

# Stockholms läns Arbetshälsorapport 2004

Om samband mellan arbetsvillkor  
och ohälsa i Stockholms län



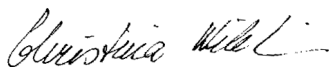
# Förord

Denna Arbetshälsorapport, som är den fjärde i ordningen, beskriver aktuella samband mellan arbetsvillkor och hälsa i Stockholms län. Rapporten är tänkt som ett redskap vid planering av de förhållanden som påverkar befolkningens hälsa i relation till arbetet. Den riktar sig till arbetsgivare, beslutsfattare inom politiska och tjänsteorganisationer, hälsoplanerare, personalansvariga, vårdplanerare, personal inom företagshälsovård, handläggare vid Arbetsmiljöinspektion och Försäkringskassa, med flera. Arbetsgivare i länet har ansvar för att arbetsmiljön är tillfredsställande och inte leder till ohälsa och sjukdom. Genom att visa på det aktuella kunskapsläget när det gäller samband mellan arbetsvillkor och hälsa kan Stockholms läns landsting fullfölja en del av sitt uppdrag med att bevaka och ansvara för befolkningens hälsa. Framför allt är avsikten med rapporten att rikta uppmärksamheten mot branscher där arbetsmiljö- och hälsoförhållanden har bedömts vara sämst, för att möjliggöra åtgärder som kan leda arbetsvillkoren i rätt riktning.

Arbetshälsorapporten fungerar också som en indikator på hälsoläget i den arbetande befolkningen, vilket bör vara av intresse för politiker, arbetsgivare och andra arbetsmiljöansvariga. Landstings- och kommunalpolitiker bör ha ett särskilt intresse av att veta hur deras anställda upplever sina arbetsförhållanden. Detta blir särskilt viktigt i tider när vi av demografiska skäl kan vänta oss en kommande brist på arbetskraft. Yrken och arbetsplatser med dåliga arbetsmiljöförhållanden blir då mindre attraktiva för unga människor.

Stockholm har varit gynnat i olika avseenden vad avser arbetsmarknad och arbetsliv. Arbetsmarknaden har kunnat erbjuda många olika arbeten och arbetslösheten har varit låg. Sjuktalet har också varit lägre i Stockholms län än i landet i övrigt. Denna gynnade position är nu hotad. Till exempel ökar arbetslösheten nu även i vårt län.

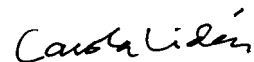
Stockholm i april 2004



Christina Wiktorin,  
projektledare



Lena Ekenvall,  
f.d. avdelningschef



Carola Lidén  
avdelningschef

Arbets- och miljömedicin  
Samhällsmedicin  
Stockholms läns landsting



# Innehållsförteckning

1. Sammanfattning .....	9
Förslag till riktade åtgärder .....	11
2. Beskrivning av datakällor .....	12
2.1 Stockholms läns landstings Folkhälsoenkäter 1994, 1998 och 2002, slumpurvalen.....	12
2.2 Stockholms läns landstings Folkhälsoenkäter 1994, 1998 och 2002, uppföljningsurvalet .....	14
2.3 Statistiska centralbyråns Arbetskraftsundersökningar 1995-2002 .....	14
2.4 Statistiska centralbyråns Arbetsmiljöundersökningar 1991-2001 .....	15
2.5 Riksförsäkringsverkets register över förtidspensioneringar och sjuktal 1985-2002 .....	15
2.6 Värnpliktsregistret 1969 och 1970 .....	15
3. Sysselsättning, sjukfrånvaro och förtidspension.....	16
3.1 Sysselsättning .....	16
3.2 Sjukfrånvaro .....	17
3.3 Förtidspensioner .....	22
3.4 Sammanfattning .....	24
4. Anpassningsmöjligheter, närvarokrav och sjukfrånvaro.....	25
4.1 Anpassningsmöjligheter och närvarokrav .....	25
4.2 Anpassningsmöjligheter och närvarokrav inom olika yrken .....	26
4.3 Anpassningsmöjligheter och sjukfrånvaro .....	28
4.4 Sammanfattning .....	30
5. Arbetsmiljö och arbetsvillkor .....	31
5.1 Kemiska och fysikaliska arbetsmiljöfaktorer .....	31
5.2 Fysiska belastningsfaktorer .....	36
5.3 Psykosociala arbetsmiljöfaktorer .....	39
5.4 Anställningsvillkor .....	42
5.5 Svårigheter att koppla av och att sova.....	44
5.6 Sammanfattning .....	47
6. Besvär i rörelseorganen .....	48
6.1 Nacke/skulderbesvär .....	48

6.2 Ländryggsbesvär .....	54
6.3 Möjligheter att tillfriskna från besvär i nacke/skuldra och ländrygg .....	60
6.4 Sammanfattning.....	63
7. Nedsatt psykiskt välbefinnande .....	64
7.1 Vad är nedsatt psykiskt välbefinnande? .....	64
7.2 Nedsatt psykiskt välbefinnande 1994-2002 .....	65
7.3 Nedsatt psykiskt välbefinnande vid olika arbetsvillkor.....	66
7.4 Olika arbetsvillkors betydelse för tillfrisknande från nedsatt psykiskt välbefinnande .....	73
8. Besvär i rörelseorganen och nedsatt psykiskt välbefinnande .....	77
8.1 Kombinationsbesvär .....	77
8.2 Sjukfrånvaro.....	78
8.3 Yrkesgrupper .....	79
8.4 Sammanfattning.....	81
9. Handeksem .....	82
9.1 Vad är handeksem?.....	82
9.2 Riskyrken för handeksem.....	82
9.3 Nickelallergi och handeksem .....	85
9.4 Barneksem och handeksem .....	86
9.5 Sjukskrivning och nedsatt psykisk hälsa .....	87
9.6 Sammanfattning.....	88
10. Allergiska besvär från luftvägarna.....	89
10.1 Förekomst av allergirelaterade luftvägsbesvär.....	89
10.2 Luftvägsallergi och luftföroreningar i arbetslivet .....	90
10.3 Sammanfattning.....	91
11. Arbete i vård, omsorg och skola.....	92
11.1 Aktuella yrkesgrupper inom vård, omsorg och skola.....	92
11.2 Personalförändringar i landsting och kommuner .....	93
11.3 Arbetstider .....	94
11.4 Psykosocial arbetsmiljö inom vård, omsorg, skola.....	94
11.5 Fysiska belastningsfaktorer inom vård och omsorg .....	96
11.6 Våld och hot om våld .....	97

11.7 Sjukfrånvaro inom vård, omsorg och skola .....	97
11.8 Sammanfattning .....	99
Begreppsdefinitioner och förkortningar .....	100
Referenser .....	104





# 1. Sammanfattning

Denna rapport beskriver samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län. Resultaten visar att de som arbetade över lag hade bättre hälsa än de som inte gjorde det. Det var vanligt med olika hälsobesvär och symtom bland de yrkesarbetande, men trots detta angav så många som var tredje kvinna och varannan man att de inte varit sjukfrånvarande *en enda* dag under de senaste 12 månaderna. Psykiska besvär och muskel- och/eller ledbesvär var de dominerande orsakerna till långvarig sjukfrånvaro (mer än 30 dagar under det senaste året) och förtidspension<sup>1</sup>. Det är den långvariga sjukfrånvaron som orsakar de största negativa konsekvenserna, både för individen och för samhället i stort.

Under det senaste decenniet har det skett stora förändringar på arbetsmarknaden, inte minst inom vård- och omsorg. Antalet undersköterskor och vårdbiträden i landet minskade under denna period kraftigt i antal – med mellan 30 och 40 procent. De undersköterskor och vårdbiträden som arbetade i Stockholms län hade ofta nedsatt psykiskt välbefinnande, nacke/skulder- och ländryggsbesvär. Vårdbiträden och undersköterskor var dessutom de yrkesgrupper som hade högst andel långvarig sjukfrånvaro.

År 2002 hade många yrkesarbetande nacke/skulderbesvär och ländryggsbesvär (29 %). Dessa besvär var vanligare bland arbetare än bland tjänstemän, och även vanligare bland äldre än bland yngre personer. Yrkesförare, byggnadsarbetare, städare, linjemontörer och personer med paketerings- och lagerarbeten var några av de mest utsatta yrkeskategorierna. Dessa yrken innebär tung fysisk belastning och påfrestande arbetsställningar. Ju fler fysiska belastningsfaktorer som förekom inom en yrkesgrupp, desto fler var det som hade besvär. Möjligheten att tillfriskna från nacke/skulder- eller ländryggsbesvär var också större ju färre fysiska belastningsfaktorer som fanns i arbetet.

Nedsatt psykiskt välbefinnande i relation till arbetet har blivit betydligt vanligare än tidigare. År 2002 hade 28 procent av de yrkesarbetande sådana besvär. Fler kvinnor än män, och fler yngre än äldre personer, uppgav år 2002 att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Ingen liknande skillnad fanns mellan grupperna arbetare och tjänstemän. Nedsatt psykiskt välbefinnande var, som tidigare nämnts, vanligt bland undersköterskor och vårdbiträden, men också bland kvinnor med konstnärligt arbete och bland universitets- och högskolelärare. Bland män var nedsatt psykiskt välbefinnande vanligt inom post- och expeditjonsarbete och finmekaniskt arbete. I dessa yrken förekom höga krav, låg kontroll eller bristande socialt stöd, psykosociala arbetsmiljöfaktorer som man har sett kan påverka det psykiska välbefinnandet i

---

<sup>1</sup> Bestämmelser om förtidspension och sjukbidrag upphörde fr.o.m. 2003. Förtidspension benämns numera sjukersättning och sjukbidrag benämns tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning. Förtidspension och sjukbidrag var tidigare en del av det allmänna pensionssystemet. Sjuk- och aktivitetsersättning är nu i stället en del av sjukförsäkringssystemet. I denna rapport redovisas fakta från före 2003, varför den äldre benämningen används.

negativ riktning. Nedsatt psykiskt välbefinnande var också vanligare bland dem med tidsbegränsad anställning.

I denna rapport behandlar vi även vilka aspekter i arbetet som kan påverka möjligheterna att *tillfriskna* från nedsatt psykiskt välbefinnande. Vi har kunnat se att ju färre negativa psykosociala faktorer som fanns i arbetet, desto större har möjligheten varit att tillfriskna från nedsatt psykiskt välbefinnande. Detta gällde oavsett övriga livsvillkor.

Trots att besvär i rörelseorganen och nedsatt psykiskt välbefinnande var de vanligaste orsakerna till sjukfrånvaro och förtidspension (sjukersättning), var det bara en liten andel kvinnor och en ännu mindre andel män som rapporterade båda typerna av besvär. Lång sjukfrånvaro var dock betydligt vanligare bland dem som hade kombinationsbesvär än för dem som endast hade ett av dessa besvär.

Allergiska besvär från luftvägarna är en vanlig åkomma inom den arbetande befolkningen (40 %). Astma, som är en sjukdom som är tydligt kopplad till sänkt livskvalitet, har ökat under de senaste åren. I yrken där det förekom luftföroreningar fanns det fler människor med allergirelaterade luftvägsbesvär än i övriga yrken. Dessa personer bytte arbete oftare än vad personer utan luftvägsbesvär gjorde.

Eksem är den vanligaste allergisjukdomen i huden och drabbar ungefär tio procent av befolkningen under ett år. Handeksem var vanligast hos yngre kvinnor och då särskilt hos de som arbetade i riskyrken inom vården och inom tillverknings- och service-sektorerna. Eftersom det i stor utsträckning är känt vilka faktorer som orsakar och försämrar handeksem finns det goda förutsättningar för att förebyggande insatser skall kunna vidtas med gott resultat. Mycket görs redan idag, men insatserna bör utökas och förbättras.

Bullerexponeringar varierar mycket mellan olika yrkesgrupper, och risken för hörsel-skador är fortfarande betydande i vissa yrken. Inom skola och barnomsorg rapporterade en anmärkningsvärt stor andel att de var utsatta för buller som var så högt att det var svårt att prata i normal samtalston. Buller påverkar arbetsklimatet negativt, försvårar arbetet och kan också öka riskerna för att få röst- och hörselproblem.

Möjligheterna att anpassa sin arbetssituation vid tillfällig eller kronisk ohälsa, för att över huvud taget kunna stanna kvar i arbetet, har starka samband med långvarig sjukfrånvaro. Ju färre anpassningsmöjligheter som fanns i ett arbete, desto fler personer var långvarigt sjukfrånvarande. Fler kvinnor än män hade arbeten där anpassningsmöjligheterna var få.

## Förslag till riktade åtgärder

Om människor skall kunna arbeta fram till pensionsåldern måste arbetsmiljön anpassas så att detta blir möjligt. I denna rapport uppmärksammas några riktade åtgärder i arbetslivet som skulle kunna minska den långvariga sjukfrånvaron bland yrkesarbetande i Stockholms län.

*Undersköterskor och vårdbiträden* är de två yrkesgrupper som särskilt visat sig behöva tydliga förbättringar i arbetsförhållanden för att få ned den långa sjukfrånvaron och minska den stora fysiska och psykiska ohälsan. Förslag till sådana förbättringar för dessa två yrkesgrupper är därför att:

- minska antalet fysiskt tunga arbetsuppgifter, genom att fördela uppgifterna på flera händer och genom att förbättra den fysiska arbetsmiljön
- minska antalet tillfälliga anställningar
- förebygga riskerna för våld och hot om våld på arbetsplatserna
- förbättra möjligheterna för medarbetarna att själva bestämma arbetstakten och att själva kunna kontrollera sitt arbete
- öka det sociala stödet från chefer och arbetskamrater
- öka möjligheterna att anpassa arbetssituationen i de fall man drabbas av tillfällig eller kronisk ohälsa

Förbättringsförslagen ovan är också relevanta för andra yrkesgrupper när det gäller att minska nacke/skulderbesvär, ländryggsbesvär och nedsatt psykiskt välbefinnande. I vissa yrkesgrupper behövs dessutom:

- bättre luftkvalitet på arbetsplatser där det finns luftföroreningar, för att hindra ökningen av astma i yrkeslivet
- lägre bullernivåer inom skola och omsorg, för att förhindra hörselskador och öka kvaliteten på den pedagogiska verksamheten
- bättre förutsättningar att skydda sig mot långvarig hudkontakt med tvål, vatten, lösningsmedel och allergiframkallande ämnen, för att förhindra handeksem

## 2. Beskrivning av datakällor

Resultaten i denna Arbetshälsorapport baserar sig huvudsakligen på data från sex undersökningar. Tyngdpunkten ligger på resultaten från Folkhälsoenkäten 2002, där slumpmässigt utvalda personer i Stockholms län besvarade enkätfrågorna. Sammanlagt har följande datakällor använts: Folkhälsoenkäten 1994, 1998 och 2002, slumpurvalen, Folkhälsoenkäten 1994, 1998 och 2002, uppföljningsurvalet, Statistiska centralbyråns Arbetskraftsundersökningar 1995-2002, Statistiska centralbyråns Arbetsmiljöundersökningar 1991-2001, Riksförsäkringsverkets register över förtidspension och sjuktal 1985-2002 samt material från Stockholms läns landstings Värnpliktsregister 1969 och 1970.

### 2.1 Stockholms läns landstings Folkhälsoenkäter 1994, 1998 och 2002, slumpurvalen

Vart fjärde år, från och med 1994 skickar Stockholms läns landsting ut en Folkhälsoenkät till ett slumpmässigt urval av befolkningen i Stockholms län. Enkäten innehåller frågor kring arbetsvillkor och andra livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och sjuklighet. Urvalens storlek har varierat från omkring 4 000 till 50 000 individer. Svarefrekvensen har varit cirka 60 procent alla tre åren. År 2002 var svarefrekvensen 63 procent. Frågorna har ställts på ett likartat sätt varje år, vilket möjliggör jämförelser av besvärsförekomster över tid. De analyser som baseras på slumpurvalen i Folkhälsoenkäterna kallas i denna rapport för FHE 1994, FHE 1998 samt FHE 2002, slumpurval.

År 2003 gjordes ett delurval av de personer som deltog i FHE 2002. Detta delurval bestod av 8000 slumpmässigt utvalda personer, där den tidigare metoden med postala enkäter kompletterades med telefonintervjuer, i ett försök att reducera bortfallet. Svarefrekvensen i detta delurval blev 71 procent. Samhällsmedicin inom Stockholms läns landsting gav år 2003 ut en Folkhälsorapport som baserades på detta delurval. Bland de 42 000 personer där ingen intensiv bortfallsuppföljning gjordes blev svarefrekvensen 62 procent. För att undersöka om delurvalet skiljde sig från det totala urvalet jämfördes andelar av exponeringar och utfall i de två datamaterialen. Eftersom inga skillnader upptäcktes vare sig för män eller kvinnor, redovisar vi i denna rapport resultat baserade på det totala urvalet.

Tabell 2.1 Antal svarande på Folkhälsoenkäterna 1994, 1998 och 2002 av de totala slumpurvalen, samt antalet av dessa som det aktuella året var yrkesverksamma, uppdelat på kön och ålder.

	Antal svarande totalt						Antal yrkesverksamma aktuellt år av dem som svarat					
	Kvinnor			Män			Kvinnor			Män		
	18-34 år	35-49 år	50-64 år	18-34 år	35-49 år	50-64 år	18-34 år	35-49 år	50-64 år	18-34 år	35-49 år	50-64 år
1994 Slumpmässigt urval	1461	1709	1354	1124	1497	1287	1055	1438	1023	839	1307	986
1998 Slumpmässigt urval	418	459	434	348	357	382	301	369	319	258	320	284
2002 Slumpmässigt urval	4630	4780	4495	3494	3898	4113	3163	3976	3371	2476	3519	3205

Källa: FHE 1994, 1998, 2002, slumpurvalen.

Köns- och åldersstandardisering vid analyser av slumpurvalen för åren 1994, 1998 och 2002 har utförts med hjälp av köns- och åldersfördelningarna bland yrkesarbetande i Stockholms län. Informationen har hämtats från Statistiska centralbyråns (SCB) webbplats [www.scb.se/rams](http://www.scb.se/rams).

Folkhälsoenkäten från 2002 där samtliga frågor och svarsalternativ finns beskrivna kan rekvireras från:

Epidemiologiska enheten  
Samhällsmedicin  
Norrbacka, plan 5,  
171 76 Stockholm

E-post: [inger.bellman@smd.sll.se](mailto:inger.bellman@smd.sll.se)  
tfn: 08-517 765 97.

## 2.2 Stockholms läns landstings Folkhälsoenkäter 1994, 1998 och 2002, uppföljningsurvalet

För att kunna följa besvärsförekomster och arbetsförhållanden hos enskilda personer över tid skickade Stockholms läns landsting 1998 ut samma Folkhälsoenkät, en sk. uppföljningsenkät, till de personer som besvarat Folkhälsoenkäten 1994. År 2002 skickades ytterligare en uppföljningsenkät ut till de som besvarat samma Folkhälsoenkäter 1994 och 1998. De personer som besvarat enkäterna vid samtliga tre mätillfällen, 1994, 1998 och 2002, ingår i denna rapport. Svarsfrekvensen bland de som svarat på 1994 och 1998 års enkäter, och som även svarade på 2002 års uppföljningsenkät, var 85 procent.

De analyser som baseras på uppföljningsurvalet av Folkhälsoenkäten kallas i denna rapport för FHE 1994, 1998, 2002, uppföljningsurvalet. Kön- och åldersstandardisering vid analyser av uppföljningsurvalet har utförts med hjälp av kön- och åldersfördelningarna bland de yrkesarbetande i det totala uppföljningsurvalet.

Tabell 2.2 Antal svarande på Folkhälsoenkäten 1994 samt uppföljningsenkäterna 1998 och 2002 av det totala uppföljningsurvalet samt antalet av dessa som var yrkesverksamma 2002 uppdelat på kön och ålder.

	Antal svarande totalt						Antal yrkesverksamma 2002 bland dem som svarat					
	Kvinnor			Män			Kvinnor			Män		
	18-34 år	35-49 år	50-64 år	18-34 år	35-49 år	50-64 år	18-34 år	35-49 år	50-64 år	18-34 år	35-49 år	50-64 år
Folkhälsoenkäten 1994 och uppföljningsenkäterna 1998 och 2002	268	1053	1261	165	732	1013	229	920	943	139	675	806

Källa: FHE 1994, 1998, 2002, uppföljningsurvalet.

## 2.3 Statistiska centralbyråns Arbetskraftsundersökningar 1995-2002

Sedan 1961 genomför SCB Arbetskraftsundersökningar (AKU) inom ett urval av Sveriges befolkning. Från 1970 och framåt har urvalen utgjorts av omkring 17 000-18 000 individer i åldrarna 16-64 år. Från och med 2001 har urvalet utvidgats till att omfatta 22 000 individer mellan 15 och 74 år. I en telefonintervju får den tillfrågade besvara frågor om sitt arbetsmarknadsdeltagande. Med hjälp av intervjun klassificeras personerna som *sysselsatta*, *arbetslösa* eller *ej i arbete*. Svartsbortfallet har ökat successivt från cirka två procent år 1970 till cirka sexton procent år 2002. I denna rapport analyseras endast åren 1995-2002.

## 2.4 Statistiska centralbyråns Arbetsmiljöundersökningar 1991-2001

Sedan 1989 genomför SCB vartannat år Arbetsmiljöundersökningar (AMU). Mellan 11 000 och 16 000 sysselsatta personer i Sverige har ingått vid vart och ett av dessa undersökningstillfällen. Varje person har telefonintervjuats och dessutom fått besvara en postenkät som innehåller frågor om arbetsvillkor och ohälsa. Cirka 20 procent av dem som svarat på enkäterna bor i Stockholms län. Svarsfrekvensen har varierat mellan 67 (2001) och 81 procent (1993). Bortfallet för Stockholms län har inte kunnat beräknas separat men bedöms vara av samma storleksordning som i övriga Sverige. Eftersom undersökningarna har genomförts på ett likartat sätt vid varje tillfälle kan resultaten följas över tid. I denna rapport analyseras endast data från en tioårsperiod, åren 1991-2001. Vid analyser av AMU 1991-2001 har köns- och åldersstandardisering av andelar skett med hjälp av köns- och åldersfördelningarna från 1991 års data.

## 2.5 Riksförsäkringsverkets register över förtidspensioneringar och sjuktal 1985-2002

I rapporten används även data från två av Riksförsäkringsverkets (RFV) register: förtidspensionsregistret (1985-2002) och registret över sjuktal (1992-2002). Dessa register innehåller uppgifter om sjukskrivningsperioder som varar längre än 14 dagar, det vill säga den tidsgräns som är avgörande för att Försäkringskassan ska utbetala sjukpenning.

## 2.6 Värnpliktsregistret 1969 och 1970

Värnpliktsmaterialet är en databas över svenska män, 18-20 år, som mönstrade 1969 eller 1970. Data har samlats in vid Samhällsmedicin, Stockolms läns landsting. Databasen innehåller bland annat uppgifter om levnadsförhållanden under barn- och ungdomsåren, utbildning, socioekonomisk grupp samt medicinsk och psykologisk undersökning. Andra uppgifter som har lagts till under åren är inkomst, yrke, sjukvård, pension och dödsfall.

## 3. Sysselsättning, sjukfrånvaro och förtidspension

Genom att studera aspekter av arbetsmarknaden som sysselsättning, sjukfrånvaro och förtidspensioneringar, kan man ibland se tendenser och mönster som är relaterade till hälsotillståndet hos den arbetande befolkningen. Detta kapitel beskriver sysselsättning, sjukfrånvaro och förtidspensioner under perioden 1995-2002.

### 3.1 Sysselsättning

En utvecklad välfärdsstat förutsätter att en hög andel av befolkningen yrkesarbetar. Hur stor andel av dem i yrkesverksam ålder som måste arbeta bestäms bland annat av befolkningspyramidens utseende. Det antal personer som varje yrkesarbetande skall försörja ökar ju fler äldre som finns i befolkningen. Prognoser visar att Sveriges befolkning under de närmaste decennierna kommer att få en allt större andel äldre. Det är alltså viktigt att en så stor andel som möjligt av dem i yrkesverksam ålder verkligen kan och orkar arbeta, både ur individens och samhällets perspektiv. Viktiga åtgärder för att uppnå detta är bland annat att förebygga ohälsa och att genomföra åtgärder på arbetsplatserna så att människor med vissa begränsningar i sin arbetsförmåga ändå kan utföra sitt arbete.

Med sysselsatta menas de som arbetat minst en timme senaste veckan (SCB:s arbetskraftundersökningar). Andelen sysselsatta i Stockholms län var oförändrad och hög under perioden 1995 till 2002 (tabell 3.1.1). En något högre andel bland männen (84 %) än kvinnorna (81 %) var sysselsatta 2002. Arbetslösheten i Stockholms län var år 2002 mycket låg, två procent bland kvinnorna och tre procent bland männen. Den andel av befolkningen som ej var i arbete, utan stod utanför arbetskraften, var också i stort sett oförändrad från 1995 till 2002. Bland dem som står utanför arbetskraften finns exempelvis studerande, förtidspensionärer/sjukbidragstagare, hemmaarbetande och värnpliktiga. Trots att den andel som står utanför arbetskraften varit oförändrad, så har andelen av dessa som uppbär förtidspension/sjukbidrag ökat från 1998 till 2002. År 1998 hade 30 procent av kvinnorna och 33 procent av männen som ej arbetade förtidspension/sjukbidrag. År 2002 var motsvarande siffror 39 procent för kvinnorna och 38 procent för männen.



Tabell 3.1.1 Andel (%) sysselsatta, arbetslösa och ej i arbete bland kvinnor och män i åldern 20-64 år i Stockholms län.

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Kvartal 3 2003
Kvinnor	Sysselsatta	78	78	78	78	80	81	81	81	80
	Arbetslösa	5	5	5	4	3	2	2	2	3
	Ej i arbete	17	17	18	18	17	17	17	16	17
Män	Sysselsatta	81	81	81	81	82	84	85	84	83
	Arbetslösa	6	6	6	4	4	3	2	3	5
	Ej i arbete	13	13	14	14	14	13	13	13	12

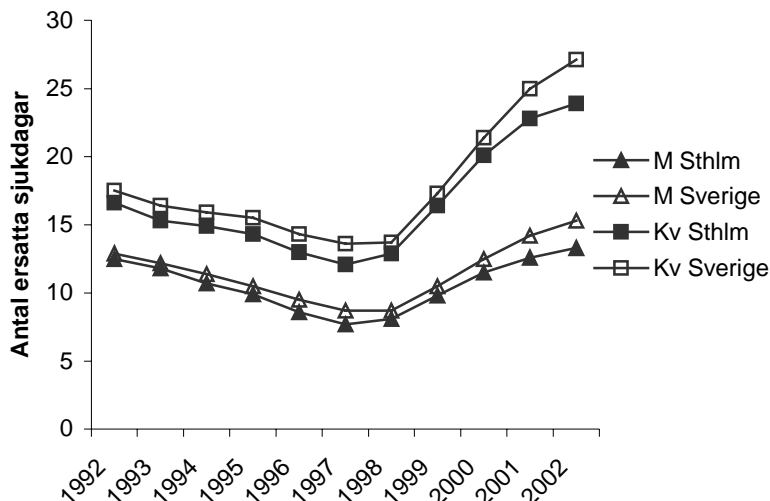
Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

### 3.2 Sjukfrånvaro

Även om en människa har ett arbete, så kan arbetsförmågan av en eller annan anledning vara eller bli nedsatt. Detta kan leda till sjukfrånvaro. Sjukfrånvaron har ökat kraftigt de senaste åren, både i Stockholms län och i Sverige som helhet (figur 3.2.1). Varför det är så vet man inte säkert. En viss del kan förklaras av att allt fler idag har nedsatt psykiskt välbefinnande och/eller besvär från nacke/skuldror och ländrygg. Arbetskraften har blivit äldre och har kanske därför svårare att klara av alltför påfrestande arbeten. Många befinner sig på arbetsmarknaden trots att de egentligen inte orkar fullt ut. Andra förklaringar till den ökade sjukfrånvaron kan vara att praxis bland läkare och försäkringskassa förändrats, att arbetslivet hårdnat eller att människor förändrat attityder till vad som är ohälsa och hur man skall agera vid ohälsa.

I detta avsnitt redovisas dels data om sjukfrånvaro som hämtats från register (Riksförsäkringsverket) och dels självrapporterad sjukfrånvaro de senaste tolv månaderna (Folkhälsoenkäten 2002). Registerdata beskriver de sjukperioder som överstiger 14 dagar, dvs. de som är ersatta av sjukförsäkringen. I den självrapporterade sjukfrånvaron ingår även de 14 första dagarna av sjukfrånvaro.

Mellan 1997 och 2002 fördubblades sjukfrånvaron bland såväl kvinnor som män. År 2002 var *sjuktalet*, dvs. det genomsnittliga antalet ersatta sjukdagar per år och försäkrad individ, i Stockholms län 24 dagar för kvinnor och 13 dagar för män. För Sverige som helhet var motsvarande siffror något högre, 27 dagar för kvinnor och 15 dagar för män. Både i länet och i landet totalt har alltså kvinnor mycket högre sjukfrånvaro än män. En hög och ökande sjukfrånvaro är givetvis bekymmersamt i en period då behovet av yrkesverksamma personer ökar.



Figur 3.2.1 Genomsnittligt antal sjukdagar som är ersatta av sjukförsäkringen, per år och försäkrad person, i Stockholms län och Sverige 1992-2002. Kvinnor och män.

Källa: RFV

På en fråga om hur många dagar man varit sjukfrånvarande de senaste 12 månaderna svarade ungefär var tredje yrkesarbetande kvinna (34 %) och varannan yrkesarbetande man (47 %) att de *inte* hade varit sjukfrånvarande en enda dag (tabell 3.2.1). Förvånansvärt nog var det vanligare bland äldre än bland yngre att inte alls ha några sjukfrånvarodagar. Ungefär var tredje person hade varit borta 1-7 dagar, dvs. haft *kort sjukfrånvaro*, vilket var vanligare bland unga än bland äldre. Detta fenomen är välkänt, men orsakerna är okända. *Längre sjukfrånvaro* (över 30 dagar) var vanligast hos äldre kvinnor (50-64 år).

Tabell 3.2.1 Andel (%) kvinnor och män i olika åldersgrupper med olika antal sjukfrånvarodagar senaste 12 månaderna.

	18-34 år		35-49 år		50-64 år		Totalt	
	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M
0 dagar	27	39	34	44	40	57	34	47
1-7 dagar	46	42	38	36	31	24	38	34
8-30 dagar	19	15	16	13	16	10	17	13
31-90 dagar	5	3	6	3	5	4	5	3
mer än 90 dagar	4	2	6	3	8	5	6	3

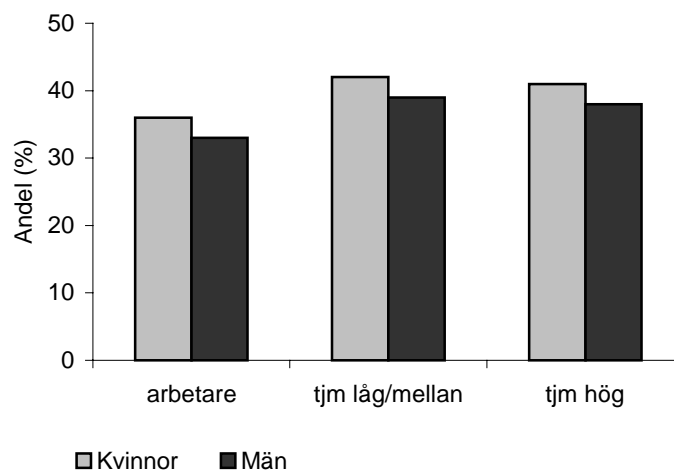
Källa: FHE 2002, slumpurvalet

Tabell 3.2.2 Procentuell (%) fördelning av huvudorsaker till sjukfrånvaro över 30 dagar bland män och kvinnor i olika åldersgrupper.

	18-34 år		35-49 år		50-64 år		Totalt	
	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M
Muskel/ledbesvär	15	21	24	30	28	28	22	26
Psykiska besvär/utbrändhet	27	26	30	27	22	17	26	23
Allergi/luftvägsbesvär	3	1	3	3	3	3	3	2
Hudbesvär	1	0	1	0	0	1	1	0
Hjärt-/kärlsjukdom	0	1	1	1	3	14	1	5
Annat	56	51	41	40	44	37	47	43

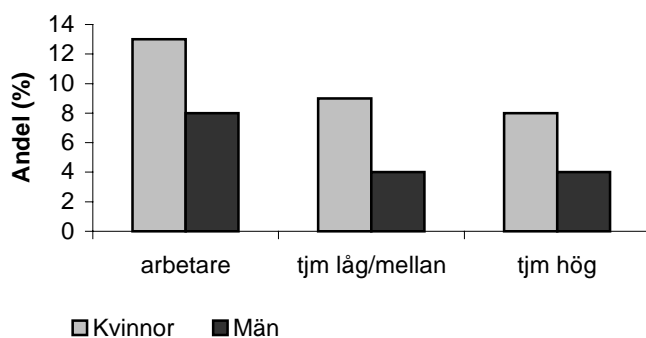
Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

Kortare sjukfrånvaro, 1-7 dagar, var vanligare bland tjänstemän än bland arbetare (figur 3.2.2). Längre sjukfrånvaro, mer än 30 dagar, var vanligare bland arbetare (figur 3.2.3). Sjuktalet, dvs. det genomsnittliga antalet ersatta sjukdagar per år och individ, påverkas främst av den långa sjukfrånvaron. Människor i arbetaryrken bidrar därför till fler sjukfrånvarodagar än vad de med tjänstemannaryrken gör. Detta skulle kunna spegla att man i arbetaryrken har sämre hälsa, men en alternativ förklaring är till exempel att arbetaryrken ställer högre krav på den fysiska kapaciteten och därmed högre krav på god hälsa än vad tjänstemannaryrkena gör.



Figur 3.2.2 Andel (%) kvinnor och män i olika socioekonomiska grupper med 1-7 sjukfrånvarodagar under de senaste 12 månaderna. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet



Figur 3.2.3 Andel (%) kvinnor och män i olika socioekonomiska grupper med mer än 30 sjukfrånvarodagar under de senaste 12 månaderna. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

När man frågat om varför människor varit sjukfrånvarande längre än 30 dagar har *muskel/ledbesvär* och *psykiska besvär/utbrändhet* oftast angetts som orsak. Psykiska besvär var något vanligare bland kvinnor, medan muskulära besvär var något vanligare bland män (tabell 3.2.2). Psykiska besvär var också vanligast bland yngre medan muskulära besvär dominerade som orsak bland äldre. De enskilda yrken där det oftast förekom längre sjukfrånvaro var städare, vårdbiträden, undersköterskor och de som arbetade med paketering- och lagerarbete (tabell 3.2.3).

Trots att en relativt liten andel varit långtidsfrånvarande någon gång under de senaste 12 månaderna, är det den långvariga sjukfrånvaron som orsakar mest problem för både individen och för samhället. För individen kan det innebära social isolering, sänkt inkomst och försämrade karriärmöjligheter. För samhället innebär det produktionsbortfall och direkta kostnader i form av sjukersättning och vårdkostnader. Att motverka lång sjukfrånvaro är därför mycket angeläget.

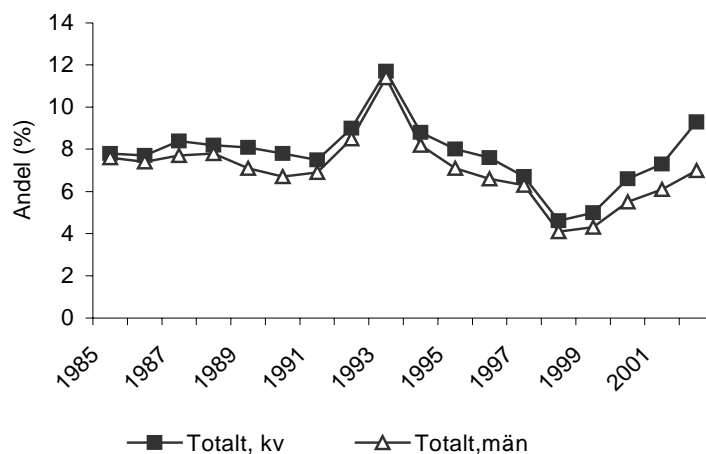
Tabell 3.2.3 Andel (%) kvinnor och män i stora yrkesgrupper som varit sjukfrånvarande mer än 30 dagar de senaste 12 månaderna.

Kvinnor		Män	
Städare m fl	21	Undersköterskor	14
Vårdbiträden	18	Paketeringshantering, lagerarbete mm	13
Finmekaniskt arbete	17	Yrkesförare	10
Yrkesförare	16	Trävaruarbetare	10
Undersköterskor	15	Trädgårds- och lantarbetare	10
Post- och expeditjonsarbete	13	Fastighetsarbetare m fl	10
Förskollärare, fritidspedagoger m fl	13	Byggnadsarbetare	10
Övrigt administrativt arbete	11	Post- och expeditjonsarbete	10
Paketeringshantering, lagerarbete mm	11	Restaurangarbetare	9
Konstnärligt arbete	11	Elektriker	9
Affärsbiträden	11	Religiöst arbete	9
Socialekreterare, kuratorer m fl	11	Städare m fl	8
Barnskötare m fl	10	Redovisningsarbete	8
Religiöst arbete	10	Godshantering, maskinkörning	8
Restaurangarbetare	10	Verkstads- och metallarbetare	8
Dataarbetare	10	Grafiskt arbete	6
Redovisningsarbete	9	Personalarbetare	6
Tandläkare, tandsköterskor	9	Grundskole- och gymnasielärare	6
Sekreterare	9	Konstnärligt arbete	5
Sjuksköterskor	9	Universitets- och högskolelärare	5
Företagsadministratörer	9	Affärsbiträden	5
Personalarbetare	9	Övrigt administrativt arbete	4
Universitets- och högskolelärare	8	Ingenjörer	4
Frisörer/skönhetsvård	8	Linjemontörer	4
Grundskole- och gymnasielärare	8	Samhällsadministratörer	4
Kommersiellt arbete	7	Finmekaniskt arbete	4
Ingenjörer	6	Kommersiellt arbete	4
Sjukgymnaster, arbetsterapeuter m fl	6	Journalister	3
Journalister	6	Dataarbetare	3
Samhällsadministratörer	6	Jurister	3
Jurister	4	Företagsadministratörer	3
Verkstads- och metallarbetare	0	Förskollärare, fritidspedagoger m fl	2
		Sekreterare	2

Källa FHE 2002, slumpurvalet.

### 3.3 Förtidspensioner

Förtidspensioneringar<sup>2</sup> innebär en alltför tidig utslagning av människor från arbetsmarknaden. I slutet av 1990-talet minskade antalet nybeviljade förtidspensioner, efter en kraftig ökning i början av 1990-talet (figur 3.3.1). År 1999 vände denna nedåtgående trend och sedan dess har antalet nybeviljade förtidspensioner ökat för varje år i Stockholms län.

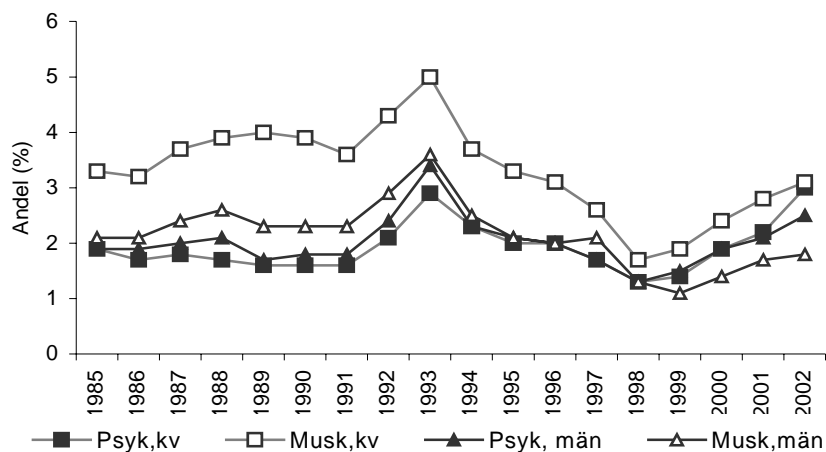


Figur 3.3.1 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag per tusen försäkrade kvinnor och män i Stockholms län mellan 1985 och 2002.

Källa: RFV

*Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven samt psykiska sjukdomar och syndrom* utgör de dominerande orsakerna till nybeviljade förtidspensioner. År 2002 var dessa båda diagnosgrupper ungefär lika vanliga orsaker till förtidspension (figur 3.3.2).

<sup>2</sup> Bestämmelser om förtidspension och sjukbidrag upphörde fr.o.m. 2003. Förtidspension benämns numera sjukersättning och sjukbidrag benämns tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning. Förtidspension och sjukbidrag var tidigare en del av det allmänna pensionssystemet. Sjuk- och aktivitetsersättning är nu i stället en del av sjukförsäkringssystemet. I denna rapport redovisas fakta från före 2003, varför den äldre benämningen används.



Figur 3.3.2 Nybeviljade förtidspensioneringar och sjukbidrag per tusen försäkrade kvinnor och män i Stockholms län mellan 1985 och 2002 med avseende på diagnoserna *Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (Musk)* och *Psykiska sjukdomar och syndrom (Psyk)*.

Källa: RFV

Psykiska sjukdomar och syndrom är de diagnoser som ökat mest som orsak till förtidspension och sjukbidrag under de senaste åren. Detta kan innebära att psykiska besvär faktiskt är vanligare idag än tidigare, men det kan också vara ett tecken på att arbetslivet förändrats så att denna typ av besvär blir allt svårare att förena med arbetskrav. Det som har ökat är i vilket fall som helst *betydelsen* av psykiska besvär som orsak till förtidspensioneringar.

Av både uppenbara samhällsekonomiska anledningar och av humana skäl, måste trenden med ökade sjukskrivningar och förtidspensioneringar brytas. Detta förutsätter ett arbetsliv och en arbetsmiljö där både äldre personer, och personer som tidvis eller permanent har en viss nedsättning i arbetsförmågan, kan arbeta. För att välfärdssamhället ska kunna bibehållas, måste arbetslivet anpassas efter de människor som faktiskt finns i vårt samhälle och inte endast vara tillgängligt för dem som har de allra bästa förutsättningarna och den högsta kapaciteten.

### 3.4 Sammanfattning

- Sjukfrånvaron ökade kraftigt från 1997 till 2002. Störst var ökningen bland kvinnor
- Sjukfrånvaro var ungefär lika vanligt bland arbetare och tjänstemän. Tjänstemän hade däremot oftare korta sjukfrånvaroperioder (1-7 dagar) medan arbetare hade längre (över 30 dagar)
- Bland unga personer var psykiska besvär/utbrändhet den största orsaken till längre sjukfrånvaro. Bland äldre var muskel/ledbesvär vanligast
- Den långvariga sjukfrånvaron är den mest problematiska, både för individen och samhället. Även om en relativt sett liten andel av befolkningen är långtidssjuk-skrivna, är det mycket angeläget att motverka lång sjukfrånvaro
- Antalet nybeviljade förtidspensioner ökade kraftigt under perioden 1999-2002
- Betydelsen av psykiska besvär som orsak till förtidspensioneringar har ökat bland både män och kvinnor under de senaste åren och är idag ungefär lika vanlig orsak till förtidspensionering som muskel/ledbesvär



## 4. Anpassningsmöjligheter, närvarokrav och sjukfrånvaro

Att drabbas av ohälsa ökar givetvis sannolikheten för att man ska vara sjukfrånvarande, men det behöver inte alltid leda till det. Om exempelvis ”ont i ryggen” leder till sjukfrånvaro eller inte bestäms av en rad förhållanden både i och utanför arbetet. Detta kapitel beskriver anpassningsmöjligheter och närvarokrav, två aspekter i arbetet som kan påverka människors beslut om att vara sjukskriven eller ej.

### 4.1 Anpassningsmöjligheter och närvarokrav

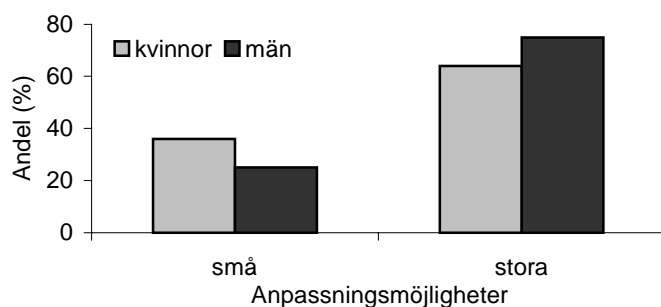
*Anpassningsmöjligheter* beskriver de möjligheter man har att anpassa jobbet till sin hälsa. De handlar om att kunna bestämma över vad man ska göra en given dag, i vilken arbetstakt, rasternas förläggning, deras längd, osv. Om man har stora anpassningsmöjligheter är det lättare att bibehålla sin arbetsförmåga än om man har små sådana möjligheter. Man kan därför också förvänta sig en lägre sjukfrånvaro bland de med stora anpassningsmöjligheter än bland de med små.

*Närvarokrav* beskriver de negativa konsekvenser som uppstår om man uteblir från arbetet och som gör att man går till jobbet trots att man inte mår bra. Sådana negativa konsekvenser kan vara att arbetskamrater får mer att göra, att möten eller andra verksamheter måste ställas in eller att individen själv får mer att göra vid återkomsten till arbetet efter frånvaron. Om det finns höga närvarokrav i arbetet kan man förvänta sig en lägre sjukfrånvaro (och högre sjuknärvaro) jämfört med om kraven på närvaro är låga.

Anpassningsmöjligheter och närvarokrav i arbetet är två aspekter som kan avgöra i vilken utsträckning som människor har möjlighet att vara kvar i eller utebli från arbetet vid ohälsa. Sådana möjligheter beskriver arbetets *sjukflexibilitet*.

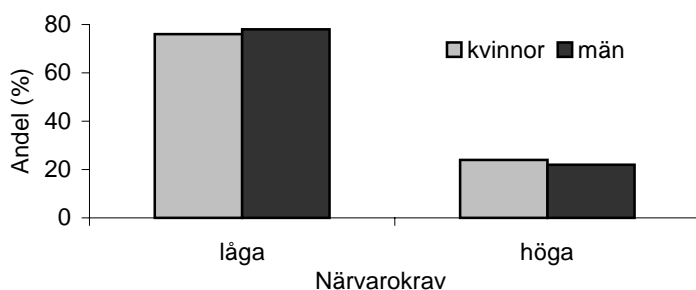
I Folkhälsoenkäten 2002 ställdes frågor om anpassningsmöjligheter och närvarokrav i arbetet. Anpassningsmöjligheter beskrevs med frågan: ”Kan du anpassa ditt arbete om du känner dig hängig, har värk, är förkyld eller liknande?” Närvarokrav fångades med frågan: ”Kan det på grund av arbetet vara svårt för dig att stanna hemma om du är sjuk en eller två dagar?”. På båda frågorna gavs tre svarsalternativ: ”Sällan/aldrig”, ”ibland” och ”ofta”.

En större andel kvinnor än män rapporterade att de sällan eller aldrig hade några anpassningsmöjligheter (figur 4.1.1). Det var alltså vanligare bland kvinnor än bland män att de måste arbeta fullt ut även om de t.ex. skulle ha ont i ryggen. Det var lika stor andel kvinnor som män som rapporterade att de ofta hade närvarokrav i arbetet (figur 4.1.2).



Figur 4.1.1 Fördelning av anpassningsmöjligheter bland kvinnor och män i Stockholms län. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.



Figur 4.1.2 Fördelning av närvarokrav bland kvinnor och män i Stockholms län. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

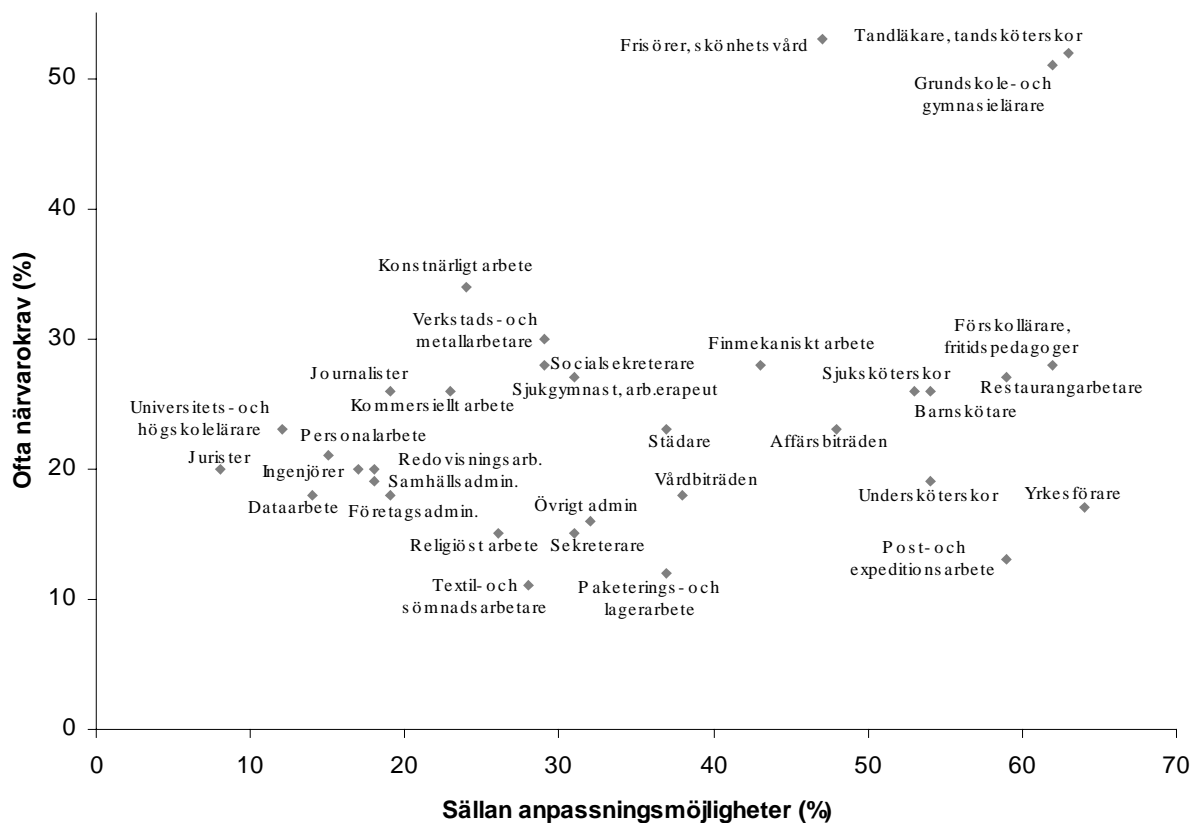
## 4.2 Anpassningsmöjligheter och närvarokrav inom olika yrken

De möjligheter människor har att kunna anpassa sitt arbete, och de krav de har på sig att ständigt vara närvarande på arbetsplatsen, varierar mellan olika yrken. I yrken där anpassningsmöjligheterna är små och närvarokraven höga måste människor gå till sitt jobb och arbeta fullt ut trots att de inte mår bra. I detta fall är sjukflexibiliteten låg. I yrken med hög sjukflexibilitet finns i stället stora anpassningsmöjligheter, kombinerat med låga närvarokrav. Detta ger människor en möjlighet att välja att utföra arbetet om hälsotillståndet tillåter och annars sjukskriva sig. I vissa yrken kan man se en flexibilitet när det gäller den ena aspekten men inte när det gäller den andra.

Hög sjukflexibilitet fanns genomgående i yrken som kräver hög utbildning, som exempelvis jurist, universitets- och högskolelärare, personalarbete och ingenjör (figur 4.2.1, figur 4.2.2). Bland män fanns det en yrkesgrupp med hög sjukflexibilitet som saknade detta höga utbildningskrav, nämligen fastighetsarbetare. Motsvarande yrke med låga utbildningskrav och hög sjukflexibilitet saknades bland kvinnor.

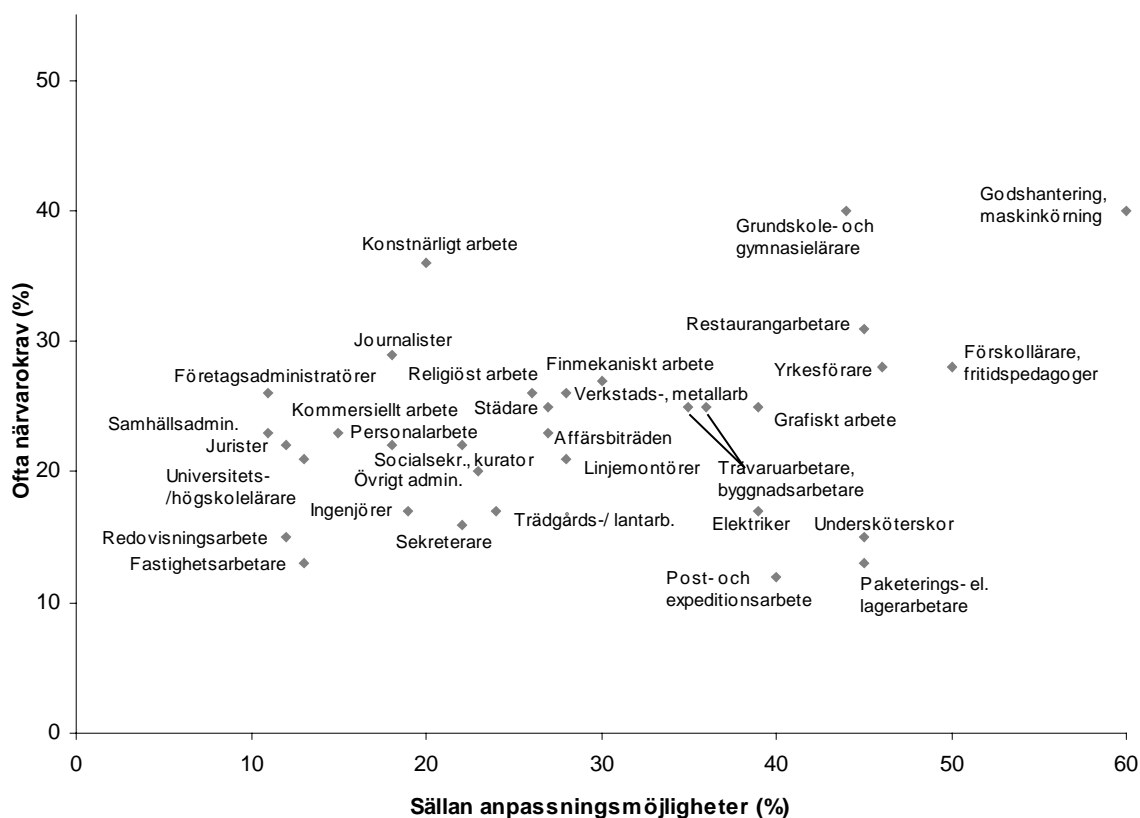
Både kvinnliga och manliga grundskole- och gymnasielärare rapporterade låg sjukflexibilitet, vilket innebär små anpassningsmöjligheter kombinerat med höga närvarokrav. I övrigt var det helt olika yrkesgrupper som hade låg sjukflexibilitet bland kvinnor och män. Hos kvinnor var det tandläkare, tandsköterskor och frisörer och hos män var det dem som arbetade med godshantering, maskinkörning, restaurangarbete samt de som var yrkesförare, förskollärare och fritidspedagoger som hade låg sjukflexibilitet. Bland män var det även en hög andel av dem som arbetade med finmekaniskt arbete, verkstads- och metallarbete och byggnadsarbete som rapporterade att de hade låg sjukflexibilitet.

Små anpassningsmöjligheter kombinerat med låga närvarokrav fanns i många av de traditionella kvinnoyrkena, som undersköterska, vårdbiträde, sjuksköterska, förskollärare/fritidspedagog och barnskötare. Det var alltså vanligt att kvinnor i dessa yrken måste arbeta fullt ut när de var på jobbet men att arbetet möjliggjorde för dem att stanna hemma om det var nödvändigt. Det verkar rimligt att man med sådana arbetsvillkor tenderar att sjukskriva sig vid ohälsa.



Figur 4.2.1 Andel (%) kvinnor i olika yrkesgrupper som rapporterade att de sällan hade anpassningsmöjligheter och ofta hade närvarokrav.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.



Figur 4.2.2 Andel (%) män i olika yrkesgrupper som rapporterade att de sällan hade anpassningsmöjligheter och ofta hade närvarokrav.

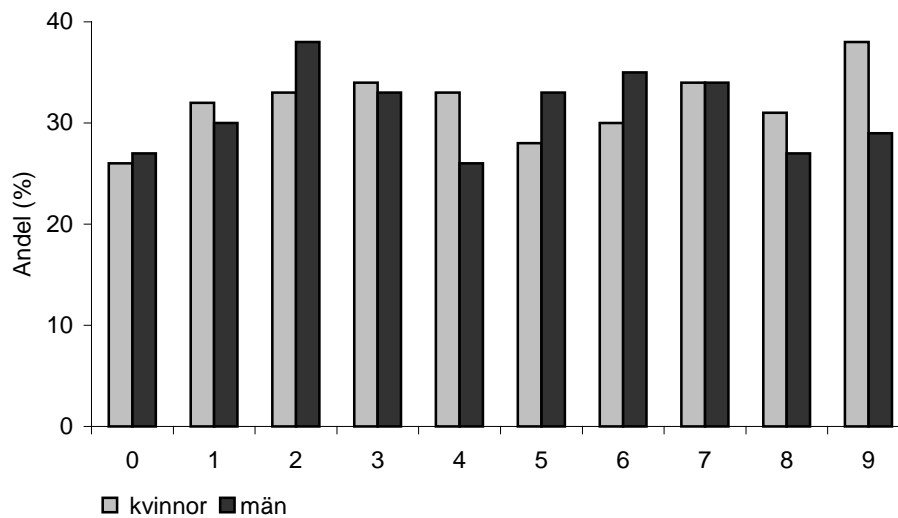
Källa: FHE 2002, slumpurvalet

### 4.3 Anpassningsmöjligheter och sjukfrånvaro

Om det finns möjligheter att anpassa arbetssituationen utifrån hur man mår, så att man ibland kan arbeta trots ohälsa, kan man anta att sjukfrånvaron blir lägre än om arbetet inte alls går att anpassa.

I Folkhälsoenkäten ställdes nio frågor om olika typer av anpassningsmöjligheter i arbetet. Dessa gällde om man "vid hälsoproblem kunde skjuta upp en del arbetsuppgifter", "välja bland olika typer av arbetsuppgifter", "få hjälp av arbetskamrater", "arbeta långsammare än vanligt", "ta längre raster", "korta arbetsdagen", "gå hem och utföra arbetet senare", "arbeta utan att bli störd på arbetet", eller "arbeta hemma". Vi summerade svaren på dessa frågor och erhöll ett index som varierade från 0 till 9. Värdet 0 innebar att man svarat "sällan" eller "aldrig" på alla nio frågor och 9 att man svarat "ibland" eller "alltid" på samtliga.

Det fanns inget samband mellan kortvarig sjukfrånvaro (1-7 dagar de senaste 12 månaderna) och antalet anpassningsmöjligheter (figur 4.3.1). Den korta sjukfrånvaron orsakas främst av t.ex. luftvägsinfektioner och maginfektioner som tillfälligt omöjliggör arbete. Betydelsen av anpassningsmöjligheter vid sådana symtom är troligen marginell.



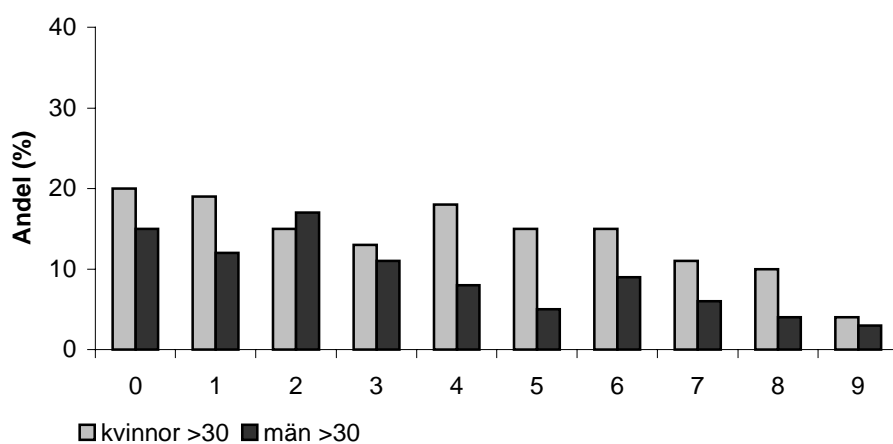
Figur 4.3.1 Andel (%) med sjukfrånvaro 1-7 dagar under de senaste 12 månaderna bland kvinnor och män med upp till nio olika anpassningsmöjligheter. Justerat för ålder.

Källa: FHE 2002, uppföljningsurvalet.

Det fanns ett starkt samband mellan långvarig sjukfrånvaro (mer än 30 dagar senaste 12 månaderna) och antalet anpassningsmöjligheter (figur 4.3.2). Ju fler anpassningsmöjligheter som fanns i arbetet, desto mindre andel av personerna hade lång sjukfrånvaro.

Bland kvinnor som saknade anpassningsmöjligheter (figur 4.2.1) hade var femte person (20 %) haft långvarig sjukfrånvaro under det senaste året. Bland dem med nio anpassningsmöjligheter hade istället endast 4 procent varit borta mer än de 30 dagarna. Motsvarande andelar för män var 15 procent bland dem som saknade anpassningsmöjligheter och 3 procent bland dem som hade alla nio möjligheterna.

En person som har många dagars sjukfrånvaro under ett år har sannolikt andra typer av besvär och sjukdomar, än vad en person med få sjukdagar har. Långa perioder av sjukfrånvaro orsakas ofta av symtom som kan variera över tid hos en och samma individ. Även symtomens inverkan på arbetsförmågan kan variera. I sådana fall kan man anta att möjligheterna att anpassa arbetssituationen efter sina hälsobesvär är mycket betydelsefulla för att en person ska kunna bibehålla sin arbetsförmåga.



Figur 4.3.2 Andel (%) med sjukfrånvaro mer än 30 dagar under de senaste 12 månaderna bland kvinnor och män med upp till nio olika anpassningsmöjligheter. Justerat för ålder.

Källa: FHE 2002, uppföljningsurvalet.

#### 4.4 Sammanfattning

- Kvinnor saknade oftare än män möjligheter att anpassa sina arbeten när de var sjuka
- Hög sjukflexibilitet, dvs. goda möjligheter att kunna anpassa sin arbetssituation i kombination med låga närvarokrav, fanns i yrken som kräver hög utbildning
- Ju fler anpassningsmöjligheter som fanns i arbetet, desto färre hade lång sjukfrånvaro

## 5. Arbetsmiljö och arbetsvillkor

Arbetsmiljöfaktorer och arbetsvillkor som kan spela en viktig roll för hälsan varierar inom och mellan olika grupper och yrken. I detta kapitel redovisas data kring förekomsten av kemiska, fysikaliska, fysiska och psykosociala arbetsmiljörisiker i Stockholms län, under perioden 1991-2002. Beträffande exponering för kemiska och fysikaliska faktorer som skadar huden, se även kapitel 9. Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) ska arbetsgivaren systematiskt undersöka, genomföra och följa upp verksamheten så att ohälsa och olycksfall förebyggs och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås.

### 5.1 Kemiska och fysikaliska arbetsmiljöfaktorer

Exponering för kemiska och fysikaliska arbetsmiljöfaktorer innebär att man:

- i sitt arbete utsatts för buller, vibrerande verktyg, kyla, olja eller skärvätskor samt rengöringsmedel ungefär en fjärdedel av arbetstiden eller mer
- tydligt kan se i luften eller känna lukten av oorganiskt damm, organiskt damm, kemikalier eller tobaksrök ungefär en fjärdedel av arbetstiden eller mer

Både i Stockholms län och i övriga Sverige var det flest män som exponerades för kemiska och fysikaliska arbetsmiljöfaktorer. Bland kvinnor var det inte lika vanligt att ha sådana arbetsförhållanden (tabellerna 5.1.1 och 5.1.2). Andelen exponerade män var lägre i Stockholms län än i övriga Sverige, något som kan förklaras av att andelen tillverkningsföretag är lägre i Stockholms län än i övriga Sverige.

Tabell 5.1.1 Andel (%) kvinnor, exponerade för fysikaliska och kemiska arbetsmiljöfaktorer i Stockholms län och i övriga Sverige 1991 och 2001.

Faktor	1991		2001	
	Stockholm	Sverige	Stockholm	Sverige
Buller	13	12	15	16
Vibrerande verktyg	2	2	2	3
Utsatt för kyla	8	6	10	9
Hudkontakt med olja	1	1	1	2
Hudkontakt med rengöringsmedel	11	14	11	17
Oorganiskt damm	2	3	2	2
Organiskt damm	10	10	10	14
Kemikalier	5	6	3	5
Tobaksrök	17	13	6	7

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Tabell 5.1.2 Andel (%) män exponerade för fysikaliska och kemiska arbetsmiljöfaktorer i Stockholms län och i övriga Sverige 1991-2001.

Faktor	1991		2001	
	Stockholm	Sverige	Stockholm	Sverige
Buller	20	31	19	32
Vibrerande verktyg	8	14	8	15
Utsatt för kyla	17	26	20	24
Hudkontakt med olja	6	11	5	11
Hudkontakt med rengöringsmedel	7	9	8	8
Oorganiskt damm	12	18	9	14
Organiskt damm	9	12	8	13
Kemikalier	9	15	7	13
Tobaksrök	23	19	8	8

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

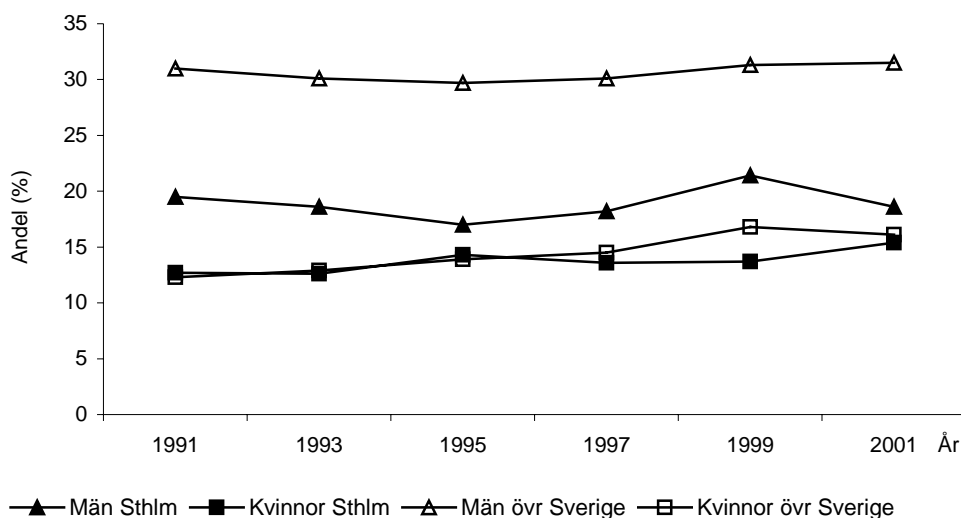
### Buller

Med att vara *exponerad för buller* i arbetet innebär i denna rapport att vara utsatt för buller som är så högt att man inte kan tala i normal samtalslön. Svarsalternativen var ”nästan hela tiden”, ”ungefär  $\frac{3}{4}$  av tiden”, ”halva tiden”, ”ungefär  $\frac{1}{4}$  av tiden”, ”lite (kanske en tiondel av tiden)”, ”inte alls”. Att vara utsatt för arbetsbuller minst en fjärdedel av tiden var vanligt både bland kvinnor och bland män.

För männen var andelen exponerade ungefär densamma under åren 1991 till 2001, i Stockholms län kring 20 procent och drygt 30 procent i övriga Sverige (figur 5.1.1). Andelen kvinnor som rapporterade bullerexponering ökade under denna period med



ca 3 procentenheter, i Stockholms län till drygt 15 procent 2001. Det var framför allt inom åldersgrupperna 35-49 och 50-64 år som andelen bullerexponerade kvinnor ökade. En förklaring kan vara att många unga kvinnor har lämnat bullerexponerade yrken i samband med organisationsförändringar. Bland männen fanns ingen skillnad i de olika åldersgrupperna.



Figur 5.1.1 Andel (%) bullerexponerade kvinnor och män i Stockholms län och i övriga Sverige 1991-2001.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Bland männen i Stockholms län rapporterade 32 procent av de icke facklärdas arbetarna och 25 procent av de facklärdas arbetarna bullerexponering vid den senaste mätningen. Motsvarande andelar i övriga Sverige var 40 procent respektive 57 procent. Bullerexponeringen var också vanligast bland icke facklärdas kvinnor, 34 procent i Stockholms län och 21 procent i övriga Sverige. Inom gruppen mellantjänstemän rapporterade en stor andel kvinnor exponering för buller, 28 procent i länet och 18 procent i övriga Sverige.

### Bullerexponering inom olika yrkesgrupper

Andelen personer som var exponerade för buller varierade stort mellan olika yrkesgrupper. Vissa yrken hade förväntat stor andel bullerexponerade personer. Detta gäller exempelvis byggnadsarbetare och trävaruarbetare, där drygt 65 respektive 75 procent av männen angav att de var exponerade år 2001. Bland byggnadsarbetare skedde en kraftig ökning av andelen exponerade under perioden med 15 procentenheter i Stockholms län och 9 procentenheter i övriga Sverige. Den ökningen kan till viss del förklaras av kortare byggtider med flera olika kategorier av byggnadsarbetare närvarande samtidigt på arbetsplatsen.

Att skydda sig mot buller som alstras av andra är svårare än att skydda sig mot " eget buller". Bullerexponeringen inom flera tillverkningsyrken, där det borde finnas möjlighet att genomföra bullerdämpande åtgärder, var fortfarande vanlig vid mätningen 2001 då cirka varannan person rapporterade exponering.

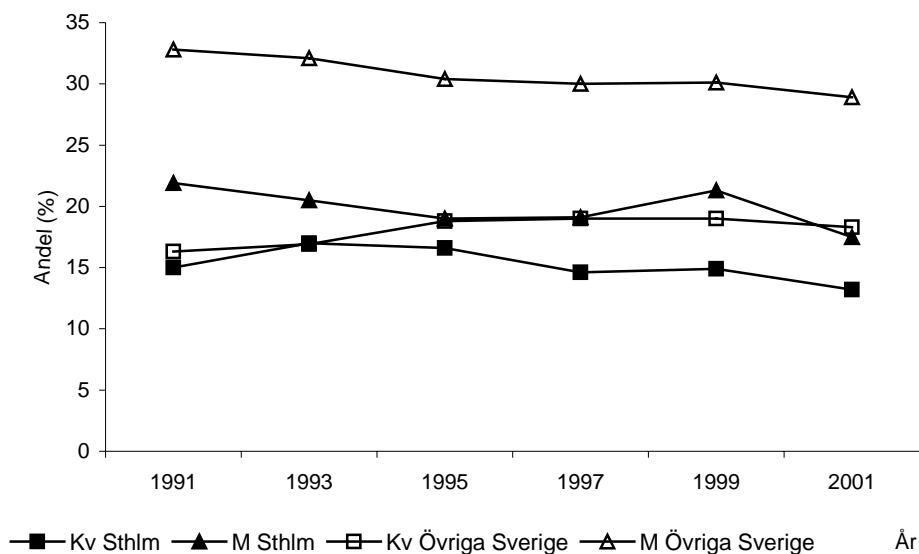
En kraftigt ökande andel förskollärare och barnskötare angav att de var bullerexponerade under perioden. Bland kvinnor i Stockholms län utgjorde dessa 2001 hela två tredjedelar (67 %) av yrkesgruppen, en ökning med 30 procentenheter från 1991. I övriga Sverige var andelen något lägre (52%), men även där såg man en ökning med 22 procentenheter. Även män i dessa yrkesgrupper angav bullerexponering i ökande omfattning.

Även i den vanliga skolan angav allt fler att de utsattes för buller. 2001 uppgav 38 procent av lärarna i Stockholms län bullerexponering, medan motsvarande andel i övriga Sverige var 32 procent. Konsekvenser av den ökade bullernivån i förskolor och skolor är att barn som vistas där utsätts för den ökade ljudnivån. Risken för röst- och hörselproblem ökar och det pedagogiska arbetet försvåras oundvikligen.

#### *Luftföroreningar*

Långvarig exponering för luftföroreningar för med sig en ökad risk att drabbas av luftvägsbesvär. De frågor som har ställts i Arbetsmiljöundersökningarna om luftföroreningar gällde om man varit utsatt för kemikalier, organiskt damm eller oorganiskt damm "nästan hela tiden", "ungefär 3/4 av tiden", "halva tiden", "ungefär 1/4 av tiden", "lite (kanske 1/10 av tiden)" eller "inte alls".

Andelen arbetstagare som var exponerade för någon luftförorening ungefär en fjärdedel av arbetstiden eller mer var i stort sett oförändrad under perioden 1991-2001, både för kvinnor och för män i Stockholms län, och även i övriga Sverige (figur 5.1.2).



Figur 5.1.2 Andel (%) män och kvinnor som 1991-2001 rapporterade exponering för någon luftförorening ungefär 1/4 av arbetsdagen eller mer.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar

Manliga facklärdade arbetare var den grupp som hade den största andelen exponerade för luftföroreningar, drygt 50 procent. Bland kvinnor var det icke facklärdade arbetare som rapporterade exponering i störst omfattning.

### Exponering för luftföroreningar inom olika yrkesgrupper

Exponering för luftföroreningar varierade mycket mellan olika yrkesgrupper. I 18 av de 43 undersökta yrkesgrupperna var det ovanligt att man angav exponering för någon luftförorening. Byggnadsarbetare var en grupp där andelen som rapporterade exponering ökade med 11 procentenheter under perioden, upp till 76 procent år 2001 i Stockholms län. Detsamma gällde tandläkare/tandsköterskor där andelen som rapporterade exponering ökade med mer än 100 procent under perioden, något som sannolikt kan förklaras av den uppmärksamhet som ägnats riskerna med de nya tandvårdsmaterialen. En annan grupp som ofta rapporterade exponering för någon luftförorening var frisörer och skönhetsvårdare, drygt 50 procent. Denna höga andel var oförändrad under hela perioden.

När det gäller att utsättas för tobaksrök på sin arbetsplats, har andelen exponerade reducerats från ca 70 procent till mindre än 10 procent. Minskningen skulle kunna förklaras av att rökning blivit allt mindre accepterat i samhället, men det är dessutom arbetsgivaren som bär ansvaret för att arbetstagaren inte utsätts för tobaksrök mot sin vilja. Restaurangbranschen och hemsjukvården är idag de två främsta verksamhetsområdena där exponering för passiv rökning fortfarande kan förekomma. Det ökande intresset för rökfria restauranger kan minska risken för att restauranganställda utsätts för oönskad exponering för tobaksrök.

## 5.2 Fysiska belastningsfaktorer

Tungt arbete, påfrestande arbetsställningar och arbetsrörelser är kända riskfaktorer för nacke-/skulderbesvär och ländryggsbesvär. Dessa hälsobesvär är de vanligaste orsakerna till långa sjukskrivningar.

### *Tungt arbete, arbetsställningar och arbetsrörelser*

Fler män än kvinnor hade arbeten som innebar fysiska belastningar som tungt arbete, arbete med händerna över axelhöjd och arbete med framåtböjd rygg mer än en halvtimme per dag, två eller fler dagar per vecka (tabell 5.2.1). Yngre personer var oftare utsatta än äldre.

Arbete med höga fysiska belastningar var vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Egna företagare var ofta exponerade på liknande sätt som arbetare. En förklaring till detta samband kan vara att många av de egna företagarna är verksamma inom tillverkningssektorn och inom branscher som byggnads, handel, service och restaurangbranschen, där det är vanligt med hög fysisk belastning i arbetet.

Tabell 5.2.1 Andel (%) kvinnor och män i olika åldersgrupper exponerade för fysiska belastningsfaktorer i arbetet. Källor: FHE 2002, slumpurvalet\*, SCB:s Arbetsmiljöundersökning 2001\*\*.

	18-34 år		35-49 år		50-64 år		Totalt	
	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M
Tungt arbete*	7	15	6	11	4	8	6	11
Arbete med framåtböjd rygg*	13	18	10	15	9	14	11	16
Arbete över axelhöjd*	14	20	12	18	12	16	13	18
Tunga lyft > 15 kg**	20	31	21	26	14	23	19	27

*Källor: FHE 2002, slumpurvalet\*, SCB:s Arbetsmiljöundersökning 2001\*\*.*

Bland de personer som uppgav att de hade ett tungt arbete var det även vanligt med arbete med framåtböjd rygg och arbete med händer över axelhöjd. Bland män var det i särklass vanligast med denna typ av fysiska belastningar hos byggnadsarbetare och trävaruarbetare (tabell 5.2.2). Arbete med händer över axelhöjd var även mycket vanligt hos elektriker.

De yrken där tungt arbete, arbete med händer över axelhöjd och arbete med framåtböjd rygg var mycket vanligt hos både kvinnor och män var städare, undersköterskor samt paketerings- och lagerarbetare. Tungt arbete och påfrestande arbetsställningar var också mycket vanligt hos kvinnliga vårdbiträden.

Under perioden 1991-2001 skedde i stort sett ingen förändring av andelen kvinnor och män i Stockholms län som exponerades för arbete med framåtböjd rygg och arbete med händer över axelhöjd. Andelen exponerade var något högre i övriga Sverige

än i Stockholms län. En förklaring kan vara att många stora industrier ligger utanför Stockholmsregionen.

#### *Tunga lyft*

En typ av fysisk belastning som oftast kopplas samman med ryggbesvär är tunga lyft. Tunga lyft (minst 15 kg flera ggr/dag minst en dag per vecka) förekom ofta inom vissa yrkesgrupper och inte alls inom andra (tabell 5.2.2). Högst andel exponerade kvinnor i Stockholms län fanns hos paketerings- och lagerarbetare (77 %), hos barnskötare (59 %) samt hos undersköterskor (45 %). Bland män i Stockholms län rapporterades tunga lyft hos minst fyra av fem byggnadsarbetare, travers-, truck- och anläggningsmaskinförare, samt även hos manliga undersköterskor. Under perioden 1991-2001 skedde i stort sett ingen förändring av andelen exponerade för tunga lyft i Stockholms län. Andelen exponerade var något högre i övriga Sverige än i Stockholms län.

Tabell 5.2.2 Andel (%) kvinnor och män i stora yrkesgrupper exponerade för fysiska belastningsfaktorer i arbetet.

	Tungt arbete*		Arbete med framåtböjd rygg*		Arbete med händer över axelhöjd*		Tunga lyft > 15 kg**	
	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M
Affärsbiträden	9	7	22	12	32	15	37	29
Barnskötare m.fl.	6	-	45	-	16	-	58	68
Byggnadsarbetare	-	65	-	72	-	77	-	89
Dataarbetare	0	0	1	1	1	1	3	6
Elektriker	-	19	-	55	-	81	-	0
Fastighetsarbetare m.fl.	-	14	-	42	-	46	-	34
Finmekaniskt arbete	3	5	-	5	-	22	0	0
Frisörer/skönhetsvård	3	-	3	-	73	-	0	-
Företagsadministratörer	0	1	0	4	2	5	0	12
Förskollärare, fritidspedagoger m.fl.	4	11	38	29	13	17	25	-
Godshantering, maskinkörning	-	26	-	42	-	33	-	80
Grafiskt arbete	-	8	-	15	-	18	41	36
Grundskole- och gymnasielärare	2	2	4	2	15	12	4	8
Ingenjörer	1	3	2	7	4	8	0	7
Journalister	0	0	1	1	2	4	0	0
Jurister	0	0	0	0	0	1	0	0
Kommersiellt arbete	2	2	5	4	6	5	6	9
Konstnärligt arbete	6	5	6	8	10	10	15	22
Linjemontörer	-	8	-	23	-	19	-	-
Paketerings-, lagerarbete mm	20	34	42	45	56	40	77	56
Personalarbetare	0	0	2	1	3	3	10	24
Post- och expeditjonsarbete	10	24	12	19	26	38	25	48
Redovisningsarbete	0	0	0	1	1	3	5	0
Religiöst arbete	0	16	10	2	3	2	-	-
Restaurangarbetare	19	20	21	28	33	26	37	56
Samhällsadministratörer	0	0	2	0	3	3	0	0
Sekreterare	0	0	1	4	4	6	7	40
Sjukgymnaster, arbetsterapeuter m.fl.	8	-	12	-	6	-	26	-
Sjuksköterskor	3	-	7	-	10	-	19	-
Socialekreterare, kuratorer m.fl.	1	-	5	-	2	-	0	0
Städare m.fl.	23	17	49	31	53	26	46	81
Tandläkare, tandsköterskor	5	-	0	-	11	-	14	0
Trädgårds- och lantarbetare	-	32	-	54	-	26	-	-
Trävaruarbetare	-	53	-	67	-	75	-	0
Undersköterskor	29	25	28	27	27	25	43	100
Universitets- och högskolelärare	0	0	0	0	7	1	0	0
Verkstads- och metallarbetare	-	28	3	34	3	44	-	62
Vårdbiträden	21	-	23	-	16	-	41	0
Yrkesföreare	3	17	17	22	20	20	33	62
Övrigt administrativt arbete	1	3	1	4	4	6	2	12

- Färre än 35 svarande

Källor: FHE 2002, slumpurvalet\*, SCB:s Arbetsmiljöundersökning 2001\*\*.

### 5.3 Psykosociala arbetsmiljöfaktorer

*Krav, kontroll* och *socialt stöd* är begrepp som brukar användas för att beskriva den psykosociala arbetsmiljön. Förhållandet mellan de krav som upplevs i arbetet, den kontroll en person har över sin arbetssituation och upplevelsen av socialt stöd på arbetsplatsen, kan ha betydelse för det psykiska välbefinnandet.

#### *Höga krav*

Med *höga krav* menas här att arbetet är så pass stressigt att man inte hinner prata om eller tänka på annat än arbetet eller att man tilldelas arbetsuppgifter utan att få de resurser som behövs för att utföra dem.

Fyrtiotvå procent av kvinnorna och 32 procent av männen rapporterade år 2002 att de var utsatta för höga krav i arbetet. Bland kvinnor upplevde äldre kvinnor detta oftare än medelålders och yngre, medan det bland män var de medelålders männen som i störst utsträckning angav att de hade höga krav i arbetet (tabell 5.3.1). Det tycks vara tidspress, uttryckt i frågan ”*har du så stressigt att du inte hinner prata om eller ens tänka på något annat än arbetet?*”, snarare än att man ”*får arbetsuppgifter utan att få resurser*” som skiljde sig mellan åldersgrupperna.

Höga krav var ungefär lika vanligt i de flesta socioekonomiska grupper. Bland högre tjänstemän angav fyra av tio män och varannan kvinna höga krav. Andelen personer som rapporterade höga krav har i stort sett varit oförändrad under perioden 1991-2001.

#### *Låg kontroll*

Begreppet *kontroll* utgörs av två dimensioner: *inflytande*, om man kan bestämma vad som ska göras eller hur arbetet ska utföras, och *stimulans*, om man har möjlighet att lära nytt och utvecklas i arbetet. Att ha låg kontroll innebär bristande inflytande och bristande stimulans.

Var tredje kvinna och var femte man rapporterade att de hade låg kontroll i arbetet (tabell 5.3.1). Allra vanligast var detta bland yngre kvinnor. Fler arbetare än tjänstemän upplevde att de hade låg kontroll i sitt arbete. Yrken där en stor andel av både kvinnor och män rapporterade låg kontroll var post- och expeditjonsarbetare, yrkesförrare, paketerings- och lagerarbete, undersköterskor, samt restaurangarbetare (tabell 5.3.2). Bland kvinnorna rapporterade dessutom en stor andel av affärsbiträden, tandläkare, tandsköterskor och vårdbiträden att de hade låg kontroll. Andelen yrkesarbetande som har möjlighet att lära nytt och utvecklas i arbetet var i det närmaste oförändrad under perioden 1991-2001.

### Högstressarbeten

Med *högstressarbete* menas här att man har höga krav i sitt arbete samtidigt som man har låg kontroll. En annan benämning på högstressarbete är också *spänt arbete*. Denna kombination anses vara den mest ogynnsamma kombinationen för det psykiska välbefinnandet.

I Stockholms län hade tretton procent av kvinnorna och 8 procent av männen högstressarbeten 2002. Andelen personer med högstressarbeten var relativt jämt fördelade över de olika åldersgrupperna. Den högsta andelen fanns bland icke facklärd arbetare (16 %) och den lägsta bland egna företagare (3 %). Bland högre tjänstemän var det 8 procent av kvinnorna och 4 procent av männen som hade arbeten med hög stress. I yrkesgrupper som post- och expeditjonsarbetare, yrkesförare och restaurangarbetare rapporterade både kvinnor och män att de hade högstressarbeten (tabell 5.3.2). Bland kvinnor var detta allra vanligast bland tandläkare/tandsköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Bland män fanns den stora andelen som uppgav att de hade högstressarbeten bland de som arbetade med godshantering, paketerings- och lagerarbete.

### Bristande socialt stöd

Med *bristande socialt stöd* menas här att man på enkätfrågor svarat att sammanhållningen på arbetet är bristande eller att man har svårt att få råd och hjälp när man behöver. Tolv procent av kvinnorna och tretton procent av männen rapporterade att de befann sig i en sådan situation på arbetet. Äldre män rapporterade i något mindre utsträckning bristande socialt stöd jämfört med övriga åldersgrupper (tabell 5.3.1).

Bristande socialt stöd var ungefär lika vanligt bland arbetare (12 %) och tjänstemän (13 %). Däremot uppgav en mycket lägre andel av de egna företagarna detta (5 %). Yrkesgrupper där en stor andel rapporterade bristande socialt stöd var paketerings- och lagerarbetare, manliga undersköterskor, universitets- och högskolelärare (särskilt kvinnor) samt post- och expeditjonsarbetare (tabell 5.3.2.). Bristande stöd, i betydelsen av att man inte får hjälp med arbetsuppgifterna när man behöver det, har inte förändrats under perioden 1991-2001, enligt SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Tabell 5.3.1 Andel (%) kvinnor och män i olika åldersgrupper exponerade för psykosociala faktorer i arbetet.

	18-34 år		35-49 år		50-64 år		Totalt	
	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M
Höga krav	39	33	43	36	43	32	42	34
Låg kontroll	38	26	29	20	26	17	31	21
Bristande socialt stöd	14	12	14	12	12	10	13	12
Högstressarbete	14	8	14	8	12	7	13	8

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.



Tabell 5.3.2 Andel (%) kvinnor och män i stora yrkesgrupper exponerade för olika psykosociala belastningsfaktorer i arbetet.

	Höga Krav		Låg kontroll		Bristande socialt stöd		Högstress-arbete	
	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M
Affärsbiträden	37	32	47	17	13	12	18	7
Barnskötare m.fl.	38	-	27	-	13	-	12	-
Byggnadsarbetare	-	30	-	27	-	5	-	9
Dataarbetare	43	36	17	10	15	14	6	4
Elektriker	-	28	-	30	-	8	-	12
Fastighetsarbetare m.fl.	-	27	-	16	-	9	-	4
Finmekaniskt arbete	34	33	43	27	17	14	11	8
Frisörer/skönhetsvård	30	-	16	-	2	-	5	-
Företagsadministratörer	40	39	23	5	14	9	11	3
Förskollärare, fritidspedagoger m.fl.	53	32	22	24	13	15	12	7
Godshantering, maskinkörning	-	34	-	55	-	11	-	22
Grafiskt arbete	-	33	-	35	-	15	-	12
Grundskole- och gymnasielärare	69	51	14	9	14	14	11	6
Ingenjörer	45	36	14	11	15	9	7	5
Journalister	44	27	15	9	17	14	6	3
Jurister	43	44	26	12	14	11	11	10
Kommersiellt arbete	40	35	19	8	12	10	7	3
Konstnärligt arbete	35	31	17	8	13	11	7	4
Linjemontörer	-	33	-	27	-	8	-	13
Paketeringshantering, lagerarbete mm	30	36	63	62	32	24	16	26
Personalarbetare	46	50	12	9	14	16	6	7
Post- och expeditionsarbete	38	35	71	69	19	14	27	24
Redovisningsarbete	35	34	27	12	15	10	10	3
Religiöst arbete	23	22	15	9	20	9	8	2
Restaurangarbetare	35	37	51	43	10	15	21	18
Samhällsadministratörer	47	41	22	13	12	17	14	5
Sekreterare	32	21	41	26	12	11	15	2
Sjukgymnaster, arbetsterapeuter m.fl.	39	-	11	-	12	-	4	-
Sjuksköterskor	44	-	36	-	10	-	17	-
Socialekreterare, kuratorer m.fl.	55	-	23	-	15	-	13	-
Städare m.fl.	37	36	43	28	10	10	18	12
Tandläkare, tandsköterskor	53	-	47	-	7	-	27	-
Trädgårds- och lantarbetare	-	23	-	32	-	9	-	7
Trävaruarbetare	-	27	-	24	-	7	-	7
Undersköterskor	37	23	57	47	17	25	24	13
Universitets- och högskolelärare	45	39	11	7	21	16	7	4
Verkstads- och metallarbetare	47	29	36	20	14	10	11	8
Vårdbiträden	42	-	48	-	16	-	22	-
Yrkesförare	32	26	72	60	8	8	25	18
Övrigt administrativt arbete	41	37	37	19	12	13	16	5

- Färre än 35 svarande

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

## 5.4 Anställningsvillkor

I detta avsnitt behandlas anställningsvillkor såsom anställningsform, arbetstid och arbetstakt.

### *Anställningsform*

Den stora majoriteten av kvinnor och män hade en fast anställning (80 %) (tabell 5.4.1). Trots att tidsbegränsade anställningsformer, såsom vikariat, kontrakts-, tim-, projekt- och provanställningar ökat under de senaste åren var det färre än tio procent som uppgav att de hade en sådan anställning. Tidsbegränsad anställning var vanligt bland kvinnliga vårdbiträden, där var fjärde kvinna (25 %) hade en tidsbegränsad anställning. Det var betydligt vanligare med tidsbegränsade anställningar hos yngre än hos äldre. Det var nästan tre gånger så vanligt bland män som bland kvinnor att vara egna företagare. Bara en procent var anställda i uthyrningsföretag, där de dominerande yrkesgrupperna var sekreterare och administratörer.

Tabell 5.4.1 Andel (%) kvinnor och män med olika anställningsformer.

	18-34 år		35-49 år		50-64 år		Totalt	
	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M
egen företagare	4	9	7	14	8	20	6	15
fast anställd	76	79	86	81	88	77	84	79
tidsbegränsad anställning	18	12	7	5	3	3	9	6
anställd på uthyrnings/konsultföretag	2	1	1	1	1	0	1	1

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

### *Veckoarbetstid*

Två tredjedelar av både män och kvinnor, arbetade heltid, dvs. 35-45 timmar per vecka. Tre av tio män uppgav att de arbetade mer än 45 timmar per vecka, vilket var dubbelt så stor andel som för kvinnorna. Att arbeta mer än 45 timmar per vecka var vanligast bland egna företagare, där varannan man och var tredje kvinna uppgav detta (tabell 5.4.2). Detta var också vanligt bland yrkesgrupper som jurister, yrkesförare och lärare. En förklaring till att så många lärare rapporterade en veckoarbetstid på mer än 45 timmar kan vara att de ofta har årsarbetstid med längre ledigheter kring skollov. Deltidsarbete, dvs. mindre än 35 timmar per vecka, var tre gånger så vanligt bland kvinnor som bland män och förekom ofta i yrkesgrupper som vårdbiträden, undersköterskor och frisörer. Allra vanligast var det bland tandläkare och tandsköterskor, där varannan kvinna arbetade deltid.

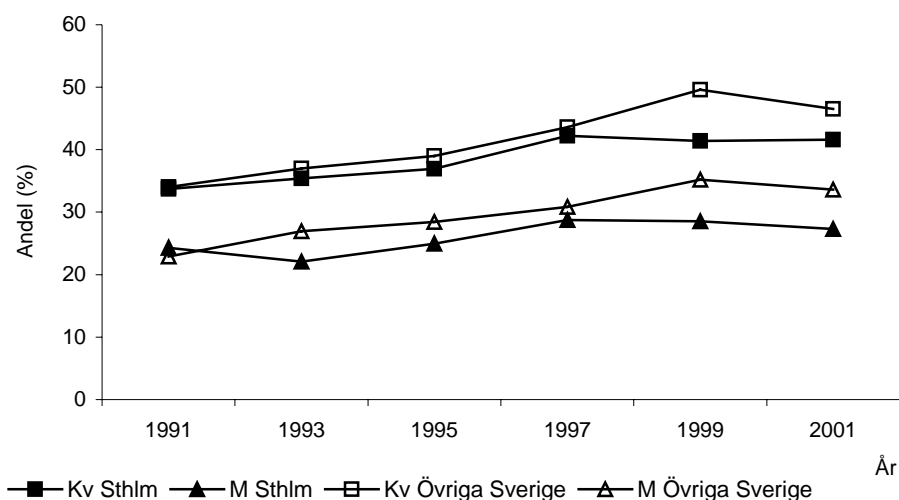
Tabell 5.4.2 Andel (%) kvinnor och män med olika arbetstider och med olika arbetsformer.

	> 45 tim/v		36-45 tim/v		20-35 tim/v		Annan arbetstid		Totalt	
	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M
egen företagare	29	51	34	33	27	11	10	5	6	15
fast anställd	13	27	64	67	21	5	2	1	84	79
tidsbegränsad anställning	10	22	55	56	25	15	9	6	9	6
Anställd på uthyrnings/konsultföretag	8	19	69	72	20	9	2	0	1	1
Totalt	14	30	61	61	22	7	3	2		

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

### Övertid

Övertid har undersökts med frågan om man har så mycket att göra att man blir tvungen att ”dra in på luncher”, ”arbeta över” eller ”ta med jobb hem”. Ungefär 20 procent av kvinnor och män i Stockholms län och i övriga Sverige arbetade över minst ett par dagar i veckan år 2001. Den andel som arbetar över hade ökat under perioden 1991-2001, men under sista mätningen minskade andelen både bland kvinnor och bland män (figur 5.4.1). Bland män i övriga Sverige minskade andelen redan från 1997. Den nedåtgående trenden kan delvis förklaras av konjunkturedgången. I Stockholms län var det vanligast med övertidsarbete i åldersklassen 35-49 år, både bland kvinnor och bland män. Den största ökningen av övertidsarbete fanns dock bland unga kvinnor (18-34 år).



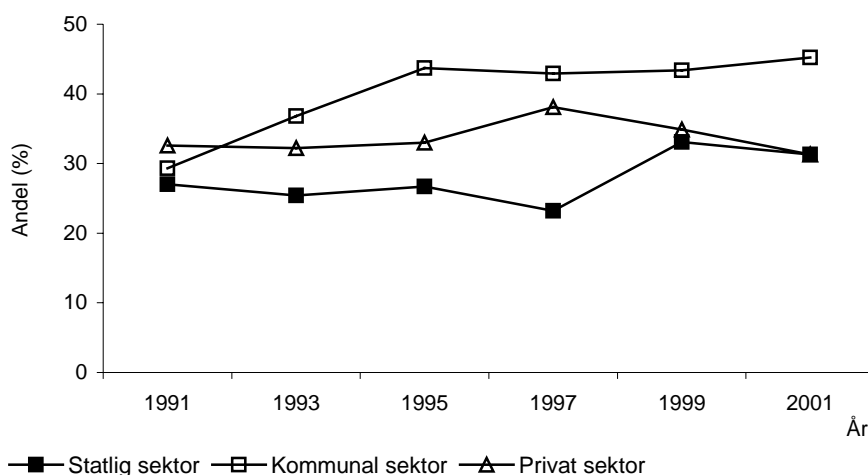
Figur 5.4.1 Andel (%) kvinnor och män som arbetar över eller tar hem arbete minst ett par dagar i veckan under åren 1991 till 2001.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

### Arbetstakt

Frågan om man kan bestämma sin arbetstakt kan ses både som ett mått på kraven i arbetet men också som möjligheter att styra det egna arbetet. Svartalternativen var här ”nästan hela tiden”, ”ungefär 3/4 av tiden”, ”halva tiden”, ”ungefär 1/4 av tiden”, ”lite (kanske en tiondel av tiden)”, ”inte alls”. År 2001 svarade 35 procent av kvinnorna att de inte kunde bestämma sin arbetstakt mer än högst en fjärdedel av tiden. För män var motsvarande andel 22 procent. En viss försämring av inflytandet över arbetstakten har skett både bland män och kvinnor från 1991 till 2001.

Ett resultat är anmärkningsvärt: bland kvinnor som arbetar i kommun och landsting har de som inte kan bestämma sin arbetstakt ökat väsentligt under en tioårsperiod, från 29 procent till 45 procent (figur 5.4.2).



Figur 5.4.2 Andel (%) kvinnor inom olika sektorer av arbetsmarknaden i Stockholms län som inte kan bestämma arbetstakten mer än en fjärdedel av arbetstiden.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

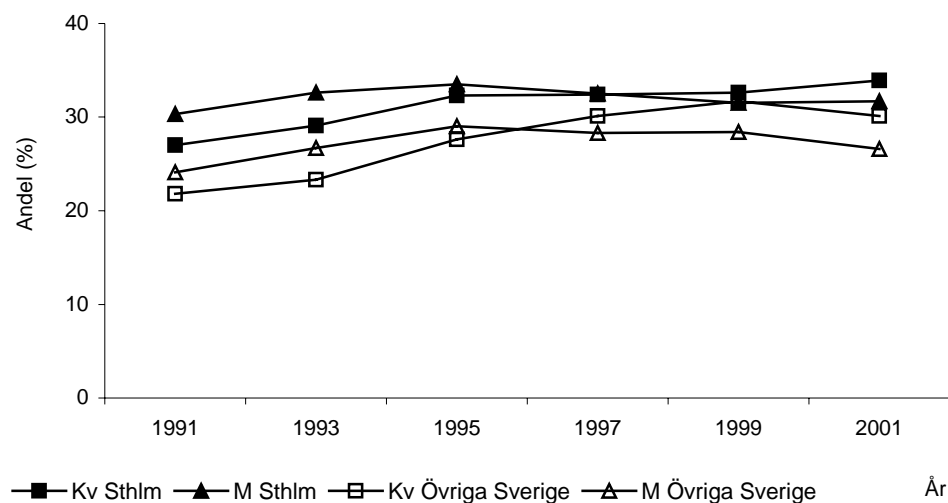
### 5.5 Svårigheter att koppla av och att sova

En konsekvens av påfrestande arbetsförhållanden är att möjligheterna att koppla av tankar från arbetet när man är ledig eller att man får svårt att sova pga. tankar på jobbet. Frågor kring detta har ställts i SCB:s Arbetsmiljöundersökningar sedan 1991.

#### *Svårt att koppla av tankarna på jobbet*

Fler kvinnor och män i Stockholms län hade minst ett par dagar i veckan svårt att koppla av arbetet på fritiden jämfört med i övriga Sverige. År 2001 rapporterade 32 procent av kvinnorna i Stockholms län att de hade svårigheter att koppla av arbetet när de var lediga, en ökning med 7 procentenheter på tio år (figur 5.5.1). Det var framför allt bland de offentligt anställda som ökningen skedde. Bland de statligt an-

ställda kvinnorna i Stockholms län ökade andelen med 14 procentenheter och i kommun och landsting var ökningen 10 procentenheter.

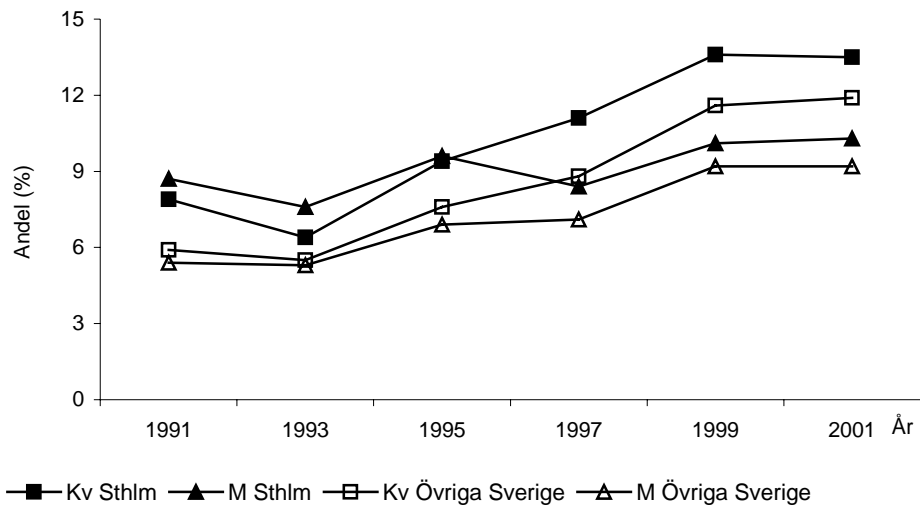


Figur 5.5.1 Andel (%) kvinnor och män i Stockholms län och övriga Sverige som angivit att de inte kan koppla av tankarna på arbetet när de är lediga under åren 1991-2001.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

#### *Svårt att sova*

I SCB:s Arbetsmiljöundersökningar ställs frågan om man under de tre senaste månaderna haft sömnproblem, dvs. svårt att sova minst ett par nätter per vecka (1 dag av 2) eller mer under de tre senaste månaderna, för att tankar på arbetet håller en vaken. Den största andelen personer med sömnbesvär fanns bland kvinnor i Stockholms län. Under 1991-2001 ökade dessutom denna andel från 8 till 14 procent (figur 5.5.2.). Ökningen bland kvinnorna i övriga Sverige följde samma mönster men låg några procentenheter lägre. Även bland männen ökade den andel som hade svårt att sova. I Stockholms län uppgav 10 procent detta 2001.



Figur 5.5.2 Andel (%) kvinnor och män i Stockholms län och övriga Sverige som angivit att de har svårt att sova på grund av tankar på arbetet under åren 1991-2001.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Under hela den senaste tioårsperioden har sömnproblemen ökat inom den arbetande befolkningen. Detta är oroväckande, eftersom aktuell forskning visar att sömnbrist kan vara en bidragande faktor till psykisk ohälsa, förutom att vara ett symtom på den samma.

## 5.6 Sammanfattning

- Två tredjedelar av alla kvinnliga förskollärare och barnskötare i Stockholms län är i sitt arbete utsatta för buller som är så högt att man inte kan tala i normal samtalston. Detta medför att risken för röst- och hörselproblem ökar och det pedagogiska arbetet försvåras
- Inom vissa yrkesgrupper, t.ex. byggnadsarbetare och trävaruarbetare förekom ofta samtidig exponering för buller, luftföroreningar och hög fysisk belastning
- Bland kvinnor var höga fysiska belastningar allra vanligast hos undersköterskor, städare och paketerings- och lagerarbetare
- Bland män var det hos byggnadsarbetare, städare, trävaruarbetare, paketerings- och lagerarbetare som det var allra vanligast med höga fysiska belastningar
- Allt färre utsätts idag för tobaksrök på arbetet. Inom hemsjukvård och på restauranger förekommer dock fortfarande oönskad exponering
- Bland kvinnor var högstressarbete, dvs. en arbetssituation med kombinationen höga krav och låg kontroll, allra vanligast hos post- och expeditionsarbetare, tandläkare/tandsköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Bland män fanns den stora andelen som uppgav att de hade högstressarbeten hos de som arbetade med paketerings- och lagerarbete, post- och expeditionsarbete och godshantering
- Yrkesgrupper där flest upplevde bristande socialt stöd var paketerings- och lagerarbetare, undersköterskor (särskilt män), universitets- och högskolelärare (särskilt kvinnor) samt post- och expeditionsarbete
- Allt färre har möjlighet att själva bestämma sin arbetstakt. Den största försämringen har skett bland kvinnor i kommun och landsting
- Vart fjärde kvinnligt vårdbiträde hade en tidsbegränsad anställning, under år 2002
- Under hela den senaste tioårsperioden har allt fler rapporterat att de har sömnproblem minst ett par dagar i veckan på grund av tankar på jobbet. Sömnproblem har betydelse både för uppkomst av olika typer av hälsobesvär och för möjligheterna till återhämtning

## 6. Besvär i rörelseorganen

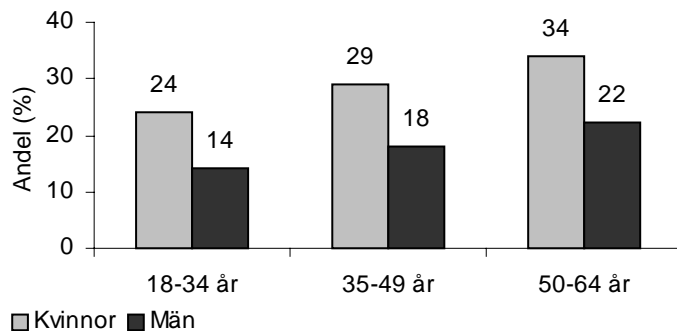
Besvär i rörelseorganen är en av de vanligaste orsakerna till längre sjukfrånvaro i Sverige. Besvären kan yttra sig i smärta, värk, inskränkt rörlighet och nedsatt muskelstyrka. De kroppsregioner som oftast drabbas är ländryggen och nacke/skuldrorna.

### 6.1 Nacke/skulderbesvär

#### *Förekomsten av nacke/skulderbesvär*

Att ha besvär i nacke/skuldror minst ett par dagar per vecka var vanligare hos kvinnor (29 %) än hos män (18 %). Det var också fler äldre personer än yngre som angav att de hade sådana besvär (figur 6.1.1).

Nacke/skulderbesvär var vanligare än ländryggsbesvär. En anledning till detta kan vara att rörligheten är större i nacke/skulderregionen, och att muskulaturen och andra stödjande vävnader är mindre väl utvecklade där, än i ländryggsregionen. Hos de icke-yrkesarbetande var nacke/skulderbesvär vanligare (37 % hos kvinnorna och 25 % hos männen) än hos de yrkesarbetande.



Figur 6.1.1 Andel (%) kvinnor och män med besvär i nacke/skuldror.

*Källa FHE 2002, slumpurvalet.*

Bland kvinnor i olika socioekonomiska grupper var det arbetare och lägre tjänstemän, såsom tandsköterskor, post- och expeditjonsarbetare och sekreterare, som oftast uppgav att de hade nacke/skulderbesvär (tabell 6.1.1).



Bland män var besvär i nacke/skuldror vanligast hos arbetare och egna företagare. Orsaken till varför manliga egna företagare hade en hög frekvens nacke/skulderbesvär kan vara att de ofta arbetar inom tillverkningsyrken som i byggbranschen, yrken med hög fysisk belastning och med påfrestande arbetsställningar.

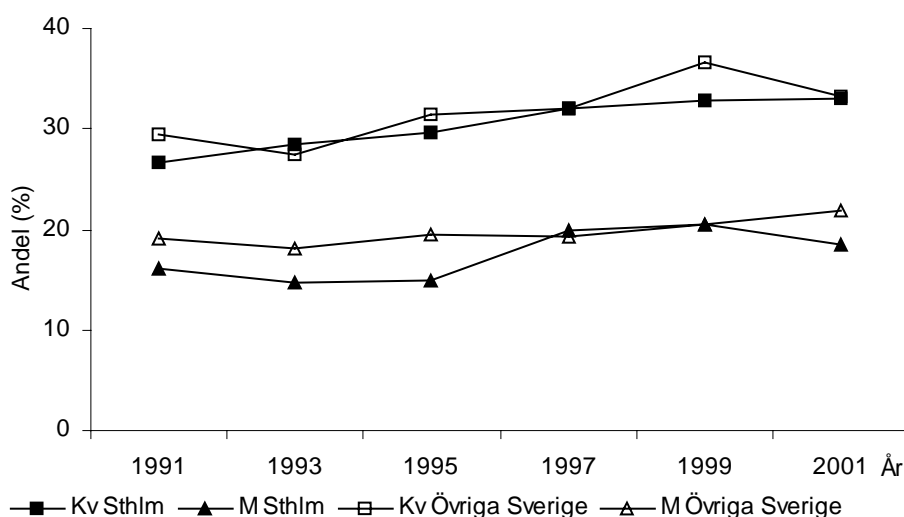
Tabell 6.1.1 Andel (%) kvinnor och män med nacke/skulderbesvär i olika socioekonomiska grupper. Standardiserat för ålder.

	Kvinnor	Män
Arbetare	34	24
Lägre tjänstemän	30	16
Mellantjänstemän	26	15
Högre tjänstemän	25	12
Egna företagare	22	30

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

#### Förändringar i förekomst av nacke/skulderbesvär

I SCB:s Arbetsmiljöundersökningar ställs frågor som gäller om man haft ont i nacken, axlarna eller övre delen av ryggen minst ett par dagar i veckan efter arbetet. Bland kvinnor i Stockholms län ökade förekomsten av nacke/skulderbesvär under perioden 1991–2001 med sex procentenheter, vilket var ungefär samma ökning som bland kvinnor i övriga Sverige (figur 6.1.2). Bland män i Stockholms län liksom i övriga Sverige var förekomsten av besvär perioden 1991 – 2001 i det närmaste oförändrad (figur 6.1.2).

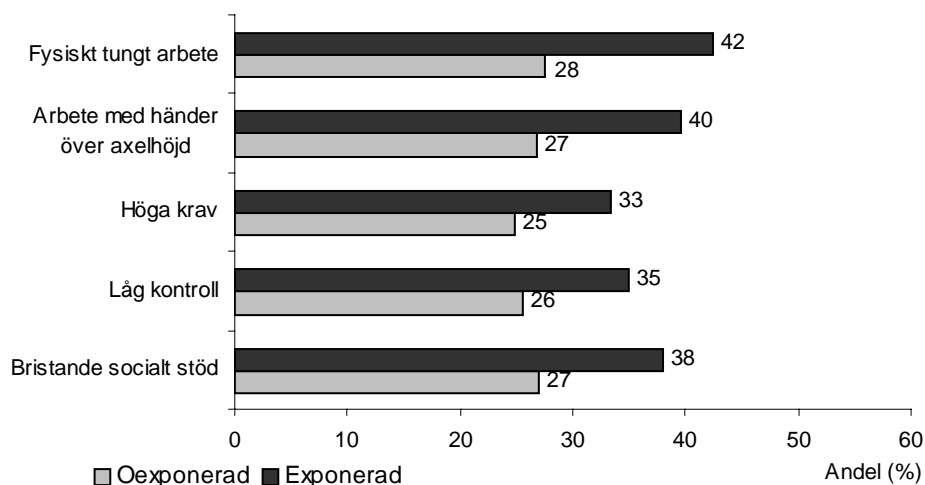


Figur 6.1.2 Andel (%) kvinnor och män i Stockholms län och övriga Sverige som 1991-2001 rapporterat besvär i nacke, övre delen av ryggen eller axlarna efter arbetet minst ett par dagar i veckan. Standardiserat för ålder.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

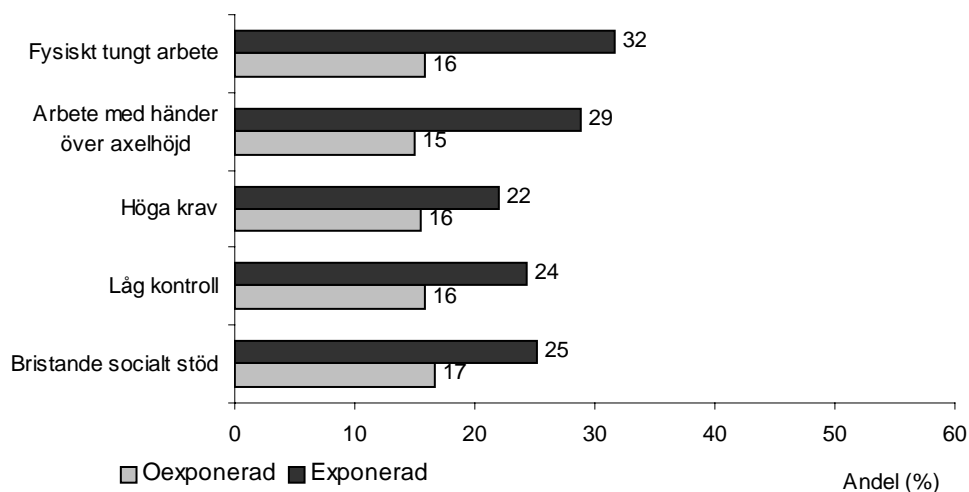
### Nacke/skulderbesvär i olika arbetsmiljöer

Nacke/skulderbesvär var vanligare bland kvinnor och män som var utsatta för fysiskt tungt arbete och/eller arbete med händer över axelhöjd mer än en halvtimme per dag, minst ett par dagar per vecka, jämfört med dem som inte hade dessa typer av fysiska belastningar i arbetet (figur 6.1.3 och 6.1.4).



Figur 6.1.3 Andel (%) med besvär i nacke/skuldror bland *kvinnor* exponerade för olika fysiska och psykosociala belastningsfaktorer i arbetet. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

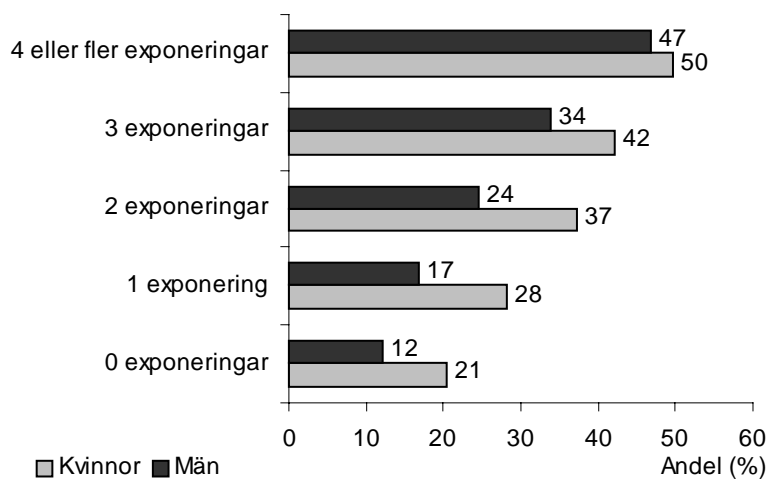


Figur 6.1.4 Andel (%) med besvär i nacke/skuldror bland *män* exponerade för olika fysiska och psykosociala belastningsfaktorer i arbetet. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

Bland dem som var utsatta för höga krav, låg kontroll eller bristande socialt stöd på arbetsplatsen var andelen med nacke/skulderbesvär något högre än hos dem som inte upplevde dessa problem i arbetet. Detta gällde även dem som *inte* utsattes för någon av de fysiska belastningsfaktorerna. Sambandet mellan negativa psykosociala faktorer och nacke/skulderbesvär var dock svagare än när det gällde sambandet mellan besvär och fysiska belastningsfaktorer. Av de kvinnor som upplevde låg kontroll i fysiskt lätta arbeten angav 32 procent att de hade besvär i nacke/skuldror, vilket var sju procentenheter högre än bland kvinnor i fysiskt lätta arbeten som inte var exponerade för låg kontroll. Liknande skillnader sågs även bland män.

Förekomsten av besvär hos dem som *”inte hade någon”*, de som hade *”en”*, *”två”*, eller *”flera”* fysiska och/eller psykosociala exponeringar i arbetet analyserades. För nacke/skulderbesvär innefattade dessa exponeringar fysiskt tungt arbete, arbete med händer över axelhöjd, höga krav, låg kontroll och bristande socialt stöd. Både bland kvinnor och män ökade andelen med nacke/skulderbesvär med antalet exponeringar (figur 6.1.5).



Figur 6.1.5 Andel (%) med nacke/skulderbesvär bland kvinnor och män som rapporterade ingen, en eller flera fysiska och/eller psykosociala exponeringar i sitt arbete. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

**Nacke/skulderbesvär i olika yrken**

Bland kvinnliga yrkesförare rapporterade nästan varannan besvär i nacke/skuldror (tabell 6.1.2). Andra yrkesgrupper där nästan 40 procent av kvinnorna uppgav att de hade besvär i nacke/skuldror var paketerings- och lagerarbetare, städare, frisörer/skönhetsvårdare samt de med religiöst arbete. Tre av fyra frisörer uppgav att de exponerades för arbete med händer över axelhöjd. Även bland paketerings- och lagerarbetare, samt bland städare, var arbete med händer över axelhöjd vanligt förekommande. Kvinnliga vårdbiträden, det vill säga personal inom kommunal hemtjänst och personliga assistenter samt undersköterskor, var de enskilda yrkesgrupper där andelen med nacke/skulderbesvär ökat mest sedan 1998 – med 10 procentenheter (FHE, 1998, slumpurvalet).

Bland män var besvär i nacke/skuldror vanligast hos byggnadsarbetare, yrkesförare, linjemontörer paketerings- och lagerarbetare och hos dem med arbeten som innebar godshantering och maskinkörning. I dessa yrken rapporterade var tredje man att de hade besvär i nacke/skuldror (tabell 6.1.2). I dessa yrkesgrupper förekom exponering för arbete med händer över axelhöjd, framför allt hos byggnadsarbetare där tre av fyra män rapporterade denna exponering.

Tabell 6.1.2 Andel (%) med besvär i nacke/skuldror bland kvinnor och män i stora yrkesgrupper.

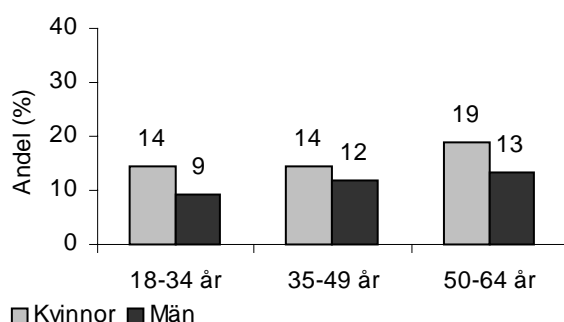
Kvinnor		Män	
Yrkesförare	45	Byggnadsarbetare	31
Religiöst arbete	39	Linjemontörer	30
Paketeringshantering, lagerarbete mm	39	Yrkesförare	30
Städare m fl	39	Godshantering, maskinkörning	29
Frisörer/skönhetsvård	38	Paketeringshantering, lagerarbete mm	28
Tandläkare, tandsköterskor	37	Post- och expeditionsarbete	26
Vårdbiträden	35	Trävaruarbetare	25
Affärsbiträden	34	Undersköterskor	24
Post- och expeditionsarbete	33	Verkstads- och metallarbetare	24
Undersköterskor	32	Fastighetsarbetare m fl	24
Restaurangarbetare	32	Finmekaniskt arbete	23
Sekreterare	32	Städare m fl	23
Textil- och sömnadsarbetare	31	Restaurangarbetare	23
Barnskötare m fl	31	Trädgårds- och lantarbetare	21
Finmekaniskt arbete	31	Elektriker	21
Universitets- och högskolelärare	30	Sekreterare	19
Övrigt administrativt arbete	30	Grundskole- och gymnasielärare	18
Förskollärare, fritidspedagoger m fl	30	Affärsbiträden	17
Socialekreterare, kuratorer m fl	29	Grafiskt arbete	17
Redovisningsarbete	29	Företagsadministratörer	16
Journalister	29	Konstnärligt arbete	16
Företagsadministratörer	29	Övrigt administrativt arbete	15
Sjuksköterskor	28	Kommersiellt arbete	15
Personalarbetare	27	Förskollärare, fritidspedagoger m fl	15
Konstnärligt arbete	27	Ingenjörer	15
Ingenjörer	26	Dataarbetare	13
Verkstads- och metallarbetare	26	Personalarbetare	13
Kommersiellt arbete	26	Journalister	12
Jurister	25	Samhällsadministratörer	11
Grundskole- och gymnasielärare	25	Redovisningsarbete	11
Samhällsadministratörer	24	Universitets- och högskolelärare	9
Dataarbetare	23	Religiöst arbete	8
Sjukgymnaster, arbetsterapeuter m fl	15	Jurister	8

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

## 6.2 Ländryggsbesvär

### Förekomsten av ländryggsbesvär 2002

Det var vanligare bland kvinnor (16 %) än bland män (12 %) att ha ont i ländryggen minst ett par dagar per vecka. Fler äldre än yngre rapporterade besvär (figur 6.2.1). Ländryggsbesvär var också vanligare hos icke-yrkesarbetade än hos yrkesarbetande personer. Bland de icke-yrkesarbetande kvinnorna rapporterade 27 procent besvär i ländryggen jämfört med 16 procent bland de yrkesarbetande. Motsvarande siffror bland männen var 18 procent och 12 procent.



Figur 6.2.1 Andel (%) kvinnor och män med besvär i ländrygg.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

Bland kvinnliga arbetare, där en stor andel är vårdbiträden, undersköterskor, barnskötare och andra verksamma inom vård och omsorg, var ländryggsbesvär vanligare än hos kvinnliga tjänstemän och egna företagare (tabell 6.2.1). Även bland män var det vanligare att ha ländryggsbesvär om man var arbetare än om man var tjänsteman. Allra vanligast var ländryggsbesvär dock hos manliga egna företagare. I denna grupp, liksom bland arbetare, rapporterade en stor andel att de var exponerade för tungt arbete och arbete med framåtböjd rygg. Manliga egna företagare arbetar ofta med byggnadsarbete, inom tillverkningssektorn och inom restaurangbranschen – yrken med en hög andel ländryggsbesvär.

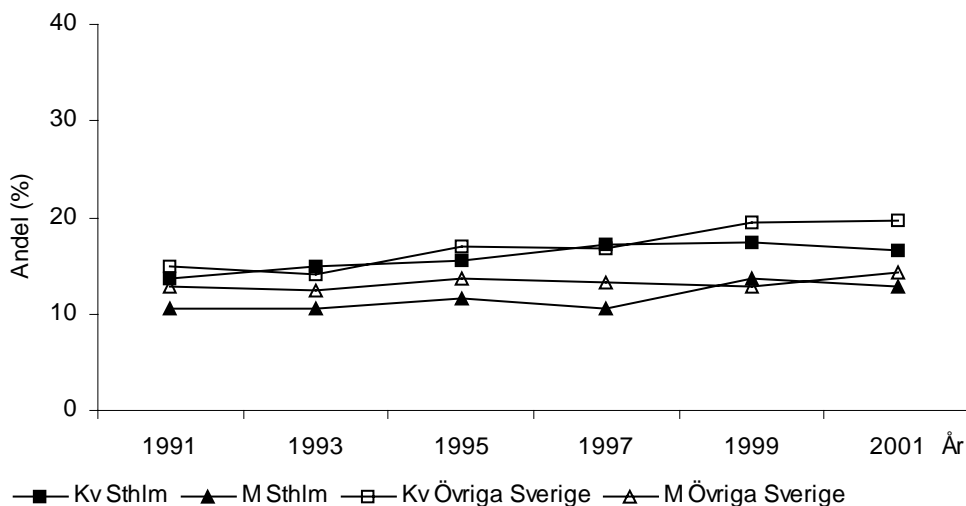
Tabell 6.2.1 Andel (%) kvinnor och män med besvär i ländrygg i olika socioekonomiska grupper. Standardiserat för ålder.

	Kvinnor	Män
Arbetare	21	16
Lägre tjänstemän	14	10
Mellantjänstemän	14	9
Högre tjänstemän	12	8
Egna företagare	15	20

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

### Förändringar i förekomst av ländryggsbesvär

I SCB:s Arbetsmiljöundersökningar finns frågor om man har haft ont i nedre delen av ryggen minst ett par dagar i veckan efter arbetet. Andelen kvinnor och män med ländryggsbesvär var i stort sett oförändrad under perioden 1991-2001, både i länet och i övriga Sverige (figur 6.2.2).

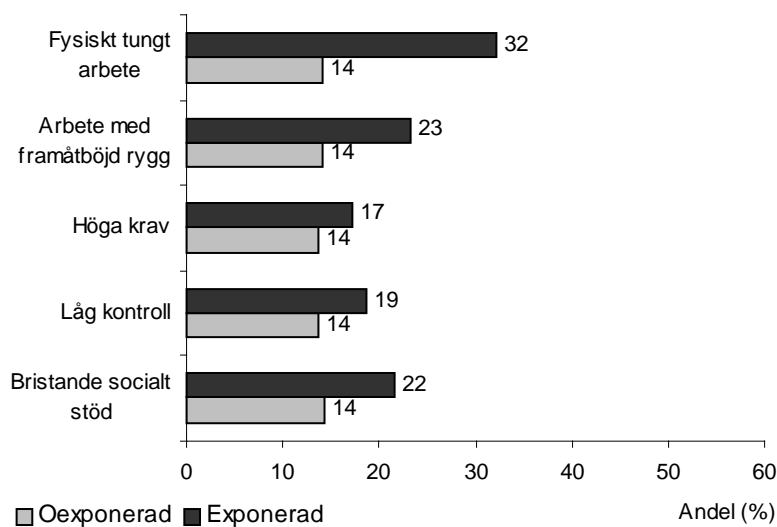


Figur 6.2.2 Andel (%) kvinnor och män i Stockholms län och övriga Sverige som 1991-2001 rapporterat besvär i ländrygg efter arbetet minst ett par dagar i veckan. Standardiserat för ålder.

Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

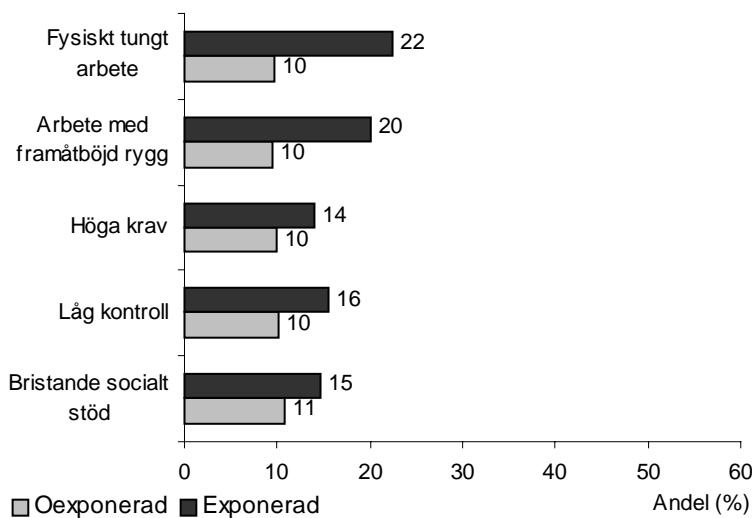
### Ländryggsbesvär i olika arbetsmiljöer

Att ha ont i ländryggen var vanligast bland de som hade ett fysiskt tungt arbete, ofta i kombination med arbete med framåtböjd rygg, och som arbetade under dessa förhållanden mer än en halvtimme per dag, minst ett par dagar per vecka (figur 6.2.3 och 6.2.4).



Figur 6.2.3 Andel (%) med besvär i ländrygg bland *kvinnor* exponerade för olika fysiska och psykosociala belastningsfaktorer i arbetet. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.



Figur 6.2.4 Andel (%) med besvär i ländrygg bland *män* exponerade för olika fysiska och psykosociala belastningsfaktorer i arbetet. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

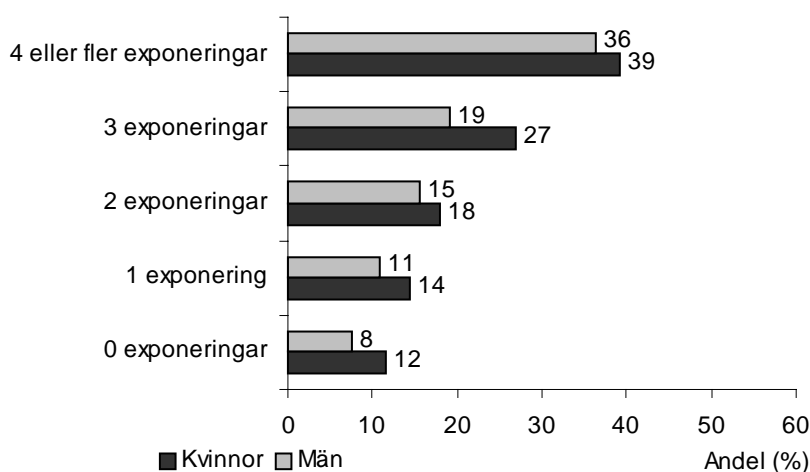
Negativa psykosociala faktorer i arbetet, såsom höga krav, låg kontroll och bristande socialt stöd, hade ett visst samband med ländryggsbesvär, dock betydligt svagare än sambandet med fysiska belastningsfaktorer. Även bland dem som i sitt arbete var utsatta för höga krav, låg kontroll eller bristande socialt stöd, *utan* att vara exponera-



de för tungt arbete eller arbete med framåtböjd rygg, var det något vanligare med ländryggsbesvär än bland dem som vare sig var utsatta för psykosociala eller för höga fysiska belastningsfaktorer.

Av de kvinnor som hade fysiskt lätta arbeten, men upplevde att de hade låg kontroll, angav 16 procent att de hade ländryggsbesvär. Detta var tre procentenheter högre än bland kvinnor med fysiskt lätta arbeten som inte upplevde låg kontroll. Liknande skillnader sågs även bland män.

Förekomsten av besvär hos dem som ”inte hade någon”, de som hade ”en”, ”två”, eller ”flera” fysiska och/eller psykosociala belastningsfaktorer i arbetet analyserades. För ländryggsbesvär innefattades tungt arbete, arbete med framåtböjd rygg, höga krav, låg kontroll och bristande socialt stöd. Både bland kvinnor och män ökade andelen individer med ländryggsbesvär med ökat antal exponeringar (figur 6.2.5).



Figur 6.2.5 Andel (%) med ländryggsbesvär bland kvinnor och män som rapporterade ingen, en eller flera fysiska och/eller psykosociala exponeringar i sitt arbete.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

### Ländryggsbesvär i olika yrken

Nästan tre av tio kvinnliga vårdbiträden uppgav att de hade ont i ländryggen, vilket gör denna yrkesgrupp till den där ländryggsbesvär bland kvinnor är allra vanligast. Även bland kvinnliga undersköterskor var det vanligt med ländryggsbesvär (24 %) (tabell 6.2.2.). Från 1998 till 2002 ökade besvären i dessa yrkesgrupper med hela 12 respektive 11 procentenheter - mer än i några andra enskilda yrkesgrupper. I Stockholms Läns Landstings ”Vårdens arbetshälsorapport” 2000, angavs att förekomsten av ländryggsbesvär hos kvinnliga undersköterskor och vårdbiträden år 1998 var *något lägre* än hos arbetare i övrigt. Att detta inte längre gäller tyder på att arbetsvillkoren för dessa grupper har förändrats under de senaste åren. (se kapitel 11).

För män var förekomsten av besvär i ländryggen vanligast bland städare, där var fjärde man uppgav att han hade besvär. Också bland byggnadsarbetare, paketerings- och lagerarbetare och arbeten som innebar godshantering och maskinkörning var det vanligt med ländryggsbesvär, cirka en av fem män uppgav besvär (tabell 6.2.2). Många dessa grupper uppgav också exponering för fysiskt tungt arbete och arbete med framåtböjd rygg.

Yrkesförare var ytterligare en grupp där ländryggsbesvär var vanligt förekommande – både hos kvinnor och män (en av fem). Även denna yrkesgrupp rapporterade exponering i form av tungt arbete och arbete med framåtböjd rygg. Till detta kommer även att yrkesförare ofta exponeras för helkroppsvibrationer från fordonet – en ofta angiven riskfaktor för ländryggsbesvär. Dessutom är det vanligt att personer som tidigare haft ett fysiskt tungt arbete och fått besvär i ländryggen omskolar sig till yrkesförare.

Tabell 6.2.2. Andel (%) med besvär i ländryggen bland kvinnor och män i stora yrkesgrupper.

Kvinnor		Män	
Vårdbiträden	29	Städare m fl	25
Undersköterskor	24	Linjemontörer	22
Tandläkare, tandsköterskor	23	Byggnadsarbetare	20
Paketeringshantering, lagerarbete mm	23	Godshantering, maskinkörning	20
Yrkesförare	21	Trävaruarbetare	19
Barnskötare m fl	20	Yrkesförare	19
Städare m fl	20	Trädgårds- och lantarbetare	17
Textil- och sömnadsarbetare	20	Fastighetsarbetare m fl	17
Finmekaniskt arbete	19	Finmekaniskt arbete	17
Affärsbiträden	19	Förskollärare, fritidspedagoger m fl	17
Sekreterare	19	Restaurangarbetare	15
Restaurangarbetare	18	Paketeringshantering, lagerarbete mm	15
Journalister	17	Personalarbetare	14
Förskollärare, fritidspedagoger m fl	17	Verkstads- och metallarbetare	14
Samhällsadministratörer	17	Undersköterskor	12
Konstnärligt arbete	16	Övrigt administrativt arbete	12
Sjuksköterskor	16	Post- och expeditionsarbete	12
Universitets- och högskolelärare	15	Grafiskt arbete	12
Religiöst arbete	15	Grundskole- och gymnasielärare	11
Företagsadministratörer	14	Elektriker	11
Post- och expeditionsarbete	14	Affärsbiträden	10
Socialekreterare, kuratorer m fl	14	Konstnärligt arbete	10
Grundskole- och gymnasielärare	14	Redovisningsarbete	10
Kommersiellt arbete	13	Ingenjörer	10
Redovisningsarbete	13	Samhällsadministratörer	10
Övrigt administrativt arbete	12	Företagsadministratörer	10
Ingenjörer	12	Kommersiellt arbete	9
Frisörer/skönhetsvård	11	Sekreterare	8
Personalarbetare	11	Dataarbetare	7
Dataarbetare	10	Religiöst arbete	6
Sjukgymnaster, arbetsterapeuter m fl	10	Journalister	6
Jurister	7	Jurister	6
		Universitets- och högskolelärare	5

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

### 6.3 Möjligheter att tillfriskna från besvär i nacke/skuldra och ländrygg

Redan i *Stockholms läns landstings Arbetshälsorapport 1999* framgick att det finns ett samband mellan de tre belastningsfaktorerna tungt arbete, framåtböjd ställning och arbete med händer över axelhöjd och risken att få nacke/skulder- och ländryggsbesvär (NSL-besvär). Risken var större bland dem som utsatts för dessa belastningsfaktorer under en längre tid, dvs. både 1994 och 1998, än bland dem som varit utsatta under en kortare tid, dvs. endast 1994. Hos kvinnor kunde man också se att risken för att få nacke/skulder- eller ländryggsbesvär var kopplad till psykosociala faktorer som höga krav, låg kontroll och bristande socialt stöd. Detta samband kunde dock inte ses hos män.

Det är inte säkerställt om det är just de arbetsmiljöfaktorer som leder till besvär i nacke/skulder- eller ländryggsregionerna, som också påverkar möjligheten att tillfriskna när man väl drabbats av besvär, dvs. om frånvaron dessa faktorer underlättar tillfriskandet. Vi såg därför ett behov av att undersöka detta närmare. Analyserna utfördes på två delurval av uppföljningsurvalet i FHE: 1) de som rapporterade nacke/skulder- och/eller ländryggsbesvär både 1994 och 1998. Dessa definierades som personer med *långvariga NSL-besvär*, 2) de som var besvärsfria 1994 men hade besvär 1998. Dessa definierades som personer med *kortvariga NSL-besvär*. Inom dessa urval identifierades de som vid alla undersökningstillfällen, dvs. 1994, 1998 och 2002, angett att de var exponerade för en viss fysisk eller psykosocial arbetsmiljöfaktor. De jämfördes med dem som varit oexponerade för respektive arbetsmiljöfaktor alla åren.

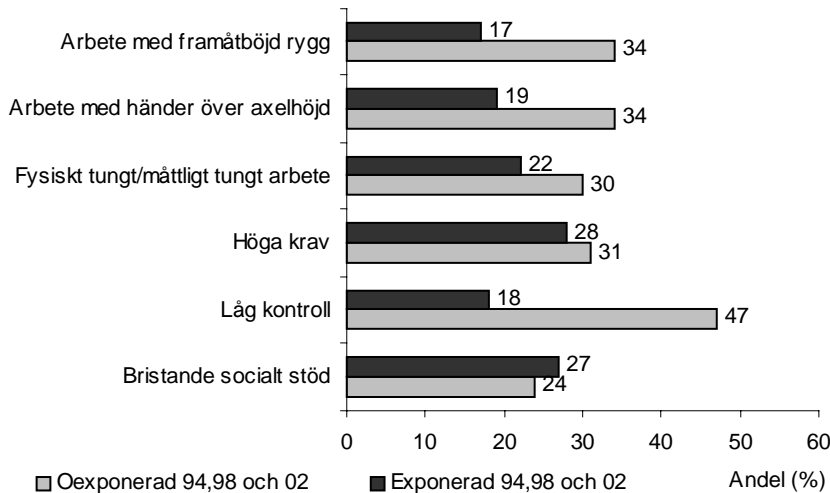
#### *Långvariga besvär i nacke/skuldra och ländrygg*

Av dem med långvariga ländryggs- eller nacke/skulderbesvär (de som rapporterat besvär både 1994 och 1998 och haft samma typ av arbete 1994, 1998 och 2002) hade 27 procent av kvinnorna och 29 procent av männen tillfrisknat från sina besvär år 2002.

Det fanns tydliga samband mellan arbete med framåtböjd rygg, arbete med händer över axelhöjd respektive tungt/måttligt tungt arbete och möjligheten att tillfriskna från långvariga besvär (figur 6.3.1). Detta visades genom att endast 17 procent av de som arbetat med framåtböjd rygg en tiondel av tiden eller mer hade blivit besvärsfria år 2002, jämfört med 34 procent av dem som inte varit utsatta för denna typ av belastning.

Eventuella samband mellan de psykosociala faktorerna höga krav, låg kontroll eller bristande socialt stöd, och möjligheterna att tillfriskna från nacke/skulder- eller ländryggsbesvär, behöver undersökas ytterligare innan man kan dra några säkra slutsatser om deras betydelse. Det fanns dock ett samband mellan låg kontroll i arbetet och möjligheten att tillfriskna från långvariga ländryggs- eller nacke/skulderbesvär (figur 6.3.1). Endast 18 procent av dem som angett att de hade låg kontroll i arbetet vid

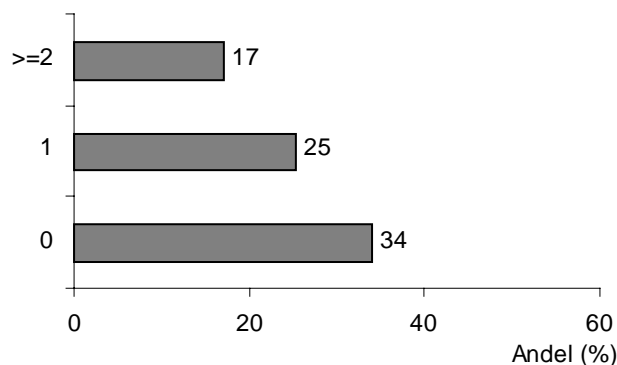
samtliga tre mätillfällena hade blivit besvärsfria år 2002, jämfört med 47 procent av dem som inte angett att de varit utsatta för denna faktor. Däremot kunde man inte se några samband mellan att ha varit utsatt för höga krav eller bristande socialt stöd och möjligheten att tillfriskna från långvariga besvär.



Figur 6.3.1 Andel (%) kvinnor och män som år 2002 återhämtat sig från långvariga ländryggs- eller nacke/skulderbesvär beroende på vilka belastningsfaktorer de varit utsatta för i arbetet. Standardiserat för kön och ålder.

Källa: FHE 1994, 1998, 2002, uppföljningsurvalet.

Det antal fysiska belastningsfaktorer som en person har varit utsatt för har en klar betydelse för möjligheten att tillfriskna. Möjligheten till återhämtning från besvär minskade ju fler av de undersökta fysiska belastningsfaktorer man varit utsatt för (figur 6.3.2).



Figur 6.3.2 Andel (%) kvinnor och män som år 2002 återhämtat sig från långvariga ländryggs- eller nacke/skulderbesvär beroende på hur många fysiska belastningsfaktorer de varit utsatta för. Standardiserat för kön och ålder.

Källa: FHE 1994, 1998, 2002, uppföljningsurvalet.

Dessutom var det en större andel av dem som varit utsatta (15 %) än av de som inte varit utsatta (9 %) för minst en av de tre fysiska belastningarna 1994 och 1998 som hade lämnat yrkeslivet och fått förtidspension eller sjukbidrag år 2002. Av de som fortfarande var i arbete var den andel som varit sjukskrivna mer än 30 dagar år 2002, högre bland de som varit utsatta (19 %) än de som inte varit utsatta (11 %). Detta innebär att fler av dem som under många år haft fysiskt tunga arbeten går i förtidspension och fler blir långtidssjukskrivna jämfört med dem som haft fysiskt lättare arbeten.

#### *Kortvariga besvär i nacke/skuldra och ländrygg*

Enligt undersökningen år 2002 hade 46 procent av kvinnorna då återhämtat sig från sina kortvariga NSL-besvär (de som varit besvärsfria 1994 men rapporterade besvär 1998) och bland männen 58 procent. Det var alltså betydligt fler än de som återhämtat sig från långvariga NSL-besvär (27 % respektive 29 %). Sambanden mellan de undersökta fysiska belastningsfaktorerna och möjligheten att tillfriskna från kortvariga NSL-besvär var svagare än sambanden var för dem med långvariga NSL-besvär, men mönstret var detsamma.

## 6.4 Sammanfattning

- Besvär i nacke/skuldror eller i ländrygg var vanliga i den arbetande befolkningen (29 %), men än mer vanligt förekommande bland de ej yrkesverksamma (37 %)
- I den arbetande befolkningen har andelen med nacke/skulder- eller ländryggsbesvär varit i stort sett oförändrad under perioden 1991 till 2001
- I den yrkesarbetande befolkningen var nacke/skulder- och ländryggsbesvär vanligare hos kvinnor än hos män, vanligare hos äldre än hos yngre och vanligare hos arbetare än hos tjänstemän
- Vårdbiträden, yrkesförare, byggnadsarbetare och städare var yrken där en stor andel personer angav besvär i nacke/skuldror eller ländrygg
- Vårdbiträden och undersköterskor var de yrken där andelen personer med besvär i nacke/skuldror eller ländrygg hade ökat mest sedan 1998
- Nacke/skulder- och ländryggsbesvär var vanligare hos dem med fysiskt tungt arbete och påfrestande arbetsställningar än hos dem utan dessa fysiska belastningsfaktorer
- Möjligheten att tillfriskna från långvariga nacke/skulder- eller ländryggsbesvär var större ju färre höga fysiska belastningsfaktorer man varit utsatt för i sitt arbete
- Fler av dem som under många år haft hög fysisk belastning i sitt arbete går i förtidspension och fler blir långtidssjukskrivna än av dem som haft fysiskt lättare arbeten

## 7. Nedsatt psykiskt välbefinnande

I denna rapport använder vi en vid definition av psykisk ohälsa som innefattar *nedsatt psykiskt välbefinnande*. Med nedsatt psykiskt välbefinnande menas självrapporterade psykiska besvär som är subjektivt upplevda. Vi mäter alltså inte sjukdom i psykiatrisk bemärkelse. Nedsatt psykiskt välbefinnande innefattar de psykiska besvär som kan tänkas förutsäga en framtida ökad sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa. I detta kapitel analyseras möjliga orsaker till nedsatt psykiskt välbefinnande bland yrkesarbetande i åldern 18-64 år.

### 7.1 Vad är nedsatt psykiskt välbefinnande?

I Folkhälsoenkäten används 12 frågor från mätinstrumentet *General Health Questionnaire* (GHQ), en internationellt ofta använd skala för att beskriva psykiskt välbefinnande (Goldberg, 1978). Med nedsatt psykiskt välbefinnande menas här att man på minst två av dessa 12 frågor angett ”*ett sämre psykiskt välbefinnande än vanligt*”.

För att klargöra vilka enskilda frågor som mest bidrog till nedsatt psykiskt välbefinnande undersöktes svarsfördelningen på respektive fråga bland de yrkesarbetande som enligt ovanstående definition bedömdes ha nedsatt psykiskt välbefinnande i Folkhälsoenkäten 2002.

Följande fyra tillstånd var de som man oftast angav som symtom på nedsatt psykiskt välbefinnande: Har du de senaste veckorna ”*känt dig olycklig och nedstämd*”, ”*känt dig spänd*”, ”*haft svårt att koncentrera dig*” och ”*haft svårt att sova på grund av oro*” (tabell 7.1.1). Dessa fyra frågor utgör tillsammans en indikation på känslomässiga, kognitiva och fysiologiskt betingade stressreaktioner, som vanligen anges som viktiga aspekter i utmattningssyndrom. Vi fann inga stora skillnader i svarsmönstren mellan män och kvinnor eller mellan olika åldersgrupper.



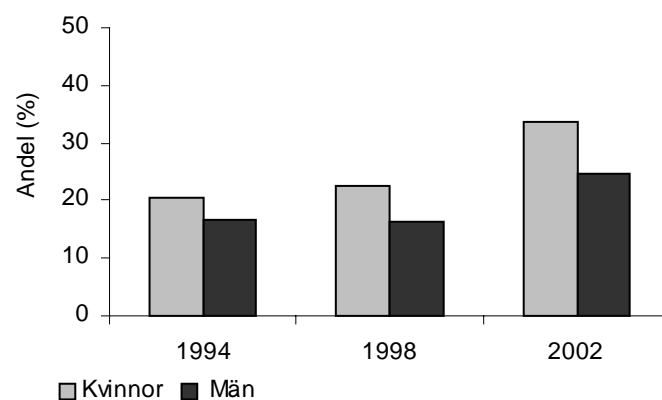
Tabell 7.1.1 Andel (%) yrkesarbetande kvinnor och män med nedsatt psykiskt välbefinnande, som svarat "sämre än vanligt" på respektive fråga. Frågorna är rangordnade efter de som var vanligast förekommande bland kvinnorna.

Fråga: Har du under de senaste veckorna...	Andel (%) Kvinnor	Andel (%) Män
känt dig olycklig och nedstämd	69	63
känt dig spänd	67	60
kunnat koncentrera dig på allt du gjort	56	48
haft svårt att sova på grund av oro	54	48
på det hela taget känt dig någorlunda lycklig	49	48
känt att du kunnat uppskatta det du gjort om dagarna	44	44
känt att du inte kunnat klara av dina problem	42	35
kunnat ta itu med dina problem	41	38
upplevt att du gjort nytta	33	36
förlorat tron på dig själv	33	27
tyckt att du varit värdelös	29	23
kunnat fatta beslut i olika frågor	27	24

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

## 7.2 Nedsatt psykiskt välbefinnande 1994-2002

Var tredje kvinna (34 %) och var fjärde man (25 %) i den arbetande befolkningen i Stockholms län rapporterade år 2002 nedsatt psykiskt välbefinnande. Sedan 1994 har dessa andelar ökat betydligt, med 13 procentenheter för kvinnor och 8 för män (figur 7.2.1).

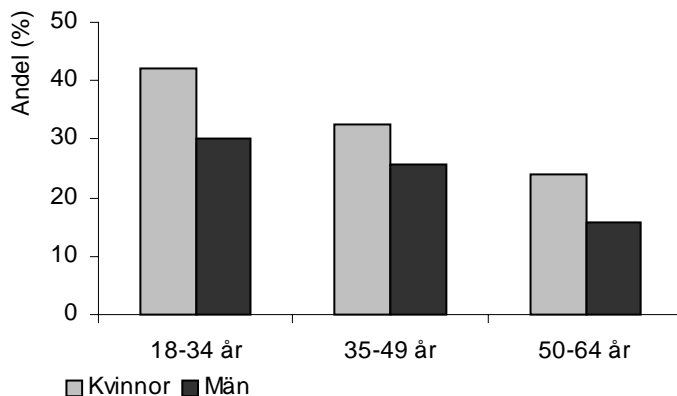


Figur 7.2.1 Procentuell andel med nedsatt psykiskt välbefinnande under åren 1994, 1998 och 2002 bland yrkesarbetande kvinnor och män. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 1994, 1998, 2002, slumpurvalet.

Nedsatt psykiskt välbefinnande var vanligare bland unga än bland äldre. Så många som 42 procent av alla yrkesarbetande kvinnor mellan 18 och 34 år rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande (figur 7.2.2). För unga män var motsvarande siffra 30

procent. Ökningen av andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande från 1998 till 2002 var statistiskt säkerställd i alla åldersgrupper, med undantag för äldre män. Några orsaker till varför nedsatt psykiskt välbefinnande var vanligast bland unga kan vara att de oftare än äldre hade låg kontroll och höga krav i arbetet, tillfällig anställning och låg kontantmarginal (se kapitel 5). Nedsatt psykiskt välbefinnande förekom i ungefär samma utsträckning i alla socioekonomiska grupper.



Figur 7.2.2 Procentuell andel med nedsatt psykiskt välbefinnande 2002 bland yrkesarbetande kvinnor och män i olika åldersgrupper.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

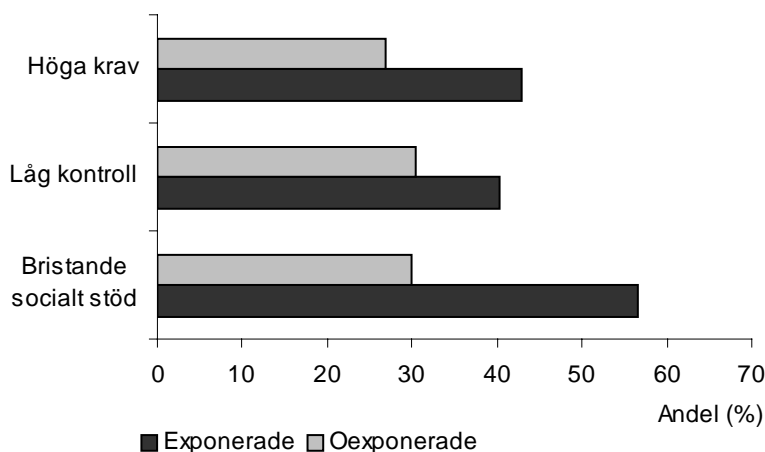
Hos de icke-yrkesarbetande var nedsatt psykiskt välbefinnande vanligare (47 % hos kvinnor och 40 % hos män) än hos de yrkesarbetande (34 % hos kvinnor och 25 % hos män).

### 7.3 Nedsatt psykiskt välbefinnande vid olika arbetsvillkor

#### *Krav, kontroll och stöd*

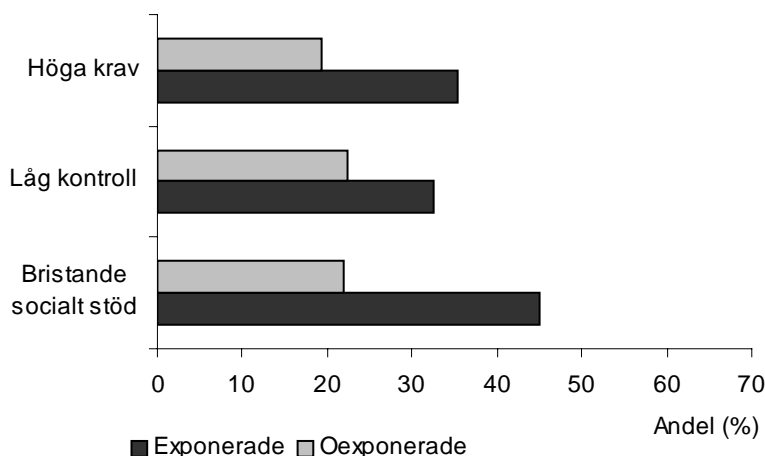
Stockholms läns landstings Arbetshälsorapport 1999 visade att höga krav i arbetet var en riskfaktor för att drabbas av nedsatt psykiskt välbefinnande. Även bristande socialt stöd var förenat med förhöjda risker. I ett tvärsnittsmaterial kan man inte dra slutsatser om orsakssamband, dvs. vilken faktor som orsakar den andra, eftersom ingen av faktorerna föregår den andra i tid. Vi kan dock studera tvärsnittssamband mellan olika arbetsvillkor och nedsatt psykiskt välbefinnande.

Både bland kvinnor och män som hade höga krav, låg kontroll, eller lågt socialt stöd i sitt arbete år 2002 var förekomsten av nedsatt psykiskt välbefinnande högre än bland dem som inte hade dessa villkor (figur 7.3.1, figur 7.3.2). Bland dem med bristande socialt stöd var andelen med besvär nästan fördubblad.



Figur 7.3.1 Procentuell andel med nedsatt psykiskt välbefinnande 2002 bland *kvinnor* med olika psykosociala arbetsvillkor. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

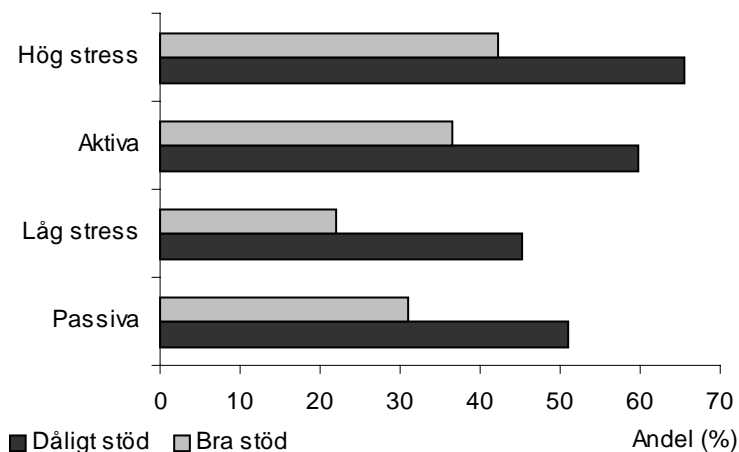


Figur 7.3.2 Procentuell andel med nedsatt psykiskt välbefinnande 2002 bland *män* med olika psykosociala arbetsvillkor. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

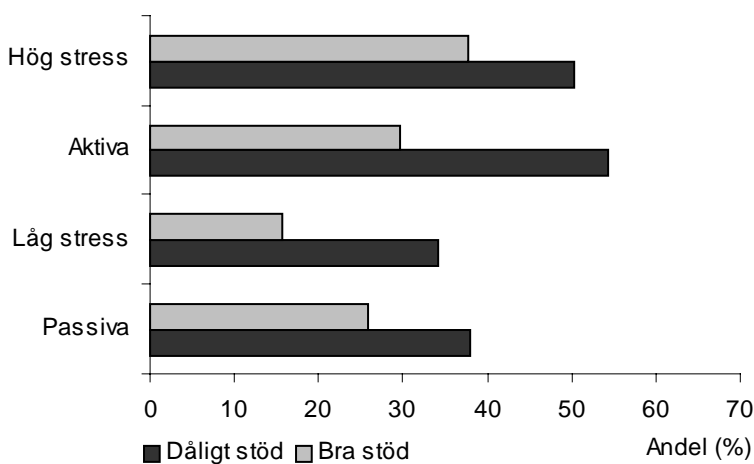
Ett vanligt sätt att beskriva den psykosociala arbetssituationen är enligt den s.k. *krav/kontroll/stödmodellen* (Karasek & Theorell, 1990). Ett arbete med höga krav och hög kontroll beskrivs som *aktivt*. Låga, eller snarare rimliga, krav och låg kontroll beskrivs som *passivt* arbete. Om arbetet innebär förhållandevis låga krav och hög kontroll är det ett *lågstressarbete*. Detta är den förväntat mest friska gruppen med avseende på psykiskt välbefinnande. Den sämsta situationen är när kraven är höga samtidigt som kontrollen är låg. Detta är vad man kallar ett *högstressarbete*, eller ett *spänt arbete*. Oavsett vilken av dessa fyra arbetssituationer man hade, var det betydligt vanligare med nedsatt psykiskt välbefinnande om man hade bristande socialt stöd än om man hade ett bra socialt stöd (figurer 7.3.3 och 7.3.4).

En så hög andel som 65 procent av kvinnorna i högstressarbeten med dåligt stöd angav nedsatt psykiskt välbefinnande. I aktiva jobb var motsvarande siffra 60 procent. Socialt stöd hade alltså betydelse för det psykiska välbefinnandet, oavsett hur arbetsituationen såg ut för övrigt. Även bland män återfanns det här mönstret. Socialt stöd definierades här som att man fått hjälp och stöd i arbetet när man behövde och/eller att man tyckte att det var en god sammanhållning på arbetsplatsen.



Figur 7.3.3 Andel (%) med nedsatt psykiskt välbefinnande 2002 bland *kvinnor* i olika arbetssituationer. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.



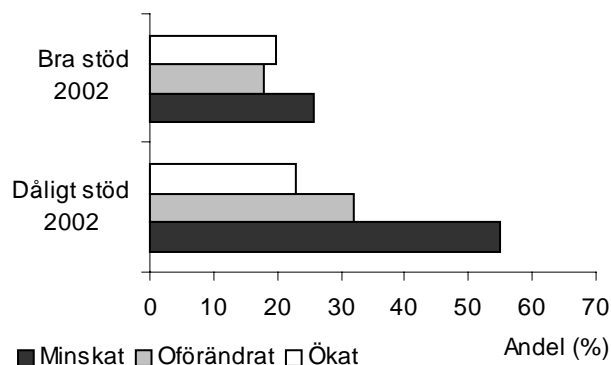
Figur 7.3.4 Andel (%) med nedsatt psykiskt välbefinnande 2002 bland *män* i olika arbetssituationer. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

### Förändrade arbetsförhållanden

Förändrade arbetsförhållanden påverkade det psykiska välbefinnandet. Bland kvinnor och män som det senaste året fått *minskade möjligheter att förena arbete med privatliv* angav 53 procent nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland dem som hade oförändrade eller hade fått förbättrade möjligheter att förena arbete med privatliv var andelen som rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande 25 respektive 28 procent. Samma mönster gällde förändringar av *inflytandet över de egna arbetsuppgifterna* och *socialt stöd*. Försämringar var förenat med en större andel som rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande.

Dåligt socialt stöd har tidigare visat sig ha samband med nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland män och kvinnor som rapporterade dåligt socialt stöd i arbetet 2002, och där stödet minskat sedan året innan, var det en betydligt högre andel som hade nedsatt psykiskt välbefinnande (55 %) än bland dem med oförändrat dåligt stöd, respektive dåligt men ändå en viss förbättring av stödet (32 % respektive 23 %, figur 7.3.5). Bland dem som hade ett bra socialt stöd år 2002 fanns det inga signifikanta skillnader mellan dem som antingen fått förbättrat, försämrat eller oförändrat stöd sedan året innan.



Figur 7.3.5 Procentuell andel med nedsatt psykiskt välbefinnande 2002 bland kvinnor och män med olika arbetsförhållanden. Standardiserat för ålder och kön.

Källa: FHE 2002, uppföljningsurveyen.

Resultaten ovan skulle kunna tolkas som att människor med nedsatt psykiskt välbefinnande i högre utsträckning beskriver sin situation i termer av försämringar, än vad personer med ett gott psykiskt välbefinnande gör. Resultaten skulle också delvis kunna förklara varför en större andel av den yrkesarbetande befolkningen rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande, trots att arbetsvillkoren generellt inte verkar ha försämrats under de senaste åren (se kapitel 5). Om en grupp redan är utsatt på ett negativt sätt, tycks relativa försämringar i arbetssituationen kunna försämra det psykiska välbefinnandet. I grupper där stödet förbättrats, trots att det fortfarande kan anses dåligt, var andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande låg, på samma nivå som bland dem med bra stöd i arbetet. En lärdom man kan dra av detta är att det är möjligt att påverka det psykiska välbefinnande genom att förbättra det sociala stödet.

### Yrkesgrupper

I detta avsnitt redovisas de andelar personer som angett nedsatt psykiskt välbefinnande, i de 43 största yrkesgrupperna. Andelarna har beräknats om mer än 35 kvinnor respektive män i den aktuella yrkesgruppen har svarat. För kvinnor var nedsatt psykiskt välbefinnande vanligast bland vårdbiträden (46 %) och för män bland manliga undersköterskor (42 %) (Tabell 7.3.2). Sedan 1998 hade andelen kvinnliga vårdbiträden med nedsatt psykiskt välbefinnande ökat med hela 18 procentenheter. Motsvarande förändring från 1998 till 2002 hos manliga undersköterskor var inte möjlig att studera då antalet svarande manliga undersköterskor var för litet 1998.

Tabell 7.3.2 Procentuell andel män och kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande i olika yrkesgrupper.

Kvinnor		Män	
Vårdbiträden	46	Undersköterskor	42
Konstnärligt arbete	44	Post- och expeditjonsarbete	33
Universitets- och högskolelärare	42	Finmekaniskt arbete	31
Journalister	40	Linjemontörer	31
Post- och expeditjonsarbete	40	Restaurangarbetare	30
Ingenjörer	39	Samhällsadministratörer	29
Religiöst arbete	39	Dataarbetare	29
Finmekaniskt arbete	39	Journalister	28
Affärsbiträden	38	Konstnärligt arbete	28
Paketeringshantering, lagerarbete mm	38	Sekreterare	27
Dataarbetare	37	Pakethantering, lagerarbete mm	27
Jurister	35	Städare m fl	25
Yrkesförare	35	Yrkesförare	25
Övrigt administrativt arbete	34	Universitets- och högskolelärare	24
Sjukgymnaster och arbetsterapeuter m fl	33	Grundskole- och gymnasielärare	24
Frisörer, skönhetsvård	33	Övrigt administrativt arbete	24
Grundskole- och gymnasielärare	32	Kommersiellt arbete	24
Undersköterskor	32	Affärsbiträden	23
Socialsekreterare, kuratorer m fl	32	Trädgårds- och lantarbetare	23
Personalarbetare	32	Grafiskt arbete	23
Kommersiellt arbete	32	Ingenjörer	22
Förskollärare, fritidspedagoger m fl	31	Elektriker	21
Företagsadministratörer	31	Jurister	20
Sjuksköterskor	30	Förskollärare, fritidspedagoger m fl	19
Redovisningsarbete	30	Religiöst arbete	19
Restaurangarbetare	30	Sjukgymnaster, arbetsterapeuter m fl	19
Städare m fl	30	Företagsadministratörer	19
Barnskötare m fl	28	Personalarbetare	19
Samhällsadministratörer	28	Fastighetsarbetare m fl	19
Sekreterare	28	Redovisningsarbete	18
Tandläkare, tandsköterskor	25	Byggnadsarbetare	18
		Verkstads- och metallarbetare	15
		Godshantering, maskinkörning	14
		Trävaruarbetare	13

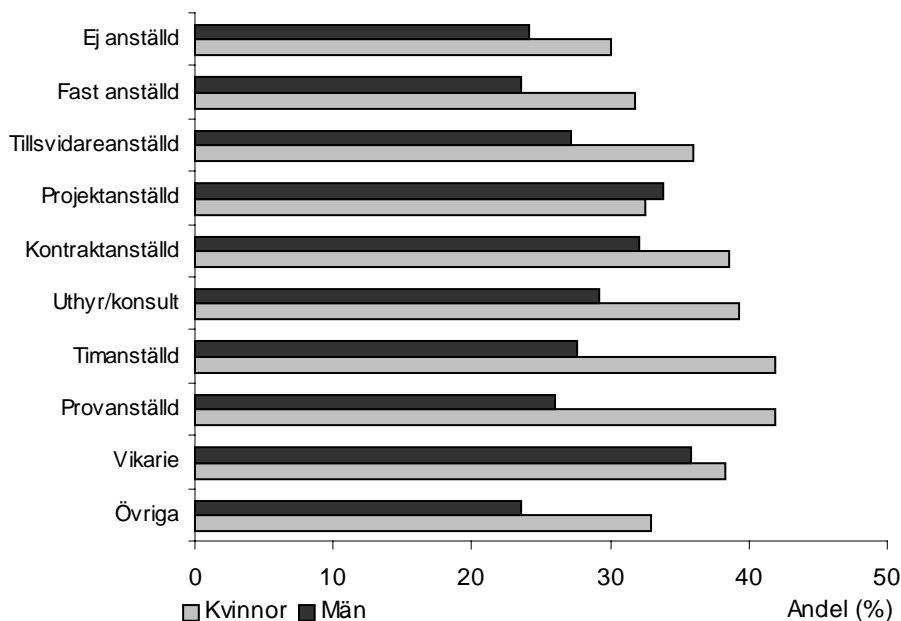
Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

De stora personalneddragningar och omfattande omorganisationer som skett inom vård och omsorg under 1990-talet och början av 2000-talet kan vara en förklaring till den höga frekvens av nedsatt psykiskt välbefinnande som uppgetts av vårdbiträden (se kapitel 11). Osäkra anställningsförhållanden är en annan förklaring. Gruppen vårdbiträden består i huvudsak av kommunalt anställda där var fjärde person har en tidsbegränsad anställning (se kapitel 5). Manliga undersköterskors nedsatta psykiska välbefinnande kan förstås utifrån att de är i minoritet i ett könssegregerat yrke och att så många som var fjärde manlig undersköterska rapporterade bristande socialt stöd. Hos post- och expeditionsarbetare fanns en hög frekvens av nedsatt psykiskt välbefinnande hos både kvinnor och män. Hos kvinnorna var detta en fördubbling av besvärshänsen sedan 1998, från 20 procent till 40 procent. Bland manliga post- och expeditionsarbetare var motsvarande besvärshökning 12 procentenheter. Stora organisationsförändringar har skett inom Posten under de senare åren, vilket delvis kan förklara den stora ökningen av nedsatt psykiskt välbefinnande inom denna yrkesgrupp.

I vissa yrkesgrupper var nedsatt psykiskt välbefinnande vanligt bland kvinnor men inte bland män, och vice versa. I några fall kan detta bero på att antalet personer i den aktuella yrkesgruppen var för få för att möjliggöra analyser. Det gällde exempelvis manliga vårdbiträden och kvinnliga linjemontörer. I andra fall kan skillnaderna ha sin grund i att män och kvinnor har samma yrkesbenämning men olika arbetsuppgifter och/eller arbetsinnehåll. De yrkesgrupper där män och kvinnor skiljde sig mest åt med avseende på andel med nedsatt psykiskt välbefinnande var undersköterskor, universitets- och högskolelärare samt de med religiöst arbete. Skillnader i arbetsvillkor undersöktes, för att ge en möjlig tolkning till skillnaden i besvär. Bland undersköterskor, där män rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande i större utsträckning än kvinnorna, upplevde fler män än kvinnor bristande socialt stöd, medan kvinnorna rapporterade höga krav i större utsträckning än männen (se kapitel 5). Kvinnliga universitets- och högskolelärare samt kvinnor med religiösa arbeten rapporterade i högre grad bristande socialt stöd än männen i samma yrken, men dessa skillnader var inte statistiskt säkerställda.

#### *Anställningsvillkor*

Det fanns ett samband mellan anställningsvillkor och nedsatt psykiskt välbefinnande (figur 7.3.6). Kvinnor med timanställning eller provanställning var den grupp som rapporterade störst andel nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland män var det dem med tillfälliga anställningsformer som vikariat, kontrakts- och projektanställningar som hade störst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande. Som tidigare har nämnts var det fler unga än äldre som led av nedsatt psykiskt välbefinnande. Många av dem med tillfälliga anställningar skulle föredra en annan anställningsform.



Figur 7.3.6 Procentuell andel med nedsatt psykiskt välbefinnande 2002 bland kvinnor och män med olika anställningsvillkor. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

### Arbets tid

Det fanns ett samband mellan nedsatt psykiskt välbefinnande och arbetstid, dvs. om omfattningen av arbetstiden överensstämde med de egna önskemålen. Av de kvinnor som var nöjda med omfattningen av arbetstiden angav 26 procent nedsatt psykiskt välbefinnande. Av dem som skulle vilja arbeta mindre alternativt mer var andelen nedsatt psykiskt välbefinnande i båda fallen över 40 procent. Bland män som var nöjda med sin arbetstid angav 20 procent nedsatt psykiskt välbefinnande. Av de som skulle vilja arbeta mindre alternativt mer var andelen 30 procent eller mer. De som ville arbeta mer utgjorde cirka tre procent av de yrkesarbetande och kan omfatta både ofrivillig deltidslöshet och deltidssjukskrivningar. Det tycks ändå som om eget val av arbetstidens omfattning gynnar det psykiska välbefinnandet.

### Lön och kontantmarginal

Flera studier visar att det har betydelse för det psykiska välbefinnandet om arbetsinsatsen motsvaras av den belöning man får tillbaka, eller om det råder obalans i detta förhållande, sk. *effort-reward imbalance* (Siegrist, 1997). Belöningen kan t.ex. vara hög status, karriärmöjligheter eller hög lön. I Folkhälsoenkäten 2002 fanns frågor om lön i förhållande till arbetsinsats. Fler kvinnor (63 %) än män (50 %) ansåg att lönen var för låg i förhållande till arbetsinsatsen. Bland dem som ansåg att lönen var för låg i förhållande till arbetsinsatsen var också den andel som uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande högre, än bland dem som hade en lön som motsvarades av arbetsinsatsen. Lönen är en faktor som påverkar individens kontantmarginal (se Begreppsförklaringar, sist i rapporten). Låg kontantmarginal har tidigare visat sig vara starkt kopplad till nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland kvinnor och bland män med låg kontantmargi-



nal rapporterade nästan varannan kvinna (46 %) och var tredje man (37 %) nedsatt psykiskt välbefinnande. Motsvarande andelar med nedsatt psykiskt välbefinnande bland dem med god kontantmarginal var 30 respektive 22 procent.

### Våld och hot om våld

Våld och hot om våld förekommer på vissa arbetsplatser, t.ex. inom socialtjänst, omsorg och bland yrkesförare. Både bland kvinnor och män rapporterade ungefär två procent att de blivit utsatta för hot om våld på arbetsplatsen. Av dessa angav så många som 46 procent av kvinnorna och 42 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. Detta var betydligt högre andelar än bland dem som inte utsatts för hot om våld.

## 7.4 Olika arbetsvillkors betydelse för tillfrisknande från nedsatt psykiskt välbefinnande

Arbetshälsorapporten 1999 visade att höga krav och bristande socialt stöd utgjorde riskfaktorer för att drabbas av nedsatt psykiskt välbefinnande. Inför denna rapport studerades istället om frånvaron av höga krav, bristande socialt stöd eller låg kontroll kunde påverka möjligheterna att tillfriskna från nedsatt psykiskt välbefinnande. Analyserna gjordes på två delurval: 1) de som rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande både 1994 och 1998. Dessa definierades som personer med *långvarigt* nedsatt psykiskt välbefinnande. 2) de som inte hade nedsatt psykiskt välbefinnande 1994 utan endast 1998. Dessa definierades som personer med *kortvarigt* nedsatt psykiskt välbefinnande.

De som haft långvarigt nedsatt psykiskt välbefinnande, dvs. både 1994 och 1998, utgjorde endast tio procent (430 st) av hela uppföljningsurvalet. De som haft kortvarigt nedsatt psykiskt välbefinnande (enbart 1998) var obetydligt fler, 14 procent (642 st). Då det inte var några stora skillnader mellan kvinnor och män och eftersom grupperna var små, analyserades män och kvinnor tillsammans.

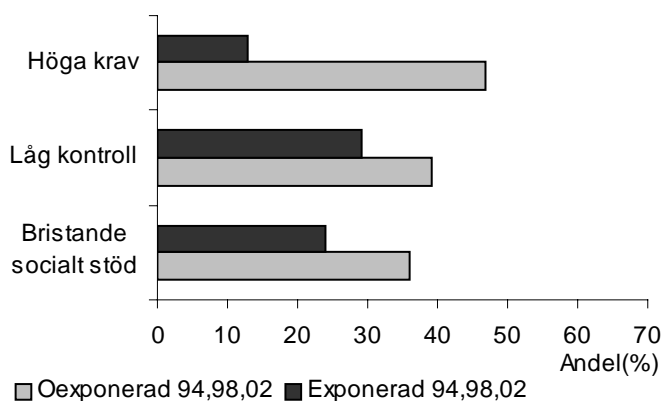
Jämförelser mellan de som haft nedsatt psykiskt välbefinnande under en längre tid och de som haft det under en kortare tid visade att det var svårare att tillfriskna ju längre tid man haft nedsatt psykiskt välbefinnande.

### *Psykosociala faktorer och tillfrisknande*

I respektive delurval identifierades två exponeringsgrupper: dels personer som varit exponerade för höga krav, låg kontroll respektive bristande socialt stöd vid samtliga tre mättillfällen 1994, 1998 och 2002 och dels personer som inte alls varit exponerade för någon av faktorerna.

Höga krav hade störst betydelse för tillfrisknandet för dem med långvarigt nedsatt psykiskt välbefinnande. Av dem som angett höga krav vid alla de tre årens undersökningar var det endast 14 procent som tillfrisknade, jämfört med 47 procent bland dem utan höga krav under hela perioden (figur 7.4.1). Låg kontroll och bristande socialt stöd visade på liknande tendenser för tillfrisknande, men dessa samband var något

svagare. I den korttidssjuka gruppen fanns liknande samband som i den långtidssjuka, dock mindre tydliga.

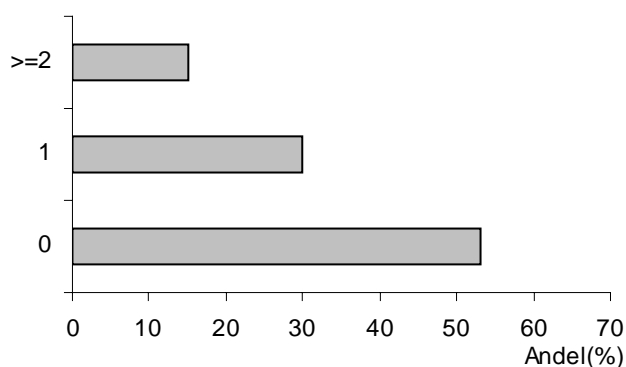


Figur 7.4.1 Procentuell andel tillfrisknade kvinnor och män (psykiskt välbefinnande 2002) bland dem med nedsatt psykiskt välbefinnande 1994 och 1998. Standardiserat för ålder och kön.

Källa: FHE 1994, 1998, 2002, uppföljningsurvalet

#### *Kombinationer av flera psykosociala faktorer*

Att vara exponerad för flera riskfaktorer kan ibland ha större betydelse än att vara exponerad för endast en i taget. Av dem som inte varit exponerade för någon av de tre faktorerna under något av åren var det mer än hälften (53 %) som hade tillfrisknat år 2002, jämfört med endast 15 procent av de som varit exponerade två eller tre faktorer samtliga år (figur 7.4.2). Av de som varit exponerade för antingen höga krav, låg kontroll eller bristande socialt stöd var det 30 procent som återhämtat sig år 2002. Ju fler ogynnsamma faktorer man var utsatt för under en längre period, desto sämre var möjligheten att tillfriskna.



Figur 7.4.2 Procentuell andel tillfrisknade kvinnor och män (psykiskt välbefinnande 2002) bland dem med nedsatt psykiskt välbefinnande 1994 och 1998, av exponerade för olika antal psykosociala faktorer (höga krav, låg kontroll och bristande socialt stöd). Standardiserat för ålder och kön.

Källa: FHE 1994, 1998, 2002, uppföljningsurvalet.

För att få en bättre bild av vad som främst bidragit till tillfrisknande har de aktuella variablerna analyserats samtidigt med hjälp av multivariata metoder (se Begreppsdefinitioner, sist i rapporten). Resultaten av analyserna beskrivs som *relativa chanser* för att man år 2002 skulle ha tillfrisknat från nedsatt psykiskt välbefinnande. Dessa relativa chanser är förenade med olika arbets- och livsvillkor, där varje enskild relativ chans är justerad för alla de övriga variabler som ingår i analysen. I analyserna har arbetsvillkoren höga krav, låg kontroll och bristande socialt stöd ingått. Dessa villkor skulle ha rapporterats vid samtliga tre undersökningstillfällen, för att få ingå i analysen. De livsvillkor som har ingått i analyserna, eftersom de har ansetts ha betydelse för att tillfriskna, var kontantmarginal, personligt stöd för att klara av personliga problem och att de inte vårdade sjuk eller gammal anhörig. Dessa villkor användes bara som de rapporterades år 2002.

Chansen att tillfriskna från långvarigt nedsatt psykiskt välbefinnande var tre gånger så stor om man inte hade varit exponerad för någon av de tre negativa arbetsvillkoren ovan, jämfört med om man hade varit det (tabell 7.4.2). Chansen till tillfrisknande var en och en halv gång så stor om man bara varit exponerad för *ett* negativt arbetsvillkor än om man varit exponerad för *två* eller *fler*. Dessa samband kunde man se även då man tagit hänsyn till faktorer utanför arbetet som också kan ha betydelse för tillfrisknande, såsom god kontantmarginal, personligt stöd eller att man inte vårdade sjuk eller gammal anhörig. Arbetsituationen var alltså viktig för tillfrisknandet.

Tabell 7.4.2 Relativa chanser för att tillfriskna (ha psykiskt välbefinnande 2002) för dem med nedsatt psykiskt välbefinnande 1994 och 1998 inom grupper av arbets- och livsvillkor 1994, 1998 och 2002.

Arbets- och livsvillkor	Relativ chans	(95%KI)
Exponerad för minst två av de tre variablerna höga krav, låg kontroll och bristande socialt stöd under 1994, 1998 och 2002	1.0	
Exponerad för en av de tre variablerna höga krav, låg kontroll och bristande socialt stöd under 1994, 1998 och 2002	1.5	(0.7-3.3)
Ej exponerad för någon av de tre variablerna höga krav, låg kontroll och bristande socialt stöd under 1994, 1998 och 2002	3.4	(1.5-7.4)
Har kontantmarginal	1.6	(0.8-3.3)
Har personligt stöd	2.2	(1.0-4.6)
Vårdar ej sjuk eller gammal anhörig	3.1	(1.1-8.7)

Källa: FHE 1994, 1998, 2002, uppföljningsurvalet.

## 7.5 Sammanfattning

- Nedsatt psykiskt välbefinnande var vanligt i den arbetande befolkningen (28 %), men än mer vanligt förekommande bland de ej yrkesverksamma (44 %)
- I den arbetande befolkningen har nedsatt psykiskt välbefinnande ökat med 10 procentenheter under perioden 1994 till 2002. Detta motsvarar ungefär 118 000 personer i Stockholms län
- I den yrkesarbetande befolkningen var nedsatt psykiskt välbefinnande vanligare hos kvinnor än hos män, vanligare hos yngre än hos äldre och lika vanligt hos arbetare som hos tjänstemän
- Nedsatt psykiskt välbefinnande var något vanligare bland dem med tidsbegränsade anställningar än bland dem med fast anställning
- Kvinnliga vårdbiträden och manliga undersköterskor var de yrkesgrupper där flest rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande
- Nedsatt psykiskt välbefinnande var vanligare bland dem som hade bristande socialt stöd i arbetet än bland dem med tillräckligt stöd. Detta gällde oavsett vilken kombination av krav och kontroll arbetet hade i övrigt
- Möjligheten att tillfriskna från långvarigt nedsatt psykiskt välbefinnande var bättre ju färre negativa psykosociala arbetsvillkor man varit utsatt för

## 8. Besvär i rörelseorganen och nedsatt psykiskt välbefinnande

Ibland uttrycks uppfattningen att personer som har besvär i rörelseorganen ofta även lider av nedsatt psykiskt välbefinnande, dvs. att de fysiska och de psykiska besvären skulle kunna vara två sidor av samma mynt. I själva verket är det en mycket liten andel av den arbetande befolkningen som samtidigt lider av båda typerna av besvär. Detta trots att besvär i rörelseorganen och nedsatt psykiskt välbefinnande är de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivningar och förtidspensioner<sup>3</sup>. I detta kapitel beskrivs eventuella samband mellan besvär i rörelseorganen och nedsatt psykiskt välbefinnande. Besvär i rörelseorganen definieras här som att individen upplevt besvär i nacke/skuldror/ländrygg minst ett par dagar i veckan under de senaste 6 månaderna. För definition av nedsatt psykiskt välbefinnande, se kapitel 7.

Det stora flertalet, 61 procent av de yrkesarbetande männen och 47 procent av kvinnorna, uppgav att de vare sig hade besvär i ländrygg/nacke/skuldror eller nedsatt psykiskt välbefinnande (figur 8.2.1).

Det var ungefär lika vanligt med besvär i nacke/skuldror/ländrygg som att ha nedsatt psykiskt välbefinnande. Nära var femte kvinna och sjätte man uppgav att de led av ett av dessa besvär, men ej av båda. Enbart kroppsliga besvär var vanligare hos arbetare än hos tjänstemän medan enbart nedsatt psykiskt välbefinnande var vanligare hos tjänstemän (tabell 8.2.1). Skillnaderna i förekomst av kroppsliga och psykiska besvär mellan arbetare och tjänstemän var mer uttalad hos män än hos kvinnor.

### 8.1 Kombinationsbesvär

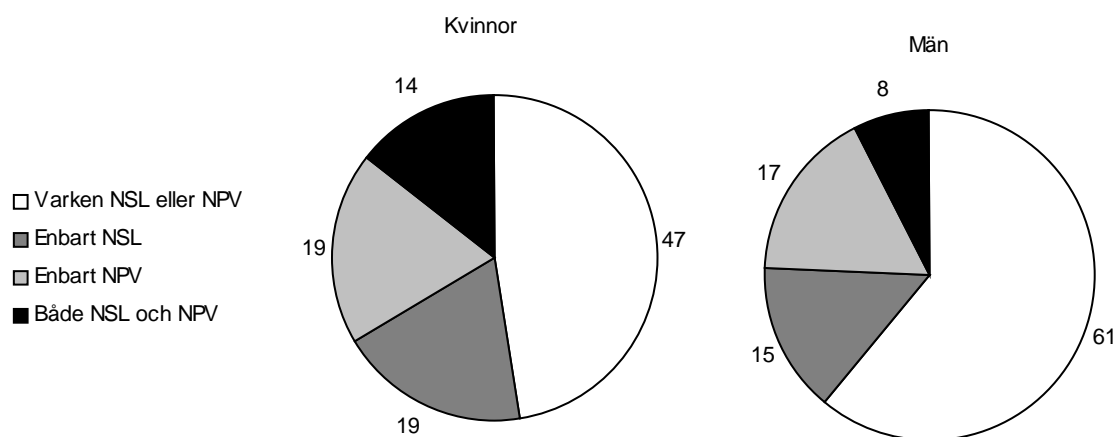
Att ha både kroppsliga och psykiska besvär var ovanligt. Speciellt gällde detta män, där endast 8 procent uppgav detta, jämfört med 14 procent bland kvinnor. Bland dem med både kroppsliga och psykiska besvär var det vanligare med kombinationen nacke/skulderbesvär och nedsatt psykiskt välbefinnande än med kombinationen ländryggsbesvär och nedsatt psykiskt välbefinnande. Detta gällde både kvinnor och män. Andelen män med kombinationsbesvär var låg både hos arbetare och hos tjänstemän medan den var högre hos kvinnor, framför allt hos kvinnliga arbetare.

---

<sup>3</sup> Från och med den 1 januari 2003 har benämningen "förtidspension" ändrats till att benämnas "sjukersättning"

## 8.2 Sjukfrånvaro

Längre sjukskrivning, mer än 30 dagar de senaste 12 månaderna, var betydligt vanligare om man hade både besvär i nacke/skuldror/ländrygg och nedsatt psykiskt välbefinnande än om man enbart hade en typ av besvär (figur 8.2.2). Det var ungefär lika vanligt med längre sjukskrivning bland dem som endast hade kroppsliga besvär som bland dem med enbart psykiska besvär. När det gäller kortare sjukskrivning (1-7 dagar de senaste 12 månaderna) kunde man inte se någon skillnad mellan de fyra grupperna.



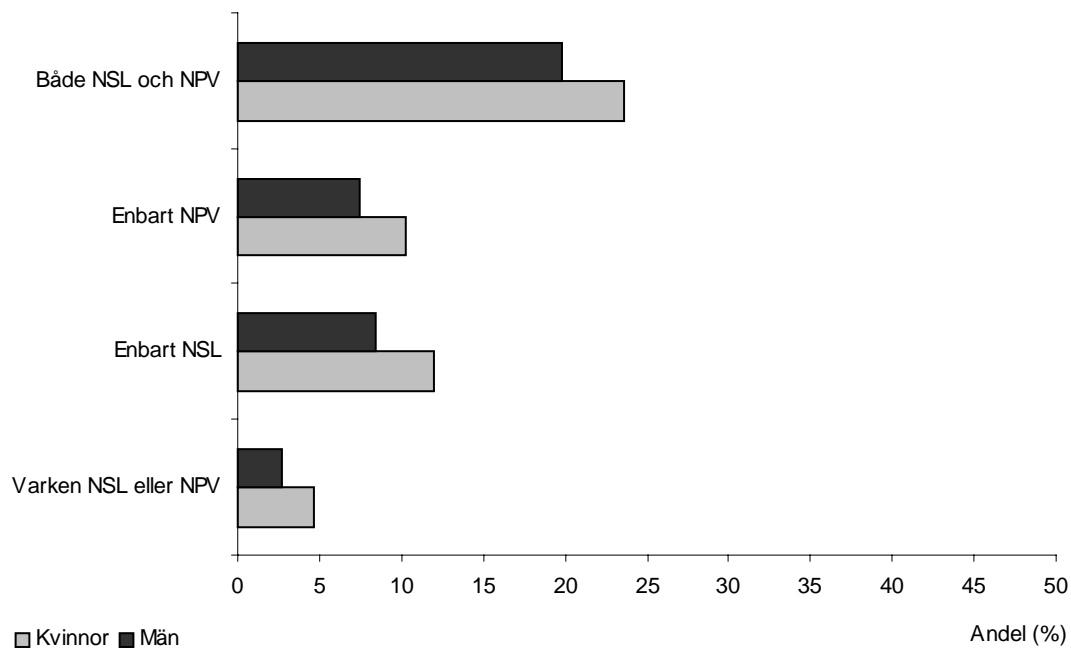
Figur 8.2.1 Andel (%) kvinnor och män utan och med besvär i nacke/skuldror/ländrygg (NSL) och/eller nedsatt psykiskt välbefinnande (NPV). Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

Tabell 8.2.1 Andel (%) arbetare, tjänstemän och egna företagare utan och med besvär i nacke/skuldror/ländrygg/ (NSL) och/eller nedsatt psykiskt välbefinnande (NPV). Standardiserat för ålder.

	Arbetare		Tjänstemän		Företagare	
	Kv	M	Kv	M	Kv	M
Varken NSL eller NPV	45	57	49	63	57	56
Enbart NSL	22	21	19	12	11	27
Enbart NPV	16	13	19	18	16	10
Både NSL och NPV	18	9	13	6	15	8

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

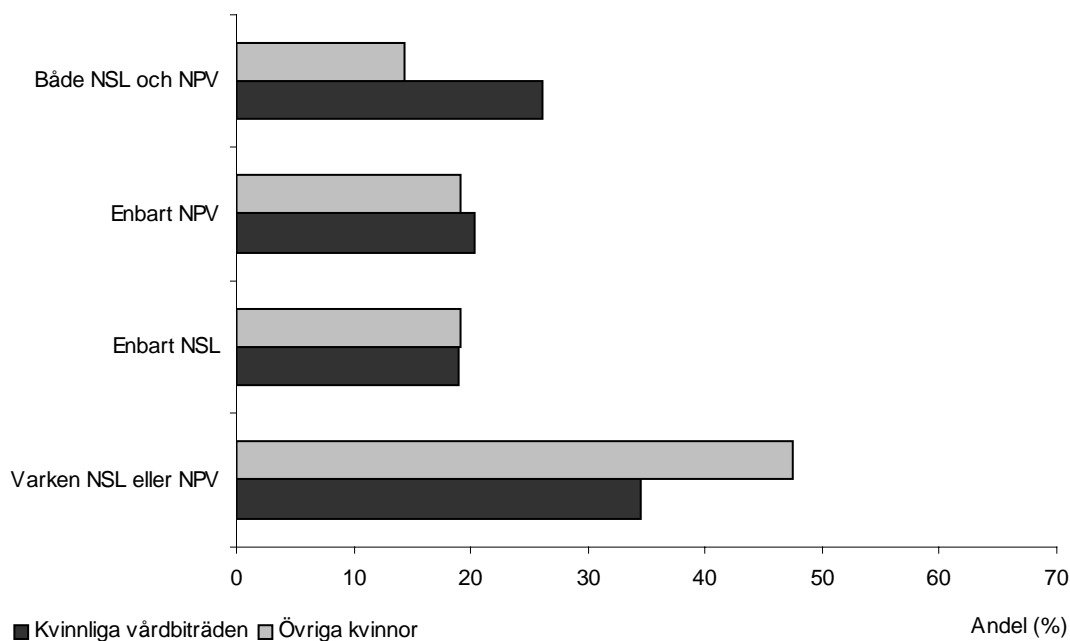


Figur 8.2.2 Förekomst av sjukskrivning mer än 30 dagar de senaste 12 månaderna bland kvinnor och män utan och med besvär i nacke/skuldror/ländrygg (NSL) och/eller nedsatt psykiskt välbefinnande (NPV). Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

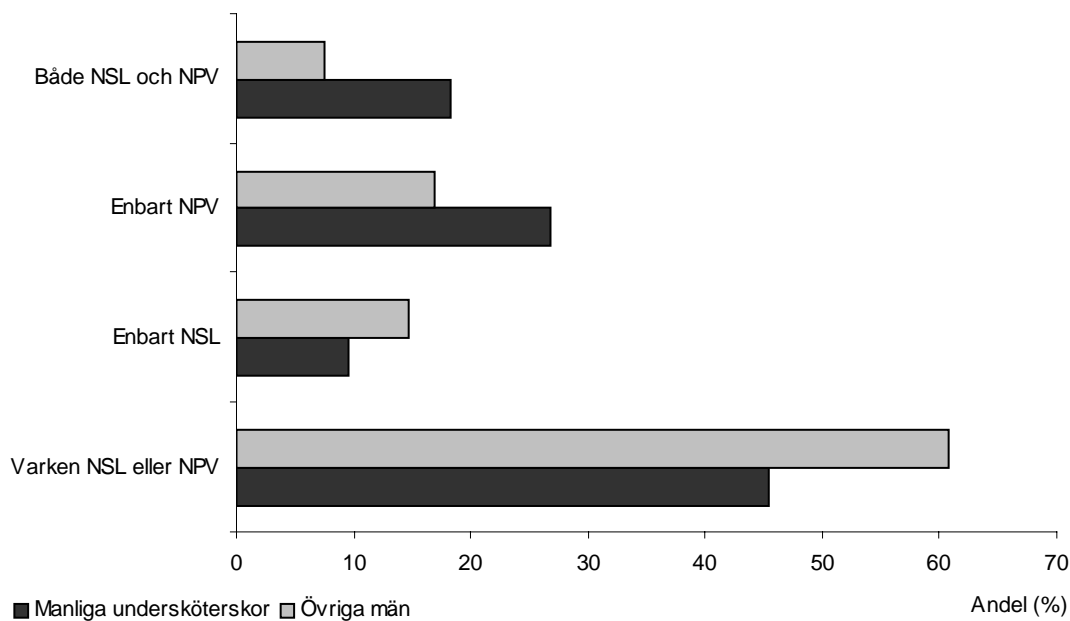
### 8.3 Yrkesgrupper

Bland kvinnor var vårdbiträden den yrkesgrupp där det var vanligast att samtidigt ha nedsatt psykiskt välbefinnande och besvär i nacke/skuldror/ländrygg. Mer än var fjärde av dessa kvinnor uppgav kombinationsbesvär (figur 8.3.1). Endast var tredje kvinnligt vårdbiträde hade inte något av dessa besvär. Manliga vårdbiträden var för få för att några analyser skulle kunna göras. Bland män var kombinationsbesvär generellt sett mycket ovanligt, men den yrkesgrupp där det förekom oftast var bland manliga undersköterskor (figur 8.3.2).



Figur 8.3.1 Andel (%) utan och med besvär i nacke/skuldror/ländrygg (NSL) och/eller nedsatt psykiskt välbefinnande (NPV) bland kvinnliga vårdbiträden och övriga yrkesarbetande kvinnor. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.



Figur 8.3.2 Andel (%) utan och med besvär i nacke/skuldror/ländrygg (NSL) och/eller nedsatt psykiskt välbefinnande (NPV) bland manliga undersköterskor och övriga yrkesarbetande män. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.



## 8.4 Sammanfattning

- Det var endast en liten andel kvinnor, och ännu färre män, som både hade besvär i nacke/skuldror/ländrygg och nedsatt psykiskt välbefinnande. De flesta rapporterade *antingen* besvär i rörelseorganen *eller* nedsatt psykiskt välbefinnande, men inte *både och*
- Längre sjukskrivning, mer än 30 dagar de senaste 12 månaderna, var betydligt vanligare i den grupp som hade både besvär i nacke/skuldror/ländrygg *och* nedsatt psykiskt välbefinnande
- Kvinnliga vårdbiträden var den grupp där det var vanligast att ha besvär i nacke/skuldror/ländrygg och samtidigt nedsatt psykiskt välbefinnande. Mer än var fjärde av dessa kvinnor uppgav sådana kombinationsbesvär

## 9. Handeksem

En person som får handeksem genom sitt arbete kan ibland bli tvungen att byta yrke, eftersom eksemet gör det svårt att fortsätta arbeta under samma förhållanden som tidigare. Det är i stor utsträckning känt vilka faktorer som orsakar och försämrar handeksem. Därmed finns goda förutsättningar för att relevanta förebyggande åtgärder ska kunna vidtas. Exempel är strukturella åtgärder (lagar och regler om arbetsmiljö och kemikalier), åtgärder på arbetsplatser för att minska skadlig hudexponering (bl.a. tekniska åtgärder och val av produkter och arbetsmaterial), och individuella åtgärder (framför allt rätt användning av skyddshandskar och förebyggande hudvårdsprogram). Förbättrad medicinsk yrkesvägledning kan bidra till att personer med ökad risk för handeksem undviker olämpliga yrkesval. Mycket av detta görs redan i viss utsträckning, men insatserna bör utökas och förbättras.

### 9.1 Vad är handeksem?

Eksem är den vanligaste allergisjukdomen i huden. Det finns olika typer av eksem, som också kan sitta på olika ställen på kroppen. Händerna är den vanligaste lokaliseringen för arbetsrelaterat eksem och cirka tio procent av Sveriges befolkning har handeksem någon gång under ett år. Handeksem innebär rodnad, klåda, blåsor, fjällning och sprickor på fingrar, handflator, handryggar. Det orsakas och försämras ofta av faktorer i arbetsmiljön. Kontakteksem på händerna är den vanligaste arbetsrelaterade hudsjukdomen.

### 9.2 Riskyrken för handeksem

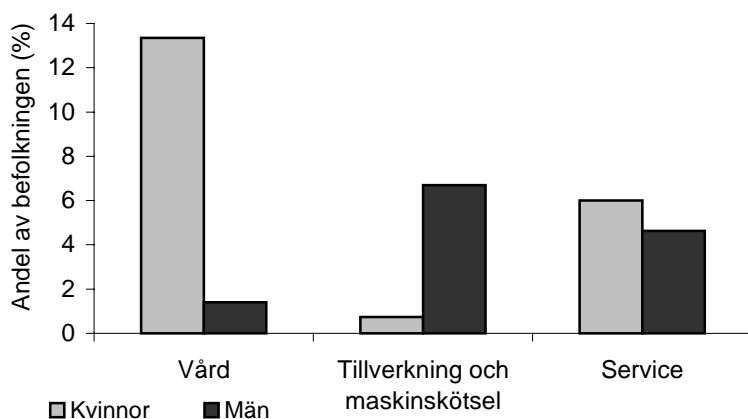
Det finns en starkt ökad risk för handeksem i arbeten som innebär kontakt med tvål, vatten, lösningsmedel och andra hudirriterande ämnen. Hudkontakt med olika allergiframkallande ämnen kan ge handeksem på grund av kontaktallergi. Nickel, krom i bl.a. cement och läder, konserveringsmedel och parfymämnen i många olika typer av produkter, gummikemikalier och vissa plastämnen är de vanligaste orsakerna till kontaktallergi. Nötning, kyla och andra fysikaliska faktorer kan irritera huden och orsaka eller försämma handeksem. Riskyrken för handeksem finns framför allt inom tre sektorer - vård, tillverkning och service (tabell 9.2.1).

Tabell 9.2.1 Exempel på riskyrken för handeksem inom olika sektorer.

Vård	Barnskötare, läkare, sjuksköterskor, tandläkare, tandsköterskor, undersköterskor, veterinärer, vårdbiträden m.fl.
Tillverkning och maskinskötsel	Arbetare i kemisk industri, arbetare i livsmedelsindustri, bagare, betongarbetare, bilmekaniker, maskinmontörer, målare, murare, rörarbetare, tandtekniker, tryckeriarbetare, verkstadsmekaniker m.fl.
Service	Fastighetsarbetare, frisörer, kallskänkor, kockar, köksbiträden, städare m.fl.

Källa: Arbetarskyddsstyrelsen 1994

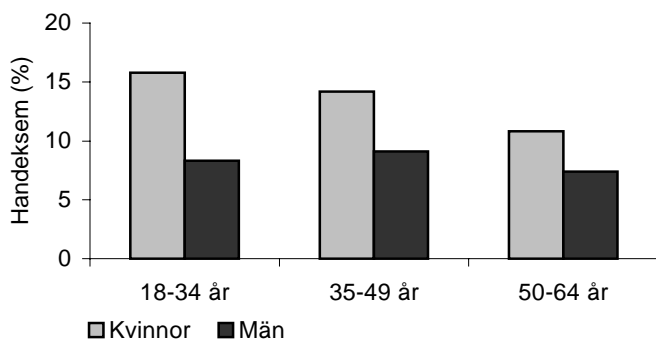
Sjuttio procent av befolkningen i Stockholms län i åldern 18-64 år arbetade år 2002 i yrken som innebär stor risk för handeksem (figur 9.2.1). En stor majoritet av dessa var kvinnor, framför allt inom vårdsektorn. Det bör påpekas att inte alla yrken inom vården, men många, innebär stor risk för handeksem.



Figur 9.2.1 Andel (%) av befolkningen i åldern 18-64 år som arbetar i yrken som innebär stor risk för handeksem (enligt tabell 9.2.1), uppdelat på kvinnor och män.

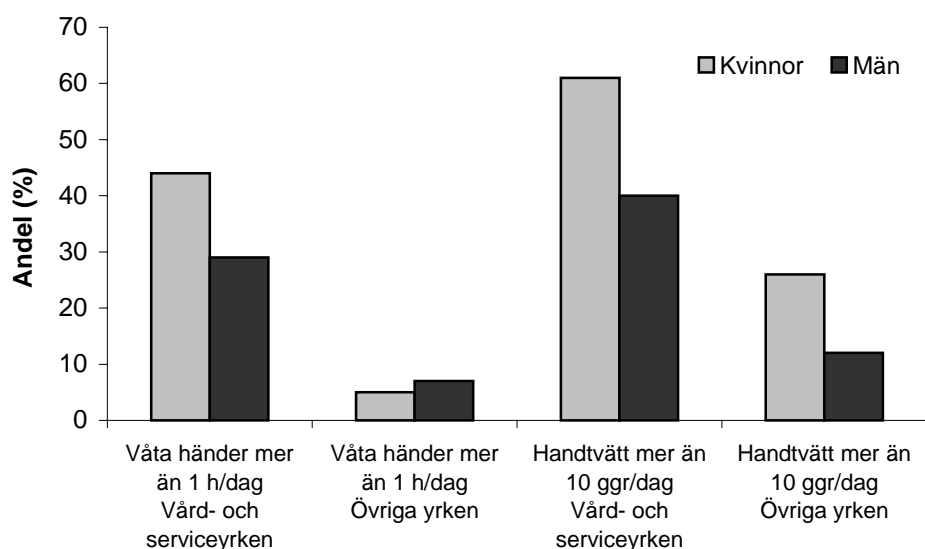
Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

Det är sedan tidigare känt att handeksem är vanligare hos kvinnor än hos män. År 2002 rapporterade 14 procent av kvinnorna och 8 procent av männen att de hade handeksem. Det var betydligt vanligare hos yngre än hos äldre kvinnor. Allra vanligast var handeksem hos kvinnor i åldern 18-34 år (figur 9.2.2). En orsak till den ojämlika fördelningen är att yngre kvinnor utsätter händerna för kontakt med hudirriterande faktorer, framför allt våtarbete, i större utsträckning än övriga grupper (figur 9.2.3). Det gäller exponering både i arbetslivet och i hemmet. Nickelallergi, som är mycket vanligare hos kvinnor, är en annan viktig orsak till att kvinnor oftare än män har handeksem.



Figur 9.2.2. Andel (%) kvinnor och män som angav att de hade haft handeksem vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.



Figur 9.2.3 Andel (%) kvinnor och män som uppgav hudbelastning på händerna i vissa vård- och serviceyrken med stor risk för handeksem (se tabell 9.1.1) och i övriga yrken.

Källa: FHE 1998, slumpurvalet.

Ännu vanligare var handeksem hos dem som arbetade i riskyrken för handeksem, och i denna grupp framför allt hos de yngre kvinnorna, av vilka var femte hade handeksem (tabell 9.2.2).

Tabell 9.2.2 Andel (%) kvinnor och män som hade haft handeksem vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna av dem som arbetade i riskyrken för handeksem (se tabell 9.2.1) och i övriga yrken.

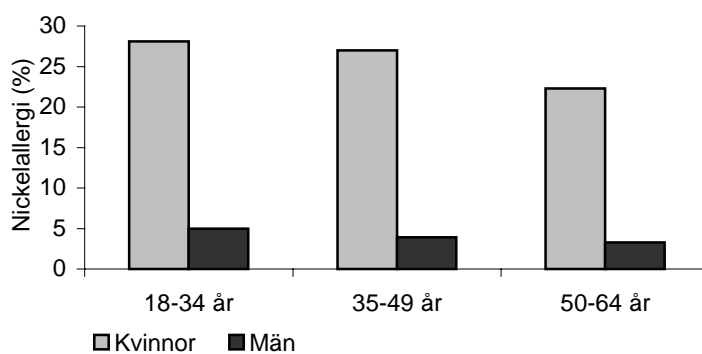
Ålder (år)	Riskyrke för handeksem		Övriga yrken	
	Kvinnor (%)	Män (%)	Kvinnor (%)	Män (%)
18-34	20	13	15	8
35-49	16	10	13	9
50-64	11	7	10	7

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

### 9.3 Nickelallergi och handeksem

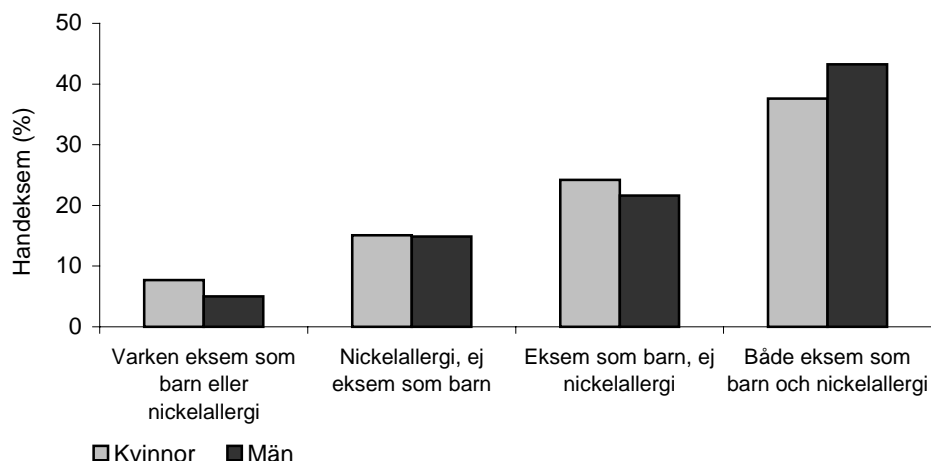
Nickel är den vanligaste orsaken till kontaktallergi. Flera nordiska studier har visat att cirka 15 procent av kvinnorna och 2-5 procent av männen är allergiska mot nickel. Nickelallergiska personer har handeksem oftare än andra. Handeksem vid nickelallergi kan bli kroniskt och svårbehandlat. EU:s nickeldirektiv som gäller sedan 2001 begränsar nickel i vissa föremål som har direkt och långvarig kontakt med huden, med syfte att förebygga nickelallergi och eksem. Verktyg, handtag, mynt och andra föremål som avger mycket nickel omfattas inte av nickeldirektivet, men bidrar till att nickelallergiska personer får handeksem.

År 2002 rapporterades nickelallergi av 26 procent av kvinnorna och fyra procent av männen. Nickelallergi var vanligare hos de yngre än hos de äldre kvinnorna (figur 9.3.1), men skillnaden var inte så uttalad som ofta görs gällande. Handeksem var vanligare hos både kvinnor och män som rapporterade nickelallergi jämfört med dem som inte hade nickelallergi. Nästan hälften av dem som rapporterade både nickelallergi och eksem som barn, hade handeksem (figur 9.3.2).



Figur 9.3.1 Andel (%) kvinnor och män som angav att de var allergiska eller överkänsliga mot nickel.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.



Figur 9.3.2 Andel (%) kvinnor och män som har haft handeksem någon gång de senaste 12 månaderna bland dem som haft eksem som barn eller som har nickelallergi.

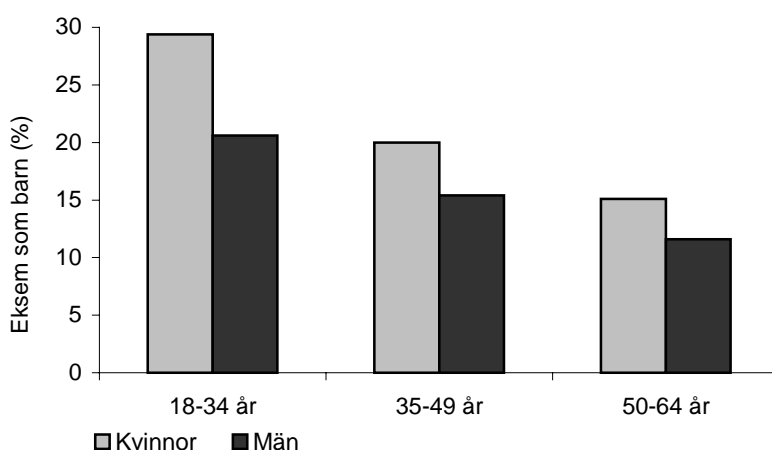
Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

EU:s nickeldirektiv begränsar bland annat hur mycket nickel som får avges från smycken, klockor, knappar och vissa andra konsumentprodukter. I Danmark, som har haft en liknande begränsning sedan mer än 10 år, har antalet nya fall av nickelallergi visat en tendens att minska. Även handeksem hos personer som är allergiska mot nickel har minskat. Det är därför sannolikt att problemen med nickelallergi inom en snar framtid kommer att minska också här.

#### 9.4 Barneeksem och handeksem

Eksem som har samband med ärftlig eksemnagenhet (atopiskt eksem, barneeksem, böjveckseksem) blir allt vanligare. Flera studier har visat att närmare 20 procent av dagens skolbarn har sådant eksem. Orsaken till ökningen är inte känd, men mycket talar för att miljöfaktorer har betydelse. Det är känt att den som har haft atopiskt eksem som barn, har känsligare hud än andra också i vuxen ålder, och därigenom löper ökad risk för att få handeksem. Det gäller framför allt dem som utsätter huden för påfrestningar genom våtarbete och nötning på huden.

Andelen kvinnor och män i åldern 18-64 år, som 2002 rapporterade att de hade haft eksem som barn, var 22 respektive 16 procent. Siffrorna var högre för de yngre åldersgrupperna (figur 9.4.1). Handeksem var mycket vanligare hos dem som hade haft eksem som barn än hos övriga. Bland dem som också hade nickelallergi var handeksem ännu vanligare (figur 9.4.2).



Figur 9.4.1 Andel (%) kvinnor och män som angav att de hade haft eksem som barn.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

## 9.5 Sjukskrivning och nedsatt psykisk hälsa

Handeksem kan orsaka kroniska besvär och sjukskrivning. Detta är känt från kliniska och epidemiologiska studier och från arbetsskadestatistik. Under senare år har det också uppmärksamats att den hälsorelaterade livskvaliteten påverkas negativt av handeksem.

Personer med handeksem rapporterade år 2002, i större omfattning än personer utan handeksem, att de hade varit sjukskrivna. De hade också nedsatt psykiskt välbefinnande i betydligt större utsträckning (tabell 9.5.1). Förutom att handeksem i sig innebär problem av olika slag, arbetar många av dem som drabbas av handeksem inom vård- och omsorg, som städare, etc. Det är arbetsområden där även negativa fysiska och psykosociala arbetsvillkor kan inverka på det psykiska välbefinnandet (se kapitel 6 och 7).

Tabell 9.5.1 Andel (%) personer som uppgav sjukskrivning eller nedsatt psykiskt välbefinnande bland dem som haft, eller inte haft handeksem vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna.

	Sjukfrånvaro en eller flera gånger under de senaste 12 månaderna (%)	Nedsatt psykiskt välbefinnande (%)
Har haft handeksem	64	42
Har inte haft handeksem	57	30
Samtliga	58	32

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

## 9.6 Sammanfattning

- Nära en femtedel (17 %) av befolkningen arbetar i yrken där arbetsförhållandena medför en stor risk för att få handeksem. Riskyrken finns framför allt inom vården, tillverknings- och servicesektorerna
- Fjorton procent av kvinnorna och åtta procent av männen i åldern 18-64 år har handeksem någon gång under ett år. Handeksem är vanligast hos yngre kvinnor, och särskilt hos dem som arbetar i riskyrken
- Riskfaktorer för handeksem är våtarbete, nickelallergi och att ha haft barneksem. Tjugosex procent av kvinnorna och fyra procent av männen uppgav att de var allergiska mot nickel. Tjugotvå procent av kvinnorna och 16 procent av männen uppgav att de hade haft barneksem
- Personer med handeksem hade nedsatt psykiskt välbefinnande i större utsträckning än andra yrkesarbetande, och de var även oftare sjukskrivna



## 10. Allergiska besvär från luftvägarna

Allergirelaterade luftvägsbesvär är mycket vanligt, men leder inte så ofta till sjuk-skrivning. Däremot kan det i allra högsta grad påverka, och påverkas av, yrkeslivet. Allergirelaterade luftvägsbesvär innebär astma eller problem med rinnande, kliande näsa och ögon under pollensäsongen eller vid kontakt med irriterande ämnen.

### 10.1 Förekomst av allergirelaterade luftvägsbesvär

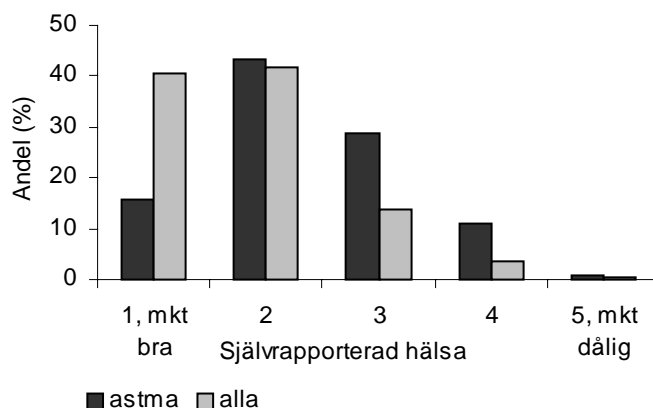
Hela 42 procent av kvinnorna och 37 procent av männen rapporterade 2002 att de hade allergirelaterade luftvägsbesvär. Var femte av dessa rapporterade problem med astma, en sjukdom som är tydligt kopplad till sänkt livskvalitet. Under perioden 1994-2002 var andelen med allergirelaterade luftvägsbesvär mer eller mindre oförändrad, men däremot ökade förekomsten av självrapporterad astma med 3 procentenheter för kvinnor och 2 procentenheter för män (tabell 10.1.1). Ökningen kan tyckas liten, men innebär att Stockholms län på åtta år har fått nästan 29 000 nya astmatiker bland de yrkesarbetande.

Tabell 10.1.1 Förändring i förekomst av självrapporterade allergirelaterade luftvägsbesvär och astma, för män och kvinnor under perioden 1994-2002.

	Allergirelaterade luftvägsbesvär		Astma	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1994	37%	44%	5%	7%
2002	37%	42%	7%	10%

Källa: FHE 1994 och 2002, slumpurvalet.

När unga män mönstrade i början av 1970-talet fick de skatta sin hälsa på en femgradig skala från "mycket bra" till "mycket dålig". Astmatiker skattade då sin hälsa som att den var betydligt sämre än genomsnittet (figur 10.1.1).



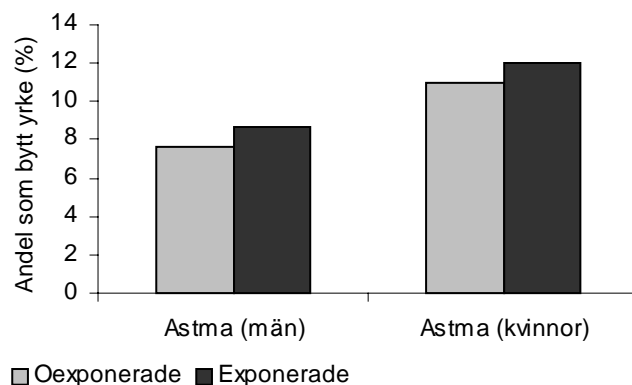
Figur 10.1.1 Självrapporterad hälsa hos värnpliktiga (1969-70) på en 5-gradig skala, från "mycket bra" till "mycket dålig". Andel (%) personer med astma respektive hela gruppen.

Källa: Värnpliktsmaterialet.

## 10.2 Luftvägsallergi och luftföroreningar i arbetslivet

Att astma har ökat i befolkningen innebär också att det finns allt fler med luftvägsbesvär på våra arbetsplatser. Detta ställer högre krav på god luftkvalitet på arbetsplatserna för att förhindra att de anställda får astmabesvär på arbetet. År 2002 hade 4 procent av kvinnorna och 11 procent av männen arbeten där de var utsatta för exponeringar som är irriterande för luftvägarna. I yrken med exponering för luftföroreningar fanns det proportionellt fler som rapporterade problem med astma än i oexponerade yrken (figur 10.2.1). Samma förhållande gällde för kvinnor med allergirelaterade luftvägsbesvär. Detta trots att man kan anta att de som upplever besvär i högre utsträckning byter miljö.

Personer med allergirelaterade luftvägsbesvär bytte yrke i något större utsträckning jämfört med de som inte hade dessa besvär. I yrken med exponering för luftföroreningar bytte personer med allergibesvär yrke mycket oftare än de som inte hade några besvär. I oexponerade yrken var yrkesbyten lika vanligt oavsett om man hade besvär eller inte.



Figur 10.2.1 Andel kvinnor och män med självrapporterad astma inom oexponerade och exponerade yrken 2002.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

### 10.3 Sammanfattning

- Allergiska besvär från luftvägarna är vanligt. Fyrtiotvå procent av kvinnorna och 37 procent av männen rapporterade 2002 att de hade allergirelaterade luftvägsproblem. Var femte av dessa rapporterade problem med astma, en sjukdom som är tydligt kopplad till sänkt livskvalitet
- Från 1994 till 2002 ökade astmaförekomsten med 3 procentenheter för kvinnor och 2 procentenheter för män i den yrkesarbetande befolkningen i Stockholms län, vilket motsvarar nästan 29 000 personer
- Fyra procent av kvinnorna och 11 procent av männen fanns i arbeten med luftvägsirriterande exponeringar. I yrken med där detta förekommer finns fler med allergirelaterade luftvägsbesvär än i oexponerade yrken
- Personer med allergirelaterade luftvägsbesvär byter arbete oftare än besvärsfria. I yrken där luftföroreningar förekommer byter de med allergirelaterade luftvägsbesvär arbete mycket oftare än de som inte har besvär. I yrken utan luftföroreningar är yrkesbyten lika vanligt oavsett om man har luftvägsbesvär eller inte

## 11. Arbete i vård, omsorg och skola

Yrkesarbetande inom vård, omsorg och skola utgjorde år 2002 en dryg femtedel av de yrkesarbetande i Stockholms län. Det är sedan tidigare känt att dessa verksamhetsområden varit särskilt utsatta i arbetslivet. Framför allt har kvinnor i offentlig sektor utpekats som en riskgrupp för arbetsrelaterad ohälsa.

### 11.1 Aktuella yrkesgrupper inom vård, omsorg och skola

Bland de yrkesarbetande inom vård, omsorg och skola arbetade de flesta (drygt 90 %) som anställda. Av dessa var de flesta (ca 80 %) tillsvidareanställda. Fyra procent skötte eget eller delägt företag och 5 procent var tjänstlediga. Av personalen inom vård, omsorg och skola arbetade relativt få, en femtedel av kvinnorna och en tredjedel av männen, inom privat sektor. Majoriteten arbetade i offentlig sektor.

I detta kapitel redovisas endast resultat för de personer som i sitt arbete har direkt kontakt med patienter, vårdtagare, klienter eller elever. *Vårdgruppen* innefattar läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, sjukvårdsföreståndare, laboratorieassistenter, medicinsk-tekniska assistenter, mentalskötare, undersköterskor, sjukvårdsbiträden, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och psykologer. *Omsorgsgruppen* innefattar vårdbiträden, hemvårdare, föreståndare/ledare inom barn-, ungdoms-, äldre och handikappomsorg, föreståndare och vårdare för psykiskt utvecklingsstörda, socialsekreterare, kuratorer, förskollärare, fritidsledare och barnskötare. *Skolgruppen* innefattar skolledare, lärare inom grundskola och gymnasium samt universitets- och högskolelärare. Jämförelser har gjorts med övriga yrkesarbetande, dvs. de som har arbeten utanför vård, omsorg och skola.

Inom dessa tre verksamhetsområden arbetade en övervägande andel kvinnor (ca 80 %). Kvinnodominansen var dock större inom vård och omsorg än inom skolan. Personalen inom vård, omsorg och skola var genomsnittligt något äldre än inom andra yrken, med undantag av gruppen män inom omsorgen (tabell 11.1.1). Den andel av de yrkesarbetande som var äldre än 50 år var större i skolgruppen än i vård- och omsorgsgrupperna. I alla grupper var medelåldern ungefär densamma för kvinnor och män.

Tabell 11.1.1 Medelålder (år) hos kvinnor och män inom vård, omsorg och skola jämfört med andra yrken.

	Vård	Omsorg	Skola	Övriga
Kvinnor	43	43	45	42
Män	44	41	46	43

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

## 11.2 Personalförändringar i landsting och kommuner

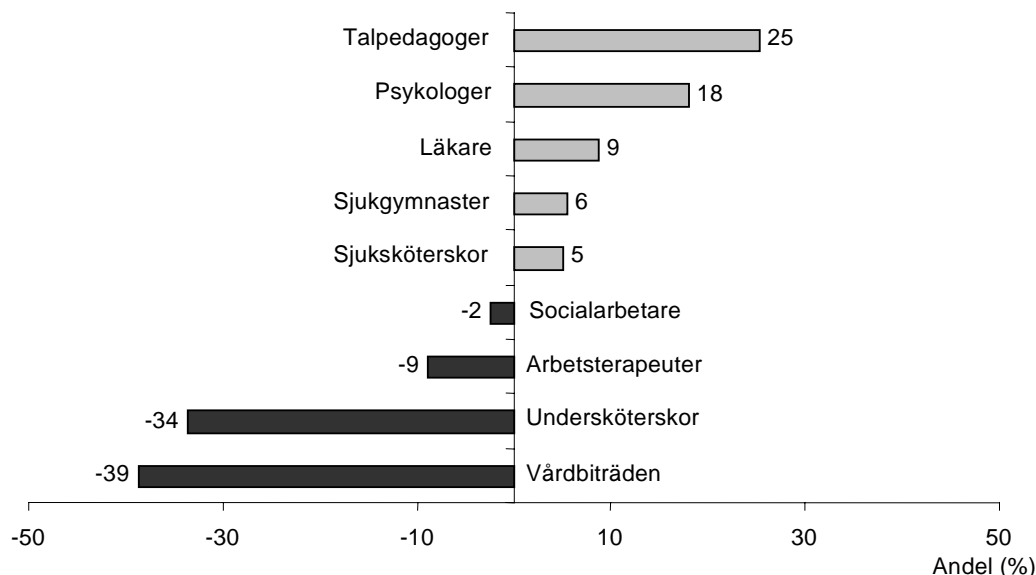
År 1999 arbetade en tredjedel av alla kommunalanställda och två tredjedelar av alla landstingsanställda i Sverige inom vård- och omsorgsverksamhet. I Stockholms län fanns det då 12 undersköterskor och vårdbiträden per 1000 invånare, vilket var lägre än i övriga Sverige där antalet var 18 (tabell 11.2.1).

Tabell 11.2.1 Antal årsarbetare i vissa yrken i vård och omsorg per 1000 invånare 1999. Stockholms län jämfört med övriga Sverige.

	Under- sköterskor Vård- biträden	Sjuk- sköterskor	Specialist- läkare	Sjukgymnaster Arbetsterapeuter	Övrig personal	Totalt
Stockholms län	12	6	2	1	0,3	21
Övriga Sverige	18	8	2	1	0,6	29

Källa: Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2000.

Under 1990-talet skedde stora förändringar i personalstrukturen inom vård- och omsorgsverksamheten i hela Sverige. Under perioden 1993-2000 minskade antalet anställda inom landstingsvården med 25 procent (Landstingsförbundet 2002). I landet som helhet var det antalet undersköterskor och sjukvårdsbiträden som minskade mest, med hela 34 procent respektive 39 procent, medan andra yrkesgrupper t.o.m. ökade något (figur 11.2.1).



Figur 11.2.1 Förändringar i landstingens personal för olika yrkesgrupper i Sverige från 1993 till 2000.

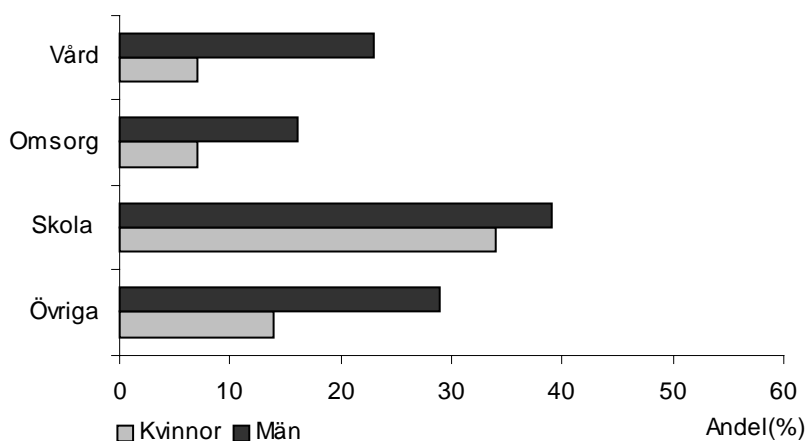
Källa: Landstingsförbundet, 2002.

Som en konsekvens av nedskärningarna ökade den genomsnittliga åldern bland de anställda från 42 till 45 år. Andelen anställda som var 50 år och äldre ökade från 25 procent till 36 procent. Könsfördelningen (drygt 80 % kvinnor) förblev densamma.

### 11.3 Arbetstider

Långa arbetspass med övertidsarbete kan utgöra en hälsorisk, eftersom de stör balansen mellan arbete och tid för återhämtning. Speciellt gäller detta om arbetsituationen är sådan över en längre tid.

Att genomsnittligt arbeta 45 timmar per vecka eller mer var vanligare inom skolan än inom övriga verksamhetsområden (figur 11.3.1). Deltidsarbete var vanligare bland kvinnor inom vård, omsorg och skola än bland kvinnor inom andra arbetsområden.

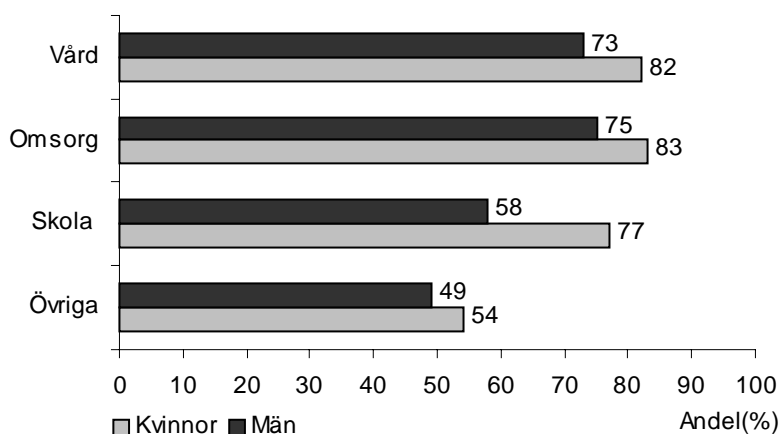


Figur 11.3.1 Andel (%) yrkesarbetande kvinnor och män inom vård, omsorg och skola och i övriga yrken, vilka i genomsnitt har en arbetstid över 45 tim/vecka. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

### 11.4 Psykosocial arbetsmiljö inom vård, omsorg, skola

Bristande balans mellan graden av ansträngning och belöningens storlek har visat sig vara en hälsorisk i arbetslivet (se kapitel 7). I Folkhälsoenkäten 2002 fanns en fråga om i vilken mån man ansåg att lönen motsvarade arbetsinsatsen. Mer än 80 procent av kvinnorna och över 70 procent av männen som arbetade inom vård och omsorg ansåg att lönen var för låg i relation till den arbetsinsats man gjorde (figur 11.4.1). Detta var betydligt fler än i övriga yrken, där ungefär hälften av kvinnorna och männen ansåg detta. Det var genomgående fler kvinnor än män, inom vård, omsorg och skola, som ansåg att det fanns en obalans mellan ansträngning och belöning.



Figur 11.4.1 Andel (%) kvinnor och män i vård, omsorg och skola och andra yrken som anser lönen för låg i förhållande till arbetsinsatsen. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

Höga krav, låg kontroll och bristande socialt stöd brukar anges som riskfaktorer för nedsatt psykiskt välbefinnande (se kapitel 7). En högre andel kvinnor (64 %) och män (45 %) inom skolverksamheten upplevde höga krav i arbetet jämfört med kvinnor och män i övriga yrken (tabell 11.4.1). Tidigare studier har visat att höga arbetskrav kan hanteras bättre om man har ett stimulerande och utvecklande arbete som man kan påverka, dvs. om man har hög kontroll i sitt arbete. Personal inom skolan hade oftare hög kontroll.

Tabell 11.4.1 Andel (%) kvinnor och män som är utsatta för olika psykosociala riskfaktorer inom vård, omsorg, skola och övriga yrken. Standardiserat för ålder.

	Höga krav		Låg kontroll		Bristande socialt stöd	
	Kv	M	Kv	M	Kv	M
Undersköterskor	36	25	57	50	17	27
Vårdbiträden	39	-	50	-	17	-
Övriga inom Vård	45	30	30	24	11	11
Övriga inom Omsorg	48	31	25	17	13	13
Skola	64	45	13	7	15	14
Övriga yrken	38	33	32	22	13	11

- färre än 35 i gruppen

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

Undersköterskor och vårdbiträden var de enskilda yrken som betydligt oftare än övriga yrken inom vård och omsorg upplevde låg kontroll i sitt arbete (tabell 11.4.1).

Varannan undersköterska och vartannat vårdbiträde upplevde låg kontroll jämfört med var tionde eller allra högst var tredje inom övriga yrken. Vi har tidigare även uppmärksammat att nedsatt psykiskt välbefinnande var vanligt förekommande hos undersköterskor och vårdbiträden (se kapitel 7). Socialt stöd, dvs. att ha god sammanhållning på arbetet och att få hjälp när man behöver, är en resurs för att hantera påfrestning i arbetet. De flesta kvinnor och män inom vård, omsorg och skola, upplevde ett gott socialt stöd på sin arbetsplats (tabell 11.4.1). Manliga undersköterskor angav dock oftare ett bristande socialt stöd (27 %) än män inom alla övriga yrken. Ideala arbetsvillkor är att ha rimliga krav, bra kontroll och bra stöd. Största hälsoproblemen finns i ”*högstressarbete*”, dvs. arbetet innebär en kombination av höga krav och låg kontroll. Finns det dessutom brister i det sociala stödet ökar risken ytterligare. Så kallat ”*aktivt arbete*” (höga krav kombinerat med hög kontroll) var vanligare bland kvinnor och män i skolan, jämfört med andra yrken. Av kvinnorna i skolan angav 55 procent att de hade ett aktivt arbete. Även aktivt arbete kan vara en potentiell hälsorisk. Som konsekvens av personalnedskärningar och omorganisationer under senare år, har kvarvarande personal fått en tung arbetsbörda med hårt pressade tidscheman. En hög kravnivå kan då göra att stöd- och kontrollmöjligheterna blir mycket små.

### 11.5 Fysiska belastningsfaktorer inom vård och omsorg

Tungt fysiskt arbete, arbete med framåtböjd rygg och arbete med händerna över axelhöjd var betydligt vanligare hos undersköterskor och vårdbiträden än hos andra yrkesgrupper inom vård och omsorgsverksamheten och också vanligare än inom övriga yrken (tabell 11.5.1). Enda undantaget var arbete med framåtböjd rygg som även var vanligt förekommande hos barnskötare och förskolelärare inom omsorgsverksamheten. Vi har tidigare visat att ländryggsbesvär var mycket vanligt hos undersköterskor och vårdbiträden (se kapitel 6).

Tabell 11.5.1. Andel (%) kvinnor och män inom vård- och omsorgsverksamheten och inom övriga yrken som var utsatta för olika fysiska belastningsfaktorer år 2002. Standardiserat för ålder.

	Tungt fysiskt arbete		Arbete med framåtböjd rygg		Arbete med händer över axelhöjd	
	Kv	M	Kv	M	Kv	M
Undersköterskor	29	27	28	27	27	25
Vårdbiträden	21	-	23	-	16	-
Övriga inom Vård	4	4	7	1	8	8
Övriga inom omsorg	5	5	34	16	12	10
Skola	1	1				
Övriga	4	13	7	17	12	19

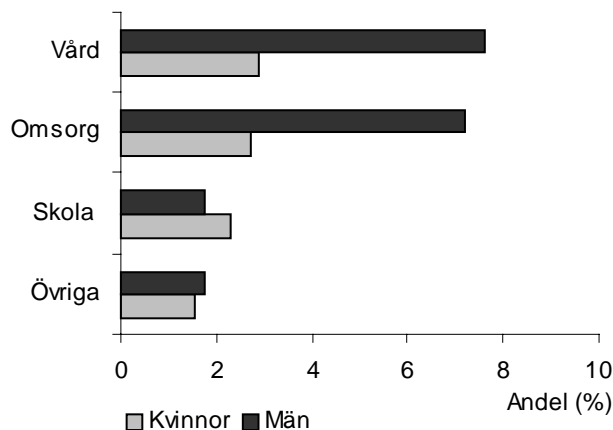
- färre än 35 svarande

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.



## 11.6 Våld och hot om våld

Det fysiska våldet eller hotet om våld ha blivit synligare i samhället, vilket påverkar människors trygghet. Män inom vård- och omsorgsverksamheten var oftare än män i övriga yrken utsatta såväl för fysiskt våld som hot om våld i sitt arbete (figur 11.6.1). Även bland kvinnor inom vård och omsorg fanns en tendens till att oftare vara utsatt för våld och hot om våld, jämfört med kvinnor i övriga yrken.



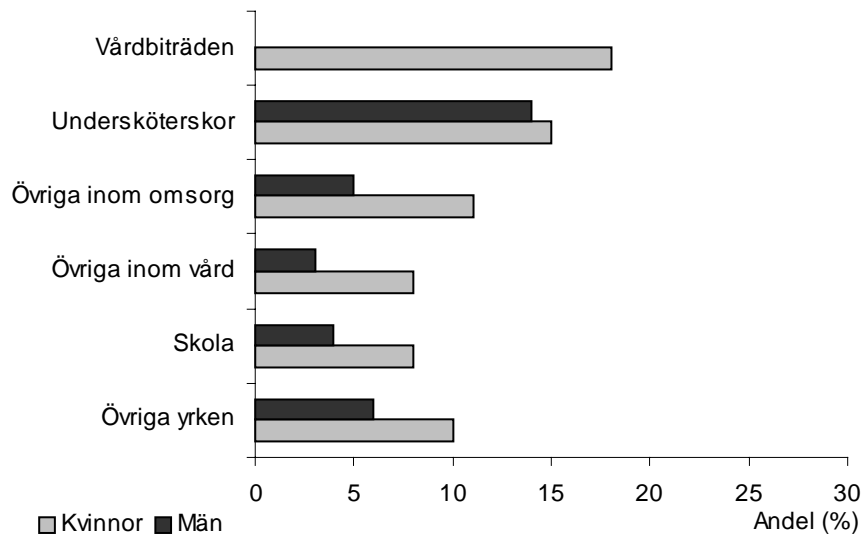
Figur 11.6.1. Andel (%) kvinnor och män inom vård, omsorg och skola och andra yrken utsatta för hot om våld i arbetet. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

## 11.7 Sjukfrånvaro inom vård, omsorg och skola

Undersköterskor och vårdbiträden var den yrkesgrupp som haft den högsta andelen personer med långvarig sjukfrånvaro, dvs. mer än 30 dagar under de senaste 12 månaderna. De hade alltså haft mer långvarig sjukfrånvaro än alla andra yrkesgrupper, både inom och utanför vård- och omsorgsverksamheten (figur 11.7.1).

Inom verksamhetsområdena vård, omsorg och skola var det bland skolpersonalen som den största andelen fanns, som inte haft någon sjukfrånvaro alls senaste året. Inom skolan var kvinnor oftare än män sjukfrånvarande.



Figur11.7.1. Andel (%) som angett långtidssjukfrånvaro mer än 30 dagar de senaste 12 månaderna bland yrkesarbetande kvinnor och män i vård, omsorg, skola och andra yrken. Standardiserat för ålder.

Källa: FHE 2002, slumpurvalet.

## 11.8 Sammanfattning

- Antalet undersköterskor och vårdbiträden har minskat kraftigt i antal under det senaste decenniet. I Stockholms län var antalet anställda inom vård- och omsorgsyrken per 1000 innevånare också lägre än i övriga Sverige år 1999
- Fler personer inom vård, omsorg och skolyrken än i övriga yrken uppgav år 2002 att lönen var låg i förhållande till arbetsinsatsen
- Hot och våld var vanligare inom vård och omsorg än inom övriga yrken
- Bland undersköterskor var såväl höga krav som låg kontroll vanligt i arbetet. Manliga undersköterskor rapporterade ofta låg kontroll och bristande socialt stöd
- Både undersköterskor och vårdbiträden var i högre grad utsatta för tungt fysiskt arbete och påfrestande arbetsställningar, än övrig vård- och omsorgspersonal. De kunde inte heller själva bestämma arbetstakten
- Nedsatt psykiskt välbefinnande var vanligt hos undersköterskor och vårdbiträden. Även ländryggsbesvär var mycket vanligt i dessa yrkesgrupper
- Av samtliga yrkesgrupper var långvarig sjukfrånvaro vanligast bland undersköterskor och vårdbiträden

## Begreppsdefinitioner och förkortningar

I denna rapport har definitionerna av de flesta begrepp baserats på formuleringen av enkätfrågorna i Folkhälsoenkäten 2002. Enkäten kan rekvireras från Epidemiologiska enheten, Samhällsmedicin, Norrbacka, plan 5, 171 76 Stockholm.

Allergirelaterade luftvägsbesvär	Med allergirelaterade luftvägsbesvär avses att man svarat ja på minst en av följande tre frågor: 1) har du haft problem någon period de senaste 12 månaderna rinnande kliande näsa eller ögon i samband med lövsprickning, gräsblomning eller pälsdjurskontakt? 2) får du besvär med rinnande, kliande eller igentäppt näsa eller ögon av parfym, trycksvärta eller andra irriterande ämnen? c) har du astma?
Anpassningsmöjligheter	De möjligheter man har i arbetet att reducera eller på andra sätt förändra arbetsinsatsen genom att tex. välja bland arbetsuppgifter, arbeta långsammare eller korta arbetsdagen.
Arbetslös	En person som ej är sysselsatt men som vill arbeta, kan börja arbeta inom 14 dagar, har sökt arbete under de senaste 4 veckorna eller ska börja arbeta inom 4 veckor. Denna definition används inom SCB:s arbetskraftsundersökningar.
Astma	Med astma menas i denna rapport att man svarat ”ja, lätta besvär” eller ”ja, svåra besvär” på frågan: ”Har du astma?”
Ej i arbete	Person som varken definierats som sysselsatt eller arbetslös i SCB:s arbetskraftsundersökning.
FHE	Folkhälsoenkäten.
Handeksem	Med handeksem menas att man svarat ja på frågan om man under de senaste 12 månaderna haft handeksem.
Högstressarbete	Med högstressarbete avses att kraven i arbetet är höga samtidigt som kontrollen är låg.

Kohortdatabas	Med kohortdatabas menas att man följer en population över tiden, ofta i syfte att upptäcka när personen t ex blir sjuk eller dör. Hur ofta man samlar in information från personerna kan variera och ibland kan även information som ska förklara om en person blir sjuk eller dör samlas in vid flera tillfällen som inkomstnivå, antal barn osv.
Konfidensintervall	Ett mått på den statistiska osäkerheten i en mätning av t.ex. relativ chans. Konfidensintervallet talar om hur mycket värdet avviker från det sanna värdet och är ett mått på den osäkerhet slumpen bidrar med när man försöker skatta ett värde.
Kontantmarginal	Med <i>låg kontantmarginal</i> avses att man svarat ”nej aldrig” eller ”nej, för det mesta inte” på frågan om man i en oförutsedd situation inom en vecka kan skaffa fram minst 14 000 kronor.
Kontroll	Begreppet <i>låg kontroll</i> avser att man för det mesta inte har frihet att bestämma <i>hur</i> arbetet ska utföras, <i>vad</i> som ska utföras, och att arbetet i liten utsträckning ger möjligheter att lära sig något nytt och utvecklas i arbetet.
Krav	Med <i>höga krav</i> avses att man minst halva arbetstiden har det så stressigt att man inte hinner prata om eller tänka på annat än arbetet <i>eller</i> att man för det mesta eller alltid får arbetsuppgifter utan att få de resurser som behövs för att utföra dem.
Könsstandardiserat	När något är könsstandardiserat innebär det att man har skapat jämförbarhet mellan grupper med avseende på fördelningen mellan könen. Metoden ger uträkningar som om könsstrukturen i de olika grupperna vore desamma. Detta med hjälp av vikter baserade på en referenspopulation.
Ländryggsbesvär	Att man de senaste 6 månaderna rapporterat att man haft ont minst ett par dagar per vecka i nedre delen av ryggen.
Multivariata metoder	Med multivariata metoder analyseras sambanden mellan <i>flera</i> variabler samtidigt. I en modell analyseras hur ett antal oberoende variabler kan prediktera den beroende variabeln (utfallsvariabeln).

Nacke/skulderbesvär	Med nacke/skulderbesvär avses att man de senaste 6 månaderna rapporterat att man haft ont minst ett par dagar per vecka i övre delen av ryggen eller nacken och/eller i axlar eller armar.
Nedsatt psykiskt välbefinnande	Att man svarat ja på minst två av tolv frågor kring olika symtom, varav de fyra viktigaste gällde om man var: olycklig och nedstämd, om man känt sig spänd, haft svårt att koncentrera sig eller haft svårt att sova på grund av oro. För en mer detaljerad beskrivning, se kapitel 7.
Nickelallergi	Att man svarat ja på frågan om man är överkänslig eller allergisk mot nickel.
Närvarokrav	Negativa aspekter av att vara frånvarande från arbetet som kan göra att man trots ohälsa inte sjukskriver sig. Exempel på närvarokrav kan vara att arbetskamrater får mer att göra, man själv får ökad belastning när man återvänder eller att verksamheter måste ställas in.
Relativ chans	Med relativ chans avses kvoten mellan förekomsten av en händelse i två grupper. Exempel: om den relativa chansen för att bli frisk i grupp A är 2.0 i en jämförelse med grupp B, så är det dubbelt så vanligt att bli frisk i grupp A än i grupp B.
RFV	Riksförsäkringsverket
Rörelseorgansbesvär	Att man de senaste 6 månaderna rapporterat att man haft ont minst ett par dagar per vecka i nedre delen av ryggen och/eller i övre delen av ryggen eller nacken och/eller i axlar eller armar (NSL).
SCB	Statistiska centralbyrån
Sjuktalet	Genomsnittligt antal ersatta sjukdagar under ett år med hel eller partiell sjukpenning per sjukpenningförsäkrad.
Sjukflexibilitet	Det handlingsutrymme man har i och utanför arbetet för att kvarstå i arbetet eller utebli då man drabbas av t.ex. sjukdom eller skador. Anpassningsmöjligheter och närvarokrav är aspekter i arbetet som bestämmer sjukflexibiliteten.

Socialt stöd	Med bristande socialt stöd avses att man rapporterat att sammanhållningen på arbetet är bristande eller att man för det mesta inte får de råd och den hjälp man behöver för att utföra arbetsuppgifterna.
Stora yrkesgrupper	Sådana yrkesgrupper där minst 35 personer inom en yrkesgrupp i åtminstone ett av könen svarat på folkhälsoenkäten.
Sysselsatta	Utfört minst en timmes arbete som avlönad arbetare, egen företagare eller medhjälpare i företag ägt av person i samma hushåll. Tillfälligt frånvarande på grund av t.ex. sjukdom eller semester ingår bland de sysselsatta. Definitionen baseras på SCB:s Arbetskraftsundersökningar.
Åldersstandardiserat	När något är åldersstandardiserat innebär det att man har skapat jämförbarhet mellan grupper med avseende på åldersfördelning. Metoden ger uträkningar som om åldersstrukturen i de olika grupperna vore densamma. Detta med hjälp av vikter baserade på en referenspopulation.

## Referenser

1. *Fakta om vård- och omsorgspersonal i kommuner och landsting*. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2000
2. *Folkhälsorapport - Folkhälsan i Stockholms län 2003*, Samhällsmedicin. Stockholms läns landsting 2004
3. Goldberg DP. *Manual to the General Health Questionnaire*. Windsor U.K: National Foundation for Educational research. 1978. Goldberg
4. Karasek R, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books. 1990.
5. Siegrist, J., *Adverse health effects of high effort – low reward conditions*. J. Occupational Health Psychology, 1997; 1:27-41
6. *Stockholms läns Arbetshälsorapport 1999*. Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting 1999
7. *Swedish health care in the 1990s. Trends 1992 - 2000*. Landstingsförbundet, 2002
8. *Vårdens Arbetshälsorapport*. Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting 2000.