

# Kvinnors sjukfrånvaro

**En studie av förstagångsföräldrar**



Utgivare: Försäkringskassan  
Analys och prognos

Upplysningar: Margaretha Voss  
010-116 27 01  
margaretha.voss@forsakringskassan.se

Webbplats: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

# Förord

Avdelningen för Analys och prognos på Försäkringskassan producerar löpande statistik, prognoser och analyser för att bidra till kunskapsläget kring socialförsäkringens effekter för individ och samhälle. Som en del i detta görs även särskilda statistiska analysrapporter publicerade inom ramen för serien Socialförsäkringsrapport.

Försäkringskassan fick i oktober 2012 ett särskilt uppdrag att genomföra en studie av kvinnors och mäns sjukfrånvaro efter första barnets födelse (S2012/7441/SF).

Denna rapport är svar på detta regeringsuppdrag och innehåller dels en beskrivning av de kvinnor som är sjukfrånvarande i högre utsträckning än andra förstagångsföräldrar, dels en analys om varför kvinnors sjukfrånvaro ökar relativt mäns efter första barnets födelse.

Rapporten baseras på analys av registerdata vid Försäkringskassan med fokus på sjukfrånvaro för förstagångsföräldrar som fick barn 2005 och våra slutsatser är bland annat att skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män är tydliga redan före kvinnors första graviditet.

Projektgruppen har bestått av Carl Högfeltdt, Mats Johansson, Erik Jönsson, Ulrik Lidwall, Daniel Melén, Patric Tirmén och Margaretha Voss vid Försäkringskassans avdelning för analys och prognos.

Från Försäkringskassans avdelning för analys och prognos har Marie Mulder och Olof Rosander initialt och under projektets gång bidragit med värdefulla synpunkter, liksom Sofie Cedstrand och Daniel Bjerstedt som lämnat viktiga kommentarer i rapportens slutskede. Ett särskilt tack riktas till Marit Gisselman som i egenskap av granskare lämnat värdefulla synpunkter till utkast av rapport.

Jan Larsson  
Verksamhetsområdeschef  
Avdelningen för analys och prognos

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Summary</b> .....	<b>7</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>9</b>
Uppdrag.....	9
Disposition och frågeställningar .....	10
Kunskapssammanställning.....	11
<b>Data och metod</b> .....	<b>24</b>
Studiepopulation.....	24
Datakällor .....	24
Förmåner från socialförsäkringen.....	24
Statistiska metoder .....	25
Sociodemografiska och socioekonomiska variabler .....	26
<b>Resultat</b> .....	<b>27</b>
Sjukfrånvaro i samband med första barnets födelse.....	27
Faktorer som ökar risken för sjukfrånvaro.....	33
Förmån under graviditeten och sjukfrånvaro.....	41
Jämställdhet och sjukfrånvaro.....	44
Vårdbidrag och sjukfrånvaro .....	48
<b>Diskussion</b> .....	<b>51</b>
Beskrivning av sjukfrånvaro i samband med första barnets födelse.....	51
Faktorer som ökar risken för sjukfrånvaro.....	52
Slutsatser.....	56
<b>Referenser</b> .....	<b>58</b>
<b>Bilaga 1. Population och sjukfrånvaro</b> .....	<b>64</b>
<b>Bilaga 2. Relativa risker för sjukfrånvaro</b> .....	<b>74</b>
<b>Bilaga 3. Förmån under graviditeten och sjukfrånvaro</b> .....	<b>78</b>
<b>Bilaga 4. Jämställdhet och sjukfrånvaro</b> .....	<b>79</b>
<b>Bilaga 5. Vårdbidrag och sjukfrånvaro</b> .....	<b>83</b>

# Sammanfattning

Rapporten baseras på analyser av registerdata vid Försäkringskassan och beskriver sjukfrånvaron över tid för kvinnor och män i förstagångsföräldrapar till barn födda åren 2005 och 2008. I rapporten redovisas även möjliga orsaksfaktorer till varför vissa kvinnor har högre sjukfrånvaro än andra förstagångsföräldrar med fokus på föräldrar som fick sitt första barn 2005.

Beskrivande data visar att redan sex år före första barnets födelse har kvinnor i genomsnitt fler sjukpenningdagar än män och antalet sjukpenningdagar två år efter barnets födelse ligger på samma nivå som strax före graviditeten. För män som får sitt första barn 2005 är sjukfrånvaron relativt stabil över tid. Skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män före och efter första barnets födelse ökade i slutet av 1990-talet för att därefter minska betydligt under 2000-talet.

Kvinnor har en högre risk än män att bli sjukskrivna i ett sjukfall längre än 14 dagar både före och efter första barnets födelse. En betydande riskökning för sjukfrånvaro för kvinnor ses två år efter andra barnets födelse vilket sannolikt sammanfaller med att båda föräldrarna åter börjat förvärvsarbete och den dubbla arbetsbördan blir som mest omfattande.

Som förväntat är psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar de vanligaste diagnoserna för både kvinnor och män före första barnet. Efter första barnet är det graviditetskomplikationer som är den dominerande diagnosgruppen för kvinnor.

Både sociodemografiska och socioekonomiska faktorer har betydelse för att bli sjukskriven i ett sjukfall som varar längre än 14 dagar. Längre utbildning och högre lön innebär en lägre risk att bli sjukskriven för både kvinnor och män. Utöver dessa faktorer finns även skillnader som är kopplade till faktiska arbetsförhållanden som har betydelse för hälsa och arbetsförmåga, såsom yrke och inom vilken sektor på arbetsmarknaden man befinner sig. Yrken med ökad risk för sjukskrivning för kvinnor finns inom skola, vård och omsorg, områden inom vilka en stor andel av kvinnorna arbetar. Yrkesgrupper som utmärker sig är forskollärare, vård- och omsorgspersonal, hälso- och sjukvårdsspecialister och sjuksköterskor. Orsakerna till den högre sjukskrivningsrisken i dessa yrken går delvis att finna i de fysiska och psykiska krav som finns i arbetet.

Utbetald ersättning från socialförsäkringen under graviditeten är vanligt bland kvinnor som får sitt första barn. Som förväntat innebär ersättning i form av sjuk- och/eller graviditetspenning en ökad sannolikhet för framtida sjukfrånvaro. Däremot finns inget samband mellan föräldrapenning under graviditeten och framtida sjukfrånvaro.

Vidare finns en ökad risk att kvinnan sjukskrivs i de fall kvinnan utför den största delen av arbetet i hemmet, och kvinnans ställning på arbetsmarknad-

en är minst likvärdig med mannens. Detta resultat stöder hypotesen att dubbelarbete i meningen att kvinnan har ett huvudansvar för hem och familj samtidigt som hon förvärvsarbetar i hög utsträckning kan leda till ökad risk för sjukskrivning. Här bör ytterligare studier verifiera och fördjupa kunskapen.

Ett omsorgsansvar för extra vårdkrävande barn där någon av föräldrarna erhåller vårdbidrag innebär för både kvinnor och män ett samband med sjukskrivning, men sambandet är starkare för kvinnor.

Ytterligare kunskap behövs om orsakerna bakom skillnaderna i sjukskrivning för kvinnor och män. Givet den osäkerhet som alltid omgärdar observationsstudier kan dock vissa slutsatser dras utifrån analyserna och de kunskaper som finns inom området. På arbetsmarknaden är arbetsmiljöproblem inom välfärdstjänsteområdet och verksamheter som sysselsätter stora grupper kvinnor, såsom skola, vård och omsorg sannolikt en starkt bidragande orsak till sjukskrivningar. Detsamma gäller sannolikt också den generella snedfördelningen av arbetet i hemmet i familjer där både kvinnan och mannen i hög grad bidrar till familjens försörjning genom förvärvsarbete. Sannolikt skulle ett arbetsliv som förmår ta hänsyn till de särskilda livsvillkor som följer med föräldraskap bidra till ökade möjligheter att ta till vara viktig kompetens samt minska risken för förlorad produktivitet i form av omfattande sjukfrånvaro.

## Summary

This report describes sickness absence among parents who gave birth to their first child in Sweden between 2005 and 2008. The report also presents possible factors that could explain why some women have higher sickness absence than other first-time parents who gave birth to their first child in 2005.

Data are based on information from register at the Swedish Social Insurance Agency (Försäkringskassan). Descriptive results are mainly presented as mean of sick-leave days in medically certified sick-leave spells exceeding 14 days where sickness benefit has been paid. The results show that already six years before the birth of the first child, women have on average more days with sickness benefit compared to men. The number of sick-leave days increases during pregnancy. However, the average level of sick-leave days two years after the first child was born is at the same level as just before pregnancy. For men who become first-time fathers in 2005, the number of sick-leave days is relatively stable over time. Among couples who became first-time parents between 1995 and 2008 the gender differences in sickness absence increased before and after the birth of the first child in the late 1990s, but then declined significantly in the 2000s.

Women have a higher risk compared to men to become sick listed in a sick-leave spell exceeding 14 days, both before and after the birth of the first child. There is substantial increase in risk for sickness absence for women two years after the second child's birth. Probably this coincides with both parents re-entering the labour market and the "double burden" by combining taking care of the children and the household work and carry out paid work is considerable, especially among women.

Psychiatric and musculoskeletal conditions are the most common diagnoses for both women and men who receive sickness benefit in Sweden. As expected, these diagnoses are also the most common diagnoses before the birth of first child in the medical certificates among both women and men. After the first child, pregnancy and child birth related diagnoses are the dominating diagnostic group for women.

Both socio-demographic and socio-economic factors are associated with sick-leave spells exceeding 14 days. Higher educational level and higher income implies a decreased risk of sick leave among both women and men. In addition, there are also important factors that are linked to the employees' actual work environment that can explain differences in health and work ability, such as occupation and sector of the labour market. Occupations with an increased risk of sick leave for women include work in education, health and social care, sectors where a large proportion of women work. Occupational groups that stand out are preschool teachers, health and social care staff, health care specialists and nurses. The reasons for the higher risk

of sick leave in these occupations are most likely found partly in the physical and mental demands of the work.

Allowances from social insurance during pregnancy are common among women who gave birth to their first child. As expected allowance in the form of sickness and/or pregnancy benefit is associated with an increased risk of future sick leave. However, there is no relationship between parental benefit during pregnancy and future sick leave.

Furthermore, there is an increased risk of sick leave when the woman carries the main part of the work in the home, and has at least a position equal to her spouse on the labour market. This result supports the hypothesis that the “double burden“ in the sense that women have the main responsibility for home and family while she also works to a great extent can lead to increased risk of sick leave. Further studies are needed to confirm these results and increase the knowledge in this area.

Caring responsibilities for a child in need of extra care due to disability or illness and where either parent receives childcare allowance is associated with an increased risk of sick leave for both women and men, but this association is stronger for women.

Further knowledge is needed about the reasons behind the differences in sick leave for women and men generally, and for women and men in relation to becoming a parent. Despite the uncertainty that always come with this type of studies, certain conclusions can be drawn from the analyses in the present study along with knowledge from other studies. Work environment problems in the welfare services and in areas that employ large groups of women, such as education, health, and social care, seem to be a major contributor to the risk of sick leave. The general imbalance of the household work in the families where both the woman and the man contribute equally to supporting the family through gainful employment also contributes to sick leave among women in Sweden. Most likely, a work environment that is able to take into account the specific conditions of life that come with parenthood would contribute to increased opportunities to take advantage of important work skills as well as reduce the risk of lost productivity due to comprehensive sick leave.



# Inledning

## Uppdrag

Regeringens bedömning är att sjukförsäkringsreformen varit en bidragande orsak till att fler människor i dag är i arbete och att sjukförsäkringen fungerar väl överlag. En prioriterad fråga för regeringen är att öka kunskapen om orsakerna till skillnaden i kvinnors och mäns uttag av sjukpenning. Denna skillnad har under lång tid varit bestående och de tre senaste åren har den dessutom ökat.

Regeringen har gett Försäkringskassan i uppdrag att genomföra en studie av kvinnors och mäns sjukfrånvaro efter första barnets födelse. Studien ska innehålla dels en beskrivning av de kvinnor som är sjukfrånvarande i högre utsträckning än andra förstagångsföräldrar, dels en analys om varför kvinnors sjukfrånvaro ökar relativt mäns efter första barnets födelse.

I syfte att öka kunskapen ska Försäkringskassan med hjälp av deskriptiv statistik så som ålder, yrke, socioekonomisk tillhörighet, diagnos och hushållstyp beskriva de kvinnor som efter första barnets födelse är sjukfrånvarande i högre utsträckning än andra förstagångsföräldrar. I samma syfte ska Försäkringskassan även undersöka tänkbara orsakssamband till skillnaderna i kvinnors och mäns sjukfrånvaro efter första barnets födelse. Hänsyn ska tas till faktorer som sjukfrånvarobegreppet, sjukfallslängd, förvärvsinkomst samt hur ersättningar som föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning, vårdbidrag och assistansersättning används av föräldrarna. Hänsyn ska även tas till hur eventuella ersättningar från socialförsäkringen under graviditeten kan komma att påverka framtida sjukfrånvaro.

Resultaten från studien Kvinnors och mäns sjukfrånvaro 2011:2, av Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), ska beaktas i arbetet. IFAU har genomfört en studie i vilken skillnaderna mellan mäns och kvinnors sjukfrånvaro studeras utifrån förekomsten av sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning. Ett av studiens tydligaste resultat är betydelsen av att få barn. I rapporten framkommer bl.a. att kvinnor och män, vilka tillsammans får sitt första barn under ett visst år, är sjukfrånvarande i ungefär samma utsträckning fram till och med det första barnets födelse. Ett år efter barnets födelse ökar kvinnornas sjukfrånvaro relativt männens och två år efter barnets födelse är kvinnornas sjukfrånvaro i genomsnitt ungefär dubbelt så hög som männens. Denna skillnad består cirka 15 år efter första barnets födelse. Analysen är gjord på föräldrar till barn födda 1995 och 1999.

## Disposition och frågeställningar

Rapporten som bygger på analyser av registerdata som finns vid Försäkringskassan har följande upplägg:

En inledande kunskapssammanställning ger en översiktlig bild av kunskapsläget vad gäller forskning om sjukfrånvaro generellt, skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män, orsaker till skillnaden i sjukfrånvaro mellan könen och sjukfrånvaro i samband med familjebildning.

I kapitlet *Data och metod* beskrivs de datakällor som använts, ersättningsformer från socialförsäkringen som ingår i studien, studiepopulation, beskrivande mått på sjukfrånvaro samt de metoder som använts i de fördjupade analyserna av sjukfrånvaro.

Resultatdelen inleds med ett avsnitt som visar hur sjukfrånvaron ser ut före och efter första barnet för kvinnor och män i föräldrapar som får barn 2005 och 2008. I avsnittet beskrivs även utvecklingen av könsskillnaden i antal sjukpenningdagar före och efter första barnets födelse över tid. Andelen kvinnor med ersättningar från socialförsäkringen i form av sjukfrånvaro, graviditetspenning och föräldrapenning före och efter barnets födelse redovisas. Avslutningsvis presenteras sjukfrånvaro under 2000–2012 för förstföderskor 2005 och för andra grupper av kvinnor i samma ålder.

Därefter följer fyra analytiska avsnitt i resultatkapitlet där det första presenterar analys av skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män som blir förstagångsföräldrar 2005. Skillnader i sjukfrånvaro *före* respektive *efter* första barnet samt sjukfrånvaro efter andra barnets födelse presenteras för kvinnor jämfört med män. Resultaten om faktorer som har samband med en ökad sjukfrånvaro för kvinnor respektive män som fått sitt första barn jämfört med andra förstagångsföräldrar fokuserar främst på socioekonomiska förhållanden. Slutligen redovisas sjukskrivningsdiagnoser före och efter första barnets födelse samt efter andra barnets födelse för förstagångsföräldrar.

I avsnittet *Förmån under graviditeten och sjukfrånvaro* besvaras frågan om och vilka ersättningar i form av sjukfrånvaro, graviditetspenning och föräldrapenning som har samband med framtida sjukfrånvaro för kvinnor som får sitt första barn. Dessutom redovisas skillnader i att ha erhållit graviditetspenning under graviditeten för kvinnor i olika yrkesgrupper.

Föräldraförsäkringen ska underlätta för båda föräldrarna att kombinera yrkesliv med familjeliv och förbättra förutsättningarna för jämställdhet mellan kvinnor och män. Uttag och fördelning av föräldrapenning och tillfällig föräldrapenning inom föräldraparen har använts som en indikator på jämställdhet i familjen. Dessutom skapades indikatorer för jämställdhet med avseende på hur stor andel var och en bidrar med till familjens totala inkomst samt jämställdhet vad gäller kvalifikationskrav för föräldraparens yrken. I avsnittet *Jämställdhet och sjukfrånvaro* redovisas resultat för samband mellan dessa indikatorer på jämställdhet inom föräldraparet och framtida sjukfrånvaro för kvinnor som fått sitt första barn.

En hypotes som diskuterats vad gäller orsaker till kvinnors sjukfrånvaro är den totala belastningen i familjen vad gäller betalt arbete och omsorg om barn. Att ha ett barn som på grund av sjukdom eller nedsatt funktionsförmåga behöver extra tillsyn och stöd kan ses som en extra belastning i familjen. Samband mellan denna extra belastning och sjukfrånvaro för kvinnor och män presenteras i avsnittet *Vårdbidrag och sjukfrånvaro*. Information om utbetalt vårdbidrag har använts som indikator för att ha ett extra vårdkrävande barn i familjen. Analyser av samband mellan föräldrar med extra omsorgsansvar för barn och sannolikheten att bli sjukskriven har jämförts med sjukfrånvaron för förstagångsföräldrar som inte har detta extra omsorgsansvar.

*De frågeställningar som besvaras i rapporten är:*

- 1 Hur ser sjukfrånvaron ut för kvinnor jämfört med män före och efter första barnets födelse samt efter andra barnets födelse för förstagångsföräldrar som får barn 2005 och 2008?
- 2 Vilka sociodemografiska och socioekonomiska faktorer innebär en ökad risk för framtida sjukfrånvaro för kvinnor och män som fick sitt första barn 2005?
- 3 Vilka sjukskrivningsdiagnoser dominerar för kvinnor och män bland förstagångsföräldrar som är sjukskrivna före och efter första barnets födelse?
- 4 Finns det samband mellan uttag av sjukpenning, graviditetspenning och föräldrapenning under graviditeten och framtida sjukfrånvaro för kvinnor som får sitt första barn?
- 5 Finns det samband mellan förstagångsföräldrars jämställdhet i privatlivet och i arbetslivet och sjukfrånvaro för kvinnor?
- 6 Finns det samband mellan vårdbidrag för extra omsorgskrävande barn och sjukfrånvaro för förstagångsföräldrar?

Rapporten avslutas med ett diskussionskapitel och de slutsatser som kan dras av resultaten.

Bilagorna 1–5 innehåller kompletterande tabeller över beskrivande resultat samt regressionsanalyser.

## Kunskapssammanställning

### Forskning om orsaker till sjukfrånvaro

Medicinska orsaker och ohälsa är en självklar utgångspunkt vid analys av sjukfrånvaro. Men sjukdom är inte allt. Det har inom sociologi, psykologi och ekonomi framkommit en rad orsaker till sjukfrånvaro, inte minst vad gäller arbetsmiljö. Forskning visar bland annat på skillnader i sjukskrivningsmönster mellan kvinnor och män, mellan olika ålders-, yrkes-, utbildnings- och inkomstgrupper samt i förhållande till bostadsort och arbetsgivarens juridiska form (sektor). Dessutom finns skillnader i sjuk-

skrivningsmönster mellan anställda och arbetslösa (Allebeck och Maste-  
kaasa 2004, Alexandersson m.fl. 2011).

I kapitlet redovisas resultat från forskning som visar på möjliga orsaker till sjukfrånvaro. Därefter avgränsas litteraturgenomgången till skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män och orsaker till sådana skillnader. Genomgången utgår bland annat ifrån så kallade *reviews*, översikter av gjord forskning inom avgränsade områden, med särskilda vetenskapliga krav.

Enligt en brittisk forskningsöversikt är arbete är generellt bra för såväl fysisk som psykisk hälsa och välbefinnande. I jämförelse med arbetslöshet överväger således vanligtvis fördelarna med att arbeta. Arbetsuppgifter, arbetssituationer och anställningsformer kan dock vara mer eller mindre goda i såväl fysisk som psykosocial kontext, vilket bör tas hänsyn till då arbetsrelaterad ohälsa studeras (Wadell & Burton 2006).

Många studier undersöker arbetsförhållanden och sjukfrånvaro, men ett fåtal uttalar sig om orsakssamband däremellan. Enligt flera forskningsöversikter finns det dock begränsat vetenskapligt stöd för samband mellan dels fysiska arbetsförhållanden (såsom ergonomi, fysiskt ansträngande arbete och obekväma arbetsställningar), dels arbetstillfredsställelse och sjukfrånvaro. Det finns också måttligt stöd för att låg kontroll i arbetslivet har ett samband med sjukfrånvaro. Det vetenskapliga stödet för höga krav och socialt stöd i arbetslivet är dock otillräckligt, om än forskning visar att faktorerna samvarierar (Bekker m.fl. 2009, Michie & Williams 2003, Allebeck & Maste-  
kaasa 2004). Ett flertal studier visar att framför allt anställda inom vård, omsorg och utbildningssektorn, där kvinnor är överrepresenterade, har mer psykisk ohälsa (Bekker m.fl. 2009, Michie & Williams 2003, Beemsterboer m.fl. 2009).

Forskning visar också att en mindre positiv inställning till närmaste chef har betydelse för sjukfallsfrekvens och att arbetsgivares sätt att arbeta med sjukfrånvaro påverkar längden på sjukfall. Dessutom är arbetsförhållanden (såsom uppskattning för utfört arbete, anställningsform och nöjdhet med jobbet) av betydelse för längden på sjukfrånvaron (Beemsterboer m.fl. 2009), och missnöje med arbetet samvarierar också med fler sjukdagar (Bekker m.fl. 2009). Samtidigt är det viktigt att påpeka vikten av arbetsgivares förståelse för de sjukskrivnas behov vid återgång till arbete (Verdonk m.fl. 2008) och den sociala kontextens (vari arbetet utförs) betydelse för arbetsuppgifternas samband med ohälsa (Wadell och Burton 2006). Avslutningsvis finns en ökad risk för kort sjukfrånvaro bland dem som har små anpassningsmöjligheter på arbetsplatsen (Hultin m.fl. 2010, Kristensen 1991). Sammantaget förklarar dock arbetet generellt bara en mindre del av den totala ohälsan bland anställda (Wadell och Burton (2006).

Det råder brist på studier som explicit har studerat samband mellan sociala och demografiska bakgrundsfaktorer – såsom kön, ålder, bostadsort och socialgrupp (klass) – och sjukfrånvaro. Däremot används sådana faktorer ofta som bakgrundsfaktorer eller kontrollvariabler i studier om sjukfrånvaro. Detta medför att eventuella kausala samband är relativt outforskade, varför det vetenskapliga stödet för hur exempelvis ålder, bostadsort och kön

påverkar sjukfrånvaro är bristfälligt, om än samtliga dessa egenskaper på ett tydligt sätt samvarierar med sjukfrånvaro (Allebeck och Mastekaasa 2004). Svensk forskning visar på högre sjukfrånvaro på landsbygd än i städer och att äldre är sjukskrivna längre perioder, men inte oftare, än yngre. Översikter visar också på en tydlig negativ samvariation mellan socioekonomisk ställning samt utbildningsnivå och sjukfrånvaro. Sjukfrånvaron är alltså högre bland dem med lägre inkomst och utbildning samt inom ”arbetaryrken”, jämfört med dem med högre inkomst och utbildning samt bland ”tjänstemän och -kvinnor” (Allebeck och Mastekaasa 2004, Beemsterboer m.fl. 2009). En historik av arbetslöshet samvarierar också med längre sjukfrånvaro, jämfört med dem som inte har varit arbetslösa. Dessutom samvarierar tidigare sjukskrivning med nya sjukfall (Alexandersson m.fl. 2011, Beemsterboer 2009), inte minst inom diagnosgruppen ryggbesvär (SBU 2003). Kvinnor, som i högre utsträckning har tidigare sjukfall än män, kan således förväntas få fler nya sjukfall, vilket leder till större könsskillnader.

Det finns ett vedertaget antagande om ett samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro, som bygger på att sjukfrånvaron är hög vid låg arbetslöshet och vice versa. Den förväntade samvariationen har enligt svensk arbetslöshets- och sjukfrånvarostatistik följt teorin, men trenden har brutits under 2000-talet (Försäkringskassan 2013b) och en alternativ hypotes till sambandet, med ett negativt samband för kort, och ett positivt samband för lång sjukfrånvaro har presenterats (Lidwall m.fl. 2004). Översikter finner begränsat stöd för en negativ samvariation mellan de två försäkringarna, men de granskade studierna bygger på data utan koppling till individnivå, vilket gör det svårt att uttala sig om orsakssamband. Det finns sammantaget ett begränsat vetenskapligt stöd för samvariationen, medan stödet för de kausala mekanismerna är otillräckligt (Allebeck & Mastekaasa 2004).

Även utformningen av socialförsäkringssystemet påverkar sjukfrånvaron. En generös socialförsäkring leder till att fler beviljas utbetalning från försäkringen, och om det inte finns någon försäkring kan naturligtvis inte någon beviljas utbetalning. En sjukförsäkring som ger högre ersättning än arbetslöshetsförsäkringen kan på så vis bidra till att försäkrade förflyttar sig från arbetslöshet till sjukskrivning i samband med att utförsäkring från a-kassan närmar sig (Larsson 2006).

Enligt översikten av Allebeck & Mastekaasa (2004) finns det få studier inom området med hög kvalitet, men flertalet studier visar på ett svagt samband mellan försäkringssystem och sjukfrånvaro (däribland Johansson och Palme 1996), vilket ger ett måttligt vetenskapligt stöd för sambandet. I en litteraturgenomgång för den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04) finner Skogman Thoursie stöd för att ersättningsgraden påverkar sannolikheten att bli sjukskriven. Det är viktigt att påpeka att främst kort sjukfrånvaro påverkas av de försäkrades motivation, ekonomiska incitament och attityder, eftersom längre sjukfrånvaro bevakas av portvakter (sjukskrivande läkare och Försäkringskassans handläggare). Beemsterboer m.fl. (2009) finner också att attityder till sjukfrånvaro påverkar den korta sjukfrånvaron. Även motivation att arbeta och att återvända till arbete vid frånvaro påverkar sjukfrånvaron och längden på den (ibid). De senaste årens

förändringar i sjukförsäkringen – såsom införandet av det försäkringsmedicinska beslutstödet (med rekommendationer för sjukfallslängder 2006–2007), rehabiliteringskedjan och införandet av tidsgränser för sjukpenning (2008) – har också studerats, och särskilt beslutstödet har påverkat sjukfrånvaron, genom minskade sjukskrivningslängder (Hägglund 2010 och Lidwall 2012).

Avslutningsvis samvarierar livsstil respektive civilstånd med sjukfrånvaro. Översikter finner flera studier som visar på positiv samvariation mellan rökning, övervikt, intag av alkohol samt brist på fysisk aktivitet och sjukfrånvaro. Samvariationen kvarstår om hänsyn tas till kontrollvariabler kopplade till hälsa och arbetsplats, om än studiernas upplägg inte tillåter att uttala sig om kausala samband (Beemsterboer m.fl. 2009, Allebeck & Mastekaasa 2004). Även sömnbesvär har tydligt visat sig samvariera med sjukfrånvaro (Bekker m.fl. 2009). Resultat från översikter antyder också att gifta är mindre sjukfrånvarande än ogifta, men det saknas tillräckligt stöd för att klarlägga ett sådant samband. Däremot finns det begränsat vetenskapligt stöd för högre sjukfrånvaro bland frånskilda, separerade och änkor/änklingar än gifta (Allebeck & Mastekaasa 2004). Det vetenskapliga stödet för ett samband mellan att ha barn i hemmet och sjukfrånvaro är dock otillräckligt, på grund av motstridiga forskningsresultat (detta utvecklas nedan).

### Könsskillnader i sjukfrånvaro

I Sverige har kvinnor haft högre sjukfrånvaro än män sedan början av 1980-talet. Detta följer en internationell utveckling som visar att kvinnor löper större risk än män att sjukskrivas i de flesta europeiska länder (Försäkringskassan 2009, Bekker m.fl. 2009, Alexandersson m.fl. 2011). Däremot visar inte forskningen på någon tydlig samvariation mellan kön och längden på sjukfall (Bekker m.fl. 2009, Försäkringskassan 2013a). Mäns sjukfall är genomsnittligt längre än kvinnors inom vissa diagnoser (SBU 2003, Alexandersson m.fl. 2012).

Under 2011 tog 297 000 kvinnor emot sjukpenning från Försäkringskassan (vilket exkluderar sjukfall för anställda kortare än 15 dagar). Under samma år tog 177 000 män emot sjukpenning. Kvinnor är således mottagare av sjukpenning i 63 procent av sjukfallen (Socialförsäkringen i siffror 2012). Denna andel överensstämmer med en trend under 2000-talet, där kvinnor även har stått för 61 till 64 procent av långtidssjukfallen (längre än 60 dagar; Försäkringskassan 2010a). Trots stora könsskillnader finns inte något säkert svar på vad som orsakar kvinnors högre sjukfrånvaro (SBU 2003, Alexandersson m.fl. 2011).

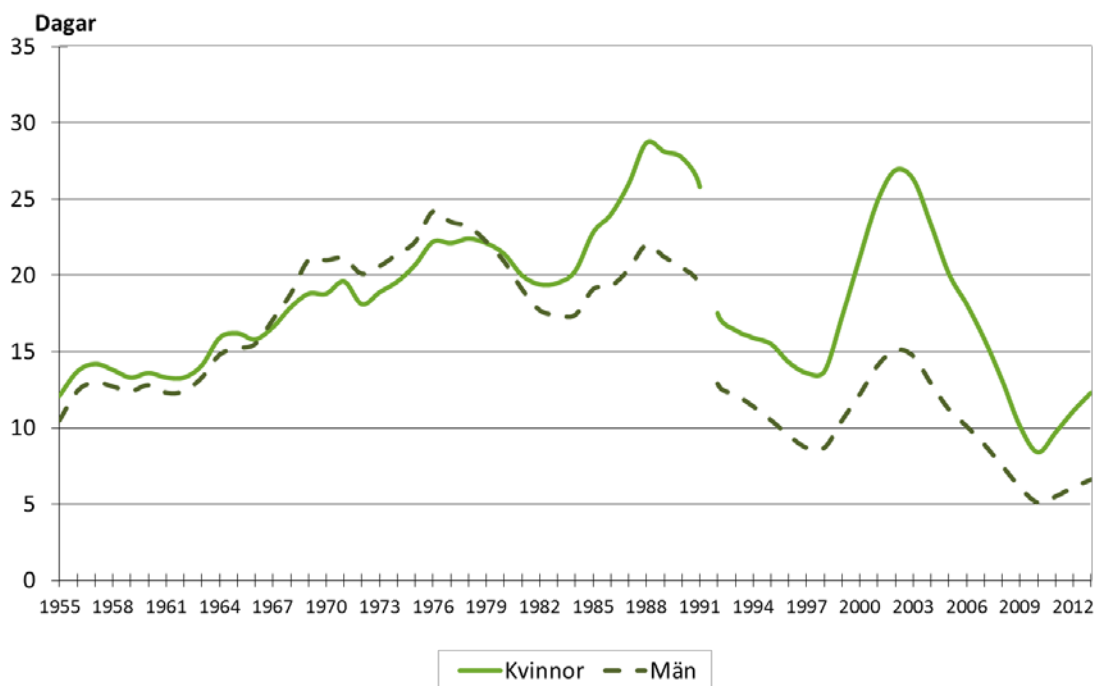
Mellan 1955 (då en allmän sjukförsäkring infördes i Sverige) och slutet av 1970-talet befann sig kvinnors och mäns sjukfrånvaro på ungefär samma nivå, se figur 1.<sup>1</sup> I början av 1980-talet skedde ett trendskifte där kvinnors sjukfrånvaro i relation till mäns ökade. Utvecklingen av ökande sjukfrånvaro för kvinnor i relation till män fortsatte till och med början av 2000-

---

<sup>1</sup> I sjukfrånvaro mätt som **sjuktalet** vilket anger antal utbetalda bruttodagar med sjukpenning per försäkrad. Sjuktalet finns i en tidsserie från 1955.

talet, då utvecklingen planade ut i ett läge där kvinnors sjukfrånvaro var omkring 80 procent högre än männens. I samband med regelförändringarna som infördes 2008 minskade kvinnors sjukfrånvaro i relation till männens under några år, för att sedan återigen öka. År 2013 är kvinnors sjukfrånvaro i relation till mäns det högsta sedan mätningarna startade (86 procent).<sup>2</sup> Vi ska nu, utifrån forskning inom området, försöka besvara varför kvinnor oftare blir sjukskrivna än män.

**Figur 1 Sjuktalet<sup>3</sup> för kvinnor och män 1955–2013**



### Orsaker till könsskillnad i sjukfrånvaro

I Sverige lever kvinnor längre än män, men är mer sjukfrånvarande. Kvinnor har också högre sjuklighet vad gäller såväl diagnostiserad som upplevd fysisk och psykisk ohälsa. Kvinnors högre sjukfrånvaro och det faktum att de lever längre kan ha en gemensam förklaring i att kvinnor i högre utsträckning har kontakt med sjukvården, söker läkare (SCBa 2013, Beemsterboer m.fl. 2009) samt har en högre läkemedelsförbrukning än män (Loikas m.fl. 2013, Beemsterboer m.fl. 2009). Fler läkarbesök och mer medicinering samvarierar med sjukfrånvaro, och kan samtidigt förmodas

<sup>2</sup> Den relativa skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro mätt som **sjukpenning-talet** har också sin högsta nivå 2013 (79 procent högre för kvinnor jämfört med män). Sjukpenningtalet anger antal utbetalda nettodagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning per försäkrad. Sjukpenningtalet finns i en tidsserie från 1994.

<sup>3</sup> Sjuktalet anger antal utbetalda bruttodagar med sjukpenning per försäkrad. Bruttodagar betyder att även dagar med partiell ersättning räknas som en ersatt dag. Sjuktalet finns i en tidsserie från 1955 då den allmänna sjukförsäkringen infördes. År 1992 infördes sjuklöneperiod som ersätts av arbetsgivarna vilket innebär att korttidssjukfrånvaro saknas i sjuktalet. Förändringen 1992 innebär ett brott i serien som särskilt markerats i figuren. Även andra regeländringar som genomförts påverkar sjuktalet, se [www.forsakringskassan.se/statistik](http://www.forsakringskassan.se/statistik).

leda till lägre mortalitet. Kvinnor har också generellt en mer hälsofrämjande livsstil, som innefattar ett genomsnittligt lägre risktagande än män (Courtenay 2000). I sammanhanget är det också viktigt att påpeka att sjukfrånvaro inte i första hand mäter ohälsa eller sjukdom, utan i vilken mån en sjukdom eller skada sätter ner arbetsförmågan.

Det har också lyfts fram att kvinnor och män hanterar händelser i livet på olika sätt (coping) och att detta kan bidra till högre sjukfrånvaro bland kvinnor. Bekker m.fl. (2009) finner forskning som visar att exempelvis dödsfall inom familjen leder till mer och längre sjukfrånvaro för kvinnor än för män. Samtidigt finner författarna andra studier som pekar på att sådana skillnader inte förekommer. Sambandet mellan kön, upplevelse av sjukdom och sjukfrånvaro konstaterar de vara oklart. Däremot menar RFV (2004b) att då kvinnor generellt har sämre arbetsförhållanden och sämre möjligheter att påverka sitt arbete och förhållanden på arbetsplatsen, är det större risk att de drar sig undan arbetsrelaterade svårigheter och problem, exempelvis genom sjukskrivning.

En annan bidragande orsak till kvinnors högre sjukfrånvaro kan vara kvinnors överrepresentation inom psykiska diagnoser och muskuloskeletal besvär, där den medicinska kunskapsnivån är lägre än inom exempelvis hjärtkärlsjukdomar. Kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering är härmed mer ofullständig för de sjukdomar som oftare drabbar kvinnor (Alexandersson m.fl. 2011, SBU 2003). En närliggande förklaring är de större risker för besvär som kvinnor utsätts för vid sjukdomar i organsystem, då mannen har fungerat som norm för sådan sjuklighet. Normer kan också innefatta att sociokulturella föreställningar inom vården sätter sin prägel på sjuklighet (Alexandersson m.fl. 2011). Sveriges kommuner och landsting (SKL) menar att kvinnor oftare än män drabbas av kvalitetsbrister i sjukvården, detta delvis som följd av mindre forskning gjord på kvinnor. Detta har medverkat till att kvinnors besvär oftare betraktas som ospecifika eller diffusa samt till fler biverkningar vid medicinering. SKL menar vidare att det har påvisats medicinskt omotiverade könsskillnader för tillgång till utredning och behandling av ett flertal sjukdomar. Väntetiderna inom vården är också längre för kvinnor, och män får oftare nyare och dyrare mediciner utskrivna (SKL 2007).

Det har också lyfts fram att det förekommer skillnader i bemötande av kvinnor och män inom socialförsäkringssystemet och bland arbetsgivare. Kvinnor och män erbjuds exempelvis olika rehabiliteringsåtgärder, vilket kan bidra till könsskillnad i sjukskrivningar (RFV 2004b, Alexandersson m.fl. 2011). I RFV:s (2004a) översikt står att läsa att det är oklart om och hur aktörerna i sjukskrivningsprocessen påverkar könsskillnaden. Däremot konstateras att flera studier ger stöd för att Försäkringskassans insatser vid arbetslivsinriktad rehabilitering varit bättre anpassade för män än kvinnor. RFV menar också att Försäkringskassans bedömning av rehabiliteringspotential återspeglar synen på mannen som huvudsaklig familjeförsörjare.

Inkomst samvarierar negativt med sjukfrånvaro. Kvinnors generellt lägre inkomst än mäns kan härmed bidra till högre sjukfrånvaro, på grund av mindre ekonomiska incitament att arbeta vid ohälsa. Familjebildning leder dessutom ofta till sämre inkomstutveckling (deltidsarbete) för kvinnor



(Angelov m.fl. 2013). På detta sätt kan tröskeln och gränsen mellan sjukfrånvaro och sjuknärvaro vara olika för kvinnor och män. Broström, Palme och Johansson (2004) finner att skillnaden i kostnad av sjukfrånvaro kan förklara en tredjedel av den observerade könsskillnaden i sjukfrånvaro. Detta betyder att ett mindre inkomstgap mellan kvinnor och män skulle minska skillnaderna i sjukfrånvaro. Det förekommer dessutom fusk med kort sjukfrånvaro, vilket även kan få omvänd effekt med högre sjukfrånvaro för män relativt kvinnor, exempelvis i samband med stora TV-sända sportevenemang (Skogman Thoursie 2004). Det är viktigt att påpeka att forskning om fusk och överutnyttjande främst berör kort sjukfrånvaro, då det är omöjligt för anställda att ”sjukskriva sig” längre än sju dagar (därefter måste sjukfrånvaron sanktioneras av läkare och sedermera Försäkringskassan).

Sammanfattningsvis finns ett flertal möjliga medicinska, sociologiska, psykologiska och ekonomiska delförklaringar till varför kvinnor blir mer sjukskrivna än män. Men det är oklart hur mycket dessa orsaker bidrar till skillnader i kvinnors och mäns sjukfrånvaro.

### **Betalt arbete**

Riksförsäkringsverket (RFV) skrev 2004a en kunskapsöversikt om skillnader mellan kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster och möjliga orsaker till skillnaderna (utan samma krav på vetenskaplig evidens som översikterna ovan) och konstaterade att generellt sämre arbetsförhållanden för kvinnor är en viktig förklaring till att kvinnor är mer sjukskrivna än män. Bekker m.fl. (2009) skriver även i sin översikt att den vertikalt (män har generellt högre befattningar än kvinnor) och horisontellt (kvinnor och män arbetar inom olika yrken) segregerade arbetsmarknaden bidrar till könsskillnader i sjukfrånvaro.

Kvinnors jämförelsevis höga förvärvsarbetsfrekvens och den könssegregerade arbetsmarknaden används ofta som en delförklaring till kvinnors högre sjukfrånvaro i Sverige. Alexandersson m.fl. (1994) finner att kvinnors sjukfrånvaro är särskilt hög på mansdominerade arbetsplatser. Hetzler m.fl. (2005) finner liknande överrepresentation, men också en överrepresentation av kvinnor inom samtliga yrkesgrupper, däribland såväl mans- som kvinnodominerade samt icke könssegregerade yrken. Även Försäkringskassan (2012) finner en överrepresentation av sjukskrivna kvinnor inom alla yrkesgrupper för 2000-talet. Samtidigt noteras att en stor andel kvinnor är sysselsatta inom vård och omsorg (kommuner och landsting), som innefattar de yrkeskategorier där sjukfrånvaron är som högst. Denna överrepresentation bidrar till att kvinnor genomsnittligt har högre sjukfrånvaro än män (Försäkringskassan 2010b, 2012b). I en norsk studie av Mastekaasa (2005) avslutningsvis, framkommer små skillnader mellan kvinnors sjukfrånvaro inom olika yrken, men kvinnornas sjukfrånvaro var något högre på de kvinnodominerade arbetsplatserna. Det finns generellt sett inte så mycket forskning som explicit har analyserat förhållandet mellan arbete, kön och sjukfrånvaro, men Laaksonen m.fl. (2010) finner att yrke förklarar omkring hälften av skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro, baserat på sjukfall längre än 60 dagar (yrke förklarar en tredjedel av kortare sjukfrånvaro enligt samma studie) bland anställda i Helsingfors kommun. I en studie

med data från anställda i den norska staten finner dock Mastekaasa & Olsen (1998) att könsskillnaderna i sjukfrånvaro kvarstår när kontroll sker för yrke och arbetsplats. Kvinnorna i studien har omkring 1,5 gånger fler sjukfall än männen, trots samma yrke och arbetsplats. Författarna finner också (liksom Laaksonen m.fl. 2010) att yrke har större betydelse än arbetsplats för könsskillnaden, och kommer till slutsatsen att könsskillnaderna med liten sannolikhet beror på arbetsplatskulturer och inställning till sjukfrånvaro. Mastekaasa och Olsen finner också att skillnaden mellan mäns och kvinnors sjukfrånvaro är större vid sjukskrivningar som kräver läkarintyg (längre än fyra dagar i Norge) än de som inte kräver intyg. Däremot varar inte kvinnornas sjukfall genomsnittligt längre än männens i studien.

Även om skillnaderna i sjukfrånvaro inte beror på en mer ohälsosam arbetsmiljö för kvinnor än män inom samma arbetsplatser (Mastekaasa m.fl. 2000) betyder inte detta att det inte existerar skillnader mellan mäns och kvinnors arbetsuppgifter, villkor och inflytande inom samma yrke (Lewis & Mathiassen 2013, jfr. Alexandersson m.fl. 2011). Utöver den ovan nämnda vertikalt och horisontellt segregerade arbetsmarkanden lyfter Arbetsmiljöverket fram en intern segregering, det vill säga att män och kvinnor inom samma yrke utför olika uppgifter (Lewis & Mathiassen 2013). Dessutom kan könsdiskriminering i form av ett ”glastak” för kvinnors karriärmöjligheter antas leda till ökad ohälsa och sjukfrånvaro, även om det vetenskapliga stödet för detta ännu är bristfälligt. Bekker m.fl. (2009) finner dock, i sin forskningsöversikt, att orättvisor i arbeteslivet på ett mer generellt plan samvarierar med högre sjukfrånvaro. Bekker menar också att kontroll över arbetstiden motverkar negativ stress och noterar att fler kvinnor än män saknar möjligheter att påverka sin arbetstid.

Sammanfattningsvis kan konstateras att yrke och arbetsliv sannolikt har stor betydelse för kvinnors högre sjukfrånvaro.

### **Obetalt arbete och dubbelarbete**

Det konstaterades ovan att det finns otillräckligt vetenskapligt stöd för ett samband mellan barn i hemmet och sjukfrånvaro (Allebeck & Mastekaasa 2004). Fördelningen av hushållsarbete och förvärvsarbete förändras när ett par får sitt första barn och blir mer uppdelat. Det generella mönstret är att kvinnornas deltagande i förvärvsarbete minskar (se t.ex. Angrist och Evans, 1998; Gjerdingen och Center, 2005; Baxter et al, 2008). Trots det är det rimligt att anta att främst kvinnors totala arbetsbörda (betalt och obetalt arbete) ökar som följd av kombinationen av förvärvsarbete och föräldraskap, då de oftast tar det primära ansvaret för ett barn (se Boye 2010). Men naturligtvis finns det stora variationer mellan olika hushåll.

Kvinnors större ansvarstagande för det obetalda arbetet, i kombination med betalt arbete, brukar sammanfattas med att kvinnor ”dubbelarbetar” eller bär på en ”dubbel börda”. Vi använder oss här av den gängse termen dubbelarbete, trots att den något slarviga benämningen ger sken av att kvinnors totala arbetstid är just *dubbelt* så omfattande som mäns. Med begreppet vill vi snarare lyfta fram kvinnors *merarbete* och högre upplevda totala krav på rollerna som förälder och yrkesarbetande.

Vid födseln av det första barnet tillkommer ytterligare en roll, den som förälder. Individer med många ansvarsområden kan då uppleva mer stress och ohälsa eftersom hen inte orkar med ytterligare roller (stressteorin, se t.ex. Nordenmark, 2004). Det finns också hypoteser som hävdar det motsatta. Individer med många roller har en hälsofördel eftersom de kan kompensera nackdelar i en livsroll (t.ex. på arbetet) med positiva omständigheter i en annan (t.ex. föräldraskap) (expansionsteorin, se t.ex. Thoits, 1983). Mycket av forskningen om multipla roller visar att flera roller är bra för hälsan, men att det finns en punkt då detta övergår i hälsofarlig stress. En vanlig hypotes är att kvinnor skulle vinna i hälsa om de avlastades ansvar för hemarbete samtidigt som män skulle vinna i hälsa på ökad delaktighet i familjen.

Beemsterboer m.fl. (2009) konstaterar att sjukfrånvarofrekvens påverkas av mängden hemarbete. Staland Nyman (2008) finner dock att föräldraansvar generellt inte leder till högre, utan lägre, sannolikhet för sjukfrånvaro. Samtidigt finner författaren att kvinnor med omsorgsansvar för barn eller vuxna med särskilda behov har en högre sannolikhet för medellånga sjukfall (8–30 dagar). Vidare finner Nordenmark (2004) att såväl kvinnor som män i större utsträckning lider av trötthet om de har barn i hushållet, jämfört med dem som inte har barn. Samtidigt finner han att endast kvinnorna med barn i hans studie önskar reducera sin betalda arbetstid. Strandh och Nordenmark (2006) finner också en inre konflikt bland respondenter som upplever höga krav på betalt och obetalt arbete, vilket utmärkte svenska kvinnor jämfört med övriga i studien (England, Holland, Ungern och Tjeckien). Backhans m.fl. (2009) finner också att jämställda mödrar (sett till arbete och inkomst) har fler sjukdagar än mindre jämställda mödrar i samma boenderegion. Även Lidwall m.fl. (2009) finner samvariation mellan krav i arbetslivet som inkräktar på familjelivet och högre sjukfrånvaro, bland kvinnor med huvudansvar för hushållsarbete och familj. Härenstam och Bejerot (2001) menar samtidigt att ett delat ansvar för försörjning och hushållsarbete främjar en god hälsa bland akademiker.

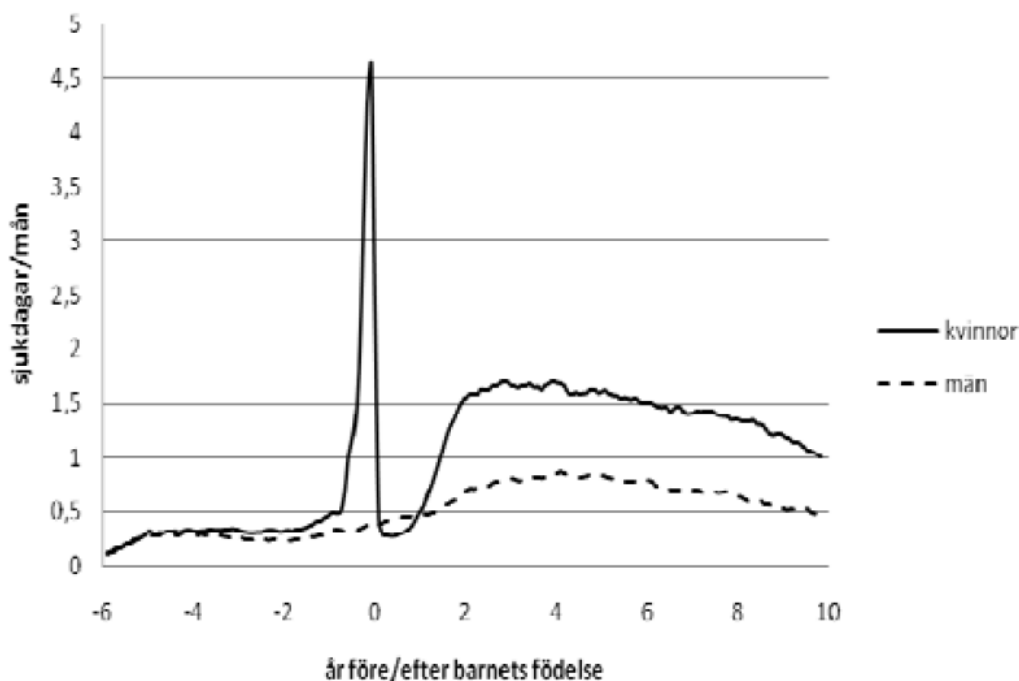
I Allebeck och Mastekaasas översikt granskas ett antal studier som undersöker familjebildning och sjukfrånvaro (Allebeck & Mastekaasa 2004). De bedömer åtta studier som analyserar sambandet mellan barn i hemmet och sjukfrånvaro. Två amerikanska, två svenska och en dansk studie visar på att sjukfrånvaron är högre bland kvinnor med barn. Samvariationen gäller särskilt för längre sjukfrånvaro, men inte för män. Tre motsvarande norska studier finner inte motsvarande samvariation (se också RFV 2004b). I en av de norska studierna framkommer förvisso positiv samvariation mellan antal barn och sjukfrånvaro bland kvinnor med stor arbetsbörda i kombination med familjeansvar, när korrigerig sker för att undkomma problemet med att kvinnor med barn ofta minskar sin totala arbetstid genom att gå ned i arbetstid (Bratberg m.fl. 2002). Utan sådan korrigerig är dock samvariationen svagt negativ. Ytterligare två norska studier visar på tendenser till sådan negativ samvariation för såväl män som kvinnor, vilket talar för mindre sjukfrånvaro bland dem med barn i hushållet. Bland ensamstående kvinnor fanns dock en positiv samvariation mellan barn i hemmet och sjukfrånvaro (se också Voss m.fl. 2008).

Mastekaasa (2012) finner också, i en studie som bygger på data från 23 EU-länder och Norge, högre sjukfrånvaro bland kvinnor med ett yngre barn, men lägre sjukfrånvaro bland andra föräldrar, jämfört med dem som inte har barn. Vidare visar holländska data att småbarnsföräldrar mellan 25 och 35 år har ökad risk för sjukfrånvaro, medan äldre föräldrar som får barn i stället har lägre risk än de som inte har barn. Denna samvariation gäller såväl kvinnor som män (Bekker m.fl. 2009). Floderus m.fl. (2011) finner dock högre sjukfrånvaro bland kvinnor med barn än kvinnor utan barn, och detta särskilt bland kvinnor med ett barn samt bland yngre mödrar och ensamstående. Kvinnor med barn hade också lägre självskattad hälsa och led i större utsträckning av trötthet, särskilt bland dem som arbetade 40 timmar per vecka eller mer (Floderus m.fl. 2009).

Enligt en studie på anställda i den norska staten (Mastekaasa & Olsen 1998, se ovan) försvann inte skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män då de som hade tagit ut föräldrapenning eller tillfällig föräldrapenning under det senaste året exkluderas från deras analyser, vilket författarna, något förenklat, tolkar som att föräldraskap (små barn i hushållet) inte är den egenskap som gör kvinnor mer sjukskrivna än män. Angelov m.fl. (2011) fördjupar sig i skillnaderna mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro genom att studera hur könsskillnaderna har utvecklats i Sverige sedan 1980-talets början. I rapporten studeras skillnaderna utifrån förekomst av såväl sjukpenning som sjuk- och aktivitetsersättning. Författarna finner att ålder, utbildningsnivå och socioekonomisk indelning (lägre tjänsteman, mellantjänsteman, etc.) delvis förklarar förändringarna av kvinnors och mäns sjukfrånvaro över tid. De försäkrades självskattade hälsa kan enligt författarna vara en delförklaring till kvinnors högre sjukfrånvaro, men kan bara förklara en liten del av förändringen över tid. Däremot framstår inte förändringar i arbetsmiljön på den könssegregerade arbetsmarknaden som en viktig orsak till de ökade könsskillnaderna, enligt författarna.

Emellertid finner Angelov m.fl. att kvinnor och män som fick sitt första och gemensamma barn under åren 1995 och 1999 var sjukfrånvarande i ungefär lika stor utsträckning fram till och med barnets födelse. Ett år efter barnets födelse ökade kvinnornas sjukfrånvaro relativt männens och två år efter barnets födelse var kvinnornas sjukfrånvaro i genomsnitt ungefär dubbelt så hög som männens, en skillnad som kvarstod under uppföljningar på 15 respektive 10 år efter barnets födelse.

**Figur 2**      **Figur 5.1.1 i Kvinnors och mäns sjukfrånvaro (Angelov m.fl.)**  
**Genomsnittlig sjukpenning för par som fick sitt första barn under**  
**1999. Källa: Försäkringskassan och SCB (flergenerations-**  
**registret)**



Angelov m.fl. tolkar kvinnors ökade arbetsutbud sedan 1980-talet, i kombination med föräldraskap, som den främsta orsaken till kvinnors ökade sjukfrånvaro, i förhållande till mäns. Rieck och Telle (2012) har en liknande ansats när de undersöker huruvida sjukfrånvaron bland mödrar ökar som följd av ökade krav eller födslar av nästkommande barn. Författarna studerar sjukfrånvaro för förstföderskor under perioden 1995–2008 och finner, liksom Angelov, en kraftigt ökad sjukfrånvaro i samband med graviditet. Studien följer kvinnorna före, under och efter graviditeten, med data för alla anställda förstföderskor i Norge. En jämförelse sker också med motsvarande siffror för män. Utöver den förväntade ökade sjukfrånvaron som följer av graviditet, finner författarna att förstföderskors sjukfrånvaro i samband med graviditet har fördubblats mellan åren 1995 och 2008, och att denna ökning främst skedde bland yngre mödrar (jfr Floderus m.fl. 2011). Rieck och Telles slutsats är, till skillnad från Angelovs, att kvinnors högre sjukfrånvaro (jämfört med mäns) och ökningen av skillnaden (historiskt) inte låter sig förklaras av moderskap och de högre krav (dubbelarbete) som följer av att få barn. Däremot råder det enligt författarna inte någon tvekan om att graviditeter *per se* leder till ökad sjukfrånvaro (Rieck & Telle 2012).

Sammanfattningsvis kan konstateras att forskningen inte ger något entydigt svar på frågan om kvinnors dubbelarbete i samband med familjebildning leder till ökad sjukfrånvaro.

### Graviditetsrelaterad sjukfrånvaro

Enligt RFV (2004b) utgjorde graviditetsrelaterad ohälsa knappt 15 procent av den totala skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro för perioden 1999–2002. RFV menade vidare att omkring en fjärdedel av

antalet sjukfall som varar längre än 14 dagar bland kvinnor mellan 16 och 44 år berodde på graviditetsrelaterad sjukskrivning. Sydsjö m.fl. (2001) finner att graviditetsrelaterad sjukdom orsakar omkring 20 procent av kvinnors (16–44 år) sjukfall som varar längre än sju dagar. Detta kan sättas i relation till att omkring fem procent av kvinnor i fertil ålder är gravida. Även Bekker m.fl. (2009) finner i sin översikt stöd för att gravida löper större risk för sjukfrånvaro än icke gravida kvinnor, likaså att de gravida kvinnornas sjukfrånvaro varar genomsnittligt längre än andra kvinnors.

Sjukdom i samband med graviditet är dock svår att identifiera via enbart diagnos. I studien av Sydsjö m.fl. kunde endast hälften av de gravida sjukskrivna identifieras genom diagnos (den andra hälften fann författarna genom att samköra sjukskrivningsdata med data från förlossningen vid Linköpings sjukhus). Alexandersson m.fl. (1996) fann att så mycket som hälften av skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män försvann då gravida exkluderades, i en studie av sjukskrivna 16–44 år. I deras studie, som bygger på data från 1980-talet och tar hänsyn till de försäkrades yrkesgrupp, var kvinnor generellt 50 procent mer sjukskrivna än män, en skillnad som minskade till 25 procent (såväl vad gäller antal sjukfall som antal sjukdagar) då gravida exkluderades. Skillnaden var ännu större inom gruppen 25–34 år, där barnafödandet var som störst. Sydsjö m.fl. (1997) har också, i en komparativ studie av två tätorter, i Sverige (Värnamo) och Norge (Hamar), jämfört sjukskrivningar för kvinnor i samband med graviditet. Studien visar att sjukfrånvaro i samband med graviditet inte har något tydligt och enkelt samband med ohälsa vid graviditet. Däremot finner författarna att de svenska kvinnorna har högre sjukfrånvaro än de norska, inom samtliga undersökta yrkesgrupper. Detta, menar de, kan bero på attityder gentemot graviditet och dess koppling till (o)hälsa, särskilt bland yngre.

År 2010 kunde 17 (16–29 år) respektive 11 (30–39 år) procent av kvinnors pågående sjukfall hänföras till graviditetsrelaterade diagnoser (ISF 2011:16). Historiskt har antal sjukfall i samband med graviditet varierat och frekvensen av sjukpenning i samband med graviditet samvarierar också med nivån av graviditetspenning (tidigare havandeskapspenning, Hetzler m.fl. 2005). Graviditetspenning utbetalas då arbetsförmågan är nedsatt på grund av graviditet, medan sjukpenning utbetalas då arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. ISF (2011:16) menar dock att det inte finns någon tydlig gräns mellan om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom (sjukpenning) eller graviditet (graviditetspenning), varför en åtskillnad mellan graviditets- och sjukpenning blir något av en tolkningsfråga. Som en möjlig följd av en otydlig gräns mellan graviditets- och sjukpenning finner ISF regionala skillnader i andel (15–35 procent på länsnivå) direkta övergångar från sjukpenning till graviditetspenning, bland kvinnor som hade ett pågående sjukfall tre månader före förlossningen. ISF finner också regionala variationer i diagnossättning vid sjukskrivning för graviditetsrelaterade besvär, vilket också talar för ett problem med gränsdragning mellan försäkringarna. För att komplicera det hela ytterligare samvarierar även föräldrapenning – som kan sökas för de 60 dagarna före förlossning – med sjuk- och graviditetspenning. ISF finner att andelen gravida som fick sjukpenning i

graviditetens slutskede minskade mellan 2005 och 2010, men till stor del kompensterades av en ökning som fick föräldrapenning (ISF 2011:16).

I genomsnitt uppbär sju av tio kvinnor i Sverige någon av de tre ersättningarna under graviditetens sista tre månader, en nivå som har varit konstant mellan 2005 och 2010 (ISF 2011:16). Enligt siffror från 2003 var andelen ännu högre (74 procent), med ett medeltal av 51 nettodagar oavsett förmån (RFV 2003). Enligt en enkätstudie med respondenter från två norrländska förlossningsavdelningar (Mogren 2006) hade 68 procent av kvinnorna varit sjukskrivna någon gång under graviditeten, medan 23 procent hade varit föräldralediga inför förlossningen. Vidare hade tre fjärdedelar av de gravida kvinnorna som besökte mödravårdscentralen på Stavangers sjukhus varit sjukskrivna någon gång under sin graviditet, med ett sjukfall på i snitt (median) åtta veckor. De främsta orsakerna till sjukfrånvaron var trötthet, foglossning, eller illamående (enligt enkätsvar, Dørheim m.fl. 2012).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att graviditet medverkar till kvinnors högre sjukfrånvaro.

Avslutningsvis kan det konstateras att kunskapssammanställningen indikerar att den vertikala och horisontella könssegregeringen på svenska arbetsmarknaden tydligt bidrar till ökad sjukfrånvaro bland kvinnor, främst genom en större exponering för hälsorisker i arbetslivet. Könsskillnader i attityder till hälsa, hälsobeteende och sjukfrånvaro kan också ha betydelse för könsskillnader i sjukfrånvaro. Mer oklar är betydelsen av dubbelarbete för sjukfrånvaro bland kvinnor.<sup>4</sup> Slutligen står sjukskrivningar i samband med graviditet för en stor del av sjukfrånvaron bland kvinnor i fertil ålder.

---

<sup>4</sup> En hypotes är att omfattande dubbelarbete (betalt och obetalt) i sig är en delförklaring till könssegregeringen på arbetsmarknaden, men denna frågeställning har inte ingått i kunskapssammanställningen.

# Data och metod

## Studiepopulation

I studien ingår alla kvinnor i Sverige som födde sitt första barn mellan 1 januari och 31 december åren 2005 och 2008 samt papporna till dessa barn<sup>5</sup>. Totalt identifierades 94 087 förstföderskor från Försäkringskassans MiDAS-register (Mikrodata för analys av socialförsäkringen). I rapporten redovisas huvudsakligen resultat baserade på de 44 906 kvinnor som fick sitt första barn 2005 och totalt 44 398 fäder till dessa barn.<sup>6</sup>

## Datakällor

Resultaten i denna studie baseras på MiDAS-registret som innehåller detaljerade data vad gäller start- och slutdatum för varje enskilt sjukfall samt sjukskrivningsdiagnos.<sup>7</sup> I MiDAS kopplas även uppgifter på från andra externa databaser, exempelvis från Skatteverket och Statistiska centralbyrån. Register som används som inte kommer från Försäkringskassans källsystem är bland annat Pensionsgrundande inkomst (PGI) och Yrkesgrupp (SSYK96).

## Förmåner från socialförsäkringen

### Sjukfrånvaro

Sjukpenning från Försäkringskassan utbetalas vid sjukdom eller skada som innebär en nedsatt arbetsförmåga på minst en fjärdedel och utebliven inkomst. Avgörande är i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Sjukpenning kan även betalas ut vid medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som syftar till att förebygga sjukdom eller att förkorta sjukdomstiden.

Under de 14 första dagarna i en sjukperiod betalar arbetsgivaren sjuklönen för anställda, dock inte för den första dagen som är en karensdag. Om arbetsförmågan är fortsatt nedsatt efter 14 dagar utgår sjukpenning från Försäkringskassan. Arbetslösa har en karensdag och får sjukpenning från Försäkringskassan från och med dag två i en sjukperiod. Särskilda regler gäller för egenföretagare som 2005 hade en grundkarens på en dag och mot en lägre egenavgift hade möjlighet att välja 3 eller 30 karensdagar.

---

<sup>5</sup> Samkönade föräldrapar ingår inte i analyserna.

<sup>6</sup> Medelåldern för förstagångsföräldrar 2005 var 28,3 år för kvinnor och 30,7 år för män. Under 2008 identifierades 49 181 förstföderskor och 43 275 förstagångsföräldrapar med en medelålder på 28,2 år och 30,7 år för kvinnor respektive män.

<sup>7</sup> Huvuddiagnos från läkarintyg kodas enligt International Classification of Diseases and Health Related Problems (ICD 10, svensk version).



## Övriga förmåner

*Graviditetspenning* betalas till kvinnor som inte kan arbeta under graviditeten på grund av fysiskt påfrestande arbete (tung lyft eller påfrestande ensidiga arbetsrörelser) eller en farlig arbetsmiljö.

*Föräldrapenning* är den ersättning föräldrar får för att vara hemma med sina barn i stället för att arbeta. Den betalas ut i totalt 480 dagar per barn. Gravida kan ta ut föräldrapenning från och med 60:e dagen före beräknad förlösning.

*Tillfällig föräldrapenning* betalas ut när man avstår från att arbeta för vård av barn när till exempel barnet är sjukt eller smittat eller när ordinarie vårdare är sjuk eller smittad.

*Vårdbidrag* är ekonomiskt stöd till föräldrar med barn med sjukdom eller nedsatt funktionsförmåga för att kunna ge den tillsyn, vård och stöd som barnet behöver. Behov av extra vård ska föreligga i minst sex månader och bidraget kan utbetalas som helt eller partiellt vårdbidrag och det kan delas mellan föräldrarna. Om barnet har en omfattande funktionsnedsättning som orsakar betydande svårigheter i det dagliga livet och är beroende av hjälp med grundläggande behov kan även *assistansersättning* beviljas.<sup>8</sup>

## Statistiska metoder

### Mått på ersättningar från sjukförsäkringen

*Genomsnittligt antal sjukpenningdagar* – de beskrivande resultaten baseras på sjukfall där sjukpenning har utgått från Försäkringskassan och presenteras som genomsnittligt antal sjukpenningdagar (bruttodagar)<sup>9</sup> per månad. I Figur 5 presenteras skillnader i sjukfrånvarodagar per år baserat på sjukfall >28 dagar.

I Bilaga 1 redovisas även andelen personer med minst ett sjukfall, andelen med minst ett sjukfall >90 dagar samt medelvärde och medianvärdet för sjukfrånvarodagar totalt per sjukskriven. Analyser av samband mellan sociodemografiska och socioekonomiska faktorer utgår från sjukfall >14 dagar respektive sjukfall >90 dagar och två analysmetoder har använts:

### Cox proportional hazard regression

Den relativa risken att bli sjukskriven för kvinnor och män inom angiven uppföljningsperiod beräknades med Cox proportional hazard regressioner. Med Cox regression beräknas tiden från uppföljningens start tills dess att ett sjukfall inträffar (dagar under risk). Risken att bli sjukskriven under uppföljningsperioden relateras till socioekonomiska och sociodemografiska förhållanden. För att beräkna den enskilda effekten av var och av de studerade faktorerna ingick de övriga faktorerna som kontrollvariabler i

---

<sup>8</sup> Av förstagsångsföräldrar 2005 identifierades 77 mammor och 15 pappor med utbetald assistansersättning för sitt barn. På grund av små grupper har inga separata analyser av dessa genomförts.

<sup>9</sup> Bruttodagar innebär att också partiellt ersatta sjukpenningdagar räknas som en sjukdag.

analysmodellerna. Vilka faktorer som har kontrollerats för framgår av informationen till de enskilda analyserna. Ett värde på Cox regressionen som överstiger 1,0 med ett undre konfidensintervall (ett mått på den osäkerhet slumpen bidrar med i skattningen) som inte innefattar 1,0 tolkas som en överrisk för att bli ett sjukfall. På motsvarande sätt tolkas ett värde under 1,0 och med ett övre konfidensintervall som inte innefattar 1,0 som en underrisk. I tabellerna betyder ett värde med parentes att antingen det övre eller nedre konfidensintervallet innefattar värdet 1,0 och anger att det föreligger en viss osäkerhet med estimatet.

### Logistisk regression

Samband mellan socioekonomiska och sociodemografiska förhållanden har i vissa fall analyserats med logistisk regression där resultatet anges som en oddskvot. Oddskvot är ett relativt riskmått som beräknas som en kvot mellan oddsen för en händelse i den specifika grupp som studeras och oddsen för en referensgrupp. Även här tolkas ett värde som överstiger 1,0 och med ett undre konfidensintervall som inte innefattar 1,0 som att den studerade gruppen har en högre sannolikhet för att en händelse (ett sjukfall) inträffar jämfört med sannolikheten för att händelsen inträffar i referensgruppen. På motsvarande sätt tolkas ett värde under 1,0 och med ett övre konfidensintervall som inte innefattar 1,0 som ett lägre odds än jämförelsegruppen. Även vid analys med logistisk regression kontrollerades för effekten av andra variabler. Den stora skillnaden mellan logistisk regression och Cox regression är att den senare tar hänsyn till den tid det tar fram till dess att en händelse inträffar.

I regressionsanalyserna utesluts personer med sjuk- eller aktivitetsersättning eller en pågående sjukskrivning vid startpunkten för uppföljningen eftersom de då inte är under risk att bli sjukskrivna. Därutöver tas hänsyn till om personer avlider, avregistreras (emigrerar) eller erhåller sjuk- eller aktivitetsersättning under uppföljningstiden genom att dessa personer inte ingår i analyser med logistisk regression. Vid motsvarande händelser när analys sker med Cox regression censureras individerna och uppföljningen avslutas vid tiden för händelsen. Personer kan inte återgå i studien efter en avregistrering.

Om inte annat anges så är de resultat som presenteras i rapportens tabeller och figurer statistiskt signifikanta på 95 procentsnivån.

## Sociodemografiska och socioekonomiska variabler

Följande sociodemografiska och socioekonomiska variabler för förstagångsföräldrarna ingår i studien: ålder, flerbarnsfödelse, ytterligare barn, region för födelseland, kommungruppering, högsta utbildningsnivå, yrkesgrupp, sysselsättningsstatus, anställningssektor, pensionsgrundande inkomst samt bostadslän.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Kompletterande information om sociodemografiska och socioekonomiska variabler redovisas i Bilaga 1.

# Resultat

## Sjukfrånvaro i samband med första barnets födelse

I detta avsnitt presenteras data över sjukfrånvaro för förstagångsföräldrar och en beskrivning av könsskillnader i antal sjukpenningdagar före och efter första barnets födelse över tid. Ersättningar från socialförsäkringen i form av sjukfrånvaro, graviditetspenning och föräldrapenning före och efter barnets födelse redovisas. Sjukfrånvaro över en trettonårsperiod beskrivs för förstfödelskor 2005 samt för andra grupper av kvinnor i samma åldersgrupp.

### Sjukpenningdagar före och efter första barnets födelse

Figur 3 visar det genomsnittliga antalet sjukpenningdagar per månad för perioden sex år före till och med sju år efter barnets födelse för kvinnor och män som får sitt första gemensamma barn år 2005, där 0 motsvarar tidpunkten för barnets födelse. Grafen visar att kvinnor i genomsnitt har fler sjukpenningdagar redan sex år före barnets födelse och att denna skillnad ökar fram till och med graviditeten. Kvinnor har då i genomsnitt en sjukpenningdag per månad jämfört med männens 0,5 sjukpenningdagar. Under graviditeten ökar antalet sjukpenningdagar markant för att därefter minska till en nivå som ligger lägre än männens. Ungefär ett år efter barnets födelse ökar antalet sjukpenningdagar för kvinnor och är två år efter barnets födelse uppe på samma nivå som före graviditeten. Därefter ses en minskning för både kvinnor och män och avslutningsvis sker en ökning.

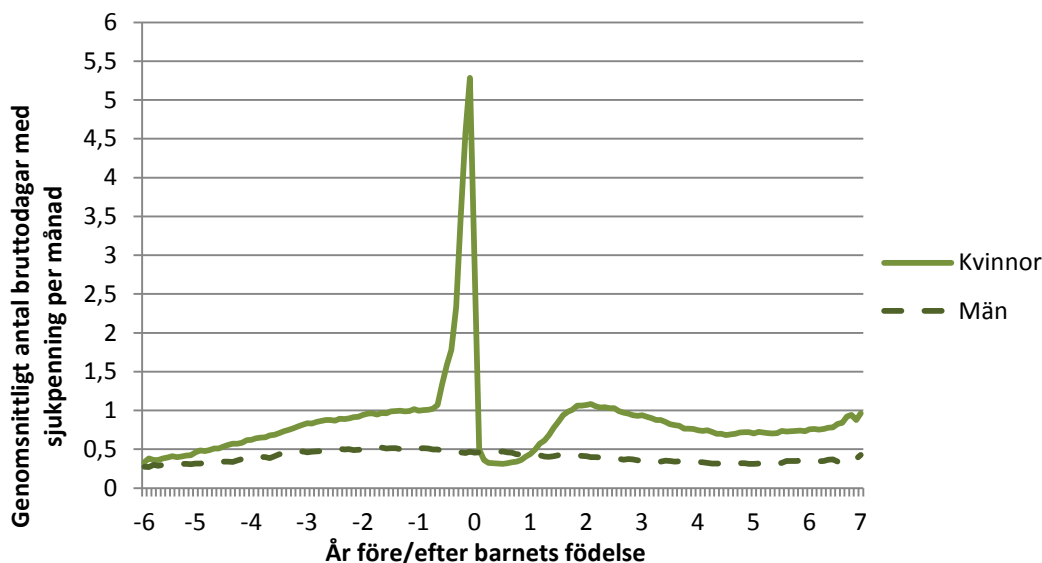
Grafen för 2005 skiljer sig från det mönster som Angelov m.fl. (2011) visade för sjukfrånvaron för kvinnor och män som blev förstagångsföräldrar 1999, se Figur 2 (sidan 21). Angelov m.fl. visade att det genomsnittliga antalet sjukskrivningsdagar ökade efter barnets födelse, oavsett föräldrarnas kön, men även att könsskillnaden i antalet sjukskrivningsdagar ökade.

Sjukfrånvaron för förstagångsföräldrar 2008 liknar i stort mönstret för 2005 års förstagångsföräldrar (Figur 4).<sup>11</sup>

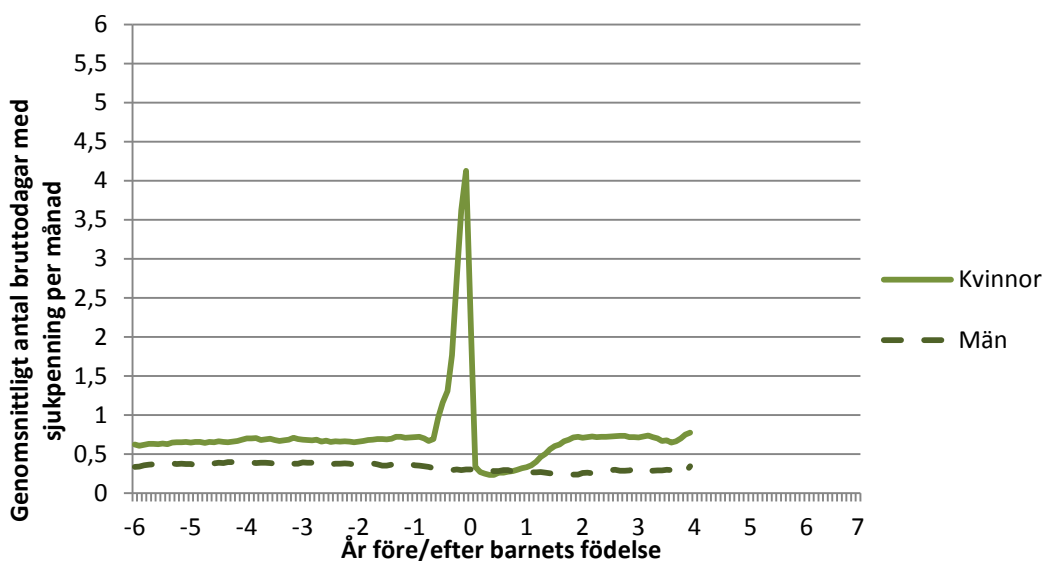
---

<sup>11</sup> Det bör påpekas här att detta är beskrivande statistik och kan inte tolkas som ett orsakssamband.

**Figur 3** Genomsnittligt antal sjukpenningdagar (brutto) per månad för perioden sex år före och sju år efter barnets födelse för kvinnor och män som gemensamt får sitt första barn 2005



**Figur 4** Genomsnittligt antal sjukpenningdagar (brutto) per månad för perioden sex år före och fyra år efter barnets födelse för kvinnor och män som gemensamt får sitt första barn 2008



**Könsskillnader i sjukfrånvaro före och efter första barnets födelse**

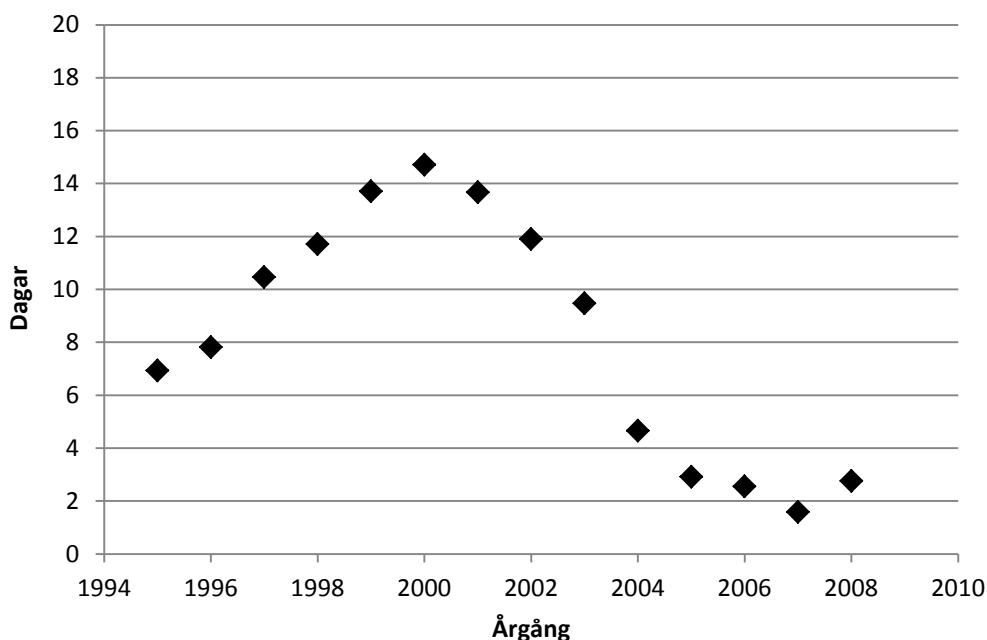
Då mönstren för dessa årgångar av förstagångsföräldrar skiljer sig från de tidigare populationerna i Angelov m.fl. (2011) är det intressant att se hur könsskillnaden i antalet sjukskrivningsdagar utvecklar sig över olika årgångar av förstagångsföräldrar. För att illustrera detta beräknades följande

mått baserat på sjukfall som varade mer än 28 dagar för par av förstagångsföräldrar åren 1995–2008;<sup>12</sup>

$$\frac{(S_{k1} - S_{m1}) - (S_{k0} - S_{m0})}{n}$$

Där  $S_{k1}$  är antalet sjukskrivningsdagar för kvinnor ett till tre år efter barnets födelse,  $S_{m1}$  är antalet sjukskrivningsdagar för män ett till tre år efter barnets födelse,  $S_{k0}$  är antalet sjukskrivningsdagar för kvinnor ett till tre år före barnets födelse,  $S_{m0}$  är antalet sjukskrivningsdagar för män ett till tre år före barnets födelse och  $n$  är antalet par av förstagångsföräldrar under året.<sup>13</sup>

**Figur 5 Skillnaden i könsskillnad i genomsnittligt antal sjukpenningdagar i sjukfall >28 dagar före och efter barnets födelse för förstagångsföräldrar 1995–2008<sup>14</sup>**



Figur 5 illustrerar skillnaden i könsskillnad i sjukskrivning före och efter barnets födelse över tid. För att visa åren 2005 och 2008 begränsas perioden för vilken skillnaden beräknas för från ett till tre år före och efter barnets födelse. Detta sätt att beskära data gör att förändringar i sjukskrivningsnivå fortplantas i figuren. Exempelvis överskattas högstanivån effekten av att få

<sup>12</sup> Vi presenterar beräkningar med sjukfall >28 dagar för att harmonisera olika sjuklöneperioder. En graf baserad på alla sjukpenningfall visar samma mönster men ger ett mer spretigt intryck. Att det skulle drivas av förändringar i sjuklöneperiod tror vi är osannolikt då vi jämför kvinnor och män vid samma tidpunkt.

<sup>13</sup> Tidsperioden är satt till ett till tre år före/efter av två anledningar. För det första undviks sjukskrivningstoppen som inträffar kring födelsen samt den efterföljande nedgången under vad som kan beskrivas som föräldrapenningsperioden. För det andra finns en bortre tidsgräns för tillgänglig data, dvs. för att samtliga tidsperioder ska kunna baseras på lika stor datamängd krävs en avgränsning på uppföljningstid och denna sattes till tre år.

<sup>14</sup> Se not 12.

barn eftersom den även fångar den generella ökningen i könsskillnaden i sjukfrånvaro som sammanföll med den ökade sjukfrånvaron runt sekelskiftet. På motsvarande sätt underskattas lägstanivån effekten av att få barn genom att fånga den minskning av könsskillnaden i sjukfrånvaro som sammanföll med den minskade sjukfrånvaronivån under åren runt 2005.

Figur 5 är intressant ur flera perspektiv. Den visar att kvinnor konsekvent har högre sjukfrånvaro under hela studieperioden. Vidare belyser den hur val av tidsperiod ger Figur 2 och Figur 4 olika utseende. Det finns sannolikt även andra förklaringar till att förändringar i könsskillnaden varierar över tid. Regelförändringar, och förändringar på arbetsmarknaden och i arbetsmiljö påverkar kvinnor och män i olika stor utsträckning. Undantaget andra möjliga förklaringar till könsskillnaden som Figur 5 visar är det en utmanande uppgift att fånga upp effekterna på sjukfrånvaro av att få barn. Ett sätt att undersöka denna fråga är att studera många årskullar samtidigt. Denna strategi används i Angelov m.fl. (2013) som finner att barn leder till en ökad skillnad i sjukfrånvaro mellan föräldrarna.

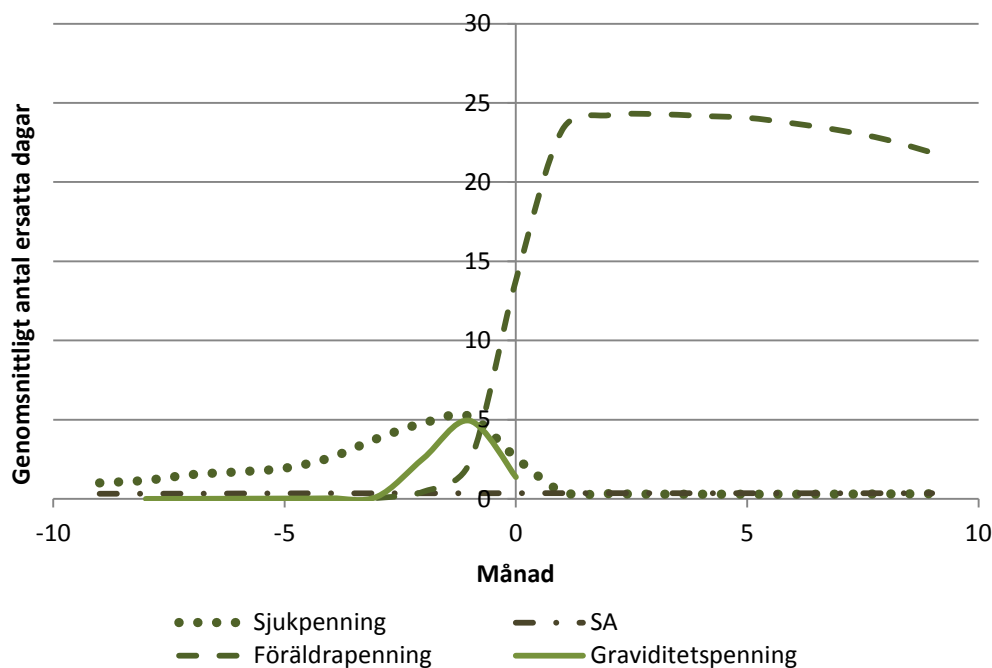
### Ersättning från socialförsäkringen före och efter första barnets födelse

I Figur 6 redovisas i vilken utsträckning förstagångsmammor 2005 erhöll ersättning från socialförsäkringen under graviditeten i form av sjukpenning,<sup>15</sup> graviditetspenning eller föräldrapenning. Den vanligaste ersättningen är inledningsvis sjukpenning men övertas i slutet av graviditeten av föräldrapenning. Antalet ersätta dagar med sjukpenning fortsätter att minska de första månaderna efter barnet födelse, samtidigt som uttaget av föräldrapenning är som högst.

---

<sup>15</sup> Pågående sjukfall är inte inkluderade.

**Figur 6** Genomsnittligt antal ersatta dagar från olika delar av socialförsäkringen för förstagångsmammor 2005, nio månader före och nio månader efter födseln



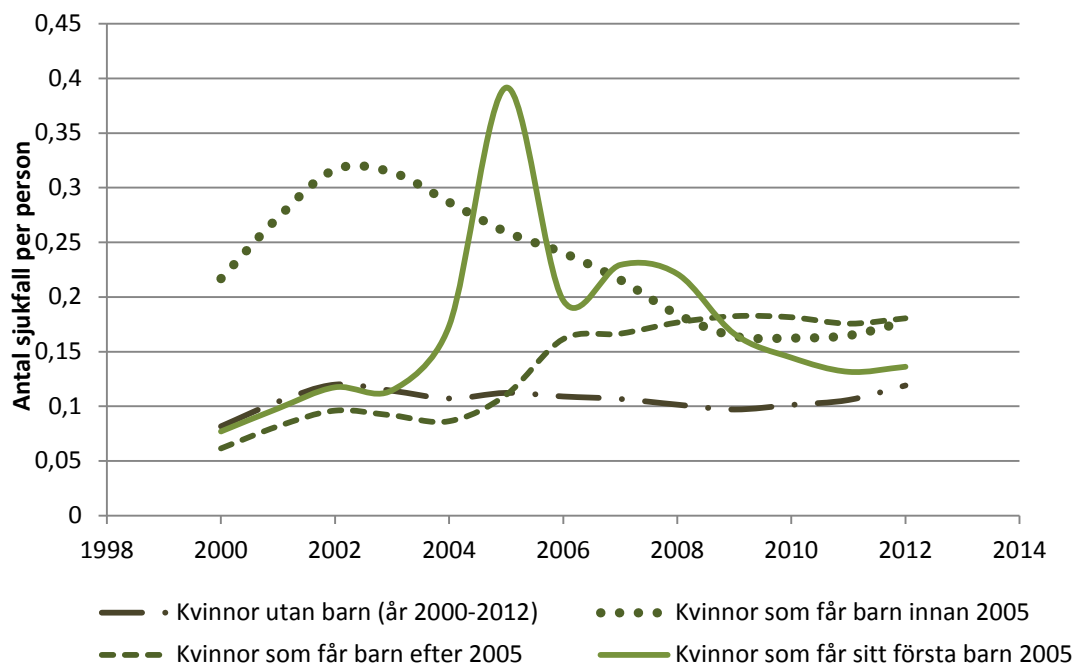
De flesta kvinnor har en eller två olika ersättningar från Försäkringskassan under efter graviditeten och nio månader efter barnets födelse. Hur dessa ersättningar samvarierar med risken för sjukfall efter födseln återfinns i avsnitt *Förmån under graviditeten och sjukfrånvaro*.

### Sjukfrånvaro för kvinnor med och utan barn

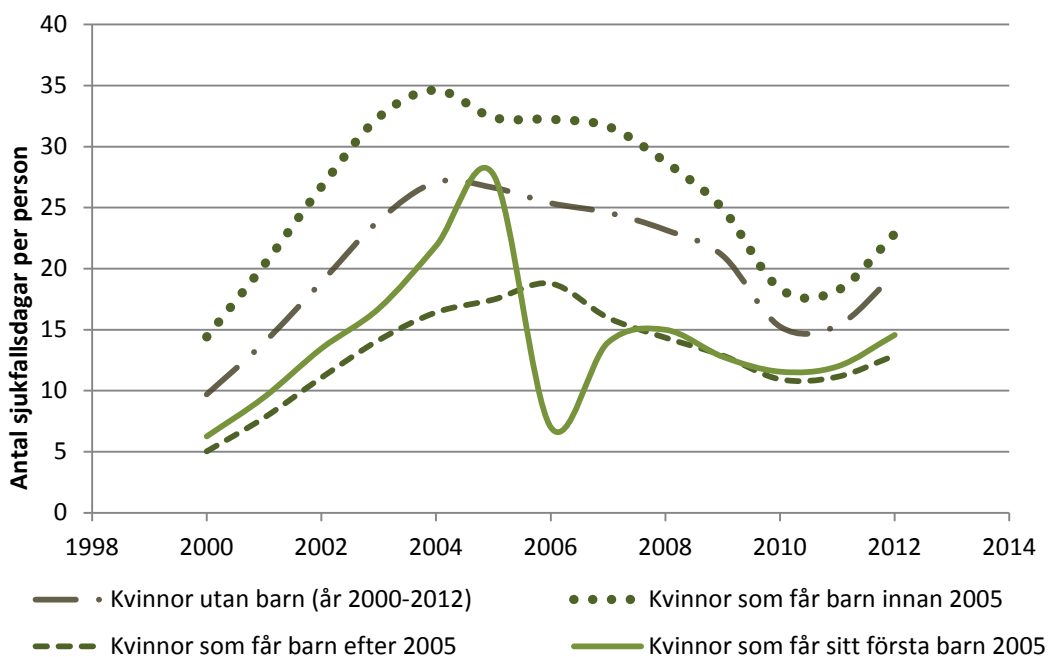
I detta avsnitt redovisas genomsnittligt antal sjukpenningfall (Figur 7) och genomsnittlig sjukfallslängd (Figur 8) under en trettonårsperiod för förstagångsmammor 2005 samt övriga grupper av kvinnor som 2005 var i åldern 25–34 år.

Det finns en koppling mellan att kvinnor har barn och antalet sjukfall, vilket exempelvis illustreras av toppen i diagrammet för gruppen kvinnor som får barn 2005 (Figur 7). Övriga gruppers antal sjukfall är högre i de tidsperioder där de får barn. När denna information kompletteras med genomsnittslängden på sjukfallen (Figur 8) så framkommer att även om kvinnor som inte har barn har relativt sett färre sjukfall så är deras sjukfall relativt långa när de väl sker.

**Figur 7** Genomsnittligt antal sjukfall 2000–2012 för olika grupper av kvinnor som år 2005 var i åldern 25–34 år



**Figur 8** Genomsnittligt antal sjukpenningdagar 2000–2012 för olika grupper av kvinnor som år 2005 var i åldern 25–34 år



Detta avsnitt har beskrivit sjukfrånvaron för förstagångsföräldrar, könsskillnad i sjukfrånvaro före och efter barnets födelse över tid samt sjukfrånvaro för kvinnor som föder sitt första barn 2005. Den inledande delen visar att figurerna bör tolkas med försiktighet då bilden ändras beroende på tidpunkten för mätningen. Könsskillnad i sjukfrånvaro, ett till tre år före och efter barnets födelse, visar att kvinnor har en högre sjukfrånvaro vid alla upp-



mätta tidpunkter. En beskrivning visar fördelningen av uttag av olika ersättningar från socialförsäkringen tiden kring barnets födelse. Slutligen visas mått på frekvens och antal sjukskrivningsdagar för kvinnor som får sitt första barn 2005 samt andra grupper av kvinnor i samma ålder. Även här slår den höga sjukfrånvaron i början och mitten av 2000-talet igenom. Gruppen kvinnor utan barn under perioden 2000–2012 skiljer sig från övriga grupper genom en låg frekvens men relativt många sjukskrivningsdagar.

## Faktorer som ökar risken för sjukfrånvaro

Detta avsnitt belyser skillnader i sjukskrivningsrisk mellan kvinnor och män som blir förstagångsföräldrar 2005. Dels presenteras risken för kvinnor att bli sjukskrivna en tid före respektive efter första barnet samt sjukskrivningsrisken efter andra barnets födelse, jämfört med män. Analysen av riskfaktorer för sjukfrånvaro inbegriper främst demografiska och socioekonomiska förhållanden med särskilt fokus på presentation av de senare, mer påverkbara faktorerna. En beskrivning ges även av sjukskrivningsdiagnoser för förstagångsföräldrar före och efter första barnets födelse samt efter andra barnets födelse.

Figur 3 (sidan 28) visade ett tydligt mönster där kvinnor redan långt före det första barnets födelse har en mer omfattande sjukfrånvaro jämfört med män. Under den senare delen av graviditeteten stiger sjukfrånvaron markant för kvinnorna i och med ökad risk för graviditetsrelaterad nedsatt arbetsförmåga. Året närmast efter födelsen minskar sjukfrånvaron för kvinnor relativt männens i och med uttag av föräldrapenning. När barnen fyllt ett år börjar succesivt allt fler barn på förskola eller i annan form av barnomsorg och båda föräldrarna börjar i hög utsträckning återigen arbeta. Efter barnets första levnadsår börjar också skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män att öka jämfört med tiden före graviditeteten. Andra faktorer kan dock spela in för att förklara dessa skillnader och därför har regressionsanalys genomförts där ett antal relevanta faktorer konstanthållits.

### Skillnader i risk för sjukskrivning mellan kvinnor och män

En första fråga är hur risken för längre sjukskrivning skiljer sig åt mellan kvinnor och män när hänsyn tas till en mängd andra faktorer?<sup>16</sup> En tidigare studie på svenska data för år 2002 rapporterade att kvinnor hade en 80 procent högre risk än män för långtidssjukskrivning 60 dagar eller längre med kontroll för demografiska, socioekonomiska, livsstilsrelaterade och arbetsrelaterade faktorer (Lidwall 2010). Detta betyder dock inte att biologiskt kön är en riskfaktor även om det finns biomedicinska skillnader mellan kvinnor och män som kan förklara en del av skillnaderna i sjukfrånvaro. I faktorn kön fångas i analysen också alla andra faktorer som systematiskt kan skilja sig åt mellan kvinnor och män. I analysen tar vi hänsyn till exempelvis inkomst, utbildning, arbetsgivare och yrke. Men andra systematiska skillnader, såsom effekten av hur ansvar, makt och resurser fördelas i

---

<sup>16</sup> Modellerna har samma specifikation som de som presenteras i tabell 1 och 2 i bilaga 2 men med kvinnor och män i en gemensam modell med kön som förklaringsfaktor.

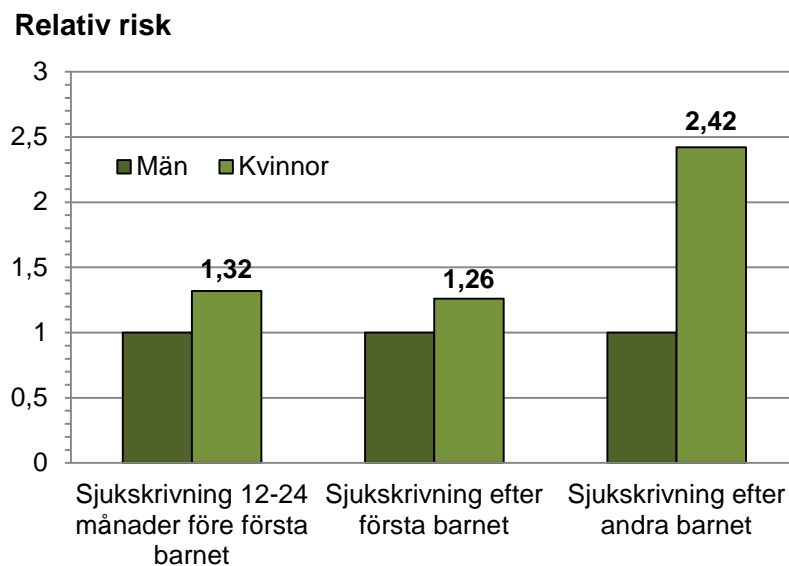
familjen och på arbetsplatsen fångas i stället i faktorn kön. Andra potentiellt viktiga faktorer är hälsomässigt beteende och normer och värderingar kopplat till sjukskrivning som systematiskt kan skilja sig åt mellan kvinnor och män (Courtenay 2000, Evans & Steptoe 2002).

I Figur 9 visas risken för sjukskrivning mer än 14 dagar för kvinnor relativt män vid olika tidpunkter i förhållande till det första barnets födelse under 2005.<sup>17</sup> Tydligt är att risken för sjukskrivning ökar markant efter ett andra barn som blivit ett par år och dubbelarbetet kan då antas ha blivit som mest accentuerad vid en situation då båda föräldrarna förvärvsarbetar. Lika tydlig om än inte lika hög överrisk för sjukskrivning har kvinnor att vara sjukskrivna redan 12–24 månader före barnets födelse i samma population. Denna överrisk före föräldraskapet var inte lika uttalad i den analys av sjukskrivningar för de som fick sitt första barn 1999 som tidigare genomförts (Angelov m.fl. 2011). I Figur 9 ses också att kvinnor som fick sitt första barn 2005 har en överrisk att sjukskriva sig efter det första barnet och att den risken är än mer tydlig efter ytterligare barn. Uttag av föräldrapenning under barnets tidiga levnadsår och senare även tillfällig föräldrapenning påverkar sannolikt risken för sjukfrånvaro perioden efter första barnets födelse. Här ska det också påpekas att analysen kontrollerar för om mamman får ytterligare barn vilket i sig ökar risken för längre sjukskrivning, och då ofta en graviditetsrelaterad sådan. Det innebär att analysen i högre grad fångar andra sjukskrivningsorsaker än de som direkt kan relateras till graviditeten. Sammantaget visar således Figur 9 att kvinnor har en markant högre risk (32 procent) för sjukskrivning redan före den första graviditeten och att denna senare markant förstärks med ytterligare barn.

---

<sup>17</sup> Analysen av sjukskrivning före första barnet är genomförd med binominal logistisk regression och analyserna av sjukskrivning efter barnets födelse är genomförd med Cox-regression. Sjukskrivningen *före första* barnet avser första sjukfallet som inträffar 12–24 månader före barnets födelse. Sjukskrivningen *efter första* barnet är första sjukfallet under perioden 2 till 7 år efter barnets födelse. Föräldrar som får ett andra barn ingår också i populationen. Första sjukskrivningsfallet *efter andra* barnet räknas för år 6 och 7 efter första barnets födelse för de som fått ett andra barn inom tre år från det första barnets födelse år 2005.

**Figur 9** Risken för sjukskrivning (>14 dagar) för kvinnor och män som fått första barnet 2005 (se not 16 och 17)

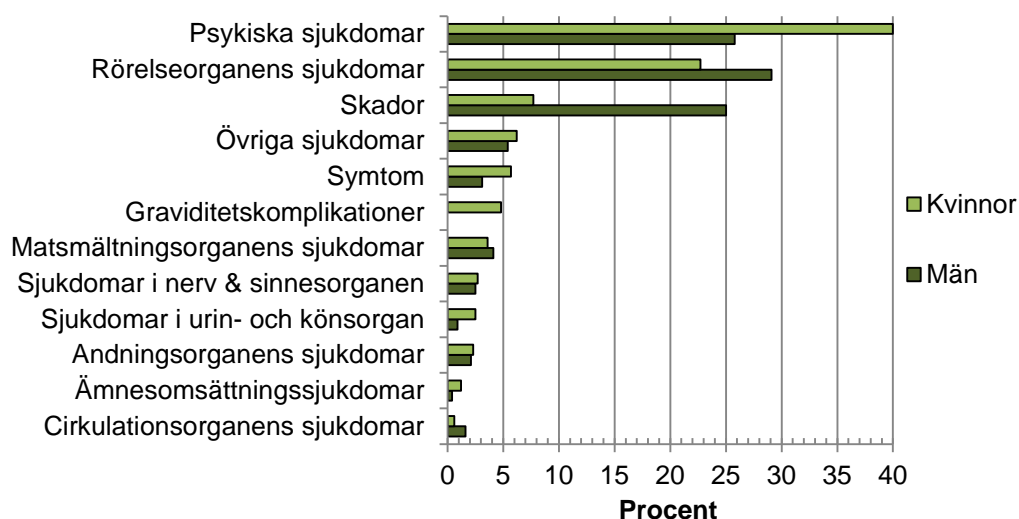


#### Diagnospanorama för kvinnor och män vid olika skeden i livet

I figurerna nedan visas de olika grupper av diagnoser som är aktuella vid sjukskrivning vid tidpunkterna som redovisades i Figur 9.<sup>18</sup> För jämförelsens skull används samma skala i Figurerna 10, 11 och 12. Året före graviditeten är de psykiska sjukdomarna dominerande för kvinnorna och står för 40 procent av sjukskrivningarna jämfört med 26 procent för männen. För männen är också rörelseorganens sjukdomar vanliga med 29 procent av sjukskrivningarna jämfört med 23 procent för kvinnorna. Bland män är också olika typer av skador vanliga och stod för 25 procent av sjukskrivningarna jämfört med endast 8 procent för kvinnor. För dessa kvinnor, som ännu inte fött sitt första barn, står graviditetskomplikationer för knappt 5 procent av sjukskrivningarna.

<sup>18</sup> Den registrerade huvuddiagnosen enligt ICD-10 för det första sjukfallet.

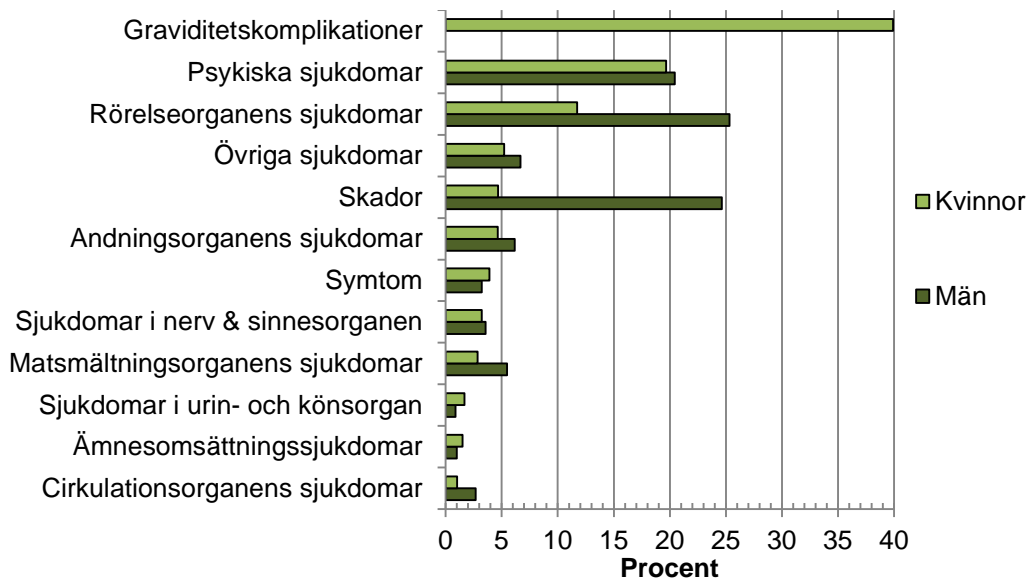
**Figur 10** Diagnospanorama för kvinnor och män vid sjukskrivning (>14 dagar) 12–24 månader före första barnet 2005 (antal sjukskrivna kvinnor=2750, män=1828)



Efter första barnets födelse är i stället graviditetskomplikationerna helt dominerande för kvinnorna med 40 procent av sjukskrivningarna, se Figur 11.<sup>19</sup> Psykiska sjukdomar står för 20 procent och rörelseorganen för 12 procent för kvinnor. För männen är liksom tidigare psykiska sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar och skador vanligast men medan de två förra minskar relativt sett står skadorna för knappt 25 procent av sjukskrivningarna bland männen. För både kvinnor och män ökar med tiden också förekomsten av andra fysiska sjukdomar såsom andningsorganens sjukdomar (exempelvis förkylningar och influensor).

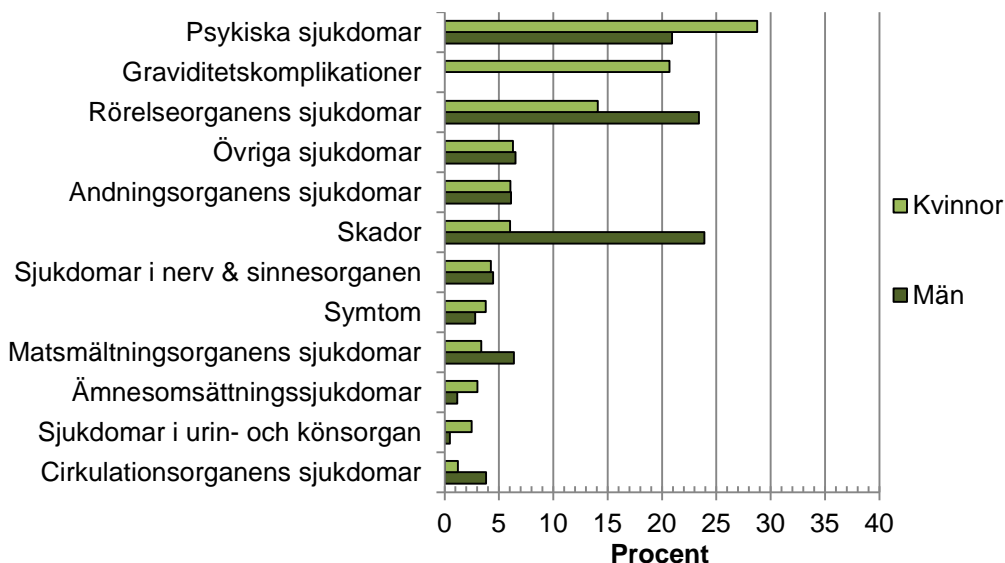
<sup>19</sup> Ett känt fenomen är att för kvinnor i fertil ålder kan graviditetsrelaterade sjukskrivningar också klassificeras under andra sjukdomsgrupper främst rörelseorganens sjukdomar (RFV 2004c).

**Figur 11 Diagnospanorama för kvinnor och män vid sjukskrivning (>14 dagar) inom 7 år efter första barnets födelse 2005 (antal sjukskrivna kvinnor=15990, män=8633)**



För män och kvinnor som fått första barnet under 2005 och där kvinnan fött ytterligare barn (inom 3 år) och där det andra barnet fyllt två år visas diagnospanoramats vid en senare sjukskrivning i Figur 12. För männen är mönstret snarlikt det efter det första barnet 2005. För kvinnorna minskar graviditetskomplikationerna till 21 procent eftersom 70 procent av kvinnorna inte fått något tredje barn. I stället ökar förekomsten av psykiska sjukdomar till 29 procent och andra fysiska sjukdomar än skador och rörelseorganens sjukdomar.

**Figur 12 Diagnospanorama för kvinnor och män vid sjukskrivning (>14 dagar) efter andra barnet (som föds inom 3 år från första barnet 2005) där utfallet mäts år sex och sju efter första barnets födelse (antal sjukskrivna kvinnor=2543, män=1209)**



Sammanfattningsvis är psykiska sjukdomar, rörelseorgans sjukdomar och för män också skador de vanligaste sjukskrivningsorsakerna innan första barnet. Efter första barnet är det i stället graviditetskomplikationer som dominerar bland kvinnor och samtidigt som andra fysiska sjukdomar ökar något i förekomst med tiden bland både kvinnor och män. En tid efter ett ytterligare barn ökar bland kvinnor förekomsten av de psykiska sjukdomarna liksom för fysiska sjukdomar generellt samtidigt som graviditetskomplikationerna blir färre. För männen förändras inte sjukskrivningspanoramats nämnvärt mellan det första och efter ytterligare barn.

### Risikfaktorer för sjukskrivning

Nedan redovisas ett urval av faktorer som kan betraktas som särskilt viktiga för att förklara sjukskrivning för kvinnor och män. Det handlar då om faktorer som har visat sig ha betydelse i analysen samt kan betraktas som mer påverkansbara. Av det senare skälet redovisas inte demografiska faktorer här i detalj men alla faktor och analyserna i sin helhet finns redovisade i Bilaga 2 (tabell 5 och 6). Ett resultat som här bör kommenteras när det gäller risken för sjukskrivning bland kvinnor är den tydligt högre risken jämfört med i riket som helhet som finns för kvinnor bosatta i Stockholms län. Denna högre risk finns för sjukskrivning både efter första barnets födelse och en tid efter att det andra barnet är fött vilket antyder att det är fråga om en systematisk överrisk som inte drivs av en ökad sjukskrivningsrisk till följd av ytterligare graviditeter. Ett liknande mönster uppträder också för kvinnor bosatta i Jämtland. Utan att närmare gå in på vad dessa regionala riskskillnader kan bero på, kan det konstateras att överrisken i Stockholms län får stora konsekvenser för sjukförsäkringen i och med att 27 procent av kvinnorna som fick sitt första barn år 2005 var bosatta i huvudstadslandet jämfört med endast 1 procent i Jämtland.

Ett flertal socioekonomiska faktorer har också prövats i analysen och generellt kan sägas att dessa har stor betydelse för sjukskrivning. Längre utbildning och högre inkomster innebär en lägre risk för sjukskrivning för både kvinnor och män. Skillnaderna mellan olika utbildnings- och inkomstgrupper är dessutom mer uttalade bland män. Utöver dessa vetenskapligt väletablerade socioekonomiska skillnader i hälsa och arbetsförmåga (se t.ex. Marmot 2004) finns också skillnader som i högre grad är kopplade till faktiska arbetsförhållanden som har betydelse för hälsa och arbetsförmåga (Waddell & Burton 2007), såsom sysselsättningssektor och yrke.

I Figur 13 och Figur 14 redovisas anställningssektor och yrken med förhöjd risk för sjukskrivning jämfört med genomsnittet över alla sektorer (privat, kommun, landsting, stat samt övriga organisationer) respektive över alla yrken. Den relativa risken för genomsnittet över alla sektorer respektive yrken är definitionsmässigt satt till 1. I figurerna är yrken och sektorer sorterade efter storleken på överrisken i fallande ordning. Det är fler kategorier som är statistiskt säkerställda vid sjukskrivning efter första barnet jämfört med efter andra barnet, särskilt för männen. Delvis beror detta på att antalet observationer är färre i de senare analyserna. I likhet med större socioekonomiska skillnader i sjukskrivningsrisk bland män i olika utbildnings- och inkomstgrupper är yrkesskillnaderna bland männen också mer uttalade med högre relativa risker för männen i Figur 14 än för kvinnorna i

Figur 13. Kvinnorna som grupp har dock som tidigare visats, en markant högre risk för sjukskrivning än män. Det finns dock klara likheter mellan kvinnor och män när det gäller riskfaktorer i arbetslivet, och skillnaderna beror bland annat på en tydlig horisontell könssegregering i arbetslivet med exempelvis en stor andel kvinnor i yrken inom vård, skola och omsorg.

En första likhet mellan könen är att arbete inom landstingssektorn förefaller vara en riskfaktor för sjukskrivning för både kvinnor och män. Dock inte efter det första barnet för männen men med en accentuerad överrisk efter det andra barnet. De landstingsanställda i populationen som analyseras arbetar främst som läkare, sjuksköterskor och annan vård- och omsorgspersonal. Dessa yrkesgrupper utmärker sig också med högre risk för sjukskrivning, se Figur 14. För kvinnor är risken för sjukskrivning också högre inom gruppen specialister inom biologi, hälso- och sjukvård (läkare, barnmorskor och sjuksköterskor med specialistkompetens) men också bland annan vård- och omsorgspersonal (barnskötare, undersköterskor och vårdbiträden). Relativt få män arbetar som sjuksköterskor men de har en statistiskt säkerställd överrisk för sjukskrivning efter det första barnet, se Figur 14.

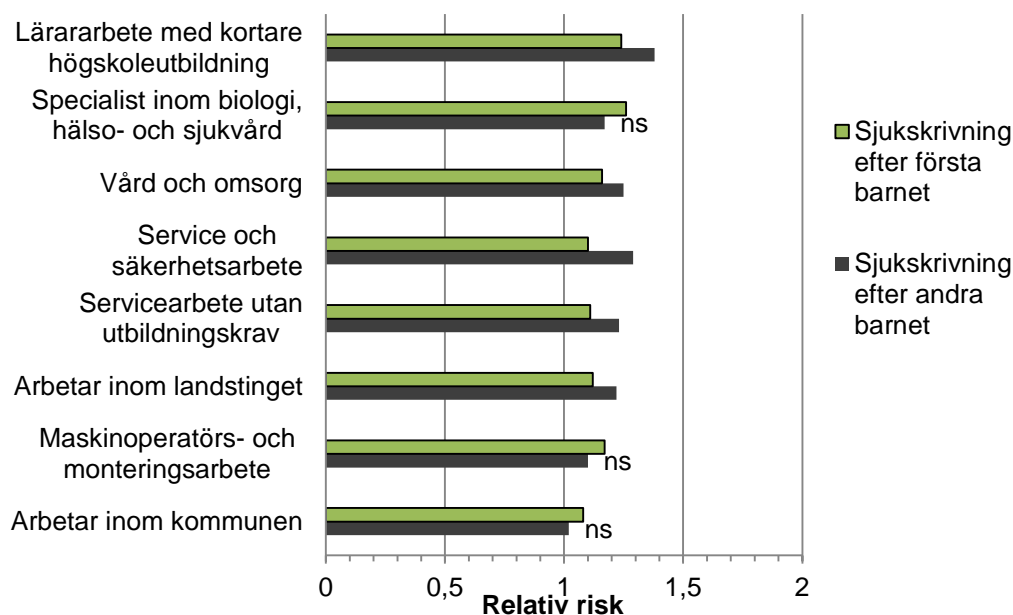
För kvinnor finns också en mer begränsad överrisk för de som arbetar inom kommunen, vilket här främst innebär lärare samt vård- och omsorgspersonal där de senare ju utgjorde en särskild riskgrupp. En annan grupp som i hög grad är primärkommunalt anställda är kvinnor med lärararbete med kortare högskoleutbildning, vilka här främst utgörs av förskollärare. Dessa utgör också en tydlig riskgrupp för sjukskrivning, se Figur 13.

Relativt få kvinnor arbetar inom traditionellt manliga arbetaryrken vilket gör det svårt att finna statistiskt säkerställda resultat, med undantag för kvinnor som har maskinoperatörs- och monteringsarbete, se Figur 13. I statistik som Försäkringskassan redovisat framträder dock ett flertal yrken inom tillverknings- och hantverksarbete som riskyrken för sjukskrivning för kvinnor (Försäkringskassan 2010). Fler av dessa yrken framträder som riskyrken för männen: maskinoperatörs- och monteringsarbete, annat hantverksarbete (slaktare, bagare, finsnickare), bygg- och anläggningsarbete, lantarbete, hantverks- och reparatörsarbete samt arbete som fordons- eller maskinförare, se Figur 14.

Ett större antal kvinnor arbetar däremot inom olika serviceyrken. Service- och säkerhetsarbete framstår också som ett riskyrke för sjukskrivning för kvinnor med yrken som storhushålls- och restaurangpersonal, frisörer och andra personliga tjänster samt säkerhetspersonal. Även servicearbete utan krav på yrkesutbildning såsom städare samt köks- och restaurangbiträden har överrisker för sjukskrivning bland kvinnorna, se Figur 13. Detsamma gäller för män med servicearbete utan krav på yrkesutbildning och här är det vanligt att arbeta som vaktmästare och renhållningsarbetare. Även annat arbete utan krav på yrkesutbildning såsom paketerare, godshanterare och bud framträder som ett riskyrke för sjukskrivning bland män. Andra riskyrken med liknande arbete men med högre utbildningskrav bland männen är det som här benämns kontorsarbete, vilket främst utgörs av arbete som lager- och transportassistenter eller brevbärare, se Figur 14.

Sammanfattningsvis har individer sysselsatta inom kommun (kvinnor) och landsting (kvinnor och män) högre risk för sjukskrivning vilket sammanfaller med en utveckling av ökade psykosociala krav inom många kvinnodominerade verksamheter såsom vård, skola och omsorg (Stenbeck & Persson 2006). Vissa yrkesgrupper särskiljer sig också här såsom förskollärare, vård- och omsorgspersonal, hälso- och sjukvårdsspecialister och sjuksköterskor. Andra yrken med ökad risk för sjukskrivning är mansdominerade arbetaryrken. Exempel på sådana yrken är maskinoperatörs- och monteringsarbete, hantverksarbete, bygg- och anläggningsarbete, jord- och skogsbruksarbete, transport och maskinförararbete med kända exponeringar för fysiska risker i arbetsmiljön (Arbetsmiljöverket 2005). En ytterligare grupp med hög risk för sjukskrivning är gruppen av yrken utan krav på yrkesutbildning vilket delvis också kan bero på en selektion av individer med nedsatt hälsa och arbetsförmåga in i sådana yrken utöver betydelsen av arbetsförhållanden. Sammantaget sammanfaller dessa mönster väl med vad som tidigare redovisats kring sjukskrivning och yrke (Försäkringskassan 2010).

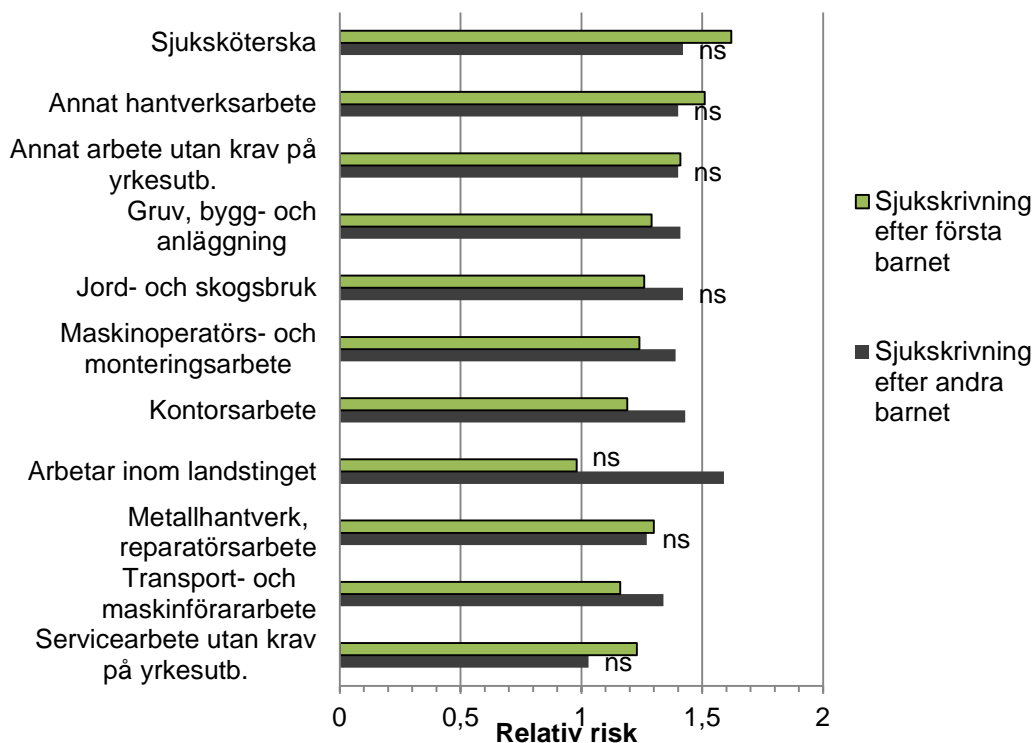
**Figur 13** Relativ risk för sjukskrivning (>14 dagar) för kvinnor som fått första barnet 2005, <sup>20</sup> (ns betyder insignifikant på 95 % signifikansnivå)



<sup>20</sup> Sjukskrivningen *efter första* barnet är första sjukfallet räknat för perioden 2 till 7 år efter barnets födelse. Föräldrar som får ett andra barn ingår också i populationen. Första sjukskrivningsfallet *efter andra* barnet räknas för år 6 och 7 efter första barnets födelse för de som fått ett andra barn inom tre år från det första barnets födelse år 2005.



Figur 14 Relativ risk för sjukskrivning (>14 dagar) för män som fått första barnet 2005, <sup>21</sup> (ns betyder insignifikant på 95 % signifikansnivå)



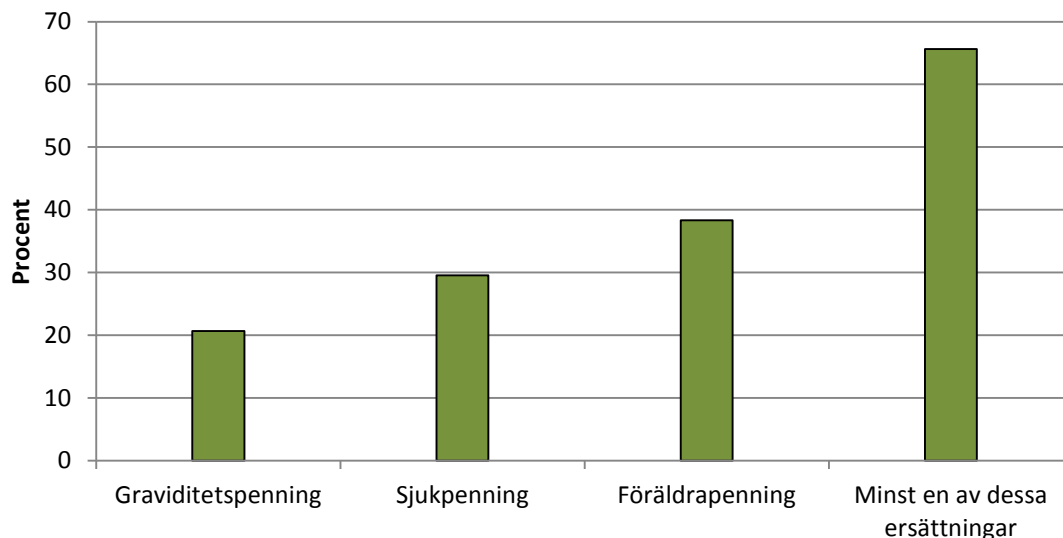
## Förmån under graviditeten och sjukfrånvaro

För att undersöka om ersättningar från socialförsäkringen under graviditeten samvarierar med risken att starta ett sjukfall efter första barnets födelse har en variabel som indikerar om kvinnan har haft sjukpenning, graviditetspenning eller föräldrapenning under graviditeten<sup>22</sup> konstruerats och inkluderats i Cox-regression. I Figur 15 redovisas hur stor andel kvinnor som under graviditeten erhöll någon av de studerade ersättningarna.

<sup>21</sup> Se not 20.

<sup>22</sup> Graviditeten är antagen till 9 månader.

**Figur 15 Andelen av de kvinnor som fick sitt första barn 2005 (n=44906) med nya fall av ersättning från socialförsäkringen under graviditeten**



Totalt startade 66 procent av förstagångsmammorna 2005 ett fall med någon av ersättningarna under graviditeten. Vanligaste ersättningen var föräldrapenning där nästan 40 procent av kvinnorna startade ett fall innan födseln.

För att undersöka om ersättningar under graviditeten samvarierar med risken att starta ett sjukfall efter första barnets födelse har en variabel som indikerar om kvinnan har haft sjukpenning, graviditetspenning eller föräldrapenning under graviditeten konstruerats och inkluderats i Cox-regression. I Tabell 1 går det att utläsa att ersättning under graviditeten hade samband med en ökad risk för sjukfall efter födseln jämfört med kvinnor som inte erhöll ersättning under graviditeten. Detta förklaras sannolikt av medicinska och arbetsrelaterade faktorer.

**Tabell 1 Relativ risk för sjukskrivning (>14 dagar) ett till sju år efter första barnets födelse för kvinnor som fick barn 2005 (Cox-regression)**

Förklaringsfaktor*	Sjukskrivning efter första barnets födelse år 2005, n=42 977	
	Relativ risk	n
Förmån under graviditeten**		
Ej ersatt (referenskategori)	1	15041
Ersatt	1,52	27936

\*Kontrollvariabler: flerbarnsfödelse, ytterligare barn, sammanboende, åldersgrupp, region för födelseland, bostadslän, sysselsättningsstatus, anställningssektor, högsta uppnådda utbildningsnivå, PGI (år 2004) och yrkesgrupp (SSYK96).

\*\*De inkluderade förmånerna är sjukpenning, graviditetspenning och föräldrapenning. Graviditeten är antagen till 9 månader.

Det är sedan tidigare känt att sjukhistorik (med avseende på sjukpenning) är en stark förklaringsfaktor för framtida sjukfall och det är därför viktigt att kontrollera om det är sjukpenning som driver resultatet i Tabell 1. Detta görs genom att dela upp "Förmån under graviditeten och framtida sjukfrån-

varo” på ersatta bruttodagar per ersättning. I Tabell 2 presenteras resultatet av en Cox-regression med de nya variablerna och det är tydligt att sjukpenningdagar har störst samvariation med risken att starta ett sjukfall. Graviditetspenning har även den en positiv samvariation med risken att starta ett sjukfall. För föräldrapenning ses inget samband med framtida sjukfrånvaro. Tolkningen av resultatet är att för varje ytterligare sjukpenningdag under graviditeten ökar risken för sjukskrivning efter födelsen med 0,7 procent. Det innebär att en kvinna med ett 60 dagar långt sjukpenningfall under graviditeten har drygt 40 procent ökad risk för en senare sjukskrivning jämfört med en kvinna utan ersatt sjukfrånvaro. Att föräldrapenning inte har någon påverkan är troligtvis ett resultat av att det är relativt vanligt att mödrarna tar ut föräldrapenning de sista dagarna innan beräknad födsel och att detta har en svagare koppling till sjukdom och arbetsförmåga.

**Tabell 2 Relativ risk för sjukskrivning (>14 dagar) ett till sju år efter första barnets födelse för kvinnor som fick barn 2005 (Cox-regression)**

Förklaringsfaktor*	Sjukskrivning efter första barnets födelse år 2005, n=42 977
	Relativ risk***
Bruttodagar sjukpenning under graviditeten**	1,007
Bruttodagar graviditetspenning	1,002
Bruttodagar föräldrapenning innan födseln	(0,999)

\*Kontrollvariabler flerbarnsfödelse, ytterligare barn, sammanboende, åldersgrupp, region för födelseland, bostadslän, sysselsättningsstatus, anställningssektor, högsta uppnådda utbildningsnivå, PGI (år 2004) och yrkesgrupp (SSYK96).

\*\*Graviditeten är antagen till 9 månader.

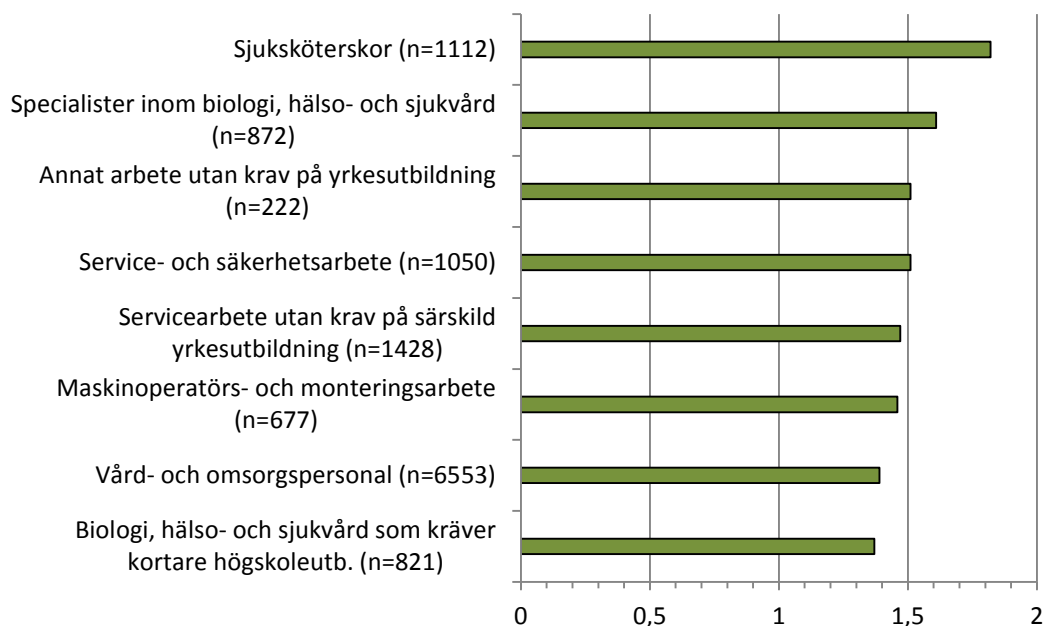
\*\*\*Insignifikanta skattningar på 95 %-nivån är angivna inom parentes.

Om målsättningen är att studera hur ersättningar kan komma påverka risken för framtida sjukfall är det viktigt att känna till graviditetspenningens utformning. För att beviljas graviditetspenning innan den sextionde dagen före planerad förlossning måste specifika risker i arbetsmiljön uppfyllas. Graviditetspenningen är därmed knuten till yrke och dess specifika arbetsförhållanden som i hög grad kvalificerar till ersättningen. Därmed blir det intressant att studera sambanden mellan yrken och graviditetspenning.

I Figur 16 redovisas den relativa risken för åtta större yrkesgrupper med överrisker att erhålla graviditetspenning.<sup>23</sup> Det är tydligt att yrkesgrupper med högre risker i arbetsmiljön (Arbetsmiljöverket 2005) har överrisker för graviditetspenning, såsom flera klassiska kvinnodominerade yrken inom vård och omsorg men även bland kvinnor i mansdominerade arbetaryrken.

<sup>23</sup> Se Bilaga 3 för Tabell över samtliga yrkesgrupper samt kontrollvariabler.

**Figur 16 Relativ risk<sup>24</sup> för graviditetspenning för kvinnor som fått första barnet 2005**



Sammanfattningsvis ses som förväntat ett starkt samband mellan sjukpenningfall under graviditeten och framtida sjukfall efter första barnets födelse. Graviditetspenning är som förklaringsfaktor dock problematisk på grund av den starka kopplingen till yrke- och arbetsförhållanden genom risker i arbetsmiljön. Regelverket kring och analysen av graviditetspenningens koppling till yrke gör det troligt att det är yrket och inte ersättningen i sig som är drivande bakom den ökade risken för sjukfall. Föräldrapenning verkar inte ha någon betydelse för risken för sjukfall efter födseln.

## Jämställdhet och sjukfrånvaro

I dag är tvåförsörjarhushållet den vanligaste typen av hushåll i Sverige såväl som i många andra länder. Ansvaret för hemarbetet är dock inte jämnt fördelat mellan kvinnor och män. Det vanligaste är att kvinnor har huvudansvar för arbetet i hemmet, medan männen förvärvsarbetar i högre utsträckning. Sammanlagt är den totala arbetstiden för hushållsarbete och förvärvsarbete i genomsnitt ungefär densamma, men fördelningen av tid mellan de båda typerna av arbete varierar mellan kvinnor och män (SCB, 2012).

Fördelningen av hushållsarbete och förvärvsarbete förändras när ett par får sitt första barn och blir mer uppdelat. Det generella mönstret är att kvinnornas deltagande i förvärvsarbete minskar (se t.ex. Angrist och Evans, 1998; Gjerdingen och Center, 2005; Baxter et al, 2008). Men naturligtvis finns det stora variationer mellan olika hushåll. En svensk studie visar att kvinnor i par där båda förvärvsarbetar heltid inte utför mindre hushållsarbete än kvinnor i par där kvinnan förvärvsarbetar deltid och mannen heltid (Boye, 2008).

<sup>24</sup> Logistisk regression där oddskvoterna är omräknade till relativa risker.

I detta avsnitt redovisas hur risken för sjukskrivning samvarierar med mått på fördelningen av arbetet i hemmet (hemmasfär) och i förvärvslivet (arbetsfär) för föräldrar som får sitt första gemensamma barn år 2005.

Som framgår av avsnittet Kunskapssammanställning finns det flera hypoteser om varför kvinnors sjukfrånvaro kan samvariera med mängden hushållsarbete och deltagande i förvärvsarbete. Empiriska undersökningar visar också olika resultat vad gäller samvariation mellan barn i hemmet och kvinnors sjukfrånvaro.

Eftersom fördelningen av hushållsarbete och förvärvsarbete mellan kvinnor och män varierar mellan olika hushåll kan också sambandet mellan det ökade ansvar ett barns födelse innebär och risken att kvinnan sjukskrivs variera beroende på hur denna fördelning ser ut.

I Sverige har Månsdotter et al (2006) och Backhans et al (2009) undersökt hur jämställdhet i hemmasfär (uttag av föräldrapenning och tillfällig föräldrapenning för vård av sjukt barn (VAB) och arbetsfär (inkomst och socioekonomisk position) samvarierar med två mått på hälsa, risken för dödsfall och sjukskrivning bland kvinnor och män. Urvalet består av alla par i Sverige som fick sitt första gemensamma barn 1978.

Resultaten i Månsdotter et al (2006) pekar i riktning mot att jämställdhet i hemmasfären samvarierar med lägre ohälsa för båda könen medan jämställdhet i arbetsfären samvarierar negativt med kvinnors hälsa och positivt med mäns hälsa. Med andra ord löper kvinnor som är jämställda i arbetsfären högre hälsorisker, medan det motsatta gäller för män.

Backhans et al (2009) använder samma datamaterial som Månsdotter et al (2006) och kompletterar detta med mått på jämställdhet i kommunen individerna bor i för att undersöka hur kombinationen av jämställdhet på individuell nivå och kommunal nivå samvarierar med individens hälsa. Slutsatsen är att kvinnor som var jämställda i arbetsfären löpte högre risk för sjukskrivning, oavsett omgivning. För män gäller det motsatta med lägre risk för sjukskrivning. I hemmasfären visar studien att jämställda män i jämställda kommuner löper lägre risk att sjukskrivas än andra män.

I denna del av rapporten används liknande mått på jämställdhet som i de två ovan nämnda studierna, men för föräldrar som fick sitt första gemensamma barn år 2005.<sup>25</sup> Två mått på jämställdhet i hemmasfären (andel av föräldrapenninguttaget de första två åren och andel av VAB de första fem åren) och två mått på jämställdhet i arbetsfären (andel av föräldrarnas gemensamma inkomst mätt med justerad pensionsgrundande inkomst (PGI)<sup>26</sup> och yrkets

---

<sup>25</sup> Eftersom regeringsuppdraget består i att studera kvinnors sjukfrånvaro redovisas endast resultat för kvinnornas sjukfrånvaro i denna del.

<sup>26</sup> I PGI ingår inkomst av förvärvsarbete och transfereringar som ersätter inkomst från förvärvsarbete, som till exempel föräldrapenning och sjukpenning. Dessa ersättningar är i justerad PGI uppjusterade för att motsvara den arbetsinkomst en person skulle få om ersättningen inte utgick.

kvalifikationsnivå de första fem åren efter barnets födelse).<sup>27</sup> Dessa mått på jämställdhet används för att mäta samvariationen med risken för att kvinnan sjukskrivs längre än 14 dagar under barnets sjätte och sjunde levnadsår.

Både fördelningen av föräldrapenning- och VAB-uttag ses här som en indikator på fördelning av hushållsarbete mellan föräldrarna. Att vara hemma med sjukt barn är naturligtvis en liten del av omsorgen för barn, men tidigare studier har visat att det finns en samvariation mellan fördelning av hushållsarbete och fördelning av VAB-dagar (Eriksson och Nermo, 2010).<sup>28</sup> VAB-uttaget mäts här under barnets fem första levnadsår, vilket är en tillräckligt lång period för att föräldrarna ska ha hunnit nyttja så mycket VAB att det är meningsfullt att mäta fördelningen mellan föräldrarna. Uttaget av föräldrapenning mäts under barnets två första levnadsår. Det är under denna period föräldrarna använder föräldrapenning mest intensivt och uttag av föräldrapenning efter de två första åren sker oftast under kortare perioder. Därför är uttaget av föräldrapenning under de två första åren det mest relevanta måttet för att indikera fördelningen av hushållsarbetet mellan föräldrarna.

Andelen av föräldrarnas intjänade pensionsgrundande inkomst (PGI) och en jämförelse av föräldrarnas yrkes kvalifikationsnivå (mätt med SSYK 96) de första fem åren efter barnets födelse används som mått för hur föräldrarna fördelar förvärvsarbetet mellan sig.

Inom hemmasfären såväl som i arbetssfären delas föräldrarna upp tre grupper<sup>29</sup> beroende på hur de fördelat uttaget av föräldrapenning och VAB samt fördelningen av föräldrarnas sammanlagda inkomst och vilken kvalifikationsnivå deras yrke har. I de fall kvinnan använder den största andelen av föräldrapenning och tillfällig föräldrapenning hamnar paren i gruppen "Hemma Kvinna+", om föräldrarna använder ungefär lika mycket föräldrapenning och/eller tillfällig föräldrapenning hamnar de i gruppen "Jämställda", och om mannen använder den största andelen av föräldrapenning och tillfällig föräldrapenning hamnar paren i gruppen "Hemma Man+". Inom arbetssfären benämns arbetsfördelningen som "Arbete Man+" om mannen har en högre inkomst och ett yrke med högre kvalifikationsnivå, "Jämställda" om inkomst och kvalifikationsnivå är ungefär likvärdiga och "Arbete Kvinna+" om kvinnan har en högre inkomst och ett yrke med högre kvalifikationsnivå. Andelen individer i de olika delgrupperna redovisas i Bilaga 4 (Tabell 12). I analysen ingår kvinnor som förvärvsarbetade året

---

<sup>27</sup> Yrkets kvalifikationsnivå mäts med SSYK 96 (svensk yrkesklassificering), se [http://www.scb.se/Pages/List\\_\\_\\_259304.aspx](http://www.scb.se/Pages/List___259304.aspx).

<sup>28</sup> Viktigt att notera att VAB-uttag har visat sig fungera som ett indirekt mått för det obetalda hushållsarbetet i hemmet. Utöver hushållsarbete utför föräldrar också ett stort antal timmar av obetalt omsorgsarbete i relation till sina barn. Fördelningen av detta är inte lika väl studerat som hushållsarbete. Försäkringskassan kommer i december med en fördjupad studie av relationen mellan föräldraledighet och obetalt hushålls- och omsorgsarbete.

<sup>29</sup> Dessutom finns ytterligare två grupper, som inte redovisas i detta avsnitt. Den första gruppen består av de fall där det inte finns några uppgifter om föräldrapenninguttag och VAB-användande, samt inkomst och yrke. Den andra gruppen består av de fall där uppgifterna är motstridiga. En utförlig beskrivning av hur indelningen går till återfinns i Bilaga 4. Denna indelning följer samma principer som i Backhans et al (2009).

före barnets födelse. Orsaken till detta är främst att VAB är en ersättning som gör det möjligt för föräldrar att vara hemma från arbetet med sjuka barn, det vill säga, för att använda VAB behöver föräldern förvärvsarbeta. Detsamma gäller delvis om föräldrapenningen. Om individen inte förvärvsarbetar utgår en låg ersättning vid uttag av föräldrapenning.<sup>30</sup>

I Tabell 3 redovisas resultaten som relativa risker<sup>31</sup> för sjukskrivning mer än 14 dagar i förhållande till referensgruppen föräldrar som är jämställda i både hemmasfären och i arbetsfären. Ett värde över 1 innebär att det finns en högre risk för sjukskrivning i gruppen än i referensgruppen, och ett lägre värde än 1 en lägre risk. Signifikanta skillnader visas utan parentes.<sup>32</sup>

Resultaten visar att risken för sjukskrivning inte skiljer sig signifikant åt från referenskategori (jämställda kvinnor), om mannen har en högre inkomst och ett yrke med högre kvalifikationskrav (arbetsfär=Man+), oavsett hur fördelningen inom hemmasfären ser ut (jämställt, kvinnan har större ansvar eller mannen har större ansvar).

Om arbetsfären är jämställd är risken signifikant högre för kvinnan att bli sjukskriven om kvinnan har ett större ansvar i hemmasfären (Kvinna+) i förhållande till om hemmasfären är jämställd (Relativ risk (RR)=1,14). Det finns inte någon signifikant skillnad om arbetsfären är jämställd och mannen har ett större ansvar i hemmasfären (Man+).

**Tabell 3 Relativ risk att kvinnan blir sjukskriven (>14 dagar) år 6 och 7 efter barnets födelse efter jämställdhet i hemmasfären (fördelning av VAB-uttag och föräldrapenninguttag) och jämställdhet i arbetsfären (fördelning av pensionsgrundande inkomst (PGI) samt yrkets kvalifikationsnivå)**

		Hemmasfär		
		Kvinna+	Jämställd	Man+
Arbetsfär	Man+	(0,99)	(1,02)	(0,96)
	Jämställd	1,14	1 (ref.)	(1,09)
	Kvinna+	1,22	1,36	(1,02)

I modellen kontrolleras också för antalet uttagna VAB-dagar och föräldrapenningdagar samt inkomstnivå och yrke året innan barnet föds. Dessutom kontrolleras för ålder, om paret är sammanboende/gift eller ej, lön, utbildningsnivå och anställningssektor året innan barnet föds. Utöver detta kontrolleras för flerbarnsfödelse och moderns födelseort och tidigare sjukskrivning. Känslighetsanalyser har gjorts med olika specifikationer av modellen och resultaten är relativt robusta. Signifikanta skillnader visas utan parentes.

<sup>30</sup> I övrigt beskrivs urvalet i avsnittet Data och metod.

<sup>31</sup> Beräknade med Cox proportional hazard regression, se avsnitt Data och metod.

<sup>32</sup> I Bilaga 4 redovisas resultat för kvinnor uppdelade efter utbildningsnivå. För kvinnor med förgymnasial och gymnasial utbildning samvarierar ett stort ansvar hemma kombinerat med att vara minst likvärdig med sin partner i arbetslivet med en ökad risk för sjukskrivning. För kvinnor med eftergymnasial utbildning samvarierar en högre position i arbetslivet än sin partner tillsammans med jämställdhet i hemmasfären med en ökad risk för sjukskrivning.

I de fall där kvinnan har en högre inkomst och ett yrke med högre kvalifikationsnivå (Arbetsfär=Kvinna+) finns en signifikant högre risk att kvinnan sjukskrivs om kvinnan är jämställd (RR=1,36) eller har ett större ansvar i hemmasfären, jämfört med referenskategori (RR=1,22).

Resultaten kan ha flera orsaker. De grupper där risken för sjukskrivning är hög sammanfaller med att kvinnan har stort ansvar för omvårdnad och hemarbete och förvärvsarbetar i minst lika hög utsträckning som mannen. Detta kan tolkas som att den totala arbetsbördan för kvinnan är (för) hög.

Sammantaget stödjer resultaten hypotesen att flera roller inte innebär någon ökad risk för sjukskrivning. Däremot kan en hög arbetsbörda samvariera med ökad risk för sjukskrivning. Om kvinnan arbetar i ungefär samma utsträckning som mannen, men har huvudansvar för hemarbetet, och därmed är dubbelarbetande i meningen att de har ett huvudansvar för hem och familj samtidigt som de i hög utsträckning förvärvsarbetar, samvarierar denna kombination med ökad risk för sjukskrivning.

Ytterligare studier behöver genomföras för att verifiera och ge en djupare förståelse av resultaten. Detta kan till exempel gälla att genomföra samma analys för olika delgrupper, undersöka risken för sjukskrivningar längre perioder än 14 dagar och risken för sjukskrivning i olika diagnoskapitel. Dessutom bör samma analyser genomföras för männen. Detta ligger dock utanför ramen för detta regeringsuppdrag.

## Vårdbidrag och sjukfrånvaro

Vårdbidrag är ett ekonomiskt stöd till föräldrar för att kunna ge tillsyn, vård och stöd till barn med sjukdom eller nedsatt funktionsförmåga för att barnet ska kunna utvecklas på bästa sätt. Ett barn med extra vårdbehov innebär en ökad påfrestning och belastning för familjen, vilket skulle kunna medföra en ökad sjukfrånvaro för dessa föräldrar jämfört med andra föräldrar. I de flesta fall är det mamman till barnet som står som mottagare till vårdbidraget. Mot bakgrund av att kvinnor oftast tar ett extra ansvar för hushållsarbete när familjen bildas är det rimligt att anta att det är kvinnan i familjen som även tar huvuddelen av det extra arbete som följer med ett extra vårdkrävande barn. I detta avsnitt presenteras sannolikheten att vara sjukskriven för kvinnor och män i familjer som någon gång under barnets sju första år har vårdbidrag.

Förstagångsföräldrar som erhållit vårdbidrag för sitt barn någon period fram till och med att barnet var sju år identifierades.<sup>33</sup> Totalt erhöll 1616 (3,8 procent) kvinnor som fick barn 2005 vårdbidrag efter barnets födelse. Av männen var det 1429 (3,6 procent) som hade ett förstabarn där vårdbidrag hade utgått till familjen, varav 287 män där vårdbidraget hade utbetalats till dem.<sup>34</sup>

---

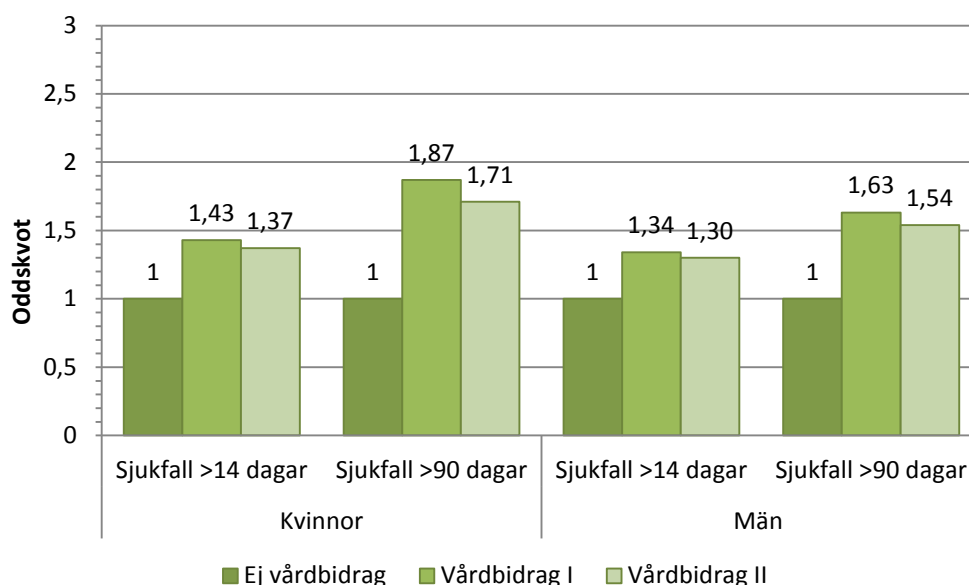
<sup>33</sup> Av dessa hade 77 kvinnor och 15 män även utbetald assistansersättning. På grund av små grupper har inga separata analyser gjorts för assistansersättning.

<sup>34</sup> Vårdbidragstagare och deras sjukskrivning beskrivs närmare i Bilaga 5.



Sannolikheten att under barnets sju första år ha ett sjukfall >14 dagar eller ett sjukfall >90 dagar analyserades för både kvinnor och män i familjer där vårdbidrag för det första barnet hade utbetalats. För både kvinnor och män innebär vårdbidrag en större sannolikhet både för sjukskrivning >14 dagar och sjukskrivning >90 dagar inom sju år efter barnets födelse, jämfört med föräldrar utan vårdbidrag (Figur 17). Sannolikheten kvarstår även efter omfattande kontroll för sociodemografiska och socioekonomiska faktorer.<sup>35</sup>

**Figur 17 Sannolikheten att ha ett sjukfall >14 dagar respektive >90 dagar inom 7 år efter första barnets födelse för kvinnor och män i familjer som har vårdbidrag för första barnet jämfört med föräldrar utan vårdbidrag**

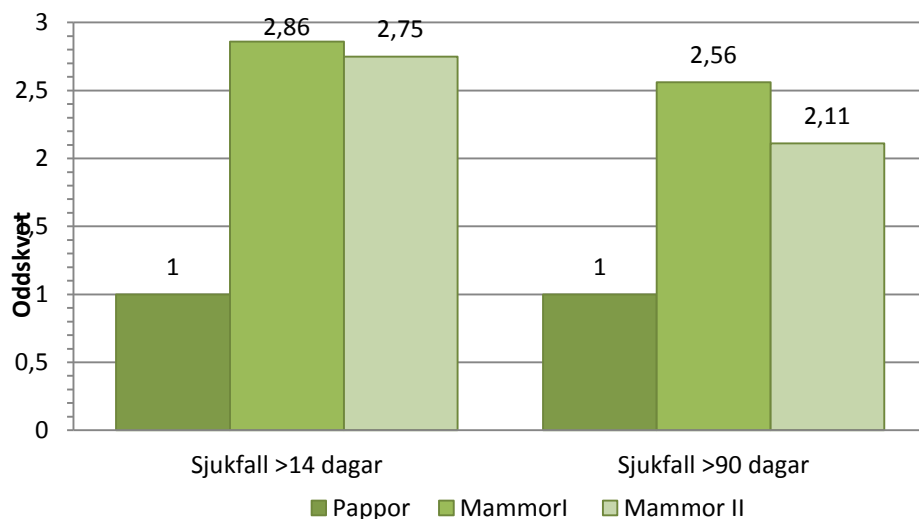


Vid jämförelse mellan föräldrar i familjer med och utan vårdbidrag för det första barnet finner vi att kvinnor har en större sannolikhet jämfört med män både att ha ett sjukfall >14 dagar och sjukfall >90 dagar under sjuårsperioden efter första barnets födelse (Figur 18). Kontroll för ålder och ytterligare barn minskar sannolikheten något, men vid kontroll för övriga sociodemografiska och socioekonomiska variabler så kvarstår sannolikheten för sjukfall >14 dagar.<sup>36</sup> För sjukfall >90 dagar finner vi en liknande bild när hänsyn tas till övriga sociodemografiska och socioekonomiska faktorer.

<sup>35</sup> Personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, som avlidit eller emigrerat är exkluderade. Vårdbidrag I: modell med kontroll för ålder, Vårdbidrag II: modell med kontroll för ålder, sjukdagar året innan, ytterligare barn, sammanboende/gift, födelseland, kommun, utbildningsnivå, yrke, sektor och ekonomi.

<sup>36</sup> Personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, som avlidit eller emigrerat är exkluderade. Referensgruppen är pappor. Mammor I: modell med kontroll för ålder, Mammor II: modell med kontroll för ålder, sjukdagar året innan, ytterligare barn, sammanboende/gift, födelseland, kommun, utbildning, yrke, sektor och ekonomi.

**Figur 18** Sannolikheten att ha ett sjukfall >14 dagar respektive >90 dagar inom 7 år efter första barnets födelse för kvinnor som har barn där vårdbidrag utgår jämfört med män i samma situation



Sammanfattningsvis pekar resultaten på att i familjer som har vårdbidrag för sitt första gemensamma barn någon period under barnets sju första år ökar sannolikheten att vara sjukskriven för både kvinnor och män, även efter kontroll för sociodemografiska och socioekonomiska faktorer. Sambandet gäller både för sjukfall >14 dagar och sjukfall >90 dagar. Resultaten visar även att sannolikheten att vara sjukskriven är större för kvinnor i familjer som har vårdbidrag jämfört med män i samma situation.

## Diskussion

I denna rapport, baserad på registerdata vid Försäkringskassan, presenteras sjukfrånvaron över tid för kvinnor och män som blev förstagångsföräldrar till barn födda 2005 och 2008. Dessutom redovisas resultat från analys av möjliga orsaksfaktorer till varför vissa kvinnor som får sitt första barn har högre sjukfrånvaro än andra förstagångsföräldrar med fokus på föräldrar som fick barn 2005.

Rapporten har beaktat resultat från studien *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro* av Angelov och medförfattare (2011) vid Institutet för arbetsmarknads- politisk utvärdering (IFAU). Författarna visade där att det genomsnittliga antalet sjukpenningdagar ökade efter barnets födelse, för förstagångsföräldrar som fick barn 1995 och 1999, oavsett föräldrarnas kön. Studien visade även att ökningen var större för kvinnor jämfört med män och att den ökande könsskillnaden i antalet sjukpenningdagar startade fyra år innan den aktuella graviditeten 1999 (Figur 2).

### Beskrivning av sjukfrånvaro i samband med första barnets födelse

Beskrivande data över sjukfrånvaro för förstagångsföräldrar sex år före samt sju respektive fyra år efter första barnets födelse 2005 och 2008 visar att kvinnor redan sex år innan barnets födelse har ett högre genomsnittligt antal sjukpenningdagar per månad jämfört med män (Figur 3 och 4). Under graviditeten ökar antalet sjukpenningdagar för kvinnor för att därefter minska. Under barnets första levnadsår är antalet sjukpenningdagar betydligt lägre jämfört med nivån före graviditeten och den låga nivån kvarstår under barnets första levnadsår. Den låga nivån på kvinnors sjukfrånvaro under barnets första år förklaras av att majoriteten kvinnor är hemma och vårdar sitt barn. Då föräldrapenning utgår krävs det så allvarlig sjukdom att kvinnan inte kan vårda sitt barn själv för att sjukpenning ska utbetalas. Efter barnets första år ökar antalet sjukpenningdagar för kvinnor för att två år barnets födelse vara på ungefär samma nivå som före graviditeten.

Våra resultat vad gäller kvinnors ökade sjukfrånvaro under graviditeten samt ett minskat genomsnittligt antal sjukpenningdagar under barnets första år delvis stämmer med den bild för förstagångsföräldrar 1995 och 1999 som tidigare presenterats av Angelov m.fl. (2011) (Figur 2). Ett par skillnader framkommer för förstagångsföräldrar 2005 och 2008 jämfört med förstagångsföräldrar 1999. Vi observerar en tydlig skillnad i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män redan sex år före barnets födelse. För kvinnor i föräldrapar som fick barn 2005 och 2008 ligger antalet sjukpenningdagar två år efter barnets födelse på samma nivå som strax före graviditeten till skillnad mot vad som var fallet för kvinnor som fick sitt första barn 1999 (Angelov m.fl.,

2011) där det genomsnittliga antalet sjukpenningdagar per månad ökade markant efter barnets födelse.

Det högre antalet sjukfrånvarodagar (5,5 dagar per månad) för kvinnor året innan barnets födelse 2005 (Figur 3) jämfört med 4,5 sjukdagar per månad som rapporterades av Angelov m.fl. (2011) för kvinnor 1999 i Figur 2 kan förklaras av den generellt lägre sjukfrånvaron 1998 jämfört med 2004. Hela 1990-talet var på många sätt ett speciellt årtionde med ekonomisk kris, hög arbetslöshet och åtstramningar i offentlig sektor. Utvecklingen av sjukfrånvarons nivå i början och i slutet av denna period påverkades med största sannolikhet av sådana omfattande förändringar på arbetsmarknaden (Bjurvald m.fl., 2005).

I genomsnitt har kvinnor, jämfört med män, fler sjukpenningdagar tre år efter barnets födelse jämfört med tre år före barnets födelse under perioden 1995 till 2008 (Figur 5). Figuren visar även att skillnaden inte är konstant över tid utan varierar. För föräldrar som får barn i början av denna period (1995–2000) ses en ökad skillnad i sjukfrånvaro efter första barnet jämfört med könsskillnaden före barnets födelse. Däremot minskar könsskillnaden i sjukfrånvaro för föräldrar som får barn mellan åren 2001 och 2007. En trolig förklaring till den minskade könsskillnaden efter första barnet är den generella minskningen i sjukpenningtalet sedan 2003 som är tydligare bland kvinnor i både absoluta och relativa tal.

En beskrivning av sjukfrånvaron för kvinnor som år 2005 var i åldern 25–35 år visar att i gruppen kvinnor som inte får barn under perioden 2000 till och med 2012 inträffar cirka 0,1 sjukfall per person och månad och nivån ligger stabilt över perioden. För kvinnor som får barn någon gång under perioden ser vi ett högre genomsnittligt antal sjukfall. Kvinnor som får sitt första barn 2005 har i genomsnitt en större andel sjukfall under graviditeten samt en större andel sjukfall under år tre och fyra efter första barnets födelse (Figur 7). Den större andelen sjukfall 2007 till och med 2009 förklaras sannolikt av sjukfrånvaro i samband med att syskon föds. Drygt 60 procent av mammorna får ytterligare minst ett barn inom fyra år efter första barnets födelse och inom åtta år är motsvarande andel 80 procent.

Däremot visar en beskrivning över genomsnittligt antal sjukpenningdagar mellan år 2000 och 2012 att kvinnor som inte får barn under perioden har få men i gengäld längre sjukfall (Figur 8). Att kvinnor som får barn före 2005 har fler sjukfrånvarodagar kan bero på att gruppen är yngre när första barnet föds, att de får ytterligare barn och att de i större utsträckning tillhör grupper med generellt högre sjukfrånvaro.

## Faktorer som ökar risken för sjukfrånvaro

### Skillnader i risk för sjukfrånvaro mellan kvinnor och män

Skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män är tydlig redan före graviditeten för förstagångsmammor jämfört med förstagångspappor (Figur 9). Det betyder dock inte att biologiskt kön är en riskfaktor även om det finns biomedicinska skillnader mellan kvinnor och män som kan förklara en del av skillnaderna i sjukfrånvaro. I analysen fångar faktorn kön

förhållanden som systematiskt kan skilja sig åt mellan kvinnor och män. Vi har i denna studie haft möjlighet att i analyserna ta hänsyn till exempelvis inkomst, utbildning, arbetsgivare och yrke. Däremot fångar faktorn kön andra faktorer som vi inte har haft möjlighet att studera såsom hur ansvar, makt och resurser fördelas i familjen och på arbetsplatsen samt hälsomässigt beteende och normer och värderingar kopplat till sjukskrivning som systematiskt kan skilja sig åt mellan kvinnor och män (Courtenay 2000, Evans & Steptoe 2002).

Risken att bli sjukskriven för kvinnor jämfört med män efter första barnets födelse ligger på samma nivå jämfört med innan graviditeten. En trolig förklaring är att föräldraparen fortfarande tar ut föräldrapenning och senare även tillfällig föräldrapenning. Den betydande ökningen i sjukfrånvaro två år efter andra barnets födelse infaller sannolikt när omsorgsnivån för barnen i familjen är som störst. Även om män generellt har ökat sin tid för hemarbete så är det fortfarande kvinnor som har huvudansvaret och männens ökning av ansvaret går relativt långsamt.

Att kombinera föräldraskap och förvärvsarbete innebär bland annat ansvar, krav, förväntningar men även möjligheter och stöd från flera olika håll. Tidigare forskning har visat att denna situation kan antingen innebära en extra belastning på grund av att det kan leda till motstridiga krav och förväntningar från flera håll vilket skulle innebära ökad stress och påverka hälsan negativt (Nordenmark 2004, Strandh och Nordenmark 2006). Å andra sidan, har forskning också visat att föräldraansvar generellt inte innebär en högre, utan snarare en lägre sannolikhet för sjukfrånvaro (Staland Nyman, 2008). En förklaring kan vara att kombinationen barn och familj och arbete innebär en större tillgång på resurser och stöd från flera olika sociala sammanhang. Beemsterboers m.fl. (2009) konstaterar att sjukfrånvarofrekvensen för kvinnor med barn påverkas av *mängden* hemarbete.

Hur vi hanterar påfrestningar i och utanför arbetslivet (coping) varierar mellan personer och olika grupper i samhället där möjligheten att anpassa sin dagliga arbetssituation har betydelse. Korttidssjukfrånvaro har nämnts som ett sätt att hantera en ansträngande situation med viss möjlighet till återhämtning (Kristensen, 1991). Ett annat sätt att hantera belastningar som till exempel det dubbelarbete som det innebär att kombinera familj och arbete är att ena eller båda föräldrarna arbetar deltid för att få tiden att räcka till. Hur hel- respektive deltidsarbete samvarierar med sjukfrånvaro har vi inte haft möjlighet att analysera i denna studie. Men utifrån teorin om att dubbelarbete som innebär en hög belastning kan innebära ökad stress är det rimligt att anta att deltidsarbete kan minska risken att bli sjukskriven för kvinnor och män.

### Diagnospanorama för kvinnor och män vid olika skeden i livet

Som förväntat är psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar de vanligaste diagnoserna för både kvinnor och män före första barnet. Mönstret med en högre andel psykiska diagnoser bland kvinnor jämfört med män och högre andel med rörelseorganens sjukdomar bland män jämfört med kvinnor överensstämmer med hur det ser ut för befolkningen som helhet. Graviditetskomplikationer utgör fem procent av sjukfallen två år före

kvinnorna fick sitt första barn. Efter första barnet är graviditetskomplikationer den dominerande diagnosgruppen för kvinnor, efter andra barnet är det återigen psykiska sjukdomar som dominerar. För män förändras inte sjukskrivningspanoramats nämnvärt mellan det första och ytterligare barn.

### Andra viktiga riskfaktorer för sjukfrånvaro

Vi finner en tydligt högre risk för förstagångsmammor boende i Stockholms län att bli sjukskrivna jämfört med riket i sin helhet. Ett liknande mönster framstår för förstagångsmammor boende i Jämtland. Eftersom 27 procent av förstagångsmammorna 2005 är bosatta i Stockholms län så får det naturligtvis stora konsekvenser för sjukförsäkringen. En bidragande orsak kan vara att andelen heltidsarbetande kvinnor (>35 timmar) är störst i Stockholm, vilket innebär en större andel kvinnor med ”högre belastning” i form av heltidsarbete förenat med omsorg om barn och familj. Resor till och från arbetet kan också vara av betydelse. Längst tid att ta sig till arbetet har de boende i storstäder och dess kranskommuner (SCBb, 2012). Störningar i trafiken kan ha större negativ betydelse för den som har bundet arbete med schemalagd tid och för den som tar hand om barn efter arbetstidens slut. Kvinnor i storstad åker oftast kollektivt till och från arbetet medan det är vanligare att åka egen bil bland män.

Förutom de sociodemografiska faktorerna som har betydelse för sjukfrånvaron men som är svåra att påverka så har ett flertal socioekonomiska faktorer betydelse. Längre utbildning och högre lön innebär en lägre risk att bli sjukskriven för förstagångsföräldrar. Utöver dessa väletablerade socioekonomiska skillnader i hälsa och arbetsförmåga finns också skillnader som är kopplade till faktiska arbetsförhållanden som har betydelse för hälsa och arbetsförmåga, såsom sysselsättningssektor och yrke.

För män finner vi stora skillnader i sjukskrivningsrisk för olika socioekonomiska grupper, såsom utbildning, inkomst och yrkesgrupp. För kvinnor ser vi stora likheter med män när det gäller riskfaktorer i arbetslivet men med lägre risknivåer. Dock har kvinnor som grupp en betydligt högre risk att bli sjukskrivna jämfört med män.

Den könssegregerade arbetsmarknaden i Sverige innebär att kvinnor och män till stora delar arbetar inom olika yrkesgrupper och befinner sig inom olika anställningssektorer. Cirka en tredjedel (34 procent) av kvinnorna arbetar inom kommun och landsting där risken för att bli sjukskriven >14 dagar är högre än genomsnittet för alla sektorer. För män innebär en landstingsanställning en ökad risk för sjukfrånvaro efter andra barnet, dock är andelen landstingsanställda män låg.

Yrken med ökad risk för sjukskrivning är yrken inom skola, vård och omsorg där en stor andel av kvinnorna befinner sig. Vissa yrkesgrupper särskiljer sig också här såsom förskollärare, vård- och omsorgspersonal, hälso- och sjukvårdsspecialister och sjuksköterskor. Orsakerna till den högre sjukskrivningsrisken i dessa yrken går dels att finna i de fysiska och psykiska krav som finns i arbetet. De stora förändringar som skedde inom områdena skola, vård och omsorg på 1990-talet innebar stora nedskärningar i verksamheterna med minskade resurser vilket påverkade arbetsförhåll-

andena och medförde ökade krav vilket högst troligt inverkade på sjukfrånvaron (Bjurvald m.fl., 2005, Stenbeck & Persson 2006, Lidwall 2010).

En hypotes till att skillnaderna i sjukskrivning mellan kvinnor och män var mindre under 1990-talet är att den då höga arbetslösheten innebar att en högre andel av de kvinnor som fick barn 1999 var arbetslösa och därför i lägre utsträckning blev sjukskrivna. En annan samverkande faktor kan ha varit att de kvinnor som fick barn 1999 och hade arbete i möjligaste mån hade undvikit sjukskrivning av rädsla för att förlora arbetet eller andra skäl.

Även mer typiska traditionellt mansdominerade arbetaryrken innebär en ökad risk att bli sjukskriven, särskilt tydligt är detta bland män men även för det relativa fåtal kvinnor med sådana yrken. En ytterligare grupp med hög risk för sjukskrivning är gruppen av yrken utan krav på yrkesutbildning vilket delvis kan bero på en selektion av individer med nedsatt hälsa och arbetsförmåga in i sådana yrken utöver betydelsen av arbetsförhållanden. Sammantaget sammanfaller dessa mönster väl med vad som tidigare redovisats kring sjukskrivning och yrke (Försäkringskassan 2010).

### Förmån under graviditeten och sjukfrånvaro

Huvuddelen av kvinnorna, närmare 66 procent har någon form av ersättning från socialförsäkringen under graviditeten i form av sjukpenning, graviditetspenning och föräldrapenning. Som förväntat innebär detta en ökad risk att bli sjukskriven efter barnets födelse (Tabell 1). Tydligt var också att antalet sjukpenningdagar har en större påverkan på sjukfrånvaron än graviditetspenning (Tabell 2). Det är sedan tidigare känt att sjukhistorik (sjukpenning) är en stark förklaringsfaktor för framtida sjukfall (Alexandersson m.fl. 2011, Beemsterboer 2009), vilket sannolikt förklaras av medicinska och arbetsrelaterade orsaker. Uttag av föräldrapenning är relativt vanligt och ökade inte risken för sjukfrånvaro. Troligen är det mer kopplat till förberedelse inför förlossningen än till en nedsatt arbetsförmåga.

Yrken med högre sannolikhet att ha graviditetspenning var främst yrken med höga fysiska krav. De yrkesgrupper som dominerade var sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal men även yrkesgrupper inom mer mansdominerade områden som exempelvis maskinoperatörs- och monteringsarbete.

### Jämställdhet och sjukfrånvaro

När ett barn föds ökar ansvaret och arbetsbördan i hemmet, inte sällan mest för kvinnorna som ofta haft huvudansvar för hemarbetet. I denna rapport undersöks hur jämställdhet mellan föräldrarna i privatlivet och i arbetslivet samvarierar med kvinnans sjukfrånvaro. Jämställdhet i den privata sfären baseras på föräldrarnas andel av föräldrapenninguttaget de första två åren och andel av tillfällig vård av barn de första fem åren. Jämställdhet i arbetslivet baseras på andelen av den gemensamma inkomsten och yrkets kvalifikationsnivå de första fem åren efter barnets födelse. Huvudresultaten visar att det finns en ökad risk att kvinnan sjukskrivs i de fall hon utför den största delen av hemarbetet samtidigt som kvinnans ställning på arbetsmarknaden är minst likvärdig med mannens.

Detta resultat stöder hypotesen att dubbelarbete, i meningen att kvinnan har ett huvudansvar för hem och familj samtidigt som hon förvärvsarbetar i lika hög utsträckning som mannen, kan leda till ökad risk för hälsofarlig stress och i förlängningen sjukskrivning.

### Vårdbidrag och sjukfrånvaro

Att ha ett barn som är i behov av extra tillsyn och vård kan innebära en extra belastning för familjen. I de flesta fall är det kvinnan som är mottagare av vårdbidraget, av männen är det endast 20 procent där någon del av vårdbidraget utbetalas till dem. Mot bakgrund av att kvinnor i de flesta fall tar ett extra ansvar för hushållsarbetet när familjen bildas så är det rimligt att anta att det är kvinnan i familjen som även tar det största ansvaret som det innebär med ett extra vårdkrävande barn.

I analysen av samband mellan att ha ett extra vårdkrävande barn i familjen och sjukfrånvaro är fokus på det *extra omsorgsansvaret i familjen* oavsett vem i familjen som har erhållit bidrag. För både kvinnor och män innebär ett extra vårdkrävande barn i familjen ett samband med att bli sjukskriven både i sjukfall längre än 14 dagar och sjukfall längre än 90 dagar under barnets sju första år jämfört med kvinnor och män i familjer utan extra vårdkrävande barn. Sambandet mellan extra omsorgsansvar för barn och sjukfrånvaro är starkare för kvinnor än för män. I en studie av svenska kvinnor har en liknande bild av samband mellan omsorgsansvar för barn eller vuxna med särskilda behov och sjukfrånvaro rapporterats av Staland Nyman (2008).

## Slutsatser

Den analys som har genomförts visar att:

- 1 Skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män är tydlig redan före kvinnors första graviditet, skillnaden kvarstår efter första barnets födelse men ökar betydligt efter kvinnors ytterligare graviditeter.
- 2 Könsskillnaden i sjukfrånvaro *före och efter* första barnets födelse är inte konstant utan ökar i slutet av 1990-talet för att därefter minska betydligt under 2000-talet.
- 3 Yrken där kvinnor har ökad risk för sjukskrivning är yrken inom vård, skola och omsorg samt i mansdominerade arbetaryrken.
- 4 Kvinnor som är dubbelarbetande i meningen att de har ett huvudansvar för hem och familj samtidigt som de förvärvsarbetar i hög utsträckning har en ökad risk för sjukskrivning.
- 5 Att ha ett barn med extra omsorgsbehov där vårdbidrag utgår ökar sannolikheten att vara sjukskriven för både kvinnor och män, men i högre grad för kvinnor.



Generellt är kunskaperna bristfälliga när det gäller att förklara orsaks-sambanden bakom sjukskrivningar och det gäller speciellt den kraftiga ökningen av sjukskrivningarna som skedde i slutet av 1990-talet i synnerhet för kvinnor. Redan då uppmärksammades arbetsmiljöproblem och hög sjukfrånvaro i kvinnodominerade verksamheter inom skola, vård och omsorg. Det ledde i sin tur till omfattande forskning kring hälsa i arbetslivet inom dessa verksamheter samt åtgärder för att förbättra både hälsa och arbetsmiljö främst inom kommuner och landsting. Även om förbättringar i arbetsmiljön skett på många håll inom välfärdstjänsternas område förefaller det som om många av de grundläggande problem som förorsakar sjukskrivningar inom främst vård- och omsorgssektorn fortfarande kvarstår.

Familjepolitiken ska underlätta för föräldrar att kombinera yrkesliv med familjeliv genom att förbättra möjligheten för båda föräldrarna att delta i arbetslivet, samtidigt som de ska kunna ta hand om barnen när de är små. I ett internationellt perspektiv har Sverige nått långt på jämställdhetens område vilket främst inneburit att kvinnor i allt högre grad strävat efter en mer jämställd position i arbetslivet. Kvinnor har också minskat den tid som ägnas åt obetalt arbete i hemmet samtidigt som männens motsvarande obetalda arbete ökat mer marginellt. I vår analys ser vi att kvinnor löper större risk för sjukskrivning om mannen i familjen inte använder föräldraförsäkringen, vilket indikerar en lägre påtagen arbetsbörda för de gemensamma barnen. Kvinnor vars bidrag till familjens ekonomi genom förvärvsarbete är mer marginellt eller har lägre socioekonomisk status än mannen har däremot en lägre risk för sjukskrivning vilket indikerar en strategi med lägre arbetstid eller att avstå yrkeskarriär vilket kan minska risken för överbelastning och sjukskrivning på kort sikt. Samtidigt innebär en sådan strategi en minskad ekonomisk autonomi för kvinnor på både kort och lång sikt, det senare bland annat genom en lägre framtida pension.

Samtidigt som familjepolitiken har en viktig roll att spela för att kvinnor och män ska kunna kombinera yrkesliv med familjeliv går det inte att bortse från att förhållanden i arbetslivet har stor betydelse för balansen mellan arbets- och familjeliv. Exempelvis ger möjligheten att arbeta på distans ökad flexibilitet men innebär samtidigt att gränserna mellan arbets- och familjeliv i tid och rum blir mer otydliga. Ett arbetsliv som inte förmår ta hänsyn till de särskilda livsvillkor som följer med föräldraskap riskerar långsiktigt att gå miste om viktig kompetens samtidigt som det riskerar att leda till minskad produktivitet genom bland annat ökad långtidssjukfrånvaro.

## Referenser

- Alexanderson, K., M. Leijon, m.fl. (1994). "Epidemiology of sickness absence in a Swedish county in 1985, 1986 and 1987. A three year longitudinal study with focus on gender, age and occupation." *Scand J Soc Med* 22(1): 27–34.
- Alexanderson, K., A. Sydsjö, m.fl. (1996). "Impact of pregnancy on gender differences in sickness absence." *Scand J Soc Med* 24(3): 169–176.
- Alexanderson, K., S. Marklund, m.fl. (2011). Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Stockholm, Karolinska Institutet. Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin.
- Allebeck, P. and A. Mastekaasa (2004). "Chapter 5. Risk factors for sick leave – general studies." *Scand J Public Health* 32(Suppl 63): 49–108.
- Arbetsmiljöverket 2005. Arbetsmiljön 2005. AM 68 SM 0601. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Angelov, N., Johansson, P., Lindahl, E., & Lindström, E.-A. (2011). Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Rapport 2011:2. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).
- Angelov, N., Johansson, P. & Lindahl, E. (2013). Kvinnors större föräldransvar och högre sjukfrånvaro. Rapport 2013:7. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
- Angrist J och W Evans (1998) Children and their parents' labor supply: evidence from exogenous variation in family size, *American Economic Review*, vol 88, nr 3, sid 450–477.
- Backhans, M. C., B. Burstrom, m.fl. (2009). "Pioneers and laggards – is the effect of gender equality on health dependent on context?" *Soc Sci Med* 68(8): 1388–1395.
- Baxter J, B Hewitt och M Haynes (2008) Life course transitions and housework: Marriage, parenthood, and time on housework, *Journal of Marriage and Family*, vol 70, sid 259–272.
- Beemsterboer, W., Stewart, R., Groothoff, J. & Nijhuis, f. (2009). "Literature review on sick leave determinants (1984–2004)." *International journal of occupational medicine and environmental health* 2009;22(2): 169–179.
- Bekker, M. H., C. G. Rutte, m.fl. (2009). "Sickness absence: A gender-focused review." *Psychol Health Med* 14(4): 405–418.

Bjurvald, M., Hogstedt, M., Marklund, S., Palmer, E., Theorell, T. (2005) Kapitel 14. Vad kan förklara den höga sjukfrånvaron? Försök till syntes. Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar. Redaktörer Marklund S. m.fl. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Bratberg, E., Dahl S-Å. & Erling Risa, A. (2002). "The double Burden – Do combinations of career and family obligations increase sickness absence among women?" *European sociological review*, vol 18, nr 2, 233–249.

Broström, G., Johansson, P., Palme, M. (2004) "Economic incentives and gender differences in work absence behavior" *Swedish Economic Policy Review* 11 (2004) 33–63

Boye, K. (x). "Paid work, housework and the gender difference in psychological distress". *European Societies* 12 (3) 2010\_ 419–442.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50(10), 1385–1401.

Dørheim, S., B. Bjorvatn, m.fl. (2013). "Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population." *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology (BJOG)*, vol 120(5):521–530.

Eriksson, R., Nermo, M. (2010). Care for Sick Children as a Proxy for Gender Equality in the Family, *Social Indicators Research*, 97(3), 341–356.

Evans, O., & Steptoe, A. (2002). The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. *Social Science and Medicine*, 54(4), 481–492.

Floderus B, Hagman M, Aronsson G, Marklund S, Wikman A. (2009). "Work status, work hours and health in women with and without children." *Occup Environ Med*. 2009 Oct;66(10):704-10

Floderus, B., M. Hagman, m.fl. (2012). "Medically certified sickness absence with insurance benefits in women with and without children." *Eur J PublicHealth* 2012; 22(1): 85–92.

Försäkringskassan. (2009). "Sjukfrånvaron i Sverige – på väg mot europeiska nivåer?" Utvecklingen i åtta länder 1990–2007." *Socialförsäkringsrapport 2009:10*.

Försäkringskassan. (2010a). "Långtidssjukskrivna – Beskrivande statistik 1999–2009: kön, ålder, arbetsmarknadssatus, sjukskrivningslängd, och diagnospanorama". *Socialförsäkringsrapport 2010:16*.

Försäkringskassan (2010b). Sjukskrivning i olika yrken. Antal ersatta sjukskrivningsdagar från Försäkringskassan per anställd år 2008. *Socialförsäkringsrapport 2010:17*.

Försäkringskassan. (2011). Sjukskrivningsdiagnoser i olika yrken. Startade sjukskrivningar (>14 dagar) per diagnos bland anställda i olika yrken år 2009. *Socialförsäkringsrapport 2011:17*.

Försäkringskassan. (2012). "Sjukskrivningar i olika yrken under 2000-talet – antal ersatta sjukskrivningsdagar per anställd 2002–2010". *Socialförsäkringsrapport 2012:14*.

Försäkringskassan. (2013a). *Socialförsäkringen i siffror 2012*.

Försäkringskassan. (2013b). "Uppföljning av sjukförsäkringens utveckling. Delredovisning 1 av regeringsuppdrag år 2013". *Svar på regeringsuppdrag. Dnr 3023-2013l*.

Gjerdingen, D., Center, B. (2005) First-time parents' postpartum changes in employment, childcare, and housework responsibilities, *Social Science Research*, vol 34, sid 103–116.

Hetzler, A., Melén, D. & Bjerstedt, D. (2005). *Sjuk-Sverige: Försäkringskassan, rehabilitering och utslagningen från arbetsmarknaden*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag Symposion.

Hultin, H., J. Hallqvist, m.fl. (2010). "Low level of adjustment latitude—a risk factor for sickness absence." *The European Journal of Public Health* 20(6): 682–688.

Hägglund, P. (2010), "Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna", *Rapport 2010-1*, Inspektionen för Socialförsäkringen.

Härenstam, A. and E. Bejerot (2001). "Combining professional work with family responsibilities – a burden or a blessing?" *Int J Soc Welfare* 10(3): 202–214.

Inspektionen för socialförsäkringen. (2011). "Graviditetspenning och sjukpenning vid graviditet: tillämpningen av lagstiftningen. *Rapport 2011:16*.

Johansson, P. och M. Palme (1996). "Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data." *Journal of Public Economics* 59(2): 195–218.

Kristensen, T. S. (1991). "Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: An analysis of absence from work regarded as coping behaviour." *Social Science & Medicine* 32(1): 15–27.

Laaksonen M, Mastekaasa A, m.fl. (2010). "Gender differences in sickness absence – the contribution of occupation and workplace " *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 36(5): 394–403.

Larsson Laura. Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and Sickness Insurance. *Scandinavian Journal of Economics*. 2006:108(1);97–113.

Lewis, C & Mathiassen S-E. (2013). "Belastning, genus och hälsa I arbetslivet – kunskapssammanställning". *Arbetsmiljöverket Rapport 2013:9*.

Lidwall, U., Marklund S., Skogman Thoursie, P. (2004). Sickness absence in Sweden. *Worklife and Health in Sweden 2004*. R. Å. Gustafsson and I. Lundberg. Stockholm, National Institute for Working Life: 183–204.

Lidwall, U., Marklund, S., Voss, M. (2009). "Work–family interference and long-term sickness absence: a longitudinal cohort study" *European Journal of Public Health, Vol. 20, No. 6, 676–681*

Lidwall, U. (2010). "Long-term sickness absence. Aspects of Society, Work, and Family." Department of Clinical Neuroscience, Division of Insurance Medicine. Stockholm: Karolinska Institutet.

Lidwall, U. (2013). Termination of sickness benefits or transition to disability pension after changes in sickness insurance: a Swedish register study. *Disability and Rehabilitation, 35(2), 118–124*.

Loikas D, Wettermark B, von Euler M, m.fl. "Differences in drug utilisation between men and women: a cross-sectional analysis of all dispensed drugs in Sweden." *BMJ Open 2013;3:e002378*. doi:10.1136/bmjopen-2012-002378

Marmot, M. (2004). *The status syndrome : how social standing affects our health and longevity*. New York: Henry Holt.

Mastekaasa och Modesta Olsen. 1998. Gender, absenteeism and job characteristics: A fixed effects approach. *Work and occupation 25(2): 195–228*.

Mastekaasa, A. (2000). "Parenthood, gender and sickness absence." *Soc Sci Med 50(12): 1827–1842*.

Mastekaasa, A. (2005). "Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces." *Social Science & Medicine 60(10): 2261–2272*.

Mastekaasa, A. (2012). "Dependent children and women's sickness absence in the EU countries and Norway." *European Societies: 1–21*.

Michie, S. and S. Williams (2003). "Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review." *Occup Environ Med 60(1): 3–9*.

Mogren, I. (2006). "Perceived health, sick leave, psychosocial situation, and sexual life in women with low-back pain and pelvic pain during pregnancy." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 85(6): 647–656*.

Månsdotter, A., L. Lindholm, m.fl. (2006). "Parental share in public and domestic spheres: a population study on gender equality, death, and sickness." *Journal of Epidemiology and Community Health 60(7): 616–620*.

- Nordenmark, M. (2004). "Balancing work and family demands. Do increasing demands increase strain? A longitudinal study." *Scand J Public Health* 32(6): 450–455.
- RFV. (2003). "Gravida kvinnors situation". *RFV Analyserar* 2003:7. Riksförsäkringsverket.
- RFV. (2004a). "Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster – en kunskapsöversikt". *RFV Analyserar* 2004:16. Riksförsäkringsverket.
- RFV. (2004b). *Socialförsäkringsboken 2004 Kvinnor, män och sjukförsäringen*". Riksförsäkringsverket.
- RFV (2004c). Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, partiell sjukskrivning och återgång i arbete. En jämförelse mellan 2002 och 2003. *RFV Redovisar* 2004:7. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Rieck, KME., Telle, K. (2012). Sick leave before, during and after pregnancy. *Statistics Norway, Discussion Papers No. 690*. Oslo, Statistics Norway.
- SBU. (2003). "Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt". *Statens Beredning för medicinsk Utvärdering*.
- SCBa. (2006) Ohälsa och sjukvård 1980–2005. [http://www.scb.se/statistik/publikationer/LE0101\\_1980I05\\_BR\\_LE113SA0601.pdf](http://www.scb.se/statistik/publikationer/LE0101_1980I05_BR_LE113SA0601.pdf). Statistiska Centralbyrån.
- SCBb. (2012). Kvinnor i storstad åker kollektivt. *Välfärd* 4/2012, Statistiska Centralbyrån.
- SKL. (2007). "(O)jämsliddhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt". Sveriges Kommuner och Landsting.
- Skogman Thoursie, P. (2004). "Reported Sick: Are Sporting Events Contagious?". *Journal of Applied Econometrics*, vol. 19, s. 809–823.
- Skogman Thoursie, P. (2010), "Ekonomiska incitament inom arbetslöshets- och sjukförsäkringarna", Parlamentariska socialförsäkringsutredningen. *Statens offentliga utredningar*, 2012.
- Staland Nyman, C. (2008). Domestic Workload and Multiple Roles. Epidemiological findings on health and sickness absence in women. *Thesis*. Gothenburg, University of Gothenburg.
- Stenbeck, M., & Persson, G. (2006). The National Public Health Report 2005. Chapter 10: working life, work environment and health. *Scandinavian Journal of Public Health*, Suppl 67(34), 229–245.

Strandh, M. and M. Nordenmark (2006). "The interference of paid work with household demands in different social policy contexts: perceived work-household conflict in Sweden, the UK, the Netherlands, Hungary, and the Czech Republic." *Br J Sociol* 57(4): 597–617.

Sydsjö, A., G. Sydsjö, m.fl. (1997). "Sick leave and social benefits during pregnancy – a Swedish-Norwegian comparison." *Acta Obstet Gynecol Scand* 76(8): 748–754.

Sydsjö, A., G. Sydsjö, m.fl. (2001). "Influence of pregnancy-related diagnoses on sick-leave data in women aged 16–44." *J Womens Health Gen Based Med* 10(7): 707–714.

Thoits, P. (1983). Multiple Identities and Psychological Well-being. *American Sociological Review*, vol 48, sid 174–187.

Verdonk, P., A. de Rijk, m.fl. (2008). "Sickness absence as an interactive process: Gendered experiences of young, highly educated women with mental health problems." *Patient Education and Counseling* 73(2): 300–306.

Voss, M., M. Josephson, m.fl. (2008). "The influence of household work and of having children on sickness absence among publicly employed women in Sweden." *Scand J Public Health* 36(6): 564–572.

Waddell, G., Burton, K., & Aylward, M. (2007). Work and common health problems. *Journal of Insurance Medicine*, 39(2), 109–120

# Bilaga 1. Population och sjukfrånvaro

I denna bilaga ges en beskrivning av kategorisering och fördelning av sociodemografiska och socioekonomiska förhållanden år 2005 för alla förstagångsföräldrar. Om inte annat anges så är indelningen baserad på data från 2005.

## Sammanboende/gifta

Information om sammanboende/gifta föräldrar skapas med hjälp av data från Skatteverkets folkbokföringsregister. Det finns en möjlighet att föräldrar har samma adress men bor i varsin lägenhet. Detta har vi inte möjlighet att kontrollera för men vi bedömer att detta utgör en mindre felkälla. Sammanboende och gifta föräldrar redovisas vid tidpunkten 12 månader efter barnets födelse. Tidpunkten är vald på grund av att närmare hälften (46 procent, 4 069 förstagångsföräldrar) av de som inte var sammanboende vid barnets födelse är det 12 månader senare. Det kan finnas flera anledningar till denna skillnad, t.ex. att föräldraparet inte var sammanboende, att den ena föräldern var skriven på en annan adress eller administrativ fördröjning av registrering.

## Kvinnan får ytterligare barn

Kvinnan får ytterligare barn innebär att vi inte har information om det är samma pappa som till första barnet.

## Bostadslän

Administrativ uppgift om län där personen är folkbokförd.

## Kommungruppsindelning

Kommungruppsindelning baseras på uppgift om personernas boendekommun och är indelad i nio grupper enligt Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) indelning från 2005.

## Utbildningsnivå

De tio högsta uppnådda utbildningsnivåerna har slagits samman på följande sätt: Förgymnasial, Gymnasial (gymnasial utbildning <2 år, gymnasial utbildning 2 år och gymnasial utbildning 3år), Eftergymnasial utbildning (eftergymnasial utbildning <2 år, eftergymnasial utbildning 2 år och eftergymnasial utbildning 3 år) Eftergymnasial utbildning >3 år (inklusive forskarutbildning).



## Yrke

Indelning i yrke är gjord enligt standard för svensk yrkesklassificering (SSYK 96) som är framtagen för att klassificera personer utifrån det arbete de utför. Där det inte är de 10 yrkesområdena (ensifferkod) är det huvudgrupper (tvåsifferkod) som redovisas med de största yrkesgrupperna (tresifferkod) för kvinnor särredovisade.

## Sysselsättningsstatus

Sysselsättningsstatus består av de tre grupperna: Förvärvsarbetande, Ej förvärvsarbetande (med kontrolluppgift), Ej förvärvsarbetande (utan kontrolluppgift).

## Anställningssektor

Anställningssektor redovisas för personer som har förvärvsarbete. Sektorerna har indelats på följande sätt: Statlig förvaltning (inklusive statliga affärsverk), Kommun (primärkommunal förvaltning), Landsting, Privata företag (ej offentligt ägda aktieföretag och ej offentligt ägda övriga företag), Statliga och kommunala bolag (statligt eller kommunalt ägda företag och organisationer), Övriga organisationer (Övriga offentliga institutioner och organisationer)

## Pensionsgrundande inkomst

Pensionsgrundande inkomst redovisas för året innan barnets födelse (2004) för att minska risken för att föräldraledighet påverkar inkomsten. I vissa fall förekommer även pensionsgrundande inkomst för år 2007. Indelningen baserades på den genomsnittliga inkomsten för förstagångsföräldrar.

**Tabell 1 Beskrivning av studiepopulationen 2005 uppdelat på alla förstagångsmammor (n=44 906) samt föräldrapar som får sitt första gemensamma barn 2005 (n=39 332)**

	Alla mammor		Förstagångsföräldrapar			
	Antal	%	Mammor		Pappor	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>Ålder</b>						
19 år och yngre	1578	3,5	1409	3,6	416	1,1
20–24 år	8401	18,7	7440	18,9	3991	10,1
25–29 år	15881	35,4	14349	36,5	12003	30,5
30–34 år	14011	31,2	12315	31,3	14798	37,6
35–39 år	4299	9,6	3319	8,4	5868	14,9
40–44 år	695	1,5	480	1,2	1740	4,4
45– år	41	0,1	20	0,0	516	1,3
<b>Flerbarnsfödelse</b>						
Ett barn	44209	98,4	38746	98,5		
Flerbarnsfödelse	697	1,6	586	1,5		
<b>Förstagångspappa</b>						
Första barnet	39332	87,6	39332	100,0		
Ej första barnet	5066	11,3				
Uppgift saknas	508	1,1				
<b>Mamman får ytterligare barn:</b>						
Inom 4 år	28476	63,4	26073	66,3		
Inom 5–8 år	6698	14,9	5965	15,2		
Inget ytterligare barn inom 8 år	9732	21,7	7294	18,5		
<b>Sammanboende (månad 12)</b>						
Sammanboende	38812	86,4	34625	88,0		
Ej sammanboende	5332	11,9	4350	11,1		
Uppgift saknas	762	1,7	357	0,9		
<b>Utlandsfödd</b>						
Ja	8313	18,5	6961	17,7	7189	18,3
<b>Region för födelse land</b>						
Sverige	36593	81,5	32371	82,3	32143	81,7
Norden utom Sverige	732	1,6	633	1,6	682	1,7
EU 27 utom Norden	1108	2,5	917	2,3	1096	2,8
Övriga Europa	1409	3,1	1231	3,1	1214	3,1
Afrika söder om Sahara	576	1,3	398	1,0	531	1,4
Asien utan Mellanöstern	1498	3,3	1262	3,2	660	1,7
Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet	2286	5,1	1943	4,9	2388	6,1
Nordamerika	179	0,4	156	0,4	215	0,5
Sydamerika	496	1,1	392	1,0	345	0,9
Oceanien	24	0,1	24	0,1	52	0,1
Övriga	5	0,0	5	0,0	6	0,0
<b>Kommungruppering</b>						
Förortskommuner	6925	15,4	6022	15,3	5971	15,2
Glesbygdskommuner	992	2,2	849	2,2	848	2,2
Pendlingskommuner	2374	5,3	2015	5,1	1992	5,1
Storstäder	11062	24,6	9779	24,9	9603	24,4
Större städer	12491	27,8	11077	28,2	10896	27,7
Varuproducerande kommuner	2307	5,1	2059	5,2	2041	5,2
Övriga kommuner, < 12 500 inv.	870	1,9	736	1,9	746	1,9
Övriga kommuner, 12 500–25 000 inv.	2291	5,1	2000	5,1	1994	5,1
Övriga kommuner, >25 000 inv.	5047	11,2	4396	11,2	4351	11,1
Uppgift saknas	547	1,2	399	1,0	890	2,3
<b>Högsta utbildningsnivå (T0)</b>						
Förgymnasial	4113	9,2	3428	8,7	3864	9,8
Gymnasial	17577	39,1	15119	38,4	18139	46,1
Eftergymnasial ≤3 år	15601	34,7	14013	35,6	10348	26,3
Eftergymnasial >3 år	6081	13,5	5566	14,2	5273	13,4
Okänd/Saknas	1534	3,4	1206	3,1	1708	4,3

\*Endast för alla kvinnor som var i förvärsarbete (n= 34670) samt förvärsarbetande kvinnor (n=30774) och män (n=32919) i de 39 332 föräldraren.

**Tabell 1 forts.**

	Alla mammor		Förstagångsföräldrapar			
			Mammor		Pappor	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>Yrkesgrupp SSYK96</b>						
0 Militärt arbete	17	0,0	15	0,0	238	0,6
1 Ledningsarbete	791	1,8	679	1,7	1496	3,8
2 Arbete, krav teoretisk specialkompetens	8481	18,9	7717	19,6	6895	17,5
3 Arbete, krav kortare högskoleutbildning	7796	17,4	7057	17,9	6132	15,6
4 Kontors- och kundservicearbete	3620	8,1	3193	8,1	1577	4,0
5 Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	10286	22,9	8999	22,9	3355	8,5
6 Jordbruk, trädgård, skogsbruk, fiske	183	0,4	163	0,4	320	0,8
7 Hantverksarbete: bygg- och tillverkning	315	0,7	271	0,7	4749	12,1
8 Process- o maskinoperatör, transport	909	2,0	768	2,0	4367	11,1
9 Arbete utan krav på yrkesutbildning	1721	3,8	1454	3,7	1508	3,8
Uppgift saknas	10787	24	9016	22,9	8695	22,1
<b>Sysselsättningsstatus</b>						
Förvävarsarbete	34670	77,2	30774	78,2	32919	83,7
Ej förvävarsarbete, med kontrolluppgift	2004	4,5	1752	4,5	2257	5,7
Ej förvävarsarbete, utan kontrolluppgift	7826	17,4	6513	16,6	2910	7,4
Uppgift saknas	406	0,9	293	0,7	1246	3,2
<b>Anställningssektor*</b>						
Statlig (inkl. affärsdrivande verk)	2081	6,0	1878	6,1	1832	5,6
Kommun	9072	26,2	8096	26,3	2093	6,4
Landsting	2746	7,9	2488	8,1	700	2,1
Privata företag	17832	51,4	15713	51,1	26109	79,3
Statliga och kommunala bolag	1260	3,6	1107	3,6	1272	3,9
Övriga organisationer	1679	4,8	1492	4,8	913	2,8
<b>Pensionsgrundande inkomst 2004</b>						
0 kr	5013	11,2	4069	10,3	3790	9,6
1–179 999 kronor	12042	26,8	10572	26,9	6926	17,6
180 000–239 999 kronor	12230	27,2	10782	27,4	6796	17,3
240 000–299 999 kronor	9200	20,5	8171	20,8	9593	24,4
≥300 000 kronor	6421	14,3	5738	14,6	12227	31,1
<b>Bostadslän</b>						
Blekinge	671	1,5	594	1,5	597	1,5
Dalarna	1115	2,5	961	2,4	944	2,4
Gotland	224	0,5	193	0,5	189	0,5
Gävleborg	1094	2,4	925	2,4	908	2,3
Halland	1292	2,9	1148	2,9	1141	2,9
Jämtland	568	1,3	491	1,2	482	1,2
Jönköping	1497	3,3	1368	3,5	1359	3,5
Kalmar	888	2,0	783	2,0	770	2,0
Kronoberg	779	1,7	721	1,8	715	1,8
Norrbottn	941	2,1	809	2,1	809	2,1
Skåne	5875	13,1	5179	13,2	5074	12,9
Stockholm	11772	26,2	10250	26,1	10115	25,7
Södermanland	1097	2,4	946	2,4	942	2,4
Uppsala	1520	3,4	1348	3,4	1347	3,4
Värmland	1114	2,5	960	2,4	952	2,4
Västerbotten	1147	2,6	1029	2,6	1024	2,6
Västernorrland	997	2,2	882	2,2	856	2,2
Västmanland	1077	2,4	935	2,4	925	2,4
Västra Götaland	7601	16,9	6724	17,1	6649	16,9
Örebro	1174	2,6	1002	2,5	975	2,5
Östergötland	1916	4,3	1685	4,3	1669	4,2
Saknas	547	1,2	399	1,0	890	2,3
<b>Total</b>	<b>44906</b>	<b>100,0</b>	<b>39332</b>	<b>100,0</b>	<b>39332</b>	<b>100,0</b>

\*Endast för alla kvinnor som var i förvävarsarbete (n= 34670) samt förvävarsarbetande kvinnor (n=30774) och män (n=32919) i de 39 332 föräldraren.

**Tabell 2 Sjukfrånvaro från och med ett år efter till och med sju år efter barnets födelse för kvinnor i förstagångsföräldrapar 2005 (n= 37585)\***

	Antal	Ej sjukfall	Minst 1 sjukfall	Sjukfall >90 dagar	Sjukfrånvarodagar totalt per sjukskriven	
	n	%	%	%	Medel	Median
<b>Ålder</b>						
–19 år	1303	70,1	29,9	10,7	147,9	82
20–24 år	7078	52,8	47,2	14,6	129,7	67
25–29 år	13822	51,6	48,2	13,5	118,8	60
30–34 år	11781	54,8	45,2	12,9	125,0	59
35–39 år	3138	56,6	43,4	13,0	144,6	58
40–44 år	446	65,5	34,5	11,0	152,7	57
45– år	17	88,2	11,8	5,9	143,0	143
<b>Flerbarnsfödelse</b>						
Ett barn	37032	54,0	46,0	13,4	125,4	61
Två eller fler barn	553	59,0	41,0	13,0	155,2	59
<b>Förstagångsfader</b>						
Ja						
Nej						
Uppgift saknas						
<b>Civilstånd (månad 12)</b>						
Gift/sammanboende	33168	53,8	46,2	13,3	123,0	61
Ej gift/sammanboende	4126	55,1	44,9	14,5	149,6	67
Uppgift saknas	291	71,5	28,5	6,9	109,9	56
<b>Utlandsfödd</b>						
Ja	6292	65,9	34,1	11,1	134,5	69
<b>Födelseregion</b>						
Sverige	31293	51,7	48,3	13,8	124,6	60
Norden utom Sverige	452	56,6	43,4	13,3	135,0	68
EU 27 utom Norden	813	63,6	36,4	11,1	119,2	62
Övriga Europa	1178	62,0	38,0	11,8	122,4	59
Afrika söder om Sahara	376	67,3	32,7	13,3	142,2	80
Asien utan Mellanöstern	1161	68,6	31,4	8,6	121,0	59
MENA + Turkiet*	1798	71,6	28,4	11,2	162,8	89
Nordamerika	125	61,6	38,4	9,6	130,5	68,5
Sydamerika	364	59,6	40,4	12,6	127,6	58
Oceanien	20	50,0	50,0	5,0	187,2	60
Övriga**	5	–	–	–	–	–
<b>Kommungruppering</b>						
Storstäder	9295	56,3	43,7	13,6	130,6	67
Förortskommuner	5767	49,5	50,5	16,1	127,8	71
Större städer	10590	54,9	45,1	12,2	119,7	54
Pendlingskommuner	1931	51,2	48,8	14,6	123,3	67
Glesbygdskommuner	812	54,3	45,7	13,3	123,4	58
Varuproducerande kommuner	1970	52,7	47,3	11,1	117,2	51
Övriga kommuner, >25 000 inv.	4218	52,6	47,4	13,7	130,7	61
Övr. kommuner, 12 500–25 000 inv.	1928	53,4	46,6	12,4	128,1	54
Övriga kommuner, < 12 500 inv.	705	53,9	46,1	13,5	136,1	61
Uppgift saknas	369	86,4	13,6	4,1	128,6	66

\*Populationen inkluderar kvinnor som ej avlider, emigrerar eller har SA vid starten eller nybeviljas SA under uppföljningsperioden.

\*\*För få i gruppen för att redovisas

**Tabell 2 forts.**

	Antal	Ej sjukfall	Minst 1 sjukfall	Sjukfall >90 dagar	Sjukfrånvarodagar totalt per sjukskriven	
	n	%	%	%	Medel	Median
<b>Bostadslän</b>						
Stockholm	9811	51,1	48,9	15,8	131,1	73
Uppsala	1293	57,4	42,6	12,2	147,5	68
Södermanland	910	51,9	48,1	13,1	113,8	56,5
Östergötland	1618	57,0	43,0	10,3	108,9	45
Jönköping	1315	57,4	42,6	10,4	114,2	47
Kronoberg	696	52,4	47,6	12,6	120,6	64
Kalmar	748	52,3	47,7	10,3	110,7	46
Gotland	189	52,9	47,1	15,3	117,3	63
Blekinge	565	50,1	49,9	18,4	149,2	69
Skåne	4875	58,1	41,9	12,1	118,5	62
Halland	1105	54,0	46,0	10,6	100,2	49
Västra Götaland	6418	54,4	45,6	13,3	126,1	58
Värmland	916	54,7	45,3	13,5	135,7	56
Örebro	967	51,2	48,8	14,7	146,4	71
Västmanland	893	50,4	49,6	12,2	124,7	49
Dalarna	933	50,7	49,3	13,5	138,9	56
Gävleborg	881	52,9	47,1	10,4	109,9	46
Västernorrland	855	53,8	46,2	14,2	119,3	56
Jämtland	476	51,3	48,7	16,4	170,3	69,5
Västerbotten	982	52,0	48,0	14,3	124,9	54
Norrbottn	770	57,3	42,7	10,3	108,6	48
Saknas	369	86,4	13,6	4,1	128,6	66
<b>Utbildning</b>						
Förgymnasial	3130	59,1	40,9	14,7	160,8	73,5
Gymnasial	14601	48,5	51,5	15,5	132,8	65
Eftergymnasial ≤3 år	13563	54,1	45,9	12,7	116,2	57
Eftergymnasial >3 år	5268	60,3	39,7	10,1	109,0	56
Okänd/Saknas	1023	85,1	14,9	4,4	111,5	57
<b>Sysselsättningsstatus</b>						
Förvärsarbetande	30022	51,1	48,9	13,9	120,7	60
Ej förvärsarbetande, med kontrolluppgift	1648	56,5	43,5	12,1	119,0	58
Ej förvärsarbetande, utan kontrolluppgift	5696	67,9	32,1	11,1	168,4	71
Uppgift saknas	219	88,6	11,4	4,1	219,3	80
<b>Sektor**</b>						
Stat (inklusive affärsdrivande verk)	1805	58,2	41,8	11,2	118,8	54
Kommun	7960	47,0	53,0	15,1	123,6	60
Landsting	2409	47,8	52,2	14,9	122,4	62
Privata företag	15312	52,6	47,4	13,5	118,5	60
Statliga och kommunala bolag	1081	52,8	47,2	14,3	116,6	62
Övriga organisationer	1455	52,8	47,2	13,0	127,7	57
<b>Pensionsgrundande inkomst 2004</b>						
0 kr	3508	81,7	18,3	5,4	121,6	62
1–179 999 kronor	10044	50,6	49,4	15,3	134,5	65
180 000–239 999 kronor	10524	45,7	54,3	15,7	128,9	62
240 000–299 999 kronor	7934	54,2	45,8	12,9	120,2	59
≥300 000 kronor	5575	58,7	41,3	11,1	109,4	56

\*Populationen inkluderar kvinnor som ej avlider, emigrerar eller har SA vid starten eller nybeviljas SA under uppföljningsperioden.

\*\* Endast kvinnor med anställning, n= 30022.

**Tabell 2 forts.**

	Antal	Ej sjukfall	Minst 1 sjukfall	Sjukfall >90 dagar	Sjukfrånvarodagar totalt per sjukskriven	
	n	%	%	%	Medel	Median
<b>Yrke</b>						
12 Ledningsarbete stora/medelstora företag, myndigheter m.m. (inkl. 01, 11)	455	66,2	33,8	8,1	106,4	51,5
13 Ledningsarbete i mindre företag, myndigheter m.m.	209	61,2	38,8	11,0	138,5	59
21 Specialister inom teknik och datavetenskap m.m.	1022	59,4	40,6	9,5	106,7	50
22 Specialister inom biologi, hälso- och sjukvård	794	51,3	48,7	14,6	125,0	66
23 Lärararbete inom universitet, gymnasie- och grundskola (exkl. 233)	1062	58,6	41,4	12,8	129,2	66
233 Grundskollärare	1716	54,7	45,3	11,1	109,5	52
24 Annat arbete som kräver teoretisk specialistkompetens	2884	58,3	41,7	11,5	116,3	57
31 Tekniker- och ingenjörarbete m.m.	861	58,8	41,2	9,9	105,0	55
32 Biologi, hälso- och sjukvård som kräver kortare högskoleutbildning (exkl. 323)	780	53,7	46,3	10,5	101,3	43
323 Sjuksköterskor	1020	46,1	53,9	16,5	119,3	65,5
33 Lärararbete som kräver kortare högskoleutbildning (bl. a. förskollärare)	1286	39,8	60,2	17,5	123,3	68
34 Annat arbete som kräver kortare högskoleutbildning	2936	54,5	45,5	12,1	114,0	58
41 Kontorsarbete m.m.	2010	54,2	45,8	12,5	113,7	54
42 Kundservicearbete	1094	48,0	52,0	13,8	111,2	64
51 Service- och säkerhetsarbete (exkl. 513)	945	45,8	54,2	17,8	132,2	61
513 Vård- och omsorgspersonal	5780	43,4	56,6	17,8	139,6	67
52 Försäljningsarbete inom detaljhandel m.m.	2073	48,0	52,0	14,6	122,4	63
61 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk, och fiske	158	55,7	44,3	12,7	78,3	45,5
71 Gruv-, bygg- och anläggningsarbete	74	44,6	55,4	20,3	141,7	72
72 Metallhantverk, reparatörsarbete m.m.	43	39,5	60,5	20,9	121,1	92
73 Finmekaniskt och grafiskt hantverk, konsthantverk m.m.	65	69,2	30,8	9,2	157,5	83,5
74 Annat hantverksarbete	82	45,1	54,9	18,3	184,2	63
81 Processoperatörsarbete	86	54,7	45,3	14,0	126,5	56
82 Maskinoperatörs- och monteringsarbete	594	44,3	55,7	15,7	125,2	59
83 Transport och maskinförararbete	75	53,3	46,7	18,7	128,9	90
91 Servicearbete utan krav på särskild yrkesutbildning	1204	47,3	52,7	16,6	128,2	70
93 Annat arbete utan krav på yrkesutbildning (inkl. 92)	194	44,8	55,2	17,5	153,0	50
99 Uppgift saknas	8083	66,2	33,8	10,5	140,6	65
<b>Total</b>	<b>37585</b>	<b>54,1</b>	<b>45,9</b>	<b>13,3</b>	<b>125,8</b>	<b>61</b>

\*Populationen inkluderar kvinnor som ej avlider, emigrerar eller har SA vid starten eller nybeviljas SA under uppföljningsperioden.

**Tabell 3 Sjukfrånvaro från och med ett år efter till och med sju år efter barnets födelse för män i förstagsföräldrapar 2005 som ej avlider, emigrerar, har SA vid barnets födelse eller nybeviljas SA under barnets sju första år, (n= 37552)**

	Antal	Ej sjukfall	Minst 1 sjukfall	Sjukfall >90 dagar	Sjukfrånvarodagar totalt per sjukskriven	
	n	%	%	%	Medel	Median
<b>Ålder</b>						
-19 år	376	79,8	20,2	2,7	74,5	43,5
20-24 år	3772	72,5	27,5	7,9	123,4	54
25-29 år	11548	77,2	22,8	5,7	121,2	44
30-34 år	14187	80,0	20,0	4,8	113,1	41
35-39 år	5586	78,0	22,0	5,6	118,9	40
40-44 år	1619	76,8	23,2	6,1	129,7	42,5
45- år	464	70,7	29,3	7,5	122,7	44,5
<b>Flerbarnsfödelse</b>						
Ett barn	36978	77,9	22,1	5,6	118,1	43
Två eller fler barn	574	77,2	22,8	6,6	134,9	50
<b>Civilstånd (månad 12)</b>						
Gift/sammanboende	33194	78,1	21,9	5,4	115,0	42
Ej gift/sammanboende	4096	75,2	24,8	7,3	142,8	57
Uppgift saknas	262	87,4	12,6	2,7	117,0	53
<b>Utlandsfödd</b>						
Ja	6316	75,1	24,9	7,0	146,2	48
<b>Födelseregion</b>						
Sverige	31236	78,4	21,6	5,3	111,9	42
Norden utom Sverige	513	82,1	17,9	3,7	104,0	38,5
EU 27 utom Norden	926	80,3	19,7	4,9	129,3	41
Övriga Europa	1139	69,3	30,7	8,9	149,3	49
Afrika söder om Sahara	479	80,4	19,6	4,2	85,6	37,5
Asien utan Mellanöstern	582	80,1	19,9	5,0	153,0	35
Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet	2150	71,4	28,6	9,1	170,7	58
Nordamerika	172	79,7	20,3	2,9	67,4	34
Sydamerika	315	74,6	25,4	7,3	123,8	50
Oceanien	35	77,1	22,9	5,7	172,9	54,5
Övriga	5	60,0	40,0	20,0	154,5	154,5
<b>Bostadslän</b>						
Stockholm	9623	80,5	19,5	4,8	116,4	42
Uppsala	1285	76,0	24,0	6,8	167,4	40,5
Södermanland	907	74,2	25,8	6,2	118,9	42
Östergötland	1606	78,1	21,9	5,4	106,1	42
Jönköping	1312	77,5	22,5	5,2	101,2	49
Kronoberg	693	75,2	24,8	6,2	131,8	42
Kalmar	741	78,0	22,0	5,1	98,3	43
Gotland	183	72,7	27,3	3,8	85,6	35,5
Blekinge	569	77,3	22,7	4,9	100,9	42
Skåne	4771	79,9	20,1	4,9	107,7	41
Halland	1103	74,4	25,6	6,6	122,1	49,5
Västra Götaland	6367	75,3	24,7	6,8	126,7	49
Värmland	908	81,1	18,9	5,2	132,6	49
Örebro	939	74,2	25,8	6,5	118,8	42
Västmanland	899	74,6	25,4	6,5	115,2	46
Dalarna	918	74,5	25,5	6,0	112,4	37,5
Gävleborg	881	73,4	26,6	5,6	108,2	44
Västernorrland	832	78,1	21,9	6,1	114,2	47
Jämtland	471	74,3	25,7	7,9	136,8	57
Västerbotten	988	77,7	22,3	6,0	124,1	47
Norrbotten	772	77,2	22,8	4,9	99,9	35
Saknas	784	84,8	15,2	3,8	129,4	40

**Tabell 3 forts.**

	Antal	Ej sjukfall	Minst 1 sjukfall	Sjukfall >90 dagar	Sjukfrånvarodagar totalt per sjukskriven	
	n	%	%	%	Medel	Median
<b>Kommungruppering</b>						
Storstäder	9080	80,3	19,7	5,1	116,6	43
Förortskommuner	5716	78,2	21,8	5,5	119,2	44
Större städer	10436	78,1	21,9	5,4	115,2	41
Pendlingskommuner	1916	77,0	23,0	6,4	124,0	47
Glesbygdskommuner	820	74,8	25,2	7,1	132,6	45
Varuproducerande kommuner	1976	74,2	25,8	6,0	113,0	48
Övriga kommuner, >25 000 inv.	4171	75,5	24,5	6,2	122,3	46
Övr. kommuner, 12 500–25 000 inv.	1937	74,3	25,7	6,8	127,9	43
Övriga kommuner, < 12 500 inv.	716	72,2	27,8	6,1	100,9	41
Uppgift saknas	784	84,8	15,2	3,8	129,4	40
<b>Utbildning</b>						
Förgymnasial	3558	68,8	31,2	9,6	156,5	57
Gymnasial	17602	74,5	25,5	6,6	120,3	47
Eftergymnasial ≤3 år	9981	82,4	17,6	3,8	99,6	33
Eftergymnasial >3 år	4926	86,5	13,5	2,6	84,8	28
Okänd/Saknas	1485	80,3	19,7	5,3	132,1	46
<b>Sysselsättningsstatus</b>						
Förvärsarbetande	32074	77,8	22,2	5,4	109,9	42
Ej förvärsarbetande, med kontrolluppgift	2090	74,8	25,2	7,4	142,7	49
Ej förvärsarbetande, utan kontrolluppgift	2290	79,0	21,0	7,2	215,4	63
Uppgift saknas	1098	82,2	17,8	4,9	122,0	47
<b>Sektor*</b>						
Stat (inklusive affärsdrivande verk)	1781	82,1	17,9	4,4	92,4	36,5
Kommun	2056	76,8	23,2	5,3	107,1	42
Landsting	679	78,5	21,5	4,3	95,4	29
Privata företag	25443	77,7	22,3	5,5	111,3	43
Statliga och kommunala bolag	1237	76,3	23,7	5,0	108,4	37
Övriga organisationer	878	75,2	24,8	6,0	116,7	41
<b>Yrke</b>						
Militärt arbete	238	87,4	12,6	2,1	77,4	36
Ledningsarbete	1425	87,3	12,7	3,7	136,3	51
Arbete, krav på teoretisk specialkompetens	6640	85,3	14,7	2,7	79,9	26
Arbete, krav på kortare högskoleutbildning	5987	82,6	17,4	4,1	99,5	35,5
Kontors- och kundservicearbete	1541	72,5	27,5	6,8	133,1	44
Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	3282	74,9	25,1	6,9	126,8	55
Jordbruk, trädgård, skogsbruk, fiske	313	72,5	27,5	7,7	102,9	50
Hantverksarbete: bygg- och tillverkning	4649	70,9	29,1	7,1	103,4	44
Process- o maskinoperatör, transport	4308	72,1	27,9	6,8	117,7	47
Arbete utan krav på yrkesutbildning	1447	69,3	30,7	8,6	144,3	54
Uppgift saknas	7722	77,2	22,8	6,7	148,2	49
<b>Pensionsgrundande inkomst 2004</b>						
0 kronor	3204	80,9	19,1	5,6	150,2	49
1–179 999 kronor	6543	74,8	25,2	7,2	138,6	50
180 000–239 999 kronor	6591	71,3	28,7	7,5	127,0	45
240 000–299 999 kronor	9410	75,5	24,5	6,0	108,9	44
≥300 000 kronor	11804	84,3	15,7	3,3	92,9	34
<b>Total</b>	<b>37552</b>	<b>77,8</b>	<b>22,2</b>	<b>5,9</b>	<b>118,4</b>	<b>43</b>

\* Endast föräldrapar där förstagångspappan har en anställning, n=32074



**Tabell 4 Sjuk- och aktivitetsersättning (SA) ett år före barnets födelse och nybeviljade SA till och med sju år efter barnets födelse för alla föräldrapar som får sitt första barn 2005 (n=38273)**

	Förstagångsföräldrapar			
	Mammor		Pappor	
	Antal	%	Antal	%
SA ett år före barnets födelse	356	0,9	227	0,6
SA tom 7 år efter barnets födelse	687	1,8	532	1,4
<b>Totalt</b>	<b>1043</b>	<b>2,7</b>	<b>759</b>	<b>2</b>

## Bilaga 2. Relativa risker för sjukfrånvaro

**Tabell 5 Relativ risk för sjukskrivning (>14 dagar) för kvinnor**

Förklaringsfaktor	I) Sjukskrivning efter första barnets födelse år 2005, n=42 977		II) Sjukskrivning för de som får ytterligare barn inom tre år, n=19 963	
<b>Flerbarnsfödelse</b>				
Ett barn (referenskategori)	1	42 390	1	19 866
Flerbarnsfödelse	1,33	587	(1,37)	97
<b>Ytterligare barn</b>				
Får inga ytterligare barn (referenskategori)	1	9 022	1	13 978
Får ytterligare barn	1,43	33 955	1,94	5 985
<b>Sammanboende</b>				
Sammanboende (referenskategori)	1	32 672	1	15 813
Ej sammanboende	(0,99)	8 779	(1,01)	3 627
<b>Åldersgrupp</b>				
19 år och yngre	(1,02)	1 559	(1,17)	537
20–24 år	(1,00)	8 142	(0,99)	3 590
25–29 år	(0,98)	15 297	(1,02)	7 649
30–34 år (referenskategori)	1	13 317	1	6 658
35–39 år	(1,01)	3 993	(1,11)	1 450
40–44 år	(0,93)	637	(1,72)	74
45 år och äldre	(0,60)	32	.	5
<b>Region för födelse land</b>				
Sverige (referenskategori)	1	34 885	1	16 817
Norden utom Sverige	(1,02)	702	(0,91)	265
EU 27 utom Norden	(0,97)	1 078	(0,97)	378
Övriga Europa	(1,00)	1 381	(0,93)	507
Afrika söder om Sahara	(0,97)	559	(0,78)	294
Asien utom Mellanöstern	0,81	1 451	(0,84)	478
Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet	0,86	2 233	0,60	978
Nordamerika	(0,91)	176	(1,10)	60
Sydamerika	(0,97)	485	(0,87)	172
Oceanien	(1,20)	22	(1,27)	9
<b>Bostadslän (riksgenomsnittet är referens)</b>	1		1	
Stockholm	1,25	11 221	1,15	5 348
Uppsala	(0,97)	1 454	(0,86)	735
Södermanland	(1,06)	1 057	(0,97)	504
Östergötland	0,82	1 844	(0,99)	904
Jönköping	0,86	1 462	(1,00)	761
Kronoberg	(0,96)	761	(1,13)	370
Kalmar	(1,02)	858	(1,14)	394
Gotland	(0,92)	217	(1,50)	88
Blekinge	1,14	632	(0,74)	265
Skåne	(1,00)	5 673	(1,04)	2 396
Halland	(0,93)	1 196	0,76	579
Västra Götaland	(0,97)	7 317	(0,96)	3 346
Värmland	(0,90)	951	(0,88)	441
Örebro	1,21	1 132	(1,02)	526
Västmanland	(1,09)	1 030	(1,08)	484
Dalarna	(1,00)	1 067	(0,95)	511
Gävleborg	(0,99)	1 053	0,75	447
Västernorrland	(0,99)	968	(1,01)	435
Jämtland	1,20	545	1,36	258
Västerbotten	(0,97)	1 095	(0,90)	537
Norrbottnen	0,83	897	(0,94)	403

Individer med sjukersättning, aktivitetsersättning eller pågående sjukskrivning är exkluderade. Uppföljningstiden är 7 år efter nedkomst. I modellen kontrolleras också för sjukskrivningshistorik. Inom varje förklaringsfaktor finns individer för vilka uppgift saknas. Dessa presenteras inte i tabellen eftersom de saknar meningsfull tolkning. I modell II) tillämpas en "Wash-out" period om två år efter andra barnets födelse, det vill säga risken börjar mätas först efter denna tidpunkt. Relativ risk inom parentes har ett konfidensintervall som innefattar 1,0.

**Tabell 5 forts.**

Förklaringsfaktor	I) Sjukskrivning efter första barnets födelse år 2005, n=42 977		II) Sjukskrivning för de som får ytterligare barn inom tre år, n=19 963	
<b>Sysselsättningsstatus</b>				
Förvävsarbetande (referenskategori)	1	33 298	1	16 398
Ej förvävsarbetande	(0,95)	9 280	(1,02)	3 435
<b>Anställningssektor</b> (genomsnitt över alla sektorer är referens)	1		1	
Statlig (inkl. affärsdrivande verk)	(0,97)	2 065	(0,92)	1 058
Kommun	1,08	9 321	(1,02)	4 543
Landsting	1,12	2 700	1,22	1 475
Privata företag	(0,98)	18 078	(0,94)	8 584
Statliga och kommunala bolag	(1,07)	1 280	(0,99)	624
Övriga organisationer	(0,92)	1 798	(1,13)	844
<b>Högsta uppnådda utbildningsnivå</b>				
Gymnasial (referenskategori)	1	16 699	1	7 284
Grundskola	(1,02)	3 884	(1,04)	1 436
Kortare högskoleutbildning (högst 3 år)	0,91	15 000	0,82	7 481
Längre högskoleutbildning (över 3 år)	0,85	5 895	0,73	3 133
<b>Pensionsgrundande inkomst 2004</b>				
< 180 000 kr	0,95	11 524	(1,04)	4 741
180 000–239 999 kr (referenskategori)	1	11 666	1	5 650
240 000–299 999 kr	0,89	8 777	(0,93)	4 526
≥ 300 000 kr	0,85	6 149	(0,86)	3 260
<b>Yrkesgrupp SSYK96</b> (genomsnitt över alla yrken är referens)	1		1	
12 Ledningsarbete stora/medelstora företag, myndigheter m.m. (inkl. 01, 11)	0,83	530	0,55	234
13 Ledningsarbete i mindre företag, myndigheter m.m.	0,80	246	(0,88)	115
21 Specialister inom teknik och datavetenskap m.m.	(0,93)	1095	(1,03)	614
22 Specialister inom biologi, hälso- och sjukvård	1,26	872	(1,17)	512
23 Lärararbete inom universitet, gymnasieskola (exkl. 233)	(0,95)	1179	(1,08)	574
233 Grundskollärare	0,91	1823	(1,14)	1041
24 Annat arbete som kräver teoretisk specialistkompetens	0,88	3183	(0,94)	1713
31 Tekniker- och ingenjörarbete m.m.	0,87	912	(0,91)	475
32 Biologi, hälso- och sjukvård som kräver kortare högskoleutb. (exkl. 323)	0,88	821	(1,02)	473
323 Sjuksköterskor	(1,11)	1112	(1,23)	626
33 Lärararbete som kräver kortare högskoleutbildning (bl.a. förskollärare)	1,24	1371	1,38	709
34 Annat arbete som kräver kortare högskoleutbildning	(0,95)	3240	(1,03)	1629
41 Kontorsarbete m.m.	0,91	2253	0,71	1079
42 Kundservicearbete	(1,02)	1204	(1,12)	585
51 Service- och säkerhetsarbete (exkl. 513)	1,10	1050	1,29	471
513 Vård- och omsorgspersonal	1,16	6553	1,25	2844
52 Försäljningsarbete inom detaljhandel m.m.	(1,05)	2281	(1,09)	1025
61 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	(0,92)	174	(0,96)	82
71 Gruv-, bygg- och anläggningsarbete	(1,16)	90	(0,95)	43
72 Metallhantverk, reparatörsarbete m.m.	(1,24)	52	(0,77)	27
73 Finmekaniskt och grafiskt hantverk, konsthantverk m.m.	(0,66)	68	(1,15)	28
74 Annat hantverksarbete	(1,14)	97	(0,70)	45
81 Processoperatörsarbete	(1,03)	100	(1,50)	46
82 Maskinoperatörs- och monteringsarbete	1,17	677	(1,10)	319
83 Transport- och maskinförarbete	(0,93)	96	(0,49)	55
91 Servicearbete utan krav på särskild yrkesutbildning	1,11	1428	(1,23)	546
93 Annat arbete utan krav på yrkesutbildning (inkl. 92)	(1,17)	222	(1,22)	97

Individer med sjukersättning, aktivitetsersättning eller pågående sjukskrivning är exkluderade. Uppföljningstiden är 7 år efter nedkomst. I modellen kontrolleras också för sjukskrivningshistorik. Inom varje förklaringsfaktor finns individer för vilka uppgift saknas. Dessa presenteras inte i tabellen eftersom de saknar meningsfull tolkning. I modell II) tillämpas en "Wash-out" period om två år efter andra barnets födelse, det vill säga risken börjar mätas först efter denna tidpunkt. Relativ risk inom parentes har ett konfidensintervall som innefattar 1,0.

**Tabell 6 Relativ risk för sjukskrivning (>14 dagar) för män**

Förklaringsfaktor	I) Sjukskrivning efter första barnets födelse år 2005, n=43 123		II) Sjukskrivning för de vars partner får ytterligare barn inom tre år, n=19 243	
<b>Flerbarnsfödelse</b>				
Ett barn (referenskategori)	1	42 468	1	19 153
Flerbarnsfödelse	0,63	640	(0,66)	90
<b>Sammanboende</b>				
Sammanboende (referenskategori)	1	33 172	1	15 967
Ej sammanboende	(1,05)	8 855	(1,05)	2 934
<b>Förstagångspappa</b>				
Första barnet 2005 (referenskategori)	1	38 406	1	17 837
Ej första barnet	2,18	4 702	(1,1)	1 406
<b>Åldersgrupp</b>				
19 år och yngre	(0,84)	417	(0,79)	78
20–24 år	(1,05)	3 999	(0,95)	1 462
25–29 år	(0,94)	12 285	(0,88)	5 889
30–34 år (referenskategori)	1	15 607	1	7 705
35–39 år	1,10	7 054	(1,06)	2 985
40–44 år	(1,04)	2 626	(1,05)	851
45 år och äldre	1,36	1 120	(1,00)	273
<b>Region för födelseland</b>				
Sverige (referenskategori)	1	35 139	1	16 261
Norden utom Sverige	(0,90)	766	(1,02)	308
EU 27 utom Norden	(1,00)	1 197	(1,10)	468
Övriga Europa	1,37	1 310	1,54	448
Afrika söder om Sahara	(0,96)	657	(1,01)	244
Asien utom Mellanöstern	(0,97)	707	(0,78)	254
Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet	1,35	2 581	1,33	1 009
Nordamerika	(0,90)	247	(0,38)	92
Sydamerika	1,23	442	(1,36)	135
Oceanien	(1,05)	56	(1,06)	21
<b>Bostadslän (riksgenomsnittet är referens)</b>	1		1	
Stockholm	0,92	11 162	0,92	5 106
Uppsala	(1,00)	1 480	(1,07)	726
Södermanland	(1,04)	1 059	(0,98)	475
Östergötland	(0,94)	1 823	(0,97)	880
Jönköping	(0,98)	1 436	(1,01)	739
Kronoberg	(1,12)	744	(1,11)	351
Kalmar	(0,92)	846	(1,37)	380
Gotland	(0,94)	210	(0,80)	81
Blekinge	(1,08)	648	(1,23)	267
Skåne	0,92	5 554	(1,34)	2 251
Halland	(1,10)	1 245	(1,03)	576
Västra Götaland	1,08	7 201	(0,93)	3 191
Värmland	0,85	1 056	1,17	455
Örebro	(1,07)	1 091	0,55	496
Västmanland	(1,13)	1 033	1,35	475
Dalarna	(1,03)	1 054	(0,98)	497
Gävleborg	1,15	1 034	(0,94)	434
Västernorrland	(0,97)	945	(0,95)	399
Jämtland	(1,10)	549	(1,30)	245
Västerbotten	(0,95)	1 097	(0,91)	525
Norrbotten	(0,91)	899	(1,20)	372

Individer med sjukersättning, aktivitetsersättning eller pågående sjukskrivning är exkluderade. Uppföljningstiden är 7 år efter nedkomst. I modellen kontrolleras också för sjukskrivningshistorik. Inom varje förklaringsfaktor finns individer för vilka uppgift saknas. Dessa presenteras inte i tabellen eftersom de saknar meningsfull tolkning. I modell II) tillämpas en "wash-out" period om två år efter andra barnets födelse, det vill säga risken börjar mätas först efter denna tidpunkt.

**Tabell 6 forts.**

Förklaringsfaktor	I) Sjukskrivning efter första barnets födelse år 2005, n=43 123		II) Sjukskrivning för de vars partner får ytterligare barn inom tre år, n=19 243	
<b>Sysselsättningsstatus</b>				
Förvärvsarbetande (referenskategori)	1	32 453	1	15 941
Ej förvärvsarbetande	0,90	4 833	(1,27)	1 666
<b>Anställningssektor</b> (genomsnitt över alla sektorer är referens)	1		1	
Statlig (inkl. affärsdrivande verk)	1,19	1 923	(1,26)	972
Kommun	(1,11)	2 301	(1,18)	1 088
Landsting	(0,98)	730	1,59	383
Privata företag	(0,95)	27 364	0,83	13 167
Statliga och kommunala bolag	(1,03)	1 321	(0,88)	659
Övriga organisationer	(1,05)	1 023	(0,87)	475
<b>Högsta uppnådda utbildningsnivå</b>				
Gymnasial (referenskategori)	1	17 679	1	1 289
Grundskola	1,25	3 659	(1,17)	7 913
Kortare högskoleutbildning (högst 3 år)	0,73	10 255	0,72	5 296
Längre högskoleutbildning (över 3 år)	0,56	5 234	0,50	2 948
<b>Pensionsgrundande inkomst 2004</b>				
< 180 000 kr	(0,95)	6 732	(0,97)	2 771
180 000–239 999 kr	1	6 587	1	2 926
240 000–299 999 kr	0,91	9 414	(0,88)	4 631
≥ 300 000 kr	0,73	12 079	0,76	6 439
<b>Yrkesgrupp SSYK96</b> (genomsnitt över alla yrken är referens)	1		1	
12 Ledningsarbete stora/medelstora företag, myndigheter m.m. (inkl. 01, 11)	0,58	1 242	(0,77)	692
13 Ledningsarbete i mindre företag, myndigheter m.m.	(0,80)	470	(1,18)	240
21 Specialister inom teknik och datavetenskap m.m.	0,68	2 924	(0,84)	1 641
22 Specialister inom biologi, hälso- och sjukvård	(1,08)	457	(1,02)	268
23 Lärararbete inom universitet, gymnasieskola (exkl. 233)	0,69	989	(0,92)	488
233 Grundskollärare	(0,84)	520	(0,60)	267
24 Annat arbete som kräver teoretisk specialistkompetens	0,64	1 958	0,68	1 072
31 Tekniker- och ingenjörsarbete m.m.	0,79	2 598	(0,87)	1 383
32 Biologi, hälso- och sjukvård som kräver kortare högskoleutb. (exkl. 323)	(1,23)	182	(0,89)	95
323 Sjuksköterskor	1,62	125	(1,42)	71
33 Lärararbete som kräver kortare högskoleutbildning (bl.a. förskollärare)	(0,80)	198	(0,44)	98
34 Annat arbete som kräver kortare högskoleutbildning	0,80	2 921	0,76	1 546
41 Kontorsarbete m.m.	1,19	1 328	1,43	606
42 Kundservicearbete	(1,11)	212	(1,51)	93
51 Service- och säkerhetsarbete (exkl. 513)	(1,09)	939	(0,90)	405
513 Vård- och omsorgspersonal	(1,05)	1 110	(1,09)	472
52 Försäljningsarbete inom detaljhandel m.m.	(0,95)	1 244	(1,01)	595
61 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	1,26	317	(1,42)	143
71 Gruv-, bygg- och anläggningsarbete	1,29	2 658	1,41	1 256
72 Metallhantverk, reparatörsarbete m.m.	1,30	1 689	(1,27)	806
73 Finmekaniskt och grafiskt hantverk, konsthantverk m.m.	0,58	131	(0,68)	65
74 Annat hantverksarbete	1,51	181	(1,40)	76
81 Processoperatörsarbete	(1,14)	491	(0,63)	222
82 Maskinoperatörs- och monteringsarbete	1,24	2 403	1,39	1 071
83 Transport- och maskinförararbete	1,16	1 379	1,34	611
91 Servicearbete utan krav på särskild yrkesutbildning	1,23	900	(1,03)	339
93 Annat arbete utan krav på yrkesutbildning (inkl. 92)	1,41	555	(1,40)	210

Individer med sjukersättning, aktivitetsersättning eller pågående sjukskrivning är exkluderade. Uppföljningstiden är 7 år efter nedkomst. I modellen kontrolleras också för sjukskrivningshistorik. Inom varje förklaringsfaktor finns individer för vilka uppgift saknas. Dessa presenteras inte i tabellen eftersom de saknar meningsfull tolkning. I modell II) tillämpas en "wash-out" period om två år efter andra barnets födelse, det vill säga risken börjar mätas först efter denna tidpunkt.

## Bilaga 3. Förmån under graviditeten och sjukfrånvaro

**Tabell 7 Relativ risk för graviditetspenning 2005 (logistisk regression)**

Förklaringsfaktor*	Graviditetspenning efter första barnets födelse år 2005, n=42 977	
	Relativ risk**	n
<b>Yrkesgrupp SSYK96 (genomsnitt över alla yrken är referens)</b>	1	
12 Ledningsarbete stora/medelstora företag, myndigheter m.m (inkl. 01, 11)	(0,84)	530
13 Ledningsarbete i mindre företag, myndigheter m.m.	1,06	246
21 Specialister inom teknik och datavetenskap m.m.	0,08	1095
22 Specialister inom biologi, hälso- och sjukvård	1,61	872
23 Lärararbete inom universitet gymnasie- och grundskola (exkl 233)	0,58	1179
233 Grundskollärare	0,17	1823
24 Annat arbete som kräver teoretisk specialistkompetens	0,26	3183
31 Tekniker- och ingenjörsarbete m.m.	0,31	912
32 Biologi, hälso- och sjukvård som kräver kortare högskoleutb. (exkl 323)	1,37	821
323 Sjuksköterskor	1,82	1112
33 Lärararbete som kräver kortare högskoleutbildning	0,78	1371
34 Annat arbete som kräver kortare högskoleutbildning	0,37	3240
41 Kontorsarbete m.m.	0,37	2253
42 Kundservicearbete	0,53	1204
51 Service- och säkerhetsarbete (exkl 513)	1,51	1050
513 Vård- och omsorgspersonal	1,39	6553
52 Försäljningsarbete inom detaljhandel m.m.	1,33	2281
61 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	1,74	174
71 Gruv-, bygg- och anläggningsarbete	1,38	90
72 Metallhantverk, reparatörsarbete m.m.	(1,03)	52
73 Finmekaniskt och grafiskt hantverk, konsthantverk m.m.	0,55	68
74 Annat hantverksarbete	1,49	97
81 Processoperatörsarbete	1,39	100
82 Maskinoperatörs- och monteringsarbete	1,46	677
83 Transport- och maskinförararbete	1,42	96
91 Servicearbete utan krav på särskild yrkesutbildning	1,47	1428
93 Annat arbete utan krav på yrkesutbildning (inkl 92)	1,51	222

\*Kontrollvariabler: Flerbarnsfödelse, Ytterligare barn, Sammanboende, Åldersgrupp, Region för födelse-land, Bostadslän, Sysselsättningsstatus, Anställningssektor, Högsta uppnådda utbildningsnivå, pensionsgrundande inkomst (år 2004), Yrkesgrupp (SSYK96).

\*\*Oddsquoterna är omräknade till relativa risker och signifikanta skattningar på 95 %-nivån är angivna utan parentes.

## Bilaga 4. Jämställdhet och sjukfrånvaro

Resultat för kvinnor uppdelade efter utbildningsnivå

**Tabell 8** Relativ risk att kvinnan blir sjukskriven (>14 dagar) år 6 och 7 efter barnets födelse efter jämställdhet i hemmasfären (fördelning av VAB-uttag och föräldrapenninguttag) och jämställdhet i arbetsfären (fördelning av pensionsgrundande inkomst (PGI) samt yrkets kvalifikationsnivå). Förgymnasial och gymnasial utbildning

		Hemmasfär		
		Kvinna+	Jämställd	Man+
Arbetsfär	Man+	(1,02)	(1,00)	(1,00)
	Jämställd	1,26	1 (ref.)	(1,17)
	Kvinna+	1,34	(1,03)	(0,99)

I modellen kontrolleras också för antalet uttagna VAB-dagar och föräldrapenningdagar samt inkomstnivå och yrke året innan barnet föds. Dessutom kontrolleras för ålder, om paret är sammanboende/gift eller ej, län, utbildningsnivå och sektor året innan barnet föds. Utöver detta kontrolleras för flerbarnsfödelse, moderns födelseland och tidigare sjukskrivning. Känslighetsanalyser har gjorts med olika specifikationer av modellen och resultaten är relativt robusta. Signifikanta skillnader visas utan parentes.

**Tabell 9** Relativ risk att kvinnan blir sjukskriven (>14 dagar) år 6 och 7 efter barnets födelse efter jämställdhet i hemmasfären (fördelning av VAB-uttag och föräldrapenninguttag) och jämställdhet i arbetsfären (fördelning av pensionsgrundande inkomst (PGI) samt yrkets kvalifikationsnivå). Eftergymnasial utbildning

		Hemmasfär		
		Kvinna+	Jämställd	Man+
Arbetsfär	Man+	(1,06)	(1,08)	(0,98)
	Jämställd	(1,06)	1 (ref.)	(1,07)
	Kvinna+	(1,19)	1,40	(0,99)

I modellen kontrolleras också för antalet uttagna VAB-dagar och föräldrapenningdagar samt inkomstnivå och yrke året innan barnet föds. Dessutom kontrolleras för ålder, om paret är sammanboende/gift eller ej, län, utbildningsnivå och sektor året innan barnet föds. Utöver detta kontrolleras för flerbarnsfödelse, och moderns födelseland och tidigare sjukskrivning. Känslighetsanalyser har gjorts med olika specifikationer av modellen och resultaten är relativt robusta. Signifikanta skillnader visas utan parentes.

### Gruppindelning utifrån föräldrarnas situation i hemmasfär och arbetsfär

Paren delades för varje område in i fem delgrupper efter fördelningen av föräldrapenning, VAB, inkomst och yrkets kvalifikationskrav. Föräldrarna definierades som jämställda i de olika kategorierna när båda föräldrarna hade använt mellan 40 och 60 procent av de totala VAB-dagarna eller föräldrapenningdagarna.

Indelning Föräldrapenning- och VAB-dagar:

- *Tydligt Kvinna+*: Far < 20 %, mor > 80 %.
- *Kvinna+*: Far 20–40 %, mor 60–80 %.
- *Jämställd*: Vardera föräldern 40–60 %.
- *Man+*: Far 60–80 %, mor 20–40 %.
- *Tydligt Man+*: Far > 80 %, mor < 20 %.

För PGI är grupperna fördelade efter:

- *Tydligt Man+*: Far > 80 %, mor < 20 %.
- *Man+*: Far 60–80 %, mor 20–40 %.
- *Jämställd*: Vardera föräldern 40–60 %.
- *Kvinna+*: Far 20–40 %, mor 60–80 %.
- *Tydligt Kvinna+*: Far < 20 %, mor > 80 %.

Yrket är kategoriserat efter SSYK96 efter kvalifikationsnivå. Detta är kategoriserat enligt tabell 10:

**Tabell 10 Kategorisering av SSYK96**

	Yrkesnivå	Kvalifikationsnivå
1	Ledningsarbete	–
2	Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens	4
3	Arbete som kräver kortare högskoleutbildning	3
4	Kontors- och kundservicearbete	2
5	Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	2
6	Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	2
7	Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	2
8	Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.	2
9	Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning	1
0	Militärt arbete	–

Källa: SCB

Ledningsarbete och militärt arbete är i SSYK 96 inte klassificerat efter kvalifikationsnivå. I denna rapport har ledningsarbete kvalifikationsnivå 5 och militärt arbete kvalifikationsnivå 2.



- *Tydligt Man+*: Fars kvalifikationsnivå minst två steg högre än mors kvalifikationsnivå. Eller Far arbetar, mor arbetar inte.
- *Man+*: Fars kvalifikationsnivå högre än mors kvalifikationsnivå.
- *Jämställd*: Samma kvalifikationsnivå, båda föräldrarna förvärvsarbetar.
- *Kvinna+*: Fars kvalifikationsnivå lägre än mors kvalifikationsnivå.
- *Tydligt Kvinna+*: Fars kvalifikationsnivå minst två steg lägre än mors kvalifikationsnivå. Eller far arbetar inte, mor arbetar.

I detta avsnitt följs den kategorisering som görs i Backhans et al (2009) för att kategorisera hur föräldrarnas jämställdhet kategoriseras i fem grupper i den privata och offentliga sfären. Detta görs enligt tabell 11:

**Tabell 11 Kategorisering av föräldrarnas fördelning i hemmasfären och arbetsfären**

	Tydligt Kvinna+	Kvinna+	Jämställd	Man+	Tydligt Man+	Uppgift saknas
Tydligt Kvinna+	Kvinna+	Kvinna+	Kvinna+	Kvinna+	Motsägelse	Kvinna+
Kvinna+	Kvinna+	Kvinna+	Jämställd	Jämställd	Man+	Kvinna+
Jämställd	Kvinna+	Jämställd	Jämställd	Jämställd	Man+	Jämställd
Man+	Kvinna+	Jämställd	Jämställd	Man+	Man+	Man+
Tydligt Man+	Motsägelse	Man+	Man+	Man+	Man+	Man+
Uppgift saknas	Kvinna+	Kvinna+	Jämställd	Man+	Man+	Uppgift saknas

I analysen kommer fem grupper att ingå för respektive sfär. Av dessa är främst grupperna Kvinna+, Jämställda och Man+ intressanta för analysen, och redovisas i huvudtexten.

I tabell 12 redovisas andelen i olika kombinationer av hemmasfären och arbetsfären.

**Tabell 12 Andel av populationen**

Kategorisering	Andel av förvärvsarbetande mammor
Hemma Kvinna+, Arbete Man+	16,3
Hemma Kvinna+, Arbete Jämställda	38,8
Hemma Kvinna+, Arbete Kvinna+	6,8
Hemma Kvinna+, Motsägelse arbete	0,1
Hemma Jämställda, Arbete Man+	2,8
Hemma Jämställda, Arbete Jämställda	13,9
Hemma Jämställda, Arbete Kvinna+	1,8
Hemma Jämställda, Arbete Motsägelse	0,0
Hemma Man+, Arbete Man+	2,2
Hemma Man+, Arbete Jämställda	5,3
Hemma Man+, Arbete Kvinna+	0,9
Hemma Man+, Arbete Motsägelse	0,0
Ej uttag av föräldraförmåner, Arbete Man+	0,0
Ej uttag av föräldraförmåner, Arbete Jämställda	0,0
Ej uttag av föräldraförmåner, Arbete Kvinna+	0,0
Ej uttag av föräldraförmåner, Arbete Motsägelse	0,0
Hemma Motsägelse, Arbete Man+	3,3
Hemma Motsägelse, Arbete Jämställda	6,4
Hemma Motsägelse, Arbete Kvinna+	1,2
Hemma Motsägelse, Arbete Motsägelse	0,0
<b>Antal observationer</b>	<b>28 778</b>

## Bilaga 5. Vårdbidrag och sjukfrånvaro

**Tabell 13** Kvinnor och män som fick sitt första barn 2005 och där någon i familjen erhåller vårdbidrag under barnets sju första år samt information om sjukfall >14 respektive >90 dagar under samma period

	Antal	Sjukfall > 14 dagar		Sjukfall > 90 dagar		Sjukfrånvarodagar totalt per sjukskriven	
		Antal	%	Antal	%	Medel	Median
<b>Kvinnor</b>							
Ej Vårdbidrag	41178	18571	45,1	5333	13,0	135,7	62,0
Vårdbidrag	1616	873	54,0	352	21,8	188,6	91,5
<b>Män</b>							
Ej Vårdbidrag	37884	8285	21,9	2200	5,8	126,7	45,0
Vårdbidrag	1429	388	27,2	128	9,0	162,8	57,0

**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2014:**

- 2014:1 Låg kunskap om jämställdhetsbonus. En enkätstudie 2013
- 2014:2 Mediebilden av Försäkringskassan 2003–2012
- 2014:3 På väg in: Ungdomars liv och försörjning. Rapport från forskarseminarium i Umeå 15–16 januari 2014
- 2014:4 Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år
- 2014:5 Förtroendet under kontroll? Analys av en enkätstudie om kontroller och förtroende
- 2014:6 Analyser av sjukförsäkringens utveckling 2013
- 2014:7 Det förstärkta rehabiliteringssamarbetets effekter. Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliteringssamarbete
- 2014:8 Upplevd kvalitet av personlig assistans. En litteraturöversikt över upplevd kvalitet i personlig assistans enligt studier över utfall under LSS reformens 20 år
- 2014:9 Det komplexa förtroendet. En forsknings- och analysöversikt om förtroendet för Försäkringskassan och socialförsäkringen under 2000-talet
- 2014:10 Hur upplevs kontakten med Försäkringskassan?
- 2014:11 Barnhushållens ekonomi – utveckling, omfördelning och valfrihet. Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2014
- 2014:12 Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1, år 2014
- 2014:13 Varför har medborgarna högre förtroende för Skatteverket än för Försäkringskassan och vad behöver Försäkringskassan göra för att förtroendet ska öka?
- 2014:14 Kvinnors sjukfrånvaro. En studie av förstagångsföräldrar