

Kristina Orth-Gomér, professor i samhällsmedicin *k.orth-gomer@phs.ki.se*

Evelyn Lewandrowski, projektkoordinator

Lars-Peter Westman, assistent

Hui-Xin Wang, dr med vet

Constanze Leineweber, med dr; samtliga vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

Vem orkar ända till 65?

Inte kvinnorna – mer än hälften avslutar arbetslivet i förtid

II Den första generationen av svenska kvinnor som varit yrkesverksamma i stort sett hela livet och som lyckats förena förvärvsarbete med barnafödande, amning, barntillsyn och skötsel av hemmet är nu på väg att avsluta sitt yrkesliv. Det är en generation av kvinnor som aktivt strävat efter och hoppats på förverkligandet av livsmål och livsuppgifter inom ramen för ett jämställt arbetsliv.

Vid arbetslivets slut uppvisar de en, sett i ett europeiskt perspektiv, extremt hög sjukfrånvaro. Kvinnor över 55 år utgör mer än 60 procent av alla långtidssjukskrivna, dvs sjukskrivna mer än 28 dagar som ju kräver särskilt intyg. I vissa grupper har man lyckats vända en stigande sjukskrivningstrend, dock till priset av en ökad förtidspensionering. Antalet förtidspensionerade i Sverige överstiger nu 530 000 personer [1]. Snart står en fjärdedel av arbetskraften utanför arbetsmarknaden; en majoritet är kvinnor.

Samtidigt hävdas från t ex Regionplanekontoret i Stockholm att dessa kvinnor behövs för att råda bot på den befärdade bristen på arbetskraft. Man påpekar att även om förvärvsintensiteten sedan början av 1990-talet varit nästan lika hög bland kvinnor som bland män så arbetar kvinnor oftare deltid; deras förvärvsintensitet har till och med gått tillbaka något sedan början av 1990-talet.

»Hur skall vi få kvinnorna att arbeta mer?« har blivit en central fråga, vars svar förväntas kunna lösa ett flertal samhälleliga problem [2].

Kvinnorna en arbetskraftsreserv?

Vilka är då förutsättningarna för att kvinnor med ett långt yrkesliv bakom sig skall kunna utgöra en arbetskraftsreserv? Vilka är de kvinnor som vill och kan arbeta fram till pensionsåldern 65 år, eller kanske ännu längre, exempelvis till 70 års ålder?

Stressfaktorer i arbetet har angetts som en viktig orsak till sjukskrivning, medan stressfaktorer utanför arbetet knappast undersökts i relation till sjukskrivning [3]. I en tidigare kartläggning av kvinnostress och hjärtsjukdom [4, 5] fann vi att familjestress var en minst lika farlig stresskomponent hos kvinnor som arbetsstress [6]. Depressiva symtom var starkt kopplade till familjestress, och båda ökade risken för hjärtinfarkt och försämrade långtidsprognosen hos hjärtsjuka kvinnor [7].

Nu har vi följt den grupp av Stockholmskvinnor som initialt erhållits ur normalpopulationen för att utgöra kontrollgrupp till de hjärtsjuka kvinnorna och studerat hur de klarat att avsluta sin arbetskarriär. Samtliga kvinnor var i yrkesaktiva

Sammanfattat



300 Stockholmskvinnor i arbetsför ålder har följts under tio år med avseende på stress i arbete och familjesituation och med tonvikt på långtidssjukskrivning och förtidspension vid arbetslivets slut.

Mindre än hälften av friska, yrkesverksamma kvinnor stannar i arbetet till 65 års ålder. Fler slutar av arbetsrelaterade skäl än på grund av sjukdom.

Stress i arbetet, och särskilt stress i familjen, är viktigare bestämningsfaktorer för sjukskrivning än ohälsosam livsstil (rökning, alkoholvanor, motionsvanor) och standardriskfaktorer (lipidprofil, hemostasfaktorer, blodtryck, midja/stussvidd).

Dödsfall och förtidspensionering på grund av sjukdom följer den förväntade sociala gradienten med högre frekvens i lägre sociala skikt, medan långtidssjukskrivning följer ett omvänt mönster.

Att sluta arbeta i förtid – med långtidssjukskrivning, avtalspension eller helt utan ekonomisk ersättning – kan, bland högutbildade kvinnor, fungera som en effektiv »coping«-mekanism, för att undvika prematur, livshotande sjukdom.

ativ ålder och deltog i 1970-talets »exodus« från hemmet ut på arbetsmarknaden. En majoritet har nu uppnått och passerat pensionsåldern. Kvinnors anpassning till sortin från arbetsmarknaden – psykologiskt, socialt och hälsomässigt – liksom deras riskfaktorer för ohälsa under tio år före och vid arbetslivets slut är i fokus i denna rapport.

II Material och metod

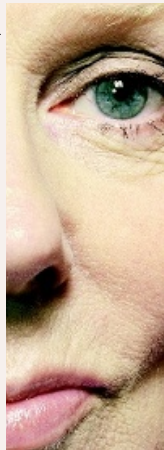
300 kvinnor rekryterades ur normalpopulationen via folkbokföringsregistret i Stockholms län. Studiegruppen utgjorde kontrollgrupp till 300 hjärtsjuka kvinnor, 65 år och yngre, boende i Storstockholm och vårdade för akut kranskärlssjukdom

II Några fallstudier

Socialt utsatt

Margareta, 62 år, är trött och sliten. Hon arbetar som städerska på ett sjukhus och har besvär med leder och rygg. Hon är bosatt i Södertälje och uppvuxen i ett alkoholisthem. Den ene sonen är missbrukare och uteliggare. Han tvingar sig hem till sin mor när han är påverkad och behöver pengar. Ofta måste hon tillkalla polis då sonen väckt upp grannarna och blivit våldsam. Hon känner sig utstött. Margareta gör först ett samlat intryck, men under samtalet fylls ögonen med tårar. Hon har utvecklat epilepsi och har haft flera grand mal-anfall. Hon röker mellan 11 och 20 cigaretter per dag. Hon avskyr däremot alkohol. Fadern var alkoholist. På grund av sonens beteende har hennes sambo lämnat henne. Framtiden ter sig mörk.

FOTO: SCIENCE PHOTO LIBRARY/BL



Socialt privilegierad

Susanne, 62 år, från Lidingö är elegant och dyrbart klädd. Hon har, tillsammans med maken, drivit ett lönsamt företag som fört dem runt i världen på inköpsresor. De har nu avvecklat rörelsen och sålt sitt stora hus för ett något mera lätthanterligt hem i närheten. Hennes största oro består nu i att paret skall tillbringa ett halvår i det egna hemmet på franska Rivieran, och hon är osäker på om hon kommer att trivas. Hon talar gärna om livskvalitet, vilket för henne bl a är att fylla ett vackert slipat kristallglas med en god chablis som hon avnjuter under det att hon lagar middagen.

Familjestress

Sara, 60 år, känner sig mycket stressad. Hon irriteras över minsta småsak och har ingen tålamodströskel alls. Hon upplever detta som en personlighetsförändring hos sig själv och lider av denna negativa utveckling. Hon är adopterad. Den 90-åriga adoptivmodern anser att Sara skall visa tacksamhet för allt och ställer stora krav på henne. Efter det att modern fått plats på ett äldreboende har Sara ensam haft ansvaret för att tömma moderns lägenhet och förvarar nu alla möbler i sitt eget hem i Nockeby. Samtidigt spricker hennes dotters äktenskap. Tillsammans med sina

två barn, och alla sina tillhörigheter, flyttar dottern hem till Sara. Kaos råder i hemmet, där det knappt går att förflytta sig. Sara har dessutom en 35-årig son som lider av DAMP. Honom måste hon ta med sig till sitt arbete varje dag, eftersom han inte klarar av att vara ensam. Sara lever i en mycket pressad situation och tycker hon har berövats ett eget liv.

Arbetsstress

Maria, 62 år och boende på Södermalm i Stockholm, sammanfattade vad åtskilliga kvinnor givit uttryck för. Hon hade arbetat i många år på samma företag och trott att hon varit en viktig kugge i maskineriet. När en ny chef tillsatts gjordes stora förändringar och Maria blev plötsligt överflödig. Hon kände att man inte ville satsa på henne och hon erbjöds avtalspension. Allt rasade. I stället för att, efter ett långt arbetsliv, få avtäckas med känslan av att ha utträtt något gott under många år kände hon sig ratad. Med hennes egna ord: »Jag hade trott att jag skulle kunna utnyttja tiden efter pensioneringen till att resa, att umgås med nära och kära – att få känna mig fri. Nu har all kraft gått förlorad, självförtroendet, ja, min livsglädje. I stället för att njuta mitt otium ligger jag grubblande och sömlös om nätterna och funderar på var mitt liv tog vägen.«

Kvinnornas namn och bostadsort är fingerade. Kvinnan på bilden har inget samband med artikeln.

mellan 1991 och 1994. För varje hjärtsjuk kvinna identifierades den Stockholmskvinna som hade närmaste födelsedatum. I patientgruppen inkluderades alla tillgängliga patienter som vårdats vid någon av de tio hjärtintensivvårdsavdelningarna. Kontrollerna erhöles slumpmässigt, med hänsyn tagen endast till ålder. Denna populationsbaserade fall-kontrolldesign har tidigare beskrivits och kommenterats i detalj [8, 9].

Baslinjeundersökningen omfattade såväl standardiserade enkätformulär kring utbildning, yrkesnivå, boendeförhållanden, livsstil (rökning, motionsvanor, kostvanor, alkoholvanor) som intervju om psykosociala riskfaktorer såsom arbetsstress, familjestress, socialt stöd, isolering, depression och utbrändhet. Dessutom undersöktes kvinnorna med avseende på fysiologiska riskfaktorer för kardiiovaskulär sjukdom [8].

• **Socioekonomiska riskfaktorer.** Utbildningsnivån indelades i tre kategorier:

1. folkskola, realskola eller grundskola (7–9 år);
2. gymnasium eller yrkesskola (10–12 år);
3. universitet (13 år eller mer).

Yrkesnivån kategoriserades enligt Statistiska centralbyråns socioekonomiska indelning [10] i fem grupper, vilka bildade två huvudgrupper:

- arbetaryrken (icke facklärd, 10 procent; facklärd, 11 procent);
 - tjänstemannaryrken (tjänstemän på lägre nivå, 39 procent; mellannivå, 23 procent; chefsbefattningar, 16 procent).
- Boendeområdets sociala status klassades via postnummer. Att bo söder om Slussen i Stockholm definierades grovt som »lågstatusområde«, norr om Slussen som »högstatusområde«.

• **Fysiologiska faktorer och livsstilsfaktorer.** Rök- och motionsvanor mättes med hjälp av standardiserade WHO-formulär [11], med indelning i rökare, före detta rökare och icke rökare, respektive stillasittande fritid (läsa och titta på TV), aktivare vanor (promenader, cykling, trädgårdsarbete och gymnastik) och hård motion (aerobics eller annan krävande motion). Alkoholkonsumtionen skattades med hjälp av ett nutritionsepidemiologiskt enkätformulär och beräknades som gram absolut alkohol per vecka [12].

Kroppsmasseindex beräknades som vikten (kg)/kroppslängden (m)². Midja-stusskvot beräknades som midjeomfång/stussomfång (cm). Systoliskt och diastoliskt blodtryck mättes i liggande ställning efter fem minuters vila. Från venöst fastebloodprov bestämdes kolesterol och triglycerider samt lipoproteiner med enzymatisk metod. Fibrinogen analy-

Tabell I. Diagnosfördelning bland döda, förtidspensionerade och långtidssjukskrivna.

	Döda n = 11	Förtids- pensionerade n = 47	Långtidssjuk- skrivna n = 54
Hjärt-kärlsjukdom och åderförkalkning	5	2	6
Tumörsjukdom	5	6	10
Psykisk sjukdom	1	12	21
Muskuloskeletal sjukdom	–	14	5
Invärtes sjukdom och infektion	–	4	7
Ingen klar diagnos	–	9	5

serades med polymerisationsmetod och glukos med standardmetoder [8].

• *Psykosocial stress.* Stressfaktorer i arbetet [13] och i familjelivet [6] definierades och mättes med hjälp av tidigare utvecklade enkät- och intervjumetodik. Arbetsstress definierades som kvoten mellan krav och kontroll i arbetet [14]. Familjestress definierades som antalet belastningsfaktorer (stresspoäng) vid skattning av emotionell stress i äktenskapet. Metoden har tidigare prövats i kartläggning av stress bland kvinnor [4].

»Klassfest« för 10-årsuppföljning

För att undersöka de psykosociala riskfaktorernas betydelse för ohälsa och sjukfrånvaro har vi gjort en uppföljning av den initialt friska kontrollgruppen. Med hänvisning till basundersökningen, tio år tidigare, kallade vi vår uppföljning för »Klassfesten – ett återseende«. Efter uppdatering av adresser och kontroll av dödlighet skickades en skriftlig inbjudan till samtliga kvinnor som deltagit i baslinjeundersökningen och som fortfarande var i livet. Dödsfall och uppgifter om dödsorsaker erhöles genom Socialstyrelsen, forskningsetiskt beslut (Karolinska institutet), dnr 02:2002. Inbjudan åtföljdes av frågeformulär att ifyllas i hemmet. De flesta deltagare anmälde sig spontant, ett tjugotal fick en eller flera påminnelser. I tre fall gjordes hembesök. En kvinna som flyttat till hemlig adress kunde inte nås.

Vid besöket genomfördes standardiserad läkarundersökning samt genomgång av frågeformulär med kompletterande svar.

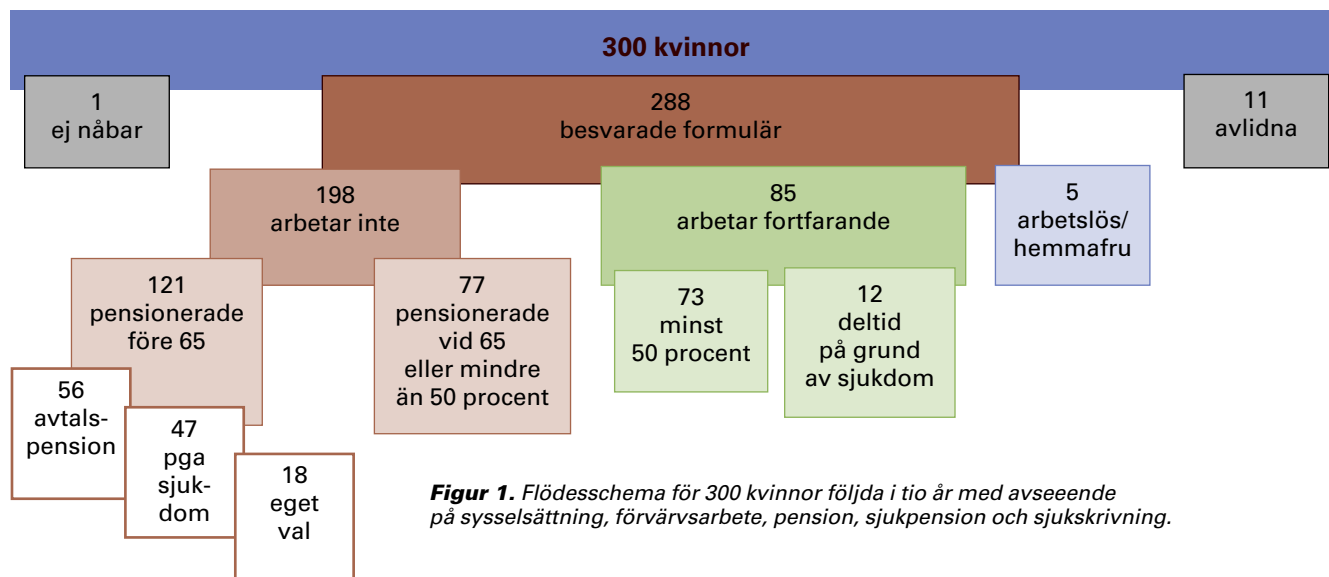
Utfallsvariabler

Uppgifterna om långtidssjukskrivning är baserade på självrapportering, när och hur länge kvinnorna varit sjukskrivna under de senaste tio åren och med vilken diagnos.

Sjukskrivningarna och diagnoserna verifierades genom journalutdrag och indelades i följande diagnosgrupper: hjärt-kärlsjukdom och åderförkalkning, tumörsjukdom, psy-

Tabell II. Jämförelse av långtidssjukskrivna (n=54) och friska (n=195) kvinnor med avseende på standardriskfaktorer, livsstilsfaktorer och socio-ekonomisk status.

	Långtidssjukskrivna, medelvärde±SD	Frisk, medelvärde±SD	P, åldersjusterad
Ålder, år	52,0±5,8	58,1±6,7	<0,001
BMI, kg/m ²	24,6±4,2	25,8±4,6	0,36
Midja/stuss, cm	0,79±0,08	0,80±0,07	0,65
Systoliskt blodtryck, mm Hg	116,1±14,5	122,3±16,9	0,45
Diastoliskt blodtryck, mm Hg	75,7±10,1	78,0±10,5	0,80
Hjärtfrekvens, slag/minut	66,7±11,2	68,9±10,6	0,29
Kolesterol, mmol/l	5,8±1,0	5,2±1,1	0,82
HDL, mmol/l	1,58±0,76	1,66±0,81	0,80
LDL, mmol/l	3,19±1,48	3,58±1,40	0,44
Triglycerider, mmol/l	0,89±0,56	0,91±0,66	0,70
Fibrinogen, g/l	30,5±26,4	31,3±20,7	0,52
Alkohol, g/vecka	8,9±8,6	8,1±8,5	0,78
Familjestress	2,4±2,5	1,8±2,4	0,04
Arbetsstress	1,16±0,77	0,88±0,68	0,02
	Procent (n)	Procent (n)	P, åldersjusterad
Rökning			
röker ej	48 (26)	46 (90)	0,95
rökt tidigare	24 (13)	26 (51)	
röker	28 (15)	28 (55)	
Motion			
stillasittande	17,0 (9)	17,0 (33)	0,92
lätt motion	73,6 (39)	71,7 (139)	
hård motion	9,4 (5)	11,3 (22)	
Utbildning			
obligatorisk	36,5 (19)	57,5 (111)	0,02
realskola	30,8 (16)	17,1 (33)	
universitet	32,7 (17)	25,4 (49)	
Boende			
norr	48,2 (26)	48,5 (95)	0,66
söder	52,8 (28)	52,5 (101)	



Figur 1. Flödesschema för 300 kvinnor följda i tio år med avseende på sysselsättning, förvärsarbete, pension, sjukpension och sjukskrivning.

kisk/nervös sjukdom, muskuloskeletal sjukdom, infektion och annan invärtes sjukdom. Kvinnor som varit sjukskrivna mer än 28 dagar i följd minst en gång under tioårsperioden definierades som långtidssjukskrivna. De jämfördes med friska kvinnor, där god hälsa definierades som frånvaro av sjukdom som krävt läkarvård, sjukhusvård eller föranlett sjukskrivning under samma period.

I uppföljningsformuläret ingick också frågor om sysselsättning (heltidsarbete, deltidarbete, förtidspension på grund av sjukdom, avtalspension eller ålderspension).

Databearbetning

För att analysera betydelsen av psykosociala, socioekonomiska, livsstils- och fysiologiska faktorer för långtidssjukskrivning jämfördes sjukskrivna kvinnor med kvinnor som förblivit friska. Dessa »långtidsfriska« kvinnor jämfördes även med de kvinnor som avlidit eller förtidspensionerats på grund av sjukdom. Betydelsen av kategoriska och kontinuerliga bestämningsfaktorer för ohälsa analyserades med χ^2 -test respektive variansanalys. Relativa risker beräknades i logistiska regressionsmodeller efter multivariat kontroll för standardriskfaktorer. Dataanalys genomfördes med hjälp av Software Analytics Systems, version 8.02.

II Resultat

• **Hälsoutfall efter tio år (dödsfall, pension, sjukskrivning, förvärsarbete).** Av de 300 kvinnor som deltog i baslinjeundersökningen hade elva avlidit under tioårsperioden. Fem hade dött i tumörsjukdom, fem i hjärt-kärlsjukdom, en kvinna hade begått självmord (Tabell I). Den genomsnittliga åldern vid dödsfall var 67 år; den yngsta var 53 år, den äldsta 72 år vid dödsfallet.

Av 288 undersökta kvinnor hade 158 kvinnor uppnått 65 års ålder vid uppföljningen. Av dessa 158 kvinnor hade endast 69 kvinnor (43,7 procent) arbetat fram till den lagstadgade pensionsåldern 65 år. Sex kvinnor (4,4 procent) var i arbete efter fyllda 65, men ingen arbetade heltid, och 121 (42 procent) hade pensionerats före 65 års ålder. Av dessa var 40 (32 procent) förtidspensionerats på grund av sjukdom, ytterligare sju var långtidssjukskrivna men under utredning för pension, 18 (15 procent) hade valt att sluta i förtid utan ekonomisk ersättning och 56 (46 procent) hade fått avtalspension. Tolv (10 procent) kvinnor arbetade deltid och var samtidigt deltidssjukskrivna, tre kvinnor var arbetslösa, två var hemmafruar (Figur 1).

• **Sjukskrivning, förtidspension på grund av sjukdom, diagnos.** Åttio kvinnor (28 procent) uppgav att de varit sjukskrivna under tioårsperioden. Av dessa var 54 (19 procent) sjukskrivna mer än 28 dagar i sträck, 195 kvinnor hade varit helt friska och ej sjukskrivna under de senaste tio åren, 47 kvinnor var förtidspensionerats på grund av sjukdom (Tabell I).

• **Sjukskrivning och standardriskfaktorer.** Tabell II visar jämförelsen mellan friska och långtidssjukskrivna vad gäller standardriskfaktorer. De sjukskrivna kvinnorna var i genomsnitt sex år yngre än de friska ($P < 0,001$). Skillnader med avseende på systoliskt blodtryck och kolesterol eliminerades efter statistisk kontroll för ålder. Inga skillnader mellan grupperna uppmättes vad gäller hjärtfrekvens, övriga lipider, koagulationsfaktorer, övervikt/fetma, rökning, alkoholvanor eller motion.

• **Sjukskrivning och psykosocial stress.** Tydliga skillnader uppmättes vad gällde familje- och arbetsstress. Stress i arbetet (höga krav och låg kontroll) utgjorde en betydande överrisk (oddskvot = 3,3; 95 procentns konfidensintervall 1,2–9,1) även efter multivariat kontroll för fysiologiska riskfaktorer som ovan (Tabell III). Familjesituationens betydelse undersöktes med hänsyn till stress i äktenskapet. Kvinnor i den högsta stresskvartilen hade fyra gånger högre sjukskrivningsrisk under tioårsperioden (oddskvot = 4,0; 95 procentns konfidensintervall 1,1–14,7 efter multivariat kontroll som ovan) (Tabell III).

Risken ökade kraftigt hos det fåtal kvinnor som samtidigt rapporterade svår arbets- och familjestress. Fyra av fem kvinnor i denna situation blev långtidssjukskrivna, men bara två av 13 som var fria från stress ($P=0,02$).

• **Sjukskrivning och socioekonomiska faktorer.** Utbildningsnivån skilde sig signifikant mellan långtidssjukskrivna och friska. 64 procent av de sjukskrivna hade avlagt studentexamen eller högre akademisk utbildning, medan 37 procent hade folk- eller grundskoleutbildning. Bland friska kvinnor var motsvarande siffror 43 procent och 58 procent ($P=0,02$) (Tabell II).

Risken att bli långtidssjukskriven var 2,4 gånger större bland högutbildade än bland lågutbildade (oddskvot = 2,4; 95 procentns konfidensintervall 1,2–4,4). Vid multivariat kontroll för ålder, rökvanor, motionsvanor, kolesterol och systo-

Tabell III. Jämförelse av långtidssjukskrivna (n=54) och friska (n=195) med avseende på familjestress och arbetsstress. Oddsquot (OR), 95 procents konfidensintervall.

Variabel	Score	Antal personer	Antal sjuka	OR ¹	OR ²
Familjestress	0	59	8	1	1
	1-3	82	23	2,5 (1,0-6,0)	2,2 (0,8-6,0)
	4-12	31	8	2,2 (0,7-6,6)	4,0 (1,1-14,7)
Arbetsstress	≤0,56	53	11	1	1
	0,57-0,78	92	19	1,0 (0,4-2,3)	0,7 (0,3-1,9)
	≥0,79	44	19	2,9 (1,2-7,1)	3,3 (1,2-9,1)

¹ crude; ² justerat för ålder, rökvanor, motionsvanor, total kolesterol och systoliskt blodtryck.

liskt blodtryck minskade överrisken något (oddsquot = 1,8; 95 procents konfidensintervall 0,9-3,7).

Att bo norr om Slussen jämfört med att bo söder därom påverkade inte sjukskrivningsrisken i sig. Vid analys av boendemiljö och utbildning i kombination fann vi att den grupp högutbildade kvinnor som var bosatta söderöver hade en förhöjd sjukskrivningsrisk (oddsquot = 3,2; 95 procents konfidensintervall 1,3-7,8). Yrkesnivån skilde sig obetydligt mellan sjukskrivna och friska. En viss övervikt noterades för mellantjänstemannayrken bland de sjukskrivna. Den sociala rörligheten var låg, endast åtta kvinnor hade flyttat från söder till norr, sex i andra riktningen. Betydligt fler (n=23) hade flyttat inom sitt ursprungliga bostadsområde.

- **Dödsfall och förtidspension på grund av sjukdom.** Analyser av standardriskfaktorer vid baslinjeundersökningen visade inga signifikanta skillnader med avseende på dödsfall och/eller förtidspension på grund av sjukdom under uppföljningsperioden (data ej presenterade av utrymmesskäl). Däremot fanns socioekonomiska skillnader mellan kvinnor som blivit förtidspensionerade på grund av sjukdom eller avlidit och kvinnor som förblev friska (yrkesverksamma, ålders- eller avtalspensionerade eller de som slutat arbeta av eget val).

Skillnaderna var mest uttalade avseende typ av bostadsområde. I gruppen förtidspensionerade och avlidna bodde 60 procent i lågstatusområde, medan 48 procent av friska bodde i samma område. Av kvinnor bosatta i lågstatusområden hade 5,3 procent avlidit efter tio år, medan bara 2 procent av kvinnor som bodde i högstatusområde hade dött (oddsquot = 2,7; 95 procents konfidensintervall 0,7-10,5). Kvinnor, bosatta i lågstatusområden löpte en större risk att få förtidspension på grund av sjukdom eller avlida än kvinnor bosatta i högstatusområden (oddsquot = 1,7; 95 procents konfidensintervall 1,0-2,9). Kvinnor med lägre utbildning löpte större risk att få förtidspension på grund av sjukdom eller avlida (oddsquot = 1,8; 95 procents konfidensintervall 1,0-3,2).

Skillnaderna med avseende på såväl bostadsområde som utbildning var alltså signifikanta; de socialt underprivilegerade kvinnorna hade högre sjuklighet och dödlighet.

II Diskussion

Vi förvånades över gensvaret till vår uppföljning. Nästan alla kvinnorna kom med stor entusiasm till återundersökningen. Ett forskningsprojekt som fokuserat på kvinnor ansågs ytterst betydelsefullt och något som man gärna ville medverka i.

Elva kvinnor hade dött. Dödligheten under tio år - 3,7 per 1 000 kvinnor och år - var högre än den förväntade dödligheten för Stockholmskvinnor i samma åldrar - 2,1 per 1 000 kvinnor och år. En förklaring är studiegruppens åldersfördelning med en övervikt mot högre åldrar.

Mindre än hälften av kvinnorna hade arbetat fram till lagstadgad pensionsålder, några få hade fortsatt arbeta efter 65. Vid basundersökningen för tio år sedan var nästan alla yrkesverksamma; deras yrken representerade en vid social skala, alltifrån hög jurist till städerska. Två var hemmafruar. Den undersökta gruppen var representativ för Stockholmskvinnor vad gäller utbildningsnivå och livsstilsfaktorer, såsom rökning, motion och övervikt [15].

Ett flertal av kvinnorna hade slutat arbeta före 65 års ålder, nästan hälften med avtalspension. Det kan förefalla ekonomiskt gynnsamt för den enskilda kvinnan, men det var inte alltid förenat med glädje. Många hade gärna jobbat vidare men blev nekade denna möjlighet. Skälen som angavs var oftast arbetsrelaterade. Bara en tredjedel var förtidspensionerade på grund av sjukdom (32 procent); den vanligaste diagnosen var muskuloskeletal sjukdom. 54 kvinnor uppgav att de hade varit långtidssjukskrivna under de gångna tio åren. De vanligaste orsakerna var psykisk ohälsa, stress, depression och utbrändhet.

Dödsfall var vanligare bland lågutbildade och bland kvinnor bosatta i södra Storstockholm. Långtidssjukskrivning, däremot, var vanligare bland socialt privilegierade kvinnor med akademisk utbildning.

Varken livsstilsfaktorer som rökning, brist på motion, alkoholöverkonsumtion eller fysiologiska riskfaktorer (blodfetter, blodtryck, fetma) hade någon betydelse för sjukskrivning, medan sociala och psykosociala förhållanden visade sig flerfaldigt öka risken för sjukskrivning. Då de sjukskrivna kvinnorna var i snitt fem år yngre, och åldern kan vara en bakomliggande förklaringsfaktor, »confounder«, upprepades analyserna med statistisk kontroll för ålder. Resultaten blev huvudsakligen desamma.

En mindre andel kvinnor lämnade arbetslivet på eget initiativ och utan ersättning under mellantiden fram till pensionen. Två kommentarer löd:

»Stannar jag kvar i jobbet kommer jag att bli sjuk på ett eller annat sätt. Det är så stressigt. Jag vill verkligen göra allt det där jag drömt om, men inte haft tid till, innan det är för sent. Därför väljer jag att sluta arbeta nu.«

»Jag skulle gärna ha velat fortsätta arbeta, men det innebär att jag måste sätta mig in i så mycket nytt, nu när rutinerna skall förändras. Det gör mig så nervös och jag slutar hellre litet tidigare men med min självrespekt i behåll.«

Det är troligt att många av de fortfarande arbetsföra kvinnorna kommer att lämna arbetslivet före fyllda 65, flera med avtalspension.

Det är också troligt att merparten av de avlidna inte varit arbetsföra till 65 års ålder. Tre av elva kvinnor som avled hade inte nått pensionsåldern, en fjärde avled vid 65 års ålder efter en längre tids sjukdom. Därmed nådde fyra av elva (36 procent) inte den lagstadgade pensionsåldern. Av de övriga sju kvinnorna hade fyra nedsatt arbetsförmåga redan vid basundersökningen. Således hade åtta av de elva avlidna kvinnorna inte arbetat fram till 65 års ålder.

Begränsningar

Vi är medvetna om problematiken med självskattad sjukfrånvaro. Vi har ändå valt att använda självrapporterad sjukskrivning och förtidspensionering som utfallsmått. I enkäten rapporterades samtidigt om läkarkontakt, farmakoterapi och andra behandlingsformer samt sjukhusvård. Varje sjukskrivningstillfälle rapporterades separat, och vi har haft till-

gång till journalanteckningar och epikriser. Vi har således kunna bekräfta de självskattade uppgifterna med medicinska data.

I tidigare studier har självrapporterad sjukfrånvaro validerats mot arbetsgivarregister och befunnits ha hög tillförlitlighet [16, 17], vilken dock försämrats när en längre tid förflutit [18]. Detta gäller framför allt korttidsfrånvaro, som kan vara svår att minnas exakt, medan längre sjukskrivning och andra medicinska händelser runt denna synes vara lättare att komma ihåg. Vi kan inte med hundraprocentig säkerhet utesluta att kvinnor som varit sjukskrivna glömt detta. Det är dock osannolikt att man glömmer en sjukskrivning som varat längre än 28 dagar, särskilt som den ofta betyder en stor förändring i livet. Några hållpunkter för selektiv retrospektiv bias, t ex att vissa kvinnor skulle ha varit mer benägna att rapportera sjukskrivningstillfällen än andra, har vi inte funnit i litteraturen [19, 20].

Den socioekonomiska indelningen i välbärgade bostadsområden i norr och lågstatusområden i söder med gräns vid Slussen är grov. Trots detta fann vi att risken för förtida död var större i söder än i norr. Med en mer rättvisande gränsdragning skulle resultaten möjligtvis ha blivit ännu tydligare.

Med avseende på utbildning, en ofta använd indikator på socioekonomisk status, visade våra kvinnor en likartad fördelning som den hos 2 500 slumpvalda Stockholmskvinnor [15]. Låg utbildning innebar större risk för förtidig död och sjukpension. Högutbildade kvinnor, däremot, var oftare långtidsjukskrivna. Vårt subjektiva intryck, grundat på personliga intervjuer, är att högutbildade kvinnor var mer angelägna och hade bättre insikter och möjligheter att bevara sin goda hälsa på längre sikt samt att prioritera den framför sitt arbete. Detta kan innebära en bättre förmåga till stresshantering och bättre kontroll över livssituationen och därmed förbättrade utsikter för ett hälsosamt åldrande.

Konklusion

Mindre än hälften av friska kvinnor stannar i arbetet till 65 års ålder. Fler kvinnor slutar av arbetsrelaterade skäl än på grund av sjukdom. Dödsfall och förtidspensionering på grund av sjukdom följer den förväntade sociala gradienten med högre frekvens i lägre sociala skikt. Långtidsjukskrivning, däremot, följer det omvända mönstret med högre frekvens i högre sociala skikt. Livsstil (rökning, alkoholkonsumtion, motionsvanor) och standardriskfaktorer (lipidprofil, hemostasfaktorer, blodtryck, midja/stusskvot) hade liten eller nästan ingen betydelse som bestämningsfaktorer för långtidsjukskrivning i jämförelse med betydelsen av sociala och psykosociala faktorer.

Vi fann att psykosocial stress, både på arbetet och i hemmet, är viktigare än medicinska fynd som bestämningsfaktor för ohälsa vid arbetslivets slut. Åtgärder mot psykosocial stress som sätts in i god tid är nödvändiga både för att reducera sjukskrivning och förtidspensionering på grund av sjukdom och för att förbättra hälsa och livskvalitet hos stora grupper av arbetstagare. Regeringens målsättning till år 2008 är att halvera sjukskrivningarna. För att kvinnor skall orka och vilja arbeta och dessutom behålla hälsan fram till, och kanske även efter, pensioneringen behövs kraftfulla och riktade effektiva åtgärder för att förbättra kvinnors psykosociala situation.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Finansiellt stöd har mottagits från National Institutes of Health, Medicinska och socialvetenskapliga forskningsråden, Vetenskapsrådet, Arbetsmarknadens försäkringsaktiebolag.

Referenser

1. Socialförsäkringsboken 2004: Kvinnor, män och sjukfrånvaron. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 2004.
2. Kvinnorna, näringslivet och framtiden. Stockholm: Regionplane- och trafikkontoret; 2001. Report No.: 5.
3. Backhans M. Varför är kvinnor mer sjukskrivna än män? En kunskapsöversikt. I: Hogsted C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T, editors. Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Stockholm: Statens folhälsoinstitut; 2004.
4. Orth-Gomér K, Moser V, Blom M, Wamala SP, Schenck-Gustafsson K. Kvinno-stress kartläggs: Hjärtsjukdom hos Stockholmskvinnor orsakas i lika hög grad av stress i familjen som i arbetet. Läkartidningen 1997;94(8):632-8.
5. Orth-Gomér K, Leineweber C. Multiple stressors and coronary disease in women. The Stockholm Female Coronary Risk Study. Biol Psychol 2005;69(1):57-66.
6. Orth-Gomér K, Wamala SP, Horsten M, Schenck-Gustafsson K, Schneiderman N, Mittleman MA. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. JAMA 2000;284:3008-14.
7. Horsten M, Mittleman MA, Wamala SP, Schenck-Gustafsson K, Orth-Gomér K. Depressive symptoms and lack of social integration in relation to prognosis of CHD in middle-aged women: The Stockholm Female Coronary Risk Study. Eur Heart J 2000;21(13):1072-80.
8. Orth-Gomér K, Mittleman M, Schenck-Gustafsson K, Wamala S, Eriksson M, Belkic K, et al. Lipoprotein (a) as a determinant of coronary heart disease in young women. Circulation 1997;95:329-34.
9. Fortmann SP, Marcovina SM. Lipoprotein(a), a clinically elusive lipoprotein particle. Circulation 1997;95(2):295-6.
10. Statistics Sweden. Swedish socioeconomic classification. Stockholm: Statistics Sweden; 1982.
11. Baecke JA, Burema J, Frijters JE. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. Am J Clin Nutr 1982;36(5):936-42.
12. Janszky I, Mukamal KJ, Orth-Gomér K, Romelsjö A, Schenck-Gustafsson K, Svane B, et al. Alcohol consumption and coronary atherosclerosis progression – the Stockholm Female Coronary Risk Angiographic Study. Atherosclerosis 2004;176(2):311-9.
13. Karasek R, Theorell T. Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books Inc Publishers; 1990.
14. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. American Journal of Public Health 1981;71:694-705.
15. Romelsjö A, Hasin D, Hilton M, Boström G, Diderichsen F, Haglund B, et al. The relationship between stressful working conditions and high alcohol consumption and severe alcohol problems in an urban general population. British Journal of Addiction 1992;87:1173-83.
16. Agius RM, Lloyd MH, Campbell S, Hutchison P, Seaton A, Soutar CA. Questionnaire for the identification of back pain for epidemiological purposes. Occupational and Environmental Medicine 1994;51:756-60.
17. Fredriksson K, Toomingas A, Torgen M, Torbjörnsson CB, Kilbom Å. Validity and reliability of self-reported retrospectively collected data on sick leave related to musculoskeletal diseases. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 1998; 24:425-31.
18. Severens J, Mulder J, Laheij R, Verbeek A. Precision and accuracy in measuring absence from work as a bias for calculating productivity costs in The Netherlands. Soc Sci Med 2000;51:243-9.
19. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II Study. J Epidemiol Community Health 1995;49(2):124-30.
20. Alexanderson K, Norlund A. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Scand J Publ Health 2004;Suppl 63:31-5.



=artikeln är referentgranskad

SUMMARY

We followed 300 Stockholm women, aged 30 to 65, for ten years to examine their health at the end of their working life and adaptation to retirement. Less than half of the initially healthy women were working until the retirement age of 65. More women left their working lives due to work related causes, than because of illness. Baseline assessments of stress at work and stress in the family were more important determinants of ill health than were life style (smoking, alcohol intake, exercise) and standard risk factors (lipid and hemostatic profile, blood pressure and obesity). The distribution of deaths and sickness pensions followed an expected social gradient with a higher frequency in women of lower social class, whereas the reverse was true for long-term sick leave (over 28 days). To stop working before the age of 65, with or without economic compensation, may be interpreted as an effective »coping-mechanism« available to well educated women, in order to avoid life-threatening illness.

Kristina Orth-Gomér, Evelyn Lewandrowski, Lars-Peter Westman, Hui-Xin Wang, Constanze Leineweber

Correspondence: Kristina Orth-Gomér, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, SE-171 77 Stockholm, Sweden k.orth-gomer@phs.ki.se