

Genusperspektiv på arbetsåtergång vid insatser utförda vid företagshälsovården

Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Malin Junestav
010-116 94 16
malin.junestav@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Denna forskarrapport presenterar svar på frågan om det finns genus specifika faktorer som spelar roll vid rehabiliteringsinsatser utförda via företagshälsovården och som avser att underlätta arbetsåtergång vid sjukfrånvaro alternativt förebygga sjukfrånvaro vid psykisk ohälsa.

I fördjupande intervjuer framkom att i synnerhet kvinnorna upplevde behov av hemrelaterade insatser och stöd för återhämtning och en lyckad återgång till arbete. Hemrelaterade krav och resurser påverkar arbetsåtergång bland anställda sjukskrivna för psykisk ohälsa, också när arbetsrelaterade krav upplevs som den främsta orsaken till sjukskrivningen. Det är således av vikt att utöver arbetsrelaterade faktorer även uppmärksamma hemrelaterade faktorer när man studerar eller bemöter anställda med psykisk ohälsa. Då flera av de undersökta faktorerna skilde sig åt för kvinnor och män, finns ett behov att beakta eventuella könsskillnader i relation till arbetsåtergång, samtidigt som hänsyn tas till individuella variationer.

Studiens resultat är intressanta vid bedömning av insatser för återgång i arbete för kvinnor och män som är eller har varit sjukskrivna med psykisk ohälsa. Resultaten indikerar att man bör ha ett helhetsperspektiv med individens förutsättningar i centrum i rehabilitering och arbetsåtergång: det finns ingen patentlösning som passar alla. Vidare framkom att det är viktigt för både kvinnor och män att bli bemötta med respekt och bekräftelse av professionella som de möter under sin arbetsåtergång och att det i synnerhet upplevdes en oro i kontakterna med Försäkringskassan. Socialförsäkringsmyndigheter har ofta en svår position då de skall utföra existerande regelverk, samtidigt som det finns krav på att vara känslig inför de behov som personer med psykisk ohälsa kan ha i kontakten med myndigheterna.

Rapporten är ett resultat av ett forskningsprojekt som tilldelades forskningsmedel från Försäkringskassan 2016. Denna studie har genomförts av Lotta Nybergh (Karolinska Institutet, KI), Marijke Keus van de Poll (Högskolan i Gävle, HiG, och KI), Therese Hellman (Uppsala Universitet), Irene Jensen (KI) och Gunnar Bergström (HiG och KI). Resultaten har också presenterats på ett seminarium på Försäkringskassan som anordnades av Avdelningen för analys och prognos (AP). Rapporten har granskats av Ylva Moberg vid SOFI, samt Ulrik Lidwall och Matilde Millares (Analys och prognos, Försäkringskassan).

Det är författarna som själva ansvarar för rapportens innehåll och slutsatser.

Stockholm, september 2020

Gabriella Bremberg
Chef för Avdelningen för analys och prognos
Försäkringskassan

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	8
Bakgrund, syfte och metod	11
Bakgrund.....	11
Syfte	15
Metod	15
2 Resultat	18
Kvantitativa resultat: Balansen mellan hem- och arbetsrelaterade krav.....	18
Beskrivning av insatser uppdelad på kön	23
Kvalitativa resultat: Krav och resurser vid arbetsåtergång	24
Insatser vid arbetsåtergång.....	29
3 Diskussion och slutsatser	34
Balansen mellan hem- och arbetsrelaterade krav, och samband med sjukfrånvaro och psykisk ohälsa	34
Få könsskillnader i antal eller typ av insatser	34
Kvinnor upplever behov av stöd med hemrelaterade krav	35
Emotionella krav i vården ett hinder för arbetsåtergång	35
Upplevda krav bland män under arbetsåtergången.....	36
Viktigt att bli bemött med respekt för både kvinnor och män.....	36
Sammanfattning och konklusion	37
Implikationer	38
Litteratur	39

Sammanfattning

Det övergripande syftet i denna rapport är att undersöka om det finns genus-specifika faktorer att beakta vid arbetsplatsnära insatser för att förebygga sjukfrånvaro vid psykisk ohälsa eller underlätta arbetsåtergång vid sjukfrånvaro. Rapporten använder material från en befintlig studie som utvärderat en individ- och arbetsplatsinriktad insats som gavs av företagshälsovården (FHV) för anställda med stressproblematik eller arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Därtill har en ny datainsamling gjorts genom gruppintervjuer med kvinnor och män som varit sjukskrivna för arbetsrelaterad psykisk ohälsa och som haft kontakt med FHV.

De kvantitativa resultaten visar att för kvinnor var sjukfrånvaron under en ettårsperiod lägre bland dem som i hög utsträckning upplever att krav hemma påverkar arbetet negativt jämfört med de som upplever detta i låg utsträckning. När hänsyn togs till tidigare sjukskrivning så försvann dock den statistiskt säkerställda skillnaden mellan dessa grupper. Detta kan bero på att personer med större omfattning av sjukskrivning inte upplever denna konflikt mellan hem och arbete då de i mindre utsträckning är på arbetet.

Även män som i hög utsträckning upplever att krav hemma påverkar arbetet negativt hade lägre sjukskrivning under en ettårsperiod. Då gruppen män var liten gjordes dock ingen statistisk testning av detta. För kvinnor visade obalans mellan hem- och arbetsrelaterade krav vid studiestart inget säkerställt samband med psykisk ohälsa ett år senare. Deskriptivt tyder resultaten på ett relativt likartat vårdutnyttjande eller användande av insatser för både kvinnor och män under den ettåriga uppföljningsperioden. Det finns en osäkerhet i resultaten då studiegruppen var liten och få män deltog. De kvantitativa frågeställningarna skulle därför behöva replikeras i större data-material där den statistiska styrkan är bättre för både kvinnor och män.

Gruppintervjuerna undersökte hur kvinnor och män sjukskrivna för psykisk ohälsa upplever att kombinerade hem- och arbetsrelaterade krav samt resurser påverkar deras möjligheter till en lyckad arbetsåtergång. Därtill jämfördes hur kvinnor och män upplever de rehabiliteringsinsatser som de genomgått för att återgå i arbete. Resultaten visar på både skillnader och likheter mellan de intervjuade kvinnorna och männen. Kvinnorna diskuterade ofta hur hemrelaterade krav utgjorde ett hinder för deras arbetsåtergång, medan männen beskrev ett större emotionellt och praktiskt stöd i hemmet.

Kvinnorna beskrev oftare att problemet till sjukskrivningen låg hos dem själva, medan män oftare höll chefer och ledning som ytterst ansvariga för en ohållbar arbetsmiljö. Samtidigt berättade män att deras förslag på hur man kunde lösa en del av problemen strukturellt på arbetsplatsen oftast inte genomfördes, vilket ledde till känslor av resignation och frustration. Män beskrev längre processer för att själva förstå och acceptera sin psykiska

ohälsa. Däremot ansåg de att deras partners var relativt snabba med att förstå vad de gick igenom, och beskrev ett gott känslomässigt samt praktiskt stöd i hemmet.

Kvinnor å andra sidan förstod och accepterade jämförelsevis snabbt det egna tillståndet, men beskrev större svårigheter i att kommunicera det till sina partners för att uppnå emotionellt och praktiskt stöd. En likhet mellan kvinnor och män var att det var viktigt att bli bemött med respekt och bekräftelse av professionella som de mötte under sin arbetsåtergång. De som upplevde att de blivit bemötta med respekt och bekräftelse var ofta även nöjda med den hjälp som de fick.

Sammantaget framkom inget säkerställt samband mellan obalans i hem- och arbetsrelaterade krav vid studiestart och psykisk ohälsa ett år senare. Kvinnor och män uppgav en liknande utveckling av antal eller typ av erhållna rehabiliteringsinsatser. Resultaten visar att det utöver arbetsrelaterade faktorer även är av vikt att uppmärksamma hur hemrelaterade faktorer påverkar arbetsåtergång. I synnerhet de intervjuade kvinnorna uttryckte ett behov av hemrelaterade insatser (exempelvis sätt att känna sig mindre ansvarig för relationer och andras välmående, samtalsstöd, ökat stöd från partner, strategier för att hitta stunder av vila bland hemrelaterade krav) för en lyckad återgång till arbete jämfört med de intervjuade männen. Olösta strukturella problem på arbetsplatsen ledde till känslor av resignation hos de intervjuade männen vilket förlägger strukturella problem till individen och hindrar hållbara arbetsförhållanden på lång sikt. Då flera av de undersökta faktorerna skilde sig åt för de intervjuade kvinnorna och männen, är det av vikt att beakta eventuella könsskillnader i relation till arbetsåtergång, samtidigt som hänsyn tas till individuella variationer.

Implikationer för rehabilitering och återgång i arbete

Gruppen som deltog i intervjuerna bestod i huvudsak av kvinnor i vården och män inom IT och ingenjörbranscher. Baserat på dessa intervjuer bland anställda med stressproblematik eller psykisk ohälsa som får insatser via FHV indikerar resultaten att hemrelaterade krav (t.ex. att få hjälp med att känna sig mindre ansvarig för relationer och andras välmående, samtalsstöd, ökat stöd från partner, strategier för att hitta stunder av vila bland hemrelaterade krav) bör beaktas för att förebygga sjukfrånvaro och underlätta arbetsåtergång bland anställda. Detta kan vara av särskild vikt bland kvinnor, men också till nytta bland män.

- Anställda inom vården, vilket till största del utgörs av kvinnor, kan behöva särskild stöttning med att hantera de emotionella krav som arbetet ställer.
- Kvinnor kan behöva stöttning med att kartlägga hur strukturella arbetsmiljöproblem påverkar psykisk ohälsa och med att hitta lösningar på dessa problem, för att lätta på egna skuld känslor för den psykiska

ohälsan. Män kan behöva stöttning med att hitta lösningar på strukturella arbetsmiljöproblem för att motverka känslor av resignation.

- Arbetsgivare och första linjens chefer behöver ökad kunskap om psykisk ohälsa på arbetsplatsen och konkreta strategier för att hantera det, inklusive arbetsanpassning.
- Personal på Företagshälsovården (FHV) bör kartlägga resurser och ge stöd för förändring både på jobbet och i hemmet för att möjliggöra en lyckad arbetsåtergång. Vidare kan anställda med ett svagt socialt nätverk behöva särskild uppmärksamhet då bristen på nätverk kan leda till ökade krav.
- Handläggare på Försäkringskassan kan behöva stöttning, utbildning och resurser för att få bästa förutsättningar att både utföra regelverk och möta de behov som personer med psykisk ohälsa kan ha i kontakten med dem.

Summary

The quantitative results show that for women, sickness absence was lower during a 1-year period among those who to a large extent felt that demands at home affected work negatively, compared to those who experienced this to a low extent. However, when previous sick-leave was accounted for, the difference between these groups disappeared. This may be because people who are on sick-leave to a larger degree and thus work less frequently do not experience conflict between home- and work-related demands.

Also, men who to a large extent felt that demands at home affected work negatively had a lower sickness absence during a 1-year period. However, no statistical testing was made as the group of men was so small. For women, an imbalance between home- and work-related demands at baseline did not show a statistically significant association with mental ill health 1 year later. Descriptively, the results indicate a relatively similar utilization of care services and use of interventions for both women and men during the 1-year follow-up period. There is some uncertainty in the results as the study group was small and few men participated. Therefore, the quantitative aims would need to be replicated in larger data sets with better statistical power for both women and men.

The group interviews aimed at investigating how women and men on sick-leave for mental ill health experienced that combined home- and work-related demands and resources affected a successful return-to-work. In addition, the participants' experiences of interventions and rehabilitation activities aimed at promoting return-to-work were also explored. The results show similarities as well as differences between the interviewed women and men. Women often discussed how home-related demands constituted an obstacle to their return-to-work, while men described greater access to emotional and practical support at home.

The interviewed women tended to implicate themselves more often for the sick-leave problems, whereas men tended to hold managers and management as ultimately responsible for an unsustainable work environment. At the same time, men described how their suggestions for solving some of the workplace problems structurally were usually not implemented, which led to feelings of resignation and frustration. Men described longer processes towards understanding and accepting their mental ill health. However, they felt that their partners were relatively quick to understand what they were going through and described good emotional as well as practical support in their homes.

Women, by contrast, understood and accepted their own condition relatively quickly, but described greater difficulties in communicating it to their partners in favor of emotional and practical support. Both women and men found it important to be treated with respect and recognition by the

professionals that they met during their return-to-work. Those who felt that they were treated with respect and recognition were often also satisfied with the help that they received.

In summary, no significant link emerged between imbalance in home- and work-related demands at the start of the study and mental ill health 1 year later. Women and men reported similar development of the number and type of rehabilitation activities received. The results underscored the importance of considering how home-related factors, in addition to work-related ones, affect return-to-work. In particular, the interviewed women expressed a need for greater home-related efforts (for example, ways to feel less responsible for relationships and the well-being of others, counseling, increased support from a partner, strategies for finding moments of rest among home-related demands) for a successful return-to-work than that described by the men. Unresolved structural problems led to feelings of resignation among the interviewed men, which posits structural problems on the individual and prevents a sustainable work environment in the long run. As several of the examined factors differed between the interviewed women and men, it is important to consider possible gender differences during return-to-work, while accounting for individual variations.

Implications for rehabilitation and return to work

The group that participated in the interviews consisted mainly of women within healthcare professions and men within IT and engineering industries. Based on these interviews among employees with stress-related problems or mental ill-health and who receive an intervention through the Occupational Health Services (OHS), the results indicate that:

Home-related requirements (e.g. ways to feel less responsible for relationships and the well-being of others, counseling, increased support from a partner, strategies for finding moments of rest among home-related demands) should be considered to prevent sick leave and facilitate return to work among employees. This may be of particular importance for women, but also of benefit to men.

- Employees within the healthcare professions, the majority of whom are women, may need special support in dealing with the emotional demands that the work requires.
- Women may need support in mapping how structural work-environment problems affect mental health and finding solutions to these problems, in order to ease their own feelings of guilt for mental ill-health. Men may need support in finding solutions to structural work-environment problems to counteract feelings of resignation.
- Employers and first-line managers need increased knowledge about mental ill-health at the workplace and concrete strategies for dealing with it, including work adaptation.
- Employees at OHS should map resources and provide support for change at both work and home to enable a successful return to work.

Furthermore, employees with a weak social network may need special attention as the lack of networks can lead to increased demands.

- Officers at the Social Insurance Office may need support, training and resources to ensure the best conditions for implementing regulations and meeting needs of people with mental ill-health whom they interact with.

Bakgrund, syfte och metod

Det övergripande syftet i denna rapport är att undersöka om det finns genus-specifika faktorer att beakta vid arbetsplatsnära insatser för att förebygga sjukfrånvaro vid psykisk ohälsa eller underlätta arbetsåtergång vid sjukfrånvaro. Med psykisk ohälsa avses arbetsrelaterad stress, ångest, depression eller utmattning.

Rapporten använder material från en befintlig studie som utvärderat en individ- och arbetsplatsinriktad insats som gavs av företagshälsovården (FHV) för anställda med stressproblematik eller arbetsrelaterad psykisk ohälsa. I rapporten används materialet för att genomföra en genusmedveten utvärdering av den berörda insatsen. Materialet består av svar från frågeformulär, vilka kopplats samman med registerdata från Försäkringskassan om sjukfrånvaro. Därtill har en ny datainsamling gjorts genom gruppintervjuer med kvinnor och män som varit sjukskrivna för arbetsrelaterad psykisk ohälsa och som haft kontakt med FHV. Det kvalitativa materialet tillåter en fördjupning av deltagarnas upplevelser av att återgå i arbete.

Rapporten börjar med en bakgrundsbeskrivning av forskningsområdet, varefter studiens syften specificeras, följt av metodbeskrivning och resultat. En del av rapportens resultat har inte publicerats tidigare, medan andra delar har skickats för publicering till engelskspråkiga tidskrifter. Rapporten avslutas med en diskussion av de mest centrala fynden, vilket inbegriper rekommendationer och slutsatser (del 5). I bilagan till rapporten finns en översikt av resultaten från de kvalitativa analyserna.

Bakgrund

Psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro i Sverige idag [1] och är vanligt förekommande även internationellt [2]. Risken för sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa är högre bland kvinnor än män: i slutet av 2017 stod psykisk ohälsa för 53 procent av alla pågående sjukskrivningar bland kvinnor, medan motsvarande siffra bland män var 41 procent [1].

Sjukfrånvaro påverkar den anställdas identitet, självrespekt och allmänna hälsotillstånd [3], samt utgör en risk för att isolera sig både socialt och professionellt [4]. Psykisk ohälsa leder även till minskad produktivitet på jobbet och ökar risken för förtidspension [5, 6]. Förutom de betydande konsekvenserna för den drabbade, innebär sjukfrånvaro också ekonomiska förluster för både den anställda, dess arbetsgivare och för samhället i stort [7]. I Sverige har kostnaderna för den psykiska ohälsan för år 2015 beräknats uppgå till cirka 21,7 miljarder euro (cirka 230 miljarder kronor) när både direkta och indirekt kostnader slås samman, vilket är närmare fem procent av bruttonationalprodukten [8]. Med direkta kostnader menas jämförelsevis mera mätbara kostnader såsom behandlings- och rehabiliteringskostnader, medan indirekta kostnader omfattar sådant som är svårare att

mäta såsom smärta, produktionsförlust eller förlorade möjligheter för den drabbade. De indirekta kostnaderna beräknas stå för den större delen av kostnadsbilden [9]. Eftersom konsekvenserna av sjukfrånvaro pga. psykisk ohälsa är omfattande, är det viktigt att undersöka hur man kan förebygga sjukfrånvaro och underlätta arbetsåtergång vid sjukfrånvaro pga. psykisk ohälsa.

Arbetsmiljöfaktorer påverkar psykisk (o)hälsa

Arbetsrelaterade faktorer inverkar på den psykiska hälsan. Spänt arbete, det vill säga höga krav kombinerat med otillräckliga resurser samt inflytande, innebär ökad risk för psykisk ohälsa [10]. Enligt Arbetsmiljöverket har kvinnor i högre grad arbeten med hög anspänning än män. År 2017 hade 32 procent av kvinnorna och 19 procent av de sysselsatta männen en sådan arbetssituation [11]. Rapporten anger också att kvinnor mer sällan kunde bestämma när en arbetsuppgift skulle göras i jämförelse med män: 48 procent av kvinnorna kunde aldrig eller för det mesta inte bestämma det jämfört med 36 procent av männen [11]. Andra orsaker för arbetsrelaterad psykisk ohälsa är lågt stöd från närmsta chef och arbetskamrater samt obalans mellan arbetsinsatsen och den belöning eller erkännande som arbetet ger. Osäker anställning, obekväma arbetstider, oklara arbetsuppgifter, motstridiga förväntningar på den anställda och upplevd orättvisa på arbetsplatsen innebär också ökad risk för psykisk ohälsa [10, 12, 13].

Genusperspektiv på arbetsåtergång

Studier har sökt orsaker till att kvinnor har en högre risk för sjukfrånvaro pga. psykisk ohälsa än män, vilka även kan ha betydelse för arbetsåtergång. En orsak som ofta anges är den ”horisontella könssegregeringen”, vilket innebär att kvinnor och män ofta befinner sig i olika yrken [14]. Kvinno-dominerade yrken karaktäriseras av faktorer som kan leda till sjukfrånvaro för psykisk ohälsa såsom höga krav och låg kontroll, eller obalans mellan ansträngning och belöning [6]. Även den så kallade ”vertikala könssegregeringen” kan bidra till könsskillnaden, det vill säga att män oftare har ledande positioner med större möjligheter till kontroll över den egna arbetssituationen [15]. Andra bidragande orsaker har hittats i den ”interna könssegregeringen”, nämligen att även när kvinnor och män arbetar inom samma yrke, arbetar de ofta med olika uppgifter. Exempelvis arbetar kvinnor oftare med mer repetitiva och handintensiva uppgifter än män inom samma yrken [16].

Genusnormer och -hierarkier kan också påverka arbetsmiljö och hälsa. Enligt en rapport från Arbetsmiljöverket tyder svensk forskning på att kvinnor uppvisar en gränslöshet mellan sig själva och den organisation de arbetar i, vilket i kombination med en social underordning kan leda till en högre grad av skuld- och otillräcklighetskänslor [15]. Liknande resultat har påvisats i en studie från Nederländerna bland kvinnor som var sjukfrånvarande pga. psykisk ohälsa. Studien fann att det var svårt för kvinnor att dra gränser mot en överbelastad arbetssituation då de upplevde sig ha lägre social status i relation till en manligt dominerad arbetsmiljö eller en manlig chef [17]. En rapport från Riksrevisionen fann också att kvinnor med

psykisk ohälsa var 30 procent oftare sjukskrivna än män med samma arbetsförmåga [18]. Rapporten resonerar att en möjlig orsak kan vara att kvinnor är mer öppna för att bli sjukskrivna och att de har ett mer preventivt hälsobeteende och är exempelvis mindre riskbenägna i jämförelse med män. En annan möjlig förklaring som anges är att läkare på grund av normer kan vara mindre benägna att sjukskriva män än kvinnor trots likvärdig arbetsförmåga. Maskulinitetsnormer kan också göra det svårare för män att visa sig sårbara [19], särskilt för psykisk ohälsa [20]. Detta kan tänkas påverka de behov som kvinnor och män har i relation till en lyckad arbetsåtergång.

Färre studier har undersökt om hemrelaterade faktorer kan påverka sjukfrånvaro och arbetsåtergång på olika sätt för kvinnor och män. En studie gjord i Sverige visar att när kvinnor blir föräldrar ökar risken för sjukfrånvaro jämfört med män, och denna effekt kvarstår upp till 16 år efter att det första barnet har fötts [21]. Liknande resultat presenteras i en rapport från Försäkringskassan, som visar att kvinnor har en högre relativ risk för sjukfrånvaro efter att det första barnet föds i ett föräldrapar i jämförelse med män (15,9 procent respektive 6,5 procent). Ett större ansvar för både hem och jobb ökar också risken för sjukfrånvaro för både kvinnor och män. Dubbel arbetsbörda är dock vanligare bland kvinnor [22, 23]. En studie undersökte vilka faktorer som anställda sjukskrivna för psykisk ohälsa, deras chefer och läkare ansåg vara viktiga för att återgå i arbete. Både de sjukskrivna anställda, deras chefer och läkare angav att balans mellan jobbet och hemmet är en viktig faktor att beakta under arbetsåtergång. Författarna resonerade att trots balans mellan jobbet och hemmet anses viktigt av både anställda, deras läkare och chefer så är hemrelaterade faktorer mera sällan studerade i relation till arbetsåtergång, och mer forskning om deras möjliga påverkan behövs [24].

De flesta studier som har studerat arbets- och hemrelaterade faktorer i relation till sjukfrånvaro för psykisk ohälsa och arbetsåtergång har använt sig av kvantitativa metoder. Intervjubaserade, kvalitativa studier är lämpliga när man vill veta mera om berörda personers egna upplevelser av det som studeras. En översiktsartikel av intervjubaserade studier som undersökt arbetsåtergång bland personer med psykisk ohälsa fann att upplevda hinder och resurser handlade om den egna personligheten, socialt stöd på arbetsplatsen och sociala- samt rehabiliteringssystem [25]. Översikten nämnde inte ifall hemrelaterade faktorer påverkar arbetsåtergång, vilket kan bero på att det mera sällan studeras i denna kontext. Det framkom inte heller om de undersökta upplevelserna kan ha skiljt sig mellan kvinnor och män. En svensk studie som jämförde kvinnors och mäns erfarenheter av arbetsåtergång efter en sjukskrivning för besvär från rörelseapparaten fann att hemrelaterade faktorer påverkade i synnerhet kvinnors arbetsåtergång negativt [26]. Det saknas studier om hur anställda som är sjukfrånvarande pga. psykisk ohälsa i en svensk kontext upplever att jobb- och hemrelaterade faktorer påverkar arbetsåtergång, och som jämför kvinnor och män.

Arbetsplatsen har en viktig roll för att underlätta arbetsåtergång

Eftersom sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa medför kännbara konsekvenser för den anställde, arbetsgivaren och samhället, har insatser som kan förebygga sjukfrånvaro och underlätta arbetsåtergång vid sjukfrånvaro fått ökad uppmärksamhet. Nyligen har ett antal översiktsartiklar publicerats om utvärderingar av insatser som ämnar underlätta arbetsåtergång för personer som är sjukfrånvarande pga. psykisk ohälsa [27-32]. Sammantaget visar översikterna att insatser som har en koppling till arbetsplatsen kan minska arbetsfrånvaro och förbättra arbetsfunktion, livskvalitet samt ekonomiska utfall.

FHV är väl lämpad för att arbeta med arbetsplatsnära insatser genom sin närhet till arbetsplatsen och kännedom om den anställdas arbetsförhållanden [32]. Den första randomiserade studien som i svensk kontext utvärderar en arbetsplatsnära insats som ges av FHV har nyligen genomförts [33]. Deltagarmaterialet från denna studie (se metod) används också i denna rapport men för syftet att besvara nya frågeställningar ur ett genusperspektiv.

Få utvärderar insatser ur ett genusperspektiv

Trots att kvinnor har en högre risk för sjukfrånvaro pga. psykisk ohälsa än män, har få studier utvärderat rehabiliteringsinsatser ur ett genusperspektiv. En svensk studie med 119 anställda med sjukfrånvaro pga. psykologiska eller besvär från rörelseapparaten fann att kvinnor oftare gavs åtgärder som gick ut på att korrigera kvinnan själv (t.ex. sjukgymnastik), medan män oftare gavs åtgärder som korrigerade hans arbetsplats eller höjde hans kvalifikationer för att kunna byta jobb [34]. Liknande resultat har hittats i en studie från Danmark, som fann att kvinnor sjukskrivna för psykisk ohälsa i lägre grad än sjukskrivna män fick vård av en psykiater eller deltog i en sjukfrånvarointervju med sin arbetsgivare [35]. Studien fann också att män till högre grad än kvinnor ansåg att handläggarna tog deras tillstånd på allvar. I motsats hittade en svensk studie med kvinnor och män med sjukfrånvaro pga. besvär från rörelseapparaten att kvinnor till en högre grad än män ansåg att deras kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal samt försäkringskassans handläggare var stödjande [36]. Författarna resonerar att resultatet kan bero på att kvinnor och män upplever samma slags stöd på skilda sätt, eller på att stödet som kvinnor fick skiljde sig från det stöd som män fick.

En intervjustudie med kvinnor och män som var sjukskrivna för psykisk ohälsa fann att ett individperspektiv var viktigt för en upplevelse av god hjälp. De som upplevde att de blev ”sedda” och ”mötta” av professionella under sin arbetsåtergång upplevde även att de genomförda insatserna var till nytta [37]. Studien undersökte inte ifall kvinnors och mäns upplevelser skiljde sig åt. En svensk intervjustudie om upplevda hinder och resurser under arbetsåtergång och som jämförde kvinnor och män som varit sjukfrånvarande pga. besvär från rörelseapparaten fann att faktorer relaterade till hemmet hindrade i synnerhet kvinnors arbetsåtergång. Trots att studien inte specifikt undersökte upplevelser av rehabiliteringsinsatser, resonerade

författarna att liknande omständigheter behöver beaktas vid insatser som ges under arbetsåtergång [26]. Sådana studier skulle vara användbara för att undersöka om det finns genusspecifika behov som bör beaktas under arbetsåtergången, vilket kan höja effektiviteten av metoder och förstärka möjligheterna till en hållbar återgång i arbete bland både kvinnor och män.

Syfte

Det övergripande syftet för rapporten är att både kvantitativt och kvalitativt undersöka om det finns genusspecifika faktorer som bör beaktas vid rehabiliteringsinsatser som avser att förebygga sjukfrånvaro för arbetsrelaterad psykisk ohälsa eller underlätta arbetsåtergång vid sjukfrånvaro.

Rapporten har fyra specifika syften vilka är att undersöka likheter och skillnader mellan kvinnor och män avseende:

- Om obalans i hem- och arbetsrelaterade krav kan påverka effekten av arbetsrelaterade insatser avseende sjukfrånvaro och psykisk hälsa jämfört med de som upplever balans bland anställda kvinnor och män.
- Vilka och hur många rehabiliterande insatser som anställda kvinnor och män har fått.
- Hur anställda kvinnor och män som är sjukskrivna för psykisk ohälsa upplever att kombinerade hem- och arbetsrelaterade krav samt resurser påverkar deras möjligheter till en lyckad arbetsåtergång.
- Hur anställda kvinnor och män som är sjukskrivna för psykisk ohälsa upplever de rehabiliteringsinsatser som de fått för att återgå i arbete.

Metod

Syftet besvaras med hjälp av en kvantitativ, prospektiv studie som bygger på enkätsvar från 80 kvinnor och 20 män med psykisk ohälsa, och som fått arbetsrelaterade insatser via företagshälsovården (FHV). Vidare genomfördes sju gruppintervjuer med sammanlagt 13 kvinnor och 15 män som varit sjukskrivna för arbetsrelaterad psykisk ohälsa och som haft kontakt med FHV. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Materialet som användes i de kvantitativa analyserna var primärt avsett för att utvärdera effekten av en arbetsplatsinriktad intervention (se Metod). En styrka med den kvantitativa delen är den höga svarsresponsen på enkäterna vid de två uppföljningsmätningarna (86 procent vid 6 månader och 84 procent vid 12 månader) och komplett information om registrerad sjukfrånvaro. Den största begränsningen i de kvantitativa analyserna är att studiegruppen var relativt liten i kombination med den sneda könsfördelningen med 80 kvinnor och 20 män vid studiestart, vilket också, som beskrivits, gjorde att direkta statistiska test av skillnader mellan kvinnor och män inte gjordes. En metodologisk kommentar gäller också att i de analyser där det på statistisk väg kontrollerades för andra faktorer som kan ha påverkat resultatet så försämrades den statistiska styrkan ytterligare.

För den kvalitativa delen genomfördes sex gruppintervjuer och en pilotintervju. Trots att antalet gruppintervjuer kan variera från studie till studie [67], har mellan fyra och sex grupper föreslagits som en vägledande princip [68]. Alla förutom pilotintervjun och en av gruppintervjuerna, som hade tre deltagare, innehöll mellan fyra och åtta deltagare, vilket kan anses vara en lämplig deltagarmängd [69]. Det mindre antalet i en av grupperna berodde på avbokningar som gjordes i nära anslutning till intervjudagen. Däremot var diskussionerna i alla gruppintervjuer rikliga och relevanta, vilket antyder att gruppstorlekarna bidrog till goda diskussioner mellan deltagarna. Mindre grupper kan även vara att föredra då de är lättare att hantera [70] och när jämförelsevis känsligare ämnen diskuteras [68].

Relevans, reflexivitet och validitet har föreslagits som vägledande kriterier för att utvärdera kvalitativ forskning [71]. Studiens relevans utgörs av ämnet sjukfrånvaro för psykisk ohälsa, vilket kan beskrivas som en folkhälsofråga med betydande konsekvenser för den drabbade, dess arbetsgivare och för samhället i stort. Gruppintervjuerna har gett tillgång till upplevelser av personer som har erfarenhet av att vara sjukskrivna för psykisk ohälsa, och resultaten förväntas ha relevans för dem som möter sjukskrivna anställda i denna situation. För att förbättra studiens reflexivitet har resultaten diskuterats under analysprocessen med alla medförfattare, som har ifrågasatt eller bekräftat de framväxande kategorierna. Alternativa, även motsatta tolkningar övervägdes under analysen. Citat har angetts för att illustrera resultaten och förbättra överförbarheten till dem som arbetar med liknande eller relaterade forskningsfrågor. Rapporten bygger på två deltagarmaterial:

Kvantitativ metod

Material 1 som användes för att besvara syfte 1 och 2 består av 100 anställda, varav 80 kvinnor och 20 män. Deltagarna har sökt hjälp vid FHV pga. arbetsrelaterad stressproblematik eller psykisk ohälsa. Eventuell sjukskrivning har som mest pågått i tre månader innan inklusion (för detaljer se [33]). Materialet har hämtats från en randomiserad studie vars primära syfte har varit att utvärdera en problemlösningsbaserad intervention avseende dess effekt på sjukfrånvaro jämfört med de insatser som ges i vanliga fall (kontrollgrupp). De insatser som getts har involverat den anställdas arbetsplats (information om bransch finns i Tabell 1). Bland kvinnor var det mest förekommande att vara anställd inom kommunen eller landstinget, medan män oftast var anställda inom den privata sektorn. I denna rapport fokuseras det på genusrelaterade aspekter för alla de arbetsplatsnära insatser som gavs vid deltagande FHV som deltog i studien.

Vid studiestarten tillfrågades deltagarna via enkäter om krav från hem- och hushållsarbete påverkar arbetet negativt och, tvärtom, om arbetskraven har en påverkan på hem- och hushållsarbetet [38]. Enkäten innehöll även frågor om psykisk ohälsa och vilka rehabiliteringsinsatser som de anställda fått. Denna mätning upprepades efter 6 och 12 månader. Registerdata från Försäkringskassan insamlades avseende sjukfrånvaro (sjukpenning och sjuk-aktivitetsersättning) och återkommande sjukskrivningsepisoder under den ettåriga uppföljningsperioden. Då gruppen av män var så liten, gjordes

inga statistiska tester på denna grupp på grund av låg statistisk styrka. Däremot redovisas resultaten i beskrivande form. För kvinnor användes regressionsanalyser och chi-två tester.

Kvalitativ metod

Material 2: för att med hjälp av intervjuer besvara syfte 3 och 4 genomfördes en ny datainsamling. Materialet består av 28 anställda, 13 kvinnor och 15 män. Deltagarna var antingen vid intervjutillfället eller hade under de två senaste åren varit sjukskrivna för psykisk ohälsa, uppsökt FHV för sina besvär och upplevt att kombinationen av krav hemma och krav på arbetet påverkade deras arbetsåtergång. Upplevelser av hem- och arbetsrelaterade krav, resurser och insatser som de anställda fick under arbetsåtergången undersöktes genom sex gruppintervjuer och en pilotintervju. Två av grupperna bestod endast av kvinnor, två grupper endast av män och två var könsblandade. Pilotintervjun innehöll en kvinna och en man. Dessa inspelades på band och skrevs ord för ord. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys, vilket strukturerar teman och mönster i materialet till kategorier och underkategorier [39].

Resultat

Kvantitativa resultat: Balansen mellan hem- och arbetsrelaterade krav

Påverkas sjukfrånvaro av obalans mellan hem- och arbetsrelaterade krav?

Följande resultat bygger på material 1, som tidigare beskrivits. Deltagarnas svar på frågor om balans mellan hem- och arbetsrelaterade krav delades upp i kategorierna ”hög” och ”låg” för att beskriva i vilken grad arbetsrelaterade krav påverkade hemmet negativt och i vilken grad hemrelaterade krav påverkade arbetet negativt. Kategorin ”låg” bestod av dem som hade svarat att de olika kraven aldrig, sällan eller ibland påverkar varandra på ett negativt sätt och kategorin ”hög” av dem som påstod att det ganska ofta, mycket ofta eller alltid påverkade varandra på ett negativt sätt. Med sjukfrånvaro menas här antal dagar med registrerad hel- eller deltidssjukskrivning under uppföljningsperioden. Nettodagar med sjukpenning har använts, d.v.s. exempelvis motsvarar två dagar med 50 procent sjukskrivning en hel nettodag. I sjukfrånvaro ingår också sjuk- och aktivitetsersättning, men ingen av deltagarna erhöll detta under uppföljningsperioden. Då endast 3 kvinnor och 3 män hade återkommande sjukfrånvaroperioder (definierat som sjukfrånvaro längre än 14 dagar) under uppföljningsåret, kunde inte analyser om återkommande sjukfrånvaro genomföras. Slutligen gäller att för alla angivna p-värden skall p vara mindre än 0.05 för att en skillnad är statistiskt säkerställd (detta gäller alla resultat i den kvantitativa delen).

Tabell 1 beskriver deltagarnas ålder och förekomst av depression samt utmattning. Cirka 2/3 av deltagarna hade indikation på nedstämdhet eller depression och en större andel av kvinnorna än männen var utmattade.

Tabell 1 Beskrivning av deltagande kvinnor (n=80) och män (n=20) vid studiestart och antal dagar sjukskrivning månaden innan studiestart och ett år efter studiestart

	Kvinnor	Män
Ålder, n (%)		
18-39 år	29 (36.3)	5 (25.0)
40-49 år	28 (35)	7 (35)
50-63 år	23 (28.8)	8 (40.0)
Hemmavarande barn, n (%)*		
Har barn mellan 7-16 år hemma	31 (38.8)	8 (40.0)
Har barn under 7 år hemma	26 (32.5)	3 (15.0)
Utbildning, n (%)		
Grundskola eller motsvarande	2 (2.5)	1 (5.0)
Gymnasium/yrkesskola	23 (28.8)	8 (40.0)
Universitet/högskoleutbildning/högre akademisk examen	55 (68.8)	11 (55.0)
Arbetsgivare, n (%)		
Kommun	36 (45.0)	2 (10.0)
Landsting	24 (30.0)	2 (10.0)
Privat	12 (15.0)	11 (55.0)
Statligt/kommunalt bolag, samt statlig/kommunal affärsdriven	6 (7.5)	4 (20.0)
Hel- eller deltidsarbete, n (%)		
Heltid	63 (78.8)	20 (100)
Deltid, 75 %	16 (20)	0 (0)
Deltid, 50 %	1 (1.3)	0 (0)
Depression** n (%)		
Ingen depression	29 (36)	6 (30)
Nedstämdhet/depression	51 (64)	14 (70)
Självskattat utmattningssyndrom (s-UMS)*** n (%)		
Ingen s-UMS	17 (22)	11 (55)
Måttlig – uttalad s-UMS	62 (78)	9 (45)
Sjukskrivningsdiagnoser, n (%)		
Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	34 (43)	7 (35)
Annan psykisk ohälsa	5 (6)	3 (15)
Antal dagar sjukskrivning vid månaden innan studiestart, m (sd)	11,2 (12,7)	9,5 (11,8)
Antal dagar sjukskrivning ett år efter studiestart, m (sd)	3,7 (8,2)	3,0 (9,1)
Antal som var sjukskriven vid studiestart, n (%)	(50)	9 (45)

* Bägge kategorier kunde väljas.

**Mätt med "the Hospital Anxiety and Depression Scales".

***Mätt med "Självskattat utmattningssyndrom, s-UMS".

Tabell 2 ger en översikt av hur många kvinnor och män som angav obalans mellan kraven vid studiestart. Beräknar man den totala gruppen sammantaget, var det vid studiestarten hälften (50 procent) som i hög och hälften (50 procent) som i låg utsträckning upplevde att arbetsrelaterade krav påverkar hemmet negativt. Ur deskriptiv synvinkel beskrev en något större andel av männen att hemrelaterade krav påverkade arbetet negativt.

Tabell 2 Kvinnor (n = 80) och män (n = 20) som i hög eller låg grad upplevde obalans mellan hem- och arbetsrelaterade krav vid studiestart

	Kvinnor n (%)	Män n (%)
Arbetsrelaterade krav påverkar hemmet negativt		
I hög utsträckning	40 (50)	10 (50)
I låg utsträckning	40 (50)	10 (50)
Hemrelaterade krav påverkar arbetet negativt		
I hög utsträckning	28 (35)	9 (45)
I låg utsträckning	52 (65)	11 (55)

*p-värdet visar om fördelningen av "hög" och "låg" utsträckning skiljer sig mellan kvinnor och män (chi2).

Tabell 3 visar genomsnittlig sjukfrånvaro i antal dagar över uppföljningsåret för de som i hög respektive låg grad upplevde att krav på arbetet påverkade hemmet negativt. Som framgår så beskrev både män och kvinnor som upplevde detta i hög grad också en högre sjukfrånvaro under denna tid. Den statistiska testningen som gjordes för kvinnor och för hela gruppen visade dock inte på statistiskt säkerställda skillnader i sjukfrånvaro mellan de som upplevde hög respektive låg påverkan från arbetet på hemmet.

Vidare visar tabellen att de som i hög jämfört med låg utsträckning upplevde att krav hemma påverkar arbetet negativt hade färre dagar sjukfrånvaro. De genomförda regressionsanalyserna visar att denna skillnad nådde statistisk signifikans för den totala gruppen och för kvinnor. Det är dock möjligt att omfattningen av sjukskrivning vid studiens start kan inverka på upplevelsen av hur kraven hemifrån påverkar arbetet, t.ex. en person som är mycket sjukskriven kommer troligen att uppleva mindre påverkan eftersom denna inte är på arbetet i samma omfattning. Då analyser gjordes där sjukskrivning under månaden direkt innan studiestart kontrollerades för försvann den säkerställda skillnaden.

Tabell 3 **Genomsnittligt antal dagar sjukfrånvaro över ett år för upplevd obalans mellan hem- och arbetsrelaterade krav vid studiestarten**

	Låg	Hög	B (95 % KI*)
Arbetsrelaterade krav som påverkar hemmet negativt			
Kvinnor n = 80			
Antal dagar, M (SD)	77,4 (110,1)	102,3 (105,9)	24,9 (-23,2; 73,0)
Män n = 20#			
Antal dagar, M (SD)	40,3 (74,7)	78,4 (119,0)	#
Totala gruppen			
Antal dagar, M (SD)	70,0 (104,4)	97,5 (107,8)	27,5 (-14,6; 69,7)
Hemrelaterade krav som påverkar arbetet negativt			
Kvinnor n = 80			
Antal dagar, M (SD)	108,5 (119,8)	55,1 (71,8)	-53,4 (-102,7; -4,1)
Män n = 20#			
Antal dagar, M (SD)	90,2 (117,8)	21,6 (53,5)	#
Totala gruppen			
Antal dagar, M (SD)	105,3 (118,7)	47,0 (68,7)	-58,4 (-100,8; -15,9)

*KI=konfidensintervall.

#Inga statistiska test gjordes för denna grupp p.g.a. liten gruppstorlek.

Påverkar obalans mellan hem- och arbetsrelaterade krav psykisk ohälsa?

Som mått på psykisk ohälsa rapporteras depression och utmattning vid 12 månader efter studiestart. Indikation på depression mättes med "the Hospital Anxiety and Depression Scales" [40]. Svaren värderades enligt rekommendationer så att mindre än 8 poäng antyder inga eller få tecken på depression, 8-12 poäng antyder nedstämdhet och mer än 12 poäng antyder tydligare symtom på depression. Utmattning mättes med frågeformulär för "självskattad utmattnings-syndrom" [41].

Tabellerna 4a och 4b visar förekomsten av depression respektive utmattning relaterat till balans mellan arbets- och hemrelaterade krav. Logistiska regressioner genomfördes. Från tabell 4a framgår att inga statistiskt säkerställda skillnader hittades för att obalans i krav vid studiestart hade ett samband med depression efter ett år. Kompletterande analyser gjordes också där hänsyn togs till vilken insats som deltagarna fått men detta påverkade inte resultatet. Som beskrivits gjordes inga statistiska analyser för männen pga. att denna grupp var så liten. Ur deskriptiv synvinkel kan dock kommenteras att bland män som upplever att krav i arbetet i hög grad påverkar hemmet negativt har majoriteten nedstämdhet/depression ett år efter studiestart medan majoriteten av de kvinnor som upplevde hög påverkan från arbetet på familjen inte rapporterar nedstämdhet/depression efter ett år.

Tabell 4a Prevalens (n, %) och OR för obalans i kraven vid studiestart samt för depression ett år senare

	Arbetsrelaterade krav som påverkar hemmet negativt			Hemrelaterade krav som påverkar arbetet negativt		
	Låg n (%)	Hög n (%)	OR (95 % KI1)	Låg n (%)	Hög n (%)	OR (95 % KI1)
Kvinnor n = 66						
Ingen depression	19 (57,6)	20 (60,6)	1,00	24 (54,5)	15 (68,2)	1,00
Nedstämdhet/ depression	14 (42,4)	13 (39,4)	0,88 (0,3; 2,4)	20 (45,5)	7 (31,8)	0,56 (0,2; 1,6)
Män n =18#						
Ingen depression	7 (70,0)	2 (25,0)	#	6 (60,0)	3 (37,5)	#
Nedstämdhet/ depression	3 (30,0)	6 (75,0)		4 (40,0)	5 (62,5)	
Totala gruppen						
Ingen depression	26 (60,5)	22 (53,7)	1,00	30 (55,6)	18 (60,0)	1,00
Nedstämdhet/ depression	17 (39,5)	19 (46,3)	1,32 (0,6; 3,1)	24 (44,4)	12 (40,0)	0,83 (0,3; 2,1)

1 KI: Konfidensintervall. En oddsquot (OR) större än 1 visar en ökad sannolikhet för depression medan oddsquoter lägre än 1 visar minskad sannolikhet för depression. För att skillnader ska vara statistiskt säkerställda ska KI utsluta 1.

#Inga statistiska test gjordes för denna grupp p.g.a. liten gruppstorlek.

Tabell 4b visar att obalans i arbets-hemrelaterade krav vid studiestart inte hade ett säkerställt samband med utmattning efter ett år. Eventuell påverkan av insats kontrollerades för, men detta påverkade inte resultatet.

Tabell 4b Prevalens (n, %) och OR för obalans i kraven vid studiestart samt för utmattning ett år senare

	Arbetsrelaterade krav som påverkar hemmet negativt			Hemrelaterade krav som påverkar arbetet negativt		
	Låg n (%)	Hög n (%)	OR (95 % KI1)	Låg n (%)	Hög n (%)	OR (95 % KI1)
Kvinnor n = 66						
Ingen utmattning	19 (57,6)	20 (60,6)	1,00	25 (56,8)	14 (63,6)	1,00
Måttlig utmattning/ utmattning	14 (42,4)	13 (39,4)	0,88 (0,3; 2,4)	19 (43,2)	8 (36,4)	0,75 (0,3; 2,2)
Män n =17#						
Ingen utmattning	6 (66,7)	7 (87,5)	#	6 (66,7)	7 (87,5)	#
Måttlig utmattning/ utmattning	3 (33,3)	1 (12,5)		3 (33,3)	1 (12,5)	
Totala gruppen						
Ingen utmattning	25 (59,5)	27 (65,9)	1,00	31 (58,5)	21 (70)	1,00
Måttlig utmattning/ utmattning	17 (40,5)	14 (34,1)	0,76 (0,3; 1,9)	22 (41,5)	9 (30)	0,60 (0,2; 1,6)

*KI: Konfidensintervall.

#Inga statistiska test gjordes för denna grupp p.g.a. liten gruppstorlek.

Beskrivning av insatser uppdelad på kön

Tabell 5 ger en översikt av vilka insatser som kvinnor och män fick under uppföljningsåret. Generellt så tycks en ökning av olika insatser ske från baslinjen och ett halvår framåt för att sedan följas av en minskning av vårdutnyttjande under det andra halvåret. Deskriptivt så angav fler kvinnor än män att de fått ”annat” vid 6 månader efter studiestart. Kategorin ”annat” var en öppen kategori där deltagarna fick skriva vad de fått. Angivna exempel innehöll medicinering, kurs i stresshantering och samtalsstöd med beteendevetare eller arbetsterapeut.

Tabell 5 Beskrivning av insatser eller vårdgivare uppdelad på kön

Insats	Kvinnor n (%)			Män n (%)		
	Baslinje ¹ (n=80)	6 mån (n=68)	12 mån (n=66)	Baslinje ¹ (n=20)	6 mån (n=18)	12 mån (n=17)
n totalt						
Läkarundersökning	42 (54)	49 (72)	25 (38)	11 (55)	13 (72)	7 (41)
Psykolog/psykoterapi	29 (36)	44 (65)	27 (41)	9 (45)	15 (83)	7 (41)
Kurator	12 (15)	17 (25)	6 (9)	1 (5)	4 (22)	2 (12)
Fysioterapi	9 (11)	13 (19)	5 (8)	2 (10)	1 (6)	1 (6)
Meditation/Mindfulness	11 (14)	15 (22)	13 (20)	1 (5)	4 (22)	5 (29)
Yoga/Tai Chi/Qi Gong	7 (9)	11 (16)	9 (14)	2 (10)	3 (17)	3 (18)
FAR ²	0	5 (7)	2 (3)	1 (5)	1(6)	0 (0)
Akupunktur/aku pressur	1 (1)	2 (3)	3 (5)	1 (5)	0	1 (6)
Annat ³	15 (19)	13 (19)*	14 (21)	2 (10)	0*	3 (18)
Inget	25 (31)	4 (6)	25 (38)	7 (35)	2 (11)	7 (41)

¹ Insatser som getts under 6 månader innan studiestart.

² FAR = Fysisk aktivitet på recept.

³ De tre mest angivna exempel för ”annat” bland kvinnor är medicinering, stresshanteringskurs och samtalsstöd med någon annan än psykolog/kurator. Mest förekomna exempel bland män är kontakt med läkare på vårdcentral, samtal med arbetsterapeut och egen träning.

Tabell 6 visar hur många gånger som deltagarna sammanlagt har fått den insats/de insatser som de angett i tabell 5, och om de genomfördes inom eller utanför FHV. Både för kvinnor och män så har de flesta insatserna getts av andra aktörer än FHV.

Tabell 6 Uppskattat antal gånger som studiedeltagarna har fått insatser, och om dessa skedde inom eller utanför FHV

	Insats antal ggr		Insats inom FHV		Insats utanför FHV	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
Kvinnor						
Studiestart (n=80)	7,43	(7,19)	2,70	(3,54)	5,28	(7,66)
6 månader (n=68)	11,75	(15,79)	6,41	(5,06)	6,09	(16,51)
12 månader (n=66)	13,76	(16,59)	6,50	(6,42)	7,74	(16,65)
Män						
Studiestart (n=20)	9,73	(8,67)	3,00	(2,73)	6,75	(6,65)
6 månader (n=18)	16,38	(23,00)	5,82	(4,04)	9,75	(19,87)
12 månader (n=17)	20,27	(34,73)	6,91	(4,85)	13,36	(35,81)

Kvalitativa resultat: Krav och resurser vid arbetsåtergång

I denna del redogörs resultaten för hur deltagarna i den kvalitativa intervjustudien upplever att hem- och arbetsrelaterade krav samt resurser påverkar deras möjligheter till en lyckad arbetsåtergång.

Av tabell 1 framgår att det var vanligare för deltagarna att vara deprimerad och utmattad än att inte vara det. Män var i större utsträckning deprimerade jämfört med kvinnor, och kvinnor var till en större utsträckning utmattade i jämförelse med män. Därtill angav män oftare än kvinnor att kraven från hemmet/familjen påverkade jobbet negativt. Ur tabellen kan man även avläsa att deltagarna varierade i utbildningsbakgrund och att flera av kvinnorna arbetade inom vården, medan det var mer vanligt bland män att arbeta inom IT och teknik.

Tabell 7 Beskrivning av deltagarna i gruppintervjuerna

	Kvinnor (n=13) n (%)	Män (n=15) n (%)
Alder		
18-49	8 (61,5)	6 (40,0)
50-66	5 (38,5)	9 (60,0)
Utbildning		
Grundskola eller motsvarande	1 (7,7)	2 (13,3)
Gymnasium/yrkesskola	4 (30,8)	5 (33,3)
Universitet/högskoleutbildning/högre akademisk examen	8 (61,5)	8 (53,3)
Yrke		
Vård	7 (53,8)	2 (13,3)
Ingenjör/IT	1 (7,7)	6 (40,0)
Chefer/tjänstemän	2 (15,4)	2 (13,3)
Övrigt	3 (23,1)	5 (33,3)
Depression*		
Ingen depression	6 (46,2)	3 (20,0)
Nedstämdhet/depression	7 (53,8)	12 (80,0)
Självskattat utmattningssyndrom (s-UMS)		
Ingen s-UMS	2 (15,4)	7 (46,7)
Måttlig s-UMS/s-UMS	11 (84,6)	8 (53,3)
Påverkar kraven i ditt arbete ditt hem- och familjeliv på ett negativt sätt?*		
I låg grad	5 (38,5)	9 (60,0)
I hög grad	7 (53,8)	6 (40,0)
Påverkar kraven från ditt hem/din familj ditt arbete på ett negativt sätt?*		
I låg grad	0 (0,0)	5 (33,3)
I hög grad	12 (100,0)	10 (66,7)

* Mätt med "the Hospital Anxiety and Depression Scales".

** En av de kvinnliga deltagarna svarade både "sällan" och "ibland", varför svaret har utelutits.

Resultaten består av fyra huvudkategorier varav de två första har fyra respektive sex underkategorier vardera (se bilaga 1 för en översikt). Kvinnorna använde mera tid för att diskutera krav relaterade till hemmet, medan män oftare diskuterade hur strukturella arbetsmiljöproblem påverkade deras arbetsåtergång. Kvinnorna diskuterade också i större utsträckning emotionella krav inom vården, medan männen pratade om oskrivna normer om hårt arbete på arbetsplatsen. Utöver de tillfrågade hem- och arbetsrelaterade kraven förde de intervjuade anställda även fram krav som de ställde på sig själva och krav kopplade till en tredje part.

Hemrelaterade krav och resurser

Kan inte sjukskriva sig från hemrelaterade krav. Flera av kvinnorna berättade om svårigheter i att hantera hur det blev hemma under sjukskrivningen, då deras partners såg det som att de fått extra tid att utföra hemrelaterade uppgifter:

*”Och initialt så tror jag inte min man fattade riktigt det här med att jag mådde dåligt. För han trodde att jag bara skulle vara ledig från jobbet ett tag, för att kunna göra lite mer saker hemma.”
Kvinna, intervju 1.*

Kvinnorna upplevde sig som projektledare för hemmet och hade svårt att hitta möjligheter för återhämtning och vila. Några hade haft sina partners med på psykologbesök för att få hjälp med att hitta sätt att minska kraven hemma. Dessa träffar var en vändpunkt i rehabiliteringen för dem.

Männen berättade om färre hinder för att sänka kraven hemma och beskrev färre skuld känslor i förhållande till hem- och hushålls krav än kvinnorna. Däremot fanns undantag, exempelvis bland yngre män som ville vara närvarande i sina familjeliv. Männen skildrade ett större praktiskt och känslomässigt stöd från sina partners under arbetsåtergången än kvinnorna.

Att känna sig ansvarig för relationer och andras välmående. En stor del av kvinnorna kände sig ansvariga för relationerna omkring dem, vilket de upplevde som ett hinder för sin arbetsåtergång. De tog hand om stressade familjemedlemmar, gav emotionellt stöd och tog ansvar för partners relationer till släkt och vänner. Många arbetade inom vården där de kände ett ansvar över sina klienters välmående och kunde känna sig skyldiga om de inte orkade arbeta heltid, samtidigt som de såg hur stressade kollegorna var. För att kunna återhämta sig försökte samtliga träda ur rollen som den som tar hand om andra, men det var svårt att göra:

”Jag känner också igen det där att man blir någon slags sambandscentral i släkten, och sedan när man börjar förstå det själv och ska försöka ta sig ur den rollen så tar det tid. För det är inte bara att säga ’nu jäklar får ni ta över’ eller något sådant där, utan det får man göra lite successivt.” Kvinna, intervju 2.

Män, och i synnerhet yngre män, män födda utomlands, män vars partners var födda utomlands eller vars partners plötsligt blev sjuka, kunde också diskutera upplevt ansvar för andras välmående och de hinder som det innebar för deras arbetsåtergång. Däremot var det vanligt bland männen att uppleva ett stöd från sina partners när det kom till att sköta sociala relationer under arbetsåtergången, vilket de beskrev som en resurs.

En drabbad hushållsekonomi. För de flesta deltagare innebar sjukskrivningen en försämrad ekonomi, vilket förstärkte känslor av stress och oro. Vidare upplevde männen sig ofta som ekonomiskt ansvariga för sin familj, vilket skapade känslor av skuld och skam när ekonomin försvagades.

Att hitta aktiviteter som ger energi och att skapa rutiner. Efter en period av vila, kände både kvinnor och män ett behov av energigivande aktiviteter såsom att ta långa promenader. Därtill beskrev kvinnor ofta sina vänner som en stor hjälp för att komma igång med aktiviteter:

”Jag har haft kompisar som har tagit med mig på saker och ting, och då har jag inte behövt planera något, utan bara hänga på. Det

är himla skönt, annars hade jag inte gjort det, om man måste vara med och vara drivande.” Kvinna, intervju 2.

En del hemrelaterade krav såsom att lämna/hämta barn på skolan kunde också ge rutin åt dagen på ett sätt som minskade på oros känslor.

Arbetsrelaterade krav och resurser

Att bemöta svåra känslor och ha en övermäktig ansvars känsla på jobbet. Anställda som arbetade i vårdyrken, vilket till största del var kvinnor, träffade ofta på människor i utsatta situationer. Det var en utmaning att känna empati och engagemang utan att känna sig emotionellt för belastad. Kvinnorna tvivlade på sin förmåga att hantera känslor som ilska och förtvivlan som kunder med familjer kunde uttrycka. Flera hade fått råd om att låta saker rinna av som ”vatten på en gås”, men rådet var svårt att följa:

”Det är verkligen... det är en hårfin linje, det här med vatten på en gås, vatten på en gås, att ha det här skyddet, att inte bli... för samtidigt, vi jobbar alla med människor, man kan inte vara hur fyrkantig som helst, eller bara en maskin. Man måste gå in i rollen med empati.” Kvinna, intervju 3.

Många ifrågasatte om de kunde fortsätta i sina jobb på längre sikt, och ansåg att det var avhängigt deras förmåga att hantera ansvaret för klienterna och de känslomässiga krav som jobbet ställde.

Olösta arbetskrav skapar osäkerhet kring framtiden. Efter att de hade återgått i arbete, mötte många på samma, olösta krav som innan sjukskrivningen. Många tvivlade därför på hur länge de skulle orka jobba på sin arbetsplats, eftersom de behövde hantera gamla och ibland även nya krav i kombination med en sänkt arbetsförmåga. Kvinnor kände oftare att problemet låg hos dem själva, medan män oftare höll chefer och ledning som ytterst ansvariga för en ohållbar arbetsmiljö:

”Det är extrem rotation, det är väldigt många som är sjukskrivna, även på HR. Vi har tagit upp det med ledningen, men det är ingen som vill ta ansvar där.” Man, intervju 6.

Männen berättade att deras förslag på hur man kunde lösa en del av problemen oftast inte genomfördes, vilket ledde till känslor av resignation och frustration. Detta förlade strukturella problem till individen och hindrade hållbara arbetsförhållanden på långsikt. Liknande upplevelser beskrevs av kvinnor och män inom varierande yrkeskategorier.

Gränslösa krav. Deltagarna beskrev olika aspekter av ett gränslöst jobb. Ovisshet om vad som var en tillräcklig arbetsinsats i kombination med höga krav på sig själv, ledde till ett gränslöst arbete som sträckte sig utöver deltagarnas kapacitet. Många män beskrev också hur oskrivna normer om att arbeta hårt bidrog till att skapa gränslösa krav. Flera av männen var därför måna om att skapa regelbundna möjligheter för återhämtning:

”Jag jobbar heltid nu, men kan känna ibland att jag blir frustrerad och lite småstressad när jag sitter och jobbar, men då går jag därifrån i tio minuter. Och gör något helt annat och så kan jag gå tillbaka och börja om.” Man, intervju 6.

Samtidigt som detta gav förnyat förtroende till den egna arbetsförmågan, kände sig många även oroliga då de märkte att kroppen inte alltid återhämtade sig så effektivt som de hade velat.

(Önskat) stöd från chefer och kolleger. Upplevelser av stöd från chefer och kolleger var blandade. De som beskrev ett gott stöd upplevde att de möttes med förståelse och respekt. Chefer som uttryckte förtroende för de anställdas förmågor och hindrade dem från att arbeta för mycket, beskrevs som en betydande resurs. Däremot kände anställda en oro över hållbarheten i sin arbetsåtergång om de möttes av chefer som exempelvis ansåg att de anställda hade sig själva att skylla för sin situation för att de arbetat för hårt, eller som uppvisade en bristande förståelse för deras ändrade arbetsförmåga.

Interna krav och resurser

Medan deltagarna upplevde höga krav både på arbetet och i hemmet, kunde de påverka dessa genom att anpassa de krav som de ställde på sig själva. De beskrev hur de innan sjukskrivningen ville ge sitt allt både på jobbet och hemma, för annars kände de sig dåliga. Dessa interna krav var ofta ett hinder för att stå emot övermäktiga krav på jobbet. Att minska kraven på sig själv blev därför en viktig resurs under arbetsåtergången:

”Och jag har börjat... försökt omdefiniera de kraven, är de rimliga? Jag är lite pedant och ordningsam och strukturerad. Och då planerar man lång tid framöver. Det här måste göras och det här måste fixas och det är en massa måste i huvudet. Och då har jag börjat omdefiniera det. När måste de här... är det ett måste eller inte?” Man, intervju 5.

Att minska kraven på sig själv pekades däremot ofta ut som det största hindret då det var svårt att genomföra och krävde ett kontinuerligt jobb. Därtill tyckte många män att sjukskrivningen var ett tecken på att de inte hade klarat av att uppfylla kraven för en hårt arbetande anställd, vilket ofta ledde till känslor av skam som behövde bearbetas under arbetsåtergången. För kvinnor uttrycktes de höga interna kraven ofta genom att uppleva sig själv som det primära problemet, även när arbetsmiljön var ohållbar.

Krav och resurser kopplade till en tredje part

Både kvinnor och män beskrev nya, byråkratiska krav som krävde deras uppmärksamhet för att hålla sjukskrivningen igång. Under en tid då de ville vila och vara passiva, krävde nya ”sjukskrivningsuppgifter” från inblandade aktörer att de skulle vara aktiva och uppmärksamma. Deltagarna beskrev hur de studerade lagar och regelverk, jagade efter läkare, tjänstemän, uttalanden och remisser, besvarade frågor från olika håll, skickade dokument och förmedlade information mellan aktörer:

”Jag har haft sju läkare under ett år som jag har varit där[.] Jag har suttit med fyra dagar kvar tills sjukskrivningen ska gå ut, jag får brev från sjukkassan där de säger att vi försöker söka din läkare. Vi får inte tag i den, och får vi inte svar på de här frågorna kan vi inte betala ut några pengar[.] Och jag ringer det här företaget, och de säger, ja hon är på semester[.] Ingen drar i min situation. Och de säger oj, just det, där har vi gjort en miss. Ja, nästa lediga tid är om två veckor.” Man, intervju 4.

De ansträngde sig för att hålla i flera trådar samtidigt, vilket krävde kognitiva funktioner som var begränsade under arbetsåtergången. Några upplevde att kontakterna med myndigheterna fördjupade deras utmattningsgrad.

En ofta förekommande upplevelse var att Försäkringskassan utan uppenbar anledning inte godkände deltagarnas läkarintyg. Det var även tungt när handläggare byttes, myndighetens krav inte passade den enskilda situationen eller handläggarna pratade snabbt och ovänligt, vilket gjorde den kommunicerade informationen svår att förstå.

Deltagarna önskade mer konkret hjälp med de byråkratiska kraven. De föreslog en tidslinje och en sammanställning av vilka uppgifter som behövde göras och i vilken ordning, samt vilken myndighet som skulle kontaktas och när. Konkreta förslag inkluderade en checklista, en broschyr och/eller en personlig samordnare.

Däremot hade några deltagare positiva erfarenheter av kontakter med handläggare, som upplevdes som en viktig resurs för att återgå i arbete. I dessa fall beskrevs handläggarna som flexibla, respektfulla, tydliga och genuint intresserade av att hitta lösningar till den anställdes situation.

Insatser vid arbetsåtergång

Nedan följer resultaten för hur anställda sjukskrivna för psykisk ohälsa upplever de rehabiliteringsinsatser de fått.

Resultaten är delade i kategorier på tre olika nivåer: en huvudkategori och två underkategorier med fyra respektive fem underkategorier vardera (se bilaga 1). Både likheter och skillnader mellan kvinnor och män uppkom. Ett exempel på skillnader är att kvinnor hade ett behov av insatser riktade till hemmet, medan män inte diskuterade sådana behov i samma utsträckning.

Att bli mött med respekt och bekräftelse

Ord som att bli ”sedd” och ”förstådd” förekom ofta i både kvinnors och mäns diskussioner. De som beskrev att de blivit bemötta med respekt och bekräftelse var också mer nöjda med den hjälp som de fick.

Socialt stöd

Deltagarna beskrev sig som trötta och som att de fungerade med begränsad kapacitet under deras arbetsåtergång. De uttryckte ett behov för socialt stöd i

form av både känslomässigt stöd för att få bekräftelse av de egna erfarenheterna, och av instrumentellt stöd för att klara av sjukskrivningsrelaterade kontakter och ”uppgifter”, vilket var likartat bland kvinnor och män. Skillnader framkom i behovet av kunskap om och förståelse för psykisk ohälsa. Exempelvis var det lättare för kvinnor att själva uppnå en förståelse för sitt tillstånd än vad det var bland män, medan det var lättare för männen att få förståelse för sina återhämtningsbehov i hemmet jämfört med kvinnorna.

Behov av kunskap och förståelse för psykisk ohälsa. Deltagarna hade behov av fakta och information om psykisk ohälsa för att legitimera sitt tillstånd för sig själva och för andra. Kunskap om psykisk ohälsa beskrevs ofta som en förutsättning för att få andra delar av arbetsåtergången att fungera, såsom att kommunicera behovet av minskade krav hemma och på jobbet. Män beskrev längre processer för att själva förstå och acceptera sin psykiska ohälsa. Däremot ansåg de att deras partners var relativt snabba med att förstå vad de gick igenom, och beskrev ett gott känslomässigt samt praktiskt stöd i hemmet. Kvinnor å andra sidan förstod och accepterade jämförelsevis snabbt det egna tillståndet, men beskrev större svårigheter i att kommunicera det till sina partners för att uppnå emotionellt och praktiskt stöd. I jämförelse med männen var det vanligare bland kvinnorna att få stöd från vänner, som hade förståelse för vad det innebar att ha psykisk ohälsa.

Vid möten med inblandade aktörer upplevde både kvinnor och män att det fanns en brist på förståelse för vad psykisk ohälsa och dess konsekvenser är. De föreslog att chefer och kollegor skulle få information om psykisk ohälsa för att kunna ge rätt slags stöd:

”Men framför allt det där med förståelse[.] Ja, man borde utbilda cheferna mer i hur det är att komma tillbaka när man har varit borta. Det handlar ju inte bara om arbetsuppgifterna, liksom mejlen, telefonen... Det är ju också mer hur andra beter sig mot dig. [M]an borde ha mer stöttning när man kommer tillbaka, även med den sociala biten. Och det är jätteviktigt.” Kvinna, intervju 1.

Vidare kunde män uttrycka ett behov av hjälp från professionella (t.ex. läkare) med specialistkompetens i stressrelaterade symptom för att få bästa möjliga stöd, medan kvinnor sällan nämnde detta.

Att vilja medarbetarens bästa. Under en tid som deltagarna var trötta och sårbara, var det särskilt viktigt för både kvinnor och män att känna att de som deltog i deras arbetsåtergång visade ett uppriktigt engagemang i deras ärende. De var tacksamma för läkare, chefer och psykologer som tog tid för att lyssna på dem och som ställde frågor, visade empati och uttryckte god vilja inför att hitta lösningar som beaktade deras behov. De som upplevde att andra tänkte på deras bästa var också mer benägna att känna sig nöjda med de rehabiliteringsinsatser som de fick. I kontrast blev deltagare osäkra över sin arbetsåtergång exempelvis när mötestider ombokades ofta, eller när de upplevde att inblandade professionella var ointresserade av deras situation.

Behöver hjälp med att få en helhetsblick över situationen. När deltagarna sjukskrevs behövde de hantera kontakter och uppgifter för att hålla sjukskrivningen igång. På ett likartat sätt önskade sig både kvinnor och män en checklista eller personlig kontaktperson som i början av sjukskrivningen hade hjälpt skapa en helhetsblick. De behövde hjälp med att veta vilka uppgifter som skall göras och i vilken ordning, vem de skall kontakta, vad de behöver följa upp, vilka formulär som skall ifyllas, vilka insatser som är tillgängliga och vad olika regelverk betyder i klarspråk:

”Jag tänker att man måste kunna individanpassa den biten. Men just det här att bara få... en del hade det passat att bara få en checklista: men bara nån som liksom håller i helheten. Just det här att 'ska du bli sjukskriven, då får du gå dit. Ska du ha hjälp, då får du gå här' [...] Alltså, nån som paketerar det hela.” Kvinna, intervju 2.

De önskade också en översikt av arbetsåtergångens process i termer av vila, aktivitet, arbetsåtergång och risk för bakslag för att bättre förstå vad de kan förvänta sig och vad de kan behöva stöd med längsmed vägen.

Saknar hjälp med att hantera sjukskrivningsrelaterade uppgifter. Både kvinnor och män ansåg att deras förmåga att ta emot ny information och bemöta krav var begränsat i början av sjukskrivningen, men samtidigt nödvändiga för att återgå i arbete. De önskade att någon hade hjälpt med konkreta uppgifter som att ringa telefonsamtal och fylla i blanketter.

Nästan alla uttryckte ett behov av hjälp med att avgöra rätt sjukskrivningslängd då de i början av sjukskrivningen var oförmögna att göra korrekta bedömningar. Eftersom de hade höga krav på sig själva och inte ännu hade förstått vad som hade hänt, trodde många att endast några dagar eller på sin höjd veckor skulle räcka för att återhämta sig:

”Något som jag inte tyckte var bra alls, var att jag fick bestämma själv hur mycket sjukskrivning jag skulle ha [...] Så jag var sjukskriven på 75 procent väldigt länge, och hade en fot kvar i jobbet, för att jag liksom inbillade mig att jag [behövdes där]. Så blev det mångfalt värre när jag kom tillbaka [...] De skulle bara ha sagt åt mig att 'du ska inte sätta din fot på jobbet'. Jag var inte kapabel, och har aldrig varit kapabel att ta det beslutet själv att faktiskt gå ifrån jobbet. Det var därför jag delvis hade hamnat i den situationen, för att jag inte kunde säga nej [...]” Man, pilotintervju.

Deltagare var tacksamma för läkare och chefer som rekommenderade längre sjukskrivningar eller saktade ner arbetsåtergången vid behov. I motsats kände deltagare som upplevde att de själva hade fått bestämma sin sjukskrivningslängd att den blev för kort och inte gav dem möjlighet att släppa taget för att börja återhämtningen, vilket de ansåg att ledde till upprepade och mer långvariga sjukskrivningar.

Insatser under arbetsåtergång

Både kvinnor och män ansåg det viktigt med konkreta verktyg, rätt tajmning, uppföljning av och kontinuitet i insatser samt anpassningar på jobbet under arbetsåtergången. Därtill uttryckte kvinnor ett behov av hemrelaterade insatser. Både kvinnor och män saknade hjälp med organisatoriska problem på jobbet, men hade olika sätt att reagera på det.

Konkreta verktyg hjälpte att minska på stressen. Såväl kvinnor som män uppskattade konkreta verktyg som på ett systematiskt sätt sänkte takten hemma och på jobbet. Verktygen hjälpte att varva ner, minska kraven på sig själv och hantera samt förebygga stress och oro i återkommande situationer i vardagen. Exempel på verktyg var mindfulness eller att ställa in en väckarklocka som signalerade när det var dags att avbryta en uppgift för att återhämta sig. Dessa verktyg beskrevs som ”bondförnuft”, men svåra att komma på själv. Några hade inte erbjudits konkreta verktyg och saknade dessa. De var också mer osäkra på hur de skulle hantera fortsatta känslor av stress under arbetsåtergången.

Tajmning, uppföljning av och kontinuitet i den erbjudna hjälpen. För att stärka den upplevda effekten av rehabiliteringsinsatser var det viktigt för både kvinnor och män att få regelbundna uppföljningar och hjälp vid rätt tidpunkt. Psykologer som gav läxor, chefer som följde upp överenskomna anpassningar och läkare som frågade hur det gick med fysisk aktivitet var viktiga resurser. Att återgå i arbete beskrevs som ett kontinuerligt jobb med sig själv och kraven på jobbet eller i hemmet. Eftersom behoven förändrades över tid och motgångar var vanliga, möjliggjorde uppföljningarna även anpassningar över tid, vilket säkerställde deras användbarhet i vardagen. Tidpunkten för insatserna var också viktig. Exempelvis ansåg deltagarna att stresshanteringskurser och problemlösande diskussioner var mer effektiva efter en inledande period av vila. De som fick dessa insatser för tidigt upplevde sig inte mottagliga för dem då deras kognitiva förmåga ännu var kraftigt begränsad.

Behov av hemrelaterade insatser. De intervjuade kvinnorna uttryckte ett behov av insatser riktade till hemmet. Trots att de flesta kvinnor uppgav att arbetsrelaterade förhållanden var huvudorsaken till sjukskrivningen, behövde de hjälp med att kartlägga och anpassa kraven hemma för att underlätta den totala bördan:

”[Psykologen] har tittat både på arbete och på... 'Kan du förändra någonting hemma? Kan du låta bli att se de smutsiga fönstren?' [...] Mitt problem är ju mitt arbete, och den belastningen som var där. Men jag har ju fortfarande... mitt liv pågår ju bredvid, så är det ju. Jag är inte bara den eller den, jag är faktiskt de här tillsammans. Så det kan jag säga, att det har varit bra, tycker jag, att vi har fått beröra det [hemrelaterade] också.” Kvinna, intervju 2.

I synnerhet behövde de hjälp med att kommunicera till sina partners att de hade en minskad kapacitet och inte kunde ansvara för hushållskrav på

samma sätt som tidigare, eller att de inte kunde öka på sin andel av hushållsarbete trots att de tillbringade en större tid hemma under sjukskrivningen än innan. Män diskuterade inte behov av hemrelaterade insatser i samma utsträckning.

Individuella anpassningar på jobbet. Det var viktigt för både kvinnor och män att deras behov av anpassningar (t.ex. möjlighet att arbeta hemifrån) och sänkta krav (t.ex. minskat antal uppdrag) på jobbet uppfylldes. Detta var nödvändigt för att hitta nya och hållbara sätt att vara på jobbet och kombinera arbete, pendling, hushåll och barn. De fick förnyat förtroende i sin kapacitet när anpassningarna genomfördes och de visste att de inte skulle möta samma stressiga arbetsmiljö som tidigare. Om behoven inte uppfylldes drog deltagarna oftast slutsatsen av att de behövde byta jobb, fortsätta sin sjukskrivning, gå tidigt i pension eller sluta göra ett gott jobb.

Behov av organisatoriska insatser. Deltagarna identifierade flera organisatoriska arbetsmiljöproblem, såsom underbemannade arbetsplatser som ledde till mängder av arbete och hög sjukfrånvaro, och som de inte fick hjälp med under arbetsåtergången. Kvinnor och män hade olika sätt att agera på detta. Det var mer vanligt bland kvinnor att uppleva sig själv som ansvarig för situationen och de resonerade ofta att de antingen behöver acceptera ohållbara arbetskrav eller byta jobb:

”Jag känner att jag har fått fixa mycket själv ändå, fixa mig själv. Okej, ska jag acceptera jobbet som det är och allt vad det innebär, eller ska jag göra något annat? Och det ville jag inte, så då måste jag acceptera det som det är, och sedan försöka hitta strategier själv.” Kvinna, intervju 2.

Bland männen var det mer vanligt att hålla ledningen till svars för en ohållbar arbetsmiljö och de kände sig ofta resignerade inför att det inte blev några förbättringar trots deras försök till det.

Bristen på organisatoriska insatser saktade ner både kvinnors och mäns arbetsåtergång. De kände sig osäkra om arbetsåtergången skulle fungera på lång sikt, samtidigt som många uttryckte att de var för trötta för att söka nytt jobb.

Diskussion och slutsatser

Det övergripande syftet i denna rapport var att undersöka om det finns genus specifika faktorer som bör beaktas vid rehabiliteringsinsatser som avser att underlätta arbetsåtergång vid eller förebygga sjukfrånvaro för psykisk ohälsa. Nedan diskuteras först de kvantitativa resultaten, som bygger på enkätsvar som kopplats samman med Försäkringskassans register om antal dagar sjukfrånvaro. Därefter diskuteras de kvalitativa resultaten, som bygger på gruppintervjuer med kvinnor och män.

Balansen mellan hem- och arbetsrelaterade krav, och samband med sjukfrånvaro och psykisk ohälsa

De kvantitativa resultaten visade att för kvinnor var sjukfrånvaron under en ettårsperiod lägre bland dem som i hög utsträckning upplever att krav hemma påverkar arbetet negativt. Den statistiskt säkerställda skillnaden mellan grupperna försvann dock när hänsyn togs till omfattningen av sjukskrivning vid baslinjen. Detta skulle dock även kunna förklaras av låg statistisk styrka (se metoddiskussion i Metod). Även män som i hög utsträckning upplever att krav hemma påverkar arbetet negativt hade lägre sjukskrivning under en ettårsperiod.

Då gruppen män var så liten gjordes dock ingen statistisk testning av detta. Vidare fanns inga statistiskt säkerställda skillnader för kvinnor för att obalans i krav vid studiestart hade ett samband med depression eller utmattning efter ett år. Ur deskriptiv synvinkel kan även kommenteras att bland män som upplever att krav i arbetet i hög grad påverkar hemmet negativt har majoriteten nedstämdhet/depression ett år efter studiestart.

Tidigare studier har tillämpat en teori om könssocialisering som anger att kvinnor identifierar sig starkt med och upplever sig primärt ansvariga för hemmet, medan männen identifierar sig starkt med och upplever sig primärt ansvariga över sitt arbete. Detta anses kunna leda till att arbetsrelaterade krav som påverkar hemmet negativt upplevs till en högre grad och får en större påverkan bland kvinnor, och att hemrelaterade krav som påverkar arbetet negativt upplevs till en högre grad och får en större påverkan bland män [42]. Studier som prövat teorin med psykisk ohälsa [43-47] och sjukfrånvaro [48-51] som utfall har funnit motstridiga resultat, och fler studier om dessa samband behövs.

Få könsskillnader i antal eller typ av insatser

Få studier har undersökt eventuella könsskillnader i rehabiliteringsinsatser vid arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Resultaten här tyder på ett relativt likartat vårdutnyttjande eller användande av insatser för både kvinnor och män under den ettåriga uppföljningsperioden. Beskrivande data tyder på att

deltagarna genomgår ett ökat antal insatser under de första sex månaderna men att sedan vårdutnyttjandet minskar. Deskriptivt så angav fler kvinnor än män att de fått ”annat” (t.ex. medicinering, kurs i stresshantering och samtalsstöd) vid 6 månader efter studiestart. Tidigare studier har funnit könsskillnader i både antal och typ av insatser som kvinnor och män fått under sin arbetsåtergång [34, 35].

Kvinnor upplever behov av stöd med hemrelaterade krav

De intervjuade kvinnorna upplevde ofta att hemrelaterade krav var ett hinder för deras arbetsåtergång, medan männen beskrev ett större emotionellt och praktiskt stöd i hemmet. En annan svensk studie hittade liknande resultat bland kvinnor och män med besvär från rörelseapparaten [26]. Resultaten ligger även i linje med en svensk, longitudinell studie som fann att män verkade ha bättre balans mellan jobb, hushållsarbete och fritid jämfört med kvinnor [52]. Studiens författare resonerade att fritid kan vara en mer betydande skyddsfaktor för hälsan bland män än bland kvinnor. Det är möjligt att fritid även kunde vara en resurs för kvinnor om hem- och hushållsrelaterade krav kunde hanteras på sätt som stöder kvinnors återhämtning.

Kvinnors behov av stöd med krav i hemmet kan också förstås i ljuset av en tredje studie som fann att inte endast arbetsfördelningen, men även hur nöjd man är med fördelningen påverkar hälsan [53]. Liknande aspekter kan vara relevanta att beakta när man studerar arbetsåtergång. Det är möjligt att när kvinnor återgår i arbete efter sjukfrånvaro för psykisk ohälsa blir de mer missnöjda med arbetsfördelningen hemma, då de behöver mer tid för återhämtning än tidigare. Även om traditionella genusnormer är under förändring och män exempelvis använder ett ökande antal föräldralediga dagar, står kvinnorna fortfarande för den största andelen av föräldraledighet och använder mest tid på obetalt arbete jämfört med män [16], vilket kan förstås som en form av könssocialisering. Det är möjligt att sådana strukturella aspekter ger delvis skilda villkor för kvinnor och män att återgå i arbete efter sjukfrånvaro. Resultaten bekräftar vikten av att beakta hemrelaterade krav som ett tillägg till arbetskraven för att uppnå en mer nyanserad förståelse av processen att återgå i arbete [24, 54, 55]. Resultaten bekräftar även tidigare uppmaningar om att undersöka eventuella könsskillnader under arbetsåtergången [56].

Emotionella krav i vårdrkten ett hinder för arbetsåtergång

Emotionella krav och krav på att ta hand om andra upplevdes som ett hinder för en lyckad arbetsåtergång bland de intervjuade kvinnorna, vilket delvis kan återspegla den könsegregregerade arbetsmarknaden [14]. Flera av de intervjuade kvinnorna gav exempel på faktorer som är vanliga inom kvinno-dominerade yrken och som medför en ökad risk för psykisk ohälsa, såsom höga krav och låg kontroll [12]. Många upplevde en utmaning i att hitta ett

lämpligt emotionellt avstånd till sina patienter, samtidigt som de ville behålla ett visst mått av empati för att göra ett gott och meningsfullt jobb. Detta har benämnts som ”detached concern” i vissa studier [57, 58], med vilket man menar att visa omsorg och empati samtidigt som man behåller ett visst emotionellt avstånd. Det här var viktigt och samtidigt svårt att göra bland de intervjuade kvinnorna, vilket kan hänga ihop med genusnormer som förespråkar ett omhändertagande beteende bland kvinnor med ansvar för andras välmående [59]. Liknande resultat har även hittats i en svensk [54] och en holländsk [19] studie. Det är således möjligt att inte endast yrket, men även genusnormer kan påverka upplevelser av hinder och resurser under arbetsåtergång.

Upplevda krav bland män under arbetsåtergången

Flera av de intervjuade männen lade ansvaret för upplevda hinder under arbetsåtergången på strukturella arbetsmiljöfaktorer, medan kvinnorna oftare beskyllde sig själva. På ett liknande sätt som sådana erfarenheter kan påverka kvinnors hälsa negativt [17], verkade dessa upplevelser påverka männens hälsa negativt då de kände förakt och uppgivenhet inför avsaknaden av strukturella lösningar, trots att de gjort försök och ett förslag till att förbättra arbetsmiljön på jobbet. Detta könade mönster hittades bland kvinnor och män inom olika yrkeskategorier. Däremot arbetade de flesta av de intervjuade kvinnorna inom vårddyrkena, och de flesta av de intervjuade männen inom ingenjörs- och IT-branschen. Det skulle vara intressant med fortsatta intervjustudier med kvinnor och män inom samma yrkeskategori för att se om upplevelserna skulle skilja sig åt.

Tidigare studier har funnit att maskulinitetsnormer relaterar till att vara huvudansvarig för familjens ekonomi [60] och till att vara en hårt arbetande person i arbetslivet [22]. Sådana normer kan hindra män från att söka stöd [21], särskilt i frågor om psykisk ohälsa som kan upplevas gå emot dominerande maskulinitetsnormer [22]. Resultaten från intervjuerna bekräftar att män försökte minska kraven på sig själva och jobbade med känslor av skam i relation till psykisk ohälsa, samtidigt som de försökte hålla fast i en positiv självbild av att vara en hårt arbetande person. En studie fann att både kvinnor och män hade svårigheter att identifiera psykisk ohälsa bland män, och att detta var särskilt svårt för de deltagande männen att göra [61]. Detta tyder på att stöd för män under arbetsåtergång vid sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa bör ta hänsyn till maskulinitetsnormer och hur de kan påverka arbetsåtergång.

Viktigt att bli bemött med respekt för både kvinnor och män

Både skillnader och likheter uppkom bland de intervjuade männen och kvinnorna. En av likheterna uppkom i relation till behovet av att bli bemött med respekt och bekräftelse av professionella som de mötte under arbetsåtergången. Anställda som upplevde att de blev bekräftade var även mer nöjda med den hjälp som de fick av exempelvis psykologer, handläggare

och läkare, vilket ligger i linje med tidigare studier bland anställda med i synnerhet besvär från rörelseapparaten [62-64]. På ett liknande sätt fann en rapport att anställda långtidssjukskrivna för psykisk ohälsa ansåg till en högre grad än anställda med andra sjukskrivningsorsaker att den upplevda kvalitén i handläggares bemötande hade en inverkan på deras arbetsåtergång [65]. Vidare har studier bland anställda med ryggsmärta funnit att en validerande kommunikationsteknik kan hjälpa deltagare att minska på sin frustration, ilska och sorg jämfört med deltagare som inte blivit bemötta med denna teknik [66]. Resultaten i denna rapport antyder att ett liknande, aktivt validerande av anställdas upplevelser även kan vara tillämpligt för kvinnor och män med arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

När intervjudeltagarna talade om sina kontakter med en extern, tredje part, nämnde de i synnerhet kommunikationen med Försäkringskassan som central för sina upplevelser kring bemötandet. Upplevelserna av bemötandet var ofta negativa, med några undantag. En översiktsartikel om kvalitativa studier om anställda med psykisk ohälsa fann på ett liknande sätt att kontakterna med i synnerhet socialförsäkringsmyndigheter ofta upplevs som svåra. Dessa myndigheter beskrivs som mer intresserade av den anställdas snabba arbetsåtergång, än av den psykiska ohälsan eller behoven under sjukskrivningsperioden [25]. Socialförsäkringsmyndigheter har ofta en svår position då de skall arbeta enligt existerande regelverk samtidigt som de bemöter personer med psykisk ohälsa som är i en sårbar situation. Handläggare på Försäkringskassan kan därför behöva stöttning och utbildning för att få bästa förutsättningar att utföra regelverk och kunna möta de behov som personer med psykisk ohälsa kan ha i kontakten med dem.

Sammanfattning och konklusion

De kvantitativa resultaten visade att för kvinnor var sjukfrånvaron under en ettårsperiod lägre bland dem som i hög utsträckning upplever att krav hemma påverkar arbetet negativt. Skillnaden mellan grupperna försvann dock när hänsyn togs till omfattningen av sjukskrivning vid baslinjen. Även män som i hög utsträckning upplever att krav hemma påverkar arbetet negativt hade lägre sjukskrivning under en ettårsperiod. Då gruppen män var så liten gjordes dock ingen statistisk testning av detta. Vidare tyder resultaten på ett relativt likartat vårdutnyttjande eller användande av insatser för både kvinnor och män under den ettåriga uppföljningsperioden. Inga statistiskt säkerställda skillnader fanns för kvinnor för att obalans i krav vid studiestart hade ett samband med depression eller utmattning efter ett år. Deskriptivt så angav fler kvinnor än män att de fått ”annat” (t.ex. medicinering, kurs i stresshantering och samtalsstöd) vid 6 månader efter studiestart.

Resultaten från gruppintervjuerna visade att hemrelaterade krav och resurser påverkar arbetsåtergång bland både kvinnor och män sjukskrivna för psykisk ohälsa, också när arbetsrelaterade krav upplevs som den främsta orsaken till sjukskrivningen. Det är således av vikt att utöver arbetsrelaterade faktorer även uppmärksamma hemrelaterade faktorer när man studerar eller bemöter anställda med psykisk ohälsa. I synnerhet kvinnorna

uttryckte ett behov av hemrelaterade insatser för en lyckad återgång till arbete och upplevde ett mindre hemrelaterat stöd i förmån till återhämtning och vila än vad männen beskrev. Olösta strukturella problem på arbetsplatsen ledde till känslor av resignation hos de intervjuade männen, vilket förlägger strukturella problem till individen och hindrar hållbara arbetsförhållanden på långsikt. Då flera av de undersökta faktorerna skilde sig åt för kvinnor och män, finns ett behov att beakta eventuella könsskillnader i relation till arbetsåtergång, samtidigt som hänsyn tas till individuella variationer. Vidare framkom att det är viktigt för både kvinnor och män att bli bemötta med respekt och bekräftelse av professionella som de möter under sin arbetsåtergång och att det i synnerhet upplevdes en oro i kontakterna med Försäkringskassan. Socialförsäkringsmyndigheter har ofta en svår position då de skall utföra existerande regelverk, samtidigt som det finns krav på att vara känslig inför de behov som personer med psykisk ohälsa kan ha i kontakten med myndigheterna.

Implikationer

Gruppen som deltog i intervjuerna bestod i huvudsak av kvinnor i vårdrken och män inom IT och ingenjörbranscher. Baserat på dessa intervjuer bland anställda med stressproblematik eller psykisk ohälsa som får insatser via FHV indikerar resultaten att:

- Hemrelaterade krav (t.ex. att få hjälp med att känna sig mindre ansvarig för relationer och andras välmående, samtalsstöd, ökat stöd från partner, strategier för att hitta stunder av vila bland hemrelaterade krav) bör beaktas för att förebygga sjukfrånvaro och underlätta arbetsåtergång bland anställda. Detta kan vara av särskild vikt bland kvinnor, men också till nytta bland män.
- Personal på FHV bör kartlägga resurser och ge stöd för förändring både på jobbet och i hemmet för att möjliggöra en lyckad arbetsåtergång. Vidare kan anställda med ett svagt socialt nätverk behöva särskild uppmärksamhet då bristen på nätverk kan leda till ökade krav.
- Anställda inom vårdrken, vilket till största del utgörs av kvinnor, kan behöva särskild stöttning med att hantera de emotionella krav som arbetet ställer.
- Kvinnor kan behöva stöttning med att kartlägga hur strukturella arbetsmiljöproblem påverkar psykisk ohälsa och med att hitta lösningar på dessa problem, för att lätta på egna skuld känslor för den psykiska ohälsan. Män kan behöva stöttning med att hitta lösningar på strukturella arbetsmiljöproblem för att motverka känslor av resignation.
- Arbetsgivare och första linjens chefer behöver ökad kunskap om psykisk ohälsa på arbetsplatsen och konkreta strategier för att hantera det, inklusive arbetsanpassning.
- Handläggare på Försäkringskassan kan behöva stöttning, utbildning och resurser för att få bästa förutsättningar att både utföra regelverk och möta de behov som personer med psykisk ohälsa kan ha i kontakten med dem.

Litteratur

1. Försäkringskassan, *Socialförsäkringen i siffror 2018*. 2018: Stockholm.
2. Steel, Z., et al., The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International journal of epidemiology*, 2014. 43(2): p. 476-493.
3. Fossey, E.M. and C.A. Harvey, *Finding and sustaining employment: a qualitative meta-synthesis of mental health consumer views*. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 2010. 77(5): p. 303-314.
4. Henderson, M., N. Glozier, and K.H. Elliott, *Long term sickness absence*. *British Medical Journal Publishing Group*, 2005. 330:802.
5. Sanderson, K. and G. Andrews, Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2006. 51(2): p. 63-75.
6. Henderson, M., et al., *Work and common psychiatric disorders*. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2011. 104(5): p. 198-207.
7. The Organisation for Economic Co-operation and Development, *Mental Health and Work Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. 2015: OECD Publishing, Paris.
DOI: <https://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>
8. The Organisation for Economic Co-operation and Development, *HEALTH AT A GLANCE: Europe 2018*. 2018: OECD Publishing, Paris.
DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
9. Tiainen, A., & Rehnberg, C., *The economic burden of psychiatric disorders in Sweden*. *Int J Soc Psychiatry*, 2010. 56(5), 515-526.
10. Harvey, S.B., et al., Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational & Environmental Medicine*, 2017. 74(4): p. 301-310.
11. Arbetsmiljöverket, *Arbetsmiljön 2017*. 2018: Arbetsmiljöverket, Serie: Arbetsmiljöstatistik. ISSN 1652-1110.
12. Eva Vingård, F., *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt*. 2015: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. ISBN: 978-91-88561-02-2.
13. SBU. *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr 223. ISBN 978-91-85413-64-5.
14. Statistiska Centralbyrån, *På Tal om Kvinnor och Män: Lathund om Jämställdhet 2018*. 2018: Stockholm, Sverige. ISBN: 978-91-618-1658-3.

15. Vänje A, Under luppen - genusperspektiv på arbetsmiljö och arbetsorganisation: kunskapssammanställning. 2013.; Arbetsmiljöverket. ISSN 1650-3171.
16. Lewis, C. and S.E. Mathiassen, *Belastning, genus och hälsa i arbetslivet: kunskapssammanställning*. 2013: Arbetsmiljöverket. ISSN 1650-317.
17. Verdonk, P., et al., Sickness absence as an interactive process: gendered experiences of young, highly educated women with mental health problems. *Patient Education and Counseling*, 2008. 73(2): p. 300-306.
18. Riksrevisionen, Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen? 2019, RIR. ISBN:978-91-7086-527-5.
19. Courtenay, W.H., Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, 2000. 50(10): p. 1385-1401.
20. Valkonen, J. and V. Hänninen, *Narratives of masculinity and depression*. *Men and Masculinities*, 2013. 16(2): p. 160-180.
21. Angelov, N., Johansson, P., & Lindahl, E., *Sick of family responsibilities?*. *Empirical Economics*, 2018.
<https://doi.org/10.1007/s00181-018-1552-2>
22. Försäkringskassan, *Jämställdhet och sjukfrånvaro*, i *Socialförsäkringsrapport 2015:3*. 2015: Stockholm. ISSN 1654-8574.
23. Lidwall, U., & Voss, M., *Gender equality and sick leave among first-time parents in Sweden*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2019.
doi:10.1177/1403494819837791
24. Hees, H.L., et al., Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective. *PLoS One*, 2012. 7(6): p. e39947.
25. Andersen, M.F., K.M. Nielsen, and S. Brinkmann, *Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders*. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 2012: p. 93-104.
26. Östlund, G., et al., *Domestic strain: a hindrance in rehabilitation?* *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004. 18(1): p. 49-56.
27. Pomaki, G., et al., Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *Journal of occupational rehabilitation*, 2012. 22(2): p. 182-195.
28. Joyce, S., et al., Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological medicine*, 2016. 46(4): p. 683-697.

29. Nieuwenhuijsen, K., et al., *Interventions to improve return to work in depressed people*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014(12).
30. Arends, I., et al., Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(12).
31. Nigatu, Y., et al., Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological medicine*, 2016. 46(16): p. 3263-3274.
32. Folkhälsomyndigheten, Insatser via företagshälso-vården för att förebygga eller minska psykisk ohälsa. En kartläggande litteraturoversikt – uppdatering 2018. 2019: Stockholm.
33. Keus van de Poll, M., Nybergh, L., Lornudd, C., Hagberg, J., Bodin, L., Kwak, L., Jensen, I., Lohela-Karlsson, M., Torgén, M. & Bergström, G. (2020). *Preventing sickness absence among employees with common mental disorders or stress-related symptoms at work : a cluster randomised controlled trial of a problem-solving-based intervention conducted by the Occupational Health Services*. *Occupational and Environmental Medicine*. 10.1136/oemed-2019-106353
34. Riksförsäkringsverket, Socialförsäkringsboken 2003. Kvinnor, män och sjukfrånvaro. 2004: Stockholm.
35. Nielsen, M.B.D., et al., Encounters between workers sick-listed with common mental disorders and return-to-work stakeholders. Does workers' gender matter? *Scandinavian journal of public health*, 2013. 41(2): p. 191-197.
36. Östlund, G.M., et al., Clients' perceptions of contact with professionals within healthcare and social insurance offices. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003. 31(4): p. 275-282.
37. Andersen, M.F., K. Nielsen, and S. Brinkmann, How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study. *Journal of occupational rehabilitation*, 2014. 24(4): p. 709-724.
38. Dallner, M et al., Validation of the General Nordic Questionnaire (QPSNordic) for Psychological and Social Factors at Work. Nord 2000:12. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
39. Elo, S. and H. Kyngäs, *The qualitative content analysis process*. *Journal of advanced nursing*, 2008. 62(1): p. 107-115.
40. Zigmond, A.S. and R.P. Snaith, *The hospital anxiety and depression scale*. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1983. 67(6): p. 361-370.

41. Glise, K., et al., Self-reported exhaustion: a possible indicator of reduced work ability and increased risk of sickness absence among human service workers. *International archives of occupational and environmental health*, 2010. 83(5): p. 511-520.
42. Frone, M.R., M. Russell, and G.M. Barnes, Work–family conflict, gender, and health-related outcomes: A study of employed parents in two community samples. *Journal of occupational health psychology*, 1996. 1(1): p. 57.
43. Leineweber, C., et al., Work–family conflict and health in Swedish working women and men: a 2-year prospective analysis (the SLOSH study). *The European Journal of Public Health*, 2012. 23(4): p. 710-716.
44. Canivet, C., et al., Conflict between the work and family domains and exhaustion among vocationally active men and women. *Social science & medicine*, 2010. 70(8): p. 1237-1245.
45. Kinnunen U., Geurts S and Mauno S, Work-to-family conflict and its relationship with satisfaction and well-being: A one-year longitudinal study on gender differences. *Work & Stress*, 2004. 18(1): p. 1-22.
46. Jansen, N.W., et al., *Antecedents and consequences of work–family conflict: A prospective cohort study*. *Journal of occupational and Environmental Medicine*, 2003. 45(5): p. 479-491.
47. van Veldhoven, M.J.M. and S.E. Beijer, Workload, work-to-family conflict, and health: Gender differences and the influence of private life context. *Journal of Social Issues*, 2012. 68(4): p. 665-683.
48. Antai, D., et al., *A 'balanced' life: Work-life balance and sickness absence in four nordic countries*. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2015. 6(4 October): p. 667-205-22.
49. Jansen, N.W., et al., *Work–family conflict as a risk factor for sickness absence*. *Occupational and environmental medicine*, 2006. 63(7): p. 488-494.
50. Clays, E., et al., *Measures of work-family conflict predict sickness absence from work*. *Journal of occupational and environmental medicine*, 2009. 51(8): p. 879-886.
51. Lidwall, U., S. Marklund, and M. Voss, *Work–family interference and long-term sickness absence: a longitudinal cohort study*. *European journal of public health*, 2009. 20(6): p. 676-681.
52. Håkansson, C. and G. Ahlberg Jr, Perceptions of employment, domestic work, and leisure as predictors of health among women and men. *Journal of occupational science*, 2010. 17(3): p. 150-157.

53. Wagman, P., et al., Domestic work division and satisfaction in cohabiting adults: Associations with life satisfaction and self-rated health. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 2017. 24(1): p. 24-31.
54. Holmgren, K. and S.D. Ivanoff, Women on sickness absence—views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study. *Disability and rehabilitation*, 2004. 26(4): p. 213-222.
55. Nielsen, K., et al., IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work & Stress*, 2018: p. 1-18.
56. Hultqvist, S. and I. Nørup, *Sjukskrivning och genus i Norden: Vad vi vet och vad vi inte vet*. Nordens välfärdscenter. 2016: Stockholm.
57. Zapf, D., Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human resource management review*, 2002. 12(2): p. 237-268.
58. Cadge, W. and C. Hammonds, *Reconsidering detached concern: the case of intensive-care nurses*. *Perspectives in Biology and Medicine*, 2012. 55(2): p. 266-282.
59. Lester, J., Performing gender in the workplace: Gender socialization, power, and identity among women faculty members. *Community College Review*, 2008. 35(4): p. 277-305.
60. Shirani, F., K. Henwood, and C. Coltart, " *Why aren't you at work?*": *negotiating economic models of fathering identity*. *Fathering*, 2012. 10(3): p. 274-291.
61. Swami, V., Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample. *PloS one*, 2012. 7(11): p. e49779.
62. Haugli, L., S. Maeland, and L.H. Magnussen, *What facilitates return to work? Patients experiences 3 years after occupational rehabilitation*. *Journal of occupational rehabilitation*, 2011. 21(4): p. 573-581.
63. Hubertsson, J., et al., Sickness absence in musculoskeletal disorders—patients' experiences of interactions with the social insurance agency and health care. A qualitative study. *BMC Public Health*, 2011. 11(1): p. 107.
64. Mussener, U., et al., Encouraging encounters: sick-listed persons' experiences of interactions with rehabilitation professionals. *Social work in health care*, 2007. 46(2): p. 71-87.
65. Friberg, E., E. Hinas, and K. Alexanderson, *Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande*. Stockholm: Försäkringskassan, 2014.

66. Vangronsveld, K.L. and S.J. Linton, The effect of validating and invalidating communication on satisfaction, pain and affect in nurses suffering from low back pain during a semi-structured interview. *European Journal of Pain*, 2012. 16(2): p. 239-246.
67. Carlsen, B. and C. Glenton, *What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies*. *BMC medical research methodology*, 2011. 11(1): p. 26.
68. Morgan, D.L., *Focus groups*. *Annual review of sociology*, 1996. 22(1): p. 129-152.
69. Kitzinger, J., *Qualitative research. Introducing focus groups*. *BMJ: British medical journal*, 1995. 311(7000): p. 299.
70. McLafferty, I., *Focus group interviews as a data collecting strategy*. *Journal of advanced nursing*, 2004. 48(2): p. 187-194.
71. Malterud, K., *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines*. *The Lancet*, 2001. 358(9280): p. 483-488.