaderna normalt sett är högre vid yrkesarbete. De privatekonomiska incitamenten till yrkesarbete måste öka om långa sjukskrivningar ska kunna förebyggas och brytas.

- ▶ Långtidssjukskrivna kvinnor har sannolikt en större belastning i det obetalda arbetet i hemmet eftersom de har fler barn och tar eller har tagit en större del i skötseln av barnen. Ökad uppmärksamhet på detta och åtgärder som fokuserar på att lätta på den dubbla arbetsbördan är nödvändiga för att förebygga och bryta långa sjukskrivningar.

- ▶ Livsstilfaktorer och personbundna egenskaper (t ex dåligt självförtroende och dålig kontroll över sitt eget liv, övervikt, avsaknad av motion) som skiljer sjukskrivna och yrkesarbetande kvinnor åt kan vara både riskfaktorer för sjukskrivning och konsekvenser av sjukskrivning. Detta bör uppmärksammas vid prevention och rehabilitering.

Inledning

Under hösten 2003 inleddes en vetenskaplig studie om riskfaktorer för långtidssjukskrivning bland svenska kvinnor. Projektet ”Kvinnors sjukskrivning” har som målsättning att förbättra teoribildningen bakom orsakerna till långa sjukskrivningar och att identifiera faktorer som är av betydelse för långtidssjukskrivning. Projektet innefattar, förutom fokus på sjukdom och medicinsk funktionsnedsättning, förhållanden som rör individens hela livssituation och som kan antas ha betydelse för sjukskrivning.

Undersökningen inleddes med en intervjustudie av 25 långtidssjukskrivna kvinnor från samma studiepopulation som i denna studie (Sandmark och Renstig 2004). Eftersom kunskapen om mekanismerna bakom sjukskrivning är begränsad var syftet med intervjustudien att genom insamling av empiriska data få en helhetsbild över sjukskrivna kvinnors livssituation och en bild av det enskilda fallet.

Analysen av de genomförda intervjuerna låg till grund för utformningen och den vetenskapliga prövning av de enkätfrågor som ingår i den fall-kontrollstudie som redovisas i denna rapport.

Bakgrund

Under den senaste tioårsperioden har den svenska arbetsmarknaden kraftigt förändrats. Förutom att antalet arbetade timmar och möjligheten att få ett arbete har minskat har kvalifikationskraven ökat inom olika yrken och branscher (OECD 2004, SCB 2004). Det nya arbetslivet karakteriseras av en ökad globalisering och avreglering av marknader.

Den tekniska utvecklingen med en genomgripande datorisering och utbyggnad av datakommunikationen har skapat nya förutsättningar i arbetslivet och i människors vardag.

Dessa förändringar av arbetslivets villkor har medfört konsekvenser såväl för företag och verksamheter som för den enskilde arbetstagaren. Det rör sig om nya anställningsformer, en ökad öppen arbetslöshet, lönsamhetsproblem, omstruktureringar och förändringar i arbetsorganisationer vilka sammantaget sannolikt kan interagera med hälsan hos den arbetande befolkningen.

Kvinnor på den svenska arbetsmarknaden har en hög förvärvsfrekvens och förvärvsintensitet. Från 1990 och fram till 2004 har dock en nedgång av förvärvsfrekvensen skett från 83 procent till 77 procent samtidigt som 21 procent av kvinnorna arbetar deltid (OECD 2004).

Även om Sverige räknas som ett föregångsland när det gäller jämställdhet har vi, tillsammans med övriga länder i Norden den mest könssegregerade arbetsmarknaden bland OECD-länderna (Anker 1998, OECD 2004). Könssegregeringen innebär dels att flertalet kvinnor finns i vissa kvinnodominerade yrken, dels att de är i lägre positioner i

hierarkierna på arbetsplatserna. Kvinnornas makt och inflytande på arbetet är också generellt lägre även om de befinner sig i mansdominerade yrken (Nyberg och Sundin 1997).

Den könssegregerade arbetsmarknaden har ett klart samband med sjuklighet hos både kvinnor och män. Tidigare forskning har visat att sjukligheten och sjukfrånvaron är lägst bland kvinnor och män i könsintegrerade yrken. För kvinnor är sjukfrånvaron allra högst i extremt mansdominerade yrken och hög i mans- eller i kvinnodominerade yrken (Alexandersson 2000).

Sedan 1998 har sjukpenningdagarna nästan fördubblats. Det är framförallt de långa sjukskrivningarna som har ökat. Trenden mot ökad sjukskrivning förefaller för tillfället ha planat ut. Förtidspensioneringarna fortsätter dock att öka och det stora antalet pågående långa sjukfall förväntas bidra till en fortsatt ökning av förtidspensioneringar (RFV 2004).

Svenska kvinnor har högre sjukfrånvaro än män och deras andel av den totala långtidssjukskrivningen över 90 dagar är 64 procent. Andelen långtidssjukskrivna kvinnor är således dubbelt så stor jämfört med män. De långvariga sjukskrivningarna ökar också i snabbare takt bland kvinnor (RFV 2004). De långtidssjukskrivna kvinnorna är sammantaget yngre än långtidssjukskrivna män. Ökningen i långtidssjukskrivning sker främst bland yngre kvinnor. Det är enligt den officiella statistiken också i de yngre åldersgrupperna som könsskillnaderna är tydligast (RFV 2004).

De offentligt anställda är överrepresenterade bland de långtidssjukskrivna. Den största enskilda gruppen långtidssjukskrivna är anställda inom vård och omsorg. Tjugofem procent av alla långtidssjukskrivna kvinnor arbetar i den sektorn. Där ingår yrken som barnskötare, undersköterskor, sjukvårdsbiträden, vårdbiträden, skötare, personliga assistenter och tandsköterskor (RFV 2004).

I den svenska befolkningen har antalet sjukskrivna i alla typer av sjukdomar ökat sedan 1997, men andelen psykiska sjukskrivningsdiagnoser har ökat mest. Långtidssjukskrivna kvinnors diagnoser utgörs till 33 procent av psykiska sjukdomar som depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner. Rörelseorganens sjukdomar har minskat något och svarar nu för 31 procent av diagnoserna hos långtidssjukskrivna kvinnor (RFV 2004).

Försäkringsbolaget AFA har sedan 1970-talet registrerat diagnoser på sina försäkrade när de anmält sjukdom. Försäkringsbolaget Alecta har på motsvarandesätt registrerat diagnoser sedan i slutet av 1990-talet. Dessa databaser täcker tillsammans ungefär tre miljoner av den arbetande befolkningen i Sverige och ger en bra bild av diagnospanoramat i olika grupper.

Sedan 1997 har man i dessa databaser kunnat konstatera att den psykiska ohälsan som sjukskrivningsorsak ökar, vilket stämmer med Riksförsäkringsverkets statistik. En intressant iakttagelse är att ökningen av psykisk ohälsa inte kan ses bland de LO-an slutna som försäkras av AFA, medan den är mycket tydlig hos de AFA-försäkrade som är

anställda i andra delar av kommuner och landsting. Även de privatanställda tjänstemännen som är försäkrade i Alecta visar en markant ökning av lättare psykisk ohälsa (Alecta 2004).

Bland långtidssjukskrivna inom landstingen finns betydande skillnader i fördelningen mellan olika diagnoser. Andelen psykisk ohälsa är störst hos läkare och sjuksköterskor (ca 40 procent) medan den är lägre hos undersköterskor (ca 20 procent). Undersköterskorna har i större utsträckning besvär från rörelseorganen. (AFA 2004)

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka de exponeringar och problemställningar som lyfts fram i den inledande intervjustudien och som kan antas ha relevans för en längre tids sjukskrivning bland kvinnor. Det yttersta syftet med undersökningen är att det ska vara möjligt att med utgångspunkt från resultatet kunna bedriva prevention och intervention utifrån den nyvunna kunskapen om bakgrundsmekanismerna till långvarig sjukskrivning under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet.

Metod och material

Studiepopulation och design

Sambandet mellan långtidssjukskrivning hos kvinnor och faktorer på arbetet, i hemmet och familjen samt livsstilsfaktorer, hälsa och medicinsk funktionsnedsättning, undersöktes i en fall-kontrollstudie.

Studiebasen omfattar kvinnor i åldrarna 30-55 år boende i Värmlands, Örebro, Västmanlands, Gävleborgs och Östergötlands län mellan oktober 2003 och mars 2004. De fem mellansvenska länen valdes med hänsyn till att de ligger strax över riskgenomsnittet avseende omfattning av långtidssjukskrivning och för att de representerar såväl större städer, mindre samhällen som landsbygd. Områdena har en varierande demografi och näringsstruktur.

Totalt inbjöds 300 hel- eller deltidsjukskrivna kvinnor (fall) och 300 ej sjukskrivna kvinnor ur befolkningen (kontroller) att delta i undersökningen.

De sjukskrivna kvinnorna valdes slumpmässigt ur försäkringsbolaget AFA:s register över långtidssjukskrivna kvinnor i de fem mellansvenska länen.

AFA administrerar en kollektivavtalsförsäkring (AGS) som är tecknad mellan arbetsmarknadens parter och som omfattar cirka 2.5 miljoner löntagare inom kollektiven Svenskt Näringsliv, LO, KFO (Kooperationens Förhandlingsorganisation) och KL (kommun- och landsting/regionsanställda). Försäkringen ges som ett tillägg till sjukpenningen och uppgår till

10-15 procent av den sjukpenninggrundade inkomsten. I AGS-registret finns uppgifter om de sjukskrivnas namn, adress, ålder, yrke, diagnos och sjukskrivningstidens längd.

Urvalskriterierna innebar att kvinnorna skulle ha en pågående hel- eller deltidssjukskrivning som hade initierats efter den 31 januari 2003 och som vid urvalstillfället hade varat i minst 90 dagar.

Sjukskrivna kvinnor med sjukskrivningsdiagnoser som cancer, njursvikt, graviditetskomplikationer, hjärtinfarkt, hjärnblödning och tunga psykiatriska diagnoser ingår inte i studien. Kvinnor födda utanför Norden exkluderades.

Kontrollgruppens kvinnor hämtades från registret över totalbefolkningen (RTB) genom att skapa en urvalsram som omfattade kvinnor i samma åldrar och från samma geografiska områden som sjukskrivningsgruppen.

Från urvalsramen som skapats från AGS-registret och befolkningsregistret, gjordes ett stratifierat obundet slumpmässigt urval av totalt 600 studiepersoner.

Metoden för datainsamlingen var postenkät med följebrev till de sjukskrivna och till befolkningskontrollerna. De ombads att skicka tillbaka den ifyllda enkäten i ett bifogat svarskuvert. Det första utskicket gjordes i slutet av januari 2004. Tre påminnelser skickades till dem som inte besvarat enkäten. Dessa utskick skedde med cirka tre veckors mellanrum.

I följebrevet erbjöds studiepersonerna att lämna enkätsvaren per telefon om de föredrog det. De blev då uppringda av en forskningsassistent eller forskare på överenskommen tidpunkt för att besvara enkäten muntligt.

De enkäter som var ofullständigt ifyllda kompletterades genom att studiepersonerna kontaktades per telefon eller brev för att besvara frågor som inte hade besvarats eller för klargöranden.

Insamlingen avslutades under april månad 2004.

Enkät

Enkätformuläret omfattar 129 frågor. Frågorna hade utformats efter resultatet från den intervjustudie som genomfördes före enkätundersökningen. Fördelningen av frågor och frågekonstruktionen anpassades enligt resultatet från intervjustudien och informanternas berättelser om sin situation som långtidssjukskriven.

Trettioåttio frågor var relaterade till nuvarande och tidigare arbetsförhållanden, 18 frågor berörde familjeförhållanden och privatliv och 10 frågor privatekonomin. Sjutton frågor berörde hälsa, ohälsa och kontakter med sjukvården, 12 frågor rörde kvinnornas uppväxtförhållanden och självskattade personlighetsdrag. Resterande 34 frågor ställdes

enbart till dem som var sjukskrivna och handlade om förhållanden kring sjukskrivning och arbetsåtergång.

Prövning av reliabilitet och validitet i enkätfrågorna genomfördes innan enkäten slutgiltigt skickades ut till samtliga studiepersoner. Tjugo personer som hade deltagit i den inledande intervjustudien fick omkring en månad efter intervjun en enkät per post att fylla i och returnera. Innehållet i varje persons intervju jämfördes med de svar som givits i enkäten och en uppskattning av överensstämmelsen gjordes.

Kvinnorna i intervjustudien hade uppmanats att kommentera frågorna avseende eventuella oklarheter i frågeformuleringen vilket beaktades vid den vidare bearbetningen av enkätfrågorna. Överensstämmelsen med den tidigare gjorda intervjun och svaren på enkätfrågorna var mycket god.

Ytterligare ett utskick av enkäten gjordes till samma personer efter cirka tre veckor för att testa upprepbarheten i svaren över tid. Överensstämmelsen var god och i de fall där skillnader fanns mellan avgivna svar från samma studieperson vid de två tillfällena justerades frågorna eller beaktades senare vid bearbetningen av enkätsvaren i denna studie.

Sekretess och etiskt godkännande

Ett följebrev bifogades enkäten för att informera uppgiftslämnarna om undersökningens bakgrund och syfte samt från vilka register studiepersonerna hämtats. I brevet stod också att samtliga uppgifter som lämnas är skyddade av personuppgiftslagen och sekretesslagen och att det var frivilligt att delta i studien.

Det framgick av informationsbrevet att materialet skulle avidentifieras och endast redovisas på gruppnivå.

Projektplanen har prövats och godkänts av etisk kommitté vid Karolinska Institutet 2003 12 16 (dnr 03-542).

Tillstånd för uttag av ett befolkningsurval ur SPAR registret har erhållits från Statens Personaladressregisternämnd 2003 12 10 (nr 2003/0591).

Klassificering av exponering

För fall och kontroller kartlades olika exponeringsförhållandena i nutid och bakåt i tiden avseende variabler knutna till yrke och yrkesarbete samt faktorer i den privata sfären kopplade till barn och familj samt individ- och livsstilsfaktorer.

Exponering i denna studie är en faktor som skulle kunna tänkas påverka risken att bli långtidssjukskriven. Exponeringen är skattad genom de svar som studiepersonerna lämnat i postenkäterna.

Svaren analyserades med fall och kontroller som oexponerad/lågexponerad eller exponerad/högexponerad.

I tabellerna i resultatsdelen av denna redovisning visas hur exponeringarna delades upp vid analysen.

Statistisk bearbetning

För faktorer som kan påverka risken för långtidssjukskrivning gjordes jämförelser mellan gruppen sjukskrivna och kontrollgruppen. Skattningar av den relativa risken beräknades som kvoten mellan antalet högexponerade/exponerade och antalet lågexponerade/oexponerade för varje studerad exponering. Den presenteras i denna undersökning som en oddskvot (odd ratio, OR) eftersom studien har fall-kontrolldesign. Oddskvoten ger en uppfattning om hur starkt sambandet är mellan exponering och långtidssjukskrivning.

Kontrollgruppens oddskvot bestämdes till 1. Värdet 1 visar ingen förhöjd risk, medan 2 visar på fördubblad risk. Detta gjordes för att ge svar på vilken betydelse de undersökta faktorerna (exponeringarna) har för långtidssjukskrivning och för att visa hur de sjukskrivna kvinnorna skilde sig från kontrollgruppen.

För varje erhållen oddskvot beräknades 95 procent konfidensintervall (confidence interval, CI) för att visa precisionen i undersökningen (Hammar och Persson 1995, Rothman och Greenland 1998).

Vid bearbetning har en stratifierad analys med separata analyser för olika strata genomförts för att kontrollera för potentiell confounding från yrke och yrkeskvalifikation samt ålder. En confounder samvarierar med den studerade exponeringen i studiepopulationen och skulle också kunna påverka risken att bli långtidssjukskriven, förutom den variabel som man avser att studera. Det är således en variabel som stör sambandet mellan den studerade exponeringen och långtidssjukskrivning.

Studiepersonerna delades i två åldersgrupper vid analysen, dels för att kontrollera för ålder, dels för att belysa olika exponeringars betydelse för kvinnor i olika åldrar.

Direkta jämförelser av undersökta exponeringar har även gjorts mellan sjukskrivna och ej sjukskrivna personer med yrkestitlar som ingår i områdena barnomsorg, omsorg och sjukvård: Förskollärare, barnskötare, personliga assistenter, sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och biomedicinska analytiker.

Yrkeskodning

För att göra gruppen av sjukskrivna kvinnor jämförbar med kontrollgruppen stratifierades samtliga i studien deltagande kvinnor i fyra olika nivåer avseende yrkets eller arbetets kvalifikationsnivå (eng. skill level). Kvalifikationsnivåerna är framtagna i SSYK 1996 som utgör Standard för svensk yrkesklassificering.

De fyra nivåerna klassificerar personer efter det arbete de utför vilket gör att de kan normeras efter yrkeskategori. Det är de kvalifikationer som arbetet fordrar och inte de kvalifikationer som den enskilde arbetstagaren har, som ligger till grund för indelningen. Det betyder att arbetstagaren kan inhämta kunskaper och färdigheter antingen genom formell utbildning eller genom arbetserfarenhet (Statistiska Centralbyrån, Statistics Sweden, www.scb.se).

SSYK:s fyra kvalifikationsnivåer:

1:a Normalt inga krav på utbildning

2:a Normalt krävs gymnasiekompetens

3:e Normalt krävs gymnasieskola med påbyggnad eller en kortare högskoleutbildning (högst ca 3 år)

4:e Normalt krävs en längre högskoleutbildning (3-4 år eller mer) och en akademisk examen

I undersökningen har kvinnornas yrkestitlar sorterats in i de olika kvalifikationsnivåerna (Tabell 1).

I kvalifikationsnivå 1 ingår yrkestitlar som lokalvårdare, skolmåltidsbiträde, fabriksarbetare och restaurangbiträde.

I kvalifikationsnivå 2 finns majoriteten av samtliga kvinnor. Exempel på yrkestitlar på denna nivå är läkarsekreterare, ekonomiassistent, kassörska, affärsbiträde, barnskötare, vårdbiträde och undersköterska.

De vanligaste yrkena i kvalifikationsnivå 3 är sjuksköterska, förskollärare, biomedicinsk analytiker, handläggare, fritidspedagog och ingenjör.

I kvalifikationsnivå 4 finns de kvinnor som har en lång teoretisk utbildning och med yrkestitlar som gymnasie- och grundskolelärare, personalchef, bibliotekarie, läkare och psykolog.

Tabell 1. Kvinnornas arbeten/yrkestitlar kodade enligt SSYK –96 (Statistiska Centralbyrån, Statistics Sweden) efter kvalifikationsnivå

Kvalifikationsnivå	Fördelning % sjukskrivningsgrupp (n= 231)	Fördelning % kontrollgrupp (n=194)
1. Normalt inga krav på utbildning	10 (n=23)	5 (n=9)
2. Normalt krävs gymnasiekompetens	67 (n=151)	50 (n=94)
3. Normalt krävs gymnasieskola med påbyggnad eller en kortare högskoleutbildning	15 (n=33)	25 (n=47)
4. Normalt krävs en längre högskoleutbildning och en akademisk examen	8 (n=18)	20 (n=38)

Deltagandet i undersökningen

Totalt besvarade 425 kvinnor enkäten, vilket är 80 procent av urvalet. Deltagandet var något högre bland de sjukskrivna, 82 procent (n=231), jämfört med kontrollerna där det var 78 procent (n=194).

Bland kontrollerna fanns kvinnor som varit sjukskrivna i 90 dagar eller mer och som därmed inte uppfyllde kriterierna för att ingå i kontrollgruppen. Bland dessa rapporterade 24 kvinnor yrken, arbetsplatser och diagnoser som medgav att de istället kunde inkluderas i gruppen av sjukskrivna. Övriga kvinnor i kontrollgruppen som var långtidssjukskrivna togs bort från studien.

Tjugosex kvinnor som från början ingick i gruppen sjukskrivna kvinnor hade nyligen återgått i arbete och deras sjukskrivning hade därför upphört. De tillhörde inte längre studiepopulationen och togs därför ur studien (Tabell 2).

Tabell 2. Urval av studiepersoner och deltagande i studien

URVAL	KONTROLLER	SJUKSKRIVNA	SUMMA
	N	N	N
BRUTTOURVAL	300	300	600
Sjukskrivna kontroller >90 dagar ¹	24	+24	
Tillhör ej studiepopulationen ²	26	15	
Ej längre sjukskrivna		26	
NETTOURVAL	250	283	533
Ej svarat	45	40	
Avböjt deltagande	11	12	
Erhållna svar	194	231	425
SVARFREKVENS	78 %	82%	80%

¹ Kontrollpersoner som visade sig vara sjukskrivna sedan minst 90 dagar och i övrigt uppfyllde kriterier för inklusion i studien flyttades över till sjukskrivningsgruppen.

² Exempel på varför vissa personer exkluderades från studien:

- Förtidspensionerad sedan flera år.
- Sjukskriven kortare tid än 90 dagar.
- Född utanför Norden.
- Avflyttad från de geografiska områden som ingår.
- Sjukskrivningsdiagnos som ej ingår i undersökningen.

Studiepopulationen

Medianåldern för de sjukskrivna kvinnorna är 43 år och för kontrollgruppen 41 år. Civilståndet för de båda grupperna är i stort sett detsamma: De flesta är gifta eller sammanboende och övriga är ensamstående skilda, särbo eller änkor (Tabell 3).

Tabell 3. Studiepopulationens civilstånd

Civilstånd	Sjukskrivningsgrupp	Kontrollgrupp
Gift/sambo	77 %	80 %
Skild	5 %	4 %
Särbo	2 %	2 %
Ensamstående	13 %	12 %
Änka	1 %	1 %

Resultat

Sjukdomar och funktionsnedsättningar

Av de sjukskrivna kvinnorna skattade 77 procent att de har haft dålig hälsa under de senaste två åren mot 7 procent av kontrollgruppen. En procent av de sjukskrivna och 36 procent av kontrollerna rapporterade att de inte har några sjukdomar eller besvär.

Drygt 60 procent av de sjukskrivna och 30 procent av kontrollerna anger att de under de senaste två åren fått nya sjukdomar, utslag eller allergier som de inte har haft tidigare (Tabell 4).

Tabell 4. Sjukdomar, utslag och allergier som tillkommit under de senaste två åren

Variabel	Sjukskrivna (n=231)	Kontrollgrupp (n=194)
Drabbats av nya sjukdomar, utslag eller allergier de senaste två åren.	61 %	30 %

De vanligaste besvären bland samtliga kvinnor, såväl sjukskrivna som kontroller, är värk i muskler och leder följt av psykiska problem hos de sjukskrivna kvinnorna och sjukdomar i magen och matsmältningsorganen hos kontrollgruppens kvinnor. Den tredje vanligaste diagnosen för de sjukskrivna kvinnorna var sjukdomar i magen och matsmältningsorganen (Tabell 5).

Värk i muskler och leder rapporteras mest av sjukskrivna kvinnor i kvalifikationsnivå 3 (62 %) och 4 (67 %). Psykiska problem är något vanligare i kvalifikationsnivåerna 3 (64 %) och 4 (61 %) än i nivåerna 1 (35 %) och 2 (40 %).

Resultaten från enkäten visar inte svårighetsgrad eller omfattning av besvär eller sjukdom. Inte heller visas tidsperspektivet, det vill säga när respektive sjukdom eller besvär debuterade.

En fjärdedel av de sjukskrivna kvinnorna rapporterar svåra sömnproblem (Tabell 5). De har en ökad risk på 4.9 (OR) (CI 2.4-10.0) för svåra sömnproblem. Störst omfattning av sömnproblem har kvinnorna med yrken som tillhör kvalifikationsnivå 3 (33 %) och minst omfattning kvinnorna med yrken i kvalifikationsnivå 4 (6 %). Fem procent av kontrollgruppens kvinnor rapporterar svåra sömnproblem.

Trettioåtta procent av samtliga kvinnor i sjukskrivningsgruppen anger att deras sjukskrivning helt eller delvis hade kunnat förebyggas. I de skriftliga kommentarerna i enkäten berör de sjukskrivna kvinnorna arbetet och en reducerad arbetstid som en

förebyggande insats. Kvinnorna anger också att adekvata och tidiga insatser från sjukvården hade kunnat förebygga deras sjukskrivning.

Tabell 5. *Rapporterade sjukdomar och besvär i sjukskrivningsgruppen och i kontrollgruppen. Samma individ kan ha flera sjukdomar eller besvär*

Sjukdom, skada eller besvär	Sjukskrivna % (n=231)	Kontroller % (n=194)
Värk i muskler och leder	60	30
Psykiska problem	45	11
Sjukdom i magen/matsmältningsorganen	33	15
Svåra sömnproblem	25	5
Långvariga smärtor, allergi eller överkänslighet	23	8
Sviter efter tidigare olycksfall	17	5
Hudsjukdom	14	9
Fibromyalgi	11	1
Ämnesomsättningsjukdom	10	6
Sjukdomar i luftvägar och lungor	9	5
Sjukdom i hjärta och blodkärl	8	6
Sjukdom i urinvägar och könsorgan	3	2
Blodsjukdom	2	3

Kötider och bemötande i sjukvården

Drygt en tredjedel av de sjukskrivna (34 %) och kontrollerna (35 %) anser att köerna varit alltför för långa när de har behövt sjukvård.

Nitton procent av de sjukskrivna kvinnorna och 16 procent av kontrollerna anser att de inte fått den hjälp och behandling av sjukvården som de behövt när de varit sjuka.

Femtiosex procent av samtliga kvinnor anser att de inte blivit fullständigt utredda för sina besvär och 16 procent uppger att de inte alls blivit utredda.

Tjugo procent av de sjukskrivna och 15 procent av kontrollerna anser att de inte har blivit bemötta med respekt och tagna på allvar i sina kontakter med sjukvården.

Av alla sjukskrivna kvinnor stod vid tiden för denna studie sammantaget 41 procent i kö för någon typ av utredning, undersökning eller behandling för sina besvär eller

sjukdomar. Femtionio procent hade väntat i minst två månader och 20 procent hade väntat i minst 6 månader. Tio procent av de sjukskrivna kvinnorna hade stått i kö i mer än ett år.

Den största gruppen (37 %) hade väntat i två månader eller mer för ett besök hos en specialist (Tabell 6).

Tabell 6. De sjukskrivna kvinnornas tid i kö för sjukvård och undersökningar

Typ av undersökning eller behandling	Andel sjukskrivna som väntat 2 månader eller längre
Röntgen, magnetkamera eller liknande teknisk undersökning	32 %
Samtalsterapi	18 %
Specialist – t ex ortoped, kardiolog, reumatolog	37 %
Operation	26 %

Sjukskrivning

De sjukskrivna kvinnorna hade varit sjukskrivna i 328 dagar (median) med en variationsvidd (range) på 90 till 381 dagar.

Drygt hälften av dem (59 %) var sjukskriven på heltid. Omfattningen av sjukskrivningen var olika fördelad i de olika kvalifikationsnivåerna. Sjuttio procent av de kvinnor som hade yrkestitlar som hörde till kvalifikationsnivå 1 i SSYK-kodningen var sjukskrivna på heltid och 62 procent av kvinnorna med yrken i kvalifikationsnivå 2. De yrkestitlar som ingår i kvalifikationsnivå 1 är restaurangbiträde, lokalvårdare, fabriksarbetare och skolmåltidspersonal. Mer än hälften av de kvinnor som hade yrkestitlar som tillhörde nivåerna 3 och 4 var deltidssjukskrivna (Tabell 7).

Tabell 7. Omfattning av sjukskrivning, 100 %, 75 % eller 25 % av heltid, bland kvinnor i de olika yrkeskvalifikationsnivåerna

Omfattning av sjukskrivning i procent av heltid	Samtliga sjukskrivna % (n=231)	Kval nivå 1 %	Kval nivå 2 %	Kval nivå 3 %	Kval nivå 4 %
100	59 (n=137)	70	62	45	44
75	10 (n=22)	9	9	15	11
50	19 (n=45)	17	17	24	39
25	11 (n=25)	-	13	15	6

Arbetsmarknadssektor

Fördelningen av kvinnor i olika sektorer på arbetsmarknaden var lika för fall och kontroller.

Omkring hälften av samtliga kvinnor är verksamma i den offentliga sektorn och en fjärdedel i privat verksamhet. Fem procent av de sjukskrivna och sju procent av kontrollgruppens kvinnor var arbetslösa. Endast några få kvinnor i båda grupperna var egna företagare (Tabell 8).

Medelvärdet på anställningstid i nuvarande arbete var 11 år för de sjukskrivna och 9 år för kontrollgruppen.

Tabell 8. Arbetsmarknadssektor för sjukskrivna kvinnor och kvinnor i kontrollgruppen

Arbetsmarknadssektor	Sjukskrivna % (n=231)	Kontroller % (n=194)
Egen företagare	1	4
Anställd i offentlig sektor	54	49
Anställd i statligt/kommunalt företag	10	8
Anställd i organisation/förening	4	5
Anställd i privat företag	24	24
Arbetslös	5	7
Annat	5	9

Yrkestitlar

De 10 vanligaste yrkestitlarna var desamma för både fall- och kontrollgrupp. Yrkestitlar med anknytning till vård, omsorg, undervisning, kontor och lokalvård är de vanligaste i båda grupperna av kvinnor. Undersköterska var den enskilt vanligaste yrkestiteln i båda grupperna (Tabell 9).

Tabell 9. De tio vanligaste yrkestitlarna i fallande ordning bland sjukskrivna respektive kontroller

Sjukskrivna N=231	Kontroller N =194
Undersköterska	Undersköterska
Vårdbiträde	Lärare
Sjuksköterska	Kontorist
Lokalvårdare/städ	Vårdbiträde
Barnskötare	Förskollärare
Lärare	Barnskötare
Förskollärare	Sjuksköterska
Affärsbiträde	Affärsbiträde
Kontorist	Lokalvårdare/städ
Personlig assistent	Personlig assistent

Arbetsförhållanden och rörlighet på arbetsmarknaden

Fler sjukskrivna kvinnor är fast anställda (89 %) jämfört med kontrollgruppens kvinnor (78 %).

De sjukskrivna kvinnorna har haft färre arbetsgivare under sin yrkesverksamma tid. Det gäller i särskilt hög grad de yngre sjukskrivna kvinnorna som arbetar inom vård och omsorg (Tabell 10).

De äldre sjukskrivna kvinnorna inom vård och omsorg har inte bytt yrke/arbete lika ofta som kontrollgruppens kvinnor inom samma yrkesområden (Tabell 10).

De sjukskrivna kvinnorna har i större utsträckning arbetat deltid. Deltidsarbete 4 år och mer under sitt arbetsliv uppgav 76 procent av de sjukskrivna respektive 68 procent av de ej sjukskrivna kvinnorna. Deltidsarbete under längre tid än 12 år uppgav 30 procent av de sjukskrivna och 17 procent av de ej sjukskrivna kvinnorna.

Risken att bli långtidssjukskriven är en och en halv gånger större för kvinnor som har arbetat deltid i fyra år eller mer och dubbelt så stor för kvinnor som arbetat deltid i 13 år eller längre (Tabell 10).

I nuvarande anställning är andelen kvinnor som arbetar heltid (cirka 40 timmar per vecka) lika såväl i sjukskrivningsgruppen som i kontrollgruppen (42 % respektive 43 %). En fjärdedel av samtliga kvinnor arbetar mellan 31 och 39 timmar (24 % av de sjukskrivna och 25 % av kontrollgruppen). En fjärdedel av respektive grupp (26 %) arbetar 30 timmar eller mindre per vecka.

Tabell 10. Samband mellan sjukskrivning och byte av yrke/arbete, antal arbetsgivare och omfattning av deltidarbete under det yrkesverksamma livet

Variabel	Resultat	Grupp N	Oddsquot (95%konfidens- intervall)	Sjukskrivna exponerade N
Antal arbetsgivare	De sjukskrivna kvinnorna har haft färre antal arbetsgivare . ≥3 arbetsgivare=oxponerad 0-2 arbetsgivare=exponerad ¹	Samtliga 425	3.0 (1.7-5.2)	123
Antal arbetsgivare	De yngre sjukskrivna kvinnorna inom vård och omsorg har haft färre antal arbetsgivare . ≥3 arbetsgivare=oxponerad 0-2 arbetsgivare =exponerad ¹	BOS ² (30-42 år) 173	4.9 (1.9-12.1)	37
Bytt yrke/arbete	De äldre sjukskrivna kvinnorna inom vård och omsorg har haft färre byten av yrke/arbete . ≥3 gånger=oxponerad 1-2 gånger=exponerad ¹	BOS ² (43-55 år) 86	2.8 (1.1-7.1)	44
Deltidsarbete ≥4 år	De sjukskrivna kvinnorna har arbetat deltid i större utsträckning. deltid 0-3 år=oxponerad deltid ≥4 år=exponerad ¹	Samtliga 425	1.5 (1.0-2.2)	123
Deltidsarbete ≥13 år	De sjukskrivna kvinnorna har arbetat deltid i större utsträckning. deltid 0-12 år=oxponerad deltid ≥13 år=exponerad ¹	Samtliga 425	2.2 (1.4-3.8)	49

¹ Exponering är en faktor som skulle kunna tänkas påverka risken att bli långtidssjukskriven.

Upplevda belastningar i arbetet

De sjukskrivna kvinnorna anser att deras yrkesarbete är fysiskt tungt och psykiskt krävande. De anser också att omorganisationer påverkat deras hälsa negativt (Tabell 11).

Trettioåtta procent av de sjukskrivna kvinnorna vill arbeta färre timmar, men anser att de inte har råd att gå ner i arbetstid.

Tabell 11. Samband mellan sjukskrivning och upplevelse av fysiskt och psykisk arbetsbelastning och omorganisationer

Variabel	Resultat	Grupp N	Oddsquot (95%konfidens- intervall)	Sjukskrivna exponerade N
Fysiskt tungt arbete	De sjukskrivna kvinnorna anser att deras arbete är fysiskt tungt . nej/ibland=exponerad ja=exponerad ¹	Samtliga 425	3.9 (2.2-7.0)	56
Psykiskt krävande arbete	De sjukskrivna kvinnorna anser att deras arbete är psykiskt krävande . nej/ibland=exponerad ja=exponerad ¹	Samtliga 425	4.1 (2.2-7.6)	49
Omorganisationer	De sjukskrivna kvinnorna anser att omorganisationer är påfrestande. ”jag tycker det är bra/byr mig inte om det”=exponerad ”jag mår dåligt av det”=exponerad ¹	Samtliga 425	2.0 (1.3-3.4)	53

¹ Exponering är en faktor som skulle kunna tänkas påverka risken att bli långtidssjukskriven.

Utveckling och kontroll i arbetet

Upplevelsen av att inte ha fått mer intressanta arbetsuppgifter de senaste två åren eller att inte ha utvecklande eller lärorika arbetsuppgifter, är vanligare hos de sjukskrivna. De sjukskrivna kvinnorna anger också att de inte har haft möjlighet att lära nytt i arbetet genom åren (Tabell 12).

Att inte känna kontroll och inflytande över sitt arbete eller kunna påverka sina arbetstider är mer vanligt hos de sjukskrivna kvinnorna (Tabell 12).

Tabell 12. Samband mellan sjukskrivning och egen utveckling, kontroll och lärande i arbetet samt möjlighet att påverka sina arbetstider

Variabel	Resultat	Grupp N	Oddsquot (95%konfidens- intervall)	Sjukskrivna exponerade N
Intressanta arbetsuppgifter	De sjukskrivna kvinnorna har i mindre utsträckning fått intressanta arbetsuppgifter de senaste två åren. ja=osexponerad nej=exponerad ¹	Samtliga 425	2.2 (1.5-3.2)	136
Intressanta arbetsuppgifter	De sjukskrivna kvinnorna i kvalifikationsnivå 4 har i mindre utsträckning fått intressanta arbetsuppgifter de senaste två åren. ja=osexponerad nej=exponerad ¹	Kvalifikationsnivå 4 56	3.7 (1.1-12.7)	9
Utvecklas i arbetet	De sjukskrivna kvinnorna har i mindre utsträckning utvecklats i sitt arbete. ofta/ganska ofta=osexponerad ibland/aldrig=exponerad ¹	Samtliga 425	2.8 (1.9-4.1)	156
Lärorikt arbete	De sjukskrivna kvinnorna har i mindre utsträckning känt att arbetet varit lärorikt. ofta/ganska ofta=osexponerad ibland/aldrig=exponerad	Samtliga 425	2.4 (1.6-3.6)	122
Lära nytt i arbetet	De sjukskrivna kvinnorna har i mindre utsträckning fått lära nytt i arbetet. ofta/ganska ofta=osexponerad ibland/aldrig=exponerad ¹	Samtliga 425	2.2 (1.5-3.2)	132
Inflytande och kontroll i arbetet	De sjukskrivna kvinnorna har i mindre utsträckning känt inflytande och kontroll över arbetet. ofta/ganska ofta=osexponerad ibland/aldrig=exponerad ¹	Samtliga 425	2.0 (1.3-2.9)	135
Arbetstider	De sjukskrivna kvinnorna kan i mindre utsträckning påverka sina arbetstider ja/ja delvis=osexponerad nej=exponerad ¹	Samtliga 425	2.8 (1.8-4.2)	105

¹ Exponering är en faktor som skulle kunna tänkas påverka risken att bli långtidssjukskriven.

Kompetens för arbetsuppgifter

De sjukskrivna kvinnorna anger att de i större utsträckning anser att de saknar kompetens för att helt klara sina arbetsuppgifter. Tio procent av dem har rapporterat att de upplever bristande kompetens för att klara arbetet jämfört med 3 procent av kontrollerna. Å andra sidan upplever andra sjukskrivna kvinnor att de kan göra mer kvalificerade arbetsuppgifter än vad de gör i sitt nuvarande arbete. Denna känsla är vanligare hos de sjukskrivna kvinnorna (Tabell 13).

Tabell 13. Samband mellan sjukskrivning och upplevelse av kompetens för att klara arbetet

Variabel	Resultat	Grupp N	Oddsquot (95%konfidens- Intervall)	Sjukskrivna exponerade N
Saknar kompetens för arbetsuppgifterna	De sjukskrivna kvinnorna anser att de saknar kompetens för att helt klara sina arbetsuppgifter . arbetsuppgifter passar kompetens =oexponerad saknar kompetens= exponerad ¹	Samtliga 425	4.5 (1.8-11.4)	23
Överkvalificerad för arbetsuppgifterna	De sjukskrivna kvinnorna anser att de kan göra mer kvalificerade arbetsuppgifter . arbetsuppgifter passar kompetens =oexponerad kan göra mer kvalificerade arbetsuppgifter=exponerad ¹	Samtliga 425	2.5 (1.1-5.8)	63

¹ Exponering är en faktor som skulle kunna tänkas påverka risken att bli långtidssjukskriven.

Trivsel och uppskattning på arbetet

De sjukskrivna kvinnorna trivs sämre på sina arbetsplatser och med sina arbetsuppgifter. De trivs även något sämre med sina arbetskamrater. De är mindre nöjda med sitt arbetsliv i stort och anger att de i mindre utsträckning får uppskattning i sitt arbete.

De yngre kvinnorna inom vård och omsorg har upplevt mobbing på arbetsplatsen (Tabell 14).

Hälften av de sjukskrivna kvinnorna (50 %) och 44 procent av kontrollerna uppger att de skulle vilja byta till annat arbete.

Tabell 14. Samband mellan sjukskrivning och trivsel, uppskattning arbetet och mobbing på arbetsplatsen

Variabel	Resultat	Grupp N	Oddsquot (95%konfidens- intervall)	Sjukskrivna exponerade N
Trivsel på arbetsplatsen	De sjukskrivna kvinnorna trivs sämre på sina arbetsplatser. trivs bra/ganska bra=osexponerad trivs inte=exponerad ¹	Samtliga 425	3.9 (2.1-3.4)	47
Trivsel med nuvarande arbetsuppgifter	De sjukskrivna kvinnorna trivs sämre med sina nuvarande arbetsuppgifter. trivs bra/ganska bra=osexponerad trivs inte=exponerad ¹	Samtliga 425	4.5 (1.8-11.4)	38
Trivsel med arbetskamrater	De sjukskrivna kvinnorna trivs något sämre med sina arbetskamrater. trivs bra=osexponerad trivs ganska bra =exponerad ¹	Samtliga 425	2.1 (1.3-3.4)	72
Nöjd med sitt arbetsliv	De sjukskrivna kvinnorna mindre nöjda med sitt arbetsliv. mycket nöjd/ganska nöjd=osexponerad ganska missnöjd/mycket missnöjd=exponerad ¹	Samtliga 425	2.5 (1.3-4.9)	33
Uppskattning i arbetet	De sjukskrivna kvinnorna får mindre uppskattning för sitt arbete. får uppskattning av chef/arbetskamrater/kunder patienter/elever=osexponerad får aldrig uppskattning=exponerad ¹	Samtliga 425	2.5 (1.1-5.8)	23
Mobbing	De yngre sjukskrivna kvinnorna inom vård och omsorg har under de senaste 2 åren blivit mer mobbade på arbetet.	BOS ² (30-42 år) 173	4.4 (1.0-6.3)	12

¹Exponering är en faktor som skulle kunna tänkas påverka risken att bli långtidssjukskriven.

²Anställda inom barnomsorg, omsorg och sjukvård

Yrkesarbetet i den närmaste framtiden

Sextiosju procent av de sjukskrivna kvinnorna tror att de kommer att yrkesarbeta om två år. Bland kvinnorna med yrken klassificerade i kvalifikationsnivå 1 är siffran något lägre (52 %).

Trettioåtta procent tror att de kommer att kunna gå tillbaka till det arbete som de hade när de blev sjukskrivna. En dryg fjärdedel (26 %) av kvinnorna skulle kunna arbeta omgående om de hade en annan arbetsgivare och 17 procent om arbetet och arbetsuppgifterna anpassades till dem. Över hälften av samtliga sjukskrivna kvinnor skulle kunna arbeta nu om de kunde reducera antalet arbetade timmar. Av dessa anger dock 38 procent att det inte är möjligt på grund av ekonomiska skäl.

Kvinnor som har yrken klassificerade i kvalifikationsnivå 1 avviker i svaren på denna fråga och endast nio procent anger att de skulle kunna arbeta nu om de gick ner i tid och 35 procent att de inte skulle kunna arbeta även om de kunde reducera sin arbetstid.

För hälften (52 %) av de sjukskrivna finns det en plan utarbetad för hur de ska kunna återgå till arbetslivet. Planeringen har i regel gjorts av kvinnorna själva, ibland tillsammans med arbetsgivaren och aktörer inom sjukvård eller försäkringskassa. Övriga kvinnor saknar planering för hur återgången till arbetslivet eller till det arbete de blev sjukskrivna från, ska genomföras eller vilka åtgärder som behöver vidtas (Tabell 15).

Mer än hälften (53 %) av de sjukskrivna kvinnorna har inte haft någon regelbunden kontakt med sin arbetsgivare under sjukskrivningen och 79 procent har inte haft regelbunden kontakt med Försäkringskassan.

Sextioåtta procent av kvinnorna har haft regelbunden kontakt med sina arbetskamrater under sjukskrivningsperioden.

Tolv procent av de sjukskrivna har haft kontakt med Arbetsförmedlingen för att diskutera annat arbete (Tabell 15)

Tabell 15. *Arbetet nu och i framtiden*

Variabel	Resultat	Sjukskrivna %	Kontroller %	Oddsquot (95%konfidensintervall)
Yrkesarbete om två år	De sjukskrivna kvinnorna tror i mindre utsträckning att de kommer att yrkesarbeta om två år.	67	87	3.3 (2.0-5.4)
De sjukskrivnas vilja att börja arbeta igen	Vill börja arbeta igen: <ul style="list-style-type: none"> • Ja, absolut • Ja, i viss omfattning • Nej 	69 24 5		
Kan arbeta nu hos annan arbetsgivare	Skulle kunna arbeta nu hos en annan arbetsgivare.	26		
Kan arbeta nu om arbetet anpassas	Skulle kunna arbeta nu om arbetet anpassades efter arbetsförmågan.	17		
Kan arbeta nu om antalet arbetade timmar är färre	<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Ja, men kan inte gå ner i tid av ekonomiska skäl • Nej • Vet ej 	16 38 21 22		
Plan för återgång till arbetslivet	En plan finns utarbetad för arbetsåtergång: <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nej • Vet ej 	52 39 9		

Privatekonomin

Medianvärdet av samtliga sjukskrivna kvinnors bruttolön är något lägre jämfört med kontrollgruppen. Vid en uppdelning av materialet i de olika yrkeskvalifikationsnivåerna kvarstår inte denna skillnad. I kvalifikationsnivå 1 har de sjukskrivna kvinnorna en högre medianlön. Medianlönerna i nivå 2 och 4 samt för anställda i vård och omsorg är i stort sett lika. De sjukskrivna kvinnorna med yrken i kvalifikationsnivå 3 tjänar, något mindre jämfört med kvinnorna i samma nivå i kontrollgruppen (Tabell 16).

Tabell 16. *Bruttolön — yrkesarbete*

Månadslön	Sjukskrivna n=231 Median	Kontroller n=194 Median
Månadslön före skatt — samtliga kvinnor	15 995	17 350
Kvalifikationsnivå 1	14 970	9 750
Kvalifikationsnivå 2	15 464	15 700
Kvalifikationsnivå 3	18 473	19 425
Kvalifikationsnivå 4	20 657	20 987
BOS ¹	16 111	16 206

¹Anställda inom barnomsorg, omsorg och sjukvård

Skillnaden mellan nettolön och sjukpenningen inklusive tilläggsersättningen från AFA är för samtliga sjukskrivna i genomsnitt åtta procent. Den största skillnaden mellan nettolön och sjukersättning (17 %) har kvinnorna med yrken i kvalifikationsnivå 4. Minst skillnad mellan nettolön och sjukersättning har kvinnorna med yrken i kvalifikationsnivå 1 där skillnaden är 4 procent mellan sjukersättning och nettolön (Tabell 17).

Tabell 17. *De sjukskrivna kvinnornas nettolön och sjukpenning från försäkringskassa samt tilläggsersättning från AFA. Skillnaden mellan dessa redovisas i kronor och i procent.*

Grupp	Lön efter skatt median	Sjukersättning efter skatt median	Differens i kronor	Differens i procent av nettolönen
Samtliga sjukskrivna kvinnor	10 368	9 550	818	8
Kvalifikationsnivå 1	9 113	8 750	363	4
Kvalifikationsnivå 2	9 804	9 028	776	8
Kvalifikationsnivå 3	12 119	10 750	1 369	11
Kvalifikationsnivå 4	13 017	10 750	2 267	17
B O S ¹	10 475	9 984	491	5

¹ anställda inom barnomsorg, omsorg och sjukvård

De sjukskrivna kvinnorna anser att de klarar sig sämre på sin lön och sparar regelbundet pengar i mindre utsträckning jämfört med kontrollgruppens kvinnor. Detta trots att de båda grupperna har samma inkomstnivå. Åttiosex procent av de sjukskrivna anger att de knappt eller inte alls klarar sin försörjning på sin lön från yrkesarbetet.

Åtta procent av de sjukskrivna anger att de klarar sin egen försörjning på sin sjukersättning, medan 90 procent anger att de knappt eller inte alls klarar sin egen försörjning på sjukersättning (Tabell 18).

Tabell 18. Samband mellan sjukskrivning, lön och regelbundet sparande. I tabellen redovisas även upplevelsen av att klara sin egen försörjning på sjukpenning och tilläggsersättning

Variabel	Resultat	Grupp N	Oddsquot (95%konfidens- intervall)	Sjukskrivna exponerade N
Klarar sig på sin lön	De sjukskrivna kvinnorna anser att de klaras sig sämre på sin lön. klaras sig=exponerad klaras sig inte=exponerad ¹	Samtliga 425	2.5 (1.5-4.2)	110
Klarar sig på sin sjukpenning och tilläggsersättning	Av de sjukskrivna kvinnorna anser 90 % att de knappt eller inte alls klaras sig på sin sjukpenning.	Sjukskrivna 231		
Sparar pengar regelbundet	De sjukskrivna kvinnorna sparar i mindre utsträckning pengar. sparar regelbundet=exponerad sparar ej regelbundet=exponerad ¹	Samtliga 425	1.7 (1.2-2.6)	104

¹ Exponering är en faktor som skulle kunna tänkas påverka risken att bli långtidssjukskriven.

Drygt hälften av båda gruppernas makar och sambor har en inkomst på mellan 12 000 och 24 000 per månad. Merparten av samtliga makar/sambos är anställda och övrig yrkesstatus eller sysselsättning är lika för båda grupperna (Tabell 19).

Tabell 19. *Makes/sambos inkomster och yrkesstatus/sysselsättning*

Variabel	Sjukskrivna % (n=231)	Kontroller % (n=194)
Make/sambo har ingen inkomst	3	3
Makes/sambos inkomster 12 000–24 000/mån	58	52
Makes/sambos inkomster 24 001– 35 000/mån	13	17
>35 000/mån	2	7
Make/sambo anställd	59	61
Make/sambo egen företagare	9	7
Make/sambo föräldraledig		1
Make/sambo arbetslös	4	5
Make /sambo sjukskriven	3	2
Make/sambo förtidspensionerad	3	3
Make/sambo ålderspensionerad	1	1
Make/sambo studerande	1	1
<i>Kvinnan ensamstående</i>	24	22

Barn och familj

De sjukskrivna kvinnorna fick barn tidigare, de har fler barn och de har i större utsträckning haft huvudansvaret för barnen.

Tabell 20. Samband mellan sjukskrivning och ålder vid första barnet, antal barn och huvudansvar för skötsel av barnen

Variabel	Resultat	Grupp N	Oddsquot (95%konfidens- intervall)	Sjukskrivna exponerade N
Ålder vid första barnet	De yngre sjukskrivna kvinnorna fick barn tidigare ≥28=osexponerad -27=exponerad ¹	Yngre kvinnor (30-42 år) 205	3.1 (1.5-6.2)	73
Antal barn	De sjukskrivna kvinnorna har flera barn. 0-2=osexponerad ≥3=exponerad	Samtliga 425	2.3 (1.4-3.5)	80
Huvudansvar för skötsel av barnen	De sjukskrivna kvinnorna har i större utsträckning haft huvudansvaret för skötsel av barnen. ”vi turar/turades om”=osexponerad ”jag har haft huvudansvaret”=exponerad ¹	Samtliga 425	1.6 (1.0-2.4)	117

¹ Exponering är en faktor som skulle kunna tänkas påverka risken att bli långtidssjukskriven.

Individ- och livsstilsfaktorer

De sjukskrivna kvinnorna har ett högre body mass index (BMI) jämfört med kontrollgruppens kvinnor. Det indikerar att de sjukskrivna kvinnorna är mer överviktiga än kontrollgruppens kvinnor (Tabell 21).

Kvinnorna i sjukskrivningsgruppen motionerar i mindre utsträckning nu och även för två år sedan. Skillnaden mellan de sjukskrivna kvinnorna och kontrollgruppens kvinnor är störst bland de yngre (Tabell 21).

Tabell 21. Samband mellan sjukskrivning och motionsvanor samt body mass index (BMI) ¹

Variabel	Resultat	Grupp N	Oddsquot (95%konfidens- intervall)	Sjukskrivna exponerade N
Nuvarande motionsvanor	De yngre sjukskrivna kvinnorna motionerar i mindre utsträckning. motionerar 1-3 gånger/vecka, blir andfådd=oxponerad motionerar inte alls eller går promenader=exponerad ²	Yngre kvinnor (30-42 år) 205	2.8 (1.6-4.9)	70
Nuvarande motionsvanor	De äldre sjukskrivna kvinnorna motionerar i mindre utsträckning. motionerar 1-3 gånger/vecka, blir andfådd=oxponerad motionerar inte alls eller går promenader=exponerad ²	Äldre Kvinnor (43-55 år) 220	1.9 (1.1-3.3)	87
Tidigare motionsvanor	De sjukskrivna kvinnorna motionerade i mindre utsträckning för två år sedan. motionerar 1-3 gånger/vecka, blir andfådd=oxponerad motionerar inte alls eller går promenader=exponerad ²	Samtliga 425	2.3 (1.6-3.5)	155
BMI – body mass index	De sjukskrivna kvinnorna har ett högre BMI. ≤24=oxponerad >24=exponerad ²	Samtliga 425	1.8 (1.2-2.6)	141

¹ Indexvärdet BMI (Body Mass Index) kalkyleras som vikten i kg dividerad med kvadraten på kroppslängden i m och används som en indikation på övervikt.

² Exponering är en faktor som skulle kunna tänkas påverka risken att bli långtidssjukskriven.

De sjukskrivna kvinnorna upplever att de har svårt att kontrollera sina liv och att säga nej. För de äldre kvinnorna med yrken i kvalifikationsnivå 3 är avsaknad av kontroll över sitt eget liv mest uttalat. Dessa kvinnor anger också krav från familj, släkt och vänner som de har svårt att hantera och som de upplever som belastande (Tabell 22).

Tabell 22. Samband mellan sjukskrivning och självskattade personliga egenskaper och upplevda krav från familj/släkt/vänner

Variabel	Resultat	Grupp N	Oddsquot (95%konfidens- intervall)	Sjukskrivna exponerade N
Svårt att säga nej	De sjukskrivna kvinnorna anger att de ofta har svårt att säga nej. aldrig/ibland=exponerad ofta/ganska ofta=exponerad ¹	Samtliga 425	2.3 (1.5-3.4)	114
Kontroll över sitt liv	De sjukskrivna kvinnorna anger att de har dålig kontroll över sina liv. ofta/ganska ofta=exponerad aldrig/ibland=exponerad ¹	Samtliga 425	3.0 (1.9-4.8)	83
Kontroll över sitt liv	De sjukskrivna kvinnorna i kvalifikationsnivå 3 anger att de har dålig kontroll över sina liv. ofta/ganska ofta=exponerad aldrig/ibland=exponerad ¹	Kvalifikationsnivå 3 (30-55 år) 79	8.7 (3.0-25.1)	17
Krav från omgivningen	De sjukskrivna kvinnorna i kvalifikationsnivå 3 anger att de har krav från familj/släkt/vänner som känns belastande. aldrig/ibland=exponerad ofta/ganska ofta=exponerad ¹	Kvalifikationsnivå 3 (30-55 år) 79	3.7 (1.2-11.6)	10

¹ Exponering är en faktor som skulle kunna tänkas påverka risken att bli långtidssjukskriven.

Omkring en fjärdedel av alla kvinnor i sjukskrivningsgruppen och lika många i kontrollgruppen anger att de aldrig eller nästan aldrig har egen tid då de enbart kan tänka på sig själva och disponera tiden som de själva vill.

Diskussion

Studiens huvudfrågeställning handlar om bakgrunden och riskfaktorerna till svenska kvinnors långtidssjukskrivning under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Sambanden mellan olika exponeringar och långtidssjukskrivning har studerats.

Resultaten av undersökningen visar på en sammansatt orsaksbakgrund och att riskfaktorerna finns inom flera områden av kvinnornas liv.

Studien påvisar problem och brister i kvinnors liv som förmodligen inte enbart är riskfaktorer för sjukskrivning utan också har betydelse för upplevelsen av bristande hälsa oavsett sjukskrivning.

Huvudfynden i undersökningen redovisas och diskuteras i det följande och de områden som berörs är:

- Kvinnornas sjukdomar och funktionsnedsättningar
- Tillgång till sjukvård
- Arbetsförhållanden
- Livstilsfaktorer
- Den privatekonomiska situation
- Familjesituationen

Det är en sammanfattad och översiktlig redovisning som visas i denna rapport. Avsikten är att i nästa steg kunna göra fördjupade analyser i det omfattande material som har samlats in.

I detta kapitel sammanfattas studiens resultat i texttrutor. Resultaten tolkas och diskuteras i relationen till tidigare genomförda undersökningar och utredningar inom ämnesområdet.

Brister i sjukvårdens tillgänglighet

Långtidssjukskrivna kvinnor i befolkningen har inte tillgång till utredning och vård i den omfattning som deras funktionsproblem kräver. Närmare hälften av kvinnorna stod vid tiden för studiens genomförande i någon form av sjukvårdskö. Kötiden för att få komma

Studiens resultat visar att kvinnor i befolkningen i hög utsträckning rapporterar symptom som *värk och smärta i muskler och leder, psykiska funktionsproblem och sjukdomar i magen/matsmältningsorganen*. Dessa funktionsproblem är också de vanligaste diagnoserna vid långtidssjukskrivning. Det bör noteras att dessa besvär rapporteras även av kvinnor som inte är sjukskrivna.

Bland långtidssjukskrivna kvinnor är *sömnp*problem vanliga.

Nästan 2/3 av de långtidssjukskrivna kvinnorna och 1/3 av kontrollgruppen har fått *nya sjukdomar och besvär* under de senaste två åren.

För nära hälften av de långtidssjukskrivna kvinnorna är *inte sjukvården tillgänglig* avseende utredning och behandling och väntetiderna sträcker sig över månader och ibland över ett år.

En femtedel av långtidssjukskrivna kvinnorna anser att de *inte har blivit bemötta med respekt och tagna på allvar* vid sina kontakter med sjukvården.

till en specialist har varit två månader eller längre för nästan hälften av kvinnorna och för 10 procent av kvinnorna längre än ett år. Sjukvården hindrar eller försenar de sjukskrivna kvinnornas möjligheter att återgå till arbetet.

I en förstudie till denna undersökning intervjuades 25 långtidssjukskrivna strategiskt utvalda kvinnor från samma studiepopulation som senare ingick i denna fallkontrollstudie. Intervjuerna visade att kvinnorna bara var delvis utredda eller inte alls, alternativt inte hade fått en adekvat diagnos eller adekvat vård. Kvinnorna hade antingen fått besked från sjukvården att det inte fanns någon hjälp eller behandling att erbjuda eller så stod de i kö för utredning eller vidare undersökning. Det gällde främst de kvinnor som hade funktionsnedsättningar i rörelseorganen. (Sandmark och Renstig 2004).

Av de kvinnor som stod i kö vid tiden för denna undersökning väntade flertalet på att få komma till en ortopedspecialist. Att väntetiderna kan bli långa bekräftas av att vid tiden för denna studie stod minst 77 000 personer i kö till ortopedmottagningar för utredning (Landtingsförbundets väntetidsdatabas 2004).

Socialstyrelsen har i ”Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården” fört fram att vården de facto kan vara sämre anpassad till kvinnors behov och hälsoproblem. Man konstaterar att detta gäller i synnerhet kvinnor med kroniska smärttillstånd som får ett bristfälligt omhändertagande i den öppna vården på grund av att adekvata behandlingsalternativ saknas (Socialstyrelsen 2004).

Att långtidssjukskrivna kvinnor får vänta på utredning och behandling får naturligtvis negativa konsekvenser för den enskilde och orsakar onödigt lidande. Även de kvinnor i studien som inte är sjukskrivna anser att vårdköerna är alltför långa. Det kan innebära en risk i sig eftersom kvinnor i riskzonen för sjukskrivning inte kan få behandling i tid.

Svårigheten att få adekvat utredning och behandling framstår därmed som en bidragande faktor till långtidssjukskrivning. Detta tycks också vara bidragande orsak till att långtidssjukskrivningarna fortsätter.

Folkhälsoutvecklingen i Sverige och den ökade sjukskrivningen

Studien exkluderade initialt vissa diagnoser och resultatet gäller i första hand symptomdiagnoser av fysisk eller psykisk natur.

Det är inte visat att det skett någon generell försämring av befolkningens hälsa i Sverige under de senaste decennierna som kan förklara de senaste årens kraftiga uppgången av sjukskrivningar. Indikatorer visar tvärtom på en trendmässig förbättring i hälsan hos befolkningen i arbetsför ålder (Palmer 2004)

Undersökningen av levnadsförhållanden där människor själva får bedöma sitt hälsotillstånd, visar att hälsotillståndet i befolkningen sedan 1980-talet stadigt upplevts som allt bättre (ULF-undersökningen, SCB 2004). Utvecklingen går mot en allt högre medellivslängd, tack vare bättre uppväxtvillkor, minskad rökning, förbättrade kostvanor och en bättre medicinsk teknologi.

De klassiska måtten på folkets hälsa; dödlighet per 100 000 invånare och år, dödlighet i olika sjukdomar, självmord, exponering för rökning, människors motionsvanor och människors egna skattningar av sin hälsa, visar således på en ständigt förbättrad hälsa för det svenska folket. I dessa markörer för hälsa och sjukdom kan således inte förklaringar sökas till de senaste årens omfattande ökning av sjukskrivningar i befolkningen.

Vi en närmare granskning kan man dock konstatera att även om medellivslängden ökat för de flesta socioekonomiska grupper i samhället har kvinnor med de lägsta yrkeskvalifikationerna ett oförändrat läge. Mot slutet av 1990-talet ökade andelen äldre kvinnor med låg utbildning som själva bedömde sitt hälsotillstånd som dåligt (Hogstedt et al 2004). Den hälsorelaterade livskvaliteten hos unga kvinnor har blivit sämre jämfört med tidigare (Jönsson et al 2004). Dessa förändringar i kvinnors rapporterade ohälsa är dock för små för att förklara hela den kraftiga uppgången i långa sjukskrivningar sedan mitten av 1990-talet. Det är inte heller hälsan i sig som är grund för sjukskrivning, utan

arbetsförmågan, vilken inte är identisk med sjukdom och besvär (Palmer 2004, RFV 2003).

Hälsobegreppet är sammansatt och omfattar mer än enbart ett medicinskt tillstånd. En bredare ansats krävs därför för att kartlägga bakgrunden till långvarig sjukskrivning. Det är nödvändigt att vidga perspektivet och försöka finna förklaringsmodeller som täcker in flera aspekter på sjukskrivning och arbetsförmåga än strikt biomedicinska modeller (Hammarström et al 2001).

Fokus i denna studie är därför inte vad som leder till sjukdom, utan vad som leder till nedsatt arbetsförmåga och långtidssjukskrivning.

Risker med deltidssjukskrivning

Kvinnor som har arbeten som inte kräver särskilda kvalifikationer är oftare sjukskrivna på heltid. Kvinnor med *arbeten som kräver högre kvalifikationer är mer deltidssjukskrivna.*

Över hälften av de sjukskrivna kvinnorna i denna studie anger att de skulle kunna arbeta under förutsättning att deras arbetstid reducerades. Deltidssjukskrivning skulle därför delvis kunna återföra kvinnorna snabbare till arbetslivet. Resultatet av vår studie visar dock att nästan 40 procent av kvinnorna är beroende av inkomst från heltidsarbete. Resultatet går att tolka som att en av orsakerna till de ökade långtidssjukskrivningarna bland kvinnor ligger i att de sjukskrivna kvinnorna inte orkar eller vill förvärvsarbeta så många timmar i veckan som heltid kräver – samtidigt som de inte har råd att avstå. Att försöka få kvinnorna att återgå till arbetet genom ökad deltidssjukskrivning innebär därför en risk för att mönstret permanentas: De klarar inte ett heltidsarbete, men kan inte arbeta deltid av ekonomiska skäl.

Kvinnor i yrken som inte kräver särskilda kvalifikationer skiljer sig dock avseende deltidssjukskrivning från de övriga kvinnorna i studien. De anser inte att de skulle kunna arbeta även om arbetstiden reducerades. Det förefaller logiskt eftersom de i högre utsträckning är mer heltidssjukskrivna jämfört med övriga sjukskrivna kvinnor i studien. En möjlig förklaring till detta kan vara att de lågutbildade kvinnorna har fysiskt tyngre arbeten som inte kan anpassas eller varieras med hänsyn till deras besvär. Deras funktionsproblem i rörelseorganen kan också vara svårare och ytterligare försämrade om den fysiska belastningen i deras arbete är större jämfört med kvinnor i andra yrken där de fysiska kraven är lägre.

Att kvinnor med kvalificerade utbildningar sjukskrivs mer på deltid överensstämmer med Riksförsäkringsverkets statistik över deltidssjukskrivningar. I sammanställningar och

analyser som gjorts av Riksförsäkringsverket konstateras också att kvinnor, dubbelt så ofta som män, sjukskrivs på deltid. Samma undersökning visar att deltidssjukskrivning är dubbelt så vanlig bland kvinnor som arbetar inom staten eller landstinget jämfört med privatanställda kvinnor (Eklund et al 2004).

I samma undersökning har man försökt att utvärdera hur deltidssjukskrivning används och effekterna av den. Man har konstaterat att deltidssjukskrivna möjligen är mer sjuka jämfört med heltidssjukskrivna individer. De deltidssjukskrivna har längre sjukskrivningsperioder jämfört med heltidssjukskrivna. Detta skulle också kunna bero på att deras situation allmänt är bättre när de arbetar deltid och är sjukskrivna på deltid och att de därför saknar incitament till att återgå till heltidsarbete (Eklund et al 2004). Detta överensstämmer med resultatet i vår studie där kvinnorna anser att en förkortad arbetstid med i stort sett bibehållna intäkter är önskvärd.

Vidare har konstaterats att sjukskrivning på deltid är vanligare bland höginkomsttagare. Varför relativt högt betalda kvinnor blir sjukskrivna på deltid har man ingen självklar förklaring till. Möjligen skulle det kunna bero på att höginkomsttagare förlorar mer än låginkomsttagare på att vara heltidssjukskrivna och att man på detta sätt reducerar inkomstförlusten (Eklund et al 2004)

Svag förankring på arbetsmarknaden

Långtidssjukskrivna kvinnor har haft färre arbetsgivare.

Äldre långtidssjukskrivna kvinnor inom barnomsorg, omsorg och sjukvård har inte bytt arbete/yrke lika ofta som kvinnor i samma yrkesgrupper i befolkningen som inte är långtidssjukskrivna.

Långtidssjukskrivna kvinnor har arbetat deltid i större omfattning.

Långtidssjukskrivna kvinnor anser att deras arbete är fysiskt tungt och psykiskt krävande och de mår inte bra av omorganisationer på arbetet.

De har inte upplevt att de fått lära nytt, att arbetet varit lärorikt eller att de har utvecklats i sitt arbete.

De har inte heller känt inflytande och kontroll i arbetet och har i mindre utsträckning kunnat påverka sina arbetstider. De rapporterar också att de saknar kompetens för sina arbetsuppgifter eller att de är överkvalificerade. De trivs generellt sämre med sina arbetsuppgifter.

Långtidssjukskrivna kvinnor trivs sämre på sina arbetsplatser och med sina arbetskamrater. De får mindre uppskattning i arbetet. Yngre sjukskrivna kvinnor inom barnomsorg, omsorg och sjukvård har oftare blivit utsatta för mobbing på arbetsplatsen.

Trots att de långtidssjukskrivna kvinnorna och kontrollgruppens kvinnor befinner sig i samma sektorer på arbetsmarknaden och uppvisar samma yrkestitlar, skiljer de sig åt i flera avseenden när det gäller arbetslivet. Däremot skiljer sig inte kvinnorna åt när det gäller önskan att byta arbete rent generellt. Omkring hälften av samtliga kvinnor i båda grupperna rapporterar att de vill byta arbete. De sjukskrivna kvinnorna anger dock tydligt att de har ett arbete som i flera avseenden inte passar dem. De har trots detta inte bytt arbetsgivare eller yrke i samma utsträckning som kontrollgruppens kvinnor. Långtidssjukskrivning kan vara en konsekvens av att vissa kvinnor saknat förmåga eller möjligheter att bryta en sådan negativ situation.

Orsakerna till detta kan vara flera. Nedsatt hälsa, en påfrestande social situation eller dåligt självförtroende kan ha medfört att kvinnorna inte mäktat med att byta arbete. De långtidssjukskrivna kvinnorna lever i större utsträckning än kontrollgruppens kvinnor under mer traditionella könsroller och är mer "familjelivsorienterade": De har i högre utsträckning haft huvudansvaret för skötseln av barnen. De har fler barn och de fick barn tidigare i livet och har i högre utsträckning varit deltidsarbetande. Resultatet indikerar att ju längre tid kvinnorna arbetat deltid desto större är risken för långtidssjukskrivning.

De har därmed en svagare förankring på arbetsmarknaden jämfört med kvinnorna i kontrollgruppen. De sjukskrivna har totalt sett varit frånvarande från yrkeslivet i större utsträckning än kontrollgruppens kvinnor. Därmed har de haft en lägre total närvaro på arbetsplatsen under sitt yrkesverksamma liv. Detta har troligen lett till att de inte haft samma tillgång till kompetensutveckling och/eller kunnat bevaka sina egna intressen vid de täta omorganisationer som gjorts under nittioalet. Bristande närvaro på arbetsplatsen medför också en sämre chans att lära sig nya rutiner och arbetssätt, att lära känna nya chefer och medarbetare och att komma in i arbetsgemenskapen. Kraven på ökade kunskaper och prestationer anses rent allmänt tillsammans med högre arbetstakt ha ökat under det senaste decenniet.

Detta sammantaget har troligen lett till att de nu långtidssjukskrivna kvinnorna blivit åsidosatta på arbetet och förlorat i inflytande. Att de uttrycker att de på olika sätt inte trivs på sina arbetsplatser och med sina arbeten och känner bristande kontroll och inflytande på arbetet kan förmodligen betraktas som en konsekvens av detta. Alltför generösa möjligheter till alla former av ledighet vid föräldraskap, vård av sjuka barn och vid egen sjukdom tillsammans med stor möjlighet till deltidsarbete kan därmed i förlängningen, framförallt i familjer med traditionella könsroller, leda till långtidssjukskrivning och därmed utslagning av kvinnor från arbetsmarknaden

Under nittioalet har det skett tämligen stora förändringar inom såväl privat som offentlig sektor. Inom offentlig sektor, där många av kvinnorna arbetar, har omorganisationerna varit frekventa och kraven på kompetens och prestationer har ökat där på samma sätt som inom privat sektor. Takten i förändringarna uppges också ha ökat (Bäckman 2001).

Ett exempel är att man idag förutsätts kunna hantera en dator. Internets utveckling har ökat kraven på den anställde att snabbt kunna rapportera till elever, patienter, anhöriga, kunder, medarbetare, chefer och arbetsgivare. Arbetsmarknadens villkor har därmed förändrats. Parallellt har kraven på att kunna bevaka sina egna intressen för att inte riskera att bli åsidosatt ökat i takt med de många omorganisationerna. För att kunna göra detta krävs närvaro på arbetsplatsen. Detta innebär troligen att de sjukskrivna kvinnorna haft svårare att följa arbetslivets allmänna utveckling och delta i den kompetensutveckling som övriga anställda kunnat ta del av.

Resonemanget stämmer väl med vad kvinnorna själva rapporterar. De sjukskrivna kvinnorna ser till exempel inte positivt på omorganisationer. En förklaring kan vara bristande delaktighet i dessa processer. Bristande närvaro på arbetet på grund av tidigare sjukskrivningar, deltidsarbete eller föräldraledigheter och svårigheter att aktivt delta i och förstå omorganisationerna kan vara andra orsaker. Även bristande eller fel kompetens för arbetsuppgifterna kan naturligtvis försvåra delaktighet i och förståelse för förändringsprocesser. Ytterligare en förklaring kan vara att dessa omorganisationer de facto varit negativa för dem själva och resulterat i förlorat inflytande och kontroll. Kvinnornas rapportering om "bristande inflytande och kontroll i arbetslivet" kan tolkas som en effekt av det förändrade arbetslivet. Vi vet dock inte huruvida de sjukskrivna kvinnorna även tidigare i sitt liv upplevt bristande kontroll i arbetslivet eller om det är en effekt av de senaste årens förändringar i arbetslivet.

De sjukskrivna kvinnorna anser i större omfattning att deras arbete varken är utvecklande eller lärorikt. De har oftare ett arbete eller ett yrke som inte passar dem och de är på en arbetsplats som de inte trivs på. Eftersom deras kompetens sämre matchar deras arbetsuppgifter; de anser sig oftare antingen under- eller överkvalificerade, kan sannolikt relationerna med arbetskamraterna påverkas negativt. De sjukskrivna yngre kvinnorna upplever en ökad risk för mobbing på arbetet vilket sannolikt är en riskfaktor för upplevd ohälsa och sämre arbetsförmåga.

Att de sjukskrivna kvinnorna upplever lägre grad av uppskattning i arbetet är förmodligen en konsekvens av att deras arbetsprestationer inte blir optimala på grund av att arbetsuppgifterna inte motsvarar deras kompetens eller att de inte trivs med sitt arbete. Tidigare studier har visat att stöd från chefer vid olika problem är en betydelsefull faktor för att undgå sjukskrivning. Det kan delvis jämföras med betydelsen och behovet av uppskattning i arbetet för att bibehålla arbetsförmågan (Aronsson och Lindh 2004).

Inlåsning

Inlåsning på arbetsmarknaden kan sägas föreligga när ett yrke eller en arbetsgivare inte passar arbetstagaren och det finns få möjligheter att byta. Om vederbörande av olika skäl inte kan byta yrke eller arbetsplats kan begreppet inlåsning användas. Varför fler sjukskrivna kvinnor i vår studie inte i ett tidigare skede arbetslivet bytt arbete eller arbetsplats kan ha olika orsaker där inte minst en sviktande hälsa kan vara förklaringen.

I den kvalitativa intervjustudie med 25 långtidssjukskrivna kvinnor som föregick denna undersökning framgick att kvinnorna inte såg några möjligheter själva att bryta sin inlåsning. De angav att de gärna skulle vilja ha ett annat yrke eller en annan arbetsgivare, men att de inte visste på vilket sätt detta skulle ske. ”Vad skulle jag då jobba med? Jag kan ju inget”, var ett vanligt svar (Sandmark och Renstig 2004).

Detta kan också ses som uttryck för det dåliga självförtroende som de sjukskrivna kvinnorna anger.

Kvinnorna ger uttryck för en stor tilltro till formell utbildning. Som främsta skäl till att de inte bytt yrke/arbetsgivare anger de att de *inte* tror att de har tillräcklig utbildning.

Kopplingen till ohälsa kan variera och i denna studie kan utfallet långtidssjukskrivning vara en effekt av inlåsning och svårigheter att ta sig ur en negativ arbetssituation. Den vanligaste diagnosgruppen bland de långtidssjukskrivna kvinnorna, värk i muskler och leder kan vara förknippad med exponering från tung fysisk belastning i något av de yrken som de befinner sig i. Det är framförallt de äldre sjukskrivna kvinnorna i yrken inom barnomsorg, omsorg och vård som inte har bytt yrke i samma utsträckning som motsvarande kontroller. Dessa sjukskrivna kvinnor borde antagligen i ett tidigare skede ha sökt sig till yrken som är mindre fysiskt tunga för att förebygga eller lindra belastningsrelaterade besvär i rörelseorganen. De psykiska diagnoserna kan i större utsträckning ha samband med exponering för stress på arbetet eller för bristande kompetens.

Den dubbla inlåsningsen som de sjukskrivna kvinnorna uppvisar förefaller förenad med en känsla av att inte ha inflytande och kontroll i sitt arbete. De har i högre grad en fast anställning, men i ett arbete som de inte upplever som positivt. De saknar kontroll inte enbart över sin egen arbetstid, utan även över möjligheten att förändra sin arbetssituation.

Tidigare studier har visat att personer som är inlåsta antingen i sitt yrke eller på sin arbetsplats har en sämre hälsa och en högre frekvens av besvär som kan påverka deras arbetsförmåga (Aronsson et al 2000). Att arbetsförhållanden med dåliga möjligheter till stimulans och kontroll och antingen för höga eller låga krav påverkar hälsa och välbefinnande och kan bidra till en försämrad hälsa är väl känt från studier där kravkontrollmodellen har tillämpats vid analysen (Karasek och Theorell 1990).

Ekonomiska incitament till yrkesarbete saknas

De ekonomiska incitamenten till yrkesarbete är svaga eftersom skillnaden i nettobehållning mellan inkomst från yrkesarbete och sjukersättning är liten, särskilt för lågutbildade kvinnor med låga löner.

Långtidssjukskrivna kvinnor klarar sig sämre på sin lön och sparar i mindre utsträckning pengar.

Långtidssjukskrivna kvinnor har svårt att klara sin försörjning på sin sjukersättning.

Den marginella skillnaden mellan nettoinkomst från yrkesarbete och nettobehållning av sjukersättning, särskilt för kvinnor i låglöneyrken, gör att det saknas ekonomiska incitament att yrkesarbete (Tabell 23). Det är till och med olönsamt att yrkesarbete jämfört med att vara sjukskriven eftersom kostnaderna i samband med yrkesarbetet – för resor till arbetet, lunch på arbetet, barntillsyn och eventuella kläder eller annat som arbetet kräver – överstiger nettoskillnaden.

Kvinnorna har 3 kilometer till arbetet (median) vilket innebär 6 kilometers resa per arbetsdag. Under åtminstone delar av året använder kvinnorna antingen egen bil eller kollektiva transportmedel.

I Tabell 23 visas merkostnader vid arbete. Dels visas endast kostnaderna för lunch på arbetet, dels kostnaderna för både lunch och resor till och från arbetet.

Ett periodkort för resor med allmänna färdmedel kostar cirka 600 kronor i de län kvinnorna bor. Eftersom resor till och från arbetet är en avdragsgill kostnad blir nettokostnaden med en skattesats på 30 procent 420 kronor per månad. Enligt Konsumentverkets normer är schablonkostnaden för lunch på arbetet (fem dagar per vecka) för kvinnor mellan 30 och 55 år 1 320 kronor i månaden vilket avsevärt torde överstiga kostnaden för lunch som lagas i hemmet motsvarande dagar.

Den sammanlagda faktiska kostnaden som sparas in vid sjukskrivning gör att nästan 90 procent av samtliga sjukskrivna kvinnor i studien förlorar på att yrkesarbete. Endast kvinnorna med yrken i den högsta kvalifikationsgraden (kvalifikationsnivå 4) och som har de högsta inkomsterna får en något större nettobehållning vid yrkesarbete jämfört med sjukskrivning. Om eventuella kostnader för tillsyn av barn adderas förlorar även dessa relativt höglönade kvinnor på att yrkesarbete.

Tabell 23. Beräkningar av nettobehållning per månad vid yrkesarbete jämfört med sjukskrivning. Intäkterna är självrapporterade data från de sjukskrivna kvinnorna i studien. Utgifterna är beräknade enligt Konsumentverkets budgetkalkyl

Grupp	Lön efter skatt Median	Kostnad för lunch och resor vid yrkesarbete ²	Disponibel inkomst vid yrkesarbete efter omkostnader	Sjukpenning och ersättning från AFA efter skatt Median
Samtliga sjukskrivna kvinnor	10 368	- 1 490	8 878	9 550
Kvalifikationsnivå 1	9 113	- 1 490	7 623	8 750
Kvalifikationsnivå 2	9 804	- 1 490	8 314	9 028
Kvalifikationsnivå 3	12 119	- 1 490	10 629	10 750
Kvalifikationsnivå 4	13 017	- 1 490	11 527	10 750
B O S ¹	10 475	- 1 490	8 985	9 984

¹Anställda inom barnomsorg, omsorg och sjukvård

² Kostnad för lunch hemma uppgår till 250 kronor per månad (5 dagar). Lunch ute uppgår till 1 320 kronor per månad. Mellanskillnaden 1070 kronor är mer kostnader per månad för lunch vid yrkesarbete 5 dagar per vecka. Ett periodkort för resor med allmänna färdmedel kostar cirka 600 kronor i de län kvinnorna bor. Eftersom resor till och från arbetet är en avdragsgill kostnad blir nettokostnaden med en skattesats på 30 procent 420 kronor per månad.

I tabell 24 visas i vilken utsträckning kvinnorna förlorar eller vinner på att yrkesarbete avseende intäkter.

Tabell 24. Skillnader mellan yrkesarbetet och sjukpenning baserat på självrapporterade inkomststoppgifter. Beräkningarna visar behållningen dels efter utgifter för enbart lunch, dels efter utgifter för både lunch och arbetsresor

Grupp	Vinst eller förlust att yrkesarbete jämfört med sjukskrivning enbart vid kostnader för lunch	Vinst eller förlust att yrkesarbete jämfört med sjukskrivning vid kostnader för lunch och arbetsresor
Samtliga sjukskrivna kvinnor	-252	-672
Kvalifikationsnivå 1	-707	-1127
Kvalifikationsnivå 2	-297	-714
Kvalifikationsnivå 3	+299	-121
Kvalifikationsnivå 4	+1 197	+777
B O S ¹	-579	-999

¹Anställda inom barnomsorg, omsorg och sjukvård

En statlig utredning har visat att var femte person år 2003 har en ersättningsgrad vid sjukskrivning på 90 procent eller mer. I utredningen konstateras att andelen personer som

har svag drivkraft att ta sig tillbaka till arbete efter en längre tids sjukskrivning är omfattande. Detta eftersom skillnaden i disponibel inkomst är mindre än 10 procent för var tredje individ. Familjesituationen är av betydelse genom att barnfamiljer i högre grad än andra kompenseras för inkomstbortfall via lägre barnomsorgsavgift och högre bostadsbidrag (SOU 2004:2).

I en studie av effekterna av förändringar i socialförsäkringssystemet har man visat att förändringar av ersättningsnivåerna har betydelse för individens benägenhet att sjukskriva sig. I samma studie konstateras att kvinnor i högre grad än män reagerar med ett förändrat sjukskrivningsbeteende när ersättningarna förändras. Kvinnor är således mer känsliga för förändringar i socialförsäkringssystemet. Man menar att detta beror på att kvinnorna fortfarande är bundna vid de traditionella könsrollerna och i större utsträckning är ”marginalförsörjare”. Kvinnors inkomster är generellt lägre än mäns vilket betyder att de inte förlorar lika mycket pengar som män vid sjukskrivning (Persson 2004, Henreksson och Persson 2004).

Detta överensstämmer med resultatet från vår inledande intervjustudie där kvinnor berättade om sitt arbete som ett nödvändigt komplement till familjens inkomster. Det skulle kunna förklara vissa kvinnors svaga förankring på arbetsmarknaden och en dåligt utvecklad yrkesidentitet samt en del av den ökade sjukskrivningen efter genomförandet av de mer generösa reglerna i sjukförsäkringssystemet 1998. Skillnaden i kvinnornas sjukskrivningsbeteende i denna studie skulle kunna bero på att de sjukskrivna kvinnorna har en svagare yrkesidentitet, trots att kontrollgruppens kvinnor i stort sett har samma yrken, och att de i högre utsträckning är ”marginalförsörjare” och därmed känsligare för förändringarna i försäkringssystemet.

Vår studie visar att svenska kvinnor i allmänhet inte klarar att försörja sig på sin lön trots att de yrkesarbetar. Kvinnorna i studien, både de långtidssjukskrivna kvinnorna och kontrollgruppens kvinnor är till stor del verksamma i kvinnodominerade yrken i den offentliga sektorn och med relativt låga löner. På detta sätt har båda grupperna en likartad ekonomisk utgångspunkt. För de kvinnor som är sammanboende, har make/sambo i stort sett likartade löner i de båda grupperna. Trots detta rapporterar de långtidssjukskrivna en sämre ekonomisk situation.

Sambanden mellan långtidssjukskrivning och upplevelsen av en knapp ekonomisk marginal och svårigheter att få pengarna att räcka till, är svårtolkat och spekulativt. I ett hälsoperspektiv skulle sambandet kunna tolkas som att upplevelsen av en dålig privatekonomi skapar en ekonomisk stress och ohälsa.

Kvinnors socioekonomiska status är svår att fastställa. Kvinnor har i tidigare studier klassificerats enligt makens eller till och med efter faderns socioekonomiska position (Kilbom et al 1998). I vår undersökning har make/sambos lön redovisats. Några statistiskt säkerställda skillnader i löneinkomst mellan de sjukskrivna kvinnornas och kontrollgruppens män/sambos kunde inte visas.

I en tidigare studie av långtidsfriska personers karakteristika har Aronsson och medarbetare funnit att det finns ett starkt samband mellan kontantmarginal, det vill säga möjlighet att inom en vecka kunna skaffa fram 13 000 kronor och "långtidsfriskhet". Långtidsfriska definierades som personer med låg sjukfrånvaro och låg sjuknärvaro på arbetet. De långtidsfriska hade betydligt större kontantmarginal än jämförelsegruppen som hade en högre sjuknärvaro på sina respektive arbeten och fler sjukfrånvarodagar under det senaste året (Aronsson och Lindh 2004). I en tidigare undersökning har liknande samband mellan hälsa och ekonomisk stress visats när en grupp tidsbegränsat anställda undersöktes (Aronsson et al 2002). Man har funnit att tillräckliga ekonomiska resurser har en dämpande effekt på upplevd stress och därmed funnit en trolig koppling till hälsa.

Familjelivet och jämställdheten i hemmet

Långtidssjukskrivna kvinnor fick barn tidigare i livet och har flera barn. De har också i högre utsträckning huvudansvaret för skötseln av barnen.

Undersökningens resultat avseende familjeförhållanden, visar att exponering för tidigt barnafödande, många barn och huvudansvar för skötseln av barn ökar risken för långtidssjukskrivning för kvinnor i alla typer av yrken.

Resultatet kan tolkas på olika sätt och studien kan inte ge någon entydig förklaring till hur dessa förhållanden har samband med sjukskrivning. En möjlig förklaring till detta är de tidigare diskuterade förändringarna på arbetsmarknaden. De kan leda till att kvinnor med lägre närvaro på arbetsmarknaden, sett till det totala antalet arbetade timmar, inte klarar att bevaka sin plats vid omorganisationer, att de går miste om väsentlig information och kanske inte får möjlighet till nödvändig kompetensutveckling.

De kan också vara kvinnornas större fokusering på barn och familj som ger en svagare yrkesidentitet. Det kan innebära att de inte i tillräcklig utsträckning sett till att de funnit rätt yrke och arbetsplats. Detta skulle kunna medföra negativa hälsokonsekvenser genom att arbetslivet inte blir tillfredställande för dem. Att de i större omfattning arbetat deltid talar också för detta. Fokus på familjen som leder till ett tämligen svalt intresse för arbetet kan också i sig leda till bristande engagemang för kompetensutveckling eller att man inte hinner med att se till att man får bra arbetsuppgifter vid nästa omorganisation. Detta förhållande leder lätt till att dessa kvinnor blir åsidosatta – vilket i sin tur kan leda till vantrivsel på arbetsplatsen, med kollegor och chefer – som kan ge stressrelaterade symptom och orsaka sjukskrivning.

Att kvinnorna har fler barn och tar huvudansvaret för dem kan även innebära rollkonflikter, att den totala arbetsbördan blir för stor, vilket ger ett ökat inslag av stress. Om kvinnorna får en alltför stor sammanlagd arbetsbelastning och tiden för återhämtning blir alltför liten kan ohälsoeffekter förmodligen uppstå. Eftersom kvinnorna rapporterade att de tagit en större del av skötseln av barnen jämfört med kontrollgruppens kvinnor skulle detta tillsammans med att de också har fler barn, kunna vara en bidragande orsak till större arbetsbelastning. Det kan ha lett till funktionsnedsättning av något slag och till långtidssjukskrivning.

I en studie från 1995 fann man att kvinnor med hemmavarande barn och som upplevde motstridiga krav mellan betalt och obetalt arbete hade högre sjukfrånvaro (Hensing et al 1995). Liknande resultat har visats i en studie av sambanden mellan kombinationen arbetsmiljö/hushållsarbete och stressrelaterade symptom och senare sjukskrivning. Man fann i den studien att de kvinnor som hade dubbel arbetsbörda och många symptom löpte en större risk för fler och längre sjukskrivningsperioder (Krantz och Östergren 2001).

I en omfattande enkätundersökning som av anställda inom Posten i Sverige har resultatet visat att hög belastning från yrkesarbete och arbete i hemmet har ett samband med kvinnors sjukskrivning (Voss et al 2004).

Både kvinnors och mäns arbetsbörda samt tid i obetalt arbete har ökat under 1990-talet visar en undersökning av Lundberg och medarbetare. Ökningen har varit störst i det obetalda arbetet och betydligt större för kvinnor än för män. Den största ökningen av obetalda sysslor är relaterad till egna barn. Resultaten gäller främst högutbildade kvinnor (Lundberg et al 2003).

I en studie av i psykisk ohälsa har forskare funnit att trots kvinnors numera höga utbildningsnivå och ökade deltagande i yrkeslivet, har de fortfarande huvudansvaret för hemarbetet och omsorgen om barnen. Som en konsekvens av detta rapporterar kvinnorna en betydligt högre grad av rollkonflikt och stress, liksom ett högre antal timmar i obetalt arbete jämfört med männen. Forskarna sammanfattar sina resultat som att dessa förhållanden på längre sikt förväntas ge stressrelaterade hälsoproblem (Hallsten et al 2002).

Liknande resultat har nyligen presenterats i en studie av 3 000 kvinnor och män i Värmland. Den undersökningen visar att förutom att mängden arbete både i och utanför arbetslivet har ökat under senare år är det kvinnor som drabbats mest av detta eftersom de har ett huvudansvar för hemmet och familjen och små möjligheter till återhämtning. (Sundgren et al 2004).

Personliga egenskaper och livsstilsfaktorer

Långtidssjukskrivna kvinnor har svårare att säga nej, de har sämre kontroll över sina liv och upplever krav från familj och släkt som känns belastande.

Långtidssjukskrivna kvinnor motionerar mindre och är mer överviktiga.

Personbundna faktorer som att ha svårt att säga nej, upplevelse av höga krav från omgivningen och känslan av att ha dålig kontroll över sitt liv är vanligare hos de sjukskrivna kvinnorna.

Om dessa faktorer har funnits tidigare eller uppkommit som en konsekvens av en lång sjukskrivningsperiod kan inte säkert konstateras i denna tvärsnittsstudie. Om de har funnits längre tillbaka i tiden kan de ha påverkat olika val som kvinnorna gjort i livet: Utbildning, yrkesval och val i samband med familjebildning. Bristande självförtroende kan ha fungerat som selektionsmekanism för framtida ohälsa och sjukskrivning och samtidigt inneburit svårigheter att hantera påfrestande situationer i familje- och arbetslivet.

Har dessa faktorer uppkommit som en konsekvens av sjukskrivningen kan de påverka möjligheterna till återgång till arbetslivet.

Resultatet från den intervjustudie som föregick denna undersökning, och som omfattar kvinnor från samma studiepopulation bekräftar att kvinnorna redan under ungdomstiden hade dåligt självförtroende, vilket påverkade både utbildningsinriktning och yrkesval (Sandmark och Renstig 2004). Samma intervjustudie visar även effekter av sjukskrivning som kan innebära att självförtroendet blivit sämre under sjukskrivningsperioden.

Det kan vara svårt att skilja mellan konsekvenser av sjukskrivning och konsekvenser av den sjukdom, skada eller funktionsnedsättning som orsakat arbetsoförmåga. Förstudien till denna undersökning ger dock en indikation på att det även finns ett kausalt samband mellan individfaktorer, som bristande kontroll och dåligt självförtroende och risken för långtidssjukskrivning.

Självkänsla är förknippat med självförtroende och känslan av att ha kontroll över sitt eget liv. Dessa personliga egenskaper har visat sig vara betydelsefulla för stresshantering (coping). Coping är en viktig del i en individs motstånd mot skadlig inverkan av stress

och en förmåga att hantera stress, oro och ångest. (Carver et al 1989, Levi 2002, Orth-Gomér, 2000). Tidigare forskning har visat att självkänslan har betydelse för hur individer reagerar på krav och påfrestningar på arbetsplatsen och hur de reagerar på stress (Guindon 1994).

Få studier har genomförts avseende konsekvenser av sjukskrivning i allmänhet. Bland de studier som finns inom detta område visar resultaten dock att det finns negativa konsekvenser av sjukskrivning som försämrat självförtroende, isolering och inaktivitet (Ockander och Timpka 2001, Judiesch och Lyness 1999). Sannolikt kan de personbundna faktorer som denna studie visat vara vanligare hos sjukskrivna, oavsett när de uppkommit, påverka sjukskrivningens längd och möjligheterna att komma tillbaka till arbetslivet.

De sjukskrivna kvinnorna är mer överviktiga och motionerar och motionerade även tidigare i mindre utsträckning än kontrollgruppens kvinnor. Skillnaden i motionsvanor mellan sjukskrivna och kontroller var störst bland de yngre kvinnorna.

Motion har i denna studie definierats som regelbundna fysiska aktiviteter varje vecka som medför ökning av pulsen och andfåddhet. Det betyder att vanliga promenader inte räknats som motion. Anledningen till detta är att vi ville ha en snävare definition av motionsaktiviteter med en viss frekvens, duration (varaktighet) och intensitet.

Vi har utgått från denna operationella definition för att få ett förhållandevis tydligt mått på träningsintensiteten och för att visa en träningsintensitet som ligger på en nivå som ger en tydlig höjning av pulsfrekvensen och andfåddhet.

Fysisk aktivitet kan utföras vid olika intensitet. För att få fysiologiska effekter av fysisk träning måste en viss intensitet uppnås för att få optimala effekter. Ju högre intensitet, desto större blir den omedelbara påverkan på olika kroppsfunktioner. Det är således en intensitet som för de flesta individer är högre än måttlig (Jakicic et al 1995).

Eftersom denna studie har en tvärsnittsdesign är det svårt att avgöra om sjukfrånvaro beror på dålig fysisk kondition eller om konditionen förändrats på grund av sjukskrivningen eller den sjukdom som lett till sjukskrivningen. Att de sjukskrivna kvinnorna inte motionerar för närvarande kan till stor del vara konsekvenser av deras pågående ohälsa och sjukskrivning. Motionsvanorna för två år sedan kan dock bero på även andra faktorer och föregå sjukdom och besvär som lett till arbetsoförmåga.

Det är oomtvistat att regelbunden fysisk träning är positivt för hälsan och att den påverkar både fysiologiska och psykologiska faktorer. Träning ger effekt på blodtrycket, en halvering av mortalitet i hjärt-kärlsjukdom, minskad risk för diabetes typ 2, förebyggande av tjocktarmscancer, benskörhet och psykisk ohälsa (US Department of Health and Human Services 1996). Det är visat att personer som tränar regelbundet upplever en ökad självkänsla, troligen på grund av att man får ett bättre förhållande till den egna kroppen, sömnen förbättras och muskelspänningar avtar (Martinsen 2002). Samma studie visar att

de som utövar regelbunden fysisk träning beskriver mindre depression, ångest och stress jämfört med dem som tränar mindre eller inte alls.

Fysisk träning aktiverar endorfin-neutrofinsystemet i hjärnan som minskar mental anspänning och reducerar den toniska sympatiska aktiviteten vid stress. Studier har visat att fysisk aktivitet är ett av de mest effektiva alternativen för att förhindra eller behandla reaktioner på negativ stress (Björntorp et al 2002). Ett ökat välbefinnande och minskad upplevelse av stress har beskrivits hos patienter med mental utmattning som börjat med regelbunden fysisk träning (Folkow 2001).

De långtidssjukskrivnas ökade risk för övervikt skulle kunna tolkas som att de på grund av en funktionsnedsättning inte klarar att motionera i den utsträckning som är nödvändig för att kontrollera sin vikt fullt ut.

Kontrollgruppens mer omfattande motion och bättre hälsa är i samstämmighet med de positiva effekter av fysisk aktivitet som visats i tidigare studier.

Återgång till arbetslivet

Färre långtidssjukskrivna kvinnor tror att de kommer att yrkesarbeta om två år jämfört med kvinnor i befolkningen som inte är långtidssjukskrivna.

De flesta långtidssjukskrivna kvinnor vill börja arbeta igen.

**Nästan en femtedel skulle kunna arbeta nu om arbetet anpassades till dem.
Drygt en fjärdedel skulle kunna arbeta nu om de fick en annan arbetsgivare.**

För nästan hälften av kvinnorna finns ingen plan utarbetad för hur de ska kunna återgå till arbetslivet igen

Trots att flertalet långtidssjukskrivna kvinnor vill börja arbeta igen är inte alla övertygade om att det kommer att vara möjligt. Att det saknas plan för hur kvinnorna ska kunna börja arbeta igen är naturligtvis ytterligare en faktor som försvårar återgång i arbete, förutom de långa vårdköer som tidigare diskuterats.

Var femte kvinna uppger att hon skulle kunna arbeta nu om arbetet anpassades. Var fjärde tror hon skulle kunna arbeta om hon fick en annan arbetsgivare eller annat yrke/sysselsättning. Detta visar att de rehabiliterande instanserna, försäkringsystemet, Arbetsförmedlingen och arbetsgivarna, inte klarar att se till att långtidssjukskrivna kvinnor får den hjälp och planering som de behöver för att kunna återgå i aktivt arbete.

De inlåsnings på arbetsmarknaden, i yrke och på arbetsplats, som visats i denna studie bidrar förmodligen ytterligare till att kvinnorna stannar kvar i sjukskrivning.

Sammanfattande kommentarer

Sammanfattningsvis har undersökningen visat att orsakerna till långtidssjukskrivning bland svenska kvinnor är komplex och att huvudorsakerna återfinns inom följande områden:

- Sjukdomar och funktionsnedsättningar hos kvinnorna och svårigheter att få tillgång till adekvat utredning och sjukvård är hindrande faktorer för arbetsåtergång. De medicinska funktionsnedsättningarna som ligger till grund för sjukskrivningsdiagnoserna är vanliga även bland de kvinnor som inte är sjukskrivna. Studien visar att möjligheterna till utredning och behandling är begränsade för de sjukskrivna kvinnorna och att detta förmodligen har betydelse för långa sjukskrivningsperioder. Det är avsaknad av behandlingsalternativ och långa väntetider som är huvudproblemen enligt kvinnornas egen rapportering. En bättre tillgång till undersökning och vård både för dem som är sjukskrivna och för dem som ligger i riskzonen för sjukskrivning kan förmodligen både förebygga sjukskrivning och minska tiden för sjukskrivning.
- De sjukskrivna kvinnorna har svag förankring på arbetsmarknaden och deras yrkeskvalifikationer stämmer inte med arbetets krav. De har i större utsträckning varit deltidsarbetande och under fler år och har fler barn, vilket lett till lägre närvaro på arbetsplatsen. De har också i mindre omfattning varit rörliga på arbetsmarknaden. Att de uttrycker att de på olika sätt inte trivs på sina arbetsplatser och med sina arbeten kan förmodligen betraktas som en konsekvens av detta. En ökad närvaro på arbetsplatsen och en ökad rörlighet på arbetsmarknaden skulle kunna minska inlåsnings på arbetsmarknaden och ge kvinnor möjlighet att finna både rätt arbete och rätt arbetsplats.
- Nettobehållningen av inkomst från yrkesarbete respektive sjukersättning visar att de sjukskrivna kvinnorna i samtliga yrken förlorar på att yrkesarbeta om hänsyn tas till att levnadsomkostnaderna normalt sett är högre vid yrkesarbete. De privatekonomiska incitamenten till yrkesarbete måste öka om långa sjukskrivningar ska kunna förebyggas och brytas.
- Långtidssjukskrivna kvinnor har en större del i det obetalda arbetet i hemmet eftersom de har fler barn och tar/har tagit en större del i skötseln av barnen. Resultaten i denna studie visar att detta har ett samband med lång sjukskrivning. Ökad uppmärksamhet på dessa exponeringar och åtgärder som fokuserar på att lätta på den dubbla arbetsbördan kan förmodligen både förebygga och minska andelen långa sjukskrivningar.

- Livsstilfaktorer och personbundna faktorer (t ex dåligt självförtroende, övervikt, avsaknad av motion) som skiljer sjukskrivna och yrkesarbetande kvinnor åt kan initialt ha funnits med i riskbilden för att bli långtidssjukskriven, men kan även vara konsekvenser av en längre tids sjukskrivning. Fokus bör fästas vid dessa faktorer i det förebyggande arbetet och innan kvinnor sjukskrivs i långa perioder framförallt i diagnoser som indikerar funktionsproblem i rörelseorganen, värk, psykisk ohälsa, sömnproblem och funktionsnedsättning i mage/matsmältningsorgan. Dessa eventuella effekter av långtidssjukskrivning bör uppmärksammas i ökad utsträckning av sjukskrivande och rehabiliterande instanser.

De diagnosgrupper som har inkluderats har huvudsakligen varit symptomdiagnoser av fysisk eller psykisk natur som omfattar omkring 80 procent av alla längre sjukskrivningar. Fall och kontroller valdes ut för att vara lika i alla avseenden utom avseende långtidssjukskrivning.

Eftersom ålder och yrkeskvalifikationer skilde mellan grupperna gjordes stratifierade analyser för att undvika confounding från ålder och yrke och för att göra grupperna jämförbara i alla avseenden utom i den studerade variabeln, långtidssjukskrivning.

Ansatsen i undersökningen har varit bred vilket är nödvändigt när orsaksbakgrunden är komplex. Orsakssambanden kan endast i begränsad utsträckning visas i en tvärsnittsstudie där kausalsambanden kan vara svåra att fastställa. Sambanden är komplexa och kausaliteten blir ibland problematisk eftersom utfallet i vissa av de oberoende variablerna kan vara konsekvenser av långtidssjukskrivning och således inte riskfaktorer eftersom tidsaspekten inte alltid är känd.

För att visa hur sambanden ser ut på individnivå behöver ytterligare analyser genomföras. Detta för att visa på samverkan av flera riskfaktorer och hur bakgrunden ser ut hos den enskilda, sjukskrivna kvinnan i studien.

Referenser

Alecta tjänstepensionsföretag. www.alecta.se

AFA. www.afa.se

Alexandersson, K (2000). Den könssegregerade arbetsmarknaden – samband med hälsa och sjukdom. I *Könssegregering i arbetslivet*, Bildt Thorbjörnsson, C, Gonäs, L och Lindgren, G (red). Stockholm. Arbetslivsinstitutet.

Anker R (1998). Gender and jobs. Sex segregation of occupations in the world. International Labour Organization. Geneva.

Aronsson G, Dallner M, Gustafsson K (2000). Yrkes- och arbetsplatsinlåsning. En empirisk studie av omfattning och hälsokonsekvenser. *Arbete och Hälsa* 2000:5. Arbetslivsinstitutet. Stockholm.

Aronsson G, Dallner M, Lindh T (2002). Flexibla inkomster och fasta utgifter – en studie om ekonomisk stress och hälsa bland korttidsanställda. *Arbete och Hälsa* 2002:20. Arbetslivsinstitutet. Stockholm.

Aronsson G, Lindh T (2004). Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie. *Arbete och hälsa* 2004:10. Arbetslivsinstitutet. Stockholm.

Bäckman O (2001). Med välfärdssaten som arbetsgivare – arbetsmiljön och dess konsekvenser inom välfärdstjänsterna under 1990-talet. I *Välfärdsstaten i förändring. Den svenska välfärdskommittén*. SOU 2001:52.

Björntorp P (2002). I Ekman R, Arnetz B (red). *Stress: molekylerna, individen, organisationen, samhället*.

Carver C, Scheier M, Weintraub J K (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Eklund M, von Gramitz H, Marklund S (2004). Deltidssjukskrivning – individ, arbetsplats och hälsa. I *Den höga sjukfrånvaron –sanning och konsekvens*. Christer Hogstedt, Mats Bjurvald, Staffan Marklund, Edward Palmer, Töres Theorell (red). Statens Folkhälsoinstitut 2004:15.

Folkow B. Mental stress and its importance for cardiovascular disorders; physiological aspects, “from-mice-to-man”. *Scand Cardiovasc J* 2001;35(3):163-172.

- Guindon, M. H. (1994). Understanding the Role of Self-Esteem in Managing Communication Quality. *IEEE Transactions on Professional Communication*, Vol. 37, 21-27.
- Hallsten, L, Bellagh, K Gustafsson, K (2002). Utbränning i Sverige — en populationsstudie. *Arbete och Hälsa. Vetenskaplig skriftserie*. Nr 2002:6. Stockholm. Arbetslivsinstitutet.
- Hammar N, Persson G (1995). *Grunderna i biostatistik*. Lund: Studentlitteratur.
- Hammarström, A, Härenstam, A och Östlin, P (2001). I *Gender Inequities in Health. A Swedish Perspective*, Östlin, P, Danielsson, M, Diderichsen, F, Härenstam, A, och Lundberg, G (red). Boston. Harvard University Press.
- Henrekson M, Persson M (2004) The Effects on Sick leave of Changes in the Sickness Insurance System. *J of Labor Economics* (2004) 22;1:87-114.
- Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T (red). *Den höga sjukfrånvaron-sanning och konsekvens* Statens Folkhälsoinstitut 2004:15, ss19-26.
- Jakicic JM, Wing RR, Butler BA, Robertson RJ. Prescribing exercise in multiple short bouts versus one continuous bout: Effects on adherence, cardiorespiratory fitness, and weight loss in overweight women. *Int J Obes* 1995;19:893-901.
- Judiesch MK & Lyness KS (1999) "Left behind? The impact of leaves of absence on managers' career success" *Academy of Management Journal* 1999;42(6):641-65).
- Jönsson B, Arvidsson G, Levin LÅ, Rehnberg C (2004). *Hälsa, vård och tillväxt. Välfärdspolitiska rådets rapport 2004*. SNS Förlag.
- Karasek, R, Theorell, T (1990). *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York. Basic Books Inc.
- Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C (red) (1998). *Women's health at work*. Arbetslivsinstitutet, Solna.
- Krantz G, Östergren PO (2001). Double exposure - the combined impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women. *Europ J Public Health* 2001;11(4):413-9.
- Landtingsförbundets väntetidsdatabas (2004) www.lf.se.
- Levi L. (2002). *Stress – en översikt. Internationella och folkhälsoperspektiv*. Ekman IRoch Arnetz B. (red.), I *Stress – Molekylerna, Individen, Organisationen, Samhället*. Falköping: Liber.

- Lundberg U, Krantz G, Berntsson L (2003) Socialmedicinsk tidskrift 2003:3.
- Martinsen EW. Fysisk aktivitet–medisin mot utbrenthet? (2002) I Roness A, Matthiesen S (red). *Utbrent, Krevende jobber – gode liv?* Oslo.Fagbokforlaget.
- OECD (2004), OECD Employment Outlook, www.oecd.org.
- Ockander M, Timpka T (2001) A female lay perspective on the establishment of long-term sickness absence. *Int J Soc Welf.* 2001;10:74-79.
- Orth-Gomér, K. (2000). Kvinnohjärtan reagerar annorlunda. I *Jäktad, pressad, - utbränd?* Falköping. Forskningsrådsnämnden.
- Palmer E (2004). Sjukskrivningen i Sverige – inledande översikt. I *Den höga sjukfrånvaron-sanning och konsekvens*. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T (red). Statens Folkhälsoinstitut 2004:15.
- Persson M (2004). Sjukskrivningarna och ersättningsnivån. I *Varför är svenskarna så sjuka?* Swedenborg B (red). Stockholm. SNS förlag.
- Riksförsäkringsverket (RFV) 2003 och 2004. Månads- och årsstatistik, www.rfv.se
- Rothman K, Greenland S (1998). *Modern Epidemiology (Second edition)* Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Sandmark H, Renstig M (2004). Kvinnors sjukskrivning. Intervjuer med 25 långtidssjukskrivna kvinnor i Mellansverige.
- Socialstyrelsen, ”Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården”, www.sos.se.
- Statistiska centralbyrån (SCB) (2004), Arbetskraftsundersökningen (AKU) 2004, www.scb.se
- SOU 2004:2. Vem tjänar på att arbeta? (2004). Finansdepartementet.
- Sundgren Grinups B, Bekkengen L, Lundberg B, Höijer C (2004). Långtidsfrisk i Värmland. Forskningsrapport 2004:50. Karlstads universitet.
- ULF (2004). Undersökningarna av levnadsförhållanden i Sverige. Statistiska centralbyrån SCB, www.scb.se.
- US Department of Health and Human Services (1996). Physical activity and health. A report of the Surgeon General.

Voss M, Floderus B, Diderichsen F (2004). How do job, family situation, domestic work and lifestyle factors relate to sickness absence? A study based on Sweden Post. *J Occup Environ Med* 2004 ;46(11):1134-1143.