

KÄLLOR TILL FÖRSTÅELSE AV SKILLNADER I PSYKISK OHÄLSA

Styrning, organisering och värdering av arbete
på en segregerad arbetsmarknad

Jämställdhetsmyndigheten

Göteborg, februari 2021

Rapport 2021:7

Diarienummer: ALLM 2020/170

Har du frågor om denna publikation, kontakta:

Peter Vikström, chef Analys och uppföljning

Telefon 031-392 91 77

FÖRORD

Jämställdhetsmyndigheten fick i regleringsbrevet för 2020 (ändringsbeslut 2020-10-29) i uppdrag att genomföra en förstudie och kartlägga forskning om samband mellan jämställdhet i arbetslivet och psykisk ohälsa (A2020/02204). Redovisningen ska utformas så att den kan ligga till grund för forskning.

Denna rapport, i form av en kunskapsöversikt, är en del av Jämställdhetsmyndighetens slutredovisning av uppdraget. Studien har genomförts på Jämställdhetsmyndighetens uppdrag av professor emerita Annika Härenstam vid Stockholms universitet och Lisa Björk, doktor i arbetsvetenskap, Göteborgs universitet och Institutet för stressmedicin i Göteborg. Underlaget kommer att ligga till grund för Jämställdhetsmyndighetens fortsatta analys- och uppföljningsarbete av de jämställdhetspolitiska delmålen.

Rapportförfattarna ansvarar för rapportens innehåll och slutsatser.

Angered, februari 2021

Peter Vikström

Chef avdelningen för analys och uppföljning

Jämställdhetsmyndigheten

INNEHÅLL

FÖRORD	3
OM RAPPORTEN	6
SAMMANFATTNING	7
1. INLEDNING	8
Tillvägagångssätt.....	8
Disposition.....	9
2. HUR SER DEN PSYKISKA (O)HÄLSAN UT PÅ SVENSK ARBETSMARKNAD?	10
Självrapporterade besvär.....	10
Sjukskrivning.....	11
Arbets-skador.....	13
3. EN TILLBAKABLICK PÅ KUNSKAPSUTVECKLINGEN OM GENUS, ARBETSMILJÖ OCH HÄLSA ...17	
Kvinnor framträder.....	17
Kvinnor och män jämförs.....	19
Kvinnor och män får sällskap av andra kategorier.....	20
Arbetslivsforskningens fragmentisering.....	21
4. ETT STRUKTURELLT PERSPEKTIV MED FLERA NIVÅER	23
Om struktur och aktör.....	23
Om kön och genus.....	24
Om ojämlikhet och ojämlikhetsregimer.....	24
En flernivåmodell.....	26
5. FLERNIVÅPERSPEKTIVET TILLÄMPAT	30
Exempel 1: jämförelse av arbetsmiljöns utveckling i genuskodade branscher.....	30
Sju branscher på svensk arbetsmarknad.....	32
Arbetsmiljöns utveckling i de sju branscherna.....	34
Exempel 2: Välfärdens resa från friskbransch till riskbransch.....	39
Välfärdens organisering.....	39
Chefers förutsättningar i välfärden.....	40

Institutionella förändringar	42
En kommentar om ålderns betydelse.....	42
Alternativa förklaringar.....	43
Exempel 3. Arbetsvillkor och hälsa i två branscher som påverkas olika av pandemin.....	44
6. HUR KAN KÖNSSKILLNADEN I ARBETSRELATERAD PSYKISK OHÄLSA ANGRIPAS?	46
Jämför kontexter snarare än kön.....	46
Vem behöver denna kunskap?.....	47
Samarbete över gränser.....	48
Paketera kunskapen.....	51
7. REFERENSER	52

OM RAPPORTEN

Denna rapport syftar till att öka förståelsen för vad som ligger bakom könsskillnader i arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Med hjälp av organisations- och genusteoretiska perspektiv beskriver vi hur styrning och organisering på den könssegregerade arbetsmarknaden påverkar den arbetsrelaterade hälsan för kvinnor och män. Vi kommer även att på sina ställen kommentera betydelsen av ålder i förhållande till vårt övergripande resonemang om bestämmelsefaktorer på flera nivåer.

Vi som står för innehållet i rapporten och som ensamma ansvarar för dess eventuella fel och brister heter Annika Härenstam och Lisa Björk. Annika är professor emerita i arbetsvetenskap, Göteborgs universitet och verksam vid Psykologiska institutionen vid Stockholms universitet. Lisa är doktor i arbetsvetenskap, verksam vid Institutet för stressmedicin i Göteborg och Institutionen för sociologi och arbetsvetenskap, Göteborgs universitet.

Annika Härenstam, professor emerita i arbetsvetenskap

Lisa Björk, doktor i arbetsvetenskap

Fjällbacka respektive Göteborg, februari 2021

SAMMANFATTNING

Den offentliga statistiken och en stor del av forskningen om genus, arbetsmiljö och hälsa har de senaste decennierna varit noga med att dela upp kvinnor och män. Detta för att komma till rätta med den könsblindhet som tidigare karakteriserade området. I föreliggande rapport argumenterar vi för att denna uppdelning riskerar att osynliggöra att strukturella och organisatoriska förutsättningar att skapa goda jobb skiljer sig åt mellan olika delar av arbetsmarknaden.

Produktion av *materiella ting, kunskap* respektive *tjänster i direktkontakt med brukare och kunder* kräver olika typer av organisering, styrning och resurser. Det är först med verksamhetsanpassad kunskap som källor till undermåliga arbetsförhållanden och arbetsrelaterad ohälsa kan synliggöras, adresseras och åtgärdas för att åstadkomma större jämställdhet i arbetslivet. Kvinnor och mäns olika arbetsvillkor har bäring på flera delmål i det jämställdhetspolitiska ramverket. Det påverkar möjligheter till makt, inflytande och ekonomisk jämställdhet, och det hänger samman med utbildningsval och hälsa.

Lagstiftningen är tydlig med att alla arbetstagare har rätt till en god arbetsmiljö. Det saknas dock kunskap om hur förutsättningarna ska se ut för att arbetsplatser i alla typer av verksamheter ska kunna omsätta arbetsmiljölagstiftningen i praktiken. Vi menar att det behövs mer jämförande analyser av kontextuella förhållanden på makronivå i olika branscher; analyser av hur exempelvis styrformer, digitalisering och samhällsliga kriser ”sipprar ner” och påverkar organisering, resurstilldelning, och utformning av arbetsmiljö för chefer och medarbetare. Det behövs mer kunskap om vilka organisatoriska förhållanden som gynnar utformning av hälsobefrämjande och jämställda arbetsplatser i alla typer av verksamheter.

Det behövs fler empiriska studier som länkar data på olika nivåer och som vid sidan av könsskillnader tar hänsyn till skillnader *mellan* och *inom* ”genuskodade” yrken, sektorer och branscher. Det är även viktigt att använda långa tidsserier som kan följa arbetsmiljöns utveckling. Det handlar om att påverka inriktningen på kunskapsunderlag, forskning och utbildning för att skapa handlingskraft bland politiker, myndigheter och arbetsmarknadens parter. Det handlar även om att förse experter såsom organisationskonsulter, HR-specialister och företagshälsovård med den kunskap de behöver för att bidra till ett hållbart och hälsosamt arbetsliv.

1. INLEDNING

Den svenska befolkningen är överlag vid god hälsa. Ett undantag från denna positiva bild är att den arbetsrelaterade psykiska ohälsan tycks öka, i synnerhet bland kvinnor. Varför är det så? Kan det bero på att kvinnor och män svarar olika på arbetslivets belastningar på grund av biologiskt och socialt betingade olikheter? Att män som grupp till exempel har mer hälsosamma strategier för att hantera omvärldens förväntningar än kvinnor? Eller handlar det om att den sammanlagda belastningen i arbets- och privatliv tillsammans med andra sociala förväntningar belastar kvinnor särskilt hårt? Vi vet att män är mindre benägna att söka hjälp, kan det vara så att deras ohälsa helt enkelt inte syns i statistiken?

Dessa frågor är värda att pröva. Troligen kan de bidra med delförklaringar till de könsskillnader vi ser. Men varken kvinnors och mäns biologiska och psykosociala konstitution, kvinnors dubbelarbete eller mäns obenägenhet att söka hjälp kan antas ha förändrats särskilt mycket de senaste decennierna.

För att förklara ökningen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa och av könsskillnaden i denna prövar vi i denna rapport därför andra frågor. Kan det vara så att det sätt på vilket vi mäter och följer utvecklingen döljer andra viktiga mönster? Kan den ständiga uppdelningen av kvinnor och män i arbetslivet osynliggöra andra kategoriseringar som kan förklara könsskillnaden i arbetsrelaterad hälsa? Finns det andra sätt att vrida och vända på data som kan föra oss närmare praktisk tillämpbar kunskap om genus, arbetsmiljö och hälsa?

TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Vi som författat rapporten har tillsammans lång och bred erfarenhet av att studera och undervisa om mäns och kvinnors arbetsvillkor och hälsa. Vi har arbetat med

kvantitativa och kvalitativa data från olika branscher och yrken, tillsammans med forskare från olika discipliner och med hjälp av olika teorier och metoder. Vi delar engagemanget för att den kunskap som genereras genom forskning ska komma till nytta i arbetslivets organisationer. Underlaget till denna rapport är vår egen och andras tidigare forskning som vi använder för att kommentera och tolka aktuella data om könsskillnader i arbetsrelaterad psykisk hälsa. Vi använder oss även av tidigare kunskapssammanställningar och rapporter från myndigheter. Vi redovisar de teoretiska verktyg vi använder i våra analyser. Rapporten ger därför ett teoretiskt och metodologiskt snarare än ett empiriskt bidrag. Förhoppningen är att våra slutsatser ska inspirera till nya sätt att studera och analysera psykisk hälsa i arbetslivet i relation till kön och genus.

DISPOSITION

Vi inleder rapporten med en översikt av hur det ser ut med mäns och kvinnors psykiska hälsa på svensk arbetsmarknad genom att ta hjälp av olika datakällor. Avsnittet följs av en beskrivning av historiska strategier och satsningar som gjorts i Sverige för att komma till rätta med könsskillnader i arbetsrelaterad hälsa. Med hjälp av sociologiska och organisationsteoretiska begrepp presenterar vi därefter en teoretisk modell som vi menar kan vara användbar för att förstå och adressera sådana skillnader. Vi använder ett strukturellt flernivåperspektiv för att förklara hur branscher, verksamheter och yrken ”genuskodas” och vilka konsekvenser detta kan ha för den arbetsrelaterade hälsan. Vi visar att en del av förklaringen både till könsskillnaden i hälsa och till den psykiska ohälsans ogynnsamma utveckling står att finna i det segregerade arbetslivets organisering, styrning och värdering av olika typer av arbete. I påföljande avsnitt prövar vi modellen på tre olika sätt. Vi länkar utvecklingen i centrala arbetsmiljöaspekter inom olika branscher på arbetsmarknaden till kvinnor och mäns psykiska hälsa. Vi undersöker den specifika utvecklingen i välfärdssektorn där vi idag har de största problemen med arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Slutligen föreslår vi ett upplägg för en studie om vilka konsekvenser en samhällskris, såsom pandemin, får för arbetsvillkor och bemanning i två olika servicebranscher. Rapporten avslutas med förslag på hur forskning och annan kunskapsproduktion bör ta sig an frågor om genus, arbete och hälsa framöver.

2. HUR SER DEN PSYKISKA (O)HÄLSAN UT PÅ SVENSK ARBETSMARKNAD?

I Sverige har vi god tillgång till offentliga register och det finns en rad olika datakällor för att undersöka den yrkesverksamma befolkningen. I detta kapitel beskriver vi den psykiska hälsan bland kvinnor och män på den svenska arbetsmarknaden med hjälp av några vanliga datakällor för att få en översikt av läget.

SJÄLVRAPPORTERADE BESVÄR

Vartannat år genomför Statistiska centralbyrån (SCB) undersökningen *Arbetsorsakade besvär* bland ett urval av deltagarna i Arbetskraftsundersökningen. Frågorna handlar om olika fysiska och psykosomatiska besvär som de svarande tror är relaterade till arbetet samt om orsakerna till dessa. Den senaste mätningen genomfördes 2018 och visar att var tredje sysselsatt kvinna och knappt var fjärde man rapporterar någon form av besvär till följd av arbetet. I stora kvinnodominerade sektorer är andelen som rapporterar besvär högre. Drygt fyra av tio inom i grupperna förskole- och grundskolelärare samt fritidspedagoger, undersköterskor och sjuksköterskor rapporterar besvär. Tittar man istället på näringsgren så är besvär vanligast inom vård och omsorg; sociala tjänster och utbildning. Ett tydligt mönster är att kvinnor oftare än män rapporterar besvär även inom samma bransch.

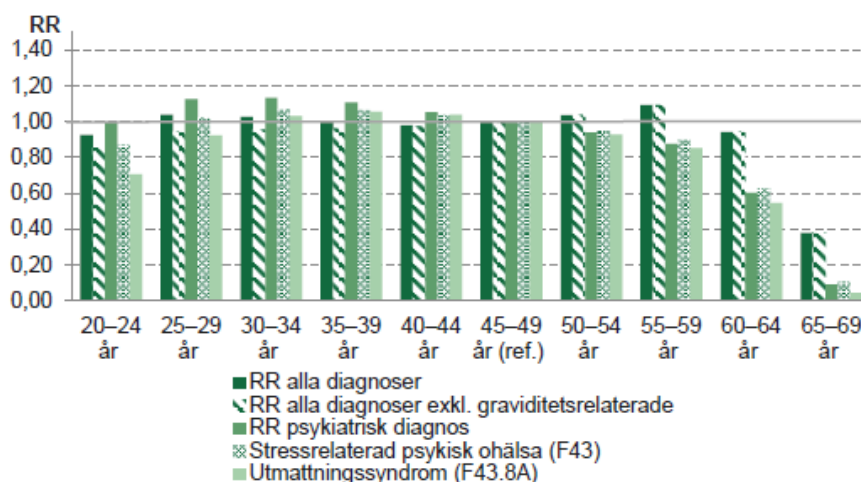
Alltför hög arbetsbelastning är den orsak som rapporteras oftast bland både kvinnor och män, följt av påfrestande arbetsställningar eller stillasittande. På tredje plats hamnar tung manuell hantering för män och krävande kunder, patienter, anhöriga och elever för kvinnor. Det vanligaste besväret för både kvinnor och män är trötthet och därefter smärta eller värk. Könsskillnaden är relativt stor i flera av de symtom som kan kopplas till organisatorisk och social arbetsmiljö, såsom oro och ångest, problem med minne, koncentration och tankeförmåga, huvudvärk och sömnstörningar, trötthet, och symtom på depression och utmattningssyndrom, till kvinnornas nackdel. Dessa besvär är också vanligare i åldersgruppen 30–49 år, jämfört med yngre och äldre arbetstagare (Arbetsmiljöverket 2018). Sett över tid så gick andelen av sysselsatta kvinnor som rapporterar fysisk belastning ner från 14 procent 1998, till 9 procent 2016, medan andelen som rapporterar stress eller andra psykiska orsaker steg från 8 till 15 procent. Motsvarande rörelser återfinns bland män andelen med fysisk belastning sjunkit (från 10 till 7 procent) medan

andelen med psykisk belastning ökat (från 4 till 7 procent) (Arbetsorsakade besvär 2016).

SJUKSKRIVNING

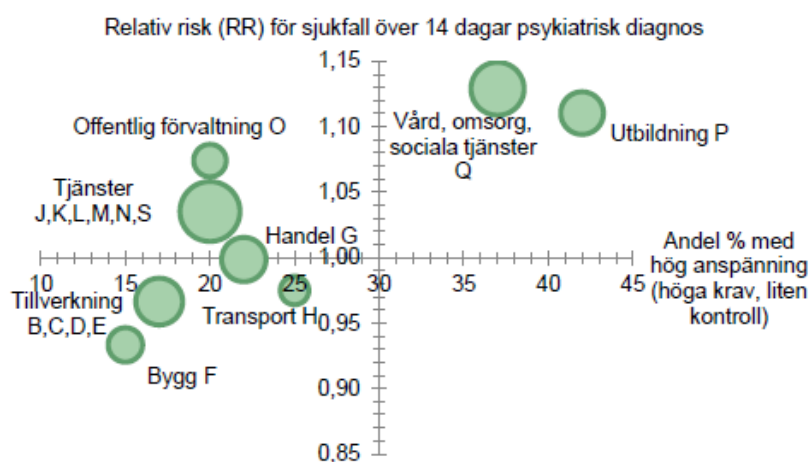
Den kanske vanligaste datakällan för att beskriva ohälsa i arbetslivet är Försäkringskassans MiDAS-register som registrerar de fall av sjukfrånvaro som ersätts ur socialförsäkringen. Av Försäkringskassans omfattande analys av sjukskrivningar i psykiatriska diagnoser (Försäkringskassan 2020:8) framgår det bland annat att:

- Andelen sjukskrivna med psykiska sjukdomar och syndrom har ökat över tid och utgör 45 procent av långvariga sjukfall (60 dagar eller längre) bland kvinnor, och drygt 30 procent bland män.
- Andelen sjukfall i utmattningssyndrom har ökat under de senaste 10 åren och denna diagnos innebär relativt lång sjukskrivningstid (i genomsnitt 6 månader).
- Kvinnors överrisk att påbörja ett sjukfall är 25 procent jämfört med män, för psykiatriska diagnoser är överrisken 31 procent och för stressrelaterad psykisk ohälsa 41 procent. Dessa överrisker kan ha både arbets- och privatlivsrelaterade orsaker.
- Risken att bli sjukskriven stiger generellt med åldern, men för psykiatriska diagnoser är risken högst i åldersgruppen 25–39 år, risken för utmattningssyndrom är dock högst i åldersgruppen 35–44 år (se figur 1). Även dessa skillnader kan troligtvis förklaras av både arbets- och övriga livsvillkor.



Figur 1. Relativ risk (RR) för sjukfall över 14 dagar i olika åldersgrupper. Källa: Försäkringskassan 2020, s. 25.

Informationen i MiDAS säger ingenting om orsaken till sjukskrivning, men genom att stratifiera analyserna på exempelvis antal barn i familjen, civilstånd, bransch och yrke kan man se mönster som kan generera hypoteser om varför det finns skillnader i sjuktal mellan kvinnor och män. Här håller vi oss till sådant som har med arbetslivet att göra. När Försäkringskassan exempelvis beskriver andelen med hög anspänning (höga krav, låg kontroll) i olika branscher 2017 (data hämtat från SCB:s arbetsmiljöundersökning) i relation till den relativa risken för sjukskrivning i psykiatrisk diagnos 2018/2019 framträder följande figur:



Ovägt genomsnitt över alla branscher är referenskategori (1,00).

Figur 2. Relativ risk (RR) för sjukfall i psykiatrisk diagnos per bransch, andel med anspänt arbete och branschernas relativa storlek. Källa: Försäkringskassan 2020, s. 35.

Cirklarnas omfattning motsvarar branschernas relativa storlek. Överrisken för sjukskrivning i stora branscher såsom vård, omsorg, sociala tjänster samt utbildning är såklart kostnadsdrivande. När det kommer till yrken blir det ännu tydligare att risken för sjukskrivning i psykiatrisk diagnos varierar mycket. Störst risk för sjukskrivning i utmattningssyndrom specifikt finns exempelvis i yrken med höga emotionella krav såsom präster, diakoner, psykologer, socialsekreterare, kuratorer och biståndsbedömare. Det konstateras att även om "...ett riskyrke är ett riskyrke oavsett kön" (Försäkringskassan 2020, s. 39) så finns det en överrisk för sjukskrivning för kvinnor jämfört med män. Det kan bland annat bero på att kvinnor och män kan ha olika arbetsuppgifter och arbetsvillkor även inom samma yrke och att det kan finnas positiv eller negativ hälsoselektion in i yrken som ser olika ut för kvinnor och män.

Yrken som sticker ut i att kvinnors överrisk för sjukfall i psykiatrisk diagnos är *högre än förväntat* (den förväntade överrisken är som tidigare nämnts 31 procent, jämfört med män) är ofta yrken som kräver högskoleutbildning såsom specialistläkare, präster, IT-specialister och vissa grupper av civilingenjörer.

Bland de 1,4 miljoner – av Sveriges 5 miljoner sysselsatta – som rapporterar besvär till följd av arbetet, uppger var tredje kvinna och var fjärde man att de varit frånvarande från arbetet under den senaste tolv månadersperioden till följd av besvären (Arbetsmiljöverket 2020). Denna frånvaro kan bestå av sjukskrivningsdagar såväl som uttag av semester, flexitid, eller tjänstledighet utan lön. Bland män finns ingen skillnad mellan åldersgrupper, men bland kvinnor är den som högst i åldersgruppen 30–49 år.

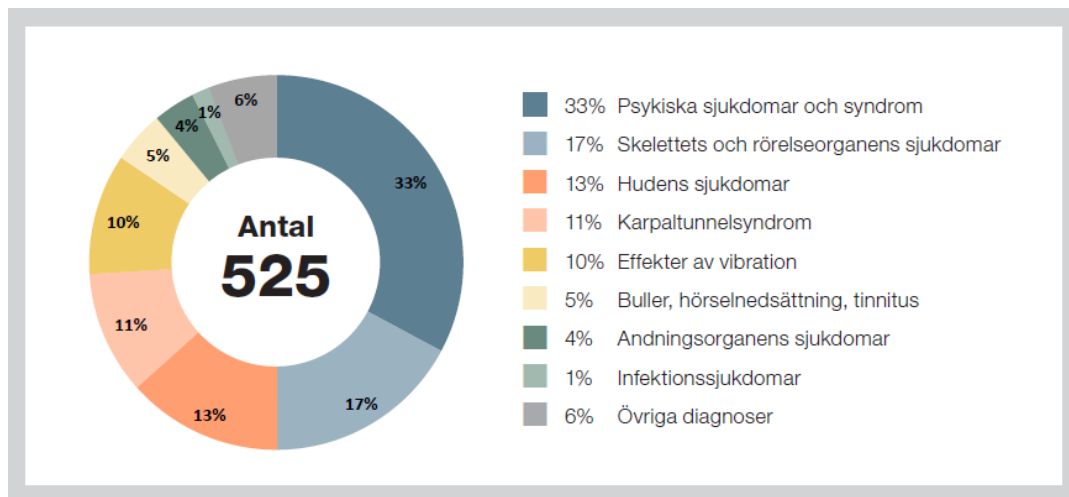
Även i Informationssystemet för arbetsskador (ISA) (se nedan) finns uppgifter om korttidsfrånvaro, det är dock svårare att få en överblick av korttidsfrånvaron i landet eftersom de första två veckorna i ett sjukfall inleds med en karensdag och därefter ersätts av arbetsgivaren. Först efter dag 14 tar Försäkringskassan över och fallet registreras då i MiDAS. Det förs oss veterligen inget nationellt register över korttidssjukfrånvaro men det går ofta att inhämta information från enskilda arbetsgivare, som själva för statistik över sin sjukfrånvaro inom ramen för sitt personalarbete. Efter dag 8 krävs vanligen ett sjukintyg från en läkare, det innebär att det går att studera journaler för att få en uppfattning om korttidssjukfrånvarons utbredning för dag 8–14 i ett sjukfall.

ARBETSSKADOR

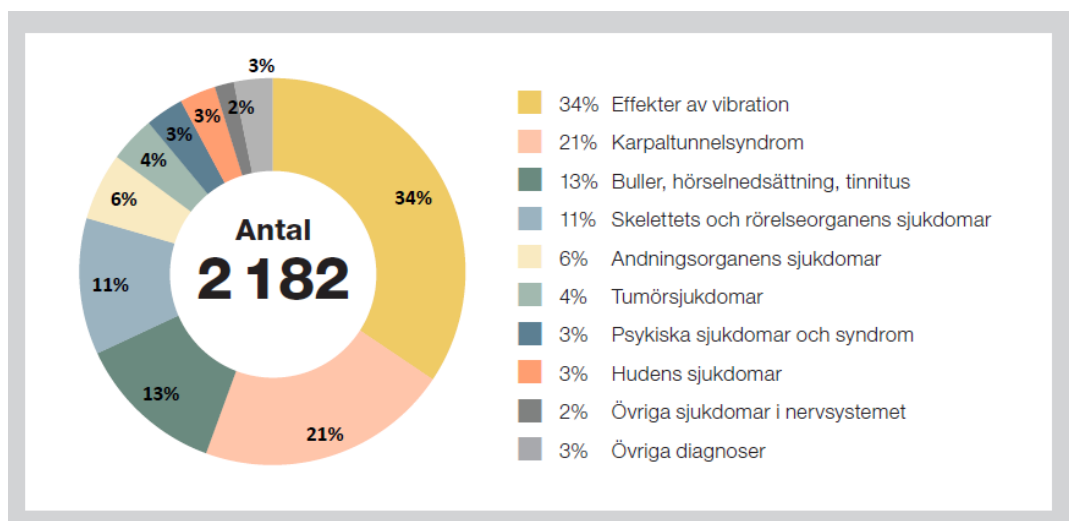
Arbetsmiljöverket är statistikansvarig myndighet för ISA. Registret bygger på arbetsgivares anmälan av arbetsolyckor, olyckor på väg eller från arbetet samt andra arbetssjukdomar till Försäkringskassan, som i sin tur prövar rätten till ersättning. Andelen kvinnor som 2019 anmälde arbetsskada till följd av organisatoriska och sociala faktorer är högre än andelen män (1,4 respektive 0,3 per 1000 anställda) (Arbetsmiljöverket 2020). De tre näringsgrenar som hade flest anmälda arbetssjukdomar per 1000 anställda till följd av organisatoriska och sociala faktorer på arbetet var offentlig förvaltning, försvar och socialförsäkring; vård och omsorg och sociala tjänster samt utbildning. Detta gäller för både kvinnor och män, även om andelarna är högre för kvinnor. Data i ISA är känslig för förändringar i Socialförsäkringsbalken som reglerar möjligheten till ersättning och kan därför vara svår att jämföra över tid. Den bygger också på *anmälda* skador.

Nio av tio av Sveriges sysselsatta är via kollektivavtal försäkrade även av AFA Försäkring, som i sitt skaderegister för statistik över *godkända* arbetsskador. En stor majoritet av godkända arbetsskador härrör från olyckor i arbetet (inklusive hot och våld), följt av färdolyckor; det är betydligt ovanligare att arbetssjukdomar som beror på annan skadlig inverkan i arbetet (såsom psykiskt påfrestande arbetsförhållanden) ersätts ur försäkringen. Dessutom uppträder ofta symtom på den senare typen av sjukdomar en tid efter att exponeringen skett, och anmäls och prövas därför också med viss eftersläpning. Diagrammen nedan visar att diagnospanoramats för godkända arbetssjukdomar 2014-2018 ser olika ut för kvinnor och män; för kvinnor dominerar psykiska sjukdomar och syndrom

tillsammans med muskuloskeletal sjukdomar, bland män effekter av vibration (dit hör även karpaltunnelsyndrom).



Figur 3. Godkända arbetssjukdomar för kvinnor efter diagnos 2014-2018 (källa: AFA Försäkring 2020, s.61).



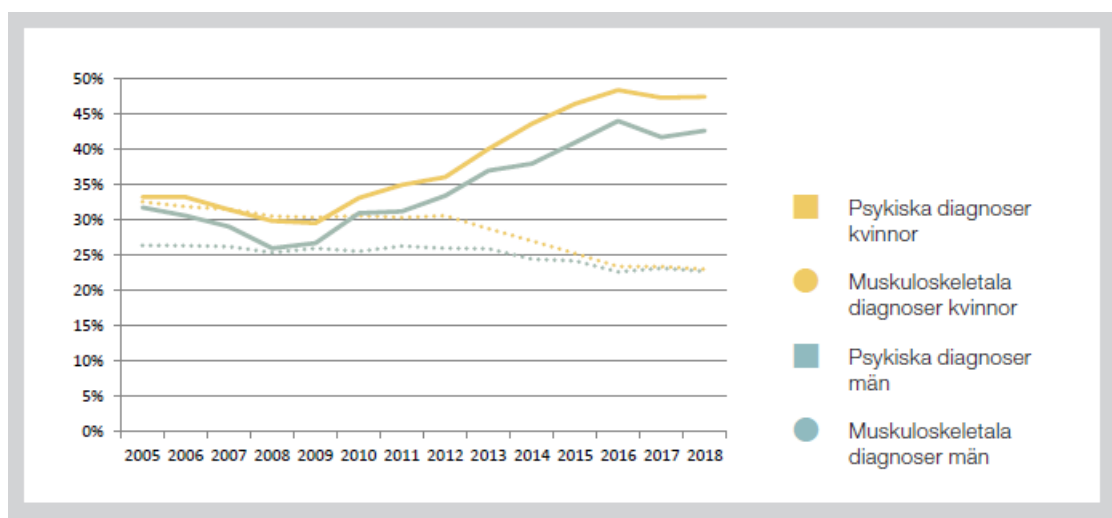
Figur 4. Godkända arbetssjukdomar för män efter diagnos 2014-2018 (källa: AFA Försäkring 2020, s.61).

Det är svårt att få en arbetssjukdom till följd av organisatorisk och social arbetsmiljö godkänd som arbetsskada. Sjukdomen måste antingen vara godkänd av Försäkringskassan eller finnas upptagen i Internationella arbetsorganisationens (ILO) förteckning över arbetssjukdomar. Centrala tillstånd såsom depression och utmattningssyndrom finns dock inte med på ILO:s lista och det har visat sig vara svårt att i domstol leda i bevis att denna typ av sjukdomar berott på arbetet (Kindlund, 2016). Detta reflekteras i AFA Försäkrings arbetsskadestatistik. Mellan 2014 och 2018 var det exempelvis endast ett fåtal arbetstagare inom yrkesgrupper

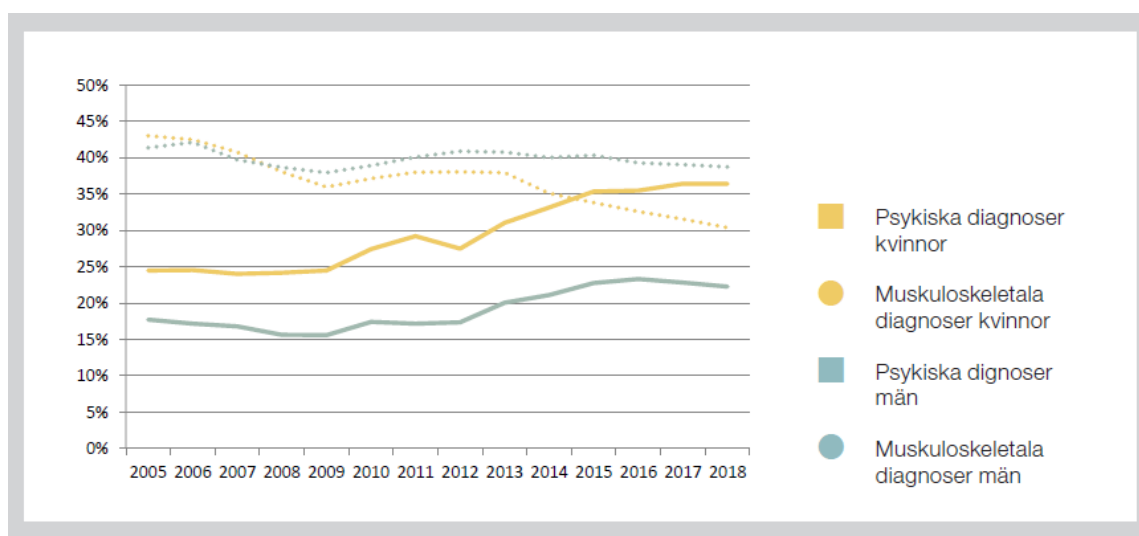
KÄLLOR TILL FÖRSTÅELSE AV SKILLNADER I PSYKISK OHÄLSA

såsom undersköterskor, vårdbiträden, personliga assistenter (52 kvinnor respektive 7 män) samt förskollärare och fritidspedagoger (6 kvinnor respektive färre än 5 män) som fått sin arbetssjukdom godkänd (AFA Försäkring, 2020, s. 61).

Tittar man istället på data över den ersättning som betalas ut av AFA Försäkring vid en sjukskrivning, som komplement till den sjukpenning Försäkringskassan utbetalar, så är det tydligt att andelen *långa* sjukfall som ersatts och som beror på psykiska diagnoser ökat sedan 2005 för både kvinnor och män inom kommuner och regioner såväl som näringsliv.



Figur 5. Andel i procent med muskuloskeletala eller psykiska diagnoser av alla sjukfall efter kön. *Kommuner och regioner.* (källa: AFA Försäkring 2020, s. 102).



Figur 6. Andel i procent med muskuloskeletala eller psykiska diagnoser av alla sjukfall efter kön. *Svenskt Näringsliv/LO.* (källa: AFA Försäkring 2020, s.103).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det finns flera olika datakällor för att undersöka könsskillnader i psykisk ohälsa i arbetslivet. Hur stora skillnaderna är och hur utvecklingen ser ut över tid, beror dock på hur man mäter. Det finns ändå vissa slutsatser vi kan dra från denna översikt:

- Andelen psykiska åkommor bland den arbetande befolkningen ökar i förhållande till andra besvär och sjukdomar.
- Män rapporterar färre psykiska besvär och är i lägre utsträckning sjukskrivna på grund av psykiska åkommor jämfört med kvinnor.
- Både män och kvinnor i barnalstrande åldrar har högst risk att sjukskrivas för psykiska diagnoser.
- Det finns skillnader i sjukskrivningsrisk både mellan kvinno- och mansdominerade branscher och yrken och mellan kvinnor och män inom samma bransch och yrke.
- Orsakerna bakom besvär och sjukfrånvaro är både arbets- och privatlivsrelaterade.

3. EN TILLBAKABLICK PÅ KUNSKAPSUTVECKLINGEN OM GENUS, ARBETSMILJÖ OCH HÄLSA

Forskning om kön, arbete och hälsa har förändrats och har skiftat fokus från könsblindhet till forskning med olika genusteoretiska perspektiv: kön som binär kategori, genus som en rättvisefråga (*gender equity*) och kön som en ojämställdhets och maktfråga (*gender equality*). I detta kapitel redogör vi för hur denna resa sett ut, med fokus på svensk forskning och utveckling.

KVINNOR FRAMTRÄDER

Resan från könsblindhet kan sägas starta på 1970-talet. Antropologen Gayle Rubin myntade begreppet ”köns-genussystem” 1975 (s. 159): ”A sex-gender system is a set of arrangements by which a society transforms biological sexuality into products of human activity and in which these transformed needs are satisfied.” Organisationsforskaren Rosabeth Moss Kanter skrev om kvinnors och mäns olika möjlighetsstrukturer beroende på kvinnors och mäns olika positioner i organisationer (Kanter 1977). Om kön nämndes i den tidigare arbetslivsforskningen handlade det om kvinnor och ofta förknippades den kvinnliga arbetskraften som ett ”problem”. Ett exempel är en antologi: *Kvinnors liv och arbete – Svenska och norska studier av ett aktuellt samhällsproblem* (Dahlström m.fl. 1962). På 1970-talet växte kraven på jämställdhet och kvinnors rättigheter kom i fokus. Det var också under detta decennium som kvinnors arbete med omsorg om äldre och barn, flyttades från hemmets sfär till den offentliga sektorn. Kvinnors förvärvsfrekvens ökade från 60 procent 1970 till 81 procent 1990 i Sverige (Ekonomifakta 2020). Sambeskattningen togs bort i Sverige 1971. Året därpå introducerades jämställdhet som politikområde. Föräldraförsäkringen ersatte mödrarförsäkringen 1974 och jämställdhetslagen tillkom 1979.

Under detta decennium ökade den samhällsvetenskapliga forskningen kraftigt i det som då ofta benämndes kvinnoforskning eller kvinnovetenskap. Det fanns ett intresse för könsroller och jämställdhet och den feministiska forskningen tog fart. Vid Lunds universitet bildades 1978 den första akademiska miljön i Sverige: Forum för kvinnliga forskare och kvinnoforskning (vilket omvandlades till Centrum för genusvetenskap år 2000). Kvinnovetenskaplig tidskrift började ges ut 1980. Fokus var fortfarande framförallt på kvinnor, både som forskare och som

forskningsobjekt. Ett viktigt syfte var att komplettera den tidigare könsblinda forskningen med kunskap om kvinnors arbete. Ett tidigt exempel är den norska sociologen Kari Waerness som lanserade begreppet Omsorgsrationalitet (Waerness 1984). Det kom en stor mängd avhandlingar och flera artiklar i de nordiska länderna. Detta tema har fortsatt att intressera forskare ända sedan dess (t.ex. Marshall m.fl. 1997; Rasmussen 2004).

En fråga som ständigt varit i fokus sedan genusforskningen började intressera sig för arbete och hälsa och som tills nyligen förknippats med ett problem för kvinnor, handlar om balansen eller konflikten mellan arbete och familj. Under början av detta sekel var detta ett mycket hett forskningsområde och är så fortfarande men som nu även handlar om män som fäder och förvärvsarbetande (Allard m.fl. 2011, Bumpus m. fl. . 2001, Fox m.fl. 2009, Haas & Hwang 2007, Härenstam & Bejerot 2001). Ett annat stort område har handlat om kvinnor i mansdominerade miljöer och kvinnor i mansdominerade positioner (t.ex. Billing 2011, Nyberg m.fl. 2015, Wahl 1992). På ohälsoområdet har stress och utbrändhet varit ett tema som sedan 1980-talet intresserat forskningen. Begreppet utbrändhet eller utmattningssyndrom har betraktats som ett särskilt problem som drabbar kvinnor på grund av dubbelarbete och att de ofta har människovårdande yrken (Asplund 1987, Freudenberg & Nord 1986, Hallsten 1989, Hallsten, Bellagh & Gustafsson 2002, Söderfeldt 1997).

En av de första forskningssammanställningarna på temat arbete och kön var *Kvinnan och arbetslivet* och publicerades av dåvarande Arbetsmiljöinstitutet (Westlander, 1981). Andra forskningsantologier, rapporter och avhandlingar var *Kvinnoarbetsliv* (Baude m.fl. 1987), *Från Hierarki till kvinnokollektiv* (Gunnarsson och Ressner 1983), *Kvinnors vardag – Om kvinnors arbete och liv* (Friberg 1990). När det gäller den arbetsmedicinska forskningen ifrågasattes könsblindheten först i början av 1990-talet (Ekenvall m.fl. 1993, Puranen 1994, Östlin m.fl. 1996). Det blev uppenbart att det fanns stora kunskapsbrister inom läkemedelsforskning, medicinsk forskning, och särskilt yrkesmedicinsk och epidemiologisk forskning som belyste arbetsrelaterad ohälsa och sjukdomsorsaker hos kvinnor.

Den tidigare forskningen hade huvudsakligen studerat män, mansdominerade yrken och branscher och baserat teorier om samband mellan arbete och hälsa på studier av industriarbete, gruvor, transport med flera mansdominerade områden (se Ekenvall m.fl. 1993). Området genusmedicin uppstod och kvinnor som studieobjekt kom att bli ganska självklart även om det saknades ett genusteoretiskt perspektiv och flera viktiga områden, såsom hälsoeffekter av våld i nära relationer inte kom igång på allvar förrän i början av 2000-talet (Hammarström 2004). Merparten av denna forskning är ”additiv”, dvs. kunskap om sjukdomar, dess orsaker och behandlingar har gjorts på både kvinnor och män men utifrån ett individperspektiv. Så småningom ledde detta till att genusperspektiv blev ett krav för att få forskningsmedel i alla områden där det var relevant. Trots detta konstateras i en forskningsöversikt att merparten av artiklar om kön och folkhälsa

fortfarande saknar en teoretisk ansats som går utöver kategoritänkandet (Hammarström & Hensing 2018).

KVINNOR OCH MÄN JÄMFÖRS

Samtidigt blev det alltmer fokus på jämställdhet, rättvisa och makt och därmed också på relationer mellan kvinnor och män och att jämföra konsekvenser av arbetet så som arbetsmiljö, lön och hälsa. År 1984 började den officiella statistiken bli könsuppdelad. Ett forskningsprogram KOM (kvinnor och män i samverkan) pågick mellan 1987 och 1994 med forskningsmedel från den dåvarande Arbetsmiljöfonden. År 1990 kom *Maktutredningen* där historikern Yvonne Hirdman lanserade begreppet genussystemet med sina två huvudmekanismer segregering och underordning (Hirdman 1988). Några typiska böcker av forskare handlade om processer i organisationer; om makt och könsstrukturer (Lindgren 1992, Wahl 1992). Uppföljaren till SNS-rapporten om kvinnors liv och arbete fick titeln ”Kvinnors och mäns liv och arbete” (Acker m.fl. 1992). Det blev en förskjutning från könsjämförelser, jämställdhet och makt till forskning om processer som mer eller mindre omedvetet och dolt skapar genus genom språk, handlingar och strukturer (se t.ex. Acker 1990, West & Zimmerman 1987, Westberg 1996). Med detta perspektiv synliggjordes svårigheterna att genomföra jämställdhet i praktiken i organisationer. Kunskapen om hur genus ”görs” och könsskillnader uppstår ökade och satte spår i politiken och forskningsfinansieringen (se t.ex. Eriksson-Zetterquist 2014).

År 1994 tillkom krav på jämställdhetsintegrering i statliga myndigheter. Flera program som syftade till ökad jämställdhet i arbetslivet och att få fler kvinnor i ledande positioner genomfördes under 1990-talet och i början av 2000-talet. Inom arbetshälsoområdet tillkom flera stora satsningar för att öka kunskapen om kön, arbete och hälsa och ”könande” processer. Ett projekt i syfte att ur ett genusperspektiv pröva och utveckla metoder för folkhälsovetenskap och arbetshälsostudier: Moderna arbets- och livsvillkor för kvinnor och män (MOA-projektet) genomfördes under senare hälften av 1990-talet (Härenstam, m.fl. 2000, Härenstam m.fl. 2003, Härenstam m.fl. 2004a, b; Härenstam & the MOA research group 2005; Leijon m.fl. 2005, Waldenström & Härenstam 2008). Vid det dåvarande Arbetslivsinstitutet sammanställdes 1998 en forskningsantologi; *Womens' health at work* (Kihlbom, Messing & Bildt 1998) som utgjorde startpunkten för ett omfattande forskningsprogram: ”Kön och arbete” (se Gonäs m.fl. 2001, Gonäs 2005). En forskningsöversikt från European Agency for Safety and Health at work, identifierade stora behov av ett genusperspektiv inom arbetshälsoområdet i hela EU (Kauppinen, m.fl. 2003).

En bit in på 2000-talet blev det åter en period med fokus på *kvinnors* arbetsmiljö och hälsa med forskningsanslag från de stora forskningsråden (Vetenskapsrådet, FAS i samarbete med Folkhälsoinstitutet 2007). Något senare – 2011 – kom en

större satsning från Arbetsmiljöverket om kvinnors arbetsmiljö. Dessa forskningsprogram motiverades med en observerad ökad ohälsa hos kvinnor och krav från politiken att förbättra kvinnors villkor i arbetsliv och i hälso- och sjukvården. Det är intressant att notera att det knappast förekommer motsvarande satsningar som benämns *mäns* arbetsmiljö och arbetsrelaterade ohälsa. I de fall när ökad ohälsa hos män uppmärksammades, som dödlighet i hjärt-kärlsjuklighet i slutet av 1900-talet, benämndes problemet som ett klassproblem ("direktörssjukan") eller när olycksfall och arbetsskador var omfattande för framförallt män, ledde det till satsningar i de branscher där problemen framförallt fanns, som inom industri, bygg och transportsektorerna. Diskursen om kön och arbetsmiljö har alltså utvecklats på liknande sätt som diskursen om kön och ledarskap. När kön kopplas till ett tidigare könsblint fenomen med en osynlig norm att det handlar om män (som ledarskap eller arbetsmiljö) blir det länkat till *kvinnor* och på så sätt skapas en koppling till något avvikande eller problematiskt och behöver hanteras på ett särskilt sätt (se t.ex. Alvesson & Billing 2000, Billing 2011). Många vällovliga satsningar på kvinnors arbetsrelaterade hälsa och kvinnors arbetsmiljö har därför fått en egen agenda med sina experter.

KVINNOR OCH MÄN FÅR SÄLLSKAP AV ANDRA KATEGORIER

Fokus på kvinnor specifikt är inte den enda diskursen om kön, arbetsmiljö och hälsa. I början av 2000-talet ökade intresset för forskning om identitet och intersektionalitet och fick genomslag inom politik, forskningsfinansiering och undervisning. Här handlar det i första hand om samhällsvetenskaplig, kvalitativ forskning som inte direkt relaterar till hälsa.

Nyligen sågs en förskjutning i Sverige på policynivå från att fokusera på kategorin kvinnor, till strukturer som kvinnodominerade verksamheter (FORTE 2016), genusperspektiv i tillsyn av arbetsmiljö i olika branscher (Arbetsmiljöverket 2019) och om bransch och yrkesjämförelser i psykisk hälsa (Försäkringskassan, 2020a). Denna förändring gjordes för flera år sedan i statistik och kunskapssammanställningar på EU-nivå från att primärt rapportera om kvinnor och män, till att i första hand redovisa på branschnivå. Förskjutning av diskursen är i samklang med hur den genusteoretiska och feministiska forskningen har utvecklats på senare tid. Begreppet heteronormativitet samt en binär användning av begreppen kön och genus har kritiserats för att förstärka biologiskt grundade könstereotyper och könsskillnader (Dollar 2017, Ridgeway 2014). Istället riktas fokus till andra grunder till hur ojämlikhet skapas. Forskningen har alltmer lyft fram begrepp som "degendering" (Lorber, 2000; Neilsen 2017) och "undoing gender" (Butler 2004, Deutsch 2007) som perspektiv som synliggör ojämlikhetsskapande strukturer och mekanismer (Dollar 2016, Tilly 2000, Ridgeway 2014). Nya frågor bör ställas såsom var, när och hur social interaktion blir mindre könad, om könad interaktion

alltid leder till ojämställdhet och hur institutionella nivåer kan samverka för att bidra till minskad ojämlikhet (Deutsch 2007).

Flera studier har framhållit att mycket forskning som säger sig ha ett genusperspektiv bara konstaterar att det finns könsskillnader utan att bidra med förklaringar (Morawski 1997, Hammarström & Hensing 2018). Här påpekas att ett individperspektiv på kön och identitet kan dölja betydelsen av strukturella förhållanden som skapar ojämlikhet och därmed försvårar ifrågasättande och förändring av de könsskillnader som observeras. Det innebär att en primärt kategoriinriktad ansats i forskning om kvinnor och män kan bidra till synen på könsskillnader som oproblematiska och oföränderliga och därmed motverka syftet att ge kunskapsunderlag till förändringar som gynnar jämställdhet (Connell 2009, Hammarström & Hensing 2018, Härenstam & Forsberg 2020).

ARBETSLIVSFORSKNINGENS FRAGMENTISERING

Om man går till forskning om organisering av arbete, finns det problem som försvårar att kunskap kan tillämpas av arbetslivets aktörer och experter på arbetsmiljö och hälsa. Forskningens internationalisering, specialisering och differentiering har lett till att merparten av forskningen sällan omfattar organisering, arbetsmiljö och hälsa utifrån ett arbetsplatsperspektiv (Barley & Kunda 2001, Bolin & Olofsdotter 2019, Härenstam 2017, Kalleberg 1989). Det gäller oavsett om forskningen har ett genusperspektiv eller inte. Flertalet av de teorier om arbete, stress och hälsa som vi idag använder baseras på breda empiriska fältstudier av arbetsplatser och branscher från 1950–1970-talen. Enligt Barley & Kunda (2001) började arbetslivsforskningen alltmer att specialisera sig efter 1960-talet. Många organisationsforskare gick till handelshögskolor eller tekniska högskolor och intresserade sig alltmer för management, teknik och effektivitet. Ohälsoforskarna började alltmer använda register och stora befolkningsstudier frikopplat från arbetsplatsnivån. Forskning om klass, makt och inflytande studerade ofta arbetsmarknadsnivån inom ämnen som sociologi och arbetsvetenskap. Den växande genusforskningen bildade en egen disciplin. Den alltmer specialiserade internationella forskningen har lett till att forskningen blivit mindre relevant för dem som har arbetsplatsen som arena för förändringsarbete. Det är på arbetsplatsnivå som ansvaret finns att arbetsmiljö- och diskrimineringslagar följs. Det är också här som resurser fördelas och där kunskapen finns om produktionssystemen och teknologin och den egna personalens kompetens och förmåga.

Av genomgången ovan framgår att det knappast saknas kunskap om genus, arbetsmiljö och hälsa. Men trots många års forskning, och stora satsningar från politik och arbetsmarknadens parter, har alltså den psykiska ohälsan och könsskillnaderna inte minskat de senaste decennierna, snarare tvärtom. Varför? Det tycks finnas motstånd och tröghet att förändra och implementera kunskapen

(Abrahamsson & Johansson 2013). Handlar det om svårigheter att tillämpa forskningen? Handlar det om forskningens inriktning och metoder? Behöver nya frågor formuleras? I nästa avsnitt presenterar vi en övergripande modell som vi tror kan vara behjälplig för framtida studier.

4. ETT STRUKTURELLT PERSPEKTIV MED FLERA NIVÅER

I detta kapitel presenterar vi de sociologiska, organisations- och genusteoretiska teorier och begrepp som vi tycker är hjälpsamma för att förstå skillnader i arbetsrelaterad psykisk hälsa. Utifrån dessa presenterar vi en modell som vi sedan kommer att återkomma till i rapportens avslutande avsnitt.

OM STRUKTUR OCH AKTÖR

Arbetslivets organisationer är några av flera viktiga arenor för det myller av mänskliga handlingar som i sin tur skapar, upprätthåller eller omformar sociala strukturer. Sociala strukturer både möjliggör och begränsar mänsklig handling; de skapar mening och gör den sociala världen förståelig och hanterbar (Giddens 1984). Men sociala strukturer kan å andra sidan varken uppstå, upprätthållas eller förändras utan mänsklig handling. Det finns med andra ord ett ömsesidigt beroende mellan mänskligt handlande (agens) och sociala strukturer; det ena kan inte existera utan det andra. Inom organisationsteori har strukturerings teorin använts för att förstå hur maktstrukturer manifesteras i dagliga organisatoriska praktiker (Lounsbury & Ventresca, 2003). För organisationsforskare som använder sig av detta teoretiska perspektiv så påverkar de sociala strukturer som råder på en viss plats vid en viss tid, genom att de skapar mening kring och begripliggör det som försiggår i organisationens inre liv.

Sociologen Margaret Archer använder sig av begreppet social och kulturell *morphogenesis* för att beskriva hur struktur och agens interagerar. Centralt i Archers modell är tiden. Archer erkänner det ömsesidiga beroendet mellan agens och struktur, men menar att för att vi ska kunna analysera hur detta beroende i enskilda skeenden ser ut måste vi lägga till tid (Archer 1995). När enskilda aktörer eller kollektiv av aktörer interagerar med varandra så både upprätthålls och omformas sociala strukturer. Dessa sätter ramarna för aktörernas framtida handlingar, som i sin tur förändrar strukturer, osv. Man kan förstå och analysera ett skeende empiriskt genom att ta hänsyn till denna ständigt pågående process, denna växelverkan mellan struktur och agens över tid.

Den sociala struktur som innebär en ojämlig maktfördelning mellan kvinnor och män och som ofta kallas för könsmaktsordningen, tar sig uttryck i arbetsliv såväl som i familjeliv. I arbetslivets organisationer kan det handla om mer eller mindre påtagliga fenomen såsom ”glastak”, oförklarade löneskillnader och sexuella trakasserier. Könsmaktsordningen interagerar med andra sociala strukturer där

makt är ojämnt fördelat baserat på andra sociala kategorier, såsom åldersgrupper, etniska grupper eller klass. Det kan därför vara svårt att reda ut vilka sociala strukturer som så att säga är mest verksamma i en given situation; sociala strukturer är under ständig interaktion och, som sagt, under ständig omvandling. Strukturer kan förändras genom medvetna försök, exempelvis kollektiva ansträngningar att förändra lagstiftning eller bryta normer. Men strukturer förändras också till följd av omedvetna handlingar, långsamt, över tid.

OM KÖN OCH GENUS

När det kommer till arbetets värdering och organisering kan det vara ännu svårare att föreställa sig alternativen: en arbetsmarknad där hemtjänstpersonal åtnjöt lika hög status som banktjänstemännen, eller där elektriker arbetade delade turer. Arbetsuppgifter, yrken, positioner, verksamheter och hela branscher på arbetsmarknaden tenderar att förknippas med handlingar, beteenden och egenskaper som i sin tur associeras med antingen kvinnor eller män (Britton 2000; Westberg-Wohlgemuth 1996). Begreppet *genuskodning* (eller *genusmärkning*) används för att beskriva denna association. Könsfördelningen inom en bransch eller ett yrke kan förändras, exempelvis genom att män träder in i kvinnodominerade områden. Detta innebär dock inte *per automatik* att genuskodningen förändras, det kan ta lång tid. Könsfördelningen inom ett yrke eller en hel bransch hänger givetvis ihop med dess genuskodning, men det är olika saker. För att förstå könsskillnader i hälsa menar vi att båda begreppen behövs. Man behöver ta hänsyn både till hur arbetet organiseras i kvinno- respektive mansdominerade yrken och sektorer, men också förstå att alla inom ett visst yrke eller sektor – oavsett kön – påverkas av den genuskodning som innebär att kvinnligt kodat arbete värderas lägre än manligt kodat arbete (se t.ex. England 1992). Denna värdering tar sig inte bara uttryck i lägre löner och status, utan också i sättet som arbetet organiseras.

OM OJÄMLIKHET OCH OJÄMLIKHETSREGIMER

Sociologen Charles Tilly (2000) förklarar vilka förutsättningar som måste finnas på plats för att ojämlikhet ska uppstå och upprätthållas i arbetslivet. Först handlar det om att individer placeras i distinkta kategorier såsom kvinna eller man, brun eller vit, utbildad eller utbildad. Kategorierna knyts till olika arbetsobjekt och uppgifter som separeras horisontellt och vertikalt. De organiseras inom olika yrken och branscher och placeras i mer eller mindre inflytelserika positioner inom organisationer. Slutligen värderas, styrs och organiseras de olika arbetsobjekten och uppgifterna olika och får sålunda olika status. Med tiden tas ordningen för given och upplevs som naturlig. Vi slutar fråga oss varför det är så vanligt med deltider inom vården, varför det är mer lönsamt att förvalta andras pengar än att ta

hand om deras barn, eller varför de som levererar mat till dörren nästan uteslutande är från ett annat land. De olika arbetsvillkoren får på sikt konsekvenser för skillnader i bland annat hälsa, både direkt (tex genom exponering för risk- respektive friskfaktorer i arbetet) och indirekt (genom att tex en hög inkomst möjliggör en sundare livsstil än en låg inkomst). *När kvinnor och män hålls isär och analyseras som distinkta kategorier* i beskrivningar av arbetslivet, riskerar uppfattningen att kvinnor och män som grupp delar arbetsvillkor och erfarenheter att förstärkas (Klysing 2020, Holmquist C & Lindgren M (2002). Om vi inte istället undersöker hur arbete värderas, styrs och organiseras *i de kontexter där kvinnor respektive män befinner sig* så kan vi inte förklara könsskillnader i exempelvis hälsa.

I Sverige arbetar 26 procent av arbetskraften i kvinnligt genuskodade branscher, och 30 procent i manligt genuskodade branscher och resten, dvs. nära hälften i branscher som på branschnivå är könsblandade¹. Om vi bryter ner branscher till arbetsplats-, yrke- eller funktionsnivå så kan dock både könsfördelning och genuskodning vara relevant att undersöka även inom samma bransch. Så är fallet till exempel inom detaljhandeln som på aggregerad nivå är jämnt könsfördelad men där butiker som säljer livsmedel, kläder och skönhetsprodukter är kvinnodominerade medan handeln med elektronik och bilar är mansdominerad. Även inom den till synes könsblandade kunskapsintensiva servicesektorn är könssegregeringen omfattande. Bland programmerare är andelen män mycket hög medan funktioner med kundkontakter är kvinnodominerade.

Könssegregeringen på arbetsmarknaden innebär att om det sker förändringar i en sektor eller verksamhet som är mycket tydligt dominerad av det ena eller andra könet, så kommer effekterna tydligt synas som en könsskillnad. Om vi inte jämför branscher riskerar vi att osynliggöra de strukturer och processer som formar arbetsmiljö och hälsorisker. Att det finns tydliga strukturella skillnader mellan olika branscher innebär att det finns systematiska skillnader i organisering, och möjligheter att skapa hälsobefrämjande och jämlika arbetsmiljöer. Vissa studier bekräftar denna hypotes även om det finns stora variationer mellan arbetsplatser inom samma bransch (Bolin 2009, Bolin, Bliese & Marklund 2008, Härenstam 2009, Bolin & Olofsdotter 2019). Flera studier visar att organisationen har signifikant inverkan på variationer mellan individer i *krav och kontroll i arbetet* (Bolin 2009; Härenstam m. fl. 2004a), *löner* (Kim 2018) och *hälsa* (Bolin m.fl. 2008). Men individens kön i relation till arbetsplatsens könssammansättning behöver också tas hänsyn till. Makt och inflytande påverkas av om individen tillhör en minoritet eller majoritet (Kanter 1977).

¹ Baserat på Sysselsatta 15–74 år (AKU), SCB, 2017. Genuskodning av branscher SNI 2007, se tabell 1.

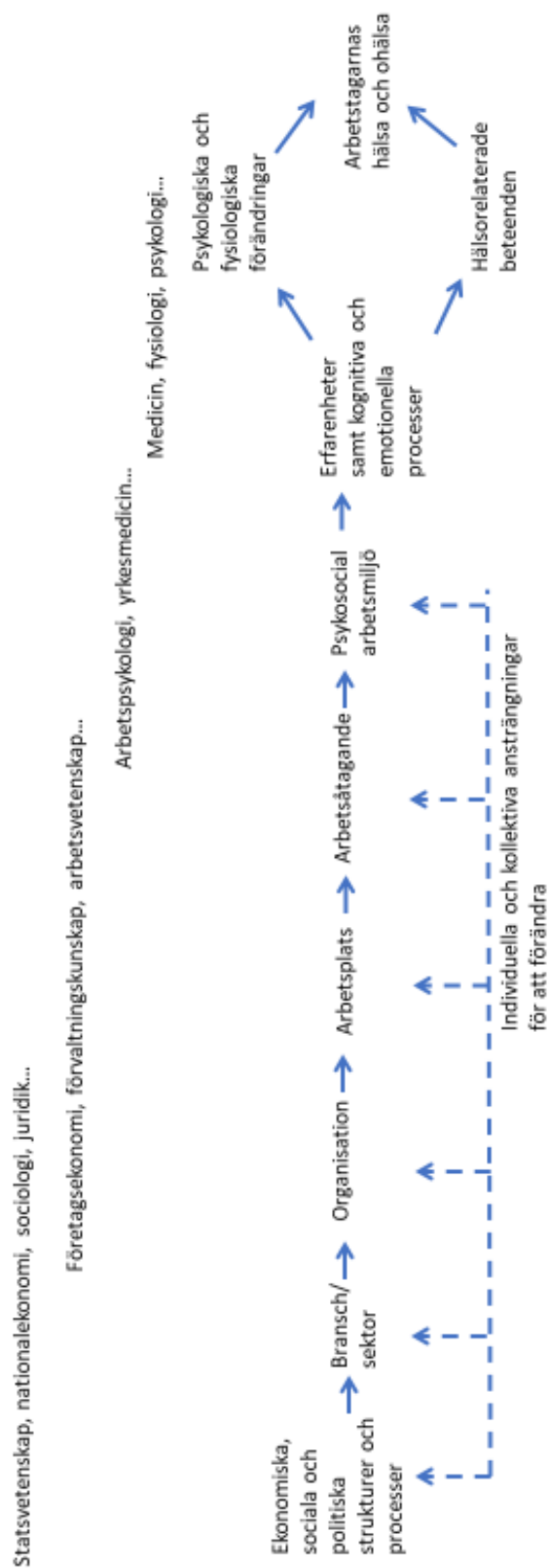
Sociologen och organisationsforskaren Joan Acker har varit mycket betydelsefull för kunskap om hur ojämlikhet i arbetslivet fungerar. Hon definierar ”*inequality regimes*”, ojämlikhetsregimer som ”...löst sammanhängande praktiker, processer, handlingar och betydelser som resulterar i och upprätthåller klass-, genus- och rasrelaterade ojämlikheter inom enskilda organisationer” (2006, s. 443). För Acker är arbetslivets organisationer ”inbäddade” i det övriga samhällets sociala strukturer. När det uppstår krav på förändring utifrån, exempelvis via lagstiftning eller sociala rörelser, så kan dessa regimer förändras (Acker 2012). Krav på, eller motstånd mot, förändring kan givetvis också komma inifrån organisationen, från enskilda individer eller grupper av individer.

EN FLERNIVÅMODELL

För att få ihop och illustrera resonemangen ovan har vi utvecklat den danske arbetslivsforskaren Reiner Rugulies modell (2019) som sätter arbetsmiljö i mitten av orsakskedja som löper från samhälle till individens hälsa (Figur 7). Som många arbetsmiljöforskare innan honom understryker Rugulies att arbetsmiljö inte uppstår i ett vakuum; arbetsmiljön påverkas av strukturella faktorer i arbetslivet som i sin tur påverkas av samhället i stort. Arbetsmiljö har inte enbart en *direkt* påverkan på individens hälsa, utan påverkar via sociala, psykologiska och biologiska *mekanismer*.

En finess med Rugulies modell är att den inte är deterministisk. Den öppnar upp för att det går att förändra sociala strukturer. De streckade pilarna i modellens nederkant visar att enskilda aktörer och kollektiv av aktörer kan påverka skeenden på samtliga nivåer: arbetsåtagande (jämför med begreppet *job crafting*), arbetsplatsen, organisationen, branschen och i samhället i stort. Kampanjer kan exempelvis försöka locka kvinnor till mansdominerade branscher och en avtalsrörelse kan resultera i oväntade lönehöjningar för kvinnligt genuskodade yrken. I slutet av denna rapport ska vi återkomma till sådana exempel på förändringsåtgärder på olika nivåer.

Vi menar, att om vi ska förklara hur arbetsrelaterad ohälsa uppstår måste man förstå hela orsakskedjan. I vår bearbetning av modellen har vi tillfört exempel på kunskapsområden (eller akademiska discipliner) som behöver kombineras för att vi ska nå en sådan förståelse. Dessutom har vi lagt till de analytiska nivåer som vi menar förekommer en given arbetsmiljö. Det handlar om bransch, sektor, organisation och arbetsåtagande.



Figur 7. Modell fritt bearbetad utifrån Reiner Rugulies artikel "What is a psychosocial work environment?" i *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 2019; 45 (1), s. 2.

Merparten av forskning som söker orsaker till ohälsa studerar den senare delen av orsakskedjan i modellen, exempelvis sambandet mellan arbetsmiljö och hälsa (Bolin & Olofsdotter 2019, Härenstam 2009). Men det sker förändringar på samtliga nivåer som har inflytande över hur könsskillnader i ohälsa blir i slutet av denna kedja. Vid en omfattande ekonomisk kris svarar exempelvis branscher på olika sätt på de nya förutsättningarna. Vissa branscher växer, andra hamnar i stora svårigheter, efterfrågan på kompetens, tjänster och varor förändras. Inom branscher med olika typer av produktion och som befinner sig på olika nationella och lokala marknader i olika politiska system, kommer vissa organisationer att få stora svårigheter att överleva medan andra växer. Vissa jobb försvinner medan andra förändras så att rekryteringsbehoven förändras liksom arbetsdelningen inom organisationer.

Ett annat exempel på en stor förändringsprocess på makronivå är den ökade digitaliseringen vilket förändrar kompetenskraven i arbetslivet (Autor, Levy & Mumane 2003). Digitalisering sker i princip i samtliga branscher, men går till på olika sätt i verksamheter med olika inriktning. Om utvecklingen och implementeringen av nya digitaliserade styr-, kontroll- och informationssystem i teknikintensiva sektorer med god beställarkompetens utförs i nära samverkan med produktionen och dess olika yrkesgrupper, kommer förmodligen systemen som implementeras att fungera när de väl omsätts i daglig produktion. Om de yrkesverksamma i kärnverksamheten inte kan delta aktivt i utveckling och implementering, till exempel därför att de inte kunnat avvaras i klientnära verksamhet, så är risken att utvecklingen i högre grad sköts av IT-experter utan djupare kunskap om verksamhetens behov och resurser. Risken är stor att systemen därför inte fungerar ändamålsenligt eller blir krångliga att använda.

Skillnader mellan branscher kan också komma att leda till ökade skillnader i arbetsförhållanden med olika hälsorisker som följd (Alexandersson 2003). Då de teknikintensiva branscherna och yrkena är mansdominerade och klientnära välfärdstjänster utförs framförallt av kvinnor riskerar digitaliseringen att öka könsskillnader i arbetsmiljö och hälsorisker, något som också lyfts fram i en kunskapssammanställning om framtidens arbetsmiljö i Sverige (Mynak 2020).

Ett tredje exempel på fenomen på samhällsnivå som kan leda till förändrade könsskillnader i ohälsa är hur lagstiftning och socialförsäkringssystem utformas. Förändringar av arbetsmiljölagen, karensdagar, föräldraförsäkringen, arbetslöshetsförsäkringen påverkar olika grupper i samhället beroende på var de befinner sig på arbetsmarknaden och kan få olika konsekvenser för kvinnor och män, unga och äldre.

Alla tre exemplen ovan av skeenden på makronivån påverkar den psykosociala arbetsmiljön via arbetets organisering (se till exempel Bolin & Olofsdotter 2019; Martikainen m. fl. 2002; Rousseau & Fried 2001). Psykosociala arbetsmiljöfaktorer varierar mellan branscher och särskilt faktorer som är

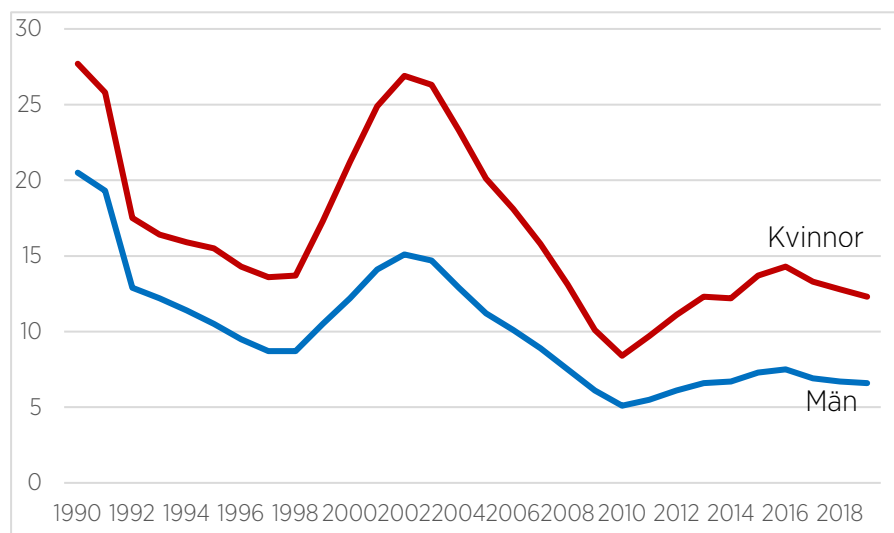
relaterade till arbetets organisering har visat sig förändras över tid vilket talar för att det behövs kunskap om hur skeenden på makronivå påverkar branscher, organisationer, arbetsplatser och individer. Om sådan kunskap blir tillgänglig för aktörer som politiker, arbetsmarknadens parter och experter kan anpassning ske mycket tidigare i orsakskedjan vilket skulle kunna bidra till att minska ojämlika och ojämställda arbetsvillkor.

5. FLERNIVÅPERSPEKTIVET TILLÄMPAT

Trots att både värderingar och lagstiftning går i riktning mot ökad jämställdhet mellan kvinnor och män är arbetsmarknaden fortfarande könssegregerad. Flertalet kvinnor och män har inte jämförbara arbets- och livssituationer och därmed inte samma krav och resurser för att hantera sina liv. I detta kapitel ger vi tre olika fördjupade exempel på hur det flernivåperspektiv som vi presenterade i förra avsnittet kan tillämpas.

EXEMPEL 1: JÄMFÖRELSE AV ARBETSMILJÖNS UTVECKLING I GENUSKODADE BRANSCHER

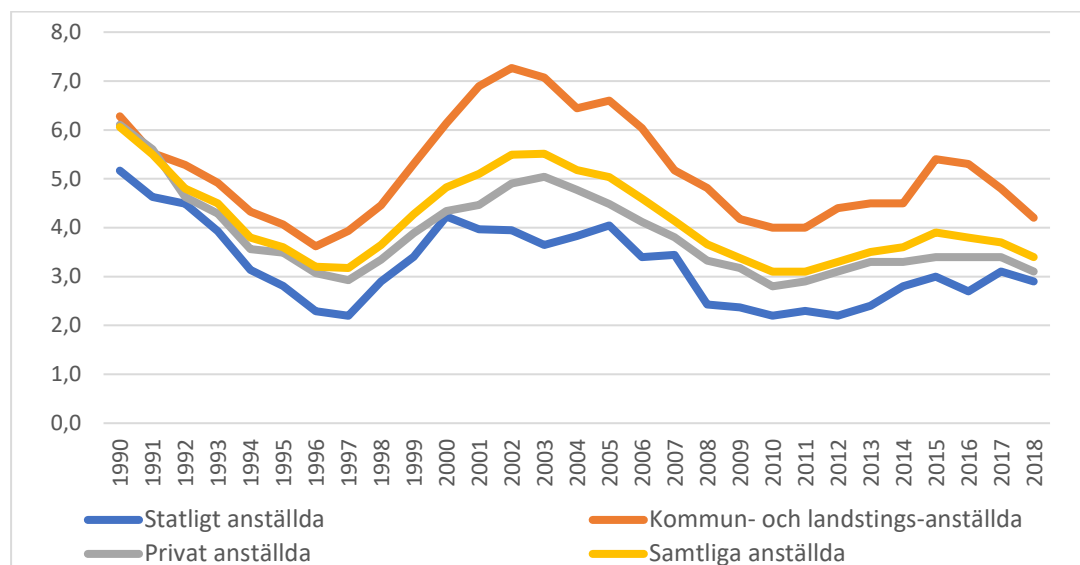
I tidigare kapitel konstaterade vi att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män. Det har varit ett systematiskt mönster sedan 1990 men skillnaderna är olika stora över tid. När det sker en generell ökning tycks kvinnors sjuktal öka mer än mäns, särskilt under senare delen av 1990-talet fram till 2002 då sjukfrånvaron nådde en historisk hög nivå (Figur 8).



Figur 8. Genomsnittligt antal dagar frånvaro från arbetet på grund av sjukdom, uppdelat på kvinnor och män, 1990–2019. Källa: Försäkringskassan 2020b. Sammanställt i Nyberg m.fl. kommande.

Om vi istället delar upp sjukfrånvaron efter typ av arbetsgivare (sektor) men redovisar män och kvinnor tillsammans, ser vi liknande varierande mönster

(figur 9). Med denna indelning blir det tydligt att 1990, vid mätperiodens början, var det små skillnader mellan sektorer. Kommun och regionanställda låg på i princip samma nivå som riksgenomsnittet. Sjuktalet sjönk för alla i början av 1990-talet för att sedan stiga brant från 1996 till 2002. Skillnaden mellan sektorer började 1992 för att öka fram till 2002 och har fortsatt vara stor, fram till en ny topp 2015 och 2016.



Figur 9. Sjukfrånvaro (procent av arbetstid som anställda varit frånvarande på grund av sjukdom) uppdelat på sektorer 1990–2018. Källa: Statistiska centralbyråns Arbetskraftsundersökningar sammanställt av Arbetsgivarverket, Nyhetsbrev mars 2018.

Variationer över tid i sjukfrånvaro tycks alltså hänga samman med att det skett förändringar i olika sektorer som påverkat de anställda som arbetar där. Arbetslivet är under ständig förvandling. Den tjänste- och informationsproducerande ekonomin ställer helt andra krav på människor än vad den varuproducerande ekonomin gör. Detta hänger i sin tur samman med hur det obetalda arbetet fördelas utanför arbetslivet (Gillberg 2020, se tabell 2.1). Trots enorma skillnader mellan industri- och informationssamhälle i sättet att leva och arbeta, och trots värderingar och lagstiftning som går i riktning mot jämställdhet mellan kvinnor och män, är arbetsmarknaden fortfarande könssegregerad. Det krävs mer kunskap om hur arbetsmiljön utvecklas i olika genuskodade verksamheter.

Tidigare forskning om vad som kännetecknar arbetet i själva produktionen har visat på tydliga skillnader mellan branscher (Giertz 2000). Det krävs olika kompetens och teknologier beroende på om det handlar om att producera varor, service eller kunskapsintensiva tjänster (Kohn & Schooler 1983; Hellberg 1989). Välfärdstjänster som skola, vård och social omsorg är komplexa och emotionellt krävande. Här inträffar ofta oförutsägbara situationer och arbetet är i regel tids- och rumsbundet och utförs i samverkan med klienten eller brukaren, på olika platser.

Det är svårt att rationalisera arbetet med teknik och resultaten är komplicerade att mäta. Tillverkningsindustrier är däremot ofta platsbundna och ofta upprepas standardiserade arbetsmoment vilket möjliggör detaljplanering och resultatmätning. Branscher skiljer sig också åt genom att de har olika kunder, brukare och beställare på globala, regionala och lokala marknader. Organisationer inom samma typ av bransch delar ofta liknande tekniska, juridiska, kulturella och ekonomiska förutsättningar (Giertz 2000).

Sju branscher på svensk arbetsmarknad

I en gruppering av arbetsmarknaden utifrån ett bransch- och genusperspektiv² framträder sju branscher baserat på könsfördelning och vad som brukar anses som kvinnligt och manligt kodade verksamheter och arbetsobjekt. Tabell 1 beskriver de olika grupperna, könsfördelningen och det huvudsakliga arbetsobjektet:

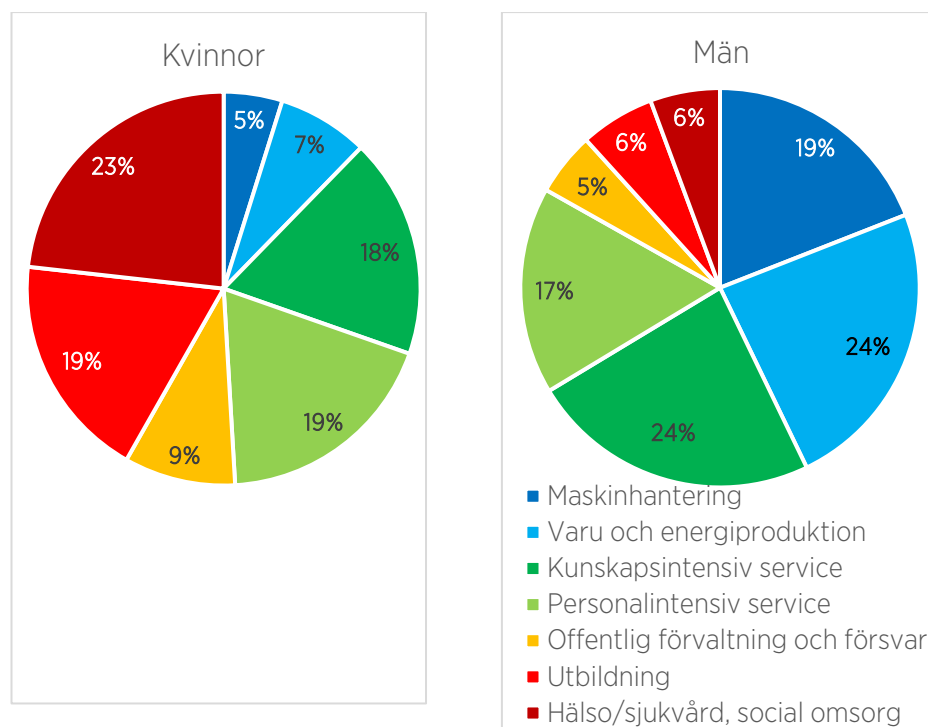
² Nyligen har en modell för klassificering av branscher ur ett genusperspektiv utvecklats (Cerdas m.fl. 2019, Härenstam & Forsberg 2020). Den baseras på den offentliga statistiken över branscher (näringsgrensindelningen SNI från 2007 med data från Arbetskraftsundersökningarna, SCB). På så sätt kan alla individer kategoriseras till en bransch². Klassificeringen av näringsgrenar bygger i sin tur på internationella indelningar (NASE 2007).

KÄLLOR TILL FÖRSTÅELSE AV SKILLNADER I PSYKISK OHÄLSA

Tabell 1. Branschindelning med genusperspektiv (utifrån AKU 2020). Bokstäverna anger SNI kod.

Bransch	SNI 2007 kod	Huvudsakligt arbetsobjekt	Andel kvinnor
Vård och omsorg, sociala tjänster	Vård och omsorg, sociala tjänster (Q)	Människor	78 %
Utbildning	Utbildning (P)	Människor	72 %
Offentlig förvaltning	Offentlig förvaltning och försvar, obligatorisk socialförsäkring (O)	Människor och Symboler	60 %
Personalintensiv service	Handel, reparation av motorfordon och motorcyklar (G) Hotell och restaurangverksamhet (I) Kultur, nöje, fritid (R) Annan serviceverksamhet (S) Uthyrning, fastighetsservice, resetjänster och andra stödtjänster (N)	Blandat	49 %
Kunskapsintensiv service	Informations och kommunikationsverksamhet (J) Finans och försäkringsverksamhet (K) Fastighetsverksamhet (L) Verksamhet inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik (M)	Symboler	40 %
Varu och energiproduktion	Utvinning av mineral (B) Tillverkning (C) Försörjning av el, gas, värme och kyla (D) Vattenförsörjning, avloppsrening, avfallshantering och sanering (E)	Ting	21 %
Maskinhantering	Jordbruk, skogsbruk, fiske (A) Byggverksamhet (F) Transport och magasinering (H)	Ting	18 %

Av figur 10 framgår att kvinnor och män är mycket olika fördelade mellan branscherna. Av alla kvinnor arbetar 12 procent i mansdominerade branscher (dvs. mer än 60 procent män) och lika stor andel av alla män arbetar i kvinnodominerade branscher (dvs. mer än 60 procent kvinnor).

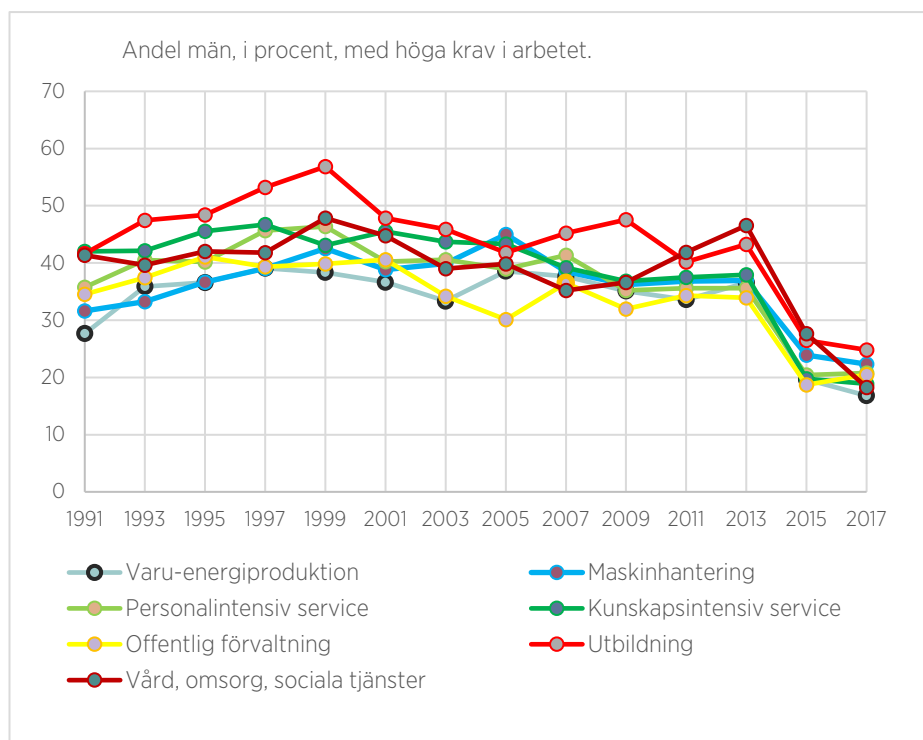
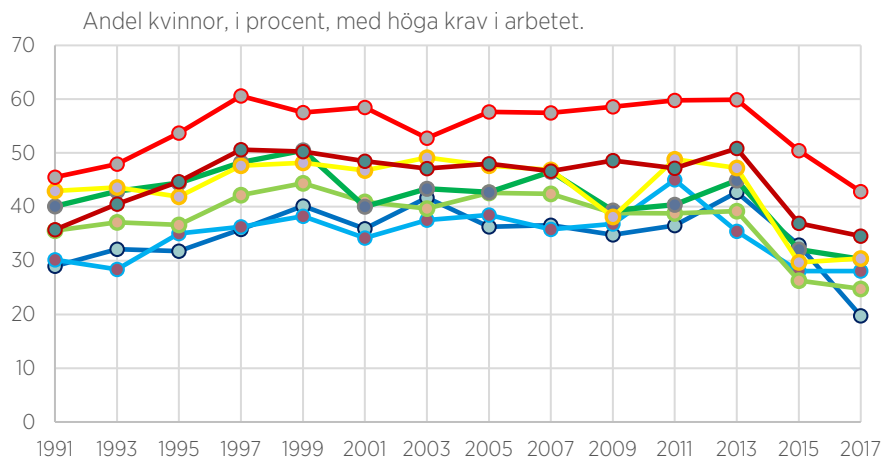


Figur 10. Hur män och kvinnor fördelar sig mellan de sju branscherna på svensk arbetsmarknad. Baseras på AKU december 2020 och SNI koder 2007.

Arbetsmiljöns utveckling i de sju branscherna

Med tanke på de bilder av sjukfrånvarons utveckling över tid som vi presenterade ovan, kan det vara intressant att se hur centrala aspekter av psykosocial arbetsmiljö förändrats över tid i dessa olika branscher: Det är framförallt tre typer av psykosociala faktorer som påverkar hälsan och varierar mellan branscher och kvinnor och män (Sverke m.fl. 2016). Dels kan de vara kopplade till typen och komplexiteten i själva arbetsåtagandet såsom krav och typ av resurser; dels kan de handla om position och status i arbetet såsom inflytande och utvecklingsmöjligheter och för det tredje handlar det om anställningsform, arbetstidens förläggning och förutsägbarhet samt lön och karriärmöjligheter (se Sverke m.fl. 2016). Det finns ytterligare en grupp psykosociala faktorer med inverkan på hälsa som troligen varierar mer mellan arbetsplatser med olika könsfördelning, snarare än mellan genuskodade branscher (Nyberg m.fl., kommande). Dessa faktorer handlar om sociala relationer, såsom socialt stöd från chefer och kollegor, mobbing, sexuella trakasserier och könsdiskriminering. Nedan redovisas i två figurer hur krav och inflytande varierar över tid under perioden 1990 och 2017 för kvinnor och män i olika branscher (Nyberg med flera, kommande). I en tidigare artikel jämfördes nivåerna vid tre

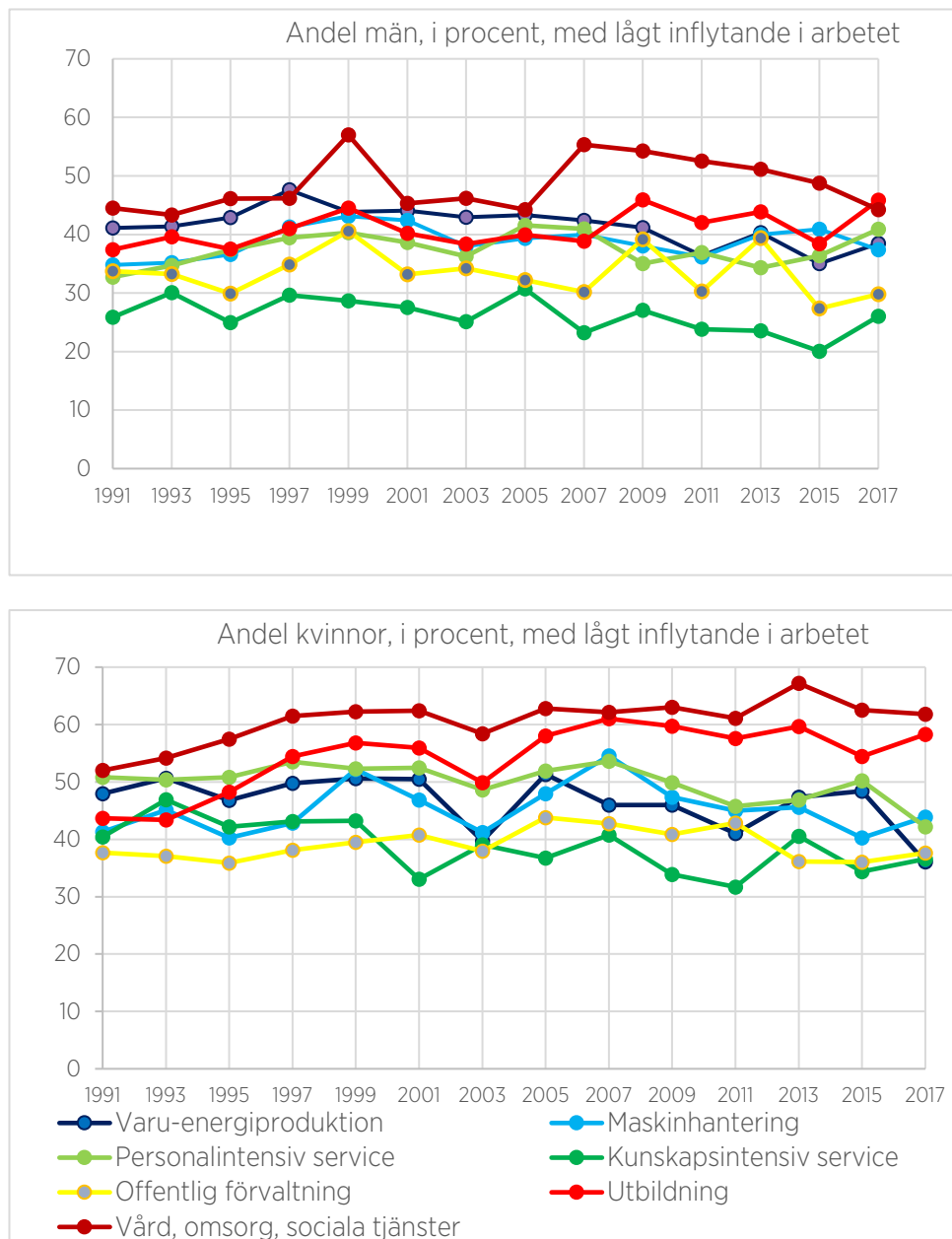
perioder mellan 1991 och 2013 i de olika branscherna med kunskapsintensiv tjänstesektor som jämförelsekategori med hjälp av logistiska regressioner.³



Figur 11. Utvecklingen av andel med höga krav i arbetet för kvinnor respektive män 1991–2013. Källor: Cerdas m.fl. 2019 och Nyberg m.fl. kommande. Bearbetning av data från Arbetsmiljöundersökningarna, SCB.

³ Studierna baseras på Arbetsmiljöundersökningarna. Den ena studien analyserar data från perioden 1991 till 2013 (slumpmässigt urval av totalt 109 698 individer, svarsfrekvensen mellan 87 procent (1991) och 59% 2013. För mer detaljer om metod och analyser, se Cerdas m.fl. (2019). I den andra studien ingår 117 758 individer, samma datakälla men här tillagt årgångarna 2015 och 2017). För mer detaljer, se Nyberg m.fl. (kommande).

Höga krav mättes med ett sammansatt mått av att ofta eller alltid ha för mycket att göra, stressigt arbete och mentalt krävande arbetsuppgifter. Av figur 11 framgår att kraven för både kvinnor och män i utbildningssektorn (dvs. framförallt lärare på alla nivåer från förskola till högskola) rapporterade generellt sett högre krav än anställda i andra sektorer fram till 2013. Den statistiska analysen visade att skillnaden var signifikant högre i utbildningssektorn än i jämförelsegruppen (Cerdas m.fl. 2019). Vi ser också av figuren att kraven ökade särskilt mycket under 1990-talet med en topp 1999 för män för att sedan sjunka markant särskilt vid mätningarna 2015 och 2017 då det tycks vara mycket små skillnader mellan branscherna. För kvinnor tycks andelen med höga krav ligga kvar på en hög nivå i de båda utbildningssektorn mellan 1997 och 2013 för att därefter sjunka, men för kvinnor avviker utbildningssektorn mer från andra sektorer i negativ riktning även 2017. Även vård- och omsorgssektorn för kvinnor ligger högre än andra sektorer men har sjunkit vid de två senaste mätningarna (Cerdas m.fl. 2019, Nyberg m.fl. kommande).



Figur 12. Utvecklingen av andel med lågt inflytande i arbetet 1991-2017 för män respektive kvinnor. Källor: Cerdas m.fl., 2019 och Nyberg m.fl. (kommande, 2021.) Bearbetning av data från Arbetsmiljöundersökningarna, SCB. Lågt inflytande mäts med ett sammansatt mått av att ha ofta eller alltid ha lågt inflytande över arbetstempo, arbetstakt och planering samt inflytande över arbetet.

Av figur 12 framgår två tydliga mönster i utvecklingen av inflytande. Det är betydligt fler kvinnor än män oavsett bransch som rapporterar lågt inflytande. En anledning till att fler kvinnor än män även i samma bransch har lågt inflytande kan åtminstone delvis förklaras av att kvinnor och män har olika yrken och olika positioner inom samma bransch. Till exempel inom vård och omsorg innehas de lägre positionerna där inflytandet torde vara lägre – som den stora gruppen

undersköterskor - framförallt av kvinnor, medan läkare och chefer är mer könsblandade positioner med mera inflytande. I andra branscher i privata sektorn innehåser många administrativa funktioner av kvinnor medan män är överrepresenterade i chefspositioner.

Det andra tydliga mönstret är att anställda i vård, omsorg och sociala tjänster rapporterar lågt inflytande i högst utsträckning. Den tidigare nämnda studien där alla branscher jämfördes med kunskapsintensiv service ökade även skillnaderna statistiskt mer i vård och omsorg än i jämförelsegruppen mellan 1990 och 2013 (Cerdas m.fl. 2019). Även här tycks det variera över tid med en topp för män 1999 i denna sektor men en fortsatt ökad andel med lågt inflytande, särskilt för kvinnor både inom vård, omsorg och sociala tjänster och inom utbildningssektorn ända till 2013. Andelen med lågt inflytande är högre för både kvinnor och män i slutet av perioden än 1991. Av den uppföljande studien (Nyberg m.fl. kommande) framgår att både kvinnor och män har en fortsatt hög andel med lågt inflytande i flertalet branscher jämfört med kunskapsintensiv service där det finns minst andel med lågt inflytande.

När det gäller hot och våld från brukare eller klienter finns också en signifikant skillnad mellan branscher (Cerdas m.fl. 2019, Nyberg m.fl. kommande). Det är ungefär tre gånger så vanligt att vara utsatt för denna påfrestande arbetssituation om man arbetar inom vård, omsorg och sociala tjänster som i de könsblandade servicebranscherna och de mansdominerade sektorerna tillverkning, bygg och transport. Näst högst andel finns i offentlig förvaltning inklusive försvaret. Här ingår alla blåljusrken och rättsväsendet med många påfrestande sociala kontakter. På tredje plats kommer utbildningssektorn där andelen som rapporterar hot och våld ökat för kvinnor sedan 1991 (Nyberg m.fl. 2019). Andra studier har visat att arbete i välfärdssektorn (Human services) och så kallade kontaktyrken innebär särskilda risker för ohälsa (Aronsson m.fl. 2019, Nyberg m.fl. 2020).

Av dessa longitudinella studier framgår att det finns stora skillnader mellan branscher i faktorer som har med arbetets organisering och inriktning att göra. Försämringarna i de psykosociala faktorerna krav, kontroll och hot och våld tycks vara störst under första hälften av 1990-talet särskilt i välfärdsverksamheterna.

Liknande resultat finns i andra studier. Rapporten från levnadsnivåundersökningen (LNU) visar att andelen som rapporterar att de har ett spänt arbete (en kombination av höga krav och låg kontroll) ökade mellan 1981 och 2010 och andelen kvinnor med spänt arbete ökade mer för kvinnor än för män. Framförallt återfinns spänt arbete inom vård och omsorg (SOU, 2014a). Även internationella undersökningar (t.ex. Eurofound 2020, a och b) visar samma trend, dvs. att det är särskilt problematiskt med den psykosociala arbetsmiljön i kvinnodominerade branscher, som i vård och omsorgssektorn och andra näringsgrenar där anställda har så kallade kontaktyrken.

Även sjukfrånvaron ökade i kvinnodominerade välfärdsyrken mer än i andra yrken från slutet av 1980-talet (Angelov m.fl. 2011) som vi tidigare redovisat. Arbetets organisering i denna bransch har angetts som en förklaring (Alexandersson m.fl. 2011; Försäkringskassan 2018; Vänje 2015).

I surveyundersökningar av arbetskraften boende inom Stockholms län rangordnades yrken efter risk för ohälsa 1990, 1994 och 1998. I början av perioden var de ”friskaste” yrkena för kvinnor (självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande och besvär från rörelseorganen) typiska kvinnodominerade yrken såsom lärare och sjuksköterska. Denna typ av yrken tillhörde dem som hade försämrats mest till slutet av 1990-talet (Härenstam, 2001). Frågan uppstår då hur ska vi förstå denna förändring från ”frisk-” till ”riskyrke” i de kvinnodominerade välfärdsverksamheterna? Kan det vara strukturella förändringar i dessa branscher, särskilt under första delen av 1990-talet som kan förklara varför könsskillnaderna började öka då? Det finns fortfarande kvar en könsskillnad även inom branscher, men det är uppenbart att vi behöver undersöka närmare vilka organisatoriska och strukturella förändringar som skedde i välfärdssektorn och som kan ha inflytande över arbetsmiljö och hälsorisker även idag.

EXEMPEL 2: VÄLFÄRDENS RESA FRÅN FRISKBRANSCH TILL RISKBRANSCH

För att illustrera hur förhållanden och förändringar på olika nivåer kan påverka arbetsrelaterad hälsa inom en specifik bransch ska vi nu vända blicken mot välfärden. Genom en mycket stor andel av förvärvsarbetande kvinnor i Sverige arbetar inom utbildning, skola, vård och omsorg (42 procent, se figur 10) och endast en mindre andel av männen (12 procent), påverkas framförallt kvinnor när villkoren förändras i denna sektor. Det är en särskilt stor utmaning i dessa tider av pågående pandemi, där sjukvård, äldreomsorg, socialt arbete och skola är särskilt utsatta för en kraftigt ökad belastning.

Välfärdens organisering

Arbetsuppgifter som att ta hand om små barn och skröpliga äldre har traditionellt skötts obetalt av kvinnor, i hemmet. När dessa arbetsuppgifter flyttade ut på arbetsmarknaden i stor skala under 1960- och 1970-talen så var det fortfarande kvinnor som ombesörjde dem, men nu som betalt arbete inom den offentliga sektorn. Dessa yrken organiserades på ett sådant sätt att kvinnors ökade arbetskraftsdeltagande inte skulle hota den arbetsfördelning som rådde inom hemmet och som innebar att kvinnan hade huvudansvar för barn, hem och familj (Gonäs & Tyrkkö 2015, Gonäs m.fl. 1997, Peetz 2015, Mandel & Shalev 2009, Walby 1990 s. 24). Detta kunde till exempel innebära att arbetet standardiserades så att arbetstagaren blev utbytbar när hon – för det var nästan alltid en hon –

behövde vara hemma med små eller sjuka barn. Standardisering skedde på två sätt, dels genom krav på formell utbildning (en lärare eller sjuksköterska kunde ersättas av en annan lärare eller sjuksköterska), dels genom att vissa yrken inte ansågs tillräckligt kvalificerade för att alls kräva någon utbildning eller någon längre introduktion till yrket (Grönlund 2012). Detta innebar att arbetstider och anställningsvillkor utformades på ett sätt som innebar utbytbarhet och flexibilitet, exempelvis genom deltidarbete och timanställningar.

Det är ett exempel på vad Charles Tilly menar, både hur arbetsuppgifterna i sig och hur de organiseras bestäms av vilken kategori arbetstagare som är tänkta att utföra dem, i detta fall kvinnor. Eftersom arbetsmarknaden är segregerad blev det inte synligt att förändringar som ägde rum i kvinnodominerade välfärdsverksamheter skulle komma att få negativa konsekvenser för status, arbetsmiljö och hälsorisker längre fram. Forskning i USA om en ökande polarisering på arbetsmarknaden har föreslagit att relativa försämringar av välfärdsarbeten som noterats där kan förklaras av strukturella förändringar såsom marknadisering av dessa tjänster och ökad tillgång på arbetskraft när kvinnor i allt högre utsträckning kom ut på arbetsmarknaden (Dwyer 2011).

Under den första halvan av 1990-talet slog den ekonomiska krisen till, med omfattande nedskärningar i den offentliga sektorn som följd (Nyberg 2014). Exempelvis så försvann mer än en tredjedel av alla vårdbiträden mellan 1993 och 1999 (Eliason 2011, Landstingsförbundet 2002). Även yrkesgrupper såsom sekreterare, assistenter och barnskötare minskade drastiskt och deras arbetsuppgifter skulle nu utföras av mer kvalificerade yrkesgrupper såsom lärare, läkare och sjuksköterskor. Digital teknologi skulle minska på arbetsbördan, men utvecklingen blev en annan och den administrativa bördan ökade för de professionella yrkesgrupperna och deras chefer (Björk & Härenstam 2017). Nya kontrollsystem infördes med hjälp av ny teknologi och det skedde ett värderingsskifte mot ökad valfrihet, konkurrens och transparens (Williamson & Colley 2018). Ledningens uppmärksamhet gick från komplexa verksamhetsnära frågor till kvantitativa mätbara fenomen, mål och resultat (Frick & Johansson 2013). Detta innebar en maktförskjutning från välfärdens professionella till medborgare, folkvalda politiker och tillsynsmyndigheter (Bejerot & Hasselblad 2013, Johansson m.fl. 2016). Chefers handlingsutrymme i välfärdsorganisationer minskade genom att ansvarsområdet ökade samtidigt som resurstilldelningen minskade (Holmquist 1997).

Chefers förutsättningar i välfärden

De standardiserade sätten att organisera och ett stort antal medarbetare per chef karaktäriserar skola, vård och omsorg fortfarande idag. I studier som jämfört mans- och kvinnodominerade kommunala verksamheter fann man att även inom samma kommun finns det skillnader i hur dessa verksamheter finansieras, leds, styrs och

organiseras (Forsberg Kankkunen 2009, 2014, Björk & Härenstam, Arbetsmiljöverket 2014, Johansson & Theodorsson 2019). De organisatoriska förutsättningarna är alltigenom sämre i kvinnodominerad omsorg och skola. Arbetsmiljöverket har noterat systematiska skillnader i finansierings- och ledningsmodeller mellan till exempel kommunal hemtjänst och tekniska verksamheter, något som kan förklara skillnader i arbetsmiljö (Arbetsmiljöverket 2014). Hemtjänsten är framförallt intäktsfinansierad, baserat på antalet genomförda timmar. Det innebär att resurser och personalstyrka ständigt anpassas efter förändringar av antalet brukare och deras behov. Det innebär att både chefer och anställda måste vara beredda att anpassa sig till att oförutsedda händelser inträffar med kort varsel, exempelvis att en brukare kommer hem efter en sjukhusvistelse. Förändrade behov måste ofta hanteras inom ramen för given budget.

De tekniska verksamheterna är istället ofta anslagsfinansierade. När arbetsbelastningen ökar, exempelvis vid kraftigt snöfall, kan säsongsarbetare tas in (Arbetsmiljöverket, 2014). Verksamheterna skiljer sig också åt avseende personalledning. Inom den uppgiftsstyrda hemtjänsten är de olika arbetsuppgifterna ofta tidsbestämda; att hjälpa en brukare med en dusch eller en måltid förväntas ta ett visst antal minuter. Om uppgiften tar längre tid i verkligheten kan dagens schema spricka och personalen får försöka ta igen förlorad tid på något annat sätt. I tekniska verksamheter är arbetet istället uppdragsstyrt. Gatorna behöver vara sopade vid ett visst datum, eller snön röjd inom en viss tid, men tiden varje enskild uppgift får ta är vanligtvis inte bestämd. Arbetsmiljöverket (2014) konstaterar att möjligheterna för personalen att påverka organisering och verkställande av det egna arbetet och hantera arbetsbelastningen minskar när verksamheten är uppgiftsstyrd. Ett annat forskningsprojekt visade att det fanns målkonflikter inom tekniska verksamheter såväl som inom skola och omsorg, men inom de tekniska verksamheterna så fanns det bättre resurser för chefer att hantera dessa och cheferna fick mer stöd från högre chefer att prioritera när resurser saknades. I välfärdsverksamheterna var chefernas handlingsutrymme mer begränsat (Forsberg 2014, Forsberg m.fl. 2014)

Särskilt första linjens chefer har olika förutsättningar att hantera sitt uppdrag, vilket har konsekvenser för arbetsmiljön (Björk & Härenstam 2016). Det kan exempelvis handla om antalet medarbetare per chef, måltydighet och tillgång till administrativt stöd. Att ha många medarbetare i de kvinnodominerade välfärdsverksamheterna innebär att det förebyggande arbetsmiljöarbetet blir lidande, trots att vi vet att den arbetsrelaterade ohälsan är störst här. Beräkningar har visat att cirka 35 procent av variationer i långtidssjukfrånvaron mellan organisationer kan förklaras av arbetsgruppens storlek (Nyckeltalsinstitutet 2019).

Det stora antalet medarbetare per chef inom de kvinnodominerade välfärdsverksamheterna innebär att det preventiva arbetsmiljöarbetet blir svårt att genomföra, trots att det är här de största arbetsmiljöutmaningarna finns. Liknande

resultat har visats i flera studier (Regnö 2016, Vänje 2015, Williamson & Colley 2018).

Institutionella förändringar

På institutionell nivå (både på EU-nivå och nationell nivå) har en avreglering skett av arbetsmiljön i välfärdsverksamheter samtidigt som en 'uppregering' skett inom bygg- och industriverksamheter (Steinberg 2011). Den ökade regleringen har motiverats med att arbetsolyckor kan förebyggas genom ökade säkerhetskrav, medan avregleringen inom omsorgsyrkena skett på grund av ökat inflytande för brukaren samt politiska beslut i samband med att skola och äldreomsorg kommunaliserades. Dessa förändringar innebär att arbetsmiljöarbete i de kvinnodominerade välfärdsorganisationerna riskerar att inte ha samma lagstöd som andra branscher.

Kanske är dock en ny trend på gång genom den arbetsmiljöföreskrift som uppmärksammar den organisatoriska arbetsmiljön. Den innebär bland annat att arbetsgivaren har ansvar för att se till att det är balans mellan kraven i arbetet och resurserna för att utföra arbetet (Arbetsmiljöverket 2015). Det finns indikationer på att den har inneburit ökat fokus och bättre lagstöd för arbetsmiljön i de kvinnodominerade välfärdsverksamheterna (Steinberg 2018). Nyligen har en kostnadsberäkning gjorts som visar att en investering i att minska antalet medarbetare per chef i vård- och omsorgsförvaltningar, är en lönsam investering (Sveriges Kvinnolobby 2020).

Sammantaget innebär dessa organisatoriska och institutionella förändringar att chefer inom olika typer av verksamheter har olika förutsättningar att bedriva ett gott ledarskap och ta ansvar för den psykosociala arbetsmiljön. Dessa förändringar bidrar till att förklara varför psykosociala arbetsvillkor har utvecklats sämre i kvinnodominerade välfärdsverksamheter än i mansdominerade sektorer. Detta exempel har illustrerat varför det är viktigt att jämföra sammanhang snarare än kvinnor och män som grupper. Kunskap om företeelser om företeelser på högre nivåer kan användas för att tolka och förstå förändringar i arbetets utformning och kvalitet, i synnerhet till de aspekter som teoretiskt kan knytas till arbetets organisering, såsom balansen mellan krav och inflytande. Det öppnar upp för en djupare förståelse för hur ojämställda arbetsvillkor skapas.

En kommentar om ålderns betydelse

Ålderns betydelse i arbetslivet kan diskuteras ur olika perspektiv. Som ny på arbetsmarknaden eller inom ett yrke är man å ena sidan sårbar eftersom man saknar erfarenhet. Å andra sidan besitter man kanske kunskaper om moderna metoder och arbetssätt och har lättare än seniora kollegor att lära nytt och tänka i nya banor. I branscher som kräver ständig anpassning utifrån nya och oförutsägbara situationer och där lösningar på problem sällan är enkla, såsom inom välfärden, är det särskilt

viktigt att få utrymme för det kollegiala samtalet. Unga arbetstagare behöver vägledning av mer erfarna kollegor och äldre arbetstagare kan behöva få hjälp med att utveckla sina arbets sätt. I branscher och yrken där arbetsbelastningen är tung saknas många gånger förutsättningar för detta samtal. Det finns varken tid eller resurser. Det är troligt att detta drabbar yngre arbetstagare särskilt hårt, eftersom det är svårt att veta vad som är ”good enough” både avseende arbetets kvantitet och kvalitet när man saknar erfarenhet. Risken är stor att man anstränger sig på bekostnad av den egna hälsan. Lägg därtill de ansträngningar i privatlivet som är förknippat med barnalstrande åldrar. Återigen, här spelar både privat- och arbetsliv in, och både betydelsen av ålder och förutsättningarna att utveckla erfarenhet och omdöme ser olika ut inom olika branscher och yrken.

Alternativa förklaringar

Kvinnodominerade branscher och yrkesgrupper i välfärden har fått en tuffare psykosocial arbetsmiljö de senaste decennierna. Eftersom de utgör en så stor andel på arbetsmarknaden menar vi att denna utveckling, i alla fall delvis, kan förklara både varför sjukskrivning i psykiska diagnoser har ökat och varför könsskillnaderna i desamma är så stora. Det finns en strömning inom forskning och utvärdering som vänder på resonemanget och lyfter fram könsfördelningens betydelse för skillnader i sjukfrånvaro.

Exempelvis har Riksrevisionen visat att det finns oskäligen könsskillnader i sjukskrivning vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa (RiR 2019). Att kvinnor sjukskrivs i högre utsträckning än män när arbetsförmågan bedöms som likvärdig skulle, enligt Riksrevisionen, exempelvis kunna bero på att kvinnor är mer positivt inställda till sjukskrivning som behandlingsåtgärd eller att läkare är mer benägna att använda åtgärden för kvinnor. Ett annat exempel är Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU 2013) som pekar på att ojämställda villkor i samhället i stort där kvinnors mer omfattande ansvar för familj och hem leder till en sämre förankring i arbetslivet med längre föräldraledigheter, mer deltidsarbete och sämre löneutveckling. Detta förhållande leder till att tröskeln till sjukskrivning blir lägre för kvinnor än för män. Om kvinnor som grupp av olika anledningar är mer sjukskrivna än män som grupp, och om andelen kvinnor är betydligt högre inom kommuner och regioner så blir dessa arbetsgivare särskilt drabbade av höga sjuktal (SKR 2017). Ett liknande resonemang förs om betydelsen av ålder (ibid). Eftersom sjukfrånvaron generellt stiger med ålder och medarbetarna generellt är äldre hos kommunalt och regionala huvudmän jämfört med privata utförare, drabbas offentliga arbetsgivare i högre grad av sjukfrånvaro, jämfört med privata.

Vi vill inte förneka att det finns oförklarade könsskillnader i sjukskrivning, som vi nämnt vid flera tillfällen så spelar naturligtvis faktorer i privat- och familjeliv in och påverkar kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster olika. Även stereotypa

uppfattningar bland vårdgivare och Försäkringskassan är säkerligen av betydelse. Men vi vill också framhålla att kontaktyrkena inom välfärden var lika kvinnodominerade på den tiden då de kunde karaktäriseras som ”friskyrken” och vi har försökt visa att vissa centrala arbetsmiljöfaktorer faktiskt har haft en ogynnsam utveckling i sektorn över tid.

EXEMPEL 3. ARBETSVILLKOR OCH HÄLSA I TVÅ BRANSCHER SOM PÅVERKAS OLIKA AV PANDEMIN.

Det tredje exemplet är hypotetiskt och kan ses som ett förslag på ett upplägg för ett forsknings- och utvärderingsprojekt med det strukturella och kontextuella perspektiv vi presenterar. En period av stora omvälvningar på arbetsmarknaden utgör ett ypperligt tillfälle att studera och förstå hur ojämställdhet skapas, inte bara mellan kön utan också utifrån etnicitet och ålder. En sådan studie skulle kunna under några år jämföra två eller flera kontrasterande branscher utifrån flera olika perspektiv. Det finns statistik och datakällor bakåt i tiden som kan användas för att studera till exempel hur arbetsmiljö, bemanning, könsfördelning, utveckling, organisering, lönsamhet, anställningsformer, sjukfrånvaro och psykisk ohälsa har förändrats i olika näringsgrenar åren före pandemin. Och studien borde pågå några år efter pandemins utbrott 2020. Det skulle ge värdefull kunskap om hur en samhällsomfattande kris påverkar utveckling av jämlikhet och ojämlikhet och ge värdefull kunskap som kan användas som underlag för åtgärder på olika samhällsnivåer för att minska ojämställdheten och ojämlikheten.

En av utgångspunkterna för detta kunskapsunderlag handlar om ungas psykiska hälsa. Två branscher som rekryterat många unga är informations- och kommunikationssektorn (ICT, SNI kod 58–63) och hotell- och restaurangverksamhet (SNI kod 55–56).⁴ Båda dessa branscher tycks påverkas kraftigt av den pågående pandemin. I tv-programmet Ekonomibyrån (SVT1 15 december 2020) uttrycktes en stor oro för ungas psykiska hälsa då besöksnäringarna som utgjort en betydande andel ingångsjobb för unga nästan helt avstannat. Samtidigt tycks den så kallade techindustrin gå på högvarv. I en undersökning av arbetsförmedlingen uppges att 48 procent av arbetsgivarna hade brist på utbildad arbetskraft 2019 (Arbetsförmedlingen 2020). En snabb koll i SCB:s statistikdatabas visar att ICT sysselsätter i princip lika många män i november 2020 som i januari före pandemin (99 procent). För kvinnor är det 78 procent sysselsatta jämfört med i januari. Branschen har alltså blivit mer mansdominerad under dessa 11 månader. Inom hotell och restaurang arbetar 84 respektive 77 procent i november jämfört

⁴ Andel under 35 år i arbetskraften totalt är 32 procent medan det i dessa branscher är 34 respektive 57 procent, november 2020, SCB, statistikdatabasen, RAMS.

med januari 2020. En förklaring är att fler kvinnor än män har tidsbegränsade anställningsformer och därför oftare än män blir av med jobben i osäkra tider. Att ha en tidsbegränsad anställningsform utgör en ökad risk för psykisk ohälsa (se kunskapssammanställning Mynak 2020). Detta innebär att skillnaderna mellan grupper i psykisk ohälsa riskerar att öka som en konsekvens av pandemins effekter i olika branscher. Branscherna hotell- och restaurang samt information och kommunikation är intressanta kontraster både ur klass-, köns- och etnicitetsperspektiv, alltså kategorier av arbetskraften som traditionellt har ojämlika villkor i arbetslivet. Produktionsprocessen skiljer sig också åt. Den ena branschen har framförallt platsbunden och kontaktnära verksamhet medan i den andra kan en mycket stor del av jobben göras på distans, från hemmet eller från olika delar av världen. Den ena är personalintensiv och den andra är kunskapsintensiv och de ställer olika krav på utbildningsnivå.

Det finns en mängd intressanta frågor att ställa om vad som händer när dessa olika branscher utsätts för en omvälvande förändring i samhället som en pandemi utgör. Vad händer när jobben blir fler eller färre? Vilka anställs och vilka blir utan jobb? Hur organiseras, värderas och bemannas arbeten när det är ont om kompetent arbetskraft (som inom spelutveckling och utveckling av digitala kommunikationssystem) eller när arbetsplatserna gör sig av med en stor del av arbetskraften? Hur förändras arbetsmiljö, anställningsform, lön och hälsa för dem som arbetar kvar i branschen? Ökar eller minskar spridningen av arbetsvillkor under en period med kraftig expansion respektive när branschen krymper? Kommer olika uppdrag och arbetsuppgifter att bli mer eller mindre genuskodade? Kommer andra diskrimineringsgrunder bli mer uttalade istället? Hur värderas unga och äldre, infödda och invandrade som arbetskraft? På en mer institutionell nivå vore det intressant att studera hur stödsatsningar under pandemin, innovationssatsningar, satsningar på utbildning och arbetsmarknadsområdet, arbetskraftsinvandring och jämställdhet görs i en tillväxtbransch respektive i en krisbransch. Vad betyder det för den psykiska hälsan att vara i en tillväxtbransch respektive en krisbransch? Vad händer när förändringarna stabiliseras eller normaliseras igen efter pandemin? Kommer organiseringen, bemanningen och värderingen av arbetsuppgifterna i anställningstrygghet och lön att ha förändrats?

Sådana brett upplagda longitudinella och multidisciplinära studier skulle vara helt i linje med det som förespråkas av ”ungendering”-forskare som Deutsch (2007) om att söka kunskap om sammanhang där kön eller andra diskrimineringsgrunder blir mindre viktiga eller ändrar betydelse. Även Joan Acker har hävdats att ojämlikhetsregimer lättare ändras när de yttre förutsättningar för organisationen förändras (Acker 2012).

6. HUR KAN KÖNSSKILLNADEN I ARBETSRELATERAD PSYKISK OHÄLSA ANGRIPAS?

Vi menar att en stor del till förklaringen till könsskillnaderna i arbetsrelaterad psykisk ohälsa inte står att finna i skillnader mellan kvinnor och män som grupp, utan i skillnader i hur arbetet organiseras i olika genuskodade branscher, organisationer, yrken och arbetsåtaganden. Vi menar vidare att det finns tillräcklig kunskap om hur arbetsmiljö generellt påverkar psykisk hälsa och det finns lagstiftning på plats om att alla – unga och äldre, kvinnor och män – har samma rätt till en god arbetsmiljö och hälsa. Vi har dock visat att olika typer av verksamheter har olika förutsättningar och utmaningar för att kunna omsätta kunskap och lagstiftning i praktik och därmed minska den arbetsrelaterade psykiska ohälsan. Det behövs olika åtgärder i olika kontexter. I detta avslutande avsnitt lämnar vi några förslag på ansatser som vi menar att framtida kunskapsutveckling och satsningar inom området genus, arbetsmiljö och hälsa bör ha.

JÄMFÖR KONTEXTER SNARARE ÄN KÖN

Arbetslivet är organiserat i flera nivåer men data om organisationer och arbetsplatser är mycket svåra att länka till data om individer. Det finns omfattande register- och surveydata om båda dessa nivåer men de kopplas sällan samman och de används av olika forskardiscipliner (Dhondt 2003). Det är inte ovanligt att effekter av t.ex. branschtillhörighet, utbildning och kön ”justeras bort” med statistiska tekniker i studier av samband mellan riskfaktorer och ohälsa (Bolin & Olofsdotter 2019 Härenstam 2009, Messing & Östlin 2006, Susser 1999). Risken finns att kunskapen från forskningen om arbete och hälsa blir allt mer abstrakt. Detta innebär att det finns ett glapp mellan den kunskap som erbjuds från forskningen och den kunskap som efterfrågas av dem som kan tillämpa den för att skapa hälsosamma och jämställda arbetsplatser (Härenstam 2017, Härenstam & Forsberg 2020).

Om jämförelser synliggör orimliga skillnader i arbetsmiljö och hälsorisker mellan branscher är det givetvis viktigt att ta reda på vilka grupper som är särskilt utsatta. Sådana analyser ska givetvis inte ”justera bort” effekten av kön, etnicitet och ålder. Utmaningen är att söka efter mönster av förändrade sociala, institutionella, organisatoriska strukturer och processer som kan belysa observerade skillnader i arbetsmiljö och hälsa. Det innebär att man både behöver kombinera kunskap från olika discipliner och samla in och sammanställa olika typer av data. En sådan strategi som baseras på strukturering och ojämlikhetskapande mekanismer som vi presenterat här är sällsynt men har efterfrågats då den kan minska ojämlikhet – inte bara mellan kvinnor och män – i arbetslivet (Mustosmäki, Oinas & Anttila 2017; Vänje 2015).

Arbetsmarknadspolitik och lagstiftningsåtgärder kan behövas för att komma åt riskabla arbetsmiljöer där kvinnor och män med svag förankring på arbetsmarknaden finns. Vid EU-institutionerna OSHA (*Occupational Health and Safety Association*) och Eurofound (*European Agency for the improvement of Living and Working conditions*) tillämpas branschindelad statistik om arbetsmiljö. Enligt Christa Sedlatschek (2017), direktör för EU-OSHA i Bilbao, riskerar statistik baserad på kön och etnicitet öka polariseringen och segregeringen av grupper. Istället menar hon att följande frågor bör ställas: vilka är riskerna och vilka är de främsta hälsofrämjande faktorerna? Var på arbetsmarknaden ansamlas de? Och till sist: vilka kategorier av arbetskraften är särskilt utsatta för risker och vilka finns i hälsofrämjande miljöer? Denna ansats i undersökningar av arbetsmiljö och ojämlikhet innebär att utgångspunkten är kontexten där genus görs och makt fördelas (Kelan 2010, West & Fenstermaker 1995).

Kontextualisering kan göras på många olika sätt i forskningsprocessen (Rousseau & Fried 2001). I vårt exempel om välfärdssektorn har vi gjort det genom att kombinera olika datakällor, gjort jämförelser med andra branscher och genom att komplettera med information från flera kunskapsfält om hur sektorn utvecklats över tid. Det finns givetvis begränsningar för vilka slutsatser som kan dras då vår analys inte säkerställer statistiska samband mellan de strukturella förändringar i sektorn som vi föreslår har betydelse och utvecklingen av arbetsmiljö och hälsa.

Vem behöver denna kunskap?

Kunskapsproducerande myndigheter och organisationer och tillsynsmyndigheter har en viktig roll att efterfråga, sammanställa och pedagogiskt presentera sådan kunskap, gärna i nära samverkan med branscherna. Vi tänker specifikt på aktörer som Myndigheten för arbetsmiljökunskap (Mynak), Statistiska centralbyrån (SCB), Försäkringskassan, Inspektionen för socialförsäkringen, Arbetsmiljöverket, Arbetsförmedlingen, Jämställdhetsmyndigheten, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Till exempel finns på Mynaks hemsida en broschyr riktad till chefer med råd om hur psykisk ohälsa kan hanteras och förebyggas. Den är allmänt hållen och råden är inte anpassade till en specifik bransch, till exempel om arbetstagaren möter andra människor eller ej i sitt arbete. Ett av råden är att arbetsgivaren/chefen ska söka anpassa arbetet så att individen kan vara kvar i arbetet, till exempel genom anpassade arbetstider eller arbetsuppgifter. Detta är fullt möjligt i många branscher men mycket svårt i andra, till exempel om man jobbar inom hemtjänst, barnomsorg, skola eller som timanställd i detaljhandel, hotell eller restaurang. Här skulle i samråd med branschen utarbetas kunskap och sedan riktlinjer på branschnivå om hur den psykiska ohälsan kan förebyggas och hanteras som kan fungera i dessa kontaktyrken. Det handlar inte bara om vad den enskilda chefen kan göra utan om organisering, bemanning, styrning och finansiering i sektorn och branschen och även hur ersättningssystemen fungerar vid sjukskrivning i verksamheter där arbetet går ut på att arbeta för och nära brukare, klienter och kunder. Inte minst under den pågående pandemin är denna fråga aktuell. Dessa jobb går sällan att utföra digitalt från hemmet.

Ett annat exempel är att vid SBU:s websida knappast går att finna något om branscher även om det ingår i uppdraget att utvärdera arbetsmiljöns betydelse för hälsan. Perspektivet är klassiskt individorienterat och medicinskt. I rapporteringen där man sammanfattar behov i framtidens forskning om arbetsmiljö är ett förslag som rör jämställdhet att se till att kvinnor och män inkluderas i tillräckligt antal för att kunna göra sambandsstudier. Inget av förslagen handlar om efterfrågan om forskning om branschspecifika arbetsmiljöproblem. I databasen om att söka kunskapsluckor finns kön och ålderskategorier men det går inte att söka på bransch eller specifik typ av arbetsmiljö.

För att förändringar ska komma till stånd krävs att aktörer på alla nivåer – som politiker, myndigheter, arbetsmarknadens parter, experter på organisering och arbetsmiljö, chefer och medarbetare – har en gemensam kunskapsgrund om hur arbetsförhållandena ser ut i praktiken i olika branscher och yrken och hur de bör utformas för att vara hälsofrämjande (Sminia & van Nistelroouï 2006). Ett exempel på en omfattande insats som kombinerat olika typer av metoder både för att inom kommunal och regional verksamhet identifiera riskgrupper för sjukfrånvaro och identifiera och arbeta med branschspecifika risk- och friskfaktorer i arbetsmiljön har nyligen skett inom ramen för *Uppdrag psykisk hälsa* (SKR 2020). Med förebyggande aktiviteter på lednings-, organisations och medarbetarnivå lyckades man i ett pilotprojekt i Region Norrbotten minska sjukfrånvaron väsentligt.

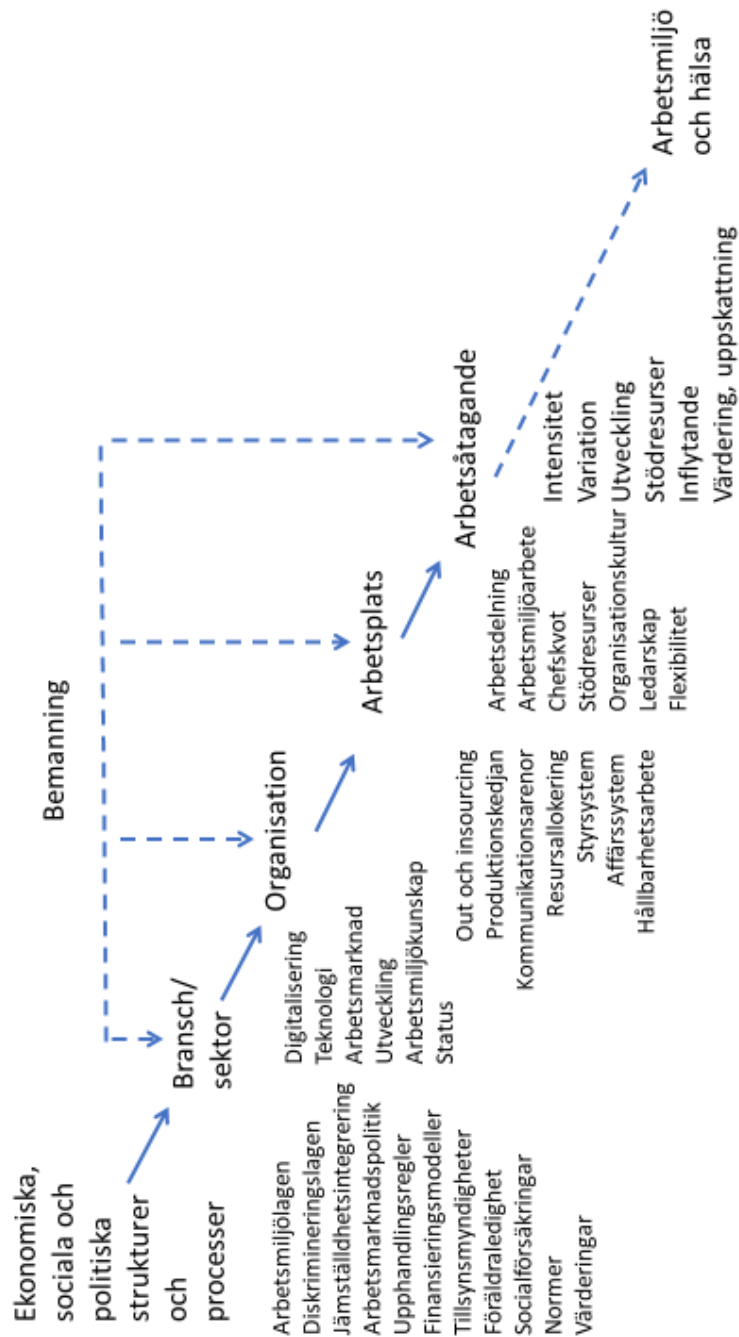
SAMARBETA ÖVER GRÄNSER

Vi har visat hur kunskapsproduktion om styrning, organisering, arbete och hälsa äger rum inom ramen för olika vetenskapliga fält, ofta vid olika fakulteter. Kunskapen blir därmed alltmer fragmentiserad och specialiserad. Det

flernivåperspektiv som vi förespråkar kräver samverkan mellan en rad olika discipliner; vi behöver förstå vad som händer på samhällsnivå såväl som på organisations- och individnivå. För att belysa hur övergripande trender och händelser såsom pandemin, digitalisering, migration eller förändringar på socialförsäkringsområdet ”sipprar ner” i orsakskedjan och påverkar arbetsförhållanden och hälsa i olika branscher krävs samverkan mellan exempelvis nationalekonomer, företagsekonomer, statsvetare, jurister, genusvetare, sociologer, organisationsforskare, arbetsvetare, arbetsmiljöexperter, arbetsmedicinare och folkhälsovetare.

Även ansvariga för offentlig statistik behöver samverka med forskningen för att finna nya vägar att länka data så att ojämlikhetsskapande mönster kan synliggöras. Baserat på kunskapsunderlag från en sådan ansats kan åtgärder i ett tidigt skede i en utvecklingsprocess utarbetas och implementeras.

Det kan t.ex. handla om utformning, tillämpning och tillsyn av arbetsmiljö- och diskrimineringslagstiftning, system för arbetsskade- och sjukersättning och upphandlings- och finansieringsmodeller. På organisationsnivå kan det handla om att jämföra statistik över chefskvote, stödresurser och kostnader med statistik över personalomsättning, anställningsformer, arbetstidsförläggning, arbetsmiljö och sjukfrånvaro i olika delar av organisationer. Med figur 13 vill vi illustrera hur åtgärder kan se ut på olika nivåer i den orsakskedja som vi presenterat tidigare:



Figur 13. Modell över hur skillnader i arbetsrelaterad hälsa uppstår och vilka åtgärder som kan sättas in på olika nivåer för att motverka dessa.

Breda satsningar skulle behöva utföras i nära samverkan med berörda myndigheter, tillsynsorgan, branschrepresentanter och arbetsmarknadens parter för att se till att forskningen görs relevant för dem som kan omsätta den i praktik. Den tvärvetenskapliga forskningsmiljö som tidigare fanns i form av Arbetslivsinstitutet lades ner 2007. Statsbidraget till företagshälsovården försvann 1993 vilket innebar att det har blivit svårare att få personal som arbetar med förebyggande arbetsmiljö att få tid och finansiering att medverka i arbetsplatsrelaterade forskningsprojekt. Samtidigt har HR (Human Resources) professionaliserats alltmer och befinner sig ofta på strategisk nivå i stora organisationer, ofta uppdelade i olika expertområden som jämställdhet, mångfald, kompetensutveckling, rekrytering och arbetsmiljö (Andersson & Liff 2012, Cacciatori & Jacobides 2005, Styhre m.fl. 2010, Thilander 2013). Det är uppenbart att forskning, policyarbete och myndighetsutövning på jämställdhetsområdet riskerar bli egna expertområden vid sidan av det reguljära arbetet med att organisera och fördela arbete ute på arbetsplatser, trots jämställdhetsmål och jämställdhetsintegrering. För att kunna utveckla samverkan mellan experter och funktioner med olika logiker behöver traditionella maktskillnader utmanas (Andersson & Gadolin 2020).

PAKETERA KUNSKAPEN

En viktig fråga för framtiden är hur frågor om genus, jämställdhet, arbetsmiljö och hälsa ska integreras med verksamhets-, produkt- och tjänsteutveckling, innovation, digitalisering, nya styrformer, lagstiftning, dvs. områden där genus- och jämställdhetsperspektiv idag ofta saknas. Det handlar om att kunskapsunderlag, forskning och utbildning utformas på ett sätt som synliggör bakomliggande strukturer till könsskillnader i ohälsa så att experter såsom organisationskonsulter, HR-specialister och företagshälsovård har information om de kontexter där arbetsmiljöbrister kan åtgärdas. Kunskap om bakomliggande orsaker på alla samhällsnivåer och utökad dialog över gränser mellan politik, myndigheter och arbetsmarknadens parter är viktigt för att jämställdhetsmålen ska kunna omsättas i praktik i alla typer av verksamheter.

Jämförelser som metod underlättar ett reflekterande över vad som är branschspecifikt och vad som skulle behöva förändras (se Denk 2010; Mills, van de Bunt & de Bruijn 2006). Sådan kunskap är mer tolkbar och applicerbar för dem som utformar produktionen, organiserar arbetsplatser och bemannar jobben, än vad kunskap från jämförelser mellan grupper av arbetskraften är (Härenstam 2017). En fördel med den kontextuella ansatsen är att kunskapen som genereras hamnar nära arbetsplatser och produktion. Genom att fokusera på riskfaktorer på bransch och arbetsplatsnivå och inte på egenskaper hos de anställda underlättar man för dem som har ansvar för och makt över arbetsmiljön att organisera arbetet för jämställdhet och hälsa (Gherardi 1994).

7. REFERENSER

- Abrahamsson L & Johansson J (2013). "One Hundred Years of Inertia. An Exposé of the Concept of the Psychosocial Work Environment in Swedish Policy and Research." *Nordic journal of working life studies* 3(1): 1–25.
- Acker J (1990). "Hierarchies, jobs, bodies; A theory of gendered organizations." *Gender and Society*, 4: 139–158.
- Acker J, Baude A, Björnberg U, Dahlström E, Forsberg G, Gonäs L, Holter H & Nilsson A (1992). *Kvinnors och mäns liv och arbete*. SNS
- Acker J (2006). "Inequality regimes, Class, and Race in Organizations." *Gender & Society*, 20 (4)441–464
- Acker J (2012). "Gendered organizations and intersectionality problems and possibilities." *Equality Diversity and Inclusion: An International Journal*. 31(3): 214–224.
- Alexandersson, K (2003). "Den könssegregerade arbetsmarknaden – samband med hälsa och sjukdom. Kapitel 13". *Könssegregeringen i arbetslivet*. Kunskapsöversikt. Stockholm. Arbetslivsinstitutet.
- Alexandersson K, Marklund S, Mittendorfer Rutz E & Svedberg P (red) (2011) *Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. Huvudrapport. Sektionen för försäkringsmedicin. Institutionen för neurovetenskap. Karolinska institutet.
https://ki.se/sites/default/files/migrate/hela_huvudrapport_rev_maj_1.pdf
- AFA Försäkring (2020). *Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro 2020*.
- Allard K, Haas L & Hwang CP (2011). "Family-supportive organizational culture and fathers' experience of work-family conflict in Sweden." *Gender, Work & Organization*, 18(2): 141–157.
- Alvesson M & Billing Y D (2000). "Questioning the notion of feminine leadership. A critical perspective on the gender labeling on leadership." *Gender, Work & Organization*, 7(3): 432–464.
- Andersson T & Liff R (2012). "Multiprofessional Cooperation and Accountability Pressures: Consequences of a Post-new Public Management Concept in a New Public Management Context." *Public Management Review* 14 (6): 835–855.
- Andersson T & Gadolin C (2020). "Understanding institutional work through social interaction in highly institutionalized settings: Lessons from public healthcare organizations." *Scandinavian Journal of Management*. 36: 101–107
- Angelov N, Johansson P, Lindahl E & Lindström E-A. (2011). "Kvinnors och mäns sjukfrånvaro." IFAU-rapport 2011:2. Hämtad 2020-04-27 från: www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2011/r11-02-kvinnors-och-mans-sjukfranvaro.pdf
- Arbetsförmedlingen (2020). *Arbetsmarknadsutsikterna våren 2020. Utvecklingen på arbetsmarknaden 2020–2021*. Arbetsförmedlingen analys 2020:02.
- Arbetsmiljöverket (2014). *Inspektioner av kvinno- och mansdominerad kommunal verksamhet, hemtjänst och teknisk förvaltning*. Rapport 2014:3.
- Arbetsmiljöverket (2015). *Organisatorisk och social arbetsmiljö*. AFS 2015:4
https://www.av.se/globalassets/filer/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-foreskrifter-afs2015_4.pdf?hl=osa%20afs%202015-:4
- Arbetsmiljöverket (2016). *Arbetsorsakade besvär 2016*. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2016:3.
- Arbetsmiljöverket (2018). *Arbetsorsakade besvär 2018*. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2018:3.

- Arbetsmiljöverket (2019). *Arbetsmiljö och ohälsa i ett genusperspektiv*. Rapport 2019:7.
- Arbetsmiljöverket (2020). *Arbetskadorna 2019*. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2020:01.
- Archer M (1995). *Realist social theory. The morphogenetic approach*. Cambridge university press, Cambridge.
- Aronsson V, Toivanen S, Leineweber C & Nyberg A (2019). "Can a poor psychosocial work environment and insufficient organizational resources explain the higher risk of ill-health and sickness absence in human service occupations? Evidence from a Swedish national cohort." *Scandinavian Journal of Public Health* 47 (3): 310–317
- Asplund J (1987). *Det sociala livets elementära former*. Göteborg. Bokförlaget Korpen.
- Autor D H, Levy F & Mumane RJ (2003). "The Skill Content of Recent Technological Change: An Empirical Exploration." *Quarterly Journal of Economics* 118: 1279–1333.
- Baude m.fl. (1987). *Kvinnoarbetsliv: visioner och forskning för ett bättre arbetsliv*, Stockholm, Arbetslivscentrum
- Barley S & Kunda (2001). "Bringing work back in." *Organization Science* 12(1): 76–95.
- Bejerot E & Hasselbladh H (2013). "Forms of intervention in public sector organizations: Generic traits in public sector reforms." *Organization Studies* 34 (9): 1357–1380.
- Billing Y (2011). "Are women in management victims of the phantom of the male norm?" *Gender, Work and Organization*, 18 (3): 298–317.
- Björk L & Härenstam A (2016). "Differences in organizational preconditions for managers in genderized municipal services." *Scandinavian Journal of Management* 32: 209–219.
- Bolin M (2009) *The importance of organizational characteristics for psychosocial working conditions and health*. Akademisk avhandling, Umeå universitet.
- Bolin M, Marklund S & Bliese P (2008). "Organizational impact on psychosocial working conditions." *Work*, 30: 451–459.
- Bolin M & Olofsdotter G (2019). "Bringing Organizations Back in: Going from Healthy Work to Healthy Workplaces." *Nordic Journal of Working Life Studies*, 9(4): 3–17.
- Britton D M (2000). "The epistemology of the gendered organization." *Gender & Society*, 14(3): 418–434.
- Bumpus MJ, Head MR & McHale Mc (2001). "Implication of overwork and overload for the quality of men's family relationships." *Journal of Marriage and Family*, 63(2): 404–416.
- Butler J (2004). *Undoing Gender*. London: Routledge.
- Cacciatori E & Jacobides MG (2005). "The Dynamic Limits of Specialization: Vertical Integration Reconsidered." *Organization Studies* 26 (12): 1851–1883.
- Cerdas S, Härenstam A, Johansson G & Nyberg A (2019). "Development of job demands, decision authority and social support in industries with different gender composition – Sweden, 1991–2013." *BMC Public Health* 19: 758
- Connell R (2009). *Gender: in world perspective*. Cambridge: Polity Press
- Dahlström G, Dahlström E, Thyberg S, Tiller P-O, Holter H (1962) *Kvinnors liv och arbete. Svenska och norska studier av ett aktuellt samhällsproblem*. SNS förlag.
- Denk T (2010). "Comparative multilevel analysis: Proposal for a methodology." *International Journal of Social Research Methodology* 13(1): 29–39.
- Deutsch F M (2007). "Undoing gender." *Gender & Society*, 21(1): 106–127.

- Dhondt S (2003). "Commentary Monitoring the changing organization of work: European traditions." *Soz Präventivmed.* 48(6): 359–360.
- Dollar C B (2016). "Does use of binary indicators reify difference and inequality?" *Women's Studies International Forum.* 61: 9–13.
- Dwyer R (2013). "The Care Economy? Gender, Economic Restructuring, and Job Polarization in the U.S. Labor Market." *American Sociological Review* 78(3): 390–416.
- Ekenvall L, Härenstam A, Karlqvist L, Nise G, Vingård E. (1993). "Kvinnan i den vetenskapliga studien - finns hon?" *Läkartidningen*, 90: 3773–3774.
- Ekonomifakta (2020). Hämtad 4 januari 2021:
<https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Arbetsmarknad/Jamstalldhet/Kvinnor-pa-arbetsmarknaden/>
- England P (1992). *Comparable Worth: Theories and Evidence.* New York: Aldine.
- Eliason M (2011). *Undersköterskor och sjukvårdsbiträden i kristider.* IFAU, Rapport 2011:3
- Eriksson-Zetterquist U (2014). "Jämställd organisering av arbetslivet – strukturer och processer." Kapitel 4 i *Jämställt arbete? Organisatoriska ramar och villkor i arbetslivet.* Forskningsrapport till Delegationen för jämställdhet i arbetslivet. SOU 2014:30.
- Eurofound (2020a). *Gender equality at work, European Working Conditions Survey 2015 series,* Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Eurofound (2020b). *At your service: Working conditions of interactive service workers.* European Working Conditions Survey 2015 series Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Forsberg Kankkunen, T (2009). *Två kommunala rum.* Akademisk avhandling, Stockholms universitet.
- Forsberg Kankkunen T (2014). "Access to networks in genderized contexts: The construction of hierarchical networks and inequalities in feminized, caring and masculinized, technical occupations." *Gender, Work and Organization* 21: 340–352.
- Forsberg Kankkunen T, Bejerot E, Björk L & Härenstam A. (2014). *New public management i kommunal praktik.* ISM rapport 2014:15.
- Fox E, Pascall G, Warren T (2009). "Work-family policies, and practices; fathers and childcare in Europe." *Community, Work & Family* 2(3): 313–326.
- Freudenberg H & North G (1986). *Att inte räcka till. Utbrändhet – den nutida kvinnans dilemma.* Stockholm: Bonnier Fakta Förlag AB.
- FORTE (2016). *Förstudie inför utlysning av forskningsmedel rörande arbetsmiljön i kvinnodominerade sektorer.* Rapport. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.
- Friberg T (1990). *Kvinnors vardag om kvinnors arbete och liv: anpassningsstrategier i tid och rum.* Lund, LUP
- Frick K & Johansson U (2013). *Systematiskt arbetsmiljöarbete – syfte och inriktning, hinder och möjligheter i verksamhetsstyrningen. En analys av svenska fallstudier.* Arbetsmiljöverket, Rapport 2013:11.
- Försäkringskassan (2018). *Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad.* Socialförsäkringsrapport 2018:2.
- Försäkringskassan (2020a). *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser.* Socialförsäkringsrapport 2020:8.
- Försäkringskassan (2020b) Statistik om sjukpenning och rehabiliteringspenning. Hämtad från <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/9c7a74ff-83f2-4621-8893-cf896cd3e0fb/pagaende-sjukfall-diagnos.xlsm?MOD=AJPERES&CVID=>

- Gherardi S (1994). "The gender we think, the gender we do in our everyday organizational lives." *Human Relations*, 47(6): 591–610.
- Giddens A (1984). *The Constitution of Society*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Giertz E (2000). *Measuring success – Identifying performance indicators*. Malmö: Celemilab International AB.
- Gillberg G (2020). "Vad är arbete och varför bör vi studera det?" Kapitel 2 i *Vad är arbetsvetenskap*. Gillberg G, Ljungar E, Peixoto A och Axelsson J (red). Lund, Studentlitteratur
- Gonäs L, Lindgren G, Bildt C (2001) *Könssegregering i arbetslivet*, Stockholm: Arbetslivsinstitutet. Tryck Ekblads & Co Tryckeri, Västervik.
- Gonäs L (red) (2005) *På gränsen till genombrott? Om det könsuppdelade arbetslivet*. Stockholm, Arbetslivsinstitutet
- Gonäs L & Tyrkkö A (2015). "Changing structures and women's role as labor force." *Nordic Journal of Working Life Studies* 5(2): 89–108.
- Gonäs L, Johansson S & Svärd I. (1997). "Lokala utfall av den offentliga sektorns omvandling." SOU 1997: 83 *Om makt och kön i spåren av offentliga organisationers omvandling*. Rapport till utredningen om fördelning av ekonomisk makt och ekonomiska resurser mellan kvinnor och män
- Gunnarsson E & Rensner U (1983). *Från Hierarki till kvinnokollektiv? om grupporganiserat arbete i statlig förvaltning*. Arbetslivscentrum.
- Grönlund A (2012). "On-the-job training-A mechanism for segregation?: Examining the relationship between gender, occupation, and on-the-job training investments." *European Sociological Review* 28 (3): 408–420.
- Haas L & Hwang Ph (2007). "Gender and organizational culture: Correlates of companies' responsiveness to fathers in Sweden." *Gender & Society* (21)1: 52–79
- Hallsten L (1989). Vad är utbrändhet? I Jenner H (red). *Att hålla lågan levande, Om bemästrande av utbrändhet*. Lund. Studentlitteratur.
- Hallsten L, Bellagh K & Gustafson K (2002). *Utbränning i Sverige – en populationsstudie*. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.
- Hammarström A (2004) *Genusperspektiv på medicinen. – två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Högskoleverket.
- Hammarström A, Hensing G (2018). "How gender theories are used in contemporary public health research." *Int J Equity Health* 17, 34.
- Hellberg I (1989). "Könsutjämning och könsopolarisering inom professionerna på dagens svenska arbetsmarknad." I: S. Selander (red.), *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur:167–182.
- Hirdman Y (1988). Genussystemet – teoretiska funderingar kring kvinnors sociala underordning. *Maktutredningen*, Rapport 23, 1988
- Holmquist C (1997). "Den ömma bödeln. Kvinnliga ledare i åtstramningstider." SOU 1997: 83 *Om makt och kön i spåren av offentliga organisationers omvandling*. Rapport till utredningen om fördelning av ekonomisk makt och ekonomiska resurser mellan kvinnor och män
- Holmquist C & Lindgren M (2002). "Why opposites attract: On the problems of dichotomisation in research." Paper presented at Academy of Management annual meeting Denver, Colorado, USA, August 11–14, 2002. Hämtad 2 januari 2021. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:465050/FULLTEXT01.pdf>

- Härenstam A (2001). "Förändringar av arbets- och levnadsförhållanden i Stockholms län 1994–1998 och samband med hälsa - en personansats." I T. Hemmingsson (Ed.), *Hälsa och hållbart arbetsliv i Stockholms län*. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten inom Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
- Härenstam A (2009). "Exploring gender, working and living conditions and health – suggestions for contextual and comprehensive approaches." *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 35(2):127–133
- Härenstam A (2017). "Inclusion, sustainability, and equality: how can research contribute?" *Society, Health & Vulnerability*, 8:sup1, 1334856.
- Härenstam A & Bejerot E (2001). "Combining professional work with family responsibilities - a burden or a blessing?" *International Journal of Social Welfare*, 10: 202–214.
- Härenstam A, Westberg H, Karlqvist L, Leijon O, Rydbeck A, Waldenström K, Wiklund P, Nise G, Jansson C. (2000). "Hur kan könsskillnader i arbets- och livsvillkor förstås? Metodologiska och strategiska aspekter samt sammanfattning av MOA-projektets resultat ur ett könsperspektiv." *Arbete och Hälsa*, 2000:15.
- Härenstam A, Bodin L, Karlqvist L, Nise G, Schéele P and the MOA-research group. (2003). "Patterns of working and living conditions. A person-oriented, multivariate approach for occupational health studies." *Work & Stress*, 17: 73–92.
- Härenstam A, Bejerot E, Schéele P, Waldenström K, Leijon O, and the MOA Research Group. (2004a). "Multilevel analyses of organizational change and working conditions in public and private sector." *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 13(3): 305–343.
- Härenstam A, Rydbeck A, Karlqvist M, Waldenström K, Wiklund P, and the MOA Research Group (2004b). "The significance of organisation for healthy work. Methods, study design, analyzing strategies, and empirical results from the MOA-study." *Arbete och Hälsa*, 2004:13: 1–89.
- Härenstam A and the MOA Research Group (2005). "Different development trends in working life and increasing occupational illness requires new working environment strategies." *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 24(39): 261–277.
- Härenstam A & Forsberg T (2020). "Könssegregering, makt och arbetsmiljö." Kap 6 i Keisu B-I (red), *Att arbeta för lika villkor, Ett genus och maktperspektiv på arbete och organisation*. Lund. Studentlitteratur.
- IFAU (2013). *Könsskillnader i preferenser för sjukfrånvaro*. IFAU 2013:13.
- Johansson V, Lindgren L & Montin S (2016). "Contemporary local government administration: Competences, roles and values among managers and middle managers in a changing context." *European Cooperation in Science and Technology COST Action LocRef*, WGI, Bern, March.
- Johansson V & Theodorsson A (2019). "Arbetsmiljöarbete I politikstyrda och könssegregerade organisationer". Kapitel 4 i *Arbetsmiljö och ohälsa i ett genusperspektiv*. Uppdragsforskning med relevans för tillsynsverksamheten. Rapport 2019:7. Arbetsmiljöverket.
- Kalleberg A (1989). "Linking Macro and Micro Levels: Bringing the Workers Back into the Sociology of Work." *Social Forces*, 67(3): 582–592
- Kanter R M (1977). *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic Books.
- Kauppinen K, Kumpulainen R & Houtman I, Copsey S (2003) *Gender issues in safety and health at work — A review*. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Kelan E (2010). "Gender logic and (un)doing gender at work." *Gender, Work and Organization*, 17(2): 174–193.

- Kihlbom, Messing & Bildt (1998). *Women's health at work*, Arbetslivsinstitutet.
- Kim Y-M (2018). "Gendered outcomes of the gender composition of jobs and organizations: A multilevel analysis using employer-employee data." *International Sociology*, 33(6): 692–714.
- Kindlund E (2016). *Psykisk ohälsa i arbetslivet. En studie om ersättningsmöjligheter vid psykisk ohälsa i arbetslivet*. Examensarbete i försäkringsrätt, Juridiska institutionen, Stockholms universitet.
- Kohn M & Schooler C (1983). *Work and Personality*. Norwood N J. Ablex Publishing Corporation.
- Klysing A (2020). "Exposure to scientific explanations for gender differences influences individuals' personal theories of gender and their evaluations of a discriminatory situation." *Sex Roles*, 82: 253–265.
- Landstingsförbundet (2002). *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet*.
<https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7188-713-X.pdf>. Retrieved 2020-05-23
- Leijon O, Bernmark E, Karlqvist L, Härenstam A (2005). "Awkward Work Postures: Association with Occupational Gender Segregation." *American Journal of Industrial Medicine*, 47: 381–393.
- Lindgren G (1992). *Doktorer, systrar och flickor; om informell makt*. Maktredningens publikationer. Carlsson, Helsingborg
- Lorber J (2000). "Using gender to undo gender: a feminist degendering movement." *Feminist Theory*, 1(1): 79–95.
- Lounsbury M & Ventresca M (2003). "The new structuralism in organizational theory." *Organization*, 10(3): 457–80.
- Mandel H & Shalev M (2009). "How welfare states shape the gender pay gap: A theoretical and comparative analysis." *Social Forces*. 87(4): 1873–912.
- Marshall N, Barnett R & Sayer A (1997). "The Changing Work Force, Job Stress and Psychological Distress." *Journal of Occupational Health Psychology*, 2: 99–107
- Martikainen P, Bartley M & Lahelma E (2002). "Psychosocial determinants of health in social epidemiology." *International Journal of Epidemiology*, 31(6):1091–1093.
- Messing K, Östlin P (2006) *Gender Equality, Work and Health: A Review of the Evidence*. World Health Organization. Geneva, WHO Press.
- Mills M, van de Bunt, G G & de Bruijn J (2006). "Comparative research. Persistent problems and promising solutions." *International Sociology*, 21(5): 619–631.
- Morawski J (1997). "The science behind feminist research methods." *Journal of Social Issues*, 53(4): 667–681.
- Mustosmäki A, Oinas T & Anttila T (2017). "Abating inequalities? Job quality at the intersection of class and gender in Finland 1977-2013." *Acta Sociologica* 60 (3): 228–245.
- Mynak (2020) *Framtidens arbetsmiljö i Sverige*. Rapport KS 2020:1. Myndigheten för arbetsmiljökunskap.
- Neilson J & Stanfors M (2014). "It's about time! Gender, parenthood and household divisions of labour under different welfare regimes." *Journal of Family Issues*, 80(1): 80–98.
- Nyberg A (2014). "Women and men's employment in the recessions of the 1990s and 2000s in Sweden." *OFCE, Revue de l'OFCE*, 2014/2: 303–334.
- Nyberg A, Johansson G, Westerlund H & Rostila M (2020). "Status incongruence in human service occupations and implications for mild-to-severe depressive symptoms and register-based sickness absence." *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 46 (2): 209–217

Nyberg A, Leineweber C & Hansson Magnusson L (2015). ”Gender differences in psychosocial work factors, work-personal life interface, and well-being among Swedish managers and non-managers.” *International Archives of Occupational and Environmental Health* 88(8): 1149–1164

Nyberg A, Härenstam A, Johansson G & Peristera P (kommande) ”Psychosocial working conditions for women and men in industries with different types of production and gender composition: Sweden 1991-2017.” I *Gendered Norms at Work. New Perspectives on Work Environment & Health*. Keisu B-I, Brodin H & Tafvelin S (red). Springer förlag.

Nyckeltalsinstitutet (2019). *Nyckeltalsinstitutets årsredovisning 2019*. Hämtad

2020-05-06 från: <http://nyckeltal.se/wp-content/uploads/original>.

Nyckeltalsinstitutets% C3% 85rsrapport.2017.pdf

Peetz D (2015). ”Regulation distance, labour segmentation and gender gaps.” *Cambridge Journal of Economics*. 39: 345–362.

Puranen B (1994). *Att vara kvinna är ingen sjukdom*. Norstedts.

Rasmussen B (2004). ”Between Endless Needs and Limited Resources: The Gendered Construction of a Greedy Organization.” *Gender, Work and Organization*. 11 (5).

Regnö K (2016). ”Chefer, kontrollspann och dess konsekvenser i vård och omsorgsverksamhet.” Forskningsrapport; *Chefer i välfärdens tjänst*, Vision.

Ridgeway C (2014). ”Why status matters for inequality.” *American Sociological Review*, 70: 1–16.

Riksrevisionen (2019). *Jämställd sjukfrånvaro- bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?* RIR 2019:19

Rousseau D & Fried Y (2001). ”Location, location, location: contextualization organizational research.” Editorial, *Journal of Organizational Behaviour*, 22: 1–13.

Rugulies R (2019). ”What is a psychosocial work environment?” *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 45 (1): 1–6.

Rubin G (1975). ”Traffic in women: notes of the ‘political economy’ of sex.” i antologin: *Towards an anthropology of Women*, red Reiter, New York 1975.

Sedlatschek C (2017). *Personal communication, EU Conference on gender and work environment, Malmö 2017*

Sminia H & van Nistelroou A (2006). ”Strategic management and organization development: Planned change in a public sector organization.” *Journal of Change Management*, 68(1): 99–113.

SKR (2017). *Sjukfrånvaron i kommuner och landsting. Vad är problemet?*

SKR (2020). *Riskgruppsorienterat arbetssätt för minskad sjukfrånvaro – lärdomar från tre års analysarbete och pilottest av insatser*.

SOU (2014a) *Jämställt arbete? Organisatoriska ramar och villkor i arbetslivet*. Statens offentliga utredningar.

Steinberg M (2011). ”Är arbetsmiljölagen sexistisk?” Kapitel 9 i Sandmark H (red). *Perspektiv på kvinnors hälsa i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

Steinberg M (2018). *Safety Delegates and the Implementation of the Organisation and Social Work Environment*. Juristförlaget.

Styhre A, Olilla S, Wikmalm L & Roth J (2010). ”Expert or speaking-partner? shifting roles and identities in consulting work”. *Leadership & Organization Development Journal*, 31 (2): 159–175.

Sveriges Kvinnolobby (2020). *Investera för en jämställd arbetsmiljö. En beräkning*

- av vinsterna med färre medarbetare per chef. Hämtad 2020-05-06 från: <https://sverigeskvinnolobby.se/wp-content/uploads/2020/02/Investera-f%C3%B6r-enj%C3%A4mst%C3%A4lld-arbetsmilj%C3%B6-3.pdf>
- Sverke M, Falkenberg H, Kecklund G, Magnusson L, Lindfors P, (2016). *Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall*. Arbetsmiljöverket, Kunskapssammanställning 2016:2.
- Susser M (1999). "Should the epidemiologist be a social scientist or a molecular biologist?" *International Journal of Epidemiology*, 28: 1019–1021
- Söderfeldt M (1997). *Burnout*. Akademisk avhandling, Lunds universitet.
- Tilly C (2000). Tilly C. *Beständig ojämlikhet*. Lund, Arkiv förlag
- Thilander P (2013). *Personalarbete och HR-transformation – om samspel och relationer mellan linjechefer och HR-medarbetare*. Akademisk avhandling, Göteborgs universitet.
- Vänje A (2015). "Sick leave—a signal of unequal work organizations? Gender perspectives on work environment and work organizations in the health care sector: A knowledge review." *Nordic Journal of Working Life Studies* 5(4): 85–104
- Walby S (1990). *Theorizing Patriarchy*, Oxford.
- Waldenström K & Härenstam A (2008) "Does the job demand-control model correspond to externally assessed demands and control for both women and men?" *Scandinavian Journal of Public Health*, 36: 242–249
- Wahl A (1992). *Könsstrukturer i organisationer. Kvinnliga civilekonomers och civilingenjörers karriärutveckling*. Akademisk avhandling, Stockholms universitet.
- West C & Fenstermaker S (1995). "Reply (re)doing difference." *Gender & Society*, 9(4): 506–13.
- West C & Zimmerman D H (1987). "Doing Gender." *Gender & Society* 1(2): 125–151.
- Westberg-Wohlgemuth H (1996). *Kvinnor och män märks. Könsmärkning av arbete – en dold lärandeprocess*. Akademisk avhandling. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Westlander G (1981). *Kvinnan i arbetslivet*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Williamson S & Colley L (2018). "Gender in the Australian public service: Doing, undoing, redoing or done?" *Australian Journal of Public Administration*. 77 (4): 583–596.
- Waerness K (1984). "The rationality of caring.", *Economic and Industrial Democracy*, 1: 185–212.
- Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G, (red). (1996) *Kön och ohälsa - en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*. Studentlitteratur, Lund.

Box 73, 424 22 Angered
Besöksadress: Angereds torg 9
Tel: 031-392 90 00
www.jamstalldhetsmyndigheten.se

