

Från minoritetsstress till selektion -

om olika perspektiv på sjukfrånvarons ojämlika
fördelning mellan kvinnor och män

Gunnel Hensing

Gunnel Hensing, professor i socialmedicin, avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa,
Göteborgs universitet. E-post: gunnel.hensing@gu.se

En jämlik hälsa är ett folkhälsopolitiskt mål i Sverige. Sedan mitten av 1980-talet då kvinnor på allvar tog steget ut i den betalda arbetsmarknaden har kvinnor haft högre sjukfrånvaro än män. Den könssupplade arbetsmarknaden har föreslagits som en orsak till skillnaderna. Med utgångspunkt i Rosabeth Moss Kanter's teori om samband mellan att vara i minoritet inom ett yrke fann flera studier ett samband mellan minoritetssituationen och sjukfrånvaro. Senare fann man en hälsoselektion av kvinnor med låg sjukfrånvaro till extremt mansdominerade yrken. Genusbaserad selektion innebär också att kvinnor oftare än män väljer yrken som utmärks av arbetsmiljö som ökar risken för psykiska problem och stressrelaterade tillstånd. Minskad könssegregering på arbetsmarknaden skulle kunna bidra till minskade könsskillnader. Än viktigare vore att ändra den organisatoriska och psykosociala arbetsmiljön i kvinnodominerade yrken för att undvika att kvinnor och män som arbetar i dessa områden drabbas av arbetsrelaterad ohälsa och sjukfrånvaro.

Equal health is an important goal of the public health policy. Since women entered the paid labor market they have had higher sickness absence than men. Departing from Rosabeth Moss Kanter's theory on minority dynamics early studies found an association with sickness absence. Later research rather found a healthy selection of women with low sick leave to occupations that were extremely male-dominated. However, women also choose occupations characterized by increased risk of mental and stress-related conditions. Reducing gender segregation in the labor market could contribute to reduced gender inequality in sickness absence. Even more important would be to change organizational and psychosocial work environment in women-dominated professions in order to avoid that women and men working in these areas suffer from work-related illness and sick leave.

Att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa är ett övergripande folkhälsopolitiskt mål i Sverige. En väl fungerande sjukförsäkring är ett av många sätt att nå målet. Men skillnaden mellan kvinnor och män i sjukfrånvaro är långt ifrån jämlik. Två tredjedelar av de som sjukskrivs är kvinnor. I den här artikeln presenteras forskning om vilken roll den könsuppdelade arbetsmarknaden spelar för skillnaderna i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor. Syftet är att ge exempel på forskning inom området och framförallt visa hur synen på orsaken till könsskillnaderna förändrats från minoritetsstress till genusbaserad selektion in i yrken och arbetsmiljöer som ökar risken för arbetsrelaterad ohälsa och sjukfrånvaro.

Inledning

Fler kvinnor än män är sjukskrivna i Sverige (1). Andelen kvinnor som blir sjukskrivna är högre och de är i genomsnitt sjukskrivna längre perioder än män. Så har det inte alltid varit. På 1970-talet var andelen män som blev sjukskrivna högre och de var i genomsnitt sjukskrivna längre än kvinnor (2). Det var i mitten av 1980-talet som detta förändrades. Då gick kvinnorna om männen. En naturlig fråga är förstas om kvinnor plötsligt blev sjukare i mitten av 1980-talet eller om det var männen som plötsligt blev friskare? Men det som hände var en samhällsförändring. Den historiskt sett ovanliga hemmafru-perioden var över. Under hemmafru-perioden var normen att gifta kvinnor, oavsett samhällsklass i första hand skulle arbeta i familjen med att ta hand om hemmet, barnen och maken. Att kvinnor i högre samhällsklasser, där hushållsekonomin var god, inte hade arbetat utanför hemmet var inte så nytt. Att kvinnor i arbetarklassen däremot inte förväntades förvärvsarbeta utanför hemmet var något nytt. Kvinnor och män hade arbetat i och kring gården under bondesamhället och från industrialiseringen någon gång på 1700-talet och framåt hade både kvinnor och män i de lägre klasserna haft anställning utanför hemmet. Men med bättre samhälls- och familjeekonomi under 1930- och 1940-talen kunde även familjer med lägre inkomst låta kvinnan i relationen arbeta i hemmet. Under 1960- och 1970-talen började samhället förändras. Klass- och könsstrukturer ifrågasattes och även gifta kvinnor började i allt högre utsträckning att arbeta utanför hemmet.¹ Under 1980-talet trädde kvinnorna i allt högre utsträckning ut på den betalda arbetsmarknaden. Detta avspeglades också i sjukfrånvaron.

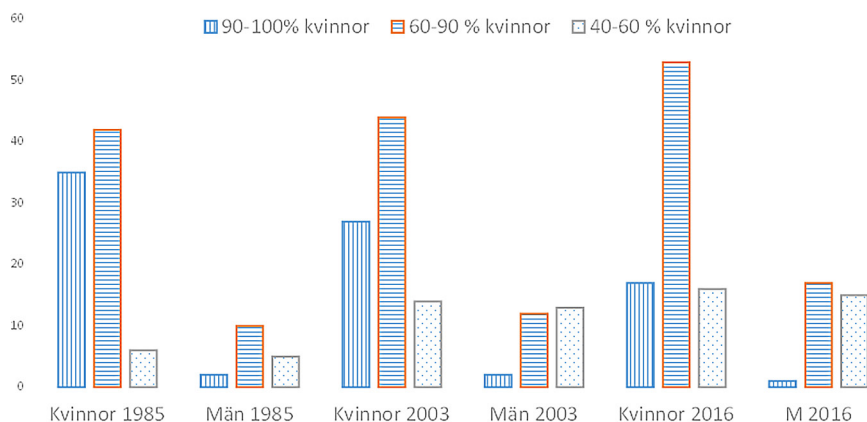
Kvinnors utträde på arbetsmarknaden efter den historiska hemmafru-perioden gjordes möjlig genom utbyggnaden av det vi idag brukar sammanfatta som sko-

1. Min mamma, som var född 1924, var yrkesarbetande i hela sitt liv. För detta fick hon under brytningsperioden under 1960- och 1970-tal ta emot kommentarer från män och en del andra kvinnor som ansåg att hon borde vara hemma och ta hand om sitt hem och sin familj. Hon var en av normbrytarna under den här perioden.

la, vård och omsorg. Daghem och fritidsgårdar kompletterade familjens omsorg om barn och unga. Äldreomsorgen tog över ansvaret för äldre som inte längre klarade sig utan hjälp. Valfärdslösningar för personer med olika funktionshinder utvecklades och flyttade en del av ansvaret från familjen till samhället. Intressant nog var det också dessa valfärdslösningar som i stor utsträckning blev kvinnors arbetsmarknad. Ekonomiskt gick kvinnor från ett beroende av enskilda män till ett beroende av betalt arbete i den offentliga välfärdssektorn. Den tudelade arbetsmarknaden som är typisk för de skandinaviska länderna hade formats; kvinnor i lägre betalda offentliga arbeten inom skola, vård och omsorg och män i högre betalda privata arbeten inom produktion och konstruktion (3). Den här utvecklingen var tidig och rätt så unik för de skandinaviska länderna jämfört med södra och västra Europa där den mer traditionella uppdelningen med yrkesarbetande män och hemarbetande kvinnor fortsatte att vara normen. I likhet med de skandinaviska länderna var det en tvåförsörjarnorm i Östeuropa (4). Efter kommunismens fall har tvåförsörjarnormen bestått i vissa länder men i andra förändrats till en mer traditionell arbetsfördelning.

Utbyggnaden av välfärden i de skandinaviska länderna ledde alltså fram till en hög förvärvsfrekvens bland kvinnor generellt och i jämförelse med övriga Västeuropa framförallt bland gifta kvinnor med barn och äldre kvinnor.² Förvärvsfrekvensen bland män i de skandinaviska länderna har också i jämförelse med övriga västvärlden varit hög. Intressant nog så utvecklades i Skandinavien en tydligt könssegregerad arbetsmarknad. I figur 1 finns ett diagram som visar andelen kvinnor respektive män i de 249 olika yrken, som förekommer i Sverige, baserat på yrkets könsfördelning. Indelningen är yrken med 90-100 % kvinnor (extremt kvinnodominerade), 60-90 % kvinnor (kvinnodominerade) och 40-60 % kvinnor (jämställda). Det framgår av figuren att den svenska arbetsmarknaden blivit något mindre tudelad sedan mitten av 1980-talet. Andelen kvinnor respektive män i extremt kvinnodominerade yrken har minskat. 2016 arbetade trots detta 70 % av alla förvärvsarbetande kvinnor i extremt kvinnodominerade eller kvinnodominerade yrken medan 66 % av alla män arbetade i extremt mansdominerade eller mansdominerade yrken. Förskollärare är ett av de 30 största yrkena i Sverige och där var 96 % av de anställda kvinnor medan motsvarande siffra bland snickare m.fl. var 1 % kvinnor och 99 % män. Den tudelade arbetsmarknaden bidrar till att kvinnor och män i Sverige i hög grad har olika arbetsvillkor och förutsättningar. Lena Gonäs och medförfattare (5) fann att under åren 2003 – 2011 minskade könssegregeringen på arbetsmarknaden bland annat genom att andelen kvinnor ökade i jämställda och mansdominerade yrken.

2. SCB statistik i rapportserien På tal om kvinnor och män.



Figur 1. Könsfördelning i olika yrken i Sverige 1985, 2003 och 2016 (%). Källa SCB rapporter På tal om kvinnor och män, 2004, 2014, 2018

Minoritetsstress

Frågan om vilken effekt den könsuppdelade arbetsmarknaden har på kvinnors och mäns hälsa har diskuterats utifrån olika teoribildningar. En aspekt av könsuppdelningen är att vissa män respektive kvinnor är i minoritet inom sina yrken eller på sina arbetsplatser. Effekten av att vara i minoritet har diskuterats av professor Rosabeth Moss Kanter, som är professor vid Harvard University i USA (6). Hon publicerade 1977 resultaten från en undersökning om den dynamik som uppstod mellan gruppen (eller personen) i minoritet i relation till majoritetsgruppen. Moss Kanter menade att denna dynamik kan uppstå oavsett om det är kvinnor eller män som är i minoritet. Den kan alltså uppstå också om en person med utländsk bakgrund är i minoritet eller om man är den enda yngre bland äldre medarbetare.

Dynamiken som Moss Kanter noterade kan förenklat sammanfattas i begreppen synlighet, kontrast och assimilation. *Synlighet* innebär att personen i minoritet helt enkelt märks mer än de enskilda individer som tillhör majoritetsgruppen. *Kontrast* innebär att kulturen, de vanor och beteenden, som majoritetsgruppen upprätthåller förstärks. Enkelt uttryckt innebär det att en kvinna bland män bidrar till att gruppen män beter sig mer enligt traditionella, stereotypa föreställningar om hur män är och förväntas bete sig än om det inte finns en kvinna i gruppen. Och om en svensk börjar arbeta tillsammans med en grupp norrmän så tenderar, enligt Moss Kanters teori, gruppen norrmän att bete sig mer ”typiskt norskt” än tidigare. Majoritetsgruppens kulturella gränser förstärks genom närvaron av en person som inte representerar den gruppen.

Det sista begreppet i dynamiken är *assimilering*. Assimilering innebär att minoritetspersonen anpassar sitt beteende efter de förväntningar som finns på den grupp hen representerar. En kvinna i minoritet bland en grupp män anpassar sig så att förväntningarna på henne motsvaras av de föreställningar om kvinnor som finns i majoritetsgruppen.

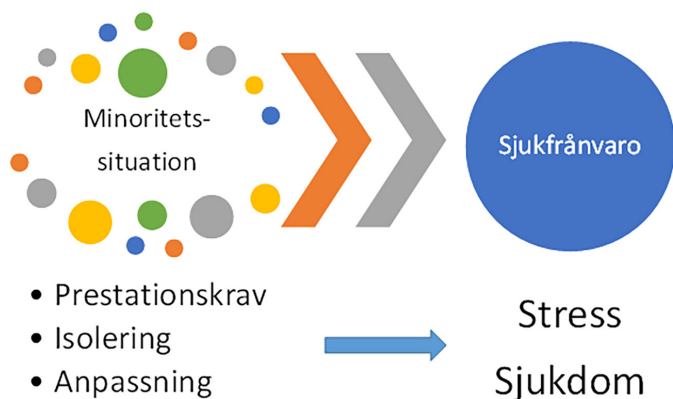
Vilken roll spelar då dynamiken kring synlighet, kontrast och assimilering i utvecklingen av hälsoproblem och senare sjukfrånvaro? Enligt Moss Kanter så kan synlighet leda till ökade *prestationskrav*. Eftersom du inte är ”en av grabbarna” måste du prestera lite bättre för att uppfattas som lika bra. Kontrast kan leda till *isolering och utanförskap*. Om den sociala dynamiken innebär att majoritetsgruppen sluter sig samman och förstärker för sin grupp typiska beteenden kan personen i minoritet hamna utanför.³ Samvaron i majoritetsgruppen kan vara informell (bastu, tjejmiddag, pubrunda) men under den informella samvaron kan ändå för arbetsplatsen viktiga frågor diskuteras. Assimilering kan leda till anpassning och begränsningar i hur yrkesrollen utformas. Det senare kallar Moss-Kanter *rollbegränsningar*. Anpassning och rollbegränsningar skulle kunna leda till svårigheter i karriärutvecklingen. En kvinna som hamnat i ”tjej-rollen” på en arbetsplats kan ha svårt att se sig själv och ses av andra som en blivande chef eller ledare. Anpassning eller begränsningar i yrkesrollen kan också handla om i vilken utsträckning man framför synpunkter på strukturer eller arbetsätt som inte är optimala till exempel kritik mot att man lägger möten utanför arbetstid, vilket fungerar sämre för personer med små barn.

Prestationskrav, isolering, utanförskap, anpassning och rollbegränsningar är aspekter som i en arbetssituation kan ha negativa effekter på välbefinnande och hälsa. Det kan leda till olika typer av symtom som oro, sömnstörningar, nedstämdhet, spända axlar eller ont i magen. Den här typen av symtom kan i sig vara tillräckligt besvärande för att leda till nedsatt arbetsförmåga men de kan också vara de första stegen mot en sjukdom som exempelvis depression.

Med utgångspunkt i Moss Kanters teori kan man tänka sig följande mycket förenklade och hypotetiska modell för sambandet mellan minoritetsstress och sjukfrånvaro (Figur 2).

Vi testade hypotesen om samband mellan minoritetsstress och sjukfrånvaro i en studie baserad på sjukfrånvarodata i Östergötland från åren 1985, 1986 och 1987 (7). I studien inkluderade vi alla kvinnor och män med en psykiatrisk diagnos på intyget. Vi undersökte sedan hur de sjukskrivna fördelade sig i relation till könsfördelningen i olika yrkesgrupper. Det visade sig att kvinnor i extremt

3. En kvinnlig läkare berättade att hon i början av sin karriär ofta var den enda kvinnliga läkaren på sin vårdcentral. De manliga läkarna umgicks på olika sätt utan att hon var inbjuden. Övrig personal på vårdcentralen var kvinnor men hon blev inte inbjuden i deras sociala samvaro heller eftersom hon var läkare. Detta är ett exempel på en ”isolering” som kan drabba en individ i minoritet.



Figur 2. Förenklad modell över sambandet mellan minoritetsstress och sjukfrånvaro

mansdominerade yrkesgrupper (90-100 procent av de anställda var män) hade den högsta andelen sjukskrivna med psykiatriska diagnoser av alla grupper. Och skillnaden mellan kvinnor och män i dessa yrkesgrupper var mycket stor. Intressant nog fann vi att män i extremt kvinnodominerade yrkesgrupper hade högre risk än kvinnorna i extremt kvinnodominerade yrkesgrupper. Dessa fynd skulle kunna förklaras av Moss Kanters teori om minoritetsstress. Vi undersökte också andra diagnosgrupper och fann att kvinnor i extremt mansdominerade yrkesgrupper hade hög sjukfrånvaro men vi fann inte i någon av de andra studierna att män i extremt kvinnodominerade yrkesgrupper hade högre andel sjukskrivna än kvinnorna i gruppen (8, 9). Fyndet om högre risk för sjukskrivning i psykiatriska diagnoser för både kvinnor och män i minoritet var alltså unikt för diagnosgruppen.

Många män – högre status?

Vi var intresserade av att gå vidare och bättre förstå dynamiken bakom kvinnors högre sjukfrånvaro i mansdominerade yrken. Vi designade därför en ny studie där vi specifikt jämförde kvinnor i mans- respektive kvinnodominerade yrken (10). De yrken vi valde för studien var metallarbeterskor, undersköterskor, sjuksköterskor och läkarsekreterare. Data samlades in 1995. Vi fann, som väntat enligt Moss Kanters teori och från våra tidigare studier, att de kvinnliga metallarbeterskorna hade högre sjukfrånvaro än kvinnorna i de tre kvinnodominerade yrkena. Särskilt intressant var jämförelsen med undersköterskor som i likhet med metallarbeterskor är ett manuellt yrke med låg inkomst.

Men när vi analyserade hur sjukfrånvaron fördelade sig bland metallarbeterskorna fann vi att kvinnor som arbetade på mansdominerade avdelningar hade

lägre sjukfrånvaro än kvinnorna på de kvinnodominerade avdelningarna. Detta trots att en högre andel av kvinnorna på de mansdominerade avdelningarna var exponerade för sexuella trakasserier, för gas, ånga, rök mm, för störande hög ljudnivå och för tunga lyft. Det här är faktorer i arbetsmiljön som alla anses vara negativa, vilket borde ha ökat risken för hög sjukfrånvaro i gruppen. Men en högre andel av kvinnorna på de mansdominerade avdelningarna rapporterade ansvar för liv och säkerhet, ansvar för stora materiella värden och de uppfattade sitt arbete som viktigt i högre utsträckning än kvinnorna på de kvinnodominerade avdelningarna. Dessutom hade kvinnorna på mansdominerade avdelningar mer inflytande, mer stimulans, högre kontroll, lägre ”job strain” (anspänd arbetsituation som uppstår som en följd av höga krav och låg kontroll i arbetet) och högre inkomst.

Resultaten från den senare delen av studien stöder inte Moss Kanters teori. Trots att de hade fler negativa faktorer i arbetsmiljön hade kvinnorna på de mansdominerade avdelningarna lägre sjukfrånvaro. De rapporterade också fler positiva arbetsmiljörelaterade faktorer som ansvar, inflytande och lön. Det är förstås intressant att fundera över varför. En del i förklaringen är förmodligen det faktum att kvinnorna på de mansdominerade avdelningarna hade en del positiva arbetsmiljöfaktorer som vägde upp de negativa. En aspekt, som är svår att mäta i kvantitativa undersökningar, är möjligheten att det också var högre status att arbeta på de mansdominerade avdelningarna.

Professor Sir Michael Marmot vid University College of London har tillsammans med sina kollegor i flera studier visat hur statuskillnader påverkar hälsa och sjukfrånvaro (12, 13). Statussyndromet handlar om att det verkar vara hälsofrämjande att befinna sig lite högre upp på statusstegen även efter det att man tar hänsyn till materiella eller psykosociala faktorer som kan skilja mellan olika statusnivåer (13). Kvinnorna på de mansdominerade avdelningarna kanske hade en hälsofrämjande effekt av att befinna sig på avdelningar som hade högre status än de kvinnodominerade. Kan det vara så att män och manliga miljöer kopplas samman med positiva föreställningar relaterade till aspekter som yrkets och arbetsuppgifternas svårighetsgrad eller värdet av att utföra arbetet?

Enligt forskare som Raewyn Connell, numera seniorprofessor vid Sydney university, finns det en genusordning. Connell menar att denna genusordning *sorterar* kvinnor och män till olika uppgift i hem och arbete men att den också *värderar* kvinnor och män, kvinnligt och manligt på olika sätt (14). Denna värdering innebär vanligen att män och manlighet värderas högre än kvinnor och kvinnlighet. Ett exempel som ofta använts för att stödja det här synsättet är att lönerna ofta är lägre i kvinnodominerade områden än i de mansdominerade och att kvinnor (som grupp) har lägre lön än män också vid samma arbetsuppgifter. Värderingarna upprätthålls på en symbolisk nivå gestaltad exempelvis via



Figur 3. Den sociala gradienten – högre status bättre hälsa.

media, berättelser, samtal och bilder. Men föreställningar om män och kvinnor skapas också i det som Connell kallar *social praktik*, alltså det vi gör i vardagen. Den sociala praktiken förstärker eller försvagar våra föreställningar om manligt och kvinnligt. Som framgått tidigare har den könsuppdelade arbetsmarknaden varit svår att förändra men det har skett en förskjutning så allt färre yrkesgrupper och arbetsplatser är extremt dominerade av det ena eller andra könet. När förskjutningar sker så förändras också bilden av vad en man eller kvinna kan eller får göra och därmed förändras våra symboliska föreställningar. Normbrytare som rör sig från traditionellt kvinnliga eller manliga fält bidrar alltså till att förändra föreställningar men att bryta normer kan vara socialt riskabelt och därmed också leda till ökad stress och oro (se ovan kring minoritetsstress). Risken för negativa sociala effekter eller viljan att få positiva sociala effekter är en del av trögheten i att förändra hur kvinnor och män sorteras. För en ung man kan det vara enklare att välja ett traditionellt manligt yrke som lastbilschaufför eller ingenjör än att ge sig in i mer kvinnliga domäner som undersköterska eller forskollärare. Värderingen av kvinnors och mäns arbetsförmåga vid sjukskrivning har nyligen analyserats i en rapport från Riksrevisionen (15). Rapporten konstaterar osakliga skillnader i sjukskrivningslängd vid psykiatriska diagnoser som man menar bland annat kan bero på normer bland läkare i bedömningen av kvinnors och mäns symtom och arbetsförmåga.

Selektion till olika yrken och arbetsmiljöer

Att välja yrke eller arbete på ett otraditionellt sätt är fortfarande ovanligt som framgick ovan. Andelen som arbetar i yrken med jämn könsfördelning (40-60% kvinnor eller män) är 15 % bland kvinnor och 14 % bland män. Majoriteten unga väljer alltså yrken som har en kvantitativ dominans av det egna könet. De troligaste förklaringarna är socialisation, rollförebilder och de sociala risker som det innebär att vara normbrytare. Genusnormen d.v.s. de föreställningar,

praktiker och identiteter som är förknippade med kvinnor och män, kvinnligt och manligt är stark (14). Genusnormer påverkar alltså yrkesval vilket kan ses som en selektionsprocess där kvinnor och män sorteras till yrken med helt olika villkor. Arbetsuppgifterna skiljer sig åt; kvinnor arbetar oftare med vård och omsorg än män medan män oftare har arbetsuppgifter som handlar om konstruktion eller teknik. Arbetsordningar skiljer sig åt; kvinnor arbetar ofta på arbetsplatser som kräver fysisk närvaro och/eller arbete kvälls- och nattetid. Löner och andra villkor kan skilja sig åt; kvinnor tjänar i genomsnitt mindre än män vilket också leder till skillnader i livslön och insamlade pensionspoäng (16). Det finns andra sociala maktordningar eller sociala normer som på liknande sätt som genus selekterar personer till olika livsvillkor. Social position, etnicitet och funktionshinder är några exempel. Sociala normer och maktordningar samverkar med varandra. I en norsk studie fann man att kvinnor med låg utbildning hade högst risk att förtidspensioneras under uppföljningsperioden medan män med hög utbildning hade lägst risk (17). Kvinnor med hög utbildning hade ungefär samma risk som män med låg utbildning vilket var ett intressant fynd som visar hur genus och utbildningsnivå (som är en indikator på social position) samverkar på olika sätt för kvinnor respektive för män.

I en ännu inte publicerad analys baserad på norska register över sjukfrånvaro, yrken och arbetsplatser testades, med utgångspunkt i Moss-Kanters teorier, hypotesen att den kvantitativa sammansättningen av kvinnor och män på en arbetsplats eller i yrket hade ett samband med sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. Forskarna fann, som i tidigare studier, att andelen sjukskrivna kvinnor var högre än andelen sjukskrivna män. Man fann däremot inget samband mellan andelen kvinnor och män på arbetsplatsen eller i yrket och sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. Analysen kunde alltså inte stödja hypotesen om att andelen kvinnor och män i yrket eller på arbetsplatsen hade ett samband med sjukfrånvaro.

Det fanns två undantag från det generella fyndet. Analysen visade att kvinnor som arbetade i extremt mansdominerade yrken (10% eller färre andel kvinnor) hade något lägre sjukfrånvaro än män i dessa yrken. Analysen visade också att män som arbetade i extremt kvinnodominerade yrken (10% män eller färre) hade högre sjukfrånvaro än kvinnor i extremt kvinnodominerade yrken. Forskarna undersökte om det fanns en hälsoselektion bakom dessa fynd. Det visade sig att kvinnorna som under studiens uppföljningsperiod bytt till extremt mansdominerat yrke eller arbetsplats hade en låg sjukfrånvaro sedan tidigare. Det var alltså kvinnor med god arbetshälsa som sökte sig till extremt mansdominerade yrken eller arbetsplatser. På omvänt sätt fann man att männen som bytt yrke eller arbetsplats till extremt kvinnodominerade sådana hade högre sjukfrånvaro sedan tidigare. I det fallet var det alltså en negativ hälsoselektion. Vi vet inte vad orsakerna bakom denna typ av selektion är.

Avslutning

Den svenska arbetsmarknaden är könssegregerad. Kvinnor och män återfinns till en mycket stor del i olika typer av arbetsmiljöer och arbetsuppgifter. Det innebär att risken för att utveckla arbetsrelaterade sjukdomar eller skador skiljer sig åt mellan kvinnor och män. I en litteraturoversikt och sammanställning från SBU⁴ undersökte man sambanden mellan arbetsmiljö, depression och utmattningssyndrom (19). Man fann en rad faktorer i arbetsmiljön som ökar risken för dessa tillstånd. Men viktigast i det här sammanhanget var att man konstaterade att risken för att utveckla depression eller utmattningstillstånd inte skiljde sig åt mellan kvinnor och män. Man konstaterade däremot att kvinnor oftare än män arbetar i yrken där arbetsvillkoren är sådana att det finns en ökad risk för olika psykiska och stressrelaterade tillstånd. Selektionen till olika yrken och arbetsplatser tycks alltså leda till att fler kvinnor än män riskerar att få psykiska besvär av sina arbetsvillkor. Om kvinnor och män finns i olika arbetsvillkor och därmed olika typer av krav och belastningar så påverkar det hur deras sjukfrånvaromönster ser ut (18).

Den ojämlika fördelningen av sjukfrånvaro mellan kvinnor och män är alltså en effekt av den könssegregerade svenska arbetsmarknaden. Den är i sin tur en effekt av genusnormer som styr ungdomars utbildnings- och yrkesval. Det har gjorts försök att förändra selektionen till yrkesutbildning och en viss förändring har skett under de senaste 30 åren. Fler kvinnor och män återfinns i otraditionella yrkesval och andelen som arbetar i jämställda yrken är högre än tidigare. Ett fortsatt arbete för att minska könssegregeringen skulle kunna vara ett sätt att minska den ojämlika sjukfrånvaron. En annan väg att gå vore att uppgradera de kvinnodominerade yrkena i materiellt hänseende med högre löner och bättre organisering av arbetet parallellt med en mer symbolisk förändring i värderingen av kvinnors arbete som centralt och viktigt för samhället.

Referenser

1. Försäkringskassan. Sjukfrånvarons utveckling, delrapport 1:2015. Försäkringskassan: Stockholm; 2015. Sjukförsäkringsrapport 2015:6.
 2. Försäkringskassan. Analys av sjukfrånvarons variation. Försäkringskassan: Stockholm; 2014. Socialförsäkringsrapport 2014:17.
 3. Arbetslivsinstitutet. Könssegregering i arbetslivet. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2001.
 4. Motiejunaite A. Women's Employment in Eastern Europe – Towards More Equality? Inbcklosteuropa.se. 29 juli 2008.
 5. Gonäs L, Wikman A, Vaez M, Alexanderson K, Gustafsson K. Changes in gender segregations of occupations in Sweden between 2003 – 2011. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2019; 47: 344–347.
4. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

6. Moss Kanter R. Men and Women of the Corporation. New York: Basic Books; 1977; 2 edition (November 3, 1993).
7. Hensing G, Alexanderson K, Åkerlind I, Bjurulf P. Sick-leave due to minor psychiatric morbidity - role of sex.-integration. *Social Psychiatry and Psychiatric Morbidity*, 1995; 30, 39-43.
8. Alexanderson K, Leijon M, Akerlind I, Rydh H, Bjurulf P. Epidemiology of sickness absence in a Swedish county in 1985, 1986 and 1987. A three year longitudinal study with focus on gender, age and occupation. *Scand J Soc Med*. 1994 Mar;22(1):27-34.
9. Leijon M, Bjurulf P, Hensing G, Alexanderson K. Gender-trends in sick-listing with musculoskeletal symptoms in a Swedish county during a period of rapid increase in sickness absence. *Scand J of Soc Medicine*, 1998; 3, 204-213.
10. Hensing G, Alexanderson K. The association between sex segregation, working conditions, and sickness absence among employed women. *Occupational and Environmental Medicine*, 2004; 61: e7 (<http://www.occenvmed.com/cgi/content/full/61/2/e7>).
11. Marmot M, Bell R. Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. *Ann Epidemiol*. 2016 Apr; 26 (4): 238-40.
12. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II Study. *BMJ* 1993 Feb 6; 306 (6874): 361-8."
13. Marmot M. Statussyndromet: hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Stockholm: Natur och Kultur; 2006.
14. Connell R, Pearse R. Om genus. Göteborg: Daidalos; 2015.
15. Riksrevisionen. Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen? Stockholm: Riksrevisionen 2019:19
16. Skogen J, Hensing G, Øverland S, Knudsen AC, Sivertsen B, Vahtera J, Tell G, Haukenes I. The gender gap in accrued pension rights - an indicator of women's accumulated disadvantage over the course of working life. The Hordaland Health Study (HUSK). *Scandinavian Journal of Public Health* 2017 Jul (1).
17. Haukenes I, Löve J, Hensing G, Øverland S, Sivertsen B, Tell GS, Knudsen AK, Vahtera J, Skogen JC. Inequity in disability pension: an intersectional analysis of the co-constitution of gender, education and age. The Hordaland Health Study. *Critical Public Health* 2018 DOI: 10.1080/09581596.2018.1469730.
18. Hensing G. Kvinnors sjukfrånvaro. Kapitel i antologin Jämställdhet i socialförsäkringen? Redaktörer Eskil Wadensjö och Gabriella Sjögren Lindquist. Stockholm: Fritzes förslag; 2014. Statens offentliga utredningar, 2014:74.
19. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr 223. ISBN 978-91-85413-64-5.