

Dimitris Michailakis & Werner Schirmer

Välfärdsstatens manifesta och latent problem med den ökande psykosociala ohälsan i arbetslivet

The welfare state's manifest and latent problems with the increasing psychosocial illness in working life

This article describes how the debate on psychosocial illness in working life generates manifest and latent problems for the welfare state. Psychosocial illness in working life generates claims and expectations of compensation and interventions directed at the welfare state. Drawing on a systems-theoretical framework, the article argues that the welfare state cannot fulfil these expectations because the enormous complexity and the plurality of factors underlying psychosocial illness makes simple and effective solutions impossible. The causal relations are numerous, diffuse and difficult to isolate. Next to this manifest problem, the fact that effective regulatory measures are hardly possible creates a latent problem for the welfare state. Despite its powerlessness, the state needs to maintain its self-description as a problem-solving instance. However, the diffuse and ambiguous causal relations underlying psychosocial illness in working life can be transformed into a resource for the welfare state. Precisely this diffuseness and ambiguity increases the discretionary power and capability for action to deal with the claims and expectations of compensation in a way that protects the self-description despite the inability to solve the manifest social problem. If there is a multitude of possible causal explanations depending on how the problem is framed, and given that each causal explanation imposes its own solutions, the state can treat the ambiguous causalities that research findings offer as a smorgasbord for its own purposes. The state can choose among the causes those interventions that seem most appropriate to solve the latent problem: the protection of the welfare state's self-description as a problem-solving, caring institution with capability for action. Because the argument is complex, the article provides a detailed introduction of the systems-theoretical concepts. Furthermore, the argument is illustrated with the help of the case of the working milieu of school in suburbs with high degrees of ethnic diversity.

Introduktion

Under de senaste decennierna har psykosocial ohälsa i arbetslivet uppmärksammas som ett växande samhällsproblem (Socialstyrelsen 2003; SOU 2002, 2003, 2010). Som en indikation på problemets omfattning anses att antalet sjukskrivningar med diagnoserna utmattning och

depression relaterat till arbetslivet har ökat kraftigt sedan 1997 (Järholm 1996; SOU 2006).¹ Upprepade larmsignaler från politiker, massmedia och forskare (Lidwall 2003, 2004; Riksförsäkringsverket 2003; SOU 2002, 2003; Upmark & Edlund 2006) visar tydligt att behovet av åtgärder för att komma till rätta med den växande psykosociala ohälsan är stort.

Den psykosociala ohälsan i arbetslivet skiljer sig från traditionella fysiska arbetsmiljöproblem. Medan den kroppsliga ohälsan har diskuterats sedan industrialismens början har förhållanden i den psykosociala arbetsmiljön uppmärksammats först de sista två-tre decennierna. Detta hänger bland annat samman med övergången från en biomedicinsk till en biopsykosocial definition av sjukdom (Michailakis & Schirmer 2010). Enligt det biopsykosociala sjukdomsbegreppet påverkar sociala förhållanden (t.ex. arbetslöshet, mobbning, stress, etc.) fysiologin via psykiska processer. Till följd av detta anses numera en bedömning av en patients psykosociala situation utgöra en väsentlig del i diagnosticering och behandling. Detta har ökat komplexiteten när det gäller att fastställa och vidta åtgärder för orsakerna till ohälsan.

Arbetslivsforskningen har genom åren påvisat ett stort antal, sinsemellan varierande, orsaker till den ökande psykosociala ohälsan. Förändringarna som skett i arbetslivet har hävdas det, lett till minskad autonomi, minskat inflytande, mindre grad av delaktighet och egenkontroll i många yrkesgrupper (Bergman 2011; Langer 2009; Nilsson 2008; Ståhlberg 2007). Som särskilt skadlig har framhållits bristen på möjligheter att styra sitt arbete i kombination med hög arbetsbelastning, osäkra anställningsvillkor och dåliga karriärmöjligheter (Olsson 2007). Upplevelsen av att vara orättvist behandlad på arbetsplatsen med avseende på t.ex. befordring eller lönesättning har också framhållits som en betydande orsak till ohälsa (Nilsson 2008). En ytterligare faktor som påvisats är det alltmer exkluderande arbetslivet, där bara de mest lojala, stresståliga och flexibla medarbetarna får plats vilket utestänger många grupper (SOU 2009). Forskare har framhållit att ohälsa följer av utanförskap (Starrin & Janson 2005). En annan faktor som sägs ha betydelse för medarbetares hälsa och trivsel är kompetensen i ledarskapet (Bergman 2011). Vidare har forskningen funnit att psykosocial ohälsa verkar vara vanligare inom arbetsmiljöer som arbetar med att ge hjälp och stöd till människor, som t.ex. utbildning, socialtjänst och sjukvård (Bäckman 2001; Månsson & Persson 2004).

Forskningen pekar alltså på en mängd möjliga faktorer i arbetslivet som kan tänkas utgöra bakomliggande orsak till den psykiska ohälsan. I många fall är det dock svårt att fastställa entydiga kausalitetsförhållanden, dvs. att isolera orsak och verkan. Forskare inom både medicin och samhällsvetenskap har påpekat att orsakerna som refererar till psykosociala

¹ Antalet minskade något under ett par år för att sedan återigen stiga. 2014 låg andelen kvinnor sjukskrivna för utmattningsdepression på mer än 15 procent (Mellgren 2014). Enligt regeringens senaste resultatredovisning fortsätter sjukskrivning pga. psykiska diagnoser att öka för både män och kvinnor, även om risken är högre för kvinnor än för män. Psykiska diagnoser bottnar i psykisk ohälsa i form av framförallt ångest och depressioner. Risken att påbörja sjukfall med psykisk diagnos är som högst i åldern 30–39 år (Prop. 2014/15:1 Utgiftsområde 10, s. 15).

cial ohälsa är diffusa, osäkra och svåra att mäta till skillnad från orsakssambanden bakom kroppsrelaterade sjukdomar som kan både fastställas och mätas med betydligt större säkerhet (Hetzler, Melén, & Bjerstedt 2005; Ståhlberg 2007).

Referensproblem och syfte

Denna artikel diskuterar inte vilka arbetsmiljöförhållanden som faktiskt orsakar psykosocial ohälsa i arbetslivet. Utan att ifrågasätta att arbetsmiljöforskningen har genererat värdefull kunskap och att alla faktorer som lyfts fram har stor betydelse för de anställdas hälsa, vill vi rikta uppmärksamheten på *förhållandet mellan samhällsproblemet "ohälsosamt arbetsliv" och välfärdsstaten*. Vi vill i den här artikeln undersöka *hurvida anspråk och förväntningar på åtgärder mot psykosocial ohälsa i arbetslivet skapar politiska problem. Vi vill vidare diskutera hurvida forskningsresultat om fenomenet kan användas av välfärdsstaten som lösning på egna, politiskt genererade, problem*.

I enlighet med den sociologiska systemteorin som utvecklats av Niklas Luhmann (Luhmann 1989, 1990; för introduktioner på svenska se Jönhill 1997; Michailakis 2008; Schirmer & Michailakis 2008) antar vi att "psykosocial ohälsa i arbetslivet" inte utgör enbart *ett* problem. Det moderna samhället präglas inte av ett enhetligt perspektiv utan av en mångfald av olika funktionssystemspecifika synsätt på sociala företeelser, t.ex. politiska, ekonomiska, medicinska, vetenskapliga, eller rättsliga synsätt. "Psykosocial ohälsa i arbetslivet" kan bli en ekonomisk fråga om kostnader, priser, produktivitet; det kan bli en medicinsk fråga om individers hälsotillstånd och behandling; det kan bli en vetenskaplig fråga om orsaker och effekter av ohälsan; det kan bli en rättslig fråga om klagomål och legitima anspråk till kompensation. Existensen av dessa perspektiv innebär att "psykosocial ohälsa i arbetslivet" inte är *en* företeelse med samma innebörd som observeras lika av alla. Beskrivningen och innebörden av fenomenet «psykosocial ohälsa i arbetslivet» varierar i enlighet med perspektivet.

På grund av vårt fokus på välfärdsstaten inriktar vi oss mot det *politiska* systemets perspektiv på fenomenet "psykosocial ohälsa i arbetslivet", således betraktar vi det *som ett politiskt* problem. Vi undersöker vilka problem fenomenet skapar för välfärdsstaten och hur välfärdsstaten i sin tur handskas med problemen som den själv bidrar till att skapa. Den svenska välfärdsstaten – med sina ambitiösa program för en allomfattande inklusion och vilja att kompensera alla som drabbats av ogynnsamma omständigheter – har genererat förväntningar att den även ska hantera det sociala problemet "psykosocial ohälsa i arbetslivet". Det är ett faktum att det finns förväntningar på välfärdsstaten från arbetstagare, arbetsgivare, och allmänheten att den ska förhindra att psykosocial ohälsa uppstår och i de fall den inte kan förhindra att kompensera de drabbade, att den ska finna åtgärder mot psykisk ohälsa (t.ex. arbetsmiljölägstiftning) och att socialförsäkringen ger ett gott stöd för de drabbade.

Vår tes är att välfärdsstaten inte kan uppfylla dessa förväntningar vilket bland annat sammanhänger med att begreppet psykosocial ohälsa är så brett att det inrymmer nästan

allt. Praktiskt taget allt kan kvalificeras som symptom för eller möjlig orsak till psykosocial ohälsa. Eftersom vetenskapen än så länge inte har bidragit till komplexitetsreduktion genom att tillhandahålla klara, entydiga orsaksförklaringar, blir det *nästan omöjligt* att hitta effektiva åtgärder för att förhindra uppkomsten av psykosocial ohälsa.

Men vi hävdar att det som vid första åsynen ser ut som en förlustsituation för bägge parter, både de som är drabbade av psykisk ohälsa och för välfärdsstaten, kan omvandlas till en politisk resurs. De tvetydiga kausala förklaringarna som forskningen tillhandahåller *möjliggör* nämligen för välfärdsstaten att *hantera olika anspråk* om den psykosociala ohälsan i arbetslivet. Generellt sett, i fotspåren av rättighetstänkandet, möter välfärdsstaten ett växande antal anspråk som blir allt svårare att tillmötesgå. Anspråken blir till ett politiskt problem, nämligen att bevara och reproducera den egna självbeskrivningen som den inkluderande och problemlösande instansen i samhället utan att alltid kunna uppfylla alla anspråk. Vi menar att den diffusa och mångtydiga kausaliteten bakom fenomenet psykosocial ohälsa i arbetslivet skapar ett ökat politiskt handlingsutrymme för välfärdsstaten. Den *psykosociala ohälsans multidimensionalitet möjliggör ett attribuerande av orsaker till en rad olika förhållanden vilka kan bedömas vara politiskt gynnsamma vid olika tidpunkter*. I den meningen har den kausala mångtydigheten fördelar – visserligen inte för hela samhället men väl för det politiska systemet självt.

Ett illustrativt exempel

Artikeln använder ett illustrativt exempel på arbetslivsproblem som relateras till psykosocial ohälsa, nämligen lärare i s.k. "problemskolor" i storstadsområden med elever från många olika kulturer. Det är dokumenterat genom forskning, filmer och litteratur att lärare i klasser som består av en hög andel elever med invandrabakgrund löper stor risk att bli utbrända. Invandrarelever som växer upp i ett samhälle där föräldrarna inte har lyckats etablera sig på arbetsmarknaden, känner sig exkluderade och förnedrade i att leva i gettomiljöer. Samtidigt umgås de med personer som också saknar framtidsutsikter, i en miljö där andelen kriminella kan vara hög och missbruket av alkohol och narkotika kan vara utbrett. Som en spegelbild av dessa strukturella problem ser sig eleverna som i ett oppositionsförhållande till skolan som samhällsinstitution och till läraren i klassrummet: De uppför sig dåligt i skolan; de saknar självdisciplin och motivation för allt som har med skolarbete att göra (Skolverket 2006, 2009). Utmaningarna som läraren konfronteras med dagligen i en sådan skolklass är stora. Elevernas kunskaper i undervisningsspråket är ofta bristfälliga, ordförrådet fattigt; eleverna förmår vare sig att uttrycka sig varierat eller uttrycka mer komplicerade tankegångar; de kan missförstå innebörden i texter eftersom de inte känner till ordens valörer, osv. Samma sak gäller för deras matematikkunskaper och kunskaper i andra kärnämnen. Till detta kommer att de inte ser något värde i kunskap överhuvudtaget – det är svåruppnåeligt och inte eftertraktansvärt – och därmed har den som har som sin uppgift att förmedla kunskapen, läraren och skolan, inte någon auktoritet. Även fåtalet elever som

avviker från den bilden har svårt att koncentrera sig i skolarbetet i sådana klasser och blir liksom läraren drabbade av situationen i klassrummet (Anderson 1999). Sanktionsmöjligheterna är utan effekt oberoende om de tilldelas av läraren eller av rektorn. En lärares arbete i en sådan problematiskt miljö kan leda till uppgivenhet och mynnar ofta ut i psykisk eller psykosomatisk ohälsa.²

Artikeln är uppbyggd enligt följande. I avsnitt 2 beskrivs varför de kausala relationerna bakom psykosocial ohälsa i arbetslivet är komplexa och svårkontrollerade. I avsnitt 3 argumenterar vi att välfärdsstaten konfronteras med två problem: det manifesta *sociala* problemet att vidta åtgärder mot ohälsosamt arbetsliv och det latent *politiska* problemet att med bibehållen trovärdighet hantera förhållandet mellan välfärdsstatens självbeskrivning och en föränderlig omvärld. Avsnitt 4 visar hur den diffusa och mångtydiga kausaliteten bakom psykosocial ohälsa i arbetslivet kan bli till en resurs för välfärdsstaten genom att skapa handlingsutrymme och flexibilitet för att hantera det *politiska* problemet, dvs. att skydda självbeskrivningen, även om den inte kan lösa det manifesta problemet. Avsnitt 5 ger en kort konklusion.

Mångfalden av system ökar komplexiteten

Bortsett från att kausala relationer mellan fysiska miljöförhållanden i arbetslivet och kroppsliga skador/sjukdomssymptom ofta är kontroversiella kan de fastställas med ganska stor exakthet (t.ex. att utsättas för vissa ämnen utöver en viss nivå höjer cancerrisken; arbetet med högljudda maskiner kan skada hörseln). När den kausala länken är fastställd kan de åtgärdas på ett relativt påtagligt och direkt sätt (skyddsmasker och skyddskläder; bullerskydd, etc.).

Till skillnad från den fysiska ohälsan är dock den psykosociala mycket svårare att fastställa och åtgärda. Här finns ett komplext samspel av olika faktorer såsom organisering av arbetet, arbetets innehåll, förhållandet mellan chef och medarbetare och mellan medarbetarna sinsemellan som påverkar arbetstagarens psykiska välbefinnande. Ännu mera komplext blir det i de arbeten där relationer till kunder, patienter, brukare, klienter eller elever, såsom i affärsvärlden, sjukvården, omsorgen och utbildningen, står i centrum.

Organiseringen av arbetet implicerar sådana frågor som t.ex. hur mycket frihet (och ansvar) den enskilde arbetaren har, hur ofta den måste rapportera till chefen, hur mycket samordning med andra kollegor/avdelningar som krävs, men också mer triviala frågor som hur ofta telefonen ringer och avbryter arbetets gång. Arbetets innehåll berör frågor om den individuella färdigheten, dvs. klarar man av det som krävs inom angiven tid, växer uppgifterna över ens huvud, eller får man kanske för enkla uppgifter i förhållande till kompetens och erfarenhet.

2 Filmen *Entre les murs*, baserad på François Bégaudeau's bok med samma namn (svensk översättning "Mellan vägarna", se även SOU 2006), ger ett inläggande porträtt av denna svåra situation.

Även om arbetets organisering och innehåll kan ge upphov till mental överbelastning hos arbetstagaren är det svårt att särskilja från annat och därmed svårt att analysera och effektivt åtgärda. Komplexiteten i den psykosociala ohälsans orsaker ökar kraftigt om man i analysen även beaktar relationen med chefer och kollegor, dvs. den informella sociala atmosfären och de oskrivna gruppregler som inte kan styras av organisationsstrukturen (Bolman & Deal 2007; Kühl 2002; Luhmann 2000). I den informella sociala arbetsmiljön finns det mycket utrymme för mobbning, utfrysning, härskartekniker, avundsjuka, osv. Det kan vara fråga om chefer som ignorerar medarbetares insatser, som är godtyckliga i sitt ledarskap och ser till sina egna intressen. Det kan vara kollegor som främst ser varandra som konkurrenter, som ständigt påtalar fel hos vissa kollegor och/eller chef. Ibland kan det vara så trivialt att man inte står ut med någon på arbetsplatsen eftersom den personliga "kemin" inte stämmer. Det kan vara fråga om att få sexuella inviter av någon som man inte är attraherad av men som man står i ett beroendeförhållande till t.ex. en inflytelserik chef eller en viktig kund. Det kan också vara fråga om att leva under rädsla för att utsättas för våld eller hot på arbetsplatsen (något som är högst reellt inom socialtjänsten, kriminalvården och handeln samt på högstadieskolor) eller en daglig utmaning i att ständigt möta irriterade och arga kunder (t.ex. inom kollektivtrafiken).

Ovanstående uppräknig är bara några exempel på vad som händer varje dag överallt i arbetslivet, och som ger upphov till psykosocial ohälsa relaterat till arbetsplatsen och som kan vara svårt att undvika. Man kan inte byta ut sina kollegor, sin chef och mestadels inte heller sina kunder, patienter och klienter. Att säga upp sig är ofta den enda lösningen som står till förfogande, men det är endast en lösning för dem som har goda chanser att få ett likvärdigt jobb någon annanstans. Alla andra måste stå ut och hoppas på att inte bli sjuka.

Den kausala relationen mellan arbetsorganisation, arbetsinnehåll, relationerna mellan samarbetspartner och kunder och den enskilde arbetstagarens psykiska beredskap å ena sidan och psykosocial ohälsa å andra sidan är mångtydig, komplex och kontroversiell. Den systemteoretiska förklaringen är att den uppstår inom ramen för ett samspel av många olika system. *För det första* är personernas medvetande direkt involverat. Inom individernas medvetande finns deras tankar, misstankar, drömmar och mardrömmar, önskemål, ångest, förhoppningar, kärlek och ilska, sexuella fantasier, avund, etc. Där, i det s.k. psykiska systemet (Luhmann 1995), äger förnimmelser och tankekedjor rum som inte kan genomskådas av andra (ibland inte heller av själva individen i fråga). Därför krävs det, *för det andra*, kommunikationssystem. Eftersom människor inte vet vad andra tänker och inte känner vad andra känner måste de engagera sig i kommunikation för att meddela sig. Ofta kan kommunikation hjälpa till att lösa dolda problem: man tycker att kollegan som gör allt annorlunda än en själv är inkompetent eftersom man inte känner till hennes perspektiv. Genom att tala med den andre kan man meddela sin egen syn på saken och lyssna till dennes åsikt. Kanske får man ömsesidig förståelse, kanske även förbättrat samarbete med minskade konflikter.

Men kommunikation kan likaväl orsaka mer skada än nytta. Till exempel kan ett planerat

samtal med en överordnad för att informera om en konflikt med en kollega ta ett helt annat förlopp än vad som var tänkt. Kommunikationssystem kan inte reduceras till de inblandade människornas tankar, känslor och förmimmelser. De följer sin egen logik. Omvänt kan kommunikation *inte på ett direkt sätt styra* de inblandade människornas känslor, förmimmelser och tankar. Det som sägs – även det som uppenbart *inte* sägs – kan utlösa helt olika känslor hos de berörda, och på det sättet ge upphov till mera missförståelse än förståelse (Pinker 2007). Detta är ett skäl till varför det är så svårt att adressera mobbning och dolt motarbete.

För att förklara varför det är så svårt, om inte helt omöjligt, att fastställa de kausala sambanden bakom psykosocial ohälsa som uppstår inom en arbetsmiljö är det viktigt att komma ihåg att människor på en arbetsplats är inblandade i en mångfald av olika och oftast intrikata kommunikationsmönster. Med chefen kommuniceras det annorlunda än med kollegorna som man befinner sig på samma nivå. Inför öppen ridå kommuniceras annorlunda än bakom scenen (Goffman 1974). Vidare har varje organisatorisk enhet sitt särskilda språk. En rättsavdelning kommunicerar annorlunda än forskningsavdelningen eller marknadsföringsavdelning. Arbetstagare längst ned i hierarkin tänker och kommunicerar annorlunda än lägre mellanchefer. Högre mellanchefer tänker och kommunicerar annorlunda än chefer på toppnivån (Collins 2004). Det uppstår regelbundet översättningsproblem mellan avdelningar, hierarkinivåer och dess representanter.

Den individuella arbetstagaren är inblandad i möten, individuella samtal, samordningsprat, kafferaster, luncher, med ofta växlande sammansättning, och beroende på vem som är närvarande eller frånvarande (t.ex. den osäkre chefen, den snygga kvinnliga kollegan, den iskalla arrogante karriärorienterade killen, den inkompetenta sekreteraren eller den som alltid bär konstiga kläder på sig) pratas det på ett annorlunda sätt, om olika ämnen. Med ojämn distribution av pratande och chanser att hänga med får deltagarna mer eller mindre möjlighet att trivas, att känna sig över- eller underlägsen, obekvämt eller stressad, etc. Växelverkan mellan alla kommunikationssystem och inblandade psykiska system blir svår att genomskåda, fastställa, isolera från varandra och ännu svårare att ingripa i deras operationer med syftet att styra. Det är likaså tydligt att arbetsmiljön knappast kan underkastas noggrann styrning eftersom vare sig arbetsmiljön eller människors psykologiska gränser, för- mågor, osv. utvecklas med ett specifikt mål i åtanke.

Välfärdsstatens latenta och manifesta problem

Den höga komplexiteten och den mångtydiga kausalitetssituationen mellan arbetsmiljö och psykosocial ohälsa är inte bara något negativt när det gäller den ringa möjligheten att lösa problemen i arbetslivet. Det innebär även något positivt för välfärdsstaten eftersom det, som vi kommer att argumentera för, skapar möjligheter med avseende på att adressera och lösa ett latent politiskt problem som på nytt blir aktuellt på grund av det sociala problemet om en ohälsosam psykosocialt arbetsmiljö. Innan vi går in på det måste vi först diskutera

varför och på vilket sätt ett manifest problem som psykosocial ohälsa i arbetslivet kan bli ett *politiskt* problem i första hand för välfärdsstaten.

I ett modernt samhälle är det statens ansvar att tillhandahålla kollektiva nyttigheter såsom säkerhet, infrastruktur, utbildning, ekonomisk trygghet och sjukvård (Stichweh 2000; Willke 1992). Men inbegripandet av hela befolkningens intressen i välfärdsstaten inrymmer inte bara säkerställandet av det minimala kravet på social välfärd och grundtrygghet för alla utan också en kontinuerlig optimering av ett "gott liv" för alla. Inklusion i det politiska systemet innebär att en mängd av varierande intressen och anspråk från medborgare och intresseorganisationer, vilka representerar grupper som anser sig vara orättvist behandlade, blir välfärdsstatens angelägenhet. Det ger därmed också upphov till specifika krav på kompensation av det mest varierande slag om, i princip, alla förhållanden som anses vålla problem för var och en som hamnat i besvärliga situationer med avseende på tillgänglighet i den byggda miljön, tillgång till likvärdig utbildning, tillgång till lediga arbeten, en ekonomisk och social trygghet, familjeliv, kultur, rekreation, idrott, m.m. Av det skälet pågår inte bara ett sökande efter åtgärder om förbättringar, men också ett sökande efter att ständigt upptäcka nya problem som kan definieras som politiska mål för välfärdsstaten.

Välfärdsstatens verksamhets- och åtgärdsfält omfattar således allt fler aspekter av människors liv. Det kan handla om problem som den inte kan finna någon lösning på inom andra sociala system som nästan per automatik blir problem för välfärdsstaten, t.ex. massarbetslöshet, ungdomskriminalitet, diskriminering av invandrare och problem i den ekologiska omvärlden. Om regeringen inte uppfattas göra något får den kritik från oppositionen som anklagar regeringen för dess handlingsförklaring och utlovar att den skulle åstadkomma mycket mera.

I det ljuset blir det uppenbart att *psykosocial ohälsa i arbetslivet blir ett problem för välfärdsstaten*. Eftersom det handlar om allmänhetens intressen kan välfärdsstaten inte förneka att det är en angelägenhet för det politiska systemet som politikerna borde ta itu med. Allmänhetens förväntning är att välfärdsstaten inte bara ska adressera problemet utan även lösa det. Den förväntningen har inte minst genererats av välfärdsstatens egen självbeskrivning som presenterat sig själv som samhällets problemlösande instans. Omvänt innebär det att psykosocial ohälsa i arbetslivet har politiserats som ett välfärdsproblem.

Men eftersom välfärdsstaten inte kan leva upp till denna förväntan, med beaktande av det sociala problemets komplexitet, vilka möjligheter har då välfärdsstaten att bibehålla sin trovärdighet om sin roll bland befolkning och organisationer? Det kan uppstå ett dödsläge, en politisk handlingsförklaring om välfärdsstaten varken kan lösa problemet eller revidera sin självbeskrivning. Vi kommer inte att försöka besvara den frågan empiriskt utan istället diskutera vilka *principiella möjligheter* välfärdsstaten har för att hantera en sådan situation.

Det ligger i linje med välfärdsstatens självbeskrivning att adressera sociala problem och styra dem i gynnsamma banor, dvs. mot en lösning. Välfärdsstaten kan således inte medge

att den inte kan styra andra sociala system. Ett sådant medgivande förhindras av dess självbeskrivning som samhällets centrum och styrande instans. Velfärdsstaten adresserar och beskriver sig som företrädare och förvaltare av värderingar såsom inklusion, jämlikhet, människovärde, mänskliga rättigheter, etc. (Schirmer och Michailakis 2012). Speciellt i de nordiska länderna har det nästan blivit ett varumärke med högt nationellt bruksvärde och internationellt rykte. Ingen svensk regering kan t.ex. riskera att ifrågasätta mottot "Alla ska med". Indignationen skulle bli stor, oppositionen skulle genast få medvind och vinna nästa val. Självbeskrivningen utövar på politikernas handlingsutrymme en särskild bindningsverkan. Vilka policy-steg man än försöker driva genom, får de inte (öppet) motsäga självbeskrivningen, dvs. identiteten i det politiska systemet.

Vi menar att en så ambitiös självbeskrivning som den svenska velfärdsstatens skapar ett internt politiskt problem. Det moderna samhället befinner sig i ständig förändring. Världskonjunkturen går upp och ner; ibland finns det för många arbetslösa, ibland för lite disponibel kompetent arbetskraft. Teknologisk utveckling inom olika områden möjliggör inte bara nya sätt att förenkla vardagslivet utan också nya former av brottslighet och förändrat konsumtionsbeteende. Nya medicinska och farmaceutiska framsteg skapar nya möjligheter att förstå och behandla sjukdomar, men öppnar samtidigt för nya behandlingsanspråk och ökade sjukvårdskostnader.

Problemet är att de flesta av samhällets förändringar äger rum inom andra system än i det politiska, t.ex. det ekonomiska systemet, utbildningssystemet, vetenskapssystemet, det medicinska systemet, etc. Ofta sker förändringarna snabbt utan att de har kunnat förutses och hinner därför inte bli en del av i den politiska självbeskrivningen. Därmed kan det uppstå ett glapp, ibland till och med oförenlighet mellan tillståndet i olika subsystem (t.ex. massarbetslöshet) och velfärdsstatens självbeskrivning (inklusion för alla, jämlikhet, mänskliga rättigheter för alla). Omvärldens rörlighet utgör ett problem för den velfärdsstatliga självbeskrivningens validitet. En teoretiskt sett möjlig lösning till detta problem vore att självbeskrivningen anpassas till de aktuella och ändrade förhållandena i omvärldssystemen. Det kan göras bitvis och gradvis, men stora svängningar gör mer skada än nytta. Faran är överhängande att velfärdsstatens självbeskrivning förlorar i trovärdighet och pålitlighet om den ändras för ofta fram och tillbaka.

Det latenta problemet för velfärdsstaten är att synkronisera omvärldens föränderliga tillstånd, dess svängningar, med trögheten i velfärdsstatens självbeskrivning utan att skada dess pålitlighet och trovärdighet. Anpassnings- och synkroniseringsproblem accentueras när omvärlden utvecklas i en annan riktning än självbeskrivningen (om ojämlikhet, orättvisor och arbetslösheten och ohälsa ökar). Velfärdsstaten måste därmed hålla självbeskrivningen intakt och i linje med den föränderliga världen. Det är således två referensproblem som velfärdsstaten konfronteras med: det manifesta problemet att vidta åtgärder mot ett arbetsliv som skapar psykisk ohälsa och det latenta problemet att med bibehållen trovärdighet hantera förhållandet mellan velfärdsstatens självbeskrivning och den föränderliga

omvärlden. Sätter man det sista i fokus ser man att psykosocial ohälsa i arbetslivet är ett belysande exempel på hur externa förhållanden skapar eller bidrar till att accentuera problemen med ett systems självbeskrivning. Det finns många och ständigt nya tillkommande händelser i politikens omvärld som utövar press på samstämmigheten mellan självbeskrivningen och omständigheterna i det politiska systemets omvärld.

Av dessa två referensproblem är det ena – att förändra förhållanden som skapar psykosocial ohälsa i arbetslivet – nästan oöverstigit. Psykosocial ohälsa i arbetslivet involverar flera självrefererande system; både psykiska och sociala (se föregående avsnitt). Välfärdsstaten kan naturligtvis adressera problemet genom nya lagar och tilldelning av ekonomiska resurser. Men bortsett från att detta överbelastar rättssystemet och genererar finansieringsproblem är den politiska interventionen möjlig bara till en viss utsträckning och förknippad med risker och oväntade och oförutsägbara sidoeffekter. Om politikerna t.ex. vill lösa skolproblemen i invandratäta områden genom att skapa nya arbetstillfällen för ungdomar kommer framgången av denna åtgärd att bero på prestationerna i det ekonomiska systemet. Även om politiken kan intervensera i ekonomin genom vissa medel (t.ex. stimulansbidrag, skattelättnader, etc.) kan den inte kontrollera det ekonomiska systemet, politiken kan inte ändra logiken i ett globalt ekonomiskt system. Arbetsgivarna bryr sig inte i första hand om skolproblemen och hur nya arbetstillfällen kan bidra till att lösa dessa, utan deras mål är att maximera sin egen profit (Michailaks, 2002). En annan lösning vore att genom semantiska uppfinningar skydda självbeskrivningen trots de nya förhållandena. Vi argumenterar i nästa avsnitt för hur en mångtydig kausalitet med avseende på psykosocial ohälsa i arbetslivet samtidigt kan bli en resurs för välfärdsstaten och ge ökad flexibilitet för att hantera förhållandet mellan självbeskrivning och förändrade tillstånd i andra system såsom ekonomi, utbildning eller medicin.

Välfärdsstatens lösning på det latent problemet

Kausala relationer är komplexa och i princip ogenomskinliga såvida de inte förenklas genom att något tillskrivs som effekt och något som orsak (Knudsen 2010; Luhmann 2005 [1962], 2005 [1964]). Med utgångspunkt i den socialpsykologiska attributionsforskningen (Försterling 2001) uppfattar vi kausalitet som ett observationsschema som används för att hålla företeelser, individer eller sociala system (t.ex. organisationer eller staten) och deras egenskaper ansvariga för observerade fenomen. Det klassiska exemplet är tillskrivning av prestationer på skolan (Weiner 1974): Om en examination ger resultat som är över genomsnittet tenderar lärarna att tillskriva detta till sina egna pedagogiska prestationer medan eleverna snarare tillskriver det sina egna ihärdiga inlärningsinsatser. Om resultaten är under genomsnittet tenderar däremot lärarna att tillskriva detta till elevernas dåliga insatser och bristande inlärningsförmåga medan eleverna tenderar att skylla på lärarens dåliga pedagogik. Gemensamt för alla sådana kausala förklaringar är att komplexiteten reduceras genom att man utifrån ett större antal av möjliga orsaker och möjliga effekter plockar ut de som fram-

står rimligast eller mest bekväma enligt observatören, oavsett om andra observatörer selekterar annorlunda.

Det bakomliggande kausalschemat för fysiska orsaker till ohälsa i arbetslivet är betydligt enklare och entydigare än kausalschemat för psykosociala orsaker till ohälsa. I beskrivningen av en person som har insjuknat i lungsjukdom på grund av att han/hon utsatts för asbest impliceras en direkt kausal länk från asbest till personens medicinska tillstånd. Kausalitetsobservationen är *förankrad* i kroppen. Kausalschemat för fysiskt relaterad ohälsa ger i mycket mindre utsträckning utrymme för observatören att variera kausalattributivonen. Psykiska sjukdomstillstånd såsom utbrändhet och depression implicerar en mycket osäkrare relation mellan orsak och verkan. I den psykosociala miljön blir variationen av orsaksattributivonen stor och innebär motstridiga orsaksförklaringar och åtgärder.

Låt oss gå tillbaka till vårt exempel om läraren vid en problemskola som drabbas av psykisk ohälsa. Om den medicinska diagnosen är utbrändhet (fastställd utifrån vissa symptom, som t.ex. att läraren uppvisar yrsel, ljudkänslighet, sömnstörningar, känslomässig labilitet, nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress, koncentrationssvårigheter eller minnesstörning, påtaglig kroppslig svaghet, etc.) kan en läkare föreskriva läkemedel för att behandla läraren och även föreskriva vila, kanske flera månaders sjukskrivning. Sjukdomens symptom är möjliga att åtgärda. Däremot är de konkreta anledningarna, dvs. kausala orsaker för denna utbrändhet svåra att fastställa och uppkomsten av nya utbrändhetssymptom följaktligen svåra att förhindra. Eftersom utbrändhet anses som en psykosocial sjukdom söks dess orsaker i lärarens sociala miljö, som i vårt fall är lärarens arbetsmiljö. Arbetsmiljön omfattar aspekter av arbetets innehåll, lärarens personliga kompetens, organisationen av arbetet, förhållandet till rektor och lärarlag, och inte minst stämningen i klassrummet, vilket mycket starkt påverkas av elevernas psykiska system och sociala situation, deras inbördes sammansättning och interaktion med varandra etc. Därmed är en psykosocial sjukdom som utbrändhet inte enbart ett medicinskt utan också ett *samhällspolitiskt* problem som låter sig lösas på ett betydligt svårare sätt eftersom det är så mycket mera komplext och förutsätter ingripanden i såväl psykiska som sociala system.

Mångfalden av möjligheter till kausalitetsattributiv vad gäller psykosocial ohälsa är stor. Forskningen lyfter fram en mängd faktorer som orsaker till psykosocial ohälsa vilka befinner sig på olika nivåer såsom individnivån, klassrumsinteraktionsnivån, skolorganisationsnivån och samhällsnivån. Den utlösande faktorn kan vara problem som uppstår mellan vissa elever och läraren pga. kulturella och religiösa skillnader, elevernas socioekonomiska bakgrund (t.ex. föräldrar som är arbetslösa, familjens negativa inställning mot det svenska samhället), elevernas psykiska tillstånd (ADHD, traumatiska upplevelser, våld i familjen). Psykosocial ohälsa kan lika väl utlösas genom organisatoriska missförhållanden på skolan, för stora skolklasser, ständigt förändrade utbildningsplaner med korta implementeringsperioder, dåligt förberedda byten av betygssystem, minskade karriär- eller inkomstmöjligheter.

heter för lärare. Även samhällsstrukturella problem såsom massarbetslöshet, misslyckad integrationspolitik och rasism kan ligga bakom de problem läraren och eleverna upplever innanför klassrummets väggar.

Dessa exempel på kausalitetsattribution kommer dels från medicinsk, psykologisk och samhällsvetenskaplig forskning, dels från rapporter som förmedlar lärarnas erfarenheter och från massmedia. Det är möjligt för välfärdsstaten att – utifrån aktuella politiska syften – välja orsaker och klippa av kausalitetskedjor på de ställen där det syns meningsfullt, ändamålsenligt och praktiskt. En speciell orsak leder till en specifik politisk åtgärd. Olika kausalitetsattribution leder till annorlunda politiska åtgärder.

En trolig problemdiagnos går ut på att se lärarens utbrändhet som resultat av en *kompetensfråga*: bedömningen är att lärarnas stress och utbrändhet uppstår eftersom deras kompetens för att klara av undervisning i multietniska klasser inte räcker till. Lärarnas kompetens måste då höjas för att vara bättre förberedda för läraruppgiften. En möjlig åtgärd i enlighet med denna problemdiagnos vore att skicka läraren till kurser om kris- och konflikthantering i skolklassen och föreskriva dem att göra sig bekanta med elevernas kulturella bakgrund och deras värderingar för att öka lärarnas beredskap att förstå hur elever som uppfostrats av föräldrar från nämnda kultur beter sig.

Om diagnosen däremot (eller komplementärt) utgår ifrån att det råder stor invandrarfientlighet i samhället och den offentliga opinionen tar ställning för multikulturalism är det mera sannolikt att förklaringar inte fokuserar på lärarens bristande kompetens eller på invandrarnas förlegade kulturella traditioner och deras brist på integrationsvilja utan snarare på samhällets rasistiska maktordning. Elever med invandrarbakgrund framstår då *direkt*, och som en följd av det (i form av elevernas protestattityd eller icke-adaptiva beteende), samt lärarna *indirekt* som offer för en misslyckad integrationspolitik och misslyckad ansträngning att bekämpa rasismen.

Lärarna må ha behållit tron på elever och fortsätter göra stora insatser för att undervisa dem, hjälpa dem, ibland överhuvudtaget att nå dem, och sedan dagligen uppleva sin frustration över att eleverna varken kan eller vill anstränga sig. En besläktad orsaksförklaring går ut på att rasism, klasssegregation, diskriminering av elever med invandrarbakgrund etc. leder till en stämning som gör att eleverna inte finner det meningsfullt att anstränga sig eftersom de ändå kommer att tillhöra de exkluderade i morgondagens arbetsmarknad. Även det senare fallet gör lärarens arbetsliv till en potentiell risk för psykisk ohälsa.

Eftersom välfärdsstaten inte får upphöra att vidta åtgärder för exkluderade sociala grupper, föreslås åtgärder för att öka deras inklusionschanser, t.ex. upplysnings- och informationskampanjer, mera pengar till invandrarföreningar, fler möjligheter till jobb för problemungdomar, etc. Ambitionen betingas av välfärdsstatens självbeskrivning ”alla ska med”, nämligen att skapa ett öppet, multikulturellt samhälle som tolererar människor med olika härkomst, etnicitet, osv. och som ger samma chanser till alla.

En annan kausalförklaring för lärarens utbrändhet går ut på antagandet att undervis-

ningen fungerar endast när det finns ömsesidig respekt, men att lärarna nuförtiden inte får den respekt som de förtjänar från eleverna. Om alla förtjänar lika respekt av varandra, är det inte bara eleven som ska respekteras utan även lärarna. I enlighet med denna problemdiagnos föreslås att problemet ska åtgärdas genom att återupprätta lärarnas auktoritet med hjälp av tydligare regler. Skolan måste, i det fallet, kunna använda sig av effektiva sanktionsmöjligheter för dem som inte följer reglerna.

Denna förklaring går hand i hand med en orsaksförklaring om att familjen har misslyckats i sin roll att uppfostra barnen innan de börjar skolan. I enlighet med denna problemdiagnos föreslås att problemet åtgärdas genom samtal med föräldrar, stöd från skolkurator, sociala myndigheterna för elever som växer upp i problemfamiljer. Till grund för denna åtgärd finns en analys som går ut på att politiken måste se till att alla bör ta sitt ansvar för att realisera ett fungerande samhälle. Man får inte pressa läraren att ta över familjens uppgift. Det är familjens ansvar att se till att barn inte missar chanser att integreras. Åtgärder har sitt fokus mera på familj- och socialpolitik än på integrations- eller utbildningspolitik.

Ytterligare en orsaksförklaring kan gå ut på att problem uppstår främst på grund av pojkar som befinner sig bortom familjens och samhällets inflytande och får sin socialisation och uppfattning om mening i livet via ungdomsgäng (Anderson 1999; Kamali 1999). Det säger sig självt att dessa elevers värderingar krockar med det vanliga samhällets värderingar. Istället för att omfatta de erkända värderingarna i samhället har de anammat värderingar om värdet av starka maskulinitetskrav, obetingad lojalitet till gruppen, beredskap att använda våld, sätt att se på kvinnor som troféobjekt, etc. Ungdomarna går till skolan, men de vägrar anpassa sig till skolans disciplinkrav. De som egentligen vill bete sig normalt och delta i undervisningen trakasseras för att "acting white" (Fordham & Ogbu 1986).

Från våra illustrationsexempel framgår att utbrändhet bland lärare är ett problem som betingas av människor – elever och en rad andra människor – som är bärare av omfattande och komplexa samhällsproblem på makronivån. Det sociala problemet "arbetslöshet bland invandrare" når lärare i en skolklass via elever som är barn till de arbetslösa. Men var ska den kausala kedjan brytas och med vilka kriterier? Vilka orsaker ska beaktas i en så mångtydig kausalitet? Är lärarnas utbrändhet ytterst betingad av det mångkulturella samhället med alla sina friktionspunkter, av gängmentalitet, av förlegade maskulinitetskrav som inte passar med ett modernt samhälle, eller är det just de säregna psykiska systemen som ska pekats ut som orsaksfaktorer?

Gemensamt för samtliga av de föreslagna orsaksförklaringarna och lösningarna är att de implicerar en enorm reduktion av den omfattande komplexiteten. Att fullt ut beakta komplexiteten skulle lamslå alla försök till politiska åtgärder eftersom välfärdsstaten, som vi redan har framhållit, inte kan styra andra system som opererar med säregna logiker (Luhmann 2012, 2013).

Välfärdsstatens förhållningssätt till kausalitet

Även om välfärdsstaten vare sig kan förhindra eller lösa problemet med psykosocial ohälsa i arbetslivet så måste den, enligt sin självbeskrivning och i enlighet med medborgarnas förväntningar mot staten, åtminstone *uppvisa* förmåga till handlingskraft. Annars kan välfärdsstaten inte heller presentera sig som samhällets problemlösande instans. Att visa handlingskraft innebär att ingripa i orsakerna till sociala problem eller i deras effekter. Kausalitet är allmänt sett bunden till föreställningen om att man kan kontrollera händelser; om man har definierat orsaken kan man definiera och genomföra åtgärder mot problemet.

Observera att "definiera" inte är detsamma som att "upptäcka" orsaker. Det sista är vetenskapens uppgift, nämligen att hitta objektiva sammanhang som finns eller äger rum oberoende från forskaren. Att definiera orsaker innebär däremot en handling, nämligen att aktivt attribuera orsaker, att välja mellan de orsaker som t.ex. passar bäst för vissa syften. Beroende på hur man definierar orsakerna till ett problem kan man presentera politiska initiativ som lösning till problemet. I fallet med det ständigt ökande antalet lärare som drabbas av psykisk ohälsa kan en lösning vara att medikalisera problemen, en annan att skylla på dålig pedagogik och lärarens bristande kompetens, en tredje att problematisera kring föräldrars integrationsvilja, en fjärde att peka på invandrarfientlighet, en femte att peka ut tv-program och videospel med våldsinslag, en femte att vilja åtgärda ghettosering med segregat boende, osv., helt beroende av den bakomliggande problemdefinitionen och de politiska intressena bakom själva problemdefinitionen.

Det är inte beroende av slumpen vilka orsaksförklaringar i den kausala mångfald som vetenskapen och politikerna väljer att lyfta fram. *De förklaringar som väljs* är de som är bäst lämpade för att skydda välfärdsstatens självbeskrivning. Det är bevarandet av trovärdigheten i självbeskrivningen som utgör selektionskriteriet. Det som gäller är, med andra ord, inte det vetenskapligt-objektiva förhållningssättet till kausalitet (hur det verkligen "är") utan ett politiskt-normativt förhållningssätt till kausalitet, dvs. kausalitet definierad enligt politiska intressen (hur det "bör vara"). Lite förenklat uttryckt: välfärdsstaten utnyttjar på ett kreativt sätt sin förmåga att disponera över de kausala länkarna till psykosocial ohälsa i arbetslivet. Om exempelvis jämlikhet och inklusion för alla skulle bedömas att i dagsläget vara ett mer angeläget politiskt mål än en grupps hälsa, skulle man i valet mellan att förbättra lärarnas dåliga psykosociala arbetsmiljö och att leva upp till förväntningen om att alla elever ska uppnå gymnasiebehörighet föredra det senare.

Välfärdsstaten har huvudsakligen två instrument till sitt förfogande för att bekräfta intrycket av sin handlingskraft: ekonomiska styrmedel och lagstiftning. Ekonomi som styrningsinstrument innefattar bland annat indrivning av skatt, avgifter, böter, och omfördelning av medel såsom skattereduktion, subventionering och avgiftsfrihet (ovanför en viss gräns). Staten kan t.ex. använda pengar för att stödja invandrarföreningar och projekt mot rasism, eller ge pengar till skolorna för att skicka lärarna till kompetensutvecklingskurser. Genom lagstiftning kan välfärdsstaten bidra med det administrativa genomförandet av sina

mål i enlighet med sin inkluderande självbeskrivning, t.ex. att skolan ska vara likvärdig och ge alla elever samma chanser; den kan genom ändringar i läroplaner höja eller sänka prestationskraven för elever; den kan introducera en skärpning av lagen mot mobbning, diskriminering och trakasserier, osv.

Det är viktigt att förstå att lagstiftning, eller positiva och negativa ekonomiska åtgärder, gynnar först och främst det latenta (politiska) problemet att hålla välfärdsstatens självbeskrivning i överensstämmelse med omvärldens förväntningar. Det bör inte förväxlas med att lösa det manifesta (sociala) problemet ”psykosocial ohälsa i arbetslivet”. Genom att t.ex. ha förbjudit etnisk diskriminering kan välfärdsstaten med fog påstå att den har ”gjort någonting” mot rasism i samhället. Om detta ses – tack vare referens till viss forskning – som en viktig variabel i det komplexa samspelet bakom den psykosociala ohälsan som lärare drabbas av, så kan staten till och med påstå att ha gjort någonting mot deras ohälsa. På samma sätt kan välfärdsstaten presentera ett initiativ till en ny lag om höjda kompetenskrav i konflikthantering för lärare som arbetar vid problemskolor i invandrantäta områden, som ett viktigt steg i arbetet mot ökad psykosocial ohälsa för lärare.

Men det är en sak att det politiska systemet har kraften att fatta kollektivt bindande beslut (nya lagar och ekonomiska incitament) och en helt annan att avgöra vad som händer ”ute i samhället” efter det att beslutet fattats. Politiken kan förbjuda vissa individuella beteenden (rasistiska uttalanden; aktivt vägrandet av bete sig rätt i skolan), den kan tilldela nya ekonomiska bidrag till lärare. Däremot kan politiken inte påtvinga befolkningen att gilla multikulturalism; den kan inte styra framgången av en klassrumsinteraktion; inte heller kan den resocialisera föräldrar till barn utan intresse för skolarbete.

Även när olika utvärderingar visar att välfärdsstatens finansiella eller lagstiftande åtgärder inte uppnått önskat resultat – eftersom det fortfarande finns för många lärare som lider av psykisk ohälsa – kan man skylla på att instrumenten inte var tillräckligt ändamålsenliga, dåligt implementerade av ansvariga administratörer, underfinansierade eller peka ut andra, (gynnsamma) kausala förhållanden som återigen reducerar komplexiteten i en i det närmaste oändlig rundgång.

Slutord

Vi har i den här artikeln diskuterat fenomenet ”psykosocial ohälsa i arbetslivet” som ett problem för det politiska systemet. Uppfattat som politiskt problem skiljer det sig från ekonomiska, vetenskapliga, medicinska och andra problemdefinitioner. Vi har argumenterat att det är ett dubbelt problem. För det första är det ett manifest problem i den meningen att välfärdsstaten är ansvarig för sociala problem. Psykosocial ohälsa i arbetslivet har fått status av att vara ett ”socialt problem” och därför uppstår krav på att det ska åtgärdas från samhällets sida. Det är välfärdsstatens uppgift att ”göra något” som hindrar för mycket psykosocial ohälsa betingad av arbetslivet. Som vi har argumenterat är kausala orsaker till psykosociala sjukdomar i den mångfacetterade sociotop som arbetslivet utgör svåra att identi-

fiera, ännu svårare att bevisa. Forskningen tillhandahåller många möjliga, ibland även motstridiga orsaker. Det gör det ännu mer vanskligt att förhindra och åtgärda ökad omfattning av psykosocial ohälsa. I termer av lösning på det sociala problemet är det säkerligen något icke-önskvärt, inte minst för välfärdsstaten som problemlösande instans.

Vår huvudtes i denna artikel är att, med beaktande av att det finns ett latent problem för välfärdsstaten bakom alla sociala problem, blir överskådligheten vad gäller vilka orsaker som ligger bakom psykosocial ohälsa en slags resurs som ökar handlingsutrymmet för välfärdsstaten. Just vagheten och överskådligheten ger ökat utrymme för politiska val av passande åtgärder. Det bör observeras att det latent problemet är ett problem enbart för det politiska systemet, inte för resten av samhället. Välfärdsstaten i varje land har en viss självbeskrivning, en bild, som den vill förmedla utåt, som marknadsförs inrikes och internationellt som en stor historisk bedrift. Bilden beskriver staten som en skyddande instans, som tar hand om sina medborgare, som inkluderar alla, ger alla lika chanser till välfärd, etc. Det säger sig självt att denna självbeskrivning utan svårighet kan ifrågasättas utifrån förändringar och händelser i omvärlden och därför måste skyddas. Samhället består, enligt systemteorin, av självrefererande och mycket dynamiska system som hela tiden ändras. Välfärdsstatens självbeskrivning måste därför alltid mer eller mindre hållas i överensstämmelse med omvärlden och dess utveckling. Det sker inte ofta genom anpassning – vilket är direkt skadligt för självbeskrivningen – utan genom politisk (om)definition av världen.

Det osäkra kausala läget angående orsaker till psykosocial ohälsa ger alltså välfärdsstaten ett visst handlingsutrymme, där den kan välja de orsaker, och som en konsekvens, de åtgärder som gynnar självbeskrivningen. Komplexiteten i samspelet mellan flera sociala och psykiska system kan inte reduceras till enkla kausala relationer och inte heller styras med enkla åtgärder, vilket starkt begränsar välfärdsstatens möjligheter att lösa sociala problem över huvudtaget. Men genom att välja de passande och mest gynnsamma kausala förklaringar till det manifesta problemet kan staten visa att den kan göra något åt sociala problem. I det sannolika fallet att problemen fortsätter att bestå kan välfärdsstaten, i enlighet med självbeskrivningen, använda sig av nya kausala tolkningar, nya kausala tillskrivningar.

Referenser

- Anderson, Elijah (1999). *Code of the Street*. New York: Norton.
- Bäckman, Olof (2001). Med välfärdsstaten som arbetsgivare – arbetsmiljön och dess konsekvenser inom välfärdstjänsteområdet på 1990-talet. In SOU (Ed.), *SOU 2001:52. Välfärdstjänster i omvandling. Kommittén Välfärdsbokslut*. Stockholm: Fritzes.
- Bergman, David (2011). Bra ledare ger bra psykosocial arbetsmiljö – och bättre vårdkvalitet Ledarskapsprogram kan bidra till en bättre vård. *Läkartidningen*, 2007(13), 722–725.
- Bolman, Lee, & Deal, Terence (2007). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap* (3 ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Collins, Randall (2004). *Interaction ritual chains*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Fordham, Signithia, & Ogbu, John U. (1986). Black students' school success: Coping with the "burden of

- ‘acting white’. *The Urban Review*, 18(3), 176–206.
- Försterling, Friedrich (2001). *Attribution: An Introduction to Theories, Research and Applications*. Hove: Psychology Press.
- Goffman, Erving (1974). *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Hetzler, Antoinette, Melén, Daniel, & Bjerstedt, Daniel (2005). *Sjuk-Sverige. Försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarknaden*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag.
- Järholm, Bengt (Ed.). (1996). *Arbetsliv och hälsa – en kartläggning*. Solna: Arbetsarkivstyrelsen, Arbetslivsinstitutet & Rådet för Arbetslivsforskning.
- Jönhill, Jan Inge (1997). *Samhället som system och dess ekologiska omvärld. En studie i Niklas Luhmanns sociologiska systemteori*. Lund: Sociologiska institutionen, Lunds universitet.
- Kamali, Massoud (1999). *Varken familjen eller samhället. En studie av invandrarungdomars attityder till det svenska samhället*. Stockholm: Carlssons.
- Knudsen, Morten (2010). Surprised by Method—Functional Method and Systems Theory. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 11(3), Art. 12.
- Kühl, Stefan (2002). *Sisyphos im Management. Die vergebliche Suche nach der optimalen Organisationsstruktur*. Weinheim: Wiley.
- Langer, Anton (2009). *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression? En kunskapsöversikt*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Lidwall, Ulrik (2003). *Psykosocial arbetsmiljö och långvarig sjukskrivning*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Lidwall, Ulrik (2004). *Psyksiska sjukdomar och stressrelaterade besvär – Långvariga sjukskrivningar åren 1999 till 2003*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Luhmann, Niklas (1989). *Ecological Communication*. Chicago: University of Chicago Press.
- Luhmann, Niklas (1990). *Political Theory in the Welfare State*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Luhmann, Niklas (2000). *Organisation und Entscheidung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (2005 [1962]). Funktion und Kausalität. In N. Luhmann (Ed.), *Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme* (pp. 11–38). Wiesbaden: VS Verlag.
- Luhmann, Niklas (2005 [1964]). Funktionale Methode und Systemtheorie. In N. Luhmann (Ed.), *Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme* (pp. 39–67). Wiesbaden: VS Verlag.
- Luhmann, Niklas (2012). *Theory of Society. Volume 1*. Palo Alto: Stanford University Press.
- Luhmann, Niklas (2013). *Theory of Society. Volume 2*. Palo Alto: Stanford University Press.
- Mellgren, Fredrik. 2014. "S vill ge stressklinik ny chans" SvD 2014-02-10.
- Månsson, Eva, & Persson, Anders (2004). Meningsfullt arbete i krävande arbetsmiljö – lärare i skolan. I Rolf. Å. Gustafsson & Ingvar Lundberg (red.), *Arbetsmiljö och hälsa*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket & Liber, 301–319.
- Michailakis, Dimitris (2002) Arbetsmarknadssystemets slutenhet för funktionshindrade personer. *Socialvetenskaplig Tidskrift*. 2002(1), 15–31.
- Michailakis, Dimitris (2008). *Sjukdom och sjukskrivning*. Malmö: Gleerups.
- Michailakis, Dimitris, & Schirmer, Werner (2010). Agents of Their Health? How the Swedish Welfare State Introduces Expectations of Individual Responsibility. *Sociology of Health & Illness*, 32(6), 930–947.
- Nilsson, Göran (2008). Psykosociala förhållanden påverkar dödlighet, sjuklighet och hälsa. Vinn en Oscar – lev länge. *Läkartidningen*, 2008(23), 1742–1743.
- Olsson, Martin (2007). Ökar anställningsskyddet sjukfrånvaron? *Ekonomisk Debatt*, 2007(2), 31–41.
- Pinker, Steven (2007). The Evolutionary Social Psychology of Off-Record Indirect Speech Acts. *Intercul-*

- tural Pragmatics*, 4(4), 437–461.
- Regeringens proposition 2014/15:1. Budgetproposition 2015 Utgiftsområde 10: Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.
- Riksförsäkringsverket (2003). Psykosocial arbetsmiljö och långvarig sjukskrivning. *RFV 2003:3*. www.rfv.se
- Schirmer, Werner, & Michailakis, Dimitris (2008). "Intersektionalitet och systemteori". I Mårten Söder & Lars Grönvik (red), *Bara funktionshindrad?* Lund: Gleerups, 185–214.
- Schirmer, Werner, & Michailakis, Dimitris (2012). The latent function of 'responsibility for one's health' in Swedish healthcare priority-setting. *Health Sociology Review*, 21(1), 36–46.
- Skolverket (2006). *Lusten och möjligheten: om lärarens betydelse, arbetssituation och förutsättningar: fördjupad utvärdering utifrån den nationella utvärderingen 2003 av grundskolans årskurs 9*. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket (2009). *Skolverkets bild av utvecklingen av kunskapsresultaten I grundskolan och av elevers studiemiljö*. Stockholm: Skolverket.
- Socialstyrelsen (2003). *Utmatningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Gotab.
- SOU (2002). *SOU 2002:5. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Stockholm. Fritzes. . Stockholm: Fritzes.
- SOU (2003). *SOU 2003:13. Bilaga 4. Arbetsmiljö och arbetsrelaterad sjukfrånvaro*. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2006). *SOU 2006:86. Mera försäkring mera arbete*. Stockholm: Fritzes
- SOU (2009). *SOU 2009:93 Inkluderande arbetsliv*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
- SOU. (2010). *SOU 2010:80. Skolan och ungdomars psykosociala hälsa. Stockholm: Utbildningsdepartementet*
- Ståhlberg, Benny (2007). Psykosocial ohälsa i fokus. *Läkartidningen*, 2007(41), 2935.
- Starrin, Bengt, & Janson, Staffan (2005). Typer av arbete, arbetslöshet och psykosocial ohälsa. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 11(1), 33–43.
- Stichweh, Rudolf (2000). *Die Weltgesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Upmark, Marianne, & Edlund, Curt (red). (2006). *Den komplexa sjukfrånvaron*. Studentlitteratur: Lund.
- Weiner, Bernard (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Willke, Helmut (1992). *Ironie des Staates*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Författarpresentation

Dimitris Michailakis, professor, TEFSA – plattformen för teorivägledd forskning i socialt arbete, Linköpings Universitet, Institution för Samhälls- och Välfärdsstudier; dimitris.michailakis@liu.se
Werner Schirmer, Docent, TEFSA – plattformen för teorivägledd forskning i socialt arbete, Linköpings Universitet, Institution för Samhälls- och Välfärdsstudier; werner.schirmer@liu.se