Kön, Arbete och Hälsa

– ett regionalt forsknings- och utvecklingsprojekt
i Östergötland

Lena Karlqvist, Carina Bildt och Raymond Dahlberg

ARBETSLIVSRAPPORT NR 2004:14
ISSN 1401-2928

Forskning om utvecklingsprocesser
Enhetschef: Göran Brulin

Arbetslivsinstitutet

Arbetslivsinstitutet

Arbetslivsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum som arbetar med arbetslivsfrågor. På uppdrag av Näringsdepartementet bedriver institutet forsknings- och utbildningsverksamhet. Forskningen är mångvetenskaplig och inriktad på problemområden och utvecklingstendenser inom arbetslivet. I institutets uppgifter ingår att sprida kunskap för att bidra till utvecklingen av en god arbetsmiljö och goda arbetsförhållanden. Institutet har cirka 450 anställda och finns på sju orter i landet. För mer information besök institutets webbplats, www.arbetslivsinstitutet.se

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 – FORSKNINGS- OCH UTVECKLINGSPROJEKT 1

Bakgrund 1
Projektets syfte 2
Forskningsmetoder 2
Utvecklingsarbetet 3
Exempel på fallstudier 4

2 – KÖNSSEGREGERADE ARBETSPLATSER OCH ARBETSFÖRHÅLLANDEN I RELATION TILL BESVÄR I RÖRELSEORGANEN 6

Inledning 6
Syfte 7
Studiegrupp och metoder 7
Resultat 9
Arbetsförhållanden 9
Besvär i rörelseorganen 11
Slutledning 13

3 – UTBILDNINGSBAKGRUND OCH HÄLSA 14

Inledning 14
Syfte 15
Metoder 15
Resultat 18
Exponering på arbetet och i hemmet 18
Resultat avseende hälsa 19
Risk för försämrad hälsa 20
Diskussion 21
Metodologiska överväganden 21
Utbildningsbakgrund 22
Exponering på arbetet och i hemmet 23
Skillnader i hälsa 24
Slutledning 27

1 – FORSKNINGS- OCH UTVECKLINGSPROJEKTET

I denna rapport kommer vi dels att ge en sammanfattad presentation av bakgrunden till det regionala projektet i Östergötland, och dels ge en beskrivning av olika forskningsmetoder som används i studier. I detta sammanhang kommer vi också att ge några exempel på fallstudier som utförts under projektets gång. Därefter kommer vi att mer utförligt presentera två delstudier som utförts av forskare på Arbetslivsinstitutet inom forskningsprojektet Kön och Arbete. Den första studien utfördes av Lena Karlqvist och är inriktad på könssegregerade arbetsplatser och arbetsförhållanden i relation till besvär i rörelseorganen. Den andra studien utfördes av Raymond Dahlberg och är inriktad på betydelsen av utbildningsbakgrund för hälsan.

Bakgrund

1990-talet var en epok med genomgripande strukturella förändringar både inom näringslivet och på arbetsmarknaden. I debatten hävdas att dessa förändringar är av sådan djupgående natur att det finns skäl att tala om ett regimskifte. Med regimskifte menas att det i Sverige har skett en övergång från en industriell till en postindustriell välfärdsstat som karaktäriseras av icke-materiell produktion i form av information och kunskap. I detta sammanhang definieras begreppet regim som relationen mellan politik och produktion. En märkbar förändring är att det har skett en ökning av olika former av tillfälliga anställningskontrakt.

Den forskning som bedrivs för att öka kunskapen om vad förändringarna på arbetsmarknaden innebär för olika grupper av befolkningen är högst otillräcklig. Ett område som hittills fått mycket litet uppmärksamhet är hur förändringarna påverkat arbetsförhållanden, hälsa och välbefinnande för olika kategorier av människor, t.ex. för kvinnor och män, etniska och invandrade svenskar och olika åldersgrupper.

En central fråga i detta projekt har varit att undersöka om förändringarna på arbetsmarknaden har haft någon inverkan på de könsbaserade segregationsmönstren, d.v.s. lever gamla mönster kvar, uppstår nya mönster eller återuppstår gamla. Tidigare studier har visat att försök som gjorts för att bryta segregationsmönster i tider med svaga förändringstendenser inte har lett till några varaktiga resultat.

Forskning har bidragit till att det finns mycket god kännedom om bristerna i jämställdhet och i viss mån om orsakerna till dessa brister. Däremot har endast få, om ens några, försök gjorts med att sammanföra forskare från de olika disciplinerna samhällsvetenskap, beteendevetenskap och medicin för att i en och samma studie forska inom detta problemområde. I detta projekt sammanförs nu en sådan mångvetenskaplig kompetens. Dessutom involverar projektet besluts-

fattare, andra aktörer inom politik och näringsliv och människor som bor och arbetar i de tre kommuner som omfattas av projektet.

De tre kommuner som valdes att ingå i projektet är Norrköping, Finspång och Söderköping. Anledningen till att vi valde ett geografiskt avgränsat område är att det gav oss möjlighet att studera dels individer, organisationer och samhälle inom varje enskild kommun, och dels att studera samspelet, t.ex. flödet av arbetskraft, mellan dessa kommuner. En annan minst lika viktig anledning var att det inom dessa kommuner fanns en positiv inställning till att skapa ökad jämställdhet och intresse för att samarbeta i ett forskningsprojekt. En intressant aspekt i valet av de tre kommunerna är att trots att de regionalpolitiskt tillhör samma län, har de en delvis annorlunda kultur och näringsstruktur.

Den geografiska regionen utgör en plattform för att studera lokalt utvecklingsarbete. Vår förhoppning är att detta gemensamma projekt, där forskare inom flera discipliner samtidigt inriktar sin forskning på ett och samma projekt, skall leda till genomgripande och långsiktiga förbättringar av människors arbets- och levnadsförhållanden.

Projektets syfte

Projektets övergripande syfte är att studera hur segregation, ojämlikhet och könsrelaterad ohälsa uppstår/framstår på arbetsplatser och i samhället i stort och vilka mekanismer som vidmakthåller/återskapar brister i jämställdhet och jämlikhet. En central fråga är hur dessa faktorer påverkar samhällsekonomin, interna förhållanden inom företag och organisationer och individer på arbetsmarknaden.

Målsättningen med detta handlingsinriktade projekt är att bidra till en utveckling som skapar ökad jämlikhet och bättre arbetsvillkor för anställda inom företag och organisationer. Enskilda projekt bör planeras utifrån de olika lokala behov och förutsättningar som finns. Forskningen skall fungera som ett stöd i det utvecklings- och/eller förändringsarbete som anställda och chefer inom företag och organisationer väljer att bedriva.

Forskningsmetoder

Den mångvetenskapliga utformningen av projektet innebär att olika metodologiska tillvägagångssätt har använts i forskningen.

Inom forskning som är inriktad på att söka orsaker till ohälsa i befolkningen används ofta *epidemiologis*k metodik. Detta innebär att information som inhämtas, t.ex. om arbetsvillkor och ohälsa inom en viss befolkningsgrupp, analyseras i syfte att identifiera faktorer som bidrar till ökad risk för ohälsa. Studier där information inhämtas vid enbart en tidpunkt kan endast fastslå *om* det föreligger ett samband mellan olika faktorer. Vi talar då om tvärsnittsstudier. För att kunna fastställa *vilka* samband som finns krävs att information inhämtas vid

olika tidpunkter, d.v.s. både före och efter en viss situation har inträffat. Data om arbetsvillkor och ohälsa som insamlats via frågeformulär eller intervjuer kan kopplas till registerdata som innehåller uppgifter om t.ex. sjukfrånvaro eller samhället där individen i fråga bor.

En annan analysmetodik som är lämplig att använda för att identifiera riskfaktorer för ohälsa är att identifiera och analysera befolkningsgrupper med likartade arbets- och levnadsförhållanden. Denna *multivariabla* metod innebär att information inhämtas från olika sfärer i en individs liv, t.ex. arbetsförhållanden, fritidsaktiviteter och hem- och hushållsarbete. Genom att urskilja grupper av individer med likartade förhållanden är det möjligt att studera mekanismer som ger upphov till t.ex. integration respektive segregation i samhället eller få kunskap om vad som kännetecknar grupper av individer som har en gynnsam respektive ogynnsam hälsoutveckling.

Fallstudier är ett vanligt sätt att studera processer och förhållanden i företag och organisationer. Metoderna som används varierar eftersom forskare inom olika discipliner belyser frågeställningar från olika perspektiv. Forskare med ett arbetsorganisatoriskt perspektiv kan t.ex. fokusera på företaget i sin fallstudie, medan forskare med ett medicinskt perspektiv på individen. För att kunna inkludera data från olika sfärer i en och samma statistiska analys, som i vår fallstudie där vi arbetar på individ-, organisations- och samhällsnivå, krävs en avancerad metod för *flernivåanalys*. Denna metod gör det möjligt att studera samband mellan olika nivåer, t.ex. mellan individers hälsa, arbetsvillkor och boendeförhållanden.

Utvecklingsarbetet

För att forskningen ska kunna få praktiskt betydelse i arbetslivet och kunna lösa problem i privatlivet och i samhället i stort är det viktigt att forskningen utgår från den verklighet som individer lever i. Forsknings- och utvecklingsprojekt bör därför ske i samverkan mellan forskare och praktiker. Lokala aktörer kan t.ex. bidra med kunskaper om den lokala situationen och de förutsättningar som finns, och forskare med teoretiska kunskaper om arbetsorganisation och köns- och samhällsstruktur. Genom att utbyta kunskaper, erfarenheter och reflektioner om utvecklingsmöjligheter och forskningsresultat skapas gemensamma föreställningar och ny kunskap växer fram.

Under slutet av 1999 och början av 2000 hölls inledande konferenser för att fånga upp och diskutera frågor och problemställningar om arbetsförhållanden och arbetsvillkor som på lokal nivå ansågs vara viktiga att ta upp i det regionala projektet. Därefter startades forskningsprojekt av olika karaktär. En del av projekten inriktades på den fysiska och psykosociala arbetsmiljön samt arbetsorganisation i relation till de anställdas hälsotillstånd. Här var det övergripande syftet att undersöka hur segregation, ojämlikhet och könsrelaterad

ohälsa uppstår. Andra projekt inriktades på bakomliggande mekanismer som vidmakthåller och/eller återskapar brister i jämställdhet och jämlikhet. Syftet här var dels att utveckla och/eller förändra såväl organisatoriska som individuella arbetsförhållanden och att pröva olika lösningar för att skapa mer jämlika förhållanden när det gäller arbetsuppgifter, arbetsinnehåll och arbetsbelastning, och dels att utvärdera resultaten i relation till de anställdas hälsotillstånd.

Exempel på fallstudier

I en av de fallstudier som genomfördes undersöktes några matdistributörers fysiska och psykosociala arbetsförhållanden i relation till andra traditionellt tunga arbetsuppgifter som utfördes av kokerskor och lokalvårdare inom samma organisationsenhet. Syftet var att analysera dessa förhållanden och föreslå åtgärder för att förbättra matdistributörernas arbetsförhållanden.

Studiegruppen bestod av tio kvinnor som var anställda som matdistributörer, kokerskor respektive lokalvårdare i en av kommunerna som ingår i projektet. I studien hölls strukturerade intervjuer, d.v.s. intervjuer som följer en förutbestämd plan, med kvinnorna avseende deras psykosociala arbetsförhållanden, t.ex. arbetsorganisation, tidspress och möjligheter att påverka sitt arbete. Vidare utfördes mätningar av hjärtfrekvens och självskattad arbetsbelastning samt observationer under en arbetsdag. Resultaten från studien visade att matdistributörernas arbetsförhållanden var besvärliga i flera avseenden. Distributörerna själva upplevde att de hade höga psykiska krav i arbetet, små möjligheter att påverka sin arbetssituation, tidspress och att de inte kunde leva upp till sin arbetsgivares och sina kunders förväntningar. Mätningar visade att kvinnorna hade starkt förhöjd puls under arbetsdagen, vilket kan innebära ökad risk för försämrad hälsa. Flera kortsiktiga och långsiktiga lösningar föreslogs för att minska och omfördela matdistributörernas totala arbetsbörda.

Ett år senare gjordes en uppföljningsstudie. Arbetsgivaren hade då genomfört en del av de föreslagna kortsiktiga lösningarna, vilket hade lett till en förbättring av matdistributörernas arbetsförhållanden. Det noterades att matdistributörerna hade lägre puls under arbetet, att den självskattade fysiska belastningen minskat och att arbetet upplevdes som betydligt mindre stressigt.

Det andra exemplet på fallstudie utfördes i samarbete med arbetsgivare och anställda på ett företag inom stålindustrin. Syftet med denna tvärsnittstudie var att jämföra arbetsteknik och självskattade besvär från rörelseorganen mellan kvinnor och män som utförde samma typ av arbetsuppgifter. I studien undersöktes även andra faktorer, såsom fritidsaktiviteter och hem- och hushållsarbete. Tre olika metoder användes för att samla in data: frågeformulär, intervjuer och observationer med videoinspelning. Resultaten visade att fler kvinnor än män uppgav att de hade besvär från rörelseorganen. Analyser av videinspelningarna avslöjade att kvinnorna arbetade oftare och under längre perioder med händerna ovanför

axelhöjd än män, vilket kunde relateras till arbetsplatsens utformning och det faktum att kvinnor generellt är kortare än män. Kvinnorna ägnade också mer tid åt hem- och hushållsarbete än män, vilket indikerar att arbetsbelastningen från betalt och obetalt arbete var totalt högre för kvinnorna än för männen.

Det tredje exemplet på fallstudie genomfördes i ett företag inom metallindustrin. Ledningen ville införa arbetsrotation i skärverken, men hade stött på motstånd från operatörerna eftersom det skulle innebära att den rådande könssegregeringen av arbetsuppgifterna skulle förändras. Syftet med studien var att undersöka om det fanns individuella och/eller organisatoriska hinder som medförde att operatörerna inte arbetade med vissa arbetsuppgifter inom skärverken. Tolv operatörer, sex kvinnor och sex män, som arbetade som skärare, provtagare och packare, intervjuades. Fler kvinnor än män beskrev skärarbetet som fysiskt krävande. Dessutom var kvinnorna rädda för att arbeta med skärmaskinen. Dessa två faktorer bedömdes som möjliga skäl till varför kvinnorna valt att enbart arbeta med kontroll- och planeringsuppgifter och att dessa faktorer fungerade som en barriär som hindrade kvinnorna från att bredda sina arbetsuppgifter. Männen ville inte heller gärna släppa ifrån sig det mer prestigefyllda arbetet med skärmaskinen.

2 – KÖNSSEGREGERADE ARBETSPLATSER OCH ARBETSFÖRHÅLLANDEN I RELATION TILL BESVÄR I RÖRELSEORGANEN

Lena Karlqvist

Inledning

Forskningsresultat från olika studier har visat att kvinnor generellt uppger fler symptom från nacke och övre extremiteter än män. Ett skäl till detta kan vara att arbetsmarknaden fortfarande är starkt könssegregerad. Män och kvinnor arbetar inom olika sektorer, eller för att vara mer exakt, med olika arbetsuppgifter. Hittills har forskningen om riskfaktorer för arbetsrelaterad ohälsa mest riktat sin uppmärksamhet på yrken där tunga och fysiskt krävande arbetsmoment ingår, t.ex. manuell hantering, och på arbetsplatser med dålig arbetsmiljö, t.ex. damm och buller. Detta är olika typer av exponering som oftast män utsätts för i arbetet. I studierna läggs stor vikt på den belastning som hela kroppen utsätts för och på energiförbrukning, medan lokal, repetitiv belastning av mindre muskelgrupper som kvinnor oftare utsätts för på arbetsplatsen har fått mindre uppmärksamhet.

Arbetsuppgifter som kräver repetitiv användning av små muskelgrupper innebär hög statisk belastning på nacke och axlar och hög risk för att drabbas av besvär i de övre extremiteterna. Mätningar har visat att under dynamiskt manuellt arbete med låg belastning krävs ökad muskelkraft i förhållande till muskelns kapacitet ju högre rörelsehastigheten och/eller ju högre precisionskraven är. De fysiska kraven i denna typ av arbeten som oftast kvinnor utför uppfattas ofta (av dem som inte utför arbetet) som mindre ansträngande än de arbeten som typiskt utförs av män.

Det finns studier som har visat att kvinnor och män som arbetar på samma arbetsplats och har samma tjänstebeteckning inte alltid utför arbetsuppgifter med samma fysiska krav och att de heller inte alltid arbetar i samma typ av arbetsorganisation. Det framkom att kvinnorna i genomsnitt oftare än männen hade arbetsuppgifter som krävde repetitiva rörelser och stillasittande arbete under längre tidsperioder.

Exponeringar som kan relateras till besvär i rörelseorganen omfattar både den fysiska arbetsbelastningen och arbetsorganisationen generellt. Det finns vetenskapliga bevis på samband mellan orsak och verkan mellan rörelse, kraftansträngning och påfrestande arbetsställningar och besvär i rygg och övre extremiteter. Riskerna för att drabbas av besvär är speciellt höga då två eller fler av dessa faktorer sker samtidigt och skapar synergieffekter. För att förebygga besvär i rörelseorganen bör därför arbetsplatsen utformas så att t.ex. utrustning,

verktyg och arbetsorganisation stämmer överens med kroppsliga och mentala förutsättningar. I arbetsorganisationen fastställs t.ex. arbetstempo, hur arbetet ska utföras och tid för återhämtning, liksom psykosociala förhållanden på arbetsplatsen i form av arbetskrav, möjligheter att påverka sitt arbete och socialt stöd från överordnade och medarbetare. Höga psykiska arbetskrav omfattar i regel både snabbt fysiskt arbetstempo och känslor av tidspress. Då ett manuellt arbete både är monotont och det finns få variationsmöjligheter uppstår mycket stereotypa rörelsemönster för t.ex. fingrarna.

Att vara kvinna beskrivs ofta som en ”riskfaktor” för många typer av besvär i rörelseorganen, eftersom dessa besvär förekommer dubbelt så ofta hos kvinnor som hos män, både generellt i hela befolkningen och i stora yrkesgrupper. Forskare har påpekat att på grund av att arbetsmarknaden är könssegregerad är det viktigt att skillnader mellan könen studeras både utifrån *den reella förekomsten av riskfaktorer* och *effekterna av exponering i arbetet*. Samband mellan besvär i rörelseorganen och ergonomisk exponering i arbetet bör studeras separat för kvinnor och män för att kunna avgöra om kvinnor utsätts för ökad risk då de exponeras för samma ergonomiska belastningar som män.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka arbetsförhållanden bland kvinnor och män på könssegregerade arbetsplatser och analysera samband mellan arbetsförhållanden och hälsa.

Studiegrupp och metoder

Frågeformulär skickades till 10 000 personer mellan 18 och 64 år som bodde i de tre kommunerna som ingår i projektet. Cirka 50 procent, eller 4 965 personer, svarade på frågorna. De som svarade att fördelningen av kvinnor och män på deras arbetsplats var antingen minst 60 procent kvinnor, kvinnodominerade arbetsplatser, eller minst 60 procent män, mansdominerade arbetsplatser, kom att ingå i studiegruppen (tabell 1).

Tabell 1. Studiepopulationen. Understrukna siffror i fet stil anger studiegruppen.

Kvinnor	Antal	%	Medelålder
Arbetsplatser med:			
Fler kvinnor (mer än 60 %)	1 487	**54**	43 (18-62)
Ungefär lika många män som kvinnor	307	11	39 (18-62)
Fler män (mer än 60%)	268	**10**	40 (18-62)
Data saknas	684	25	-
Totalt	2 746	100	-

Män	Antal	%	Medelålder
Arbetsplatser med:			
Fler kvinnor (mer än 60 %)	227	**10**	40 (18-62)
Ungefär lika många män som kvinnor	300	14	41 (18-62)
Fler män (mer än 60 %)	1 236	**56**	42 (18-62)
Data saknas	456	20	-
Totalt	2 219	100	-

Information inhämtades om arbetsförhållanden, fritidsaktiviteter, livsstil och hälsa. I analyserna gjordes jämförelser mellan kvinnors och mäns exponering för olika faktorer samt bedömningar för ökad risk att drabbas av besvär i rörelseorganen.

Studiegruppen klassificerades i olika yrkesgrupper: Kategori A betecknar yrken där personer huvudsakligen arbetar med människor, t.ex. sjuksköterskor, tandläkare, lärare eller kassörskor. Kategori B betecknar yrken där personer huvudsakligen arbetar med någon form av objekt, t.ex. byggnadsarbetare, lokalvårdare eller kockar. Kategori C betecknar yrken där personer huvudsakligen arbetar med information, t.ex. journalister, sekreterare, dataoperatörer eller ingenjörer.

På kvinnodominerade arbetsplatser arbetade både kvinnor och män, 70 procent kvinnor och 52 procent män, huvudsakligen med människor, d.v.s. i Kategori A.

På mansdominerade arbetsplatser arbetade både kvinnor och män, 69 procent kvinnor och 78 procent män, huvudsakligen med objekt, d.v.s. i Kategori B.

Samtliga resultat som presenteras i denna studie visar skillnader mellan män och kvinnor som är statistiskt signifikanta, d.v.s. att de är säkerställda till 95 procent.

Resultat

Arbetsförhållanden

På kvinnodominerade arbetsplatser uppgav fler kvinnor än män att de arbetade deltid och att de hade negativa förväntningar om framtiden. På mansdominerade arbetsplatser uppgav fler kvinnor än män att de arbetade deltid, att de hade otrygga anställningsförhållanden och att de hade svårt att stanna hemma vid kortvarig sjukdom och fler män än kvinnor uppgav att de arbetade obekväm arbetstid och att de hade prestationslön (tabell 2).

Tabell 2. Organisatoriska förhållanden

Kvinnodominerad arbetsplats	Män	Kvinnor
Antal	227	1 487
Deltidsarbete (mindre än 30 timmar i veckan)	14%	35%
Negativa förväntningar om framtiden	22%	29%

Mansdominerad arbetsplats	Män	Kvinnor
Antal	1 236	268
Deltidsarbete (mindre än 30 timmar i veckan)	5%	18%
Inga möjligheter att stanna hemma vid kortvarig sjukdom	58%	65%
Otrygga anställningsförhållanden	19%	25%
Obekväma arbetstider	13%	8%
Prestationslön	26%	13%

En av de psykosociala faktorerna visade att fler kvinnor än män på mansdominerade arbetsplatser hade små möjligheter att påverka sitt arbete.

Det fanns även många ergonomiska skillnader mellan män och kvinnor. På kvinnodominerade arbetsplatser uppgav fler kvinnor än män att de arbetade under ansträngande förhållanden i stillastående ställning, i rörligt arbete och med

manuell hantering mellan 1-15 kg och att deras arbete normalt upplevdes som fysiskt mycket ansträngande. Fler män än kvinnor på dessa kvinnodominerade arbetsplatser uppgav att de hade stillasittande arbete, att de arbetade vid datorer, att deras sittställning var låst och att de utförde precisionsarbete (tabell 3).

Tabell 3. Fysisk arbetsmiljö

Kvinnodominerad arbetsplats	Män	Kvinnor
Stillastående arbetsställning	20%	27%
Rörligt arbete	26%	36%
Manuell hantering 1-5 kg	39%	49%
Hög fysisk ansträngning en vanlig arbetsdag	16%	34%
Stillasittande arbete	35%	23%
Arbete vid dator	39%	30%
Låst sittställning	35%	24%

På mansdominerade arbetsplatser uppgav fler kvinnor än män att de hade stillasittande arbete, att de arbetade vid datorer och bildskärmar och att deras arbete innebar repetitiva hand- eller fingerrörelser. Fler män än kvinnor på dessa mansdominerade arbetsplatser uppgav att de hade mer ansträngande förhållanden i traditionellt tungt arbete t.ex. i form av manuell hantering, arbete med händerna ovanför axelhöjd eller under knähöjd (tabell 4).

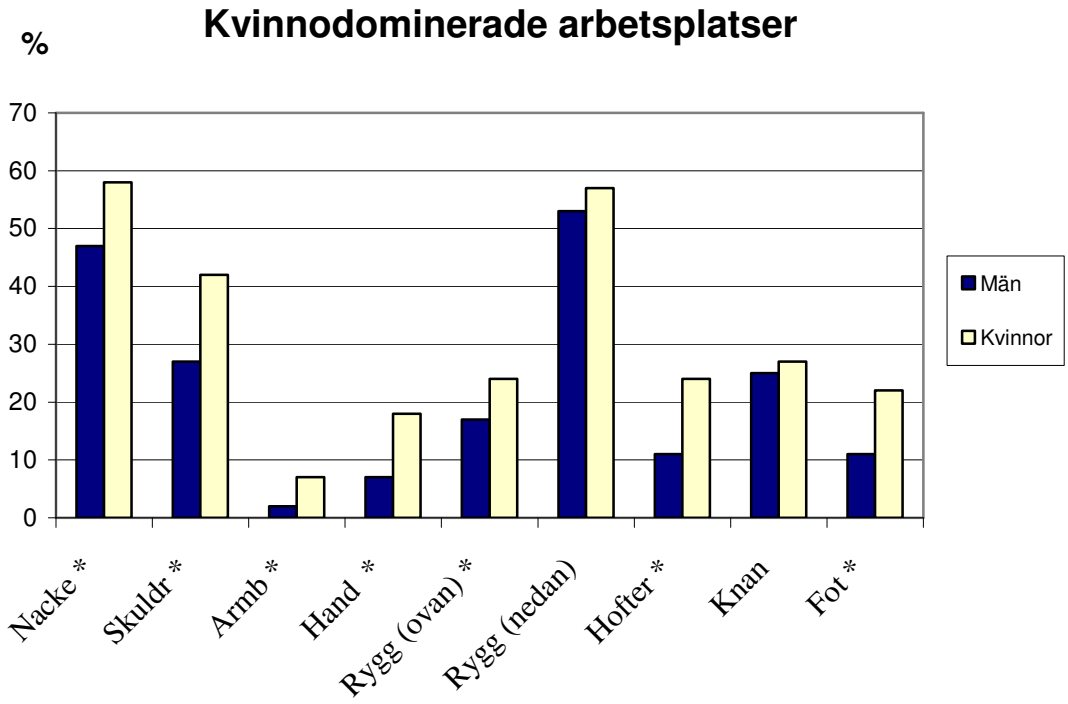
Tabell 4. Fysisk arbetsmiljö

Mansdominerad arbetsplats	Män	Kvinnor
Stillasittande arbete	29%	51%
Arbete vid dator	35%	60%
Arbete vid datorskärm	28%	55%
Repetitiva hand-/fingerrörelser	30%	56%
Rörligt arbete	33%	19%
Arbete med vibrerande verktyg	46%	13%
Arbete med händer ovanför axelhöjd	35%	16%
Arbete med händer under knähöjd	36%	15%
Manuell hantering 5-15 kg	48%	22%
Hög fysisk ansträngning en vanlig arbetsdag	31%	19%

Både på kvinno- och mansdominerade arbetsplatser framkom skillnader i livsstil och fritidsaktiviteter mellan kvinnor och män. Kvinnorna motionerade mer än männen medan inga skillnader noterades i rökvanor. Kvinnorna ägnade mer tid än männen åt hem- och hushållsarbete och kvinnorna upplevde sina fritids-aktiviteter som mer fysiskt ansträngande än vad männen gjorde.

Besvär i rörelseorganen

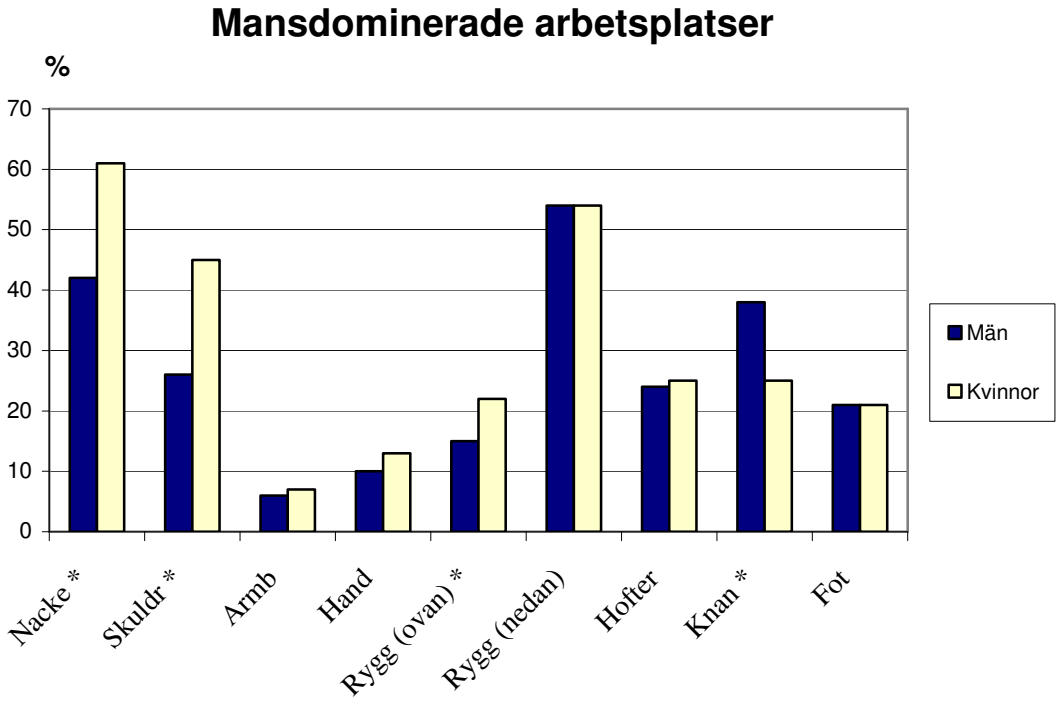
Det framkom skillnader mellan kvinnor och män i omfattningen av självskattade besvär från rörelseorganen. På kvinnodominerade arbetsplatser uppgav en betydligt större andel kvinnor än män att de hade besvär i alla kroppsdelar förutom i ländryggen och knäna (figur 1).



* Betyder att skillnaden är statistiskt signifikant

Figur 1. Andelen män och kvinnor på kvinnodominerade arbetsplatser som uppgav besvär från olika kroppsdelar.

Bilden var liknande på mansdominerade arbetsplatser förutom när det gäller besvär från knäna, där fler män än kvinnor uppgav att de hade besvär (figur 2).



* Betyder att skillnaden är statistiskt signifikant

Figur 2. Andelen män och kvinnor på mansdominerade arbetsplatser som uppgav besvär från olika kroppsdelar.

Män på kvinnodominerade arbetsplatser användes som referensgrupp i analyserna av samband mellan besvär i rörelseorganen och kön. Jämfört med referensgruppen visade det sig att kvinnor på kvinnodominerade arbetsplatser löpte större risk att drabbas av besvär i alla kroppsdelar förutom i ländryggen, övre delen av ryggen och knäna. På mansdominerade arbetsplatser löpte män större risk att drabbas av besvär i knäna och fötterna jämfört med referensgruppen. Kvinnor på mansdominerade arbetsplatser löpte större risk att drabbas av besvär i nacke, axlar, höfter och fötter jämfört med referensgruppen (tabell 5).

Tabell 5. Ökad risk för försämrad hälsa hos män och kvinnor på könssegregerade arbetsplatser med män på kvinnodominerade arbetsplatser som referensgrupp (=1)

	Män		Kvinnor	
	Flest kvinnor	Flest män	Flest kvinnor	Flest Män
Oavsett symptom	1	1,3	2,3*	2,0*
Nacke	1	0,8	1,5*	1,8*
Axlar	1	0,9	2,0*	2,2*
Armbågar	1	3,1	4,3*	3,5
Händer/handleder	1	1,6	3,2*	2,0
Övre ryggen	1	0,9	1,5	1,4
Ländryggen	1	1,0	1,2	1,0
Höfterna	1	1,2	2,4*	2,4*
Knäna	1	1,9*	1,1	1,0
Fötter/fotleder	1	2,0*	2,1*	2,0*

*Betyder att skillnaden är statistiskt signifikant

Slutledning

I denna studie framkom tydligt att kvinnor uppgav besvär från rörelseorganen i större omfattning än män, även då de arbetade på samma typ av segregerade arbetsplatser. Detta resultat styrker resultat från tidigare studier som visat att kvinnor och män utför olika uppgifter trots att de har samma tjänstebeteckning. Detta visades i denna studie i form av de skillnader som framkom i kvinnornas och männens organisatoriska, psykosociala och fysiska arbetsförhållanden på de kvinno- och mansdominerade arbetsplatserna. Studien visade också att kvinnor ägnade mer tid åt hem- och hushållsarbete än män.

3 – UTBILDNINGSBAKGRUND OCH HÄLSA

Raymond Dahlberg

Inledning

Den svenska arbetsmarknaden har genomgått betydande förändringar under det senaste decenniet. Uppkomsten av flexibla produktionsprocesser och flexibla arbetsorganisationer har haft en betydande inverkan på människors yrkesliv. Idag står många människor inför den svåra uppgiften att uppfylla de krav som den nya ekonomin kräver. Fastän det under samma tidsperiod har skett en generell förbättring av arbetsmiljön, upplever många människor att de har besvärliga arbetsförhållanden, att de är stressade och att de har dålig hälsa.

I Sverige är flest kvinnor anställda inom den offentliga sektorn, t.ex. inom hälsovården, socialvården och skolan, och de arbetar inom ett relativt sett begränsat antal yrken. Män arbetar oftare inom den privata sektorn, t.ex. med tillverkning, teknik, information och teknologi, och inom ett större antal yrken än kvinnor. Detta innebär att kvinnor och män inte exponeras för samma typ av risker på arbetet, och om de gör det, så är det en stor skillnad i exponeringsgrad.

Studier som utförts huvudsakligen i höginkomstländer har visat att män oftare än kvinnor exponeras för buller, vibrationer, ogynnsamma miljöförhållanden och andra typer av traditionellt fysiska och kemiska riskfaktorer. Följaktligen är sjukdomar och skador som kan relateras till lösningsmedel, buller och vibrationer mer vanliga bland män än bland kvinnor. Dessutom är det nästan bara män som dör i arbetsolyckor, eftersom olyckor på arbetsplatser huvudsakligen inträffar inom mansdominerade yrken.

Å andra sidan är kvinnor generellt oftare än män exponerade för psykosociala riskfaktorer på arbetet. En sådan faktor är negativ stress, vilket har definierats som en kombination av högt ställda psykiska krav och små möjligheter att påverka sin arbetssituation. Dessutom är kvinnor oftare än män exponerade för repetitiva arbetsuppgifter och monotont arbete. Följaktligen är mentala hälsoproblem, trötthet, förslitningsskador och andra besvär i rörelseorganen mer vanliga bland kvinnor än bland män.

En nyutkommen studie om kön och arbetsförhållanden inom EU-länderna bekräftar dessa skillnader mellan könen. Män var oftare än kvinnor exponerade för fysiska och kemiska riskfaktorer, medan kvinnor var mer exponerade för repetitiva arbetsuppgifter än män. Dessutom visades att kvinnor var mindre autonoma och att de hade mindre inflytande över sin arbetssituation än män.

Syfte

Syftet med denna studie var att bidra till den forskning som utförs om skillnader i exponering på arbetet och hälsa mellan kvinnor och män. Studien inriktades huvudsakligen på att jämföra exponering på arbetet och i hemmet med hälsan hos kvinnor och män med samma utbildningsbakgrund. Vidare har vi uppskattat risker för försämrad hälsa som kan kopplas till kvinnors och mäns utbildningsnivå.

Metoder

Studien är baserad på en enkätundersökning som utfördes av Arbetslivsinstitutet år 2001.

Frågeformuläret distribuerades slumpmässigt till 10 000 personer i arbetsför ålder som bodde i de tre kommunerna som ingick i projektet. Nästan 50 procent, eller 4 965 personer, besvarade frågeformuläret. En analys av dem som svarade/inte svarade visade att det var fler äldre än yngre, fler kvinnor än män, fler högän lågutbildade, och fler etniska än invandrade svenskar som svarade.

Baserat på Statistiska Centralbyråns registerdata från 1999 grupperades de svarande i tre utbildningskategorier: Kategori 1, vilket motsvarar 9-årig grundskola; Kategori 2, vilket inkluderar 3-årigt gymnasium, d.v.s. totalt 12 års utbildning; och Kategori 3, vilket inkluderar eftergymnasiala studier, t.ex. universitets- eller högskolestudier. Uppgifter om utbildning saknades för 60 personer som därmed uteslöts från analyserna. Av de återstående 4 905 svarande var 3 831 (77 procent) yrkesverksamma och dessa kom att utgöra studiegruppen (tabell 1).

Tabell 1. Studiegruppen fördelat på utbildningsnivå

	Kvinnor		Män	
	Antal	%	Antal	%
Kategori 1	365	18	371	21
Kategori 2	1 161	56	1 047	59
Kategori 3	539	26	348	20
Totalt	2 065	100	1 766	100

Bakgrundinformation om studiegruppen visade att kvinnor och män i Kategori 2 var något yngre än kvinnorna och männen i de andra kategorierna. I genomsnitt

uppgav männen inom samtliga kategorier att de hade fler betalda arbetstimmar per vecka än kvinnorna. De flesta av kvinnorna i samtliga kategorier arbetade inom den offentliga sektorn, medan de flesta av männen arbetade inom den privata sektorn. I samtliga kategorier var fler kvinnor än män ensamstående med barn, och något fler män än kvinnor ensamstående utan barn. Av dem som ingick i studiegruppen var cirka 5 procent födda utanför Norden (tabell 2).

Tabell 2. Bakgrundsinformation om studiegruppen

	Kategori 1		Kategori 2		Kategori 3	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Medelålder	45	46	40	39	44	45
Genomsnittlig arbetstid per vecka	33	38	35	40	37	40
	%	%	%	%	%	%
Offentliga sektorn	51*	20	60*	25	83*	58
Privata sektorn	43*	75	36*	71	15*	40
Familjeförhållanden						
Ensamstående med barn	9,6*	2,4	8,6*	2,2	5,8*	1,7
Ensamstående utan barn	26	29	28*	35	23	26
Sammanboende med barn	22*	29	39	40	42	45
Sammanboende utan barn	43	39	24	23	29	28
Född utanför Norden	4,3	4,0	4,4	6,4	4,3	5,2

*Betyder att skillnaden är statistiskt signifikant

Frågeformuläret innehöll ett brett urval frågor angående exponering för fysiska och psykosociala riskfaktorer på arbetet, inklusive frågor om arbetsorganisation, obetalt arbete i hemmet, fritid och livsstil (tabell 3). Samtliga frågor i frågeformuläret har utvärderats i tidigare studier.

Tabell 3. Exponeringar på arbetet och i hemmet

	Kategori 1				Kategori 2				Kategori 3			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Fysisk arbetsexponering												
Stillasittande arbete	96	27*	65	17	353	31	319	30	167	31*	172	49
Datorarbete	97	28	80	21	448	40	385	37	189	35*	180	52
Stillastående arbetsställning	116	33*	71	20	307	27*	139	14	70	13*	22	6,4
Rörligt arbete	114	32*	138	38	387	34	329	32	126	24	64	19
Arbete med händer ovanför axelhöjd	106	32*	142	40	270	24*	352	35	44	8,3	36	10
Arbete med händer under knähöjd	92	27*	147	41	211	19*	351	35	42	8,0	30	8,7
Repetitiva fingerrörelser	172	49*	149	40	474	42*	290	28	112	21	79	23
Böjda och vridna rörelser	194	58	194	54	485	43*	328	32	132	25*	60	17
Manuell hantering 1-5 kg	178	52*	235	67	549	49	491	49	205	39*	92	27
Manuell hantering 5-15 kg	112	33*	221	62	359	32*	451	45	122	23*	57	17
Manuell hantering över 15 kg	94	28*	202	57	361	32*	433	43	84	16	48	14
Hög fysisk ansträngning en vanlig arbetsdag	139	40	148	42	362	33	290	29	92	18*	32	9,3
Arbete på vibrerande underlag	29	8,4*	160	45	70	6,2*	328	32	13	2,5*	38	11
Arbete med vibrerande verktyg	34	9,9*	182	51	91	8,1*	423	41	20	3,8*	51	15
Dålig fysisk arbetsmiljö	69	20*	114	32	194	17	276	27	96	18	48	14
Psykosocial arbetsexponering												
Bristande socialt stöd från överordnade	147	42	161	46	447	40	409	41	242	47	150	45
Bristande socialt stöd från kollegor	85	24*	121	34	230	21*	293	29	133	26	107	32
Höga arbetskrav	110	32	96	27	356	33	316	32	225	44*	121	36
Små möjligheter att påverka arbetet	164	47	143	40	363	33*	244	24	59	11	34	9,9
Ansträngt arbete	36	11	28	7,8	67	6,0	50	4,9	18	3,5	10	2,9
Arbetsorganisation												
Negativa förändringar i arbetsvillkoren under det senaste året	43	19	52	20	174	23	158	21	81	22	47	19
Osäkra anställningsförhållanden	59	22	51	17	165	19	164	19	82	20	55	20
Negativa förväntningar om framtiden	70	26	68	23	215	25	204	24	109	27	66	24
Inga möjligheter att anpassa arbetet när man inte mår bra	164	45	171	46	521	45*	358	34	255	47*	107	31
Ofta problem med att stanna hemma vid kortvarig sjukdom	83	23	76	21	299	26	275	26	215	40*	114	33

Obetalt arbete i hemmet och fritid												
Hem- och hushållsarbete mer än 2 timmar en vanlig arbetsdag	123	35*	41	11	432	38*	128	12	185	35	49*	14
Hem- och hushållsarbete mer än 5 timmar en vanlig ledig dag	79	22*	40	11	300	26*	170	16	127	24	46*	13
Upplevd fysisk ansträngning under obetalt arbete en vanlig arbetsdag	109	32*	76	22	308	29*	199	20	107	21	42*	12
Ofta ingen tid för sig själv	64	18*	32	8,6	241	21*	133	13	125	23	68	20
Stillasittande fritidsaktiviteter mer än 2 timmar en vanlig arbetsdag	103	28	120	32	306	26	313	30	123	23	82	24
Stillasittande fritidsaktiviteter mer än 4 timmar en vanlig ledig dag	73	20	71	19	228	20	203	19	86	16	43	12
Livsstil												
Röker mer än 10 cigaretter om dagen	88	26	74	23	191	18*	110	12	38	8	27	9
Utövar någon form av motion	278	78	264	73	965	84*	752	73	479	90*	267	78
Motionerar mer än 2 timmar i veckan	199	55*	172	46	694	60*	479	46	340	63*	192	55
Body mass index (BMI = vikt/längd*längd (m))	25		26		24		26		24		26	

*Betyder att skillnaden är statistiskt signifikant

Resultat

Exponering på arbetet och i hemmet

Fysisk exponering i arbetet skilde sig signifikant mellan kvinnor och män i Kategori 1. Framförallt arbetade fler kvinnor än män i stillastående och stillasittande arbetsställningar, medan fler män än kvinnor arbetade med vibrerande verktyg, på vibrerande underlag och med manuell hantering i alla viktklasser som specificerats. Skillnaderna mellan kvinnor och män i Kategori 2 var ungefär desamma. I Kategori 3 arbetade fler kvinnor än män med manuell hantering mellan 1-15 kg och fler kvinnor än män utförde böjda och vridna rörelser i arbetet, medan fler män än kvinnor hade stillasittande arbete, arbete vid datorer, liksom arbete med vibrerande verktyg och på vibrerande underlag (tabell 3).

Beträffande *psykosocial exponering i arbetet* fanns de största skillnaderna mellan kvinnor och män i Kategori 1 och 2, där fler män än kvinnor uppgav bristande socialt stöd från kollegor. I Kategori 2 uppgav fler kvinnor än män att de hade små möjligheter att påverka sitt arbete. I Kategori 3 uppgav fler kvinnor än män att de hade höga arbetskrav (tabell 3).

Beträffande *arbetsorganisatoriska faktorer* fanns de största skillnaderna mellan kvinnor och män i Kategori 2 och 3, där fler kvinnor än män inte hade möjlighet att anpassa sina arbetsuppgifter då de inte mår bra. Fler kvinnor än män

i Kategori 3 uppgav att de hade problem med att stanna hemma vid kortvarig sjukdom (tabell 3).

Beträffande *obetalt arbete i hemmet* ägnade kvinnor i samtliga kategorier betydligt mer tid åt obetalt arbete i hemmet än män, både vanliga arbetsdagar och lediga dagar. Cirka 35 procent av kvinnorna i samtliga kategorier ägnade mer än två timmar per dag en vanlig arbetsdag åt obetalt arbete i hemmet, jämfört med cirka 12 procent av männen. Kvinnor i samtliga kategorier upplevde obetalt arbete i hemmet en vanlig arbetsdag mer ansträngande än vad män gjorde. Kvinnor i Kategori 1 och 2 uppgav att de hade mindre tid för sig själva än män i samma kategorier. Inga statistiskt signifikanta skillnader noterades beträffande stillasittande fritidsaktiviteter mellan kvinnor och män i samtliga kategorier (tabell 3).

Beträffande *livsstil* visade det sig att fler kvinnor än män i samtliga kategorier motionerade oftare. I Kategori 2 rökte fler kvinnor än män fler än 10 cigaretter om dagen. Endast små skillnader noterades beträffande body mass index (BMI) (tabell 3).

Resultat avseende hälsa

Allmän hälsa. I Kategori 2 och 3 uppgav fler kvinnor än män att de upplevde sin hälsa som dålig. Till exempel uppgav 19 procent av kvinnorna i Kategori 3 sin hälsa som dålig jämfört med 12 procent av männen i samma kategori. Inga statistiskt signifikanta skillnader noterades mellan kvinnor och män i Kategori 1 (tabell 4).

Mental hälsa. I Kategori 2 och 3 klassificerades fler kvinnor än män att ha nedsatt mental hälsa. Inga statistiskt signifikanta skillnader noterades mellan kvinnor och män i Kategori 1 (tabell 4).

Psykosomatiska symptom. Fler kvinnor än män i samtliga kategorier uppgav att de ofta (varje vecka) led av trötthet eller huvudvärk. I Kategori 3 uppgav fler kvinnor än män att de hade sömnproblem (tabell 4).

Besvär i rörelseorganen. I samtliga kategorier uppgav fler kvinnor än män att de hade symptom från nacke, axlar, handleder/händer och höfter. I Kategori 1 och 2 uppgav fler män än kvinnor symptom från knän. Beträffande antal symptom per individ uppgav fler kvinnor än män i samtliga kategorier att de hade fler än fyra symptom, medan fler män än kvinnor uppgav inga till tre symptom (tabell 4).

Tabell 4. Resultat avseende hälsa

	Kategori 1				Kategori 2				Kategori 3			
	Kv. Antal	Män %	Kv. Antal	Män %	Kv. Antal	Män %	Kv. Antal	Män %	Kv. Antal	Män %	Kv. Antal	Män %
Dålig allmän hälsa	99	27	101	28	239	21*	167	16	100	19*	41	12
Nedsatt mental hälsa	111	31	90	25	285	25*	207	20	123	23*	54	16
Psykosomatiska symptom												
Trötthet	121	33*	87	24	473	41*	285	27	244	45*	101	29
Huvudvärk	57	16*	16	4,3	187	16*	73	7,0	82	15*	20	5,7
Sömnproblem	62	17	54	15	142	12	104	9,9	101	19*	37	11
Symptom från rörelseorganen												
Nacke	181	60*	120	41	569	59*	313	43	233	57*	87	39
Axlar	142	47*	88	30	424	44*	186	26	154	38*	45	20
Handleder/händer	68	22*	43	15	149	15*	63	8,6	64	16*	9	4,0
Ländryggen	181	59	175	59	549	57	403	55	209	51	110	49
Höfter	73	24	56	19	224	23*	101	14	95	23*	20	8,9
Knän	91	30*	125	42	248	26*	264	36	109	27	66	30
Antal symptom från rörelseorganen per individ												
Inga symptom	59	16	74	20	187	16	309	30	129	24*	122	35
1-2 symptom	76	25*	112	38	286	30	323	44	139	34*	119	53
3-4 symptom	62	20	67	23	238	25	183	25	97	24	60	27
Mer än 4 symptom	166	55*	115	39	442	46	224	31	171	42*	44	20

*Betyder att skillnaden är statistiskt signifikant

Risk för försämrad hälsa

Jämfört med referensgruppen som bestod av män med eftergymnasial utbildning hade kvinnor och män i samtliga kategorier en signifikant högre risk att drabbas av dålig allmän och mental hälsa. Till exempel, för kvinnorna i Kategori 1 var risken att drabbas av dålig allmän hälsa tre gånger så stor, och risken för nedsatt mental hälsa två gånger så stor (tabell 5).

Kvinnor i samtliga kategorier löpte större risk att drabbas av psykosomatiska symptom jämfört med referensgruppen. I stort sett fanns det ingen ökad risk att drabbas av psykosomatiska symptom för män i Kategori 1 och 2 jämfört med referensgruppen (tabell 5).

Kvinnor i samtliga kategorier löpte en statistiskt signifikant större risk att drabbas av besvär i rörelseorganen i alla de kroppsdelar som analyserades förutom i knän jämfört med referensgruppen. Till exempel var risken för att drabbas av besvär i nacken dubbelt så hög. För kvinnor i Kategori 1 var risken att drabbas av besvär i axlarna 3,8 gånger så stor och i handleder/händer 5,7 gånger så stor jämfört med referensgruppen (tabell 5). Män i Kategori 1 löpte en större risk att drabbas av besvär i rörelseorganen i alla kroppsdelar förutom i nacken jämfört med referensgruppen.

Tabell 5. Ökad risk för försämrad hälsa

	Kvinnor			Män		
	Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3	Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3 Jämförelse-grupp
Dålig allmän hälsa	3,2*	1,8*	1,5*	2,7*	1,4*	1
Nedsatt mental hälsa	2,3*	1,7*	1,5*	1,9*	1,4*	1
Psykosomatiska besvär						
Trötthet	1,4*	1,8*	2,1*	0,9	1,0	1
Huvudvärk	3,1*	2,9*	2,7*	1,1	1,2	1
Sömnproblem	1,8*	1,2	1,7*	1,5*	0,9	1
Besvär i rörelseorganen						
Nacke	2,3*	2,3*	2,1*	1,1	1,2	1
Axlar	3,5*	3,1*	2,4*	1,7*	1,4*	1
Handleder/händer	6,8*	4,3*	4,4*	4,1*	2,2*	1
Ländryggen	1,5*	1,4*	1,1	1,5*	1,3	1
Höfter	3,2*	3,1*	3,1*	2,4*	1,6	1
Knän	1,0	0,8	0,9	1,8*	1,4	1

*Betyder att skillnaden är statistiskt signifikant

Diskussion

Metodologiska övervägande

Som tidigare nämnts visade en analys av vilka som besvarade/inte besvarade enkäten att det var fler äldre än yngre, fler kvinnor än män, fler hög- än lågutbildade och fler etniska än invandrade svenskar som svarade. Av analysen framkom att de som inte svarade inte var jämt fördelade över befolkningen. Detta är ett problem då avsikten är att resultaten skall spegla förhållanden för hela befolkningen. Ett vanligt sätt att hantera detta problem är att skapa undergrupper där den ojämna svarsfördelningen kompenseras. All data i denna studie har analyserats med denna metod. Eftersom resultaten från de analyserna inte avvek i någon större omfattning från analyserna av dem som besvarade enkäten har vi valt att inte presentera dessa siffror i rapporten.

Ett annat metodologiskt problem som är värt att nämnas är att många av frågorna som ställdes i enkäten rörde arbetsförhållanden som förekommer inom traditionellt manliga yrken, t.ex. inom industrin och byggsektorn, där det är vanligt med manuell hantering av material och att arbeta med händerna ovanför axelhöjd, under knähöjd eller med vibrerande verktyg. Det är möjligt att andra frågor bättre skulle ha fångat upp negativa arbetsförhållanden som är mer vanliga bland kvinnor. Detta problem kan illustreras med ett exempel från en studie av Ljungberg m.fl., där de jämförde lyft som utfördes i arbetet av dels manliga lagerarbetare, och dels kvinnliga undersköterskor. Lagerarbetarna utförde fyra gånger så många lyft som undersköterskorna och varje lyft var fem gånger så tungt. I lagret varade varje enskilt lyft en kortare tidsperiod än på sjukhuset och distansen var kortare. På sjukhuset inträffade även fler oväntade och plötsliga lyft. Dessa olika typer av arbetsbelastning kan inte fångas upp med de frågor som vi ställde i frågeformuläret. Detta är ett problem som kan lösas genom att utveckla nya frågor, vilket tar tid och är kostsamt. Slutligen vill vi nämna att detta är en tvärsnittsstudie, vilket innebär att slutledningar inte kan dras beträffande orsak och verkan mellan exponering och hälsa. Trots detta vill vi spekulera om de olika resultaten som framkommit i studien.

Utbildningsbakgrund

I denna studie ville vi studera kvinnor och män med samma utbildningsnivå för att se om det fanns skillnader mellan dem beträffande exponering för riskfaktorer på arbetet och på fritiden och hälsa. Vi har också uppskattat risker för försämrad hälsa som kan kopplas till kvinnornas och männens utbildningsnivå och gjort jämförelser med en referensgrupp. Referensgruppen kom att bestå av män med eftergymnasial utbildning eftersom det visade sig att denna grupp var den mest välmående.

I studien framkom att kvinnorna och männen som ingick i studien arbetade inom olika sektorer på arbetsmarknaden. Kvinnorna arbetade huvudsakligen inom den offentliga sektorn och männen inom den privata. Detta resultat stödjer resultat som framkommit i flera andra studier om att arbetsmarknaden är starkt könssegregerad, vilket även medför att kvinnor och män utsätts för olika exponering på sina arbetsplatser. Dessutom finns det studier som visat att män och kvinnor ofta inte utför samma typ av arbetsuppgifter även då de har samma tjänstebeteckning och arbetar på samma arbetsplats.

I studien framkom även skillnader i familjeförhållanden. Till exempel levde fler kvinnor än män ensamstående med barn, vilket säkerligen har en inverkan på omfattningen av exponering i hemmet.

Exponering på arbetet och i hemmet

I studien framkom stora skillnader i exponering på arbetsplatsen och i hemmet mellan män och kvinnor i samtliga kategorier. Eftersom skillnaderna mellan Kategori 1 och 2 var ganska lika kommer vi diskutera dessa två kategorier tillsammans. Det visade sig att kvinnor och män i dessa två kategorier exponerades olika för nästan alla av de fysiska faktorer som analyserades. Detta resultat stödjer resultat från tidigare studier som visat att kvinnor och män arbetar inom olika yrken och har olika arbetsuppgifter. På arbetet var fler män än kvinnor exponerade för kända riskfaktorer för att drabbas av besvär i rörelseorganen, t.ex. arbete med vibrerande verktyg och på vibrerande underlag och manuell hantering från 5 kg och uppåt. Fler kvinnor än män arbetade stillastående och utförde böjda och vridna rörelser samt repetitiva fingerrörelser i arbetet, vilket även det innebär stor ökad risk för att drabbas av besvär i rörelseorganen. Dessa resultat speglar förmodligen även den horisontella segregeringen på arbetsmarknaden, vilket innebär att kvinnor oftare har lägre tjänstegrad och mer monotona arbetsuppgifter än män.

Tidigare studier har visat att dåliga psykosociala arbetsförhållanden, i form av höga krav, små möjligheter att påverka sitt arbete och bristande socialt stöd på arbetet, är nära förknippat med nedsatt mental hälsa. I Kategori 1 och 2 upplevde fler män än kvinnor bristande socialt stöd från kollegor, medan fler kvinnor än män uppgav att de hade små möjligheter att påverka sitt arbete.

Beträffande faktorer som rör arbetsorganisation framkom att den enda större skillnaden mellan kvinnor och män fanns i Kategori 2, där fler kvinnor än män uppgav att de inte hade någon möjlighet att anpassa sina arbetsuppgifter då de inte mår bra. Här föreligger förmodligen ett samband med små möjligheter att påverka sitt arbete, vilket har visats kunna resultera i nedsatt mental hälsa.

Det kanske inte är så förvånande att stora skillnader upptäcktes mellan kvinnor och män i omfattningen av obetalt arbete i hemmet. I Kategori 1 och 2 ägnade kvinnorna betydligt mer tid än männen åt hem- och hushållsarbete och de upplevde högre fysisk ansträngning i obetalt arbete. Dessa resultat indikerar att kvinnor har en totalt högre arbetsbelastning, vilket får stöd av resultat från andra studier. I den nyligen publicerade MOA-studien framkom att kvinnor i genomsnitt ägnade två gånger så mycket tid åt obetalt arbete per vecka än män. Men hur jämför man egentligen den totala arbetsbördan mellan å ena sidan en ensamstående mamma med tre barn som arbetar som förskolelärare, och å andra sidan en man som är byggnadsarbetare, har stor familj och bor i ett hus som är i behov av stora reparationer?

I Kategori 3 var det fler kvinnor än män som arbetade stillastående, utförde böjda och vridna rörelser i arbetet samt arbetade med manuell hantering. Tidigare studier har visat att dessa typer av exponering kan innebära ökad risk för besvär i rörelseorganen. Å andra sidan arbetade fler män än kvinnor stillasittande, vid

datorer, med vibrerande verktyg och på vibrerande underlag, vilket även det är faktorer som har bedömts kunna öka risken för besvär i rörelseorganen. Även skillnaderna i fysisk exponering mellan kvinnor och män med eftergymnasial utbildning kan relateras till den segregerade arbetsmarknaden.

I Kategori 3 uppgav fler kvinnor än män att de hade höga krav på arbetet, inga möjligheter att anpassa sina arbetsuppgifter då de inte mår bra och ofta problem med att stanna hemma vid kortvarig sjukdom. Tidigare studier har visat att sådana psykosociala och organisatoriska faktorer kan ge upphov till sjukdomar och sjukfrånvaro. Till exempel har en nyligen utkommen studie om arbetsflexibilitet visat att kvinnor som har få möjligheter att anpassa sitt arbete när de inte mår bra har högre sjukfrånvaro.

Kvinnorna i Kategori 3 upplevde högre fysisk ansträngning på arbetet än män och de ägnade mycket mer tid åt obetalt arbete i hemmet. Detta indikerar att kvinnorna även i denna kategori har en högre total fysisk arbetsbelastning än män i samma kategori.

I tidigare studier har forskare visat att kvinnor har större problem än män att kombinera betalt och obetalt arbete. Deras forskning om stressnivåer under och efter arbetet visade att medan män generellt varvar ner snabbt efter arbetsdagens slut, så förblir kvinnornas stressnivåer höga efter arbetet, och då speciellt om de har barn som bor hemma.

Sammantaget med de fysiska arbetsexponeringar som nämnts ovan kan dessa faktorer bidra till att kvinnor uppgav sämre hälsa än män, liksom fler symptom från rörelseorganen och psykosomatiska symptom. Fastän kvinnorna i Kategori 3 motionerade oftare än männen tycks detta inte ha haft någon speciellt gynnsam inverkan på deras hälsa. Å andra sidan skulle deras hälsa ha kunnat visa sig vara ännu sämre om de motionerat mindre.

Skillnader i hälsa

För nästan alla hälsovariabler som studerades framkom signifikanta skillnader mellan kvinnor och män oberoende av utbildningsbakgrund. Fler kvinnor än män uppgav att de hade dålig allmän och mental hälsa, liksom fler psykosomatiska symptom och fler symptom från rörelseorganen. Eftersom detta är en tvärsnittstudie går det inte att fastställa några säkra samband mellan orsak och verkan av exponering på arbetet och i hemmet, men vi vill ändå diskutera några möjliga förklaringar.

Som visats i denna studie utsattes kvinnorna och männen för olika exponering både på arbetet och i hemmet. Detta är förmodligen den största förklaringen till skillnaderna i hälsa, men vi kan även se andra bidragande orsaker i form av familjeförhållanden och biologiska skillnader.

Inom forskningen har faktorer som ålder, kön, socioekonomisk status, etnicitet, rökning, alkoholkonsumtion, fetma och faktorer som påverkar kvinnors hormonnivåer kopplats samman med besvär från rörelseorganen. Bevisen är dock

fortfarande mycket osäkra om och hur dessa faktorer kan påverka risken för att drabbas av dessa besvär.

I Kategori 1 och 2 uppgav fler kvinnor än män symptom från nacke, axlar och handleder, medan fler män än kvinnor uppgav symptom från knän. Detta kan delvis hänföras till biologiska skillnader, t.ex. att kvinnor har mindre muskelmassa än män, men det kan även bero på att kvinnor och män utsätts för olika exponering. Som visats i denna studie utför fler kvinnor än män arbetsuppgifter som innebär repetitiva rörelser och stillastående arbete, vilket i tidigare studier har ansetts utgöra riskfaktorer för besvär i rörelseorganen. Dessutom ägnade kvinnorna oftare mer tid åt hem- och hushållsarbete än männen. Å andra sidan utförde fler män än kvinnor arbetsuppgifter med vibrerande verktyg och på vibrerande underlag, vilket även det är faktorer som i tidigare studier bedömts kunna öka risken för att drabbas av besvär i rörelseorganen. Resultaten som framkommit i denna studie stödjer denna tidigare forskning. Speciellt när det gäller symptom från nacke och axlar har det visats att dessa symptom är vanligare bland kvinnor än bland män. I en nyligen utkommen studie av Lundberg (2002) framkom att en möjlig förklaring till den höga förekomsten av arbetsrelaterade besvär i övre extremiteterna hos kvinnor är att kvinnor ofta utför repetitiva rörelser i arbetet och utsätts för extra stress från obetalt arbete i hemmet.

Även i Kategori 3 uppgav fler kvinnor än män att de hade dålig hälsa. Kanske förväntar man sig inte att finna en sådan skillnad mellan män och kvinnor i denna kategori, men även här utsattes kvinnor och män för olika exponering. Till exempel uppgav ett stort antal kvinnor att de hade symptom från rörelseorganen. Kanske tänker man sig inte att högutbildade kvinnor, eller män för den delen, har så mycket fysiskt krävande arbetsuppgifter att de skulle uppge så många symptom som de gjorde? En så stor andel som 57 procent av kvinnorna uppgav att de hade symptom från nacken och 38 procent från axlarna, vilket kan jämföras med männen där 39 procent uppgav symptom från nacken och 20 procent från axlarna. Tidigare studier har emellertid visat att arbetsrelaterade besvär i rörelseorganen och övre extremiteterna är mycket vanligt förekommande även då arbetsuppgifterna innebär mycket låga nivåer av fysisk aktivitet (1-2 procent av maximal kapacitet eller mindre), t.ex. vid datorarbete. Att kvinnor generellt har mindre muskelmassa än män kan dock knappast vara den enda förklaringen till den höga förekomsten av symptom från rörelseorganen bland yrkesverksamma, högutbildade kvinnor. En alternativ förklaring kan vara att kvinnor oftare än män utför monotona arbetsuppgifter och repetitiva rörelser i arbetet, vilket har visats öka risken för att utveckla dessa typer av besvär. En bidragande faktor kan vara att kvinnor oftare har mindre tid till vila och återhämtning än män.

I den moderna arbetsmiljön med dess betoning på tidspress, konkurrens, ”lean production” och nedskärningar är det möjligt att bristen på avslappning är en ännu viktigare hälsorisk än hur muskler aktiveras under arbetet. Eftersom mental

stress ofta pågår under en längre tid än fysisk aktivitet kan psykosociala faktorer på arbetet vara speciellt viktiga att beakta.

Vissa studier har visat att kvinnor skulle vara mer benägna än män att uttrycka eller uppge symptom från rörelseorganen. Det har även föreslagits att kvinnor uppger fler symptom än män helt enkelt därför att de är bättre på att känna igen, artikulera och kommunicera sina symptom än män. Tolkningen av dessa resultat är dock inte helt entydig i litteraturen. Skillnader mellan kvinnor och män kan även bero på till exempel ålder, typ av symptom och vilken fas i livscykeln man befinner sig.

Riskanalyserna avslöjade att kvinnor och män i samtliga kategorier hade en statistiskt signifikant högre risk att drabbas av dålig allmän hälsa och nedsatt mental hälsa jämfört med referensgruppen som bestod av män med eftergymnasial utbildning. Beträffande psykosomatiska symptom och symptom från rörelseorganen upptäcktes skillnader även mellan kvinnor och män. Medan det inte upptäcktes någon ökad risk för män i Kategori 1 och 2 jämfört med referensgruppen, så var det tvärt om för kvinnor. Dessa resultat indikerar att det inte endast förekommer skillnader i hälsa mellan kvinnor och män, utan att det också förekommer skillnader mellan de olika utbildningskategorierna. Högutbildade kvinnor och män tycks må bättre än lågutbildade. Dessa resultat var inte oväntade eftersom även tidigare studier visat att det finns samband mellan hälsa, utbildningsnivå och socioekonomisk status.

I stort sett finns bevis för att förekomsten av besvär från rörelseorganen kan relateras till arbetsrelaterade faktorer både bland kvinnor och män och det finns adekvat vetenskaplig kunskap för att vidta förebyggande åtgärder, till exempel genom att förbättra ergonomin på arbetsplatser. Resultat från analyser baserat på kön som riskfaktor ger oss ingen hjälp för att öka kunskapen i dessa frågor. Däremot behövs ytterligare studier för att undersöka om det finns skillnader mellan kvinnor och män när det gäller symptom från rörelseorganen även då kvinnor och män utsätts för samma exponering på arbetet.

Åtgärder måste vidtas för att förbättra hälsan hos kvinnor och män. I första hand måste beslutsfattare, liksom kvinnor och män i olika positioner inom samhället, bli medvetna om kända riskfaktorer som kan ge upphov till besvär i rörelseorganen för att därmed kunna minska och slutligen eliminera dem. Emellertid är detta inte tillräckligt. För att få en helhetsbild över vilka faktorer som bidrar till dålig allmän hälsa och nedsatt mental hälsa hos kvinnor och män måste även andra förhållanden beaktas. Detta kan till exempel gälla arbetsorganisatoriska förhållanden och dess inverkan på hälsan och inte minst den ojämna fördelningen av obetalt arbete i hemmet. I stor utsträckning är detta en fråga om attityder och viljan att bryta traditionella könsstrukturer i yrkes- och privatlivet.

Slutledning

Denna studie visade att det finns signifikanta skillnader i exponering och hälsa mellan kvinnor och män med samma utbildningsbakgrund. Inom samtliga utbildningskategorier som studerades utsattes kvinnor och män för olika exponering av riskfaktorer både i yrkes- och privatlivet. Dessutom visade alla hälsovariabler som studerades att män med eftergymnasial utbildning löper lägst risk att drabbas av dålig allmän hälsa och nedsatt mental hälsa, liksom av besvär i rörelseorganen och psykosomatiska besvär. Slutledningen som kan dras från denna studie är att män i samtliga utbildningskategorier hade bättre hälsa jämfört med kvinnor med samma utbildningsbakgrund.