

DETTA ÄR ETT UTDRAG UR ANTOLOGIN:

Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar

*Staffan Marklund, Mats Bjurvald, Christer Hogstedt,
Edward Palmer och Töres Theorell (red)*



Arbetslivsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum för arbetslivsfrågor. På uppdrag av regeringen bedriver institutet forskning, utveckling och kunskapsförmedling.

Vi ska bidra till ett arbetsliv med goda villkor och utvecklingsmöjligheter för både kvinnor och män. I dialog med arbetslivets aktörer arbetar vi också för en hälsosam arbetsmiljö som är anpassad till människors olika fysiska och psykiska förutsättningar.

Vår forskning bedrivs inom områden som hälsa och ohälsa i arbetslivet, arbetsmarknad och sysselsättning, arbetsrätt, arbetets organisering, ergonomi och belastning, fysikaliska och kemiska hälsorisker, integration och mångfald samt utvecklingsprocesser i arbetslivet. Vi strävar efter att vår forskning ska vara mångvetenskaplig och vara till nytta för arbetslivet.

Besök gärna www.arbetslivsinstitutet.se för mer information. Här kan du läsa om aktuell forskning, prenumerera på våra nyhetsbrev, låna litteratur från vårt bibliotek, beställa böcker eller ladda hem rapporter. Du hittar också kontaktuppgifter till Arbetslivsinstitutets omkring 400 anställda och adresser till våra kontor.

© Arbetslivsinstitutet och författarna 2005

Arbetslivsinstitutet

113 91 Stockholm

Telefon 08-619 67 00, fax 08-656 30 25

Förlagstjänst 08-619 69 00, fax 0150-788 88

forlag@arbetslivsinstitutet.se

www.arbetslivsinstitutet.se

Inlaga: Eric Elgemyr

Omslag: Lena Karlsson

ISBN: 91-7045-737-9

Tryck: Lenanders Grafiska AB, Kalmar 2005

6. Coping och sjukskrivning

Töres Theorell, Hugo Westerlund och Gabriel Oxenstierna

ALLA ÄR ÖVERENS OM ATT den som brutit benet inte kan arbeta som trapetskonstnär på cirkus. Att man ej ska gå till arbetet när man har en färsk hjärtinfarkt är också utom diskussion. Men när sjukdomen är mera lindrig kan också sjukskrivning ses som ett beteende som påverkas av den enskildes sätt att ta påfrestningar, vilket brukar kallas copingmönster.

Coping betyder bemästrande. Det finns dock många definitioner. Ibland menar man med coping något positivt, det vill säga ett framgångsrikt bemästrande av problemen. I andra sammanhang avser man hur individen hanterar sin situation, vare sig detta är framgångsrikt eller inte. Det finns många aspekter på coping. En viktig är *locus of control*, det vill säga "var" man förlägger möjligheten att utöva kontroll över ett problem (hos sig själv, så kallad intern coping eller hos omgivningen, så kallad extern coping). Typ-A-mönster är ett copingmönster som innebär en ständig bråttomkänsla och en känsla av att man alltid måste "visa sig duktig".

Ett av de mest centrala copingmönstren är *avoidance* (undvikande) som innebär att man undviker att göra något åt ett visst problem, ofta därför att man är rädd eller inte ser någon möjlighet att göra något. I litteraturen brukar man också skilja på "kognitiva", det vill säga förnuftsmässiga, aspekter av coping och "emotionella". I diskussionen brukar "emotionell coping" innebära att man av något skäl undviker kognitiv coping och då blir det emotionell coping som återstår. Denna dikotomi är dock oegentlig eftersom emotioner motiverar och driver alla handlingar. Det torde därför snarare vara så att "effektiv coping" innebär att man kan få överensstämmelse mellan sina emotioner och sitt förnuft, antingen genom att man lyckas hantera själva problemsituationen (instrumentell coping) eller genom att känslorna i sig förändras genom omvärderande, omfokusering eller förnekande (ofta betraktat som icke-instrumentell coping, som dock kan vara effektiv i oundvikliga negativa situationer).

En schweizisk studie av sjukskrivningslängd efter livshotande olyckor (Schnyder m fl 2003) visar att samband kan finnas mellan (självskattad) copingförmåga och sjukskrivning.

Det hävdas ibland i den svenska sjukskrivningsdebatten att sjukskrivning numera ofta utgör ett sätt (både för arbetsgivaren och för arbetstagaren) att lösa konflikter. I så fall borde ju ett copingmönster som innebär att man "går undan" när det är konflikter leda till ökad sjukskrivning. Vi har i tidigare forskning emellertid visat att ett sådant copingmönster också är förknippat med EKG-förändringar tydande på kranskärslsjukdom hos personer som ännu inte har några symtom (Härenstam m fl 2000) och med förhöjt blodtryck hos medelålders män (Theorell m fl 2000) – så det är fullt möjligt att detta att "gå undan" i längden också kan öka risken för "verklig" sjukdom. Att "gå undan" när det är konflikter kommer vi fortsättningsvis att kalla för "dold coping".

Om det är så att dold coping i konfliktsituationer leder till ökad sjukskrivning skulle det kunna uppstå en "skadlig cirkel" på det sättet att den ökade sjukskrivningen (som äger rum istället för att man vidtar aktiva åtgärder för att lösa problemen) i sin tur sedan skapar ytterligare problem för individen på arbetsplatsen. Det uppstår en irritation hos arbetskamrater och överordnade på grund av sjukfrånvaron. Detta skapar i sin tur en dålig stämning som kan öka risken för långvariga psykofysiologiska spänningar hos individen. I så fall borde effekterna av dold coping vara mera uttalade på långtidssjukskrivning än på korttidssjukskrivning.

Det finns stöd i tidigare forskning för att kvinnor oftare använder sig av dold coping än vad män gör (Härenstam m fl 2000; Theorell m fl 2000). I en annan svensk studie (Ektor-Andersen m fl 2002), som visade att val av copingstrategi hade samband med smärtintensitet, sågs dock inga könsskillnader i sambanden. Det är därför intressant att kartlägga om sambanden mellan dold och öppen coping och sjukskrivning är olika för män och kvinnor.

Ofta ses coping som en rent individuell egenskap. Men copingmönstret hos individen påverkas av omgivningen. Vi har till exempel i vår egen forskning (Löck m fl 1991) visat att människor som gått igenom stroke kan förändra sin locus of control från en extern till en mera intern sådan om de ges möjlighet att påverka sin behandling (bland annat genom etablerandet av patientgrupper), och vi har också visat att det finns ett påtagligt samband mellan dold coping och brist på möjlighet att påverka arbetssituationen (Theorell m fl 2000). I en teoretisk modell över samspelet mellan individ och omgivning kan man definiera tre nivåer, nämligen omgivningen (stressorer och fysiska påfrestningar), individen (coping) och reaktionerna (bland

annat skadliga och nyttiga former av aktivering eller stress). Reaktionerna kan påverka omgivningen, och reaktionerna går tillbaka till individen som erfarenheter vilka i sin tur tillsammans med genetisk bakgrund utgör grunden för ett visst copingmönster framöver. Enligt detta sätt att se kan sociala och psykosociala förhållanden påverka en människas copingmönster i en ständigt föränderlig process och göra det under hela livet. Det blir då orimligt att se copingmönster som enbart individuellt betingade.

En av de grundläggande teoretiska modeller (Ursin & Eriksen 2004) som utvecklats på det här området, *the cognitive activation theory of stress* (CATS), utgår från att förväntningarna om vad som ska hända när man handlar på ett visst sätt hela tiden styr våra handlingar. Den som på goda grunder väntar sig att en viss åtgärd ska få positiva konsekvenser (*positive expectancy*) väljer naturligtvis denna. Enligt detta sätt att se innebär "hjäplöshet" (*helplessness*) att man inte vet om de åtgärder som finns att välja bland ska få positiva eller negativa konsekvenser – vad man än väljer går det inte att förutse konsekvenserna. Hopplöshet (*hopelessness*) innebär på motsvarande sätt att man känner sig säker på att alla åtgärder som är möjliga att vidta kommer att få negativa konsekvenser. Enligt detta sätt att se skulle det bakom dold coping kunna dölja sig hopplöshet – vad man än vidtar för åtgärder i sin arbetssituation så blir det negativa konsekvenser. Den enda åtgärd man då kan vidta för att skydda sig själv är att långtidssjuka sig.

Våra hypoteser var att dold coping skulle ha samband med ökad sjukskrivning och att det skulle kunna finnas olikhet i detta avseende mellan män och kvinnor.

Material och metod

WOLF Stockholm är en epidemiologisk undersökning som syftar till att kartlägga relationen mellan arbetsmiljövariabler och biologiska riskfaktorer för hjärtinfarkt. I WOLF ingår 5 601 deltagare, varav 3 191 män och 2 410 kvinnor, som rekryterats via ett antal företagshälsovårdsenheter i Stockholmsområdet (Theorell m fl 2000). Företagen representerade många olika branscher, främst läkemedelsindustri, offentlig administration, undervisning, mekanisk industri, transport och bankväsende. I just den här undersökningen har man emellertid exkluderat personer i arbetsledande befattningar vilket berodde på att alla skulle kunna svara på frågorna både om beteende i relation till arbetskamraterna och chefen. Deltagarna fick fylla i formulär som lämnades hos företagshälsovården och de genomgick också

en medicinsk undersökning med bland annat mätning av blodtryck, längd och vikt.

Det mätinstrument för dold och öppen coping som vi använt härstammar från amerikanska undersökningar i vilka relationen mellan coping och blodtryck har undersökts. På basis av dessa studier konstruerades ett svenskt frågebatteri som sedan har använts i epidemiologiska studier (Theorell m fl 2000). Frågorna framgår av tabell 6.1. Man utgår från en tänkt situation med en chef alternativt arbetskamrat som har behandlat personen orättvist. Ett antal olika beteendemönster ställs upp och personen får ta ställning till hur ofta han eller hon använder vart och ett av dessa i en sådan situation. För varje beteende ska man ta ställning till hur man skulle göra i relation till chefen respektive arbetskamraten. Explorativa faktoranalyser baserade på just den aktuella databasen (WOLF Stockholm) har visat att det är naturligt att gruppera frågorna i två grupper, en som visar dold coping (som innebär att man undviker att konfrontera den aktuella personen som behandlat honom eller henne orättvist med detta) och en som visar öppen coping (som innebär konfrontation antingen direkt vid tillfället eller vid något senare tillfälle). Det viktiga är om chefen eller arbetskamraten konfronteras med att personen känt sig orättvist behandlad.

I analyserna visade det sig naturligt att kombinera beteendet i relation till chefen med beteendet i relation till arbetskamraten. Fyra frågor ingår i

Tabell 6.1. Frågor om coping i WOLF-formuläret.

Hur brukar Du oftast reagera om Du blir orättvist behandlad eller råkar i konflikt med A) en arbetsledare/chef, eller B) en arbetskamrat?

Ange ett alternativ för chef och ett för arbetskamrat på varje fråga:

A) Ja, oftast; Ja, ibland; Nej, sällan; Nej, aldrig.

B) D:o

1. Låter saken passera utan att säga något
2. Går därifrån
3. Protesterar direkt
4. Resonerar med vederbörande chef
5. Skäller ut vederbörande direkt
6. Talar ut med vederbörande senare när man har lugnat ner sig

Vad händer sedan?

7. Mår dåligt (huvudvärk, ont i magen etc)

8. Blir sur och vresig hemma

Enligt faktoranalys kan frågorna 1, 2, 7 och 8 (kursiverade) sägas utgöra en faktor (dold coping).

dold coping och i den kombinerade chef-arbetskamratvariabeln ingår då åtta frågor. Skalan för dold respektive öppen coping har behandlats som två oberoende skalor, men eftersom skalan för öppen coping visade sig vara mindre väl fungerande (förmodligen därför att det finns motstridiga faktorer i den) redovisas inte data kring öppen coping i detta kapitel. Poängen (från aldrig till alltid, 1–4) lades ihop till en totalpoäng (8–32, ju högre poäng desto mindre dold coping) varefter den summerade variabeln dikotomiseras så att den fjärdedel deltagare som rapporterade mest dold coping fick värdet 1 och övriga värdet 0. Det är vanligt i epidemiologisk forskning att definiera den ”exponerade” gruppen som den fjärdedel som har ”sämst poäng”. Detta gör att man får en grupp som avviker tydligt från genomsnittet i en negativ riktning, men med en avvikelse som är tillräckligt stor för att ha betydelse på befolkningsnivå. Eftersom poängfördelningarna var så olika för män och kvinnor och vi ändå ville skapa jämförbara analysituationer i de två könsgrupperna valde vi att använda olika gränser för dold coping för män och kvinnor – en ”strängare” för kvinnor och en ”liberalare” för män. Eftersom skalan är ganska grov gick det inte att finna en gräns som exakt svarade mot en fjärdedel. Det närmaste vi kunde komma när det gäller dold coping var 28 procent för männen vilket svarade mot poänggränserna 8–20 och 21 procent för kvinnorna (vilket svarade mot poänggränserna 8–17). Övriga definierades som personer som inte hade dold coping. Cronbach-alfa-koefficienten (ett mått mellan 0 och 1 på hur väl frågorna ”hänger ihop” som ska vara minst 0,6) för den kombinerade variabeln dold coping är 0,79. Det visade sig också möjligt att analysera beteendet i relation till chefen respektive arbetskamraten separat men då blev de psykometriska egenskaperna mindre goda, vilket innebär att resultaten blir mindre säkra.

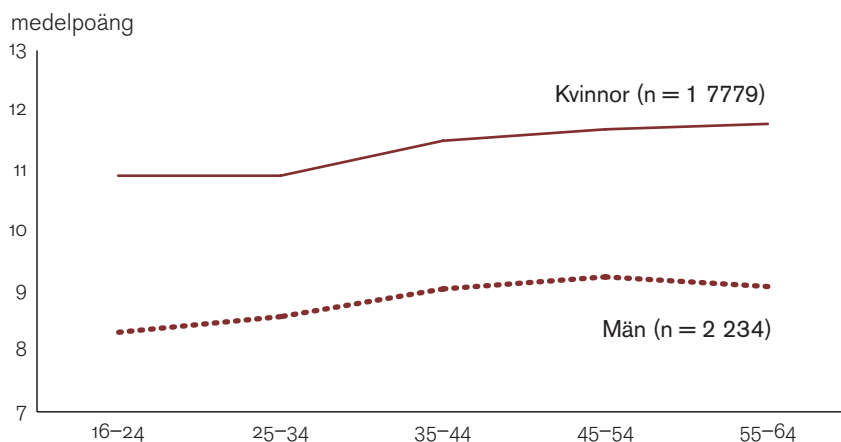
Sjukskrivning har studerats genom att databasen wolf Stockholm har kopplats till Riksförsäkringsverkets databas. Vi har dels kartlagt sjukskrivningsmönster under det år då formuläret i wolf Stockholm-undersökningen fylldes i, dels under en tvåårsperiod efter året för formulärundersökningen. Två olika sjukskrivningsvariabler har definierats, nämligen förekomst av någon sjukfrånvaro överstigande arbetsgivarperioden intervjuåret respektive lång sjukfrånvaro (minst 60 dagar sammanlagt under de två år som följer på undersökningsåret). Förtidspension likställdes i analyserna med långtidssjukskrivning. Alla sambandsanalyser har gjorts separat för män och kvinnor.

Tidigare sjukskrivning användes som kontrollvariabel. Här användes den naturliga logaritmen av antalet sjukskrivningsdagar andra året före undersökningsåret (plus 1 av matematiska skäl), alltså en kontinuerlig variabel. Skälet till detta var att sjukskrivningens längd är snedfördelad. De flesta har ingen eller mycket få sjukskrivningsdagar medan några få kan ha mycket långa perioder. När man använder variabeln som kontinuerlig kontrollvariabel förutsätter det att den är så normalfördelad som möjligt och att ”transformera” till naturliga logaritmer är då en vanlig metod. Eftersom det inte går att logaritmera noll måste man lägga till ett för att alla som saknar sjukskrivningsdagar ska komma med i analysen.

I analyserna användes också BMI (*Body Mass Index*) som är kvoten mellan vikten (i kilogram) och längden (i meter) i kvadrat. Skälet till att denna variabel inkluderas var att övervikt skulle kunna vara en förklaring både till hög sjukfrånvaro och till dold coping.

Resultat

Figur 6.1 visar hur dold coping är relaterad till kön och ålder. Åldersgrupperna är arrangerade i tioårsintervall med de yngsta till vänster och de äldsta till höger. Figuren visar att det är vanligast med dold coping bland de äldre i undersökningen men kurvorna följer inte ett linjärt förlopp. Bland kvinnorna börjar ökningen inte förrän över 34 års ålder och bland männen ser



Figur 6.1. Samband mellan kön respektive ålder och medelnivå av dold coping.

Tabell 6.2. Korrelationen (gammakoefficient) mellan vissa arbetsmiljövariabler samt BMI (Body Mass Index) och coping (Theorell m fl 2000).

| | Män | | | Kvinnor | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------|------------|-----------------------|--------------------------|------------|
| | Beslutsutrymme (lågt) | Psykologiska krav (höga) | BMI (högt) | Beslutsutrymme (lågt) | Psykologiska krav (höga) | BMI (högt) |
| <i>Arbetskamrater</i> | | | | | | |
| Dold coping (hög) | 0,17 | -0,02 | 0,00 | 0,21 | 0,15 | 0,07 |
| <i>Arbetsledare</i> | | | | | | |
| Dold coping (hög) | 0,19 | 0,05 | -0,02 | 0,23 | 0,12 | 0,08 |

Not: Signifikanta ($p < 0,05$) relationer markerade med fetstil.

man en tendens till minskning av förekomsten av dold coping över 54 års ålder. Det mest slående i figuren är dock den stora skillnaden mellan män och kvinnor; kvinnor har betydligt högre poäng för dold coping än männen.

Tabell 6.2 visar relationen mellan copingmönster och vissa arbetsmiljövariabler som har beskrivits utförligt i annan publikation (Theorell m fl 2000). Ett genomgående resultat är att individer som anger litet beslutsutrymme i arbetet har mera dold copingmönster. Detta gäller både män och kvinnor. En intressant observation är också att kvinnor med höga krav använder mera dold coping än andra kvinnor.

Sambanden mellan copingmönster och sjukskrivning presenteras i tabellerna 6.3a-d. Analyserna är justerade med hänsyn till ålder, socialgrupp och arbetsmarknadssektor. Bland kvinnorna föreligger ett klart samband mellan dold coping och förekomst av sjukskrivning överstigande arbetsgivarperioden under undersökningsåret, kvinnor med dold coping har större sannolikhet för sjukskrivning. Däremot finns inget signifikant samband mellan coping och lång sjukskrivning på sikt. För männen finns inga samband mellan coping och sjukskrivning under undersökningsåret, men däremot en signifikant överrisk för lång sjukskrivning under de två efterföljande åren för män som har mycket dold coping. Sambanden består även då BMI och tidigare sjukskrivning introduceras i modellen. Det förefaller alltså finnas ett könsdifferentierat samband mellan dold coping och sjukskrivning i materialet.

Av tabellerna 6.3a-b framgår vidare att arbete i privat sektor innebär en signifikant underrisk för sjukskrivning under undersökningsåret för kvinnorna, medan arbete i privat sektor för männen snarare innebär tendens till överrisk, efter kontroll för ålder, socialklass, coping, BMI och tidigare sjukskrivning.

Tabell 6.3a. Sjukskrivning som överskrider arbetsgivarperioden under intervjuåret, män (N = 1 869). Oddsquot och 95-procentig konfidensintervall (KI).

| | Modell 1 | | Modell 2 | | Modell 3 | |
|---|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|
| | Oddsquot | 95% KI | Oddsquot | 95% KI | Oddsquot | 95% KI |
| <i>Ålder (ref 16–24)</i> | 1 | – | 1 | – | 1 | – |
| 25–34 | 1,57 | 0,59–4,15 | 1,55 | 0,59–4,10 | 1,52 | 0,57–4,067 |
| 35–44 | 2,07 | 0,79–5,44 | 2,01 | 0,77–5,28 | 1,91 | 0,72–5,08 |
| 45–54 | 2,63 | 1,02–6,81 | 2,56 | 0,99–6,63 | 2,37 | 0,90–6,24 |
| 55–64 | 3,48 | 1,31–9,27 | 3,41 | 1,28–9,09 | 3,14 | 1,16–8,51 |
| <i>Socialklass (ref chefsnivå)</i> | 1 | – | 1 | – | 1 | – |
| Lägre chefsnivå | 0,95 | 0,49–1,84 | 0,94 | 0,49–1,82 | 0,9 | 0,46–1,76 |
| Tjänstemän, ej chefsnivå | 1,42 | 0,63–3,23 | 1,44 | 0,62–3,26 | 1,29 | 0,56–2,97 |
| Facklärd arbetare | 2,99 | 1,65–5,39 | 3,00 | 1,66–5,43 | 2,07 | 1,12–3,83 |
| Ej facklärd arbetare | 3,12 | 1,77–5,53 | 3,12 | 1,76–5,52 | 2,27 | 1,26–4,11 |
| Privat sektor | 2,33 | 0,91–5,93 | 2,28 | 0,90–5,82 | 2,02 | 0,78–5,24 |
| + Dold coping | – | – | 1,27 | 0,91–1,79 | 1,20 | 0,85–1,70 |
| Ej öppen coping | – | – | 0,75 | 0,52–1,09 | 0,77 | 0,53–1,12 |
| + BMI | – | – | – | – | 1,01 | 0,96–1,06 |
| Sjukskrivning 2 år tidigare [ln(x+1)] | – | – | – | – | 1,45 | 1,32–1,60 |
| Signifikans för steg | 0,000 | – | 0,161 | – | 0,000 | – |
| Modellens uppskattade förklaringsvärde* | 7,1 % | – | 7,5 % | – | 13,4 % | – |

Not: + indikerar ett nytt steg i den hierarkiska analysen; *Nagelkerkes R².

Tabell 6.3b. Sjukskrivning som överskrider arbetsgivarperioden under intervjuåret, kvinnor (N = 1 512). Oddsquot och 95-procentig konfidensintervall (KI).

| | Modell 1 | | Modell 2 | | Modell 3 | |
|---|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|
| | Oddsquot | 95% KI | Oddsquot | 95% KI | Oddsquot | 95% KI |
| <i>Ålder (ref 16-24)</i> | 1 | - | 1 | - | 1 | - |
| 25-34 | 1,37 | 0,58-3,24 | 1,43 | 0,60-3,41 | 1,24 | 0,52-3,00 |
| 35-44 | 1,41 | 0,60-3,33 | 1,42 | 0,60-3,37 | 1,10 | 0,46-2,65 |
| 45-54 | 1,62 | 0,70-3,78 | 1,62 | 0,69-3,78 | 1,18 | 0,49-2,82 |
| 55-64 | 4,09 | 1,71-9,78 | 4,07 | 1,70-9,75 | 2,50 | 1,02-6,16 |
| <i>Socialklass (ref chefsnivå)</i> | | | | | | |
| Lägre chefsnivå | 0,77 | 0,44-1,35 | 0,81 | 0,47-1,42 | 0,72 | 0,41-1,29 |
| Tjänstemän, ej chefsnivå | 1,07 | 0,65-1,75 | 1,08 | 0,66-1,77 | 0,83 | 0,49-1,39 |
| Facklärd arbetare | 1,22 | 0,51-2,93 | 1,28 | 0,53-3,09 | 0,81 | 0,32-2,06 |
| Ej facklärd arbetare | 2,14 | 1,24-3,71 | 2,21 | 1,27-3,84 | 1,42 | 0,79-2,53 |
| Privat sektor | 0,59 | 0,42-0,82 | 0,57 | 0,41-0,80 | 0,55 | 0,38-0,78 |
| + Dold coping | - | - | 1,63 | 1,15-2,32 | 1,69 | 1,17-2,44 |
| Ej öppen coping | - | - | 1,14 | 0,81-1,58 | 1,13 | 0,80-1,60 |
| + BMI | - | - | - | - | 1,06 | 1,01-1,10 |
| Sjukskrivning 2 år tidigare [ln(x+1)] | - | - | - | - | 1,50 | 1,36-1,64 |
| Signifikans för steg | 0,000 | - | 0,008 | - | 0,000 | - |
| Modellens uppskattade förklaringsvärde* | 6,3 % | - | 7,4 % | - | 17,5 % | - |

Not: + indikerar ett nytt steg i den hierarkiska analysen; *Nagelkerkes R².

Tabell 6.3c. Sjukskrivning över 60 dagar de två år som följer på undersökningen, män (N = 1 869). Oddskvot och 95-procentig konfidensintervall (KI).

| | Modell 1 | | Modell 2 | | Modell 3 | |
|---|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|
| | Oddsquot | 95% KI | Oddsquot | 95% KI | Oddsquot | 95% KI |
| <i>Ålder (ref 16–24)</i> | 1 | – | 1 | – | 1 | – |
| 25–34 | 1,19 | 0,40–3,56 | 1,17 | 0,39–3,50 | 1,16 | 0,38–3,52 |
| 35–44 | 1,84 | 0,63–5,37 | 1,76 | 0,60–5,16 | 1,70 | 0,57–5,06 |
| 45–54 | 2,69 | 0,94–7,71 | 2,59 | 0,90–7,42 | 2,47 | 0,84–7,21 |
| 55–64 | 4,43 | 1,52–12,9 | 4,26 | 1,46–12,5 | 4,09 | 1,37–12,2 |
| <i>Socialklass (ref chefsnivå)</i> | 1 | – | 1 | – | 1 | – |
| Lägre chefsnivå | 0,82 | 0,41–1,65 | 0,80 | 0,40–1,62 | 0,79 | 0,39–1,60 |
| Tjänstemän, ej chefsnivå | 1,34 | 0,57–3,12 | 1,35 | 0,58–3,15 | 1,23 | 0,52–2,92 |
| Facklärd arbetare | 2,34 | 1,26–4,35 | 2,40 | 1,29–4,48 | 1,66 | 0,87–3,18 |
| Ej facklärd arbetare | 2,99 | 1,66–5,36 | 2,99 | 1,66–5,39 | 2,23 | 1,21–4,13 |
| Privat sektor | 1,22 | 0,56–2,67 | 1,20 | 0,55–2,62 | 1,03 | 0,46–2,30 |
| + Dold coping | – | – | 1,52 | 1,06–2,18 | 1,44 | 0,99–2,08 |
| Ej öppen coping | – | – | 0,76 | 0,51–1,13 | 0,77 | 0,52–1,16 |
| + BMI | – | – | – | – | 1,00 | 0,95–1,05 |
| Sjukskrivning 2 år tidigare [ln(x+1)] | – | – | – | – | 1,49 | 1,34–1,66 |
| Signifikans för steg | 0,000 | – | 0,049 | – | 0,000 | – |
| Modellens uppskattade förklaringsvärde* | 7,7 % | – | 8,4 % | – | 14,8 % | – |

Not: + indikerar ett nytt steg i den hierarkiska analysen; *Nagelkerkes R².

Tabell 6.3d. Sjukskrivning över 60 dagar de två år som följer på undersökningen, kvinnor (N = 1 512). Oddskvot och 95-procentig konfidensintervall (KI).

| | Modell 1 | | Modell 2 | | Modell 3 | |
|---|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|
| | Oddskvot | 95% KI | Oddskvot | 95% KI | Oddskvot | 95% KI |
| <i>Ålder (ref 16-24)</i> | 1 | - | 1 | - | 1 | - |
| 25-34 | 1,10 | 0,46-2,65 | 1,12 | 0,47-2,70 | 0,96 | 0,39-2,35 |
| 35-44 | 1,07 | 0,44-2,56 | 1,07 | 0,44-2,56 | 0,84 | 0,34-2,06 |
| 45-54 | 1,17 | 0,49-2,77 | 1,16 | 0,49-2,77 | 0,88 | 0,36-2,14 |
| 55-64 | 4,00 | 1,67-9,61 | 3,95 | 1,64-9,49 | 2,48 | 1,00-6,18 |
| <i>Socialklass (ref chefsnivå)</i> | 1 | - | 1 | - | 1 | - |
| Lägre chefsnivå | 1,25 | 0,63-2,48 | 1,28 | 0,65-2,56 | 1,22 | 0,60-2,50 |
| Tjänstemän, ej chefsnivå | 1,57 | 0,83-2,95 | 1,57 | 0,84-2,96 | 1,28 | 0,66-2,48 |
| Facklärd arbetare | 3,07 | 1,24-7,59 | 3,18 | 1,28-7,89 | 2,21 | 0,83-5,87 |
| Ej facklärd arbetare | 2,70 | 1,36-5,35 | 2,74 | 1,38-5,44 | 1,83 | 0,89-3,75 |
| Privat sektor | 0,87 | 0,59-1,28 | 0,86 | 0,584-1,27 | 0,86 | 0,57-1,29 |
| +Dold coping | - | - | 1,23 | 0,824-1,83 | 1,26 | 0,83-1,92 |
| Ej öppen coping | - | - | 1,25 | 0,863-1,80 | 1,25 | 0,85-1,83 |
| + BMI | - | - | - | - | 1,03 | 0,98-1,08 |
| Sjukskrivning 2 år tidigare [ln(x+1)] | - | - | - | - | 1,57 | 1,41-1,74 |
| Signifikans för steg | 0,000 | - | 0,204 | - | 0,000 | - |
| Modellens uppskattade förklaringsvärde* | 6,6 % | - | 7,0 % | - | 17,6 % | - |

Not: + indikerar ett nytt steg i den hierarkiska analysen; *Nagelkerkes R².

Diskussion

Hypotesen var att dold coping i största allmänhet skulle ha samband med sjukskrivning totalt sett. Vi finner stöd för denna hypotes, men endast hos kvinnorna under undersökningsåret.

Vi trodde också att dold coping skulle ha samband med lång sjukskrivning. Även för detta finner vi stöd, även om sambandet är något mindre säkert än det första sambandet. Detta samband tycks dock gälla endast för männen.

Det finns inget stöd för uppfattningen att dold coping i samband med kortare sjukskrivningsperioder skulle kunna förvärra risken för långtids-sjukskrivning. Tvärtom skulle man kunna spekulera i att korttidssjukskrivningar, som kan ses som en undandragande copingstrategi vilket vi ser mer av hos kvinnorna, i vissa fall skulle kunna förebygga lång sjukskrivning av det slag som vi ser hos männen. Studien ger emellertid inga möjligheter att testa om det finns något orsakssamband av det slag som resonemanget ovan antyder, varför spekulationen endast ska ses som ett uppslag till framtida forskning.

Den tredje hypotesen var att det skulle kunna finnas skillnader i sambandsmönster mellan män och kvinnor. Detta bekräftades alltså genom att dold coping hade kortsiktiga samband med att överhuvudtaget sjukskriva sig hos kvinnorna och ett mera långsiktigt samband med lång sjukskrivning hos männen. Detta är intressant mot bakgrund av att det också finns ett tydligt samband mellan dold coping och blodtrycksförhöjning hos män i åldrarna 45 till 54 (Theorell m fl 2000). Detta väcker frågor om specifikt manliga respektive kvinnliga mönster. Medelålders män som förklarar att de använder sig av dold coping (vilket relativt sett är ovanligt i denna grupp) löper alltså större risk både att utveckla högt blodtryck och att bli långtidsjukskrivna än andra män i samma åldrar. Risken för förhöjt blodtryck (minst 160 mmHg systoliskt och 90 mmHg diastoliskt) var 1,6 (1,2–2,2). För kvinnorna är det istället den totala sjukskrivningen under undersökningsåret som ökar vid dold coping. Om man kan se dold coping som ett undvikandebeteende förefaller det av dessa resultat som om de hälsomässiga konsekvenserna av ett sådant beteende blir mycket olikartat för män och kvinnor. Detta skulle kunna förklaras av olikheter i mäns och kvinnors arbetsmarknad, familjesituation och av attityder till sjukdom och hälsa.

Kivimäki och medarbetare (2003) har nyligen i den engelska prospektiva studien av statsanställda (Whitehall 11) visat att ett begränsat antal korta

sjukskrivningsperioder hade en skyddande effekt i förhållande till mortalitet hos män vilket skulle kunna ha relevans för tolkningen av våra resultat.

Som nämnts finns det ett tydligt samband mellan grad av beslutsutrymme i arbetet och dold coping. Ju mindre man anser sig att ha att säga till om på arbetet, desto större är sannolikheten att man använder sig av dold coping. Kvinnor rapporterar både generellt lägre beslutsutrymme och mera dold coping än män.

Att män generellt har en lägre nivå av långa sjukskrivningar kan vara en viktig faktor. Det skulle kunna vara så att män har en lägre grad av undvikande beteende och därför "pressar sig längre" vilket skulle kunna öka risken för blodtrycksförhöjning istället för sjukskrivning. Hur stor del av de här könsskillnaderna som är omgivningsbetingade respektive betingade av individuella förhållanden (arv, uppväxt, aktuella hemförhållanden) och så vidare är inte känt. Män och kvinnor har mycket olika arbetsmarknader och de stora systematiska skillnaderna i mäns och kvinnors arbetsförhållanden kan spela stor roll. Det är många studier i västerlandet som har visat att kvinnor rapporterar mindre beslutsutrymme i arbetet än män. En spekulation kan vara att kvinnor som haft mindre att säga till om anpassat sig med dold coping i större utsträckning än män. Om detta är fallet skulle det kunna leda till att dold coping hos män är ett mera "från gängse normer avvikande" beteende än hos kvinnor. Det återspeglas ju också i att vi dragit gränsen olika för dold coping för män och kvinnor, en mera liberal gräns för män och en mera sträng för kvinnor.

Om ålderstendenserna med avseende på dold coping är en effekt av erfarenheterna i arbetslivet eller om olika generationer har olika inställning till den här situationen är förstås omöjligt att uttala sig om.

En grundförutsättning för undersökningen är att deltagarna själva först har definierat vad som är en situation i vilken man blir orättvist behandlad alternativt råkar i konflikt. Utgångspunkten kan se mycket olika ut för olika personer och också i olika branscher i arbetslivet.

Vad betyder dessa samband kvantitativt för sjukskrivningsmönstren? Det går ju inte att på basis av vår undersökning definiera en grupp människor som har dold coping, utan vi har varit hänvisade till att göra en arbiträr indelning. Om vi accepterar denna och utgår från att 28 procent av männen har dold coping kan vi beräkna den etiologiska fraktion som svarar mot effekten av dold coping på lång sjukskrivning under uppföljningen för männen. Om vi inte kontrollerar för tidigare sjukskrivning blir denna 0,52/

1,52 multiplicerat med 28 procent, vilket är lika med 9,6 procent. Om vi justerar för tidigare sjukskrivning och även BMI blir siffran istället 0,44/1,44 multiplicerat med 28 procent vilket är lika med 8,6 procent. För kvinnorna måste vi då acceptera att 21 procent uppvisar dold coping, vilket på sätt och vis är missvisande eftersom kvinnorna oftare rapporterar dold coping och gränsen har dragits mera strängt. När det gäller kvinnornas sjukfrånvaro under intervjuåret blir före justering för tidigare sjukskrivning den etiologiska fraktionen 0,63/1,63 multiplicerat med 21 procent vilket är lika med 8,1 procent. När man justerar för tidigare sjukskrivning blir siffran faktiskt något högre nämligen 0,69/1,69 multiplicerat med 21 procent vilket är lika med 8,6 procent. Teoretiskt svarar den etiologiska fraktionen mot den andel av sjukskrivningarna som skulle kunna förhindras om de 28 respektive 21 procent med mest dold coping kunde få lika litet dold coping som övriga i den yrkesarbetande studerade populationen. Egentligen handlar det förstås om att minska dold coping som strategi mera allmänt, och siffrorna ger bara en mycket ungefärlig uppfattning om sambandets relativa betydelse. Att minska dold coping låter kanske som en utopi, men behöver inte vara det eftersom det finns ett samband mellan graden av beslutsutrymme i arbetet och förekomsten av dold coping hos de anställda. Förmodligen föreligger ett samspel mellan individegenskaper och arbetsmiljö. Personer med benägenhet för dold coping kan etablera ett öppnare förhållningssätt om arbetsmiljön är tillåtande och ger bra beslutsutrymme och stöd. Och det omvända gäller förmodligen också. Detta är något som borde göras föremål för mera systematiska studier.

Vi har valt att avgränsa ”dold coping” till den ”sämsta” kvartilen. Man kunde ha valt andra gränser, till exempel sämsta hälften, tredjedelen eller femtedelen. När man beräknar etiologisk fraktion spelar detta dock inte så stor roll som man kanske skulle kunna tro eftersom den relativa risken för sjukskrivning ökar när man använder ett strängare kriterium samtidigt som det blir allt färre personer som uppfyller kriteriet. Slutresultatet blir därför ofta när man flyttar gränsen uppåt eller nedåt att den etiologiska fraktionen inte ändras så mycket.

I en tidigare undersökning av samma grupp (Theorell m fl 2003) har vi visat att högt beslutsutrymme har samband med liten risk för sjukskrivning (minst 15 dagar) såväl hos män som hos kvinnor. I den här studien valde vi att inte använda beslutsutrymme som confounder, det vill säga som faktor som kan störa sambandet, eftersom vi bedömde att beslutsutrymme och

dold coping är beroende av varandra och att en confoundinganalys skulle bli svårtolkad.

I analyserna användes BMI som en kontrollvariabel, då det är känt att förekomsten av högt blodtryck har ett starkt samband med övervikt. Då övervikt är en riskfaktor även för en mängd andra sjukdomar bör det även finnas samband med sjukskrivning. Enligt en svensk studie (Nilsson m fl 1997) finns det emellertid också samband mellan obesitas och självskattad copingförmåga. Det är därför tänkbart att BMI inte enbart är en confounder utan också en medierande variabel som kan förstärka eller försvaga sambandet. Introduktionen av BMI kan därför ha inneburit en överkontroll som gör att sambanden mellan coping och utfallsvariablerna underskattats i studien.

Försök gjordes också att relatera förekomst av olika copingstrategier till personalförändringar på arbetsplatsen (se Westerlund m fl 2004 för en metodologisk beskrivning), men inga sådana samband framkom. Avsaknaden av tydliga resultat bör emellertid inte tolkas som att inga samband finns, då vi inte vet om detta beror på att det saknas samband mellan fenomenen eller om det är en följd av att datamaterialet består av ett mycket begränsat antal arbetsplatser, vilket drastiskt minskar variationsvidden i variabeln personalförändringar.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis ger studien ett starkt stöd för tanken att det finns samband mellan människors copingsstrategier, närmare bestämt förekomsten av dold coping, och risken att bli sjukskriven. Sambandet var markant olika för män och kvinnor. Hos kvinnor fanns ett signifikant tvärsnittssamband mellan dold coping och en ökad tendens att överhuvudtaget sjukskriva sig, medan det hos männen istället fanns ett prospektivt samband med risken för lång sjukskrivning. Resultaten skulle kunna tolkas som att kvinnor ibland använder sjukskrivning som en aktiv, undandragande copingstrategi, vilken eventuellt kan förebygga senare långtidssjukskrivning, medan det omvända gäller för männen.

Referenser

- Ektor-Andersen J, Ørbaek P & Isacsson SO (2002) "Behaviour-focused Pain Coping: Consistency and Convergence to Work-capability of the Swedish Version of the Chronic Pain Coping Inventory" *Journal of Rehabilitation Medicine* 34, s 33-39.

- Härenstam A, Theorell T & Kaijser L (2000) "Coping with Anger-provoking Situations, Psychosocial Working Conditions, and ECG-detected Signs of Coronary Heart Disease" *Journal of Occupational Health & Psychology*, Jan;5(1), s 191–203.
- Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J & Marmot MG (2003) "Sickness Absence as a Global Measure of Health: Evidence from Mortality in the Whitehall II Prospective Cohort Study" *British Medical Journal*, 327(7411), s 364.
- Löck J, Theorell T, Arnetz B & Eneroth P (1991) "Physiological Concomitants of an 'Vautonomous Day Care Programme' in Geriatric Day Care" *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 23, s 41–46.
- Nilsson T, Ericsson M, Poston WS 2nd, Linder J, Haddock CK & Goodrick GK (1997) "Perceived Coping Capacity: A Comparison between Obese Patients and Patients on Long-term Sick Leave" *Eating and Weight Disorders*, 2, s 182–187.
- Schnyder U, Moergeli H, Klanghofer R, Sensky T & Buchi S (2003) "Does Patient Cognition Predict Time Off from Work after Life-threatening Accidents?" *American Journal of Psychiatry*, 160, s 2025–2301.
- Theorell T, Alfredsson L, Westerholm P & Falck B (2000) "Coping with Unfair Treatment at Work – What is the Relationship between Coping and Hypertension in Middle-aged Men and Women?" *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, s 86–94.
- Theorell T, Oxenstierna G, Westerlund H, Ferrie J, Hagberg J & Alfredsson L (2003) "Downsizing of Staff is Associated with Lowered Medically Certified Sick Leave in Female Employees" *Occupational and Environmental Medicine*, 60, s 9.
- Ursin H & Eriksen H (2004) "The Cognitive Activation Theory of Stress" *Psychoneuroendocrinology*, 29, s 567–592.
- Westerlund H, Ferrie J, Hagberg J, Jeding K, Oxenstierna G & Theorell T (2004) "Workplace Expansion, Long-term Sickness Absence and Hospital Admission" *The Lancet*, 363, s 1193–1197.