

Félagsfræði

Október 2008

Örorka meðal kvenna á Íslandi

Höfundur:
Ásta Snorradóttir

Leiðbeinendur: Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, dósent
Sigurður Thorlacius, dósent

Ásta Snorradóttir

Félagsvísindadeild
Háskóla Íslands

FORMÁLI

Rannsóknaverkefni þetta er 35 eininga lokaverkefni í námi mínu til M.A. gráðu í félagsfræði við Félags- og mannvísindadeild Háskóla Íslands. Rannsóknin var unnin undir handleiðslu dr. Guðbjargar Lindu Rafnsdóttur, dósents í félagsfræði og dr. Sigurðar Thorlacius, dósents í læknadeild. Þeim vil ég þakka fyrir góða leiðsögn og fræðslu. Til rannsóknarinnar hlaut ég styrk frá Rannsóknánámssjóði, en ritgerðin er skrifuð hjá Vinnueftirliti ríkisins og hafa þessir tveir aðilar gert mér kleift að stunda rannsóknina. Samstarfsfólki mínu hjá rannsókn- og heilbrigðisdeild þakka ég stuðning og hvatningu, að engum ólöstuðum fá Hólmfríður Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson sérstakar þakkir. Sigrún Baldursdóttir sjúkraþjálfari hjá Styrk og Svala Björgvinsdóttir hjá Gigtarfélagi Íslands fá kærar þakkir fyrir veitta aðstoð. Sigríður Lilly Baldursdóttir hjá Tryggingastofnun ríkisins á einnig þakkir skildar fyrir að hvetja til þessa verkefnis. Móðir mín Eydís Arnviðardóttir fær þakkir fyrir yfirlestur ritgerðarinnar og dætur mínar Eydís og Unnur fyrir að vera mér eilíf uppspretta gleði og hamingju. Vinur minn Guðmundur Geirsson, fær þakkir fyrir hvatningu, uppbyggilega gagnrýni og óendanlegan stuðning. Þessari rannsókn á ég ekki síst að þakka þeim konum sem gáfu sér tíma til að segja mér frá reynslu sinni og upplifun og þakka ég þeim af heilum hug.

ÚTDRÁTTUR

Hér á landi hafa konur verið fjölmennari en karlar í hópi öryrkja til fjölda ára. Fyrri rannsóknir hafa sýnt að konur eru fjölmennari en karlar í hópi þeirra sem fá metna örorku vegna stoðkerfisraskana og er munurinn mestur í hópi þeirra sem fá greininguna vefjagigt en konur eru 94% af þeim hópi. Í þessari rannsókn var leitað skýringa á meira algengi og nýgengi örorku meðal kvenna. Konur sem greindar hafa verið með örorku vegna vefjagigtar voru skoðaðar sérstaklega.

Bakgrunnsupplýsingar um konur á örorkuskrá voru fengnar úr örorkuskrá Tryggingastofnunar ríkisins og þær upplýsingar bornar saman við gögn af heimasíðu Hagstofu Íslands. Útreikningar voru gerðir í SPSS reikniforritinu. Tekin voru viðtöl við 9 konur sem hafa greinst með vefjagigt og eru á örorkuskrá.

Niðurstöður sýna að algengi og nýgengi örorku hjá konum er hærra á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu. 10,9% kvenna á örorkuskrá hafa vefjagigt sem fyrstu greiningu á örorkumati og 10,7% hafa vefjagigt sem aukagreiningu á örorkumati, algengi vefjagigtar er hærra á landsbyggðinni. Konur með vefjagigt lýsa í viðtölum álagsþáttum í vinnufyrirkomulagi sem höfðu áhrif á starfsgetu þeirra. Þær telja sig geta stundað vinnu ef boðið væri upp á sveigjanleika á vinnumarkaði sem tæki tillit til þeirra sveiflna sem fylgja sjúkdóminum. Niðurstöður benda því til að huga þarf að því að fjölga hlutastörfum á vinnumarkaði þar sem boðið er upp á sveigjanleika í viðveru og vinnutíma.

EFNISYFIRLIT

FORMÁLI.....	2
ÚTDRÁTTUR	3
EFNISYFIRLIT	4
MYNDIR OG TÖFLUR	6
INNGANGUR	7
1. FRÆÐILEGT YFIRLIT	10
1.1 Örorka á Íslandi.....	10
1.1.1 Skilgreining á örorku og fötlun.....	10
1.1.2 Mat á fjölda öryrkja.....	12
1.1.3 Þróun almannatrygginga á Íslandi.....	13
1.1.4 Örorkumat	14
1.1.5 Fjöldi öryrkja á Íslandi.....	15
1.1.6 Örorka meðal kvenna á Íslandi	17
1.1.7 Samantekt.....	20
1.2 Örorkulíkur.....	21
1.2.1 Félagslegar aðstæður.....	22
1.2.2 Aldur	23
1.2.3 Sjúkrafjarvistir	23
1.2.4 Kyn.....	25
1.2.5 Vinnufyrirkomulag.....	28
1.2.6 Atvinnuleysi	29
1.2.7 Aðrir þættir.....	30
1.2.7.1 Aðferðir við örorkumat	31
1.2.7.2 Fjárhagslegir hvatar að fá metna örorku	33
1.2.7.3 Vinnuframboð og úrræði til starfsendurhæfingar	34
1.2.8 Samantekt.....	36
1.3. Umhverfi kvenna.....	37
1.3.1 Atvinnuþátttaka kvenna	37
1.3.2 Störf kvenna á vinnumarkaði	40
1.3.3 Samantekt.....	41
1.4 Vinnutengd líðan.....	41
1.4.1 Vinnufyrirkomulag og líðan.....	41
1.4.2 Rannsóknir á líðan og heilsu kvenna á íslenskum vinnumarkaði	44
1.4.3 Sambætting atvinnu- og heimilislífs	47
1.4.4 Samantekt.....	50
1.5. Vefjagigt.....	51
1.5.1 Vefjagigt og örorka	52
1.5.2. Áhrif vinnufyrirkomulags á vefjagigt	53
1.5.3 Samantekt.....	54
2 AÐFERÐIR.....	55
2.1. Aðferðir í meginlegu hluta rannsóknarinnar	55
2.2. Aðferðir í eigindlega hluta rannsóknarinnar	56
2.2.1 Rannsóknaraðferð	56
2.2.2 Þátttakendur.....	57

2.2.3	Gagnasöfnun	58
2.2.4	Skráning og úrvinnsla gagna	59
3.	NIÐURSTÖÐUR	61
3.1	Niðurstöður úr örorkuskra 2005	61
3.1.1	Allar konur á örorkuskra	61
3.1.2	Hjúskaparstaða	65
3.1.3	Sjúkdómsgreiningar	69
3.1.4	Konur með vefjagigt	73
3.1.5	Nýgengi örorku kvenna	80
3.1.6	Nýgengi vefjagigtar	81
3.1.7	Samantekt	81
3.2	Niðurstöður eigindlega hlutans	83
3.2.1	Álag í daglegu lífi	83
3.2.2	Álag í vinnu	85
3.2.3	Birtingarmynd álags - Líkami og sál	86
3.2.4	Að ná heilsu	88
3.2.5	Að standa sig	89
3.2.6	Stimplun – almenningsálit	90
3.2.7	Aftur á vinnumarkað	92
3.2.8	Samantekt	93
4.	UMRÆÐUR	94
4.1	Konur á örorkuskra og samanburður við konur í þjóðfélaginu	94
4.2	Hindranir á vinnumarkaði	100
5.	HEIMILDASKRÁ	104

MYNDIR OG TÖFLUR

Mynd 1.1.6.1 Algengi kvenna með hærra stig örorku (meira en 75% örorka) á tímabilinu 1976 til 2005.....	18
Mynd 1.3.1.1 Atvinnuþátttaka kvenna og karla 1920-2007.....	37
Mynd 1.3.1.2 Atvinnuþátttaka kvenna og karla á árunum 1920-2002 eftir hjúskaparstöðu.....	38
Mynd 1.3.1.3 Atvinnuþátttaka eftir starfshlutfalli kvenna og karla á árunum 1991-2003. Sýnt er meðaltal fyrir tímabilin 1991-1995 og 1996-2000.....	38
Mynd 1.3.1.4 Meðalvinnustundir kvenna á Íslandi á árunum 1991-2007.....	39
Mynd 3.1.1.1 Aldursdreifing kvenna á örorkuskra og samanburður við íslenskar konur 16-66 ára.....	62
Mynd 3.1.1.2 Algengi kvenna á örorku eftir landshlutum.....	63
TAFLA 3.1.1.1 Hlutfall kvenna á örorkuskra með varanlega eða tímabundna örorku.....	64
Mynd 3.1.2.1 Hjúskaparstaða kvenna á örorkuskra og samanburður við íslenskar konur á aldrinum 16-66 ára.....	65
TAFLA 3.1.2.1 Hjúskaparstaða kvenna á örorkuskra eftir landshlutum.....	66
Mynd 3.1.2.2 Aldursdreifing einstæðra mæðra og annarra kvenna en einstæðra mæðra á örorkuskra.....	67
TAFLA 3.1.2.2 Fyrsta sjúkdómsgreining meðal einstæðra mæðra 20-49 ára á örorkuskra og meðal annarra kvenna en einstæðra mæðra á aldrinum 20-49 ára á örorkuskra.....	68
TAFLA 3.1.3.1 Fyrsta sjúkdómsgreining meðal kvenna á höfuðborgarsvæðinu, kvenna á landsbyggðinni og meðal allra kvenna á örorkuskra.....	69
TAFLA 3.1.3.2 Dreifing kvenna á örorkuskra í sjúkdómsflokka eftir örorkustigi.....	70
TAFLA 3.1.3.3 Dreifing kvenna á örorkuskra í sjúkdómsflokka eftir Aldursbilum.....	71
Mynd 3.1.3.1 Allar konur á örorkuskra og hlutfall sjúkdómsgreininga eftir aldursbilum.....	72
Mynd 3.1.4.1 Aldursdreifing kvenna með vefjagigt og kvenna með aðra sjúkdóma.....	73
Mynd 3.1.4.2 Hjúskaparstaða kvenna með vefjagigt og kvenna með aðra sjúkdóma.....	74
TAFLA 3.1.4.1 Dreifing kvenna með vefjagigt eftir landshlutum og samanburður við konur með aðra sjúkdóma.....	75
TAFLA 3.1.4.2 Algengi örorku vegna vefjagigtar og stoðkerfiskraskana meðal kvenna á örorkuskra.....	76
TAFLA 3.1.4.3 Algengi örorku vegna vefjagigtar eftir landshlutum.....	77
Mynd 3.1.4.3 Konur með vefjagigt sem metnar eru til hærra stigs örorku.....	78
TAFLA 3.1.4.4 Samanburður á fjölda sjúkdómsgreininga meðal kvenna með vefjagigt á árunum 2001 og 2005 og samanburður á algengi fyrir sömu ár.....	79
TAFLA 3.1.5.1 Nýgengi örorku árið 2006.....	80
TAFLA 3.1.6.1 Nýgengi vefjagigtar árið 2006.....	81

INNGANGUR

Í þessari skýrslu verður greint frá rannsókn á örorku meðal kvenna. Rannsókn þessi er þríþætt. Í fyrsta lagi eru allar konur sem skráðar eru með örorku hjá Tryggingastofnun ríkisins (TR) árið 2005 skoðaðar og kannað hvað einkennir þær og hvað greinir þær frá öðrum konum. Í öðru lagi eru konur sem skráðar eru með örorku hjá TR sama ár og hafa fengið greininguna vefjagigt skoðaðar með tilliti til þess hvort þær eru ólíkar öðrum konum á örorkuskrá. Í þriðja lagi er með djúpvíðtölum, við konur á örorkuskrá sem hafa greininguna vefjagigt fyrsta meðal greininga á örorkumati, kannað hvað aftrar konum með vefjagigt að stunda atvinnu.

Meðalaldur fer hækkandi í vestrænum ríkjum og tiltölulega færri börn fæðast nú en áður. Álitid er að sú hætta blasi við að skortur verði á vinnuafli í framtíðinni. Ótímabært hvarf fólks af vinnumarkaði getur því reynst þjóðum þungur baggi. Mikilvægt er því að skilja og þekkja hvað orsakar ótímabært hvarf af vinnumarkaðnum eins og t.d. í tilfalli örorku.

Orðin „örorka“ og „öryrkjar“ hafa hér á landi verið notuð af mismunandi aðilum og er því ekki alltaf um sama hóp að ræða þegar rætt er um öryrkja. Í fyrsta lagi eru öryrkjar hjá TR þeir einstaklingar sem metnir hafa verið til örorku og er þá bæði átt við þá sem eru örorkustyrkþegar (með 50-65% örorkumat, lægra stig örorku) og örorkulífeyrisþegar (með 75% örorku, hærra stig örorku). Hjá TR er örorka einnig notuð yfir þá sem metnir hafa verið til varanlegrar læknisfræðilegrar örorku, en það eru einstaklingar sem fá greiddar bætur vegna slysa. Meðal lífeyrissjóða eru þeir nefndir öryrkjar sem hafa fengið metið orkutap til starfa. Að lokum er það varanleg örorka í skilningi skaðabótaganna sem á við skerta möguleika til að sjá fyrir sér.

Skilgreining á örorku hefur ekki alla tíð verið eins. Í gegnum tíðina hefur hún breyst frá því að vera skilgreind út frá læknisfræðilegu sjónarhorni eingöngu yfir í að tekið er tillit til að örorka er samspil bæði líkamlegra þátta,

umhverfispáttá og persónulegra þátta. Með nýjum skilgreiningum er reynt að fanga þann margbreytileika sem einkennir öryrkja. Til að mynda eru ekki allir öryrkjar án atvinnu. Atvinnuþátttaka öryrkja getur verið háð ýmsum þáttum öðrum en heilsu, eins og því hvernig búið er að öryrkjum á vinnumarkaðnum eða í samfélaginu (Burchardt, 2003). Nýjar skilgreiningar leggja því meiri áherslu á virkni og færni í stað skerðingar. Á það er jafnframt bent að aðgerðir í málefnum öryrkja taki mið af því að greiða þeim leið í samfélaginu, meðal annars með aðgerðum sem greiðir þeim leið á atvinnumarkaði (OECD, 2003).

Rannsóknir á öryrkjum hér á landi hafa byggst á staðtölum frá TR eða örorkuskrá eins og hún er einnig nefnd. Skráin inniheldur upplýsingar um heilsufar öryrkja, hjúskaparstöðu, börn á framfæri, kyn, aldur, hvenær örorka var fyrst metin og búsetu. Í örorkuskránni koma ekki fram upplýsingar um aðdraganda örorku eða úr hvaða störfum þeir koma sem verða öryrkjar. Til að afla slíkra upplýsinga hafa verið gerðar rannsóknir hér á landi og er sú umfangsmesta hingað til frá árinu 1997 (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2001).

Frá því athuganir á öryrkjum hófust hafa konur verið fjölmennari en karlar á örorkuskrá (Stefán Guðnason, 1969; Jóhann Sæmundsson, 1951; Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Stefán Ólafsson, 1998; Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson og Vilhjálmur Rafnsson, 2001; Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a; Thorlacius og Stefánsson, 2004; Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2007). Hér er því ætlunin að gera athuganir á örorkuskrá, um konur sem hafa verið metnar til örorku árið 2005. Í fyrri rannsóknum hefur meðal annars verið bent á að vægi stoðkerfissraskana og geðraskana hefur aukist meðal kvenna á örorkuskrá (Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Haraldur Jóhannsson, 2001; Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a, 2004b; Thorlacius og Stefánsson, 2004; Sigurður Thorlacius o.fl., 2007), sem og vægi vefjagigtar (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson, Mohamed I. Ranavaya og Robert Walker, 2002). Einnig hefur verið bent á að fleiri konur eru metnar til herra stigs örorku nú en áður (Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Haraldur Jóhannsson, 2001) auk þess sem líkur hafa verið leiddar að því að einstæðar

mæður gætu verið meðal kvenna á örorkuskra í meira mæli en aðrir hópar (Tryggvi Þór Herbertsson, 2005).

Flestir öryrkjar hafa verið á vinnumarkaði áður en þeir eru metnir til örorku (Gjesdal og Bratberg, 2003). Hér á landi hafa tengsl atvinnuleysis og örorku verið könnuð sem hafa sýnt að tengsl eru milli atvinnuleysis og nýskráningar öryrkja (Sigurður Thorlacius og Stefán Ólafsson, 2008; Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2001, 2004). Markmið vinnuverndar er að koma í veg fyrir atvinnusjúkdóma, slys og aðrar hættur á vinnumarkaði. Þegar einstaklingar fara af vinnumarkaði eins og í tilfelli örorku vakna því spurningar um hvort koma megi auga á einhverja þætti á vinnumarkaði sem hafa þar áhrif. Í þessari rannsókn verður reynt að leita svara við því með viðtölum við konur sem hafa greinst með vefjagigt og eru öryrkjar.

Megin rannsóknarspurningar eru þessar:

1. Hvað einkennir konur í hópi öryrkja samanborið við konur í þjóðfélaginu almennt?
2. Hvað aðgreinir konur í hópi öryrkja sem fá greininguna vefjagigt frá öðrum konum í hópi öryrkja?
3. Hvað aftrar konum með vefjagigt að fara af örorkubótum inn á vinnumarkað?

Til að svara fyrstu tveim rannsóknarspurningunum voru upplýsingar um konur á örorkuskra skoðaðar og þær upplýsingar bornar saman við upplýsingar frá Hagstofu Íslands. Til að svara þriðju spurningunni voru tekin viðtöl við 9 konur með vefjagigt sem metnar hafa verið til örorku. Fræðilegur grunnur rannsóknarinnar eru rannsóknir á örorku og rannsóknir á tengslum vinnufyrirkomulags og líðanar. Fræðilegt yfirlit skiptist í fimm megin kafla. Í fyrsta kaflanum verður gerð grein fyrir skilgreiningum á örorku og þróun almannatrygginga hér á landi. Í kafla tvö er fjallað um þætti sem auka líkur á örorku. Í þriðja kafla er gerð grein fyrir tölulegum upplýsingum um atvinnuþátttöku og störf kvenna á Íslandi. Í fjórða kafla er greint frá rannsóknum á vinnufyrirkomulagi og líðan kvenna í vinnu og við samræmingu fjölskyldu og atvinnulífs. Í fimmta kafla verður gerð grein fyrir rannsóknum á vinnufyrirkomulagi og vefjagigt.

1. FRÆÐILEGT YFIRLIT

1.1 Örorka á Íslandi

Í þessum kafla verður greint frá skilgreiningum á örorku og fötlun og hvernig örorka er metin hér á landi af TR. Einnig verður rakin þróun á tíðni örorku meðal þjóðarinnar og hjá konum sérstaklega.

1.1.1 Skilgreining á örorku og fötlun

Skilgreining á örorku á sér sögulega þróun. Til langs tíma var litið á örorku sem afleiðingu fötlunar sem væri tilkomin vegna óeðlilegrar eða afbrigðilegrar starfsemi eða byggingar líkama eða sálar. Þetta hefur verið kallað læknisfræðilega sjónarhornið þar sem áhersla er lögð á líkamsstarfssemi, greiningu fötlunar og meðferð. Fötlun í þessum skilningi getur verið meðfædd eða tilkomin vegna sjúkdóma eða slysa síðar á lífsleiðinni. Fötlunin er ýmist varanleg eða tímabundin. Þessari nálgun fylgir að litið er á fötlun sem óumflýjanlegt líkamlegt ástand sem nánast dæmir einstaklinginn til annars konar lífs, lífs án mikils sjálfræðis eða virkrar þátttöku í samfélaginu (Barbotte o.fl., 2001; Barnes og Mercer, 2005; Stefán Ólafsson, 2005). Þessi skilgreining var lengst af höfð til hliðsjónar í vestrænum samfélögum og hefur haft áhrif á stefnu í málefnum fatlaðra.

Mótvægi við þetta sjónarhorn er hið félagslega sjónarhorn. Á 9. áratugnum þegar réttindabarátta fatlaðra hafði fengið byr undir báða vængi, kom fram sú sýn að það væri í raun ekki fötlun sem aftrar þátttöku í samfélaginu heldur skerðir samfélagið líf fatlaðra með því að hindra þátttöku þeirra (Barnes og Mercer, 2005). Gagnrýnt er að samfélagið flokki fatlaða einstaklinga sem frávik frá hinu „eðlilega“ og taki ekki tillit til þeirra þarfa eða greiði þeim leið um samfélagið. Með þessu er verið að segja að í samfélaginu séu þröskuldar bæði í hlutbundinni og óhlutbundinni merkingu sem aftri fötluðum fullri þátttöku á ýmsum sviðum

samfélagsins eins og á vinnumarkaði. Þannig kom fram sú krafa að samfélagið ætti að leggja sig fram um að tryggja jafnan aðgang fyrir fatlaða sem ófatlaða að öllum sviðum samfélagsins. Þetta sjónarhorn er í dag viðurkennt og hefur haft áhrif á stefnumótun í málefnum fatlaðra víða um heim og hefur komið fram í auknu aðgengi fatlaðra í samfélaginu (Barnes og Mercer, 2005; Stefán Ólafsson, 2005).

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) kom fram með skilgreiningu þar sem lögð var áhersla á að samræma þessi tvö sjónarhorn og var lengi vel stuðst við þá skilgreiningu. Þá var talað um að sjúkdómi gæti fylgt hömlun (*e. disablement*) sem kæmi fram sem: skerðing, (*e. impairment*) það er varanleg eða tímabundin vanstarfsemi eða skerðing á færni ýmist af líkamlegum eða sálrænum toga; örorka (*e. disability*) sem er skortur á getu eða færni til að framkvæma athafnir sem teljast vera innan eðlilegra marka fyrir einstaklinga og fötlun (*e. handicap*) sem er afleiðing örorku og skerðingar og heftir getu einstaklings til að framfylgja einu eða fleiri hlutverkum sem eru innan eðlilegra marka miðað við aldur, kyn og samfélags- eða menningarlega þætti (American Medical Association, 2008; Barbotte o.fl., 2001; Bergeskog, 2001). Þessi skilgreining þótti of einhæf þar sem gert er ráð fyrir línulegu ferli frá skerðingu til fötlunar en sambandið getur eins verið í hina áttina frá fötlun til skerðingar. Einnig þykir hún ekki taka nægjanlegt tillit til umhverfispáttá sem geta haft áhrif. Þar af leiðandi er komin fram ný skilgreining sem tekur tillit til þess að bæði umhverfispættir, persónulegir þættir og heilsufarsvandi geta haft áhrif á hömlun. Þættirnir geta allir verið sjálfstæðir eða samverkandi en horfa þarf á hömlun út frá: a) líkamsfærni og líkamsbyggingu sem getur verið eðlileg eða einhvers konar vanstarfsemi og vísar þetta til skerðingar, b) virkni, einstaklingur getur mætt erfiðleikum við að framkvæma verk eða haft takmarkaða getu til að framkvæma verk, c) þátttöku, það er hversu virkan þátt einstaklingur getur tekið í lífinu (American Medical Association, 2008).

1.1.2 Mat á fjölda öryrkja

Öryrkjar eru vaxandi hópur í vestrænum samfélögum. Ljóst er að hluta af þróuninni má rekja til hækkandi aldurs þjóða en aðrir þættir eru ekki eins augljósir. Samanburður á fjölda öryrkja milli landa er þeim annmörkum háður að aðferðir til að meta fjöldann eru mismunandi. Fjölda öryrkja er hægt að meta á tvo vegu. Annars vegar með könnunum meðal almennings og hins vegar með talningu öryrkja sem þiggja örorkulífeyri (Bergeskog, 2001; Stefán Ólafsson, 2005). Þessar tvær aðferðir gefa mismunandi niðurstöður. Kannanir meðal almennings eru í formi spurningakannana þar sem einstaklingarnir sjálfir meta heilsu sína og skerta færni. Slíkar kannanir gefa hærri tíðni en staðtölur örorkulífeyriskerfa þar sem ekki allir sem telja sig öryrkja eða sem hafa skerta færni fá greiddar örorkubætur (Stefán Ólafsson, 2005). Spurningakannanir sem þessar geta valdið skekkju í niðurstöðum þar sem munur getur verið á því hvernig einstaklingar meta heilsu sína og starfsgetu. Einnig er menningarmunur á því hvernig heilsa og starfsgeta eru metin (Kapteyn, Smith og Van Soest, 2007). Að auki er ákveðin hætta á að einhverjir vilji ekki greina frá heilsubresti eða skertri getu til að vinna (Stefán Ólafsson, 2005).

Kosturinn við staðtölur er að þær gefa nákvæma mynd af fjölda þeirra sem metnir eru öryrkjar og unnt er að meta fjölgun eða fækkun frá ári til árs. Þá er líka hægt að sjá hvaða sjúkdómar það eru sem helst leiða til örorku. Ókosturinn við slíka upplýsingaöflun er á hinn bóginn sá að þeir sem eru með skerta færni en sækjast ekki eftir lífeyrisgreiðslum, eru ekki taldir með (Bergeskog, 2001). Annað sem skiptir máli þegar staðtölur eru notaðar er að skoða hvernig réttur til örorkumats er í hverju landi. Þar sem borgararéttindi ríkja til almannatryggingakerfisins hafa allir rétt á örorkumati að uppfylltum skilyrðum. Skilyrðin geta verið mismunandi milli landa en í öllu falli er rétturinn óháður atvinnuþátttöku einstaklinga. Þetta á við um Ísland, hin Norðurlöndin og Bretland (Stefán Ólafsson, 2005). Í öðrum löndum er örorka veitt á grundvelli atvinnuþátttöku. Almennt hefur það sýnt sig að þar sem borgararéttindi eru viðhöfð eru konur á örorkubótum fjölmennari en karlar en hlutfallið er jafnara þegar örorka er veitt á grundvelli atvinnuþátttöku (Stefán Ólafsson, 2005). Rannsóknir á öryrkjum hér á landi hafa byggst á staðtölum frá TR.

1.1.3 Þróun almannatrygginga á Íslandi

Framfærsluaðstoð til þeirra sem minna mega sín hefur verið til staðar hér á landi í ýmsu formi frá fyrstu tíð, en á árinu 1947 með tilkomu laga frá Alþingi um almannatryggingar, kom vísir að því fyrirkomulagi sem ríkir enn í dag. Að baki lögum um almannatryggingar liggur sú hugmyndafræði að jafna tækifæri og kjör þeirra sem ekki hafa fulla starfsorku. Þessu er framfylgt með þremur meginmarkmiðum: Að tryggja fjárhagslega framfærslu þeirra sem ekki eru í stakk búinir til að afla sér lífsviðurværis, stuðla að endurhæfingu og efla forvarnarstarf (Stefán Ólafsson, 1999). Samkvæmt lögum um almannatryggingar nr. 100/2007 er TR falið að annast framkvæmd lífeyristrygginga fyrir öryrkja.

Fjöldi þeirra sem metnir eru til örorku og fær greiddar örorkubætur hefur aukist á undanförunum árum (Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a; Sigurður Thorlacius o.fl., 2007). Velferðarforsjá fyrir þessum hópi er vaxandi þáttur í útgjöldum ríkissjóðs og lífeyriskerfa og veldur það áhyggjum. Af þessum sökum þarf lífeyristryggingakerfi að vera í sífelldri endurskoðun þannig að hægt sé að framfylgja markmiðum þess og viðhalda kerfinu án þess að útgjöldin vaxi umfram getu ríkissjóðs (Tryggvi Þór Herbertsson, 2005; Stefán Ólafsson, 2005).

Í lögum um almannatryggingar kemur fram að um tvenns konar greiðslur til öryrkja er að ræða. Þeir sem hljóta hærra stig örorku eru þeir sem metnir eru til að minnsta kosti 75% örorku til langframa og hljóta þeir lífeyri sem hugsaður er til framfærslu. Tryggingastofnun ríkisins er einnig heimilt að veita þeim örorkustyrk sem skortir að minnsta kosti helming starfsorku miðað við heilbrigðan einstakling en nær ekki mati 75% örorku. Þetta er 50-65% örorka eða lægra stig örorku. Þeir sem hafa fengið metið lægra stig örorku fá greiddan grunnörorkustyrk en ekki neinar viðbótagreiðslur og eru upphæðirnar það lágar að einstaklingur þarf að hafa tekjur annars staðar frá. Munurinn liggur einnig í því að þeir sem metnir eru með hærra stig örorku fá útgefið örorkuskírteini sem veitir rétt til lækkunar á greiðslum vegna heilbrigðisþjónustu og lyfja.

Fyrir þá sem metnir eru til hærra stigs örorku er örorkulífeyrir 26.728 krónur á mánuði¹. Ofan á örorkulífeyri reiknast síðan aldurstengd örorkuuppbót, tekjutrygging og heimilisuppbót ef við á og getur hámarksupphæð orðið 163.904 krónur þann 1. apríl 2008. Að auki er greiddur barnalífeyrir með börnum undir 18 ára aldri sem eru í forsjá örorkulífeyrisþegans. Til að gera öryrkjum kleift að stunda launaða vinnu, kemur ekki til skerðingar ef mánaðarlegar tekjur eru undir 27.250 krónum sem þýðir að árstekjur mega vera 327.000 krónur. Hins vegar falla greiðslur örorkulífeyris niður ef farið er yfir 2.100.000 í árstekjur (Tryggingastofnun ríkisins, 2008a). Þegar þetta er ritað liggur fyrir Alþingi frumvarp félagsmálaráðherra um hækkun frítækjumarks í 100.000 krónur á mánuði frá 1. júlí 2008 (Félagsmálaráðuneyti, 2008). Fram til 1. apríl 2008 komu tekjur maka einnig til skerðingar á örorkubótum fyrir þá einstaklinga sem voru í staðfestri samvist eða hjónabandi en hefur síðan verið afnumið (Tryggingastofnun ríkisins, 2008b).

1.1.4 Örorkumat

Forsendur örorkumats voru hér nánast óbreyttar frá 1947 til ársins 1999 þegar tekinn var upp sérstakur örorkumatsstaðall (Sigurður Thorlacius, 1999). Samkvæmt gömlu aðferðinni, þeirri sem ríkti fyrir 1999, voru öryrkjar metnir eftir læknisfræðilegum, félagslegum og fjárhagslegum forsendum. Þá var miðað við að einstaklingar væru öryrkjar til langframa og ekki færir um að vinna sér inn ¼ af tekjum heilbrigðra einstaklinga miðað við uppeldi og fyrri störf (Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Haraldur Jóhannsson, 2001). Árið 1999 var örorkumati breytt á þann veg að það skyldi byggjast á læknisfræðilegu mati eingöngu (Halldór Baldursson og Haraldur Jóhannsson, 1999; Sigurður Thorlacius, 1999; Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Haraldur Jóhannsson, 2001).

Áður en breytt var um aðferðir við mat á örorku og tekið var tillit til fjárhags- og félagslegra aðstæðna, þýddi það í sumum tilfellum að þeir öryrkjar sem gátu unnið fulla vinnu, misstu allan rétt til bóta og þar með þau kjör sem

¹ Allar upphæðir miðast við greiðslutegundir lífeyristrygginga frá 1. apríl 2008, upplýsingar sóttar á vef TR www.tr.is

örorkuskírteinið veitir. Einnig hafði það áhrif á þá sem voru í hjónabandi eða staðfestri samvist, en þá var tekið tillit til tekna maka við örorkumat. Með nýrri matsaðferð var þessu breytt og þeir sem teljast meira en 75% öryrkjar halda örorkuskírteini sínu og þeim kjörum sem það veitir, þrátt fyrir að missa rétt til bóta ef farið er yfir viðmiðunarmörk í tekjum (Sigurður Thorlacius, 1999). Breytingarnar voru þannig hugsaðar að matið yrði sanngjarnara fyrir fleiri og myndi síður letja öryrkja til vinnu (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Haraldur Jóhannsson, 2001).

Þegar lögum um almannatryggingar var breytt árið 1999 var sú breyting sett í lög in að áður en einstaklingur er metinn til örorku getur TR farið fram á að einstaklingur fullreyni endurhæfingu ef einhver von er um að hann nái bata. Greiddur er svokallaður endurhæfingarlífeyrir í allt að eitt ár og er ætlast til að einstaklingurinn sé í virkri endurhæfingu eða námi á þeim tíma. Ef endurhæfing ber ekki árangur fer einstaklingur í örorkumat (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson, Halldór Baldursson, Haraldur Jóhannsson, 2004; Sigurður Thorlacius, 1999).

Örorkumat fer þannig fram að umsækjandi óskar eftir örorkumati í samráði við lækni sinn, sem er ýmist heimilislæknir eða sérfræðingur. Læknirinn fyllir út vottorð um örorkumat þar sem fram koma upplýsingar um sjúkdóma þá er hrjá viðkomandi. Ef um fleiri en einn sjúkdóm er að ræða skal fyrst greina þann sem mest vægi hefur á færni og heilsu viðkomandi. Umsókn fer síðan til TR sem leggur mat á örorku umsækjanda. Algengt er að einstaklingar hafi fengið greidda sjúkradagpeninga í eitt ár áður en sótt er um örorkumat. Örorka er metin til ákveðins tíma og óska skal endurmats að þeim tíma liðnum. Þegar horfur viðkomandi eru þannig að ekki má vænta bata er gefið út varanlegt örorkumat (Tryggingastofnun ríkisins, e.d.).

1.1.5 Fjöldi öryrkja á Íslandi

Í Árbók TR 1943-1946 skrifar Jóhann Sæmundsson (1951) þáverandi tryggingayfirlæknir grein um orsakir örorku á Íslandi. Þar birtir hann upplýsingar um þá sem voru metnir öryrkjar árið 1944 og nýja öryrkja árið 1945. Sé reiknað út

frá þeim tölum sem hann birtir er algengi örorku fyrir bæði kynin 1,7%² árið 1944. Önnur gömul heimild um fjölda öryrkja hér á landi er til og er hún eftir Stefán Guðnason (1969) tryggingalækni sem birtir í bók ítarlegar upplýsingar um örorku fyrir árið 1962. Þar kemur fram að algengi örorku er 4,7%. Þar gerir hann greinarmun á þeim sem metnir eru til hærra og lægra stigs örorku og er algengið þá 3,7% fyrir hærra stigið en 1,0% fyrir lægra stigið (Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson og Vilhjálmur Rafnsson, 2001). Þegar þessar tölur eru notaðar til samanburðar við tölur nær nútímanum verður að athuga að ýmsar þjóðfélagslegar breytingar hafa átt sér stað eins og fjölgun þjóðarinnar og breytingar á aldurssamsetningu, þannig að til að fá nákvæma mynd af samanburði og hvort um breytingar á algengi hafi verið að ræða frá þessum tíma, þyrfti að gera staðlað áhættumat til að fá raunverulegan samanburð.

Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson og Vilhjálmur Rafnsson (2001) gerðu athugun á því hvort breyting hefði átt sér stað á fjölda öryrkja frá árinu 1976 til 1996. Í ljós kom að algengi allrar örorku hafði breyst úr 5,1% fyrir árið 1976 í 4,8% árið 1996. Munurinn reyndist vera marktæk fækkun á tíðni örorku hjá báðum kynjum þegar búið var að taka tillit til breytingar á fólksfjölda og breyttrar aldurssamsetningar þjóðarinnar á þessum 20 árum. Á þessu tímabili varð hins vegar breyting á samsetningu hóps öryrkja þannig að þeim fjölgaði sem voru metnir til hærra stigs örorku en að sama skapi fækkaði þeim sem metnir voru til lægra stigsins og er breytingin marktæk. Marktæknin náði til beggja kynja en algengi hærra stigs örorku var 3,6% hjá konum árið 1976 og 5,0% árið 1996 en 2,5% og 3,4% hjá körlum fyrir sömu ár. Þar sem öryrkjum hafði ekki fjölgað er talið ólíklegt að versnandi heilsufar þjóðarinnar hafi haft áhrif á þessa fjölgun í hærra stigi örorku. Á milli þessara ára hafði verið gerð breyting á réttindum þeirra sem metnir voru til hærra stigs örorku. Þeir fengu gefið út örorkuskírteini sem veitti rétt til lækkunar á greiðsluþátttöku fyrir lækniþjónustu og lyf sem gæti að einhverju leyti skýrt þessa þróun. Einnig hafði atvinnuástand versnað á tímabilinu sem gæti hafa ýtt þeim sem stóðu höllum fæti af vinnumarkaði yfir á hærra stig örorkubóta.

² öryrkjar árið 1944 gefið upp 1318 og fólksfjöldi 16-66 ára þá skv. Hagstofu Íslands (www.hagstofa.is) er 77932

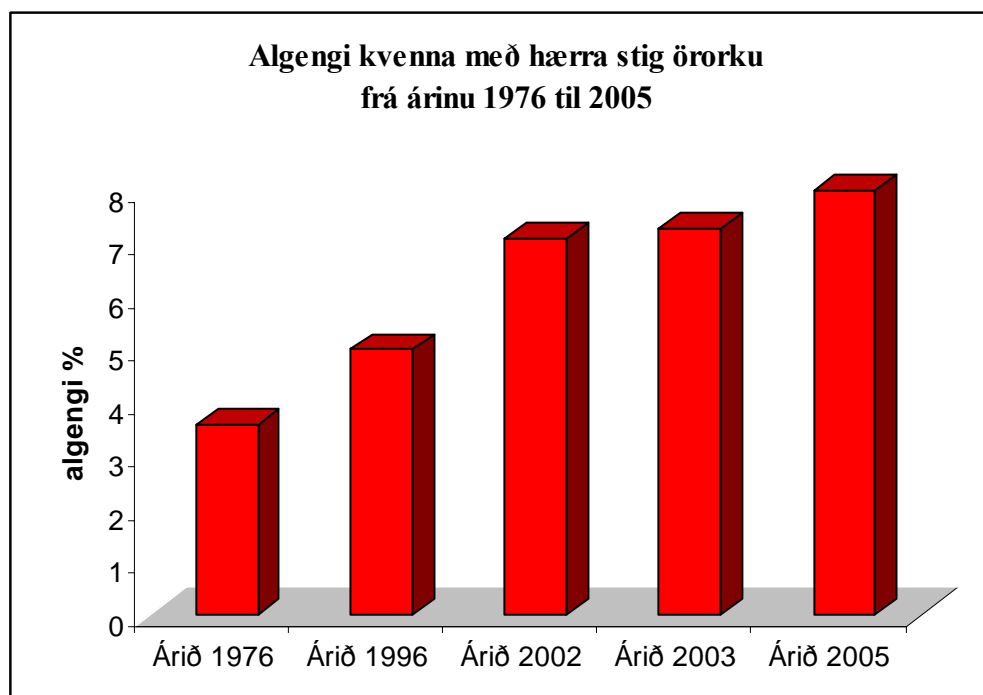
Sambærileg athugun var gerð fyrir árin 1996 til 2003. Í ljós kom að algengi hærra stigs örorku hafði aukist úr 4,8% árið 1996 í 7,3% árið 2003. Munurinn er marktækur og aldurstaðlað áhættumat þar sem tekið var tillit til breytinga á fólksfjölda og aldurssamsetningu þjóðarinnar á tímabilinu 1996 til 2003, leiddi einnig í ljós marktæka aukningu fyrir bæði kynin. Á tímabilinu mátti enn greina fækkun í hópi öryrkja með lægra stig örorku en algengi þess fyrir bæði kynin lækkaði úr 0,8% í 0,4% (Thorlacius og Stefánsson, 2004). Athugun á algengi örorku fyrir árið 2005 leiddi í ljós áframhaldandi aukningu á tíðni hærra stigs örorku hjá báðum kynjum (Sigurður Thorlacius o.fl., 2007). Á tímabilinu frá 1996 til 2005 er því um talsverða aukningu á fjölda öryrkja að ræða. Ein af ástæðum þessa gæti verið að árið 1999 var innleiddur nýr örorkumatsstaðall hjá TR sem þýddi breyttar forsendur í mati á örorku, en áhöld eru uppi um hvort notkun þess staðals hafi áhrif á fjölgun öryrkja eða hvort áhrifin séu ómarkverð (Tryggvi Þór Herbertsson, 2005; Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Haraldur Jóhannsson, 2001; Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a). Á hinn bóginn má líta til þess að ýmsar hræringar áttu sér stað á vinnumarkaðnum sem gætu skýrt þessa fjölgun, bæði gætti meira atvinnuleysis á tímabilinu og eins tók viðskiptaumhverfið breytingum sem komu fram í harðnandi samkeppni, samruna fyrirtækja og aukinni áherslu á arðsemi (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2004; Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a).

1.1.6 Örorka meðal kvenna á Íslandi

Í tölum um öryrkja frá 1944 og 1945 eru konur fjölmennari en karlar meðal öryrkja og er hlutfallið 61% konur og 39% karlar (Jóhann Sæmundsson, 1951). Árið 1962 eru þær 52,2% af öryrkjum. Í þessum athugunum er ekki gerð tilraun til að skýra mun á fjölda kvenna og karla. Stefán Guðnason (1969) ræðir þetta þó og álitur að örorka meðal kvenna sé líklega jafn mikilvægt félagslegt vandamál og örorka karla fyrir samfélagið í heild, þar sem konum var að fjölga á vinnumarkaði á þessum tíma (Stefán Guðnason, 1969).

Síðari athuganir á tíðni örorku frá árinu 1976 til dagsins í dag hafa allar leitt í ljós að konur eru fjölmennari meðal öryrkja en karlar. Árið 1976 er hlutfall

kvenna á örorkuskrá orðið 59,4% og helst þetta hlutfall áfram í tölunum frá 1996 (59,7%), 2002 (59,7%), 2003 (60%) og 2005 (60%) (Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson og Vilhjálmur Rafnsson, 2001; Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a; Thorlacius og Stefánsson, 2004; Sigurður Thorlacius o.fl., 2007).



Mynd 1.1.6.1 Algengi kvenna með hærra stig örorku (meira en 75% örorka) á tímabilinu 1976 til 2005

Eins og sést á mynd 1.1.6.1 hefur algengi hærra stigs örorku hjá konum verið að aukast á öllu tímabilinu frá 1976 til 2002. Á milli árunna 1976 og 1996 skýrist aukning hærra stigs örorku meðal kvenna af því að þeim fækkaði sem fengu metið lægra stig örorku á sama tíma og þeim fjölgaði sem fengu metið hærra stigið. Þegar breyting á heildarfjölda öryrkja (bæði stigin samanlögð) á þessu tímabili var skoðuð út frá aldursstöðlun á tímabilinu var ekki um raunverulega aukningu á heildarörorku að ræða. Frá árinu 1996 er hins vegar um marktæka aukningu á heildarörorku að ræða (Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson og Vilhjálmur Rafnsson, 2001; Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a; Thorlacius og Stefánsson, 2004; Sigurður Thorlacius o.fl., 2007)

Skýrar breytingar komu fram þegar örorkumatsstaðallinn var tekinn upp árið 1999, en þá varð marktæk fjölgun kvenna sem fengu metið hærra stig örorku og áberandi fækkun í hópi lægra stigsins. Þegar rýnt er í tölur yfir nýja öryrkja árin 1997, 1998 og 2000 má sjá að hlutfall þeirra kvenna sem fengu metna örorku á þeim árum var þannig að hlutfall hærra stigs örorku var 62% bæði fyrir árið 1997 og 1998. Hlutfallið hafði síðan hækkað árið 2000 og voru þá 87% kvennanna metnar til hærra stigsins. Til samanburðar má geta að samsvarandi tölur fyrir karla er 83% fyrir árið 1997 og 78% fyrir árið 1998 og 93% fyrir árið 2000 (Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Haraldur Jóhannsson, 2001).

Aukning hærra stigs örorku hjá konum eftir 1999 er ef til vill að hluta til vegna breytinga á örorkumatsstaðlinum. Búast mátti við að einhverjir sem vegna félagslegra eða fjárhagslegra aðstæðna fengu ekki mat til hærra stigsins fyrir breytingu á örorkumatsaðferð myndu ná hærra stiginu þegar einungis er tekið tillit til sjúkdómsástands (Sigurður Thorlacius, 1999). Þær konur sem voru giftar eða í staðfestri sambúð og maki þénaði ágætlega eða þær konur sem höfðu verið heimavinnandi, áttu þannig erfiðara með að fá metið hærra stig örorku samkvæmt gömlu aðferðinni. Matið gat falist í því að ekki var talið að örorka hefði áhrif á fjárhag eða félagslega stöðu þeirra sem voru heimavinnandi þó sjúkdómurinn hefði áhrif á heilsu þeirra og færni og þar af leiðandi kom síður til greina að konurnar væru metnar til hærra stigs örorku (Sigurður Thorlacius munnleg heimild, mars 2008). Athyglivert var þó að aukningin árið 1999 var einkum meðal kvenna með stoðkerfissraskanir og þar var einkum áberandi hópur kvenna sem hafði sjúkdómsgreininguna vefjagigt (Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Haraldur Jóhannsson, 2001).

Algengustu ástæður örorku meðal kvenna hafa frá 1976 verið geðraskanir og stoðkerfissraskanir. Þó hefur sú breyting átt sér stað að árið 1976 og 1996 voru geðraskanir algengari sem ástæða örorku meðal kvenna, en á árunum 2001 og 2005 eru stoðkerfissraskanir orðnar algengari (Sigurður Thorlacius o.fl., 1998; Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a; Sigurður Thorlacius o.fl., 2007). Árið 1996 voru geðraskanir í 28% tilvika ástæða örorku kvenna, stoðkerfissraskanir voru ástæða í 24% tilvika, samanlagt er þetta 52% allra kvenna á örorkuskrá þetta ár. Sjúkdómar í blóðrásarkerfi og taugakerfi voru hvort um sig

ástæða í 10% tilvika. Það ár var fjöldi sjúkdómsgreininga í örorkuskránni að meðaltali 1,8. Í 30% tilvika var aðeins ein sjúkdómsgreining en í 25% tilvika voru þær tvær og í 45% tilvika voru þær þrjár eða fleiri (Sigurður Thorlacius o.fl., 1998). Árið 2001 eru geðraskanir orðnar ástæða örorku í 32,3% tilvika og stoðkerfisaraskanir 33,9% tilvika. Samanlagt eru þessir tveir sjúkdómsflokkar í 66,2% tilvika ástæða örorku kvenna. Næstir koma sjúkdómar í taugakerfi sem í 9,1% tilvika er ástæða örorku kvenna og sjúkdómar í blóðrásakerfi í 5% tilvika (Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a). Árið 2005 hafa stoðkerfisaraskanir aukist í 35,1% en geðröskunum fækkað lítillega í 31,3% tilvika, samanlagt er það 66,4% tilvika. Hlutfall sjúkdóma í blóðrásakerfi hefur einnig lækkað í 4,0% og sjúkdómar í taugakerfi í 7,2%. Áverkar eru nú orðnir algengari en sjúkdómar í blóðrásakerfi eða í 5,3% tilvika ástæða örorku kvenna (Sigurður Thorlacius o.fl., 2007).

Eins og áður hefur komið hér fram hefur örorka vegna geðraskana farið vaxandi. Rannsóknir sýna að algengi geðraskana hefur hins vegar ekki verið að aukast í þjóðfélaginu (Tómas Helgason, Kristinn Tómasson, Eggert Sigfússon og Tómas Zoëga, 2004). Þar af leiðandi er ekki ljóst hvers vegna fleiri einstaklingar fá metna örorku vegna geðraskana. Þær skýringar hafa verið settar fram að aukinnar hörku gæti á vinnumarkaði sem leiðir til að þeir sem standa höllum fæti leiti út af vinnumarkaði (Tómas Zoëga, 2007). Varðandi aukningu örorku vegna vefjagigtar hefur því verið velt upp hvort skýringa sé að leita auknu álagi í þjóðfélaginu (Helgi Birgisson, Helgi Jónsson og Árni Jón Geirsson, 1998).

1.1.7 Samantekt

Hugmyndafræði örorkubóta er að jafna tækifæri og kjör þeirra sem ekki hafa fulla starfsorku með því að tryggja fjárhagslega framfærslu þeirra, stuðla að endurhæfingu og efla forvarnarstarf. Hér á landi var mat á örorku byggt á fjárhags-, félags- og heilsufarslegum þáttum fram til ársins 1999 þegar skipt var um örorkumatsaðferð og byggir matið nú eingöngu á læknisfræðilegu mati. Öryrkjar eru metnir til herra stigs örorku þegar örorka er að minnsta kosti 75%. Þegar örorka er 50-65% er heimilt að veita örorkustyrk. Sá styrkur er það lágur að einstaklingur þarf einnig að hafa tekjur annars staðar frá. Konur hafa verið

fjölmennari í hópi öryrkja frá því fyrst var farið að fjalla um þennan hóp eða frá árinu 1944. Öryrkjum hefur fjölgað hér á landi á undanförunum árum, einkum frá árinu 1996. Algengi er hærra meðal kvenna og fjölgar konum í hópi öryrkja meira en körlunum.

1.2 Örorkulíkur

Nokkuð hefur verið rannsakað hvað það er sem orsakar eða eykur líkur á örorku. Rannsóknir hafa beinst að því meðal annars að skoða tengsl vinnunnar, veikindafjarvista og félagslegrar stöðu við líkur á örorku. Í þessum kafla verður farið yfir rannsóknir og það helsta sem komið hefur fram um þetta efni. Þar sem almannatryggingakerfi okkar líkist einna mest því sem gengur og gerist á Norðurlöndum verður athyglinni sérstaklega beint að norrænum rannsóknum í bland við innlendar rannsóknir.

Margur gæti haldið að meðfæddur heilsufarsvandi, sjúkdómar eða fötlun sé aðalástæða örorku. Reyndin er ekki sú. Algengast er að fólk verði öryrkjar vegna sjúkdóma eða áverka sem það verður fyrir á æviskeiðinu. Tölur frá Evrópusambandsríkjum frá 1999 sýna að 9% öryrkja fá bætur vegna meðfæddra veikinda, 14% vegna slysa sem þeir hafa orðið fyrir í umferðinni, á heimili eða í vinnu, 66% eru á örorkubótum vegna sjúkdóma sem hafa komið fram á lífsleiðinni, ýmist hægfare sjúkdómar eða bráðir sjúkdómar og 11% glíma við tímabundinn heilsuvanda (Stefán Ólafsson, 2005). Hér á landi má greina sambærilegt mynstur. Hlutfall þeirra sem verða öryrkjar eykst með hækkandi aldri. Að auki er stærsti hluti öryrkja hér á landi með sjúkdóma sem flokkast undir geðraskanir og stoðkerfisraskanir en hvort tveggja eru sjúkdómar þar sem samspil líkamlegrar og andlegrar heilsu er umtalsvert og álag bæði líkamlegt og andlegt skipar stóran sess í tilkomu og þróun sjúkdómseinkenna (Bennett, 1996). Þetta sýnir að til að skilja hvað orsakar örorku þarf að leita skýringa í þáttum sem hafa áhrif á heilsufar.

1.2.1 Félagslegar aðstæður

Könnun á félagslegum aðstæðum nýskráðra öryrkja sem framkvæmd var hér á landi árið 1996 sýndi að munur var á hópi þeirra sem metnir höfðu verið til örorku og þjóðinni almennt. Stærstur munur reyndist vera á menntunarstigi og starfsreynslu. Af nýskráðum öryrkjum voru 55,3% sem ekki höfðu meiri menntun en grunnskólapróf en til samanburðar voru 34,7% þjóðarinnar með það menntunarstig. Að sama skapi reyndist 16% þjóðarinnar hafa lokið háskólaprófi en 4,8% öryrkja höfðu lokið háskólaprófi. Öryrkjar höfðu í meiri mæli unnið ófaglærð störf en gengur og gerist meðal þjóðarinnar. Þannig höfðu 32,4% öryrkjanna unnið við ófaglærð störf áður en þeir voru metnir til örorku en 17% þjóðarinnar var þá við ófaglærð störf. Einnig má nefna að 7,4% öryrkja hafði starfað við sjómennsku samanborið við að sjómenn voru 2,3% þjóðarinnar. Mun sjaldgæfara er að öryrkjar hafi starfað við sérfræði- eða stjórnunarstörf en þjóðin almennt, en munurinn er að 4,2% öryrkja eru úr þeim hópi til samanburðar við 19,6% þjóðarinnar. Tekjur öryrkja voru skoðaðar og voru meðaltekjur vinnandi Íslendinga þá 88% hærrí en tekjur öryrkjanna (Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2001). Þegar könnunin var gerð var örorka enn metin á forsendum félagslegra, fjárhagslegra og heilsufarslegra aðstæðna í stað læknisfræðilegra eins og hefur tíðkast frá 1. september 1999. Munur á þeim sem metnir eru öryrkjar og á þjóðinni almennt er því töluverður og þær breytur sem koma fram hér, eins og að öryrkjar eru í meira mæli með styttri skólagöngu að baki og fleiri tilheyra lágláunahópum samfélagsins, benda til að þeir sem verða öryrkjar tilheyri í meira mæli þeim hópi þjóðfélagsins sem er verr settur félagslega (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 2005).

Rannsóknir frá öðrum Norðurlöndum gefa sambærilegar niðurstöður. Þeir sem hafa alist upp meðal verkafólks eru líklegri til að vera metnir til örorku síðar á ævinni (Upmark og Thundal, 2002). Einstaklingar sem eru af erlendum uppruna eru líklegri til að vera metnir til örorku (Borg, Hensing og Alexanderson, 2001) en hluti af þeirri skýringu getur verið að þeir einstaklingar sem flytjast frá heimalandi sínu falla oftast í lægri hópa samfélagsins í nýju heimalandi (Allebeck og Mastekaasa, 2004). Ólíkt könnuninni sem gerð var hér á landi byggjast niðurstöður frá öðrum Norðurlöndum á hóprannsóknnum þar sem einstaklingum

var fylgt eftir í allt að 20 ár. Niðurstöður sýna að lág félagsleg staða er tilkomin löngu áður en einstaklingar eru metnir til örorku (Allebeck og Mastekaasa, 2004).

Á heildina litið má segja að þeir sem búa við verri félagslega stöðu eru líklegri til að vera metnir til örorku en þeir sem búa við betri félagslega stöðu. Þetta kemur heim og saman við rannsóknir á ójöfnuði í heilsufari sem sýna að þeir sem standa verr félagslega og fjárhagslega, hafa styttri skólagöngu að baki og sinna verkamannastörfum búa frekar við verra heilsufar og á það jafnt við hér á landi sem annars staðar (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 2005).

1.2.2 Aldur

Algengi örorku er almennt hærra í eldri aldurshópum í Evrópu. Augljós ástæða þessarar þróunar er að algengi sjúkdóma eykst með hærri aldri sem skýrir að hluta til þessa mynd, en örorka er einkum áberandi eftir fimmtugt (Gjesdal og Bratberg, 2002; Gjesdal, Lie og Maeland, 2004; Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a; Sigurður Thorlacius o.fl., 2007).

Á hinum Norðurlöndunum þar sem haldnar eru skrár yfir veikindafjarvistir frá vinnu hefur komið fram að þeir sem tilheyra eldri aldurshópnum eru líklegri til að verða öryrkjar í kjölfar veikinda en þeir yngri (Albertsen, Lund, Christensen, Kristensen og Villadsen, 2007; Gjesdal og Bratberg, 2002, 2003; Lund, Kivimäki, Labriola, Villadsen og Christensen, 2008). Í Noregi hafa rannsóknir gefið til kynna að líkur á örorku eftir veikindafjarvistir stigmagnast fyrir bæði kynin eftir 30 ára aldur (Gjesdal og Bratberg, 2002, 2003).

Hér á landi koma hlutfallslega flestir öryrkjar úr aldurshópnum 60 ára og eldri (Sigurður Thorlacius o.fl., 2007, Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a). Misjafnt er milli landa hversu mikill munur er milli yngsta og elsta aldurshópsins. Munurinn er allt frá því að vera þrefaldur upp í að vera tífoldur (Stefán Ólafsson, 2005).

1.2.3 Sjúkrafjarvistir

Flestir sem verða öryrkjar hafa einhverja sögu um veikindafjarvistir frá vinnu þar sem flestir öryrkjar koma af vinnumarkaði (Gjesdal og Bratberg, 2002). Veikindafjarvistir frá vinnu hafa verið skoðaðar til að kanna heilsufar starfsfólks

og starfsstétta. Viða á Vesturlöndum eru konur skráðar með meiri veikindafjarvistir en karlar (Holte, Tambs og Bjerkedal, 2003). Hluta af þessum mun má skýra út frá veikindafjarvistum kvenna í tengslum við barnsburð (Gjesdal og Bratberg, 2003) en tölur frá Svíþjóð gefa til kynna að þegar búíð er að gera ráð fyrir þeim tengslum eru veikindafjarvistir skráðar á konur 25% fleiri en þær sem skráðar eru á karla (Henriksson, Liedberg og Gerdle, 2005).

Fjarvistir frá vinnu vegna veikinda er flókið ferli og eru margir þættir sem hafa áhrif á það hvort starfsmaður fer í veikindafri og hversu lengi fjarvistirnar vara. Heilsa fólks hefur augljóslega áhrif á það hvort fólk er frá vegna veikinda en rannsóknir sýna að fleiri þættir spila inn í eins og réttindi fólks til veikindafjarvista og greiðslna í veikindum, félagsleg staða, viðhorf og norm samfélagsins hafa einnig áhrif. Eins getur vinnan sjálf haft áhrif, til að mynda vinnuaðstæður, eðli starfsins og starfsandinn (Vingård o.fl., 2005).

Það sem athyglisvert er að kanna varðandi veikindafjarvistir og síðari örorku er hvort fjöldi eða lengd veikindafjarvista hafi forspárgildi um örorku og þá hvort það geti gefið vísbendingar um hvort, hvenær og hvernig grípa eigi inn í með aðgerðum til að stemma stigu við að veikindi þróist yfir í örorku (Kivimäki o.fl., 2004). Niðurstöður benda til að fjöldi veikindadaga, fjöldi veikindahrina og lengd veikindafjarvista auki líkur á að einstaklingar verði síðar meir öryrkjar (Gjesdal og Bratberg, 2002; Kivimäki o.fl., 2004; Lund o.fl., 2008). Dönsk rannsókn meðal alls starfsfólks í einkageiranum á aldrinum 18 til 65 ára sem hafði fengið greitt úr sjúkrasjóði árið 1998, var fylgt eftir til að kanna hvort veikindafjarvistir hefðu áhrif á síðari örorku. Til að minnka líkur á að truflandi þættir hefðu áhrif á útkomu liðu 2 ár frá því ári sem skráðar veikindafjarvistir áttu sér stað þar til talið var hversu margir urðu öryrkjar og stóð talningin yfir í 4 ár. Í ljós kom að 2,5% þeirra sem höfðu verið veikir urðu öryrkjar og var nýliðunin hærri meðal kvenna eða 3,1% á móti 2,2% meðal karla. Lengd veikindafjarvista hafði áhrif á líkur á örorku þannig að því lengur sem veikindafjarvistir vöruðu því meiri líkur voru á örorku. Líkurnar voru stigmagnandi frá einni viku upp í 26 vikur en eftir það jukust líkurnar ekki marktækt (Lund o.fl., 2008). Finnisk rannsókn kannaði stuttar veikindafjarvistir, 1-3 dagar, og langar veikindafjarvistir, meira en þrjú dagar. Í ljós kom að stuttar fjarvistir frá vinnu tengjast ekki einar og

sér auknum líkum á örorku síðar meir. Líkurnar aukast þegar veikindin vara í meira en þrjú daga. Sú rannsókn gaf til kynna að endurteknar langar veikindafjarvistir og einkum ef veikindi vara í meira en 15 daga auka líkurnar á örorku síðar meir (Kivimäki o.fl., 2004).

Norsk rannsókn sem skoðaði langtíma veikindafjarvistir í 10% slembiúrtaki norskra starfsmanna, sýndi aðrar niðurstöður. Ólíkt dönsku könnunni kom ekki fram munur á kynjahlutfalli þeirra sem urðu öryrkjar (Gjesdal og Bratberg, 2002). Niðurstöður bentu til að hjá þeim sem eru í langtímaveikindaleyfi aukast líkurnar fyrst marktækt eftir 7 mánaða veikindi miðað við þá sem eru veikir í 8 til 12 vikur. Veruleg aukning á líkum verður síðan merkjanleg eftir 9 mánaða veikindi og er vaxandi eftir það (Gjesdal og Bratberg, 2003). Við samanburð á þessum tveimur rannsóknum verður að hafa í huga að úrtök eru ólík. Annars vegar er um að ræða heildarúrtak starfsmanna í einkageiranum og hins vegar slembiúrtak starfsfólks og einungis skoðaðir þeir sem hafa verið langveikir.

Í Noregi hefur verið kannað hvort þeir sjúkdómar sem leiða til veikindafjarvista hafi forspárgildi um líkur á síðari örorku. Fylgst var með þátttakendum í þrjú ár frá því veikindafjarvistir hófust. Taugasjúkdómar, hjarta- og æðasjúkdómar og öndunarfarasjúkdómar voru marktækt líklegri til að valda örorku en aðrir sjúkdómar. Það sama á við um geðsjúkdóma en það var einungis marktækt fyrir karlmenn. Stoðkerfissraskanir voru hins vegar algengasta orsök veikindafjarvista, bæði hjá konum og körlum, eða um helmingur tilfella en í þessari rannsókn tengdust þeim ekki miklar líkur á síðari örorku. Í heildina reyndust undirliggjandi sjúkdómar ekki eins sterkur þáttur í því að spá fyrir um síðari örorku eins og aldur og lengd veikindafjarvista (Gjesdal og Bratberg, 2003).

1.2.4 Kyn

Tilhneigingin er sú að fleiri konur eru metnar til örorku í þeim löndum þar sem örorkumat byggir ekki á þátttöku á vinnumarkaðnum eins og á við hér á landi og á hinum Norðurlöndunum. Annars staðar, þar sem forsenda fyrir örorku er þátttaka á vinnumarkaðnum, er munurinn minni (Albertsen o.fl., 2007; Gjesdal og Bratberg, 2002; Gjesdal o.fl., 2004; Sigurður Thorlacius o.fl., 2007). Nærtækt er

að líta til þess að munur kemur fram á kynjunum hvað varðar heilsufar, en spurningakannanir bæði hérlendis og erlendis sýna að konur frekar en karlar segjast finna fyrir sjúkdómseinkennum (Macintyre, Hunt og Sweeting, 1996; Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004). Þetta þarf þó ekki að benda til að heilsufar kvenna sé almennt verra en heilsufar karla. Sá möguleiki er fyrir hendi að konur séu almennt meðvitaðri um eigin heilsu en karlar sem skýri hvers vegna þær tjá oftast vanlíðan eða sjúkdóma. Þó má ekki útiloka að skýringu gæti verið að finna í mismunandi umhverfi kynjanna eins og á vinnumarkaði og í fjölskyldum og sá munur hafi áhrif á líf þeirra (Albertsen o.fl., 2007; Pugliesi, 1995; Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004). Rannsóknir á nýgengi og algengi örorku gefa til kynna að ytri þættir í samfélaginu, eins og efnahagssveiflur og atvinnuástand, hafi misjöfn áhrif á nýgengi örorku meðal kynjanna (Gjesdal o.fl., 2004; Sigurður Thorlacius og Stefán Ólafsson, 2008; Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2004). Hins vegar hafa ekki margar rannsóknir verið gerðar, hvorki hér á landi né á hinum Norðurlöndunum, þar sem leitað er skýringa á hærri tíðni örorku hjá konum en körlum (Albertsen o.fl., 2007).

Í rannsókn meðal norskra starfsmanna í langtíma veikindaleyfi var kynjamunur skoðaður. Í ljós kom að þættir sem auka líkur á örorku í kjölfar veikindafjarvista voru jafnir fyrir kynin. Hjá báðum kynjum var það hærri aldur og lengd veikindafjarvista sem skýrði mestar líkur á örorku. Þættir í vinnuumhverfi kynjanna eins og tekjur, starfshlutfall og starfsreynsla, mældust ekki auka líkur á örorku í kjölfar veikindaleyfa. Hins vegar var það verndandi þáttur fyrir konur að hafa menntað sig og vera með börn yngri en 7 ára á sínu framfæri, en það mældist ekki svo fyrir karlana. Í þessari rannsókn var hlutfall kvenna og karla sem metin voru til örorku í kjölfar veikindafjarvista jafnt í lok rannsóknarinnar, en þar sem hlutfallslega fleiri konur voru í veikindaleyfi urðu fleiri konur en karlar öryrkjar (1032 konur og 831 karlar). Þar sem ekki var hægt að finna skýringarþætti eftir að í veikindaleyfi var komið má álykta að skýringa sé að leita í aðstæðum kynjanna á vinnumarkaði áður en til veikindafjarvista kemur (Gjesdal og Bratberg, 2002).

Rannsókn meðal fólks á vinnumarkaði í Danmörku kannaði hvort þættir í vinnuumhverfinu, umhverfi utan vinnunnar, lífsstíl eða fjölskyldu hefðu í för mér

sér aukna líkur á örorku og hvort munur væri á þessum þáttum hjá kynjunum. Í rannsókninni var fengið slembiúrtak úr hóprannsókn meðal dansks starfsfólks og athugað hverjir af þátttakendum hefðu farið af vinnumarkaði á örorkuskrá á 10 ára tímabili. Í rannsókninni voru bakgrunnsbreyturnar aldur, kyn, hjúskaparstaða, reykingar og líkamsþyngdarstuðull skoðaðar og vinnuumhverfisþættirnir hvort um opinberan vinnustað eða vinnu í einkageiranum væri að ræða, líkamlegir álagþættir í vinnu og að lokum sálfélagslegir þættir eins og sjálfræði, starfsöryggi, ábyrgð og samskipti á vinnustað. Í úrtaki voru marktækt fleiri konur í starfi hjá hinu opinbera, þær upplifðu minna sjálfræði í vinnunni, voru útsettari fyrir einelti og kynferðislegri áreitni og upplifðu meira álag í vinnunni. Karlmenn höfðu minni félagslegan stuðning en konurnar og fleiri karlar voru í líkamlega erfiðum störfum og vinnu sem krafðist mikillar einbeitingar. Einnig kom fram að konur voru flestar úr millistétt en karlar voru fleiri bæði úr efstu og neðstu stétt. Þegar allir áhættuþættir voru skoðaðir með tilliti til örorku, kom ekki fram marktækur munur milli kynjanna. Stöður í vinnu og reykingar skýrðu auknar líkur á örorku hjá báðum kynjunum. Fram kom tilhneiging í þá veru að konur sem unnu hjá hinu opinbera voru líklegri til að fara á örorku, eins ef þær upplifðu lítið starfsöryggi og lítinn stuðning í vinnu (Albertsen o.fl., 2007).

Þessar tvær rannsóknaniðurstöður skýra því ekki hvers vegna fleiri konur eru metnar til örorku en karlar. Hins vegar álykta höfundar að ástæður fyrir kynjamun í nýgengi örorku sé að finna í mismunandi félagslegri stöðu kynjanna (Albertsen o.fl., 2007) og mismunandi þátttöku þeirra á vinnumarkaði (Gjesdal og Bratberg, 2003).

Í skýrslu sem unnin var af Tryggva Þór Herbertssyni (2005) um fjölgun öryrkja á Íslandi, leitar hann skýringa á aukningu kvenna meðal öryrkja m.a. í því að hagstæðara getur reynst fyrir þær að verða öryrkjar en að vera á vinnumarkaði. Útreikningar sýna að örorkubætur hér á landi geti verið hagstæðari fyrir einstaklinga sem gegna láglaunastörfum og hafa börn á framfæri. Í ljósi þess að öryrkjar eru almennt með lægri laun á vinnumarkaði áður en til örorku kemur (Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Haraldur Jóhannsson, 2001) má vera að þetta sé ein af skýringunum, einkum þar sem fleiri konur tilheyra láglaunahópum en karlar (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004).

1.2.5 Vinnufyrirkomulag

Eins og fram kom áður hafa rannsóknir á langtíma veikindafjarvistum frá vinnu leitt í ljós að lengd veikindafjarvasta og aldur hafa mest áhrif á að einstaklingar verði öryrkjar í kjölfar veikindafjarvasta. Á hinn bóginn er ekki vitað hvort þættir í vinnuumhverfi hafi með óyggjandi hætti áhrif á síðari örorku. Norrænar rannsóknir hafa lítið rannsakað hvaða þættir vinnuskipulagsins hafa áhrif á örorku (Albertsen o.fl., 2007; Allebeck og Mastekaasa, 2004). Rannsókn Karen Albertsen og féлага (2007) sem vitnað var til hér að framan, er ein af fáum um þetta efni. Eins og kom fram í þeirri rannsókn reyndist það að vinna standandi, reykingar og það að vinna hjá hinu opinbera, auka líkur á örorku en ekki aðrir þættir sem voru skoðaðir. Aðrar norrænar rannsóknir, þar sem skoðuð hafa verið tengsl vinnuumhverfis og örorku, hafa sýnt að erfið vinna, langur vinnutími, vinna sem einkennist af endurtekningum og þar sem lág laun eru í boði tengist auknum líkum á örorku. Niðurstöðurnar eru hins vegar ekki óyggjandi. Það sem hindrar að unnt sé að draga ályktanir er að úrtök norrænna rannsókna hafa ekki verið nægjanlega stór, né er heldur hægt að útiloka að truflandi þættir eins og félagsleg staða, hafi áhrif á niðurstöður (Allebeck og Mastekaasa, 2004). Rannsóknir á þessum þætti eru því fáar á Norðurlöndum enn sem komið er og erfitt að meta hvort vinnuaðstæður hafi með beinum hætti áhrif á örorku eða hvort þættir utan vinnunnar hafi áhrif. Sá möguleiki er fyrir hendi að félagsleg staða eða veikindi sem ekki tengjast vinnunni skýri það hverjir veljast í þau störf þar sem áhættuþættir hafa verið kannaðir og þar með er erfitt að vita hvor þátturinn hefur áhrif á örorku (Albertsen o.fl., 2007; Teasell og Merskey, 1997).

Hannerz, Tüchsen, Spangenberg og Albertsen (2004) athuguðu hvaða atvinnu þeir sem metnir voru til örorku í Danmörku á árunum 1996 til 2000 sinntu áður en til örorkumats kom. Einstaklingarnir voru á aldrinum 20-54 ára. Reiknað var áhættuhlutfall fyrir hverja starfsgrein og örorku. Mestar líkur fyrir konur að vera metnar til örorku tengdust störfum í þvottahúsum, sláturhúsum, saumastofum, hótél- og veitingahúsum og hjúkrunarheimilum og/eða heimahlynningu. Fyrir karlmenn voru það störf í fiskvinnslu, á hjúkrunarheimilum og/eða heimahlynningu, í þvottahúsum, vöruflutningum og akstri með farþega.

Þessar upplýsingar gefa til kynna að einstaklingar sem starfa við líkamlega erfiða vinnu séu í aukinni hættu á að hverfa af vinnumarkaði og vera metnir til örorku.

Álag á vinnumarkaði er talið geta tengst aukningu á nýgengi örorku. Árið 2003 framkvæmdi Gallup könnun meðal úrtaks starfandi fólks á aldrinum 16 til 65 ára hér í landi og þar kom fram að 70,5% taldi álag í starfi vera mikið og 44,3% svarenda taldi að álag hefði aukist á síðastliðnum 12 mánuðum (Gallup, 2003). Á árinu 2003 jókst nýgengi örorku hjá bæði konum og körlum hér á landi. Það gefur vísbendingu um að samband sé á milli álags á vinnumarkaði og nýgengis örorku þó svo ekki verði um það fullyrt út frá þessum gögnum (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2004). Talið er að sambandið milli álags á vinnumarkaði og aukningu nýgengis örorku sé á þá leið að þegar álagið eykst hverfa þeir af vinnumarkaði sem standa höllum fæti (Tryggvi Þór Herbertsson, 2005; Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2004). Ýmsir sálfélagslegir þættir geta aukið streitu meðal starfsfólks (Karasek og Theorell, 1990; Levi, 2000). Í spurningakönnun meðal danskra starfsmanna kom fram að þeir sem upplifa lítið sjálfræði og hafa fá tækifæri til endurmenntunar eða vinna á vinnustað þar sem stjórnunarhættir eru formlegir, eru líklegri en þeir sem upplifa hið gagnstæða til að snúa ekki aftur til starfa eftir veikindaleyfi. Tengslin komu fram fyrir bæði kynin og hvort heldur sem var um að ræða störf í opinbera geiranum eða einkafyrirtæki (Lund og Csonka, 2003).

1.2.6 Atvinnuleysi

Rannsóknir á atvinnuleysi og nýgengi örorku bæði hér á landi og víðar hafa leitt í ljós að fylgni er á milli umfangs atvinnuleysis og örorku hjá báðum kynjum á þann veg að þegar atvinnuleysi eykst fylgir í kjölfarið aukning í nýgengi örorku og merkja má fækkun þegar dregur úr atvinnuleysi (Gjesdal o.fl., 2004; Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2004). Sterkt tölfræðilegt samband kemur fram í athugun á nýgengi öryrkja og atvinnuleysi hér á landi. Á árunum 1992 til 1995 og svo aftur 2002 til 2004 var atvinnuleysi hér á landi meira en á öðrum tímabilum. Þegar nýskráningar öryrkja voru skoðaðar frá ári til árs mátti sjá að fjölgun nýskráðra öryrkja fylgdi vaxandi atvinnuleysi. Árið 2005

hafði dregið úr atvinnuleysi og kom þá einnig fram fækkun í nýskráningu öryrkja (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2004; Sigurður Thorlacius og Stefán Ólafsson, 2008). Í spurningakönnun á félagslegum aðstæðum öryrkja frá árinu 1997 kom í ljós að helmingur öryrkja hafði verið atvinnulaus áður en þeir urðu öryrkjar (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2001). Ástæður geta verið að langvarandi atvinnuleysi eykur efnahagslegan ójöfnuð en þekkt er að með auknum ójöfnuði aukast heilsuleysi og dánartíðni (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 2005). Einnig hefur verið sýnt fram á að langvarandi atvinnuleysi auki hættu á sjúkdómum eins og kvíða, hjartasjúkdómum og þunglyndi (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2004).

Aukið atvinnuleysi hér á landi upp úr aldamótunum 2000, getur m.a. stafað af breytingum sem hafa átt sér stað með tækniframförum og alþjóðavæðingu í kjölfar opnunar Íslands á alþjóðlega efnahagssvæðinu. Því fylgdi ríkari krafa um arðsemi sem leiddi til þess að þeir einstaklingar sem skiluðu minni framleiðni hröktust úr störfum (Tryggvi Þór Herbertsson, 2005). Þessi áhrif eru þekkt víðar. Bresk rannsókn leiddi í ljós að í þeim héruðum þar sem umfangsmiklar breytingar urðu á atvinnustarfsemi mátti merkja aukningu nýskráðra öryrkja (Beatty og Fothergill, 2005). Örorka getur þannig verið eitt form dulins atvinnuleysis en þá er samvirkandi þáttur að örorkubætur séu arðsamari fyrir einstaklinginn en atvinnuleysisbætur (Beatty og Fothergill, 2005; Tryggvi Þór Herbertsson, 2005). Á hinn bóginn getur ástæða fyrir aukningu nýgengis örorku á tímum atvinnuleysis einnig stafað af heilsubresti eins og fyrir segir sem og að þeir sem eru veikir fyrir eiga erfðara með að fá annað starf þar sem hraustari einstaklingar verða fyrir valinu (Beatty og Fothergill, 2005).

1.2.7 Aðrir þættir

Hér verður fjallað um þá þætti sem eru til og með beinum eða óbeinum hætti geta haft áhrif á fjölgun öryrkja. Hér er ekki um að ræða þætti þar sem tengsl við fjölgun öryrkja hafa verið skýrð á beinan hátt með könnunum eða rannsóknum heldur með fræðilegu mati byggðu á kenningum, þekkingu eða reynslu. Þetta eru

þættir eins og vinnuframboð fyrir öryrkja, starfsendurhæfing og uppbygging örorkumatskerfisins.

1.2.7.1 Aðferðir við örorkumat

Þær forsendur sem settar eru fram við mat á örorku hafa verið taldar geta haft áhrif á fjölda öryrkja. Eins og fram hefur komið er skilgreining örorku byggð á bæði læknisfræðilegum og félagslegum þáttum (Bergeskog, 2001). Þannig hefur mat á örorku verið breytilegt víða eftir því hversu mikið tillit er tekið til félagslegra þátta eða heilsufarslegra þátta. Á sjöunda og áttunda áratug síðustu aldar voru gerðar breytingar á Norðurlöndunum þar sem dregið var úr heilsufarslegum þætti örorkumatsins og félagslegir þættir auknir. Þessum breytingum hefur verið velt upp sem einni af skýringunum á fjölgun öryrkja þar á síðustu áratugum seinustu aldar einkum meðfram auknum þrengingum á vinnumarkaði. Talið er að þessum breytingum hafi verið stýrt af stjórnvöldum í sumum löndum Evrópu til að koma til móts við vaxandi atvinnuleysi þannig að rými skapaðist fyrir yngri einstaklinga á vinnumarkaði (Stefán Ólafsson, 2005; Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson og Vilhjálmur Rafnsson, 2001). Þróuninni hér á landi var hins vegar öfugt farið þar sem konum fjölgaði þegar vægi heilsufarslegra þátta við mat á örorku var aukið (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Haraldur Jóhannsson, 2001).

Tryggvi Þór Herbertsson (2005) setur fram þá skýringu í skýrslu sinni, *Fjölgun öryrkja*, að með gildistöku örorkumatsstaðalsins hér á landi árið 1999, sem byggir einungis á læknisfræðilegum forsendum, geta vinnufærir einstaklingar fengið örorkumat á forsendum sjúkdóms sem ekki endilega leiðir til óvinnufærni. Það fylgdi hins vegar gömlu matsaðferðinni að einstaklingur þurfti að vera öyrki til langframa. Þá var einnig miðað við getu til að afla sér tekna og skattskýrslur skoðaðar í því tilliti. Það hefur verið fallið frá því í núverandi kerfi. Tryggvi telur að þetta hafi komið fram í því að núverandi kerfi geri fleirum kleift að fá örorkumat en áður og letji einstaklinga með skerta færni til að vinna þar sem arðsemi þess að vera á bótum er meiri en af því að vera á vinnumarkaði. Hann telur auk þess að með nýja matsstaðlinum sé erfiðara að synja umsóknum en áður þar sem synjunum fækkaði frá árinu 1998 úr 20% í 7% árið 2004.

Áhrif örorkumats, fyrir og eftir breytingu á aðferðum við mat á örorku, var metið og nýgengi örorku skoðað fyrir árin 1997, 1998 og 2000. Í ljós kom að ekki varð marktæk breyting á heildarfjölda nýrra öryrkja, en marktæk breyting varð á samsetningu hópsins þannig að fleiri konur fengu metið hærra stig örorku og hjá báðum kynjum varð marktæk fækkun hjá þeim sem fengu metið lægra stig örorku. Þannig kom ekki til heildarfjölgun öryrkja. Þeim konum sem greinst höfðu með stoðkerfisraskanir og þá sérstaklega vefjagigt, fjölgaði mest á þessum tíma meðal kvenna með hærra stig örorku. Ályktað var að þessi hópur hafi verið vanmetinn samkvæmt gamla kerfinu (Sigurður Thorlacius munnleg heimild, mars 2008) eða að nýja kerfið hafi lágan þröskuld þegar kemur að því að meta örorku vegna stoðkerfisraskana. Einnig getur verið að hluta af skýringunum sé að leita í því að ekki voru samhliða gerðar breytingar á félagslegri aðstoð sveitarfélaga sem gæti haft áhrif á það hvernig læknar skrifa örorkuvottorð fyrir þá sem búa við erfiðar félagslega aðstæður (Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Haraldur Jóhannsson, 2001).

Nýgengi örorku er sveiflukennd frá ári til árs. Þegar nýgengi er skoðað frá 1992 til 2004 má greina sveiflur þannig að nýgengi hjá báðum kynjum eykst frá árinu 2002 til 2003 og aftur frá 2003 til 2004 en ekki er hægt að fullyrða að breytingarnar séu vegna breyttra örorkumatsaðferða þar sem sterk tölfræðileg tengsl eru við aukið atvinnuleysi og álag á vinnumarkaði (Stefán Ólafsson, 2005; Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2004). Sömu skýringar gætu jafnframt verið á að færri umsóknum var synjað. Að auki hefur fækkun í röðum þeirra sem sækjast eftir lægra örorkumati haldist frá því breyting varð á aðferðinni þannig að breytt aðferð skýrir að mati Stefáns Ólafssonar (2005) ekki fjölgun öryrkja heldur tilfærslu þeirra sem voru metnir til lægra stigs örorku yfir í hærra stig örorku.

1.2.7.2 Fjárhagslegir hvatar að fá metna örorku

Eitt af því sem ber á góma þegar málefni öryrkja eru skoðuð er það hvort allir sem metnir eru á örorku eru sannanlega öryrkjar eða óvinnufærir. Þar sem samfélagið ver töluverðum og í raun síauknum kostnaði til almannatrygginga með það að markmiði að tryggja öryrkjum viðunandi lágmarkskjör og jafnrétti, er akkur í því að fjármunum sé deilt rétt út og til réttra aðila. Þannig er það hagsmunamál samfélagsins að almannatryggingakerfið sé réttlátt fyrir þá sem á því þurfa að halda og eingöngu þeir hafi not af því. Þegar öryrkjum fer fjölgandi er mikilvægt að leita skýringa og kanna hvort einhverjir þættir í samfélaginu eða umhverfinu valdi aukningunni og hvort hægt væri að hafa áhrif á þá. Sú spurning liggur því í loftinu hvort allir þeir sem eru á örorkubótum séu sannarlega í þörf fyrir stuðning almannatryggingakerfisins eða hvort grípa þurfi til aðgerða til að stemma stigu við fjölguninni.

Innan hagfræðinnar er þetta meðal annars skoðað út frá því hvort sá hvati sé fyrir hendi að greiðslur til öryrkja eða atvinnulausra séu þannig að munur á þeim og lægstu launum sé lítill og þannig sé sú hættu fyrir hendi að einstaklingar kjósi heldur bætur en að stunda launaða vinnu (Stefán Ólafsson, 2005). Þetta á sérstaklega við þar sem bótakerfið byggir á því að allir fá sömu upphæð bóta (OECD, 2003) Greining Tryggva Þórs Herbertssonar (2005) á fjölgun öryrkja byggir á sjónarhorni hagfræðinnar. Hann skoðar hvort hvati sé til staðar í almannatryggingakerfinu sem geti hugsanlega verið vinnuletjandi fyrir einstaklinga. Greining hans beinist bæði að því hvort almannatryggingakerfið sé þannig uppbyggt að það aftri þeim sem eru á örorkubótum, en gætu stundað launavinnu, að vinna og hvort hvatar séu til staðar í almannatryggingakerfinu og á launamarkaði sem hvetji einstaklinga til að láta af störfum og þiggja örorkubætur. Greining hans leiðir í ljós að ekki er mikill munur á lægstu launum og örorkubótum fyrir þá sem eru með hærra stig örorku. Þannig hefur skapast ákveðinn fjárhagslegur hvati fyrir þá lægst launuðu til að þiggja örorkubætur. Fyrir einstæða foreldra og barnmargt fólk sem tilheyrir láglaunahópum er hvatinn jafnvel enn meiri þar sem greiddur er barnalífeyrir með hverju barni undir 18 ára aldri og hækkar það bætur enn frekar. Að sama skapi er lítill hvati fyrir þá sem hafa örorkubætur til þess að fara á vinnumarkað nema þeim bjóðist starf sem

gefur betur af sér. Í þriðja lagi leiðir greining hans í ljós að örorkulífeyrir er orðinn hærri en atvinnuleysisbætur og fjárhagsaðstoð sveitarfélaga þannig að fjárhagslegur hvati til að sækjast eftir örorkubótum er fyrir hendi hjá þeim sem standa höllum fæti og þarfnast fjárhagsaðstoðar eða eru atvinnulausir án þess að þeir séu í raun mjög veikir.

Hversu mikil áhrif þessir hvatar hafa er í raun erfitt að meta. Örorkumatskerfið sem notað er hér á landi tekur einungis tillit til læknisfræðilegra forsenda og þar af leiðandi þurfa allir sem fá örorkumat að hafa undirliggjandi sjúkdóm (Sigurður Thorlacius, 1999). Á hinn bóginn eru sjúkdómar sumir hverjir sambland af félagslegum þáttum, sálrænum og líkamlegum, sem gerir myndina flóknari og þá getur verið erfitt að meta hvað er orsök og hvað er afleiðing (Bennett, 1996). Á hitt ber einnig að líta að þó svo hvatar séu fyrir hendi er ekki þar með sagt að einstaklingar vilji nýta sér þá. Vinnan hefur ýmis önnur gildi fyrir einstaklinga heldur en til fjármögnunar lífsviðurværis. Þannig sjá margir sér hag af því að vinna vegna þeirra lífsgæða sem því fylgja. Til dæmis skipar vinnan stóran sess í mótun sjálfsmyndar og því að hafa stöðu í þjóðfélaginu (Nordenmark, 2002).

Stefán Ólafsson (2005) bendir á í skýrslu sinni *Örorka og velferð á Íslandi* að fyrir vinnandi fólk er sá möguleiki fyrir hendi að geta haft áhrif á launin sín en bótaþegar geta ekki haft slík áhrif þar sem mánaðarlegar greiðslur eru fyrirfram ákvarðaðar. Launafólk getur á hinn bóginn aukið tekjur sínar með því að auka við sig vinnu eða sækja í vinnu sem borgar betur og gæti það verið hvati fyrir fólk til þess að vera á launamarkaði. Þannig telur Stefán ólíklegt að hvati sem þessi skýri fjölgun öryrkja. Ef svo væri telur hann að slík áhrif kæmu fram í jafnri aukningu örorku frá ári til árs en staðreyndin er sú að nýgengi örorku er sveiflukennt eftir árum og bendir það til að breytilegir utanaðkomandi þættir hafi áhrif á fjölgunina.

1.2.7.3 Vinnuframboð og úrræði til starfsendurhæfingar

Mismunandi er hvort öryrkjar eða þeir sem eru veikir á vinnumarkaði, en hafa ekki verið metnir til örorku, séu færir um að stunda vinnu eða ekki. Um 40% allra öryrkja í Evrópu stunda vinnu samkvæmt tölum frá OECD. Atvinnuþátttaka karla er almennt meiri en atvinnuþátttaka kvenna (Stefán Ólafsson, 2005). Komið hafa

fram vísbendingar um að þeir einstaklingar sem fengið hafa örorkumat og ekki stunda vinnu, hafi verri batahorfur en ef þeir stunda vinnu og hafa sömu sjúkdómseinkenni. Þetta kom m.a. fram í norski rannsókn á vefjagigtarsjúklingum (Wigers, 1996).

Hluta af skýringunni á því að öryrkjar eða þeir sem eru með skerta færni stunda ekki vinnu, er að finna í atvinnuumhverfinu. Sem dæmi má nefna að ef vinnuframboð er nægjanlegt er líklegra að rúm skapist fyrir þá sem standa höllum fæti (Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2004). Þá þarf einnig að vera nægjanlegt framboð af störfum sem hæfa öryrkjum og einstaklingum með skerta færni og skilningur frá hendi vinnuveitanda á þörfum öryrkja (Henriksson o.fl., 2005; Stefán Ólafsson, 2005). Einnig aukast líkur á atvinnuþátttöku ef skipulögð starfsendurhæfing er fyrir hendi eða önnur þjónusta eða skipulagðar aðgerðir af hendi ríkisins, sem styðja öryrkja á vinnumarkaði. Í þeim efnum má nefna reglugerðir sem ýta undir að vinnustaðir sjái sér hag í því að ráða til sín einstaklinga með skerta færni eða fá fjárhagslegan stuðning ríkisins til þess (Hannerz o.fl., 2004; Stefán Ólafsson, 2005; Sigurður Thorlacius o.fl., 2007).

Stefán Ólafsson (2005) segir frá því í skýrslu sinni *Örorka og velferð á Íslandi* að hér á landi hafi umfang starfsendurhæfingar verið minna en gengur og gerist í nágrannalöndum okkar og hlutfall fjármuna af vergri þjóðarframleiðslu sem lagt er í virkniaukandi vinnumarkaðsaðgerðir er með því lægsta sem tíðkast innan OECD ríkjanna. Þó ýmsar leiðir til starfsendurhæfingar séu færar hér á landi og stuðningur við einstaklinga með skerta færni sé til staðar í samfélaginu, er umfang þess stuðnings lítið og kemur það fram í atvinnuþátttöku öryrkja en hún er mjög lág hér á landi (Stefán Ólafsson, 2005). Reglur almannatrygginga hafa einnig verið með þeim hætti að til skerðingar á bótagreiðslum kemur ef einstaklingar stunda vinnu og hefur frítækjumarkið verið það lágt að nánast hefur verið ógerlegt að vinna en hafa jafnframt stuðning af bótagreiðslum. Þessir þættir geta skýrt það hvers vegna atvinnuþátttaka öryrkja er lítil í dag og einstaklingar festast í örorkukerfinu (Tryggvi Þór Herbertsson, 2005; Stefán Ólafsson, 2005).

1.2.8 Samantekt

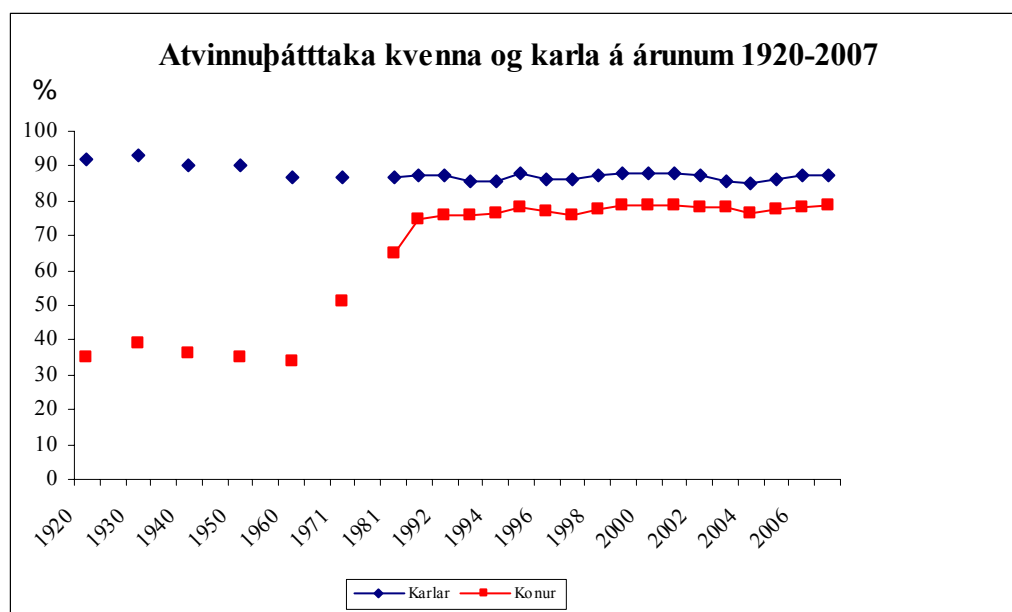
Örorka er í flestum tilfellum tilkomin vegna sjúkdóma sem koma fram á lífsleiðinni. Rannsóknir á orsökum örorku hafa beinst að því að veða og meta hvaða áhrif félagslegir þættir eins og aldur og kyn, félagsleg staða, veikindafjarvistir, þættir í vinnuumhverfi og atvinnuleysi hafi á líkur þess að einstaklingar séu metnir til örorku. Sterkasta fylgni kemur fram við hækkandi aldur. Stór hluti öryrkja kemur úr hópi þeirra sem hafa lægri félagslega stöðu í samfélaginu. Í hópi þeirra sem þiggja örorkubætur eru fleiri sem hafa gegnt ófaglærðum störfum, líkamlega erfiðum störfum eða öðrum láglounastörfum. Því lengur sem einstaklingur er frá vinnu vegna veikinda því meir aukast líkur á að til örorku komi. Erfitt hefur þó verið að meta hver af þessum þáttum vegur þyngst. Aðrir þættir í umhverfinu geta haft áhrif á fjölgun öryrkja eins og hvað liggur til grundvallar örorkumatinu, hvernig almannatryggingakerfið er uppbyggt, vinnuframboð eða úrræði á vinnumarkaði og í starfsendurhæfingu. Konur eru fleiri í hópi öryrkja hér á landi eins og á hinum Norðurlöndunum.

1.3. Umhverfi kvenna

Hér verður fjallað um stöðu kvenna á vinnumarkaði, um vinnufyrirkomulag og áhrif þess á líðan kvenna, sem og rannsóknir á samþættingu fjölskyldu- og atvinnulífs.

1.3.1 Atvinnuþátttaka kvenna

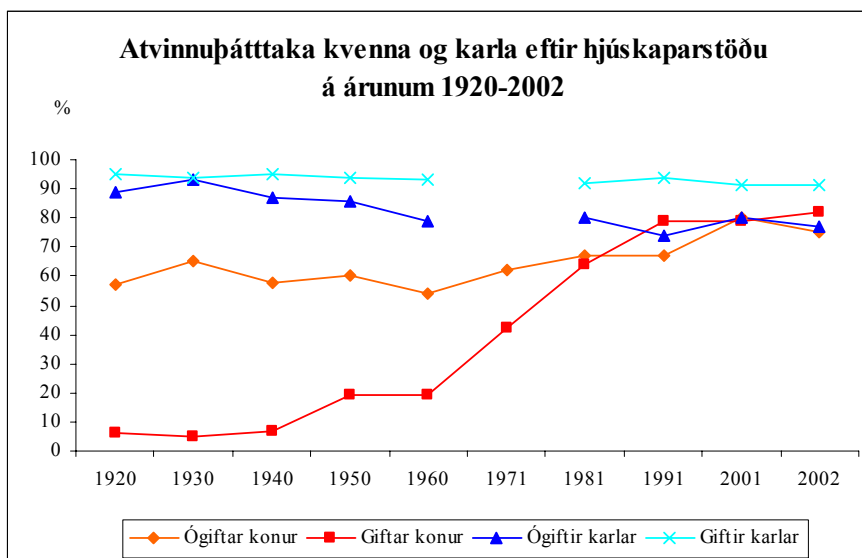
Atvinnuþátttaka á Íslandi hjá báðum kynjum er með því hæsta sem gerist innan OECD landanna og var hún samkvæmt tölum frá Hagstofu Íslands 83% árið 2007. Atvinnuleysi hefur að sama skapi mælst lágt hér á landi. Atvinnuþátttaka kvenna hefur aukist á síðustu áratugum, eins og sést á mynd 1.3.1.1. Árið 1920 var hún 35% en hafði tvöfaldast á 7. og 8. áratugnum og var orðin 65% árið 1981. Árið 2007 er 79% kvenna á vinnumarkaðnum. Atvinnuþátttaka karla hefur hins vegar verið nokkuð jöfn frá árinu 1920 (Hagstofa Íslands, 2004, e.d.).



Mynd 1.3.1.1 Atvinnuþátttaka kvenna og karla 1920-2007
(Heimildir: Hagstofa Íslands, 2004, e.d.)

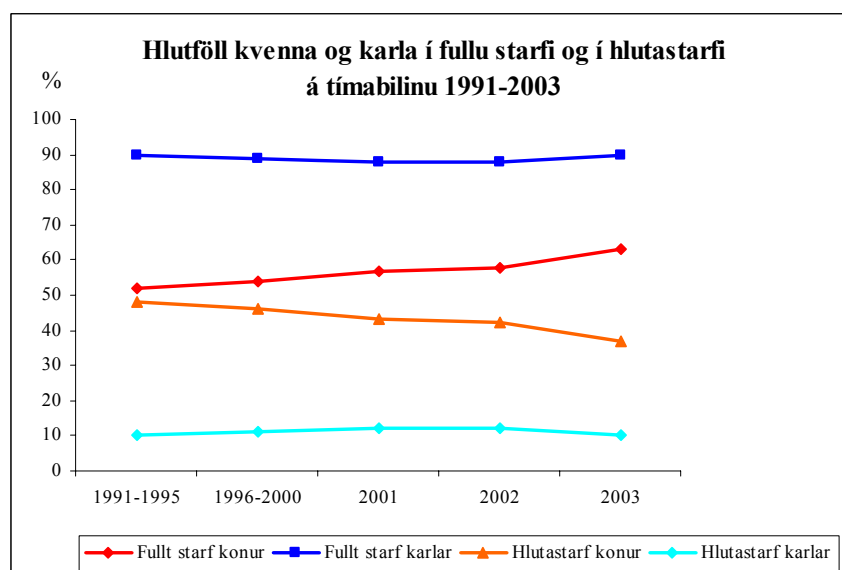
Þegar atvinnuþátttaka er skoðuð eftir hjúskaparstöðu má sjá á mynd 1.3.1.2 að giftar konur voru nánast ekki á vinnumarkaði fram til ársins 1960. Á árunum frá 1920 til 1940 voru innan við 10% giftra kvenna á vinnumarkaði. Árið 1960 eru þær 42% og 64% árið 1981. Fjölgunin heldur áfram og árið 2007 er atvinnuþátttaka giftra kvenna 82%. Á hinn bóginn var hlutfall ógiftra kvenna á vinnumarkaði hærra en hjá þeim giftu fram til ársins 1981. Á árunum frá 1920 til

1971 sveiflast þátttaka þeirra á vinnumarkaði frá 57% til 67%, árið 2001 nær hún hámarki og er 80% en árið 2002 hefur hún lækkað aftur og er 75% (Hagstofa Íslands, 2004, e.d.).



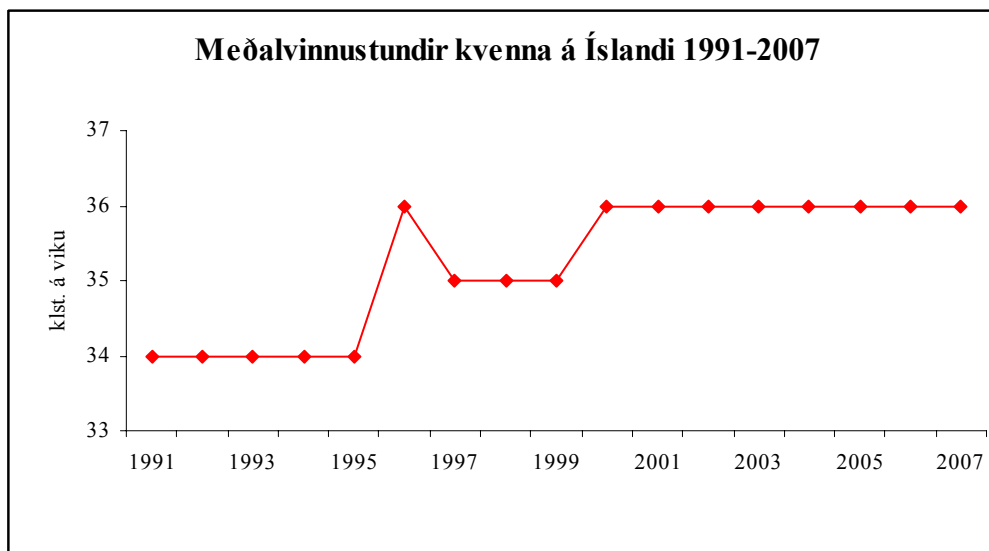
Mynd 1.3.1.2 Atvinnuþátttaka kvenna og karla á árunum 1920-2002 eftir hjúskaparstöðu. (Heimild: Hagstofa Íslands, 2004)

Tölur Hagstofunnar sýna einnig að konur eru í auknum mæli í fullu starfi. Þannig hafði hlutfall þeirra sem var í hlutastarfi lækkað frá 1991 úr 48% starfandi kvenna í 37% árið 2003. Starfshlutfall karla hefur á hinn bóginn haldist nánast óbreytt eins og sést á mynd 1.3.1.3 (Hagstofa Íslands, 2004).



Mynd 1.3.1.3 Atvinnuþátttaka eftir starfshlutfalli kvenna og karla á árunum 1991-2003. Sýnt er meðaltal fyrir tímabilin 1991-1995 og 1996-2000. (Heimild: Hagstofa Íslands, 2004)

Vinnustundir starfandi fólks hér á landi á árinu 2007 voru að jafnaði 46,9 stundir á viku fyrir karlmenn en 35,6 stundir fyrir konur. Meðalvinnustundafjöldi kvenna í fullu starfi árið 2007 var 42,1 stund á viku (Hagstofa Íslands, e.d.). Á mynd 1.3.1.4 sést hvernig heildarvinnustundafjöldi kvenna hefur verið frá árinu 1991 til 2007 fyrir landið allt.



Mynd 1.3.1.4 Meðalvinnustundir kvenna á Íslandi á árunum 1991-2007. (Heimild: Hagstofa Íslands e.d.)

Frá árinu 1991 hefur meðalvinnustundum fyrir alla vinnu kvenna á vinnumarkaði fjölgað um 2 klukkustundir á viku.

Þessar tölur segja þó einungis til um framlag einstaklinga á vinnumarkaði en ólaunuð vinna einstaklinga á heimilum er ekki talin með. Þær tölur er ekki hægt að fá hjá Hagstofu Íslands en í könnun á vegum Rannsóknarstöð þjóðmála frá árinu 2005 kemur fram að konur leggja að jafnaði til 15 vinnustundir á viku til heimilisins en karlar 7 stundir. Í þessum tölum er umönnun barna á heimilum ekki meðtalin (Stefán Ólafsson, 2006).

Rannsóknarstöð þjóðmála hefur einnig athugað viðhorf Íslendinga til vinnustunda, bæði á vinnumarkaði og heimili. Þar kemur fram að 51,7% kvenna eru sáttar við vinnutíma sinn en að 36,4% kvenna vilja vinna minna. Alls voru 58,9% kvenna sáttar við þann tíma sem þær vörðu til heimilisstarfa, en 24,6% vill eyða minni tíma til þeirra starfa (Kolbeinn H. Stefánsson, 2008).

Umönnun barna og ábyrgð heimilisins er enn í meiri mæli á herðum kvenna en karla hér á landi (Forsætisráðuneytið, 2004). Íslenskar konur eignast að

jafnaði fleiri börn en konur á hinum Norðurlöndunum, en árið 2007 var meðal fjöldi barna á hverja konu á Íslandi 2,1 barn (Hagstofa Íslands, e.d.)

1.3.2 Störf kvenna á vinnumarkaði

Þrátt fyrir að á síðustu áratugum hafi átt sér stað umtalsverðar breytingar í vestrænum samfélögum hvað varðar jafnrétti kynjanna má enn greina að vinnumarkaðurinn er kynjabundinn. Talað er um lárétta skiptingu vinnumarkaðarins, þ.e. að kynin gegna ólíkum störfum og lóðréttu skiptingu sem sést á því að innan sömu starfa gegna konur síður stjórnunarstörfum en karlar og eru þar með í meiri mæli í lægri þrepum vinnumarkaðarins (Forsætisráðuneytið, 2004; Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004). Viðhorfskönnun frá 2003 sýndi til að mynda að 60% kvenna og jafn stórt hlutfall karla vinna á vinnustað þar sem meirihluti er af sama kyni (Forsætisráðuneytið, 2004).

Í könnunum hér á landi kemur fram að konur eru með 60-70% af launatekjum karla. Nánari greining hefur sýnt að launamun kynjanna má að stærstum hluta skýra út frá ólíkum starfsvettvangi, menntun og starfi. Það sem eftir stendur og ekki verður skýrt með vísan í ólíka stöðu á vinnumarkaði er nefndur óútskýrður launamunur kynjanna. Þá hefur könnun sýnt að konur eru með 7,5-11% lægri laun en karlar. Mun fleiri konur en karlar eru með laun undir meðallaunum (Forsætisráðuneytið, 2004).

Munur er á starfsvettvangi kvenna á höfuðborgarsvæðinu og landsbyggðinni. Á höfuðborgarsvæðinu starfa 7,4% við fiskvinnslu eða aðra framleiðslu en 18,2% kvenna á landsbyggðinni. Á landsbyggðinni starfa hlutfallslega fleiri konur við fræðslustarfsemi eða 12% og heilbrigðis- og félagsþjónustu eða 29,9%, en 10,5% kvenna á höfuðborgarsvæðinu starfa við fræðslustarfsemi og 26,6% við heilbrigðis- og félagsþjónustu. Á höfuðborgarsvæðinu starfa hins vegar hlutfallslega fleiri konur við fjármála- og fasteignaþjónustu eða 15,8% samanborið við 9,1% kvenna á landsbyggðinni (Hagstofa Íslands, e.d.).

1.3.3 Samantekt

Atvinnuþátttaka hér á landi var 87% hjá körlum og 79% hjá konum árið 2007. Fleiri konur vinna hlutastörf en karlar og hlutfall giftra kvenna á vinnumarkaði árið 2007 er hærra en hlutfall ógiftra kvenna. Karlar hér á landi vinna að jafnaði lengri vinnuviku en konur á vinnumarkaðnum, eða 46,9 stundir á móti 35,6 hjá konum, en þær leggja til fleiri stundir á heimilinu en karlar eða 15 stundir á viku á móti 7 stundum karla. Í samanburði við flest önnur lönd er atvinnuþátttaka fyrir bæði kynin og sá tími sem varið er í vinnu í hverri viku með því hæsta sem fyrirfinnst meðal OECD ríkjanna. Heildarframlag vinnu til heimilis er þó lægra hér en víða annars staðar. Kynjaskipting vinnumarkaðar kemur fram í bæði láréttri og lóðréttri skiptingu. Flestar konur, eða 87%, gegna þjónustustörfum hvers konar árið 2007.

1.4 Vinnutengd líðan

Í þessum kafla verður greint frá fræðilegri umfjöllun um samspil vinnufyrirkomulags og líðanar starfsmanna og greint frá rannsóknum á sálfélagslegri líðan kvenna í vinnu.

1.4.1 Vinnufyrirkomulag og líðan

Fram hafa komið rannsóknir sem benda til þess að heilsufar tengist mismunandi þjóðfélagsstöðum og starfshópum og á það við hér á landi sem annars staðar (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 2005). Einnig benda rannsóknir til að ólík störf hafi í för með sér mismunandi áhættuþætti fyrir líðan fólks (Bildt, 2001; Hannerz o.fl., 2004; Karlqvist, 2001; Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2001). Þar sem vinnumarkaðurinn er kynjabundinn hafa vaknað upp spurningar um það hvort vinna hafi ólík áhrif á líðan kvenna og karla, því þegar konur eru spurðar út í heilsu lýsa þær oftast en karlar sjúkdómseinkennum og segjast oftast leita til lækna (Pugliesi, 1995). Jafnframt eru veikindafjarvistir frá vinnu tíðari meðal kvenna (Allebeck og Mastekaasa, 2004).

Á undanförunum árum hefur tækninni fleygt fram. Vonir voru bundnar við að með tækniframförum yrðu störf öruggari og hættuminni með tilliti til líðanar og heilsu. Að sumu leyti hefur það gengið eftir en jafnframt hefur komið í ljós að

ný vandamál hafa skapast. Til dæmis leiddi rannsókn á vinnuskipulagi í fiskvinnslufyrirtækjum hér á landi í ljós að í þeim fyrirtækjum sem gamalli tækni hafði verið skipt út fyrir nýja og betri fannst starfsfólki starfið sitt einhæfara, að það hefði minna svigrúm til að sýna frumkvæði og að almennt álag hefði aukist (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2001).

Álag í starfi getur skapast þegar kröfur eru miklar eða óljósar. Samkvæmt Karasek og Theorell (1990) hefur sjálfræði starfsmanns í starfi áhrif á hvort streita skapast vegna krafna eða ekki. Samkvæmt þeirra skilgreiningu er um línulegt samspil milli krafna og sjálfræðis í starfi að ræða. Þannig er sá sem upplifir miklar kröfur en hefur lítið sjálfræði líklegur til að verða fyrir það mikilli streitu að það geti haft áhrif á líðan í starfi. Sá sem upplifir miklar kröfur en hefur mikið sjálfræði er á hinn bóginn líklegur til að vaxa í starfi. Störf sem fela í sér lítið sjálfræði en miklar kröfur eru störf eins og t.d. vinna við færiband þar sem hraði færibandsins ræður vinnuhraða en ekki starfsmaðurinn. Einnig eru ýmis þjónustustörf sem falla undir þetta eins og afgreiðsla og störf innan heilbrigðiskerfsins. Starf stjórnenda er dæmi um starf sem felur í sér miklar kröfur og mikið sjálfræði (Levi, 2000).

Stuðningur samstarfsmanna og/eða yfirmanna er annar þáttur sem hefur sýnt sig að geti bætt líðan einstaklinga sem eru undir álagi í starfi. Stuðningur getur bæði verið á þann veg að hægt er að óska eftir aðstoð við að framkvæma starf eða þá að geta deilt upplifun og reynslu af starfi með öðrum eins og samstarfsmanni eða yfirmanni (Kalimo, Pahkin og Mutanen, 2002; Levi, 2000).

Umbun í starfi er enn annar þáttur sem hefur áhrif á líðan starfsmanna. Umbun er hér skilgreind sem það jákvæða sem starfsmaðurinn fær til baka fyrir framlag sitt í starfi og það getur verið hrós, viðurkenning, betri félagsleg staða, hvatning eða betri laun svo nokkuð sé nefnt. Álag er talið skapast meðal annars þegar starfsmaður upplifir að hann fái ekki þá umbun sem hann verðskuldar fyrir starfið sitt. Streita skapast síðan ef einstaklingi finnst hann ekki geta haft áhrif á stöðu sína eins og með því að skipta um starf eða knýja fram breytingar í starfinu (Levi, 2000).

Samspil nokkurra áhættuþátta getur einnig haft áhrif. Þannig kom t.d. í ljós að hjúkrunarfræðingum sem unnu á deildum þar sem álag var bæði líkamlegt og

andlegt leið verr í vinnunni en hjúkrunarfræðingum á öðrum deildum (Bildt, 2001). Þetta sást einnig í rannsóknum meðal danskra starfsmanna þar sem líkur á veikindum og fjarvistum frá vinnu jukust þegar bæði voru til staðar líkamlegir og andlegir álagsþættir (Lund, Labriola, Christensen, Bültmann og Villadsen, 2006).

Afleiðingar of mikils álags í starfi geta verið töluverðar fyrir einstaklinginn og samfélagið. Þekkt er að streita, einkum langvarandi vinnutengd streita, geti leitt til kulnunar í starfi (Ahola, Honkonen, Kivimäki o.fl., 2006; Maslach, Schaufeli og Leiter, 2001; Schaufeli og Enzman, 1998) sem síðar getur leitt til þunglyndis (Ahola, Honkonen, Kivimäki o.fl., 2006). Áhrif álags í starfi geta komið fram í aukinni tíðni veikindafjarvista og þó tengsl hafi ekki verið staðfest með fullri vissu er því velt upp að það geti leitt til örorku (Ahola, Honkonen, Isometsa o.fl., 2006; Albertsen o.fl., 2007; Lund o.fl., 2008; Schaufeli og Enzman, 1998; Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2004). Í könnun meðal starfsmanna í útibúum banka og sparisjóða hér á landi kom fram að þeir sem haldnir voru mikilli streitu voru að jafnaði oftar fjarverandi frá vinnu en aðrir (Hildur Friðriksdóttir, Guðbjörg Linda Rafnsdóttir og Kristinn Tómasson, 2002).

Einstaklingar upplifa álag á mismunandi hátt. Rannsóknir sýna að þrátt fyrir að einstaklingar upplifi of mikla álagsþætti í vinnunni og telji starfsumhverfi ábótavant lýsa þeir gjarnan ánægju með vinnuna (Gunnarsdóttir, 2006). Skýringin getur verið einföld eins og sú að einstaklingar vilji síður gera grein fyrir óánægju með starfið þar sem það kallar á endurskoðun á stöðu þeirra. Sigrún Júlíusdóttir (2006) hefur enn fremur bent á að gildismat þjóða hefur áhrif á það hvernig merking er lögð í hlutina. Á Íslandi hefur verið harðbýlt og þjóðin mátt laga sig að erfiðum skilyrðum. Þetta kemur fram í viðhorfum einstaklinga og samskiptum og nefnir hún það að „þreyja, þola og þrauka” heilkennið sem er menningarbundið lífsmynstur er skapar fólki farveg til að laga sig að aðstæðum og láta sig hafa erfiðleikana, hvort sem þeir eru sáttir eður ei (Sigrún Júlíusdóttir, 2006). Enn fremur má benda á umfjöllun Aaron Antonovsky (1988) sem lítur svo á að viðhorf einstaklinga hafi áhrif á heilsu og líðan. Hann hefur í skrifum sínum og kenningum fjallað um það hvernig sumir einstaklingar halda heilsu en aðrir ekki og tengist það að hans mati hæfni einstaklinga til að sjá samhengi í aðstæðum (e.

sence of coherence). Hann álitur að grundvöllur góðrar heilsu sé ekki að öllu leyti falinn í ytri þáttum, þ.e. í umhverfinu sem einstaklingurinn býr við eða þeim atburðum sem henda hann, heldur því hvernig einstaklingum tekst að ráða við aðstæður og því hvaða merkingu og skilning hann leggur í þær. Samkvæmt hans kenningu geta einstaklingar brugðist við erfiðum aðstæðum og séð þær sem jákvæðar þegar heildarmyndin eða samhengi hlutanna hefur verið skoðað (Antonovsky, 1988).

Álag í starfi getur haft áhrif á líkamlega og andlega líðan. Vinnumarkaðurinn er kynjabundinn og í hefðbundnum karlastörfum er líkamlegt álag algengara, en í hefðbundnum kvennastörfum er andlegt og félagslegt álag algengara (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2001). Því er ekki ólíklegt að kynin verði fyrir mismunandi áreitum og álagi í starfi og það hafi ólík áhrif á líðan (Bildt, 2001; Karlqvist, 2001; Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004). Rannsóknir gefa til kynna að konur greina oft frá einkennum frá hreyfi- og stoðkerfi en karlar og geta ástæður verið vinnutengdar eins og Lena Karlqvist (2001) bendir á í samantektargrein á áhrifum vinnu á hreyfi- og stoðkerfi. Hún bendir á að þótt störf kvenna tengist síður burði á þungum hlutum en störf karla, sé líkamlegt álag í störfum þeirra ekki síður til staðar. Störf þeirra einkennast fremur en störf karla af endurteknum hreyfingum eða langvarandi setum eða að standa í sömu líkamsstillingu auk þess sem sálfélagslegir þættir hafa áhrif á einkenni frá hreyfi- og stoðkerfi, einkum ef kröfur eru miklar (Karlqvist, 2001). Hefðbundin kvennastörf fela mörg hver í sér lítið sjálfræði sem gerir konur útsettari fyrir streitu í starfi en karla (Rafnsdóttir og Sigurvinsdóttir, 2007; Levi, 2000). Eins eru störf misjafnlega metin að verðleikum í samfélaginu og hafa mörg kvennastörf ekki háa félagslega stöðu, þannig að vera má að konur séu útsettari fyrir streitu af þeim sökum (Bildt, 2001).

1.4.2 Rannsóknir á líðan og heilsu kvenna á íslenskum vinnumarkaði

Hér á landi hafa verið gerðar rannsóknir á líðan og heilsu nokkurra starfshópa. Flestar rannsóknirnar styðjast við spurningalista, þannig að niðurstöður byggjast á upplýsingum frá þátttakendum eins og þeir meta líðan sína og vinnuaðstæður. Rannsóknirnar ná til starfsfólks í öldrunarþjónustu, í leikskólum, kennara,

fiskvinnslufólks, starfsfólks í útibúum banka og sparisjóða, hjúkrunarfræðinga og flugfreyja.

Í könnun sem gerð var meðal allra starfsmanna í öldrunarþjónustu var svarhlutfall 80%. Konur voru meirihluti svarenda, einungis 4% svarenda voru karlar. Niðurstöður fyrir konur í öldrunarþjónustu sýna að 55,9% fannst starf sitt andlega erfitt. Rúmlega helmingur kvennanna, eða 51,4%, sagðist oft vera andlega úrvinda að vinnudegi loknum og 65,2% sögðust vera líkamlega úrvinda (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, Kristinn Tómasson og Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004, Gunnarsdóttir, Tómasson og Rafnsdóttir, 2004). Þær sem voru andlega eða líkamlega úrvinda í lok vinnudags voru líklegri til að hafa fundið fyrir líkamlegum einkennum á undanförunum 12 mánuðum eins og óþægindum frá hálsi, herðum, mjóbaki, öxlum og hnakka. Einnig komu fram tengsl við vinnufyrirkomulag og líðan starfsfólksins. Þær sem voru andlega úrvinda í lok vinnudags voru líklegri til að upplifa tímaálag í vinnunni, þykja erfitt að samhæfa kröfur og væntingar vistmanna eða starfsmanna, finnast þær fá lítið hrós eða lítinn stuðning frá yfirmönnum eða samstarfsmönnum, vera óánægðar með upplýsingaflæði og finnast samstaða meðal starfsmanna lítil (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004). Við samanburð á hjúkrunarfræðingum, sjúkraliðum og ófaglærðum starfskonum kom fram að hjúkrunarfræðingar finna fyrir meiri líkamlegri og andlegri vellíðan í vinnunni, þeim finnst starfið síður einhæft og finna síður fyrir ósamstöðu eða skorti á samráði. Hjúkrunarfræðingar hafa einnig hærra menntunarstig. Allar starfsstéttir voru ánægðar með starf sitt (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir o.fl., 2004, Gunnarsdóttir o.fl., 2004).

Önnur rannsókn bar saman hjúkrunarfræðinga, flugfreyjur og kennara. Flugfreyjur og kennarar lýstu almennt fleiri einkennum en hjúkrunarfræðingar. Könnunin sýndi að hjúkrunarfræðingar njóta meiri stuðnings í vinnunni, upplifa meira starfsöryggi og finnst vinna sín líkamlega fjölbreyttari en hinum stéttunum. Bæði flugfreyjur og kennarar voru oftar úrvinda að starfsdegi loknum en hjúkrunarfræðingarnir. Meðal allra stéttanna kom fram að þær sem upplifðu starf sitt líkamlega erfitt mátu líkamlega líðan sína verri (Sveinsdóttir, Gunnarsdóttir og Friðriksdóttir, 2007).

Til samanburðar við þessar niðurstöður má skoða könnun sem gerð var á liðan og heilsu starfsfólks í útibúum banka og sparisjóða. Þar voru 86% svarenda konur en 14% karlar. Af karlmönnunum voru 53% yfirmenn en 11% kvennanna. Aðrar stöður innan bankakerfisins eru gjaldkerar, þjónustufulltrúar og ritarar. Um þriðjungur starfsmanna banka- og sparisjóða fannst starfið andlega erfitt, 8% voru líkamlega úrvinda eftir vinnudaginn og 15% voru andlega úrvinda að vinnudegi loknum. Þeir sem svöruðu á þennan veg voru líklegri til að hafa minna sjálfræði í vinnunni og meta starfsumhverfi sitt krefjandi (Hildur Friðriksdóttir o.fl., 2002).

Rannsókn meðal fiskvinnslufólks hér á landi sýndi að konur eru líklegri en karlar til að finnast starf sitt líkamlega einhæft. Tengsl koma fram við það að finnast starf sitt líkamlega einhæft og þess að hafa aukin einkenni frá hreyfi- og stoðkerfi eins og verki í hálsi, herðum, vöðvum og liðum. Þeir sem upplifðu starf sitt líkamlega einhæft fannst starf sitt jafnframt vera bæði líkamlega og andlega erfitt og voru óánægðari í vinnu og upplifðu minni glaðværð í starfshópnum (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2001). Önnur rannsókn á konum í fiskvinnslufyrirtækjum hér á landi bar saman hóp kvenna sem hættu að starfa í fiskvinnslu við konur sem héldu áfram að starfa þar. Í ljós kom að þær sem höfðu hætt störfum í fiskvinnslu höfðu fundið fyrir meiri einkennum frá hreyfi- og stoðkerfi en þær sem voru áfram í starfi. Konurnar störfuðu við flæðilínu sem er líkamlega einhæft starf og höfðu sömu aðstæður og kjör í fiskvinnslunni. Rannsakendur ályktuðu að þar sem rannsóknin fór fram á tímabili þar sem mikils atvinnuleysis gætti væri ólíklegt að þeir sem hættu væru að skipta um starf, líklegra væri að einkennin hefðu haft áhrif á starfslökin. Þetta telja rannsakendur að séu áhrif hraustra starfsmanna, það er að þeir halda áfram störfum sem eru hraustari en þeir sem þola minna hætta fyrir (Hulda Ólafsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson, 2000a).

Rannsókn meðal starfsfólks á leikskóla hér á landi, leiddi í ljós að 70-90% starfsmanna hafði haft óþægindi frá hreyfi- og stoðkerfi á 12 mánaða tímabili. Einkenni frá hálsi, mjóhrygg og öxlum voru algengasta kvörtunin. Í ljós kom einnig að þeir sem meta vinnuumhverfi sitt verst hafa mestu líkamlegu óþægindin (Ágústa Guðmarsdóttir og Kristinn Tómasson, 2006).

1.4.3 Samþætting atvinnu- og heimilislífs

Það má líta á þá þróun að konur sækja í auknum mæli út á vinnumarkaðinn sem mjög áhrifamikla breytingu í samfélaginu. Samfélagslegar breytingar eru til að mynda þær að þeim fjölskyldum hefur fækkað þar sem hin hefðbundna verkaskipting ríkir, það er að annar aðilinn er fyrirvinna meðan hinn sér um fjölskylduábyrgðina. Það fyrirkomulag að báðir aðilar vinna úti er ráðandi í fjölskyldum hjóna- og sambúðarfólks. Vegna aukinnar tíðni hjónaskilnaða fer einstæðum foreldrum fjölgandi.

Þegar viðamiklar og örar breytingar sem þessar eiga sér stað í samfélögum er hætta á menningarlegri mishröðun. Þótt breytingar komi fram fylgja lífsskoðanir og gildi ekki sama hraða. Það sést t.d. á því að enn er til staðar launamunur kynjanna, karlar verja fleiri stundum á viku í vinnu utan heimilis en konur hafa fjölskylduábyrgðina enn á sínum herðum í mun meiri mæli en karlar (Forsætisráðuneytið, 2004). Að hluta til má ætla að breytingarnar nái ekki fram að ganga á meiri hraða en raun ber vitni sé vegna þess að hin hefðbundna verkaskipting er samofin sjálfsmynd einstaklinganna. Samkvæmt nýlegri rannsókn segjast mæður hér á landi setja umönnun barna í fyrsta sæti en karlar fyrirvinnuhlutverkið. Konur virðast þrátt fyrir það hafa sterka þörf fyrir að skilgreina sjálfsmynd sína út frá vinnu utan heimilisins og virðast gera það (Þorgerður Einarsdóttir, 2004). Þó togast enn á gömul og rótgróin gildi fjölskylduábyrgðarinnar sem byggir á „ábyrgðarkvöð” mæðranna og „vinnukvöð” feðranna (Sigrún Júlíusdóttir, 2006).

Breytingum á vinnumarkaði og því að nú orðið eru fyrirvinnur oftast tvær í fjölskyldum hefur fylgt að einstaklingar hafa þurft að samþætta atvinnu og einkalíf. Í fræðilegri umfjöllun um áhrif margra félagslegra hlutverka á líðan og heilsu má greina skiptar skoðanir um það hvort um jákvæð eða neikvæð áhrif er að ræða. Í fyrsta lagi má nefna kenninguna um hlutverkatogstreitu (*e. role stress hypothesis*). Að baki henni liggja rannsóknir sem sýna að það að sinna bæði fjölskyldu og atvinnu getur verið einstaklingnum ofviða og með tímanum getur streitan framkallað geðræna vanlíðan eða sjúkdóma. Tengsl koma sterkar fram hjá konum og sér í lagi konum með börn. Þessi kenning hefur því gjarnan verið notuð til að skýra að konur á vinnumarkaði finna almennt í meiri mæli fyrir líkamlegum

og geðrænum einkennum en karlmenn. Rannsóknir hafa þó sýnt að karlar finna einnig fyrir vanheilsu tengdri hlutverkatogstreitu (Nordenmark, 2002). Hér vegur þó þyngst ef einstaklingar eru með börn á framfæri og samhliða í launuðu starfi á vinnumarkaði (Nordenmark, 2002; Lahelma, Arber, Kivela og Roos, 2002). Eitt af því sem þykir styðja þessa kenningu er að hjúskaparstaða hefur komið fram sem áhrifaþáttur í því hvernig gengur að samræma hlutverkin. Konur með börn á vinnumarkaði sem eru giftar eða í sambúð meta heilsu sína betur en einstæðar mæður. Einstæðum mæðrum gengur verst að samræma hlutverkin og meta heilsu sína verr en aðrar konur (Lahelma o.fl., 2002).

Önnur kenning er sú að mörg hlutverk hafi jákvæð áhrif á líðan og heilsu og því sé kostur að vera í fleiri en einu hlutverki (*e. role expansion theory*). Rökin að baki þessari kenningu eru að með fleiri hlutverkum aukast líkur á að einstaklingi gangi vel með að minnsta kosti eitt hlutverk. Einnig fylgja fleiri kostir sem hafa jákvæð áhrif á líðan og heilsu eins og að með mörgum félagslegum hlutverkum má víkka út félagslegt net, eiga möguleika á fjölbreyttari samskiptum og auka líkur á félagslegum stuðningi (Barnett og Hyde, 2001).

Bæði sjónarhornin hafa verið studd með rannsóknum þannig að ekki er hægt að segja að annað sé rétt og hitt rangt. Ef til vill er samband þeirra þannig að jákvætt sé að hafa mörg hlutverk upp að því marki að kröfurnar verði ekki of miklar (Grönlund, 2007). Frankenhaeuser og Ödman (1983) hafa bent á að álag útvinnandi kvenna megi að töluverðu leyti rekja til álags sem bíður þeirra að starfsdegi loknum. Mælingar þeirra á streituhormónum sýndu að í lok starfsdags fór streituhormón hækkandi hjá konum sem gæti þýtt að þær eru farnar að huga að störfum sínum á heimilinu. Nordenmark (2002) gerði rannsókn í Svíþjóð þar sem hann reynir að svara því hvort möguleiki sé fyrir bæði konur og karla að samræma fjölskyldu og atvinnulíf á viðunandi hátt. Hann kemst að því að munur er á svörum kvenna og karla. Konur frekar en karlar upplifa streitu í hlutverkum þegar kemur að því að samræma fjölskyldu og atvinnulíf. Einnig eru fleiri konur en karlar sem óska eftir því að vinna minna og þá hefur það einnig áhrif ef konurnar eiga börn. Hins vegar breytist þetta meðal þeirra sem eru í ábyrgðarstöðum. Þá verða svör kynjanna svipuð sem rannsakandi útskýrir þannig að umbun í slíkum

störfum sé meiri í umhverfinu í forni hróss og stöðu og það skili sér í jákvæðari sjálfsmynd og sjálfsöryggi einstaklinganna (Nordenmark, 2002).

Til að skýra hvernig vinna og einkalíf hafa áhrif hvort á annað er talað um smitáhrif en þá er átt við að hve miklu leyti þátttaka á einu sviði hefur áhrif á þátttöku á öðru sviði. Þá er bæði verið að skoða hversu mikil áhrif þátttaka á vinnumarkaði hefur á fjölskyldulífið og öfugt. Áhrifin geta bæði verið jákvæð og neikvæð. Talað er um jákvæð áhrif þegar velgengni í öðru hlutverkinu hefur jákvæð áhrif á hitt hlutverkið og neikvæð áhrif þegar illa gengur eða of mikið álag er fyrir hendi (Dilworth og Kingsbury, 2005; Hanson, Hammer og Colton, 2006). Rannsóknarniðurstöður hafa bent til þess að neikvæð smitáhrif séu algengari meðal foreldra ungra barna, algengari meðal kvenna en karla, aukast meðal einstæðra foreldra og verða meiri með aukinni stjórnunarábyrgð og lengri vinnudegi (Dilworth og Kingsbury, 2005; Grzywacz, Almeida og McDonald, 2002).

Rannsóknarstöð þjóðmála hefur athugað hvernig einstaklingum hér á landi tekst að samræma fjölskyldu- og atvinnulíf og gerir samanburð við önnur lönd innan OECD. Könnunin fór fram árið 2005. Rannsóknin sýnir að kynin upplifa álíka mikla streitu vegna vinnunnar. Þannig sögðu 55,0% kvenna og 53,5% karla að vinnan væri þeim ekki streituvaldur en 39,3% kvenna og 40,7% karla sögðu að vinna væri þeim streituvaldur. Í samanburði við aðrar vestrænar þjóðir veldur vinnan Íslendingum minnstri streitu fyrir bæði kynin samanlagt. Þegar spurt er um streitu á heimili upplifa konur meiri streitu en karlar eða 26,9% kvenna og 19,5% karla. Íslendingar eru þeir þriðju lægstu hvað varðar að upplifa streitu á heimilinu í samanburði við aðrar þjóðir. Þegar spurt er út í hvort árekstrar eigi sér stað milli vinnu og fjölskyldulífs má sjá á svörum að heimilislíf hefur lítil sem engin áhrif á vinnuna og á það við bæði kynin, 75,5% kvenna segjast aldrei vera of þreyttar til að sinna vinnu vegna heimilisstarfa og 72,0% karla. En á hinn bóginn segja 26,2% kvenna þær vera of þreyttar eftir vinnu, á bilinu nokkrum sinnum í mánuði upp í nokkrum sinnum í viku, til að sinna fjölskyldunni en 44,8% karla svara því þannig til. Í samanburði við önnur lönd er hlutfall þeirra sem upplifa áhrif atvinnunnar á heimilislífið hæst hér á landi. Þetta segir að árekstrar vinnu og heimilislífs eru með mesta móti hér á landi í samanburði við önnur vestræn lönd. Í þessum

gögnum kemur einnig fram að bæði hér á landi eins og í öðrum vestrænum löndum þrengir vinnan meira að heimilislífi en öfugt (Kolbeinn H. Stefánsson, 2008).

Komið hafa fram tengsl milli álags í vinnu og/eða á heimili við algeng sjálfmetin líkamleg einkenni kvenna eins og verki í liðamótum, þreytu, vöðvaverki og verki í mjóbaki. Tengsl álags í vinnu eru sterkari en álag tengt heimili. Einnig kom í ljós að þegar félagsleg staða er verri eru líkurnar á álagseinkennum meiri. Þannig voru einstæðar mæður, þær konur sem hafa styttri skólagöngu og þær sem vinna verkamannastörf í meiri hættu en aðrar konur (Krantz og Ostergren, 2001).

1.4.4 Samantekt

Af framangreindu má sjá að tengsl eru á milli vinnufyrirkomulags og líðanar starfsfólks. Þættir í vinnufyrirkomulagi sem hafa áhrif eru til dæmis kröfur, umbun, stuðningur samstarfsfólks og yfirmanna. Í rannsóknum hér á landi hafa komið fram tengsl líðanar starfsfólks og vinnufyrirkomulags. Til dæmis sýna rannsóknir að þeir sem upplifa mikið álag í starfi eru líklegri til að finna fyrir einkennum frá hreyfi- og stoðkerfi auk þess sem þeir upplifa meiri þreytu í lok vinnudags. Við samræmingu fjölskyldu og atvinnulífs er bæði það sjónarmið til staðar að mörg hlutverk hafi jákvæð áhrif á líðan sem og að áhrifin geta verið neikvæð. Svo virðist sem fleiri þættir en hlutverkin sjálf hafi um það að segja hvernig gengur eins og hvort einstaklingar eru með börn á framfæri, hjúskaparstaða, hversu miklum tíma er varið í vinnu og konur eru líklegri til að finna fyrir neikvæðum smitáhrifum en karlar.

1.5. Vefjagigt

Vefjagigt er heilkenni³ og heyrir undir flokk stoðkerfisraskana. Vefjagigt lýsir sér með ýmsum einkennum. Helst er að nefna útbreidda verki, síþreytu, stirðleika í vöðvum og vöðvafestum, svefntruflanir og mikinn sársauka við lítið áreiti. Vefjagigt geta fylgt mörg önnur einkenni eða sjúkdómar eins og kvíði, þunglyndi, erfiðleikar með einbeitingu, ristilkrampi og náladofi (Bennett, 1996; Helgi Birgisson o.fl., 1998; Katz, Greene, Ali og Faridi, 2007). Ekki er vitað með vissu hvað orsakar vefjagigt þar sem rannsóknir hafa ekki náð að skýra líkamlegar ástæður heilkennisins, en meðal annars er talið að truflanir á boðefnum miðtaugakerfisins valdi því að einstaklingar finni fyrir óeðlilega miklum verkjum (Katz o.fl., 2007; Okifuji og Turk, 2002). Einnig hafa rannsóknir beinst að því að skoða líkamleg viðbrögð við streitu og er talið að streituvíðbrögð einstaklinga með vefjagigt séu óeðlileg. Rannsóknir hafa gefið til kynna að einkennum vefjagigtar versni við streitu og streitulosandi aðferðir dragi úr einkennum (Okifuji og Turk, 2002). Þekkt er einnig að einstaklingar með vefjagigt lýsi því að þeir finni fyrst fyrir einkennum í kjölfar líkamlegs eða andlegs álags og að auki virðist sem streita hafi áhrif á að einkennum versna (Turk, Okifuji, Sinclair og Starz, 1996).

Algengi vefjagigtar á Vesturlöndum mælist mishátt. Það hefur verið kannað hér á landi með úrtaki í tveimur landshlutum, á Suðurlandi og á Suðurnesjum, þar sem umhverfis- og atvinnuhættir eru ólíkir. Á þeim tíma sem rannsóknin fór fram var fiskiðnaður ríkjandi atvinnugrein á Suðurnesjum en landbúnaður og þjónusta á Suðurlandi. Algengi fyrir báða landshluta mældist 9,8% meðal kvenna en 1,3% meðal karla. Marktækur munur kom ekki fram milli landshluta. Könnunin byggir ekki á stóru úrtaki og svörun í rannsókninni var 53%. Þar af leiðandi var reiknað lágmarksalgengi sem byggir á því að ályktað var að þeir sem ekki svöruðu væru frískir. Ef áætlað væri að jafn stórt hlutfall þeirra kvenna sem ekki svöruðu væru með vefjagigt og þeirra sem svöruðu, yrði algengið 15% hér á landi (Helgi Birgisson o.fl., 1998)

Árið 2001 var hópur þeirra sem hefur vefjagigt meðal greininga á örorkumati hjá TR skoðaður og sýndu þær niðurstöður einnig að algengi

³ Heilkenni er samsafn einkenna af óljósum uppruna

vefjagigtar er hærra meðal kvenna en karla. Af þeim konum sem voru á örorkuskrá það ár voru 11,4% með vefjagigt meðal greininga en 1,3% karlanna (Sigurður Thorlacius o.fl., 2002). Sú tilhneiging að algengi sé hærra meðal kvenna en karla sést víðar og er talið að hlutfallið sé um það bil 6-9 konur á móti hverjum karli. Sjá má algengistölu frá 0,75% upp í 10,5% meðal kvenna (Henriksson o.fl., 2005).

1.5.1 Vefjagigt og örorka

Talið er að um 25-50% þeirra sem þjást af vefjagigt verði óvinnufærir og (Liedberg og Henriksson, 2002). Helstu ástæður fyrir óvinnufærni kvenna með vefjagigt eru verkir, þreyta og stirðleiki (Henriksson o.fl., 2005; White, Speechley, Harth, og Ostbye, 1999).

Niðurstöður rannsóknar meðal sænskra og bandarískra kvenna á aldrinum 18-39 ára með vefjagigt sýndi að við greiningu voru 60% kvennanna í vinnu en eftir 12 mánuði var hlutfallið komið niður í 41%. Í rannsókninni kom fram að þær sem héldu áfram að vinna voru frekar eldri þátttakendurnir og þær sem upplifðu minni verki og minna álag í persónulegu lífi. Rannsakendur álykta að yngri konurnar í rannsókninni leiti fyrir út af vinnumarkaði þar sem þær hafa ekki náð að festa sig þar í sessi. Einnig sáu þeir tengsl við styttri skólagöngu og það að hverfa af vinnumarkaði (Henriksson og Liedberg, 2000).

Í skoskri samanburðarrannsókn á hópi einstaklinga á göngudeild þar sem annar hópurinn var með vefjagigt (92,7% þátttakenda voru konur) og samanburðarhópi sem hafði aðra sjúkdóma en gigtarsjúkdóma (94,7% þátttakenda voru konur), kom í ljós að 46,8% úr vefjagigtarhópnum hafði misst vinnuna vegna sjúkdómsins á einu ári á móti 14,1% úr samanburðarhópnum. Af vefjagigtarhópnum voru 19,4% í sömu vinnu og við upphaf rannsóknarinnar en 57,6% samanburðarhópsins (Al-Allaf, 2007). Rannsókn á örorku meðal vefjagigtarsjúklinga í London þar sem konur voru 86% þátttakanda, voru einstaklingar spurðir út í vinnugetu og örorku. Þar kom fram að einstaklingar sem greindir hafa verið með vefjagigt voru fjórum sinnum líklegri til að segjast vera öryrkjar en samanburðarhópur (White o.fl., 1999). Í báðum rannsóknunum voru

líkur á örorku vegna vefjagigtar hæstar um miðjan aldur (Al-Allaf, 2007; White o.fl., 1999)

Í norskri rannsókn var 45 einstaklingum með vefjagigt, 41 konu og 4 körlum, fylgt eftir í fjögur og hálf ár. Í hópnum voru 21 einstaklingar sem voru metnir til örorku í upphafi rannsóknarinnar. Athugað var hvaða áhrif það hefði á einkenni vefjagigtar að stunda líkamsþjálfun, vera metin(n) á örorku, takast á við mikilvæga lífsviðburði, ýmist ánægjulega eða erfiða, og hversu lengi einkennin hefðu varað. Í ljós kom að horfur voru bestar hjá þeim eldri í hópnum og þeim sem stunduðu líkamsþjálfun. Horfur voru hinsvegar verri hjá þeim sem voru metnir til örorku og höfðu tekist á við erfiða lífsviðburði. Styrkur einkenna vegna vefjagigtarinnar við upphaf rannsóknarinnar hafði ekki áhrif á horfur. Í þessari rannsókn var ekki marktækur munur milli þátttakenda á einkennum vefjagigtar við upphaf rannsóknarinnar, en í lok hennar voru þeir sem höfðu verið metnir til örorku verri af sínum einkennum en hinir þátttakendurnir (Wigers, 1996).

1.5.2. Áhrif vinnufyrirkomulags á vefjagigt

Vinnufyrirkomulag þar sem einhæfni er í líkamsbeitingu, ýmist með miklum setum, stöðum eða endurtekningum á sömu hreyfingu eða gripi um hluti, reynist vefjagigtarsjúklingum erfitt (Henriksson o.fl., 2005). Einnig hafa komið fram tengsl við líkamlega erfiðisvinnu (Salido, Navarro, Judez og Hortal, 2007; White o.fl., 1999), lítinn stuðning samstarfsmanna og neikvæðan starfsanda (Liedberg og Henriksson, 2002).

Í spænskri rannsókn þar sem 51 kona með vefjagigt tók þátt, voru konurnar beðnar um að leggja mat á hvað það væri sem myndi auðvelda þeim að vera í starfi á vinnumarkaði. Af þátttakendum kváðust 30,4% ekki sjá sér fært með nokkru móti að starfa á vinnumarkaði, 15,2% töldu að lækkun starfshlutfalls myndi hjálpa, 23,9% nefndu vinnu þar sem andlegt álag væri minna og 30,4% nefndu að þær þyrftu starf þar sem væri minna líkamlegt álag (Salido o.fl., 2007).

Í sænskri rannsókn þar sem þátt tóku 176 konur með vefjagigt voru 35% kvennanna í hálfu starfi og 15% í fullu starfi, en 50% kvennanna voru ekki á vinnumarkaði. Af þeim sem voru í vinnu sögðu 99% að vefjagigtin hefði áhrif á vinnugetu þeirra. Það sem á hinn bóginn hjálpaði konunum við að halda áfram að

vinna var að geta með einhverju móti haft áhrif á vinnuáðstæður eða verkefni. Þannig höfðu 58% breytt vinnufyrirkomulaginu. Af þeim höfðu 30% breytt um vinnutíma, 20% höfðu skipt um starf eða stöðu innan vinnustaðarins og önnur 20% sögðust hafa fengið önnur verkefni. Í rannsókninni kom einnig fram að það hjálpaði þeim að halda vinnunni ef þær höfðu unnið lengi hjá sama vinnuveitanda, höfðu upplifað jákvæðan starfsanda og ef þeim fannst að verk sín væru metin af yfirmanni eða samstarfsmönnum (Henriksson og Liedberg, 2000). Úr þessari rannsókn voru fengnir 49 þátttakendur til áframhaldandi athugunar á því hvað hefur áhrif á þá ákvörðun kvenna með vefjagigt að vera áfram í vinnu. Sú rannsókn byggðist á viðtölum. Konurnar voru ýmist í vinnu eða ekki. Í rannsókninni kom meðal annars fram að konurnar segja vinnuna mikilvæga fyrir sig og þær sem höfðu hætt að vinna upplifðu það á neikvæðan hátt. Um helmingur þeirra sem voru hættar að vinna vildu fara aftur á vinnumarkað. Fram kom að þreyta væri oft meira hamlandi í vinnu en verkir og fyrir þær konur sem voru í vinnu var frítímanum oft varið til hvíldar. Það sem rannsóknin sýndi að myndi hjálpa þeim til við að halda áfram í vinnu var ef vinnufyrirkomulagið byði upp á sveigjanleika þannig að þær gætu unnið eins og líkamleg heilsa leyfði og á þeim tímum dags sem þeim líður betur. Einnig myndi það hjálpa ef þær gætu endurskipulagt verkefni eða annað í vinnu þannig að dregið væri úr líkamlegu og andlegu álagi. Að auki kom fram að ef konurnar báru megin ábyrgð á heimilisstörfum hafði það áhrif á að þær hættu frekar störfum (Liedberg og Henriksson, 2002).

1.5.3 Samantekt

Vefjagigt tilheyrir sjúkdómum í flokki stoðkerfísraskana og einkennist meðal annars af þreytu, verkjum og svefntruflunum. Streita og álag hefur neikvæð áhrif á líðan þeirra sem hafa greinst með vefjagigt. Rannsóknir sýna að um það bil 25-50% þeirra sem eru með vefjagigt fá hana metna til örorku. Líkamlegt, andlegt og félagslegt álag í vinnu hefur áhrif á einstaklinga með vefjagigt. Margir eiga erfitt með að vinna vegna þreytu eða verkja. Í rannsóknum kemur fram að þættir í vinnufyrirkomulagi eins og aukinn sveigjanleiki og að geta endurskipulagt vinnuna gerir konum með vefjagigt frekar kleift að stunda áfram vinnu.

2 AÐFERÐIR

2.1. Aðferðir í meginlegu hluta rannsóknarinnar

Við meginlega úrvinnslu var stuðst við örorkuskrá frá TR eins og hún var 1.12.2005. Örorkuskrá TR inniheldur upplýsingar um kyn, aldur, búsetu, börn á framfæri, hjúskaparstöðu, sjúkdómsgreiningar, stig örorku, hvenær örorka var fyrst metin og hvort mat er varanlegt eða tímabundið.

Algengi er reiknað þannig að í fjölda kvenna á örorkuskrá er deilt með fjölda af jafngömlum íslenskum konum. Við útreikning á algengi á örorku hjá konum og samanburð við þjóðina voru fengnar upplýsingar af heimasíðu Hagstofu Íslands um fjölda, aldurssamsetningu og hjúskaparstöðu 16-66 ára kvenna á Íslandi 1.12.2005 fyrir landið allt og eftir landshlutum. Upplýsingar um einstæðar mæður voru sömuleiðis fengnar af heimasíðu Hagstofu Íslands. Við útreikninga á algengi vefjagigtar voru sömu breytur og áður eru upptaldar skoðaðar og þær bornar saman við konur á örorkuskrá sem höfðu aðra sjúkdóma sem fyrstu greiningu á örorkumati. Á sama hátt voru upplýsingar um konur 16-66 ára fengnar af heimasíðu Hagstofu Íslands.

Nýgengi er reiknað á þann veg að í fjöldi nýskráðra kvenna er deilt með fjölda af jafngömlum íslenskum konum að frádregnum þeim fjölda kvenna sem þegar er á örorkuskrá. Við útreikning á nýgengi örorku var stuðst við gögn frá TR um nýjar konur á örorkuskrá frá 2.12.2005 til 1.12.2006. Upplýsingar um fjölda kvenna, aldursdreifingu og búsetu voru fengnar af heimasíðu Hagstofu Íslands yfir konur á Íslandi á aldrinum 16-66 ára þann 1.12.2006. Upplýsingar um einstæðar mæður voru sömuleiðis fengnar af heimasíðu Hagstofu Íslands.

Sigurður Thorlacius hefur leyfi frá TR til að sækja örorkuskrá í húsnæði TR og undirbúa hana til útreikninga með því að afmá allar persónugreinanlegar upplýsingar áður en farið er með hana úr húsi. Örorkuskráin var höfð á einni tölvu

við alla úrvinnslu. Við útreikninga var stuðst við reikniforritið SPSS, útgáfu 12.0.1 fyrir Windows. Skoðaðar voru tíðnitöflur og krosstöflur. Sömuleiðis var „chi-quadrat” og líkindahlutfall (*e. odds ratio*) reiknað í SPSS. Sjúkdómar á örorkuskrá eru flokkaðir samkvæmt ICD flokkunarkerfinu, en það er alþjóðlegt flokkunarkerfi sjúkdóma. Tvær útgáfur ICD flokkunarkerfisins eru notaðar, annars vegar ICD-9 (vegna þeirra sem metnir voru til örorku fyrir 1997) og hins vegar ICD-10, 4. útgáfa (frá 1997).

Leyfi fyrir þessari rannsókn fékkst hjá Vísindasiðanefnd, leyfið er númer 07-084-S1. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar. Einnig fékkst leyfi frá TR til notkunar gagna úr örorkuskrá.

2.2. Aðferðir í eigindlega hluta rannsóknarinnar

2.2.1 Rannsóknaraðferð

Til grundvallar eigindlegum rannsóknaraðferðum liggur fyrirbærafræðin. Hún byggir á þeirri hugmynd að til að skilja samfélagið þurfi að öðlast skilning á upplifun einstaklinganna og þeirra heimsmynd, skilja hugmyndir, tilgang og tilfinningar einstaklinganna. Þessi aðferð gefur möguleika á dýpri skilningi á viðfangsefnum líkt og að skyggjast undir yfirborðið og ná í merkingu á fyrirbærum sem ekki eru sýnileg. Rannsakandinn nálgast viðfangsefni sitt þannig að hann reynir að öðlast skilning á aðstæðum með viðtölum eða vettvangsathugunum þar sem þátttakendur tjá með eigin orðum um upplifanir sínar og skilning á því sem rannsóknin beinist að. Markmiðið er að fá dýpri skilning á afmörkuðu sviði. Niðurstöður eru ekki nýttar til að alhæfa um stærra þýði heldur litið á að þær endurspegli afmarkaðar aðstæður á þeim tíma sem rannsóknin er framkvæmd (Steven og Taylor, 1998).

Af þessum ástæðum varð eigindleg aðferð fyrir valinu. Örorkuskrá TR veitir bakgrunnsupplýsingar um konur á örorkuskrá en þar fást takmarkaðar upplýsingar um söguna að baki örorkunni, hvað það er sem endanlega ýtti konunum af vinnumarkaði á örorkubætur og hvaða viðhorf þær sjálfar hafa til

Þess að þiggja örorkubætur. Þær upplýsingar eru mikilvægar svo hægt verði að leggja mat á hvað það er sem veldur fjölgun öryrkja.

2.2.2 Þátttakendur

Við val á þátttakendum var haft samband við sérfræðinga sem sinna konum með vefjagigt og þeir beðnir um að benda á konur sem kæmu til greina sem viðmælendur. Sérfræðingunum voru gefnar upplýsingar um þætti til að hafa til viðmiðunar. Við val á þátttakendum var í upphafi haft til viðmiðunar að konurnar væru á aldrinum 18-66 ára og vefjagigt væri aðalorsök örorkunnar (1. greining til örorkumats) og að þær hefðu fengið örorkubætur í a.m.k. tvö ár. Alls var rætt við tólf konur um þátttöku en þrjár komu ekki í viðtal. Af þeim níu konum sem viðtal var tekið við uppfylla átta þessi viðmið, en einn þátttakandi hefur verið með endurhæfingarlífeyri og er komin aftur til vinnu. Aðrir viðmælendur hafa þegið örorkubætur í allt að átta ár. Konurnar hafa allar verið í endurhæfingu hjá sjúkraþjálfara eða eru virkar í líkamspjálfun. Tveir þátttakenda sem þiggja örorkubætur stunda vinnu af og til, önnur er með sjálfstæðan atvinnurekstur en hin vinnur við þjónustustörf. Hvorugar hafa þær fastan vinnutíma en stunda vinnuna í lotum. Þrjár af viðmælendunum eru einhleypar og þar af ein einstæð móðir, ein fráskilin og ein ógift. Hinar eru giftar eða í sambúð, þar af tvær með börn undir 18 ára í heimili. Allar búa þær á höfuðborgarsvæðinu eða í nágrenni þess.

Afar mikilvægt er að gæta nafnleyndar viðmælenda, því eru nöfnin sem notuð eru hér ekki raunveruleg nöfn kvennanna, en viðmælendur eru:

Abba á fertugsaldri, 2 barna einstæð móðir. Hún hefur verið á vinnumarkaði frá því hún lauk skóla og gengt ýmsum ófaglærðum störfum, var síðast að vinna í skóla. Hefur lokið grunnskólanámi.

Klara á sjötugsaldri, gift og á uppkomin börn, hún vann síðast í opinberri stjórnsýslu. Hún er með sjálfstæðan atvinnurekstur en hefur litlar tekjur af honum. Hefur lokið framhaldsmenntun. Hún býr í nágrenni höfuðborgarinnar.

Lilja á fimmtugsaldri, gift og á uppkomin börn. Hún vann síðast sem verkakona. Hefur lokið grunnskólanámi.

Erla, á fimmtugsaldri í sambúð með einn son. Vinnur sem sérfræðingur. Hefur framhaldsmenntun á háskólastigi.

Íris á fimmtugsaldri, gift og með börn, hefur alla tíð unnið við verslunarstörf. Hefur lokið grunnskólanámi.

Hildur á sjötugsaldri, í sambúð. Vann síðast við þjónustu. Hefur menntun á framhaldsskólastigi. Hún býr í nágrenni höfuðborgarinnar.

Björg á sextugsaldri, gift og með uppkomið barn. Vann innan menntakerfisins. Hefur háskólamenntun. Hún býr í nágrenni höfuðborgarinnar.

Soffia á sjötugsaldri, fráskilin, vann við þjónustu. Hefur lokið grunnskólanámi.

Ragnheiður á sjötugsaldri, ógift. Vann sérfræðistörf. Hefur framhaldsskólamenntun.

2.2.3 Gagnasöfnun

Gagnasöfnun fór fram með viðtölum við þátttakendur og voru viðtölin 60-90 mínútna löng. Viðtöl fóru fram í heimahúsum, á skrifstofu Gigtarfélags Íslands, Þjóðarbobókhöðu og á skrifstofu HÍ í Skólábæ. Viðmælendur fengu að velja hvar viðtölin fóru fram. Í viðtölunum var stuðst við lauslega mótaðan viðtalsramma sem helgast af þeim spurningum sem ég leitaðist við að fá svör við. Spurningarnar eru:

- Bakgrunnsupplýsingar, aldur, börn á framfæri, hjúskaparstaða, menntun, örorkustig, hversu lengi á örorku.
- Í hvaða atvinnugrein(um) starfaðir þú áður en þú veiktist?
- Hversu lengi stóðu veikindin yfir áður en þú hættir að vinna?
- Hvaða áhrif höfðu veikindin á vinnuna?
- Hvaða áhrif hafði það á þig andlega eða félagslega að vera frá vinnu vegna veikinda?
- Hversu mikil áhrif hafði það á framfærslu þína að vera frá vinnu eða þurfa að hætta vinnu vegna sjúkdómsins?
- Telur þú að veikindi þín megi að einhverju leyti rekja til vinnunnar? T.d. vegna of mikils álags í starfi eða of erfiðra vinnuaðstæðna?
- Hvernig vinna hentar þér í dag? T.d. hvaða vinnutími hentar þér?
- Svarar vinnumarkaðurinn þínum þörfum? Er hæfileg atvinna í boði fyrir þig?

- Hvað gæti auðveldað þér að komast aftur í vinnu?

Markmiðið var að viðtölin væru opin þannig að viðmælendum gæfist kostur á að koma að sínum upplifunum og sinni reynslu. Viðtal í eigindlegum rannsóknum er ekki eins og samtal þar sem aðilar skiptast á skoðunum. Líta má á þetta sem samtal tveggja einstaklinga sem hafa áhuga á sama málefni, en rannsakandinn er að leita svara sem viðmælandinn veitir, þannig að staða rannsakanda og viðmælanda er ekki jöfn. Það er rannsakandans að skapa andrúmsloft sem gerir viðmælandanum kleift að tjá sig og það gerir hann m.a. með því að skapa traust, vera heiðarlegur þegar hann kynnir tilgang rannsóknarinnar og það sem hann leitast að svara við (Kvale, 1996). Leitast var við að skapa traust viðmælanda með því að senda þeim upplýsingar um rannsóknina áður en viðtalið fór fram, fara yfir trúnað í upphafi viðtals, sýna virka hlustun og hlýlegt viðmót. Viðtalsramminn var hafður til hliðsjónar en ekki litið á hann fyrr en líða tók á viðtalið eða þegar viðmælandi hafði sagt það helsta sem henni lá á hjarta. Þá var metið hvort þau atriði sem leitað var eftir hefðu komið fram og ef svo var ekki var spurt út í þau.

2.2.4 Skráning og úrvinnsla gagna

Öll viðtölin voru tekin upp á hljóðupptökutæki. Sjö viðtöl voru skráð frá orði til orðs. Hlustað var á tvö síðustu viðtölin og það sem tengdist rannsókninni beint var skráð niður frá orði til orðs. Fjöldi blaðsíðna skráðu viðtalanna er 264. Viðtölin voru greind hvert fyrir sig og síðan öll í einu. Sú aðferð sem er notuð við greiningu gagna er aðferð frumkenningarinnar (*e. grounded theory*). Styrkur þessarar aðferðar er að hún byggir á sífelldri endurlesningu og kóðun þeirra gagna sem safnast meðan á rannsókn stendur, allt þar til rannsakendur telja sig hafa staðfest þá flokka sem eru lýsandi fyrir gögnin (Glaser og Strauss, 1967). Hvert viðtal fyrir sig er kóðað, fyrst með opinni kóðun þar sem dregnir eru fram flokkar í textanum sem endurspeglar fyrirbærið sem verið er að rannsaka. Í þessu skrefi vakna gjarnan spurningar og þær eru skráðar. Næsta skref er áslæg kóðun (*e. axial coding*) en þá eru flokkarnir sem mynduðust um fyrirbærið skoðaðir nákvæmar. Borin eru kennsl á aðalflokka sem lýsa fyrirbærinu og innihald þeirra skoðað m.t.t. merkingar og tengsla við aðra flokka. Í þessum fyrstu skrefum er rannsakandinn að einbeita sér að því að draga fram það sem kemur úr gögnunum,

greining eða túlkun á þessum flokkum hefst ekki fyrr en megin flokkarnir eru fundnir. Rannsakandinn verður að vera þaulkunnugur gögnunum og vera meðvitaður um eigin hugmyndir til að takamarka að þær hafi áhrif á kóðun og túlkun. Túlkun gagnanna á að skýra fyrirbærin sem rannsakandinn hefur greint (Strauss, 1997; Creswell, 1998).

3. NIÐURSTÖÐUR

3.1 Niðurstöður úr örorkuskrá 2005

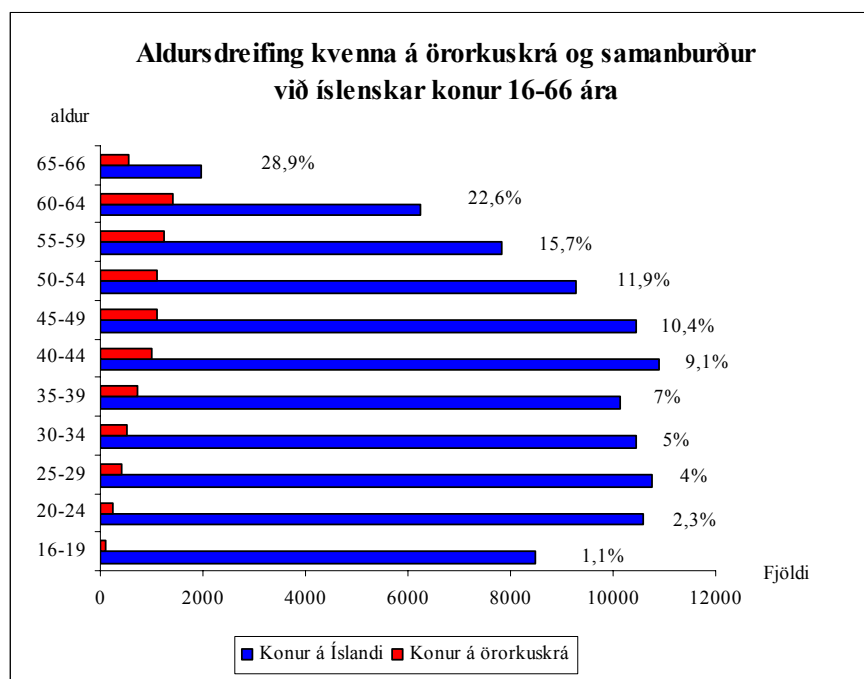
Í þessum hluta verður gerð grein fyrir niðurstöðum athugana á konum á örorkuskrá 2005. Rannsóknarspurningar þessa hluta eru tvær:

1. Hvað einkennir konur í hópi öryrkja samanborið við konur í þjóðfélaginu almennt?
2. Hvað aðgreinir konur í hópi öryrkja sem fá greininguna vefjagigt frá öðrum konum í hópi öryrkja?

3.1.1 Allar konur á örorkuskrá

Þann 1. desember árið 2005 voru alls 13967 einstaklingar skráðir með hærra eða lægra stig örorku hjá TR, þar af 8386 konur. Á sama tíma voru 97044 konur á aldrinum 16-66 ára búsettar á Íslandi. Konur voru 60% af heildarfjölda öryrkja. Af þeim voru 93% (n=7767) sem metnar voru til hærra stigs örorku og 7% (n=619) til lægra stigsins. Algengi örorku meðal kvenna árið 2005 er 8,6%. Algengi hærra stigsins er 8,0%, en lægra stigsins er 0,6%.

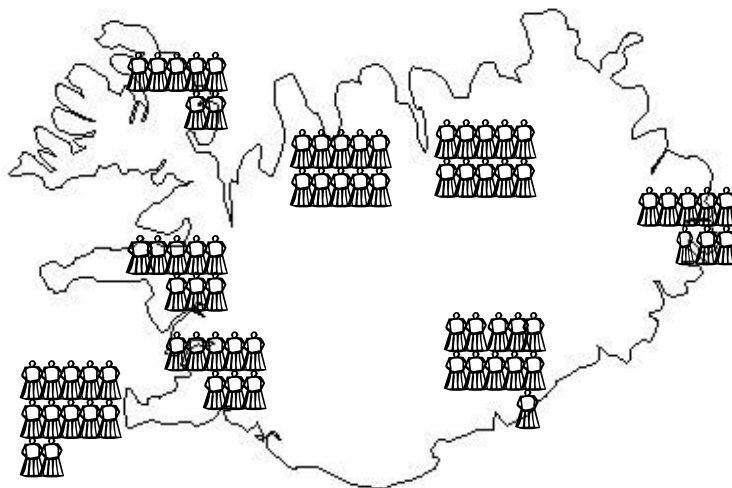
Á mynd 3.1.1.1 sést fjöldi kvenna á örorkuskra eftir aldursbilum og fjöldi jafngamalla íslenskra kvenna. Reiknað er hundraðshlutfall öryrkja af konum á Íslandi 16-66 ára fyrir aldursbilin.



Mynd 3.1.1.1 Aldursdreifing kvenna á örorkuskra. Reiknað er hundraðshlutfall kvenna á örorkuskra af íslenskum konum 16-66 ára fyrir aldursbilin.

Eins og sést hækkar hlutfall kvenna sem skráðar eru með örorku með aldrinum. Þannig er hlutfall yngstu öryrkjanna 1,1% af íslenskum konum, en hlutfall í elsta aldurshópnum er 28,9%. Meðalaldur kvenna á örorkuskra er 48,5 ár og miðgildi er 50 ár (std dev 12,3 ár).

Á höfuðborgarsvæðinu⁴ búa 59,8% allra kvenna á örorkuskrá. Á mynd 3.1.1.2 má sjá hvernig algengi örorku skiptist milli landshluta.



Mynd 3.1.1.2 Algengi kvenna á örorku eftir landshlutum.

Algengi er hæst á Suðurnesjum eða 11,5%. Á Vestfirðum er algengi hins vegar lægst eða 7,1%. Í Reykjavík er algengi 8,0%. Algengi er jafnhátt á Norðurlandi eystra og á Norðurlandi vestra eða 10,3%, á Austurlandi er það 7,6% á Suðurlandi 10,6% og á Vesturlandi 7,8%.

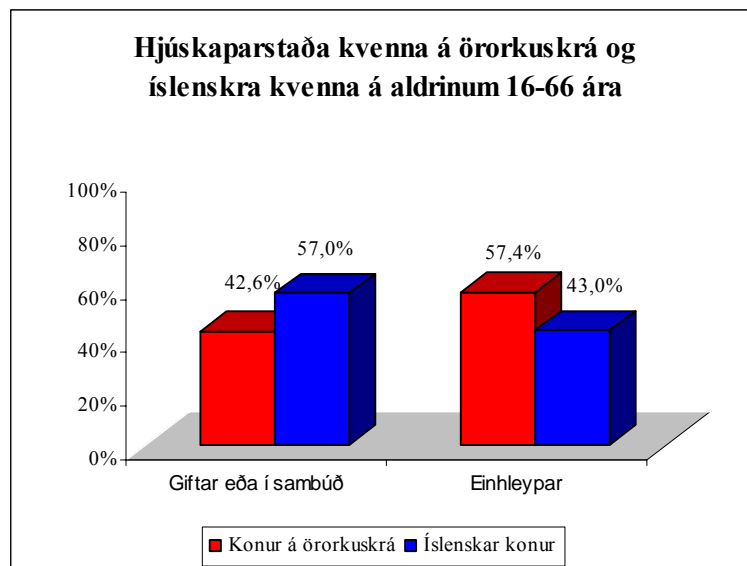
⁴ Höfuðborgarsvæðið á við Reykjavík, Seltjarnarnes, Kópavog, Sveitarfélag Álftaness, Garðabæ, Hafnarfjörð, Mosfellsbæ, Kjalarneshrepp og Kjósarhrepp.

Rúmlega helmingur allra kvenna á örorkuskrá, eða 54,3%, er metinn til varanlegrar örorku. Tafla 3.1.1.1 sýnir hlutfall varanlegrar og tímabundinnar örorku fyrir aldersbil kvenna á örorkuskrá. Eins og sést eru konur í yngri aldurshópum frekar metnar tímabundið til örorku en á aldersbilinu 50-54 ár er hlutfallið nánast jafnt og eftir það eru mun algengara að örorka sé metin varanleg.

TAFLA 3.1.1.1 Hlutfall kvenna á örorkuskrá með varanlega eða tímabundna örorku			
Aldursbil	Varanleg örorka	Tímabundin örorka	Samtals
16-19	49,5%	50,5%	100%
20-24	40,9%	59,1%	100%
25-29	32,5%	67,5%	100%
30-34	25,8%	74,2%	100%
35-39	24,9%	75,1%	100%
40-44	27,2%	72,8%	100%
45-49	32,8%	67,2%	100%
50-54	49,9%	50,1%	100%
55-59	70,9%	29,1%	100%
60-64	95,5%	4,5%	100%
65-66	99,3%	0,7%	100%
Alls	54,3%	45,7%	100%

3.1.2 Hjúskaparstaða

Á mynd 3.1.2.1 má sjá hjúskaparstöðu kvenna á örorkuskrá og kvenna á Íslandi 16-66 ára. Hlutfall kvenna á örorkuskrá sem eru giftar eða í sambúð⁵ er 42,6% (n=3565) en einhleypar konur⁶ eru 57,4% (n=4804). Það er ólíkt því hlutfalli sem er meðal íslenskra kvenna á aldrinum 16-66 ára en þar eru giftar konur eða konur í sambúð 57,0% (n=54145) og einhleypar konur 43,0% (n=40782)⁷. Þessi munur er marktækur ($\chi^2=650,5$ df:1 $p<0,0001$). Þannig er algengara að konur á örorkubótum séu einhleypar en gengur og gerist meðal þjóðarinnar. Reiknað líkindahlutfall þess að vera einhleyp kona búsett á Íslandi og vera metin á örorkuskrá er 1,8 (95% öryggismörk 1,7-1,9) samanborið við giftar konur eða konur í sambúð.



Mynd 3.1.2.1 Hjúskaparstaða kvenna á örorkuskrá og samanburður við íslenskar konur á aldrinum 16-66 ára.

⁵ Giftar konur eða konur í sambúð eru samkvæmt flokkun Hagstofu Íslands þær sem skráðar eru „ógiftar í sambúð“, „giftar í samvistum við maka“, „ekkjur í sambúð“, „skilin að lögum í sambúð“ og samkvæmt TR gögnum þær sem eru skráðar „gift eða staðfest samvist“, „Íslendingur í hjúskap með útlendingi sem nýtur úrlendisréttar og verður því ekki skráður (t.d. varnarliðsmaður eða sendiráðsmaður)“, „Íslendingur með lögheimili á Íslandi (t.d. námsmaður eða sendiráðsmaður); í hjúskap með útlendingi sem ekki er á skrá“.

⁶ Ógiftar og einhleypar eru samkvæmt flokkun Hagstofu Íslands, „ógiftar og einhleypar, „giftar ekki í samvistum við maka“, „ekkjur og einhleypar“, „skilin að lögum og einhleyp“ og samkvæmt TR gögnum „ógift“, „hjón ekki í samvistum“, „skilin að borði og sæng“, „ekkjja“, „skilin að lögum“.

⁷ Í gögnum frá Hagstofu Íslands er hlutfall þeirra sem hjúskaparstaða er óupplýst 2,2% en er 0,2% meðal kvenna á örorku. Í útreikningum á hjúskaparstöðu er þeim sleppt í báðum gagnagrunnum. Fjöldi kvenna úr gögnum Hagstofu Íslands þar sem hjúskaparstaða er þekkt er því 94927 og fjöldi kvenna úr gögnum TR 8369.

Einhleypar konur á örorkuskrá eru í 94,0% tilvika með hærra stig örorku en þær sem eru giftar eða í sambúð eru með hærra stig örorku í 90,7% tilvika ($x^2=33,3$ df:1 $p<0,0001$). Einhleypar konur eru síður með varanlega örorku en þær giftu eða í 52,7% tilvika á móts við 56,6% tilvika ($x^2=13$ df:1 $p<0,0001$).

Í töflu 3.1.2.1 má sjá hvernig skipting kvenna á örorkuskrá er eftir hjúskaparstöðu fyrir hvern landshluta .

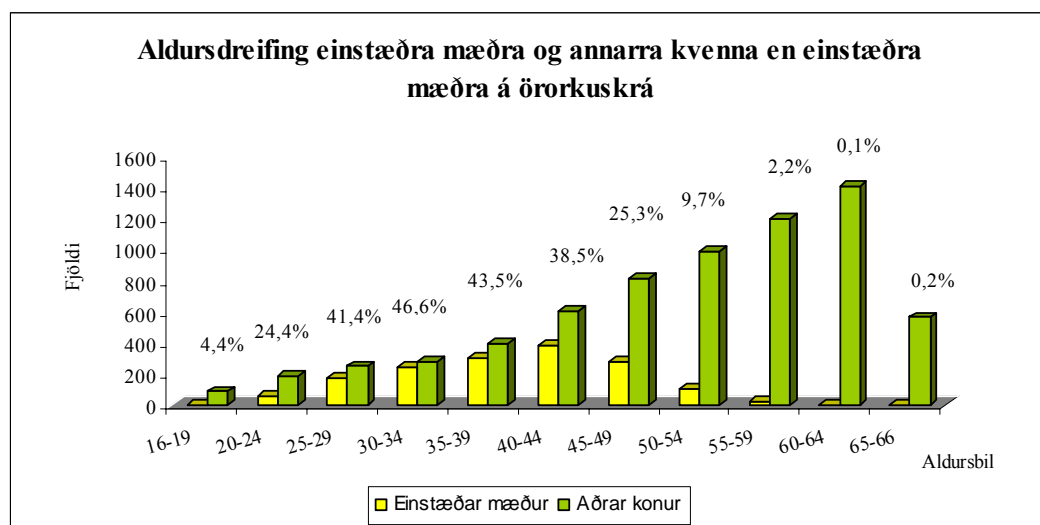
TAFLA 3.1.2.1 Hjúskaparstaða kvenna á örorkuskrá eftir landshlutum			
	Einhleypar	Giftar eða í sambúð	Samtals
Höfuðborgarsvæðið	63,8%	36,2%	100%
Landsbyggðin	48,0%	52,0%	100%
- Austurland	43,4%	56,6%	100%
- Norðurland eystra	49,2%	50,8%	100%
- Norðurland vestra	45,5%	54,5%	100%
- Suðurnes	51,0%	49,0%	100%
- Suðurland	47,3%	52,7%	100%
- Vestfirðir	47,6%	52,4%	100%
- Vesturland	46,6%	53,4%	100%

Eins og sést í töflunni eru hlutfallslega fleiri einhleypar konur (63,8%) á örorkuskrá á höfuðborgarsvæðinu en giftar konur og konur í sambúð (36,2%) og er hlutfall einhleypa kvenna þar hæst af öllum landshlutum. Hlutfall einhleypa kvenna á örorkuskrá er lægst á Austurlandi eða 43,4%. Hlutfall einhleypa kvenna er hærra á höfuðborgarsvæðinu en á landsbyggðinni og er munurinn marktækur ($x^2=205,3$ df:1 $p<0,0001$).

Af öllum konum á örorkuskrá eru 33% með börn undir 18 ára aldri á sínu framfæri. Af þeim eru fleiri einstæðar mæður eða 57,4% ($n=1587$). Konur á örorkuskrá sem eru með börn á framfæri eru síður með varanlega örorku eða í 20,9% tilvika á móts við 70,8% tilvika meðal þeirra kvenna á örorkuskrá sem eru ekki með börn á framfæri ($x^2=1858,7$ df:1 $p<0,00001$). Einstæðar mæður eru í fleiri tilvikum með hærra stig örorku en giftar konur með börn á framfæri eða í 90,5% tilvikum á móts við 87,5% tilvika ($x^2=6,3$ df:1 $p<0,01$).

Hlutfall einstæðra mæðra meðal öryrkjanna er 18,9% (n=1587) og eiga þær að meðaltali 1,8 börn. Meðal þjóðarinnar er hlutfall einstæðra mæðra 11,5% (n=11165)⁸ og eiga þær að meðaltali 1,5 börn. Það eru marktækt fleiri einstæðar mæður á örorkuskrá en gengur og gerist meðal þjóðarinnar ($\chi^2=399,8$ df:1 $p<0,0001$). Líkindahlutfall einstæðra mæðra á Íslandi fyrir að verða metnar til örorku er 1,8 (95% öryggismörk 1,7-1,9). Einstæðar mæður á örorkuskrá eru í 18,7% tilvikum með varanlega örorku og í 90,5% tilvikum með hærra stig örorku. Meðalaldur þeirra er 38,8 ár og miðgildi 39 ár (std dev. =8).

Mynd 3.1.2.2 sýnir aldursdreifingu einstæðra mæðra og annarra kvenna á örorkuskrá. Hlutfallstalan sem kemur fram á myndinni er reiknað hlutfall einstæðra mæðra af öllum konum á örorkuskrá fyrir hvert aldursbil. Einstæðar mæður eru flestar á aldrinum 25-49 ára. Á því aldursbili er 91% þeirra (n=1446).



Mynd 3.1.2.2 sýnir aldursdreifingu einstæðra mæðra og hlutfall þeirra af konum á örorkuskrá fyrir aldursbilin

⁸ Á vef Hagstofu Íslands eru einstæðar mæður þær konur sem skráðar eru í fjölskyldugerð „kona með barn“.

Tafla 3.1.2.2 sýnir fyrstu sjúkdómsgreiningu eftir sjúkdómaflokkum hjá einstæðum mæðrum á aldrinum 20-49 ára (n=1446) og hjá öðrum konum en einstæðum mæðrum 20-49 ára á örorkuskrá (n=2538).

TAFLA 3.1.2.2 Fyrsta sjúkdómsgreining meðal einstæðra mæðra 20-49 ára á örorkuskrá og meðal annarra kvenna en einstæðra mæðra á aldrinum 20-49 ára á örorkuskrá.		
	Einstæðar mæður	Aðrar konur
Smitsjúkdómar	0,5%	0,3%
Illkynja æxli	0,7%	1,3%
Önnur æxli	0,3%	0,4%
Innkirtla- og efnaskiptasjúkdómar	2,3%	2,8%
Geðraskanir	39,4%	37,8%
Sjúkdómar í taugakerfi	6,4%	9,3%
Sjúkdómar í augum og eyrum	2,6%	2,3%
Sjúkdómar í blóðrásarkerfi	1,7%	1,5%
Sjúkdómar í öndunarferum	1,0%	1,1%
Sjúkdómar í meltingarferum	1,3%	1,1%
Húðsjúkdómar	1,1%	0,8%
Stoðkerfissraskanir	30,9%	27,9%
Sjúkdómar í þvag- og kynferum	0,5%	0,7%
Meðfæddir sjúkdómar og litningafrávik	1,7%	4,3%
Áverkar	7,2%	6,2%
Aðrar greiningar	2,3%	2,0%
Samtals	100%	100%

Geðraskanir og stoðkerfissraskanir eru algengustu sjúkdómaflokkarnir hjá báðum hópunum. Hlutfall einstæðra mæðra á aldrinum 20-49 ára er hærra í flokki geðraskana, 39,4%, og 37,8% meðal annarra kvenna 20-49 ára á örorkuskrá. Munurinn er þó ekki marktækur ($\chi^2=1$ df:1 $p<0,3$). Marktækt fleiri einstæðar mæður á aldrinum 20-49 ára eru hins vegar í flokki stoðkerfissraskana en aðrar jafngamlar konur á örorkuskrá ($\chi^2=4,1$ df:1 $p<0,04$).

3.1.3 Sjúkdómsgreiningar

Konur á örorkuskra eru með 1-11 sjúkdómsgreiningar á örorkumati en að meðaltali koma fyrir 2,2 greiningar á örorkumati. Hlutfall þeirra sem hafa eina greiningu er 33,3%, 34,7% kvennanna hafa tvær greiningar og 19,8% hafa þrjár greiningar. Þær sem hafa 4 greiningar eða fleiri eru 12,2%.

Tafla 3.1.3.1 sýnir fyrstu sjúkdómsgreiningu kvenna á örorkuskra sem búa á höfuðborgarsvæðinu annars vegar og á landsbyggðinni hins vegar og er marktækni reiknuð fyrir landssvæðin. Einnig er fyrsta sjúkdómsgreining allra kvenna á örorkuskra sýnd.

TAFLA 3.1.3.1 Fyrsta sjúkdómsgreining meðal kvenna á höfuðborgarsvæðinu, kvenna á landsbyggðinni og meðal allra kvenna á örorkuskra.				
	Höfuðborgarsvæðið	Önnur landssvæði	Allt landið	Marktækni Hbsv. /landsb.
Smitsjúkdómar	0,7%	0,5%	0,6%	$\chi^2=2,2$ df:1 p<0,1
Illkynja æxli	2,1%	2,2%	2,1%	$\chi^2=0,1$ df:1 p<0,7
Önnur æxli	0,4%	0,3%	0,4%	$\chi^2=0,3$ f:1 p<0,6
Innkirtla- og efnaskiptasjúkdómar	2,0%	3,1%	2,4%	$\chi^2=10,5$ df:1 p<0,001*
Geðraskanir	35,2%	25,4%	31,3%	$\chi^2=91,0$ df:1 p<0,0001**
Sjúkdómar í taugakerfi	7,9%	6,3%	7,2%	$\chi^2=7,7$ df:1 p<0,006**
Sjúkdómar í augum og eyrum	2,3%	1,5%	2,0%	$\chi^2=7,7$ df:1 p<0,005**
Sjúkdómar í blóðrásarkerfi	3,8%	4,4%	4,0%	$\chi^2=1,8$ df:1 p<0,2
Sjúkdómar í öndunarferum	2,9%	2,7%	2,8%	$\chi^2=0,5$ df:1 p<0,5
Sjúkdómar í meltingarfærum	1,0%	1,1%	1,0%	$\chi^2=0,3$ df:1 p<0,6
Húðsjúkdómar	0,9%	1,1%	1,0%	$\chi^2=0,5$ df:1 p<0,5
Stoðkerfiskaskanir	30,6%	41,6%	35,1%	$\chi^2=108$ df:1 p<0,0001*
Sjúkdómar í þvag- og kynfærum	0,7%	0,5%	0,6%	$\chi^2= 1,7$ df:1 p<0,2
Meðfæddir sjúkdómar og litningafrávik	2,6%	1,9%	2,3%	$\chi^2=4,5$ df:1 p<0,0**3
Áverkar	5,1%	5,6%	5,3%	$\chi^2=0,9$ df:1 p<0,3
Aðrar greiningar	1,8%	2,0%	1,9%	$\chi^2= 0,7$ df:1 p<0,4
Samtals	100,0%	100,0%	100,0%	
<ul style="list-style-type: none"> • *marktækt algengari fyrir landsbyggðina • ** marktækt algengari fyrir höfuðborgarsvæðið 				

Algengustu fyrstu sjúkdómsgreiningar á örorkumati kvenna eru stoðkerfisraskanir (35,1%) og geðraskanir (31,3%). Samtals eru þessir tveir flokkar 66,4% allra sjúkdómsgreininga hjá konum á örorkuskrá. Yfirleitt er ekki um marktækan mun að ræða milli höfuðborgarsvæðisins og landsbyggðarinnar en þó gildir það um 6 sjúkdómsflokka af 16. Stoðkerfisraskanir og innkirtla- og efnaskiptasjúkdómar eru marktækt algengari á landsbyggðinni en geðraskanir, sjúkdómar í taugakerfi, sjúkdómar í augum og eyrum og meðfæddir sjúkdómar og litningafrávik eru marktækt algengari á höfuðborgarsvæðinu.

Í töflu 3.1.3.2 er skoðuð fyrsta sjúkdómsgreining kvenna á örorkuskrá eftir örorkustigi, annars vegar hærra stigs örorku og hins vegar lægra stigs örorku. Sjá má að konur með geðraskanir eru 11,5% í hópi þeirra sem fá metið lægra stig örorku en eru í 32,8% í hærra stigi örorku. Konur með stoðkerfisraskanir eru hins vegar 40,9% þeirra sem metnar hafa verið til lægra stigs örorku en eru 34,6% í hærra stigi örorku.

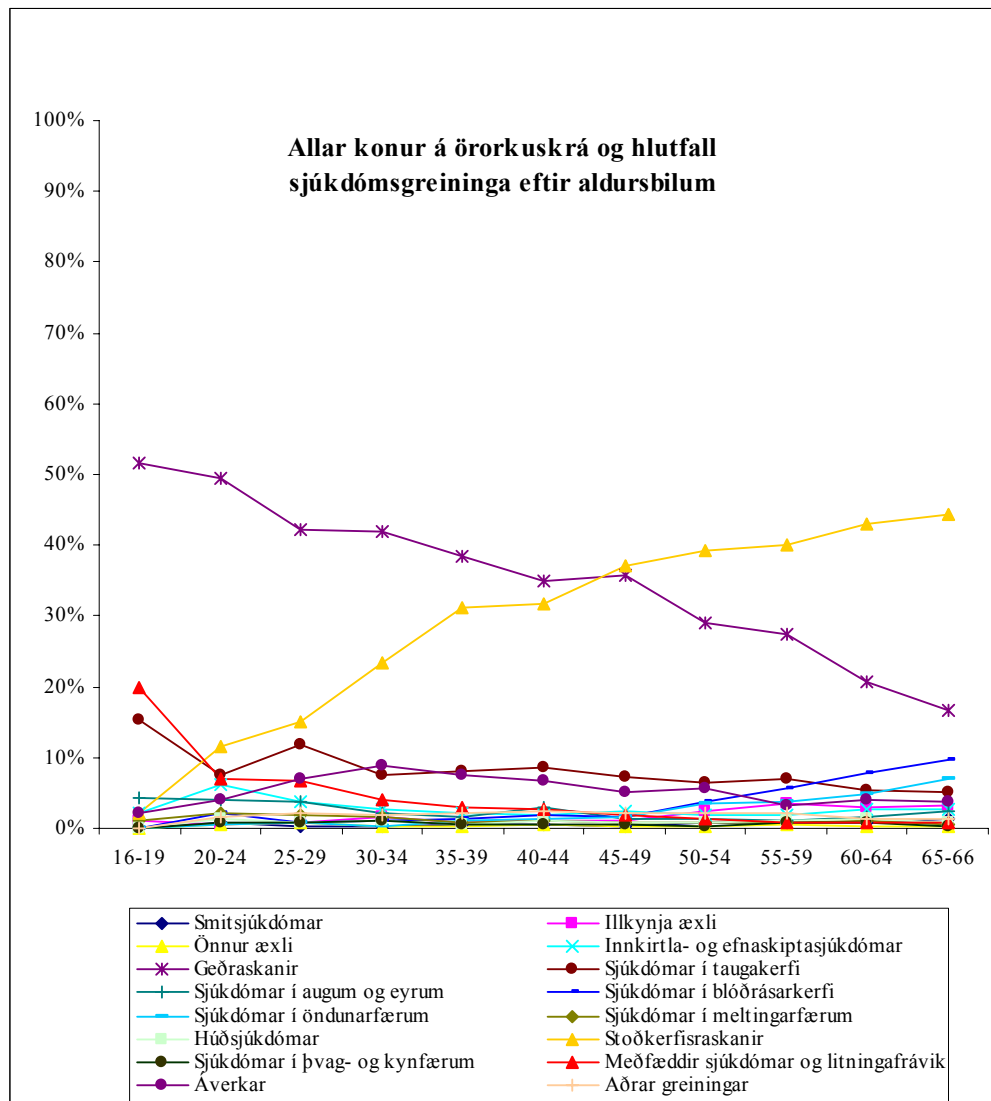
TAFLA 3.1.3.2 Dreifing kvenna á örorkuskrá í sjúkdómsflokka eftir örorkustigi		
	75% örorka	50-74% örorka
Smitsjúkdómar	0,6%	1,1%
Illkynja æxli	2,1%	1,8%
Önnur æxli	0,3%	0,8%
Innkirtla- og efnaskiptasjúkdómar	2,1%	6,9%
Geðraskanir	32,8%	11,5%
Sjúkdómar í taugakerfi	7,4%	5,3%
Sjúkdómar í augum og eyrum	1,7%	4,8%
Sjúkdómar í blóðrásarkerfi	4,1%	3,6%
Sjúkdómar í öndunarfærum	2,9%	2,1%
Sjúkdómar í meltingarfærum	1,0%	1,5%
Húðsjúkdómar	1,0%	1,0%
Stoðkerfisraskanir	34,6%	40,9%
Sjúkdómar í þvag- og kynfærum	0,6%	1,0%
Meðfæddir sjúkdómar og litningafrávik	2,2%	4,2%
Áverkar	4,8%	11,5%
Aðrar greiningar	1,9%	2,1%
Samtals	100%	100%

TAFLA 3.1.3.3 Dreifing kvenna á örorkuskra í sjúkdómsflokka eftir aldursbilum

	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-66
Smitsjúkdómar	0,0%	0,8%	0,2%	0,2%	0,6%	0,5%	0,2%	0,7%	0,7%	0,9%	1,4%
Illkynja æxli	1,1%	0,4%	0,9%	1,7%	0,7%	1,1%	1,2%	2,5%	3,5%	3,0%	3,2%
Önnur æxli	0,0%	0,4%	0,7%	0,4%	0,1%	0,5%	0,4%	0,3%	0,5%	0,4%	0,2%
Innkirtla- og efnaskiptasjúkdómar	2,2%	6,2%	3,7%	2,7%	2,3%	1,8%	2,3%	2,0%	1,9%	2,6%	2,6%
Geðraskanir	51,6%	49,6%	42,3%	42,0%	38,4%	35,0%	35,7%	29,1%	27,4%	20,8%	16,6%
Sjúkdómar í taugakerfi	15,4%	7,4%	11,9%	7,6%	8,2%	8,6%	7,1%	6,4%	6,9%	5,5%	5,1%
Sjúkdómar í augum og eyrum	4,4%	4,1%	3,7%	2,3%	1,7%	3,0%	1,5%	1,5%	1,1%	1,6%	2,3%
Sjúkdómar í blóðrásarkerfi	0,0%	2,1%	0,9%	1,1%	1,4%	1,9%	1,7%	3,8%	5,6%	7,8%	9,7%
Sjúkdómar í öndunarferum	0,0%	0,4%	0,9%	0,4%	1,1%	1,2%	1,6%	3,4%	3,7%	4,9%	7,1%
Sjúkdómar í meltingarferum	1,1%	2,1%	1,9%	1,5%	0,7%	1,0%	0,9%	0,9%	0,7%	1,2%	0,5%
Húðsjúkdómar	0,0%	1,2%	0,7%	0,9%	0,6%	1,1%	0,9%	0,7%	1,1%	1,4%	0,9%
Stoðkerfissraskanir	2,2%	11,6%	15,2%	23,3%	31,1%	31,7%	37,2%	39,2%	40,0%	43,0%	44,3%
Sjúkdómar í þvag- og kynferum	0,0%	0,8%	0,9%	1,1%	0,4%	0,6%	0,5%	0,2%	0,8%	0,8%	0,2%
Meðfæddir sjúkdómar og litningafrávik	19,8%	7,0%	6,8%	4,0%	3,0%	2,7%	1,8%	1,5%	0,8%	0,8%	0,9%
Áverkar	2,2%	4,1%	7,0%	8,9%	7,5%	6,7%	5,0%	5,7%	3,2%	4,1%	3,7%
Aðrar greiningar	0,0%	1,7%	2,1%	1,9%	2,3%	2,4%	2,0%	2,1%	2,0%	1,3%	1,4%

Tafla 3.1.3.3 sýnir fyrstu sjúkdómsgreiningu á örorkumati eftir aldursbilum og eru niðurstöður einnig sýndar á mynd 3.1.3.1. Geðraskanir eru algengastar hjá konum yngri en 45 ára. Í yngstu aldurshópnum eru geðraskanir allt að helmingur fyrstu sjúkdómsgreininga á örorkumati en hlutfallið lækkar með aldrinum og er orðið 16,6% í elsta aldurshópnum.

Stoðkerfissraskanir eru sjaldgæfar í yngri aldurshópnum en hlutur þeirra af sjúkdómsgreiningum vex með hækkandi aldri. Í elsta aldurshópnum eru 44,3% kvenna með stoðkerfissraskanir en 2,2% kvenna í yngsta aldurshópnum. Það sést einnig á mynd 3.1.3.1 hvernig algengi geðraskana og stoðkerfissraskana breytist með aldrinum. Aðra sjúkdóma er vart hægt að greina á myndinni þar sem vægi þeirra er svipað fyrir alla aldurshópa.

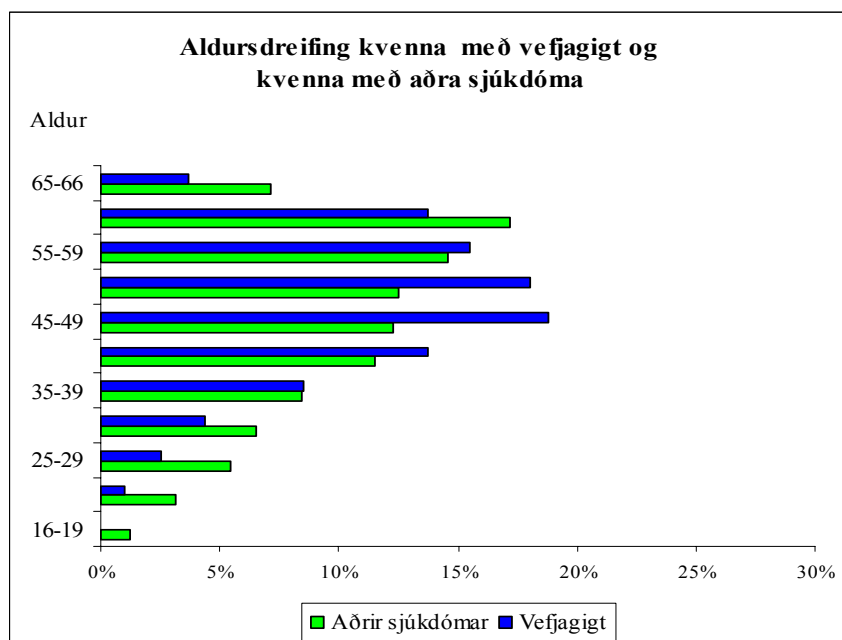


Mynd 3.1.3.1 Hlutföll fyrstu sjúkdómsgreiningar eftir aldursbilum.

3.1.4 Konur með vefjagigt

Á örorkuskrá þann 1. desember 2005 eru skráðar 915 konur þar sem vefjagigt⁹ er fyrsta sjúkdómsgreining á örorkumati¹⁰. Þar af eru 90,5% (n=828) með hærra stig örorku, en 9,5% (n=87) með lægra stig örorku. Algengi vefjagigtar meðal kvenna á örorkuskrá er 10,9% fyrir bæði stig örorku en 10,7% fyrir hærra stig örorku. Algengi örorku vegna vefjagigtar meðal kvenna á Íslandi er 0,9% fyrir bæði stigin samanlögð en 0,85% fyrir hærra stig örorku. Af konum með vefjagigt hafa 30,3% fengið varanlega örorku, en 69,7% eru með tímabundið örorkumat. Marktækt færri konur með vefjagigt hafa fengið varanlegt örorkumat miðað við aðrar konur á örorkuskrá ($\chi^2=239,3$ df:1 $p<0,0001$)

Meðalaldur kvenna með vefjagigt er 49,3 ár, miðgildi er 50 ár (std. dev 9,8 ár). Konur með vefjagigt hafa aðra aldursdreifingu en konur með aðra sjúkdóma á örorkumati og er munurinn á dreifingu aldurs marktækur milli hópanna ($\chi^2=112,5$ df:10 $p<0,0001$). Mynd 3.1.4.1 sýnir aldursdreifingu kvenna með vefjagigt og til samanburðar eru konur með aðra sjúkdóma á örorkuskrá. Sýnt er hvernig konur með vefjagigt og konur með aðra sjúkdóma skiptast hlutfallslega í aldursbilin. Hlutfall vefjagigtar er hærra á aldursbilinu milli 40 ára til 59 ára aldurs en fyrir konur með aðra sjúkdóma á örorkuskrá.

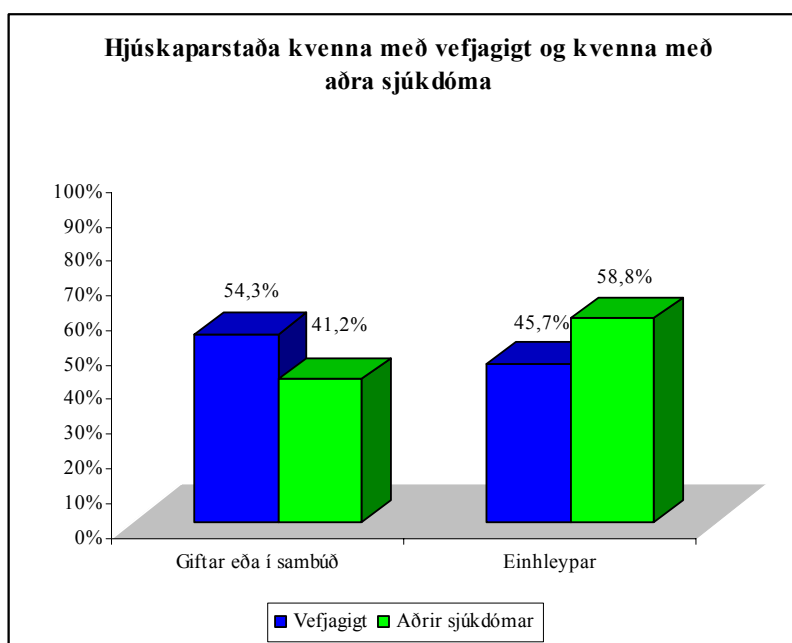


Mynd 3.1.4.1
Samanburður á aldursdreifingu kvenna með vefjagigt og annarra kvenna á örorkuskrá. X-ásinn er stytur og sýnir hæst 30%.

⁹ Í þessum kafla er talað um konur með vefjagigt og er þá átt við þær konur sem fengið hafa vefjagigt sem fyrstu greiningu á örorkumati.

¹⁰ Vefjagigt er samkvæmt ICD 10 flokkunarkerfinu og 4. útgáfu þess M79.0 og M79.9

Mynd. 3.1.4.2 sýnir mun á hjúskaparstöðu kvenna með vefjagigt og kvenna með aðra sjúkdóma. Konur með vefjagigt eru í 45,7% tilvika einhleypar en í 54,3% tilvika giftar eða í sambúð en konur með aðra sjúkdóma eru í 58,8% tilvika einhleypar og í 41,2% tilvika giftar eða í sambúð. Marktækt fleiri konur með vefjagigt eru giftar en konur með aðra sjúkdóma og er munurinn marktækur ($\chi^2=57,7$ df:1 $p<0,0001$).



Mynd 3.1.4.2 Hjúskaparstaða kvenna með vefjagigt og samanburður við konur með aðra sjúkdóma á örorkuskrá. Munur á hópunum er marktækur ($\chi^2=57,7$ df:1 $p<0,0001$)

Hlutfall kvenna með vefjagigt sem eru með börn á framfæri er 42,6% en er 31,8% meðal þeirra sem ekki hafa vefjagigt og er munurinn marktækur ($\chi^2=44,1$ df:1 $p<0,00$). Af þeim sem eru með börn á framfæri eru konur með vefjagigt að meðaltali með 1,8 börn en þær sem eru ekki með vefjagigt með 1,7 börn á sínu framfæri. Fleiri konur með vefjagigt eru einstæðar mæður eða 20,1% en 18,8% kvenna með annað en vefjagigt eru einstæðar mæður en munurinn er ekki marktækur ($\chi^2=0,9$ df:1 $p<0,3$).

Tafla 3.1.4.1 sýnir hvernig dreifing kvenna með vefjagigt og kvenna með aðra sjúkdóma er eftir landshlutum.

TAFLA 3.1.4.1 Dreifing kvenna með vefjagigt eftir landshlutum og samanburður við konur með aðra sjúkdóma		
	Vefjagigt	Aðrir sjúkdómar
Höfuðborgarsvæðið	43,9%	61,7%
Landsbyggðin	56,1%	38,3%
- Austurland	4,0%	3,3%
- Norðurland eystra	19,7%	9,3%
- Norðurland vestra	4,0%	3,2%
- Suðurnes	9,7%	7,6%
- Suðurland	10,3%	8,7%
- Vestfirðir	3,0%	1,9%
- Vesturland	5,4%	4,1%
Samtals	100%	100%

Hlutfallslega fleiri konur með vefjagigt búa á landsbyggðinni (56,1%) en á höfuðborgarsvæðinu (43,9%). Þetta er marktækur munur ($\chi^2=107,6$ df:1 $p<0,0001$). Líkindahlutfall kvenna með vefjagigt á landsbyggðinni miðað við konur á höfuðborgarsvæðinu er 2,1 (95% öryggismörk 1,8-2,4). Að höfuðborgarsvæðinu undanskildu koma flestar konur með vefjagigt af Norðurlandi eystra eða 19,7%, þar næst af Suðurlandi (10,3%) og Suðurnesjum (9,7%).

Í töflu 3.1.4.2 er algengi eftir landshlutum sýnt fyrir konur á örorkuskrá með vefjagigt og konur með stoðkerfissraskanir. Einnig er sýnt hversu hátt hlutfall vefjagigtar er af stoðkerfissröskunum eftir landshlutum. Í fyrsta dálki er sýnt algengi vefjagigtar meðal kvenna á örorkuskrá í hverjum landshluta. Þar má sjá að 8% kvenna á örorkuskrá sem búa á höfuðborgarsvæðinu eru með vefjagigt en á Norðurlandi eystra eru 20,5% kvenna á örorkuskrá í þeim landshluta með vefjagigt. Fyrir allt landið er algengi vefjagigtar meðal kvenna á örorkuskrá 10,9%. Í dálki tvö er sýnt algengi stoðkerfissraskananna meðal kvenna á örorkuskrá eftir landshlutum. Þar má sjá að stoðkerfissraskanir eru algengari meðal kvenna í örorkuskrá af landsbyggðinni (41,6%) en á höfuðborgarsvæðinu (30,6%), þannig

er það hæst meðal kvenna á Vestfjörðum en þar eru 45,2% allra kvenna á örorkuskrá með

TAFLA 3.1.4.2 Algengi örorku vegna vefjagigtar og stoðkerfisraskana meðal kvenna á örorkuskrá. Hlutfall vefjagigtar af stoðkerfisröskunum			
	Hlutfall vefjagigtar af örorku kvenna	Hlutfall stoðkerfisraskana af örorku kvenna	Hlutfall vefjagigtar af stoðkerfisröskunum
Höfuðborgarsvæðið	8,0%	30,6%	26,2%
Landsbyggðin	15,2%	41,6%	36,5%
- Austurland	12,9%	36,4%	35,6%
- Norðurland eystra	20,5%	44,0%	46,6%
- Norðurland vestra	13,3%	39,4%	33,6%
- Suðurnes	13,5%	40,1%	33,7%
- Suðurland	12,6%	41,1%	30,6%
- Vestfirðir	16,1%	45,2%	35,5%
- Vesturland	13,8%	44,1%	31,2%
Allt landið	10,9%	35,0%	31,1%

stoðkerfisraskanir af einhverjum toga. Í þriðja dálki er sýnt hvert hlutfall kvenna með vefjagigt er af öllum konum með stoðkerfisraskanir í hverjum landshluta. Af öllum konum með stoðkerfisraskanir á öllu landinu eru 31% með vefjagigt. Á Norðurlandi eystra er hlutfall kvenna með vefjagigt af konum með stoðkerfisraskanir 46,6% og er hlutfallið hæst þar. Það er lægst á höfuðborgarsvæðinu eða 26,2%. Næst hæst er hlutfallið á Austurlandi (35,6%) og á Vestfjörðum (35,5%).

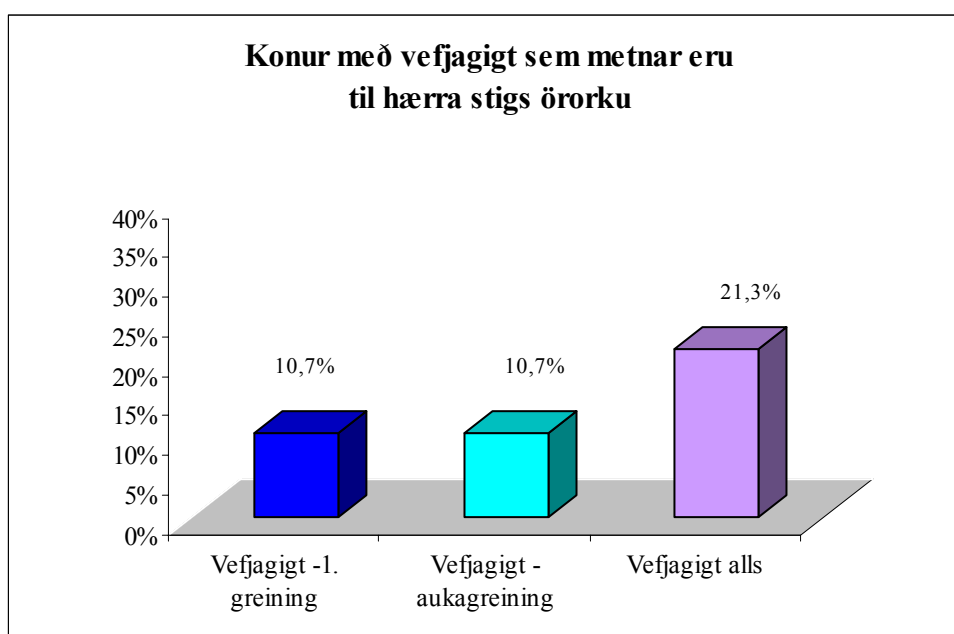
Algengi örorku kvenna vegna vefjagigtar á Íslandi er sýnt í töflu 3.1.4.3. Þar er það sýnt fyrir bæði stig örorku samanlagt og fyrir herra stigið. Algengi örorku vegna vefjagigtar fyrir bæði stigin er 0,9% fyrir landið allt. Það er jafn hátt þegar einungis er skoðað herra stig örorku. Örorka vegna vefjagigtar er algengari á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu. Algengið er hæst á Norðurlandi eystra eða 2,1% fyrir bæði stigin og 1,9% fyrir herra stigið og næst hæst á

Suðurnesjum eða 1,5% fyrir bæði stigin og 1,5% fyrir herra stigið. Algengið er lægst á höfuðborgarsvæðinu eða 0,6%.

TAFLA 3.1.4.3 Algengi örorku vegna vefjagigtar eftir landshlutum		
	Vefjagigt bæði stig örorku	Vefjagigt herra stig örorku
Höfuðborgarsvæðið	0,6%	0,6%
Landsbyggðin	1,5%	1,3%
- Austurland	1,0%	0,9%
- Norðurland eystra	2,1%	1,9%
- Norðurland vestra	1,4%	1,2%
- Suðurnes	1,6%	1,5%
- Suðurland	1,3%	1,2%
- Vestfirðir	1,1%	1,0%
- Vesturland	1,1%	1,0%
Allt landið	0,9%	0,9%

Konur á örorkuskrá sem hafa vefjagigt meðal greininga á örorkumati eru 1812. Þá er vefjagigt ýmist fyrsta greining á örorkumati (n=915) eða aukagreining (n=897). Af þeim sem hafa vefjagigt meðal greininga á örorkumati eru 91,5% (n=1658) metnar til herra stigs örorku og 8,5% (n=154) metnar til lægra stigs. Algengi vefjagigtar meðal greininga hjá konum á örorkuskrá er þannig 21,6% fyrir bæði stig örorku og 21,7% fyrir herra stig örorku.

Á mynd 3.1.4.3 má sjá konur með vefjagigt sem metnar eru til hærra stigs örorku. Eins og sést eru 10,7% (n=828) kvenna á örorkuskrá með hærra stig örorku með vefjagigt sem fyrstu greiningu og 10,7% (n=830) sem aukagreiningu. Vefjagigt kemur fram meðal 21,3% (n=1658) kvenna með hærra stig örorku. Þegar bæði stigin eru skoðuð er hlutfallið 21,6%, þá eru 10,9% með vefjagigt sem fyrstu greiningu og 10,7% með vefjagigt meðal greininga.



Mynd 3.1.4.3 Konur með vefjagigt sem metnar eru til hærra stigs örorku.

Þegar reiknaðar eru allar konur sem hafa vefjagigt meðal greininga á örorkumati er algengi sjúkdómsins 1,9% fyrir konur á Íslandi á aldrinum 16-66 ára.

Árið 2001 (Sigurður Thorlacius o.fl., 2002) var gerð athugun á konum á örorkuskrá með vefjagigt. Í töflu 3.1.4.4 má sjá niðurstöður könnunarinnar frá árinu 2001 borið saman við árið 2005. Hér eru konur með hærra stig örorku sem annars vegar hafa vefjagigt meðal greininga og hins vegar þær sem hafa vefjagigt sem fyrstu greiningu skoðaðar og athugaður fjöldi greininga á örorkumati. Einnig eru hlutföll vefjagigtar af sjúkdómsgreiningum á örorkuskrá, bæði fyrir vefjagigt þegar hún er fyrsta greining á örorkumati sem og þegar vefjagigt er meðal greininga.

TAFLA 3.1.4.4 Samanburður á fjölda sjúkdómsgreininga meðal kvenna með vefjagigt á árunum 2001 og 2005 og samanburður á algengi fyrir sömu ár.

Fjöldi greininga	2001 Vefjagigt 1. sjúkdóms- greining ≥ 75 örorka	2005 Vefjagigt 1. sjúkdóms- greining ≥ 75 örorka	2001 Vefjagigt meðal greininga ≥ 75 örorka	2005 Vefjagigt meðal greininga ≥ 75 örorka
1	16,6%	27,7%	6,8%	13,8%
2	39,2%	48,2%	32,5%	46,3%
3	27,0%	15,9%	28,6%	23,2%
4	9,1%	4,2%	17,5%	8,9%
5	4,4%	2,5%	8,7%	4,3%
6	2,4%	1,0%	3,8%	1,9%
≥ 7	0,3%	0,5%	0,1%	1,6%
Hlutfall vefjagigtar af fjölda öryrkja	4,7%	10,7%	11,4%	21,3%

Eins og sjá má hefur hlutfall greininga á örorkumati breyst hjá þessum hópi kvenna. Árið 2005 eru fleiri konur á örorkuskra sem eru með vefjagigt. Hlutfall kvenna með vefjagigt sem fyrstu greiningu og hærra stig örorku var árið 2001 4,7% en er 10,7% árið 2005. Hlutfallið þar sem vefjagigt er meðal greininga hefur að sama skapi hækkað úr 11,4% í 21,7%. Fjöldi sjúkdómsgreininga hefur einnig breyst hjá hópnum. Hlutfall þeirra sem hafa vefjagigt sem fyrstu og einu greiningu á örorkumati er 27,7% árið 2005 en var 16,6% árið 2001.

3.1.5 Nýgengi örorku kvenna

Þann 1.12.2006 var fjöldi kvenna á Íslandi á aldrinum 16-66 ára 99335 en var árið áður 97044. Nýjar konur á örorkuskrá árið 2006, skráðar frá 2. desember 2005 til 1. desember 2006, eru 741. Nýgengi kvenna á örorku fyrir árið 2006 eru 8/1000 konur á aldrinum 16-66 ára. Nýgengið fyrir hærra stig örorku er 7,3/1000 konur en 0,7/1000 konur fyrir lægra stig örorku. Nýgengi einhleypra kvenna er 11,5/1000 konur en 6,1/1000 konur fyrir giftar konur og konur í sambúð. Nýgengi einstæðra mæðra árið 2006 er 18,6/1000 einstæðar mæður á aldrinum 16-66 ára á Íslandi.

Þegar nýgengi er skoðað milli landshluta kemur í ljós að nýgengi er hærra á landsbyggðinni eða 9,6/1000 konur, en á höfuðborgarsvæðinu er það 7,3/1000 konur. Nýgengi er hæst á Reykjanesi eða 12,0/1000 konur en lægst á Vesturlandi, 6,1/1000 konur

TAFLA 3.1.5.1 Nýgengi örorku árið 2006	
	Nýgengi árið 2006
Höfuðborgarsvæðið	7,3
Landsbyggðin	9,6
- Austurland	6,4
- Norðurland eystra	9,8
- Norðurland vestra	11,6
- Suðurnes	12,0
- Suðurland	11,5
- Vestfirðir	7,9
- Vesturland	6,1
Allt landið	8,1

3.1.6 Nýgengi vefjagigtar

Árið 2006 fjölgaði konum á örorkuskrá sem hafa vefjagigt sem fyrstu greiningu á örorkumati um 96 konur. Það er 13% allra nýrra kvenna á örorkuskrá. Nýgengi vefjagigtar meðal kvenna í þjóðinni á aldrinum 16-66 ára er 1/1000 íbúa.

Tafla 3.1.6.1 sýnir nýgengi vefjagigtar eftir landshlutum á hverjar 1000 konur. Nýgengi vefjagigtar er hærra á landsbyggðinni 1,4/1000 konur en á höfuðborgarsvæðinu 0,7/1000 konur. Hæst er nýgengi vefjagigtar á Norðurlandi eystra eða 2,0/1000 konur. Á Vestfjörðum kemur engin ný kona á örorkuskrá vegna vefjagigtar árið 2006.

TAFLA 3.1.6.1 Nýgengi vefjagigtar árið 2006	
	Nýgengi vefjagigtar árið 2006
Höfuðborgarsvæðið	0,7
Landsbyggðin	1,4
- Austurland	1,0
- Norðurland eystra	2,0
- Norðurland vestra	1,9
- Suðurnes	1,5
- Suðurland	1,5
- Vestfirðir	0,0
- Vesturland	0,9
Allt landið	1,5

3.1.7 Samantekt

Konur eru 60% öryrkja. Flestar þeirra, eða 93%, eru með hærra stig örorku. Algengi örorku hækkar með vaxandi aldri. Algengi örorku meðal kvenna er hærra á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu. Varanleg örorka er frekar veitt eldri konum en yngri konum.

Konur á örorkuskrá eru síður giftar eða í sambúð en gengur og gerist meðal þjóðarinnar. Konur sem hafa ekki börn á framfæri hljóta frekar varanlega örorku en þær sem hafa börn á framfæri. Hærra hlutfall einstæðra mæðra er á örorkuskrá en er meðal þjóðarinnar. Þær eru oftast með hærra stig örorku en aðrar

konur á örorkuskrá og tilheyra flestar flokki geðraskana og stoðkerfiskraskana. Meðalaldur þeirra er lægri en fyrir allar konur á örorkuskrá.

Algengustu sjúkdómsflokkar meðal kvenna á örorkuskrá eru geðraskanir og stoðkerfiskraskanir. Algengi geðraskana er hærra fram til 45 ára aldurs en eftir það verður algengi stoðkerfiskraskana hærra. Hlutfallslega fleiri konur með geðraskanir koma af höfuðborgarsvæðinu en af landsbyggðinni og hlutfallslega fleiri konur með stoðkerfiskraskanir koma af landsbyggðinni.

Konur með vefjagigt eru oftast metnar til tímabundinnar örorku en gengur og gerist með aðrar konur á örorkuskrá. Algengi örorku vegna vefjagigtar hjá konum er mismunandi eftir búsetu. Sá hópur sem sker sig úr eru konur með vefjagigt búsettar á Norðurlandi eystra. Þar er algengi örorku vegna vefjagigtar hæst eða 2,1% en er 0,9% fyrir landið allt. Þar er vefjagigt í 46,6% tilvika ástæða örorku fyrir flokkinn stoðkerfiskraskanir sem er mun hærra en fyrir landið í heild þar sem það er 31,1%. Á Reykjanesi þar sem algengi örorku vegna vefjagigtar er líka hátt eða 1,6% er hlutfall vefjagigtar af stoðkerfiskraskunum ekki eins hátt eða 33,7% sem er nær hlutfalli landsins í heild. Höfuðborgarsvæðið sker sig einnig úr því þar er algengi kvenna lægra en fyrir landið allt, hlutfall vefjagigtar af örorku kvenna og af stoðkerfiskraskunum er þar einnig lægra en fyrir landið í heild. Konur með vefjagigt og á örorkuskrá eru frekar giftar eða í sambúð en aðrar konur á örorkuskrá og hærra hlutfall þeirra er með barn eða börn á framfæri. Þegar skoðað er hlutfall kvenna sem hefur vefjagigt meðal sjúkdómsgreininga á örorkumati er vefjagigt greining hjá 21,6% kvenna á örorkuskrá og 21,7% kvenna á örorkuskrá með hærra stig örorku. Þegar hópur kvenna með hærra stig örorku og með vefjagigt meðal sjúkdómsgreininga er borinn saman við athugun á sama hópi árið 2001 kemur í ljós að konum á örorkuskrá sem hafa vefjagigt meðal greininga hefur fjölgað úr 11,4% í 21,7%. Þeim konum hefur fjölgað sem hafa vefjagigt sem eina greiningu á örorkumati.

Nýgengi örorku árið 2006 er 8,1 á hverjar 1000 konur á landinu. Nýgengi einstæðra mæðra er 18,6 á hverjar 1000 einstæðar mæður og nýgengi vefjagigtar er 1,5 á hverjar 1000 konur.

3.2 Niðurstöður eigindlega hlutans

Í þessum hluta verður gert grein fyrir niðurstöðum viðtala við 9 konur með vefjagigt sem eru á örorkuskrá. Rannsóknarspurning þessa hluta var:

Hvað aftrar konum með vefjagigt að fara af örorkubótum inn á vinnumarkað?

3.2.1 Álag í daglegu lífi

Viðmælendur höfðu upplifað mörg álagstímabil í daglegu lífi sem þeir lýstu í viðtölunum. Misjafnt var hversu löng tímabil um var að ræða en þau voru allt frá því að konurnar höfðu upplifað stuttan en afgerandi álagstíma yfir í að hafa upplifað mörg og langvarandi álagstímabil í lífinu. Álag í daglegu lífi kom fram sem það að hafa þurft ungur að standa á eigin fótum, álag við að koma undir sig fótunum, álag við íbúðakaup og fjárskuldbindingar jafnframt því að sinna barneignum, uppeldi og vinnu þegar lítinn stuðning var að hafa frá leikskólum eða öðrum fjölskyldumeðlimum. Einnig komu fram álagspættir eins og að missa foreldra sína á unga aldri, skilnaður, fjárhagserfiðleikar, húsnæðiserfiðleikar, að taka ungur á sig fjölskylduábyrgð, erfiðleikar við barneignir, svik í barnæsku, áfengisdrykkja á heimilinu eða langvarandi líkamleg einkenni frá barnæsku sem ekki voru alvarleg en þó heftandi.

Viðmælendur hafa mismunandi viðhorf til þess hversu mikil áhrif álagið hafði á þróun sjúkdómsins. Sumir viðmælendur tengdu upphaf vefjagigtarinnar beint við álag í daglegu lífi eða veltu upp þeim möguleika að það hafi verið hluti af orsökinni. Einn viðmælandinn lýsti þessu þannig: „en ég er náttúrulega búin að lifa mjög miklu... streitu-lífi”. Abba lýsir því þannig að á stuttum tíma hafi nokkur þung áföll valdið henni það miklu álagi að sjúkdómseinkennum fóru að gera vart við sig og fljótlega fékk hún greininguna vefjagigt. Þá átti hún erfitt með að stunda vinnu og sinna heimilinu. Á nokkrum mánuðum varð hún óvinnufær. Erla lýsir því að hafa verið undir álagi allt frá unglingsárum en hún hafi í raun ekki horft á það sem álag, meira sem lífsstíl sem hún kaus sér. Straumhvörf urðu í lífi hennar við fertugsaldurinn og á sama tíma varð hún líkamlega veik. Upp frá því hefst hennar barátta við vefjagigtina. Íris og Klara höfðu báðar lifað við álag og álagseinkenni allt frá bernsku. Þær segjast hafa fundið fyrir álagseinkennum í

gegnum lífið og telja að sjúkdómurinn hafi fylgt þeim um langan tíma áður en þær fengu læknisfræðilega greiningu á honum. Lilja hafði verið undir álagi þegar hún var að koma undir sig fótunum og stóð mikið til ein í heimilishaldi vegna vinnu eiginmannsins en þegar sjúkdómseinkennin gerðu vart við sig var álag í daglegu lífi farið að minnka. Í kjölfar líkamlegra veikinda gerðu vefjagigtareinkennin vart við sig og upp frá því varð hún óvinnufær. Björg, Soffía og Hildur tala um álagstíma í lífi sínu en finnst álagið ekki hafa verið íþyngjandi og telja ekki að það hafi haft áhrif á þróun sjúkdómsins.

Hjúskaparstaða viðmælanda hafði áhrif á það hvernig álagi var lýst. Þannig tala einstæðu mæðurnar í hópnum um álag sem skapast af því að vera eina fyrirvinnan. Þeirra reynsla er þó mismunandi. Abba upplifði mikið álag við að halda heimili með lág laun og að hafa lítið um að velja á vinnumarkaði til að bæta kjör sín þar sem hún er ófaglærð. Auk þess sem henni gengur betur að sinna heimili og að byggja upp líkamlega heilsu. Erla hefur á hinn bóginn haft það betra fjárhagslega við að vera á vinnumarkaði en að sama skapi upplifir hún auka álag við að koma jafnvægi á vinnu, einkalíf og það að halda heilsu. Það er því ákveðið álag fyrir hana að horfa fram á það að hverfa af vinnumarkaði og sjá fram á lakari fjárhag.

Þær sem eru giftar eða í sambúð nefna hjónaband sem bakhjarl á einn eða annan hátt ýmist í því að deila ábyrgð á heimilishaldi eða fjármálum eða deila með sér verkum. Þær lýsa á hinn bóginn sjúkdómnum sem álagi fyrir alla fjölskylduna þar sem þær hafa minni orku til að sinna heimilishaldi. Auk þess nefna þær álag á eiginmennina þegar þeir eru orðnir eina fyrirvinna heimilisins. Í sumum tilfellum verður það til að þeir vinna meira.

Viðmælendur nefna álagsþætti sem þær telja að tengist því að vera kona. Þannig er það nefnt að þær hafa upplifað líkamleg veikindi á meðgöngu, álag við barnsburð eða röskun á svefni á meðgöngu eða þegar börnin voru ung. Aðrar nefna þennan sama þátt sem jákvætt tímabil þar sem minna álags gætti. Einnig nefna þær að tekjumöguleikar á vinnumarkaði eru verri fyrir konur en karla.

3.2.2 Álag í vinnu.

Viðmælendur hafa almennt jákvætt viðhorf til vinnunnar og hafa ánægju af vinnu sinni. Flestar minnst þær álags í vinnu á einn eða annan hátt og sem þær telja að geti hafa haft áhrif á þróun vefjagigtar. Álagsþættir í vinnu sem nefndir voru eru bæði tengdir vinnufyrirkomulagi, tekjum og möguleikum þeirra á að fá starf.

Varðandi vinnufyrirkomulag komu fram álagsþættir eins og lítill stuðningur yfirmanns, tíðar fjarvistir samstarfsfólks, loftkuldi, mörg verkefni sem sinna þurfti samtímis, erfið og/eða mikil samskipti við samstarfsfólk eða viðskiptavini, lítið sjálfræði í vinnu, erfið verkefni og ill-leysanleg verkefni, skortur á aðbúnaði sem léttir vinnuna við burð, stöður eða setur. Launakjör komu einnig til umræðu. Þannig unnu þær sumar meira en fulla vinnu til að auka tekjur sínar, voru í fleiri en einni vinnu, unnu í fríum eða unnu þar sem greitt var eftir afköstum. Einnig kom fram að álag skapaðist þegar launin voru lág og erfitt var að auka tekjur, ýmist þar sem erfitt var að fá betur launaða vinnu eða auka við sig vinnu vegna fjölskylduaðstæðna.

Misjafnt er hversu mikil áhrif viðmælendur telja að vinnan hafi haft á sjúkdóminn. Sumar telja að vinnan hafi átt stóran þátt í að hrinda veikindunum af stað. Ein talar um að vinnan hafi verið eins og fíkn, henni fannst ekki gaman nema ef vinnan var farin að teygja sig yfir nánast allan daginn. Lilja nefnir að vinnan hafi verið líkamlega erfið allan starfsferilinn, miklar stöður, mikill burður og launin lág þannig að hún vann yfirvinnu og vaktavinnu til að hækka launin. Hildur skipti um starf og kom á vinnustað þar sem stjórnendur veittu lítinn stuðning, samstarfsfólk var mikið frá vegna veikinda, verkefni hlóðust upp og sífellt meira álag skapaðist hjá henni. Hún fékk mikið hrós en í dagslok var hún örmagna. Fleiri hafa sambærilega reynslu um að smátt og smátt urðu verkefni í vinnunni þeim um megn. Ein ber sig saman við samstarfsmenn af hinu kyninu og veltir því fyrir sér að hún hafi líklega tekið vinnuna af meiri alvöru en þeir og tekið málefni persónulegar en efni stóðu til. Ein lýsir reynslu sinni í þennan hátt:

*Ég var í mörg ár að reyna ... ég entist kannski til hádegis...
enginn ákveðinn tími passaði mér því suma morgna þurfti ég að
þröngva mér á fætur þetta byrjar áberandi mikið um fertugt.*

Allar eiga þær það sammerkt að hafa endurskipulagt í vinnu í samráði við vinnuveitendur til að halda starfinu. Það gerðu þær með því að fara fram á aukinn sveigjanleika, lækka starfshlutfall, fækka verkefnum eða breyta um verkefni innan vinnunnar. Það virtist ekki í öllum tilfellum draga úr álagi. Sumar töluðu um að þrátt fyrir að hafa lækkað starfshlutfall væri jafnvel enn verið að áætla á þær meiri vinnu en hæfði því starfshlutfalli. Þetta átti t.d. við í tilfelli Hildar sem var ofhlaðin verkefnum í fullri vinnu, þannig að ef vel átti að vera hefði hún þurft að inna af hendi a.m.k. fjórðungi meiri tíma til að komast yfir verkefni. Þegar hún lækkaði starfshlutfallið var aðeins eitt verkefni tekið frá þannig að áfram var sá vandi til staðar að ná ekki að ljúka verkefnum. Eins nefndi Björg að þrátt fyrir lægra vinnuhlutfall þá væru sumir hlutar starfsins, eins og þeir sem lutu að samstarfi, þannig að ekki væri hægt að minnka viðveru þeim tengdum. Í lægra starfshlutfalli lenti hún í tímaþröng við að koma frá þeim verkefnum sem hún ein bar ábyrgð á. Einnig má nefna frásögn Lilju sem vann við framleiðslu. Þegar hún fór fram á minna starfshlutfall varð vinnutími hennar að passa við framleiðsluferlið. Ein benti á, að eftir á að hyggja, var betra að hafa ekki fengið lægra starfshlutfall því það hefði þýtt lægri greiðslur úr lífeyrissjóði.

Þættir tengdir vinnu sem nefndir voru sem jákvæðir og styðjandi svo þær gátu unnið þrátt fyrir vefjagigtina voru sveigjanleiki varðandi vinnutíma, styttri vinnutími, skilningur og stuðningur samstarfsmanna og yfirmanna.

Þegar ég var að greinast með vefjagigt var ég á besta vinnustað sem hægt er að hugsa sér ... ég var að vinna með besta fólki sem hægt er að hugsa sér til að styðja mig í gegnum þetta til að geta klárað [vinnuna] ég var alveg á réttum stað.

3.2.3 Birtingarmynd álags - Líkami og sál

Álagið hafði hjá þeim öllum líkamlega birtingarmynd. Þannig kom svefn til umræðu og höfðu þær allar upplifað röskun á svefni ýmist þannig að þær vildu sofa meira eða áttu erfitt með svefn. Álagstímar með ung börn sem fylgdi svefnleysi, mikil vinna, þreyta í kjölfar vinnu og vaktir þar sem lítið var um svefn koma fram hjá viðmælendum.

Einkenni sjúkdómsins koma fram í ýmsum og mismunandi líkamlegum einkennum eins og dreifðum verkjum, doða, slappleika, bakveiki eða almennri þreytu og einkennin koma og fara án þess að þær gætu skýrt hvað því olli. Sumar upplifðu líkamlegt ástand sitt sem „aumingjaskap“. Þar lýsa þær að greining sjúkdómsins og einkenni voru óljós og ekki stöðug og því hafi þær velt því fyrir sér hvort þau væru raunveruleg. Einnig lýsa þær því að þau skilaboð hafi þær líka fengið frá umhverfinu eða eins og ein segir:

maður fær alltaf skilaðboð um að þetta sé hystería í sér og maður heldur þá að maður eigi bara að drífa sig og ef maður er duglegur þá hverfi þetta

Sumir viðmælendur voru með aðra líkamlega sjúkdóma samhliða vefjagigt sem höfðu hrjáð þær um tíma, má þar nefna gigtsjúkdóma, sjúkdóma í liðum, hjarta- og blóðrásarsjúkdóma eða styttingu í ganglim. Sumir viðmælendur röktu upptök vefjagigtarinnar til annarra líkamlegra sjúkdóma þannig að vefjagigtin væri fylgikvilli þeirra. Bæði Lilja og Soffía rekja upphaf vefjagigtarinnar til hálsáverka í kjölfar bílslyss. Lýsing þeirra er sambærileg því þær upplifa algjör kaflaskil í líkamlegri heilsu í kjölfari slysanna, áður gátu þær framkvæmt hvað sem var og varð ekki misdægurt vegna líkamlegra kvilla en eftir hálsáverka fór af stað atburðarrás þar sem líkamlegri heilsu hrakaði og andlegri heilsu í kjölfarið og á endanum var greiningin vefjagigt.

Veikindaferlið er sambærilegt hjá viðmælendum. Þannig skiptast á líkamleg vanlíðan og andleg vanlíðan. Flestar rekja þær andlegu vanlíðanina til þess að eiga erfitt með daglegar athafnir vegna verkja eða slappleika. Nokkrar nefna það þannig að líkaminn sé að gefa sig en hugurinn ekki þannig að þeim finnst erfitt að sætta sig við þessi veikindi. Einn viðmælandinn lýsir því vel á þennan hátt:

...þessi þreyta ... það fer öll orkan að fara í gegnum það nauðsynlegasta á hverjum degi þannig að maður fer svona smám saman að uppgötva ... að maður er svona oltinn út úr öllu maður hittir ekki fólk og það ýtir náttúrulega líka undir svona þunglyndi sem sækir að manni þegar maður er svona dapur yfir stöðunni

Þannig að þessi keðjuverkun sem að náttúrulega allir þekkja sem hafa lent í þessu, þetta skellur á manni og maður gjörsamlega veit ekkert hvað er að gerast og maður hættir að þekkja sín eigin viðbrögð því maður er allt í einu í nýjum heimi.

3.2.4 Að ná heilsu

Eðli vefjagigtarinnar er þannig að suma daga líður konunum betur en aðra daga eru þær frá vegna verkja eða slappleika. Þegar þær leita læknis vegna veikindanna eru þær með einkenni um verki, þreytu, slappleika eða þær halda jafnvel að eitthvað annað ami að sem síðan reynist ekki vera. Þróunin þar til þær verða óvinnufærar er hæg. Hjá Öbbu gerðist það hraðast eða á nokkrum mánuðum. Ein lýsir þróuninni svona:

...ég er farin að draga mig í hlé þannig að ég er hætt að taka þátt í einhverjum skemmtilegum gönguferðum eða hinum og þessum uppákomum þar sem maður þarf aðeins að reyna á sig líkamlega. Ég bara gerði mér ekki grein fyrir því af hverju það var en ég var farin að draga úr því og svo ... bara vatt þetta upp á sig hægt og bítandi... og svo þessir rosalegu verkir sem að koma ef ég er undir einhverju álagi og ofboðsleg þreyta sem ég er farin að finna fyrir ég er bara örmagna ég skil orðið örmagna núna þetta er alveg ótrúlegt ... þetta hefur verið að vinda svona smátt og smátt upp á sig. Ég hef verið heldur sein að fara í veikindaleyfi.

Flestar lýsa þær að einhver tími hafi liðið frá því að einkenni koma fram þar til greining er komin. Þeim tíma lýsa þær þannig að þeim hafi fundist ótrúlegt annað en að einkennin myndu rjástlast af á einhverjum tíma. Fleiri viðmælendur taka undir að hafa streist á móti því að fara í veikindaleyfi, þeim hafi ekki þótt nægileg ástæða til. Í lengstu lög drógu þær veikindaleyfin en flestar fóru í nokkur veikindaleyfi áður en til örorkumats kom. Lýsingar á veikindaleyfum og endurhæfingu eru sambærilegar hjá viðmælendum. Eftir endurhæfingu í veikindaleyfi hafa þær náð sér og telja veikindin að baki og hverfa aftur til vinnu. Heilsan endist hins vegar ekki og þær fara aftur í veikindaleyfi þar til þær eiga

ekki annan kost en að hverfa af vinnumarkaði. Ein viðmælendanna segir svo frá: „ég náði mér upp svona sæmilega á sex vikum ég var búin að vinna í þrjár vikur og þá var ég hrunin aftur“. Önnur líkti einkennum vefjagigtarinnar við batterí sem hleður ekki, það tekur stuttan tíma að tæma af batteríinu en langan tíma að hlaða það aftur og það verður aldrei fullhlaðið.

Á þessum tíma áður en til örorkumats kemur eru þær að hugsa um það eitt að ná sér og halda í vinnuna. Allar voru þær eins lengi í vinnu og þær mögulega gátu. Flestar voru búnar að fara í veikindaleyfi, í endurhæfingu, fara aftur í vinnu og verða aftur veikar þar til að þær gátu ekki meir. Klara lýsir þessu þannig að hún hafi endað sinn vinnuferil í hjólastól, Íris vann þar til „ég kom skríðandi ... en þá fórnar maður líka öllu“. Flestar lýsa þær því þannig að það hafi verið lækningar sem ráðlagði þeim að sækja um örorkubætur en að þær hafi mótmælt því til að byrja með og talið það óþarfa. Sá viðmælandi sem ekki er komin með örorkumat nefnir einnig að henni hafi verið bent á þennan möguleika, en hún stefnir á að nýta hann ekki. Einungis Abba virðist hafa séð það fljótlega að hún gæti ekki unnið og var því ekki að efast um að rétt væri að sækja um örorkubætur.

3.2.5 Að standa sig

Eitt þema sem fram kemur í viðtölunum er viljinn til að standa sig og gefast ekki upp. Það viðhorf kemur sterkt fram í því að vilja ekki hætta að vinna. Meðan þær eru enn í vinnu lýsa þær hvernig þær mæta í vinnu og standa vaktina þrátt fyrir verki eða vanlíðan og láta sig hafa það á vinnutíma en eru þá jafnvel óvinnufærar á heimilinu og liggja fyrir.

Ástæðum fyrir því að vilja standa sig lýsa þær á ýmsan hátt. Ein hlið á því tengist gildismati þeirra í lífinu. Ein þeirra segir t.d. „ég kem af þannig heimili þú átt að vinna og reyna vera eins duglegur og þú getur“ og önnur segist aldrei hafa þekkt annað en að standa á eigin fótum. Einnig koma fram skýringar sem þeim finnst tengjast gildismati í þjóðfélaginu. Ein skýringin er sú að hér ríki mikil vinnuharka þar sem vinnan og hvað þú gerir skiptir miklu og ekki síst fyrir sjálfsmyndina. Einnig sú sýn að þegar kvennahreyfingin fór af stað í kringum 1970 hafi konur ætlað að sýna hvað í þeim bjó og sýna að þær gátu verið á vinnumarkaði og sinnt heimili. Tveir viðmælendur orðuðu það svo að þær hafi

viljað vera „ofurkona“. Það þýddi að vera „allt í öllu“; vera í vinnu, sýna metnað og stefna á starfsframa, halda heimili og vera vel til hafðar og líða vel með það. Þetta fannst þeim vera skilaboð frá samfélaginu.

Að standa sig hefur líka með sjálfsmynd þeirra að gera. Það að vera spurður hvað þú starfar við eða vera metin út frá því sem þú gerir. Ein orðar það svo:

...starfið er svo stór hluti af sjálfsmyndinni og fólk reynir eins og það getur að halda í hana það er mín upplifun ... Ég var orðin öryrki löngu áður en ég hætti að starfa í þeim skilningi í mjög mörg ár að keyra mig áfram á einhverju allt öðru en því... já einhverju ég veit ekki hverju.

Sambærilegar lýsingar er að finna í frásögnum hinna kvennanna. Þær eru auk þess ósáttar við að hafa þurft að hætta að vinna og margar lýsa því þannig að þær hafi unnið lengur en læknir þeirra hafi talið ráðlegt en segja svo að þær hafi að lokum farið að læknisráði og farið í sjúkraleyfi sem síðar varð að örorku. Þessu er til dæmis lýst á þennan hátt:

...það er kannski bara þetta kapp í manni og hérna í bland við kannski ... að maður eigi nú að standa sig og leggja sitt til samfélagsins og ekki vera baggi og það sé manns samfélagslega skylda að gera alltaf eins mikið og maður getur og ef maður getur það þá gerir maður það og svo ... hvað það skiptir rosalega hvað vinnutengingin manns út í samfélagið er rosalega sterk og líka svona ég lendi í svona sjálfskreppu með skilgreininguna á sjálfri mér af því að þetta vinnumiðaða samfélag þegar spurt er hver þú ert er verið að spyrja þig hvað þú gerir...

3.2.6 Stimplun – almenningsálit

Viðmælendur segja að almennt ríki neikvætt viðhorf til öryrkja. Íris og Lilja hafa reynslu af neikvæðum viðbrögðum. Íris flutti sig milli landshluta til að komast undan neikvæðum viðhorfum og Lilja fordast samskipti við aðra til að komast hjá neikvæðum viðbrögðum. Klara segir aldrei frá örorku sinni. Erla lýsir eigin fordómum í garð öryrkja og greinir frá því hvernig hún hefur þurft að berjast við

þá til að taka sjálfa sig í sátt eftir veikindin. Abba á hinn bóginn sker sig úr þar sem hún er frekar jákvæð yfir örorkunni og samþykkir hana án þess að finna fyrir neikvæðum viðhorfum. Þó hún hafi það sammerkt með öðrum viðmælendum að vilja standa sig þá átti hún ekki erfitt með að þiggja örorkubætur og orðar það þannig að „þar sem ég er komin hingað [á örorkuskrá] vil ég vera hér áfram“.

Nokkrar nefna viðbrögð frá fólki sem furðar sig því að þær skuli vera öryrkjar þar sem þær líta svo vel út. Þær nefna það nokkrar að það að líta vel út geti krafist töluverðs undirbúnings. Einfaldar athafnir eins og dagleg umhirða verður erfðari í veikindum. Þar af leiðandi hafa þær margar gefist upp á að vera að tala um örorkuna við aðra og kynna sig yfirleitt ekki sem slíkar eins og Klara orðaði það:

...þetta að vera öryrki og vera heima það er að vera ekki neitt það er rosalega óinteressant og lokar á allar umræður ef þú ert að sósíalisera, hvað ertu að gera ég er heima ég er öryrki ég meina, hvað er hægt að tala um?

Vegna hættu á slíkum viðbrögðum vilja þær ekki ræða um örorkuna. Þær sem eru giftar tala um að þeim finnst þær einnig stimplaðar af almannatryggingakerfinu. Meðan þær voru útvinnandi voru þær sjálfstæðir einstaklingar og þáðu sín laun. Örorkubæturnar á hinn bóginn lækka við það að þær eru giftar, þá eru bætur þeirra metnar út frá launum eiginmanna sinna. Þetta finnst þeim niðurlægjandi og eru mjög ósáttar við. Þær sem eru giftar nefna þetta sem eitt af því neikvæða við að fara af vinnumarkaði og fá metna örorku: „að [örorkubæturnar] skerðist vegna hans tekna það finnst mér alveg hrikalega niðurlægjandi“

3.2.7 Aftur á vinnumarkað

Það er áfall fyrir viðmælendur í þessari rannsókn að hverfa af vinnumarkaði. Það að líkaminn væri að gefa sig en ekki hugurinn var það sem þær nefndu flestar sem mesta áfallið:

[erfiðast var] að setta mig við að líkaminn væri að segja nei en ekki heilinn, hugsunin ég vil vinna áfram og ég er baráttukona ... mig dauðlangar að fara út að vinna en ég er bara ekki í standi.

Annað sem nefnt var í sambandi við að hætta að vinna var að hafa ekki lengur þann ramma sem vinnan skapar í daglegu lífi, að mæta til vinnu daglega þar sem þær sinntu þeim verkefnum sem þeim var falið, fengu laun og hrós fyrir vel unnin störf, og að missa þann félagsskap og tengsl sem var á vinnustaðnum. Fyrir allar var það einnig áfall að missa tekjurnar og fara á mun lægri bætur en laun þeirra á vinnumarkaði voru, nema þar skar Abba sig úr en hún hafði það betra fjárhagslega með örorkubótum. Hún nefndi að það hafi verið áfall fyrir sig að átta sig á því að hennar starfskraftar væru í raun metnir lægra en örorkubæturnar sem hún fær:

Það er svo asnaleg tilfinning að vera að fá einhvern geðveikan pening fyrir að vera veikur og fatta þá að maður er svo lítils metin [á vinnumarkaði].

Þær hafa allar velt fyrir sér hvort þær fari aftur á vinnumarkað en hafa mismunandi sýn á það. Fyrst hugsa þær um að ná heilsu. Sumar sjá fyrir sér að geta ekki farið aftur í sama starf og undirbúa sig með endurmenntun:

Því að ég sem ófaglærð manneskja þarf að vinna helmingi meira heldur en faglærð manneskja fyrir jafnmiklum peningum og þá er skynsamlegra fyrir mig að ná mér í meiri menntun ... og líka fyrir þjóðfélagið svo ég fari nú af bótum í vinnu sem að er ekki líkamleg því að náttúrulega margir sem eru ófaglærðir eru í líkamlegri vinnu.

Þær eldri í hópnum telja ólíklegt að þær fari aftur á vinnumarkað einkum þar sem þær eiga stutt eftir að ellilífeyrisárúnum. Sumar eru að vinna að nokkru

leyti þó þær hafi ekki stöðugar tekjur, en þær sjá í því atvinnutækifæri og finnst það hjálpa sér í að takast á við vinnumissinn. Flestar stefna þær á hlutastarf á vinnumarkaði. Aðrar sjá fyrir sér tímabundna vinnu eða verkefni sem þær gætu tekið að sér.

Viðmælendurnir hafa ekki farið í fasta vinnu á vinnumarkaði eftir að þær voru metnar til örorku. Þær telja að fæstir myndu ráða þær til vinnu þar sem þær treysta sér ekki í fullt starf. Þær eru sammála um að þær geta unnið en til þess þurfa þær að hafa sveigjanleika. Með sveigjanleika eiga þær við að geta haft val um það hvenær dagsins þær ynnu og að geta haft það breytilegt frá degi til dags. Einnig ef þær mættu vinna í skorpum því þannig gætu þær unnið meira þá daga sem þær eru góðar en minna þá daga sem þær eru verri eða þá tekið sér frí. Fullt starf telja þær að mundi ekki henta með vefjagigtinni. Annar kostur sem er nefndur er ef vinnustaðir gætu haft bakhjarl sem myndi styðja atvinnurekandann fjárhagslega ef sjúkdómurinn versnar og til langra fjarvista frá vinnu kemur, þannig væru meiri líkur á að fá störf við hæfi. Ein hafði reynslu af því að ráða sig í starf en þurfa svo að vera frá vegna veikinda. Það olli áhyggjum bæði hjá henni og atvinnurekendum sem voru með eigið fyrirtæki og sáu fram á kostnað vegna veikindanna. Í þriðja lagi nefna þær að almannatryggingakerfið þyrfti að hækka frítekjumörkin þannig að það væri raunverulegur ágóði af því að fara á vinnumarkað en ekki tap eins og það getur verið í dag.

3.2.8 Samantekt

Við greiningu viðtala við níu konur með vefjagigt koma fram sjö þemu. Álag er áberandi í frásögnum kvennanna, bæði álag í daglegu lífi sem og í vinnu. Álag í vinnu hefur haft áhrif á þróun sjúkdómsins í sumum tilfellum. Ástæður fyrir því að konurnar hætta að vinna og fá metna örorku eru helstar, verkir og þreyta. Konurnar hafa unnið svo lengi sem þær gátu og eru sumar að stefna aftur á vinnumarkað. Þær telja að það aftri sér helst að snúa aftur til starfa að vinnumarkaðurinn bjóði ekki upp á hlutastörf eða störf sem bjóða upp á þann sveigjanleika að tekið er tillit til þeirra sveiflna sem þær upplifa vegna sjúkdómsins sem er þannig að stundum koma dagar sem þeim líður mjög vel og gætu unnið en á öðrum dögum er líðanin það slæm að þær geta ekki unnið.

4. UMRÆÐUR

Markmiðið þessarar rannsóknar var að kanna hvað einkennir konur á örorkubótum og hvað greinir þær frá öðrum konum í þjóðfélaginu. Jafnframt að kanna sérstaklega hóp kvenna á örorkuskrá sem eru með sjúkdómsgreininguna vefjagigt sem fyrstu greiningu á örorkumati, hvað einkennir þær og hvað greinir þær frá öðrum konum á örorkuskrá. Í þriðja lagi voru tekin viðtöl við konur með vefjagigt til að leita svara við því hvað aftrar þeim frá þátttöku á atvinnumarkaðnum.

4.1 Konur á örorkuskrá og samanburður við konur í þjóðfélaginu

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að meðal kvenna á örorkuskrá er dreifing algengustu sjúkdómsflokka ólík eftir aldri. Geðraskanir eru algengari meðal kvenna yngri en 45 ára og stoðkerfissraskanir eru algengari meðal kvenna eldri en 45 ára. Eldri konur á örorkuskrá eru frekar metnar til varanlegrar örorku en þær yngri. Konur með vefjagigt sem fyrstu sjúkdómsgreiningu á örorkumati eru hlutfallslega flestar á aldursbilinu 40-59 ára. Erlendar rannsóknir hafa einnig sýnt að vefjagigt er algengust meðal kvenna á þessu aldursbili (Al-Allaf, 2007; Wolfe og Potter, 1996).

Á örorkuskrá eru fleiri einhleypar konur en giftar konur eða konur í sambúð. Það er ólíkt því sem er meðal þjóðarinnar. Nýgengi örorku meðal einhleypa kvenna er einnig hærra en nýgengi örorku meðal giftra kvenna eða kvenna í sambúð fyrir árið 2006. Þetta á hins vegar ekki við um konur með vefjagigt, en þær eru frekar en aðrar konur á örorkuskrá, giftar eða í sambúð. Í rannsóknnum á örorku hefur komið fram að öryrkjar eru oftast einhleypir (Teasell og Merskey, 1997). Hins vegar hefur ekki verið sýnt fram á að hjúskaparstaða hafi áhrif á að einstaklingar eru frekar metnir til örorku (Burchardt, 2003). Skýringin á því að fleiri konur eru einhleypar á örorkuskrá getur legið í því að sjúkdómur eða

fötlun hafi þau áhrif að einstaklingar gangi síður í hjónaband eða hefji sambúð (Lahelma o.fl., 2002). Annað sem gæti haft áhrif á fjölda einhleypra kvenna meðal öryrkja er að hér á landi voru í gildi fram til 1. apríl 2008 reglur um að tekjur maka skerða örorkulífeyrir. Það gæti haft áhrif á að konur á örorkuskra eru síður skráðar í sambúð. Um slíkt er ekki hægt að fullyrða en á næstu árum gæti það komið í ljós þar sem tekjutenging örorkubóta við tekjur maka hefur verið afnumin.

Þessi rannsókn sýnir að einstæðar mæður eru líklegri til að vera metnar til örorku en aðrar konur. Þær eru marktækt fleiri meðal kvenna á örorkuskra en meðal þjóðarinnar. Nýgengi örorku hjá einstæðum mæðrum árið 2006 gefur til kynna að konum úr röðum einstæðra mæðra fjölgi meira en meðal annarra kvenna í þjóðinni. Fjöldi einstæðra mæðra getur þannig skýrt að hluta aukningu meðal yngra kvenna á örorkuskra.

Tryggvi Þór Herbertsson (2005) hefur lýst því að fyrir einstæða foreldra er fyrir hendi ákveðinn fjárhagslegur hvati til að fara af vinnumarkaði og þiggja örorkulífeyri í núgildandi almannatryggingakerfi, sér í lagi ef þeir tilheyra láglaunahópum. Þar sem einstæðar mæður hér á landi eru fleiri en einstæðir fedur og konur tilheyra frekar láglaunahópum en karlar (Forsætisráðuneytið, 2004) er þessi skýring líklegri til að eiga við konur en karla. Það verður þó að benda á það að ekki er víst að hvati til betri afkomu með örorkulífeyri sé nægjanleg skýring á fjölda einstæðra mæðra meðal öryrkja. Það er ekki víst að allir séu reiðubúnir að láta af starfi sínu og þiggja örorkubætur þó afkoman myndi batna. Vinna hefur fleiri gildi fyrir einstaklinga en að vera undirstaða fjárhagslegrar afkomu. Þannig fá einstaklingar félagsleg tengsl, umbun þegar vel gengur og fyrir konur jafnt sem karla er vinnan mikilvæg sjálfsmyndinni (Þorgerður Einarsdóttir, 2004). Þetta kom m.a. fram í viðtölum við konur með vefjagigt sem tóku þátt í þessari rannsókn. Tilhugsunin um að hætta að vinna var þeim erfið, m.a. vegna þess að það var mikilvægt fyrir sjálfsmynd þeirra að stunda vinnu, þeirra gildismat byggðist á því að það væri rétt að vinna og skila sínu til samfélagsins. Þannig var tilhugsunin að fá metna örorku og hætta á vinnumarkaði ekki fýsileg.

Annað sem bendir til að hvatinn til betri afkomu sé ekki einn og sér nægjanleg ástæða til að skýra að einstæðar mæður sækjast frekar eftir örorkumati,

er að örorkumat er ákveðið ferli sem er framkvæmt af tryggingalækni samkvæmt gildandi matsaðferð. Það byggir á því að til staðar sé læknisfræðilega viðurkenndur sjúkdómur eða fötlun. Það er því ekki víst að þó einstaklingur sækist eftir örorkumati að það gangi eftir. Aðstæður og heilsa einstaklings þarf að vera þannig að læknir sjái ástæðu til að hvetja til umsóknar um örorkubætur. Hins vegar hefur komið hefur í ljós að einstæðar mæður meta heilsu sína verr en aðrar konur (Burström, Diedrichsen, Shouls og Whitehead, 1999; Lahelma o.fl., 2002). Einnig er einstæðum mæðrum hættara við streitu vegna samræmingar fjölskyldu- og atvinnulífs (Dilworth og Kingsbury, 2005; Lahelma o.fl., 2002; Nordenmark, 2004), þær eru enda einar um ábyrgð heimilis og framfærslu og líklegri til að hafa minna félagslegt net í kringum sig (Lahelma o.fl., 2002). Af viðmælendum þessarar rannsóknar eru tvær einstæðar mæður. Þær upplifa mikið álag við að samræma fjölskyldu- og atvinnulíf þar sem þær eru eina fyrirvinnan auk þess sem þær eru einar um ábyrgð á heimilisstörfum. Þær sem eru giftar eða í sambúð nefna á hinn bóginn að þær hafi stuðning af maka, bæði í því að deila ábyrgð á heimilishaldi sem og af fjármálum.

Af framangreindu má því álykta að hvati að betri fjárhagslegri afkomu með örorkubótum skýri ekki einn og sér að einstæðar mæður sækjast eftir örorkumati eins og Tryggvi Þór Herbertsson gefur til kynna í skýrslu sinni. Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa vísbendingu um að samræming fjölskyldu- og atvinnulífs valdi einstæðum mæðrum meira álagi en þeim sem eru giftar eða í sambúð. Einnig má vera að einstæðar mæður hér á landi búi við aðstæður sem hafi neikvæð áhrif á heilsufar þeirra og getu til að starfa líkt og erlendar rannsóknir hafa sýnt að eigi við. Þetta er mikilvægt að rannsaka frekar.

Stærstu sjúkdómsflokkar hjá konum á örorkuskrá eru stoðkerfisraskanir og geðraskanir, en alls tilheyra 66,4% kvenna öðrum hvorum þessara flokka. Fyrri rannsóknir á öryrkjum hafa leitt í ljós að stoðkerfisraskanir hafa aukist umfram aðra sjúkdóma meðal kvenna á örorkuskrá á síðustu árum (Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a; Sigurður Thorlacius o.fl., 2007). Þegar breytt var um aðferð við örorkumat árið 1999 fjölgaði marktækt í hópi kvenna sem metnar voru til hærra stigs örorku og var hækkunin mest meðal kvenna með stoðkerfisraskanir, einkum vefjagigt. Við samanburð á niðurstöðum þessarar

rannsóknar og rannsóknar á vefjagigt meðal kvenna á örorkuskrá frá árinu 2001 (Sigurður Thorlacius o.fl., 2002) má sjá að vefjagigt hefur aukist á milli árunna, úr 4,7% fyrir konur með hærra stig örorku í 10,7%, einnig að vefjagigt meðal greininga á örorkuskrá hefur aukist úr 11,4% í 20,7%. Það sem niðurstöður þessarar rannsóknar sýna einnig er að algengi örorku vegna vefjagigtar er meira á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu. Einnig er algengi misjafnt eftir landshlutum og er vefjagigt áberandi algengust á Norðurlandi eystra eða 20,5% meðal kvenna í þeim landshluta en 8% á höfuðborgarsvæðinu þar sem algengi er lægst. Ekki er ljóst hvað skýrir þennan mun á milli landshluta og þarfnast það frekari rannsóknar.

Miðað við rannsóknir í öðrum löndum verða um 25-50% kvenna með vefjagigt óvinnufærar (Liedberg og Henrikson, 2002). Búast má við að stór hluti þeirra kvenna sem verða óvinnufærar fái metna örorku. Ef algengi vefjagigtar er jafn hátt hér á landi og rannsókn Helga Birgissonar og félaga frá 1997 sýndi, eða 9,8% má ætla að um 9000 konur á aldrinum 16-66 ára séu með vefjagigt hér á landi. Þar sem rannsóknir hafa leitt í ljós að vefjagigt er fjölkvillasjúkdómur (Bennett, 1996; Helgi Birgisson o.fl., 1998; Katz o.fl. 2007, Sigurður Thorlacius o.fl., 2002) er ekki víst að allar konur með vefjagigt sem hætta störfum og fá metna örorku hafi þá sjúkdómsgreiningu fyrsta meðal greininga á örorkumati. Þess vegna er nær lagi að ætla að algengi vefjagigtar á örorkuskrá miðist við að skoða vefjagigt meðal greininga. Þá eru 1812 konur hér á landi með vefjagigt og með örorkubætur. Þetta þýðir að um það bil 20% kvenna með vefjagigt eru á örorkuskrá hér á landi miðað við að algengi er 9,8%. Á hinn bóginn má nefna að algengi vefjagigtar hér á landi mælist í hærri kantinum, en algengistölur frá 0,75% til 10,5% sjást á hinum Norðurlöndunum (Helgi Birgisson o.fl., 1998; Henriksson o.fl., 2005). Þessi munur á algengi vefjagigtar eftir löndum er það mikill að sú spurning vaknar hvort eitthvað í menningu þjóða hafi áhrif á þróun sjúkdómsins eða hvort mismunandi sé hvernig lækna nota greininguna vefjagigt (Sigurður Thorlacius o.fl., 2002). Hátt algengi vefjagigtar hér á landi og vaxandi þáttur hennar í örorku meðal kvenna gefur ástæðu til frekari rannsókna.

Hátt algengi stoðkerfisraskana meðal kvenna á örorkuskrá og þar með vefjagigtar, getur stafað af því að algengi stoðkerfisraskana meðal kvenna er hátt

hér á landi. Í rannsókninni á algengi vefjagigtar sem áður hefur verið nefnd voru langvinnir útbreiddir verkir frá stoðkerfi einnig kannaðir og reyndust þeir vera 26,9% hjá konum (Helgi Birgisson o.fl., 1998). Rannsóknir hér á landi á líðan kvenna í vinnu hafa gefið til kynna að einkenni frá hreyfi- og stoðkerfi eru algeng auk þess sem einkennin tengjast vinnu kvenna að einhverju leyti. Þannig hefur komið fram að þær sem meta starf sitt erfitt andlega eða líkamlega finna oftast fyrir einkennum frá hreyfi- og stoðkerfi (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir o.fl., 2004; Gunnarsdóttir o.fl., 2004; Sveinsdóttir o.fl., 2007). Það kemur heim og saman við það sem rannsakendur hafa sýnt en þá hefur komið fram að líkamlega erfið störf auka líkur á einkennum frá hreyfi- og stoðkerfi (Karlqvist, 2001; Lund o.fl., 2006) auk þess sem tengsl finnast milli vinnufyrirkomulags og einkenna frá hreyfi- og stoðkerfi (Karlqvist, 2001; Krantz og Ostergren, 2001). Hér á landi hefur rannsókn meðal fiskvinnslukvenna sýnt að einkenni frá hreyfi- og stoðkerfi eru algeng meðal kvenna sem vinna við flæðilínu (Hulda Ólafsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson, 2000b). Einnig hefur komið fram að þær sem hætta að vinna hafa upplifað meiri einkenni frá hreyfi- og stoðkerfi en þær sem halda áfram að vinna (Hulda Ólafsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson, 2000a). Þannig virðist sem bæði að algengi stoðkerfisraskana sé hátt hér á landi og að vinnufyrirkomulag hafi áhrif á einkenni frá hreyfi- og stoðkerfi. Hins vegar liggur ekki fyrir að hvaða leyti vinna kvenna hefur haft áhrif á algengi stoðkerfisraskana á undanförunum árum eða hvort vinnan orsakar stoðkerfisraskanir eða hvort stoðkerfisraskanir orsakist af einhverju öðru og þau versni í vinnu. Þetta þarfnast því nánari athugunar.

Því hefur verið velt upp hvort aukið algengi örorku meðal kvenna tengist auknu álagi í lífi þeirra (Sigurður Thorlacius o.fl., 2007). Eins og komið hefur fram hefur bæði líkamlegt og sálfélagslegt álag, áhrif á einkenni frá hreyfi- og stoðkerfi (Bildt, 2001; Karlqvist, 2001; Levi, 2000; Teasell og Merskey, 1997). Álagi og streitu er lýst af konum með vefjagigt og að það hafi áhrif bæði á vinnumarkaði (Henriksson o.fl., 2005) sem í daglegu lífi (Okifuji og Turk, 2002). Ýmsar vísbindingar eru fyrir hendi um að álag sé að aukast hér á landi hjá konum, bæði á vinnumarkaði og í daglegu lífi. Það er hægt að sjá að atvinnuþátttaka kvenna á Íslandi hefur aukist, fleiri konur sinna fullu starfi og meðalvinnustundum fjölgar. Í könnun á vegum Rannsóknarstöðvar þjóðmála kemur fram að 36,4%

kvenna vilja vinna minna í launuðu starfi, þar af eru 9,1% sem vilja vinna miklu minna. Að auki eru 39,3% kvenna sem upplifa að starfið valdi þeim streitu (Kolbeinn H. Stefánsson, 2008). Að auki má benda á að enn sem komið er bera konur meiri ábyrgð á heimilisstörfum (Forsætisráðuneytið, 2004) og verja til þeirra starfa fleiri stundum en karlar. Álag við samræmingu atvinnulífs og einkalífs er auk þess mikið hér á landi (Kolbeinn H. Stefánsson, 2008).

Í viðtölum við konur með vefjagigt kemur fram að þær rekja upptök sjúkdómsins til álags, ýmist að það tengdist daglegu lífi, samræmingu atvinnu- og einkalífs eða vinnunni. Í viðtölunum lýstu konurnar því að þær komu heim andlega og líkamlega örmagna að vinnudegi loknum. Fyrir þær þýddi það að tíminn utan vinnunnar fór í að hvílast og safna kröftum á nýjan leik sem gat valdið því að athafnir utan vinnunnar voru nánast engar. Íslenskar rannsóknir á mismunandi starfsstéttum og líðan þeirra í vinnu sýna að aðspurðar segist stór hluti kvenna vera þreyttar andlega og líkamlega að vinnudegi loknum (Hildur Friðriksdóttir o.fl., 2002; Hólmfríður K. Gunnarsdóttir o.fl., 2004; Gunnarsdóttir o.fl., 2004; Sveinsdóttir o.fl., 2007). Ekki er víst að það þýði jafn mikla skerðingu í athöfnum utan vinnunnar og meðal kvennanna í viðtölunum, en á hinn bóginn þá gæti þetta bent til þess að um talsverðan álagspátt sé að ræða. Rannsóknir sýna að allt að helmingur kvenna með vefjagigt hverfur af vinnumarkaði eftir greiningu heilkennisins (Henriksson o.fl., 2005). Einnig sýna rannsóknir að vinnufyrirkomulag sem einkennist af álagi, bæði líkamlegu (Salido o.fl., 2007) og andlegu og félagslegu hefur áhrif á getu kvenna með vefjagigt til að vinna (Liedberg og Henriksson, 2002). Allir þessir þættir benda til að álag á konum sé töluvert. Vaxandi örorka meðal kvenna vegna stoðkerfissraskana og þar með vefjagigt getur ásamt öðru tengst auknu álagi hjá konum sem meðal annars tengist vinnu þeirra. Til að stemma stigu við áframahaldandi þróun þarf því að huga að áhættuþáttum stoðkerfissraskana og efla forvarnir í þeim efnum. Þær aðgerðir þurfa meðal annars að beinast að vinnufyrirkomulagi, bæði að líkamlegum, andlegum- og félagslegum áhættuþáttum í vinnu.

Þegar örorka var metin samkvæmt eldri aðferðinni, eða þeirri aðferð sem var í lögum fram til ársins 1999, fengu hlutfallslega færri konur en karlar metið hærra stig örorku en í dag eru hlutföllin jafnari. Það hefur verið álitid að þegar

félagslegar og fjárhagslegar aðstæður voru hafðar til hliðsjónar við mat á örorku, hafi giftar konur og heimavinnandi síður fengið metið hærra stig örorku, til dæmis ef tekjur maka voru háar. Það bendir til að með núverandi aðferð gæti meira jafnræðis en með eldri aðferðinni. Samkvæmt núverandi aðferð á einungis að taka tillit til læknisfræðilegra sjúkdóma við örorkumat. Í athugasemdum við lagafrumvarp um breytingu á aðferð við mat á örorku, kemur fram að ekki eigi að meta örorku vegna félagslegra aðstæðna nema þær aðstæður hafi sjúkdóm í för með sér. Örorkulífeyrir á þannig að vera trygging fyrir framfærslu þegar heilsan brestur en ekki almennur framfærslulífeyrir¹¹. Tryggvi Þór Herbertsson (2005) hefur hins vegar bent á að framfærsla örorkulífeyriskerfisins er hærri en annarra framfærslukerfa og getur það verið hvati til þess að sækja frekar í örorkulífeyri en aðra framfærslu. Í grein í Morgunblaðinu gerir Björk Vilhelmsdóttir (2008) grein fyrir þeim mun sem er á fjárhagsaðstoð fyrir þá sem standa höllum fæti. Fjárhagsaðstoð Reykjavíkurborgar var á árunum 2003 til 2005, 24-32% lægri en lífeyrisgreiðslur, í dag er fjárhagsaðstoðin 36% lægri en örorkulífeyrir. Þarna er töluverður munur á fjárhæðum, sem getur átt þátt í því að sótt er um örorkulífeyri fyrir einhverja sem annars gætu haft stoð af öðrum framfærslukerfum.

4.2 Hindranir á vinnumarkaði

Viðmælendur í þessari rannsókn höfðu almennt jákvætt viðhorf til vinnu og höfðu ánægju af starfi sínu. Vinnan tengist sjálfsmynd þeirra og því að leggja sitt af mörkum til samfélagsins. Að þurfa að hætta vinnu var þeim því þungbært. Fyrir flestar hafði það einnig í för með sér lækkun á tekjum.

Það sem helst aftrar konum með vefjagigt frá því að vinna eru heilsufarsástæður og þá einkum þreyta og verkir. Því hefur einnig verið lýst af öðrum rannsakendum sem helstu ástæðu fyrir konur með vefjagigt að hætta störfum (Henriksson o.fl., 2005; Liedberg og Henriksson, 2002). Álag í starfi var eitt af því sem hafði áhrif á verki og þreytu hjá viðmælendum. Þættir í vinnufyrirkomulagi sem höfðu áhrif voru t.d. of miklar kröfur, lítið sjálfræði, skortur á stuðningi stjórnanda, lítil umbun í starfi og líkamlega erfið störf. Einnig

¹¹ Sjá Frumvarp til laga um breytingar á lögum um almannatryggingar, nr. 117/1993, með síðari breytingum. (Lagt fyrir Alþingi á 123. löggjafarþingi 1998–99.)
<http://www.althingi.is/altext/123/s/0834.html> sótt 2. maí 2008

kemur fram að ef fyrir hendi var lítill sveigjanleiki til að hagræða verkefnum í vinnu hafði það áhrif. Allir þættir sem hér eru nefndir hafa komið fram sem álagsþættir í starfi kvenna með vefjagigt í öðrum rannsóknum (Henriksson og Liedberg, 2000; Henriksson o.fl., 2005; Liedberg og Henriksson, 2002; Salido o.fl., 2007). Einnig hefur það komið fram að störf kvenna á vinnumarkaði einkennast frekar af þessum þáttum en störf karla (Bildt, 2001; Levi, 2000; Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004). Kynjaskiptingar vinnumarkaðarins gætir því í störfum þeirra kvenna sem voru viðmælendur í þessari rannsókn.

Eitt af því sem var áberandi í viðtölum við viðmælendur rannsóknarinnar er að þær tala um að vilja „standa sig“. Það tengist sjálfsmati og gildismati kvennanna og oftar en ekki segjast þær aldar upp við það að „eiga að standa sig“. Sumar nefna að þeim finnist eins og að í samfélaginu sé það óskráð regla að eiga að vinna og standa sig. Þessi viðhorf líkjast því sem Sigrún Júlíusdóttir (2006) nefnir að „þrauka, þola og þegja“ heilkennið. Hún telur þetta liggja í íslenskri menningu og hafi gert um langa hríð og hjálpað kynslóðum hér að komast af við erfiðar aðstæður. Þetta lýsir einnig því að konurnar leggja mikið á sig í vinnu, þær leggja sig fram um að skila góðu dagsverki, þær taka jafnvel að sér of mikið af verkefnum, sumar vinna langan vinnudag og leggja hart að sér við að vinna vinnuna vel. Þetta kemur fram í samviskusemi, kappsemi og metnaði. Það tengist ekki einungis því að vinnan gerir þannig kröfur heldur líka þeirra eigin kröfum til sjálfrar sín. Þessu viðhorfi hefur einnig verið lýst í öðrum viðtalsrannsóknum meðal kvenna með vefjagigt (Liedberg og Henriksson, 2002).

Viðmælendur rannsóknarinnar eiga svipað ferli að baki sem einkenndist af því að vinna þar til þær gátu ekki meir, fara þá í sjúkraleyfi, stunda endurhæfingu, ná sér á strik, hefja störf að nýju en verða þá fljótlega aftur veikar. Þannig voru þær sumar búnar að reyna í nokkur skipti að koma aftur á vinnumarkað eftir veikindafjarvistir og sumar búnar að nýta veikindarétt sinn til fulls þegar til örorkumats kom. Flestar fóru aftur í sama starf eftir veikindaleyfi. Viðmælendur lýsa því að hafa reynt að endurskipuleggja vinnuna en á því voru annmarkar eins og að minna starfshlutfall þýddi jafnvel jafn mikið álag eða að erfitt reyndist að lækka starfshlutfall þar sem vinnustaðurinn bauð ekki upp á slíkt. Hér kemur fram að það að fara í sjúkraleyfi og nýta þá endurhæfingu sem í boði var reyndist ekki

nægjanlegt. Veikindafjarvistir hafa verið kannaðar á Norðurlöndum og komið hefur í ljós að fjöldi veikindatímabila, lengd þeirra og fjöldi veikindadaga hafi forspárgildi um síðari örorku (Gjesdal og Bratberg, 2002; Kivimäki o.fl., 2004; Lund o.fl., 2008). Fram hefur komið í rannsóknum að stuðningur á vinnustað getur minnkað líkur á að konur hætti störfum og fái metna örorku (Albertsen o.fl., 2007). Það hefur einnig sýnt sig að eiga sérstaklega við um konur með vefjagigt (Henrikson o.fl., 2005). Frásagnir kvennanna sem tóku þátt í þessari rannsókn benda til að þær hafi mætt hindrunum á vinnustöðum. Þær hafi náð sér ágætlega á strik með endurhæfingu í veikindaleyfum en hrakaði aftur þegar þær komu í vinnu.

Þegar þátttakendur eru beðnir um að meta hvað aftri þeim frá vinnu var heilsan helsta hindrunin. Þær treysta sér ekki á vinnumarkað meðan þær geta ekki treyst á heilsuna. Mjög líklegt er að þetta mat miðist við vinnumarkaðinn eins og þær þekktu hann meðan þær voru enn í starfi. Þegar þær eru beðnar að hugsa um hvernig vinnu þær sjá fyrir sér er nefnt að það geti verið hlutastarf og að þær hefðu sveigjanleika í starfi. Hér á landi hefur hlutastörfum fækkað á undanförunum árum. Samkvæmt tölum frá Hagstofu Íslands hafa konur frekar en karlar unnið hlutastörf. Niðurstöður norskrar rannsóknar sýndu að þeir sem fóru í sjúkraleyfi voru oftast í hlutastörfum og ályktuðu rannsakendur að það gæti stafað af því að þeir sem væru veikir færu frekar í hlutastarf en heilsdagsstarf (Gjesdal og Bratberg, 2002). Fækkun hlutastarfa getur því þýtt að þeir sem hafa skerta færni leiti frekar af vinnumarkaði nú en áður þegar meiri möguleikar voru á hlutastörfum. Þrír af viðmælendum sem tóku þátt í þessari rannsókn óskuðu eftir hlutastarfi í stað þess að hætta alveg störfum en var synjað.

Konurnar nefna að það gæti auðveldað þeim að komast á vinnumarkað ef reglur almannatryggingakerfisins væru sveigjanlegri. Til dæmis ef einstaklingum værir gert kleift að prófa sig áfram í vinnu og hafa meiri tekjur, án þess að til skerðingar á örorkulífeyri komi eða hætta sé á að réttur til örorkulífeyris falli niður. Þeim finnst áhættan við að fara á vinnumarkað og eiga á hættu að það hafi áhrif á lífeyri letja til vinnu. Þegar rannsóknin fór fram voru reglur um almannatryggingar þær að einstaklingar máttu hafa 27.500 krónur í tekjur á mánuði án þess að til skerðingar kæmi. Meðallaun kvenna árið 2007 fyrir fullt

starf voru 281.000 krónur á mánuði þannig að skerðingarmörk TR eru 1/10 af þeim launum. Hins vegar liggur fyrir Alþingi frumvarp til laga um hækkun frítekjumarksins frá 1. júlí 2008 í 100.000 krónur á mánuði. Niðurstöður úr viðtölum benda þannig sterklega til að einhver hópur kvenna með vefjagigt gæti unnið þegar frítekjumarkið er orðið hærra.

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til að hluta af skýringum á því að þátttakendur þessarar rannsóknar hættu störfum og að þær sjá sér ekki fært að leita aftur út á vinnumarkaðinn sé að leita í aðstæðum á vinnumarkaði. Niðurstöður benda því til að huga þurfi að auknum sveigjanleika á vinnumarkaði til að greiða konum með vefjagigt leið inn á vinnumarkað á nýjan leik og til að koma í veg fyrir að þær hverfi af vinnumarkaði. Sveigjanleikinn getur falist í að auka vægi hlutastarfa á vinnumarkaði, leyfa breytilega viðveru og jafnvel þegar störf leyfa að gera þeim kleift að vinna heiman frá sér. Ef tekið er tillit til þeirra þarfa og kröfur í starfi sniðnar að getu þeirra eru auknar líkur á að þessi hópur kvenna geti unnið. Þessar niðurstöður endurspeglar það sem áður hefur verið ályktað um að ástæðu fyrir fjölgun öryrkja sé meðal annars að leita í aðstæðum á vinnumarkaði (Stefán Ólafsson, 2005; Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson, 2004a; Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson, 2004; Tómas Zoëga, 2007).

Það er athyglisvert hversu niðurstöður þessarar rannsóknar eru sambærilegar niðurstöðum sambærilegrar rannsóknar frá Svíþjóð. Þar gerðu þær Lideberg og Henriksson (2002) rannsókn þar sem tekin voru viðtöl við 48 konur sem greinst höfðu með vefjagigt og voru þær beðnar um að leggja mat á hvað myndi auðvelda þeim að stunda launaða vinnu. Í þeirri rannsókn líkt og þessari kemur fram sterkur vilji kvennanna til að halda starfi sínu á vinnumarkaði og þær hafa sambærilegar hugmyndir um aukinn sveigjanleika á vinnumarkaði og konurnar sem tóku þátt í þessari rannsókn.

5. HEIMILDASKRÁ

- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., o.fl. (2006). Burnout in the general population: Results from the Finnish health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 11-17.
- Ahola, K., Honkonen, T., Kivimäki, M., Virtanen, M., Isometsa, E., Aromaa, A., o.fl. (2006). Contribution of burnout to the association between job strain and depression: The health 2000 study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48(10), 1023-1030.
- Al-Allaf, A. W. (2007). Work disability and health system utilization in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of Clinical Rheumatology*, 13(4), 199-201.
- Albertsen, K., Lund, T., Christensen, K. B., Kristensen, T. S. og Villadsen, E. (2007). Predictors of disability pension over a 10-year period for men and women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(1), 78-85.
- Allebeck, P. og Mastekaasa, A. (2004). Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(5 supp 63), 49-108.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Fransisco: Jossey - Bass Publishers.
- American Medical Association (2008). *Guides to the evaluation of permanent impairment*. Bandaríki Norður Ameríku: American Medical Association.
- Ágústa Guðmarsdóttir og Kristinn Tómasson. (2006) Heilsuefling í leikskólum í Reykjavík - áhættumat árið 2000. *Læknablaðið*, 92(9), 599 - 607.
- Barbotte, E., Guillemin, F., Chau, N., Chau, N., Guillaume, S., Otero-Sierra, C. o.fl. (2001). Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: A review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(11), 1047-1055.
- Barnes, C. og Mercer, G. (2005). Disability, work, and welfare: Challenging the social exclusion of disabled people. *Work, Employment and Society*, 19(3), 527-545.
- Barnett, R. C. og Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family: An expansionist theory. *American Psychologist*, 56(10), 781-796.

- Beatty, C. og Fothergill, S. (2005). The diversion from “unemployment” to “sickness” across British regions and districts. *Regional Studies*, 39(7), 837 - 854.
- Bennett, R. M. (1996). Fibromyalgia and the disability dilemma: A new era in understanding a complex, multidimensional pain syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 39(10), 1627-1634.
- Bergeskog, A. (2001). *Labour market policies, strategies and statistics for people with disabilities: A cross-national comparison*. (Working paper no 13). Uppsalar: Office of Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Bildt, C. (2001). Working conditions and mental health among women. Í C. Bildt og L. Karlqvist (Ritstj.), *Women's conditions in working life* (bls. 73-82). Stokkhólmur: Arbetslivsinstitutet.
- Björk Vilhelmsdóttir. (2008, 6. apríl). *Fjárhagsaðstoð í slæmu árferði*, Sótt 2. maí af www.mbl.is/mm/gagnasafn/.
- Borg, K., Hensing, G. og Alexanderson, K. (2001). Predictive factors for disability pension - an 11-year follow up of young persons on sick leave due to neck, shoulder, or back diagnoses. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(2), 104-112.
- Burchardt, T. (2003). Being and becoming: *Social exclusion and the onset of disability*. (CASE Report 21). London: LSE Center for Analysis of Social Exclusion.
- Burström, B., Diderichsen, F., Shouls, S. og Whitehead, M. (1999). Lone mothers in Sweden: Trends in health and socioeconomic circumstances, 1979-1995. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(12), 750-756.
- Creswell, J.W. (1998). *Five qualitative traditions of inquiry*. Í *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage.
- Dilworth, J. E. L. og Kingsbury, N. (2005). Home-to-job spillover for generation X, boomers, and matures: *A comparison*. *Journal of Family and Economic Issues*, 26(2), 267-281.
- Félagsmálaráðuneyti (2008, apríl). *Frítækjumark atvinnutekna örorkulífeyrisþega hækkar í 100.000 kr. á mánuði 1. júlí nk*. Sótt 22. apríl 2008 af <http://www.felagsmalaraduneyti.is/frettir/frettatilkynningar/nr/3756>
- Forsætisráðuneytið (2004). *Efnahagsleg völd kvenna.*, Sótt 19. apríl 2008 af http://www.forsaetisraduneyti.is/media/Efnahasleg_vold_kvenna/EVKskyrsla.pdf. Ísland.

- Frankenheuser, M. og Ödman, M. (1983). Stress en del av livet. Stokkhólmur: Brombergs
- Friðrik H. Jónsson og Sigurður J. Grétarsson. (2007). *Gagnfræðakver handa háskólanemum* (4. útg.). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Gallup á Íslandi (2003). *Að kaupa sér tíma*. Sótt 27. febrúar 2008 af www.hgj.is.
- Gjesdal, S. og Bratberg, E. (2002). The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits: Results from a multiregister based, prospective study in Norway 1990-1995. *European Journal of Public Health, 12*(3), 180-186.
- Gjesdal, S. og Bratberg, E. (2003). Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: Results from a three-year, multi-register based and prospective study. *Scandinavian Journal of Public Health, 31*(4), 246-254.
- Gjesdal, S., Lie, R. T. og Maeland, J. G. (2004). Variations in the risk of disability pension in Norway 1970-99. *Scandinavian Journal of Public Health, 32*(5), 340-348.
- Glaser, B.G. og Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine publishing company.
- Grönlund, A. (2007). More control, less conflict? Job demand-control, gender and work-family conflict. *Gender, Work and Organization, 14*(5), 476-497.
- Grzywacz, J. G., Almeida, D. M. og McDonald, D. A. (2002). Work-family spillover and daily reports of work and family stress in the adult labor force. *Family Relations, 51*(1), 28-36.
- Guðbjörg Linda Rafnsdóttir. (2001). *Hér liggur fiskur undir steini. Um áhrif tækni á vinnuskipulag og líðan fólks í fiskvinnslu*. Reykjavík: Sjávarútvegsstofnun Háskóla Íslands
- Guðbjörg Linda Rafnsdóttir. (2004). Vinnuumhverfi, líðan og kynferði. Í Irma Einarsdóttir (Ritstj.), *Fléttur II. Kynjafræði - kortlagningar*. (bls. 401-418). Reykjavík: Rannsóknastofa í kvenna- og kynjafræðum við Háskóla Íslands.
- Gunnarsdóttir, H. K., Tómasson, K. og Rafnsdóttir, G.L. (2004). Well-being and self-assessed health among different groups of female personnel in geriatric care. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation 22*, 41-47.

- Gunnarsdóttir, S. (2006). *Quality of working life and quality of care in Icelandic hospital nursing*. Doktorsritgerð, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahús.
- Hagstofa Íslands (2004). *Konur og karlar 2004*. Reykjavík: Hagstofa Íslands.
- Hagstofa Íslands (e.d). *Hagtölur*. Sótt af www.hagstofa.is
- Halldór Baldursson og Haraldur Jóhannsson (1999). Nýr staðall fyrir örorkumat á Íslandi. *Læknablaðið*, 85(5), 480-481.
- Hannerz, H., Tüchsen, F., Spangenberg, S. og Albertsen, K. (2004). Industrial differences in disability retirement rates in Denmark, 1996-2000. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 17(4), 465-471.
- Hanson, G. C., Hammer, L. B. og Colton, C. L. (2006). Development and validation of a multidimensional scale of perceived work-family positive spillover. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(3), 249-265.
- Helgi Birgisson, Helgi Jónsson og Árni Jón Geirsson. (1998). Vefjagigt og langvinnir útbreiddir stoðkerfisverkir á Íslandi. *Læknablaðið*, 84, 636-641.
- Henriksson, C. og Liedberg, G. (2000). Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 27(5), 1271-1276.
- Henriksson, C. M., Liedberg, G. M. og Gerdle, B. (2005). Women with fibromyalgia: Work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 27(12), 685-695.
- Hildur Friðriksdóttir, Guðbjörg Linda Rafnsdóttir og Kristinn Tómasson. (2002). *Könnun á líðan, vinnuumhverfi og heilsu starfsfólks í útibúum banka og sparisjóða*. Reykjavík: Vinnueftirlitið, Rannsókn- og heilbrigðisdeild.
- Holte, H.H, Tambs, K. og Bjerkedal, T. (2003). Time trends in disability pensioning for rheumatoid arthritis, osteoarthritis and soft tissue rheumatism in Norway 1968-97. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(1), 17-23.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, Kristinn Tómasson og Guðbjörg Linda Rafnsdóttir. (2004). Vinnuálag og líðan mismunandi starfshópa kvenna í öldrunarþjónustunni. *Læknablaðið*, 90, 219-224.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir. (2005). Ójöfnuður í heilsufari á Íslandi. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 81(2), 18-25.
- Hulda Ólafsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson (2000a). Óþægindi frá stoðkerfi meðal fiskvinnslukvenna sem hafa hætt störfum. *Læknablaðið*, 86(2), 121-124.

- Hulda Ólafsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson. (2000b). Aukin óþægindi frá efri útlimum meðal kvenna í fiskvinnslu eftir tilkomu flæðilína. *Læknablaðið*, 86(2), 115-120.
- Jóhann Sæmundsson. (1951). *Orsakir örorku á Íslandi*. Í Árbók Tryggingastofnunar ríkisins 1943-1946. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins.
- Kalimo, R., Pahkin, K. og Mutanen, P. (2002). Work and personal resources as long-term predictors of well-being. *Stress and Health*, 18(5), 227-234.
- Kapteyn, A., Smith, J. P. og Van Soest, A. (2007). Vignettes and self-reports of work disability in the United States and the Netherlands. *American Economic Review*, 97(1), 461-473.
- Karasek, R. og Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karlqvist, L. (2001). The importance of gender sensitive studies of work-related neck and upper limb disorders. Í C. Bildt og L. Karlqvist (Ritstj.), *Women's conditions in working life* (bls. 66-72). Stokkhólmur: Arbetslivsinstitutet.
- Katz, D. L., Greene, L., Ali, A. og Faridi, Z. (2007). The pain of fibromyalgia syndrome is due to muscle hypoperfusion induced by regional vasomotor dysregulation. *Medical Hypotheses*, 69(3), 517-525.
- Kivimäki, M., Forma, P., Wikström, J., Halmeenmäki, T., Pentti, J., Elovainio, M., o.fl. (2004). Sickness absence as a risk marker of future disability pension: The 10-town study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(8), 710-711.
- Kolbeinn H. Stefánsson. (2008). *Samspil vinnu og heimilis. Álag og árekstrar*. Sótt 30. mars 2008 af <http://www.thjodmalastofnun.hi.is/Working%20Paper%20of%20Chapter%204.pdf>
- Krantz, G. og Ostergren, P. O. (2001). Double exposure: The combined impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women. *European Journal of Public Health*, 11(4), 413-419.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lahelma, E., Arber, S., Kivela, K. og Roos, E. (2002). Multiple roles and health among British and Finnish women: The influence of socioeconomic circumstances. *Social Science and Medicine*, 54(5), 727-740.
- Levi, L. (2000). Stressors at the workplace: Theoretical models. *Occupational medicine – State of the Art Reviews*, 15(1), 69-105.

- Liedberg, G. M. og Henriksson, C. M. (2002). Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia: An interview study. *Arthritis Care and Research*, 47(3), 266-274.
- Lund, T. og Csonka, A. (2003). Risk factors in health, work environment, smoking status, and organizational context for work disability. *American Journal of Industrial Medicine*, 44(5), 492-501.
- Lund, T., Labriola, M., Christensen, K. B., Bültmann, U. og Villadsen, E. (2006). Physical work environment risk factors for long term sickness absence: Prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *British Medical Journal*, 332(7539), 449-451.
- Lund, T., Kivimäki, M., Labriola, M., Villadsen, E. og Christensen, K. B. (2008). Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: The prospective dream study of Danish private sector employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(1), 28-31.
- Macintyre, S., Hunt, K. og Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine*, 42(4), 617-624.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. og Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Nordenmark, M. (2002). Multiple social roles - a resource or a burden: Is it possible for men and women to combine paid work with family life in a satisfactory way? *Gender, Work and Organization*, 9(2), 125-145.
- Nordenmark, M. (2004). Multiple social roles and well-being: A longitudinal test of the role stress theory and the role expansion theory. *Acta Sociologica*, 47(2), 115-126.
- OECD. (2003). *Transforming disability into ability: Policies to promote work and income security for disabled people*. Paris: OECD.
- Okifuji, A. og Turk, D. C. (2002). Stress and psychophysiological dysregulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 27(2), 129-141.
- Pugliesi, K. (1995). Work and well-being: Gender differences in the psychological consequences of employment. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 57-71.

- Rafnsdóttir, G.L. og Sigurvinsdóttir, L. R. (2007). Surveillance Technology, Work and Gender. Í J. Sundén og M. Sveningsson (Ritstj.). *Cyberfeminism in the Nordic Lights: Digital Media and Gender in a Nordic Context*. (bls. 223-242). Newcastle: Cambridge Scholars Press.
- Salido, M., Navarro, P., Judez, E. og Hortal, R. (2007). Factores relacionados con la incapacidad temporal en pacientes con fibromialgia [Factors related to temporal incapacity in patients with fibromyalgia]. *Reumatologia clinica*, 3(2), 67-72.
- Schaufeli, W. og Enzman, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Sigrún Júlíusdóttir. (2006). *Samfélagsrót og fjölskyldu-umbreytingar*. Erindi flutt hjá Visindafélagi Íslendinga, Norræna húsið 29. nóvember 2006. Sótt 1. apríl 2008 af, http://www.hi.is/~sigjul/greinar/Erindi_Visindaf.doc.
- Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Stefán Ólafsson. (1998). Umfang og einkenni örorku á Íslandi árið 1996. *Læknablaðið*, 84, 629-635.
- Sigurður Thorlacius. (1999). Breytt fyrirkomulag örorkumats á Íslandi og starfræn endurhæfing á vegum Tryggingastofnunar ríkisins. *Læknablaðið*, 85(5), 481-483.
- Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson og Vilhjálmur Rafnsson. (2001). Breytingar á algengi örorku á Íslandi 1976-1996. *Læknablaðið*, 87(3), 205-209.
- Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson og Haraldur Jóhannsson. (2001). Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsstaðals. *Læknablaðið*, 87(9), 721-723.
- Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson. (2001). Menntun, störf og tekjur þeirra sem urðu öryrkjar á Íslandi árið 1997. *Læknablaðið*, 87(12), 981-985.
- Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson, Mohamed I. Ranavaya og Robert Walker. (2002). Vefjagigt og kvíðaröskun. *Læknablaðið*, 88(11), 815-818.
- Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson, Halldór Baldursson, Haraldur Jóhannsson. (2004). Endurhæfingarlífeyrir eða örorkulífeyrir? Aldur, kyn og sjúkdómsgreiningar við fyrsta mat tryggingalæknis. *Læknablaðið*, 90(10), 681-684.
- Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson. (2004a). Algengi örorku á Íslandi 1. Desember 2002. *Læknablaðið*, 90(1), 21-25.

- Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson. (2004b). Algengi örorku vegna geðraskana á Íslandi 1. desember 2002. *Læknablaðið*, 90(9), 615-619.
- Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson. (2004). Tengsl atvinnuleysis og nýgengis örorku á Íslandi 1992-2003. *Læknablaðið*, 90(12), 833-836.
- Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson og Stefán Ólafsson. (2007). Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2005. *Læknablaðið*, 93(1), 11-14.
- Sigurður Thorlacius og Stefán Ólafsson. (2008). Sveiflur í atvinnuleysi og örorku á Íslandi 1992-2006. *Læknablaðið*, 94(3), 193-198.
- Stefán Guðnason. (1969). *Disability in Iceland*. Reykjavík: Prentsmiðja Jóns Helgasonar.
- Stefán Ólafsson. (1999). *Íslenska leiðin. Almannatryggingar og velferð í fjölþjóðlegum samanburði*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Stefán Ólafsson. (2005). *Örorka og velferð á Íslandi og í öðrum vestrænum löndum*. Reykjavík: Rannsóknarstöð þjóðmála, Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands
- Stefán Ólafsson. (2006). *The Overworked Icelander*. Erindi. Sótt 2. apríl 2008 af <http://www.thjodmalastofnun.hi.is/atvinnumal/The%20Overworked%20Iceland-er-%202006%20-stytttra.ppt>
- Steven J. og Taylor, R. B. (1998). *Introduction to qualitative research methods* (3 útg.). New York: Wiley.
- Strauss, A. L. (1997). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sveinsdóttir, H., Gunnarsdóttir, H. og Friðriksdóttir, H. (2007). Self-assessed occupational health and working environment of female nurses, cabin crew and teachers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 262-273.
- Teasell, R. og Merskey, H. (1997). Chronic pain disability in the workplace. *Pain Research and Management*, 2(4), 197-205.
- Thorlacius, S og Stefánsson, S. B. (2004). Increased prevalence of disability pension in Iceland between 1996 and 2003. Internal or external determinants? *Disability Medicine*, 4(2), 52-57.
- Tómas Helgason, Kristinn Tómasson, Eggert Sigfússon og Tómas Zoëga. (2004). Skimun fyrir algengi geðraskana 1984 og 2002 og ávísanir geðlyfja 1984 og 2001. *Læknablaðið*, 90(7), 553-559.

- Tómas Zoëga. (2007). Af hverju fjölgar öryrkjum með geðraskanir? *Læknablaðið*, 93(1), 7.
- Tryggingastofnun ríkisins. (2008a, mars). *Greiðslutegundir lífeyrstrygginga – apríl 2008*. Sótt 22. apríl 2008 af <http://eplica.tr.is/media/skjolpdf/Greidslur-skerdingar-2008apr1.pdf>
- Tryggingastofnun ríkisins. (2008b, mars). *Skerðing bóta vegna tekna maka afnumin*. Sótt 22. apríl 2008 af <http://www.tr.is/frettir/nr/769>
- Tryggingastofnun ríkisins. (e.d). *Lífeyrir og styrkir*. Sótt 20. apríl 2008 af <http://www.tr.is/oryrkjar/lifeyrir-og-styrkir/>
- Tryggvi Þór Herbertsson. (2005). *Fjölgun örykja á Íslandi. Orsakir og afleiðingar*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Turk, D. C., Okifuji, A., Sinclair, J. D. og Starz, T. W. (1996). Pain, disability, and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 23(7), 1255-1262.
- Upmark, M. og Thundal, K. L. (2002). An explorative, population-based study of female disability pensioners: The role of childhood conditions and alcohol abuse/dependence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(3), 191-199.
- Vingård, E., Lindberg, P., Josephson, M., Voss, M., Heijbel, B., Alfredsson, L. o.fl. (2005). Long-term sick-listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors: A three-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(5), 370-375.
- White, K. P., Speechley, M., Harth, M. og Ostbye, T. (1999). Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: The London fibromyalgia epidemiology study. *Arthritis and Rheumatism*, 42(1), 76-83.
- Wigers, S. H. (1996). Fibromyalgia outcome: The predictive values of symptom duration, physical activity, disability pension, and critical life events—a 4.5 year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(3), 235-243.
- Wolfe, F. og Potter, J. (1996). Fibromyalgia and work disability. Is fibromyalgia a disabling disorder? *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22(2), 369-391.
- World Health Organization (1994). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Tenth revision. Genf: World Health Organization.

Þorgerður Einarsdóttir (2004). *Menning, umgjörð og umhyggja; möguleikar karla og kvenna til foreldraorlofs*. Sótt, 15. mars 2008 af <http://hgjvefur.eplica.is/Frodleikur/Ritgerdir/nr/202>