



IFAU – INSTITUTET FÖR
ARBETSMARKNADSPOLITISK
UTVÄRDERING

Kvinnors och mäns sjukfrånvaro

Nikolay Angelov
Per Johansson
Erica Lindahl
Elly-Ann Lindström

RAPPORT 2011:2

Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) är ett forskningsinstitut under Arbetsmarknadsdepartementet med säte i Uppsala. IFAU ska främja, stödja och genomföra vetenskapliga utvärderingar. Uppdraget omfattar: effekter av arbetsmarknadspolitik, arbetsmarknadens funktionssätt, arbetsmarknadseffekter av åtgärder inom utbildningsväsendet och arbetsmarknadseffekter av socialförsäkringen. IFAU ska även sprida sina resultat så att de blir tillgängliga för olika intressenter i Sverige och utomlands.

IFAU delar även ut forskningsbidrag till projekt som rör forskning inom dess verksamhetsområden. Forskningsbidragen delas ut en gång per år och sista dag för ansökan är den 1 oktober. Eftersom forskarna vid IFAU till övervägande del är nationalekonomer, ser vi gärna att forskare från andra discipliner ansöker om forskningsbidrag.

IFAU leds av en generaldirektör. Vid institutet finns ett vetenskapligt råd bestående av en ordförande, institutets chef och fem andra ledamöter. Det vetenskapliga rådet har bl.a. som uppgift att lämna förslag till beslut vid beviljandet av forskningsbidrag. Till institutet är även en referensgrupp knuten där arbetsgivar- och arbetstagsidan samt berörda departement och myndigheter finns representerade.

Rapporterna finns även i tryckt format. Du kan beställa de tryckta rapporterna via telefon eller mejl. Se nedanstående kontaktinformation.

Postadress: Box 513, 751 20 Uppsala

Besöksadress: Kyrkogårdsgatan 6, Uppsala

Telefon: 018-471 70 70

Fax: 018-471 70 71

ifau@ifau.uu.se

www.ifau.se

IFAU har som policy att en uppsats, innan den publiceras i rapportserien, ska seminariebehandlas vid IFAU och minst ett annat akademiskt forum samt granskas av en extern och en intern disputerad forskare. Uppsatsen behöver dock inte ha genomgått sedvanlig granskning inför publicering i vetenskaplig tidskrift. Syftet med rapportserien är att ge den ekonomiska politiken och den ekonomisk-politiska diskussionen ett kunskapsunderlag.

Kvinnors och mäns sjukfrånvaro¹²

av

Nikolay Angelov³, Per Johansson⁴, Erica Lindahl⁵ och Elly-Ann Lindström⁶

2010-01-25

Sammanfattning

Rapporten analyserar skillnaden i sjukfrånvaro (både sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning (SA)) mellan kvinnor och män i Sverige och varför skillnaden har ökat sedan början av 1980-talet. Vi har genomfört analysen med hjälp av detaljerade individdata. Kvinnors relativt sett ökande sjukfrånvaro kan inte förklaras med ökade könsskillnader i självskattad hälsa eller i förändrad arbetsmiljö på den könssegregerade arbetsmarknaden. Vi finner däremot att förekomsten av barn är starkt förknippad med högre sjukfrånvaro bland kvinnor men inte bland män. Kvinnor arbetar mer idag än för 30 år sedan och detta gäller särskilt kvinnor med barn i förskoleåldern. Vår slutsats är därför att det ökade arbetsutbudet bland kvinnor i kombination med föräldraskap är den huvudsakliga orsaken till den ökande skillnaden över tid mellan könen.

¹ Författarna tackar Peter Skogman Thoursie, Petter Odmark och seminariedeltagare vid IFAU för värdefulla synpunkter. Alla fel och brister är författarnas egna.

² Till denna uppsats finns bilagor med information om data och resultat från alla skattningar. Dessa bilagor finns endast med i den version som finns tillgänglig på IFAU:s hemsida: www.ifau.se/sv/Forskning/Publikationer/Rapporter/2011/Kvinnors-och-mans-sjukfranvaro/

³ Nikolay.Angelov@nek.uu.se

⁴ Per.Johansson@ifau.uu.se

⁵ Erica.Lindahl@ifau.uu.se

⁶ Elly-Ann.Lindstrom@ifau.uu.se

Innehållsförteckning

1	Introduktion	3
2	Könsskillnaden i sjukfrånvaro – ett modernt svenskt fenomen?	4
2.1	Sjukfrånvaroutvecklingen.....	4
2.2	Arbetskraftsdeltagande	6
3	Några förklaringsmodeller.....	10
3.1	Överutnyttjande	10
3.2	Konjunktursvängningar	12
3.3	Normer och sociala interaktioner	13
3.4	Hushållsarbete kontra förvärvsarbete	14
3.5	Arbetsmiljöfaktorer	15
4	Utvecklingen under de senaste 30 åren	16
4.1	Hur vi studerar utvecklingen	17
4.2	Mäta sjukfrånvaro över tid	18
4.3	Självskattad hälsa och sjukfrånvaro	20
4.4	Arbetskraftens komposition och betydelsen av olika faktorer för sjukfrånvaron	24
4.5	Könssegregering på arbetsmarknaden	30
4.6	Slutsatser.....	35
5	Nivåskillnaden i sjukfrånvaro.....	36
5.1	Detaljerad analys för 2002–2003.....	36
5.2	Betydelsen av barn.....	39
5.3	Olyckor och akuta sjukdomar.....	45
6	Avslutande diskussion	50
7	Referenser	54
8	Bilagor	58
8.1	ULF-databasen	58
8.2	Tabeller A1–A6	60
8.3	Detaljerade resultat, branscher	68

1 Introduktion

Kvinnor står för ett större uttag ur sjukförsäkringen än män och har gjort så under de senaste 30 åren. Denna skillnad har till och med ökat och även om vi har sett en minskning under senare år är könsskillnaden större i dag än i början av 1980-talet. Det övergripande syftet med denna rapport är att öka förståelsen för nivåskillnaden i uttag mellan könen och varför denna skillnad har ökat sedan 1980-talets början.

Det är en mycket svår uppgift att förklara vad denna skillnad i genomsnitt beror på eftersom skälet till en individs sjukfrånvaro beror på flera faktorer som är förknippade med en individs arbetsförmåga såsom, t.ex. individens psykosociala hälsa och arbets- och familjesituation. Det är en ännu större utmaning att förklara utvecklingen över tid eftersom denna utveckling inte bara beror på individuella faktorer utan även beror på arbetsmarknadens komposition, dvs. vilka som arbetar, vilket till stor del drivs av institutionella förändringar. I stället för att identifiera betydelsen av enskilda faktorer i en och samma modell består rapporten av ett flertal olika delanalyser som inte var för sig kan förklara denna (ökande) skillnad men som sammantaget kan utesluta vissa faktorer och även lyfta fram andra faktorer av betydelse.

Vi har genomfört analysen med hjälp av detaljerade individdata för perioden 1981–2008 från stickprovsdata från Statistiska centralbyråns ULF-databas och data från olika populationsregister⁷. Fokus ligger på frånvaro från arbete på grund av sjukdom som berättigar till sjukpenning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension). Denna frånvaro kallar vi hädanefter sjukfrånvaro.

Rapporten börjar med att utifrån officiell statistik undersöka den historiska könsskillnaden i sjukfrånvaro och i arbetskraftsdeltagande i ett antal europeiska länder. I avsnitt 3 följer en litteraturgenomgång om bestämningsfaktorer för sjukfrånvaro och för skillnaden mellan könen. Fokus i denna genomgång är på kunskapsläget inom den nationalekonomiska litteraturen (både empiri och

⁷ Vi använder registerdata från tre individbaserade datakällor: MIDAS; Flergenerationsregistret och LOUISE. MIDAS är Försäkringskassans register över sjukpenning som innehåller alla sjukfall som ersätts genom sjukförsäkringen, men inte sjukdagar som ersätts av arbetsgivaren. Till dessa data har vi kopplat SCB:s flergenerationsregister som innehåller kopplingar samt SCB:s databas LOUISE. För en beskrivning av LOUISE, se SCB:s dokumentation som finns tillgänglig på hemsidan, http://www.scb.se/statistik/_publikationer/OV9999_1990I02_BR_AM76ST0501.pdf.

teori⁸) men vi beskriver också kort det empiriska kunskapsläget om betydelsen av arbetsmiljöfaktorer. De efterföljande avsnitten (4–5) bygger på vår egen analys av individdata för perioden 1981–2008. Först fokuserar vi på utvecklingen över tid med avseende på arbetskraftens komposition och på hur kvinnor och män påverkas av olika faktorer. Därefter söker vi bakomliggande orsaker till nivåskillnaden i sjukfrånvaro genom att med individdata dela upp könsskillnaden i sjukfrånvaro efter olika faktorerers betydelse. Här studerar vi även kvinnors och mäns sjukfrånvaro före och efter första barnet samt följer sjukfrånvaron för kvinnor och män före och efter inträffandet av plötsliga sjukdomar och olyckor. Avsnitt 6 sammanfattar och diskuterar resultaten.

2 Könsskillnaden i sjukfrånvaro – ett modernt svenskt fenomen?

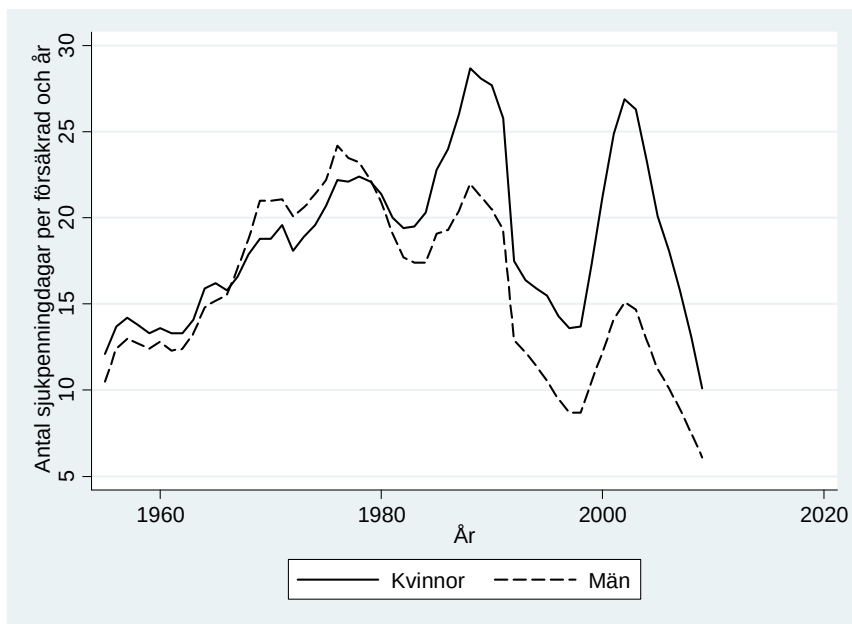
Har kvinnor alltid varit mer sjukfrånvarande än män och är detta ett specifikt svenskt fenomen? I detta avsnitt gör vi en historisk tillbakablick och internationell utblick med fokus på samspelet mellan arbetsutbud och sjukfrånvaro.

2.1 Sjukfrånvaroutvecklingen

Den obligatoriska allmänna sjukförsäkringen infördes i Sverige 1955. Figur 2.1.1 visar antalet sjukpenningdagar per försäkrad och år, det så kallade sjuktalet⁹, uppdelat på kvinnor och män från 1955 fram till i dag. Figuren visar att kvinnor inte alltid har haft fler sjukfrånvarodagar än män; under 1960- och 70-talet var det ingen större skillnad. Från 1980-talets början och framåt har dock kvinnor genomgående haft fler sjukpenningdagar än män.

⁸ Den teoretiska litteraturen har sin utgångspunkt inom arbetsmarknadsområdet. Här behandlas bland annat hur makar inom familjen allokera sin tid i arbete eller hushållsarbete (fritid) och detta ämnesområde benämns familjeekonomi.

⁹ Sjuktalet inkluderar alla försäkrade personer mellan 16–74.



Figur 2.1.1 Antal sjukpenningdagar per försäkrad (i åldern 16–17) och år, uppdelat på kvinnor och män

Källa: Försäkringskassans officiella statistik

Att kvinnor är mer sjukskrivna är inte bara ett svenskt fenomen. Figur 2.1.2 visar den procentuella könsskillnaden i sjukfrånvaro för åtta olika länder i Europa: de skandinaviska länderna, Finland, Holland, Tyskland, Frankrike och Storbritannien.¹⁰ Tidsperioden sträcker sig från mitten av 1980-talet fram till i dag.¹¹ Statistiken bygger på telefonintervjuer om närvaro på arbetet under veckan före intervjun. Här avses endast frånvaro på grund av egen sjukdom och både karensdagar och sjuklöneperiod inkluderas.¹²

Länderjämförelser vid en viss tidpunkt är svåra att tolka eftersom de ofta drivs av gällande institutionella förhållanden.¹³ Att jämföra förändringar i könsskillnaden över tid är däremot mindre problematiskt eftersom institutionella skillnader i mindre utsträckning kan antas påverka den gemensamma

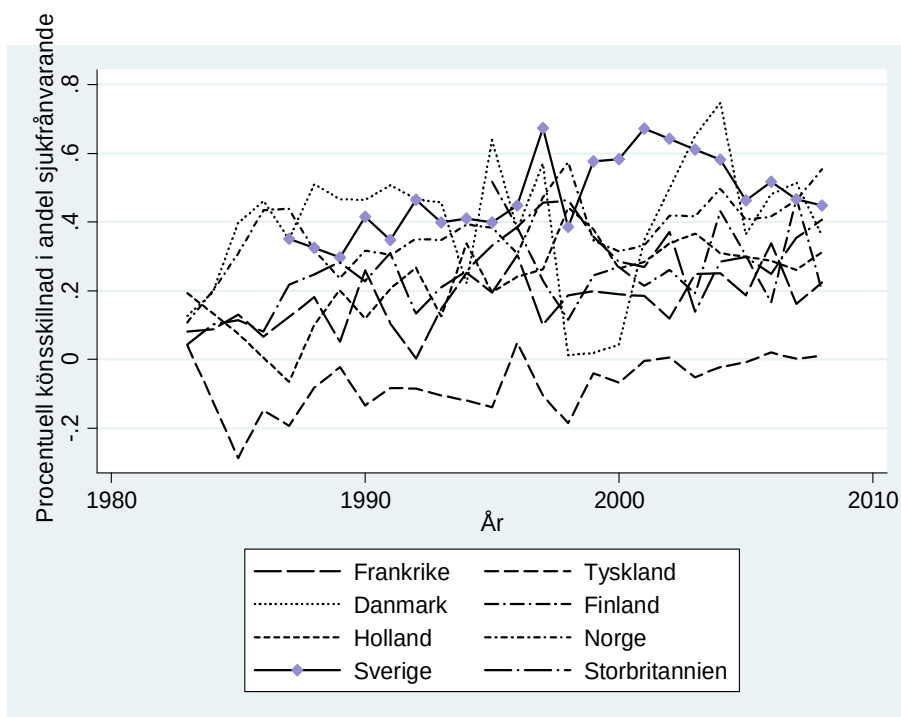
¹⁰ Valet av länder har styrts av tillgång på från Försäkringskassan som i sin tur har gjort urvalet av data utifrån ett uppdrag till ESO (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi).

¹¹ För Sverige har vi tillgång till jämförbar statistik först från 1987.

¹² Sjuklöneperiod är de första dagarna i en sjukskrivning som arbetsgivaren sedan 1991 ersätter.

¹³ T.ex. har Sverige, till skillnad från de flesta andra länder, saknat en borte tidsgräns för sjukpenning vilket gör att långa sjukfall är överrepresenterade i data för Sverige.

trenden över tiden. Från figur 2.1.2 kan vi konstatera att kvinnor i genomsnitt är mer sjukfrånvarande i alla länder förutom i Tyskland. Störst är könsskillnaden i Sverige, Norge och Danmark. Det är också anmärkningsvärt att det ser ut som om det finns en trendmässig ökning av könsskillnaden över tid i samtliga av de undersökta länderna.



Figur 2.1.2 Den procentuella könsskillnaden (kvinnor minus män) i andel av förvärvsarbetare som är sjukfrånvarande under en mätvecka i åtta europeiska länder

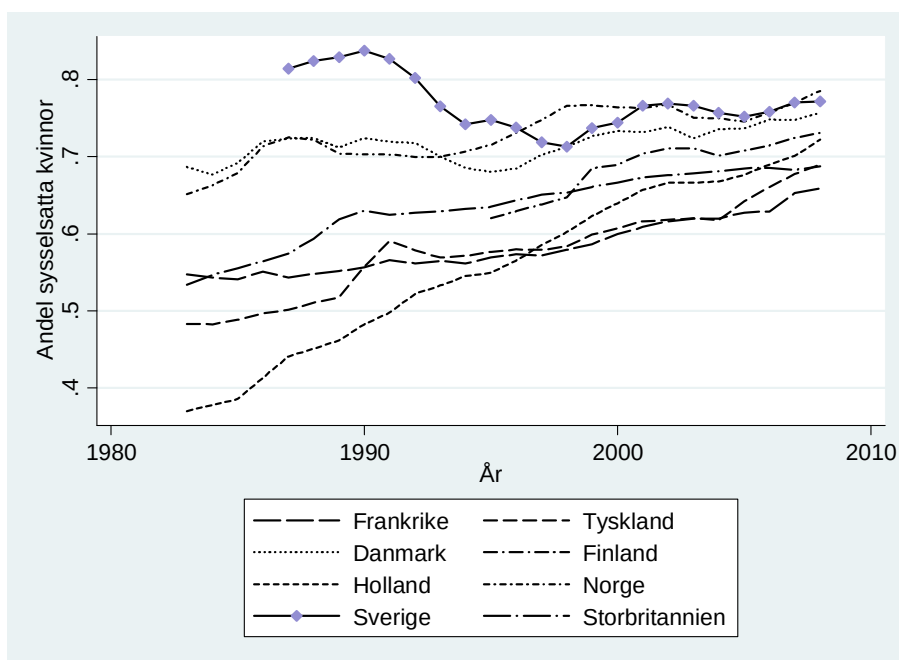
Källa: Eurostat

2.2 Arbetskraftsdeltagande

Att tillhöra arbetskraften är en förutsättning för att kunna vara sjukfrånvarande.¹⁴ Den sjukpenninggrundande inkomsten baseras på tidigare arbetshistorik och ersättningsnivån beror av tidigare inkomstnivå. Andelen sjukfrånvarande har alltså till viss del att göra med arbetskraftens komposition och i detta avseende skiljer sig ovan nämnda länder åt. För att belysa samspelet

¹⁴ I Sverige täcker sjukförsäkringen även arbetslösa och studenter.

mellan sjukfrånvaro och arbetskraftsdeltagande visar Figur 2.2.1 andelen sysselsatta kvinnor för samma länder som ovan. Här finns paralleller med Figur 2.1.2; Sverige, Norge och Danmark har högst andel sysselsatta kvinnor medan Tyskland, Frankrike och Storbritannien har lägst andel. Samma länder som har relativt hög andel sysselsatta kvinnor har också relativt hög andel sjukskrivna kvinnor.

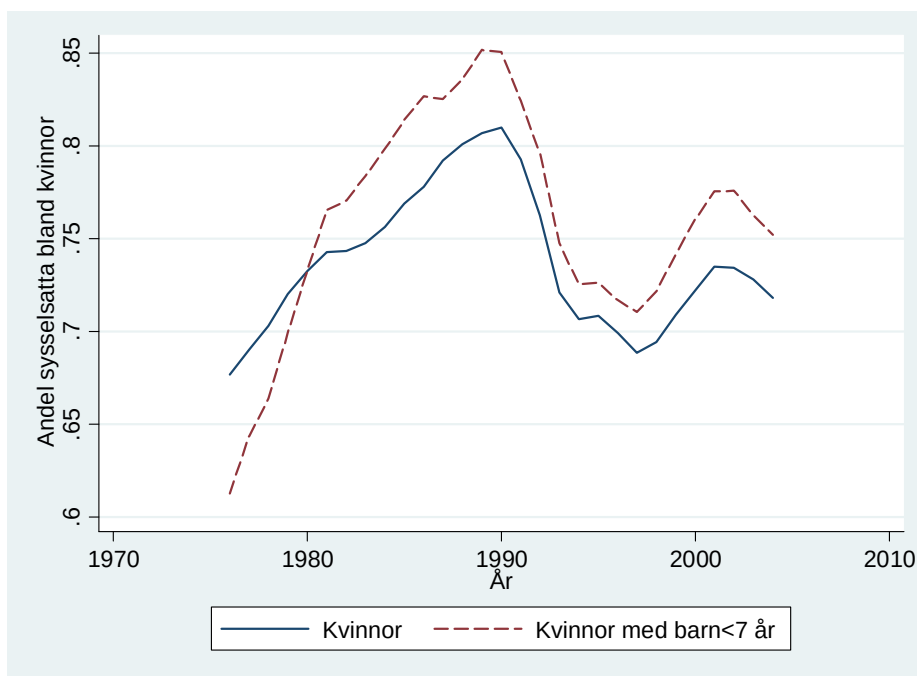


Figur 2.2.1 Andel kvinnor som är sysselsatta i olika europeiska länder

Källa: Eurostat.

Sverige har sedan lång tid tillbaka haft ett högt kvinnligt arbetskraftsdeltagande. Under 1960- och 1970-talet deltog drygt hälften av alla svenska kvinnor i arbetskraften (OECD, 2004). Under 1970- och 1980-talet ökade kvinnors arbetskraftsdeltagande från att ha varit 65 procent av männens år 1970 till hela 90 procent av männens 1990 (OECD, 2004). Det saknas officiell statistik på vilken grupp av kvinnor som framförallt ökade sitt arbetskraftsdeltagande under 1960 och 1970-talet. Utbyggnaden av barnomsorgen och av föräldraförsäkringen under denna period tyder på att det främst torde ha varit kvinnor med små barn. Figur 2.2.2 visar andelen syssel-

satta bland kvinnor och kvinnor med barn under 7 år från 1976–2004. Från denna figur kan vi utläsa att kvinnor ökade sitt arbetskraftsdeltagande med nästan 10 procentenheter mellan mitten av 1970-talet till konjunkturtoppen runt 1990. Bland dem med barn i förskoleåldern var ökningen under denna period ännu större: närmare 20 procentenheter. Intressant att notera är också att gruppen kvinnor med förskolebarn alltsedan 1980-talet har haft en högre sysselsättningsgrad än kvinnor i allmänhet. Denna skillnad kan förklaras av att hemmafruar är idag mer förekommande bland äldre än bland yngre kvinnor, vilket betyder att detta fenomen i så fall kommer att försvinna med tiden.



Figur 2.2.2 Andelen sysselsatta bland kvinnor med barn under 7 år.

Källa: RAMS, SCB

Det är svårt att fastställa orsaken till det höga arbetskraftsdeltagandet bland kvinnor i de skandinaviska länderna. En viktig förklaring för Sverige är avskaffandet av sambeskattning av gifta par som skedde 1971. När gifta kvinnor och män började beskattas var och en för sig i stället för tillsammans, fick många kvinnor lägre marginalskatt, vilket betydde ökade ekonomiska

drivkrafter att arbeta. Selin (2009) har visat att sysselsättningen bland kvinnor skulle ha varit 10 procentenheter lägre 1975 om inte sambeskattningen hade avskaffats. Som en intressant jämförelse kan nämnas att gifta makar i Tyskland än idag kan välja att sambeskattas. Under 1970- och 1980-talet byggdes föräldraförsäkringen och barnomsorgen ut i Sverige, vilket saknar motsvarighet i många utomnordiska länder. Föräldraförsäkringens och barnomsorgens utbyggnad kan både ha varit en reaktion på en ökad efterfrågan och en bidragande faktor för arbetsutbudets utveckling.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att kvinnor inte alltid har varit mer sjukfrånvarande än män men att vi har haft denna könsskillnad under de senaste 30 åren. Dessutom är detta inte bara ett svenskt fenomen; kvinnor är mer sjukfrånvarande än män i flertalet jämförbara länder. Denna könsskillnad ser ut att hänga samman med kvinnors arbetskraftsdeltagande.

I denna rapport fokuserar vi främst på utvecklingen från 1980 och framåt. Under denna period har sysselsättningsgraden – andelen som förvärvsarbetar – varit nästan lika hög bland kvinnor som bland män.¹⁵ Antal arbetade timmar skiljer sig dock och i detta avseende har det skett stora förändringar under denna tidsperiod. Heltidsarbete har varit normen för män under hela perioden medan andelen heltidsarbetande kvinnor har ökat från 30 procent år 1980 till 50 procent år 2007 bland sysselsatta.¹⁶

I detta sammanhang är det också intressant att notera att en sjukpenningdag är en dag frånvarande oavsett ordinarie arbetstid. En sjukpenningdag för en person som arbetar heltid motsvarar i regel 8 timmar per dag medan en sjukpenningdag för en person som arbetar halvtid i stället motsvara 4 timmar per dag.¹⁷ I figur 2.1 görs ingen skillnad mellan heltidsarbetare och deltidsarbetare. Om Försäkringskassan i stället hade redovisa sjukfrånvaro som uttag ur sjukförsäkringen räknat i antal timmar, skulle könsskillnaden vara mindre eftersom kvinnor i högre grad arbetar deltid. Samtidigt, eftersom fler kvinnor i dag arbetar heltid jämfört med för 30 år sedan skulle *förändringen* i könsskillnaden med detta mått vara ännu större.

¹⁵ Sysselsättningsgraden var 73,2 procent bland kvinnor och 78,1 procent bland män år 2008 (AKU, 2008).

¹⁶ Egna beräkningar gjorda från ULF.

¹⁷ Full arbetstid varierar mellan olika branscher; i de flesta branscher motsvaras full tid av 8 timmar per dag medan heltid för t.ex. gruvarbetare är färre timmar.

3 Några förklaringsmodeller

Det finns många förklarande faktorer bakom en sjukskrivning. Dålig hälsa är naturligtvis den viktigaste men långt ifrån den enda. En indikation på det är just variationen i sjukfrånvaro över tid som knappast kan förklaras med hälso-svängningar hos befolkningen.

Nationalekonomisk forskning kring sjukfrånvaro utgår ofta från begreppet moralisk risk, dvs. att en försäkring med låg självrisk kan leda till ett överutnyttjande om uttag ur försäkringen inte kontrolleras. På senare år har även betydelsen av konjunkturläge, normer och sociala interaktioner diskuterats, liksom betydelsen av könsuppdelningen av hushållsarbete och förvärvsarbete. I det följande kommer vi att diskutera vart och ett av dessa områden och vad forskningen har att säga om eventuella könsskillnader. Vi kommer även avslutningsvis i detta avsnitt nämna några studier om betydelsen av arbetsmiljö.

3.1 Överutnyttjande

Att vara sjuk innebär inte nödvändigtvis att man är förhindrad att arbeta. Arbetsförmåga är en bedömning som beror på hälsa, typ av arbete, kostnad mm. Om den monetära kostnaden av att vara sjuk främst betalas av samhällskollektivet kan sjukförsäkringen utnyttjas mer av den enskilde jämfört med en situation där han eller hon skulle bära hela kostnaden själv. Detta potentiella överutnyttjande motiverar att man har en självrisk i försäkringen (t.ex. karensdagar och begränsad ersättningsnivå) liksom kontroll av utnyttjande via t.ex. sjukintyg.

3.1.1 Vad säger empirisk forskning om könsskillnaden?

Graden av överutnyttjande beror på hur mycket individen värderar att inte arbeta (dvs. fritid) i relation till kostnaden för denna sjukfrånvaro. Det finns en del studier som visat att kvinnor har en lägre arbetsutbudselasticitet än män (se t.ex. Selin, 2007). Detta innebär att de i genomsnitt värderar tid till annat än förvärvsarbete mer än män. Vi kan också konstatera att fler män har löner över inkomsttaket i sjukförsäkringen, vilket betyder att män i genomsnitt förlorar mer vid sjukfrånvaro än kvinnor.¹⁸ Sammantaget skulle detta innebära ett i genomsnitt lägre utnyttjande av försäkringen bland männen.

¹⁸ I dagens system är inkomsttaket 380 000 kr per år. Andelen kvinnor som tjänar över inkomsttaket är knappt 15 procent. Motsvarande andel för män är 25 procent, enligt SCB:s lönestrukturst Statistik: http://www.scb.se/Pages/TableAndChart____149077.aspx.

Det empiriska stödet för att ett överutnyttjande förekommer i Sverige kommer från studier av sjukfrånvarobeteendet efter regeländringar (t.ex. Johansson och Palme, 2002 och 2005 och Henreksson och Persson, 2004). En övergripande slutsats är att sjukfrånvaron ökar med högre ersättningsnivåer och att denna effekt genomgående är större för män, dvs. effekterna av de studerade reformerna har visat större förändringar i mäns beteende (Henreksson och Persson, 2004 och Johansson och Palme, 1996; 2002 och 2005). Som ett exempel kan nämnas att Johansson och Palme (2005) finner att om ersättningsnivåerna höjdes med 10 procent skulle sjukfrånvarofrekvensen öka med 10 procent för män och 7 procent för kvinnor. Med andra ord verkar mäns sjukfrånvaro i högre grad hämmas av ökade direkta monetära kostnader. Broström, Palme och Johansson (2004) har studerat den relativa betydelsen av olika förklaringsfaktorer för kvinnor och män. Deras slutsats är att en tredjedel av könsskillnaden kan hänföras till olika monetära kostnader för kvinnor och män av att vara sjuka. Resterande två tredjedelar har andra förklaringar.

Ett annat exempel på skillnader mellan könen finns i hur sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen har utnyttjats. Sjukförsäkringen har varit och är mer generös än arbetslöshetsförsäkringen, vilket leder till ett oönskat flöde från a-kassan till sjukförsäkringen (Larsson, 2006 och Hall och Hartman, 2010). Män reagerar starkare på ekonomiska drivkrafter, vilket gör att detta flöde är större bland män (Hall och Hartman, 2010).

Överutnyttjandet kan minskas med ökad kontroll. Hesselius, Larsson och Johansson (2006) har studerat betydelsen av krav på läkarintyg tidigare i sjukskrivningen. Deras resultat visar att både kvinnor och män förkortar sin sjukskrivning i genomsnitt. Denna genomsnittliga effekt är dock större bland männen. Författarna kan inte urskilja om denna könsskillnad härstammar från en genomsnittlig skillnad i s.k. moraliskt riskbeteende (överutnyttjande av försäkringen) mellan könen eftersom de sjukskrivna männen utgör en mycket mer selektiv population (med ett potentiellt högre moraliskt riskbeteende än bland män i gemen) än de sjukskrivna kvinnorna.

Lagerström (2010) visar att det finns intressanta könsskillnader i relationen mellan arbete och fritid. Via ett experiment kan han skatta effekten på sjukfrånvaro av att ge olika typer av belöning för att inte vara sjukfrånvarande under en månad. Den ena belöningen bestod av en halv dag extra ledighet. Den andra bestod av massage, träningsmöjligheter och föreläsningar om arbetsmiljö. Resultatet visar att kvinnor påverkades relativt mer av extra ledighet

medan män i stället påverkas relativt mer av massage och ökade träningsmöjligheter.

Intressant att notera i sammanhanget är också att det verkar finnas en könsskillnad i benägenheten att fuska med sjukförsäkringen. Skogman Thoursie (2007) finner att män i genomsnitt tenderar att vara sjukskriva i högre grad än kvinnor i samband med den egna födelsedagen.

Under senare år har det skett flera regelförändringar i sjukförsäkringen som i princip alla inneburit en mer restriktiv och också mindre generös försäkring. I mars 1991 sänktes ersättningsgraden från 90 procent till 65 procent under de tre första dagarna för att sedan vara 80 procent fram till dag 91 och därefter 90 procent. En karensdag infördes i april 1993 samtidigt som ersättningsnivån för långa sjukfall (minst 91 dagar) sänktes till 80 procent.¹⁹ Utifrån den empiriska evidens som finns skulle vi således förvänta oss att variationen fr.o.m. 1991 skulle vara större bland män eftersom de reagerar starkare än kvinnorna på ekonomiska incitament. Enligt figur 2.1.1 ser det dock ut att vara tvärtom; sjukfrånvaron varierar snarare mer bland kvinnor. Således måste denna variation i könsskillnaden troligtvis hittas på annat håll än via olikheter i ekonomiska incitament mellan könen.

3.2 Konjunktursvängningar

Det finns en negativ samvariation mellan årlig genomsnittlig arbetslöshet och årlig genomsnittlig sjukfrånvaro. Två tydliga förklaringar till detta fenomen har lyfts fram i tidigare forskning (se t.ex. i Larsson, Kruse, Palme och Persson, 2005). Den första har med arbetskraftens komposition att göra; när arbetslösheten är låg är fler personer med dålig hälsa anställda, vilket gör att sjukfrånvaron går upp. Den andra förklaringen är att ett sämre arbetsmarknads-läge kan ha en disciplinerande effekt på så sätt att individer minskar sin sjukfrånvaro för att minska risken att bli uppsagd.

När det gäller könsskillnaden finns det visst empiriskt stöd för att kompositionseffekten är tydligare för kvinnor. Till exempel finner man i RFV (2004) att kvinnor med sämre hälsa i högre grad lämnar arbetskraften i dåliga tider medan män snarare hamnar i sjukförsäkringen. Denna slutsats stöds också av Lidwall och Skogman Thoursie (2000) som visar att när arbetslösheten sjönk på 1990-talet minskade antalet långa sjukskrivningar bland män men inte bland kvinnor.

¹⁹ Mer diskussion om de viktigaste regeländringarna i sjukförsäkringen och dess väntade effekter diskuteras i Hägglund och Skogman Thoursie (2010).

Även den disciplinerande effekten tycks vara mer betydelsefull för kvinnor än för män. Arai och Skogman Toursie (2005) visar att det finns ett negativt samband mellan andelen tillfälliga anställningar och andelen sjukfrånvarande. Teoretiskt skulle vi förvänta oss att personer med tillfälliga kontrakt oftare har sämre hälsa och därmed högre sjukfrånvaro. Om så var fallet skulle vi snarare se ett positivt samband, dvs. att sjukfrånvaron i stället ökade med andelen tillfälliga kontrakt. Eftersom det empiriska sambandet är negativt tolkar författarna det som att den disciplinerande effekten dominerar, dvs. att sämre anställningstrygghet i och med tillfälliga kontrakt innebär att sjukförsäkringen utnyttjas mindre. Kvinnor har en lösare anknytning till arbetsmarknaden: de arbetar färre antal timmar och de har oftare tillfälliga anställningar (RFV 2004:16). Denna lösare anknytning gör att den disciplinerande effekten i sämre tider borde bli större bland kvinnor jämfört med män.

3.3 Normer och sociala interaktioner

Flera studier har under senare år belyst betydelsen av normer via sociala interaktioner. Attityderna till sjukskrivning varierar mellan olika subgrupper inom vilka medlemmarna påverkar varandra via sociala kontakter (Palmer, 2006; Lindbeck, Palme, och Persson, 2004 och Lindbeck, Palme, och Persson, 2007). T.ex. studerar Ichino och Maggi (2000) hur personer som byter arbetsplats (bankkontor) påverkas av bytet av kollegor och av de nya kollegornas sjukfrånvaro. De finner att en ökning av kollegornas sjukfrånvaro med 10 procent ökar individens sjukfrånvaro med 1,6 procent. På svenska data har Hesselius, Johansson och Vikström (2008) studerat samma fenomen. De har kunnat visa att en tioprocentig ökning av en grupp:s sjukfrånvaro leder till en ytterligare ökning av sjukfrånvaron (via sociala interaktioner) med i storleksordningen 5,7–13,3 procent, beroende på när uppföljningen görs

Vilken betydelse har då normer och sociala interaktioner för skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män? Detta har inte studerats explicit men kvinnor och män skulle – i vissa sammanhang – kunna ses som separata subgrupper som interagerar mer inom samma kön än mellan.

Det finns också teoretiska resonemang om att sjukskrivning är stigmatiserande och att graden av detta negativa stigma minskar med andelen sjukskrivna (Lindbeck och Persson, 2010). En förlängning av det resonemanget skulle kunna vara att detta stigma upplevs olika av kvinnor och män – dvs. att referensen för beteendet till viss del styrs av könstillhörighet.

3.4 Hushållsarbete kontra förvärvsarbete

Vi har pekat på betydelsen av kvinnors ökade arbetskraftsdeltagande, framförallt bland kvinnor med små barn. Kvinnor tar i dag ett större ansvar för försörjningen via förvärvsarbete jämfört med för 30 år sedan men hur ser ansvarsfördelningen av hushållsarbetet ut?

Det är väl belagt att kvinnor gör betydligt mer hushållsarbete. SCB:s tidsanvändningsundersökning (SCB, 2009) visar att kvinnor ägnar dubbelt så mycket tid åt hemarbete som män. Den totala arbetsbördan (hemarbete och förvärvsarbete) har dock minskat under perioden 1990-2000 för både kvinnor och män; t.ex. gör kvinnor i genomsnitt 40 minuter mindre hemarbete per dag och män förvärvsarbetar i genomsnitt 20 minuter mindre per dag. Det innebär att kvinnor och män idag i högre grad delar på hemarbetet, vilket främst förklaras av att kvinnor ägnar hemarbetet mindre tid.

Uppdelningen av hushållsarbetet verkar vara förankrat i traditionella könsroller och förefaller inte spegla fördelningen av förvärvsarbete. Studier från både Sverige (Boye, 2008) och Australien (Booth och Ours, 2005) visar att kvinnor i par där båda jobbar heltid inte gör mindre hushållsarbete än kvinnor i par där kvinnan arbetar deltid och mannen heltid. Traditionell national-ekonomisk teori har svårt att förklara dessa empiriska samband. Enligt Becker (1965) kommer individer inom hushållet specialisera sig på antingen förvärvsarbete eller hushållsarbete och sambandet mellan ökat kvinnligt förvärvsarbete och kvinnligt hushållsarbete borde därför vara negativt. En nyare teoretisk modell har presenterats av Akerlof och Kranton (2000). Den belyser betydelsen av identitet för välbefinnandet. En tillämpning av denna modell på detta sammanhang är att kvinnor så väl som män får ökat välbefinnande av att kunna identifiera sig med sin könsroll. Vad som definierar denna beror av sammanhanget. En prediktion från denna modell är att kvinnor som förvärvsarbetar inom traditionellt manliga områden kompenserar för detta med en ökad insats inom traditionellt kvinnliga domäner (som t.ex. hushållsarbete). Denna slutsats är i linje med Boyes resultat att könsskillnaden i hushållsarbete inte beror på om kvinnan arbetar heltid eller deltid.

Andelen kvinnor som arbetar heltid har ökat under de senaste 30 åren samtidigt som kvinnor i genomsnitt fortfarande gör dubbelt så mycket hushållsarbete jämfört med män. Ett utfall av detta skulle kunna vara sämre hälsa och därmed ökad sjukskrivning. Vad vi vet saknas empiriska studier som analyserar det sistnämnda kausala steget.

Samtidigt är det inte självklart att dubbla ansvarsområden försämrar hälsan. Det finns teoretiska resonemang om att välbefinnandet ökar om en person har flera olika roller (t.ex. kombinationen familjeansvar och ett ansvarsfullt arbete) men att den totala arbetsbördan naturligtvis kan bli alltför stor (Nordenmark, 2002). Nordenmark har med svenska data visat att det framförallt är kvinnor med barn som arbetar 40 timmar per vecka eller mer som vill gå ner i förvärvsarbets-tid. Samtidigt är det inte denna grupp som får sämst utfall i tester av psykiskt välbefinnande. En fråga som är obesvarad i Nordenmarks studie är hur stor del av det positiva sambandet mellan heltidsarbete och psykisk hälsa som kan förklaras av selektion: småbarnsmammor som arbetar heltid kan vara en grupp som har särskilt god psykisk hälsa.

Kvinnors dubbla ansvarsområden kan även påverka synen på när sjukförsäkringen ska användas. Parringer (1983) menar att den totala sociala kostnaden av att vara sjuk är högre för kvinnor på grund av kvinnors dubbla ansvarsområden. Det innebär att vid ett visst sjukdomstillstånd väljer kvinnor i högre grad att vara hemma från jobbet eftersom familjen mår bättre om hon blir frisk snabbare. På längre sikt kan denna beteendeskilnad potentiellt få en, i jämförelse mot männen, positiv effekt på hälsan. Parringers teori har testats på amerikanska data och från dessa data finner man att för kvinnor och män med samma civilstånd och utbildningsnivå minskar skillnaden i sjukfrånvaro med åldern. Detta fenomen gäller särskilt gifta kvinnor som har lägre sjukfrånvaro än jämförbara män under senare delen av yrkeslivet. Teorin kan således inte förkastas utifrån data från USA.

3.5 Arbetsmiljöfaktorer

Effekter av olika arbetsmiljöfaktorer på hälsa och sjukfrånvaro är svåra att skatta och det finns få studier som gör detta. T.ex. påpekar författarna till en nyutkommen litteraturgenomgång från stressinstitutet (Kecklund m.fl., 2010) på kunskapsbristen om hur inflytande över arbetstidsförläggning (så som nattarbete, skiftarbete och hemarbete) och arbetstider påverkar hälsa och sjukfrånvaro. Vi vet dock att jobbstress är förknippat med sämre psykiskt välbefinnande som i sin tur är en riskfaktor för långtidssjukskrivning (t.ex. Virtanen m.fl., 2007).

I vår egen analys är utvecklingen över tid av särskilt intresse och i det sammanhanget är det viktigt att komma ihåg att den relativa betydelsen av olika arbetsmiljöfaktorer kan påverkas av konjunkturen. Lidwall m.fl., (2009) visar att den psykosociala arbetsmiljön och arbetssituationen var

viktigare förklaringsfaktorer för långtidssjukskrivning år 2002 jämfört med 1986–1989. En förklaring skulle kunna vara att 1990-talskrisen ändrade förhållandena på många arbetsplatser, framförallt bland kvinnodominerade yrken i offentlig sektor där stora ekonomiska neddragningar skedde under slutet av 1990-talet. En nyligen publicerad litteraturgenomgång (Westgaard och Winkel, 2010) framhåller att just neddragningar ökar risken för besvär i rörelseorganen och psykiska problem som i sin tur leder till sjukskrivning. Konjunkturläget – där effekterna i form av ekonomiska åtstramningar på arbetsplatser släpar efter – kan alltså spela roll för den relativa betydelsen av olika faktorer.

4 Utvecklingen under de senaste 30 åren

I detta avsnitt analyserar vi sjukfrånvaroutvecklingen för kvinnor och män från och med 1980 till och med 2007. Analysen fram till och med avsnitt 4.4. baseras på Statistiska centralbyråns ULF-databas, som beskrivs närmare i bilaga 8.1. Vår population är de individer i ULF-urvalet som är i arbetsför ålder (16–65 år), räknas som anställda och arbetar minst 16 timmar per vecka. För att jämföra icke-graviditetsrelaterad sjukfrånvaro utesluter vi kvinnor som är gravida det år sjukfrånvaron mäts. Notera att dessa restriktioner innebär att resultaten i detta avsnitt gäller vårt urval och kan alltså inte direkt överföras till hela befolkningen.

Avsnittet har fyra delar. Vi börjar med en inledande diskussion om hur vi studerar könsskillnader i sjukfrånvaro över tid. I avsnitt 4.2. diskuteras vårt mått på sjukfrånvaro och i avsnitt 4.3 visar vi hur självskattad hälsa har förändrats över tid och hur den har samvarierat med ersättning från Försäkringskassan. I avsnitt 4.4 studeras om den observerade ökningen av sjukfrånvaroskillnaderna (både sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning) mellan kvinnor och män kan förklaras av förändrade observerbara faktorer.

Därefter studerar vi i avsnitt 4.5 betydelsen av att kvinnor och män arbetar inom olika branscher genom att följa hur andelen kvinnor och män har varierat inom olika branscher och hur sjukfrånvaroutvecklingen sett ut inom olika branscher. Analysen baseras dels på registerdata från Försäkringskassans register över sjukpenning som innehåller alla sjukfall som ersätts genom sjukförsäkringen, men inte sjukdagar som ersätts av arbetsgivaren, dels data från SCB register med information om individens arbetsplats. Avsnitt 4.6 sammanfattar slutligen.

4.1 Hur vi studerar utvecklingen

En individs sjukfrånvaro hänger samman med individens egenskaper (t.ex. utbildningsnivå och arbets- och familjesituation) men också med hur individen reagerar på dessa egenskaper (kvinnor och män kan reagera olika på samma arbetsmiljö och familjesituation). Vi försöker fånga båda dessa delar genom att studera om och hur könsskillnad har förändrats över tid med avseende på: 1) arbetskraftens komposition och 2) hur olika faktorer samvarierar med sjukfrånvaro. Det viktigaste bidraget med denna analys är att i stora drag beskriva de förändringar som skett i arbetskraften och vilken betydelse de har haft för kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Låt oss exemplifiera: anta att det finns två typer av arbeten, fysiskt tunga och fysiskt lätta. Anta vidare att de fysiskt tunga leder fram till mer sjukfrånvaro. Om kvinnor och män reagerar lika på samma typ av arbete (tungt eller lätt), så skulle den högre sjukfrånvaron bland kvinnor bero på att fler kvinnor än män har just fysiskt tunga arbeten. Om å andra sidan lika många kvinnor som män arbetar med fysiskt tunga arbeten, så måste en högre sjukfrånvaro bland kvinnor bero på att kvinnor påverkas mer negativt av ett fysiskt krävande arbete. Naturligtvis kan båda dessa faktorer samverka (dvs. förstärka eller motverka varandra). Denna relation kan dessutom förändras över tid.

I vår analys kommer vi att använda regressionsmodeller för att beskriva hur olika variabler partiellt *samvarierar* med sjukfrånvaro. Vi kommer att skilja på samvariation med olika egenskaper som finns bland de kvinnor och män som utgör arbetskraften och hur mycket mer betydelsefull varje enskild egenskap är för kvinnor i jämförelse med män. Av särskilt intresse är att vi kan ta hänsyn till individens upplevelse av sitt arbete i termer av fysisk och psykisk belastning. Vi har även information om individens självskattade hälsa. Eftersom (o)hälsa är en central orsak till sjukfrånvaro, visar resultaten det kvarvarande sambandet mellan övriga variabler och sjukfrånvaro när vi tagit hänsyn till individens självrapporterade hälsa. Resultaten kan inte direkt tolkas som orsakssamband eftersom det kan finnas andra faktorer som vi inte tagit hänsyn till i vår analys. Dessutom kan den självrapporterade hälsan vara påverkad av sjukfrånvaron i sig (omvänd kausalitet). Om så är fallet överskattar vi ohälsans betydelse för sjukfrånvaron.

4.2 Mäta sjukfrånvaro över tid

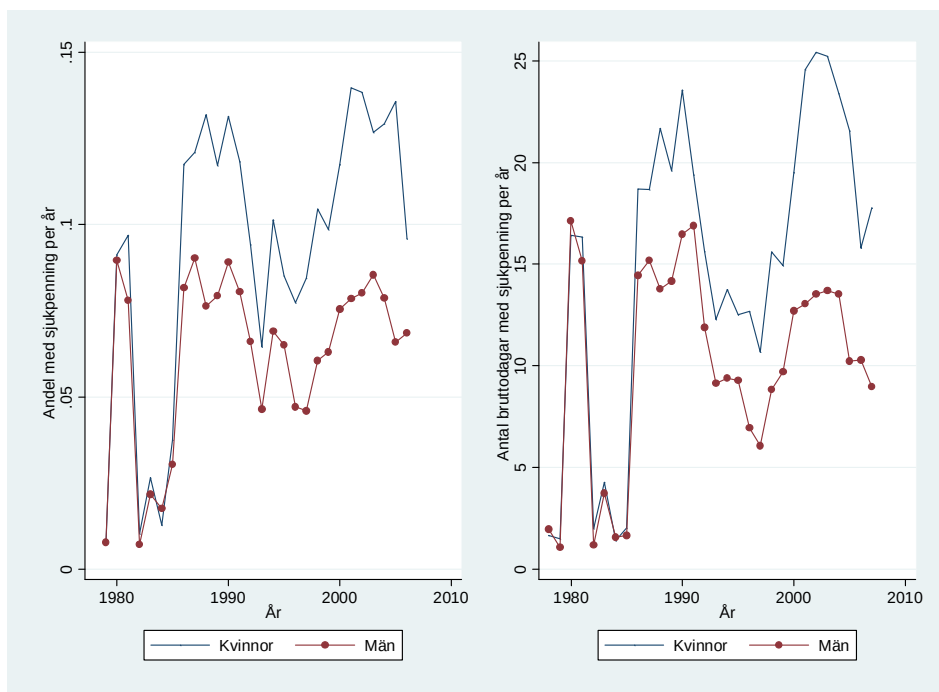
Vi studerar *förekomsten* av sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning²⁰ (SA).²¹ När det gäller sjukpenning fokuserar vi på förekomsten av sjukskrivningar längre än 30 dagar. Skälet till detta är att kunna göra rättvisande jämförelser över tid. Vi har endast information om sjukskrivningar längre än sjuklöneperioden som betalas av arbetsgivaren och denna period har varierat mellan 0 och 30 dagar.

Detta innebär att vi får en övervikt av vissa typer av sjukfrånvaro i datamaterialet – exempelvis är antalet sjukfrånvarofall på grund av olyckor överrepresenterade då dessa ofta leder till längre sjukskrivningsperioder. Eftersom män i högre grad än kvinnor råkar ut för olycksfall som orsakar sjukskrivningar (SIKA, 2008) kan det i sin tur leda till att vi underskattar skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män.

Ett alternativt mått till förekomst av sjukfrånvaro är totalt antal dagar med sjukpenning per år. Figur 4.2.1 visar både det mått vi använder – förekomst av sjukfrånvaro med sjukpenning längre än 30 dagar – och det genomsnittliga antalet bruttodagar med sjukpenning, uppdelat på kvinnor och män under åren 1979–2007. Det generella mönstret är påtagligt likt oavsett hur sjukfrånvaro mäts, dvs. kvinnor har genomgående haft en högre sjukfrånvaro än män sedan i mitten av 1980-talet och skillnaden har ökat under en stor del av de senaste 30 åren.

²⁰ Tidigare förtidspension

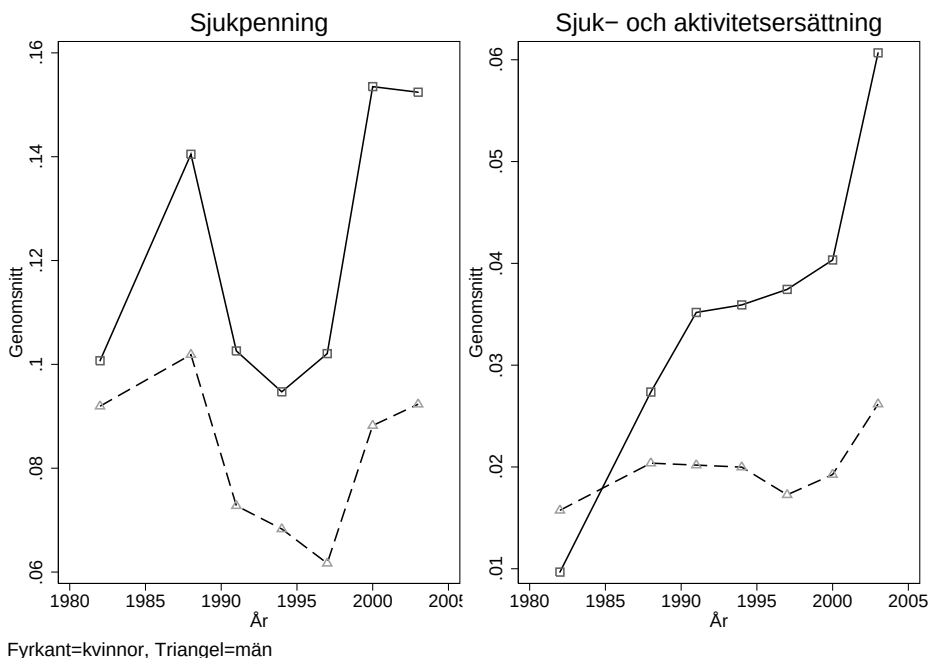
²¹ I avsnitt 4.6 analyseras i stället *antalet dagar* med sjukpenning.



Figur 4.2.1 i) Andel med sjukpenning längre än 30 dagar och ii) antal bruttodagar med sjukpenning per år, uppdelat på kvinnor och män för åren 1978–2007

Källa: egna bearbetningar på ULF-populationen. Not: Sjuklöneperioden har ändrat längd vid flera tillfällen sedan införandet år 1992, vilket påverkat antalet bruttodagar per år

Figur 4.2.2 visar hur den genomsnittliga sjukfrånvaron (bland sjukfall längre än 30 dagar) bland anställda kvinnor och män har varierat över tid. I början av 1980-talet var de genomsnittliga skillnaderna relativt små – kvinnor hade sjukpenning något oftare än män, medan män å andra sidan mer sällan hade SA. Knappt 20 år senare hade kvinnor i genomsnitt klart högre sjukfrånvaro än män. Till exempel hade nära 16 procent av kvinnorna men bara drygt 9 procent av männen sjukpenning och motsvarande nivåer för SA var 4 procent av kvinnorna och 2 procent av männen.



Figur 4.2.2 Förekomst av sjukpenning respektive sjuk- och aktivitetsersättning hos kvinnor och män över tid

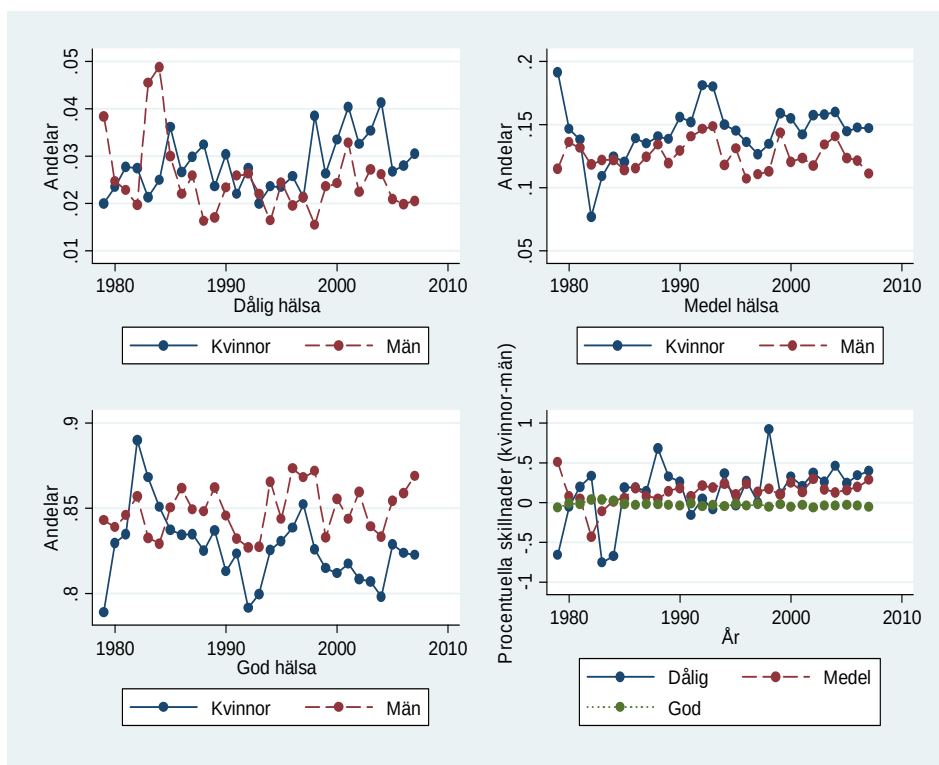
Anm.: Sjukpenning inkluderar enbart sjukskrivningar längre än 30 dagar. Sjuk- och aktivitetsersättning benämndes tidigare förtidspension. Samtliga punkter anger 3-årsnitt, där det angivna året är mittåret. Gravida kvinnor ingår inte

4.3 Självsfattad hälsa och sjukfrånvaro

Ett viktigt bidrag med vår analys är att vi har tillgång till information om individens självskattade hälsa. Vi börjar därför med att presentera hur självskattad hälsa och våra sjukfrånvaromått har förändrats över tid och hur sjukfrånvaron har utvecklats för personer med olika självskattad hälsa. Figur 4.3.1 visar hur fördelningen av de olika utfallen i självskattad hälsa (dålig, medel och god) har förändrats över tid för kvinnor och män. I nedre hörnet anges dessutom hur den procentuella könsskillnaden har förändrats över tid. Utifrån figuren kan vi se att kvinnor generellt rapporterar sämre hälsa; en större andel kvinnor rapporterar dålig och medelgod hälsa. Samtidigt är spridningen i måttet liten; ca 85 procent bland kvinnorna såväl som männen rapporterar god hälsa, knappt 15 procent rapporterar att de har medelgod hälsa och runt 3 procent säger att de har dålig hälsa. I nedre delen av figuren presenteras de

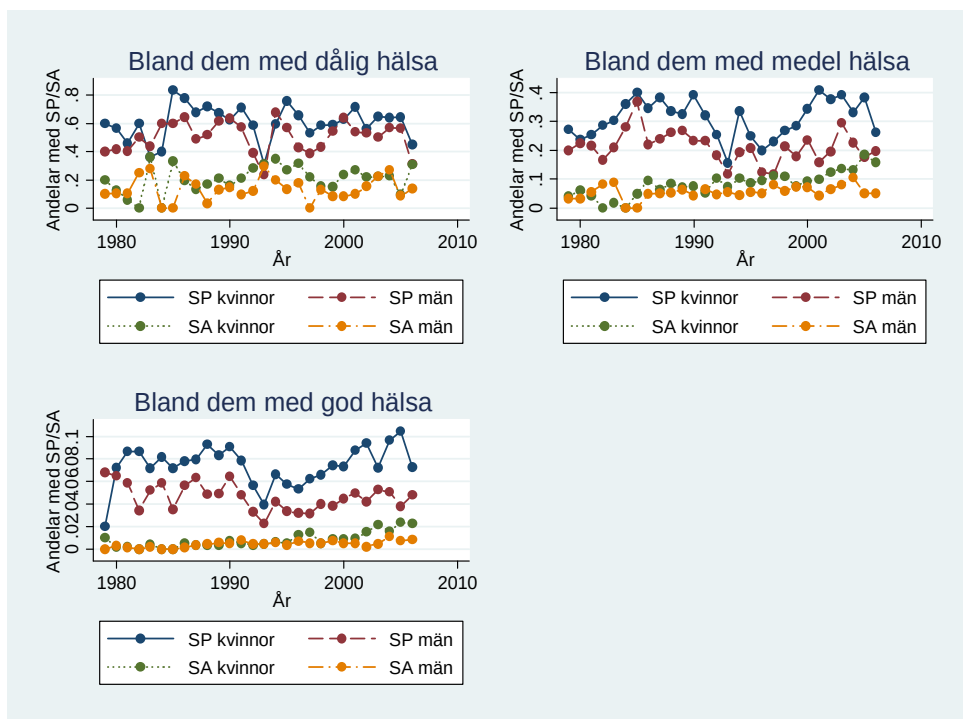
procentuella skillnaderna i de olika hälsogruppningarna mellan kvinnorna och männen. Utifrån denna figur kan vi se att andelen kvinnor med medelgod och dålig hälsa har ökat jämfört med männen.

I figur 4.3.2a-b presenteras hur relationen mellan självskattad hälsa och sjukfrånvaro har förändrats över tiden. I figur 4.3.2.a ser vi utvecklingen av andelen som fått sjukpenning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning någon gång under året för de med dålig, medelgod och god hälsa. I figur 4.3.2.b visas hur den procentuella könsskillnaden har förändrats för de tre grupperna med de olika hälsotillstånden. Det är stor variation mellan åren vilket till stor del beror på det relativt begränsade urvalet av individer. Men vi kan ändå tydligt se hur uttaget ur sjukförsäkringen är relaterad till hälsan: ca 60 procent av dem med dålig hälsa har haft sjukpenning och 20 procent har haft sjuk- eller aktivitetsersättning. Bland dem med medelgod hälsa är motsvarande siffror ca 25 procent och knappt 10 procent. I gruppen med god hälsa har drygt 5 procent haft sjukpenning och knappt 2 procent har haft SA. Det mest intressanta från figur 4.3.2.a är att andelen med sjukpenning och SA sedan mitten av 1990-talet har ökat bland dem med medel och god hälsa men inte bland dem med dålig hälsa. Figur 4.3.2.b visar att könsskillnaden verkar ha ökat bland dem med medel och framförallt god hälsa både när det gäller sjukpenning och SA men inte bland dem med dålig hälsa. Särskilt stor är denna könsskillnad med avseende på SA bland dem med god hälsa.



Figur 4.3.1 Skillnader i självskattad hälsa mellan kvinnor och män över tid

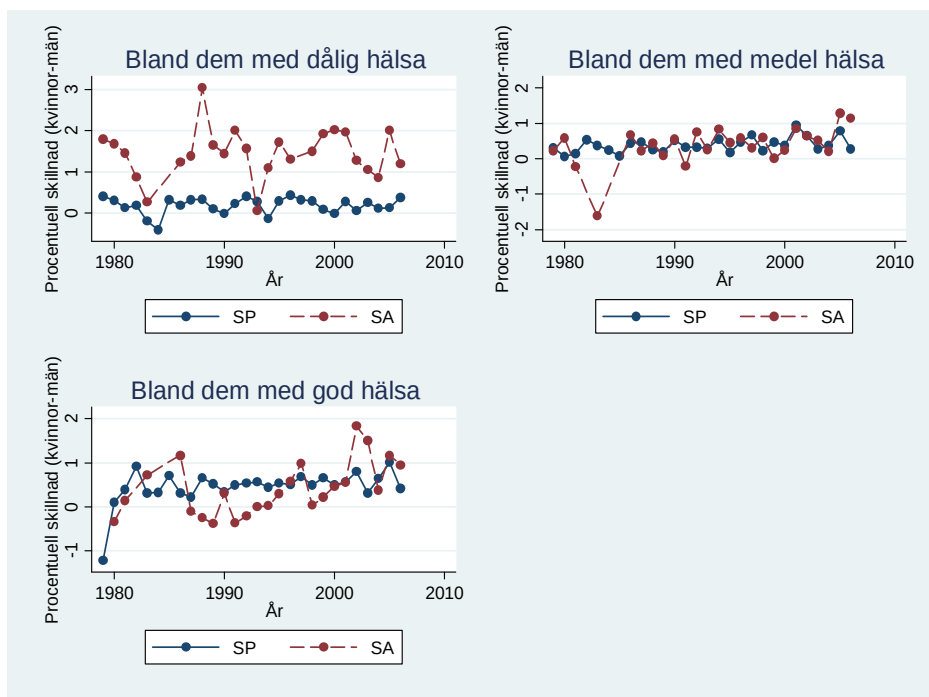
Källa: egna beräkningar av ULF-data



Figur 4.3.2a Ersättning från Försäkringskassan, vid olika självskattad hälsa:

SP = sjukpenning och SA = sjuk och aktivitetsersättning

Källa: egna beräkningar av ULF-data



Figur 4.3.2b Procentuella skillnader mellan kvinnor och män i ersättning från FK, vid olika självskattad hälsa: SP = sjukpenning och SA = sjuk och aktivitetsersättning

Källa: egna beräkningar av ULF-data

Denna grova analys stödjer inte hypotesen att kvinnors ökade sjukfrånvaro över tid beror på att en större andel kvinnor rapporterar dålig hälsa. Snarare verkar trösklarna till att använda försäkringen långsamt ha tänjts, dvs. att fler, framförallt kvinnor, med medelgod och god hälsa får ersättning från Försäkringskassan. För att vidare förstå dessa samband fortsätter vi en analys med individdata där vi tar hänsyn till fler faktorer. I denna analys jämför vi personer med dålig/medel hälsa med dem med god hälsa.

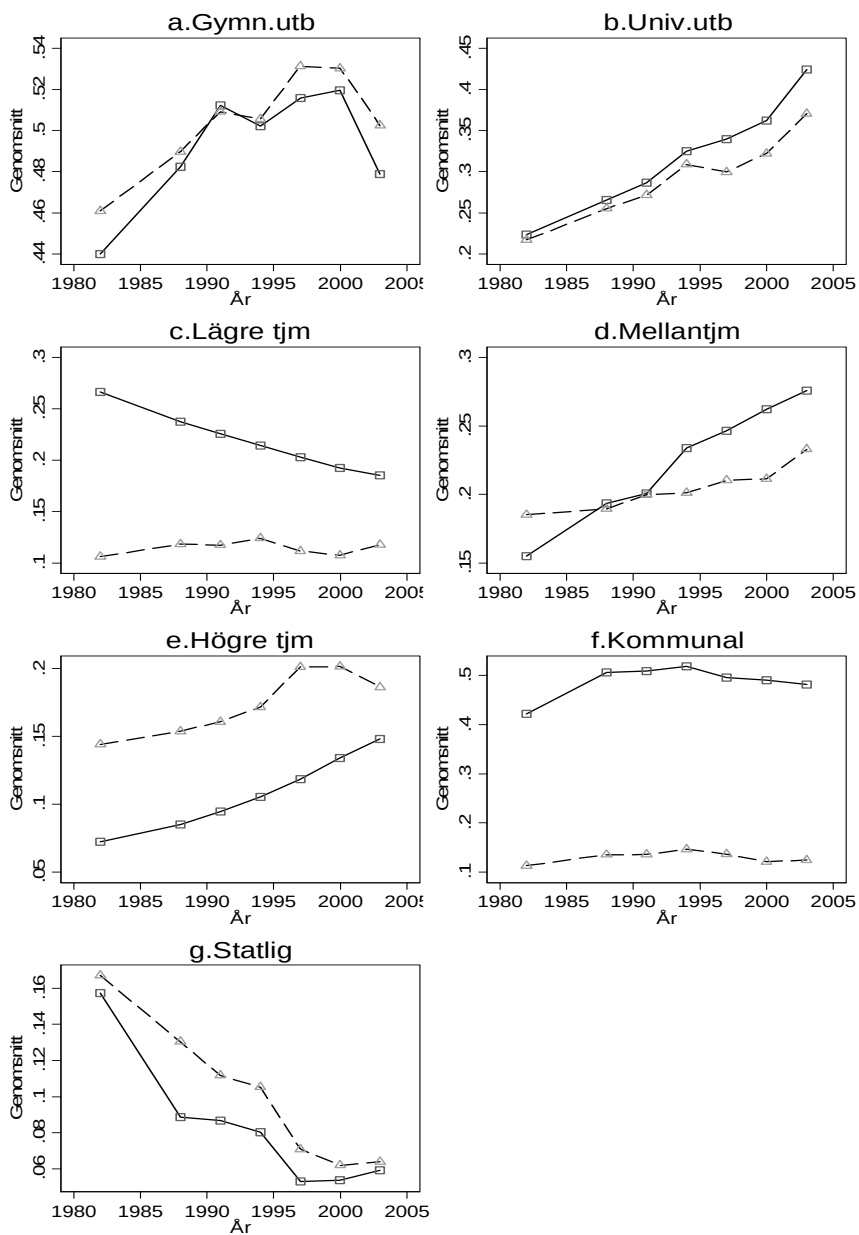
4.4 Arbetskraftens komposition och betydelsen av olika faktorer för sjukfrånvaron

Figur 4.4.1 visar hur kompositionen av anställda män och (icke-gravida) kvinnor har ändrats under perioden 1981–2004. Kompositionen beskrivs med hjälp av individvariabler (utbildning, inkomst, hälsa etc.) och typ av arbete (tjänsteman, statlig, heltid och arbetsmiljö). I vårt urval (i detta avsnitt) är

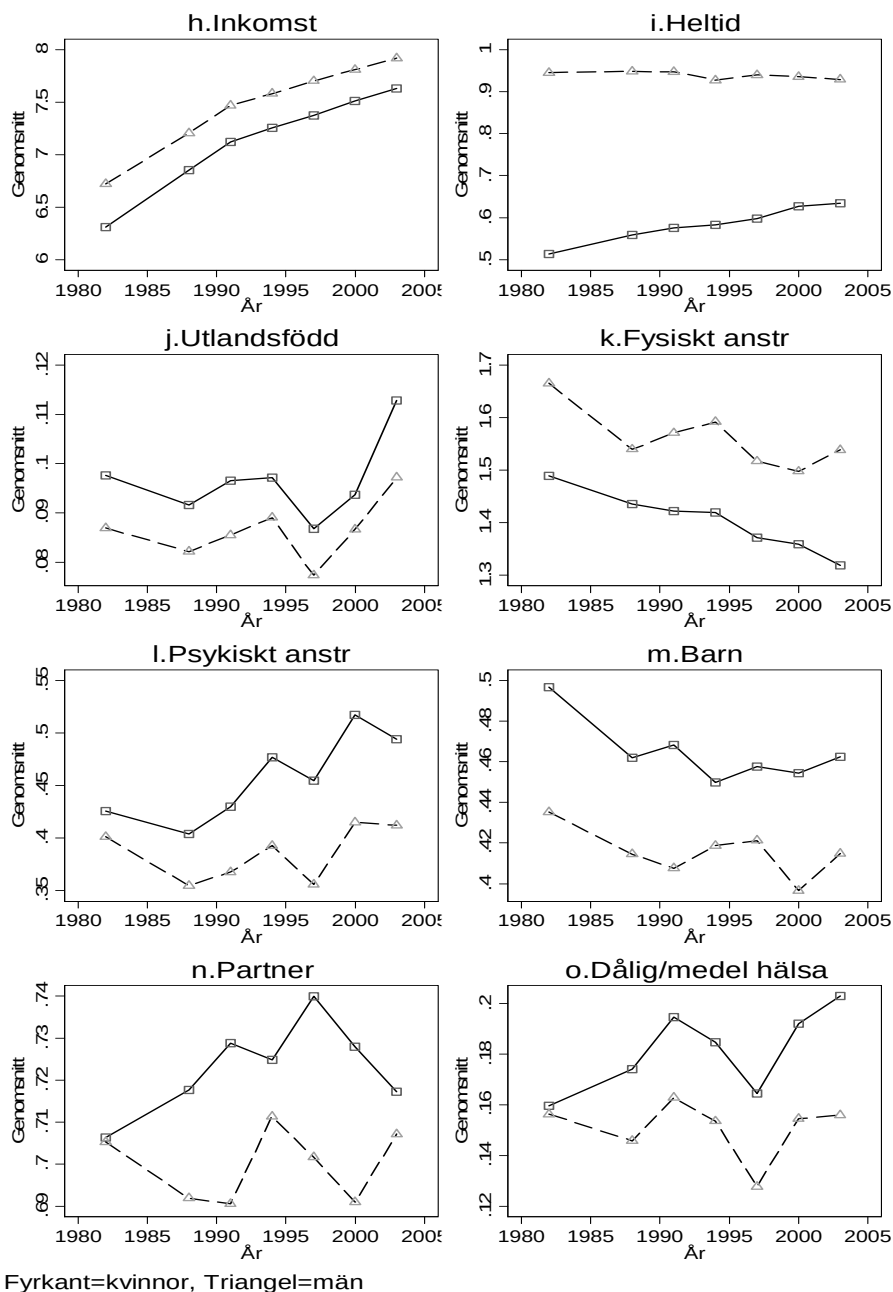
kvinnor i genomsnitt äldre än män. Anledningen är att vi exkluderar gravida och personer som förvärvsarbetar mindre än 16 timmar per dag. Eftersom kvinnor med nödvändighet är unga när de får barn och att de i genomsnitt är föräldralediga längre tid än män får vi med dessa restriktioner en underrepresentation av yngre kvinnor.²² I alla våra skattningar kontrollerar vi därför för ålder.

Från panel *h* kan vi se att inkomstskillnaden mellan kvinnor och män har varit konstant. Däremot har andelen kvinnor i grupperna mellantjänstemän (se panel *d*) och högre tjänstemän (se panel *e*) ökat mer än motsvarande ökningar bland män. Den omvända relationen finns vad gäller andelen lägre tjänstemän (se panel *c*). Kvinnorna närmar sig också sakta männen vad det gäller andelen heltidsarbetande (se panel *i*). En ökande andel kvinnor anser sig ha psykiskt ansträngande jobb (panel *l*), medan allt färre anger att de arbetar med fysiskt ansträngande arbetsuppgifter (panel *k*). Precis som vi kunde konstatera i föregående avsnitt så har den självskattade hälsan minskar något fr.o.m. 1982 bland kvinnorna jämfört med männen (panel *o*). Men fr.o.m. 1988 har skillnaden i genomsnittlig hälsa varit relativt konstant.

²² Det faktum att kvinnor utbildar sig längre tid kan också bidra till denna åldersskillnad mellan könen i vårt urval.



Fyrkant=kvinnor, Triangel=män



Figur 4.4.1 Arbetskraftens komposition 1981–2004, uppdelat på kvinnor och män
Anm.: Samtliga punkter anger 3-årsnitt, där det angivna året är mittåret

För att studera betydelsen av de olika faktorerna skattar vi tre olika regressionsmodeller: en utan kontroller, en modell med kontroller men utan självskattad hälsa och slutligen en modell med alla kontroller inklusive självskattad hälsa.²³ I varje modell inkluderas en indikatorvariabel för kvinna och varje variabel interagerar med indikatorvariabeln. Det innebär att vi för varje variabel skattar dess betydelse för män och skillnaden mellan kvinnor och män. Detta görs både med avseende på sjukpenning och SA. De enskilda faktorernas betydelse för sjukpenning och SA från samtliga dessa modeller finns i tabellerna A1–A6 i bilaga 8.2.²⁴

Ser vi till betydelsen av individens självskattade hälsa, står det klart att upplevd god hälsa under hela den studerade perioden är relaterad till låg sjukskrivning och detta gäller för såväl kvinnor som män (se tabell A3 och A6). Däremot påverkas inte sambandet mellan övriga variabler och sjukfrånvaro kvalitativt när individens självskattade hälsa inkluderas i modellerna (jämför tabell A2 och A5 med tabell A3 och A6). I det följande diskuterar vi därför resultaten från modellerna med samtliga variabler. Med vissa undantag diskuterar vi i texten nedan endast skattningar som är statistiskt säkerställda på 5 procents risknivå. För statistisk signifikans hänvisar vi till Tabell A2 – A6 i bilaga 8.2. Vi börjar med att diskutera resultaten för sjukpenning. Efter att vi har tagit hänsyn till de ingående variablerna syns inte längre någon lika tydlig trend av stadigt ökande sjukskrivningsrisk bland kvinnor över tid. Detta tyder på att de i modellen inkluderade variablerna kan förklara en stor del av den observerade ökningen i könsskillnaden i sjukpenninguttag.

Sannolikheten för sjukskrivning bland universitetsutbildade kvinnor har ökat under 2000-talet både jämfört med universitetsutbildade män och jämfört med kvinnor med lägre utbildningsnivå. Eftersom andelen kvinnor med universitetsutbildning har ökat i jämförelse med männen är detta en delförklaring till det ökade gapet mellan kvinnor och mäns sjukskrivning.

Att andelen kvinnor som arbetar som mellantjänstemän och högre tjänstemän har ökat i jämförelse med männen kan däremot ha verkat i motsatt riktning och minskat gapet i sjukskrivningar. Vi finner dessutom att både kvinnor och män inom dessa yrkeskategorier generellt sett är sjukskrivna mer sällan än arbetare och lägre tjänstemän.

²³ Modellerna skattas med minsta kvadratmetoden (OLS)

²⁴ Bilagorna finns inte med i den tryckta versionen av denna rapport utan presenteras endast i den version av rapporten som finns på IFAU:s hemsida.

Sämre självskattad hälsa samvarierar också med en högre sannolikhet att ha sjukpenning. Detta gäller kvinnor såväl som män. Det finns också en skillnad mellan kvinnor och män; vid fem av sju mättillfällen är kvinnor statistiskt signifikant mer sjukfrånvarande än män med samma självskattade hälsa. Däremot finns inga tecken på att denna skillnad har förändrats över tid. Det är också intressant att notera att heltid (i stället för deltid) vid ett mättillfälle tycks vara positivt korrelerat med sjukfrånvaro; kvinnor som arbetar heltid (i stället för deltid) var i slutet av 1980-talet mer sjukfrånvarande. Detta är något som dock inte tycks spela någon signifikant roll på senare år.

I många fall är sambandet mellan en enskild faktor och sjukskrivning inte statistiskt säkerställt, i andra fall har varken kompositionen av arbetskraften med avseende på enskilda faktorer eller betydelsen av dessa faktorer förändrats över tid. Ett exempel på det senare är att högavlönade män löper lägre risk för sjukskrivning, medan motsvarande samband saknas för kvinnor. Vårt huvudsakliga intresse är förändringen över tid och varken könsskillnaden i inkomster eller betydelsen av inkomst har förändrats över tid.

När det gäller övriga variabler är det svårare att se några entydiga mönster. Värt att notera är dock att närvaro av barn tycks ha olika betydelse för kvinnor och män. Vid en mätpunkt är närvaro av barn associerat med mindre sjukfrånvaro för män medan kvinnor i stället löper högre sjukskrivningsrisk.

När det gäller SA kan vi till skillnad från fallet med sjukpenning inte förklara förändringen i gapet. I början av perioden har kvinnor lägre uttag av SA, men detta förbyts snart till en allt högre andel kvinnor med SA relativt män, då vi har kontrollerat för alla andra variabler. Vid den sista mätpunkten (2003) är sannolikheten för SA omkring 24 procentenheter högre för kvinnorna.

Dålig självskattad hälsa ökar sannolikheten att ha SA för både kvinnor och män och det finns en tydlig könsskillnad: kvinnor med samma självskattad hälsa som män har i högre grad SA. Däremot finns det ingen tydlig trend över tid vad gäller könsskillnaden i hälsa och SA; könsskillnaden i SA vid samma självskattade hälsa kan snarare förklara nivåskillnaden än förändringen över tid.

Sambandet mellan övriga variabler och SA skiljer sig också en del åt från fallet med sjukpenning. T.ex. verkar utbildningsnivå inte förklara särskilt mycket av variationen i uttag av SA, och inte heller andelen kvinnor inom kategorierna lägre tjänstemän eller mellantjänstemän. Under den senare tidperioden har kvinnliga högre tjänstemän en högre risk för SA än män i motsvarande

kategori. Tillsammans med en ökande andel kvinnor inom gruppen kan detta således vara en bidragande faktor till det ökande gapet. Detta står i tydlig kontrast till fallet med sjukskrivningar ovan, då kvinnors intåg bland de högre tjänstemännen snarare verkar ha en motverkande effekt på gapet.

Högre inkomst är relaterad till lägre risk för SA. Detta gäller med tiden ännu mer bland kvinnor än bland män och kan därmed ha minskat könsgapet i SA över tid. Detsamma gäller utvecklingen av andel med heltid eftersom heltidsarbetande individer har lägre uttag av SA än personer som arbetar deltid och att kvinnor har närmat sig männen i andelen heltidsarbetare (se Figur 4.4.1). Sambandet mellan övriga variabler och skillnader i uttag av SA är mer oklart. Möjligen ser vi att närvaron av en partner i hushållet kan ha minskat kvinnors uttag av SA under senare år.

4.5 Könsssegregering på arbetsmarknaden

Arbetsmarknaden är könsssegregerad. Kvinnor är överrepresenterade inom t.ex. barnomsorg och män dominerar inom t.ex. byggbranschen. Denna segregation kan ha betydelse för sjukfrånvaroutvecklingen. Kvinnor kan i högre grad än män selekteras till branscher där arbetsmiljön generellt är sämre och där denna arbetsmiljö har försämrats relativt andra branscher. Detta skulle kunna förklara både den högre sjukfrånvaron bland kvinnor och den relativa ökningen i sjukfrånvaro som vi har sett sedan början av 1980-talet. En annan förklaring är att i vissa branscher, t.ex. utredararbeten, kan sjuknärvaro till viss del accepteras, medan det kan vara svårare att arbeta med en förkylning inom t.ex. vården. Det kan också finnas olika normer inom olika branscher för hur sjukförsäkringen används, och denna skillnad i normer kan sammanfalla med könsssegregeringen.

Vi vill belysa betydelsen av den könsssegregerade arbetsmarknaden genom att studera förändringen över tid i könsskillnaden mellan andelen kvinnor och män inom olika branscher parallellt med sjukfrånvaroutvecklingen i samma branscher. Vi studerar perioden 1986–2008 och sjukfrånvaro avser i detta avsnitt alla dagar som ersätts av Försäkringskassan.²⁵

Branschindelningen bygger på en grov variant av SNI-koder och det finns totalt 43 branscher.²⁶ För att göra analysen överskådlig har vi grupperat ihop

²⁵ I avsnittet används registerdata från Försäkringskassan som avser sjukpenning samt individernas branschtillhörighet från SCB:s register.

²⁶ Inom SCB kallas denna grövre nivå för SNI på begränsad nivå. Mer information finns i Bilaga 8.3.

branscherna i fyra olika grupper; branscher där män dominerar kraftigt (grupp 1), branscher där män dominerar något mindre (grupp 2), en blandning av branscher där kvinnor eller män dominerar något (grupp 3) och slutligen branscher där kvinnor dominerar kraftigt (grupp 4).²⁷

Gruppindelningen bygger på en rangordning av branscherna efter den procentuella könsskillnaden i andelar i varje bransch. Tabell 4.5.1 visar vilka branscher som ingår i de olika grupperna. För att göra gruppindelningen, dvs. bestämma vilka branscher som ska ingå i grupp 1 till 4, beräknar vi den procentuella könsskillnaden i andelar för varje bransch och år och räknar ut genomsnittet per bransch över perioden 1986–2008.²⁸ Sedan rangordnar vi branscherna efter genomsnittlig procentuell könsskillnad och bildar de fyra grupperna efter graden av könssegregering.²⁹

Tabell 4.5.1 Rangordning av branscher efter skillnad i andel kvinnor och män

<i>Bransch</i>	<i>Andel av kvinnorna 2008</i>	<i>Andel av männen 2008</i>
Byggverksamhet	0,8%	8,7%
Fiske	0,01%	0,04%
Gruvor och mineralutvinning	0,04%	0,23%
Trävaruindustri	0,2%	1,1%
Stål- och metallverk	0,2%	0,9%
Skogsbruk	0,4%	1,1%
Maskinindustri	0,6%	2,6%
Transportmedelsindustri	0,6%	2,4%
Metallindustri	0,5%	2,3%
Motorfordon (handel/service) och bensinstationer	0,5%	2,1%

²⁷ En detaljerad redovisning av könsskillnaderna i de ingående branscherna finns i figur B1 (grupp 1), B3 (grupp 2), B5 (grupp3) och B7 (grupp 4) i Bilaga 8.3 och dessa figurer avslöjar precis samma mönster som analysen av grupper nedan.

²⁸ Den procentuella skillnaden för Byggverksamhet beräknas exempelvis som $(0,833 - 8,708)/8,708 = -90,4\%$.

²⁹ Denna rangordning, och därigenom gruppindelning, kan naturligtvis göras på olika sätt. Ett alternativt sätt är att göra rangordningen av branscher efter könsskillnaderna under ett visst år, t.ex. 2008, i stället för efter den genomsnittliga könsskillnaden under perioden. En sådan gruppindelning hade dock inte påverkat gruppindelningen mer än marginellt, och våra slutsatser från analysen i detta avsnitt hade varit oförändrade. Ett alternativt sätt att beräkna könsskillnaden är att räkna ut könsskillnaden i skillnaden i *procentenheter* i stället för den procentuella könsskillnaden. Könsskillnaden i procentenheter beräknas enligt följande: Andelen män som arbetar i Byggverksamhet är 91,4 %, andelen kvinnor 8,6 % och skillnaden i procentenheter är därmed $8,6\% - 91,4\% = -82,9\%$. En gruppindelning som bygger på denna skillnad i procentenheter ger exakt samma rangordning och därmed gruppindelning som den procentuella könsskillnaden som beskrivs ovan.

<i>Bransch</i>	<i>Andel av kvinnorna 2008</i>	<i>Andel av männerna 2008</i>
Energi-, vatten- och avfallshantering	0,3%	1,1%
Grupp 1, totalt	4,3%	22,5%
Jord- och stenvaruindustri	0,1%	0,5%
Massa- och pappersindustri	0,3%	0,9%
Uthyrningsfirmor	0,1%	0,3%
Transport och magasinering	1,6%	5,0%
Datakonsulter och dataservicebyråer	0,8%	2,4%
Jordbruk	0,5%	1,6%
Parti- och agenturhandel	2,3%	4,5%
Övrig tillverkningsindustri	0,2%	0,6%
Industri för el- och optikprodukter	0,7%	1,7%
Gummi- och plastvaruindustri	0,2%	0,5%
Fastighetsbolag och fastighetsförvaltare	1,2%	2,0%
Grupp 2, totalt	8,1%	19,9%
Kemisk industri	0,5%	0,7%
Livsmedelsindustrin	0,8%	1,2%
Förlag- och grafisk industri	0,7%	0,9%
Forskning och utveckling	0,4%	0,5%
Post och tele	0,8%	1,4%
Andra företagstjänster	6,8%	7,9%
Rekreation, kultur och sport	1,9%	2,0%
Försäkringsbolag	0,5%	0,4%
Offentlig förvaltning mm	4,4%	3,4%
Ej specificerad verksamhet	26,6%	22,8%
Textil och beklädnadsindustri	0,2%	0,2%
Grupp 3, totalt	43,5%	41,6%
Intresseorganisationer och religiösa samfund	1,5%	1,1%
Hotell och restauranger	3,2%	2,4%
Banker och andra kreditinstitut	1,1%	0,9%
Detaljhandel mm	6,0%	3,4%
Utbildning	7,7%	3,6%
Övrig vård och omsorg	2,4%	0,8%
Annan serviceverksamhet	1,1%	0,3%
Hälso- och sjukvård	8,1%	1,9%
Äldre- och handikappomsorg	8,9%	1,3%
Barnomsorg	4,0%	0,3%
Grupp 4, totalt	44,1%	16,0%

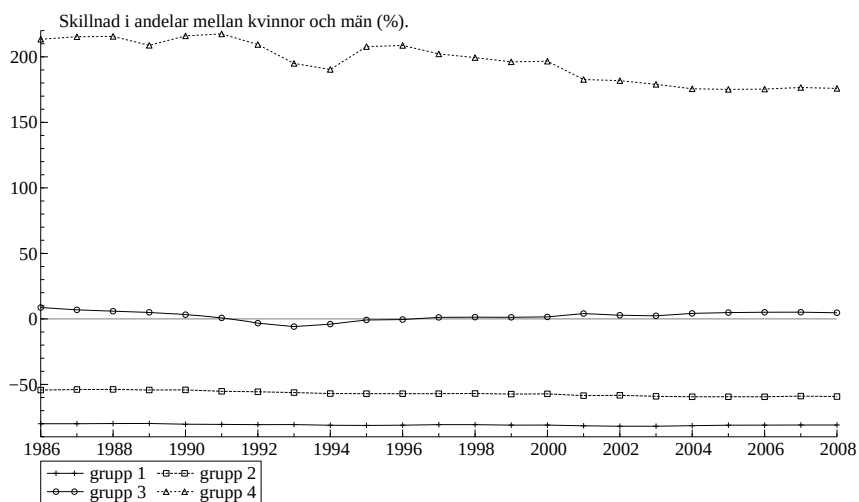
Figur 4.5.1 visar utvecklingen av de procentuella könsskillnaderna i andelar under en längre period i var och en av de fyra grupperna.³⁰ Den enda gruppen där det finns en tydlig trend är grupp 4 som består av branscher med högst andel kvinnor relativt män. Där kan vi observera en långsam minskning av könsskillnaderna. I början av perioden är könsskillnaden drygt 210 procent och den har sjunkit till ca 175 procent år 2008. Denna förändring drivs helt och hållet av andelen kvinnor i denna grupp: Medan ca 16 procent av männen har varit anställda i gruppen under hela perioden har motsvarande andel bland kvinnor gått ner från 50 till 44 procent mellan 1986 och 2008.

Könsskillnaderna i sjukpenning i de fyra grupperna visas i figur 4.5.2. Könsskillnaden i en viss grupp för ett visst år är beräknad genom att först beräkna kvinnors respektive mäns genomsnittliga antal sjukpenningsdagar per år i var och en av branscherna som ingår i gruppen. Sjukfrånvaron på gruppnivå för kvinnor respektive män beräknas sedan genom att väga ihop sjukfrånvaron på branschnivå. Som vikter har vi använt andelen kvinnor respektive män som arbetar inom varje bransch. Efter hopvägningen har vi tagit den procentuella skillnaden mellan kvinnor och män i gruppen.³¹

Figur 4.5.2 ger en entydig bild: Oavsett om vi tittar på en grupp av branscher där kvinnor eller män dominerar har könsskillnaderna i sjukpenning ökat kraftigt mellan 1986 och början av 2000-talet och minskat sedan dess. I alla grupper har kvinnor varit mer sjukskrivna än män under hela perioden. Könsskillnaden var dessutom större år 2008 jämfört med 1986 och i grupp 1, 3 och 4 är denna ökning betydande. Grupp 2 är den grupp där könsskillnaden har minskat mest mellan 2003 och 2008, men även här är värdet för 2008 högre än för 1986 (55,4 procent jämfört med 47,9 procent). När det gäller nivån är könsskillnaden lägst i grupp 1 (där män dominerar mest) och högst i grupp 2 (där män dominerar något mindre). Könsskillnaderna i de ingående branscherna finns i tabell B2 (grupp 1), B4 (grupp 2), B6 (grupp 3) och B8 (grupp 4) i Bilaga 8.3.

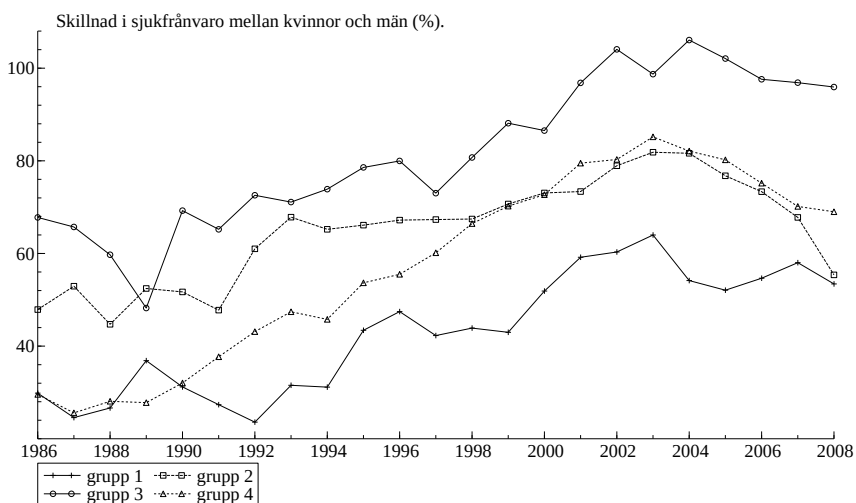
³⁰ Varje årsvärde i diagrammet för en viss grupp är beräknat på samma sätt som på branschnivå; se tidigare exempel om Byggsamhet.

³¹ Ett exempel kan vara till hjälp för att förklara hur könsskillnaderna i sjukskrivning är beräknade. Kvinnor i grupp 3 tog i genomsnitt ut 11,5 sjukpenningsdagar under år 2008 och motsvarande siffra bland män i denna grupp var 5,9 dagar. Skillnaden var $(11,5 - 5,9)/5,9 = 94,9$ procent och är alltså värdet för grupp 3 för år 2008 i figuren. Hopvägningen innebär i praktiken att vi har definierat fyra nya branscher (dvs. grupp 1-4) och redovisar könsskillnaden i sjukfrånvaro i dessa nya branscher.



Figur 4.5.1 Könsskillnad i andelar, grupp 1–4. Grupperna beskrivs i tabell 4.5.1

Källa: egna beräkningar från SCB LOUISE och Försäkringskassan



Figur 4.5.2 Könsskillnad i sjukpenning, grupp 1–4. Grupperna beskrivs i tabell 4.5.1

Källa: egna beräkningar från SCB LOUISE och Försäkringskassan

Sammantaget är det svårt att argumentera för att könssegregeringen på arbetsmarknaden har varit en viktig orsak till de ökade könsskillnaderna i sjukfrånvaro som har skett sedan 1980-talets mitt. Könsskillnaderna har ökat oavsett om vi tittar på branscher där kvinnor eller män dominerar. Vidare är könsskillnaden visserligen lägst i gruppen där män dominerar mest, men den är samtidigt högst i gruppen där män dominerar något mindre. Det tycks med andra ord som att det är andra faktorer än könssegregeringen på arbetsmarknaden som har styrt utvecklingen.

4.6 Slutsatser

I början av 1980-talet var uttaget av såväl sjukpenning som SA på ungefär samma nivå bland kvinnor och män. Därefter har skillnaderna ökar och kvinnor har betydligt högre sjukfrånvaro (både sjukpenning och SA) än män. Vi har i detta avsnitt belyst utvecklingen över tid genom att visa hur arbetskraftens komposition förändrats och hur betydelsen av olika "arbetskraftsfaktorer" på sjukfrånvaron förändrats över tid.

Vi har sett att kvinnorna i vårt urval har blivit äldre och att de har blivit alltmer välutbildade än männen. Kvinnorna arbetar oftare inom yrken som de anser psykiskt ansträngande medan männen i högre grad arbetar inom yrken som upplevs fysiskt ansträngande. Beträffande självskattad hälsa uppger fler kvinnor än män sämre hälsa. Andelen som rapporterar sämre hälsa har ökat mer bland kvinnor än bland män. Risker för både sjukpenning och SA är klart högre bland personer med sämre hälsa. Eftersom förekomsten av dålig hälsa har ökat mer bland kvinnor kan vi inte utesluta att denna kompositionsförändring kan ha bidragit till könsskillnaden i sjukpenning och SA. Samtidigt visar vi också att det är bland dem med medelgod och god hälsa som könsskillnaden i sjukfrånvaro verkar ha ökat, snarare än bland dem med dålig hälsa. Skattningarna av könsskillnaden i sjukpenning och SA påverkas dessutom inte beroende på om vi inkluderar hälsovariabeln eller inte. Sammantaget antyder detta att även om hälsa kan vara en viktig delförklaring till kvinnors och mäns olika nivåer, behöver vi andra förklaringsmodeller för att beskriva utvecklingen över tid.

I vår analys av olika faktorerers betydelse för sjukpenninguttag, är det tydligt att de variabler vi studerar kan förklara en stor del av förändringen av sjukskrivningssgapet över tid. När vi tagit hänsyn till samtliga variabler finns inte längre något tydligt mönster av ökande skillnader i sjukpenning mellan

kvinnor och män. En variabel i vårt sampel som tycks ha stor betydelse är ålder. Även utbildningsnivå eller typ av yrke (lägre tjänsteman, mellantjänsteman etcetera) har viss betydelse. När det gäller SA kan vi däremot inte förklara de ökande könsskillnaderna i sjukfrånvaro. Mönstret av ökande skillnader i SA-uttag mellan kvinnor och män över tid kvarstår även efter att vi tagit hänsyn till samtliga variabler. Även för SA-uttaget är dock ålder en variabel som verkar ha betydelse.

Slutligen visar vår analys av könssegregeringen på arbetsmarknaden att könsskillnaden i sjukpenning har ökat såväl i branscher där flest män arbetar som i kvinnodominerade branscher. Detta tyder på att könssegregeringen på arbetsmarknaden inte kan vara en viktig orsak till de ökande könsskillnaderna i sjukpenning.

5 Nivåskillnaden i sjukfrånvaro

Från att ha fokuserat på utvecklingen över tid övergår vi nu till att söka förklaringar till nivåskillnaden. Vi börjar med en uppdelning av könsskillnaden i en förklarad och oförklarad del för åren 2002–2003. Därefter studerar vi närmare betydelsen av att ha barn och att råka ut för plötslig sjukdom.

5.1 Detaljerad analys för 2002–2003

För tidsperioden 2002–2003 finns mer detaljerad information från ULF-undersökningen om individens arbetsmiljö. Flera av dessa variabler mäter individens upplevelse av inflytande och kontroll över sitt arbete med avseende på planering, tempo, arbetstid och plats där arbetet ska utföras. En av variablerna fångar om individen upplever sig underkvalificerad i förhållande till arbetets krav. Andra variabler mäter om individen har en fast anställning, om arbetet kännetecknas av ensamarbete, stillasittande, bildskärmsarbete, om företaget genomgår en omorganisation eller om individen utsätts för passiv rökning på sin arbetsplats.

Eftersom data är mycket mer detaljerade för dessa år kan vi göra en Oaxaca-Blinder uppdelning (se Oaxaca, 1973 och Blinder, 1973) av de olika variabelernas betydelse för det observerade skillnaderna mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Betydelsen delas dessutom upp i två delar: en del som beror på att kvinnor och män har olika egenskaper och en del som beror på att kvinnor

och män reagerar olika på dessa egenskaper.³² I modellen beskriver vi skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män. En positiv koefficient ska tolkas som att variabeln bidrar till att öka sjukfrånvarogapet medan en variabel med negativ koefficient minskar skillnaden.

Resultaten från analysen visas i tabell 5.1.1. Kvinnorna har 6,4 procentenheter högre sannolikhet att uppbära sjukpenning än männen. Av dessa 6,4 procentenheter kan 3,8 procentenheter bero på att män och kvinnor "reagerar" olika på sina egenskaper och/eller arbetsmiljöförhållanden. Resterande 2,6 procentenheter beror på att kvinnor och män har olika egenskaper i vid bemärkelse (är olika gamla, arbetar på olika typer av arbetsplatser, etc.). När det gäller SA har kvinnorna 3,9 procentenheter högre sannolikhet att få SA än männen. Här beror större delen av variationen (2,7 procentenheter) på att kvinnor och män i arbetskraften har olika egenskaper medan 1,2 procentenheter förklaras av att kvinnor reagerar mer på sina egenskaper och/eller på arbetsmiljöförhållanden än männen.

När vi studerar varje variabel för sig är det mest intressanta det faktum att endast en av de arbetsmiljörelaterade variablerna har ett statistiskt säkerställt samband, och detta gentemot uttag av SA. Detta samband är också svagt och endast marginellt signifikant (10 procents risk). Tolkningen av skattningen är den att om kvinnor skulle ha samma inflytande över arbetstiden som männen skulle könsskillnaden i uttag av SA minska med 0,2 procentenheter eller med ca 5 procent (-0,002/0,039).

De variabler som betyder mest för att beskriva skillnaden mellan könen är självupplevd hälsa och ålder. När det gäller ålder är det framförallt så att kvinnor tycks reagera starkare på en hög ålder än män. Ca en tredjedel av könsgapet i sjukpenning kan förklaras av att kvinnor över 50 år är mer sjukfrånvarande än män över 50 år. Även för SA finns motsvarande samband: halva könsskillnaden i SA kan förklaras av gruppen kvinnor över 50 år. För båda könen innebär en högre ålder större sannolikhet att ha sjukpenning och SA. Det faktum att vårt sampel dessutom består av något fler kvinnor än män

³² Delen som beror på skillnader i egenskaper benämns vanligen den "förklarade" delen. I princip beräknas del som skillnaden i egenskaper mellan grupperna multiplicerat med effekten av respektive egenskap. Den andra delen, som beror på skillnader i "reaktioner" mellan grupperna, kallas vanligen för den "oförklarade" delen. Uppdelningen kräver att vi antar att ena gruppen – antingen kvinnor eller män – är referensgrupp/norm, och vilken grupp vi väljer kan potentiellt påverka resultaten. För att en uppdelning ska vara trovärdig vill vi därför att resultaten ska vara snarlika oavsett vilken grupp vi väljer som referensgrupp. Vi väljer att visa resultat där männen är referenskategori, men de kvalitativa slutsatserna är i vårt fall desamma även om vi väljer kvinnor som referens.

över 50 bidrar också till könsskillnaden om än i betydligt mindre grad. Även könsskillnaden i självskattad hälsa är viktig. För båda könen gäller att om hälsan är medel eller dålig är sannolikheten högre att ha sjukpenning och SA.

Angående sjukpenning är det framförallt det faktum att fler kvinnor än män rapporterar medel/dålig hälsa som är av betydelse; en femtedel av könsskillnaden i SP kan förklaras av att fler kvinnor generellt rapporterar sämre hälsa. Motsvarande slutsats kan dras angående SA; en fjärdedel av könsskillnaden kan härledas till att fler kvinnor uppger sämre hälsa. Å andra sidan, när det gäller SA motverkas könsskillnaden av att kvinnor med samma dåliga hälsa som män i lägre grad har SA.

Några ytterligare variabler har signifikant förklaringsgrad. Ca 0,4 procentenheter eller 6 procent (0,004/0,06) av könsskillnaden i sjukpenning kan förklaras av att kvinnor upplever att de har psykiskt ansträngande arbeten. Samtidigt är det fler män som upplever att de har fysiskt ansträngande arbeten, vilket motverkar könsgapet med lika stor andel. När det gäller SA är det intressant att notera att en tredjedel av könsskillnaden kan förklaras av att fler kvinnor är kommunalanställda, vilket skulle kunna vara en indikation på att kommunalanställda har en dålig arbetsmiljö. Vi kan dock inte utesluta att det kan förklaras av selektion; personer med dålig hälsa (betingat på den subjektivt uppfattade) är överrepresenterade inom kommunal sektor och har därmed SA i större utsträckning än personer som jobbar inom andra sektorer. Eftersom fler kvinnor än män arbetar inom kommunal sektor skulle detta innebära att en betydande del av könsskillnaden i SA kan förklaras av denna variabel.

Tabell 5.1.1 Dekomponering av könsskillnaden i sjukpenning och SA för åren år 2002 och 2003

	<i>Sjukpenning</i>	<i>SA</i>
Totalt		
Kvinnor	0,157***	0,062***
Män	0,092***	0,023***
Total skillnad	0,064***	0,039***
Skillnaden uppdelad på:		
- olika egenskaper	0,026***	0,027***
- olika reaktioner	0,038***	0,012*

	Sjukpenning		SA	
Uppdelat per variabel	Egen-skaper	Reaktioner	Egen-skaper	Reaktioner
Ålder > 50	0,008***	0,021**	0,005***	0,013**
Ålder 40-50	0,004**	0,017*	0,001	0,007*
Ålder 30-40	-0,004**	0,017**	-0,000	-0,002
Gymn.utb	-0,001	0,020	-0,001	0,025*
Univ.utb	0,003	0,025	0,001	0,017
Lägre tjm	-0,001	-0,003	0,001	0,003
Mellantjm	-0,001	0,003	-0,000	-0,001
Högre tjm	0,001	0,000	0,001	-0,003
Kommunal	0,001	0,001	0,010**	0,002
Statlig	-0,000	-0,002	-0,000	0,000
Utlandsfödd	0,000	0,003	0,000	0,002
Fysiskt anstr	-0,004*	0,025	0,000	0,008
Psykiskt anstr	0,004*	0,003	-0,001	0,005
Barn	-0,000	0,006	-0,000	0,002
Partner	-0,000	-0,014	-0,000	-0,016
Dålig/medel hälsa	0,013***	-0,037	0,009***	-0,037*
Fast	-0,001	0,023	-0,001	0,003
Inflytande planering	-0,000	-0,005	0,000	-0,008
Inflytande tempo	0,003	-0,017	0,001	-0,022
Inflytande arb.tid	0,000	-0,012	-0,002*	0,006
Inflytande plats	0,002	-0,004	0,001	0,005
Ensamarbete	0,000	-0,016	-0,000	0,011
Omorganisation	-0,001	0,013	0,000	-0,004
Underkval.	-0,001	-0,051	0,000	0,012
Stillasittande	0,000	0,005	0,000	-0,001
Bildskärm	0,001	-0,009	0,000	0,011
Passiv rökn.	-0,000	-0,001	0,000	-0,001
Antal obs.	5 653		5 653	

Notera: Stjärnorna anger att resultatet är statistiskt signifikant på ***1%/**5%/*10%-nivån. Notera att vi inte har betingat på inkomst och heltid i analysen ovan. Anledningen är att det kan finnas en mekanisk effekt; om man har SA året innan mätåret är både inkomsten och arbetstiden lägre. Vi har skattat betydelsen av dessa variabler för SP och får då liknande resultat som rapporteras ovan. För ålderskategorierna är < 30 referens.

5.2 Betydelsen av barn

För de flesta föräldrar konkurrerar barn och familj med engagemanget i arbetslivet. Tidigare studier indikerar dock att detta i synnerhet gäller kvinnor. Kvinnor tar exempelvis ut en större del av föräldraledigheten (SOU 2005:73) och detta kan ses som en indikation på att barn prioriteras högre av kvinnor. Ett teoretiskt resonemang kring hur detta kan påverka sjukfrånvarobeteendet finns

i Parringer (1983). Det går ut på att kvinnors dubbla ansvar, för förvärvsarbete och familj, gör att det är viktigare för familjen att kvinnor håller sig friska än att män gör det. Följden är att kvinnor investerar i hälsa genom att vara sjukfrånvarande i större utsträckning. Eftersom barnansvar är något man har under många år torde denna skillnad vara relativt långvarig. En direkt, men kanske mer kortsiktig källa till ökad sjukskrivning, kan vara att mammor som tar större barnansvar blir lättare smittade av sina barn än vad pappor blir under de första levnadsåren då barn ofta har många infektioner. I fortsättningen av detta avsnitt visar vi ett tydligt samband mellan första barnets ankomst och sjukfrånvaro både på kort och på lång sikt, vilket stödjer båda förklaringarna ovan.

Även vår tidigare analys i rapporten indikerar att hemmavarande barn har betydelse för könsskillnaderna i sjukfrånvaro. Enligt analysen i avsnitt 4.4 finns könsskillnader både i andelen med hemmavarande barn och i reaktionen på detta i termer av uttag av sjukpenning. Kvinnor med hemmaboende barn "reagerar" med att ökad sjukskrivning i högre grad än män. När det gäller utvecklingen av könsskillnaderna över tiden finns också tecken på att hemmavarande barn är av betydelse. I figur 2.1.1 ser vi att könsskillnaden i sjukfrånvaro ökade dramatiskt någon gång under början av 1980-talet. Samtidigt skedde en kraftig ökning av andelen sysselsatta bland kvinnor med barn under 7 år (se figur 2.2.2). Sammantaget gör detta att vi tror att familjebildning och särskilt barn spelar roll för könsskillnaderna i sjukfrånvaro. För att testa om denna hypotes kan vara en möjlig förklaring fokuserar vi därför i detta avsnitt på hur sjukfrånvaron utvecklas med första barnets födelse.³³

Figur 5.1.1 visar en tidsserie över kvinnors och mäns genomsnittliga månadsvisa sjukfrånvaro före, i samband med, och efter första barnets födelse. Urvalet består av par som fick sitt första barn under 1999 (som motsvarar 0 på X-axeln), totalt 34 406 individer. Varken fadern eller modern har fått barn tidigare, och vi har valt 1999 för att kunna få en relativt lång jämförelseperiod före och efter första barnets födelse. Vi följer denna grupp ungefär sex år bakåt

³³ Analysen baseras på registerdata från tre individbaserade datakällor. Den första är Försäkringskassans register över sjukpenning som innehåller alla sjukfall som ersätts genom sjukförsäkringen, men inte sjukdagar som ersätts av arbetsgivaren. Till dessa data har vi kopplat SCB:s flergenerationsregister som innehåller kopplingar mellan personer och deras föräldrar. Slutligen använder vi en variabel som kopplar samman personer i samma familj från SCB:s databas LOUISE

och tio år framåt i tiden relativt första barnets födelsemånad och registrerar gruppens genomsnittliga månadsvisa sjukfrånvaro.

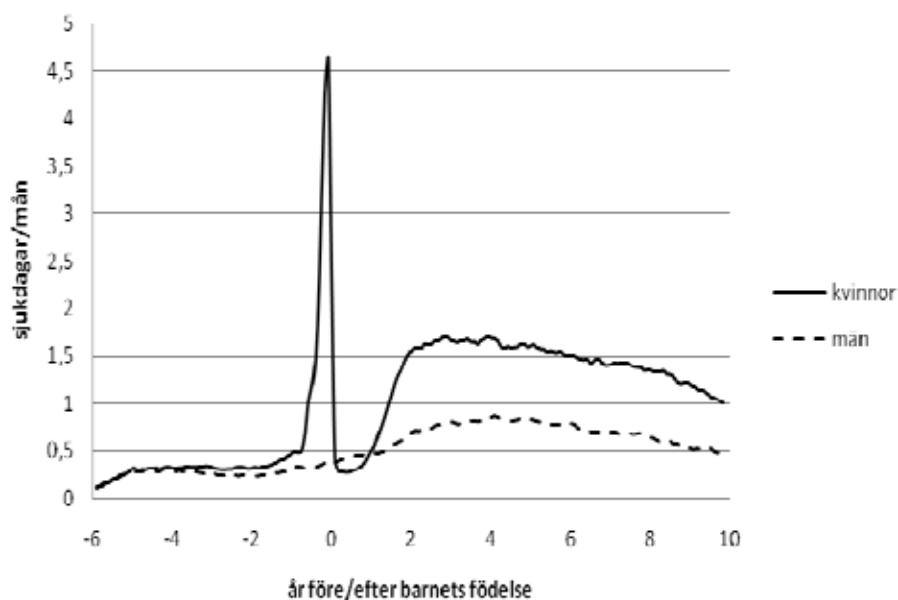
För att förstå hur figuren är uppbyggd kan vi ta ett exempel. Den genomsnittliga sjukfrånvaron för kvinnor fem månader före födseln är 1,42 dagar/månad. Denna siffra beräknas genom att först räkna ut den genomsnittliga sjukfrånvaron under augusti 1998 för kvinnor som födde sitt första barn under januari 1999; den genomsnittliga sjukfrånvaron under september 1998 för kvinnor som födde sitt första barn under februari 1999, etc. Värdet 1,42 är ett medelvärde över dessa 12 månadsvärden.³⁴

Under perioden före första barnets födelse är skillnaden i sjukskrivning mellan kvinnor och män relativt liten även om den börjar öka ungefär fyra år före förlossningen. Från och med ett drygt år före födseln till början av graviditeten ligger sedan kvinnornas sjukfrånvaro ungefär 50 procent högre än männens, för att sedan fortsätta öka under hela graviditeten. Den graviditetsrelaterade sjukfrånvaron är betydande – fem månader före första barnets födelse är kvinnor i genomsnitt sjukfrånvarande 1,42 dagar/månad, fyra månader före är siffran 2,15 och toppen infaller under månaden före födseln med 4,62 dagar/månad.³⁵ Denna ökning är naturligtvis inte förvånande. Att en gravid kvinna är mer sjukskriven än sin partner känns naturligt med tanke på påfrestningarna som kroppen utsätts för under en graviditet. Under barnets första år kan vi också se att kvinnor är mindre sjukfrånvarande än män. En tänkbar förklaring är att de flesta mammor är föräldralediga då. Troligtvis tar mammorna endast ut sjukpenning om de blir så allvarligt sjuka att de inte kan ta hand om sina barn under denna period.

³⁴ Vi väljer att ta med par som fick barn under hela 1999, och inte enbart en månad, i syfte att öka urvalets storlek. I kalendertid räknat motsvarar perioden för diagrammet januari 1994 till oktober 2009, men ändtidpunkterna bygger på något färre individer än övriga datapunkter. Vi har även testat att begränsa urvalet till enbart en månad och våra slutsatser förblir oförändrade.

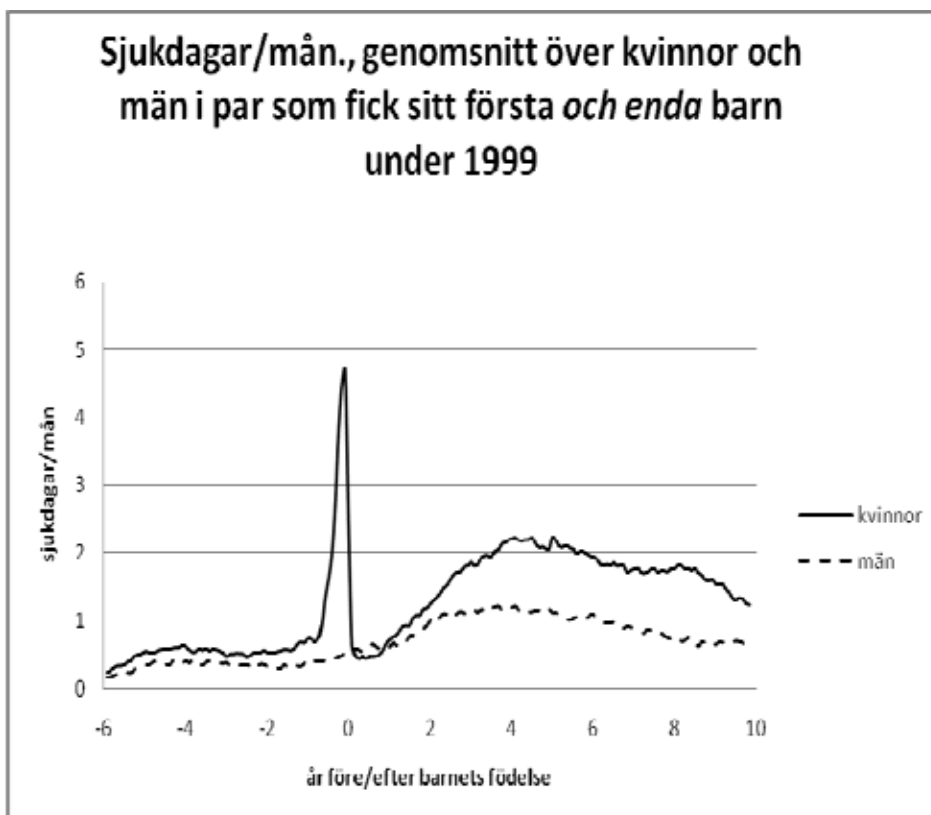
³⁵ Notera att detta är dagar *utöver* de dagar som ersätts av arbetsgivaren.

Sjukdagar/mån., genomsnitt över kvinnor och män i par som fick sitt första barn under 1999



Figur 5.1.1 Genomsnittlig sjukpenning för par som fick sitt första barn under 1999.

Källa: Försäkringskassan och SCB (flergenerationsregistret)



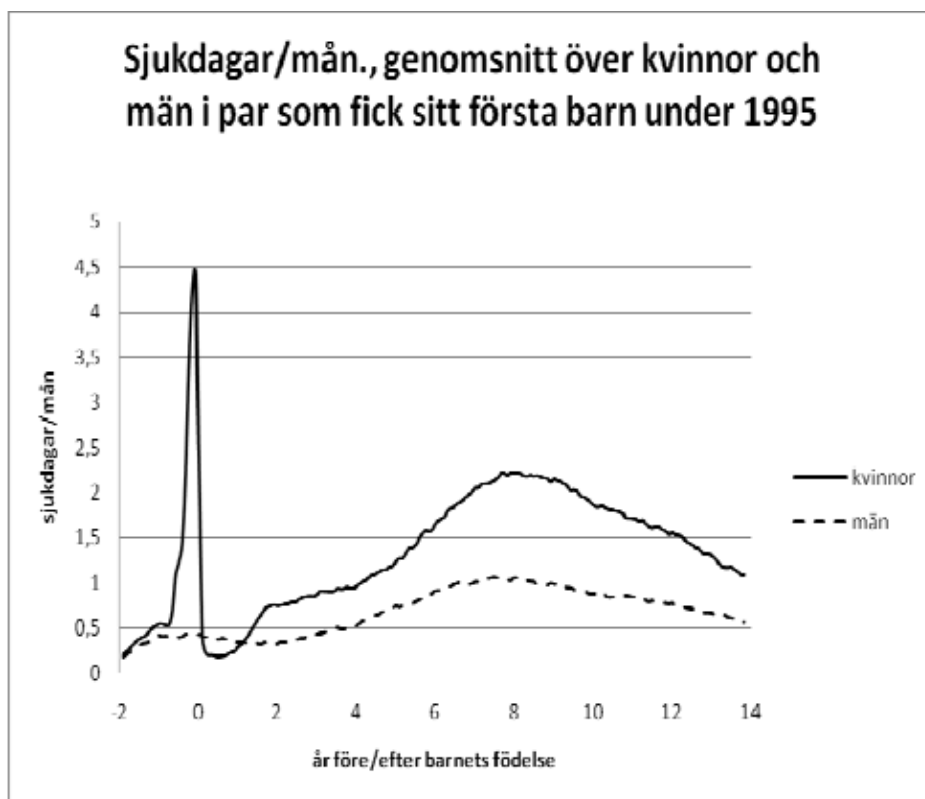
Figur 5.1.2 Genomsnittlig sjukpenning för par som fick sitt första och enda barn under 1999

Källa: Försäkringskassan och SCB (flergenerationsregistret).

Mer anmärkningsvärt är vad som händer med könsskillnaderna i sjukfrånvaro efter det att barnet har fyllt ett år. Då börjar kvinnors genomsnittliga sjukfrånvaro stiga brant för att komma upp till ungefär det dubbla jämfört med männens då barnet är runt två år gammalt. Skillnaden är alltså cirka 100 procent, att jämföra med cirka 50 procent under månaderna före graviditeten. Det bör också noteras att denna skillnad finns även om första barnet är faderns och moderns *enda* (Figur 5.1.2, 5 571 individer). Dessutom består den under en ganska lång period. I figur 5.1.1 och 5.1.2 kan vi t.ex. se att skillnaden finns kvar 10 år efter barnets födelse. I figur 5.1.3 som bygger på data för 38 236 individer som fick sitt första barn under 1995 har vi utökat perioden och kan fastslå att den skillnad som uppkommer mellan kvinnors och mäns

sjukfrånvaro när deras första barn föds är kvar upp till femton år efter födseln.³⁶

Sammantaget kan vi konstatera att betydelsen av barn är stor för könsskillnaderna i sjukfrånvaro inom hushållet. Könsskillnaden som är direkt relaterad till graviditeten är av marginell vikt. Den pågår under en relativt kort period och kompenseras dessutom av att kvinnor är mindre sjukskrivna än män under barnets första år, då flertalet kvinnor är föräldralediga. Den största betydelsen för könsskillnaden i sjukfrånvaro hittar vi under perioden efter barnets födelse och upp till femton år fram i tiden.



Figur 5.1.3 Genomsnittlig sjukpenning för par som fick sitt första barn under 1995

Källa: Försäkringskassan och SCB (flergenerationsregistret).

³⁶ Sjukfrånvaron efter andra barnets födelse uppvisar ett liknande mönster; vi väljer att inte redovisa den för att spara plats.

5.3 Olyckor och akuta sjukdomar³⁷

Efter en olycka eller akut sjukdom följer oftast en tid med sjukpenning. Vi vet att män oftare än kvinnor drabbas av trafikolyckor (SIKA 2008). Vi vet däremot inte hur könsfördelningen ser ut vad gäller plötslig sjukdom och om kvinnor och män skiljer sig åt när det gäller längden på den efterföljande tiden med sjukpenning efter en olycka eller en akut sjukdom. Här skulle det kunna finnas en förklaring till könsskillnaden i nivå. Skälen är flera. Kvinnor och män kan i olika grad drabbas av olika typer av plötsliga sjukdomar. Det kan också finnas fysiologiska skillnader mellan könen som gör att samma typ av olycka eller plötslig sjukdom innebär olika lång rehabilitering. Det kan även finnas en könsskillnad i behandling både inom vården och/eller av Försäkringskassan som ger upphov till olika lång återhämtningstid med sjukpenning. För att kasta ljus på dessa frågeställningar har vi studerat dels könsfördelningen av akuta inläggningar på sjukhus, dels uttaget av sjukpenning före och efter akuta inläggningar.

Med hjälp av patientregistret kan vi följa alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård från år 1987 och framåt. Förutom bakgrundsvariabler så som ålder och kön har vi också information om inläggningen var akut eller planerad. Dessutom har vi uppgifter om patientens diagnos. För att belysa frågeställningarna ovan har vi plockat ut alla kvinnor och män med akuta inläggningar (med undantag för inläggning i samband med graviditet) under perioden 1993–2000 för individer mellan 30–59 år. Åldersrestriktionen följer av att vi vill kunna följa individens sjukpenninguttag både före och efter inläggningen.

Tabell 5.2.1 visar andelen av Sveriges befolkning som år 1995 akut lades in på sjukhus. Tabellen är uppdelad på kön och 10 olika kategorier – de 10 vanligast förekommande diagnoserna inklusive olyckor.³⁸ Denna indelning följer internationell standard och görs framförallt för att underlätta en

³⁷ Detta avsnitt bygger på en analys av Martin Nilsson.

³⁸ Denna indelning har gjorts med hjälp av klassificeringssystemet KSH och KSH97. Först identifierades 19 stora diagnosgrupper. Därefter valdes de 10 mest förekommande ut (med undantag för *Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes* (KSH: 780-799, KSH97: R00-R99)): *Infektionssjukdomar* (KSH: 0010-139, KSH97: A00-B99), *tumörer* (KSH: 140-239, KSH97: C00-D48), *psykiska sjukdomar* (KSH: 290-319, KSH97: F00-F99), *nervsystemets sjukdomar* (and KSH: 320-359, KSH97: G00-G99), *andningsorganens sjukdomar* (KSH: 460-519, KSH97: J00-J99), *hjärtsjukdomar* (KSH: 390-459, KSH97: I00-I99), *matsmältningsorganens sjukdomar* (KSH: 520-579, KSH97: K00-K93), *muskuloskeletala sjukdomar* (KSH: 710-739, KSH97: M00-M99), *sjukdomar i urin- och könsorganen* (ICD9: 580-629, KSH97: N00-N99) och *olyckor* (KSH: 800-1000, KSH97: S00-T98).

jämförelse mellan grupperna. Dessa diagnoskategorier är de vanligast förekommande för såväl män som kvinnor. För övriga kategorier är såväl incidensen som könsskillnaden liten. Kolumn (1) visar resultaten för hela befolkningen medan kolumn (2) och (3) redovisar resultatet för kvinnor respektive män. Andelen av befolkningen som 1995 lades in på sjukhus var 4 procent; något vanligare bland män (4,4 procent) jämfört med 4,1 bland kvinnor. Då vi delar upp populationen efter kön ser vi att olyckor är den vanligaste kategorin för män (19,09 procent), följt av hjärtsjukdomar (15,15 procent). Även bland kvinnor är externa olyckor den vanligaste kategorin (14,28 procent). Näst vanligast är dock sjukdomar relaterade till matsmältningsorganen (12,15 procent). Vad gäller relativa skillnader mellan könen ser vi att kvinnor i klart större utsträckning drabbas av *tumörer* och *sjukdomar i urin- och könsorganen* jämfört med män. Män, å andra sidan, drabbas i högre utsträckning av *externa olyckor* och *hjärtsjukdomar*. För övriga diagnosgrupper är skillnaden mellan könen liten. Denna deskription visar således att män oftare läggs in på sjukhus akut.

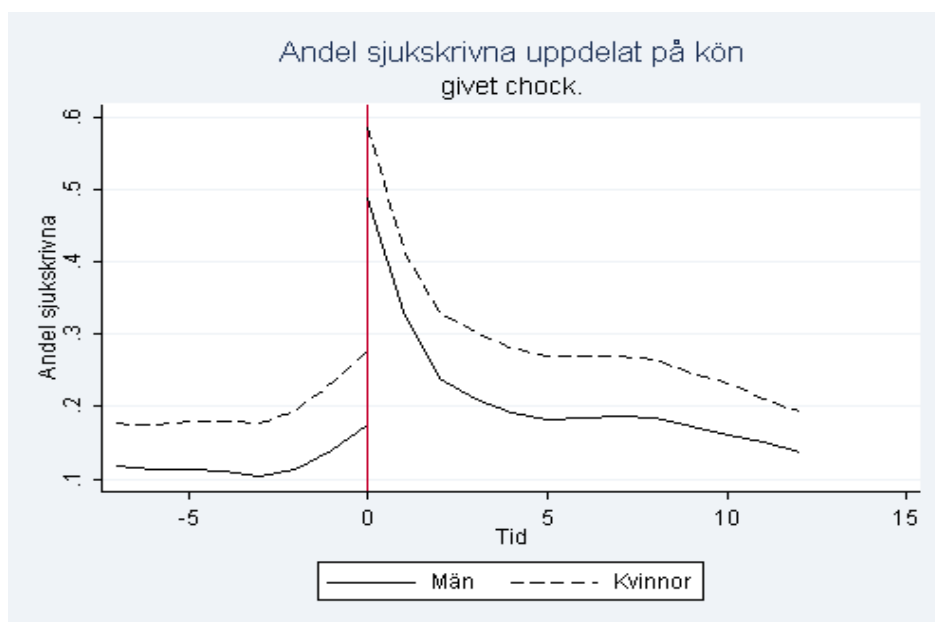
Tabell 5.2.1 Andel av befolkningen som 1993 akut lades in på sjukhus, totalt och uppdelat på kön och kategori

	<i>Totalt</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>
Andel som lades in på sjukhus (procent)	4,26	4,11	4,41
Uppdelat på olika diagnoskategorier			
Infektionssjukdomar	3,63	3,38	3,84
Tumörer	4,68	7,01	2,79
Psykiska sjukdomar	5,82	5,37	6,19
Nervsystemet	2,20	2,43	2,01
Hjärtsjukdomar	12,44	9,08	15,15
Andningsorg	5,01	5,21	4,84
Matsmältningsorg	12,49	12,15	12,76
Muskuloskeletala	5,51	5,32	5,67
Urin- och könsorg	6,15	9,10	3,76
Externa olyckor	16,94	14,28	19,09

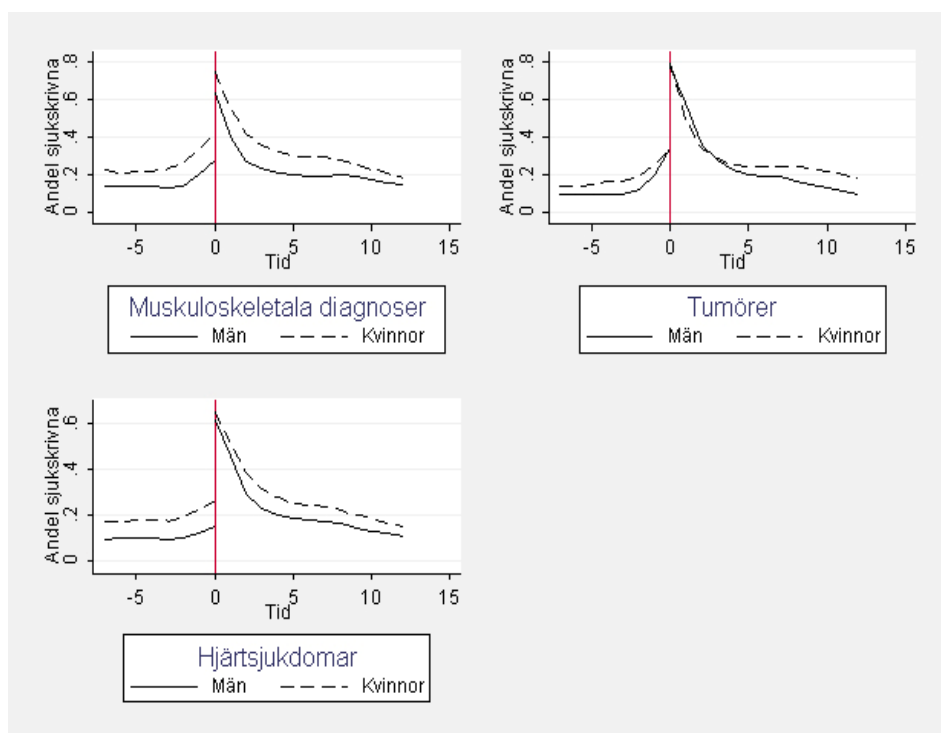
För att belysa könsskillnaden i samband med sjukhusinläggning studerar vi hur uttaget ur sjukförsäkringen såg ut före och efter en inläggning. I denna analys använder vi information från samtliga 19 diagnoskategorier. Resultatet visas separat för kvinnor och män i figur 5.2.1. Inläggningen på sjukhus sker vid tidpunkt 0 och andelen sjukskrivna mäts från sju år innan chocken till 12 år efter. Föga förvånande ser vi att andelen sjukskrivna kraftigt skjuter i höjden när inläggningen sker. Därefter följer en flerårig period av mer sjukskrivning; andelen är fortsatt större mer än fem år efter chocken jämfört med åren innan. Detta mönster gäller för såväl kvinnor som män. Men det finns en tydlig könsskillnad både före och efter sjukhusinläggningen. Andelen sjukskrivna kvinnor är betydligt högre än andelen sjukskrivna män både före och efter inläggningen. Utifrån figur 5.2.1 finns det inget som tyder på att skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män skulle kunna härledas till skillnader i samband med olyckor eller akuta sjukdomar. Könsskillnaden i andel sjukskrivna är tydlig redan fem år innan en plötslig sjukhusinläggning och består mer än fem år därefter.

För att testa om mönstret i Figur 5.2.1 även gäller för typiska kvinnosjukdomar respektive typiska manssjukdomar har vi gjort motsvarande analys uppdelat på tre olika diagnoser: en som i högre utsträckning drabbar män

(*hjärtsjukdomar*), en som i högre utsträckning drabbar kvinnor (*tumörer*) och en som drabbar båda könen i lika stor utsträckning (*muskuloskeletal diagnos*). Denna subanalys presenteras i figur 5.2.2 som visar att det observerade mönstret från Figur 5.2.1 återfinns för samtliga dessa diagnosgrupper. Andelen sjukskrivna kvinnor är betydligt högre flera år innan den akuta inläggningen, i samband med inläggningen stiger andelen sjukskrivna kraftigt bland både kvinnor och män. Året efter inläggningen börjar könsgapet återigen att växa för att snart återgå till hur det såg ut innan inläggningen.



Figur 5.2.1 Andel sjukskrivna åren innan och efter en akut sjukhusinläggning, uppdelat på kvinnor och män



5.2.2 Andel sjukskrivna åren innan och efter en akut sjukhusinläggning, uppdelat på kvinnor och män och tre olika diagnoskategorier

Utifrån denna analys drar vi slutsatsen att skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män inte härstammar från en könsskillnad i förekomsten av plötsliga sjukhusinläggningar.

Det är också intressant att notera att vid inläggningstillfället för hjärtsjukdomar och tumör (se figur från 5.2.2) så har kvinnor och män samma nivå på sjukfrånvaro medan sjukfrånvaron för båda dessa grupper är högre för kvinnorna både före och efter inläggning. Hjärtsjukdomar utgör det mest tydliga exemplet. Vi ser en liknande bild när det gäller tumörer, även om könsskillnaden minskar under några år före sjukhusinläggningen. En tänkbar förklaring är att tumörer tar längre tid än hjärtsjukdomar att diagnostisera. Om vi antar att hälsan bland kvinnorna och männen är lika vid inläggningstillfället tyder detta mönster på att kvinnor i större utsträckning än män sjukskriver sig vid samma hälsa. Denna skillnad i beteende beror sannolikt på flera kompletterande faktorer, t.ex. olika typ av jobb (som möjliggör/omöjliggör arbete),

hälsoförebyggande beteende hos kvinnor (se t.ex. Parringer, 1983) och/eller skillnader i normer.

För muskuloskeletala sjukdomar finns även skillnader vid inläggnings-tillfället. Denna skillnad kan givetvis bero på att kvinnor med dessa sjukdomar har en sämre hälsa än männen (både före och efter) men givet att dessa sjukdomar är mer symptombaserade än tumörer och hjärtsjukdomar så är det mer troligt att män och kvinnor har olika trösklar för när man behöver vara sjukfrånvarande. Det observerade mönstret för hjärtsjukdomar och tumörer tyder på att den ökade skillnaden i sjukfrånvaro mellan könen måste sökas på annat håll än via ökade hälsoskillnader mellan könen.

6 Avslutande diskussion

Rapporten analyserar varför skillnaden i sjukfrånvaro (både sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning (SA)) mellan kvinnor och män i Sverige har ökat sedan början av 1980-talet.

Rapporten börjar med en europeisk utblick och historisk tillbakablick av sjukfrånvaro och arbetsmarknadsdeltagande baserad på officiell statistik. Vi kan konstatera att kvinnors sjukfrånvaro är relativt sett högre i länder med ett högt kvinnligt arbetskraftsdeltagande. Sverige karakteriseras av särskilt hög sjukfrånvaro bland kvinnor och ett högt arbetskraftsdeltagande bland kvinnor i allmänhet och särskilt bland kvinnor med barn i förskoleåldern. Heltidsarbete har varit normen för män under hela perioden medan andelen heltidsarbetande kvinnor har ökat från 30 procent år 1980 till 50 procent år 2007.

Därefter följer en litteraturgenomgång som indikerar att kvinnors svagare förankring på arbetsmarknaden gör dem mer påverkbara vid konjunkturunedgångar. Dessutom gör kvinnor fortfarande betydligt mer hushållsarbete än män och denna skevhet mellan könen verkar inte ha påverkats av att kvinnor förvärvsarbetar mer idag än tidigare.

De efterföljande avsnitten bygger på egna analyser med hjälp av detaljerade individdata för perioden 1981–2008 från flera olika datakällor; stickprovsdata från Statistiska centralbyråns ULF-databas och data från olika populationsregister innehållande bl.a. Försäkringskassans sjukfallsregister. Från denna analys kan vi konstatera att arbetskraftens komposition har förändrats i flera avseenden sedan början av 1980-talet. Fler kvinnor arbetar heltid än tidigare och andelen kvinnor med dålig självskattad hälsa har ökat. Kvinnor i vårt urval (icke gravida och personer som arbetar minst 16 timmar per vecka) har också

blivit relativt sett äldre och mer högtbildade än männen. På senare år kan vi även konstatera att kvinnor allt oftare anser sig ha ett psykiskt ansträngande arbete.

Fler kvinnor än män rapporterar dålig hälsa i dag jämfört med för 30 år sedan. Detta kan ha bidragit till den växande könsskillnaden i sjukfrånvaro.³⁹ Samtidigt finner vi i avsnitt 4.3 att det inte primärt är bland dem med dålig hälsa som könsskillnaden har ökat utan snarare bland dem med medel och god hälsa. Det tycks med andra ord som om det inte är hälsoskillnader i sig som är den viktigaste orsaken till ökade könsskillnader i sjukfrånvaro, utan snarare en könsskillnad i normförskjutning om när ersättning från Försäkringskassan är aktuell. Denna normförskjutning gäller dock inte benägenheten till sjukfrånvaro vid sämre hälsa, eftersom vår analys i avsnitt 4.4 inte visar någon förändring över tid i reaktionen på sämre hälsa för kvinnor relativt män. Sammantaget antyder detta att även om självskattad hälsa kan vara en viktig delförklaring till kvinnors och mäns olika sjukfrånvaronivåer, finner vi att den bara kan förklara en liten del av förändringen över tid.

Baserat på populationsregister analyserar vi i avsnitt 5.3 skillnaden i sjukpenninguttag mellan kvinnor och män med samma sjukdomssituation och utifrån denna analys drar vi slutsatsen att hälsoskillnader mellan könen knappast är en förklaring till den nivåskillnad som finns i sjukfrånvaro mellan könen.

Utifrån vår analys av sjukfrånvaroutvecklingen i kvinno- respektive mansdominerade branscher drar vi slutsatsen att förändringar i arbetsmiljön på den könssegregerade arbetsmarknaden troligen inte är en viktig orsak till den ökande könsskillnaden i sjukfrånvaro. Könsskillnaden har nämligen ökat sedan mitten av 1980-talet oavsett om vi tittar på branscher där kvinnor eller män dominerar. Vidare är könsskillnaden visserligen lägst i gruppen där män dominerar mest, men den är samtidigt högst i gruppen där män dominerar i något mindre utsträckning.

En av våra tydligaste resultat är skillnaden mellan könen av att få barn. När första barnet kommer, ofta i början av yrkeslivet, konkurrerar barn och familjelivet med engagemanget i arbetslivet. Efter första barnets ankomst har kvinnor nästan dubbelt så många sjukfrånvarodagar per månad som sin make/sambo. Denna nivåskillnad kvarstår i hela 15 år efter första barnet.

³⁹ Kausaliteten är dock oklar. Vi kan inte skilja på om ett beviljande av ersättning från Försäkringskassan i sig leder till att den självrapporterade hälsan påverkas eller om dålig hälsa leder till ersättning från Försäkringskassan.

Samtidigt är det nästan ingen könsskillnad i sjukfrånvaro under perioden före första barnets födelse. För sjukpenninggapet verkar alltså nivåskillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män kunna härledas till förekomsten av barn i hushållet. Vi vet att kvinnor tar ut en större del av föräldraledigheten (SOU 2005:73), vilket kan ses som ett tecken på att barn och familjelivet prioriteras högre av kvinnor än av män. Detta kan även påverka sjukfrånvarobeteendet. Enligt Parringer (1983) kan det vara mer betydelsefullt för familjen att mamman håller sig frisk än att pappan gör det eftersom hon har dubbelt ansvar (både för barn och för förvärvsarbete). För att förebygga sjukdom skulle därför kvinnan vara mer sjukfrånvarande än sin make.

Vi har också funnit att hög utbildning i genomsnitt innebär mindre sjukfrånvaro för män men inte för kvinnor. Samtidigt är en högre socio-ekonomisk gruppstillhörighet (som t.ex. hög tjänsteman i stället för arbetare) förknippad med mindre sjukfrånvaro för både kvinnor och män. Dessa resultat väcker frågan om det finns högutbildade kvinnor som har arbeten för vilka de är överutbildade⁴⁰ och om det i sin tur leder till högre sjukfrånvaro. Förekomsten av barn i hushållet skulle kunna vara en förklaring till att kvinnor i genomsnitt har lägre befattning än män med samma utbildning. Det kan helt enkelt vara så att kvinnor i arbetslivet, till skillnad från under utbildningstiden, prioriterar barn och familj i genomsnitt högre än män. På lång sikt kan detta leda till att kvinnor trivs sämre än män med sitt arbete, vilket kan påverka tröskeln för uttag ur sjukförsäkringen. Det dubbla ansvaret kan tänkas vara särskilt betungande bland högutbildade kvinnor eftersom dessa kvinnor troligtvis satsar mer på sitt förvärvsarbete men samtidigt inte mindre på hemarbetet (se t.ex. Boye, 2008 och Booth och Ours, 2005).

Eftersom kvinnornas arbetsmarknadsdeltagande har ökat under den studerade perioden (speciellt bland kvinnor med barn) tror vi att denna könsskillnad i engagemang för barn och familj kan förklara den ökade skillnaden i sjukfrånvaro över tid mellan könen.

En förstärkande och/eller kompletterande förklaring till denna ökning skulle kunna vara att tröskeln eller normen för att bli sjukskriven har förskjutits över tid och att denna tendens är mer påtaglig bland kvinnorna. Att normer är en viktig faktor för att förklara sjukfrånvaro är välbelagt i tidigare forskning (se avsnitt 3.3). Vår uppdelning av könsgapet i sjukpenning visar att den största

⁴⁰ Vi vet att överutbildning, dvs. ha högre utbildning än vad arbetsuppgifterna kräver, är vanligare bland kvinnor (Johansson och Katz, 2007; Böhlmark, 2003 och Groot & Maassen van den Brink, 2000).

delen av könsgapet kan härledas till könsskillnader i reaktion eller preferenser snarare än i egenskaper. Skillnaden i reaktion kan vara just olika trösklar för kvinnor och män att acceptera eller beviljas sjukskrivning. Att normer/trösklar har förändrats ligger också i linje med vår observation i avsnitt 4.3 att det framförallt är kvinnor med god hälsa som har ökat sitt uttag ur sjukförsäkringen.

Trots en aktiv familjepolitik med förbättrade möjligheter till föräldraledighet och med ökade incitament för pappor att vara föräldralediga finns det en ojämlikhet mellan könen både vad gäller löner och sjukfrånvaro. Frågan är hur framtida politiska beslut ska kunna förändra denna obalans?

7 Referenser

- Akerlof, G.A. och Kranton, R.E. (2000) 'Economics and Identity', *Quarterly Journal of Economics*, CXV (3), August, pp. 715-753.
- Arai, M. och Skogman Thoursie, P. (2005) "Incentives and Selection in Cyclical Absenteeism" *Labour Economics*, vol 12, s 269-280.
- Becker, G. (1965) "A Theory of the Allocation of Time," *Economic Journal* 75 (299), pp. 493-517.
- Blinder, A. S. (1973) "Wage Discrimination: Reduced Form and Structural Variables." *Journal of Human Resources*, 8, s. 436-455.
- Boye, K. (2008) "Happy hour? Studies on well-being and time spent on paid and unpaid work", Swedish Institute for Social Research Dissertation Series no. 74.
- Booth, A.L. and Van Ours, J.C. (2005) "Hours of work and gender identity: Does part-time work make the family happier?" CEPR Discussion Paper No 5438, London.
- Broström, G., Johansson, P. och Palme, M. (2004) "Economic incentives and gender differences in work absence behavior", *Swedish Economic Policy Review*, vol 11, s. 33-63
- Böhlmark, A. (2003) "Over- and undereducation in the Swedish Labour Market. Incidence wage effects and characteristics 1968--2000" mimeo SOFI
- Groot, W och H, Maassen van den Brink (2000) "Overeducation in the labour market: a meta-analysis", *Economics of Education Review*, vol. 12, nr 4, s. 299-309.
- Hall, C. och Hartman, L., (2010) "Moral hazard among the sick and unemployed: evidence from a Swedish social insurance reform", kommer snart i *Empirical Economics*.
- Hartman, L. (2008) "Välfärd på deltid", SNS Förlag.
- Henreksson, M. och Persson, M. (2004) "The effects on sick leave of changes in the sickness insurance system" *Journal of Labour Economics*, vol.22, no.1, 87-113

- Hesselius, P., Johansson, P. och Vikström, J. (2008). "Påverkas individen av omgivningens sjukfrånvaro?", *Ekonomisk debatt* 7, 44-53.
- Hägglund, P. och Skogman Thoursie, P. (2010) "Reformerna inom sjukförsäkringen under perioden 2006–2010: Vilka effekter kan vi förvänta oss?" IFAU-rapport 2010:17.
- Ichino A & G Maggi (2000) "Work Environment and Individual Background: Explaining Regional Shirking Differentials in a Large Italian Firm" *The Quarterly Journal of Economics*, 115(3), 1057-1090
- Johansson, M. och Katz, K. (2007) "Wage differences between women and men in Sweden the impact of skill mismatch" Working Paper 2007:13, IFAU
- Johansson, P. och Palme, M. (2002) "Assessing the effects of a compulsory sickness insurance on worker absenteeism", *Journal of Human Resources*, vol 37, nr 2
- Johansson, P. och Palme, M. (2005) "Moral hazard and sickness insurance", *Journal of Public Economics*, vol 89, s 1879-1890
- Johansson, P. och M. Palme (1996). "Do Economic Incentives Affect Work Absence? Empirical Evidence Using Swedish Micro Data", *Journal of Public Economics*, 59, s. 195-218.
- Kecklund, G., Ingre, M. och Åkerstedt, T. (2010) "Arbetstider, hälsa och säkerhet – en uppdatering av aktuell forskning" Stressforskningsrapport nr 322. Stressforskningsinstitutet Stockholms universitet.
- Lagerström, J. (2010) "Påverkas sjukfrånvaron av ekonomiska drivkrafter och arbetsmiljön?", Rapport 2010:9, Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, Uppsala.
- Larsson, L. (2006) "Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance" *The Scandinavian Journal of Economics*, vol108, s.97-113.
- Larsson, L., Kruse, A., Palme, M. och Persson, M. (2005) "Välfärdsrådets rapport 2005: En hållbar sjukförsäkring" SNS Förlag Stockholm.
- Lidwall, U., Skogman Thoursie, P. (2000) "Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna", i Marklund, S. (red.) *Arbetsliv och hälsa 2000*, Arbetslivsinstitutet, 91-124.

- Lidwall, U., Bergendorff, S., Voss, M. och Marklund, S. (2009) "Long-term sickness absence: changes in risk factors and the population at risk" *Int J Occup Med Environ Health*. 2009;22(2):157-68.
- Lindbeck, A., Palme, M. och Persson, M. (2004) "Sjukskrivning som ett socialt fenomen" *Ekonomisk debatt*, 4, 50-62
- Lindbeck, A., Palme, M. och Persson, M. (2007) "Social interaction and sickness absence", IFN Working Paper No 725.
- Lindbeck, A. och Persson, S. (2010) "A continuous Theory of Income Insurance" CESifo working Paper No 3097, Munich, June 2010.
- Nordenmark, M. (2002), "Multiple Social Roles – a Resource or a Burden: Is it Possible for Men and Women to Combine Paid Work with Family Life in a Satisfactory Way?" *Gender, Work and Organization*. Vol. 9. Nr. 2, s. 125-145.
- Oaxaca, R. (1973) "Male-Female Wage Differentials in Urban Labor Markets," *International Economic Review*, 14 (October), s. 693-709.
- OECD 2004 Employment Outlook 2004.
- Palmer, E., (2006) "Sjukförsäkring, kulturer och attityder – fyra aktörers perspektiv", *Försäkringskassan Analyserar 2006*:16.
- Parringer, L. (1983), "Women and Absenteeism: Health or Economics", *American Economic Review*, vol 73 no. 2 1983.
- RFV 2004 Riksförsäkringsverket analyserar 2004:16 "Orsaker till skillnaden I kvinnor och mäns sjukskrivningsmönster", *Försäkringskassan*.
- SCB 2009:99 "Tid för vardagsliv -- Kvinnors och mäns tidsanvändning 1990/91 och 2000/01" *Levnadsförhållanden, rapport 99* Statistiska centralbyrån.
- Selin, H. (2009) "The Rise in Female Employment and the Role of Tax Incentives. An Empirical Analysis of the Swedish Individual Tax Reform of 1971.", UCFS Working Paper 2009:3.
- Skogman Thoursie, P. (2007) "Happy birthday! You're insured! Gender differences in work ethics" *Economics letters* 94 (2007) 141–145.
- SIKA 2008:3 "Vad kostar en vägtrafikolycka?" *Konsekvenser av vägtrafikolyckor i form av sjukskrivningar, arbetslöshet och inkomstförluster*.

SOU 2005:73 Reformerad föräldraförsäkring - Kärlek, omvårdnad, trygghet”,
SOU 2005.

Virtanen, M., Vahtera, J., Pentti, J., Honkonen, T., Elovainio, M., Kivimäki, M.
(2007) "Job strain and psychologic distress influence on sickness absence
among Finnish employees" Am J Prev Med. 2007 Sep;33(3):182-7.

Westgaard, R.H. och Winkel, J. (2010) "Occupational musculoskeletal and
mental health: Significance of rationalization and opportunities to create
sustainable production systems – A systematic review" Applied Ergonomics
42 (2011) 261–296.

8 Bilagor

I följande bilagor finns en mer detaljerad beskrivning av det datamaterial som används i avsnitt 4 och tabeller som refereras i texten i samma avsnitt.

8.1 ULF-databasen

Statistiska centralbyråns Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) består av årliga intervjuer med ca 7 500 slumpmässigt utvalda personer i den svenska befolkningen mellan 16 och 84 år. Intervjuerna handlar om olika välfärdsområden och tanken med undersökningarna är att kunna följa flera olika välfärdsindikatorer över tid. Till intervjuerna finns också registeruppgifter om bakgrundsvariabler som t ex utbildning, inkomst och ålder.⁴¹ Till vårt projekt har vi främst information om arbetsmiljö, hälsa, sysselsättning och arbetstider samt olika bakgrundsvariabler. Vi har data från 1979 till 2006. Till dessa data har vi kopplat uppgifter om uttag ur sjuk- och föräldraförsäkringen från Försäkringskassans register. I Försäkringskassans data över sjukfrånvaro ingår endast de dagar som ersätts genom sjukförsäkringen. Vi har inte uppgifter om kortare sjukfrånvaro där arbetsgivaren betalar sjuklön. Sjukfrånvaro mäts året efter det att ULF-undersökningen genomfördes, medan övriga variabler samlas in det aktuella ULF-året.

De variabler som finns insamlade för samtliga ULF-år är bland annat ålder, utbildningsnivå (mätt som indikatorvariabler för gymnasieutbildning och universitetsutbildning, där referenskategori i regressionskattningarna är de med lägre utbildning), inkomst (inklusive sociala ersättningar som föräldrapenning och sjukpenning), sektor (kommunal eller statlig, med privat sektor som referenskategori), om tjänsten klassas som lägre tjänsteman, mellantjänsteman eller högre tjänsteman (arbetare är referenskategori), om individen är heltidsanställd (deltidsanställning är referenskategori), är utlandsfödd, och har barn och/eller partner i hushållet. Utöver detta har vi tillgång till information om huruvida individen själv anser sig ha ett psykiskt ansträngande jobb (en indikatorvariabel) eller ett fysiskt ansträngande arbete. Den senare variabeln är en s.k. indexvariabel, som bygger på flera delfrågor som rör arbetets bullernivå, förekomst av tunga lyft etc. Vi har också information om individens självskattade hälsa. Denna variabel har tre utfall:

⁴¹ För mer information om ULF hänvisar vi till SCB:s hemsida:
http://www.scb.se/Pages/Product____12199.aspx.

dålig, medel och god hälsa. I analysen över tid definierar vi en hälsovariabel där vi skiljer på god jämfört med dålig eller medel hälsa.

Vissa år fokuserade ULF-undersökningen specifikt på vissa frågeställningar. Exempelvis finns det för åren 2002-2003 detaljerade uppgifter om individens upplevelse av inflytande och kontroll på arbetsplatsen.

I regressionsanalyserna görs olika restriktioner av datamaterialet. Till exempel begränsar vi oftast analysen till de individer i ULF-urvalet som är i arbetsför ålder (16-65 år), räknas som anställda och arbetar minst 16 timmar per vecka. Dessutom utesluter vi de kvinnor som kan antas ha varit gravida det år då sjukfrånvaro mäts, för att i möjligaste mån jämföra icke-graviditetsrelaterad sjukfrånvaro. I vissa analyser fokuserar vi också endast på förekomsten av sjukpenninguttag längre än 30 dagar för att få jämförbara siffror över tid. Skälet är att vi endast har information om sjukfrånvaro längre än sjuklöneperioden och denna period har varierat mellan 0 och 30 dagar.

8.2 Tabeller A1–A6

Nedan följer resultat från tre olika regressionsmodeller med sjukpenning som utfall: en utan kontroller (A1), en modell med kontroller men utan självskattad hälsa (A2) och slutligen en modell med alla kontroller inklusive självskattad hälsa (A3). Därefter följer motsvarande resultat men med SA som utfall och dessa resultat redovisas i tabell A4, A5 och A6. Skattningarna är gjorda för genomsnittet av treårsintervall under perioden 1980–2007.

Tabell A1 Skattad könsskillnad i sjukpenning utan övriga kontroller

	1982	1988	1991	1994	1997	2000	2003
Kvinna	0,008	0,039***	0,030***	0,027***	0,041***	0,065***	0,060***
Konstant	0,092***	0,102***	0,073***	0,068***	0,062***	0,088***	0,092***
r ²	0,000	0,004	0,003	0,002	0,006	0,010	0,008
F	1,008	36,236	27,123	21,100	47,225	87,720	71,573
N	5071	10502	9665	8934	8539	8682	8435

Tabell A2 Skattad könsskillnad i sjukpenning med övriga kontroller men utan kontroll för självupplevd hälsa

	1982	1988	1991	1994	1997	2000	2003
Ålder	0,004***	0,005***	0,003***	0,003***	0,003***	0,004***	0,003***
Kvinna*Ålder	-0,002*	-0,000	0,000	0,000	-0,000	0,001	0,002**
Gymn.utb	-0,030*	0,002	-0,011	-0,019	-0,009	-0,026	-0,013
Kvinna*Gymn.utb	0,010	0,005	-0,013	-0,019	0,026	0,039	0,022
Univ.utb	-0,025	-0,004	-0,005	-0,019	-0,001	-0,063*	-0,033
Kvinna*Univ.utb	0,009	-0,012	-0,006	-0,017	0,018	0,059*	0,054
Lägre tjm	0,013	-0,022	-0,012	-0,016	-0,021	-0,003	0,013
Kvinna*Lägre tjm	-0,034	-0,011	-0,017	-0,014	-0,011	-0,022	-0,044
Mellantjm	-0,019	-0,037**	-0,035**	-0,023	-0,034**	-0,004	-0,040**
Kvinna*Mellantjm	0,027	0,029	-0,029	-0,003	0,016	0,022	0,004
Högre tjm	-0,031	-0,057***	-0,040**	-0,030*	-0,038**	-0,006	-0,040*
Kvinna*Högre tjm	-0,021	0,031	-0,029	-0,006	0,004	0,002	-0,016
Kommunal	0,010	-0,023	0,024*	0,024*	0,016	0,002	0,006
Kvinna*Kommunal	-0,024	0,009	-0,032*	-0,024	-0,039*	-0,012	-0,003
Statlig	-0,015	-0,010	-0,008	0,022	-0,023*	0,035	0,018
Kvinna*Statlig	0,016	0,019	0,024	-0,005	0,023	-0,051	-0,028
Inkomst	-0,012	-0,016*	-0,032**	-0,015*	-0,034***	-0,030***	-0,018*
Kvinna*Inkomst	0,025	0,027*	0,031*	-0,013	0,014	-0,014	0,001
Heltid	-0,032	-0,063**	-0,016	-0,010	-0,012	-0,005	-0,021
Kvinna*Heltid	0,057	0,088***	0,029	0,021	0,009	0,017	0,048
Utlandsfödd	0,091***	0,051**	0,046**	0,032*	0,009	0,008	0,025
Kvinna*Utlandsfödd	0,014	0,010	-0,013	0,014	0,036	-0,003	0,018
Fysiskt anstr	0,014**	0,022***	0,019***	0,015***	0,013***	0,012**	0,010*

Kvinna*Fysiskt anstr	-0,001	0,013*	0,003	0,004	0,011	0,010	0,018*
Psykiskt anstr	0,005	0,021*	0,013	0,002	0,021**	0,025**	0,044***
Kvinna*Psykiskt anstr	0,005	-0,025	0,002	0,029*	0,006	0,030*	0,018
Barn	-0,020	-0,009	0,003	-0,002	-0,016	0,010	-0,007
Kvinna*Barn	0,024	0,013	-0,003	-0,010	0,014	-0,006	0,038*
Partner	-0,019	-0,022	-0,006	-0,001	0,006	-0,031**	0,009
Kvinna*Partner	-0,027	-0,006	-0,026	-0,000	-0,030	0,016	-0,020
Kvinna	-0,123	-0,240**	-0,205*	0,092	-0,099	0,049	-0,148
_cons	0,075	0,069	0,180**	0,070	0,198***	0,193***	0,121*
r2	0,046	0,060	0,049	0,040	0,042	0,046	0,052
F	6,122	18,307	13,471	10,189	11,343	15,098	14,055
N	5071	10502	9665	8934	8539	8682	8435

Tabell A3 Skattad könsskillnad i sjukpenning med övriga kontroller med kontroll för självupplevd hälsa

	1982	1988	1991	1994	1997	2000	2003
Ålder	0,002***	0,004***	0,002***	0,002***	0,003***	0,003***	0,002***
Kvinna*Ålder	-0,001	-0,001	0,000	0,000	-0,000	0,000	0,002**
Gymn.utb	-0,028*	0,004	-0,006	-0,014	-0,006	-0,016	-0,007
Kvinna*Gymn.utb	0,010	0,012	-0,007	-0,018	0,031	0,044	0,028
Univ.utb	-0,024	0,001	-0,001	-0,009	0,001	-0,050**	-0,021
Kvinna*Univ.utb	0,013	-0,004	0,000	-0,019	0,029	0,067*	0,058
Lägre tjm	0,016	-0,014	-0,006	-0,015	-0,018	-0,008	0,008
Kvinna*Lägre tjm	-0,036	-0,018	-0,015	-0,013	-0,014	-0,018	-0,044
Mellantjm	-0,007	-0,031*	-0,027*	-0,020	-0,028*	-0,004	-0,040**
Kvinna*Mellantjm	0,020	0,030	-0,024	0,002	0,013	0,023	0,005
Högre tjm	-0,022	-0,047**	-0,031*	-0,029*	-0,030*	-0,006	-0,041*
Kvinna*Högre tjm	-0,028	0,024	-0,035	-0,006	-0,007	0,008	-0,014
Kommunal	0,009	-0,020	0,027*	0,022	0,013	0,005	0,016
Kvinna*Kommunal	-0,017	0,014	-0,025	-0,017	-0,033*	-0,010	-0,011
Statlig	-0,016	-0,009	-0,005	0,019	-0,022*	0,041*	0,019
Kvinna*Statlig	0,014	0,015	0,022	-0,012	0,027	-0,065*	-0,032
Inkomst	-0,003	-0,004	-0,023*	-0,008	-0,028***	-0,019*	-0,011
Kvinna*Inkomst	0,022	0,032*	0,030*	-0,003	0,025*	-0,014	0,007
Heltid	-0,015	-0,042	-0,000	0,002	0,002	0,007	0,000
Kvinna*Heltid	0,037	0,062*	0,014	0,009	-0,008	0,007	0,030
Utlandsfödd	0,081***	0,035*	0,034*	0,013	0,004	0,003	0,018
Kvinna*Utlandsfödd	0,012	-0,004	-0,025	0,016	0,023	-0,020	0,008
Fysiskt anstr	0,011*	0,018***	0,015***	0,012***	0,010**	0,008*	0,005
Kvinna*Fysiskt anstr	-0,001	0,007	-0,002	0,003	0,007	0,006	0,016*
Psyiskt anstr	-0,003	0,012	0,003	-0,006	0,016*	0,012	0,030**

Kvinna*Psyiskt anstr	0,001	-0,032*	-0,003	0,026*	0,001	0,023	0,006
Barn	-0,017	-0,007	0,002	-0,001	-0,018*	0,009	-0,007
Kvinna*Barn	0,023	0,012	0,002	-0,008	0,014	-0,002	0,041**
Partner	-0,018	-0,017	-0,001	0,001	0,010	-0,024*	0,011
Kvinna*Partner	-0,025	0,005	-0,020	-0,003	-0,023	0,020	-0,013
Dålig/medel hälsa	0,153***	0,194***	0,142***	0,154***	0,137***	0,190***	0,182***
Kvinna*Dålig/medel hälsa	-0,009	0,073**	0,064**	0,015	0,057*	0,060*	0,055*
Kvinna	-0,105	-0,251**	-0,202*	0,032	-0,167*	0,046	-0,183*
_cons	0,026	-0,009	0,109	0,018	0,146*	0,100	0,059
r2	0,077	0,123	0,103	0,086	0,088	0,109	0,110
F	7,589	25,838	17,604	13,916	13,966	21,837	20,504
N	5071	10502	9665	8934	8539	8682	8435

Tabell A4 Skattad könsskillnad i SA utan övriga kontroller

	1982	1988	1991	1994	1997	2000	2003
Kvinna	-0,006	0,007*	0,015***	0,016***	0,021***	0,021***	0,034***
Konstant	0,016***	0,021***	0,020***	0,020***	0,017***	0,019***	0,026***
r2	0,001	0,001	0,002	0,002	0,004	0,004	0,007
F	3,773	5,403	21,109	21,822	33,797	33,092	60,384
N	5071	10502	9665	8934	8539	8682	8435

Tabell A5 Skattad könsskillnad i SA med övriga kontroller men utan kontroll för självupplevd hälsa

	1982	1988	1991	1994	1997	2000	2003
Ålder	0,001***	0,002***	0,002***	0,002***	0,002***	0,002***	0,002***
Kvinna*Ålder	-0,001	0,000	0,001*	0,001**	0,002***	0,002***	0,003***
Gymn.utb	-0,006	-0,002	-0,011	-0,002	-0,010	-0,003	-0,028**
Kvinna*Gymn.utb	0,006	0,009	0,000	-0,023	-0,003	0,005	0,040*
Univ.utb	-0,008	-0,013*	-0,010	-0,011	-0,014	-0,010	-0,025*
Kvinna*Univ.utb	0,008	0,012	0,002	-0,013	-0,002	0,009	0,027
Lägre tjm	-0,007	-0,006	-0,001	0,007	0,011	0,005	0,000
Kvinna*Lägre tjm	0,007	0,013	-0,005	-0,005	-0,006	0,007	0,030*
Mellantjm	-0,011	-0,001	-0,009	0,001	0,012	-0,002	-0,000
Kvinna*Mellantjm	0,016	0,013	-0,010	0,004	-0,010	0,002	0,021
Högre tjm	-0,003	0,015*	-0,001	0,018*	0,011	0,004	-0,009
Kvinna*Högre tjm	-0,006	0,000	0,001	-0,004	0,014	0,022	0,045*
Kommunal	-0,012	-0,021***	-0,025***	-0,022***	-0,016*	-0,013	-0,004
Kvinna*Kommunal	0,015	0,009	0,002	0,014	-0,004	0,001	0,014
Statlig	-0,016***	0,005	-0,008	-0,005	-0,007	-0,005	-0,006
Kvinna*Statlig	0,033***	-0,005	0,018	0,030*	0,003	-0,000	0,003
Inkomst	-0,017***	-0,039***	-0,036***	-0,034***	-0,034***	-0,025***	-0,004
Kvinna*Inkomst	0,008	-0,011	-0,026*	-0,043**	-0,029*	-0,048***	-0,069***
Heltid	-0,095***	-0,134***	-0,140***	-0,140***	-0,177***	-0,176***	-0,207***
Kvinna*Heltid	0,090***	0,122***	0,132***	0,124***	0,130***	0,135***	0,144***
Utlandsfödd	0,001	0,027**	0,010	0,019	0,011	0,010	0,000
Kvinna*Utlandsfödd	0,006	-0,001	0,010	0,024	0,023	0,023	0,019
Fysiskt anstr	0,002	0,003	-0,000	0,000	-0,000	0,000	0,004
Kvinna*Fysiskt anstr	-0,002	0,002	0,003	0,006	0,004	-0,001	-0,000
Psykiskt anstr	0,005	0,002	0,004	-0,000	0,000	0,006	-0,009

Kvinna*Psyiskt anstr	-0,003	0,014*	0,018*	0,014	0,005	0,007	0,031***
Barn	-0,006	-0,014***	0,004	0,009	-0,004	-0,004	-0,005
Kvinna*Barn	-0,003	-0,004	-0,026***	-0,022**	-0,014*	-0,007	-0,006
Partner	0,003	0,003	-0,013*	-0,012	0,005	-0,001	0,006
Kvinna*Partner	-0,006	-0,016*	-0,008	0,002	-0,028**	-0,015	-0,031**
Kvinna	-0,129**	-0,078	0,029	0,153	0,047	0,152	0,245**
_cons	0,176***	0,340***	0,352***	0,341***	0,369***	0,305***	0,190***
r2	0,055	0,093	0,100	0,096	0,120	0,111	0,110
F	2,104	8,598	9,162	8,030	8,669	8,927	12,006
N	5071	10502	9665	8934	8539	8682	8435

Tabell A6 Skattad könsskillnad i SA med övriga kontroller och med kontroll för självupplevd hälsa

	1982	1988	1991	1994	1997	2000	2003
Ålder	0,001**	0,002***	0,002***	0,001***	0,002***	0,002***	0,001***
Kvinna*Ålder	-0,000	0,000	0,001*	0,001*	0,001**	0,002***	0,002***
Gymn.utb	-0,004	-0,001	-0,009	0,000	-0,009	0,000	-0,025*
Kvinna*Gymn.utb	0,005	0,012	0,004	-0,020	0,001	0,010	0,046**
Univ.utb	-0,008	-0,011*	-0,008	-0,006	-0,013	-0,006	-0,017
Kvinna*Univ.utb	0,010	0,016	0,006	-0,012	0,005	0,016	0,032
Lägre tjm	-0,005	-0,003	0,002	0,007	0,012	0,003	-0,003
Kvinna*Lägre tjm	0,006	0,011	-0,003	-0,003	-0,006	0,008	0,029*
Mellantjm	-0,006	0,001	-0,005	0,002	0,014*	-0,002	-0,001
Kvinna*Mellantjm	0,012	0,013	-0,006	0,009	-0,011	0,003	0,022
Högre tjm	0,001	0,019*	0,002	0,019*	0,014*	0,004	-0,009
Kvinna*Högre tjm	-0,010	-0,003	-0,001	-0,004	0,009	0,024	0,047*
Kommunal	-0,013*	-0,020***	-0,024***	-0,023***	-0,017*	-0,012	0,002
Kvinna*Kommunal	0,017*	0,011	0,007	0,019*	-0,002	0,003	0,009
Statlig	-0,016***	0,006	-0,007	-0,006	-0,007	-0,003	-0,005

Kvinna*Statlig	0,032***	-0,007	0,017	0,024	0,006	-0,007	-0,000
Inkomst	-0,013**	-0,035***	-0,033***	-0,030***	-0,031***	-0,021**	0,001
Kvinna*Inkomst	0,005	-0,008	-0,025*	-0,034*	-0,021	-0,045***	-0,064***
Heltid	-0,087***	-0,127***	-0,134***	-0,134***	-0,172***	-0,173***	-0,194***
Kvinna*Heltid	0,081**	0,112***	0,126***	0,118***	0,123***	0,132***	0,133***
Utlandsfödd	-0,004	0,021*	0,005	0,009	0,009	0,009	-0,004
Kvinna*Utlandsfödd	0,007	-0,007	0,000	0,020	0,014	0,012	0,011
Fysiskt anstr	-0,000	0,002	-0,002	-0,001	-0,001	-0,001	0,001
Kvinna*Fysiskt anstr	-0,001	-0,000	-0,000	0,004	0,001	-0,004	-0,002
Psykiskt anstr	0,001	-0,002	-0,000	-0,004	-0,002	0,002	-0,017***
Kvinna*Psykiskt anstr	-0,003	0,011	0,013	0,009	0,000	0,001	0,020*
Barn	-0,005	-0,014***	0,004	0,009*	-0,004	-0,005	-0,005
Kvinna*Barn	-0,004	-0,005	-	-	-0,013*	-0,005	-0,004
			0,024***	0,020**			
Partner	0,004	0,005	-0,011	-0,011	0,007	0,001	0,008
Kvinna*Partner	-0,006	-0,011	-0,003	0,000	-0,022*	-0,011	-0,026*
Dålig/medel hälsa	0,075***	0,073***	0,059***	0,075***	0,052***	0,061***	0,112***
Kvinna*Dålig/medel hälsa	-0,031	0,035*	0,062***	0,057***	0,073***	0,074***	0,066***
Kvinna	-0,114**	-0,085	0,019	0,090	-0,011	0,130	0,210**
_cons	0,152***	0,311***	0,323***	0,315***	0,349***	0,275***	0,152***
r2	0,093	0,138	0,147	0,153	0,162	0,165	0,186
F	2,241	9,109	9,875	9,217	9,124	9,981	14,973
N	5071	10502	9665	8934	8539	8682	8435

8.3 Detaljerade resultat, branscher

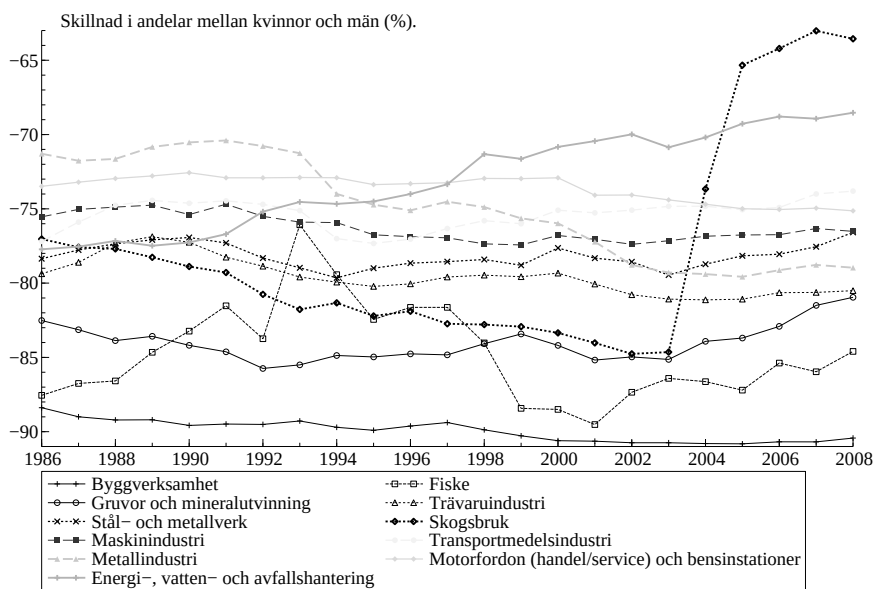
Denna bilaga innehåller resultat på branschnivå som motsvarar analysen i avsnitt 4.5. Vi börjar med att presentera de näringsgrenar (SNI-koder) som ingår i branscherna i vår analys. Näringsgrensindelningen på begränsad nivå används i officiell statistik från SCB men det saknas officiell dokumentation om själva branschindelningen och därför presenterar vi nycklarna i tabell b1.

Tabell B1 Branscher, begränsad nivå

<i>Näringsgren, begränsad nivå</i>	<i>Skapas utifrån</i>	
	<i>SNI 92</i>	<i>SNI 2002</i>
Ej specificerad verksamhet	00000	00000
Jordbruk	01111 - 01900	01111 - 01900
Skogsbruk	02011 - 02029	02011 - 02029
Fiske	05011 - 05025	05011 - 05025
Gruvor och mineralutvinning	10100 - 14500	10100 - 14500
Livsmedelsindustrin	15111 - 16000	15111 - 16000
Textil och beklädnadsindustri	17100 - 19300	17100 - 19300
Trävaruindustri	20101 - 20520	20101 - 20520
Massa- och pappersindustri	21111 - 21250	21111 - 21250
Förlag- och grafisk industri	22110 - 22330	22110 - 22330
Kemisk industri	23100 - 24700	23100 - 24700
Gummi- och plastvaruindustri	25110 - 25240	25110 - 25240
Jord- och stenvaruindustri	26110 - 26829	26110 - 26829
Stål- och metallverk	27100 - 27540	27100 - 27540
Metallindustri	28110 - 28759	28110 - 28759
Maskinindustri	29110 - 29720	29110 - 29720
Industri för el- och optikprodukter	30010 - 33500	30010 - 33500
Transportmedelsindustri	34100 - 35500	34100 - 35500
Övrig tillverkningsindustri	36110 - 37200	36110 - 37200
Energi-, vatten- och avfallshantering	40100 - 41002, 90001 - 90008	40100 - 41002, 90010 - 90030
Byggverksamhet	45110 - 45500	45110 - 45500
Handel med och service av motorfordon samt bensinstationer	50101 - 50500	50101 - 50500
Parti- och agenturhandel	51110 - 51700	51110 - 51900
Detaljhandel mm	52111 - 52740	52111 - 52740
Transport och magasinering	60100 - 63400	60100 - 63400
Post och tele	64110 - 64203	64110 - 64203
Banker och andra kreditinstitut	65110 - 65232, 67110 - 67130	65110 - 65323, 67110 - 67130
Försäkringsbolag	67201 - 67202, 66011 - 66030	66011 - 66030
Fastighetsbolag och fastighetsförvaltare	70110 - 70329	70110 - 70329
Uthyrningsfirmor	71100 - 71402	71100 - 71402
Datakonsulter och dataservicebyråer	72100 - 72600	72100 - 72600
Andra företagstjänster	74111 - 74879	74111 - 74879
Utbildning	80100 - 80429	80100 - 80429

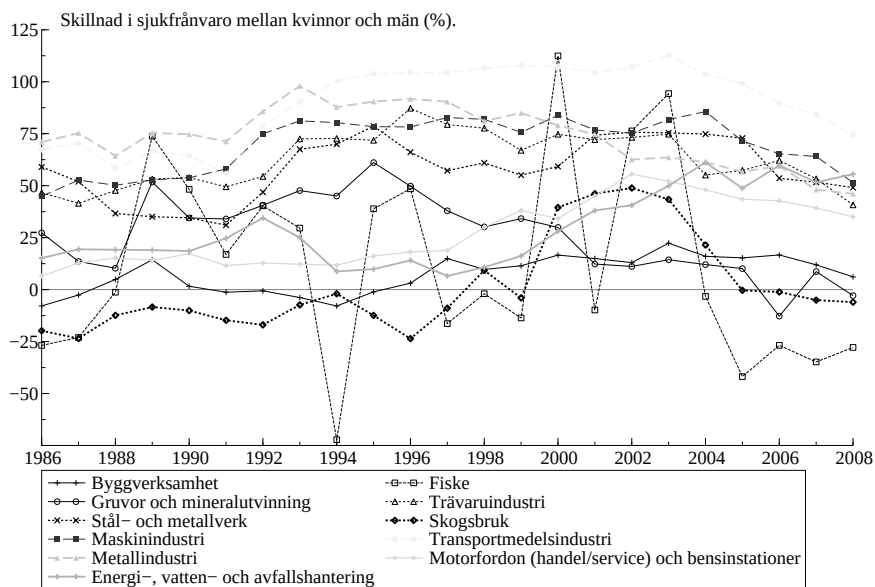
Näringsgren, begränsad nivå	Skapas utifrån	
	SNI 92	SNI 2002
Forskning och utveckling	73101 - 73203	73101 – 73203
Hälsö- och sjukvård	85110 - 85200	85110 – 85200
Barnomsorg*	85321 - 85322	80101, 85322
Äldre- och handikappomsorg	85311, 85323	85311, 85327 – 85328
Övrig vård och omsorg	85312 - 85315, 85324 - 85325	85312 - 85316, 85322 - 85326, 85329
Hotell och restauranger	55111 - 55529	55101 – 55529
Intresseorganisationer och religiösa samfund	91111 - 91330	91111 – 91330
Rekreation, kultur och sport	92110 - 92729	92110 – 92729
Annan serviceverksamhet	93011 - 95000	93011 – 95000
Offentlig förvaltning mm	75111 - 75300, 99000	75111 - 75300, 99000

*Not: Barnomsorg finns inte i SCB:s ursprungliga näringsgrenar på begränsad nivå enl. SNI 2002. För att få kontinuitet och jämförbarhet med SNI 92 har vi själva byggt Barnomsorg för SNI 2002, som bygger på SNI-koderna 80101 (Förskoleutbildning) samt 85322 (Dagbarnvård).



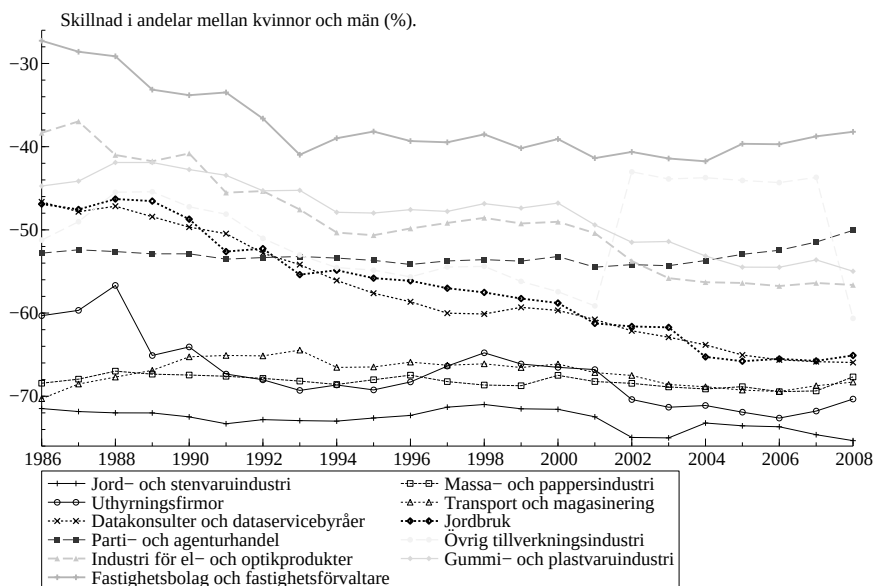
Figur B1 Könsskillnad i andelar, branscher i grupp 1 (se avsnitt 4.5)

Källa: egna beräkningar från SCB LOUISE och Försäkringskassan



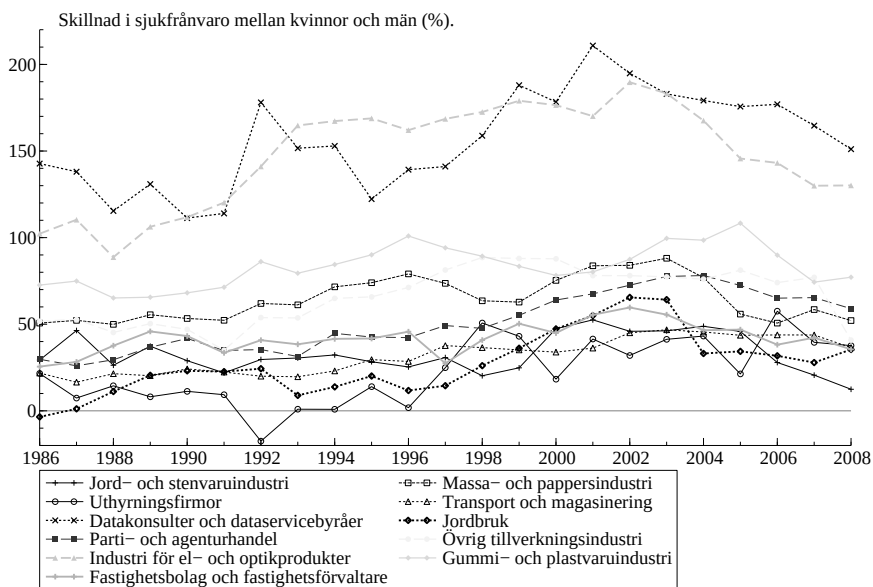
Figur B2 Könsskillnad i sjukpenning i grupp 1 (se avsnitt 4.5)

Källa: egna beräkningar från SCB LOUISE och Försäkringskassan



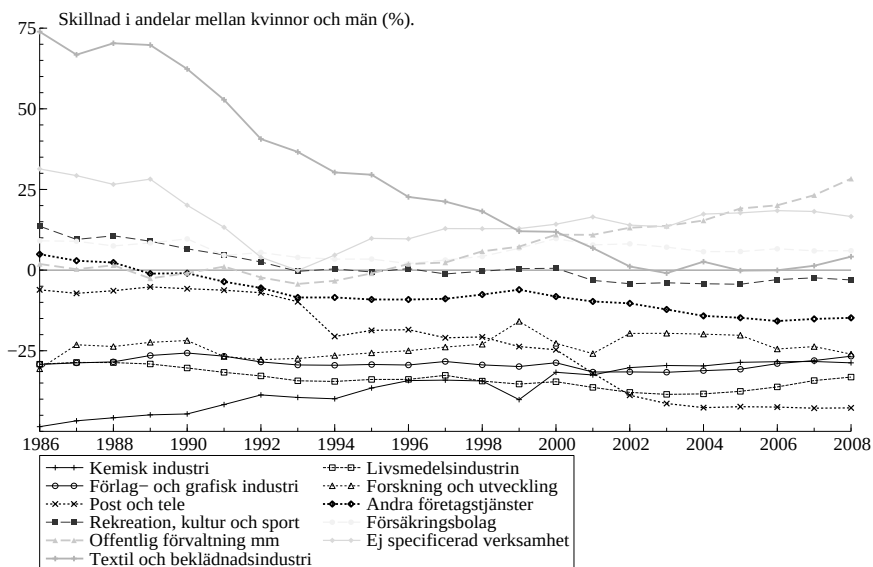
Figur B3 Könsskillnad i andelar, branscher i grupp 2 (se avsnitt 4.5)

Källa: egna beräkningar från SCB LOUISE och Försäkringskassan.



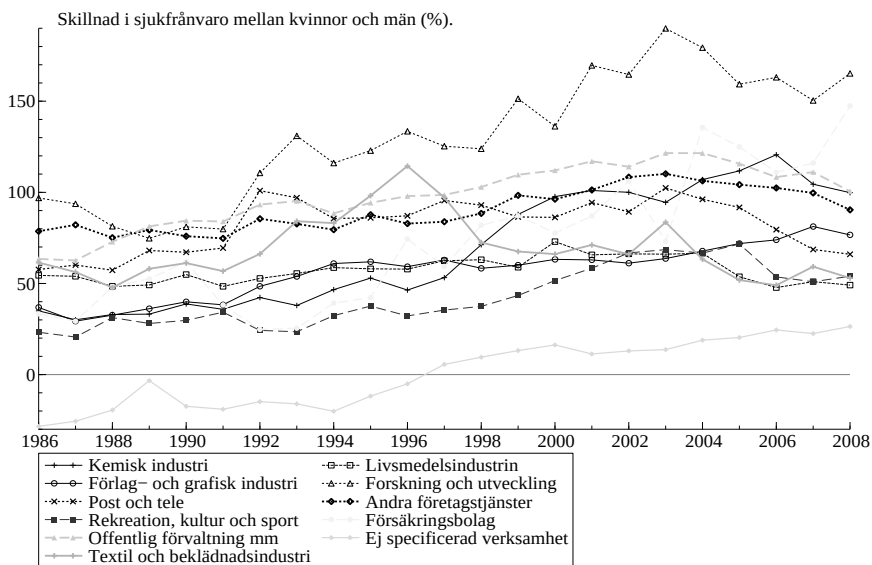
Figur B4 Könsskillnad i andelar i branscher i grupp 2 (se avsnitt 4.5)

Källa: egna beräkningar från SCB LOUISE och Försäkringskassan



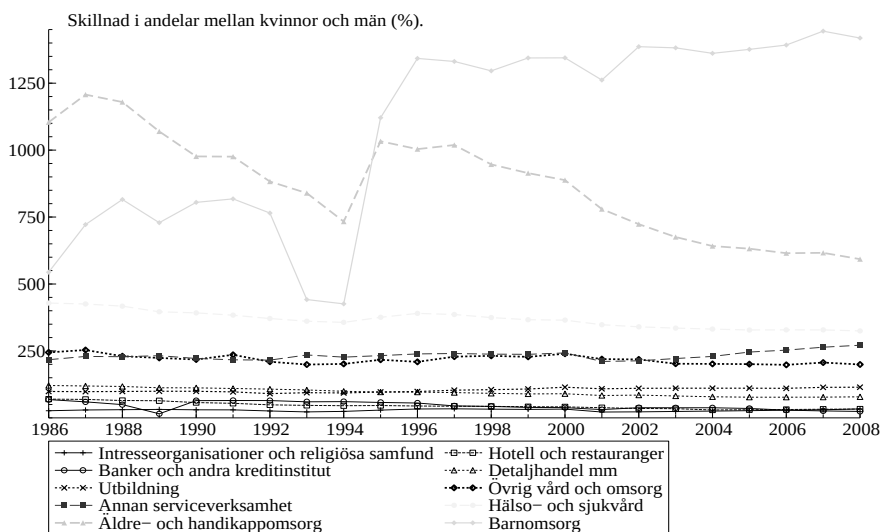
Figur B5 Könsskillnad i andelar, branscher i grupp 3 (se avsnitt 4.5).

Källa: egna beräkningar från SCB LOUISE och Försäkringskassan.



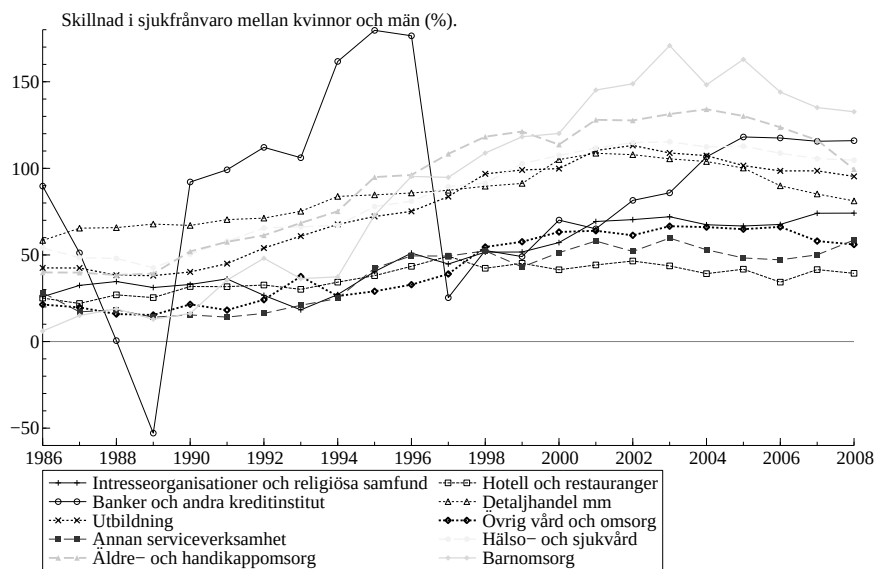
Figur B6 Könsskillnad i sjukpenning, branscher i grupp 3 (se avsnitt 4.5)

Källa: egna beräkningar från SCB LOUISE och Försäkringskassan.



Figur B7 Könsskillnad i andelar, branscher i grupp 4 (se avsnitt 4.5).

Källa: egna beräkningar från SCB LOUISE och Försäkringskassan.



Figur B8 Könsskillnad i sjukpenning, branscher i grupp 4 (se avsnitt 4.5).

Källa: egna beräkningar från SCB LOUISE och Försäkringskassan.

IFAU:s publikationsserier – senast utgivna

Rapporter

- 2010:11** Engström Per, Hans Goine, Per Johansson, Edward Palmer och Pernilla Tollin ”Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?”
- 2010:12** Hensvik Lena ”Leder skolkonkurrens till högre lärarlöner? – En studie av den svenska friskolereformen”
- 2010:13** Björklund Anders, Peter Fredriksson, Jan-Eric Gustafsson och Björn Öckert ”Den svenska utbildningspolitikens arbetsmarknadseffekter: vad säger forskningen?”
- 2010:14** Hensvik Lena och Peter Nilsson ”Smittar benägenheten att skaffa barn mellan kollegor?”
- 2010:15** Martinson Sara och Kristina Sibbmark ”Vad gör de i jobb- och utvecklingsgarantin?”
- 2010:16** Junestav Malin ”Sjukskrivning som politiskt problem i välfärdsdebatten – det politiska språket och institutionell förändring”
- 2010:17** Hägglund Pathric och Peter Skogman Thoursie ”Reformerna inom sjukförsäkringen under perioden 2006–2010: Vilka effekter kan vi förvänta oss?”
- 2010:18** Sibbmark Kristina ”Arbetsmarknadspolitisk översikt 2009”
- 2010:19** Ulander-Wänman Carin ”Flexicurity och utvecklingsavtalet”
- 2010:20** Johansson Per och Erica Lindahl ”Informationsmöte – en väg till minskad sjukskrivning?”
- 2010:21** Grönqvist Erik, Jonas Vlachos och Björn Öckert ”Hur överförs förmågor mellan generationer?”
- 2010:22** Martinson Sara och Kristina Sibbmark ”Vad gör de i jobbgarantin för ungdomar?”
- 2010:23** Hinnerich Tyrefors Björn, Erik Höglén och Magnus Johannesson ”Diskrimineras pojkar i skolan?”
- 2011:1** Hall Caroline och Linus Liljeberg ”En jobbgaranti för ungdomar? Om Arbetsförmedlingens ungdomsinsatser”
- 2011:2** Angelov Nikolay, Per Johansson, Erica Lindahl och Elly-Ann Lindström ”Kvinnors och mäns sjukfrånvaro”

Working papers

- 2010:5** Vikman Ulrika “Does providing childcare to unemployed affect unemployment duration?”
- 2010:6** Persson Anna och Ulrika Vikman “Dynamic effects of mandatory activation of welfare participants”
- 2010:7** Sjögren Anna “Graded children – evidence of longrun consequences of school grades from a nationwide reform”
- 2010:8** Hensvik Lena “Competition, wages and teacher sorting: four lessons learned from a voucher reform”
- 2010:9** Hensvik Lena och Peter Nilsson “Businesses, buddies and babies: social ties and fertility at work”
- 2010:10** van den Berg Gerard J., Dorly J.H. Deeg, Maarten Lindeboom och France Portrait “The role of early-life conditions in the cognitive decline due to adverse events later in life”
- 2010:11** Johansson Per och Erica Lindahl “Can sickness absence be affected by information meetings? Evidence from a social experiment”
- 2010:12** Grönqvist Erik, Björn Öckert och Jonas Vlachos “The intergenerational transmission of cognitive and non-cognitive abilities”
- 2010:13** de Luna Xavier, Per Johansson och Sara Sjöstedt-de Luna “Bootstrap inference for K-nearest neighbour matching estimators”
- 2010:14** Hinnerich Tyrefors Björn, Erik Höglén och Magnus Johannesson “Are boys discriminated in Swedish high schools?”

Dissertation series

- 2010:1** Johansson Elly-Ann “Essays on schooling, gender, and parental leave”
- 2010:2** Hall Caroline “Empirical essays on education and social insurance policies”