

Informell omsorg, arbetsrelaterad stress och psykisk ohälsa hos förvärvsarbetare

Laura Czajkowski, Charlotta Nilsen, Benjamin A. Shaw, Constanze Leineweber och Lawrence B. Sacco

Informella omsorgsgivare är många gånger förvärvsarbetande. Denna studies syfte var att undersöka samband mellan informell omsorg, arbetsrelaterad stress och depressiva symtom samt eventuella könsskillnader i dessa samband. Urvalet bestod av tvärsnittsdata från Svenska Longitudinella studien Om Sociala förhållanden, arbetsliv och Hälsa (SLOSH). Både anhörigomsorg och arbetsrelaterad stress var relaterade till mer depressiva symtom. För kvinnor var anhörigomsorg relaterat till ökad grad av depressiva symtom, för män gällde detta samband enbart om de gav mer än fem timmar omsorg i veckan. Insatser på arbetsplatser och i samhället som syftar till att öka psykiskt välbefinnande bör ha omsorgsbörda och arbetsrelaterad stress i beaktande.

Nyckelord: informell omsorg, arbetsrelaterad stress, depressiva symtom, könsskillnader

FÖRFATTARE

Laura Czajkowski, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, Sverige, laura.m.czajkowski@gmail.com

Charlotta Nilsen, Institutet för gerontologi, Hälsohögskolan, Jönköping University; Psykologiska institutionen, Stockholms universitet; Aging Research Center, Stockholms universitet/ Karolinska Institutet, Sverige, charlotta.nilsen@ju.se

Benjamin A. Shaw, School of Public Health, Division of Community Health Sciences, University of Illinois Chicago, USA, benshaw@uic.edu

Constanze Leineweber, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, Sverige constanze.leineweber@su.se

Lawrence B. Sacco, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, Sverige, lawrence.sacco@su.se

DOI: <https://doi.org/10.58236/aa.25305>

© Författaren/författarna. Detta är en Open Access-artikel som distribueras enligt Creative Commons, licens CC-BY 4.0

BAKGRUND

I takt med att befolkningen åldras ökar antalet personer som drabbas av kronisk sjukdom samt försämrad psykisk och fysisk funktion. Även om detta medför en ökad belastning för den ordinarie sjukvården och omsorgen så tillgodoser anhöriga en stor del av vård- och omsorgsbehovet för sina närstående (Wimo et al., 2017). Som en konsekvens av att antalet äldre beräknas öka i snabbare takt än tillgängliga vårdresurser, så beräknas det framtida omsorgsbehovet inte kunna mötas (Colombo et al., 2011; Pickard, 2015).

Informell omsorg, så kallad anhörigomsorg, är obetald vård och omsorg av icke-professionell närstående med en kronisk funktionsnedsättning eller sjukdom. Omsorgen kan innefatta hjälp med praktiska göromål, personlig vård och stöd i aktiviteter i det dagliga livet (Ekman et al., 2021). I Sverige beräknas ungefär var femte person över 18 år ge anhörigomsorg regelbundet. Av dessa beräknas cirka 69 procent vara i förvärvsaktiv ålder, det vill säga mellan 18 och 64 år (Socialstyrelsen, 2020). Majoriteten av arbetande omsorgsgivare är ett vuxet barn som hjälper en förälder. Kostnaden för omsorgsgivare (till exempel förlorad arbetsinkomst) beräknas till 152 miljarder kronor per år (cirka 3 procent av BNP), vilket motsvarar 128 000 kronor per omsorgsgivare (Ekman et al., 2021). Bland arbetande omsorgsgivare anger cirka 17 procent att deras anställningsstatus har påverkats negativt av att ge omsorg; 40 procent upplever att deras arbetsförmåga har minskat; och 31 procent anger att möjligheterna att utveckla karriären har påverkats negativt (Vicente et al., 2022). Mycket av den forskning som genomförts har fokuserat på hur informellt omsorgsgivande påverkar välbefinnande och arbetsförmåga. Denna studie bidrar med en fördjupad förståelse för arbetsmiljöns betydelse för den psykiska hälsan hos förvärvsarbetande informella omsorgsgivare, med särskild hänsyn till mängden informell omsorg som ges.

Ett ökat behov av informell omsorg

Sverige har traditionellt betraktats som ett land där välfärdsstödet till äldreomsorg är högt i jämförelse med andra europeiska länder och där det finns ett lägre beroende av familjen som vårdgivare (Rostgaard et al., 2022). Sedan 1990-talet har dock antalet platser på äldreboenden minskat betydligt. Samtidigt har detta inte kompensats med ökad tillgång till offentligt finansierad äldreomsorg (Ulmanen & Szebehely, 2015). Som en konsekvens har familjemedlemmar i allt högre grad behövt fylla gapet mellan nära anhörigas vårdbehov och den äldreomsorg som erbjuds. Även när offentligt finansierad omsorg som exempelvis hemtjänst finns att tillgå så kan denna hjälp vara fragmenterad och oflexibel i sin utformning, vilket gör att informella omsorgsgivare kan behöva kliva in och lägga ner avsevärd tid på att samordna dessa tjänster (Starr & Szebehely, 2017). Detta har potentiella negativa konsekvenser för yrkesarbetande informella omsorgsgivare

som kan ha svårt att anpassa omsorgsuppgifterna till lönearbetet och konflikter kan uppstå. Parallellt är sysselsättningsgraden bland vuxna i mitten till senare i livet, då det är som vanligast att ge informell omsorg, relativt hög i Sverige, med starka politiska incitament att förlänga arbetslivet ytterligare. Arbetslösheten bland personer i åldrarna 55-64 år är lägre i Sverige än EU-genomsnittet och ett högre arbetsmarknadsdeltagande bland äldre har främjats bland annat genom att begränsa möjligheterna till förtidspensionering, öka pensionsåldern och förbättring av arbetsvillkor (AGE Platform Europe, 2023; OECD, 2018). Samtidigt har de anställningsrelaterade rättigheterna för informella omsorgsgivare i Sverige kritiserats (Starr & Szebehely, 2017). Sammantaget indikerar dessa förändringar att samhället behöver förbereda sig för att kombinationen av informell omsorg och lönearbete kommer att bli allt vanligare.

Informell omsorg och dess konsekvenser

Att ge informell omsorg betyder att hjälpa en nära person, vanligtvis en nära familjemedlem, som behöver hjälp på grund av dålig hälsa eller funktionsnedsättning. Av denna anledning utförs det vanligtvis av kärlek eller en känsla av ansvar för en närstående utan förväntan på omedelbar ekonomisk belöning (Folbre, 1995). Beslutet att gå in i rollen som informell omsorgsgivare kan vanligtvis vara motiverat av plikter, sociala normer och kärlek (Al-Janabi et al., 2018). Av denna anledning är valet som omsorgsgivare att ta på sig denna roll ofta begränsad och styrt av förpliktelser. Dessutom har omsorgsgivare själva ofta lite kontroll över omsorgsaktiviteterna, eftersom behovet av vård kan ändras plötsligt och oförutsägbart beroende på omsorgsmottagarens hälsa och tillgängligheten av vård och övriga omsorgsgivare (Al-Janabi et al., 2018).

Att tillhandahålla informell omsorg kan vara mycket tids- och energikrävande och påverka omsorgsgivarens arbetsmarknadsdeltagande. I vissa fall är anhörig-omsorgen så pass omfattande att personer har behövt gå ner i arbetstid eller till och med sluta arbeta (Evandrou & Glaser, 2003; Principi et al., 2014). Detta drabbar den informella omsorgsgivaren ekonomiskt på både kort och lång sikt (Evandrou & Glaser, 2003; Szebehely et al., 2014; Ulmanen & Szebehely, 2015; Van Houtven et al., 2013). Även när omsorgsgivare inte aktivt utför vårdgivande uppgifter är de många gånger ändå tillgängliga för att möta oförutsedda nödsituationer hos omsorgstagaren. I de mest akuta fallen kan informella omsorgsgivare behöva ge vård under dygnets alla timmar, vilket kan leda till hälsorelaterade konsekvenser som till exempel depression (Peng & Chang, 2013).

Även om anhörigomsorg har visat sig vara en riskfaktor för utveckling av depressiva symtom (Del-Pino-Casado et al., 2019) har annan forskning visat att informell omsorg kan vara tillfredsställande för omsorgsgivaren (Andren & Elmstahl, 2005; Roth et al., 2015). Att tillhandahålla informell omsorg kan öka

känslan av syfte och ge bekräftelse där omsorgsgivare kan stärka viktiga sociala relationer. Att uppleva fördelar med informell omsorg, som ökad närhet till den anhöriga och känslan av att vara till nytta, har visat sig kunna vara relaterat till lägre grad av depression och omsorgsbörda (Kramer, 1997). Positiva aspekter av omsorgen kan även vara förknippat med mindre omsorgsbörda och depression (Kramer, 1997; Lin et al., 2011).

Olika roller kan skapa stress och inre konflikt men även ha positiva effekter

Som beskrivet i stressprocessmodellen (Pearlin et al., 1990) och dess modifieringar (till exempel Verbakel et al., 2016), kan omsorgsgivarrollen vara stressfylld då det ofta innebär en psykisk och fysisk belastning att vårda en närstående. Rollen som omsorgsgivare kan även indirekt orsaka stress genom att stå i strid med andra delar av livet, som exempelvis arbete och ekonomisk trygghet, vilket i sin tur skapar rollstress (Pearlin et al., 1990). Därför kan kombinationen av informell omsorg och ett krävande yrkesliv tänkas öka sårbarheten för depressiva symtom. Rollstress kan uppstå när en person försöker möta förväntningarna från olika roller utan att ha tillräckliga resurser för det. Personer som utöver lönearbete utsätts för ytterligare stressorer, det vill säga fysiska och psykiska påfrestningar som orsakar stress, anses vara mer sårbara för ohälsa (Goode, 1960). Med de dagliga roller som vi människor innehar följer en rad olika rättigheter, skyldigheter, normer och beteenden som personen förväntas leva upp till (Parsons, 1951). Ibland kan rollerna innebära motstridiga förväntningar, vilket kan resultera i rollkonflikt (Goode, 1960). *Role enhancement* (rollförbättring) eller *role accumulation* (rollackumuleringen) hävdar däremot att ett flertal roller kan ha en positiv inverkan på välmående och kan öka emotionell tillfredsställelse, kraft, resurser och prestige och fungera som en buffert för depressiva symtom (Greenhaus & Powell, 2006; Rozario et al., 2004; Sieber, 1974). Enligt teorin ger ytterligare roller tillgång till resurser som annars inte skulle vara tillgängliga för individen. Detta skulle alltså förklara, i motsats till rollstress, varför kombinationen av anhörigomsorg och lönearbete kan leda till lägre grad av depressiva symtom.

Arbetsrelaterad stress och psykisk hälsa

Utöver att möjliga rollkonflikter, så finns det andra aspekter som kan påverka omsorgsgivarens psykiska hälsa. Påverkan av informell omsorg på psykisk hälsa kan variera beroende på andra faktorer till exempel arbetsförhållanden. Tidigare forskning har visat att omfattningen av känsla av belastning respektive tillfredsställelse av att ge vård är förknippade med arbetsplatsens förhållanden (Grünwald et al., 2021). Ökad stress kan härledas till en kombination av arbetsrelaterade krav och de anspråk som uppstår i samband med att man tar hand om en närstående.

Förståelsen för hur arbetsplatsens förhållanden och informell vård påverkar varandra är av central betydelse för att kunna utforma effektiva interventioner för att främja välbefinnandet hos förvärvsarbetande informella omsorgsgivare.

Olika teoretiska modeller för psykosociala arbetsförhållanden har presenterats i tidigare forskning. Krav-kontrollmodellen är den dominerande teoretiska ramen för att förklara sambandet mellan arbetsrelaterad stress och hälsa (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990). Enligt krav-kontrollmodellen innebär arbetsrelaterad stress en interaktion mellan två huvudfaktorer: psykologiska krav i arbetet och kontroll över arbetet. Jobbkraav avser den mängd och typ av arbetsuppgifter som en arbetstagare möter, medan kontroll relaterar till graden av autonomi och möjlighet att påverka arbetsprocessen. Enligt denna modell kan höga krav i kombination med låg kontroll över arbetet leda till ökad stress och risk för hälso-problem, bland annat depression (Theorell et al., 2015).

Bara ett fåtal studier har undersökt om arbetsförhållanden kan förvärra eller förbättra sambandet mellan vård och hälsorelaterade resultat. Tidigare forskning har antytt att ogynnsamma arbetsförhållanden kan förstärka den negativa påverkan som informell omsorg har på hälsorelaterade utfall (Virtanen et al., 2021), även om resultaten varierar och inte är entydiga (Drake et al., 2020; Mortensen et al., 2017). Trots att arbetsrelaterad stress utgör en riskfaktor för depression (Theorell et al., 2015), finns det brist på bevis för om dessa kan förstärka sambandet mellan informell omsorg och depressiva symtom. Information om både informell omsorg och arbetsrelaterad stress är viktigt för att rikta insatser till personer som löper högre risk för psykisk ohälsa.

Ett könsperspektiv på informell omsorg, arbetsrelaterad stress och depression

Kvinnor och män skiljer sig åt gällande arbetssituation, informellt omsorgsgivande och psykisk hälsa. Det finns en förväntan på kvinnor att vara vårdande, vilket ställer större krav på kvinnor att vara informella omsorgsgivare. Kvinnor i Europa och Sverige är mer benägna att ge vård och när de gör det så ger de en mer omfattande vård, det vill säga mer tidskrävande omsorgsinsatser (Szebehely et al., 2014; Verbakel, 2018). Dessutom finns det markanta könsskillnader på arbetsmarknaden, till exempel när det gäller sektor, yrke och arbetstid, vilket leder till skillnader i arbetsvillkorens karaktär (Campos-Serna et al., 2013). I Sverige tenderar kvinnor att arbeta inom den offentliga sektorn i yrken inom vård-, omsorg och i utbildning, alltså branscher med mindre flexibilitet att anpassa sig till vårduppgifter.

Kvinnor har påvisats uppleva fler negativa konsekvenser av anhörigomsorg i relation till arbetsprestation och välbefinnande än män (Li et al., 2022; Ulmanen, 2021). Förvärvsarbetande kvinnor som är omsorgsgivare gör fler anpassningar i

arbetet, ger mer intensiv omsorg och upplever mer konflikt mellan anhörigomsorg och familjeliv (Li et al., 2022). Bland föräldrar till barn med intellektuella funktionsnedsättningar i Sverige har mödrar visat sig ha ökad depressivitet medan fäder inte hade det (Olsson & Hwang, 2008). Hög arbetsrelaterad stress och informellt omsorgsgivande utgör en förhöjd risk för sjukfrånvaro bland kvinnor. Men den sammanlagda effekten av båda stressorerna har inte påvisats öka risken för sjukfrånvaro jämfört med enbart arbetsrelaterad stress alternativt stress till följd av informellt omsorgsgivande (Mortensen et al., 2017). Även om allt fler män kliver in i rollen som omsorgsgivare, så är det framför allt kvinnor som står för anhörigomsorg (Ulmanen & Szebehely, 2015; Verbakel, 2018). Därför är det viktigt att inte bara studera sambandet mellan informell omsorg och depressiva symptom men även om konsekvenserna skiljer sig mellan kvinnor och män.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka hur informell omsorg och arbetsrelaterad stress individuellt och i samverkan var relaterade till depressiva symptom. Studien avser att besvara följande frågeställningar:

1. Har informellt omsorgsgivande och stressfyllda arbetsförhållanden respektive, ett samband med depressiva symptom?
2. Har kombinationen av stressfyllda arbetsförhållanden och informellt omsorgsgivande ett starkare samband med depressiva symptom?
3. Skiljer sig sambanden avseende informell omsorg och stressfyllda arbetsförhållanden i relation till depressiva symptom mellan kvinnor och män?

METOD

Datainsamling och undersökningsdeltagare

Analysen grundade sig i tvärsnittsdata från Svenska Longitudinella studien Om Sociala förhållanden, arbetsliv och Hälsa (Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health, SLOSH) 2020 (Magnusson Hanson et al., 2018). SLOSH är en longitudinell studie vid Stressforskningsinstitutet på Stockholms universitet som startade 2006 med syfte att undersöka arbetsliv, arbetsmiljö, pensionering, privatliv och hälsa. Undersökningen bygger på Arbetsmiljöundersökningen (AMU). SLOSH består idag av ett representativt urval av den svenska arbetande befolkningen från 2003 till 2019. I urvalsgruppen år 2020 var antalet deltagare 17 489, vilket motsvarade 49 procent av de 35 700 personer som enkäten skickades ut till. Deltagarna besvarade antingen ett formulär för arbetande (de som lönearbetar minst 30 procent) eller ett för icke-arbetande (de som lönearbetar mindre än 30 procent eller inte alls). Enkäterna skickades ut och togs emot av Statistiska centralbyrån (SCB) per post eller e-post. Informationen kompletterades med

information om kön, ålder med mera, med hjälp av administrativa registerdata. Godkännande har getts av etikprövningsnämnden i Stockholm för användning av SLOSH-data för den specifika studien och frågeställningen för denna studie (Dnr 2022-03746-02; 2022-00686-01).

Då frågeställningen för den aktuella studien rör förvärvsarbetare inkluderades enbart svaren från deltagarna som besvarat formuläret för lönearbetande, där endast personer inkluderades med fullständigt ifyllda svar. Undantag gjordes för frågorna gällande kronisk sjukdom och självs kattad och fysisk hälsa, då även delvis men ej fullständigt ifyllda svar inkluderades. Antalet ofullständiga svar ledde till ett bortfall på 930 personer (9 procent) för hela urvalsgruppen av lönearbetande på 10 294 personer och resulterade i 9 364 respondenter i åldrar från 25 till 81 år. Bortfallet för respektive variabel var följande: 161 för depressiva symtom, 248 för anhörigomsorg, 290 för arbetsrelaterad stress, 1 för ålder, 8 för utbildning, 77 för kronisk sjukdom, 69 för fysisk hälsa, 74 för självs kattad hälsa, 191 för barn och 143 för antal timmar i arbete.

Variabler

Anhörigomsorg

Anhörigomsorg bedömdes utifrån det antal timmar som deltagarna uppgett att de sammanlagt la på vård av anhörig när de tänkte på en vanlig vecka på sju dagar. Som svar kryssade de i något av följande: "0 timmar/vecka", "1-5 timmar/vecka", "6-10 timmar/vecka", "11-15 timmar/vecka" eller ">15 timmar/vecka". De tre sistnämnda grupperna slogs ihop till gruppen ">5 timmar/vecka" på grund av den låga förekomsten av omsorgsgivare som uppgav sig ge mer än fem timmar omsorg i veckan. Alla som kryssade i någonting annat än noll timmar i vecka klassades som informella omsorgsgivare.

Arbetsrelaterad stress

Arbetsrelaterad stress mättes med hjälp av demand-control-support questionnaire (Chungkham et al., 2013; Karasek, 1979). Frågebatteriets psykometriska egenskaper har validerats tidigare och påvisats uppnå tillfredsställande nivå (Chungkham et al., 2013; Fransson et al., 2012). Fem av frågorna berör krav i arbetet och sex berör kontroll. Frågorna besvarades på en skala från 1 (ofta) till 4 (aldrig). Fyra av frågorna gällande krav och fem kopplat till kontroll användes. Detta då en studie av Chungkham et al. (2013) har visat att kravmättet bli mer tillförlitligt om frågan om att jobba hårt exkluderas och en förbättrad model fit fås genom att exkludera frågan om repetitivt arbete. Den sammanlagda poängen blev minst 4 och max 16 för krav samt minst 5 och max 20 för kontroll. Därefter gjordes en dikotomisering av variabeln baserat på medianen för krav (median = 10) respektive kontroll (median = 17). Höga krav motsvarade poäng över medianen och låga krav poäng

lika med medianen eller lägre. En liknande uppdelningen gjordes av kontroll, med skillnaden att medianen och högre värden ingick i hög kontroll och värden under utgjorde låg kontroll. Därefter gjordes två kategorier, där kombinationen av höga krav och låg kontroll klassades som stressfyllda arbeten (Karasek, 1979) och övriga kombinationer som icke-stressfyllda.

Depressiva symtom

Depressiva symtom bedömdes med Symptom Checklist core depression (SCL-CD₆) (Magnusson Hanson et al., 2014). Frågorna omfattade upplevelser från den senaste veckan gällande trötthet, nedstämdhet, självklandrande, oro, intresse och känsla av ansträngning. Frågorna besvarades på en skala från noll (inte alls) till fyra (extremt mycket) där intensiteten i den efterfrågade upplevelsen skattades. Poängen för samtliga sex frågor summerades till en sammanlagd poäng för depressiva symtom från 0 till 24 där en högre siffra indikerade högre grad av depressiva symtom.

Kontrollvariabler

Kontrollvariablerna ålder, kön, civilstånd och utbildningsnivå inkluderades då de visat sig vara relaterade till depressiva symtom. Denna data hämtades från Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA). Ålder användes som ålder i år samt ålder i kvadrat. Den sistnämnda lades till för att synliggöra eventuella icke-linjära samband i regressionsanalyserna. Kön behandlades som en binär variabel (kvinna/man). Utöver att inkludera kön som kontrollvariabel gjordes en stratifierad analys utifrån just kön, vilket förklaras närmare under avsnittet Statistisk analys. Civilstånd ombildades, i likhet med tidigare relevant forskning till en binär variabel, med kategorierna partner (gift/registrerad partner) eller inte partner (ogift/skild/skild partner/änka/änkling/efterlevande partner). Utbildningsnivå behandlades som ett mått på socioekonomisk status och delades upp i fem kategorier (ingen formell utbildning, grundskoleutbildning, gymnasial utbildning, kort högre utbildning samt universitetsutbildning) utifrån den högsta uppnådda utbildningsnivån vår 2019.

Därutöver inkluderades även följande kontrollvariabler från enkätsvaren i analysen: hemmaboende barn, självskattad hälsa, kronisk sjukdom, fysisk hälsa och arbetstimmar per vecka. Hemmaboende barn var en binär variabel där deltagarna besvarat ja eller nej på huruvida de hade åtminstone ett barn hemma som bodde åtminstone halva tiden hos dem.

Självskattad hälsa undersöktes med följande fråga: "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" där deltagaren kunde besvara det med "Mycket bra", "Ganska bra", "Varken bra eller dåligt", "Ganska dåligt" eller "Mycket dåligt". Kronisk sjukdom undersöktes med frågan om deltagarna led av muskuloskeletal,

kardiovaskulär eller reumatisk sjukdom, kronisk obstruktiv lungsjukdom, högt blodtryck, diabetes, astma, migrän, fysisk funktionsnedsättning, cancer eller någon annan sjukdom. Svartalternativen var "Nej", "Ja, men det påverkar inte alls mitt liv", "Ja, påverkar mitt liv lite" och "Ja, påverkar mitt liv mycket". Svaren delades upp i två kategorier utifrån om personens liv var påverkat av det ("Ja, påverkar mitt liv lite" och "Ja, påverkar mitt liv mycket") eller inte ("Nej" och "Ja, men det påverkar inte alls mitt liv"). Fysisk hälsa bedömdes med frågan om deltagarna under de senaste tre månaderna upplevt obehag eller smärta till följd av värk i huvud, nacke, axlar, nedre ryggen eller annat. Svartalternativen samt kategoriseringen var densamma som för kronisk sjukdom.

Arbetsstimmar per vecka genererades utifrån frågan om hur många timmar personen förvärvsarbetar i genomsnitt per vecka (med övertid på arbetsplatsen, vid tjänsteresa och hemma inkluderat). Deltagarna fick tio svartalternativ att välja mellan ("Mindre än 10 timmar/vecka", "10–19 timmar/vecka", "20–29 timmar/vecka", "30–35 timmar/vecka", "36–40 timmar/vecka", "41–45 timmar/vecka", "46–50 timmar/vecka", "51–55 timmar/vecka", "56–60 timmar/vecka" eller "61 timmar/vecka eller mer"). Svaren kategoriserades i följande fyra grupper: "Mindre än 10 timmar/vecka", "10–19 timmar/vecka", "20–29 timmar/vecka" och "Mer än 30 timmar i veckan".

Statistisk analys

De statistiska analyserna genomfördes med version 17 av STATA (StataCorp, 2021). Beskrivande statistik togs fram för att sammanfatta urvalets egenskaper. Därefter genomfördes bivariata analyser med ANOVA och χ^2 för att jämföra medelvärden och procenttal för depressiva symtom hos gruppen informella omsorgsgivare med personer som inte gav anhörigomsorg. Genom multipel linjär regression studerades sambandet mellan depressiva symtom och antal timmar informell omsorg där personer som inte gav informell omsorg fungerade som referensgrupp (modell 1). Sambandet mellan depressiva symtom och informell omsorg respektive arbetsrelaterad stress undersöktes i modell 2 där även interaktions-effekten mellan omsorg och arbetsrelaterad stress togs i beaktande. I modell 3 inkluderades sociodemografiska variabler (ålder, kön, utbildningsnivå, civilstånd och barn i hemmet), hälsa (kronisk sjukdom, fysisk hälsa, självskattad hälsa), och antal timmar i arbete per vecka för att kontrollera för potentiellt samvarierande faktorer.

Resultaten presenteras huvudsakligen som β -koefficienter, konfidensintervall och p-värden med signifikansnivån 95 procent ($p < 0.05$). Margins-kommandot i STATA användes för att få fram en estimerad depressiv poäng utifrån specifika värden på de huvudsakliga beroende variablerna utifrån modell 3, vilka presenteras i figurer (i så kallade marginsplots). Marginsplotsen inkluderades

då de tillät en tydliggörande visualisering av interaktionen mellan anhörigomsorg och arbetsrelaterad stress (Williams, 2012).

I analys av könsskillnader genomfördes en stratifiering av data i två grupper, en för vardera könskategori. Regressionsanalyserna gjordes med modell 3 för att synliggöra eventuella skillnader i koefficienter hos grupperna. Även här togs margins fram utifrån anhörigomsorg, arbetsrelaterad stress och interaktionen mellan dessa. Dessa presenteras i en figur uppdelat på kvinnor respektive män.

Därutöver gjordes en kontroll av den eventuella påverkan som exkluderingen av ofullständigt ifyllda variabler hade på utfallsmåttet. Detta gjordes med enkla linjära regressionsanalyser med den data som exkluderats för att undersöka hur denna var relaterade till depressiva symtom. På detta vis analyserades alltså om bortfallet var associerat med utfallet. Därmed bedömdes om deltagare med ofullständiga svar för någon av de oberoende variablerna i genomsnitt hade annorlunda skattade depressiva symtom jämfört med personer med fullständigt besvarade frågor. Det hittades inget stöd för att deltagarna som exkluderades skulle ha en signifikant skillnad i depressiva symtom, bortsett från deltagarna med ofullständigt svar gällande barn i hemmet som hade en signifikant högre grad av depressiva symtom ($\beta = 0.88$, $p = 0.025$, KI: 0.11, 1.65). Som en känslighetsanalys upprepades de huvudsakliga linjära regressionsmodellerna med full information maximum likelihood (FIML) som estimeringsprocedur. Denna metod möjliggör inkludering av all tillgängliga data och är robust mot antagandet om att data saknas slumpmässigt. FIML-modellerna (se bilagor tabell A1) visar liknande resultat som de analyser som baserades på fullständiga fall (Enders, 2022).

RESULTAT

Beskrivande analyser

Totalt rapporterade 84.5 procent att de inte gav någon informell omsorg, 13.7 procent att de gav mellan en till fem timmar i veckan och 1.8 procent att de gav mer än fem timmar i veckan. Medelvärden av depressiva symtom för hela gruppen, de som inte gav omsorg, de som gav upp till fem timmar i veckan respektive över fem timmar i veckan presenteras i tabell 1. I gruppen som gav mellan en och fem timmar anhörigomsorg var medelvärdet högre jämfört med de som inte gav omsorg. För gruppen som gav mer än fem timmar omsorg var medelvärdet avsevärt högre (7.2; intervall: 0-24). Bland kvinnorna i studien gav 15.7 procent mellan en och fem timmar omsorg i veckan samt 2.2 procent gav mer än fem timmar i veckan. Bland männen gav 10.9 procent mellan en och fem timmar omsorg i veckan och 1.3 procent mer än fem timmar. De som gav informell omsorg mer än fem timmar i veckan var oftare äldre, utan partner, utan barn i hemmet eller arbetade färre än 30 timmar i veckan. De som gav

mer anhörigomsorg uppgav sämre självskattad hälsa, mer påverkan av kronisk sjukdom och fysisk hälsa, och mer arbetsrelaterad stress (se tabell 1).

Samband mellan omsorgsgivande, arbetsrelaterad stress och depressiva symptom

I den enkla linjära regressionsanalysen (*modell 1 i tabell 2*) framkom att omsorgsgivande hade samband med högre grad av depressiva symptom. β -koefficienterna visade en ökning av antal poäng i depressiva symptom utifrån om personen gav omsorg, i detta fall ökade de alltså i snitt med 0.78 poäng vid omsorgsgivande mellan en till fem timmar och med 2.06 poäng vid mer än fem timmar. Samma mönster av ökad grad av depressiva symptom hos omsorgsgivare återfanns i modell 3, efter tillägg av kontrollvariabler i regressionsmodellen.

Det framkom även ett samband mellan arbetsrelaterad stress och ökad grad av depressiva symptom i de två modeller där arbetsrelaterad stress inkluderades (se tabell 2). Däremot återfanns inte stöd för interaktionen av anhörigomsorg och arbetsrelaterad stress i relation till depressiva symptom i någon av de två modeller där kontrollvariabler inkluderades som framgår av tabell 2. I *figur 1* presenteras de estimerade poängen för depressiva symptom utifrån antal timmar omsorg (vänster sida del) respektive arbetsrelaterad stress (höger sida del). Interaktionen mellan anhörigomsorg och arbetsrelaterad stress återfinns i *figur 2* (utifrån modell 3, tabell 2).

Tabell 1. Frekvenser (procent) eller medelvärde (standardavvikelser) och samband mellan variabler och antal timmar omsorgsgivande, N=9364.

	Hela urvalsgruppen	Ej omsorgsgivare	Omsorgsgivare ≤ 5 timmar/vecka	Omsorgsgivare > 5 timmar/vecka
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Alla	9364 (100)	7911 (84.5)	1281 (13.7)	172 (1.8)
Kön ***				
Man	4052 (43.3)	3556 (45.0)	442 (34.5)	54 (31.4)
Kvinna	5312 (56.7)	4355 (55.1)	839 (65.5)	118 (68.6)
Ålder *** m (sd)	53.1 (9.0)	52.7 (9.3)	54.9 (7.0)	56.0 (7.8)
Utbildning (e.s.)				
Grundskola	355 (3.8)	298 (3.8)	46 (3.6)	11 (6.4)
Gymnasial utbildning	3555 (38.0)	2968 (37.5)	523 (40.8)	64 (37.2)
Kort högre utbildning	779 (8.3)	650 (8.2)	117 (9.1)	12 (7.0)
Universitets- utbildning	4675 (49.9)	3995 (50.5)	595 (46.5)	85 (49.4)
Relationsstatus ***				
Partner	5404 (57.7)	4532 (57.3)	796 (62.1)	76 (44.2)
Ej partner	3960 (42.3)	3379 (42.7)	485 (37.9)	96 (55.8)

Barn i hemmet				

Ja	4229 (45.2)	3642 (46.0)	527 (41.1)	60 (34.9)
Nej	5135 (54.8)	4269 (54.0)	754 (58.9)	112 (65.1)
Självskattad hälsa ***				
Mycket bra	2494 (26.6)	2161(27.3)	305 (23.8)	28 (16.3)
Ganska bra	5090 (54.4)	4308 (54.5)	688 (53.7)	94 (54.7)
Varken bra eller dålig	1310 (14.0)	1079 (13.6)	193 (15.1)	38 (22.1)
Ganska dålig	443 (4.7)	341 (4.3)	92 (7.2)	10 (5.8)
Mycket dålig	27 (0.3)	22 (0.3)	3 (0.2)	2 (1.2)
Kronisk sjukdom				

Livet påverkat	3287 (35.1)	2693 (34.0)	511 (39.9)	83 (48.3)
Ej påverkat	6077 (64.9)	5218 (66.0)	770 (60.1)	89 (51.7)
Timmar i arbete/vecka *				
≤10	422 (4.5)	343 (4.3)	66 (5.2)	13 (7.6)
10-19	260 (2.8)	223 (2.8)	31 (2.4)	6 (3.5)
20-29	523 (5.6)	431 (5.5)	74 (5.8)	18 (10.5)
≥30	8159 (87.1)	6914 (87.4)	1110 (86.7)	135 (78.5)
Arbetsrelaterad stress ***				
Ja	1528 (16.3)	1245 (15.7)	240 (18.7)	43 (25.0)
Nej	7836 (83.7)	6666 (84.3)	1041 (81.3)	129 (75.0)
Depressiva symtom *** m (sd)	5.3 (4.9)	5.1 (4.9)	5.9 (5.1)	7.2 (5.4)

p-värden för samband mellan variablerna och antal timmar omsorgsgivande framto gs med Chi² för kategoriska variablerna och med envägs oberoende ANOVA för jämförelse av medelvärdena (medelvärde = m; sd = standardavvikelse) mellan omsorgsgivargrupperna.
Signifikans: e.s. = ej statistiskt signifikant (p≥0.05), * = p<0.05, ** = p<0.01, *** = p<0.001

Könsskillnader

I stratifikationen utifrån kön (presenteras i bilagor tabeller A2 och A3) framkom att kvinnor som både gav anhörigomsorg mellan en till fem timmar och över fem timmar var signifikant associerat med högre depressiva symtom. Bland männen var anhörigomsorg över fem timmar per vecka signifikant associerat till högre grad av depressiva symtom men inte anhörigomsorg mellan en till fem timmar. Arbetsrelaterad stress hade samband med högre nivåer av depressiva symtom både för kvinnor och män. Hos kvinnorna hittades ingen signifikant interaktion av anhörigomsorg och arbetsrelaterad stress. Bland männen var däremot interaktionseffekten av anhörigomsorg över fem timmar och arbetsrelaterad stress signifikant, men inte för anhörigomsorg mellan en och fem timmar i veckan.

Till vänster i *figur 3* presenteras margins, alltså de estimerade depressiva poängen från de stratifierade analyserna, för de olika kombinationerna av anhörigomsorg och arbetsrelaterad stress för gruppen kvinnor. För dem utan vare sig informell omsorg eller arbetsrelaterad stress var depressiva symptom 5.34 (KI: 5.20, 5.49), vilket var den lägst estimerade poängen i depressiva symptom bland kvinnorna. Detta var efterföljt av kvinnor utan arbetsrelaterad stress som gav en till fem timmar omsorg i veckan 6.07 (KI: 5.74, 6.40) och kvinnor som gav mer än fem timmar omsorg i veckan 6.51 (KI: 5.61, 7.42). Med andra ord var konfidensintervallen överlappande för dessa två grupper. De estimerade poängen för depressiva symptom var högre för kvinnorna med arbetsrelaterad stress, men liknade varandra oavsett omfattning av omsorg (ingen omsorg: 7.05, KI: 6.73, 7.37; 1-5 timmar omsorg/vecka: 7.36, KI: 6.67, 8.05; >5 timmar omsorg/vecka: 7.37, KI: 5.71, 9.04).

Till höger i *figur 3* presenteras de estimerade poängen i depressiva symptom för män, som var lägst för de utan vare sig informell omsorg eller arbetsrelaterad stress (4.27, KI: 4.13, 4.41). Poängen var snarlik och konfidensintervallen överlappade för männen som gav anhörigomsorg mellan en och fem timmar i veckan utan arbetsrelaterad stress 4.60 (KI: 4.19, 5.01). Likaså var poängen 5.97 (KI: 5.61, 6.33) och därmed närliggande för de män med arbetsrelaterad stress som inte gav anhörigomsorg och 6.15 (KI: 5.27, 7.04) för de med arbetsrelaterad stress som gav omsorg en till fem timmar i veckan. Dessa poäng var därmed högre än för män utan arbetsrelaterad stress. De män som gav omsorg över fem timmar i veckan med arbetsrelaterad stress hade den estimerade poängen 5.69 (KI: 4.19, 5.01) som låg nära den för övriga män med stressfyllda arbeten. De män som däremot inte hade arbetsrelaterad stress och gav mer än fem timmar informell omsorg i veckan hade de högsta estimerade depressiva symptomen på 6.77 (KI: 5.50, 8.04).

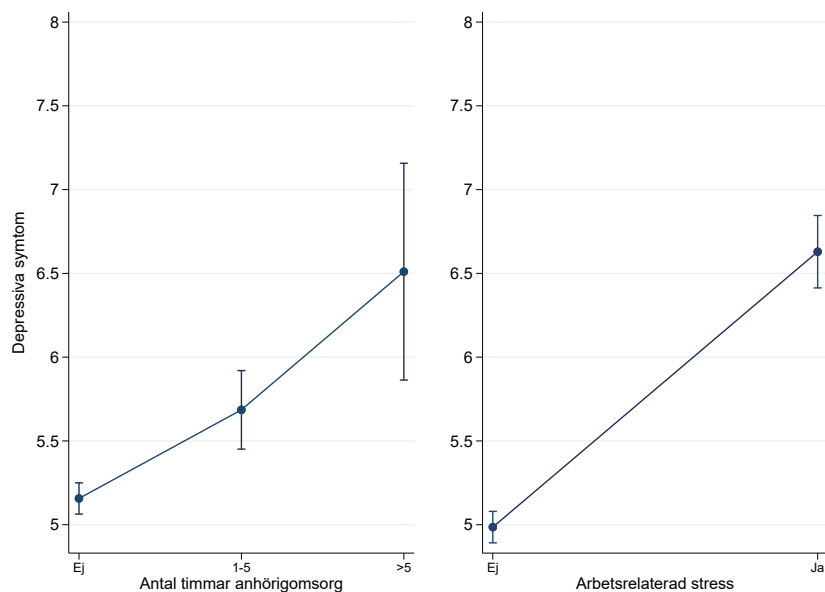
Tabell 2. Depressiva symptom i relation till antal timmar omsorg, N=9364.

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	β	95% KI	β	95% KI	B	95% KI
Anhörigomsorg (Ej anhörigomsorg)						
≤ 5 timmar/vecka	0.78***	(0.49, 1.07)	0.77***	(0.45, 1.08)	0.58***	(0.31, 0.86)
> 5 timmar/vecka	2.06***	(1.32, 2.81)	2.19***	(1.35, 3.03)	1.59***	(0.85, 2.33)
Arbetsrelaterad stress (Nej)						
Ja	-		2.71***	(2.42, 3.01)	1.72***	(1.46, 1.98)
Anhörigomsorg x arbetsrelaterad stress						
≤ 5 timmar/vecka och stress	-		-0.35 (e.s)	(-1.09, 0.39)	-0.34 (e.s.)	(-0.99, 0.30)

> 5 timmar/vecka och stress	-		-1.51 (e.s)	(-3.21, 0.18)	-1.46 (e.s.)	(-2.94, 0.03)
Kön (Man)						
Kvinna	-		-		0.73***	(0.55, 0.91)
Ålder	-		-		-0.20***	(-0.29, -0.11)
Ålder i kvadrat	-		-		0.00**	(0.00, 0.00)
Utbildning (Grundskola)						
Gymnasial utbild.	-		-		0.03 (e.s.)	(-0.44, 0.49)
Kort högre utbild.	-		-		0.55*	(-0.02, 1.09)
Universitetsutbild.	-		-		0.55*	(0.09, 1.02)
Relationsstatus (Ej partner)						
Partner	-		-		-0.22*	(-0.40, 0.04)
Barn i hemmet (Nej)						
Ja	-		-		0.06 (e.s.)	(-0.15, 0.26)
Självskattad hälsa (Mycket bra)						
Ganska bra	-		-		1.85***	(1.64, 2.06)
Varken bra eller dålig	-		-		4.29***	(3.98, 4.59)
Ganska dålig	-		-		7.42***	(6.96, 7.87)
Mycket dålig	-		-		11.42***	(9.81, 13.03)
Kronisk sjukdom (Ej påverkat)						
Livet påverkat	-		-		0.29**	(0.09, 0.49)
Fysisk hälsa (Ej påverkat)						
Livet påverkat	-		-		1.37***	(1.17, 1.56)
Timmar i arbete/vecka (<10)						
10-19 timmar/vecka	-		-		-0.42 (e.s.)	(-1.08, 0.24)
20-29 timmar/vecka	-		-		-0.25 (e.s)	(-0.79, 0.30)
≥30 timmar/vecka	-		-		-0.45*	(-0.87, -0.04)
Konstant	5.11***	(5.00, 5.21)	4.68***	(4.56, 4.79)	8.70***	(6.32, 11.08)

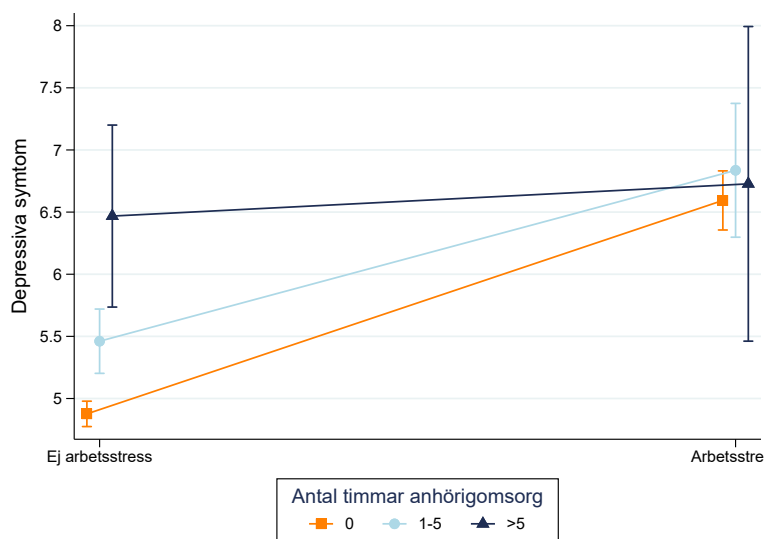
KI = konfidensintervall. Referensgrupp inom parentes.
Signifikans: e.s. = ej statistiskt signifikant p≥0.05, * = p<0.05, ** = p<0.01, *** = p<0.001

Figur 1. Estimerade depressiva poäng utifrån antal timmar omsorg respektive arbetsrelaterad stress (N=9364).



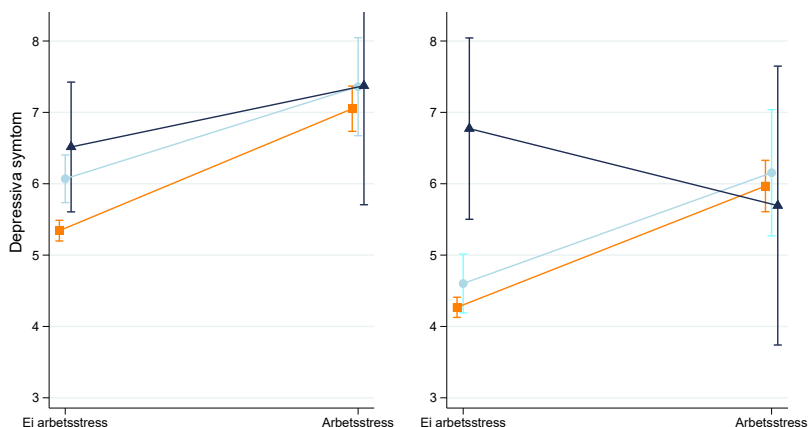
Notera. Marginal effects samt konfidensintervall (KI) utifrån modell 3, till vänster utifrån antal timmar omsorg, till höger utifrån arbetsrelaterad stress.

Figur 2. Estimerade depressiva poäng utifrån antal timmar anhörigomsorg, arbetsrelaterad stress samt interaktionen mellan dessa (N=9364).



Notera. Marginal effects samt konfidensintervall (KI) utifrån modell 3 (tabell 2)

Figur 3. Estimerade depressiva poäng för kvinnor (N=5312) respektive män (N=4052) utifrån antal timmar anhörigomsorg, arbetsrelaterad stress samt interaktionen mellan dessa.



Notera. Marginal effects samt konfidensintervall (KI) stratifierat utifrån kön, till vänster för kvinnor, höger för män. Utifrån modell 3 (tabell A2 och A3).

DISKUSSION

Denna studie använde data från en representativ studie av svenska lönearbetare för att undersöka hur informell omsorg och arbetsrelaterad stress individuellt och i samverkan relaterar till depressiva symtom. Sammanfattningsvis visade resultaten att både informell omsorg och arbetsrelaterad stress hade ett samband med depressiva symtom efter kontroll av flera samvarierande faktorer. Sambandet mellan informell omsorg och depressiva symtom var starkare när individer tillhandahöll mer omsorg (mer än fem timmar i veckan). Arbetsrelaterad stress hade ett samband med högre grad av depressiva symtom i liknande utsträckning som att ge omsorg för fem timmar eller mer per vecka hade. Resultaten visade dock inte att informell omsorg och arbetsrelaterad stress samverkade i relation till depressiva symtom då arbetsrelaterad stress i kombination med omsorgsgivande inte var associerat med en ytterligare ökning av depressiva symtom. På samma vis dämpade inte frånvaron av arbetsrelaterad stress graden av depressiva symtom hos den informella omsorgsgivaren.

Tidigare forskning har visat att informell omsorg kan ha både negativa och positiva konsekvenser för hälsan. Något som kan tänkas påverka välbefinnande är de konflikter som kan uppstå mellan omsorgsgivande och lönearbete. Få studier har undersökt hur sambandet kan skilja sig beroende på de krav och den kontroll som den informella omsorgsgivaren har i sitt arbete (Mortensen et al., 2017; Virtanen et al., 2021). Sambandet som påvisats i denna studie gällande informell omsorg och depressiva symtom stämmer överens med tidigare forskning (Del-Pino-Casado et al., 2019). Informell omsorg kan utgöra en direkt belastning för

individen, men kan även orsaka indirekta påfrestningar som i sin tur kan leda till stress och psykisk ohälsa (Pearlin et al., 1990). Exempelvis kan personer behöva gå ner i arbetstid för att kunna tillgodose den anhöriges omsorgsbehov, vilket i sin tur skulle innebära förlorad arbetsinkomst (Szebehely et al., 2014; Van Houtven et al., 2013). Därutöver kan informell omsorg utgöra en sekundär stressor i form av att den kan leda till minskad tid för fritid och återhämtande aktiviteter (Ulmanen & Szebehely, 2015). Dessa är några av de saker som kan tänkas göra informella omsorgsgivare mer sårbara för psykisk ohälsa (Zuba & Schneider, 2013).

Att en högre grad av depressiva symtom påvisades bland dem som gav omsorg även med låg intensitet (mindre än fem timmar i veckan) skulle kunna bero på rollöverbelastning till följd av konkurrerande åtaganden från lönearbete respektive informell omsorg. En ytterligare, men helt annan anledning till att informell omsorg kan vara relaterat till försämrat mående är att svikande hälsa hos en nära anhörig kan vara förknippad med en emotionell belastning och sorg (Lindauer & Harvath, 2014). Även om denna studie inte utvärderat skillnader i omsorgssituationen, till exempel formen och omfattningen av omsorgen och hur dessa relaterar till primära och sekundära stressfaktorer, kan framtida longitudinella studier undersöka de mekanismer genom vilka omsorg är kopplad till depression bland arbetande omsorgsgivare.

Sambandet mellan anhörigomsorg och ökade depressiva symtom stämmer överens med tidigare forskning (Del-Pino-Casado et al., 2019), medan det står i kontrast till bevis som antyder att omsorgsgivande kan leda till bättre hälsa (Roth et al., 2015). Även efter inkludering av självskattad hälsa i modellerna, vilket sannolikt åtminstone delvis är en mediator och överjustering för de skadliga effekterna av omsorg på depression, kunde vi observera betydande effekter av omsorgsgivande på depressiva symtom. Vår studies resultat stämde inte överens med teorier om de positiva konsekvenserna av flertal roller (Rozario et al., 2004; Sieber, 1974). För arbetande omsorgsgivare med goda arbetsförhållanden skulle detta kunna vara fallet, eftersom arbete potentiellt skulle ge en paus från stressen i omsorgsgivarrollen (Zuba & Schneider, 2013). Dock påvisades att även omsorg på mindre än 5 timmar per vecka utan samtidig arbetsrelaterad stress var relaterad till högre skattningar på depression. Detta överensstämmer med tidigare studier som utvärderar omsorgsgivande och arbetsrelaterad belastning på andra hälsorelaterade utfall (Mortensen et al., 2017; Virtanen et al., 2021). Medan detta indikerar att de negativa aspekterna av omsorgsgivarrollen inte uppvägs, utesluter det fortfarande inte förekomsten av positiva aspekter av omsorgsgivande, vilka kan vara viktigare när man undersöker andra relaterade utfall, såsom välbefinnande och livstillfredsställelse.

I likhet med förutsägelser genom krav-kontrollmodellen och tidigare forskning (Madsen et al., 2017; Theorell et al., 2015) påvisades ett samband mellan

arbetsrelaterad stress och högre grad av depressiva symtom. Kombinationen av anhörigomsorg och arbetsrelaterad stress var visserligen relaterat till depressiva symtom, men inte signifikant mer än vardera faktorn för sig. Resultaten överensstämmer med tidigare forskning som undersökt kombinationen av omsorgsgivande och arbetsrelaterad stress på andra hälsoutfall, då ingen additiv effekt av kombinationen påvisades (Mortensen et al., 2017). Däremot har en tidigare studie visat att samverkan mellan informell omsorg och arbetsmiljö, mätt med arbetstidskontroll, kan påverka omfattningen av sömnstörningar (Virtanen et al., 2021). Detta avvikande resultat tyder på att interaktioner mellan omsorg, arbetsmiljö och hälsa kan vara beroende av de specifika måtten på arbetsmiljö och hälsa som undersöks. Sammantaget verkar våra resultat tyda på att lågt informellt omhändertagande (1-5 timmar per vecka) endast är svagt förknippat med depressiva symtom i frånvaro av arbetsstress. När arbetsstress är närvarande ökar depressiva symtom för alla, oavsett nivå av informell omsorg. Likaså ökar depressiva symtom oavsett arbetsstress när man ger mer än fem timmars omsorg per vecka.

Avsaknaden av en additiv effekt av både arbetsrelaterad stress och informellt omsorgsgivande i relation till depressiva symtom skulle kunna bero på eventuella kompensatoriska beteenden hos lönearbetande informella omsorgsgivare. De kan redan ha gjort förändringar i arbets- eller familjesituationen i form av att gå ner i arbetstid eller minska omfattningen omsorg som de ger. Personer i stressfyllda arbeten kan tänkas minskat ner på den tid de ger omsorg genom att ta hjälp av andra anhöriga eller formella och betalda omsorgstjänster och på så vis minska den upplevda rollkonflikten. Därutöver kan personer som ger mycket informell omsorg ha gått ner i arbetstid. En annan möjlig förklaring är att det kan ha skett en urvaleffekt där enbart personer som förmått att både ge informell omsorg och lönearbeta inkluderats, medan de som till följd av stress behövt sluta med något av dessa åtaganden inte ingått i urvalsgruppen.

En något högre andel av informella omsorgsgivare skattade högre arbetsrelaterad stress jämfört med dem som inte gav omsorg. Detta skulle kunna tänkas bero på att brist på flexibilitet i arbetet synliggjorts i samband med påbörjandet av omsorgsgivande, exempelvis om omsorgstagaren behövde hjälp under arbetstid. Med andra ord kan behovet av flexibilitet varit mindre innan man klivit in i omsorgsgivarrollen. För lönearbetande informella omsorgsgivare bör därför en minskning av arbetsrelaterad stress och omsorgsbelastning prioriteras för att minska graden av depressiva symtom. Detta gäller särskilt för gruppen som ger mellan en och fem timmar omsorg då de rapporterat lägre grad av depressiva symtom i frånvaro av arbetsrelaterad stress, även om de fortfarande skattade mer depressiva symtom än de som inte gav någon omsorg överhuvudtaget.

I studien framgår att kvinnor oftare gav anhörigomsorg än män, vilket för dem var associerat med högre grad av depressiva symtom oavsett omfattning

av omsorg. Dessutom var kvinnor också mer benägna att ge fler timmars vård än män. Detta stämmer överens med tidigare forskning (Li et al., 2022; Ulmanen, 2021). Trots att kvinnor lönearbetar i högre grad idag än historiskt så står de fortfarande för majoriteten av hushållsarbetet (Jämställdhetsmyndigheten, 2023; SCB, 2022). Omsorgsgivande, oavsett omfattning, är relaterat till sämre mående hos kvinnor än män (Eek & Axmon, 2015; Hämmig & Bauer, 2009). Denna norm att kvinnan ska vara omhändertagandet kan ha bidragit till att kvinnor oftare än män är primära omsorgsgivare, hjälper med mer komplexa uppgifter och ger mer intensiv omsorg (Navaie-Waliser et al., 2002) vilket skulle kunna förklara varför omsorgsgivarrollen är mer belastande för kvinnor. Ingen interaktionseffekt påvisades mellan arbetsrelaterad stress och informell omsorg i relation till depressiva symptom hos kvinnor, vilket innebär att omsorg var relaterat med högre depressiva symptom oavsett nivå av arbetsrelaterad stress. Precis som i de icke könsspecifika analyserna ger dessa resultat stöd för en rollkonflikt mellan arbete och informell omsorg för kvinnor.

Bland männen var anhörigomsorg över fem timmar och arbetsrelaterad stress var för sig relaterat till högre grad av depressiva symtom. Men till skillnad från kvinnor så påvisades en negativ interaktionseffekt av omsorg och arbetsrelaterad stress bland män. Tidigare forskning har visat att män utan syskon tenderar att ge omsorg i högre grad än män med syskon eftersom män vanligtvis är mindre benägna att ta på sig rollen som primär omsorgsgivare (Campbell & Martin-Matthews, 2003). En förklaring skulle därmed kunna vara att män gav mer intensiv omsorg främst när ingen annan (kvinnlig) familjemedlem fanns tillgänglig för rollen. Männen som gav mer än fem timmar omsorg kan därmed ha känt sig mer eller mindre tvungna att ta på sig rollen som omsorgsgivare, någonting som visat sig vara relaterat till sämre välmående (Schulz et al., 2012). De män som gav mer än fem timmar omsorg i veckan kan även ha hjälpt till med sysslor som kvinnor traditionellt tagit, som exempelvis personlig omvårdnad (Arber & Ginn, 1995) som också är den typen av omsorg som upplevs som mer stressfylld (Lopez-Anuarbe & Kohli, 2019). Att en lägre grad (1-5 timmar) av omsorgsgivande bland män inte var relaterat till depressiva symtom kan bero på att omsorgsgivande män generellt ger mer praktiskt än emotionellt stöd än omsorgsgivande kvinnor (Szebehely et al., 2014). Att ge 1 till 5 timmar stöd behöver inte vara lika psykiskt påfrestande för män beroende på typ av omsorg, men kan vara det för kvinnor då det med större sannolikhet är förknippat med att ge emotionellt stöd.

Studiens begränsningar och styrkor

En av studiens styrkor är det stora antalet deltagare. Därutöver tillför den specifik kunskap till forskningsfältet om samband mellan depressiva symtom och kombinationen av anhörigomsorg och arbetsrelaterad stress med relativt nya

data från 2020. Det stora antalet deltagare ökar generaliserbarheten av resultatet i en svensk kontext. En annan styrka är att analyserna var kontrollerade för flera potentiella samvarierande faktorer. För att undvika att fånga studiedeltagarnas personlighet och personliga resurser användes antal timmar informell omsorg som ett mer objektivt mått än den upplevda omsorgen. Dock återstår en risk för att deltagare över- eller underskattat tiden de lagt ner på anhörigomsorg. Både depression och arbetsrelaterad stress mättes med väletablerade och validerade frågor. SCL-CD₆ användes för att mäta depressiva symtom som är en självskattad etablerad skala. Dock kan det anses vara en svaghet jämfört med mer objektiva mått som registerdata på diagnos och läkemedel. DCSQ-skalan, som bygger på validerade skalor, användes för att mäta arbetsrelaterad stress. Då olika omsorgssituationer kan innebära olika påfrestningar är bristen på information om vilken typ av omsorg och vem som ger den en ytterligare begränsning. Det finns även vissa svagheter i studiens design. Underrepresentation av vissa grupper i SLOSH, som till exempel personer med lägre utbildning, födda utanför Skandinavien, män och unga (Magnusson Hanson et al., 2018) kan introducera bias i resultaten. Dessutom finns det ett möjligt bortfall av deltagare som inte besvarade enkäten på grund av stress eller depressivitet bidra till att styrkan i sambanden blir försvagade. Att enbart inkludera deltagare som arbetade 30 procent eller mer kan leda till urvalsfel och exkludera viktiga grupper av omsorgsgivare. Detta då de vars psykiska hälsa potentiellt drabbats hårdast av omsorgsgivande kan ha behövt gå ner avsevärt mycket i arbetstid eller sluta förvärvsarbeta helt. Då enbart tvärsnittsdata använts går det inte heller att uttala sig om kausala samband. Det bör också noteras att datainsamlingen ägde rum i samband med covid-19 pandemin, vilket kan ha påverkat både kvantitet och kvalitet av informell omsorg samt depressiva symtom hos deltagarna.

Slutsatser

Sammanfattningsvis var informell omsorg respektive arbetsrelaterad stress relaterat till depressiva symtom. När arbetsstress är närvarande ökar depressiva symtom för alla, oavsett nivå av informell omsorg. Likaså ökar depressiva symtom oavsett arbetsstress när man ger informell omsorg. Även om denna studie inte visade att den kombinerade effekten av informell omsorg och arbetsrelaterad stress var starkare än dess separata samband med depressiva symtom så ökar bägge dessa faktorer i samhället idag. Detta kan komma att bli kostsamt på både ett individuellt och ett samhälleligt plan i form av ökade vårdkostnader till följd ökad psykisk ohälsa bland omsorgsgivare, samt att personer som i annat fall skulle vara arbetsföra kanske inte kommer att finnas att tillgå på arbetsmarknaden eller ha möjlighet att ge informell omsorg. Offentligt finansierad omsorg kan

tänkas vara viktig i förebyggande syfte, där den på lång sikt inte bara skulle kunna bespara individuellt lidande utan även samhälleliga kostnader.

Därutöver är det även

av stor vikt att arbetsplatser hittar sätt att fånga upp informella omsorgsgivare för att kunna erbjuda dem stöttning i möjligaste mån, genom exempelvis ökad flexibilitet i arbetet.

Studien finansierades av anslag från Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE, Dnr: 2021-01837, 2023-00147 och 2019-01429) samt Vetenskapsrådet (VR, Dnr: 2023-01995). Studien använde data från REWHARD-konsortiet, vilket stöds av Vetenskapsrådet (Dnr: 2017-00624).

REFERENSER

- AGE Platform Europe. (2023). *Barometer 2023 Empowering older people in the labour market for sustainable and quality working lives*.
- Al-Janabi, H., Carmichael, F., & Oyeboode, J. (2018). Informal care: choice or constraint? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 157–167. <https://doi.org/10.1111/scs.12441>
- Andren, S., & Elmstahl, S. (2005). Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(2), 157–168. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00328.x>
- Arber, S., & Ginn, J. (1995). Gender differences in informal caring. *Health & Social Care in the Community*, 3(1), 19–31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.1995.tb00003.x>
- Campbell, L. D., & Martin-Matthews, A. (2003). The Gendered Nature of Men's Filial Care. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), S350–S358. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S350>
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., Moen, B. E., & Benavides, F. G. (2013). Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-57/TABLES/5>
- Chungkham, H. S., Ingre, M., Karasek, R., Westerlund, H., & Theorell, T. (2013). Factor Structure and Longitudinal Measurement Invariance of the Demand Control Support Model: An Evidence from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health (SLOSH). *PLOS ONE*, 8(8), e70541. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0070541>
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. In *OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Del-Pino-Casado, R., Rodríguez Cardosa, M., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2019). The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14(5), e0217648. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217648>
- Drake, E., Toivanen, S., Leineweber, C., & Nyberg, A. (2020). Is combining human service work with family caregiving associated with additional odds of emotional exhaustion and sickness absence? A cross-sectional study based on a Swedish cohort. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 93(1), 55–65. <https://doi.org/10.1007/s00420-019-01461-0>
- Eek, F., & Axmon, A. (2015). Gender inequality at home is associated with poorer health for women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(2), 176–182. <https://doi.org/10.1177/1403494814562598>
- Ekman, B., McKee, K., Vicente, J., Magnusson, L., & Hanson, E. (2021). Cost analysis of informal care: estimates from a national cross-sectional survey in Sweden. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12913-021-07264-9/TABLES/3>
- Enders, C. K. (2022). *Applied Missing Data Analysis* (Second). Guilford Publications.
- Evandrou, M., & Glaser, K. (2003). Combining work and family life: the pension penalty of caring. *Ageing & Society*, 23(5), 583–601.

- Folbre, N. (1995). "Holding hands at midnight": The paradox of caring labor. *Feminist Economics*, 1(1), 73–92. <https://doi.org/10.1080/714042215>
- Fransson, E. I., Nyberg, S. T., Heikkilä, K., Alfredsson, L., Bacquer, D. D., Batty, G. D., Bonenfant, S., Casini, A., Clays, E., Goldberg, M., Kittel, F., Koskenvuo, M., Knutsson, A., Leineweber, C., Magnusson Hanson, L. L., Nordin, M., Singh-Manoux, A., Suominen, S., Vahtera, J., ... Kivimäki, M. (2012). Comparison of alternative versions of the job demand-control scales in 17 European cohort studies: the IPD-Work consortium. *BMC Public Health*, 12(1), 62. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-62>
- Goode, W. J. (1960). A theory of role strain. *American Sociological Review*, 25(4), 483–496.
- Greenhaus, J. H., & Powell, G. N. (2006). When Work and Family Are Allies : A Theory of Work-Family Enrichment. *The Academy of Management Review*, 31(1), 72–92.
- Grünwald, O., Damman, M., & Henkens, K. (2021). Providing informal care next to paid work: Explaining care-giving gratification, burden and stress among older workers. *Ageing and Society*, 41(10), 2280–2298. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000215>
- Hämmig, O., & Bauer, G. (2009). Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 54(2), 88–95. <https://doi.org/10.1007/S00038-009-8031-7/METRICS>
- Jämställdhetsmyndigheten. (2023). *STEG FRAMÅT OCH NYA UTMANINGAR – Resultatrapporten 2023*.
- Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books*.
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the Caregiving Experience: Where Are We? What Next? *The Gerontologist*, 37(2), 218–232. <https://doi.org/10.1093/geront/37.2.218>
- Li, L., Lee, Y., & Lai, D. W. L. (2022). Mental Health of Employed Family Caregivers in Canada: A Gender-Based Analysis on the Role of Workplace Support. *International Journal of Aging & Human Development*, 95(4), 470–492. <https://doi.org/10.1177/00914150221077948>
- Lin, K.-C., Chi, L.-Y., Twisk, J. W. R., Lee, H.-L., & Chen, P.-C. (2011). Trajectory Stability and Factors Affecting Trajectories Over Time of the Longitudinal Age-Related Change in Physical Performance Among Older People. *Experimental Aging Research*, 37(3), 358–376. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2011.572061>
- Lindauer, A., & Harvath, T. A. (2014). Pre-death grief in the context of dementia caregiving: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2196–2207. <https://doi.org/10.1111/jan.12411>
- Lopez-Anuarbe, M., & Kohli, P. (2019). Understanding Male Caregivers' Emotional, Financial, and Physical Burden in the United States. *Healthcare*, 7(2), 72. <https://doi.org/10.3390/healthcare7020072>
- Madsen, I. E. H., Nyberg, S. T., Magnusson Hanson, L. L., Ferrie, J. E., Ahola, K., Alfredsson, L., Batty, G. D., Björner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Chastang, J.-F., de Graaf, R., Dragano, N., Hamer, M., Jokela, M., Knutsson, A., Koskenvuo, M., Koskinen, A., Leineweber, C., ... Kivimäki, M. (2017). Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychological Medicine*, 47(8), 1342–1356. <https://doi.org/10.1017/S003329171600355X>
- Magnusson Hanson, L. L., Leineweber, C., Persson, V., Hyde, M., Theorell, T., & Westerlund, H. (2018). Cohort Profile: The Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health (SLOSH). *International Journal of Epidemiology*, 47(3), 691–692i. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx260>
- Magnusson Hanson, L. L., Westerlund, H., Leineweber, C., Rugulies, R., Osika, W., Theorell, T., & Bech, P. (2014). The Symptom Checklist-core depression (SCL-CD6) scale: Psychometric properties of a brief six item scale for the assessment of depression. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(1), 82–88. <https://doi.org/10.1177/1403494813500591>
- Mortensen, J., Dich, N., Lange, T., Alexanderson, K., Goldberg, M., Head, J., Kivimäki, M., Madsen, I. E., Rugulies, R., Vahtera, J., Zins, M., & Rod, N. H. (2017). Job strain and informal caregiving as predictors of long-term sickness absence: A longitudinal multi-cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 43(1), 5–14. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3587>
- Navaie-Waliser, M., Spriggs, A., & Feldman, P. H. (2002). Informal caregiving: differential experiences by gender. *Medical Care*, 40(12), 1249–1259. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000036408.76220.1F>
- OECD. (2018). *Sweden. Key Policies To Promote Longer Working Lives. Country Note 2007 to 2017*.

- Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2008). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 535–543. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00372.x>
- Parsons, T. (1951). The major points of reference and structural components of the social system. In *The Social System* (pp. 24–67). Routledge.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Peng, H.-L., & Chang, Y.-P. (2013). Sleep Disturbance in Family Caregivers of Individuals With Dementia: A Review of the Literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(2), 135–146. <https://doi.org/10.1111/ppc.12005>
- Pickard, L. (2015). A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032. *Ageing & Society*, 35(01), 96–123. <https://doi.org/10.1017/S0144686X13000512>
- Principi, A., Lamura, G., Sirolla, C., Mestheneos, L., Bień, B., Brown, J., Krevers, B., Melchiorre, M. G., & Döhner, H. (2014). Work restrictions experienced by midlife family care-givers of older people: evidence from six European countries. *Ageing and Society*, 34(2), 209–231. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000967>
- Rostgaard, T., Jacobsen, F., Kröger, T., & Peterson, E. (2022). Revisiting the Nordic long-term care model for older people—still equal? *European Journal of Ageing*, 19(2), 201–210. <https://doi.org/10.1007/S10433-022-00703-4/FIGURES/2>
- Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309–319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
- Rozario, P. A., Morrow-Howell, N., & Hinterlong, J. E. (2004). Role Enhancement or Role Strain. *Research on Aging*, 26(4), 413–428. <https://doi.org/10.1177/0164027504264437>
- SCB. (2022). *På tal om kvinnor och män 2022 - Lathund om jämställdhet*. Statistiska centralbyrån.
- Schulz, R., Beach, S. R., Cook, T. B., Martire, L. M., Tomlinson, J. M., & Monin, J. K. (2012). Predictors and consequences of perceived lack of choice in becoming an informal caregiver. *Ageing & Mental Health*, 16(6), 712–721. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.651439>
- Siebert, S. D. (1974). Toward a theory of role accumulation. *American Sociological Review*, 39, 567–578.
- Socialstyrelsen. (2020). Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer – Underlag till en nationell strategi.
- Starr, M., & Szebehely, M. (2017). Working longer, caring harder – the impact of “ageing-in-place” policies on working carers in the UK and Sweden. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 115–119. <https://doi.org/10.1332/239788217X14866307026424>
- StataCorp. (2021). *Stata Statistical Software: Release 17*. Stata Corp LLC.
- Szebehely, M., Ulmanen, P., & Sand, A.-B. (2014). Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning. In *Working Paper No. (Issue 1)*. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., & Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*, 15(1), 738. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>
- Ulmanen, P. (2021). Reversed socioeconomic pattern in the costs of caring regarding well-being and paid work among women in Sweden. *Social Policy & Administration*, October 2020, 1–17. <https://doi.org/10.1111/SPOL.12773>
- Ulmanen, P., & Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 81–92. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12108>
- Van Houtven, C. H., Coe, N. B., & Skira, M. M. (2013). The effect of informal care on work and wages. *Journal of Health Economics*, 32(1), 240–252. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.10.006>
- Verbakel, E. (2018). How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), 436–447. <https://doi.org/10.1177/1403494817726197>
- Verbakel, E., Metzelthin, S. F., & Kempen, G. I. J. M. (2016). Caregiving to Older Adults: Determinants of Informal Caregivers' Subjective Well-being and Formal and Informal Support as Alleviating Conditions.

The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 73(6), gbw047.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbw047>

- Vicente, J. I., McKee, K. J., Magnusson, L., Johansson, P., & Ekman, B., & Hanson, E. (2022). Informal care provision among male and female working carers: Findings from a Swedish national survey. *PLOS ONE*, 17(3), e0263396. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0263396>
- Virtanen, M., Myllyntausta, S., Ervasti, J., Oksanen, T., Salo, P., Pentti, J., Kivimäki, M., Ropponen, A., Halonen, J. I., Vahtera, J., & Stenholm, S. (2021). Shift work, work time control, and informal caregiving as risk factors for sleep disturbances in an ageing municipal workforce. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(3), 181–190. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3937>
- Williams, R. (2012). Using the margins command to estimate and interpret adjusted predictions and marginal effects. *The Stata Journal*, 12(2), 308–331. <https://doi.org/10.1177/1536867X1201200209>
- Wimo, A., Elmståhl, S., Fratiglioni, L., Sjölund, B.-M., Sköddunger, A., Fagerström, C., Berglund, J., & Lagergren, M. (2017). Formal and informal care of community-living older people: A population-based study from the Swedish National study on Aging and Care. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 21(1), 17–24. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0747-5>
- Zuba, M., & Schneider, U. (2013). What Helps Working Informal Caregivers? The Role of Workplace Characteristics in Balancing Work and Adult-Care Responsibilities. *Journal of Family and Economic Issues*, 34(4), 460–469. <https://doi.org/10.1007/s10834-012-9347-7>

Abstract in English

Informal caregivers are often a part of the working population. In this study associations between informal caregiving, work stress, and depressive symptoms were examined, with a consideration of gender differences. Cross-sectional data from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health (SLOSH) were used. Informal care and work-related stress were related to worse depression scores. For women, caregiving was associated with worse depression scores, whereas for men, this was only the case if they provided more than five hours of care per week. Interventions that promote mental well-being in workplaces and in society should consider informal care burden and work stress.

Keywords: informal care, work-related stress, depressive symptoms, sex differences