

# STRESS SOM SJUKSKRIVNINGSORSAK

Olu Berglund  
Kenneth Nilsson

Handledare: Mats Dahl  
C-uppsats i psykologi 10p, 2007

Högskolan Kristianstad



Beteendevetenskapliga Institutionen

## STRESS SOM SJUKSKRIVNINGSORSAK

Olu Berglund & Kenneth Nilsson

Undersökningens forskningshypotes var att arbetslösa (och därmed låginkomsttagande) kvinnor är mest utsatta för stress som sjukskrivningsorsak. Hypotesen har testats på 20953 personer, varav 63 % var kvinnor och 37 % var män. Samtliga undersökningsdeltagare var boende i Skåne län. Gruppen representerar alla som varit sjukskrivna i minst 60 dygn vid mättillfället. Denna undersökning visar klart att det är anställda kvinnor i åldern 30-49 år, med en sjukpenninggrundande inkomst på över 201000 kronor per år, som är mest utsatta för stress. Resultaten går därmed mot hypotesen.

*Nyckelord:* stress, sjukskrivning, kön

Samhällets utveckling har fört med sig en förändring avseende stressrelaterade sjukskrivningsorsaker såsom exempelvis depression, utbrändhet, kognitiva problem och spänningssymptom. På senare år har detta blivit allt tydligare och det senaste årtiondet har en del forskning gjorts kring denna problematik (Sauter & Hurrell Jr, 1999). Men även de som inte arbetar drabbas av stressrelaterade sjukdomar. Där torde ligga en helt annan typ av stressorer. Inte enbart de stressorer som framkallas av höga krav och små resurser utan snarare avsaknad av sociala nätverk och en känsla av utanförskap. Arbete och arbetsplatser har i stort sett enbart fokuserats på effektivitet och kostnader: Teknik och ekonomi har accepterats som tvingande styrmedel för att optimera arbete och arbetssystem, förändringar har motiverats med målet att nå obegränsad ekonomisk tillväxt, arbetsdesign och val av mål för arbetet har valts av chefer och tekniker. Med andra ord så har man inte satt människan, som ska utföra arbetet, i centrum. Kortsiktigt så har detta givit fördelar som högre produktivitet, lägre kostnader och ökat välbefinnande. Samtidigt har långsiktiga nackdelar som otillfredsställelse, utanförskap och dålig hälsa uppstått. Detta har givit återverkningar i ekonomin (Levi, 1990).

Först på 60- och 70-talet involverades psykologer i arbetet med hälsa på arbetsplatsen. Det finns tre huvudanledningar till detta; en ökning och ett igenkännande av stressrelaterade psykologiska sjukdomar med kostsamma konsekvenser, ett ökat erkännande av att psykologiska orsaker kan orsaka fysiska problem som problem med axlar/nacke, dramatiska förändringar i organisationer som skapar stress och andra hälsorelaterade problem. Ett av problemen har varit att arbetsorganisation och relaterade hälso- och säkerhetsrisker fallit mellan stolarna på arbetshälsa och psykologi. Under 80- och 90-talet har det gjorts allt mer forskning på området vilket lett till en ökad medvetenhet och utbildning inom området (Sauter & Hurrell Jr, 1999). Orsakerna till stress på arbetsplatsen kan vara många: T ex att slimmade organisationer kräver att de anställda har fler kunskapsområden, anställningar har blivit mindre stabila och säkra, tillfälliga anställningar har ökat med 400 % under 80- och 90-talet samt att antalet arbetstimmar per vecka och anställd ökar hela tiden. På 90-talet uppskattas 60 % av jobbrelaterade sjukdomar bestå av muskelproblem. Under 90-talet har det vuxit fram mer kunskap framför allt i Europa. I Sverige, och även andra europeiska länder, finns utbildningar inom detta område som fokuserar på riskfaktorer för stress, skador och sjukdomar på arbetsplatsen

och hur man genom omstruktureringar på arbetsplatsen kan förebygga detta. Denna utbildning vänder sig främst till beteendevetare. Senare har de vidareutvecklats till arbetspsykologer (Sauter & Hurrell Jr, 1999). WHO:s medlemsstater har förbundit sig att medverka till förbättrade förhållanden till år 2000. Tanken var att förändra på bred front. Bl a följande rekommendationer antogs:

- Inkludera hälsomål även i policier utanför hälsosektorn
- Uppmuntra till forskning inom avgörande socioekonomiska och miljömässiga faktorer för att identifiera kostnadseffektiva hälsoåtgärder inom alla sektorer i samhället.
- Utbilda hälsovårdspersonal för att öka medvetandet avseende förhållandet mellan miljö, livsstil och hälsa.
- Öka medvetenheten hos andra yrkesgrupper för hälsorelaterade åtgärder.
- Utveckla mekanismer för intersektoriella åtgärder.
- Inkludera rättviseorienterade mål i hälsostrategier.
- Identifiera ömtåliga grupper, hälsorisker och övervaka hälsoförhållanden.
- Använda hälsostatus för missgynnade grupper såsom en indikator över utvecklingen.
- Skydda de mest utsatta grupperna genom att implementera ekonomiska justeringspolicies (Levi, 1990).

The National Institute for Occupational Safety and Health (Storbritannien) har 1988 i skriften *A proposed national strategy for the prevention of work-related psychological disorders* rangordnat ett antal stressrelaterade sjukdomar efter antal förekomster, hur allvarlig sjukdomen är för individen samt hur lätt den är att förebygga. Följande sjukdomar redovisas:

- Yrkesrelaterade lungsjukdomar
- Muskel- och skelettskador
- Yrkesrelaterad cancer
- Allvarliga yrkesrelaterade traumatiska skador
- Hjärt- och kärlsjukdomar
- Störningar avseende fortplantning
- Neurologiska störningar
- Bullergenererade hörselskador
- Hudåkommor
- Psykologiska störningar inkl neuroser, personlighetsförändringar och alkohol- och drogberoende

Dessa sjukdomar är inte enbart relaterade till arbetsförhållanden utan de kan även påverkas av miljön inkluderande både den naturliga (nedsmutsning, utsläpp etc) och den sociala. Även våra egna vanor (tobak, alkohol, droger, motion, trafik etc) påverkar förekomsten av ovanstående sjukdomar. Dock menar man att arbetsituationen har en stor påverkan (Levi, 1990).

Ett stort antal undersökningar (för översikt se Levi, 1990) inom området har genomförts och generellt kan sägas att om det inte finns överensstämmelse mellan den anställde och jobbet, om den anställde känner att han/hon inte kan kontrollera sina arbetsvillkor, kla-

rar av arbetet dåligt eller saknar socialt stöd så kan bli ovanstående sjukdomstillstånd uppstå.

### *Stress*

Stress är ett begrepp som används flitigt. Dock är definitionen inte tydlig alla gånger. Begreppet används som en slags diagnos utan att det finns en tydlig plats i diagnostiska manualer eller klassificeringssystem. Det moderna sättet att se på stress är att det är individens fysiologiska reaktioner på olika stressorer i den sociala och/eller fysiska miljön. Detta innebär att det inte är stressorn i sig som avgör utan personens varseblivning, tolkning och motivation som avgör vad reaktionen blir (Währborg, 2002). Detta innebär att stress är något högst individuellt som avgörs av individens personliga sätt att hantera stressorer. Detta benämns som coping. Det har identifierats två olika sorters copingstrategier; problemfokuserade och emotionellt fokuserade. Hur effektiv strategin är beror både på hur stor ansträngning personen gör samt sammanhanget. Man har även funnit att den problemfokuserade strategin fungerar bäst i situationer som är kontrollerbara medan den emotionella i okontrollerbara situationer (Gan et al 2004).

Personer med väl utvecklade copingstrategier borde således löpa mindre risk att drabbas av stress än personer med mindre utvecklade strategier. Vid långvarig stress minskar det kulturella och sociala inflytandet, från neocortex, över våra reaktioner och det sker en primitivisering av beteendet (Währborg, 2002). Detta innebär en minskad kontroll över beteendet med aktioner som leder till ångest sker.

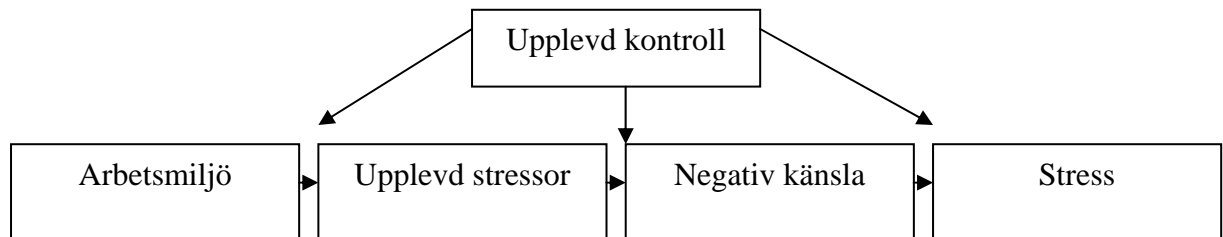
Stress påverkar beteendet på flera sätt och orsakerna kan ofta härledas till stresspåverkan i hjärnan. Stora delar påverkas, bland andra limbiska systemet, hypotalamus, hypofysen och binjurebarken. Smärtupplevelsen påverkas i och med detta, varför stressade personer upplever högre grad av smärta än icke-stressade (Währborg, 2002). Hippocampus har visats sig mindre hos personer som utsatts för extrem stress än hos övriga (Hansen 2003). Även immunsystemet påverkas genom detta av stress, varför stress kan ligga bakom många fler sjukdomar än registrerade.

### *Utbrändhet*

Utbrändhet är ett psykologiskt syndrom som innebär en förlängd reaktion på stressorer på arbetet. Dessa stressorer grundar sig ofta på den obalans mellan arbetaren och arbetet som beskrivits ovan (nedskränningar, effektiviseringar, minskade resurser för att utföra arbetet och så vidare). Maslach (2003) har kartlagt tre huvudsymptom som utbrändhet har; en känsla av överväldigande utmattning, känslor av cynisism och oengagemang i arbetet samt en känsla av att vara otillräcklig och avsaknad av prestation. De två första symptomen samverkar och den tredje förekommer på lite olika sätt. Ibland som en reaktion på de andra och ibland sker det parallellt. Generellt kan man säga att utmattning och cynisism tenderar att uppstå i situationer av överbelastning av arbetsuppgifter och sociala konflikter medan känslan av otillräcklighet uppstår av brist på resurser för att få jobbet gjort. Det har visat sig att utbrändhet inte enbart uppstår på arbetet. Det kan även vara knutet till den roll personen har i försörjning, familjen och i en ideell verksamhet

(Hallsten, Bellaagh och Gustafsson, 2002). Även i dessa fall är det en obalans som utlöser utbrändheten.

Känslan av kontroll (LOC) spelar en stor roll i processen. Om en person upplever kontroll på arbetsplatsen är risken att uppleva stressorer där mindre trolig. Skulle personen uppleva stressorerna gör känslan av kontroll det lättare för denne person att minimera de negativa känslor som dessa stressorer ger upphov till. Upplevelsen av kontroll ger sedan personen större möjlighet att välja copingstrategi om den negativa känslan uppstår (Spector, 2002).



Figur 1. Modell över hur stress uppstår.

Hallsten, Bellaagh och Gustafsson (2002) har undersökt sambandet mellan utbränning och individuella bakgrundsfaktorer. De beskriver att det finns en skillnad mellan könen, där kvinnor ligger högre än män. Det har inte visat någon direkt skillnad mellan olika åldersgrupper men ensamstående visar högre värden för utbrändhet. Vad gäller anställning visade undersökningen att de för personer som var arbetslösa var risken att drabbas av utbränning dubbelt så hög som för de som arbetade.

### *Skillnader mellan könen*

Mycket av den forskning (för översikt se Baruch, Biener, Barnett, 1987) inom ämnet som gjorts har fokuserats på män och har därmed inte sett könet som en variabel. Forskningen har därmed utgått från att män och kvinnor upplever/reagerar på stress på likartat sätt och i samma utsträckning. Man har även valt att enbart titta på arbetssituationen och inte tagit med hemförhållanden i undersökningarna. Man har sett hemmet som en stressfri miljö där man kan vila upp sig efter arbetet. Studier (för översikt se Baruch, Biener & Barnett, 1987) har visat att arbetande kvinnor är i mindre utsträckning stresspåverkade. Samma studier har visat att hemmafruar upplever högre krav än arbetande fruar och har mindre kontroll över stressorerna. Det har även visat sig att kvinnor i högstatusjobb upplever mindre stress än övriga kvinnor vilket kopplas samman med (förutom ökad kontroll) högre tillfredsställelse och en känsla av att må bra. Andra studier har visat att kvinnor som förlorat jobbet inte upplevt det som stressande utan snarare tvärt om i vissa fall (för översikt se Baruch, Biener & Barnett, 1987). Det har givit dem möjlighet att få mer tid till hem och familj. Relationen mellan arbete och familj/hem är av stor vikt när man ser till kvinnor. Om hon är ensamstående eller gift, med eller utan barn, hög/låginkomsttagare påverkar i hög grad. Inte bara vilken roll det är som spelar in utan främst kvinnans erfarenhet av rollen. Det vill säga att kvinnans bild av hur rollen ser ut påverkar. Det är väl etablerat att det är skillnader mellan könen när det gäller depression. En del av förklaringen tycks vara att kvinnor verkar arbeta mer för mindre lön och

dessutom oftast står för hem och hushåll. Detta tros vara en bidragande faktor till en känsla av utbrändhet och generell stress. Denna generella kroniska stress tillsammans med mindre kontroll och en belägenhet för grubblerier gör kvinnor mer utsatta för depression (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999).

Dock har det visat sig att kvinnor upplever mer stress än män (Hallsten, Bellaagh och Gustafsson, 2002; Forsblom, Larsson, Normark, Oldertz och Paulson, 2007). Detta gäller både för arbetande och arbetslösa. Intressant är att skillnaden är stor mellan könen i höginkomstrelaterade yrken. Kvinnor på högre poster upplever mer stress än män på högre poster.

Det har visat sig att det finns könsskillnader i mänskligt beteende. Dessa skillnader har främst visat sig i den visuospatiala färdigheten (män högre resultat) samt i den verbala färdigheten (kvinnor högre resultat). Ser man till placeringen av var dessa processer sker så pågår den visuospatiala aktiviteten i höger hjärnhalva medan den verbala förmågan processar i vänster hjärnhalva. Hypotalamus är en annan plats där det finns könsskillnader, dock är det osäkert om det beror på genetiska skillnader, skillnader i socialisering eller en kombination av de båda faktorerna som skapar skillnaderna (Hansen 2003).

#### *Arbetskadeprediktorer bland anställda ungdomar*

Att komma ut i arbetslivet är en milsten i individens utveckling. Tidigare forskning har huvudsakligen koncentrerats på vilka effekter detta har på individens utveckling (för översikt se Frone, 1998). Vad innebär det t ex att ha arbete i förhållande till att inte ha? Få undersökningar har studerat relationen mellan anställning och inverkan på hälsan hos ungdomar och, framför allt, har få studier gjorts över i vilken mån ett antal arbetskadeprediktorer inverkar. Exempel på resultat som erhöles av Frone (1998):

Ynglingar rapporterade fler arbetsskador än unga kvinnor vilket stämmer överens med tidigare forskning. Endast negativ sinnesstämning relaterade positivt till arbetsskador i regressionsanalysen. Anställningens längd relaterade positivt till arbetsskador troligtvis beroende på att ju längre den anställde varit anställd desto svårare uppgifter utsattes den anställde för och därigenom större riskexponering. Dessutom var fysiska risker, hög arbetsbelastning och enformiga arbetsuppgifter relaterade till arbetsskador och detta stämmer överens med tidigare forskning avseende vuxna. Den tidigare forskning Frone (1998) relaterar till har rapporterat en positiv relation mellan depression och arbetsolyckor. Detta kunde ej bekräftas i Frones egna undersökning. Det fanns en positiv relation mellan användning av droger på jobbet och arbetsskador i denna undersökning. I två andra undersökningar avseende vuxna har dock inte detta samband kunnat verifieras. Undersökningen är behäftad med några begränsningar varav en redan har påpekats, d v s att det inte var något representativt urval avseende försökspersoner. Dessutom, trots att man tagit med många prediktorer i undersökningen, så finns det fler som kan påverka risken för arbetsskador. Ytterligare en begränsande faktor i undersökningen är att samtliga uppgifter baseras helt på undersökningsdeltagarens egna uppgifter (Frone, 1998).

*Socialt stöd och underminering i nära relationer: Deras oberoende effekt på den mentala hälsan hos arbetslösa.*

Socialt stöd karakteriseras av transaktioner med andra personer som förser mottagaren med känslomässigt stöd, bekräftelse av jaget, uppskattning av situationen och med hjälp i situationen. Social underminering karakteriseras av transaktioner mot mottagaren som visar negativa angrepp, av negativ utvärdering av mottagarens attribut, handlingar och insatser samt uppträdande som hindrar mottagarens uppnående av mål (Vinokur & Ryn, 1993).

Det finns ett stort antal undersökningar (för översikt se Vinokur & Ryn, 1993) gjorda angående socialt stöd och i princip samtliga redovisar att det finns en positiv inverkan på den mentala hälsan. Det har också visats att socialt stöd har en ”buffrande” effekt, dvs att det har skyddande effekter på den mentala hälsan och detta är speciellt uttalat i stressiga situationer och hos dem som upplever en högre nivå av stress. Det visar sig däremot att social underminering inte alls i samma utsträckning har varit föremål för undersökning.

Om socialt stöd är positiv för den mentala hälsan så borde social underminering vara motsatsen. Tidigare forskning (för översikt se Vinokur & Ryn, 1993) har visat på några faktorer som kan ha inverkan:

- Antalet ”stödaktiviteter” har ingen nämnvärd inverkan
- Antalet ”undermineringsaktiviteter” har stor inverkan
- Antalet ”stödpersoner” har ingen nämnvärd inverkan
- Antalet ”undermineringspersoner” har stor inverkan

Socialt stöd respektive social underminering har positiv respektive negativ inverkan på ångslan, depression och livskvalité av ungefär samma magnitud när det gällde personer i sin närhet. En intressant uppgift var att när det gällde den närmaste personen så reagerade man enbart på den sociala undermineringen.

Socialt stöd hade ingen inverkan på den mentala hälsan medan däremot social underminering hade signifikanta effekter på förändringar i den mentala hälsan. Man såg också förbättringar i den mentala hälsan framför allt mellan tidpunkt 2 och 3 vilket, enligt författarna, tyder på att den sociala undermineringen i vissa fall bestod av, i tid, kortare meningskiljaktigheter (Vinokur & Ryn, 1993).

*Skyddsnät i form av sjukskrivning – historik*

I de flesta i-länder finns någon form av skyddsnät vid sjukdom i form av möjlighet till ersättning. För Sveriges del tillkom en allmän sjukförsäkring 1955. Sedan i slutet på 1800-talet hade det funnits frivilliga så kallade sjukhjelpskassor och från och med 1931 blev dessa godkända av staten och de fick dessutom statsbidrag. Samtidigt bytte de namn till Sjukkassan. Från och med 1955 slopades frivilligheten och från denna tidpunkt omfattas alla som bor eller arbetar i Sverige (www.forsakringskassan.se/omfk/socialforsakringen/historik, 2007).

### Problemprecisering

Med tidigare forskning i ämnet stress syftar denna undersökning att kontrollera vilka kategorier som utsätts för stress i en sådan omfattning att dessa personer blir långtids-sjukskrivna ( $\geq 60$  dagar). Klassificeringssystemet ICD-10<sup>1</sup> har använts för att urskilja sjukskrivningsorsakerna. Klassificeringen F43 användes för att urskilja de med stressrelaterade sjukskrivningsorsaker. F43 inrymmer följande sjukskrivningsorsaker: akut stressreaktion, posttraumatiskt stressyndrom, anpassningsstörning, andra specificerade reaktioner på svår stress, utmattningssyndrom, andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom samt ospecificerade reaktioner på svår stress. Det bör observeras att i denna kategori inryms inte alla stressorsakade sjukskrivningsorsaker utan enbart de som klassificerats som F43. Det vill säga att andra sjukdomar med en bakomliggande stressorsak (exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar) inte finns i denna kategori. Det finns angränsande kategorier till F43 som denna undersökning inte tar hänsyn till.

Kategoriindelningen har gjorts enligt följande:

- Anställningsförhållande
- Kön
- Ålder
- Inkomst

Följande alternativ har kunnat väljas:

- Kön: kvinna – man
- Ålder: 16-29, 30-39, 40-49, 50-59,  $\geq 60$
- Anställningsförhållande: arbetslös – anställd/egen företagare (icke-arbetslös)
- Sjukskrivningsorsak: F43 - annan orsak
- Inkomst: 9500-100000, 101000-200000,  $\geq 201000$

Med hänsyn till tidigare forskningsresultat har hypotesen formats för att ytterligare klargöra vilka som drabbas av stress. Eftersom lite forskning har gjorts där kön finns med som en variabel är det en viktig del i undersökningen. Det samma gäller anställningsform. Tidigare har man inte funnit något samband mellan ålder och stressrelaterad sjukskrivning, varför även detta kommer att undersökas. De resultat som tidigare framkommit i undersökningar där inkomst är med som en variabel kommer även det att undersökas för att få en tydligare bild över sambandsorsaker.

Undersökningens forskningshypotes lyder som följer:

Arbetslösa kvinnor får oftare diagnosen F43 än övriga personer.

Dessutom har följande frågeställningar undersökts:

1. Vilken ålderskategori är mest utsatt för F43?
2. Finns det något samband mellan SGI, kön och F43?

---

<sup>1</sup> Se bilaga 1



## Metod

### *Undersökningsdeltagare*

Alla personer boende i Skåne län som varit sjukskrivna i minst 60 dagar den första oktober 2006 har deltagit i studien. Totalt har 21779 personer deltagit men 826 har haft ofullständiga uppgifter och därför ej tagits med i bearbetningen. Det innebär att undersökningen grundar sig på 20953 personer varav 13241 kvinnor och 7712 män. Åldern varierade mellan 16 år och pension. Inga personuppgifter har samlats in utan undersökningen har varit helt anonym. Insamlingen av data har gjorts med hjälp av Försäkringskassan i Skåne län.

### *Procedur*

Undersökningsdeltagarna har nåtts via Försäkringskassan som samlat in all data. En kontakt knöts med Försäkringskassan och en förfrågan gjordes angående möjligheten att få tillgång till deras material vid genomförandet av denna undersökning. Detta mottogs positivt. Vi fick tillgång till individdata över samtliga personer som varit sjukskrivna minst 60 dagar i oktober 2006. Datan har förarbetats som beskrivits tidigare, och sedan bearbetats enligt de former som beskrivs nedan.

Alla uppgifter är totalt avpersonifierade. Det finns inga värden eller uppskattningar som framtagits i enkätform eller liknande. Undersökningen är helt fristående och kommer inte att ingå i någon större undersökning.

### *Databearbetning*

För att undersöka forskningshypotesen har  $\text{Chi}^2$  använts för samtliga frågeställningar.

## Resultat

### *Anställningsförhållande och kön*

En  $\text{Chi}^2$  test for independence har använts för att undersöka om det finns något samband mellan diagnosen F43 och anställningsförhållande/kön. Eftersom respektive variabel endast innehöll två grupper användes Yates' Correction for Continuity (för arbetslös = 14,44,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ; för anställd = 162,45,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ). Ingen cells värde understiger 5 och det minsta förväntade värdet för arbetslösa är 211,65 och för anställda 616,88. Resultatet visar att forskningshypotesen inte kan antas eftersom det framför allt är anställda kvinnor som drabbas av diagnosen F43. Även arbetslösa kvinnor drabbas (13 % över förväntat antal) men inte i samma utsträckning som anställda kvinnor (21,2 % över förväntat antal). Förväntat och verkligt antal framgår av tabell 1.

Tabell 1 Förväntade och verkliga antal, (N = 20953)

| Anställningsförhållande  |         |                 |                 | Kön    |       | Total |
|--------------------------|---------|-----------------|-----------------|--------|-------|-------|
|                          |         |                 |                 | Kvinna | Man   |       |
| Arbetslös                | Diagnos | F43             | Verkligt antal  | 362    | 170   | 532   |
|                          |         |                 | Förväntat antal | 320,3  | 211,7 | 532   |
|                          | Övriga  | Verkligt antal  | 3661            | 2488   | 6149  |       |
|                          |         | Förväntat antal | 3702,7          | 2446,3 | 6149  |       |
| Anställd/Egen företagare | Diagnos | F43             | Verkligt antal  | 1364   | 378   | 1742  |
|                          |         |                 | Förväntat antal | 1125,1 | 616,9 | 1742  |
|                          | Övriga  | Verkligt antal  | 7854            | 4676   | 12530 |       |
|                          |         | Förväntat antal | 8092,9          | 4437,1 | 12530 |       |

### Ålderskategori

För att undersöka om någon eller några ålderskategorier var speciellt utsatta för diagnosen F43 användes Chi<sup>2</sup> test for independence. Eftersom variabeln ålderskategori innehåller fler än 2 grupper så används Pearson Chi<sup>2</sup> (ålderskategori = 44,96, df = 4, p < 0,001). Samtliga cellers värde överstiger 5 med ett förväntat minimivärde på 123,40. Som svar på frågeställning 1 kan konstateras att det är ålderskategorierna 30 – 39 år respektive 40 – 49 år som huvudsakligen drabbas av diagnosen F43. Tabell 2 visar förväntat respektive verkligt antal.

Tabell 2 Förväntat respektive verkligt antal per ålderskategori och diagnos (N = 20953)

|         |     |                 | Åldersintervall |               |               |               |             | Total |
|---------|-----|-----------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|-------------|-------|
|         |     |                 | 16 - 29<br>år   | 30 - 39<br>år | 40 - 49<br>år | 50 - 59<br>år | >= 60<br>år |       |
| Diagnos | F43 | Verkligt antal  | 106             | 446           | 711           | 723           | 288         | 2274  |
|         |     | Förväntat antal | 123,4           | 401,8         | 617,0         | 768,1         | 363,8       | 2274  |
| Övriga  |     | Verkligt antal  | 1031            | 3256          | 4974          | 6354          | 3064        | 18679 |
|         |     | Förväntat antal | 1013,6          | 3300,2        | 5068,0        | 6308,9        | 2988,2      | 18679 |

### Sjukpenninggrundande inkomst (SGI)

För att ta reda på den sjukpenninggrundande inkomstens förhållande till stressrelaterade diagnoser genomfördes Chi<sup>2</sup> test for independence. Respondenterna indelades i tre olika inkomst kategorier: 9500 – 100 000 kronor, 101 000 – 200 000 och 201 000 kronor och däröver. Pearson's Chi<sup>2</sup>-värde för kvinnor = 146,21, df = 2, p < 0,001 och för män = 16,59, df = 2, p < 0,001. Samtliga celler har ett värde som överstiger 5 (minimum förväntat antal för kvinnor = 74,95 och för män = 17,98). Som svar på frågeställning 2 och som framgår av tabell 3 så är det kvinnor med en sjukpenninggrundande inkomst på >= 201000 som är mest utsatta för diagnos F43.

Tabell 3 Förväntat och verkligt antal – SGI och kön (N = 20953)

| Kön    |         |     | SGI                      |                             |                      | Total  |       |
|--------|---------|-----|--------------------------|-----------------------------|----------------------|--------|-------|
|        |         |     | 9500 -<br>100 000<br>SEK | 101 000 -<br>200 000<br>SEK | >=<br>201 000<br>SEK |        |       |
| Kvinna | Diagnos | F43 | Verkligt antal           | 41                          | 419                  | 1266   | 1726  |
|        |         |     | Förväntat antal          | 75,0                        | 613,3                | 1037,7 | 1726  |
|        | Övriga  |     | Verkligt antal           | 534                         | 4286                 | 6695   | 11515 |
|        |         |     | Förväntat antal          | 500,0                       | 4091,7               | 6923,3 | 11515 |
| Man    | Diagnos | F43 | Verkligt antal           | 12                          | 74                   | 462    | 548   |
|        |         |     | Förväntat antal          | 18,0                        | 106,5                | 423,5  | 548   |
|        | Övriga  |     | Verkligt antal           | 241                         | 1425                 | 5498   | 7164  |
|        |         |     | Förväntat antal          | 235,0                       | 1392,5               | 5536,5 | 7164  |

### Diskussion

Denna undersökning visar klart att det är anställda kvinnor i åldern 30-49 år, med en sjukpenninggrundande inkomst på över 201000 kronor per år, som är mest utsatta för stress. Detta går emot forskningshypotesen vilken var att arbetslösa (och därmed låginkomsttagande) kvinnor är mer utsatta för stress som sjukskrivningsorsak. Det bekräftar dock den undersökning som visade att kvinnor i högt uppsatta positioner är mer utsatta för stress än män i högt uppsatta positioner (Hallsten, Bellaagh och Gustafsson, 2002). Detta är dock ett resultat som främst redovisats i undersökningar från Sverige. Detta väcker frågor om detta är ett lokalt problem för Sverige eller ett mer globalt mönster som inte blivit utforskat än.

Forskningsresultat vad gäller anställningsförhållande och kön pekar, som redan nämnts, i flera riktningar. Studier har visat att arbetande kvinnor är mindre stresspåverkade än icke-arbetande eller hemma-arbetande. Samtidigt har andra studier visat att arbetslösa kvinnor inte visat sig vara utsatta för stress eftersom man i stället har fått tid över för hemmet (Baruch, Biener & Barnett, 1987). Denna undersökningens forskningshypotes går ut på att det är arbetslösa kvinnor som är mest utsatta för stress eftersom man då tappar det sociala nätverket som arbetskamraterna utgör, man får sämre ekonomi och, åtminstone tidigare, så fanns det ett visst socialt tryck på den som var arbetslös. Dessa skäl gäller naturligtvis även män men enligt tidigare forskning är kvinnor mer utsatta för depression (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999). Undersökningen visar på det motsatta förhållandet, det vill säga att de arbetande kvinnorna löper större risk att få stressrelaterade sjukdomar.

Således pekar resultatet på att kvinnans roll med ett arbete som oftast är sämre betalt jämfört med mannen, mindre kontroll över stressorerna samt att hon oftast har ytterligare ett arbete i att ha ansvar för hem och familj ger en påverkan som resulterar i sjukskrivning med stressdiagnos. I jämställdhetsdebatten förs ofta dessa faktorer fram som skadliga för kvinnan och detta undersökningens resultat kan således styrka detta. Undersökningen visar ej om de kvinnor som drabbas av stressrelaterade sjukdomar är ensamstående eller inte, något som torde kunna spela in till viss del. Som ensamstående arbetande förälder blir man dubbelarbetande och avsaknaden av partner att dela ansvar för

hemmet med bör styrka detta förhållande. Kanske har civilståndet en bidragande del i den upplevda stressnivån.

Ser man till förhållandet mellan ålder och stressrelaterad sjukskrivningsorsak kan man konstatera att de i ålderskategorierna 30-39 och 40-49 är de mest utsatta grupperna. Detta kan ha många orsaker. Idag etablerar sig ungdomar allt senare på arbetsmarknaden, vilket borde innebära att dessa ålderskategorier (30-39 och 40-49) är när personen just etablerat sig och försöker "hitta sin plats" (Mann, 2004). Detta torde innebära en mindre känsla av kontroll än för de äldre åldersgrupperna. Att det förekommer mer sällan i de yngre åldersgrupperna torde då bero på att de ej etablerat sig än, utan många studerar eller befinner sig på olika vikariat eller liknande. Att projektanställningar ökar borde tala både för och emot stressrelaterade sjukskrivningsorsaker. Dels borde det öka osäkerheten i avsaknad av den trygghet en mer stabil anställning innebär. Samtidigt kan en tidsbegränsad anställning medföra en mindre känsla av hopplöshet vid pressade situationer, då man kan se ett slut på perioden. Stressen pågår inte under lika lång period, utan under en överskådlig period. Denna åldersperiod är även den där majoriteten har hemmaboende barn. Den ökade pressen av att vara både förälder och yrkesarbetande kan spela in.

Undersökningen visar även att det är de med högre inkomst än 201000 kronor i årsinkomst som drabbas av flest stressrelaterade sjukskrivningsorsaker. Detta är något som går emot mycket av den tidigare forskningen i ämnet. Den tidigare forskningen har visat att det oftare är låginkomsttagare som drabbas. Kan det vara så att de tidigare undersökningarna varit alltför snäva i sina urval? Det kan även bero på att de med högre inkomst även upplever mer press på sin arbetsprestation. Här kan även förändringarna i arbetslivet i stort spela in. Effektiviseringen av arbetsplatser har lett till alltmer projektanställningar vilket inte längre innebär samma anställningstrygghet. Slimmade organisationer innebär att färre människor gör mer och de okvalificerade arbetstillfällena börjar försvinna. Undersökningen har inte tagit med hur många anställningar varje person har. Kanske är det så att de med högre inkomst har flera anställningar. Knyter vi samman det med tanken på att de är ensamstående kan det innebära att en inkomst inte är tillräcklig för försörjningen utan man tvingas ha även extraarbete.

Kan det vara så att kvinnor är mer känsliga för stressorer och har sämre anpassningsstrategier (copingstrategier) än män, eller är det den sociala situationen som ger denna skillnad vi ser i resultatet? Kan detta ha något samband med de neurologiska könsskillnader som finns?

En annan faktor att ta i beaktande är att undersökningen är gjord på personer boende i Skåne län i Sverige. Att gruppen är begränsad geografiskt sett kan påverka. Resultatet kan se annorlunda ut i andra regioner i Sverige beroende på t ex arbetsmarknad och ev skillnader i diagnostisering. Detta gäller i ännu högre grad undersökningens applicerbarhet på befolkningen i andra länder på grund av ländernas olikheter vad gäller det sociala skyddsnätet.

Sammantaget visar undersökningen att den grupp som har störst risk för att drabbas av stressrelaterade sjukskrivningsorsaker är anställda kvinnor i åldern 30-49 med en inkomst över 201000 kronor per år.

### *Reliabilitet och validitet*

Undersökningens variabler består endast av kontrollerbara fakta i form av diskreta värden, vart och ett representerande en gruppstillhörighet som t ex anställd eller arbetslös, man eller kvinna. Att det föreligger någon bias från de personer som genomfört insamlingen får anses som mindre trolig med tanke på att det inte finns någon möjlighet till egen bedömning av värdet. Det finns geografiska begränsningar i undersökningen, då samtliga personer bor i Skåne län. Dock är samtliga som varit sjukskrivna 60 dagar eller mer medtagna i undersökningen vilket ger en total bild över förhållandet i Skåne län.

### *Vidare forskning*

Det finns flera områden som bör undersökas vidare. Eftersom denna studie går emot mycket av tidigare forskning bör ytterligare undersökningar göras för att vidare utreda denna skillnad. Denna undersökning uppmanar även till vidare utveckling av frågeställningarna. En sådan är huruvida personerna i undersökningen är ensamstående eller inte. Detta för att utreda om och i så fall hur mycket civilstånd spelar in. Likaså bör frågan om övrig familj, såsom barn, vidare undersökas. Kanske civilstånd och familjefrågan visar samband som ej kunnat urskiljas i denna undersökning. Det samma gäller för antal anställningar. Med dessa specificeringar kanske könet får mindre framträdande roll i de stressrelaterade sjukskrivningsorsakerna. Det är även intressant att se om detta är ett resultat som gäller mer generellt än för Skåne län, varför fler undersökningar bör göras med andra geografiska områden.

Men även frågan kring copingstrategier bör tas med. Hur väl utbyggt är individens copingstrategier? Beror stressen på att individen saknar copingstrategi, använder fel sorts strategi vid tillfället eller beror det på en neurologisk blockering som begränsar individens förmåga att använda sina copingstrategier på bästa sätt. För att nå svar på dessa frågor behövs undersökningar som fokuserar på mindre delar av resultatet göras.

## Referenslista

- Baruch, G. K., Biener, L., & Barnett, R. C. (1987). Women and Gender in Research on Work and Family stress. *American Psychologist*, Vol. 42, No 2, 130-136.
- Forsblom, M., Larsson, T., Normark, M., Oldertz, C., & Paulson, P.A. (2007). Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro 2007, *Afa försäkring*.
- Frone, M. R. (1998). Predictors of Work Injuries Among Employed Adolescents. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 83, No 4, 565-576.
- Gan, Y, Liu, Y, & Zhang, Y. (2004). Flexible coping responses to severe acute respiratory syndrome – related and daily life stressful events. *Asian Journal of Social psychology* Vol 7, 55-66
- Hallsten, L., Bellaagh, K., & Gustafsson, K. (2002). Utbränning i Sverige – en populationsstudie. *Arbete och Hälsa* No 6
- Hansen, S. (2003). *Från neuron till neuros*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Levi, L. (1990). Occupational Stress. *American Psychologist*, Vol. 45, No 10, 1142-1145.
- Mann, J (2004). Stress och otrygghet minskar barnafödandet. *TCO granskar*, nr 3/04.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current directions in psychological science* Vol. 12, No 5, 189-1192.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 77, No 5, 1061-1072.
- Sauter, S. L., & Hurrell, J. J. Jr. (1999). Occupational Health Psychology: Origins, Content, and Direction. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 30, No 2, 117-122.
- Spector, P. E. (2002). Employee Control and Occupational Stress. *Current directions in psychological science* Vol. 11, No 4, 133-136.
- Vinokur, A. D., van Ryn, M. (1993). Social Support and Undermining in Close Relationships: Their Independent Effects on the Mental Health of Unemployed Persons. *Journal of Personality and Social Psychology* . Vol. 65, No 2, 350-359
- Währborg, P. (2002). *Stress och den nya folkhälsan*. Smedjebacken: Fälth & Hässler.
- [www.forsakringskassan.se/omfk/socialforsakringen/historik](http://www.forsakringskassan.se/omfk/socialforsakringen/historik), hämtad 20070603.
- [www.nordclass.uu.se/verksam/icd10.htm](http://www.nordclass.uu.se/verksam/icd10.htm), hämtad 20070603.

## Bilaga 1

ICD-10 – den internationella sjukdomsklassifikationen<sup>2</sup>

ICD är den internationellt erkända klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem. Klassifikationen är primärt ett statistiskt verktyg för jämförelser mellan olika länder vid samma tidpunkt samt inom och mellan länder över längre tidsperioder. ICD används huvudsakligen för sammanställning av mortalitetsstatistik från dödsorsaksintyg, sjuklighetsstatistik från patientjournaler och utskrivningsdata, diagnosförteckningar för journalsökning, epidemiologisk forskning, sjukvårdsplanering och utvärdering av hälsotrender. Klassifikationen sägs vara världens mest citerade vetenskapliga källa.

Den aktuella tionde revisionen av ICD (ICD-10) antogs år 1990 av Världshälsoförsamlingen. ICD-10 togs i bruk år 1994, med Danmark som ett av de första länderna. Många länder har fortfarande inte infört ICD-10 utan använder äldre versioner med egna modifieringar. Även i de nordiska länderna skedde införandet av ICD-10 [stegvis](#).

*Specialitetsbaserade bearbetningar*

Specialitetsbaserade bearbetningar erbjuder utökad klinisk, anatomisk och annan detaljeringsgrad genom tillägg av ett antal tecken till den grundläggande fyrstelliga ICD-10-koden. Specialistversioner har publicerats av Världshälsoorganisationen (WHO) för onkologi, psykiatri, neurologi och odontologi. För vidare upplysningar om detta hänvisas till [WHO:s hemsida för ICD-10](#).

En ICD-10-anpassad [nordisk lista över yrkes- och arbetsrelaterade sjukdomar](#) har tagits fram av en nordisk arbetsgrupp och kan hämtas här.

*Kortlistor för statistik**International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT)*

Denna nya kortlista antogs 2005 av Eurostat, OECD och NOMESKO för användning vid datainsamling och statistik över sjukhusaktivitet. Listan sammanställdes ursprungligen av en expertgrupp, under ledning av Björn Smedby, inom Hospital Data Project (HDP), ett projekt under EU Health Monitoring Programme. Syftet är att maximera den statistiska jämförbarheten i uppgifter om sjukhusaktiviteter.

*Centre Heads-möten*

Arbetet med det internationella samarbetet utförs huvudsakligen i samband med årliga möten mellan WHO och dess Collaborating Centres för sjukdomsklassifikation. Rapporter från mötena är tillgängliga genom [WHO:s hemsida](#).

*Uppdatering av ICD-10*

En ny procedur för uppdatering av ICD mellan de större revisionerna introducerades av WHO i samband med införandet av ICD-10. Den nya uppdateringsproceduren används

---

<sup>2</sup> [www.nordclass.uu.se/verksam/icd10.htm](http://www.nordclass.uu.se/verksam/icd10.htm)

mer restriktivt och ändringar i den systematiska förteckningen görs med 2-3 års mellanrum. Den alfabetiska förteckningen (index) kan uppdateras årligen. Uppdateringsinformationen görs tillgänglig via WHO:s hemsida för ICD-10.

Centrens föreståndare och utsedda experter granskar och beslutar om uppdateringsförslag vid de årliga WHO-FIC Network Meetings. I syfte att stödja uppdateringsproceduren har en internationell kommitté, *Update Reference Committee (URC)*, tillsatts för den förberedande behandlingen av uppdateringsförslag. Arbetet i URC presenteras närmare på WHO:s hemsida. Kommittén tar även ställning till förslag från andra arbetsgrupper, främst [\*Mortality Reference Group \(MRG\)\*](#) för mortalitetsrelaterade frågor, men även direkt från Collaborating Centres när det gäller morbiditetsfrågor.

Under 2006 skall flera nya referensgrupper etableras, exempelvis *Morbidity Reference Group (MbRG)*. Denna grupp har motsvarande roll som MRG men skall fokusera på morbiditetskodning och användning av ICD för patientdata i vården. Båda referensgrupperna har en viktig roll i revisionsarbetet som skall leda fram till ICD-11.