

Genusperspektiv i hälsoarbete
– en kvalitativ textanalys av utgångspunkter i
”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet”

Karin Hägglund

IDROTTSHÖGSKOLAN
I STOCKHOLM
Examensarbete 95:2005
Hälsopedagogprogrammet 2002-2005
Handledare: Jesper Fundberg & Agneta Sunder

Gender perspective in healthwork
– a qualitative textanalysis of the starting-points
in ”Actionplan for increased health in working
life”

Karin Hägglund

STOCKHOLM UNIVERSITY COLLEGE OF
PHYSICAL EDUCATION AND SPORTS
Graduate essay 95:2005
Healthpedagogue programme 2002-2005
Supervisors: Jesper Fundberg & Agneta Sunder

EXAMENSARBETE (10p)
VID HÄLSOPEDAGOGUTBILDNINGEN
PÅ IDROTTSHÖGSKOLAN I STOCKHOLM

Genusperspektiv i hälsoarbete
– en kvalitativ textanalys av utgångspunkter i ”Handlingsplan för ökad hälsa i
arbetslivet”

Karin Hägglund

Handledare: Jesper Fundberg och Agneta Sunder

Abstract

Aim

The aim of this essay is to do a gender analysis of the starting-points in SOU 2002:5 “Actionplan for increased health in working life”. My questions are: How is gender constructed in the investigator Jan Rydh’s starting-points for the official government investigation “Actionplan for increased health in working life”? What categories/designations are made to describe different people in the text? Which models of explanations does Jan Rydh raise in his starting-points? What consequences will the categories/designations and the models of explanations have on Rydh’s analysis of the health problems in working life?

Method

I have chosen to do a textanalysis of the startingpoints in SOU 2002:5, which are presented in chapter two. I have used different research studies in order to analyse SOU 2002:5. These texts have been my empirical material. I have examined contradictions; the way Rydh handles different conceptions and which factors he regards as having an effect on health. I have also analysed how this appears from a gender theoretical perspective.

Results and conclusions

Today almost twice as many women as men are on sick leave, despite this Jan Rydh’s text appears to be gender neutral and it deals with individuals. It is not the separation of sex that is the problem in the text, but the gender neutral conceptions “individual” and “employer” that the text has its focus on. Rydh writes in his starting-points that individuals have different prerequisites in life, which affect the sick leave. The problem today as Rydh sees it is that employers pay the same fee in spite of different efforts to decrease sick leave. Since the division of home labour has not been recognized in Rydh’s text the picture of women’s health is left without nuances. Women’s subordination is today a general problem that leads to decreased health among women. Women are found, to a greater extent than men in low-paid jobs; working environments are often adapted to male standards. Women often have a greater total working load since they have a larger responsibility for family and home. In spite of this Rydh dismisses general reasons for increased sick leave. To reduce the differences in health and increase health in the working environment research has shown that it is important to acknowledge the effect that gender has on health.

Sammanfattning

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att göra en genusanalys av utgångspunkterna i SOU 2002:5 ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet”. Mina frågeställningar är: Hur konstrueras genus i utredaren Jan Rydhs utgångspunkter för den statliga offentliga utredningen ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet”? Vilka kategorier/benämningar används för att beskriva grupper och individer? Vilka förklaringsmodeller för ohälsa för Jan Rydh fram i sina utgångspunkter? Vilka konsekvenser får de olika benämningar/kategorier och förklaringsmodeller för Rydhs analys av hälsoproblemen i arbetslivet?

Metod

Jag har valt att göra en textanalys av utgångspunkterna i SOU 2002:5, som presenteras i kapitel två. Jag har använt mig av olika forskningsstudier för att problematisera denna text. Mitt empiriska material har således bestått av dessa texter. Jag har tittat på motsägelser, hur Rydh behandlar olika begrepp och vilka faktorer han framhäver för att kunna påverka hälsan. Jag har även analyserat hur detta gestaltar sig utifrån ett genusteoretiskt perspektiv.

Resultat och slutsatser

Idag är nästan dubbelt så många kvinnor som män sjukskrivna, detta till trots är Jan Rydhs text till synes genusneutral och behandlar individer. I Jan Rydhs text är det inte särskiljandet som är ett problem utan de genusneutrala begreppen individ och arbetsgivare som texten främst kretsar runt. Rydh skriver i sina utgångspunkter att individer har olika förutsättningar i livet, vilket i sin tur påverkar sjukfrånvaron. Problemet idag, som Rydh ser det, är att arbetsgivare betalar samma avgift trots olika ansträngningar att minska sjukfrånvaron. Eftersom arbetsdelningen i hemmet inte har synliggjorts mellan kvinnor och män i Rydhs text blir bilden av kvinnors hälsa onyanserad. Kvinnors underordning är idag en generell problematik och leder till en ökad ohälsa bland kvinnor. Kvinnor återfinns i större utsträckning idag inom lågavlönande jobb, har sämre arbetsmiljö då mannen utgör norm, och har ofta en större total arbetsbörda emedan kvinnor fortfarande har ett större ansvar för hem och familj. Detta till trots avfärdar Rydh att det skulle kunna finnas generella orsaker till den ökande sjukfrånvaron. För att reducera skillnaderna i hälsa och öka hälsan i arbetslivet visar forskning att det är viktigt att se till hur genus påverkar hälsa för att komma åt de faktiska orsakerna till ökande sjukfrånvaro.

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Abstract | 2 |
| Sammanfattning | 3 |
| Förord | 6 |
| 1. Introduktion | 7 |
| 1.1 Inledning | 7 |
| 1.2 Bakgrund | 7 |
| 1.3 Syfte och frågeställningar | 9 |
| 2. Metod | 9 |
| 2.1 Val av metod | 9 |
| 2.2 Behandling av citat i uppsatsen | 10 |
| 2.3 Reliabilitet och validitet | 10 |
| 3. Teoretiska utgångspunkter och begrepp | 11 |
| 3.1 Kön och genus | 11 |
| 3.2 Genuskontrakt | 11 |
| 3.3 Patriarkat | 12 |
| 3.4 Hälsa | 12 |
| 3.5 Genus som system | 12 |
| 4. Aktuellt forskningsläge | 13 |
| 4.1 Genusperspektiv i folkhälsoforskning | 13 |
| 5. Textanalys | 14 |
| 5.1 Sammanställning | 14 |
| 5.2 Individuell modell kontra strukturell modell | 15 |
| 5.3 Rydhs förklaringsmodeller | 15 |
| 5.3.1 Analysstruktur | 15 |
| 5.3.2 Rydhs fokus på individen | 16 |
| 5.3.3 Rydhs analys av sjukfrånvaron | 17 |
| 5.3.4 Levnadsvilkorens påverkan på sjukfrånvaron enligt Rydh | 18 |
| 5.3.5 Rydhs tankar om försäkringssystemet | 19 |
| 5.3.6 Kvinnor och män i Rydhs text | 20 |
| 5.3.7 Sammanfattning | 20 |
| 5.4 Genusneutralitetens problematik | 21 |
| 5.4.1 Varför blir genusneutraliteten ett problem? | 21 |
| 5.4.2 Kvinnors högre sjukfrånvaro | 22 |
| 5.4.3 Ökad jämställdhet för lägre sjukfrånvaro | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 5.4.4 Dubbelarbete som hälsorisk | 25 |
| 5.4.5 Manliga normer i arbetslivet | 27 |
| 5.4.6 Nedskärningar inom den offentliga sektorn | 28 |
| 5.4.7 Sammanfattning | 29 |
| 5.5 Konsekvenser av förslag till åtgärder | 29 |
| 5.5.1 Vikten av genusperspektiv | 29 |
| 5.5.2 Premiernas påverkan på arbetsgivare | 30 |
| 5.5.3 Sjuklöneperiodens påverkan på arbetsgivare | 30 |
| 5.5.4 Vikten av forskning om kvinnors hälsa i arbetslivet | 32 |
| 5.5.5 Orsaker till kvinnors sjukfrånvaro | 33 |
| 5.5.6 Den könssegregerade arbetsmarknaden | 34 |
| 5.5.7 Särskiljandets problematik | 35 |
| 5.5.8 Slutsatser | 36 |
| Käll- och litteraturförteckning | 39 |
| Bilaga 1 Käll- och litteratursökning | |

Förord

Den här tiden av att skriva uppsats har varit en givande och lärorik process. Det har dock inte alltid känts så lätt. Jag vill rikta ett stort tack till mina handledare Jesper Fundberg och Agneta Sunder som har varit ett bra stöd under tiden och som har hjälpt mig framåt i de stunder när jag har behövt det. Det har varit värdefullt att höra era synpunkter och tankar kring mitt arbete.

Jag vill också tacka min syster Maria Hägglund och min bror Martin Hägglund som har stöttat mig under den här perioden. Det har hjälpt mig att diskutera med er i olika faser av uppsatsen. Tack för alla värdefulla synpunkter och uppmuntran under uppsatsskrivandet.

Karin Hägglund

Idrottshögskolan, april 2005

1. Introduktion

1.1 Inledning

I den här uppsatsen analyserar jag de utgångspunkter som ligger till grund för den statliga offentliga utredningen (SOU) vid namn "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" (SOU 2002:5) skriven av Jan Rydh. Hur gestaltar sig texten om man läser den utifrån ett genusteoretiskt perspektiv?

Jag valde denna text med tanke på att det är en relativt ny text som har fått stor genomslagskraft i dagens hälsoarbete. Den förändring i sjukförsäkringen där arbetsgivaren nu har ett ansvar att betala 15 % av sjukpenningen för heltidssjukskrivningar av de anställda är ett resultat av denna utredning. Då hela utredningen är väldigt omfattande var jag tvungen att välja ut en del och mitt val föll på kapitlet som behandlar utredaren Jan Rydhs utgångspunkter, *I huvudet på en utredare*. Detta kapitel kan antas reflektera den grund utredningen vilar på och kommer att oundvikligen färga de förslag som tas fram för att öka hälsan i arbetslivet. Rydhs utgångspunkter är än mer intressanta att granska med tanke på att detta är en enmansutredning och en statlig utredning som bidrar till den hälsopolitik som förs idag på arbetsmarknaden. Rydh skriver själv i presentationen av kapitlet;

I detta avsnitt har dock utredaren tillåtit sig, att i en vidare form, mera resonemangsvis presentera och formulera några av de huvudsakliga utgångspunkterna för de förslag som läggs.¹

1.2 Bakgrund

Idag står vi inför det faktum att ohälsan ökar, vilket bland annat märks genom att sjukskrivningarna ökar. Undersökningar visar att det är kvinnor som står för den största ökningen.² Kvinnors registrerade sjukfrånvaro längre än 30 dagar är 6,49 % medan mäns sjukfrånvaro är 3,55 %. Detta innebär att kvinnors sjukskrivning är nästan dubbelt så stor som mäns.³

Studier har visat att kvinnor generellt sett har lägre inflytande över sina arbetsuppgifter och en mindre grad av självbestämmande på arbetet jämfört med män.⁴ Centrala mekanismer

¹ Jan Rydh, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet: Slutbetänkande Statens offentliga utredningar, 2002:5* (Socialdepartementet: Fritzes 2002) s. 57.

² Ibid s. 83.

³ Ibid s. 57.

⁴ Anne Hammarström, Annika Härenstam, Piroska Östlin, "Kön och ohälsa – begrepp och förklaringsmodeller", i *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsooperspektiv*, red. P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam, G. Lindberg (Lund: Studentlitteratur, 1996) s.18 Se Östlin P." Arbete och kön" i

som ger upphov till ohälsa är just brist på inflytande, självbestämmande och makt.⁵ Man kan också se att kvinnor idag generellt sett har lägre lön och sämre arbetsmiljö än män. Den lägre lönen kan inte förklaras av att kvinnor jobbar mer deltid, har lägre utbildning eller utför andra sorts arbetsuppgifter. Även när män och kvinnor är lika i dessa avseenden är löneskillnaden bestående.⁶

Den svenska arbetsmarknaden är idag könssegregerad, vilket innebär att kvinnor och män generellt sett återfinns inom olika sektorer, arbetsplatser, yrken och även utför olika arbetsuppgifter i de fall där kvinnor och män finns på samma arbetsplats. Detta leder till olika arbetsvillkor för kvinnor och män.⁷ Kvinnor har ofta mer okvalificerade och enformiga arbetsuppgifter än män.⁸ Denna könssegregering på arbetsmarknaden är till kvinnors nackdel, exempelvis vid värdering av arbetsuppgifter. Mäns arbetsuppgifter värderas oftast högre vilket speglas på flera sätt, till exempel utifrån status, lön och karriärmöjligheter.⁹

Kvinnor drabbas mer av långvariga smärtsyndrom, kroniskt trötthetssyndrom, utbrändhet och depression än män. Den avgörande orsaken till kvinnors överrepresentation inom dessa sjukdomar är att kvinnor befinner sig i en mer påfrestande psykosocial situation. Detta beror på att kvinnor fortfarande har ett större ansvar för familj och hushåll.¹⁰ En anledning till överrepresentation av problem med rörelseorganen som kvinnor påvisar kan man finna genom att titta på arbetsmiljön. Arbetsplatser, arbetsredskap och hjälpmedel är idag ofta utformade efter en manlig kroppsbyggnad och muskelstyrka. Detta är en av anledningarna till att kvinnor oftare lider av belastningsskador.¹¹ 64 % av kvinnors diagnoser avser stressrelaterade besvär, utbrändhet eller värk i rörelseorganen.¹²

Kvinnor söker idag mer sjukvård för stressrelaterade problem än män. Detta kan sättas i samband med kvinnors ökade förvärvsarbete som inte har följts av en reduktion av det

Järvholm, B. (red.). *Arbetsliv och Hälsa – en kartläggning*. Arbetarskyddstyrelsen, (Arbetslivsinstitutet och Rådet för arbetslivsforskning, Stockholm 1996).

⁵ Hammarström et al 1996 s. 9.

⁶ Ibid s. 18 Se le Grand, C. "Löneskillnaderna i Sverige: förändring och nuvarande struktur" i Fritzell, J. Lundberg. O. (red). *Vardagens villkor*. (Brombergs, Stockholm 1994); Karanta, M. "Gymnasieutbildade: Kvinnors inkomst 30 000 lägre än mäns." *SCB:s tidning VälfärdsBulletinen*, (1995:2).

⁷ Piroška Östlin, "Gender inequalities in health: the significance of work" in *Gender and social inequities in health – a public health issue*, eds. Sarah P. Wamala and John Lynch (Lund: Studentlitteratur 2002) s. 44.

⁸ Ulla Maria Anderberg, "Stress och smärta. Könshormonella aspekter på stress", i *Stress – molekylerna, individen, organisationen, samhället*, red. Rolf Ekman och Bengt Arnetz (Falköping: Liber 2002), s. 210.

⁹ Hammarström et al 1996, s.18 Se le Grand, C. "Löneskillnaderna i Sverige: förändring och nuvarande struktur" i Fritzell, J. Lundberg. O. (red). *Vardagens villkor*. (Brombergs, Stockholm 1994); Karanta, M. "Gymnasieutbildade: Kvinnors inkomst 30 000 lägre än mäns." *SCB:s tidning VälfärdsBulletinen*, (1995:2).

¹⁰ Anderberg 2000, s. 215.

¹¹ Ibid s. 210.

¹² H. Sandmark, M. Renstig, *Kvinnors sjukskrivning. En studie om riskfaktorer för långtidsjukskrivning* (<http://wombri.se>) hämtad 2005-04-22 s. 8 Se Riksförsäkringsverket (RFV) 2003 och 2004. Månads- och årsstatistik, (<http://www.rfv.se>).

obetalda hemarbetet.¹³ Kvinnor över hela världen står inför det ofördelaktiga faktum att de generellt sett har sämre anställningsavtal, lägre lön för samma arbete, och mindre inflytande i ekonomiska beslut. Som ett resultat av detta kan inte kvinnor konkurrera med män på lika villkor om högre positioner i samhället. Detta har visat sig påverka kvinnors hälsa negativt.¹⁴

1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att göra en genusanalys av utgångspunkterna i SOU ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet”. Analysen görs genom att granska kategorier och benämningar av människor som finns i texten.

Mina frågeställningar är:

- Hur konstrueras genus i utredaren Jan Rydhs utgångspunkter för den statliga offentliga utredningen ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet”?
- Vilka kategorier/benämningar används för att beskriva grupper och individer?
- Vilka förklaringsmodeller för ohälsa för Jan Rydh fram i sina utgångspunkter?
- Vilka konsekvenser får de olika benämningar/kategorier och förklaringsmodeller för Rydhs analys av hälsoproblemen i arbetslivet?

2. Metod

2.1 Val av metod

Jag har valt att göra en textanalys av utgångspunkterna i SOU 2002:5, kapitel två; *I huvet på en utredare*. Jag har använt mig av olika forskningsstudier gjorda inom området arbete och hälsa för att problematisera denna text. Mitt empiriska material har således bestått av dessa texter. Jag har analyserat Jan Rydhs text och förslag till åtgärder utifrån ett genusteoretiskt perspektiv. Det görs även andra grupperingar i vårt samhälle, till exempel ålder, klass och etnicitet som används för att förklara hälsoskillnader utifrån. Dessa indelningar är också viktiga och har inflytande på hälsan, men det genusteoretiska perspektivet innebär att de befinner sig på en annan nivå eftersom de alla kommer att vara påverkade av genusdiskursen.¹⁵ Med diskurs menas i vid mening vad som sägs och skrivs. Diskursbegreppet lyfter fram att det finns regler för vad som får sägas och skrivas i en viss

¹³ Ulf Lundberg, ”Gender, multiple roles and physiological reactions”, in *Gender and social inequities in health – a public health issue*, eds. Sarah P. Wamala and John Lynch (Lund: Studentlitteratur 2002) s. 123.

¹⁴ Östlin 2002 a s. 44.

¹⁵ Yvonne Hirdman, *Genusanalys av välfärdstaten: en utmaning av dikotomierna*, Särtryck nr 5 (Institutet för arbetslivsforskning: Stockholm 1994) s. 68.

tid, eller i en viss kontext. Diskursens regler bestäms av dem som har makten i samhället, de avgör vad som får sägas, vad som inte får sägas, vem som ska tala och vem som ska lyssna.¹⁶

Jag började med att göra en mindre kvantitativ innehållsanalys där olika ord valdes ut som jag anser ger en bra bild av vilka aktörer som gestaltas i texten, och helt enkelt räkna hur många gånger de orden förekom i texten. Olika variationer på orden räknades med, exempelvis "den försäkrade" räknades till ordet "försäkringstagare". Detta finns redovisat på sidan 14. Sedan skrevs en sammanfattning av vilka termer och begrepp som nämndes i relation till de utvalda orden.

I samband med detta gjorde jag litteratursökningar i olika sökmotorer (se bilaga 1) där ett antal böcker och artiklar som var relevanta för ämnet valdes ut. Jag valde böcker och artiklar som behandlade kvinnors och mäns hälsa/ohälsa samt litteratur som behandlade genusteori. Detta material lästes och sammanställdes vilket gjorde att jag nu hade två olika material som kunde ställas mot varandra. Utifrån forskning kunde Rydhs text problematiseras. Jag har tittat på motsägelser, hur Rydh behandlar olika begrepp och vilka faktorer han framhäver för att kunna påverka hälsan. Jag använder ordet genus som ett analytiskt verktyg då ordet kön är upptaget och fyllt av genusediskursens innehåll.¹⁷

2.2 Behandling av citat i uppsatsen

Jag valt att låta alla citat, även de som är kortare och skulle kunna skrivas kursiverat i den löpande texten, stå för sig själva i uppsatsen. Detta för att göra citaten i uppsatsen mer åskådliga. Tecknet [sic] används för att visa på att citatet är korrekt avskrivet och det grammatiska felet ligger hos ursprungsförfattaren.

2.3 Reliabilitet och validitet

Reliabiliteten kan förefalla problematisk då jag som författare inte kan ses som objektiv. Enbart valet av ämne speglar ett intresse hos mig, vilket gör att jag kan förväntas inneha vissa föreställningar om hur det ser ut i verkligheten vilka kommer att speglas i min text. Det som stärker reliabiliteten i denna uppsats är att jag har använt mig av en rad olika källor och forskningsstudier för att underbygga de argument jag för fram. Validiteten kan anses vara god

¹⁶ Karin Hjalmeskog, "Feminism, pragmatism och utbildning", i *Textanalys*, red. Carl Anders Säfström och Leif Östman (Lund: Studentlitteratur 1999) s. 312 Se Cherryholmes, C.: *Power and criticism. Poststructural investigations in education*. (New York: Teachers College Press, 1998).

¹⁷ Yvonne Hirdman, *Genus – om det stabilas föränderliga former* (Malmö: Liber 2001) s. 15.

då uppsatsen undersöker det som är menat att undersökas utifrån det syfte och teorier som presenteras.

3. Teoretiska utgångspunkter och begrepp

3.1 Kön och genus

Begreppen kön och genus används dagligen i media och av våra politiker, men vad är skillnaden mellan dessa två begrepp? Ordet kön används traditionellt för den biologiska definitionen av kön där kromosomer, yttre och inre könsorgan, hormontillstånd och sekundära könskaraktäristika tillsammans bestämmer könstillhörigheten. Skillnaden mellan kvinnor och män blir således naturlig och biologiskt given.¹⁸ Under 1980-talet introducerades begreppet genus¹⁹ som är en översättning av engelskans *gender*. Genusbegreppet används för att förstå skillnader mellan könen utifrån psykologiska, sociala och kulturella aspekter.²⁰ Yvonne Hirdman introducerade genusbegreppet i Sverige och förklarar det på följande vis:

Gemensamt för det genusteoretiska tänkandet är att det utgår ifrån och bygger på idén om människor som kulturellt skapade och skapande varelse [sic]. Genus kan därmed förstås som könet som en artefakt. Förståelsen av sig själv som kön – genusförståelsen, är med andra ord *inte* en avskiljbar ”del” och på så vis manipulerbar i förhållande till en kropp som så att säga skulle kunna existera utan denna förståelse. Ser vi på genus som en artefakt kan man således säga, att vi som ”kroppar” inte skulle kunna existera utan denna artefakt. Den ”rena” kroppen kan inte existera utan ett medvetande. Ett medvetande är alltid genusimpregnerat. Genus ges därmed status av att vara en första rangens menings- och ordnings” instrument” för människor i orienteringen av världen.²¹

3.2 Genuskontrakt

I varje samhälle finns ett ”kontrakt” mellan könen som behandlar föreställningar om vad som ska anses ”feminint” respektive ”maskulint”.²² Begreppet genuskontrakt gör det möjligt att se kön som en konstruktion som förändras utifrån politiska och kulturella aspekter. Det traditionella genuskontraktet fastställer könets möjligheter och begränsningar. Dessa

¹⁸ Hammarström et al 1996, s. 7-8.

¹⁹ Yvonne Hirdman, ”Genussystemet – reflexioner kring kvinnors sociala underordning”, i *Genus i historisk forskning*, red. Christina Ericsson (Lund: Studentlitteratur, 1993) s. 147.

²⁰ Hammarström et al 1996 s. 8 Se Puranen, B. *Att vara kvinna är ingen sjukdom.* (Norstedts Förlag, 1994).

²¹ Hirdman 1994, s. 67.

²² Hirdman 1993, s. 153.

möjligheter och begränsningar är dock skilda mellan könen, vilket utgör stommen i genuskontrakt.²³

3.3 Patriarkat

Enligt Nationalencyklopedin;

Allmänt samhällsvetenskaplig benämning på sociala system inom vilka kvinnor är underordnade män. Patriarkatet är en djupt liggande samhällstruktur som kan manifesteras på många sätt: män har till exempel oftare högre lön än kvinnor för samma arbete, och arbetsdelningen i hemmet leder till att kvinnor utför obetalt arbete.²⁴

Patriarkatet som ett verkande system i vårt samhälle är en av utgångspunkterna i denna uppsats.

3.5 Hälsa

De senaste åren har begreppet hälsa fått en bredare innebörd. Den traditionellt medicinska uppfattningen av hälsa/sjukdom har fått konkurrens av samhällsvetenskapliga och humanistiska infallsvinklar på begreppet. Således kan vi inte enbart förklara hälsoskillnader utifrån ett genetiskt/biologiskt perspektiv. En mer holistisk syn på hälsa har lyfts fram inom forskning de senaste åren då man inser att hälsobegreppet är mångfacetterat. Beroende av vilken mätmetod/indikator som används för att mäta hälsa kommer detta att påverka vilka som anses vara vid god hälsa och vilka som kommer att hamna i riskgrupper eller anses vara vid ohälsa.²⁵

3.6 Genus som system

Begreppet om genus gav också upphov till teorin om genussystemet, vilket är en teori som fokuserar på obalansen i makt mellan könen. Hirdman definierar genussystemet som den organiserande principen som fungerar som en bas för andra system i samhället. Liksom det i alla samhällen finns någon form av exempelvis ekonomiskt system eller familjesystem finns det på samma grundläggande nivå också alltid genusordning – ett genussystem. Detta system genomsyrar alla nivåer i samhället och grundas i förståelsen av människan som kön, vilket medför en uppdelning av människan i kvinnligt respektive manligt. Denna uppdelning

²³ Hirdman 2001, s. 88.

²⁴ *Nationalencyklopedin: Ett uppslagsverk på vetenskaplig grund utarbetat på initiativ av Statens kulturråd*, Band 15, 1994, s.14.

²⁵ Hammarström et al 1996, s. 13.

utmärks av två principer, varav den första är dikotomin, det vill säga särskiljandet av, i detta fall kvinnligt från manligt. Det manliga formas utifrån särskiljandet från det kvinnliga - att vara man är framförallt att inte vara kvinna. Det andra är att mannen är den normskapande människan i samhället.²⁶ Detta syns tydligt i forskning som till stor del utförs av män på män - mannen blir då normaliteten som allting utgår ifrån.²⁷ En bakomliggande princip för genussystemet är även mannens överordning och kvinnans underordning.²⁸

Genussystemet kan förstås som könets formering och ordningen runt formeringen. De mönster som beskriver normer och det avvikande från normen bidrar till en formering av genus och till upprätthållandet av genussystemet. Hirdman menar att det inte bara finns en orsak till kvinnans underordning utan att det är processen mellan män och kvinnor, normen och det andra – avvikande - man kan se genom historien som ligger till grund för den underordning som kvinnor står inför idag.²⁹

Genussystem kan återfinnas i alla samhällen och uppvisar en mängd gemensamma drag. Det präglas av dikotomin mellan det manliga och det kvinnliga och det som anses vara maskulint värderas högre än det som anses vara feminint. Däremot visar studier av olika kulturer att det inte finns ett beteende som universellt associeras med maskulinitet eller femininitet. Vad som i en kultur anses vara maskulint anses i en annan som feminint och i en tredje som genusneutralt.³⁰

Richard Dyers texter om vithet lyfter fram att då rasfrågor diskuteras handlar det om svarta och färgade. Vithet å andra sidan ses sällan som en ras utan som mänsklighet och normalitet.³¹ Detta kan jämföras med hur kvinnor blir till kön i diskussioner om genus medan män står för normalitet och mänsklighet.³²

4. Aktuellt forskningsläge

4.1 Genusperspektiv i folkhälsoforskning

Inom folkhälsoforskning har klassbegreppet ofta använts för att beskriva skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Liten hänsyn har tagits till genus och skillnader i livsvillkor

²⁶ Hirdman 1994, s. 67.

²⁷ Jesper Fundberg, *Kom igen gubbar! Om pojkfotboll och maskuliniteter* (diss. Stockholm: Carlsson Bokförlag 2003), s. 177.

²⁸ Hirdman 1993, s. 154-155.

²⁹ Hirdman 1994, s.67.

³⁰ Hjälmeskog 1999, s. 307 Se Harding, S. *The science question in feminism*. (Milton Keynes: Open University Press).

³¹ Fundberg 2003, s. 20 Se Dyer, R. *White*. (London: Routledge, 1997).

³² Fundberg 2003, s. 177.

beroende på könstillhörighet. En genomgång av studier som har gjorts visar att det inte alltid redovisas vilket kön man har undersökt, vilket gör att man idag saknar kunskap om de specifika skillnaderna mellan kvinnors och mäns livsvillkor och hälsa.³³ Antologin "Kön och ohälsa" lyfter fram detta som en viktig uppgift – "att inom folkhälsoforskningen utveckla teori, begrepp och metoder för att studera skillnader i hälsa och sjukdom vad gäller framförallt social, etnisk samt könstillhörighet ur ett genusteoretiskt perspektiv."³⁴ Inom forskning har man studerat skillnader i hälsa utifrån socioekonomisk position, etnicitet och genus. Av de tre är inflytandet av genus det som är minst forskat på i relation till ojämlikhet i hälsa.³⁵

Inom folkhälsoforskningen idag bedrivs genusforskning där man bland annat utför paradigmatkritisk forskning³⁶ som menar på att centrala begrepp, hypoteser, teorier och metoder måste kritiskt granskas och förändras för att spegla både kvinnors och mäns verklighet.³⁷ Inom den vetenskapliga litteraturen finns det modeller för att förklara skillnader i sjuklighet mellan kvinnor och män. Den modell jag har främst tittat på är den sociokulturella modellen³⁸ som utgår ifrån skillnader mellan könen vad gäller framförallt hälsorelaterade beteenden samt livsvillkor, såsom förhållanden i arbetslivet, familjeliv och andra socialt betingade faktorer som kan innebära risker för hälsan.³⁹

5. Textanalys

5.1 Sammanställning

För att få en uppfattning av innehållet i Jan Rydhs text och vilka aktörer inom arbetslivet den berör valde jag ut ett antal kategorier/benämningar som beskriver människor och räknade hur många gånger de förekom i texten. De mest frekvent använda kategorier/benämningar utifrån de jag hade valt var "arbetsgivare" och "individ", de förekom 51 gånger respektive 33 gånger i texten. "Anställd" förekom 21 gånger och mest förekommande efter det var "sjukskriven" vilket nämndes elva gånger. "Långtidssjukskrivna/långtidssjuka" nämndes nio gånger och

³³ Hammarström et al 1996, s. 11 Se Ekenvall, L., Härenstam, A., Karlqvist, L., Nise G., Vingård, E. "Kvinnan i den vetenskapliga studien – finns hon?" *Läkartidningen* 1993;90:3773-6.

³⁴ Hammarström et al 1996, s. 11.

³⁵ Sarah P. Wamala, John Lynch, "Introduction. Integrating research on gender and social inequities in health" in *Gender and social inequities in health – a public health issue*, eds. Sarah P. Wamala and John Lynch (Lund: Studentlitteratur 2002) p. 15.

³⁶ Jmf med kompletterande forskning där man adderar kunskap om kvinnor till redan etablerad kunskap. T.ex. i Hammarström et al 1996, s. 12 Se Lundgren, B. *Etnologi och kvinnoforskning*. RIG; 73 839:77-92.

³⁷ Hammarström et al 1996, s. 12 Se Lundgren, B. *Etnologi och kvinnoforskning*. RIG;73 839:77-92.

³⁸ Jmf med den biologiska/genetiska modellen. T. ex. i Hammarström et al 1996, s. 15.

³⁹ Hammarström et al 1996, s. 15.

”kvinnor” användes fyra gånger. ”Försäkringstagare/försäkrade” förekom fyra gånger, ”chef” tre gånger och ”män” två gånger. ”Personer” förekom två gånger i texten och ”människor” en gång.

5.2 Individuell modell kontra strukturell modell

Rydhs utgår i sin text från individen och arbetsgivaren när det gäller att påverka och öka hälsan i arbetslivet. Hans analys kan tolkas som att den utgår ifrån en *individuell modell* där makt ses som ett individuellt attribut och där individens livsstil är baserad på frivilliga val och beslut. Hur skulle en analys om den ökade sjukfrånvaron se ut om man istället såg det utifrån en *strukturell modell*? En strukturell modell utgår istället ifrån att makt är socialt och strukturellt fördelad, och att människors kapacitet att nå och bibehålla en god hälsa inte enbart är ett resultat av deras egen vilja. Detta kan relateras till sociala strukturer vilka systematiskt favoriserar vissa grupper över andra.⁴⁰ Andra texter om hälsa och redovisade studier som har gjorts inom ämnet visar på hur den strukturella problematiken påverkar individens hälsa.

Alla människor i Sverige idag får identiska fri – och rättigheter på arbetsmarknaden. Alla ska behandlas lika oavsett bakgrund, kön eller etnicitet. Till exempel är det nu olagligt att avskeda kvinnor som blir gravida. Men det fortsätter att existera maktskillnader könen emellan trots att de formella skälen/hindren är borttagna.⁴¹

5.3 Rydhs förklaringsmodeller

5.3.1 Analysstruktur

I den första delen kommer jag att visa hur Rydh bortser från genus i den analys han gör av sjukfrånvaron. Jag kommer i nästa del visa på varför en analys av sjukfrånvaron som inte ser till genusproblematiken blir vilseledande. I den tredje delen granskas Rydhs förslag till åtgärder och dess konsekvenser.

⁴⁰ Anne Hammarström ”What could a gender perspective mean in medical and public-health research?” in in *Gender and social inequities in health – a public health issue*, eds. Sarah P. Wamala and John Lynch (Lund: Studentlitteratur 2002) p. 30 Se Hammarström, A. ”Gender perspectives on the national strategy for public health” in The national public health committee: *Health on equal conditions -national goals for public health. Final report*. (Stockholm: The ministry of Health and Social affairs 2002) SOU 2002:91 Appendix B.

⁴¹ Nina Björk, *Under det rosa täcket. Om kvinnlighetens vara och feministiska strategier*. (Danmark: Norhaven a/s 1999) s. 159.

5.3.2 Rydhs fokus på individen

Rydhs text är till synes genusneutral och behandlar individer. Det gäller att gå på djupet efter det osynliga, det som inte sägs, men kanske finns mellan raderna. Vad menar Rydh när han skriver om individen? I Rydhs text är det inte särskiljandet som är ett problem utan de genusneutrala begreppen individ och arbetsgivare som texten kretsar runt. Det går att tolka Rydhs användande av ordet individ som ett sätt för att synliggöra individen på arbetsmarknaden. I en demokrati som vi lever i knyts rättigheter till den enskilda medborgaren som individ. Den demokrati vi lever i är dock även ett patriarkat där män som grupp har vissa fördelar gentemot kvinnor som grupp. Denna patriarkala demokrati kräver att vi inte ser mannen som kön – han förblir en könlös individ – normen.⁴² Därför blir begreppet individ problematiskt i detta sammanhang eftersom sjukfrånvaro idag uppvisar stora skillnader beroende av könstillhörighet.

Individ nämns bland annat i termer av sjukfrånvaro i Rydhs text. Sjukfrånvaron beskrivs som ett växande problem för individen, ett hot mot välfärden och tillväxtnålen i samhället. Rydh ser inte sjukfrånvaro som beroende av faktorer som kommer av den enskilda individen utan sjukfrånvarons förändringar bestäms istället av relationen mellan individens faktiska och/eller upplevda sjukdomssymtom och den egna arbetsplatsen. Mindre sjukfrånvaro kommer av stimulerande arbetsplatser där individen känner sig betydelsefull och behövd. Rydh lyfter ofta fram i texten att arbetsplatsen måste anpassas till individen, exempelvis angående problemet med förtidspensionering:

Reglerna om förtidspension (sjukersättning) måste ses över med samma inriktning som gäller för långtidssjukskrivna – arbete som är anpassat till individen skall var [sic] huvudspåret.⁴³

Många av dem som nu är eller riskerar att bli länge sjukskrivna och sluta som förtidspensionärer skulle vara hjälpta av att rättigheten till ett arbete anpassat till individens förmåga sattes i förgrunden.⁴⁴

Rydh menar vidare att arbetsplatser visar olika kapacitet att anpassa arbetsplatsen efter individens förmåga. Att använda sig av ordet förmåga är problematiskt då ordet förutsätter att arbetsgivaren kan bedöma den enskilda individens förmåga på ett korrekt sätt. Detta kan utgöra ett problem då ordet förmåga kan komma att förknippas med biologiska föreställningar om könen – att kvinnor och män ”av naturen” skulle inneha olika förmågor som påverkar vårt

⁴² Björk 1999. s. 157.

⁴³ Rydh 2002, s. 77.

⁴⁴ Ibid s. 61.

yrkesarbete. Sett ur det perspektivet blir frasen ”anpassa till individens förmåga” problematisk då arbetsgivaren kommer att ha svårigheter att se individen ur ett objektiva perspektiv. Arbetsgivaren kommer även att vara påverkad av genusdiskursens innehåll och de föreställningar som finns om femininitet och maskulinitet.

5.3.3 Rydhs analys av sjukfrånvaron

I Rydhs analys av sjukfrånvaron tar han även upp problematiken kring sjukfrånvaro som orsakas av förhållanden som inte berör arbetsplatsen. Rydh beskriver denna sjukfrånvaro på följande vis:

En del av sjukfrånvaron är utan tvekan beroende av förhållanden som ligger helt utanför arbetsplatsen. Detta kan gälla såväl medicinska och psykiska diagnoser som sociala problem. Det är svårt att bestämma storleken av denna ”naturliga” sjukfrånvaro. Man skulle möjligen kunna anta att den ligger någonstans i nivå med den sjukfrånvaro som redovisas för de minsta arbetsplatserna eller för den bästa fjärdedelen av företag, myndigheter och organisationer.⁴⁵

Den ”naturliga” frånvaron antar Rydh antingen kan ses hos de minsta arbetsplatserna eller de bästa företag, myndigheter och organisationer. Problemet med detta resonemang uppstår när Rydh bortser från skillnaderna i kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Rydh accepterar då att kvinnor i högre grad är sjukskrivna och att detta är ett genomgående fenomen. Kvinnors högre sjukfrånvaro blir till en del av den ”naturliga” sjukfrånvaron. Det leder tanken till att tro att kvinnors högre sjuklighet är biologisk betingad och därmed opåverkbar. Kvinnor tillskrivs då en högre sjuklighet som en del av kvinnligheten.

Rydh för även ett resonemang om företagshälsovården och hur denna kan spegla hälsosituationen på arbetsplatsen. Han skriver bland annat:

Om antalet besök blir för många är detta snarare en av signalerna till chefer och ledning att det finns anledning att se över situationen på arbetsplatsen.⁴⁶

Rydh skriver i texten att nästan dubbelt så många kvinnor som män är sjukskrivna idag. Denna utveckling anser jag vara en signal till utredare och beslutsfattare att se över situationen på arbetsmarknaden och försöka reda ut vilka problem som orsakar denna ojämlika ohälsa. Rydh bortser dock från genus även här i sin analys.

Rydh beskriver sjukfrånvaron som en kostnadsbörda för arbetsgivaren emedan de

⁴⁵ Rydh 2002 s. 72.

⁴⁶ Ibid s. 64.

betalar direkt under sjuklöneperioden plus försäkringsavgift på 8.8 %.⁴⁷ Nuvarande försäkringssystem skapar rättsosäkerhet för arbetsgivaren eftersom förhandlingsförmåga och tillgång till rehabiliteringspengar ger arbetsgivaren olika svar från försäkringskassan för liknande ärenden anser Rydh (Utredning gjord 2002).

I ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet” skrivs det om sjukskrivna som har olika sorts funktionsnedsättningar och hur de ska komma in på arbetsmarknaden detta till trots. Då kvinnor är mer sjukskrivna än män kan detta tolkas som att kvinnor oftare utvecklar funktionsnedsättning i relation till dagens arbetsliv. Det är anmärkningsvärt att Rydh inte ser sig om efter orsaker till att kvinnor är så pass mycket mer sjukskrivna än män. Rydh skriver vidare angående hur arbetsplatsen ska agera för att minska sjukfrånvaron:

Detta innebär att en nödvändig reducering av *sjukfrånvaron* måhända mer beror på hur arbetsplatserna anpassas till individernas faktiska situation än på insatser som enbart utgår från att det är individen som är sjuk.⁴⁸

Att anpassa arbetsplatsen till individens faktiska situation ter sig problematiskt för mig. Ett exempel på en faktisk situation är att kvinnor tar mer ansvar hemma och arbetar mer i hemmet än män.⁴⁹ Att då anpassa arbetsplatsen och dess uppgifter utifrån att kvinnor arbetar mer i hemmet skulle inte komma att gynna kvinnor på arbetsmarknaden. Det är den faktiska situation som många kvinnor befinner sig i som måste förändras för kvinnor – inte accepteras och göras anpassningar till.

5.3.4 Levnadsvilkorens påverkan på sjukfrånvaron enligt Rydh

Rydh skriver vidare i sina utgångspunkter om hur individer påverkas av de livsvillkor vi står inför. Exempelvis:

Vi bär alla som individer med oss olika förutsättningar, vi är mer eller mindre robusta, bär på individuellt olika friskhetsanlag eller sjukdomsanlag. Sociala problem helt utanför arbetsplatsen påverkar oss olika.⁵⁰

Att vi är olika på individnivå är en självklarhet. Problemet uppstår när Rydh menar att dessa individuella förutsättningar bestämmer sjukfrånvaron. Det skulle innebära att kvinnor generellt är mindre robusta, har mindre friskhetsanlag, har mer sjukdomsanlag och påverkas mer av sociala problem eftersom de står för den större delen av sjukskrivningarna.

⁴⁷ Rydh 2002 s. 58.

⁴⁸ Ibid 2002, s. 72.

⁴⁹ Anderberg 2002, s. 215.

⁵⁰ Rydh 2002, s. 60.

Antalet sjukskrivna blir allt fler liksom antalet förtidspensionerade, vilket minskar utbudet av arbetskraft. Denna minskning av arbetskraft innebär att allt färre ska försörja fler skriver Rydh. Det finns olika faktorer till denna ökning menar Rydh, bland annat:

Människors levnadsvillkor och levnadsvanor är givetvis bidragande orsaker till sjuklighet och sjukfrånvaro. Folkhälsopolitikens fokus bör vara att inom olika sektorer av samhället och med olika metoder påverka orsaker och därmed förekomsten av ohälsa.⁵¹

Här uppmärksammar Rydh det faktum att en människas levnadsvillkor och levnadsvanor kan påverka hälsan. Däremot bortser Rydh återigen från genus genom att använda sig av ordet ”människa” och på så vis bortse från skillnader i levnadsvillkor och levnadsvanor som kommer av könstillhörighet.

Rydh avfärdar i sina utgångspunkter tanken om att det skulle kunna finnas generella problem som ligger till grund för de ökade långtidssjukskrivningar då han skriver:

Sjukförsäkringsutredningen liksom de tillkommande fördjupade undersökningar som redovisats i denna utredning visar att den snabba ökningen inte i något avseende är jämnt fördelad mellan sektorer, branscher och företag. Det finns inte heller några andra fakta som pekar på att ökningen i huvudsak beror på generella orsaker. Det har inte tillkommit några nya epidemier eller andra sjukdomar som påverkar sjukfrånvaron oberoende av yrke, arbetsplats, kön etc.⁵²

Jag håller med Jan Rydh om att det inte finns generella problem som drabbar människor oberoende av kön. Däremot anser jag att det finns generella problem som är beroende just av genus vilket Rydh bortser från i sin text.

5.3.5 Rydhs tankar om försäkringssystemet

Rydh anser vidare att försäkringssystemet måste motivera arbetsgivaren till ansträngningar för att få en snabb återgång till arbetet för individen. Problemet idag som Rydh ser det är att arbetsgivare betalar samma avgift trots olika ansträngningar att minska sjukfrånvaro:

Försäkringssystemet måste få en tydligare koppling mellan avgift och arbetsgivarens faktiska resultat när det gäller att minska sjukfrånvaron. Minskad och låg sjukfrånvaro skall löna sig för de arbetsgivare som gör insatser.⁵³

⁵¹ Rydh 2002, s. 62.

⁵² Ibid 2002, s. 59.

⁵³ Ibid 2002, s. 73.

5.3.6 Kvinnor och män i Rydhs text

De gånger Rydh använder sig av ordet kvinna återfinns det bland annat i samband med registrerad sjukfrånvaro i siffror. Rydh:

... uppgick den av RFV registrerade sjukfrånvaron längre än 30 dagar för år 1998 till 2,93 procent för kvinnor och till 2,25 procent för män. Motsvarande tal för 2001 beräknas till 6,49 procent för kvinnor och 3,55 procent för män.⁵⁴

Rydh tar senare upp i texten att det har skett besparingar och resursneddragningar inom skola, vård och omsorg - områden där kvinnor är mest verksamma. Han menar att besparingar och tungt arbete i kombination med stress resulterar i ökad sjukfrånvaro, vilket jag håller med om. Det finns dock ett strukturellt problem som förbises av Rydh, vilket är att det just är kvinnodominerade arbetsplatser med den offentliga sektorn som arbetsgivare som har den största sjukfrånvaron. Detta till trots nämns inte offentliga arbetsgivare mer än en gång i texten och då i samband med äldre arbetskraft:

Det ligger ett stort ansvar inte minst på offentliga arbetsgivare att utveckla ny och mer flexibel syn på hur anställdas kompetens och erfarenhet kan utnyttjas.⁵⁵

Män nämns i Rydhs text enbart vid genomgång av siffrorna gällande registrerad sjukfrånvaro. Dock kan man undra om Rydh ofta använder mannen som norm för sitt individtänkande. Oftast handlar det om män när det inte sägs annat.⁵⁶ Från Dyers resonemang om vithet som normalitet kan man se att för att undvika fortsatt diskriminering måste manlighet synliggöras som en konstruktion, vilket inte görs i Rydhs text, för att inte fortsätta att fungera som mänsklig norm. Det ligger här en stor utmaning - att se former av normalitet även då normen inte kontrasteras mot det avvikande.⁵⁷

5.3.7 Sammanfattning

Utifrån dessa citat från Rydhs text kan man se att Rydh systematisk bortser från genus i relation till den ökade sjukfrånvaron. Detta görs genom användandet av genusneutrala benämningar av olika aktörer i texten. Rydh fokuserar på individen och hur olika förutsättningar och levnadsvillkor påverkar människor på individnivå. Genom att bortse från genus i analysen av sjukfrånvaron uppstår problem. Varför dessa problem uppstår presenteras i nästa kapitel.

⁵⁴ Rydh 2002, s. 57.

⁵⁵ Ibid s. 80.

⁵⁶ Gunilla Carlstedt, *Kvinnors hälsa. En fråga om makt*, (Falun: Tiden/Folksam 1992) s. 55.

⁵⁷ Fundberg 2003, s. 183 Se Dyer, R. *White*. (London: Routledge, 1997).

5.4 Genusneutralitetens problematik

5.4.1 Varför blir genusneutraliteten ett problem?

Rydh menar på att arbetsplatsen måste anpassas till individen och dennes faktiska situation. Fokus, som jag ser det, kanske snarare skulle vara på att se till vilka som är i riskzon och vilka friskfaktorer som man kan behöva arbeta med på arbetsplatsen. Kvinnor är idag överrepresenterade bland sjukskrivna samtidigt som kvinnor generellt sett innehar lägre lön än män. Kvinnor tjänar 10-20 % mindre än män även då de har samma yrke och utbildning.⁵⁸ Med stöd av forskning kan man se att en höjning av kvinnors löner skulle kunna öka hälsan i arbetslivet då man har sett att ekonomiska resurser är en friskhetsfaktor. Ekonomiska resurser har både en stressdämpande effekt och en hälsofrämjande påverkan. Studier har även visat att ekonomiska resurser ger känsla av kontroll och makt medan ekonomiska påfrestningar upplevs som hot och fara hos människan. Inom forskning har man sett att sådana påfrestningar kan ge upphov till stress.⁵⁹ Dock tror jag att Rydh med att se individens förmåga menar att det handlar om att arbetsplatsen ska anpassas efter de olika funktionsnedsättningar som finns hos individer. Detta då han utgår till stor del utifrån individen och just funktionsnedsättning hos sjukskrivna. Anpassningen av arbetsplatsen skulle då inte innebära att se över löner utan mer arbetsuppgifter och arbetstider.

En annan viktig friskhetsfaktor har i studier visat sig vara att ha kontroll över sitt arbete. Undersökningar visar att kvinnor och män upplever de psykiska kraven i sitt arbete relativt lika, däremot upplevs möjligheten att påverka arbetssituationen olika. Män känner att de har goda möjligheter att påverka medan kvinnor upplever att de har sämre möjligheter att påverka. En skillnad som har påträffats mellan kvinnor och män i arbetslivet är den att hos män finns det en korrelation mellan höga krav och möjlighet att påverka, något som inte har återfunnits hos kvinnor.⁶⁰ Detta innebär att kvinnor oftare återfinns inom yrken där kraven är höga och kontrollmöjligheterna är små. Detta innebär att kvinnors villkor i arbetslivet generellt behöver ses över och att individanpassning av arbetsplatsen är en sekundär problematik. Frågan blir då; varför är kvinnodominerade arbetsplatser utformade så att individen trots stort ansvar innehar små kontroll- och beslutsmöjligheter?

⁵⁸ Sarah P. Wamala, Gunnar Ågren, "Gender inequity and public health. Getting down to real issues.", *European Journal of public health*, (2002: 12) p.164 Se Statistics Sweden. On men and women. 1999.

⁵⁹ Gunnar Aronsson, Tomas Lindh, "Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie.", *Arbete och hälsa Vetenskaplig skriftserie* (2004:10) s. 14.

⁶⁰ Töres Theorell, "Arbete och hjärtkärl sjukdomar hos män och kvinnor", i *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*, red. P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam, G. Lindberg (Lund: Studentlitteratur 1996) s. 194 Se Karasek, R.A. and Theorell, T. *Healthy Work*.(New York: Basic Books, 1990.); Theorell, T. and Emlund, N. *On physiological effects on positive and negative life changes – A longitudinal study*. (J. Psychosom Res 37:653-659, 1993).

5.4.2 Kvinnors högre sjukfrånvaro

I Rydhs utgångspunkter avfärdar han att det skulle finnas generella orsaker som påverkar den höga sjukfrånvaron idag. Det finns dock en generell struktur och det är att kvinnor är överrepresenterade bland långtidssjukskrivna, kvinnor står idag för 64 %, alltså är kvinnor nästan dubbelt så mycket långtidssjukskrivna som män.⁶¹ Rydh tar upp arbetsplatsens storlek som en faktor som står i relation till sjukfrånvaro, ju mindre arbetsplatsen är desto mindre sjukfrånvaro är det. Kvinnor är dock mer sjukskrivna än män oavsett storleken på arbetsplatsen även om det också ökar med storleken på arbetsplatsen.⁶²

Rydh skriver om levnadsvillkor som en faktor för ohälsa men ser det som folkhälsopolitikens ansvar att se till och påverka orsaker till dessa. Rydhs egen text är en del av folkhälsopolitiken och det faktum att Rydh inte utvecklar dessa tankar om levnadsvillkorens inflytande på ohälsa och hur man kan påverka dessa är en brist i texten. I forskning kan man se att livsvillkoren är starkt bidragande för hur hälsan hos individen ser ut.⁶³ Vid en genusanalys kan man se att hälsobilden skiljer sig åt mellan kvinnor och män på grund av deras genuskontrakt.

I "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" menar Rydh att arbetsrehabilitering bör inrättas för att förhindra förtidspensionering och långtidssjukskrivning. Detta kan man tänka sig skulle minska den funktionsnedsättning som återfinns hos sjukskrivna. I andra studier har man dock funnit skillnader i utformning av rehabiliteringsprogram för kvinnor och män. Män får oftast mer utbildning i sina rehabiliteringsprogram och får även rehabilitering under en längre tid än kvinnor.⁶⁴ Detta skapar en ojämlikhet på arbetsmarknaden mellan kvinnor och män till kvinnors nackdel. Att se över detta skulle kunna vara ett sätt att öka hälsan i arbetslivet. Jag anser det vara en viktig utgångspunkt eftersom man kan se att kvinnor är mer sjukskrivna än män. Rehabilitering är av största vikt för att kunna komma tillbaka till arbetslivet. Det blir då viktigt att se till att kunskapen om kvinnors arbetsrelaterade hälsa ökar så att förutsättningarna för en bra rehabilitering finns för kvinnor, men också att det finns direktiv så att kvinnor inte diskrimineras vid rehabilitering.

⁶¹ Sandmark 2005, s. 8. Se Riksförsäkringsverket (RFV) 2003 och 2004. Månads- och årsstatistik, (<http://www.rfv.se>).

⁶² Rydh 2002, s. 93.

⁶³ Hammaström et al 1996, s. 15ff.

⁶⁴ Östlin 2002 a, s. 57-58. Se Bäckström *Att skilja agnarna från vetet. Om arbetslivsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män.* (diss. Umeå Universitet, 1997).

5.4.3 Ökad jämställdhet för lägre sjukfrånvaro

En utgångspunkt för att skapa bättre hälsa i arbetslivet skulle vara att se hur man kan förbättra och öka jämställdheten. I en studie gjord på högutbildade kvinnor och män där man granskade samband mellan hälsa och olika sätt att dela på ansvar för försörjning för hem och familj visade det sig att den modell som var mest gynnsam, för både kvinnor och män, var den där man delade lika på försörjningsansvar och hemarbete. I den traditionella familjen där mannen har huvudansvar för försörjning och kvinnan ansvaret för merparten av hemarbetet beskrev män sig ha sämre välbefinnande.⁶⁵ Detta skulle då tala för att kvinnor såväl som män skulle gynnas av en ökad jämställdhet, vilket i sin tur skulle kunna komma att gynna hälsan i arbetslivet. Kvinnors totala arbetsböroda skulle minska, vilket påverkar deras hälsa och i stort sjukfrånvaron. Sjukligheten står i direkt relation till kvinnans antal arbetade timmar.⁶⁶

Då Rydh skriver om individer och deras förutsättningar görs direkt antagandet att alla är jämlikar, det vill säga har samma rättigheter och skyldigheter, men också möjligheter oavsett kön, etnicitet och ålder. Finns det andra möjliga tolkningar? Till exempel leder arbetsdelningen i hemmet till att kvinnors ställning på arbetsmarknaden försvagas eftersom mer av kvinnors energi än mäns måste ägnas åt hemmet.⁶⁷ 1988 ägnade kvinnor 37 timmar i veckan åt barn och hushållsarbete, medan män ägnade 17 timmar åt dessa sysslor.⁶⁸ Studier pekar på att det inte har skett så stora förändringar sedan dess. Statistiska Centralbyråns tidsstudier visar att två tredjedelar av hemarbetet utförs av kvinnor.⁶⁹ Den utjämning man kan tro skulle ha skett med nya generationer som växer upp med alltmer jämlika ideal har uteblivit. Arbetsdelning i hemmet leder till att kvinnans ställning på arbetsmarknaden försvagas. Genom detta förevigas den hierarkiska uppdelningen mellan kvinnor och män.⁷⁰

Kvinnor förvärvsarbetar nu i samma utsträckning som män och även om man kan se tendenser till minskning mellan könen i tid för oavlönat arbete för att sköta hem och hushåll råder fortfarande stora skillnader. De tendenser man kan se är att yngre män i större utsträckning än äldre män hjälper till med hushållsarbetet, och att högutbildade män som arbetar inom kvinnodominerade yrken tar större ansvar hemma. Undersökningar har också

⁶⁵ Annika Härenstam, Gunnar Aronsson Anne Hammarström, "Kön och ohälsa i ett framtidsperspektiv" i *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*, red. P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam, G. Lindberg (Lund: Studentlitteratur 1996) s. 296 Se Bejerot, E., Härenstam, A. "Att förena arbete och familj." i Westlander et al: *På väg mot det goda arbetet*, (Solna: Arbetslivsinstitutet, 1995).

⁶⁶ Anderberg 2002, s. 216.

⁶⁷ Heidi Hartman, "Kapitalismen, patriarkatet och könssegregationen i arbetet", i *Genus i historisk forskning*, red. Christina Ericsson (Lund: Studentlitteratur 1993) s. 98.

⁶⁸ Carlstedt 1992, s. 48.

⁶⁹ Gunnar Ågren *Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan*, Statens Folkhälsoinstitut Rapport 2004:20 s. 38.

⁷⁰ Hartman 1993, s.98.

visat att högutbildade kvinnor inom mansdominerande yrken oftare delar på ansvaret för familj och hem med sin man när paret får barn. Män som bor ihop med kvinnor med mindre kvalificerade arbetaryrken hjälper inte till i samma utsträckning hemma som andra män. Kvinnor inom lågkvalificerade arbetaryrken, ofta inom offentlig sektor, har även fått sämre arbetsvillkor, vilket gör att den totala arbetsbördan har ökat och därmed risken för ohälsa.

I en studie som har gjorts på utsöndring av stresshormoner under dygnet visar att kvinnors nivåer av stresshormoner ökar under eftermiddagen och fortsätter att öka under kvällen medan mäns nivåer av stresshormoner sjunker under eftermiddagen och fortsätter att sjunka under kvällen. Med stöd av andra undersökningar visar detta att kvinnor ofta har svårt att koppla av i hemmet och istället ser hemmet som ytterligare en arbetsplats.⁷¹

Det är viktigt att se till orsakerna varför denna stora ohälsa har uppstått. Det kan ses som ett strukturellt problem i dagens samhälle och att det bottnar bland annat i en över- och underordning. Det är anmärkningsvärt att Rydh i sina utgångspunkter inte reflekterar över det inflytande över- och underordning kan ha på hälsa. Rydh tar upp att ett tungt och stressigt jobb producerar sjukfrånvaro men sätter inte detta i relation till hur det kan påverkas av arbete utanför arbetsplatsen.

En nyligen gjord undersökning visar just detta, att kvinnor som bär ett stort ansvar hemma och har dålig förankring på arbetsmarknaden i högre grad blir långtidssjukskrivna.⁷² Detta är viktigt att beakta när det gäller att öka hälsan i arbetslivet. Ökad jämställdhet skulle kunna ge lägre sjukfrånvaro. Det gäller att öka jämställdheten mellan könen gällande det obetalda arbetet, men också på arbetsmarknaden. I så kallade högstressarbeten, vilket innebär att arbetet är psykiskt påfrestande och det egna beslutsutrymmet är litet, blir det svårt för individen att hantera de psykiska krav som arbetet ställer på individen. Under 1980-talet ökade antalet högstressarbeten för kvinnor från 15 % till 21 %. Det var sex gånger mer än för män.⁷³ Under 1990-talet ökade det från 21 till 35 % för kvinnor och 14 till 23 % för män.⁷⁴ Detta gäller främst kvinnor inom den offentliga sektorn.⁷⁵ Krav kan vara både för stora och för små i olika avseenden. Det kan upplevas att det är för mycket att göra – en kvantitativ överstimulering – samtidigt som varje moment som utförs är väldigt kortvarigt och enkelt, vilket leder till en kvalitativ understimulering. Detta kan leda till sämre hälsa på arbetsplatsen

⁷¹ Anderberg 2002, s.216. Se Frankenhauser M. *Kvinnligt, manligt, stressigt*. (Brombergs förlag, Stockholm 1997).

⁷² Sandmark et al 2005, s. 4.

⁷³ Hällström 1996, s. 139. Se Lundberg, O. *Kvinnors livsvillkor idag i Kvinn-o-hälsa*. (Stockholm, Spris förlag, 1995); Krantz, G. *Hälsoutvecklingen för nordiska kvinnor*. (Nord Med 1994).

⁷⁴ Levi 2002, s. 53.

⁷⁵ Hällström 1996, s. 139. Se Lundberg, O. *Kvinnors livsvillkor idag i Kvinn-o-hälsa*. (Stockholm, Spris förlag, 1995) och Krantz, G. *Hälsoutvecklingen för nordiska kvinnor*. (Nord Med 1994).

eftersom hög mental belastning tillsammans med litet inflytande över hur det ska göras är en stressor för människan.⁷⁶

I detta ljus kan man se att kvinnor kan vara ”robusta” och ”inneha goda friskhetsanlag” och ändå löpa större risk än män att bli sjukskrivna. Detta eftersom hemarbetet utgör en större börda för kvinnor än för män. Sociala problem, vilket Rydh tar upp som en riskfaktor, kan innefatta oron och stressen inför hemarbetet och det kommer då att påverka oss olika – men inte enbart på individnivå – utan man kan se en struktur där kvinnor och män som grupper påverkas olika.

5.4.4 Dubbelarbete som hälsorisk

Kvinnor är idag överrepresenterade när det gäller smärta och symptom från rörelseorganen samt nedsättning av rörelseförmågan.⁷⁷ Kvinnor har fler sjukskrivningsdagar, fler långa sjukskrivningsperioder, blir oftare förtidspensionerade och rapporterar fler arbetsskador på grund av problem som kommer av sjukdomar i rörelseorganen.⁷⁸

I antologin ”Kön och ohälsa” sammanfattas rörelseorganens sjukdomar hos kvinnor och män på följande vis:

... kvinnor har en annan kroppsbyggnad än män med 40-60 % av mannens muskelstyrka. Vid 30 % upplevd ansträngningsgrad använder mannen ca 45 % av sin kapacitet medan samma upplevda ansträngningsgrad hos kvinnan ger en effekt motsvarande 30 % av mannens kapacitet.

Kvinnors och mäns arbetsliv ser också olika ut, där kvinnor finns och fastnar i mer monotona arbeten med högre muskulära krav. Kvinnors karriärutveckling är ur fysisk belastningssynvinkel negativ. Kvinnor har dessutom generellt sett högre fysiska krav i hemarbetet än männen och är oftare ensam ansvariga för hem och familj. Vad gäller socialt stöd, som kan vara en modifierande faktor för sjukdomsutveckling, är kvinnor oftare den som ger stöd medan mannen tar emot. Tiden för egen avkoppling och rekreation blir därför kortare för kvinnan.⁷⁹

Dubbelarbete har studerats alltför lite i relation till problem med rörelseorganen, och bör studeras mer för att se konsekvenserna av detsamma. Förslitning hos kvinnor ses ofta som ”naturlig” –som en del av normala åldersförändringar. Det monotona arbetet många kvinnor

⁷⁶ Levi 2002, s. 49.

⁷⁷ Eva Vingård, Åsa Kilbom ”Rörelseorganens sjukdomar hos män och kvinnor” i *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*, red. P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam, G. Lindberg (Lund: Studentlitteratur 1996) s. 169. Se Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1994.

⁷⁸ Vingård et al 1996, s. 183.

⁷⁹ Ibid, s. 183.

innehar har inte bedömts som att ge bestående skador, vilket det nu har visat sig göra. För kvinnor i övergångsåldern har många gånger orsaker ansetts bero på hormonella förändringar.⁸⁰ Man kan dock anta att det finns ett samband mellan dubbelarbete och problem med rörelseorganen.

Kvinnor har även svårare än män att få sina skador klassificerade som arbetsskador. Problem från rörelseorganen var till 21 % för kvinnor bekräftade som arbetsrelaterade i jämförelse med 38 % för män. Försäkringssystemet behandlar kvinnors och mäns ärenden olika. Trots att kvinnor rapporterar mer arbetsrelaterad sjukdom än män väljer försäkringskassan fler av de manliga fallen att gå vidare med. Det har visat sig vara dubbelt så svårt för kvinnor än för män att få sina arbetsrelaterade sjukdomar bekräftade och genom det få ersättning för dem, 23 % av de kvinnliga fallen kontra 44 % av de manliga fallen.⁸¹

En förklaringsmodell till den höga sjukfrånvaron vi står inför idag är den att de kvinnor som är födda under 1940- och 1950 tal som har dels förvärvsarbetat och dessutom tagit stort ansvar hemma nu börjar bli äldre. På grund av åldern klarar inte kroppen av lika stor belastning. För att då förhindra att denna utveckling fortgår i flera generationer och fortsätter att producera sjukfrånvaro bör problematiken runt dubbelarbete lyftas fram.

Eftersom arbetsdelningen inte har synliggjorts mellan kvinnor och män i Rydhs text blir bilden av kvinnors hälsa onyanserad. Det privata påverkar hälsan i arbetslivet.⁸² Det dubbla arbetet innebär också mindre fritid – mindre tid för motion och rekreation, vilket kan skydda mot besvär i rörelseorganen. Dubbelarbetandet kan ses som att påverka engagemanget i yrkeskarriären på ett sätt som inte främjar kvinnans position på arbetsmarknaden. Det kan vara en förklaring till att kvinnor oftare arbetar inom lågkvalificerade och fysiskt krävande arbeten.⁸³

Ytterligare en förklaring till varför kvinnor återfinns inom dessa yrken ges av Anderberg:

... till stor del på att organisations- och samhällsstrukturerna är gjorda för och av män och anpassade till ett hierarkiskt synsätt som länge bevarats och styrt samhället. Detta sätt att leda stimulerar prestationstänkande och tävlingssinne, egenskaper som små pojkar tidigt blivit uppmuntrade att lära sig. Sannolikt har därför uppfostran och tidig prägel av könsrollsmönster också betydelse. Flickor har istället stimulerats och uppfostrats till samarbete och att vårda och skapa goda relationer och nätverk. Flickan

⁸⁰ Carlstedt 1992, s. 77.

⁸¹ Östlin 2002 a, s. 57 Se Alexandersson, K., Östlin, P. (2001) "Women's and Men's Work and Health" in Marklund, S., eds. *Worklife and Health in Sweden 2000*. (Solna: Swedish Work Authority and National Institute of Working Life).

⁸² Carlstedt 1992, s. 56.

⁸³ Vingård et al 1996, s.180 ff.

är att anpassa sig och leka med dockor – pojken att ta strid, leka krig och tävla. Detta sätt att uppfostra barn, som inte alltid är medvetet, präglar oss även som vuxna och har sannolikt haft betydelse då normer och strukturer fått råda under många år då männen dominerat arbetsmarknaden i industrisamhället.⁸⁴

Löper högutbildade kvinnor mindre risk att bli sjukskrivna då deras jobb kan antas inte vara monotont? Studier visar att även högutbildade kvinnor i karriären är en speciellt utsatt riskgrupp för ohälsa. Kvinnliga chefer är mer stressade än sina manliga kollegor då de anser att de måste prestera bättre än manliga chefer för att anses vara lika bra. Män har konstruerat chefsbefattningar för män där man visar att man prioriterar sitt jobb genom att jobba övertid, kvällar och helger.⁸⁵ Dessa delar är ofta mer problematiska för kvinnor på grund av det större ansvaret för hem och barn. Då män har dominerat och fortfarande gör så i arbetslivet är det även de som rekryterar nya chefer, vilket kan antas missgynna kvinnor.

5.4.5 Manliga normer i arbetslivet

Rydh skriver om individens olika förutsättningar då jag istället skulle vilja skriva om köns olika förutsättningar. Riskfaktorer för ohälsa som beror på olika ergonomiska och fysiska förhållanden är större för kvinnor. Detta emedan det är mannen som utgör norm för olika anvisningar gällande till exempel storlek på olika sorts redskap som används i arbetet⁸⁶ och tillåtna nivåer av olika kemiska substanser i ämnen.⁸⁷ Ett sätt att hantera denna fråga skulle vara att titta på arbetsmiljölagen. Det framkommer ett strukturellt problem på grund av att det bara anges ett standardvärde till exempel gällande vikten på olika bördor som ska lyftas i arbetet.⁸⁸ Detta innebär att arbetsgivaren inte måste förändra de ergonomiska förhållandena för att se till kvinnors hälsa på arbetsplatsen.

Forskning om arbete och hälsa som tar hänsyn till kvinnors hela livssituation stöter man sällan på. Det finns dock undersökningar som visar att kvinnors hälsa är beroende av både den privata situationen och det avlönade arbetet. Mäns hälsa är i högre grad beroende av arbetsplatsen.⁸⁹ Rydh lägger mycket vikt vid arbetsplatsen och hur den ska förändras för att kunna skapa mer hälsa – med denna infallsvinkel i hälsoarbetet kommer viktiga perspektiv att

⁸⁴ Anderberg 2002, s. 217.

⁸⁵ Tore Hällström, "Psykisk ohälsa – könsskillnader. Förekomsten av psykiska sjukdomar hos män och kvinnor.", i *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*, red. P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam, G. Lindberg (Lund: Studentlitteratur 1996) s. 140.

⁸⁶ Vingård et al 1996, s. 173 Se Mörck E. *Internrapport* (AGA 1977).

⁸⁷ Östlin 2002 a, s. 58 Se Hansson, S.O. "The neglect of women in toxicology" in Kilbom, Å., Messing, K., Bildt-Thorbjörnsson, C. (eds.) *Women's health at work* (Solna. National Institute of working life).

⁸⁸ AFS 1998:1 "Belastningsergonomi" (Arbetskyddsstyrelsen 1998) s. 43.

⁸⁹ Carlstedt 1992, s. 50.

gå förlorade. Återigen speglas mäns verklighet i större utsträckning än kvinnors. Att bara se till arbetsplatsen vilket Rydh gör blir problematiskt. Det visar dock att Rydh inte har funderat i termer av hur hemarbetet påverkar arbetslivet. Eftersom detta samband finns anser jag det vara viktigt att lyfta frågan om ansvar för hushållet även i en utredning som främst handlar om arbetslivet. Dessa två faktorer kommer att påverka varandra.

Genussystemet är den överordnade principen för hur vårt samhälle organiseras, vilket gör att de genuskontrakt som finns i vårt samhälle kommer att påverka kvinnors och mäns hälsa. Rydh sätter dock inte sämre hälsa hos kvinnor i relation till underordning. Forskningsstudier visar att kvinnors levnadsvillkor ofta bortses från, vilket gör att de verkliga orsakerna till sjukskrivning och psykiskt lidande inte syns. Istället får orsakerna till sjukskrivningar ofta biologiska förklaringar eller ses de som en del av kvinnligheten som till exempel gällande förslitningsskador som tidigare nämnts.⁹⁰

5.4.6 Nedskärningar inom den offentliga sektorn

Det är anmärkningsvärt att Rydh inte nämner de offentliga arbetsgivarna mer än en gång i texten. De senaste åren har det skett stora nedskärningar inom den offentliga sektorn och det är här man finner den högsta sjukfrånvaron. Områden vård, skola och omsorg är en starkt kvinnodominerad sektor. Detta gör att nedskärningar inom offentlig sektor drabbar kvinnor av två anledningar, den första är att de kan få stressigare jobb då färre ska göra samma jobb som tidigare eller att bli arbetslösa. Det andra är att det idag betalda omsorgsarbete som utförs i dessa sektorer kan komma att utföras som obetalt arbete av kvinnor då vårdande av barn och äldre anses vara kvinnliga attribut.⁹¹ Att omvårdnad ses som ett kvinnligt attribut är ett resultat av den könssegregerade arbetsmarknaden som hjälper till att upprätthålla dessa värderingar.

Rydh utgår ifrån att kvinnor och män har samma möjligheter i sina utgångspunkter eftersom han mestadels refererar till individen och dess förutsättningar. Kvinnor och män har samma rättigheter - alla formella hinder är borttagna för kvinnor på arbetsmarknaden. Det Rydh missar är att det fortfarande är män som bestämmer vad som krävs för att duga och vad som menas med duglighet.⁹²

⁹⁰ Carlstedt 1992, s. 225.

⁹¹ Härenstam et al 1996, s. 284.

⁹² Carlstedt 1992, s. 81.

5.4.7 Sammanfattning

Utifrån forskning och annan litteratur kan man se att den ökning av sjukfrånvaron, där kvinnor är överrepresenterade, kan sättas i relation till den över- och underordning som präglar vårt samhälle. Kvinnors högre sjukfrånvaro är bland annat ett resultat av att kvinnor har en större total arbetsbörda på grund av det större ansvaret för hem och familj, ofta återfinns inom arbeten som är låg kvalificerade, monotona och utformade för att passa män i större utsträckning än kvinnor. Dessa fakta visar att sjukfrånvaron idag är påverkad av genus, vilket gör att en analys som bortser från genus blir bristfällig. Utifrån Rydhs analys av sjukfrånvaron lyfter Rydh fram olika förslag för att påverka och minska sjukfrånvaron. I nästa kapitel granskas dessa förslag närmare – vad blir konsekvenserna av förslagen då Rydh har bortsett från genus i sin analys?

5.5 Konsekvenser av förslag till åtgärder

5.5.1 Vikten av genusperspektiv

Rydhs text är till synes genusneutral och benämner inte individer utifrån kvinnligt och manligt. Detta skapar dock problem. Det jag vill visa med min analys är att genusneutraliteten och avsaknaden av ett genusperspektiv medför att den analys som görs om sjukfrånvaron och de förslag som förs fram av Rydh blir ineffektiva och vilseledande. Rydh skriver angående det utredningsarbete han har utfört:

Under årens utredningsarbete har sjukfrånvaron brutits ned och analyserats i nära nog alla möjliga kategorier.⁹³

För att kunna se att genusordning skapar social ordning och mening krävs det att man lyfter fram genusordningen i andra sociala struktureringar.⁹⁴ Ur detta perspektiv kan man se att den genusneutrala texten utgör ett problem just på grund av genusneutraliteten. Kvinnors underordning är idag en generell problematik som är ett enträget och konsekvent mönster, vilket gör att de flesta inte uppmärksammar det eller vill göra det.⁹⁵ Denna underordning leder till en ökad ohälsa bland kvinnor. Detta till trots avfärdar Rydh att det skulle kunna finnas generella orsaker till den ökande sjukfrånvaron. Han förbiser även att visa på att problematik inom hälsofrågor kan relateras till genus.

⁹³ Rydh 2002, s. 59.

⁹⁴ Hirdman 1994, s. 68.

⁹⁵ Hirdman 2001, s. 5.

5.5.2 Premiernas påverkan på arbetsgivare

Rydh menar att en ändring av försäkringssystemet skulle öka hälsan. Exempelvis:

Det kräver ett antal strukturella förändringar av försäkringssystemet. Bl.a. måste premierna göras mer försäkringsmässiga och bättre svara mot de skillnader i sjukfrånvaro som förekommer bland olika arbetsgivare.⁹⁶

Men hur ska detta göras och vilken verklighet ska speglas? Om individen har varit sjuk höjs premien då för arbetsgivaren såsom premien på bilförsäkringen höjs efter en krock med bilen? Hur ska man avgöra premierna - ska man gå in och titta på statistiken om vilka som är mest i riskzonen för att bli sjukskrivna? Detta skulle innebära dyrare premier för kvinnor, vilket skulle leda till en sämre situation för kvinnor på arbetsmarknaden. Rydh skriver även att arbetsgivare som sänker sjukfrånvaron ska belönas. Detta resonemang om förändring av försäkringssystemet ter sig problematiskt på flera sätt. Det kan bli skillnad på resultatet om man enbart utgår ifrån minskad sjukfrånvaro än om belöningssystemet utgår ifrån faktiska insatser som arbetsgivaren har gjort för att förbättra hälsan hos sina anställda. Minskad sjukfrånvaro kan ju skapas genom att inte anställa och försöka bli av med dem som är i riskzonen medan faktiska insatser på arbetsplatsen kan komma att ta längre tid att få resultat av och är även mer kostsamma för arbetsgivaren. Rydh skriver angående denna problematik:

Det kanske t.o.m. vore rimligt att företagshälsovården har en resultatklausul i sitt avtal. Om frånvaron minskar får FHV en bonus.⁹⁷

Rydh visar här att det är främst den minskade sjukfrånvaron som är målet, inte vägen dit. Jag tror att ett alltför resultatriktat försäkringssystem kan komma att stöta ut de som är i riskzonen för sjukskrivning då det blir alltför riskfyllt att anställa någon som befinner sig i riskzonen.

5.5.3 Sjuklöneperiodens påverkan på arbetsgivare

Rydh vill även att arbetsgivarens ansvar ökar i och med en förlängd sjuklöneperiod eftersom det skulle skapa ökade insatser för att främja hälsa på arbetsplatsen. Rydh tar själv upp problematiken med detta:

... som införs mot en förlängd sjuklöneperiod är att arbetsgivare då i ännu högre grad än tidigare inte skulle anställa sådana som kan befaras bli sjukskrivna. Personer med tidigare sjukdomshistoria skulle få svårt att få nytt arbete. Detta argument är i sig själv allvarligt men vid närmare genomgång har jag svårt att se att det håller. Inledningsvis är

⁹⁶ Rydh 2002, s. 60.

⁹⁷ Ibid 2002, s. 64.

det angeläget att notera att dagens system har stött ut 120 000 långtidssjukskrivna och 450 000 förtidspensionärer. Kan det bli värre? Det förefaller vidare högst osannolikt att en arbetsgivare skulle finna att vid just en sjuklöneperiod på 14 dagar skulle en dålig prognos vara acceptabel. Arbetsgivarens stora kostnad uppkommer inte genom sjuklönen utan via produktionsbortfallet. Om diskrimineringsargumentet anses hållbart betyder det också att man menar att dagens höga sjukfrånvaro inom vård, skola och omsorg skulle kunna ha förhindrats om kommuner och landsting bara fått anställa ”friskare” kvinnor.⁹⁸

I texten avfärdas diskrimineringsargumentet då Rydh inte ser ett problem i att förlänga sjuklöneperioden. Han ställer även frågan om det kan bli värre – det kan det nog. Kostnader för arbetsgivare beror inte av sjuklönen utan av produktionsbortfallet enligt Rydh. Den förlängda sjuklöneperioden skulle kunna leda till att arbetsgivare börjar satsa mer på sina anställdas hälsa. Dock tror jag att det även kommer att leda till att man vid nyanställning tittar på individens hälsoframtid och hur statistiken ser ut idag. Den förhöjda sjukfrånvaron hos kvinnor som är ett faktum beror inte av individen själv, utan beror av strukturella ordningar i vårt samhälle då kvinnor är underordnade män. Detta gör att en förlängd sjuklöneperiod kan komma att strukturellt missgynna kvinnor. Då Rydh redan tidigare har avfärdat idén om att det skulle finnas generella orsaker till den ökande sjukfrånvaron kan man förstå att han avfärdar diskrimineringsargumentet, men faktum kvarstår - kvinnor är mer sjukskrivna än män oavsett arbetsplatsens storlek. Detta visar på att det inte enbart är en fråga om vilken arbetsplats man tittar på.

En förlängd sjuklöneperiod anser jag också kan komma att leda till att det blir svårare att få en fast anställning och att arbetsgivare gärna vill hitta andra anställningsformer. Ökad svårighet att få fast anställning kommer inte att gynna hälsan då lösa och tillfälliga anställningsformer redan har blivit mer vanliga. Anställda med sådana anställningsformer rapporterar sämre arbetsförhållanden än övriga anställda. Svår trötthet som kan leda till utbrändhet blir allt vanligare och studier har visat att det finns signifikanta samband mellan utbrändhet och dåliga arbetsförhållanden.⁹⁹ Således skulle en förlängd sjuklöneperiod bli en ineffektiv åtgärd för att öka hälsan i arbetslivet.

Generellt har forskning visat att ojämlikhet i hälsa beror på ojämlika maktstrukturer, vilket leder till nackdelar för vissa grupper, inte bara ekonomiskt, socialt och politiskt utan

⁹⁸ Rydh 2002, s. 74.

⁹⁹ Levi 2002, s. 47. Se European Agency. *The state of occupational Safety and Health in the EU*. Bilbao European Agency for Safety and Health 2000; Cox, T., Griffith S., Rial González E. *Research on work-related stress*. Bilbao, European Agency for Safety and Health 2000.

också i termer av deras möjligheter att uppnå god hälsa.¹⁰⁰ Generellt kan man se att trots att kvinnor och män idag har samma utbildningsnivå och har vuxit upp med värderingar om jämställdhet har kvinnor fortfarande sämre förutsättningar att påverka sina livsvillkor. Dessa sämre förutsättningar kommer av kvinnors lägre representation i beslutande organ, och att de får lägre lön och pension.¹⁰¹ Därav blir det problematiskt att arbetsgivaren ska stå för en längre sjuklöneperiod och samtidigt tro att det inte kommer att avspeglas i hur och vilka man anställer, och att detta inte kommer att grundas på hur verkligheten ser ut idag.

5.5.4 Vikten av forskning om kvinnors hälsa i arbetslivet

I regeringens Folkhälsoproposition tas bland annat upp, att det idag saknas olika typer av kunskap om kvinnor i arbetslivet, till exempel angående vilka hälsoproblem som antingen är vanligast eller specifika för kvinnor, och effektiva förebyggande åtgärder inom kvinnoyrken. Det behövs mer kunskap om olikhet mellan könen i exponering inom samma yrke och att traditionella begrepp och definitioner inom arbetsrelaterad hälsa behöver göras om då de har mannen som norm.¹⁰²

Rydh skriver dock bland sina utgångspunkter:

Alla åtgärder måste sättas in för att förebygga orimligt stor sjukfrånvaro. Detta är redan idag ett ansvar som åvilar varje arbetsgivare. Kunskaperna om den goda arbetsplatsen finns i stor utsträckning.¹⁰³

Detta kan tolkas som att mannen är normgivande för Rydh. Kunskapen om den goda arbetsplatsen finns – men för män. Studier visar vidare att mer forskning har gjorts om män, deras arbetsplatser och arbetsmiljö.¹⁰⁴ Den ökade ohälsan finns idag inom offentlig sektor där det är en övervägande andel kvinnor som jobbar. För att minska denna trend behövs det mer kunskap om kvinnors arbetsrelaterade hälsa. Detta står inte med som en punkt där förslag till vidare forskning ges i Rydhs text. Som ett exempel har studier visat att stöd från chefen är en faktor för långtidsfriskhet i större utsträckning för kvinnor än för män. Denna skillnad i behov kan ses som att kvinnor är påverkade av att tillhöra makthierarkins lägre skikt, vilket gör att

¹⁰⁰ Pirooska Östlin, Gita Sen, Asha George, "Paying attention to gender and poverty in health research: content and process issues", *Bulletin of the World Health Organization*, 10 (2002):82. October) p. 741 Se Peter, F., Evans, T. "Ethical dimensions of health equity". in Evans, t., Whitehead, M., Diderichsen F., Bhuiya A, Wirth M., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action.* (New York: Oxford University Press;2001); Sen G., George, A., Östlin, P., "Engendering health equity. A review of research and policy." in Sen, G., George A, Östlin, P., eds. *Engendering international health - the challenge of equity.* (Cambridge: MIT Press; 2002.)

¹⁰¹ Härenstam et al 1996, s. 291.

¹⁰² Ågren 2004, s. 38.

¹⁰³ Rydh 2002, s. 63.

¹⁰⁴ Carlsted 1992, s. 25.

de är mer känsliga för kritik och därav har större behov av återkoppling i arbetet.¹⁰⁵ Jag anser att detta styrker att åtgärder inom hälsoarbete måste utrustas med ett genusperspektiv för att lyckas med sina målsättningar – i detta fall – ökad hälsa i arbetslivet.

5.5.5 Orsaker till kvinnors sjukfrånvaro

I en studie där man fokuserade på det faktum att kvinnor är mer sjukskrivna än män kom man fram till de vanligaste anledningarna till att kvinnor är sjukskrivna idag. Det första var att det var brist på adekvat vård för dessa kvinnor. Kvinnorna stod i långa sjukvårdsköer och ansåg att de inte har blivit tagna på allvar i sitt möte med sjukvården. Det andra var att de sjukskrivna kvinnorna i högre utsträckning än de icke sjukskrivna kvinnorna hade bristande närvaro på arbetsplatsen, de hade färre verksamma år än de som var friska. I denna studie kunde man se att de traditionella genuskontrakten var en stor anledning till den sämre förankringen på arbetsmarkanden. De sjukskrivna kvinnorna hade i större utsträckning haft ansvar för familj och barn och för att kunna göra det hade de jobbat deltid. I studien sågs ett samband mellan sjukskrivningsrisken och det antal år kvinnan hade arbetat deltid, risken ökade ju längre tid kvinnan hade arbetat deltid.¹⁰⁶ Utifrån dessa fakta kan man se att det framförallt är viktigt för hälsan att få arbeta heltid och att motverka att de traditionella genuskontrakten upprätthålls, vilket är delar som Rydh valt att förbise i sina förslag till åtgärder. Överrepresentation inom sjukskrivningar kan då ses mer som ett resultat av olika livsvillkor kvinnor och män emellan. Anpassning av arbetsplatsen till individen som en åtgärd blir då vilseledande eftersom det förpassar problemen till individen och inte till att det finns strukturer som missgynnar kvinnor på arbetsmarknaden och leder till ökad ohälsa.

93 % av de sjukskrivna kvinnorna ville börja yrkesarbete igen. Många av de sjukskrivna kvinnorna upplevde sig dock ha få reella chanser att byta jobb. Detta kunde i studien härledas till dåligt självförtroende. Som en annan viktig anledning till att kvinnor fastnar i långtidssjukskrivning är de dåliga löner många kvinnor innehar, särskilt inom den offentliga sektorn där det råder hög sjukfrånvaro¹⁰⁷. Rydh slår dock fast i sin utredning:

Den viktigaste slutsatsen blir därför att sjukfrånvarons förändringar bestäms av en relation mellan individens faktiska och/eller upplevda sjukdomssymtom och den egna arbetsplatsen.¹⁰⁸

¹⁰⁵ Aronsson et al 2004, s. 15 ff.

¹⁰⁶ Sandmark et al 2005, s. 4.

¹⁰⁷ Ibid, s. 4.

¹⁰⁸ Rydh 2005, s. 59.

Rydh har inte uppmärksammat de ekonomiska incitament som kan ligga till grund för ökad sjukskrivning, dels i form av att lägre lön kan ge upphov till stress och dålig hälsa som nämnts tidigare, dessutom att vid en lägre lön blir inte skillnaden till sjukpenning så stor. Forskning har visat på att nio av tio yrkesarbetande kvinnor förlorade ekonomiskt på att arbeta.¹⁰⁹

Ytterligare en anledning till att kvinnor sjukskrivs mer, som Rydh har förbisett då han har tagit fram förslag till ökad hälsa, är att kvinnors högre sjukskrivning delvis kan bero på att läkare ser olika på individer utifrån kön, vilket gör att kvinnor och män får olika behandlingar.¹¹⁰ Kvinnors ohälsa har ofta givits psykologiska förklaringar utan att det finns belägg för detta.¹¹¹ Det har även visat sig att män får nyare och dyrare mediciner även om kvinnor förskrivs mer medicin när det gäller depression.¹¹²

5.5.6 Den könssegregerade arbetsmarknaden

Biologiska funktioner har ibland fått förklara socialt givna skillnader mellan könen. Till exempel att vara mer känslomässig eller tålmodig, och mindre logisk har tillskrivits som kvinnliga egenskaper. Detta har lett till att kvinnor och män har ansetts vara lämpade för olika uppgifter i samhället. De kunskaper som kvinnor och män har fått genom att ha haft olika arbetsuppgifter har sedan beskrivits som medfödda egenskaper.¹¹³ Detta kan ses som en individuell- eller socialiseringsprocess som avser att konstruera och bibehålla den genusstruktur vi har. Man kan se hur enskilda individer socialiseras in i till exempel de dikotoma "föreställningarna" om vad som räknas som "feminint" respektive "maskulint".¹¹⁴ Denna process har påverkat könets olika position och villkor på arbetsmarknaden.¹¹⁵

Den könssegregerade arbetsmarknaden uppmärksammas inte i Rydhs text trots att könssegregeringen kan komma att påverka hälsan i arbetslivet. I Sverige idag har vi en starkt könssegregerad arbetsmarknad. Forskning har visat att en könssegregerad arbetsmarknad får negativa effekter på hur män ser på kvinnor och på hur kvinnor ser på män. Det förstärker de traditionella genusstereotyperna.¹¹⁶ Jobb som är typiskt manliga anses ha högre status och är därmed mer välbetalda förklaras med att dessa jobb är tyngre, mer ansvarsfulla, kräver mer utbildning, eller kräver någon form av specialistkompetens. Men vid en närmare titt på

¹⁰⁹ Sandmark et al 2005, s. 4.

¹¹⁰ Jessica Nordin, "Fördomar om kön styr läkarna i deras arbete", *Dagens medicin*, 23/3 2005.

¹¹¹ Carlstedt 1992, s. 46.

¹¹² Ågren 2004 s. 38.

¹¹³ Carlstedt 1992 s. 27.

¹¹⁴ Hjalmskog 1999, s. 310.

¹¹⁵ Carlstedt 2002, s.27.

¹¹⁶ Östlin 2002 a, s. 52 Se Anker R. *Gender and jobs. Sex segregation of occupations in the world*. Geneva: International Labour Office 1998.

typiska kvinnliga jobb ser vi att detta är en fråga om vem som bestämmer vad som anses vara mer värt. Inom vård finns både fysisk tunga och ansvarsfulla arbeten och även inom barnomsorgen är ansvaret stort och kräver specialistkompetens.

Genus konstrueras och genussystemet bibehålls genom olika interrelaterade processer varav en är den strukturella processen, som avser den följden den symboliska processen får i termer av till exempel könsarbetsdelning.¹¹⁷ Kvinnor återfinns inom vissa yrken och män inom andra, kvinnor gör vissa arbetsuppgifter inom hushållets ram, männen inom andra. Genom att inte ta i beaktande den problematik som följer av en könssegregerad arbetsmarknad bidrar Rydh till att genussystemet bibehålls och som tidigare visat bidrar detta till ohälsan.

I forskningsstudier har det visats sig att könsintegrerade arbetsplatser fungerar bäst. Sjukskrivningsincidensen för psykisk sjukdom korrelerar med hur pass könsintegrerad arbetsplatsen är. Detta gäller för både kvinnor och män. De extremt mans- eller kvinnodominerade arbetsplatserna visade de högsta sjukskrivningstalen medan väl könsintegrerade arbetsplatser visade lägst siffror för sjukfrånvaro.¹¹⁸ Detta stärker ytterligare att den könssegregerade arbetsmarknaden vi har i Sverige utgör ett hälsoproblem. Därav bör det vara av betydelse att verka för att integrationen mellan kvinnor och män ska öka på arbetsmarknaden

Vid läsandet av andra texter och forskningsstudier kan man se att kvinnors ohälsa till stor del kommer av den underordning hon står inför. Eftersom män är överordnade i arbetsliv och samhällsliv betyder det att män identifierar och definierar problem, och även att deras beslut om lösningar och prioriteringar av resurser har dominerat.¹¹⁹ Rydhs enmansarbete i denna utredning är ett exempel på mäns överordning, vilket ger företräde till att definiera problem och lösningar.

5.5.7 Särskiljandets problematik

Det är viktigt för mig att understryka att ohälsan idag inte handlar om att ett kön är fysisk och psykiskt svagare än det andra. Ohälsan kan istället bland annat härledas till de rådande genusstrukturerna i dagens samhälle. Att se till genusstrukturerna innebär att detta varken blir en fråga specifik för kvinnor eller en fråga som kan hanteras på individnivå. Det finns ett gemensamt ansvar att försöka förändra de mekanismer som är orsak till kvinnors växande

¹¹⁷ Hjalmeskog 1999, s. 310.

¹¹⁸ Hällström 1996, s.140 Se Hensing, G., Alexandersson, K., Åkerlind, I., Bjurulf, P."Sickleave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration". *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 1995:30.

¹¹⁹ Härenstam et al 1996, s. 291.

ohälsa. Detta är viktigt att påpeka för att inte själv bidra till särskiljandet av kvinnor och män och genom det konstruerandet och upprätthållandet av genussystemet.

5.5.8 Slutsatser

I Rydhs utgångspunkter för ”Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet” konstrueras inte genus i den mening att kvinnor och män särskiljs i texten. Däremot innebär osynliggörandet av genus problem eftersom sjukfrånvaron idag är påverkad av genus. Genom att bortse från den könssegregerade arbetsmarknaden, det ojämnt fördelade ansvaret för hem och familj blir problembilden missvisande. Rydh utgår ifrån en individuell modell då jag istället skulle utgå ifrån en strukturell modell för att förklara sjukfrånvaron. Genom att bortse från den över- och underordning som präglar vårt samhälle bidrar Rydhs text till att konstruera och bibehålla genussystemet.

Rydh använder sig nästan genomgående av genusneutrala benämningar för att beskriva människor i texten. Till exempel nämns arbetsgivare ofta i texten. Som en förklaring till den stora ohälsan idag menar Rydh är att arbetsgivare inte tar ett tillräckligt stort ansvar för sina anställdas hälsa. Han menar på att arbetsgivare måste anpassa arbetsplatsen till individens faktiska situation och förmåga. Rydh tar även upp att individer har olika förutsättningar gällande sjuklighet och friskhet, vilket påverkar sjukfrånvaron.

I både Rydhs benämningar av människor i texten och i de förklaringsmodeller han presenterar som anledningar till den höga sjukfrånvaron idag använder sig Rydh av genusneutrala begrepp. Konsekvenserna av detta är mångfacetterade, en konsekvens är den att genusneutraliteten leder till att de verkliga orsakerna till den ökade sjukfrånvaron inte åskådliggörs. De olika levnadsvillkor människor står inför idag på grund av könstillhörighet ses då inte som en av anledningarna till den ökade sjukfrånvaron.

För att reducera skillnaderna i hälsa och öka hälsan i arbetslivet måste det skapas möjligheter för båda könen att kombinera olika roller i livet, såsom karriär, äktenskap och barn. Påverkan och kontroll av arbetet kan ses som viktiga ingredienser i detta arbete.¹²⁰ Detta anser jag skulle öka hälsan i arbetslivet. Rydh skriver själv:

”En handlingsplan för ökad hälsa” måste bedömas mot bakgrund av de fakta som nu föreligger. De indikerar med full tydlighet att endast samlade, strukturella och kraftfulla åtgärder kan förväntas leda till önskvärda förändringar. Det finns med andra ord inga enkla, okontroversiella metoder som lätt leder till resultat. Än mindre finns det mot

¹²⁰ Lundberg 2002, s.124.

bakgrund av tillgängliga fakta anledning att tro att en återgång till tidigare låga sjukfrånvarotal sker av sig självt.¹²¹

Detta håller jag med om, men i Rydhs handlingsplan har det manliga synsättet företräde. Han menar att handlingsplanen måste bedömas mot den bakgrund av fakta som finns, men detta beror av vilka fakta man tittar på och hur man tolkar dessa. Kvinnors sjukskrivning ökar drastiskt och Rydh tar inte upp detta mer än som ett konstaterande för att sedan övergå till att prata om individer och olika förmågor. Rydh tar inte heller hänsyn till det faktum att ojämlikhet mellan könen skapar stress och att ökad jämlikhet skulle gynna i synnerhet kvinnors hälsa men också mäns hälsa.¹²² Rydh tar inte heller upp problemen som en könssegregerad arbetsmarknad innebär och vilka fördelar inom hälsa som skulle kunna skapas av en ökad könsintegration.

Att bortse från genus som Rydh gör i sin text kan dock vara ett sätt att undvika maktfrågor, man förbiser helt enkelt att samhället präglas av ojämlikheter. Vi har ju alla samma rättigheter, alltså är vi jämställda. Detta blir dock bara jämställdhet i teorin. Att det ser annorlunda ut i praktiken – män har mer makt än kvinnor och är mindre sjukskrivna – tillskriver man gärna biologiska skillnader. Som presenterat tidigare – vi är mer eller mindre robusta och innehar olika anlag för friskhet och sjukdom. Men då sjukfrånvaron ökar kraftigt för en grupp i samhället, i detta fall kvinnor, blir det problematiskt att tillskriva sjukfrånvaron till individuella attribut. Genuskontrakten påverkar våra levnadsvillkor och det skapar olika förutsättningar för att uppnå god hälsa i arbetslivet vilket forskning har visat. Genussystem blir därför en viktig del som bör uppmärksammas i en utredning som behandlar hälsa i arbetslivet.

Larsson och Ohrlander skriver i sin rapport om hur genus skapas:

Feministisk forskning och genusforskning har sedan länge ifrågasatt könsneutraliteten inom kunskapsteori och epistemologi och menar att den döljer att människan handlar om mannen och att den kunskap som diskuteras representerar patriarkala och manligt kodade praktiker och kunskapsideal.¹²³

Denna problematik kan man tydligt se i Rydhs text då den genusneutrala texten utgör ett problem just på grund av genusneutraliteten. Den höga sjukfrånvaron är idag påverkad av genus och för att komma till rätta med den höga sjukfrånvaron är det angeläget att börja se till

¹²¹ Rydh 2002, s. 58.

¹²² Anderberg 2002, s. 218.

¹²³ Håkan Larsson, Kajsa Ohrlander, *Att spåra och skapa genus i gymnasieskolans program- och kursplanetexter*, (Centrum för genus- och utbildningsvetenskap, Lärarhögskolan februari 2005) s. 11.

de faktiska orsakerna till kvinnors högre sjukfrånvaro och inte gömma problemen i individers olika förutsättningar.

Käll- och litteraturförteckning

Tryckta källor

AFS 1998:1 "Belastningsergonomi" (Arbetskyddsstyrelsen 1998).

Anderberg, Ulla Maria "Stress och smärta. Könshormonella aspekter på stress", i *Stress – molekylerna, individen, organisationen, samhället*, red. Rolf Ekman och Bengt Arnetz (Falköping: Liber 2002), s. 209-223.

Aronsson, Gunnar, Lindh, Tomas, "Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie.", *Arbete och hälsa Vetenskaplig skriftserie* (2004:10).

Björk Nina, *Under det rosa täcket. Om kvinnlighetens vara och feministiska strategier*. (Danmark: Norhaven a/s 1999).

Carlstedt Gunilla, *Kvinnors hälsa. En fråga om makt*, (Falun: Tiden/Folksam 1992).

Fundberg Jesper, *Kom igen gubbar! Om pojkfotboll och maskuliniteter* (diss. Stockholm: Carlsson Bokförlag 2003).

Hammarström, Anne "What could a gender perspective mean in medical and public-health research?" in *Gender and social inequities in health – a public health issue*, eds. Sarah P. Wamala and John Lynch (Lund: Studentlitteratur 2002) s.21-37.

Hammarström, Anne, Härenstam, Annika, Östlin, Pirooska "Kön och ohälsa – begrepp och förklaringsmodeller", i *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*, red. P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam, G. Lindberg (Lund: Studentlitteratur 1996) s. 7-23.

Hartman Heidi, "Kapitalismen, patriarkatet och könssegregationen i arbetet", i *Genus i historisk forskning*, red. Christina Ericsson (Lund: Studentlitteratur 1993) s.96-130.

Hirdman, Yvonne, *Genusanalys av välfärdstaten: en utmaning av dikotomierna*, Särtryck nr 5 (Institutet för arbetslivsforskning: Stockholm 1994).

Hirdman, Yvonne, *Genus – om det stabila föränderliga former* (Malmö: Liber 2001).

Hirdman, Yvonne, "Genussystemet – reflexioner kring kvinnors sociala underordning, i *Genus i historisk forskning*, red. Christina Ericsson (Lund: Studentlitteratur, 1993) s.146-161.

Hjälmeskog, Karin "Feminism, pragmatism och utbildning", i *Textanalys*, red. Carl Anders Säfström och Leif Östman (Lund: Studentlitteratur 1999) s. 305-323.

Hällström, Tore "Psykisk ohälsa – könsskillnader. Förekomsten av psykiska sjukdomar hos män och kvinnor.", i *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*, red. P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam, G. Lindberg (Lund: Studentlitteratur 1996) s. 127-148.

Härenstam, Annika, Aronsson, Gunnar, Hammarström, Anne "Kön och ohälsa i ett framtidsperspektiv" i *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*, red. P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam, G. Lindberg (Lund: Studentlitteratur 1996) s.281-316.

Johannisson, Karin "Stressperspektiv", i *Stress – molekylerna, individen, organisationen, samhället*, red. Rolf Ekman och Bengt Arnetz (Falköping: Liber 2002), s.13-29.

Larsson, Håkan, Ohrlander, Kajsa, *Att spåra och skapa genus i gymnasieskolans program- och kursplanetexter*, (Centrum för genus- och utbildningsvetenskap, Lärarhögskolan februari 2005).

Levi, Lennart "Stress – en översikt. Internationella och folkhälsoperspektiv", i *Stress – molekylerna, individen, organisationen, samhället*, red. Rolf Ekman och Bengt Arnetz (Falköping: Liber 2002), s.44-61.

Lundberg, Ulf "Gender, multiple roles and physiological reactions", in *Gender and social inequities in health – a public health issue*, eds. Sarah P. Wamala and John Lynch (Lund: Studentlitteratur 2002) s. 123-145.

Nationalencyklopedin: Ett uppslagsverk på vetenskaplig grund utarbetat på initiativ av Statens kulturråd, Band 15, 1994.

Nordin, Jessica "Fördomar om kön styr läkarna i deras arbete", *Dagens medicin*, 23/3 2005.

Rydh, Jan *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet: Slutbetänkande Statens offentliga utredningar*, 2002:5 (Socialdepartementet: Fritzes 2002).

Theorell, Töres "Arbete och hjärtskärl sjukdomar hos män och kvinnor", i *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*, red. P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam, G. Lindberg (Lund: Studentlitteratur 1996) s. 186-205.

Vingård, Eva, Kilbom, Åsa "Rörelseorganens sjukdomar hos män och kvinnor" i *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*, red. P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam, G. Lindberg (Lund: Studentlitteratur 1996) s. 169-185.

Wamala, Sarah P, Ågren, Gunnar "Gender inequity and public health. Getting down to real issues." *European Journal of public health*, (2002: 12) s.163-165.

Wamala, Sarah P., Lynch, John, "Introduction. Integrating research on gender and social inequities in health" in *Gender and social inequities in health – a public health issue*, eds. Sarah P. Wamala and John Lynch (Lund: Studentlitteratur 2002) s.11-20.

Ågren, Gunnar *Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan*, Statens Folkhälsoinstitut Rapport 2004:20.

Östlin, Pirooska, Sen, Gita, George, Asha "Paying attention to gender and poverty in health research: content and process issues", *Bulletin of the World Health Organization*, 10 (2002:82. October). (b)

Östlin, Piroška "Gender inequalities in health: the significance of work" in *Gender and social inequities in health – a public health issue*, eds. Sarah P. Wamala and John Lynch (Lund: Studentlitteratur 2002) s.43-61. (a)

Elektroniska källor

Sandmark, Helene, Renstig, Monica, *Kvinnors sjukskrivning. En studie om riskfaktorer för långtidsjukskrivning* (<http://www.wombri.se>) hämtad 2005-04-22.

Bilaga 1

Käll- och litteratursökning

VAD?

Ämnesord:

Folkhälsa
Hälsa - health
Genus - gender
Folkhälsoarbete
Winfridsson
könsparadoxen
Paradox
Inequity
inequality
public
SOU
Genusanalys
Kön
analys

VARFÖR?

I min uppsats vill jag belysa det nödvändiga med ett genusperspektiv i folkhälsoarbetet. Detta gör att folkhälsa/hälsa och genus blir självklara sökord för att ta reda på vad som skrivits i ämnet och hur genusperspektivet hitintills har införlivats i hälsoarbetet.

HUR?

| <u>Databas</u> | <u>Söksträng</u> | <u>Antal träffar</u> |
|----------------|---|----------------------|
| Libris | folkhälsa genus | 4 |
| Libris | hälsa genus | 189 |
| Libris | gender inequality health | 10 |
| GENA | hälsa | 50 |
| Pub Med | gender AND differences AND health AND paradox | 12 |
| Pub Med | gender and inequity AND public AND health | 17 |
| Libris | hälsa SOU | 153 |
| Libris | genusanalys | 5 |
| Libris | kön analys | 27 |

KOMMENTAR

När jag började söka visste jag inte exakt hur min frågeställning skulle komma att se ut vilket gjorde att jag började söka inom ämnet folkhälsoarbete och genusperspektiv och utvecklade frågeställningen allt eftersom.