

# KÖNSMINORITET I YRKET EN HJÄRTINFARKTRISK?

**Risken att insjukna i hjärtinfarkt skiljer sig mycket mellan personer i olika yrken, och man har funnit att kvinnor i mansdominerade yrken har en högre risk än andra förvärvsarbetande kvinnor. Det har föreslagits att arbete i könsminoritet skulle kunna innebära en särskild stress. I denna studie prövas hypotesen att arbete i könsminoritet är förenat med ökad risk för hjärtinfarkt. Vi fann förhöjda risker för hjärtinfarkt bland kvinnor i mansdominerade arbetaryrken samt bland män i kvinnodominerade tjänstemannaryrken. Resultaten talar dock sammantaget inte för att minoritetsställningen i yrket i sig själv utgör en viktig riskfaktor för hjärtinfarkt.**

Skillnader i hjärtinfarktinsjuknande mellan olika yrkesgrupper kan bero på skillnader i levnadsvanor som t ex rökning, kost och motion. Dessa faktorer är viktiga, men inte tillräckliga förklaringar till varför vissa yrkesgrupper oftare än andra drabbas av hjärtinfarkt. Under

## Författare

PIROSKA ÖSTLIN

dr med vet, medicinsk sociolog, Folkhälsoinstitutet och yrkesmedicinska enheten, NVSO, Karolinska sjukhuset, Stockholm

LARS ALFREDSSON

docent, epidemiolog, Institutet för miljömedicin, Karolinska institutet, Stockholm

NIKLAS HAMMAR

dr med vet, epidemiolog, Institutet för miljömedicin, Karolinska institutet, Stockholm

CHRISTINA REUTERWALL

fil dr, epidemiolog, yrkesmedicinska enheten, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

senare år har man alltmer uppmärksammat att olika faktorer i arbetsmiljön kan vara av betydelse för risken att insjukna i hjärtinfarkt. Detta gäller främst psykosociala faktorer, framför allt kombinationen av höga krav och bristande kontrollmöjligheter eller låg stimulans, men även stillasittande arbete och vissa kemiska arbetsmiljöfaktorer [1].

I nyligen publicerade svenska studier av hjärtinfarktinsjuknande i olika yrkesgrupper observerades bland kvinnor relativt höga risker för grov- och diversearbetare, bänk- och möbelsnickare, bevakningspersonal, arbetare inom elektronikindustri och verkstadsindustri, yrkesföreläsare, lager- och förrådsarbe-

**Kvinnor i mansdominerade yrken** har en högre risk för hjärtinfarkt än andra förvärvsarbetande kvinnor. Personerna på bilden har inget samband med artikeln.

tare, köksbiträden, sjukvårdsbiträden, städare och butikspersonal [2, 3]. Hjärtinfarkt var upp till sex gånger vanligare hos kvinnor i yrkena med de högsta riskerna än hos kvinnor i yrken med de lägsta riskerna (t ex lärare, administratörer, sjuksköterskor).

Flera av de yrken där de högsta riskerna observerades för kvinnor var traditionella mansyrken. För män fanns de flesta yrken med förhöjd risk för hjärtinfarkt inom tillverkningsindustrin, transport- och kommunikationssektorn

samt servicesektorn. Inom servicesektorn var samtliga riskyrken för män starkt kvinnodominerade.

### Arbete i könsminoritet kan leda till ökad stress

Inom arbetssociologisk forskning har man under lång tid diskuterat vilka konsekvenser arbete i minoritetsställning inom ett yrke kan ha på t ex karriärmöjligheter, fysisk och psykosocial arbetsmiljö och hälsa. Enligt Kanter [4] kan könsminoritetsituationen i yrket leda till ökad stress. Detta kan ske på olika sätt: För det första uppfattas inte personer i könsminoritet av könsmajoriteten i yrket som »andra anställda» utan som symboler för en tillskriven kategori (t ex kvinnlig polis, manlig sjuksköterska), och som sådana blir de mer synliga och utsatta för större granskning av den dominerande gruppen.

För det andra försöker könsmajoriteten att hålla ihop för att bevara den egna, gemensamma kulturen och tenderar därmed att överdriva skillnader mellan könen. Detta leder till en polarisering i arbetet och till att könsminoriteten blir utestängd ur arbetsgemenskapen. Rutiner, normer och arbetsorganisation utformade av det motsatta könet och ringa inflytande över arbetets uppläggning är några av faktorerna som kan påverka det psykiska välbefinnandet hos könsminoriteten. För det tredje tillskrivs könsminoriteten stereotypa egenskaper, vilket gör att personerna i minoritetsituation känner sig fångade i sina könsroller.

Kanter ansåg att dessa förhållanden är könsneutrala, dvs gäller för både män och kvinnor i minoritetsställning. Denna uppfattning har kritiserats av många [5, 6]. Kritikerna betonar att minoritetsställningen påverkar kvinnor respektive män på olika sätt. Män i minoritetsställning kan åtnjuta fördelar som inte kommer kvinnor i minoritet till del. Män i kvinnodominerade yrken får ofta de bästa, mest prestigefyllda arbetsuppgifterna [7]. Med hjälp av en osynlig »glashiss» lyfts männen till de högsta positionerna i yrket. I en studie av Williams [8] ansåg manliga sjuksköterskor, skol-lärare och bibliotekariéer att de hade stora fördelar i yrket av att vara män. Kvinnor i mansdominerade yrken slår däremot ofta huvudet i ett osynligt »glas-tak» som hindrar dem från att uppnå höga befattningar.

Andra forskare anser att männens situation i kvinnodominerade yrken i vissa avseenden är mer stressande än kvinnornas i mansdominerade yrken [9, 10]. I en studie av Bradley [11] upplevde männen i kvinnodominerade yrken ett hot mot deras manlighet och var rädda för att (av andra män) bli betraktade (stigmatiserade) som homosexuella.

Kvinnor i mansdominerade yrken ansåg däremot inte att deras kvinnlighet hotades.

Arbete i könsminoritet skulle således kunna innebära en särskild risk som kan ha negativa hälsoeffekter.

### Hälsorelaterad selektion

En förhöjd sjuklighet i vissa yrken skulle i princip kunna hänga samman med viss negativ hälsoselektion till dessa yrken. Individer med sämre hälsa kan ha sökt sig till sådana yrken som de tror att de kan klara av [12].

Kvinnodominerade yrken i allmänhet är mindre fysiskt krävande än de mansdominerade. Därför kan vi inte utesluta att bland män som väljer fysiskt lätta kvinnoyrken finns en större andel med bristande hälsa än bland män som väljer traditionella mansyrken.

### Minoritetsställningen som riskfaktor

Syftet med denna studie var att undersöka om kvinnor i mansdominerade yrken respektive män i kvinnodominerade yrken har en förhöjd hjärtinfarktsrisk jämfört med andra förvärvsarbetande kvinnor respektive män. För att belysa om en sådan förhöjd risk beror på själva minoritetsställningen analyseras även hjärtinfarktinsjuknande bland män i mansdominerade yrken respektive kvinnor i kvinnodominerade yrken.

### METOD

Studiebaser i undersökningen omfattar befolkningen i åldrarna 30–74 år bosatt i Uppsala, Södermanlands, Kopparbergs eller Gävleborgs län 1976–81 samt Stockholms län 1976–84. Sambandet mellan yrke och hjärtinfarkt studeras i den på detta sätt definierade studiebasen genom s k fall-kontrollmetodik.

Studien baseras på analys av redan insamlade uppgifter från ett sedan tidigare upprättat hjärtinfarktregister. Hjärtinfarktregistret har skapats genom att man kombinerat information från Statistiska centralbyråns dödsorsaksregister och Socialstyrelsens respektive Stockholms läns landstings register över patienter utskrivna från slutet somatisk vård. Från registren över slutet somatisk vård har hämtats samtliga vårdtillfällen med hjärtinfarkt som utskrivningsdiagnos för den aktuella studiebasen (svensk version av ICD-8-kod 410.00 eller 410.99).

Från dödsorsaksregistret har hämtats samtliga dödsfall i studiebasen med hjärtinfarkt som dödsorsak (ICD-8-kod 410). Nya fall av hjärtinfarkt har identifierats enligt en särskild metod som utvärderats i samband med tidigare studier [13, 14]. Sammanlagt identifierades

46 840 incidenta fall av hjärtinfarkt i studiebasen (34 604 män och 12 236 kvinnor).

För varje fall valdes två individer (kontroller) slumpmässigt ur studiebasen i form av ett stratifierat urval. Vid urvalet togs hänsyn till fallens kön, ålder (femårsgrupp) och insjuknandeår. Urvalet möjliggjordes av på SCB sparade register över befolkningen i de fem länen per den 31 december respektive år. Sammanlagt valdes på detta sätt 93 680 kontroller (69 208 män och 24 472 kvinnor).

Genom en samkörning med Folk- och bostadsräkningen 1970 respektive 1975 erhöles information om yrkestillhörighet för fallen och kontrollerna. Utifrån uppgifterna om yrke skapades en socioekonomisk gruppering motsvarande den som användes i 1980 års Folk- och bostadsräkning.

### Analys av hälsorelaterad selektion

För män var det möjligt att studera hälsorelaterad selektion in i olika yrken genom att data från 1969/70 års mönstringundersökning av 50 089 män mellan 18 och 20 år har samkörts med yrkesuppgifter från Folk- och bostadsräkningarna 1970–1990. Dessa unga män har vid mönstringen fyllt i frågeformulär angående bl a sociala relationer, familjeförhållanden och hälsotillstånd. De genomgick psykometrisk testning, undersökning av personlighet samt undersökning av muskelstyrka och fysisk arbetsförmåga [15]. Männen följdes sedan upp med avseende på bl a yrkeskarriär (FoB 1980) och förtidspensionering genom uppgifter från Riksförsäkringsverkets register 1971–1992. Den primära hälsoselektionen till olika yrken kan utifrån dessa datakällor belysas genom att beräkna den relativa risken för att vara i ett yrke tio år efter mönstringen eller för att förtidspensioneras 20 år senare.

### 80 procent dominans definierar yrket

I denna studie definieras ett yrke som mansdominerat om minst 80 procent av utövarna är män enligt 1975 års Folk- och bostadsräkning. På motsvarande sätt definieras yrken där minst 80 procent av utövarna är kvinnor som kvinnodominerade.

Exempel på mansdominerade arbetaryrken är verkstadsmekaniker, installationselektriker, bänk- och maskinsnickare, svetsare, lager- och förrådsarbetare, motorfordonsförare och typografer. Ingenjörer av olika slag, handelsresande, expeditiönsvakter, polispersonal, skolledare och vägtrafikbefäl är exempel på mansdominerade tjänstemannayrken. Bland kvinnodominera-

**Tabell I.** Relativa risker (RR) för kvinnor respektive män (30–64 år) i mansdominerade yrken att insjukna i hjärtinfarkt. KI = 95 procents konfidensintervall för relativa risken. Jämförelsegrupper är genomgående »övriga kvinnor» respektive »övriga män» i de olika kategorierna alla/arbetare/tjänstemän.

	Relativ risk	KI	Antal fall
<i>Kvinnor</i>			
Alla kvinnor (arbetare, tjänstemän och företagare)	1,32	1,13–1,54	273
Arbetare	1,41	1,15–1,73	180
Tjänstemän	1,11	0,83–1,47	72
<i>Män</i>			
Alla män (arbetare, tjänstemän och företagare)	1,08	1,02–1,14	8 739
Arbetare	1,21	1,10–1,32	4 591
Tjänstemän	0,99	0,92–1,06	3 332

**Tabell II.** Relativa risker (RR) för kvinnor respektive män (30–64 år) i kvinnodominerade yrken att insjukna i hjärtinfarkt. KI = 95 procents konfidensintervall för relativa risken.

	Relativ risk	KI	Antal fall
<i>Kvinnor</i>			
Alla kvinnor (arbetare, tjänstemän och företagare)	0,98	0,88–1,09	1 372
Arbetare	0,92	0,79–1,07	951
Tjänstemän	0,95	0,80–1,11	417
<i>Män</i>			
Alla män (arbetare, tjänstemän och företagare)	1,07	0,97–1,18	594
Arbetare	0,91	0,79–1,04	288
Tjänstemän	1,26	1,09–1,45	290

de arbetaryrken finner vi sjukvårdsbiträden, städare, köksbiträden, hemvårdare och affärsbiträden medan sjuksköterskor, förskollärare, telefonister och sekreterare hör till kvinnodominerade tjänstemannayrken.

### Statistisk analys

Den relativa risken att insjukna i hjärtinfarkt för kvinnor i mansdominerade yrken jämfört med andra förvävsarbetande kvinnor och för män i kvinnodominerade yrken jämfört med andra förvävsarbetande män har beräknats. Separata analyser har genomförts för arbetare och tjänstemän.

I analysen har ålder, hemortslän och kalenderår beaktats genom stratifierad analys. Skattningar av den relativa risken beräknades i enlighet med Mantel-Haenszels metod [16] och ett 95-procentigt konfidensintervall enligt metoder föreslagna av Robins och medarbetare [17].

Dessutom har beräkningar av absoluta skillnader gjorts för män och kvinnor separat i olika yrkeskategorier baserade på skattningar av incidenstal [18]. Vid beräkning av incidenstal divideras antal fall med persontid under risk. In-

formation om antal fall härrör från fall-kontrollstudien. Den sammanlagda persontiden under risk i de olika yrkena (tresiffernivå) i olika åldersgrupper (femårsgrupper) under studieperioden beräknades utifrån 1975 års Folk- och bostadsräkning.

### RESULTAT

Analyserna har gjorts dels inom bara yrkesaktiva åldrar (30–64 år), dels över hela åldersspannet (30–74 år). Resultaten är mycket likartade, och här redovisas fynden i den yrkesaktiva åldersgruppen.

Totalt hade kvinnor i mansdominerade yrken 30 procent högre risk att insjukna i hjärtinfarkt än övriga förvävsarbetande kvinnor (se Tabell I). Denna ökade risk avsåg främst kvinnor i arbetaryrken. Dessa hade en överrisk motsvarande drygt 40 procent, vilket vid en absolut jämförelse av åldersstandardiserade incidenstal motsvarar fem extra fall per 10 000 personår (incidenstal = 0,0014 fall per personår). Däremot sågs ingen förhöjd risk bland kvinnliga tjänstemän i mansdominerade yrken. Motsvarande analys för män i mansdo-

minerade yrken gav ett likartat mönster. En förhöjd hjärtinfarkttrisk på ca 20 procent observerades bland arbetare, och bland tjänstemän förelåg ingen ökad risk för hjärtinfarkt. Den förhöjda risken för arbetare motsvarar en absolut åldersstandardiserad skillnad av 15 fall per 10 000 personår (incidenstal = 0,015 fall per personår).

Bland män i kvinnodominerade yrken observerades totalt sett ingen ökad risk för hjärtinfarkt jämfört med övriga förvävsarbetande män (se Tabell II). Inte heller bland manliga arbetare i dessa yrken kunde någon förhöjd risk observeras. Däremot tycks manliga tjänstemän i kvinnodominerade yrken oftare än övriga tjänstemän drabbas av hjärtinfarkt (RR = 1,3). För kvinnliga arbetare och tjänstemän i motsvarande yrken observerades inga förhöjda risker för hjärtinfarkt.

Den helt dominerande gruppen bland manliga tjänstemän i kvinnodominerade yrken är sekreterare. Av de totalt 290 fallen bland männen (30–64 år) i denna grupp arbetade 277 som sekreterare framför allt inom offentlig förvaltning samt försäkringsverksamhet.

Vi har haft möjlighet att, utifrån mönstringsundersökningen, studera hälsotillståndet vid mönstringen hos de unga män som tio år senare befann sig i sekreteraryrket. Den relativa risken för att förtidspensioneras från sekreteraryrket under en 20-årsperiod efter mönstringen har också beräknats.

Män som sökte sig till sekreteraryrket uppgav vid mönstringen oftare än män som sökte sig till andra typer av tjänstemannayrken (referensgrupp) att de ofta drabbades av huvudvärk, ofta brukade vara nervösa, har tagit medicin för nerverna samt att de ofta kände sig osäkra i sällskap med andra (se Tabell III). För dessa blivande sekreterare uppmättes en låg handgreppsstyrka, vilket tyder på låg fysisk styrka. Bland manliga sekreterare observerades dessutom en förhöjd risk för förtidspensionering totalt (RR = 2,55, KI = 1,44–4,53) och för förtidspensionering på grund av psykiatrisk diagnos (RR = 2,35, KI = 1,48–3,74).

### DISKUSSION

Sammantaget visar studien att såväl kvinnor som män i mansdominerade arbetaryrken hade en ökad risk för hjärtinfarkt jämfört med andra förvävsarbetande i arbetaryrken. En ökad risk observerades även för manliga tjänstemän i kvinnodominerade yrken.

### Felklassificering av »exponering» och sjukdom

Studien grundas på registerinformation och resultaten kan ha påverkats av

**Tabell III.** Relativ risk för olika typer av ohälsa/exponeringar vid mönstringen bland manliga sekreterare i FoB-80, jämfört med andra tjänstemän. KI = 95 procents konfidensintervall för relativa risken.

Hälsa vid mönstringen	Relativ risk	KI
Har ofta huvudvärk	1,46	1,05–2,04
Är ofta nervös	1,49	1,12–1,98
Tar nervlugnande medicin	1,33	1,05–1,68
Känner sig osäker i sällskap med andra	1,66	1,19–2,31
Har låg handgreppsstyrka	1,60	1,34–1,92

felklassificeringar av »exponering» respektive sjukdom. Med exponerade kvinnor menar vi här t ex kvinnor som arbetar i mansdominerade yrken; exponerade män är de män som arbetar i kvinnodominerade yrken.

Yrkestillhörigheten klassificerades genom den treställiga koden i Folk- och bostadsräkningarna. Denna kod kan sägas utgöra en beteckning för en yrkesfamilj som består av flera undergrupper. Inom dessa undergrupper kan det finnas en betydande variation med avseende på könsfördelning. Detta medför att vissa kvinnor respektive män felaktigt kan komma att klassificeras som exponerade. Även det omvända förhållandet kan inträffa, dvs att kvinnor respektive män felaktigt kan klassificeras som oexponerade.

Eftersom information om yrkestillhörighet härstammar från en tidpunkt före observationsperioden kan man räkna med att felklassificeringen av dessamma i huvudsak är oberoende av hjärtinfarktinsjuknande. Vid jämförelse av hjärtinfarktincidens mellan t ex kvinnor i mansdominerade yrken och kvinnor i andra yrken leder denna typ av felklassificering därför till en utspädning av det faktiska sambandets styrka och härigenom till en reducerad möjlighet att upptäcka eventuella existerande överrisker (eller underrisker).

Identifiering av hjärtinfarktfall grundas på uppgifter från dödsorsaksstatistik och landstingens patientstatistik. Uppgifternas kvalitet har undersökts vid flera tillfällen [14, 19]. Dessa valideringsstudier tyder på en viss variabilitet i diagnosättning mellan sjukhusen, mellan olika regioner och över tid.

Betydelsen av felklassificering av sjukdom vid jämförelser av incidenstal mellan olika yrkesgrupper är emellertid avhängig av huruvida denna typ av felklassificering är beroende av yrkestillhörighet eller ej. Beroende felklassificering av sjukdom kan närmast uteslutas i denna studie. Det är inte troligt att den studerade exponeringen (att vara

kvinnor i mansdominerat yrke respektive man i kvinnodominerat yrke) skulle kunna leda till beroende felklassificering av sjukdomen (hjärtinfarkt). Vid oberoende felklassificering av sjukdom påverkas skattningar av den relativa risken endast marginellt av en reducerad sensitivitet (en ökad andel »falskt negativa»). En minskad specificitet (en ökad andel »falskt positiva») tenderar att medföra en utspädning av faktiska samband.

Sammantaget torde felklassificering av sjukdom i denna studie i huvudsak medföra en utspädning av faktiska samband. Detta kan innebära t ex att vissa överrisker (eller underrisker) inte identifierats och att observerade överrisker (eller underrisker) sannolikt inte kan förklaras med hänvisning till denna felkälla. Denna felkälla kan således troligen inte förklara den observerade överrisken för arbetare i mansdominerade yrken eller för manliga tjänstemän i kvinnodominerade yrken. Däremot kan felklassificeringen av exponering eller sjukdom ha medfört att överrisker i andra yrkesgrupper undgått att identifieras.

### Andra förklaringar till överrisken

Någon förklaring till överrisken för hjärtinfarkt i mansdominerade arbetaryrken kan inte fastställas utifrån denna studie. Den förhöjda risken för både kvinnor och män kan bero på såväl arbetsmiljöförhållanden (t ex fysisk och psykisk belastning) som levnadsvanor (t ex rökvanor, kost) relaterade till dessa yrken. Kvinnornas förhöjda risk för hjärtinfarkt i mansdominerade arbetaryrken kan t ex delvis hänga samman med de höga krav som ställs i arbetet kombinerat med lågt beslutsutrymme. I en studie av Hall [20] hade kvinnor i arbetaryrken dominerade av män minst inflytande jämfört med andra arbetarkvinnor och kvinnliga tjänstemän i yrken med olika grad av könssegregering. I en nyligen publicerad studie av Östlin [21] kunde endast 44 procent av kvinnor i mansdominerade arbetaryrken påverka eget arbete jämfört med 66 procent av männen inom samma yrken och 70 procent av kvinnor i kvinnodominerade arbetaryrken. Orsakerna bakom manliga arbetares förhöjda risker för hjärtinfarkt i mansdominerade yrken kan delvis vara desamma som hos kvinnorna.

Orsakerna bakom männens höga hjärtinfarktisk i kvinnodominerade tjänstemannayrken är inte heller kända, men de manliga sekreterarnas bristande hälsotillstånd vid mönstringen i våra analyser tyder på att det antagligen sker en negativ hälsorelaterad selektion till dessa yrken. De manliga sekreterarnas förhöjda risker för sjuklighet bekräftas

även av andra svenska studier kring sjukfrånvaro [22, 23].

Resultaten i denna studie bygger på information om hjärtinfarktinsjuknande under perioden 1976–1984. Mycket kan ha hänt fram till i dag vad gäller t ex prevention, modifiering av riskfaktorer, intervention och diagnostik. Det är dock inte troligt att resultaten skulle se väsentligt annorlunda ut med ett mer aktuellt material.

### SLUTSATS

Den förhöjda risken för hjärtinfarkt bland kvinnor i mansdominerade arbetaryrken kan sannolikt inte enbart förklaras av kvinnornas minoritetsställning, då männen inom samma yrken också har en absolut sett minst lika hög risk. Resultatet tyder snarare på att de risker för hjärtinfarkt som kan finnas i mansdominerade arbetaryrken är av betydelse för båda könen. Dessa risker (exponeringar) kan delvis vara olika för kvinnor och män. Vi kan inte utesluta att minoritetsställningen i mansdominerade arbetaryrken bidrar till kvinnornas förhöjda risk för hjärtinfarkt. Det är angeläget att de risker som finns för både kvinnor och män i dessa yrken identifieras och åtgärdas.

\*

Denna studie har genomförts med bidrag från socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR).

### Referenser

- Kristensen TS. Cardiovascular diseases and the work environment. In: Cheremisinoff PN, ed. Encyclopedia of environmental control technology. Vol 7. Houston: Gulf Publishing Co, 1994: 217-43.
- Hammar N, Alfredsson L, Smedberg M, Ahlbom A. Differences in the incidence of myocardial infarction among occupational groups. Scand J Work Environ Health 1992; 18: 178-85.
- Ahlbom A. Arbetsmiljö och hjärtinfarkt. I: Järholm B, red. Arbetsliv och hälsa – en kartläggning. Stockholm: Arbetsarkivstyrelsen, Arbetslivsinstitutet, Rådet för arbetslivsforskning, 1996.
- Kanter RM. Some effects of proportions on group life: skewed sex ratios and responses to token women. American Journal of Sociology 1977; 82: 965-90.
- Acker J. Hierarchies, jobs, bodies: a theory of gendered organizations. In: Lorber J, Farrell SA, eds. The social construction of gender. London: Sage Publications, 1991.
- Zimmer L. Tokenism and women in the workplace: the limits of gender-neutral theory. Social Problems 1988; 35: 64-77.
- Floge L, Merrill DM. Tokenism reconsidered: male nurses and female physicians in a hospital setting. Social Forces 1986; 64: 925-47.
- Williams CL. The glass escalator: hidden advantages for men in the »female» professions. Social Problems 1992; 39: 253-67.
- Allan J. Male elementary teachers. Experi-

- ences and perspectives. In: Williams CL, ed. Doing »women's work«. Men in nontraditional occupations. Newbury Park: Sage Publications, 1993.
10. Pringle R. Male secretaries. In: Williams CL, ed. Doing »women's work«. Men in nontraditional occupations. Newbury Park: Sage, 1993.
  11. Bradely H. Men's work, women's work. Cambridge: Polity Press, 1989.
  12. Östlin P. Negative health selection into physically light occupations. J Epidemiol Community Health 1988; 42: 152-6.
  13. Ahlbom A. Acute myocardial infarction in Stockholm – a medical information system as an epidemiological tool. Int J Epidemiol 1978; 7: 271-6.
  14. Hammar N, Nerbrand C, Ahlmark G, Tibblin G, Tsipogianni A, Johansson S et al. Identification of cases of myocardial infarction: hospital discharge data and mortality data compared to myocardial infarction community registers. Int J Epidemiol 1991; 20: 114-20.
  15. Ahlberg B, Lindroth K, Nordgren B, Schele R. Ett hälso- och kapacitetsundersökningssystem för personalsektion. Försvarsmedicin 1973; 9: 36-52.
  16. Mantel N, Haenszel W. Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. J Natl Cancer Inst 1959; 22: 719-48.
  17. Robins J, Greenland S, Breslow NE. A general estimator for the variance of the Mantel-Haenszel odds ratio. Am J Epidemiol 1986; 124: 719-23.
  18. Hammar N, Persson G. Grunderna i biostatistik. Lund: Studentlitteratur, 1995.
  19. Ahlbom A, Norlander R. Application of diagnostic criteria in the diagnosis of myocardial infarction. Scand J Soc Med 1979; 7: 67-72.
  20. Hall E. Gender, work control and stress: a theoretical discussion and an empirical test. Int J Health Serv 1989; 19: 725-45.
  21. Östlin P. Arbete och kön. I: Järvholm B, red. Arbetsliv och hälsa – en kartläggning. Arbetsarkivstyrelsen, Arbetslivsinstitutet, Rådet för arbetslivsforskning, 1996.
  22. Alexanderson K, Leijon M, Åkerlind I, Rydh H, Bjurulf P. Epidemiology of sickness absence in a Swedish County in 1985, 1986 and 1987. Scand J Soc Med 1994; 22: 27-34.
  23. Goine H, Knutsson A, Nilsson T. Yrke och långvarig sjukskrivning i Västernorrlands och Jämtlands län. Undersökningsrapport 21. Stockholm: Arbetsmiljöinstitutet, 1994.

## SÄRTRYCK ur LÄKARTIDNINGEN

### ■ TILLVÄXTFAKTORER

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen. De kallas tillväxtfaktorer. 12 artiklar speglar forskning och tillämpning. 56 sidor. 90 kr.

### ■ MISSÖDEN, MISSTAG, MISSBRUK

Hur löser man konflikter vid missöden i vården? 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkring. 80 sidor. 75 kr.

### ■ VÅLD OCH AGGRESSIVITET

Våldet möter läkare på skilda nivåer inom vården. Det kan också drabba dem själva. 26 artiklar ger ett brett perspektiv på våld och aggressivitet. 84 sidor. 95 kr.

### ■ MEDICINENS SPRÅK

Ett urval från Läkartidningens språkspalt under fyra år. Både stort och smått, dagsländor och "eviga" sanningar om sådana finns i språket. 32 sidor. 95 kr.

### ■ ENLIGT MIN ERFARENHET

32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag. Diagnostik, terapi, exempel på prevention och ledningsfrågor. 48 sidor. 55 kr.

### ■ REHABILITERING

Gränsen mellan behandling och rehabilitering är inte skarp. Allt kliniskt arbete syftar till att främja ett normalt liv, vilket belyses i 27 artiklar. 96 sidor. 85 kr.

### ■ TRAUMATISK STRESS

Riskerna för att människor skall utsättas för traumatisk stress i form av extrema påfrestningar har ökat i vårt moderna samhälle. 14 artiklar. 40 sidor. 50 kr.

Härmed beställs

..... ex Tillväxtfaktorer  
 ..... ex Missöden, misstag, missbruk  
 ..... ex Våld och aggressivitet  
 ..... ex Medicinens språk  
 ..... ex Enligt min erfarenhet  
 ..... ex Rehabilitering  
 ..... ex Traumatisk stress

Namn .....

Adress .....

Insändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm. Telefax 08 - 20 76 19