



KAROLINSKA INSTITUTET
INSTITUTIONEN FÖR
FOLKHÄLSOVETENSKAP
AVDELNINGEN FÖR YRKESMEDICIN

”Kvinnors sjukskrivning”
Riskfaktorer för långtidssjukskrivning
bland kvinnliga högre tjänstemän

Maj 2005

Monica Renstig
Civilekonom, karriärrådgivare
Women's Business Research Institute

Hélène Sandmark
Med dr, universitetslektor
Karolinska Institutet och
Örebro Universitet

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Syfte	4
Metod	4
Enkät	5
Sekretess och etiskt godkännande	6
Klassificering av exponering	6
Statistisk bearbetning	6
Studiepopulationens ålder och sociala situation	7
Yrkeskodning, arbetsmarknadssektor och befattning	7
Resultat	10
Sjukdomar och funktionsproblem	10
Arbetet och sjukskrivningen	10
Hemmet och familjen	13
Sammanfattande diskussion	15
Referenser	20

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 föregångland 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 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 (Försäkringskassan 2005).

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 har ökat i snabbare takt bland kvinnor. 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 (Försäkringskassan 2005).

I den svenska befolkningen har antalet sjukskrivna i alla typer av sjukdomar ökat sedan i slutet av 1990-talet, men andelen psykiska sjukskrivningsdiagnoser har ökat mest. Det är

främst bland kvinnor och män med högre utbildning, det vill säga tjänstemän på mellannivå och högre tjänstemän som drabbas av psykiska besvär.

Långtidssjukskrivna kvinnors diagnoser utgörs till 33 procent av psykiska funktionsproblem som depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner. Rörelseorganens sjukdomar har minskat något och svarar nu för 31 procent av diagnoserna hos långtidssjukskrivna kvinnor. De sjukskrivna kvinnorna blir allt yngre och har allt oftare psykiska sjukskrivningsdiagnoser. Det är i de yngre åldersgrupperna som könsskillnaderna är tydligast. I dessa grupper är depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner de vanligaste diagnoserna. Kvinnornas andel bland dessa diagnoser är cirka 37 procent (Försäkringskassan 2005).

Tjänstepensionsföretaget Alecta hanterar huvuddelen av tjänstepensionen ITP på uppdrag av Svenskt Näringsliv och PTK. Sjukförsäkringen ingår i ITP och 671 000 privatanställda tjänstemän omfattas. Cirka 6 procent av dessa är långtidssjukskrivna. Trots att andelen kvinnor bara utgör 40 procent av antalet sjukförsäkrade svarar de för 60 procent av långtidssjukskrivningarna (Alecta 2005).

Bland Alectas försäkrade visar de sjukskrivna tjänstemännen en allt högre andel diagnoser som tyder på psykisk ohälsa. Kvinnor i storstadsområden är överrepresenterade inom dess diagnoser. Bland de högavlönade kvinnliga tjänstemännen ökade de nyanmälda diagnoserna depression, utbrändhet och reaktion på svår stress markant mellan åren 1998 och 2004. Störst ökning av nya långtidssjukskrivningar bland privatanställda tjänstemän har skett bland unga högavlönade kvinnor. Ökningstakten har varit större för dessa kvinnor än för kvinnor i mer lågavlönade positioner. Andelen sjukskrivna kvinnor med löner som överstiger 25 000 per månad har ökat totalt med 326 procent under perioden 2000 till 2004. Ökningen bland dem som har inkomster under denna nivå har under motsvarande period ökat med 56 procent (Alecta 2005).

Syfte

Undersökningens syfte är att identifiera faktorer som är av betydelse för långtidssjukskrivning bland kvinnliga högre tjänstemän i Sverige.

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

Projektet inleddes med en kvalitativ intervjustudie av 16 långtidssjukskrivna kvinnor. Resultatet av intervjustudien har legat till grund för uppläggning och genomförande av huvudundersökningen som redovisas i denna rapport. Intervjustudien finns redovisad i en särskild rapport, ”Kvinnors sjukskrivning - intervjuer med 16 långtidssjukskrivna kvinnliga tjänstemän” (Sandmark och Renstig 2005).

Sambandet mellan långtidssjukskrivning hos kvinnor och faktorer på arbetet, i privatlivet samt livsstilsfaktorer, medicinsk funktionsnedsättning och tillgången till sjukvård studerades i en fall-kontrollstudie.

Studiebasen i denna undersökning omfattar kvinnor i åldrarna 30-55 år boende i Mälardalen, Malmö-, Lund- och Helsingborgsområdet och Göteborgsområdet mellan april 2003 och

oktober 2004. Totalt inbjöds 300 sjukskrivna kvinnor (fall) och 300 ej sjukskrivna kvinnor (kontroller) att delta i undersökningen.

Kvinnor med en lön på 25 000 kronor per månad och därutöver inkluderades i studien. De sjukskrivna kvinnorna valdes slumpmässigt ur Alectas register över privatanställda kvinnliga tjänstemän. Kontrollgruppen, som inte skulle vara långtidssjukskriven men i övrigt uppfylla samma kriterier som sjukskrivningsgruppen, valdes slumpmässigt ur samma register.

Urvalskriterierna för de sjukskrivna kvinnorna innebar att de 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 diagnoser som cancer, njursvikt, graviditetskomplikationer, hjärtinfarkt, hjärnblödning, tunga psykiatriska diagnoser eller sviter efter svårare olycksfall ingår inte i studien.

Metoden för datainsamlingen är postenkät med följebrev till de sjukskrivna kvinnorna och till kontrollgruppens kvinnor. Kvinnorna 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 enkätfrågorna muntligt.

De enkäter som var ofullständigt ifyllda kompletterades genom att studiepersonerna kontaktades per telefon eller brev.

Insamlingen avslutades under oktober månad 2004.

Av de sjukskrivna kvinnorna deltog 97 % i undersökningen. Motsvarande siffra för kontrollgruppen är 80 %.

Enkät

Enkätformuläret omfattar 123 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 långtidssjukskrivna.

Trettio frågor berörde nuvarande och tidigare arbetsförhållanden, 16 frågor tog upp familjeförhållanden och privatliv och 11 frågor rörde privatekonomin. Femton frågor berörde hälsa, ohälsa och kontakter med sjukvården, 13 frågor kvinnornas uppväxtförhållanden och självskattade personlighetsdrag. Resterande 37 frågor ställdes enbart till dem som var sjukskrivna och handlade om förhållanden kring sjukskrivning och arbetsåtergång.

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.

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 som angivit exponering för en viss företeelse och antalet som svarat att de har en låg exponering. Förhållandet mellan de svar sjukskrivningsgruppens kvinnor lämnat jämfördes med svaren från kontrollgruppen genom kvotberäkningen. Kvoten presenteras i denna undersökning som en oddskvot (odd ratio, OR) eftersom studien har en fall-kontrolldesign. Oddskvoten ger en uppfattning om hur starkt sambandet är mellan varje studerad variabel och utfallet som är 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.

Vid bearbetning har en stratifierad analys med separata analyser för olika strata genomförts för att kontrollera för störning (=confounding) från yrke och yrkeskvalifikationer samt ålder. En confounder samvarierar med den studerade exponeringen i en studiepopulation och kan också 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 (30-43 år respektive 44-55 år) vid analysen. Detta gjordes dels för att kontrollera för ålder, dels för att belysa olika exponeringars betydelse för kvinnor i olika åldrar. Stratifiering gjordes även i analysen för kvinnor med

respektive utan barn för eftersom förekomst av barn kan vara en confounder till en annan undersökt variabel (Hammar och Persson 1995, Rothman och Greenland 1998).

Studiepopulationens ålder och sociala situation

Medianåldern för de sjukskrivna kvinnorna var 42 år och för kontrollgruppen 41 år. Det nuvarande civilståndet för de båda grupperna är i stort sett detsamma: De flesta är gifta eller sammanboende, övriga är ensamstående skilda, särbo eller änkor (Tabell 1).

Tabell 1. Studiepopulationens nuvarande civilstånd.

Civilstånd	Sjukskrivningsgrupp (n= 190)	Kontrollgrupp (n= 223)
Gift/sambo	65 %	74 %
Skild	7 %	6 %
Särbo	5 %	7 %
Ensamstående	20 %	12 %
Änka	1 %	-

Av de sjukskrivna kvinnorna har 33 procent inga barn och av kontrollgruppen 27 procent. Tretton respektive 11 procent har tre eller flera barn (Tabell 2).

Tabell 2. Antal barn bland kvinnor i sjukskrivningsgruppen respektive kontrollgruppen.

Antal barn	Sjukskrivningsgrupp (n= 190)	Kontrollgrupp (n= 223)
0	33 %	27 %
1	20 %	22 %
2	34 %	37 %
3 och fler	13 %	11 %

Yrkeskodning, arbetsmarknadssektor och befattning

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 SSK 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 har kunnat inhämta kunskaper och färdigheter antingen genom formell utbildning eller genom arbetserfarenhet (Statistiska Centralbyrån, Statistics Sweden, www.scb.se).

SSK:s fyra kvalifikationsnivåer är följande:

- 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 år) och en akademisk examen

I kvalifikationsnivå 4 finns flertalet av kvinnorna i såväl sjukskrivningsgruppen som kontrollgruppen. Bland de sjukskrivna tillhör 81 procent denna kvalifikationsnivå och bland kontrollerna 79 procent.

I kvalifikationsnivå 4 är yrkestitlarna för kvinnor i både sjukskrivningsgruppen och kontrollgruppen framförallt inom områdena data- och systemutveckling, ekonomi samt personaladministration.

Av kvinnorna i sjukskrivnings- respektive kontrollgruppen tillhörde 17 respektive 18 procent kvalifikationsnivå 3. Två procent av sjukskrivningsgruppen tillhörde kvalifikationsnivå 2 och 3 procent av kontrollgruppen.

Såväl kvinnor i sjukskrivningsgruppen som i kontrollgruppen arbetar huvudsakligen som anställda i privata företag (Tabell 3).

Tabell 3. Arbetsmarknadssektor för kvinnorna i sjukskrivningsgruppen respektive kontrollgruppen. Innehållet i tabellen baseras på självrapporterade uppgifter.

Arbetsmarknadssektor	Sjukskrivningsgrupp (n= 190)	Kontrollgrupp (n= 223)
Anställd i privat företag	85 %	87 %
Anställd i organisation, förening eller likn	4 %	3 %
Anställd i statligt eller kommunalt bolag	6 %	5 %
Anställd i offentliga sektorn	2 %	1 %
Egen företagare	2 %	3 %
Arbetslös	2 %	2 %

Av de sjukskrivna kvinnorna hade 67 procent en chefsbefattning mot 79 procent av kvinnorna i kontrollgruppen. Trettio procent av de sjukskrivna kvinnorna och 32 procent av kontrollgruppens kvinnor hade en arbetsledande position som chef med underställd personal (Tabell 4).

Tabell 4. Arbetsmarknadsposition för kvinnorna i sjukskrivningsgruppen respektive kontrollgruppen. Innehållet i tabellen baseras på självrapporterade uppgifter.

Befattning	Sjukskrivningsgrupp (n= 190)	Kontrollgrupp (n= 223)
Chef utan underställda	37 %	47 %
Chef med 1-3 underställda	9 %	9 %
Chef med >3 underställda	21 %	23 %
Annat (forskare, specialist etc)	33 %	21 %

De företag där de sjukskrivna kvinnorna arbetar är till 39 procent utlandsägda. Kvinnorna i kontrollgruppen arbetar i företag som till 34 procent har utländska ägare.

Av de sjukskrivna kvinnorna anger 23 procent att de arbetar i företag som är olönsamma eller hotade av nedläggning på grund av bristande lönsamhet. Motsvarande siffra för kvinnorna i kontrollgruppen är 18 procent.

Resultat

Sjukdomar och funktionsproblem

Av de sjukskrivna kvinnorna anger 72 procent att deras hälsa har varit dålig de senaste två åren och åtta procent att hälsan varit bra. Fyra procent av kontrollgruppen har haft dålig hälsa under samma tidsperiod, medan 78 procent av dessa kvinnor rapporterar att deras hälsa varit bra.

Av de sjukskrivna kvinnorna rapporterar 72 procent psykiska problem, 51 procent värk i leder och muskler och 25 procent sjukdomar i magen eller matsmältningsorganen. Svåra sömnproblem rapporteras av 38 procent av de sjukskrivna. Oddskvoten¹ för de sjukskrivna kvinnorna att uppleva svåra sömnproblem är 9.5 (CI 6.0-15.0).

Även kvinnorna i kontrollgruppen rapporterar besvär och sjukdom. Det vanligaste problemet för dessa kvinnor är värk i leder och muskler (18 procent) och hudsjukdom (11 procent). Av kontrollgruppens kvinnor anger dock 53 procent att de inte har några sjukdomar eller besvär för närvarande.

- ❑ 67 % av de sjukskrivna och 27 % av kontrollerna rapporterar att de har fått nya sjukdomar och besvär under de senaste 2 åren.
- ❑ 15 % av de sjukskrivna kvinnorna anser att de inte blivit tillräckligt utredda av sjukvården, 35 % att de i viss mån blivit utredda och 47 % att de blivit ordentligt utredda.
- ❑ 28 % av de sjukskrivna kvinnorna anser att de inte fått den hjälp de behövt från sjukvården under sin sjukskrivningsperiod.
- ❑ 19 % av de sjukskrivna kvinnorna anger att de inte har blivit bemötta med respekt och tagna på allvar när de varit i kontakt med sjukvården.
- ❑ 33 % av de sjukskrivna kvinnorna har inte haft någon kontakt alls med Försäkringskassan under sin sjukskrivningsperiod, 52 % har haft någon enstaka kontakt och 14 % har haft regelbunden kontakt.
- ❑ 34 % av de sjukskrivna kvinnorna har väntat 2 månader eller mer för att få komma till specialistläkare och 19 % har väntat 4 månader eller mer.

Arbetet och sjukskrivningen

Mediantiden för kvinnornas sjukskrivning var 356 dagar och 43 procent av kvinnorna var sjukskrivna på heltid, medan 57 procent var deltidssjukskrivna.

¹ Oddskvoten uttrycker den förhöjda risk som de långtidssjukskrivna kvinnorna har, i det här fallet att ha svåra sömnproblem. De två grupperna jämförs och en kvot räknas ut beroende på deras svar i enkäten. Till exempel visar kvoten 1 att det inte är någon förhöjd risk, medan 2 innebär dubbel risk.

”Att det är viktigt att satsa mycket på arbetet och att göra karriär” anger såväl de sjukskrivna kvinnorna som kvinnorna i kontrollgruppen (28 respektive 20 procent, ingen statistiskt säkerställd skillnad).

”Jag saknar makt och inflytande på mitt arbete” anser 31 procent av de sjukskrivna kvinnorna mot 9 procent av kontrollerna.

”Jag känner att min fulla kompetens utnyttjas i arbetet” anser 35 procent av de sjukskrivna kvinnorna mot 52 procent av kontrollerna.

”Jag känner att min fulla kompetens inte utnyttjas i arbetet” anser 58 procent av de sjukskrivna kvinnorna mot 38 av kontrollerna.

Av de sjukskrivna kvinnorna anger 62 procent att de anser att de arbetat alltför många timmar. Trettiofyra procent av dem arbetade regelbundet arbetar mer än 50 timmar per vecka före sjukskrivningen. Motsvarande siffra för kontrollgruppens kvinnor är 17 procent. De sjukskrivna kvinnorna utan barn har en något högre oddskvot för många arbetade timmar per vecka (Tabell 5). De anger att en av anledningarna till övertidsarbetet är att de måste prestera mer arbete på kortare tid nu än jämfört med för några år sedan. Svårast i det nuvarande arbetet anger 70 procent av de sjukskrivna kvinnorna, jämfört med 54 procent av de icke sjukskrivna, vara att hinna med sina arbetsuppgifter. Ett ytterligare skäl till omfattningen av arbetade timmar är att deras chefer ofta begär att de ska ta fram underlag och skriva rapporter med kort varsel och att möten tar mycket tid i anspråk, vilket gör att de har svårt att hinna med alla arbetsuppgifter. Detta rapporterar 42 procent av de sjukskrivna kvinnorna som regelbundet arbetar mer än 50 timmar per vecka.

Tabell 5. Rapportering av antalet arbetade timmar bland kvinnor i sjukskrivningsgruppen respektive kvinnor i kontrollgruppen

De sjukskrivna kvinnorna...	Oddskvot* (konfidensintervall)	Antal exponerade fall
Rapporterar att de arbetade regelbundet mer än 50 timmar per vecka innan de blev sjukskrivna, vilket är betydligt mer jämfört med vad kontrollgruppens kvinnor rapporterar	3.9 (2.0-7.7)	32
Anser att antalet arbetade timmar var för många jämfört med vad kontrollgruppens kvinnor anser	3.3 (2.2-4.9)	117
Anser att antalet arbetade timmar var för många jämfört med vad kontrollgruppens kvinnor anser (kvinnor utan barn n=123)	4.4 (2.7-7.2)	82

*Oddskvoten uttrycker här den förhöjda risk som de långtidssjukskrivna kvinnorna har i de ovan rapporterade förhållandena jämfört med kvinnorna i kontrollgruppen. Till exempel visar kvoten 1 att det inte är någon förhöjd risk, medan 2 innebär dubbel risk.

Av de sjukskrivna kvinnorna rapporterar 27 procent att de anser sig vara mycket noggranna och att de vill utföra ett perfekt arbete. Motsvarande siffra för kvinnorna i kontrollgruppen är 18 procent.

De sjukskrivna kvinnorna är mer missnöjda med hur deras närmaste chef leder och fördelar arbetet, 47 procent uttrycker detta missnöje mot 22 procent av kvinnorna i kontrollgruppen.

De sjukskrivna kvinnorna känner mindre inflytande och kontroll i sitt arbete och upplever sig ha svårt att säga nej. De upplever att de får mindre uppskattning i sitt arbete och att de i högre grad har varit utsatta för mobbing på arbetet. De skulle också i högre utsträckning än kvinnorna i kontrollgruppen hellre vilja arbeta med något annat (Tabell 6).

Tabell 6. Sambandet mellan känsla av inflytande och kontroll i arbetet, uppskattning i arbetet, mobbing på arbetet, trivsel på arbetet, psykiska krav, svårighet att säga nej, önskan att arbeta med något annat och långtidssjukskrivning.

De sjukskrivna kvinnorna...	Oddsquot* (konfidensintervall)	Antal exponerade fall
Känner mindre inflytande och kontroll över sitt yrkesarbete	3.9 (2.0-7.7)	61
Upplever att de får mindre uppskattning i sitt yrkesarbete	3.8 (2.9-7.9)	24
Har i större utsträckning varit utsatta för mobbing på arbetet under de senaste 2 åren	2.4 (1.4-4.2)	40
Trivs sämre på sina arbetsplatser	3.3 (1.9-5.5)	50
Trivs sämre på sina arbetsplatser (kvinnor 29-42 år)	4.5 (2.2-8.9)	31
Anser i större utsträckning att deras arbete är psykiskt krävande	4.6 (3.0-7.2)	154
Anser sig ha svårt att säga nej	2.2 (1.5-3.2)	104
Skulle hellre vilja arbeta med något helt annat	2.6 (1.7-4.0)	96

*Oddsquoten uttrycker här den förhöjda risk som de långtidssjukskrivna kvinnorna har i de ovan rapporterade förhållandena jämfört med kvinnorna i kontrollgruppen. Till exempel visar kvoten 1 att det inte är någon förhöjd risk, medan 2 innebär dubbel risk.

- För 33 % av de sjukskrivna kvinnorna finns ingen plan utarbetad för hur de ska återgå till arbetslivet.
- 53 % av de sjukskrivna kvinnorna anger att de kan gå tillbaka till det arbete de blev sjukskrivna från.
- 28 % av de sjukskrivna kvinnorna anser att de skulle kunna arbeta nu, men i ett annat arbete.
- 40 % av de sjukskrivna kvinnorna rapporterar att de skulle kunna arbeta nu om de fick andra arbetsuppgifter.
- 34 % av de sjukskrivna kvinnorna skulle kunna arbeta nu om arbetstiden reducerades.
- 51 % av de sjukskrivna kvinnorna och 28 % av kontrollgruppens kvinnor anger att de skulle vilja arbeta med något helt annat än de gör för närvarande.
- En tredjedel av samtliga kvinnor i undersökningen, det vill säga både i sjukskrivningsgruppen och kontrollgruppen, vill inte förlora sin nuvarande anställningstrygghet genom att byta arbete och bli sist anställd hos en annan arbetsgivare.

Hemmet och familjen

”Att man ska ha ett välskött hem” anser 55 procent av de sjukskrivna kvinnorna och 39 procent av kontrollgruppens kvinnor. Denna skillnad är signifikant och skulle således kvarstå om en större grupp än denna undersöktes.

De sjukskrivna kvinnorna anger att de har haft svårare att förena sitt yrkesarbete med arbetet i hem och hushåll. De rapporterar att de i högre grad har haft huvudansvaret för hushållsarbetet och för skötseln av barnen jämfört med kvinnorna i kontrollgruppen. De har även angivit att de oftare än kontrollgruppens kvinnor själva har utfört hushållsarbetet (Tabell 7).

För variabeln egenkontroll har de sjukskrivna kvinnorna i högre grad upplevelsen av en sämre kontroll över sina liv. De känner krav från familj och släkt och upplever detta i högre grad som en belastning jämfört med kvinnorna i kontrollgruppen (Tabell 7).

Tabell 7. Sambandet mellan yrkesarbete, ansvar/utförande av hushållsarbetet, huvudansvar för egna barn samt upplevda krav, egenkontroll och långtidssjukskrivning.

De sjukskrivna kvinnorna anser att...	Oddsquot* (konfidensintervall)	Antal exponerade fall
De i mindre utsträckning kunnat förena yrkesarbetet med arbetet i hem och hushåll	6.0 (3.2-11.3)	48
De i större utsträckning haft <i>huvudansvaret</i> för hushållsarbetet	2.2 (1.4-3.4)	142
De i större utsträckning <i>utfört</i> hushållsarbetet	1.9 (1.2-3.0)	143
De i större utsträckning haft <i>huvudansvaret</i> för skötseln av barnen	2.2 (1.4-3.6)	71
De i större utsträckning krav på sig från familj, släkt och vänner som känns som en belastning	2.8 (1.8-4.4)	65
De har sämre kontroll över sina egna liv	5.5 (3.5-8.5)	93

*Oddsquoten uttrycker här den förhöjda risk som de långtidssjukskrivna kvinnorna har i de ovan rapporterade förhållandena jämfört med kvinnorna i kontrollgruppen. Till exempel visar kvoten 1 att det inte är någon förhöjd risk, medan 2 innebär dubbel risk.

Sammanfattande diskussion

Huvudresultaten från denna studie visar att kvinnliga högre tjänstemän, boende i storstadsområden i Sverige och som är långtidssjukskrivna med diagnoser som i huvudsak tyder på symptom av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning i muskler och leder, även i andra avseenden än sjukdom och funktionsproblem skiljer sig från kvinnor i motsvarande positioner som inte är långtidssjukskrivna. Olika områden och livsvillkor av betydelse för kvinnornas långtidssjukskrivning har kunnat visas genom denna studie. Riskfaktorerna finns till stor del i kvinnornas yrkesroller och i den sociala situationen och framförallt i interaktionen mellan dessa sfärer. Riskbilden är komplex och kan se olika ut för olika kvinnor. De långtidssjukskrivna kvinnorna har inte fått tillräcklig hjälp och stöd från sjukvård och försäkringskassa i processen att komma tillbaka till arbetslivet.

Kvinnor i högre positioner och med ambitioner på att göra karriär har i allmänhet varit tvungna att anpassa sig till de rådande manliga normerna. Tidigare forskning har visat på att kvinnor möter andra villkor än män såväl i organisationer som i chefspositioner (Holgersson 2003). Redan på 1970-talet uppmärksammades detta i forskning kring kvinnligt ledarskap (Kanter 1977). Kvinnors minoritetssituation på ledande positioner gör att kvinnliga chefer känner sig mer pressade, utsatta och isolerade och att de saknar förebilder. Chefspositionen är utformad efter ett manligt livsmönster och en manlig livsstil (Kanter 1977, Andersson 1997). Den manliga normen för att göra karriär fokuserar på det som är relaterat till arbetet. Vår studie visar att vissa kvinnor, särskilt de som har barn, upplever konflikter och svårigheter med att förena omsorgen av barn och hushåll med en yrkeskarriär. Detta gäller speciellt för de kvinnor som rapporterar att de inte har delat ansvar för arbetet i hemmet. Detta kan leda till en omfattande negativ stress både i privatlivet och i yrkesarbetet.

En ytterligare faktor av betydelse i arbetslivet och som tillkommit under senare år är internationaliseringen av ägandet av företag. Det har medfört att framförallt de högsta cheferna i företag idag inte alltid har en svensk konsensusinspirerad ledarstil eftersom de numera ofta kommer från andra länder i Europa, men arbetar i Sverige (Sandmark och Renstig 2005). Det gör att flera kvinnor i vår studie har konfronterats med en ledarstil som de inte är vana vid och ibland har svårt att förstå och att hantera. Det har ibland lett till konflikter med överordnade och har skapat en känsla hos kvinnorna av att vara mobbade eller att de saknar uppskattning i sitt arbete. Cheferna har dessutom ofta bytts ut med hög frekvens vilket påverkat kontinuiteten i arbetet och svårigheter att förstå de övergripande målen i verksamheten (Sandmark och Renstig 2005). Dessa förhållanden drabbar förmodligen såväl de kvinnor som blivit långtidssjukskrivna som kvinnorna i kontrollgruppen. Vad som gör att vissa klarar en situation som den som tidigare beskrivits går delvis att utläsa av resultatet från denna undersökning och kommer att diskuteras i det följande.

Den långa sjukskrivningen hos en del kvinnor i denna studie har föregåtts av att de arbetat extremt många timmar i veckan, regelbundet mer än 50 timmar under flera år. De sjukskrivna kvinnorna har arbetat fler timmar per vecka jämfört med kontrollgruppens kvinnor. Studien visar att de sjukskrivna kvinnorna själva anser att det varit alltför många timmar och indikerar att de förmodligen har haft svårigheter med att inte kunna säga ifrån eller att de strävat efter alltför mycket perfektionism.

Studien visar de sjukskrivna kvinnornas ansträngda arbetssituationer och kvinnans egen strävan att visa att hon duger, något som kanske andra utnyttjar, men som ligger hos kvinnan själv. Bristande egenkontroll, svårigheter att säga nej och sätta gränser samt att ställa krav på såväl arbetsgivare som på familjen är vanligare bland de sjukskrivna kvinnorna.

Studien visar att ojämställda familjeförhållanden och alltför stort ansvar och arbete med hushållet och de egna barnen är en faktor som starkt bidragit till långtidssjukskrivningen.

Kvinnor som är starkt engagerade i sina arbeten och som har chefspositioner eller andra höga positioner, lever oftast med män som också har krävande arbeten. Mäns större fokus på yrkesarbete medför sannolikt en större total belastning på de kvinnor som lever tillsammans med dessa män. Förväntningarna i allmänhet på de karriärinriktade kvinnorna är att de inte ska undandra sig ansvaret och arbetet med barn och hushåll även om de har ett krävande yrkesarbete. För konsekvenserna i ett hälsoperspektiv av kvinnors dubbla arbetsbörda från yrkesarbete och arbete med hem och familj finns det olika hypoteser. En av dem, expansionshypotesen, bygger på tanken att en person som har flera roller eller livsuppgifter mår bättre än en person med få roller (Lennon och Rosenfield 1992). En person med både en position på arbetsmarknaden och en roll i en familj kan kompensera tillfälliga belastningar i den ena sfären med positiva förhållanden i den andra. Erfarenheter från flera sfärer skulle kunna ge ett ökat välbefinnande genom bättre ekonomi, större socialt stöd och större självförtroende. Detta antas i sin tur öka individens förmåga att hantera olika typer av situationer. De psykologiska fördelarna av att ha flera roller har visat sig störst när familjeansvaret inte är alltför stort.

En annan hypotes är belastningshypotesen, formulerad redan i början av 1970-talet (Coser 1974). Här ligger fokus mer på människans begränsningar. Enligt denna hypotes anses att kombinationen av krav från familjen och arbetet kan skapa mer krav än vad som är möjligt att hantera. Flera roller och åtaganden bidrar till en ökad belastning och en ökad risk för rollkonflikter, som i sin tur kan leda till negativ stress med påföljande ohälsa. Enligt denna hypotes är den primära rollen, oavsett om den innebär förvärvsarbete eller arbete i hem och familj, krävande och medför att varje extra uppgift ökar risken för negativa hälsoeffekter.

Resultaten från de empiriska studier som undersöker dubbelarbetets effekter på hälsan är således inte entydiga. Förmodligen är det när balansen mellan arbete och familj rubbas och när kraven blir eller upplevs som alltför stora som risk för ohälsa, funktionsnedsättning och därpå följande sjukskrivning uppträder.

Det är väl känt att förhållanden i det privata livet påverkar hur människor kan hantera och klara av belastningar och stress på arbetet. Omvänt gäller också att förhållandena på arbetet påverkar privat- och hemlivet. I gränzonen mellan det betalda förvärvsarbetet och privatlivet finns många potentiella konflikter (Salomon och Grimsmo 1994). Om dessa konflikter blir för stora är det möjligt att de bidrar till stressrelaterade problem och i förlängningen också sjukskrivning.

En kombination av yrkesarbete, tid för familj och övriga sociala kontakter samt egen fri tid är naturligtvis viktigt för en väl fungerande tillvaro. Elvin-Nowak har i en studie av yrkesarbetande mödrar visat att deras stress var kopplad till tidspress och skuld känslor för att inte klara av vardagslivets alla plikter. För dessa kvinnor innebar moderna arbetsvillkor med en ökad flexibilitet i arbetssituationen snarare nackdelar - åtminstone i ett hälsoperspektiv (Elvin och Nowak 1998).

Att förhållanden med krav på höga prestationer och dåliga möjligheter till kontroll påverkar hälsa och välbefinnande och kan bidra till eller orsaka stressutlöst utmattningssyndrom är känt från tidigare studier där krav-kontrollmodellen har tillämpats (Karasek & Theorell 1990). Detta har bland annat visats i Hallsten och medarbetares studie där särskilt kvinnor i tjänstemannayrken hade tecken på utmattning. I den studien var det dock lärare som var den yrkeskategori som främst var drabbad (Hallsten et al 2002).

Personliga egenskaper har visat sig vara betydelsefulla för stresshantering och möjligheterna att klara pressade situationer i livet. Tidigare forskning har visat att självkänslan har betydelse för hur individer reagerar på krav och påfrestningar på arbetsplatsen (Guindon 1994, Ockander och Timpka 2001).

Begreppet coping kan vara liktydigt med en individs förmåga att hantera stress. Coping kan definieras som en förmåga att bemästra en situation (Lazarus och Folkman 1984). Denna förmåga är en viktig del i individens möjligheter att stå emot skadlig inverkan av stress och för att kunna hantera oro och ångest. (Levi 2002, Orth-Gomér 2000). En form av coping eller strategi kan innebära att man går undan när konflikter uppstår istället för att stanna kvar och konfrontera och försöka lösa problemen (Amirkhan 1990). Det benämns dold coping och kan leda till att man till exempel genom sjukskrivning försvinner från arbetsplatsen och därmed från de problem och konflikter som finns där. Detta skulle kunna vara fallet med kvinnorna i vår studie där minskad trivsel, mobbing, konflikter med arbetsledningen, känslan av att inte vara uppskattad eller att vara i fel arbete och på fel arbetsplats sannolikt kan ligga bakom beslutet att gå in i en långtidssjukskrivning och sålunda vara en strategi att lämna konflikter istället för att lösa dem. Vår studie indikerar att de sjukskrivna kvinnorna genom personbundna faktorer sannolikt är sämre rustade för att ha strategier för att klara av sin situation med ett ansvarfullt arbete i ledande position eller med stort ansvar, ofta på manligt dominerade arbetsplatser.

En nyligen redovisad studie har visat att kvinnor som är indragna i konflikter med sina chefer sjukskriver sig mer än kvinnor som inte är det. Detta gäller inte för män i motsvarande konflikter och hos dem ökar sjukskrivningarna inte nämnvärt vid dessa problem (Oxenstierna et al 2005).

Resultatet från vår undersökning visar att de arbeten som de sjukskrivna kvinnorna har och de arbetsplatser de arbetar på passar dem sämre vid en jämförelse med kontrollgruppens kvinnor. De kan vara över- eller underkvalificerade eller ha arbetsuppgifter som de inte alls vill ha. De långtidssjukskrivna kvinnorna är i många fall inlåsta i ett arbete och på en arbetsplats som inte passar dem och de har, förmodligen av varierande orsaker förmått att ändra dessa förhållanden.

Flera av de sjukskrivna kvinnorna anger att de har arbetsförmåga och skulle kunna arbeta nu men i ett annat arbete eller med andra arbetsuppgifter och i mindre omfattning. Nästan hälften anger att de kan arbeta om de får andra arbetsuppgifter av sin arbetsgivare och en tredjedel om de bytte arbetsgivare eller om de kunde arbeta färre timmar. Hälften av dem skulle vilja arbeta med något helt annat. Men en tredjedel av både sjuka och friska anger att de inte vill byta arbete och förlora sin nuvarande anställningstrygghet genom att bli sist anställd. Denna omständighet bidrar sannolikt till att minska rörligheten på arbetsmarknaden. Att byta arbete eller arbetsplats kan dessutom i sig vara en krävande omställning med många förberedelser och omfattande egna insatser under en period. För de sjukskrivna kvinnornas del kan sjukdom och funktionsnedsättning ha hindrat dem från att byta.

Av betydelse för återgång till arbetslivet är naturligtvis kvaliteten på omhändertagandet och tillgängligheten på den service och det stöd sjukvården kan ge och på att sjukförsäkringssystemet fungerar på ett korrekt sätt. Intervjuerna har visat att det för flera kvinnor varit svårt att få stöd och hjälp och den behandling som är den adekvata i det individuella fallet. På strukturell nivå har bristande tillgänglighet till sjukvård försvårat möjligheten till behandling eller rehabilitering. Återgången till arbetslivet har dröjt alltför länge, åtminstone för de kvinnor som anger att de skulle kunna arbeta nu om än inte på samma sätt och i samma omfattning som tidigare. Den bristande kontakten med Försäkringskassan under kvinnornas sjukskrivning kan förmodligen försvåra och förlänga återgången till arbetslivet.

Svagheter med en tvärsnittstudie som denna är att den fångar en ögonblicksbild av en situation och att därför orsak och verkan ibland kan vara svåra att bedöma. Tidsfaktorn saknas för flera av de undersökta variablerna och det är inte helt känt i vilken följd olika förhållanden och reaktioner har uppstått. I denna studie kan det således vara svårt att skilja mellan konsekvenser av sjukskrivning och konsekvenser av den sjukdom, skada eller funktionsnedsättning som orsakat arbetsoförmågan och hur olika faktorer samvarierar. Den kvalitativa förstudien som genomfördes i form av en intervjuundersökning av några strategiskt utvalda kvinnor ur samma studiepopulation och där det enskilda fallet studerats, ger dock en indikation på att det även finns ett kausalt samband (orsaks- verkanssamband) mellan individfaktorer som bristande egenkontroll, svårigheter att säga nej, strävan efter perfektionism och risken för senare långtidssjukskrivning (Sandmark och Renstig 2005).

Få studier har genomförts avseende konsekvenser av sjukskrivning i allmänhet. Bland de studier som finns inom detta område visar resultaten att det finns negativa konsekvenser av sjukskrivning som försämrat självförtroende, isolering och inaktivitet (Ockander och Timpka 2001). Sannolikt kan de personbundna faktorer och personlighetsdrag som denna studie visat vara vanligare hos sjukskrivna och helt eller delvis accentuerats som en effekt av den. Oavsett när de uppkommit kan de påverka sjukskrivningens längd och möjligheterna att komma tillbaka till arbetslivet.

Det register som de långtidssjukskrivna kvinnorna och kontrollgruppens kvinnor har hämtats från är tjänstepensionsföretaget Alectas register över anslutna företag och deras anställda. Alecta har anställda i 27 000 företag i det privata näringslivet anslutna. Dessa företag utgör flertalet av de större privata företagen i Sverige. De kvinnor som genom obundet slumpmässigt urval tagits fram ur registret torde därför vara representativa för privata kvinnliga tjänstemän i Sverige. Anledningen till att vi koncentrerade urvalet till storstadsregioner är att det är mycket få kvinnor i de lönenivåer som vi undersökt som är verksamma i andra delar av landet. Vi bedömer därför att resultatet från studien är möjligt att generalisera till högavlönade kvinnliga privata tjänstemän i Sverige.

Utgångspunkten i denna undersökning har varit att sjukskrivning som fenomen ingår in i ett brett socialt sammanhang och kan ha en multifaktoriell orsaksbakgrund. Slutsatserna från denna studie grundar sig på kvinnors egna perspektiv och syn på sin situation. Vår ambition har varit att lyfta fram exponeringar som negativ stress, organisations- och ledningsproblem samt andra faktorer i arbetslivet för att visa hur de förhåller sig till långvarig sjukskrivning. Från den privata sfären har vi undersökt familjeförhållanden och personbundna faktorer. Vi har även undersökt de långtidssjukskrivna kvinnornas kontakter med sjukvård och försäkringskassa.

Resultaten bekräftar den sammansatta orsaksbakgrunden och riskfaktorerna för långtidssjukskrivning bland kvinnliga högre tjänstemän. Höga ambitioner och höga krav på egna prestationer i yrkesarbetet och ett arbete och en arbetsplats som inte passar kvinnan förefaller öka risken för långtidssjukskrivning. Långa arbetsdagar och många arbetade timmar i kombination med ojämställda familjeförhållanden och höga, möjligen självpåtagna krav på ansvar och arbete med barn och hushåll är också starka riskfaktorer. Medvetenheten om dessa förhållanden behöver öka hos kvinnor i allmänhet och i synnerhet hos dem som har fokus på en krävande yrkeskarriär. Inte mindre viktigt är att arbetsgivare och chefer får insikt om riskbilden. Åtgärder som underlättar kvinnors möjligheter att ha höga positioner i arbetslivet utan att negativa hälsokonsekvenser uppstår bör snarast genomföras.

Sjukförsäkringssystemets och sjukvårdens funktion skulle behöva förbättras avsevärt för att stödja återgången till arbetslivet för dessa kvinnor. I ett förebyggande perspektiv är det av stor betydelse att dessa system fungerar optimalt och utan långa väntetider och med bättre tillgänglighet och större engagemang.

Fler vetenskapliga studier behöver göras inom området för att bekräfta de resultat som framkommit i denna studie och för att tydligare belysa kausala samband.

Referenser

- Alecta tjänstepensionsföretag (2005) *Hälsobarometern*. www.alecta.se [2005-05-11]
- Amirkhan J. K. (1990) A factor analytical derived measure of coping: the coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*. **5**, 1066-74.
- Anker R (1998) *Gender and jobs. Sex segregation of occupations in the world*. International Labour Organization. Geneva.
- Coser L (1974) *Greedy Institutions*. New York: Free Press
- Elvin-Nowak Y (1998) *Flexibilitetens baksida. Om balans, kontroll och skuld i yrkesarbetande mödrars vardagsliv*. Stockholm. Psykologiska Institutionen, Stockholms universitet.
- Försäkringskassan (2005) *Månads- och årsstatistik*. www.rfv.se [2005-05-11]
- Guindon M H. (1994) Understanding the Role of Self-Esteem in Managing Communication Quality. *IEEE Transactions on Professional Communication* **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.
- Holgersson C (2003) *Företagsledare och chefer. SOU 2003:16. Mansdominans i förändring om ledningsgrupper och styrelser*. Stockholm. Fritzes.
- Judiesch M.K., Lyness KS (1999) "Left behind? The impact of leaves of absence on managers' career success" *Academy of Management Journal*. **6**, 641-65).
- Kanter Moss R (1977). *Men and Women of the Corporation*. New York. Basic Books Inc.
- Karasek R, Theorell T (1990) *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York. Basic Books Inc.
- Lazarus R.S, Folkman, S (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York:Springer.
- Lennon M C, Rosenfield S (1992) *Women and Mental Health: The Interaction of Job and Family Conditions*. *Journal of Health and Social Behavior*, 33
- Levi L (2002). Stress – en översikt. Internationella och folkhälsoperspektiv. Ekman I Roch Arnetz B. (red.), *I Stress – Molekylerna, Individerna, Organisationen, Samhället*. Falköping:Liber.
- Nyberg A, Sundin, E (1997) *Ledare, makt och kön*. SOU 1997:135. Stockholm. Fritzes.
- OECD (2004) OECD Employment Outlook, www.oecd.org. [2005-05-11]

Ockander M Timpka T (2001) *A female lay perspective on the establishment of long-term sickness absence*. International Journal of Social Welfare. **10**,74-79.

Orth-Gomér K (2000). *Kvinnohjärtan reagerar annorlunda*. I *Jäktad, pressad, - utbränd?* Falköping. Forskningsrådsnämnden.

Oxenstierna G, Widmark M, Westerlund H, Theorell T (2005) *Konflikter och sjukskrivning*. I *Den höga sjukfrånvaron-problem och lösningar*. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. (red). Arbetslivsinstitutet

Rothman K, Greenland S (1998) *Modern Epidemiology* (Second edition) Philadelphia: Lippincott-Raven.

Salomon R, Grimsmo A (1994) *Arbetsliv mot år 2010*. Notat 4/1994. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Sandmark H, Renstig M (2005). *Kvinnors sjukskrivning*. Intervjuer med 16 långtidssjukskrivna kvinnor. Rapport till Alecta.

Statistiska centralbyrån (SCB) (2004), *Arbetskraftsundersökningen (AKU) 2004*, www.scb.se [2005-05-11]

Wahl A, Holgersson C, Höök P, Linghag S (2001) *Det ordnar sig. Teorier om organisation och kön*. Lund: Studentlitteratur