

## MORE EQUALITY, LESS SICK LEAVE?

### An epidemiological study of gender equality and sick leave at work

LISA HARRYSON AND SOFIA ELWÉR

#### **Keywords**

Gender equality, workplace, sick leave, gender segregated labor market

#### **Summary**

This study analyses how sick leave among women and men are related to patterns of gender equality in the workplace. The study is based on register data from the Longitudinal Integration Database for Health Insurance and Labor Studies (LISA), and includes 520 workplaces for 134 450 people. Indicators of gender equality in the workplace consist of women to men ratio in terms of number of employees, salaries, education and parental leave. Cluster analysis is used to identify patterns of gender equality. Differences in women's and men's sick leave are analysed by chi-square test and logistic regression analyses.

The analysis compares sick leave between six clusters of workplaces with different patterns of gender equality: 1) unequal with higher scores for men, 2) majority of women and equal salary, 3) equal salary and more parental leave for men, 4) unequal with equal representation, 5) equal in divergent spheres, 6) traditionally unequal. None of the clusters were completely gender equal, but the result of the analysis shows that the most gender equal workplaces have the lowest level of sick leave. For both women and for men, the odds for sick leave are higher in workplaces with a majority of women that otherwise are relatively gender equal. For men, the odds for sick leave were higher at traditionally gender unequal workplaces.

An equal representation of women and men in the workplace does not necessarily imply gender equality in other aspects such as salary, education and parental leave. More gender equal workplaces yet have lower risk of sick leave for both women and men, even though women consistently have higher rates of sick leave. A multidimensional approach to gender inequality in the workplace is important for understanding the skewed distribution of sickness absence between women and men in the general population.

Genom en kvantitativ ansats, och med en flerdimensionell syn på jämställdhet, visar Lisa Harryson och Sofia Elwér på samband mellan bristande jämställdhet på arbetsplatser och en sned fördelningen av sjukskrivning mellan kvinnor och män. Författarna diskuterar i artikeln relationer mellan jämställdhet, könsmaktsrelationer, hälsa och sjukskrivning.

## MER JÄMSTÄLLT, MINDRE SJUKSKRIVNING?

### En epidemiologisk studie om jämställdhet och sjukskrivning på arbetsplatser

LISA HARRYSON OCH SOFIA ELWÉR

Sedan 1980-talet har kvinnor i Sverige högre sjukskrivningstal än män (Angelov med flera 2011). En av de vanligaste förklaringarna är att kvinnor i högre grad har ansvar för hemarbete och familj, vilket i kombination med ansvar för förvärvsarbete leder till en hög total arbetsbelastning, som i sin tur riskerar att öka upplevelser av sämre självskattad hälsa (Angelov med flera 2011; Staland-Nyman med flera 2014; Försäkringskassan 2015; Voss och Lindwall 2015). Kvinnors högre sjukskrivning kan relateras till den könssegregerade arbetsmarknaden som innebär att kvinnor i högre grad innehar arbeten med höga krav, begränsad kontroll, färre möjligheter till återhämtning och lägre lön (Elwér med flera 2010; Campos-Serna med flera 2013; Sterud 2014). Kvinnors arbeten tenderar dessutom att vara emotionellt ansträngande samtidigt som det kräver precision och ständig upprepning (Hooftman med flera 2005).

Ytterligare en förklaring till skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män kan ligga i hur förvärvsarbetet på arbetsplatser är organiserat efter könade förväntningar och maktstrukturer (Connell 2006a; Sörilin med flera 2011). Bristande jämställdhet på arbetsplatser kan vara förknippat med en stressfylld situation som kan kopplas till ohälsa och i förlängningen sjukskrivning (Hensing och Alexanderson 2004; Savikko med flera 2008; Svedberg med flera 2009).

I denna artikel undersöker vi jämställdhet på arbetsplatsnivå i kvantitativa termer genom att analysera hur fördelningen av antalet anställda kvinnor och

män samt skillnader mellan kvinnor och män i lön, utbildning och uttag av föräldrapenning är relaterat till sjukskrivning. Vad det gäller representation av kvinnor och män på arbetsplatsen har tidigare studier påvisat en ökad risk för fysisk och psykisk ohälsa bland kvinnor som arbetar i yrken där män är i majoritet (Evans och Steptoe 2002; Savikko med flera 2008), och mindre risk för ohälsa i de få yrken som är könsintegrerade (Svedberg med flera 2009). En begränsning i tidigare forskning är dock att fokus framförallt har varit på att undersöka olika dimensioner av jämställdhet inom yrken, medan studier som undersöker hur flera dimensioner av jämställdhet på arbetsplatser interagerar och påverkar hälsan hos de anställda är ovanliga (Nielsen med flera 2009). Dessa studier har visat att på arbetsplatser som är könsintegrerade tenderar kvinnor att ha lägre nivåer av långvarig sjukskrivning (Bryngelson med flera 2011), medan både kvinnor och män som arbetar på kvinnodominerade arbetsplatser har en högre risk för kortvarig sjukskrivning (1-3 dagar) (Laaksonen med flera 2012). Vidare utgör arbetsplatsen en viktig arena för att förstå den könade uppdelningen av vård av barn (Bygren och Duvander 2006; Allard med flera 2011). Tidigare studier inom detta område har främst fokuserat på hur fördelningen av föräldraledigheten är relaterat till föräldrarnas hälsa och sjukskrivning, och inte hur föräldraledighet och sjukskrivning samverkar genom arbetsplatsen. Dessutom visar tidigare studier motstridiga resultat; ett jämställt nyttjande av föräldraledigheten kan både öka och minska risken för sjukskrivning, beroende på kontextuella faktorer som egen och partners arbetsmarknadssituation och i vilken utsträckning som ett par avviker i förhållande till fördelningen av föräldraledighet mellan kvinnor och män i den kommun man tillhör (Backhans med flera 2009; Försäkringskassan 2015).

I en av de få svenska studier som undersökt flera olika aspekter av kvantitativ jämställdhet inom organisationer konstruerades ett index som sammanfattade könsskillnader i lön, föräldraledighet, utbildning och antalet anställda kvinnor och män (Sörlin med flera 2011). Studien visade att inom organisationer med små könsskillnader var sjukskrivningsnivåerna mer lika för kvinnor och män. Studien tog dock inte hänsyn till att det fanns olika arbetsplatser inom organisationerna och inte heller riktningen av ojämställdhet, det vill säga om det var kvinnor eller män som exempelvis hade högre eller lägre lön. I föreliggande studie synliggör vi om det är kvinnor eller män som är förfördelade (det vill säga tar hänsyn till jämställdhetens riktning) samt undersöker hur flera dimensioner av jämställdhet på arbetsplatser samverkar och kan relateras till sjukskrivning bland kvinnor och män. Studien har två syften:

- 1) Att undersöka hur olika mönster av jämställdhet på arbetsplatser är relaterade till risker för sjukskrivning bland kvinnor och män.

2) Att reflektera över vilka teoretiska konsekvenser som följer med operationaliseringen av jämställdhet och de statistiska metoder som används i artikeln.

### Jämställdhet - ett mångdimensionellt begrepp

Jämställdhet är ett omdiskuterat begrepp från en rad olika teoretiska och politiska perspektiv, med olika visioner om hur ett jämställt samhälle skulle se ut och hur vi skulle kunna komma dit. Jämställdhet utgör en central fråga i såväl feministisk forskning (Young 1990; MacKinnon 2001; Nentwich 2006) som hälsoforskning (Sen med flera 2007; Annandale 2009; Payne och Doyal, 2010). Inom båda dessa traditioner finns det olika uppfattningar om vad jämställdhet kan innebära och hur vi bäst analyserar det. En av de mest omdiskuterade frågorna handlar om huruvida kvinnor och män bör betraktas och behandlas lika eller olika för att nå jämställdhet. *Likhetsperspektivet* bygger på liberalfeministiska idéer om att minimera skillnaderna mellan kvinnor och män, för att kvinnor ska kunna delta i samhället på lika villkor som män. Främjande av jämställdhet ur detta perspektiv innebär att kvinnor bör ges samma resurser, möjligheter och behandling som män (Young 1990; Nentwich 2006). När kvinnor och män har samma behov av exempelvis utbildning eller hälsovård kan lika möjligheter och lika behandling leda till jämställdhet, men när kvinnor och män har olika förutsättningar och därför olika behov kan lika möjligheter och lika behandling i stället leda till att förstärka skillnader mellan kvinnor och män (Nentwich 2006). I

praktiken kan lika behandling eller lika villkor betyda att kvinnor måste anpassa sig till manligt normerande beteenden för att bli accepterade i samhällen, organisationer och på arbetsplatser (Connell 2006b). *Skilnadsperspektivet* bygger på ståndpunktsfeministiska antaganden och syftar till att jämna ut hierarkiska skillnader mellan kvinnor och män. Ur detta perspektiv följer att kvinnors kunskap, kompetens och visioner också ska värderas och nyttjas i samhället på samma sätt som mäns kunskaper, kompetens och visioner (Young 1990; Nentwich 2006). Jämställdhet ur detta perspektiv innebär därför att olika behandling eller olika möjligheter skulle jämna ut könade hierarkier. Ett dilemma med skillnadsperspektivet är att olika behandling eller olika möjligheter riskerar att förstärka eller skapa nya skillnader i synen på om kvinnor och män är lika eller i behov av samma behandling (Nentwich 2006). Skillnadsperspektivet förutsätter också en föreställning om likhet mellan kvinnor och män för att definiera sitt mål, det vill säga att kvinnor och män är "annorlunda men lika värda". Likhetsperspektivet behöver å sin sida en föreställning om att det finns skillnader mellan kvinnor och män, men att dessa går att minimera (Nentwich 2006). Genom dessa dilemman är likhets- och skillnadsperspektiven beroende av och relaterade till varandra. I hälsotermer innebär det att biologiska och sociala förutsättningar för människors hälsa ibland behöver betraktas som lika och ibland som olika för kvinnor och män (Hammarström med flera 2014). I situationer där kvinnor och män har samma behov, kan lika möjligheter

leda till likvärdiga hälsoreultat, medan i situationer där kvinnor och män har olika behov, är målinriktade och olika strategier nödvändiga för att uppnå jämställdhet i hälsa (Payne och Doyal 2010).

Utgångspunkten i denna artikel är att både likhets- och skillnadsperspektiv på jämställdhet är socialt konstruerade, och sätter ramarna för förståelsen av interaktioner mellan jämställdhet och hälsa. Tolkning och operationalisering av jämställdhet skapar därför begränsningar och möjligheter för förståelsen av vilken betydelse könade processer på arbetsplatsen har för människors hälsa och sjukdom. I föreliggande artikel tänker vi oss att jämställdhet på arbetsplatsen relateras till sjukskrivning på samma sätt för kvinnor och män. Vi operationaliserar jämställdhet på arbetsplatser i termer av likhet mellan kvinnor och män i lön, utbildning, föräldraledighet samt lika representation av antalet anställda kvinnor och män på arbetsplatsen.

### Arbetsplatser, kön och makt

För att bättre förstå och på sikt kunna förändra könade ojämlikheter när det gäller hälsa har feministiska forskare lyft fram betydelsen av att inkludera könsmakts teorier i empiriska analyser av befolkningsgrupper (Öhman 2008; Connell 2012). En av de tydligaste organisatoriska aspekterna är arbetsmarknadens könssegregering, vilket innebär att kvinnor och män återfinns inom olika yrken (horisontell segregering) och på olika hierarkiska positioner (vertikal segregering) och därför utsätts för olika arbets-

miljöer och hälsorisker (Statens Offentliga Utredningar 2004; Messing och Östlin 2006). Men könade relationer finns också inom organisationer och inkluderar ojämsstäldhet mellan kvinnor och män i termer av möjligheter, tillgångar, resurser och förmåner (Sen och Östlin 2008). I föreliggande artikel är arbetsplatsen den centrala arenan där olika dimensioner av jämställdhet förväntas interagera och samverka med människors sjukskrivning. Vi utgår från Connells (2006a, 2006b) relationella beskrivning av *könsmaktsregimer*, vilken inkluderar könade relationer inom en organisation som är länkade till *könsmaktsordningen*, det vill säga de större mönstren av könade relationer i samhället. En av de mest genomgripande dimensionerna av könsmaktsordningen är att det antas finnas en könad fördelning av betalt och obetalt arbete, där arbetet i hemmet ofta definieras i relation till kvinnlighet och förvärvsarbetet ofta definieras i relation till manlighet (Connell 2009). Detta medför att kvinnor oftare förväntas prioritera barn och familj för att kunna uppfylla sin position som goda mödrar, snarare än att hävda sina rättigheter som kvinnor i ett ojämsställt samhälle (Moller Okin 1989). Vidare har könsmaktsordningen i samtida västerländska länder ofta en patriarkal uppdelning, vilket innebär att män som grupp har fördelar i form av pengar, auktoritet, respekt, känslomässigt stöd, kontroll över sina liv och tillgång till institutionell makt (Connell 2009). Detta medför också att män som grupp har privilegier och förmåner i samhället som kan ha betydelse för att bibehålla och uppnå en god hälsa

(Doyal 2000; Schofield 2010). Samtidigt finns det hierarkier inom gruppen av män som inte alltid är till fördel för mäns hälsa, som exempelvis olika typer av risktagande eller undanträngande av känslor (Connell och Messerschmidt 2005). Arbetsplatser kan upprätthålla en könad uppdelning av arbete och utgöra en arena där könade maktprocesser innebär att män och maskulinitet genomsyrar organisationen och att kvinnor marginaliseras eller diskrimineras (Acker 1990; Connell 2006a). Samtidigt kan betydelsen av samhällets könsmaktsordning se olika ut på arbetsplatsnivå, vilket innebär att könsmaktsregimer ibland stämmer överens med samhällets normer om kvinnor och män och ibland står i motsättning till desamma. Sammanfattningsvis skapar och omskapar könade mönster i samhället och på arbetsplatsen kvinnors och mäns livsvillkor i form av möjligheter och begränsningar för att utveckla en god hälsa (Messing och Östlin 2006).

### **Teoretiska perspektiv på hälsa och sjukdom**

Ur ett folkhälsoperspektiv är det inte endast centralt att uppnå en god genomsnittlig hälsa i befolkningen, utan också avgörande att minska skillnader i hälsa och ohälsa mellan olika grupper (Berkman med flera 2014). Utgångspunkten i denna studie är att människors möjligheter till god hälsa och minimering av sjukdom påverkas av den kontext de befinner sig i, vilka sociala och ekonomiska resurser som finns tillgängliga, och i vilken utsträckning de har makt att påverka sitt eget liv (Schofield 2010; Berkman med flera 2014). Vi utgår därför från att hälsa och sjukdom måste förstås i sitt sociala sammanhang, där könsmaktsrelationer är en av de mest genomgripande dimensionerna i människors liv (Hankivsky och Christoffersen 2008; Öhman 2008).

Vid studier om sjukskrivning är det viktigt att vara medveten om att köns-skillnader kan se olika ut beroende på ålder, nationell kontext och sjukskrivningens längd (Bekker 2009). I denna artikel utgår vi från att sjukskrivning är en konsekvens av sjukdom eller ohälsa som medför arbetsoförmåga. Vår utgångspunkt är att sjukskrivning är grundat i kontextuella faktorer såsom psykosocial och fysisk arbetsmiljö och familjeansvar (Alexanderson 1998; Voss och Lindwall 2015), samt individuella faktorer så som individers allmänna hälsostatus och i viss utsträckning graviditet särskilt bland yngre kvinnor (Bekker 2009; Sydsjö med flera 2001). Sjukskrivning kan därför ses som ett integrerat mått på fysiska, psykiska och sociala funktioner (Marmot med flera 1995). Samtidigt kan sjukskrivning i viss utsträckning förutse ohälsa och sjukdom längre fram i livet, som exempelvis ökad risk för lägre självskattad hälsa samt ökad risk för förtidspension och förtida död (Vahtera med flera 2010).

### Metoder: att mäta och analysera jämställdhet och sjukskrivning

Urval av deltagare till föreliggande studie har gjorts via en grupp individer som är representativ för den svenska befolkningen vad det gäller fördelning av kvinnor och män, arbete, socioekonomi och hälsa (Novak 2010; Hammarström och Janlert 2011). För alla individer som år 2007 tillhörde en arbetsplats (n=837) inhämtades för föreliggande studie arbetsplatsinformation genom registerdata från Statistiska Centralbyråns Longitudinella Integrationsdatabas för Sjukförsäkring och Arbetsmarknadsstudier (LISA databasen) för åren 2003-2007 (Elwér med flera 2013). Registerdata innehöll information om kön, lön, utbildning, föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning, ålder och sjukskrivning för samtliga anställda vid arbetsplatserna (n = 135 398). Arbetsplatser med enbart kvinnor eller män uteslöts då syftet var att analysera mönster av ojämställdhet mellan kvinnor och män. Detta resulterade i en studiegrupp om 134 450 personer (68 744 kvinnor, 65 706 män) som arbetade på 520 arbetsplatser.

För att beskriva *jämställdhet på arbetsplatserna* har vi för denna studie använt sex olika mönster som baseras på fem indikatorer av jämställdhet på arbetsplatserna. Dessa mönster utvecklades i en klusteranalys i en tidigare artikel där de analyserats i relation till psykisk ohälsa (Elwér med flera 2013). Indikatorerna (lön, utbildningsnivå, föräldrapenning och andel män och kvinnor på en arbetsplats) valdes för att spegla jämställdhet på arbetsplatserna. Socioekonomiska resur-

ser mätt genom lön och utbildningsnivå avser att spegla mäns respektive kvinnors positioner och makt på arbetsplatsen. Den könade uppdelningen av omvårdnad av barn (mätt genom föräldrapenning) avser spegla hur könsnormer kring föräldraskap visar sig på arbetsplatsnivå. Andelen kvinnor och män på arbetsplatsen avser spegla arbetsplatsens position på den könssegregerade arbetsmarknaden. Genom att inkludera olika aspekter av jämställdhet på arbetsplatsen möjliggjordes beskrivningar av jämställdhetsmönster som helhet, i stället för att undersöka varje enskild aspekt separat. Teoretiskt sett speglar helheten av jämställdhetsindikatorerna olika arbetsplatsers könsmaktsregimer (Connell 2006a), vilket är en del av de könade mönster inom organisationer som kan påverka hälsan genom könade möjligheter, resurser och förmåner (Sen och Östlin 2008). Operationaliseringen av jämställdhetsindikatorerna skapades genom en sammanställning av arbetsplatsdata från LISA-databasen och beräknades genom förhållandet kvinnor/män för:

- (I) antalet anställda
- (II) genomsnittlig nettolön
- (III) genomsnittlig utbildningsnivå enligt SCBs sjugradiga skala
- (IV) genomsnittliga nettodagar i föräldrapenning
- (V) genomsnittliga nettodagar i tillfällig föräldrapenning.

För indikatorerna antal anställda, lön och utbildning användes data från år 2007. Eftersom föräldrapenning och tillfällig

föräldrapenning kan variera mellan åren, särskilt på små arbetsplatser, användes data från åren 2003–2007 för indikatorerna baserat på föräldrapenning. Kvoterna för varje enskild jämställdhetsindikator kategoriserades i fem grupper för att kunna användas i klusteranalysen: först valdes en jämställd grupp för respektive indikator som motsvarade 40–60 procent kvinnor/män, och därefter skapades två lika stora grupper åt vardera ojämsställd riktning; högre numeriska värden för kvinnor respektive högre numeriska värden för män (tabell 1).

För att ta hänsyn till arbetsplatsernas olika näringsgrenar användes *Svensk Näringsgrensindelning* (SNI), vilket är en klassificering av olika aktiviteter som bedrivs på företag och arbetsställen. För att ta hänsyn till ålder på arbetsplatserna användes variabeln *andel yngre*, vilket innefattar personer yngre än 38 år, eftersom det är innan den åldern som flertalet tar ut den största delen föräldraledighet.

*Totalt antal sjukskrivningsdagar per år* innefattar antalet nettodagar av sjukskrivning som betalats ut av både arbetsgivare och försäkringskassan, dessa redovisas endast i den beskrivande tabellen (tabell 2). Variabeln *sjukskrivning* i sambandsanalyserna (tabell 3) inkluderar endast de dagar vilka den anställda fått ersättning från Försäkringskassan, det vill säga om den anställda har varit sjukskriven från arbetet i minst femton dagar i följd mellan november 2006 och november 2007. Sjukskrivningar längre än femton dagar är relevant för denna studie eftersom initiala perioder innefattar många enstaka dagars

sjukskrivning som kan bero på säsongbetonade sjukdomar så som förkylning eller influensa. Genom att använda sjukskrivning längre än femton dagar är det möjligt att fånga upp de hälsomässiga problemen som är relaterade till arbetsplatsen. För att kunna beräkna hur olika jämställdhetsmönster på arbetsplatserna samvarierar med sjukskrivning kategoriserades variabeln sjukskrivning så att gruppen som ”inte hade fått någon sjukersättning alls från Försäkringskassan” (0) kunde jämföras med gruppen som ”hade en eller flera dagars sjukersättning från Försäkringskassan” (1).

För att identifiera mönster av jämställdhet på arbetsplatserna användes hierarkisk agglomerativ klusteranalys, vilket är en användbar metod för att undersöka hur olika variabler samvarierar med varandra och bildar olika situationer (Bergman med flera 2003; Härenstam 2009). En klusteranalys resulterar i olika kluster, vilket i denna artikel motsvarar jämställdhetsmönster av arbetsplatserna. Varje enskilt kluster innehåller arbetsplatser som är så lika varandra som möjligt och så olika arbetsplatser i andra kluster som möjligt. Fördelningen av alla variabler undersöktes och testades genom chi<sup>2</sup>-test med en signifikansnivå på 0,05. SPSS 19.0 användes för signifikanstestning och sambandsanalyser. I den beskrivande tabellen (tabell 2) redovisas medeltalen för sjukskrivningsdagar (antalet nettodagar). Dagarna redovisas för varje arbetsplats jämställdhetsmönster samt separat för kvinnor och män. I tabell 2 redovisas också den kategoriserade sjukskrivningsvariabeln som används



i sambandsanalyserna, utbildningsnivå samt andel yngre per kluster. Logistisk regressionsanalys användes för att analysera om jämställdhetsmönstren på arbetsplatserna hade något samband med sjukskrivning, det vill säga sjukskrivning femton dagar eller mer (konfidensintervallet (KI) fastställdes till 95 procent). Logistisk regression är en metod som används för att analysera samband mellan en oberoende förklarande variabel (jämställdhetsmönster på arbetsplatser) och en beroende variabel (sjukskrivning). Det underliggande antagandet är att olika nivåer av jämställdhet förklarar eventuella skillnader i sjukskrivning mellan olika grupper. Resultatet anges med en oddskvot, vilket är ett mått på sannolikheten att en specifik händelse ska inträffa (att bli sjukskriven). I logistisk regressionsanalys väljs en grupp ut som referensgrupp, vilken alla andra grupper jämförs med. Referensgruppen har alltid en oddskvot på 1.0. En oddskvot som överstiger 1.0 innebär ett högre odds för sjukskrivning. Konfidensintervallet anger spridningen av värden runt oddskvoten, och om ett konfidensintervall inte inkluderar värdet 1.0 är sambanden statistiskt säkerställda (exempelvis 1.2–1.5). Eftersom förekomsten av sjukskrivning ser olika ut för kvinnor och män analyserade vi sambanden mellan mönster av jämställdhet på arbetsplatsen och sjukskrivning separat för kvinnor och män (tabell 3). I modell 1 analyserade vi endast sambanden mellan mönster av jämställdhet på arbetsplatsen och sjukskrivning. I modell 2 tog vi hänsyn till näringsgren och andel yngre på arbetsplatserna.

### Dimensioner av ojämställdhet

De sex mönstren av jämställdhet (som i de statistiska analyserna kallas kluster) namngavs genom deras viktigaste egenskaper av jämställdhetsindikatorerna. I kluster 1, *Ojämställt med högre värden för män*, har män genomgående högre numeriska värden på samtliga jämställdhetsindikatorer; det är fler män på arbetsplatserna, män har högre utbildning och lön och tar ut mer föräldrapenning än kvinnor. Den vanligaste näringsbranschen i detta kluster är tillverkning (37 procent). Kluster 2, *Fler kvinnor, lika lön* kännetecknas av lika lön och utbildningsnivå mellan kvinnor och män, att det finns en majoritet av kvinnor på arbetsplatserna och att kvinnor tar ut fler dagar i föräldrapenning än män. Den vanligaste näringsbranschen i kluster 2 är tjänster så som bemanning, rese- och kontorstjänster (49 procent). Kluster 3, *Lika lön, föräldralediga män* utmärks genom att kvinnor och män har lika lön och utbildning, att män tar ut mer föräldrapenning än kvinnor samt att det är en majoritet av män på arbetsplatserna. Den vanligaste näringsbranschen i detta kluster är tjänster så som bemanning, rese- och kontorstjänster (45 procent). Kluster 4, *Ojämställt, lika representation* karaktäriserades av att vara ojämställda vad det gäller för-

äldrapenning, lön och utbildning samt genom att det är lika stor andel kvinnor och män på arbetsplatserna. Den vanligaste näringsbranschen i kluster 4 är utbildning (69 procent). Kluster 5, *Jämställt i olika sfärer*, kännetecknades av jämställdhet vad det gäller föräldraledighet och lön, medan det är fler män på arbetsplatserna samt att män har längre utbildning än kvinnor. Den vanligaste näringsbranschen i detta kluster är tillverkning (49 procent). Kluster 6, *Traditionellt ojämställt*, utmärks genom en högre andel män på arbetsplatserna, att män hade högre lön samt att kvinnor har högre utbildning och större uttag av föräldrapenning. Den vanligaste näringsbranschen i kluster 6 är tillverkning (68 procent). Eftersom inget av arbetsplatsmönstren var jämställda på samtliga indikationer, representerar alla mönster olika typer av ojämställdhet.

**TABELL 1.** Presentation av klustrens karakteristiska utifrån jämställdhetsindikatorerna: representation kv/m på arbetsplatsen, lön kv/m, utbildning kv/m, föräldrapenning kv/m och tillfällig föräldrapenning kv/m (indikatorer klassificerade som jämställda är markerade i fet text).

	<b>Kluster 1</b> Ojämställt, högre värden för män	<b>Kluster 2</b> Fler kvinnor, lika lön	<b>Kluster 3</b> Lika lön, föräldra- lediga män	<b>Kluster 4</b> Ojämställt, lika rep- resentation	<b>Kluster 5</b> Jämställt i olika sfärer	<b>Kluster 6</b> Traditionellt ojämställt
Jämställdhets- indikatorer*						
Representation kv/m	1.97	3.94	1.84	<b>3.47</b>	1.85	1.58
Lön kv/m	1.09	<b>3.16</b>	<b>3.16</b>	1.47	<b>2.51</b>	1.86
Utbildning kv/m	2.25	<b>2.84</b>	<b>3.44</b>	1.90	1.84	4.12
Föräldrapenning kv/m	1.59	4.22	1.93	4.38	<b>3.45</b>	4.46
Tillfällig föräldrapenning kv/m	1.25	3.75	1.98	3.63	3.79	3.79

\* Beräknat enligt (numeriska värden för kvinnor)/(numeriska värden för män) och kategoriserat på följande sätt:

4.5–5.0: Ojämställt, kvinnor högre numeriska värden

3.5–4.5 Något jämställt, kvinnor högre numeriska värden

2.5–3.5: Jämställt

1.5–2.5: Något jämställt, män högre numeriska värden

1.0–1.5: Ojämställt, män högre numeriska värden

### Mer jämställt mindre sjukskrivning

Trots att inga kluster av arbetsplatser framträder som helt jämställda, är ändå vissa arbetsplatskluster mer jämställda än andra. Det mest jämställda arbetsplatsmönstret

kan anses vara jämställt ur två aspekter (kluster 5, *Jämställt i olika sfärer*). För det första kan det betraktas som jämställt i relationen mellan arbetsplatsen och hemmet genom att kvinnor och män på arbetsplatsen tar ut en lika andel föräldraledighet. För det andra kan det betraktas som jämställt ur ekonomisk synpunkt i termer av lika lön för kvinnor och män. Arbetsplatser som är jämställda ur dessa avseenden har den lägsta nivån av sjukskrivning i studiegruppen, bland den lägsta sjukskrivningen bland män samt lägre nivå av sjukskrivning än genomsnittet bland kvinnor (tabell 2). Dessa arbetsplatser har också den lägsta andelen anställda som varit sjukskrivna under det senaste året. Däremot har kvinnor på dessa arbetsplatser, och genomgående i hela materialet, högre nivåer av sjukskrivning än män, vilket också är något högre jämfört med resten av Sverige i genomsnitt under undersökningsperioden (Hartman 2012). De könade mönstren i sjukskrivning är dock likartade och skulle kunna vara relaterade till skillnader i kvinnors och mäns psykosociala arbetsmiljö samt skillnader i yrken mellan kvinnor och män, trots att de arbetar på samma arbetsplatser (Sterud 2014).

I föreliggande studie framkommer att det totala antalet sjukdagar per år varierar för kvinnor mellan de olika jämställdhetsmönstren på arbetsplatserna (22-33 dagar), medan männen hade mer likartade nivåer (18-20 dagar) och därmed kan anses vara mindre beroende av arbetsplatsers jämställdhetsmönster (tabell 2). Skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män är därför främst relaterat till att kvinnors sjukskrivning skiftar i högre utsträckning medan mäns sjukskrivning är något mer konstant. Kvinnors sjukskrivning är högst på ojämsställda arbetsplatser som karakteriseras av en majoritet av högt utbildade män som har högre löner och ett högre uttag av föräldraledighet än kvinnor (kluster 1). Samtidigt fann vi att arbetsplatser som karakteriseras av lika lön för kvinnor och män i kombination med att män tar ut merparten av föräldraledigheten (kluster 3) har de mest liknande mönstren för sjukskrivning bland kvinnor och män (tabell 2). Detta skulle kunna tolkas som en progressiv könsmaktsregim där kvinnor har möjlighet att göra karriär på lika villkor som män, medan män får möjlighet att kombinera arbets- och familjeliv i större utsträckning än på mindre jämställda arbetsplatser. En annan förklaring till att förekomsten av sjukskrivning varierar i högre utsträckning bland kvinnor skulle kunna vara relaterad till att arbetsrelaterade psykosociala faktorer som höga emotionella krav, bristande balans mellan ansträngning och ekonomisk ersättning samt att ansträngande arbetsbelastning är vanligare i kvinnodominerade yrken (Bryngelson med flera 2011; Sterud 2014).

**TABELL 2.** Beskrivning av arbetsplatsdata per kluster: antal arbetsplatser, antal anställda, totalt antal sjukskrivningsdagar per år, andel sjukskrivning längre än 15 dagar samt andel yngre anställda.

	<b>Kluster 1</b> Ojämfäst, högre värden för män	<b>Kluster 2</b> Fler kvinnor, lika lön	<b>Kluster 3</b> Lika lön, föräldralediga män	<b>Kluster 4</b> Ojämfäst, lika rep-resentation	<b>Kluster 5</b> Jämfäst i olika sfärer	<b>Kluster 6</b> Traditionellt ojämfäst	<b>Totalt</b>	<b>P-värden, mellan klustren</b>
<b>Antal arbetsplatser</b>	34	140	72	121	73	80	520	
<b>Antal anställda</b>	763	19 108	4 995	62 714	23 146	23 724	134 450	
Kvinnor	142	12 086	996	44 666	6 009	4 847	68 744	
Män	621	7 022	3 999	18 048	17 139	18 877	65 706	
<b>Totalt antal sjukskrivningsdagar per år (medelvärde)</b>	21	24	20	24	20	20	23	<0.01
Kvinnor	32	27	22	27	24	23	26	<0.01
Män	19	20	19	19	18	19	19	<0.01
Skilnad K - M	13*	7*	3*	8*	5*	4*	7*	
<b>Andel sjukskrivna längre än 15 dagar (anges i procent)</b>	9	13	8	14	8	9		<0.01
Kvinnor	14	16	12	16	14	13		<0.01
Män	8	7	7	6	6	8		<0.01
<b>Andel yngre (anges i procent)</b>	35	31	47	30	32	35	32	<0.01
Kvinnor	28	30	36	30	33	42*	30*	
Män	37	31	50	31	32	33*	33*	

\*Signifikant skillnad mellan kvinnor och män i varje kluster (p<0.001)

### Lika lön och lika representation – ändå höga sjukskrivningstal

I föreliggande studie framkommer att mer ojämställda arbetsplatser har högre risk för sjukskrivning för både kvinnor och män (tabell 3). Detta bekräftar vår utgångspunkt i ett likhetsperspektiv på jämställdhet och sjukskrivning, där vi antog att jämställdhet på arbetsplatsen skulle relateras till sjukskrivning på samma sätt för kvinnor och män. Ett jämställdhetsmönster med betydligt fler sjukskrivningsdagar är *Ojämställt, lika representation* (tabell 2, kluster 4). En tolkning är att det inte räcker med jämställdhet i termer av lika lön och lika representation av kvinnor och män på arbetsplatsen för att minska förekomsten av sjukskrivning, eftersom det inte nödvändigtvis innebär jämställdhet i andra aspekter så som utbildning och föräldradighet. Detta kan tolkas som ett stöd för vikten av en flerdimensionell syn på jämställdhet, eftersom indikatorerna inte nödvändigtvis behöver vara länkade med varandra. Jämfört med ett mer jämställt arbetsplatsmönster (kluster 5) har kvinnor på arbetsplatser som karaktäriserades av att vara ojämställda men med lika representation (kluster 4) högre risk för sjukskrivning (tabell 3, modell 1). Men när hänsyn tas till andel yngre och näringsgren försvinner dessa samband (tabell 3, modell 2).

Ytterligare ett jämställdhetsmönster med betydligt fler sjukskrivningsdagar är *Fler kvinnor, lika lön* (kluster 2), vilket också visar sig ha högre risk för sjukskrivning för både kvinnor och män även efter att hänsyn tagits till andel yngre på arbetsplatsen och näringsgren (tabell 3, modell 2). En möjlig förklaring till detta samband kan vara att arbetsplatser med en majoritet kvinnor tillhör den kvinnodominerade sidan av den könssegregerade arbetsmarknaden som karakteriseras av sämre anställningsvillkor och arbetsmiljö, något som i sin tur ökar risken för sjukskrivning (Labriola med flera 2011). Även om våra resultat styrker tidigare svenska studier som visat att både kvinnor och män som arbetar på en arbetsplats med en majoritet av kvinnor har förhöjda risker för sjukskrivning (Bryngelson med flera 2011; Laaksonen med flera 2012), kan vi också se att dessa arbetsplatser utmärker sig genom att ha större skillnader mellan kvinnors och mäns sjukskrivningsdagar än den genomsnittliga studiegruppen (tabell 1, kluster 2). Våra resultat pekar därför på att ojämställdhet på arbetsplatser i termer av representation riskerar inte bara att öka både kvinnors och mäns sjukskrivning, utan också att *öka skillnaderna* mellan kvinnors och mäns sjukskrivning.

### Traditionellt ojämställt - högre risk för sjukskrivning bland män

Arbetsplatser som karaktäriseras av en högre andel män, högre löner för män samt längre utbildning och större uttag av föräldradigheten bland kvinnor kan tolkas som traditionellt ojämställda (kluster 6). Dessa arbetsplatser är inte jämställda på någon av indikatorerna och reflekterar ett högre ekonomiskt värde för mäns arbete

**TABELL 3.** Oddskvot och 95 % konfidensintervall (KI) för sjukskrivning fler än 15 dagar i följd i relation till mönster av jämställdhet på arbetsplatserna (signifikanta samband markerad med fet text). Separata analyser för kvinnor respektive män.

		Model 1 Oddskvot (KI)	Model 2 Oddskvot (KI)
<b>Kvinnor</b>	Kluster 5: Jämställt i olika sfärer (referens)	1	1
	Kluster 1: Ojämställt, högre värden för män	1.05 (0.65-1.69)	1.11 (0.69-1.81)
	Kluster 2: Fler kvinnor, lika lön	<b>1.24</b> (1.14-1.36)	<b>1.18</b> (1.06-1.31)
	Kluster 3: Lika lön, föräldralediga män	0.86 (0.70-1.06)	0.88 (0.71-1.08)
	Kluster 4: Ojämställt, lika representation	<b>1.26</b> (1.17-1.36)	1.06 (0.95-1.17)
	Kluster 6: Traditionellt ojämställt	0.97 (0.87-1.08)	1.09 (0.99-1.22)
<b>Män</b>	Kluster 5: Jämställt i olika sfärer (referens)	1	1
	Kluster 1: Ojämställt, högre värden för män	1.32 (0.98-1.80)	1.28 (0.95-1.75)
	Kluster 2: Fler kvinnor, lika lön	<b>1.29</b> (1.15-1.44)	<b>1.44</b> (1.25-1.65)
	Kluster 3: Lika lön, föräldralediga män	1.15 (0.99-1.33)	<b>1.31</b> (1.14-1.52)
	Kluster 4: Ojämställt, lika representation	1.09 (0.99-1.89)	1.03 (0.91-1.16)
	Kluster 6: Traditionellt ojämställt	<b>1.43</b> (1.31-1.55)	<b>1.49</b> (1.37-1.64)

Modell 1: Endast jämställdhetsklustren i relation till sjukskrivning

Modell 2: Jämställdhetsklustren i relation till sjukskrivning, justerat för andel yngre på arbetsplatsen och näringsgren (SNI)

trots en lägre utbildningsnivå än kvinnor, samtidigt som det återspeglar kvinnors position som omvårdande genom deras högre nyttjande av föräldraledigheten. På de traditionellt ojämställda arbetsplatserna skiljer sig varken antalet genomsnittliga sjukskrivningsdagar eller skillnader i sjukskrivning längre än 15 dagar mellan kvinnor och män nämnvärt från den genomsnittliga studiegruppen (tabell 2). Däremot har dessa arbetsplatser det högsta medelvärdet av sjukskrivning bland gruppen män, och jämfört med arbetsplatser som är jämställda i föräldraledighet och lön (kluster 5) finns det högre risk för sjukskrivning bland män (tabell 3). Detta kan reflektera att könade processer på ojämställda arbetsplatser bidrar till ökade risker

för mäns sjukskrivning. En förklaring till detta skulle kunna vara att nya ideal om ett omvårdande faderskap (Kaufman 2013) inte fullt ut fått erkännande på arbetsplatsnivå, varför det blir svårt för män att kombinera arbete och familjeliv. Med stöd från tidigare studier är det möjligt att anta att när faders upplevelse av att arbetsplatskulturen är mer familjevänlig får de större möjlighet att kombinera arbete och familj (Allard med flera 2011). Detta kan i sin tur minska eventuella konflikter mellan arbete och familj och därmed minska risken för sjukskrivning (Staland-Nyman med flera 2014). Utifrån Connells teori om könsmaksregimer (Connell 2006a) kan faders föräldraledighet tolkas som en del i den könade arbetsplatskulturen som även påverkar män som inte varit föräldralediga under tiden för studiens genomförande. Det skulle därför kunna vara så att arbetsplatser med en könsmaksregim som implicerar lika villkor för kvinnors och mäns förvärvsarbete och ansvar för familjelivet, kan bidra till minskad sjukskrivning inte bara bland fäder utan för män i allmänhet. Samtidigt har vi i föreliggande studie inte kunnat specificera anledningarna till sjukskrivning eller i vilken utsträckning olika könsmaksregimer kan vara kopplade till olika yrken, och det är därför svårt att närmare resonera kring vilken typ av sjukdom eller ohälsa som ligger bakom sjukskrivningen.

### Metodologiska reflektioner

Att reflektera över vilka teoretiska perspektiv och begrepp vi använder är viktigt för att förstå vilka mönster av hälsa och ohälsa vi beskriver. I denna artikel utgår vi från att

när vi undersöker vissa sociala situationer (mönster av jämställdhet på arbetsplatser) kommer det kunna relateras till människors sjukdom vid en bestämd tidpunkt (år 2007) och i ett visst sammanhang (Sverige). Det mått på sjukdom som används i denna artikel kan därför tolkas som att proces-

### Med stöd från tidigare studier är det möjligt att anta att när faders upplevelse av att arbetsplatskulturen är mer familjevänlig får de större möjlighet att kombinera arbete och familj.

sen av sjukdom är så att säga ”frusen” i tid och rum. Det betyder inte att sjukdom i termer av sjukskrivning är en ändpunkt eller ett slut på en kedja av sammanlänkande faktorer, men att ojämlikheter i sjukskrivning på sikt förhoppningsvis skulle kunna förebyggas. En kritisk aspekt av resultaten i föreliggande studie är att analyserna inte inkluderar vad deltagarna varit sjukskrivna för, vilket i framtida studier skulle kunna öka förståelsen för hur jämställdhet på arbetsplatser och sjukskrivning hänger samman. Studien tar inte heller hänsyn till olika sjukskrivningsperioder. Ytterligare begränsning är att deltagarens yrken inte analyserats, något som är av betydelse för förekomsten av sjukskrivning (Labriola med flera 2011). Det finns även en begränsning i de dimensionerna av jämställdhet på arbetsplatsen vi analyserat. Vid framtida studier skulle det vara önskvärt att väga in

hur arbetsplatsens könade normer, värderingar och förväntningar samvarierar med sjukskrivning och om detta skiljer sig mellan kvinnor och män.

### Vad kommer först, sjukskrivning eller ojämställdhet?

En kritisk aspekt av data och analys i denna artikel är risken för så kallad *hälsoselektion*, vilket handlar om riktningen av kausala samband mellan arbetsplatsmönster av ojämställdhet och sjukskrivning. Tidigare studier har visat att det finns en tendens till att det kan finnas ett urval av friska arbetstagare på arbetsplatser med en majoritet av män och en negativ hälsorelaterad selektion till arbetsplatser med en majoritet av kvinnor (Hensing och Alexanderson 2004; Svedberg med flera 2009). Eftersom jämställdhet och sjukskrivning i undersökningen mättes vid samma tidpunkt är det svårt att veta något om riktningen av de samband vi observerat. Vi vet exempelvis inte hur deltagarnas sjukskrivning var innan år 2007 och kan därför inte med säkerhet veta om ojämställdhet på arbetsplatsen leder till sjukskrivning. Kan det exempelvis vara så att personer med högre sjukskrivningstal tenderar att hamna på ojämställda arbetsplatser? Eller är det tvärtom så att ojämställda arbetsplatser leder till högre risker för sjukskrivning? Det är också svårt att avgöra om det finns förstärkande effekter för olika samband som vi inte kunnat ta hänsyn till i våra analyser, som exempelvis förvärvsarbetsstid, antal hemmavarande barn, ansvar för hemarbete med mera. Med stöd från tidigare forskning som tagit hänsyn till hur hälsostatusen var tidigare

i livet (Elwér med flera 2013) och teorier om könade relationer i samhället och på arbetsplatsen (Acker 1990; Connell 2006a) har vi tolkat resultaten så att det är sannolikt att ojämställdhet på arbetsplatsen påverkar risken för sjukskrivning.

### Något mer än bara skillnader?

En av utmaningarna för analyser av köns- maktrelationer med epidemiologiska metoder är de potentiella krockar i synen på vad kunskap är och hur vi skapar ny kunskap (Springer med flera 2012). De epidemiologiska metoder vi använt i denna artikel utgår från antaganden om objektivitet i analyserna, vilket står i motsats till genusforskningens starka fokus på forskarens tolkning och förståelse. En annan motsättning handlar om att kön kategoriseras på ett sådant sätt att det ibland kan vara svårt att direkt belysa sociala konstruktioner av kön och andra maktrelationer (Hankivsky med flera 2010). Den mest uppenbara problematiken med detta kan sammanfattas som den feministiska paradoxen, det vill säga att det finns en risk att förstärka de skillnader vi beskriver och därmed bidra till att upprätthålla en binär och statisk uppdelning av kvinnor och män. Samtidigt finns det idag ingen enighet om vad kön i epidemiologiska analyser betyder eller ska betyda. Kan kön exempelvis tolkas i termer av könade livserfarenheter, som en summering av samhällets köns- maktstrukturer eller som ett resultat av könade sociala situationer? För att reda ut detta är en viktig fråga om vi ska låta teorier styra våra statistiska analyser eller inte. I denna artikel lät vi empirin styra vilka grupper vi



analyserade: i bakgrundsanalyserna undersökte vi om det fanns några skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män, vilket ledde till separata analyser av kvinnor och män. Den finns givetvis en fördel med att låta data definiera hur analyserna ska göras: om det finns likheter mellan kvinnor och män som grupper borde dessa erkännas och om det inte finns kan skillnadernas betydelse lyftas fram. Samtidigt är det viktigt att reflektera över kön även i analyser där både kvinnor och män ingår. Exempelvis fanns det ett samband mellan ojämställdhet på arbetsplatsen och sjukskrivning för både kvinnor och män, men samtidigt har kvinnor betydligt högre nivåer av sjukskrivning. Att använda könsfaktorteorier i epidemiologiska studier kan vara ett steg på vägen för att bättre förstå och tolka vad dessa samband betyder ur ett folkhälsoperspektiv.

### **Slutsatser**

I denna artikel belyses vikten av att använda en flerdimensionell syn på jämställdhet för att förstå dess samverkan med sjukskrivning. Exempelvis innebär inte lika representation av antalet kvinnor och män på arbetsplatser nödvändigtvis jämställdhet i andra aspekter så som lön, utbildning och föräldraledighet. Huvudresultatet visar att högre nivåer av jämställdhet på arbetsplatsen är relaterade till lägre förekomst av sjukskrivning och lägre risk för sjukskrivning bland både kvinnor och män, även om kvinnor generellt sett har högre nivåer av sjukskrivning än män. För både kvinnor och män är risken för sjukskrivning högre på relativt jämställda arbetsplatser som befinner sig på den kvinnodominerande sidan av den könssegregerade arbetsmarknaden. Samtidigt tenderar kvinnors sjukskrivning att i betydligt högre utsträckning skifta beroende på arbetsplatsernas jämställdhetsmönster, vilket kan tolkas som att arbetsplatsers könsfaktorsregimer i högre utsträckning påverkar kvinnors möjligheter till ett hälsosamt förvärsarbete än mäns. Detta kan relateras till samhällets könsfaktorsordning som i stor utsträckning premierar män och mäns arbete framför kvinnors arbete. Vidare har män som arbetar på ”traditionellt ojämställda arbetsplatser” större risk för sjukskrivning, vilket kan implicera att en ojämställd könsfaktorsregim även kan äventyra mäns hälsa och välbefinnande. Ur ett folkhälsoperspektiv är bristande jämställdhet på arbetsplatser viktigt för att förstå den sneda fördelningen av sjukskrivning mellan kvinnor och män i befolkningen som helhet.

### **TACK**

Vi vill tacka Malin Bolin för kritiska diskussioner om operationaliseringen av jämställdhetsindikatorer på arbetsplatser och för genomförande av klusteranalyserna. För finansiering av studien riktar vi tack till Vetenskapsrådet (dnr 2011-5478) samt Sociologiska institutionen vid Umeå universitet.

## Referenser

- Acker, Joan (1990) Hierarchies, jobs, bodies: A theory of gendered organizations. *Gender & Society* 4(2): 139-158.
- Alexanderson, Kristina (1998) Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized. *Scandinavian Journal of Public Health* 26(4): 241-249.
- Allard, Karin, Haas, Linda och Hwang, Philip (2011) Family-supportive organizational culture and fathers' experiences of work-family conflict in Sweden. *Gender, Work & Organization* 18(2): 141-157.
- Angelov, Nikolay, Johansson, Per, Lindahl, Erica och Lindström, Elly-Ann (2011) *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro* (volym 2). Stockholm: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering.
- Annandale, Ellen (2009) *Women's health and social change*. Oxon: Routledge.
- Backhans, Mona, Burstrom, Bo, Lindholm, Lars och Månsdotter, Anna (2009) Pioneers and laggards - Is the effect of gender equality on health dependent on context? *Social Science & Medicine* 68(8): 1388-1395.
- Bergman, Lars, Magnusson, David och El-Kohouri, Bassam (2003) *Studying individual development in an interindividual context: A person-oriented approach*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bekker, Marrie, Rutteb, Christel och van Rijswijk, Karen (2009) Sickness absence: A gender-focused review. *Psychological Health Medicine* 14(4): 405-418.
- Berkman, Lisa, Kawachi, Ichiro och Glymour, Maria (red) (2014) *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Bryngelson, Anna, Hertzman, Jennie och Fritzell, Johan (2011) The relationship between gender segregation in the workplace and long-term sickness absence in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 39(6): 618-662.
- Bygren, Magnus och Duvander, Ann-Zofie (2006) Parents' workplace situation and fathers' parental leave use. *Journal of Marriage and Family* 68(2): 363-372.
- Campos-Serna, Javier, Ronda-Pérez, Elena, Artazcoz, Lucia, Moen, Bente och Benavides, Fernando (2013) Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *International Journal of Equity in Health* 12(1): 12-57.
- Connell, Raewyn (2006a) Glass ceiling or gendered institutions? Mapping the gender regimes of public sector worksites. *Public Administration Review* 66(6): 837-849.
- Connell, Raewyn (2006b) The experience of gender change in public sector organizations. *Gender, Work & Organization* 13(5): 435-452.
- Connell, Raewyn (2009) *Gender*. Cambridge: Polity Press.
- Connell, Raewyn (2012) Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine* 74(11): 1675-1683.
- Connell, Raewyn och Messerschmidt, James (2005) Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society* 19(6): 829-859.
- Doyal, Lesley (2000) Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine* 51(6): 931-939.
- Elwér, Sofia, Aléx, Lena och Hammarström, Anne (2010) Health against the odds: experiences of employees in elder care from a gender perspective. *Qualitative Health Research* 20(9): 1202-1212.

Elwér, Sofia, Harryson, Lisa, Bolin, Malin och Hammarström, Anne (2013) Patterns of gender equality at workplaces and psychological distress. *PLoS ONE* 8(1): e53246.

Evans, Olga och Steptoe, Andrew (2002) The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. *Social Science & Medicine* 54(4): 481-492.

Försäkringskassan (2015) *Jämställdhet och sjukfrånvaro. Förstagångsföräldrar och risken för sjukfrånvaro vid olika jämställdhetssituationer och effekten på sjukfrånvaron av reformer inom föräldraförsäkringen*. Socialförsäkringsrapport 2015:3. Stockholm: Försäkringskassan.

Hammarström, Anne och Janlert, Urban (2011) Cohort profile: The northern Swedish cohort. *International Journal of Epidemiology* 41(6): 1545-1552.

Hammarström, Anne, Johansson, Klara, Ahlgren, Christina, Aléx, Lena, Christianson, Monica, Elwér, Sofia, Eriksson, Carola, Fjellman-Wiklund, Ann-Christine, Gilenstam, Kajsa, Gustafsson, Per-Erik, Harryson, Lisa, Lehti, Arja, Stenberg, Gunilla, Verdonk, Petra och Annandale, Ellen (2014) Central gender theoretical concepts in health research: the state of the art. *Journal of Epidemiology Community Health* 68(2):185-190.

Hankivsky, Olena och Christoffersen, Ashlee (2008) Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health* 18(3): 271-283.

Hankivsky, Olena, Reid, Colleen, Cormier, Renee, Varcoe, Colleen, Clark, Natalie, Benoit, Cecili och Brotman, Shari (2010) Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *International Journal for Equity in Health* 9(5): 1-15.

Hartman, Laura (2012) Sjukskrivningar i olika yrken under 2000-talet. Antal ersatta sjukskrivningsdagar per anställd år 2002-2010. *Socialförsäkringsrapport* (volym 14). Stockholm: Statistiska Centralbyrån.

Hensing, Gunnel och Alexanderson, Kristina (2004) The association between sex segregation, working conditions, and sickness absence among employed women. *Occupational and Environmental Medicine* 61(2): e7.

Hooftman, Wendela, van der Bekk, Allard, Bongers, Paulien och van Mechelen, Willem (2005) Gender differences in self-reported physical and psychosocial exposure in jobs with both female and male workers. *Journal of Occupational Environment Medicine* 47(3): 244-252.

Härenstam, Annika (2009) Exploring gender, work and living conditions, and health-suggestions for contextual and comprehensive approaches. *Scandinavian journal of work, environment & health* 35(2): 127-133.

Kaufman, Gayle (2013) *Superdads: How fathers balance work and family in the 21st century*. New York: NYU Press.

Laaksonen, Mikko, Martikainen, Pekka, Rahkonen, Ossi och Lahelma, Eero (2012) The effect of occupational and workplace gender composition on sickness absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 54(2): 224-230.

Labriola, Merete, Holte, Kari Anne, Christensen, Karl Bang, Feveile, Helene, Alexanderson, Kristina och Lund, Thomas (2011) The attribution of work environment in explaining gender differences in long-term sickness absence: results from the prospective DREAM study. *Occupational and Environmental Medicine* 68: 703-705.

MacKinnon, Catharine (2001) *Sex equality*. New York: Foundation Press.

Marmot, Michael, Feeney, Amanda, Shipley, Martin, North, Fiona och Syme, Leonard (1995) Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 49(2): 124-130.

Messing, Karen och Östlin, Piroška (2006) *Gender equality, work and health: A review of the evidence*. Geneva: World Health Organization.

Moller Okin, Susan (1989) *Justice, gender, and the family*. New York: Basic Books.

Nentwich, Julia (2006) Changing gender: The discursive construction of equal opportunities. *Gender, Work and Organization* 13(6): 499-521.

Nielsen, Karina, Albertsen, Karen, Brenner, Sten-Olof, Smith-Hansen, Lars och Roepsdorff, Christian (2009) Comparing working conditions and physical and psychological health complaints in four occupational groups working in female-dominated workplaces. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 82(10): 1229-1239.

Novak, Masuma (2010) *Social inequity in health. Explanation from a life course and gender perspective*. Umeå: Umeå universitet.

Payne, Sara och Doyal, Lesley (2010) Re-visiting gender justice in health and healthcare. Kuhlman, Ellen och Annandale, Ellen (red) *The Palgrave handbook of gender and health care*. London: Palgrave.

Savikko, Annuka, Lanne, Matilda, Spak, Fredrik och Hensing, Gunnel (2008) No higher risk of problem drinking or mental illness for women in male-dominated occupations. *Substance Use & Misuse* 43(8-9): 1151-1169.

Schofield, Toni (2010) Men's health and wellbeing. Kuhlmann, Ellen och Annandale, Ellen (red) *The palgrave handbook of gender and health care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Sen, Gita och Östlin, Piroška (2008) Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Global Public Health* 3(1): 1-12.

Sen, Gita, Östlin, Piroška och George, Asha (2007) *Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it: Final report to the WHO Commission on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.

Springer, Kristen, Stellman, Jeanne Mager och Jordan-Young, Rebecca (2012) Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Social Science & Medicine* 74(11): 1817-1824.

Staland-Nyman, Carin, Houkes, Inge, de Rijk, Angelique, Verdonk, Petra och Hensing, Gunnel (2014) Indicators of gender equality in domestic work and sickness absence-Findings among cohabiting women and men in Sweden. *The European Journal of Public Health* 24(2): cku166.

Statens Offentliga Utredningar (2004:43) *Den könsuppdelade arbetsmarknaden. Betänkande av Utredningen om den könssegregerade arbetsmarknaden*. Stockholm: Fritzes.

Sterud, Tom (2014) Work-related gender differences in physician-certified sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 40(4): 361-369.

Svedberg, Pia, Bildt, Carina, Lindelöw, Malin och Alexanderson, Kristina (2009) Self-reported health among employees in relation to sex segregation at work sites. *Journal of Occupational Health* 51(3): 223-231.

Sydsjö, Adam, Sydsjö, Gunilla och Alexandersson, Kristina (2001) Influence of pregnancy-related diagnosis on sick-leave data in women aged 16-44. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine* 10(7): 707-714.

Sörlin, Ann, Lindholm, Lars, Ng, Nawi och Öhman, Ann (2011) Gender equality in couples and self-rated health. A survey study evaluating measurements of gender equality and its impact on health. *International Journal for Equity in Health* 10(1): 223-231.

Vahtera, Jussi, Westerlund, Hugo, Ferrie, Jane, Head, Jenny, Melchior, Maria, Singh-Manoux, Archana, Zins, Marie, Goldberg, Marcel, Alexanderson, Kristina och Kivimäki Mika (2010) All-cause and diagnosis-specific sickness absence as a predictor of sustained suboptimal health: a 14-year follow-up in the GAZEL cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64(4): 311-317.

Voss, Margaretha och Lidwall, Ulf (2015) Sick leave among first-time parents in Sweden-the role of domestic and work equality. *The European Journal of Public Health* 25(3): ckv167-051.

Young, Iris Marion (1990) Humanism, gynocentrism, and feminist politics. Young, Iris Marion (red) *Throwing like a girl and other essays in feminist philosophy and social theory*. Bloomington: Indiana University Press.

Öhman, Ann (2008) Global public health and gender theory: the need for integration. *Scandinavian Journal of Public Health* 36(5): 449-451.

### Nyckelord

Jämställdhet, arbetsplats, sjukskrivning, könssegregerad arbetsmarknad

#### **Lisa Harryson**

Sociologiska institutionen

Umeå Universitet

901 87 Umeå

E-post: Lisa.Harryson@umu.se

#### **Sofia Elwér**

Folkhälsoenheten, Staben för verksamhetsutveckling

Västerbottens läns landsting

901 89 Umeå

E-post: sofia.elwer@vll.se