

Czas na bunt białych czepków

31 stycznia 2016

Z dr Julią Kubisą, socjolożką i publicystką zajmującą się przemianami świata pracy widzianymi z perspektywy płci, socjologią pracy oraz demokracją związkową, rozmawiamy o jej badaniach nad warunkami pracy i płacy wśród pielęgniarek i położnych.

– Napisała przez Panią książka „Bunt białych czepków” opowiada o historii walk pielęgniarek o ich godność oraz o lepsze warunki zatrudnienia i standardy pracy. Jak obecnie wyglądają te warunki? Czy od momentu wydania książki sytuacja w tym sektorze zmieniła się na gorsze czy na lepsze?

– W minionym roku, tj. 2015, nastąpiła spora mobilizacja całego środowiska pielęgniarsko-położniczego, odbywały się demonstracje i po raz pierwszy została wprost wyartykułowana gotowość do strajku generalnego tych dwóch grup zawodowych. To bardzo ciekawe, bo w praktyce jest to dość skomplikowana procedura. Ze względu na rodzaj polskiego systemu rozwiązywania sporów zbiorowych pielęgniarki wchodzi w takie spory na poziomie szpitali, nie ma strajku generalnego, nie mogą wejść w spór z Ministerstwem Zdrowia – muszą go toczyć ze swoją placówką. Zagroziły jednak, że to zrobią, że są w stanie skoordynować taką akcję. Losy tej sprawy ważyły się bardzo długo, przez całe wakacje trwały rozmowy. Ciekawe jest także to, że obecnie negocjacje prowadzą zarówno Ogólnopolski Związek Pielęgniarek i Położnych, jak i Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, czyli obowiązkowa organizacja, do której należą wszystkie czynne zawodowo przedstawicielki tych dwóch zawodów. O ile związek walczy o warunki zatrudnienia i płace, o tyle samorządowi chodzi o standardy wykonywania zawodu. To, że przedstawicielki samorządu włączyły się w bezpośrednią akcję, zajęły stanowisko mniej już neutralne jako grupa interesu, która wywiera nacisk na Ministerstwo Zdrowia, jest także bardzo ciekawe, bo zazwyczaj samorządy są

instytucjami zachowawczymi. W wyniku tych działań nastąpiły długie negocjacje płacowe, ministerstwo zgodziło się na podwyżkę w pewnej kwocie, ale do tej pory nie wiadomo, jak to będzie wyglądało w praktyce – ile będzie tych pieniędzy i które pielęgniarki to obejmie. W międzyczasie nastąpiła bardzo duża zmiana, bo powstał nowy rząd i cały układ sił w parlamencie. Negocjacje wciąż trwają i, co ciekawe, podpisanie protokołu nie rozwiązuje jeszcze problemu, bo teraz tyle samo czasu zajmuje doprecyzowanie, na czym te podwyżki mają polegać, jak będą rozliczane, do których grup w obrębie społeczności pielęgniarek będą kierowane. Idealnie, jak rozumiem, byłoby, gdyby zostały przeznaczone dla wszystkich. Ale to wszystko skrywa problem znacznie głębszy – podwyżki to tylko absolutne minimum. Podstawowy problem jest natomiast taki, że pielęgniarek brakuje. Nagłaśnia to od lat Izba Pielęgniarek i Położnych, mają swoją akcję „Ostatni dyżur”. Mam wrażenie, że wiedza o tym, że pielęgniarek rzeczywiście nie ma, upowszechnia się.

– Mówiła Pani o strajkach i protestach. Wydaje mi się, że istnieje podstawowy problem – część pielęgniarek jest zatrudniona na etacie, ale coraz więcej przechodzi na kontrakty, w większości wbrew własnej woli. Zastanawiam się, jak wygląda możliwość strajku czy protestu w przypadku pielęgniarek kontraktowych.

– Formalnie to jest niemożliwe, bo one są już tylko podwykonawcami. Istnieje Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych, zrzeszające osoby na kontraktach i, co ciekawe, było ono interesująco rozgrywane w 2011 r., gdy w sejmie prowadzono głosowanie na temat pakietu ustaw zdrowotnych i w jednej z nich zapisano swobodę zawierania formy kontraktu. Pielęgniarki protestowały, okupowały galerię sejmową. I wtedy przyjechały pielęgniarki kontraktowe, które powiedziały, że one są bardzo zadowolone z warunków zatrudnienia. No, ale one są tak samo zadowolone, jak zadowoleni są samozatrudnieni w Polsce: ta forma zatrudnienia pozbawiona jest regulacji

dotyczących czasu pracy, brak też zabezpieczenia na przyszłość. Można też być zadowolonym tylko przez pierwsze dwa lata, gdy płaci się niższy ZUS. Ale wracając do pytania – nie ma tu możliwości strajku, co jest bardzo niepokojące, bo to osoby, którym przydałaby się zbiorowa reprezentacja, a jej nie mają. Tu można przejść do innego tematu, czyli wyroku Sądu Najwyższego, który w czerwcu 2015 r. ogłosił, że każdy, niezależnie od formy kontraktu, powinien mieć prawo do zrzeszania się, ale długa jeszcze do tego droga, bo wymaga to zmian legislacyjnych.

– Jeśli chodzi o pielęgniarki kontraktowe – czy istnieje szansa, by zawiązały coś na kształt Porozumienia Zielonogórskiego i upominały się o swoje prawa?

– Już istnieje coś takiego, wspomniane Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych. Nie jest ono jednak w stanie wywrzeć wpływu na rządzących. Raz, że ich organizacja nie jest jeszcze tak duża. Dwa, że nie pomaga obecne umocowanie prawne – bo na jakiej podstawie pracodawcy mieliby czy musieliby z nimi rozmawiać?

– Może mogłyby stworzyć coś w rodzaju korporacji zawodowej, która negocjowałaby warunki zatrudnienia na kontraktach?

– Na zdrowy rozum tak właśnie powinno to wyglądać. Ale nawet związek zawodowy nie jest w stanie tego robić. Polski system ochrony zdrowia jest bardzo zdecentralizowany. Nie ma tutaj branżowego układu zbiorowego – zdarzają się międzyzakładowe. W przypadku pielęgniarek kontraktowych są to już tylko indywidualnie zawiązywane umowy. To, o czym Pan mówi, mogłoby być odpowiednikiem układu zbiorowego – ale skoro nie ma takich układów i skoro to nie działa tam, gdzie jest kodeks pracy i gdzie może obowiązywać ustawa o układach zbiorowych, to dlaczego miałoby działać w przypadku osób, które są na kontraktach? Jeśli nie działa coś bardzo podstawowego, to coś „ekstra” tym bardziej nie będzie działało. Jest tak – i to jest najciekawszy, ale też najbardziej wstrząsający paradoks –

że pracodawcy powinni już od bardzo dawna starać się o pielęgniarki. Przecież na tym wygrywają lekarze, że jest ich za mało, szczególnie pewnych specjalizacji, i ci, którzy mają tę rzadką specjalizację, posiadają bardzo mocną kartę przetargową. W przypadku pielęgniarek w ogóle to nie działa i to jest właśnie najciekawsze – że jest ich za mało, ale nie nadszedł jeszcze moment, gdy ich skąpa liczebność zaczyna się przekładać na ich mocną pozycję przetargową.

– Dlaczego tak jest?

– Trochę myśli się, że „dopóki się coś bardzo nie rypnie, to róbmy tak, jak robiliśmy do tej pory”. Drugi powód to fakt, że pielęgniarki są od wielu lat przyzwyczajone, by pracować w kilku miejscach równocześnie. System ochrony zdrowia przyzwyczał się do łatania dziur pielęgniarkami: na częściowych etatach, na umowach zlecenie. Samozatrudnienie jest sztucznie pompowanym balonem zwiększenia zatrudnienia, bo nie liczy się przy nim wymiaru czasu pracy, nie ma limitów. Można taką pielęgniarkę zatrudnić na 300 godzin w miesiącu w jednym szpitalu, i ona tam po prostu będzie. W papierach szpitala będzie się zgadzało, że jest pielęgniarka, a to, jakiej jakości ona świadczy usługę, nie jest priorytetem. Lekarze także pracują w zbyt wielu miejscach na raz, weźmy choćby przykład anestezjologa, który umarł z przepracowania, bo pracował kilkadziesiąt godzin bez przerwy. W przypadku lekarzy jednak NFZ nadal wymaga tzw. minimalnego zatrudnienia, czyli muszą być zatrudnieni na kontraktach lekarze takiej, takiej i takiej specjalizacji. W przypadku pielęgniarek tego dolnego limitu nie ma, choć walczą, by się to zmieniło. Nie ma instytucjonalnego nacisku na szpitale, aby dostarczały opieki pielęgniarskiej dobrej jakości. Można „robić” tymi pielęgniarkami, które już są i jeszcze dokładać im godzin. A ponieważ tak kiepsko zarabiają, to zawsze chętnie wezmą nadgodziny i dodatkowe zlecenia.

– Zastanawiam się, czy takie lekceważące podejście do pielęgniarek nie wynika ze sfeminizowania tego zawodu.

– Na pewno. Przecina się tu kilka rzeczy – raz, że istnieje właśnie sfeminizowanie, dwa, że jest to opieka, która jest przeniesieniem domowej, prywatnej relacji do świata zawodowego. Oznaką tego jest choćby to „siostrzowanie”, od którego w innych krajach już się odeszło – mówi się po prostu „pielęgniarki”, a nie „siostry”. Występuje tu dyskryminacja ze względu na „ukobiecenie”, czyli skojarzenie z kobiecością, ze sferą prywatną, tak jakby opieka nie była czymś wyuczonym, lecz jej umiejętność brała się z samego faktu bycia kobietą.

– Pracowałem kiedyś w służbie zdrowia jako tzw. średni personel medyczny i mam wrażenie, że do dziś pielęgniarki są traktowane jako pomoc dla lekarza, tak jakby ustawodawca, NFZ czy sami lekarze nie zauważyli, że przez te kilkanaście lat wiele się zmieniło. Wszystkie pielęgniarki obecnie mają wyższe wykształcenie. W wielu krajach to właśnie one wykonują czynności zastrzeżone w Polsce dla lekarzy.

– Tak, podobnie jest z położnymi – zakres ich obowiązków jest w innych krajach szerszy, np. prowadzą ciążę i pacjentki nie muszą wciąż chodzić do lekarza. Jeśli spojrzymy na zalecenia w dziedzinie zarządzania w służbie zdrowia, to są one takie, żeby iść w stronę zespołów terapeutycznych, czyli w stronę pracy zespołowej. Szpital jest ciekawym przypadkiem – istnieją tam bardzo duże różnice statusu między na przykład osobą sprząającą a ordynatorem, a jednocześnie nikt nie może pracować bez innych osób. Wszyscy muszą pracować razem, żeby ta praca miała sens. Wydaje mi się, że niewiele jest miejsc pracy, gdzie istnieje taka bezpośrednia zależność jednych od drugich. I w tym duchu zaleca się, by traktować pracę szpitala jako pracę zespołową, przy wykonywaniu której każdy jest traktowany podmiotowo, bo każdy ma swój wkład w to, by doprowadzić pacjentów do zdrowia. W Polsce panują natomiast stosunki trochę feudalne, które nie mają odzwierciedlenia w prawie czy w ustawie o zawodzie, bo pielęgniarka i położna to samodzielne zawody. W socjologii pracy istnieje podział na grupy profesjonalne i półprofesjonalne. I ta grupa

półprofesjonalna właściwie niczym się nie różni od profesjonalnej – a wyszczególnione są tam wykształcenie, standardy, wartości, wiedza naukowa, wiedza zawodowa – oprócz pewnego stopnia zależności. Lekarze są więc niezależni, a pielęgniarki zawsze przyjmują polecenia i je wykonują. W Polsce przekłada się to na ogromną dysproporcję, a przecież można byłoby o tym myśleć właśnie w kategoriach współpracy, a nie zależności, szczególnie jeśli pojedziemy do innego kraju i zobaczymy, że tam pielęgniarki mają większe pole manewru. Zmiany też wprowadzamy od niewłaściwej strony. Teraz np. pielęgniarki mogą wypisywać recepty. Ma to rozładować kolejki do lekarzy. Pomysł sam w sobie nie jest zły, prawda? Ma to iść w kierunku tego, jak jest w innych krajach – czyli z poważną chorobą idzie się do lekarza, a z przeziębieniem lub po receptę do pielęgniarki. Pielęgniarek jednak jest w Polsce za mało i już zbyt intensywnie pracują. Dołożenie im obowiązków i większej odpowiedzialności bez jednoczesnego znacznego zwiększenia płacy jest zatem postawieniem sprawy na głowie.

– Jak dzisiaj wyglądają warunki pracy pielęgniarek? Czy coś zmienia się na lepsze czy jest to cały czas równia pochyła?

– O ile w szpitalach wiele się zmienia na lepsze, jeśli chodzi o wyposażenie, to niewiele inwestuje się w technologie, które wspierają pracę pielęgniarek: maszyny, podnośniki, które pomagają w obracaniu pacjentów, przenoszeniu ich, które sprawiałyby, że ta praca byłaby trochę mniej obciążająca fizycznie. Pamiętam jednak, że jedna z pielęgniarek mówiła mi, że była jakiś czas temu na wizycie studyjnej w Niemczech i zwiedzała kilka szpitali, i że właściwie, jeśli chodzi o poziom wyposażenia, wszystko jest u nich podobnie, tylko proporcje liczby pielęgniarek i lekarzy do liczby pacjentów są zdecydowanie inne. To cały czas ten sam wątek, o którym rozmawiamy od początku – jest ich po prostu za mało, a jeśli jest ich za mało, a pracy jest tyle samo, ile było, to po prostu są nią przeciążone. Poza tym pracują też na dodatkowe etaty, by dorobić do pensji. Mamy więc przepracowane

pielęgniarki, które – bada to raz na jakiś czas związek – mają często różne choroby zawodowe, które jednak nie są traktowane jako zawodowe.

– Wróćmy do warunków płacowych. Prawo i Sprawiedliwość doszło do władzy między innymi na fali obietnic socjalnych i obietnic porozumienia ze związkami zawodowymi. To sytuacja świeża, jednak czy widoczna jest jakaś różnica w sposobie rozwiązywania sporów obecnie i za poprzednich rządów?

– Kontakty i stosunki pielęgniarek i położnych z kolejnymi rządami można podsumować hasłem z Manify: „Każda ekipa – ta sama lipa”. One przerobiły w ciągu dwudziestu paru lat rządy wszystkich partii i wszelkie opozycje, i moim zdaniem poziom zaufania do jakiejkolwiek partii i jakiegokolwiek ministra zdrowia jest wśród nich bardzo niski. Mają do tego bardzo ostrożne podejście, wiedzą, że opozycja może bardzo łatwo zbić na pielęgniarkach kapitał polityczny, a potem wcale nie jest skora do realizacji postanowień i uzgodnień. Było to bardzo widoczne w Białym Miasteczku w 2007 r., kiedy przyszła tam Ewa Kopacz, który była wtedy posłanką, a potem została ministrem zdrowia i nie poprawiła wcale sytuacji pielęgniarek. Potem był Arłukowicz i za jego kadencji pielęgniarki próbowały ustanowić minimalną obsadę na oddziałach, czyli podpisać regulację ustanawiającą, ile minimalnie musi być tam pielęgniarek, rozmowy trwały i trwały, a efekt końcowy przedstawiony przez ministerstwo był taki, że rozwiązano wszystko oprócz tego zasadniczego problemu. Zrobiono to na zasadzie kruczków, nawet nie wiem, jak to nazwać – wszystko wygląda dobrze na papierze, dopóki się nie wczytać w szczegóły, bo wtedy okazuje się, że właściwie niewiele się zmieniło. Później był minister Zembala, który nie zaczął szczęśliwie, bo rozpoczął się strajk w Wyszku, pielęgniarki odeszły od łóżek, a on to bardzo ostro skrytykował. Potem jednak podpisał porozumienie o podwyżkach, ale nie zdążył tego porządnie wypracować, bo zmienił się rząd i teraz nie ma żadnego klarownego rozwiązania.

– Trochę już mówiliśmy o tym, że jest to zawód, który się

starzeje. Pielęgniarek ubywa, młode dziewczyny, które kończą studia, zazwyczaj wyjeżdżają za granicę. Czy są już jakieś pierwsze ruchy, znaki, które oznaczałyby próby zmiany status quo w tej dziedzinie? Nie chodzi tylko o podniesienie pensji, bo to nie rozwiązałoby problemu. Co jeszcze trzeba by zrobić?

– Rozmowy o podwyżkach to pierwszy krok: to, że uznano „tak, rzeczywiście za mało zarabiają”. Ale to nie są duże podwyżki. W porównaniu ze słynnymi zarobkami lekarzy, jest to niewiele. Konieczne byłyby zmiany dotyczące minimalnej obsady – musi być instytucjonalne rozwiązanie, które wywoła nagłą reakcję: szpitale zaczną poszukiwać pielęgniarek w pełnym wymiarze godzin, żeby mieć tę obsadę na przynajmniej minimalnym poziomie. Teraz mamy przecież do czynienia z przypadkami jak z XIX wieku: jedna pielęgniarka na trzydziestu pacjentów. Muszą być wyższe zarobki i musi być minimalna obsada, która sprawi, że intensywność pracy będzie mniejsza. To też odstrasza młode pielęgniarki, które przychodzą do pracy i orientują się, że za niewielkie pieniądze odpowiedzialność jest kolosalna a obciążenie pracą bardzo duże. Jest też wiele obowiązków administracyjnych, dużo papierkowej roboty. Wydaje mi się, że na razie w ogóle nie funkcjonuje myślenie o tym, jak zachęcić młodych ludzi, kobiety i mężczyzn, żeby zostawali pielęgniarkami i pielęgniarzami, i pozostali w Polsce. Czasem myśli się trochę z perspektywy pacjentów, czasem z perspektywy potrzeb szpitali, które mają „krótkie kołdry budżetowe”, ale nikt nie mówi: „zróbmy z tego zawodu coś naprawdę ekstra”.

– Warto zwrócić uwagę także na to, że społeczeństwo się starzeje i praca pielęgniarek będzie coraz bardziej potrzebna.

– Są dwie sprawy związane ze starzeniem się społeczeństwa. Jedna to fakt, że wzrasta potrzeba regularnej opieki oraz podejścia profilaktycznego, które oznacza, że pielęgniarka powinna być obecna w życiu pacjentów, bo wszyscy będziemy żyli dłużej. Ale same pielęgniarki też się starzeją, co oznacza, że, patrząc na to z perspektywy zarządzania zasobami ludzkimi, należy zmienić sposób myślenia. Jaką pracę przydzielimy

pielęgniarkom, które mają 59 czy 62 lata i będą nadal pracować?

– To praca mocno obciążająca fizycznie, a jednocześnie w tym momencie obowiązuje podniesiony wiek emerytalny. Jak sobie radzą w szpitalach bardziej wiekowe pielęgniarki?

– Nie ma jeszcze 67-letnich pielęgniarek, ta reforma jeszcze ich nie obejmuje. Ale jeśli spojrzymy na to, co dzieje się w innych krajach europejskich – wyższy wiek emerytalny plus starzenie się społeczeństw – to okaże się, że nie jest to tylko nasza specjalność. Istnieją zalecenia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i Położnych, które mówią – trzeba to powiedzieć jasno – że starsza pielęgniarka nie jest w stanie wykonywać pracy obciążającej fizycznie, ale jest to jednocześnie zawód, w którym liczy się doświadczenie. Starsze pielęgniarki są bardzo cenne z punktu widzenia pacjentów i szpitali, ponieważ mają wieloletnie doświadczenie w radzeniu sobie z różnymi sytuacjami, rozmawianiu z pacjentami, wiedzą, co dobrze działa, a co słabiej, jak wykonywać opiekę pielęgniarską. Wszystkie zalecenia idą w tę stronę, żeby umieszczać je w zespołach, by mogły się dzielić wiedzą, być mentorkami, a odciążyć je od pracy fizycznej. Wprowadza się też różne technologie, które odciążają od pracy fizycznej. Ale to są trochę pobożne życzenia, bo to wszystko wymaga bardzo świadomego podejścia do zarządzania, a biorąc pod uwagę to, że polskie pielęgniarki pracują zwykle więcej niż na jeden etat i są traktowane niezbyt dobrze przez swoich kolegów-lekarzy, to o czym w ogóle mówimy? Międzynarodowe zalecenia dotyczą zarządzania zasobami ludzkimi na bardzo wyrafinowanym poziomie, a u nas wciąż panuje kultura folwarczna.

– Jak wygląda uzwiązkowanie pielęgniarek i położnych? Jaka jest różnica pomiędzy placówkami publicznymi a komercyjnymi?

– W sektorze publicznym uzwiązkowanie jest relatywnie wysokie, natomiast w sektorze prywatnym jest z tym bardzo kiepsko. Po pierwsze jest tam więcej niestandardowych umów,

które nie są już umowami o pracę, poza tym – są przekształcenia, np. szpitale są wykupywane czy odzyskiwane np. przez zakony i przekształcane w placówki świadczące opiekę zdrowotną. Słyszałam historie o podkładaniu do podpisania oświadczeń, że nie będzie związku zawodowego. Mam koleżankę, która chciała prowadzić badania nad pielęgniarkami w prywatnych placówkach w województwie lubuskim i nie była w stanie znaleźć ani jednej osoby do wywiadu. Zastanawialiśmy się razem, jaką strategię przyjąć, by przekonać te osoby, aby chciały opowiedzieć o warunkach pracy, i nic nie zadziało. Z moich doświadczeń badawczych wynika, że w sektorze publicznym znalezienie osoby, która chciałaby udzielić wywiadu nie stanowi dużego problemu, ale w sektorze prywatnym poziom strachu i obaw o utratę pracy jest tak wysoki, że po prostu żadna pielęgniarka nie chciała z nią rozmawiać.

– Pracowałem w przychodni na przełomie poprzedniego i obecnego wieku, i wtedy, mam wrażenie, nastąpił najbardziej dynamiczny rozwój placówek prywatnych. I normą było to, że jeśli gdzieś w okolicy powstawała prywatna przychodnia, to podkupywała pielęgniarki, zwłaszcza te najpopularniejsze wśród pacjentów. Zastanawiam się, jak wyglądają zarobki pielęgniarek w sektorach publicznym i niepublicznym.

– W samym sektorze publicznym zróżnicowanie jest bardzo duże, w zależności od typu placówki i źródła finansowania. Różnice między szpitalami klinicznymi a powiatowymi są spore. W sektorze prywatnym natomiast zależy to od formy zatrudnienia – można mieć trochę wyższy kontrakt, ale być na samozatrudnieniu, więc tu należy się zastanowić, ile zostaje „na rękę” po odliczeniu kosztów ubezpieczenia, księgowej, samodzielnego odkładania na emeryturę itd. Wiele zależy od tego, jak wygląda lokalny rynek pracy i czy pracodawca ma jakąś konkurencję czy nie, czy pielęgniarki mają jakąś alternatywę, która wzmacnia ich pozycję.

– Kontraktowanie pielęgniarek to więc spełnienie snu Korwina o tym, by każdy pracownik indywidualnie dogadywał się z

pracodawcą.

– Ten scenariusz jest wytworem systemu, biorąc pod uwagę to, jak niewiele jest układów zbiorowych. Negocjuje się więc zarobki indywidualnie, są widełki. To ciekawe, bo mimo że szpitale to placówki publiczne, to nie podaje się tam siatki wynagrodzeń: ile się zarabia, do jakiej kwoty chce się i można dojść. Jest to zakorzenione w praktykach polskiego rynku pracy, gdzie w ogłoszeniach o pracę nie podaje się zarobków. Samozatrudnienie w szpitalach to w ogóle polska specjalność – takich rozwiązań nie ma w innych krajach. O ile na początku przynajmniej warunki kontraktów wydawały się nieco lepsze od warunków zatrudnienia na etacie, o tyle gdy szukałam jakiś czas temu informacji o tym, jak lokalnie wyglądają oferty dla pielęgniarek kontraktowych, zauważyłam, że te stawki malały. Kontraktowanie tak się upowszechniło, że zniknęła presja na pracodawców, by musieli oferować coś nieco lepszego, aby przekonać pielęgniarki do pracy na kontraktach, a nie na etatach. Teraz to już jest nowa norma, więc nie trzeba się aż tak starać.

– Dziękuję za rozmowę.

Z dr Julią Kubisą rozmawiali Konrad Malec i Magda Komuda

Źródło: NowyObywatel.pl

NOTA BIOGRAFICZNA

Dr Julia Kubisa – socjolożka i publicystka, adiunktka w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego oraz Marie Curie Experienced Researcher w Department of Sociology and Work Science, University of Gothenburg. Interesuje się zagadnieniami pracy i płci, zbiorowymi stosunkami pracy w perspektywie feministycznej oraz socjologią publiczną. Obecnie prowadzi badania nad pojęciem jakości pracy. Autorka książki „Bunt białych czepków. Analiza działalności związkowej pielęgniarek i położnych” (2014). Stale współpracuje ze związkami zawodowymi.