



Orsaker till skillnader
i kvinnors och mäns
sjukskrivningsmönster
– en kunskapsöversikt

I serien RFV ANALYSERAR publicerar Riksförsäkringsverket sammanställningar av resultat av

- utrednings- och utvärderingsarbete

I huvudsak är det frågan om mera omfattande studier av olika försäkringsområden som genomförts på RFV:s initiativ.

Publikationerna i denna serie utarbetas av olika enheter inom Riksförsäkringsverket.

I vissa slag av rapporter i denna serie kan det förekomma uttalanden som pekar på behovet av nya eller ändrade författningsbestämmelser eller rekommendationer på något område. Med anledning av sådana uttalanden tar Riksförsäkringsverket sedan i särskild ordning upp frågan om att ge ut nya eller ändrade författningar och allmänna råd på området. Uttalanden i rapporterna har således ingen självständig ställning som går utöver innehållet i gällande författningar och allmänna råd.

Utgivare: Enheten för analys

Upplysningar: Jon Dutrieux
tel 08-786 98 28

Annica Viksten
tel. 08-786 96 28

Skriftserier som ges ut av Riksförsäkringsverket:

RFV Föreskriver (RFFS)	Författningar med bindande föreskrifter
RFV Allmänna råd (RAR)	Allmänna råd om tillämpningen av författningar
RFV Vägledning	Beskrivning av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, rättspraxis, exempel och kommentarer
RFV Analyserar	Resultat av utrednings- och utvärderingsarbete
RFV Anser	Tolkningar av rättsläget, uttalande om verkets åsikt i olika frågor och framställningar till regeringen
RFV Informerar	Redovisning av statistik, upplysningar om regler, rutiner och praxis.
RFV Redovisar	Försäkringsanalyser och rapporter av mer begränsad omfattning.

Beställ hos: Riksförsäkringsverkets Kundtjänst Tfn 08-556 799 29

Fax 08-718 29 90

E-post: rfv@ontime.se eller på Internet www.rfv.se

Tryck: Sjuhäradsbygdens tryckeri 2004. Foto omslag: Bruno Ehres. Bildhuset.

Förord

Riksförsäkringsverket har sammanställt kunskapsläget, i Sverige och internationellt, om orsakerna till skillnader i sjukskrivningsmönster mellan kvinnor och män. Syftet har varit att ta tillvara den kunskap som finns och att identifiera viktiga kunskapsluckor. Forskningen om könsskillnader i sjukskrivningsmönster är begränsad. Fler longitudinella studier behövs, liksom forskning med direkt fokus på sjukskrivning. Den övervägande delen av de studier som finns kommer från nordiska länder.

Bland förvärvsaktiva visar det sig att kvinnor sjukskrivs mer än män sedan åtminstone 1970 och att skillnaderna ökar kontinuerligt. Att kvinnor sjukskrivs oftare än män samt att könsskillnaderna ökar gäller i de flesta, men inte alla, västeuropeiska länder.

Några förklaringsfaktorer kan lyftas fram. Generellt sämre arbetsförhållanden för kvinnor än för män är en viktig förklaring till skillnaderna i sjukskrivning. Graviditetsrelaterad sjukskrivning ligger bakom en betydande del av könsskillnaderna i sjukskrivning i fertil ålder.

På grund av motstridiga resultat är det oklart hur svårigheter att kombinera förvärvsarbete och familjeliv påverkar kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster. Brist på studier gör att det inte går att dra några slutsatser i fråga om skillnader i ekonomiska drivkrafter påverkar könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster. Det är också oklart om och hur de olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen påverkar könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster. Flera studier ger dock stöd för att Försäkringskassans insatser vid arbetslivsinriktad rehabilitering är bättre anpassade till mäns behov än till kvinnors.

Rapporten har skrivits av Jon Dutrieux vid Riksförsäkringsverkets analysenhet och Annica Viksten vid enheten för sjukpenning och arbetsskadeförsäkring.

Carl-Göran Högås
Chef för analysenheten

Innehåll

Huvudsakliga resultat.....	7
Sammanfattning och diskussion	8
<i>Likheter och skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster.....</i>	<i>8</i>
<i>Tillgången på studier och statistik är begränsad</i>	<i>8</i>
<i>Förklaringar till nivån respektive utvecklingen på könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster</i>	<i>9</i>
<i>Viktiga kunskapsluckor.....</i>	<i>11</i>
1 Inledning.....	15
<i>Bakgrund</i>	<i>15</i>
<i>Syfte</i>	<i>15</i>
<i>Avgränsningar.....</i>	<i>15</i>
<i>Granskning.....</i>	<i>17</i>
<i>Disposition</i>	<i>17</i>
2 Kön och sjukskrivning – översikt av hypoteser och forskning.....	18
<i>Indelning av studier efter grupper av hypoteser.....</i>	<i>19</i>
<i>Litteratursökning – tillvägagångssätt, resultat och bedömning av studier</i>	<i>20</i>
<i>Sjukdom, arbetsförmåga och sjukskrivning.....</i>	<i>22</i>
<i>Kort eller lång sikt?.....</i>	<i>25</i>
<i>Vilken är den beroende variabeln?</i>	<i>25</i>
<i>Referenser och relaterade studier</i>	<i>26</i>
3 Kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster	29
<i>Gemensamma drag i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster</i>	<i>29</i>
<i>Kvinnor sjukskrivs oftare, längre och mer på deltid än män.....</i>	<i>32</i>
<i>Likheter och skillnader i sjukdomsgrupper kvinnor och män sjukskrivs för</i>	<i>36</i>
<i>Sjukskrivning som väg ut ur arbetslivet för kvinnor och män</i>	<i>37</i>
<i>Kvinnors andel av sjukskrivningarna har ökat sedan 1970-talet</i>	<i>38</i>
<i>Kvinnors sjukskrivs mer än män i flera länder.....</i>	<i>39</i>
<i>Referenser och relaterade studier</i>	<i>41</i>

4	Biologiska könsskillnader	44
	<i>Inte bara biologi.....</i>	<i>44</i>
	<i>Graviditetsrelaterad sjukskrivning är av betydande omfattning</i>	<i>46</i>
	<i>Sjukskrivning under graviditeten – inte heller bara biologi.....</i>	<i>49</i>
	<i>Referenser och relaterade studier</i>	<i>50</i>
5	Familj och arbete – den totala livssituationen	52
	<i>Den svenska arbetskraftens familjesituation</i>	<i>53</i>
	<i>Mer dubbelarbete och mindre fritid för kvinnor än för män</i>	<i>54</i>
	<i>Dubbelarbete kan vara en risk- eller friskfaktor för sjukskrivning</i>	<i>56</i>
	<i>Referenser och relaterade studier</i>	<i>58</i>
6	Arbetsituation och könsskillnader i sjukskrivning	61
	<i>Anknytning till arbetskraften och sjukfrånvaro</i>	<i>62</i>
	<i>Könsskillnader i arbetsförhållanden</i>	<i>68</i>
	<i>Horisontell segregering – sektor, yrke, arbetsmiljö och sjukfrånvaro</i>	<i>72</i>
	<i>Vertikal segregering – kön, klass, diskriminering och sjukfrånvaro</i>	<i>77</i>
	<i>Referenser och relaterade studier</i>	<i>80</i>
7	Aktörer i sjukskrivningsprocessen.....	89
	<i>Läkare och sjukskrivning.....</i>	<i>90</i>
	<i>Försäkringskassans handläggning och könsskillnader</i>	<i>93</i>
	<i>Arbetsgivare</i>	<i>97</i>
	<i>Arbetsförmedling i rehabiliteringsarbetet</i>	<i>98</i>
	<i>Referenser och relaterade studier</i>	<i>100</i>
8	Individ och system – socialförsäkringens utformning.....	103
	<i>Alternativ till sjukskrivning under graviditet?.....</i>	<i>103</i>
	<i>Tak i socialförsäkringen och ekonomiska drivkrafter</i>	<i>104</i>
	<i>Samspel mellan sjuk- och föräldraförsäkringen.....</i>	<i>107</i>
	<i>Referenser och relaterade studier</i>	<i>108</i>

Huvudsakliga resultat

- Forskning om könsskillnader i sjukskrivningsmönster är begränsad. Fler longitudinella studier samt könsteoretisk forskning med direkt fokus på sjukskrivning skulle behövas. Den övervägande delen av de studier som finns kommer från nordiska länder.
- Bland förvärvsaktiva sjukskrivs kvinnor mer än män sedan åtminstone 1970 och skillnaderna ökar kontinuerligt. Att kvinnor sjukskrivs oftare samt att skillnaderna ökar gäller i de flesta, men inte alla, västeuropeiska länder.
- Generellt sämre arbetsförhållanden för kvinnor än för män är en viktig förklaring till skillnaderna i sjukskrivning.
- Graviditetsrelaterad sjukskrivning ligger bakom en betydande del av könsskillnaderna i sjukskrivning i fertil ålder.
- Det är på grund av motstridiga resultat oklart hur svårigheter att kombinera förvärvsarbete och familjeliv påverkar könsskillnader i sjukskrivningsmönster.
- Det är på grund av brist på studier oklart om skillnader i ekonomiska drivkrafter påverkar könsskillnader i sjukskrivning.
- Det är oklart om och hur de olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen påverkar könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster.
- Flera studier ger dock stöd för att Försäkringskassans insatser vid arbetslivsinriktad rehabilitering är bättre anpassade till mäns behov än till kvinnors.

Sammanfattning och diskussion

Riksförsäkringsverket (RFV) har sammanställt kunskapsläget om orsaker till de betydande skillnaderna i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster. Syftet är att ge svar på vilka möjliga förklaringsfaktorer till dessa könsskillnader som har studerats och inte, för att kunna ta tillvara den kunskap som finns samt identifiera viktiga kunskapsluckor. Både svenska och internationella studier har sökts och sammanfattas i denna rapport.

I detta avsnitt kommenteras tillgången på studier och statistik, troliga förklaringar till könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster och viktiga kunskapsluckor inom området.

Likheter och skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster

Generellt uppvisar kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster stora likheter vad gäller utveckling över tid och samband med viktiga faktorer som ålder, utbildning och regional fördelning. Den främsta könsskillnaden i sjukskrivningsmönster är att män sjukskrivs mer sällan än kvinnor och att deras sjukfall generellt är kortare. Kvinnor sjukskrivs även i större utsträckning på deltid än män.

Kvinnor och män sjukskrivs för liknande medicinska diagnoser. De viktigaste skillnaderna är att kvinnor sjukskrivs oftare för psykiska diagnoser och att graviditetskomplikationer förekommer som diagnos i omkring 6 procent av kvinnors sjukfall över 14 dagar. Sett i ett längre perspektiv har kvinnors sjukskrivning ökat i förhållande till mäns sedan åtminstone 1970-talet. Förvärvsaktiva kvinnor har varit sjukskrivna i större omfattning än förvärvsaktiva män sedan åtminstone 1970. Både kvinnors högre sjukskrivningsnivå än mäns och det faktum att skillnaderna ökat över tid gäller förutom i Sverige även i de flesta – men inte alla – västeuropeiska länder.

Tillgången på studier och statistik är begränsad

Det finns begränsad forskning med direkt fokus på könsskillnader i sjukfrånvaro. Studier av orsaker till sjukskrivning där analysen delats upp på kön är betydligt fler. De studier som funnits genom litteratursökningen kommer till övervägande del från Sverige, och sedan främst från Norge och Finland, i nämnd ordning.

Den största gruppen studier, både i Sverige och internationellt, fokuserar på hur *könsskillnader i arbetsförhållanden* påverkar kvinnors och mäns risk att sjukskrivas. I tidigare sammanställningar har slutsatsen dragits att arbetsmiljöfaktorer tycks vara de viktigaste för att förklara könsskillnader i sjukskrivning.

Den därefter största grupp av studier med explicit fokus på könsskillnader i sjukfrånvaro är den som undersöker effekter av den försäkrades *familjesituation* och behov av att kombinera betalt och obetalt arbete. De enda studier som kan sägas undersöka effekten av *biologiska* könsskillnader på sjukskrivningsmönstren är de som undersöker sjukskrivning i samband med *graviditet*. Här har svenska forskare genomfört flera studier där det använda datamaterialet i flertalet fall emellertid börjar vara relativt gammalt. Inom områdena *aktörer i sjukskrivningsprocessen* och *försäkringssystemens utformning* finns ett än mer begränsat antal studier med fokus på könsskillnader.

Det finns rikligt med beskrivande statistik i Sverige över nyttjandet av sjukförsäkringen. Som regel är all statistik över sjukskrivningsärenden som leder till utbetalningar könsuppdelad, även för äldre tidsserier.

Förklaringar till nivån respektive utvecklingen på könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster

Tre typer av faktorer framstår som viktiga bidragande orsaker till könsskillnader i sjukskrivning. Den som i viss mån går att kvantifiera är *graviditetsrelaterad* sjukskrivning. De två övriga, vilkas inbördes styrka inte enkelt kan kvantifieras är könsskillnader i *arbetsmiljö* och i *handläggningen av sjukpenning- och rehabiliteringsärenden*.

Graviditetsrelaterad sjukskrivning är sannolikt den viktigaste förklaringen till könsskillnader i sjukskrivning i fertil ålder

Graviditetsrelaterade besvär bidrag till kvinnors sjukskrivning i Sverige har belysts i flera studier. Dessa besvär står för en betydande del av könsskillnaderna i fertil ålder. Omkring en fjärdedel av antal sjukfall över 14 dagar bland kvinnor i åldern 16–44 år tycks under perioden 1999–2002 ha berott på graviditetsrelaterad sjukskrivning. Detta motsvarar omkring hälften av skillnaden i antal sjukfall mellan män och kvinnor i dessa åldrar och knappt 15 procent av skillnaden i totalt antal sjukfall mellan män och kvinnor. Då dessa sjukfall i genomsnitt är kortare än övriga är de graviditetsrelaterade sjukskrivningarnas andel av sjukdagarna lägre än deras andel av sjukfallen.

Huruvida tillstånd under graviditeten leder till sjukskrivning beror rimligen även på anpassningsmöjligheter på arbetet och på socialförsäkringens konstruktion. Detta kan vara en bidragande orsak till att förekomsten av sjukskrivning under graviditet har varierat kraftigt under de senaste 25 åren. På detta område är emellertid antalet studier mycket begränsat.

Generellt sämre arbetsförhållanden för kvinnor ligger bakom en del av könsskillnaderna i sjukskrivning

Kvinnor och män arbetar i stor utsträckning i olika *arbetsmiljöer* vilket leder till skillnader i sjukskrivningsrisk. Att kvinnor i större utsträckning arbetar inom vård, omsorg och skola tycks förklara en del av deras högre sjukskrivning. Generellt möter män fortfarande mest fysiska arbetsmiljöproblem medan kvinnor som grupp arbetar under svårare psykosociala förhållanden. Stöd finns för att sambandet mellan anpassningsmöjligheter på arbetet och sjukskrivning är starkare för kvinnor än för män. Flera studier pekar på att arbete inom ett yrke som domineras av det andra könet leder till högre sjukskrivningsrisk.

Skillnader i arbetsförhållanden är rimligen den viktigaste orsaken till könsskillnaderna i sjukskrivning.

Skillnader i vilka möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering sjukskrivna kvinnor och män får

Försäkringskassans handläggning av sjukpenning- och rehabiliteringsärenden har ett stort inslag av bedömningar vilket kan medföra könsskillnader i försäkringens tillämpning. Genomströmningstiden för handläggning av sjukpenningärenden bland män är något högre än bland kvinnor men ingen statistik finns som visar på könsskillnader i andel korrekt handlagda ärenden. Flera studier ger dock stöd för att urvalet av möjliga åtgärder för rehabilitering är mer begränsat för kvinnor än för män. Kvinnors egna förslag till rehabiliteringsåtgärder godtas också mer sällan än mäns. Män får oftare utbildning, vilket tycks vara den mest effektiva formen av rehabilitering, medan kvinnor oftare får arbetsträning. Mäns rehabilitering sätts in tidigare i sjukfallet, varar längre och är dyrare än kvinnors. Kvinnor är mindre nöjda än män med Försäkringskassans service inom ohälsområdet. Det är dock inte fastställt hur dessa könsskillnader påverkar sjukskrivningsmönstren.

Flera studier pekar på att män får bättre stöd av arbetsgivaren än kvinnor i rehabiliteringsarbetet. Detta kan ligga bakom en del av kvinnors längre sjukskrivningar. Män arbetar dessutom över lag på arbetsplatser där det är lättare att anpassa arbetsmiljö och arbetsuppgifter.

Troliga förklaringar till att kvinnors sjukskrivning ökar snabbare än mäns

Två faktorer framstår som viktiga bidragande orsaker till utvecklingen av könskillnaderna i sjukskrivningsmönster; kvinnors inträde på arbetsmarknaden på 1960- och 1970-talet och försämringar under 1990-talet i den psykosociala arbetsmiljön.

Kvinnors inträde på arbetsmarknaden under 1960–1980-talet framstår som en viktig förklaring till ökningen av kvinnors sjukfrånvaro i förhållande till män, fram till åtminstone början av 1990-talet. Då det främst är i de äldre åldersgrupperna som förvärvsfrekvensen ökat har andelen kvinnor med hög sjukskrivningsrisk stigit. Den relativa förvärvsfrekvensen kan emellertid inte förklara varför kvinnor är mer sjukskrivna än män.

Sedan mitten av 1990-talet tycks problem i den *psykosociala arbetsmiljön* ha ökat, främst i kvinnodominerade yrken inom offentlig sektor. Stöd finns dessutom för att sambandet mellan psykosocial arbetsmiljö och sjukfrånvaro har stärkts för kvinnor. Andelen yrkesarbetande med så kallat aktivt arbete, med höga psykologiska krav och stor kontroll i arbetet, har också ökat sedan andra halvan av 1990-talet. Studier har visat att sådant arbete kan medföra en förhöjd risk för långtidssjukskrivning för kvinnor men inte för män.

Viktiga kunskapsluckor

Det bestående intrycket av kunskapsöversikten är hur begränsad forskningen med direkt fokus på kön och sjukskrivning är. Områden där kunskapen är särskilt begränsad omfattar för det första flera av de förklaringsfaktorer som redovisas här, där antalet studier är mycket begränsat eller resultaten motstridiga. För det andra saknas över lag kunskap om *sambanden* mellan de olika förklaringsfaktorer som beskrivs i denna översikt. En generell brist råder även på longitudinella studier vilka skulle kunna bidra till att påvisa orsakssamband på ett sätt som inte är möjligt med tvärsnittsstudier. Longitudinella studier möjliggör även analyser av långsiktiga effekter av till exempel familjesituation eller exponeringar för olika risker.

Det är oklart vad effekten av dubbelarbete på sjukskrivningsrisken är

Det område på vilket det förmodligen är mest anmärkningsvärt att kunskap saknas är sambandet mellan dubbelarbete (avlönat och oavlönat) och sjukskrivningsmönster. Resultatet av studier på detta område framstår som motstridiga. I flera studier har man funnit att hemmavarande barn eller sambostatus leder till en förhöjd sjukskrivningsrisk för kvinnor. I andra studier leder motsvarande förhållanden till lägre sjukfrånvaro.

Dessa hypoteser kräver noggranna metoder och bättre data för att kunna testas effektivt. De flesta studier av dubbelarbete har endast uppgift om förekomst av barn och ingen om faktisk arbetsbörda (avlönad eller oavlönad). Effekten kan bero på individens ålder och kön samt på om man ser dem på kort eller lång sikt. Tillgång till både arbetsmiljöfaktorer, arbetsfördelning i hemmet samt förekomst av barn är nödvändigt för att studera effekterna på åtminstone kort sikt.

Kunskapen är begränsad om effekterna av könsdiskriminering på sjukskrivningsrisken

Generellt på arbetsmarknaden och även inom specifika yrken har män högre positioner än kvinnor, med högre lön och status. Män arbetar oftare i ledande ställning. Inom varje kön är generellt sjukskrivningsrisken lägre för individer med hög position på arbetsmarknaden. Flera studier pekar dock på att hög utbildning eller arbete i ledande ställning inte är ett skydd mot sjukskrivning för kvinnor i samma utsträckning som för män. Att kvinnor som grupp på grund av sitt kön har svårare än män att uppnå högre positioner leder till ökad frustration och stress vilket även bör medföra ökad sjukskrivning. De kvinnor som når höga positioner får finna sig i villkor utformade efter en manlig norm. Kunskapsläget är emellertid mycket begränsat beträffande effekterna av diskrimineringen av kvinnor på könets sjukskrivningsmönster¹.

Män kan som grupp ha starkare ekonomiska drivkrafter än kvinnor att återgå till arbetet vid sjukskrivning

Bland förvärvsaktiva har en betydligt större del av de männen än av kvinnorna inkomster över taket i sjukförsäkringen vilket kan bidra till att männens *ekonomiska drivkrafter* att komma tillbaka till arbetet är högre. Flera studier har visat att ekonomiska drivkrafter spelar roll för nyttjandet av sjukförsäkringen. En studie uppskattar att omkring en tredjedel av könsskillnaderna i antal sjukskrivningar (inklusive sjuklöneperiod), kunde förklaras med ekonomiska drivkrafter i början av 1990-talet. Dessa samband försvagas dock rimligen av de avtalsförsäkringar som finns. Även här är kunskapsläget mycket begränsat.

Få studier om huruvida arbetslöshet och anställningsformer påverkar kvinnors och mäns sjukskrivning olika

Kvinnor har som grupp en lösare anknytning till arbetsmarknaden än män, i Sverige liksom i jämförbara länder. Denna tar sig bland annat uttryck i att kvin-

¹ I publikationen *Socialförsäkringsboken 2004, tema: kvinnor, män och sjukfrånvaron*, analyserar Riksförsäkringsverket könsskillnaderna i ohälsa utifrån könsteoretiska utgångspunkter.

nors sjukfall minskar mer än mäns i lågkonjunkturer då kvinnor då i större utsträckning lämnar, eller avstår från att träda in i arbetskraften. Långtidssjukskrivningarna (>60 dagar) ökar bland män när deras arbetslöshet ökar, medan det är tvärtom bland kvinnor. Det ger stöd åt tesen att långvariga sjukskrivningar i någon mån fungerar som en arbetsmarknadspolitisk ventil för män vilka alltså i högre utsträckning stannar kvar i arbetskraften i lågkonjunktur. Kvinnor lämnar i stället i högre grad, eller avstår att träda in i arbetskraften.

Att deltidsarbetande, vilket generellt tycks fungera som en friskfaktor, minskar bland kvinnor kan medföra ökad sjukskrivning. Inga studier har dock hittats som studerar utvecklingen över tid. Effekten av att kvinnor oftare har tidsbegränsade anställningar än män bör enligt en studie medföra att kvinnors sjukskrivs i mindre omfattning än de annars skulle gjort.

Beträffande både arbetslöshet och anställningsformer är emellertid antalet studier som kan bidra med kunskap om orsaker till könsskillnader i sjukskrivning mycket begränsat.

Det är oklart hur samspelet mellan olika förmånssystem påverkar sjukskrivningen

Samspel mellan sjuk- och föräldraförsäkring är trolig men dess betydelse för könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster tycks inte ha studerats under de senaste tio åren.

Mycket begränsad kunskap om hur mötet mellan läkare och patient påverkar könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster

Vilken är betydelsen av mötet mellan läkare och patient för kvinnors respektive mäns sjukskrivning? Sjukdomar och åkommor som ofta leder till sjukskrivning av kvinnor (t.ex. fibromyalgi) får del av forskningsresurser i betydligt mindre omfattning än de sjukdomar och åkommor som ligger bakom mäns sjukskrivningar (t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar). Kvinnor har också oftare svårt att få sina besvär erkända av läkare medan sjukdomar som är mer vanligt förekommande bland män har mer väldefinierade diagnoser. Vilken effekt detta har på könens sjukskrivningsmönster är dock inte klarlagt. De få studier som finns om maktförhållandet mellan läkare och patient i sjukskrivningsprocessen ger inga entydiga resultat.

Begränsad kunskap om samspelet mellan förklaringsfaktorer

I denna rapport har förklaringar till det komplexa fenomen som sjukskrivning utgör delats upp efter om de fokuserar på *biologiska* skillnader, på *arbetet*, på *familjeförhållanden*, på *systemeffekter* eller på de *möten som ingår i den konkreta*

sjukskrivningsprocessen. Rimligen kan emellertid inte sjukfrånvaro förklaras med faktorer från endast ett av dessa områden utan förmodligen av flera.

En fråga som infinner sig är om det är *summan* av dessa (eller andra) förklaringsmodeller eller *kombinationen* mellan dem som bäst kan förklara de stora könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster. Kunskapen om samspelet mellan olika typer av faktorer är emellertid mycket begränsad då få studier kunnat dra slutsatser för mer än en grupp av faktorer åt gången. Lite kan därför sägas om den relativa styrkan av respektive samspelet mellan faktorer. Lite kan dessutom sägas om hur olika grupper av kvinnor och män ackumulerar olika risk- och friskfaktorer.

Med hänsyn till de betydande könsskillnaderna i sjukskrivning har ett särskilt mål satts för kvinnornas andel av totala antalet nettodagar. Kvinnornas andel av nettodagarna ska den 31 juli 2007 inte i något län vara högre än 58 procent (Prop. 2003/04:1). Detta mål har satts utan egentlig kunskap om vilken nivå som kan anses vara "berättigad" av orsaker som Socialförsäkringsadministrationen inte kan påverka.

1 Inledning

RFV har sammanställt kunskapsläget om orsaker till de betydande skillnaderna i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster. Syftet är att ge svar på vilka möjliga förklaringsfaktorer till dessa könsskillnader som har studerats och inte, för att kunna ta tillvara den kunskap som finns samt identifiera viktiga kunskapsluckor. Både svenska och internationella studier har eftersökts och sammanfattas i denna rapport.

Bakgrund

Kvinnor står för nästan två tredjedelar av alla dagar under vilka sjukpenning betalas ut. Under perioden 1997 till 2003 då sjukfrånvaron steg snabbt för båda könen var utvecklingen snabbare bland kvinnor än bland män.

För att få bättre kunskap om orsakerna bakom sjukfrånvarons utveckling är det också nödvändigt att studera vilka orsaker som finns till könsskillnader i sjukskrivning. Kunskaperna om orsaker till sjukskrivning är begränsade. Detta gäller särskilt forskning om orsaker till könsskillnader i sjukskrivning. Det finns därför behov av att sammanfatta den kunskap som finns, både för att ta tillvara denna kunskap och för att identifiera kunskapsluckor.

Syfte

RFV har försökt ge svar på vilka av de hypoteser som finns om orsaker till könsskillnader i frekvens, längd, diagnos, avslutningsorsak, konsekvenser m.m. av sjukskrivning som har testats empiriskt samt om de då fått stöd eller inte. Översikten ska omfatta studier både av skillnaderna mellan mäns och kvinnors sjukskrivningsmönster och studier av endast kvinnors sjukskrivning.

Avgränsningar

RFV har kartlagt kunskapsläget om könsskillnader inom området *ersättning vid arbetsoförmåga* på grund av sjukdom. Den betydligt större litteraturen om könsskillnader i *hälsa*, där sjukskrivning kan vara ett utfallsmått, har bara tagits med i begränsad omfattning.

Fokus i uppdraget ligger på *sjukskrivningsmönster*, det vill säga frånvaro från arbetet med ersättningen sjuklön, sjukpenning eller rehabiliteringspenning. Näraliggande förmånssystem, främst sjuk- och aktivitetsersättning, samt arbetsskadeersättning tas endast upp som jämförande exempel.

RFV:s uppdrag är att sammanställa kunskapsläget om orsaker till könsskillnader i *sjukskrivningsmönster*. Detta innebär att könsskillnader i frekvens, längd, diagnos, avslutningsorsak, konsekvenser m.m. av sjukskrivning är av intresse. Den allra största delen av forskningen har fokus på sjukskrivningsrisken eller -frekvensen.

RFV har inte genomfört den typ av utvärderingar av studiers bidrag till den vetenskapliga evidensen som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) bedriver. SBU publicerade 2003 en litteraturoversikt av forskning om sjukskrivning med de generella slutsatserna att sjukskrivning som fenomen är förhållandevis outforskat i den meningen att antalet studier som kan bidra till vetenskaplig evidens i form av slutsatser om strikt kausalitet är begränsat². Flera orsakssamband har kunnat identifieras men deras inbördes styrka kan generellt inte fastställas. Denna gedigna genomgång av den vetenskapliga litteraturen har dock inget uttalat fokus på kön och könsskillnader. Slutsatserna av ett arbete som koncentrerats på att söka vetenskaplig evidens riskerar dessutom att bli mer försiktiga än vad som kan krävas av ett underlag för politiska överväganden.

Föreliggande rapport är en litteraturstudie. RFV har alltså inte samlat in eller bearbetat nya statistiska material.

Uppdraget syftar till att finna studier som explicit försökt förklara könsskillnader inom området ersatt arbetsoförmåga på grund av sjukdom. RFV har inte sökt efter forskningsresultat som framkommit i studier med helt andra syften men som skulle kunna anföras som argument för eller emot någon given hypotes om vad som förklarar könsskillnader inom området ersatt arbetsoförmåga.

² Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2003.
SBU klassificerar evidensstyrkan för respektive hypoteser enligt följande:
Evidensstyrka 1 – Stark vetenskapligt stöd: minst två studier med hög kvalitet eller god systematisk översikt; Evidensstyrka 2 – Måttligt starkt vetenskapligt stöd: En studie med hög kvalitet plus minst två med måttlig kvalitet; Evidensstyrka 3 – Begränsat vetenskapligt stöd: Minst två studier med måttlig kvalitet, eller minst fem studier med begränsad kvalitet; Otillräckligt vetenskapligt stöd – Annat (dvs. lägre än ovanstående eller där resultaten från studierna går i motsatt riktning).

Kön är bara en av flera relevanta uppdelningar av försäkringskollektivet i samband med sjukskrivning. Ålder, socialgrupp, födelseland och familjesituation är andra. I denna rapport sammanfattas studier som jämte kön beaktar flera av dessa. Fokus för denna sammanställning är dock just könsskillnader.

Granskning

Ett utkast till rapport granskades vid ett seminarium den 14 september av en grupp forskare bestående av Christina Ahlgren, medicine doktor i yrkesmedicin och forskarassistent på yrkesmedicinska institutionen, Umeå Universitet, Olof Bäckman, filosofie doktor och forskare vid Institutet för Social Forskning, Stockholms Universitet, Sophie Linghag, doktorand PMO/Fosfor, EFI vid Handelshögskolan i Stockholm och Staffan Marklund, professor vid Arbetslivsinstitutet.

Disposition

I avsnitt 2 diskuteras den indelning av hypoteser som använts, liksom hur frågeställningen om könsskillnader i sjukskrivning skiljer sig från den om könsskillnader i ohälsa. Resultatet av litteraturgenomgången redovisas; vilken omfattning av studier som funnits, från vilka länder och vilka hypoteser som testats.

Avsnitt 3 beskriver likheter och skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster i Sverige, med viss historisk tillbakablick, samt vid internationell jämförelse.

Avsnitt 4–8 beskriver forskningen inom de fem grupper av hypoteser som använts. De första tre, om *biologiska* könsskillnader, om förhållanden i *arbetslivet* och om möjligheten att *kombinera familj och arbete* är alla exempel på förklaringar till könsskillnader i ohälsa, vilka även kan ha samband med sjukskrivning. De två sista grupperna, om *aktörerna* i sjukskrivningsprocessen samt om *socialförsäkringssystemens konstruktion*, behandlar steget från ohälsa till sjukskrivning mer explicit.

Efter varje avsnitt (2–8) redovisas referenser till de studier som sammanfattats samt övriga relevanta studier som hittats.

2 **Kön och sjukskrivning – översikt av hypoteser och forskning**

I denna sammanställning har studier delats upp efter om de utgår från könsskillnader i olika livsvillkor; i biologiska förutsättningar, i familj- eller arbetsförhållanden, i sjukskrivningsprocessen eller i regelverket. En sådan uppdelning riskerar förvisso att förbise gemensamma drag i kvinnors och mäns livsvillkor som skulle kunna förstås bättre genom uttalat könsteoretisk forskning. Den könsteoretiska forskningen med explicit fokus på sjukskrivning är emellertid mycket begränsad.

Litteratursökningen har resulterat i att ett hundratal referenser har hittats med fokus på förklaringar till könsskillnader i sjukskrivning, kvinnors sjukskrivning eller som identifierar könsskillnader i orsaker till sjukskrivning. Merparten av studierna kommer från Sverige och av övriga kommer de flesta från Norden.

Det är i många fall svårt att identifiera skillnaderna mellan orsaker till ohälsa och orsaker till sjukskrivning, något som ofta återspeglas i litteraturen. Sjukskrivning är emellertid en komplex process med ett i de flesta fall betydande inslag av bedömningar vilka kan leda till ett könsdifferentierat utfall, även vid lika hälsotillstånd och trots en könsneutral lagstiftning. Tillgången på både statistik och studier som kan belysa dessa skillnader är emellertid begränsad.

Över lag framhåller svenska forskare att den vetenskapliga kunskapen är begränsad, både vad gäller könsskillnader inom ohälsa orsakad av arbetet i stort³ och mer specifikt inom området nedsatt arbetsförmåga med ersättning från de allmänna trygghetssystemen⁴. Särskilt betonas avsaknaden av longitudinella studier över längre perioder, vilka behövs för att kunna säkerställa orsakssamband.

I detta avsnitt kommenteras vilken uppdelning som gjorts av funna studier, tillvägagångssätt och resultat av litteratursökningen. Ett antal metodfrågor diskuteras också; hur studier ställer sig till sambandet mellan sjukdom och sjukskrivning, vilken tidsrymd som studeras och slutligen vilken den beroende variabeln är.

³ Kilbom m.fl. 1999.

⁴ Statens Beredning för medicinsk Utvärdering, 2003, Backhans 2004.

Indelning av studier efter grupper av hypoteser

I denna sammanställning har studier delats upp efter om de utgår från könsskillnader i biologiska förutsättningar, i familj- eller arbetsförhållanden, i sjukskrivningsprocessen eller i regelverket. En sådan uppdelning av olika livsvillkor riskerar förvisso förbise gemensamma drag i kvinnors och mäns villkor som skulle kunna förstås bättre genom uttalat könsteoretisk forskning. Den könsteoretiska forskningen med explicit fokus på sjukskrivning är emellertid mycket begränsad.

Fenomenet sjukskrivning har studerats utifrån flera vetenskapliga discipliner, med skilda metoder och teorier. I denna sammanställning har hypoteser om orsaker till könsskillnader i sjukskrivning delats in i fem grupper. Indelningen har gjorts efter om de är relaterade till biologiska könsskillnader, skillnader i möjlighet att kombinera förvärvsarbete med familj, i arbetsförhållanden, i hur de olika aktörer som är inblandade i sjukskrivningsprocessen agerar samt i effekter av socialförsäkringens utformning. Med denna indelning omfattas samtliga studier av könsskillnader i sjukskrivning som hittats.

Ett gemensamt drag är att forskningen oftast har individer som studieobjekt och främst berör individanknutna förhållanden. Detta gör det svårt att fånga betydelsen av olika strukturella förhållanden. En risk med denna uppdelning av olika livsvillkor är därför att den döljer gemensamma bakomliggande förhållanden. Sådana förhållanden som måste beaktas för att förstå könsskillnader studeras främst av den vetenskapliga inriktning som kallas *könsteori*⁵.

Svensk könsteoretisk forskning har bland annat pekat på förekomsten av starka samhällseliga strukturer som kan sammanfattas med begreppet *könsmaktsordning*. Denna karakteriseras av ett *isärhållande* mellan vad som anses kvinnligt respektive manligt, samt en *hierarki* där företeelser och egenskaper som förknippas med män oftast värderas högre än företeelser och egenskaper som uppfattas som kvinnliga. De specifika uttrycken för att vara kvinna eller man ändras över tid men könsordningen återskapas kontinuerligt⁶. Dessa förhållanden kan vara av stor betydelse både för de livsvillkor vars effekter på sjukskrivning har studerats och för den bedömning av individens behov av sjukskrivning som görs av de aktörer som är inblandade i sjukskrivningsprocessen.

⁵ Se till exempel Hirdman 1988, Connell 1999, Connell 2003.

⁶ Hirdman Yvonne, 1988, 2003.

Hur de olika förklaringar som tas upp i denna rapport kan ses som delar av en könsmaktsordning diskuteras ingående i RFV:s publikation *Socialförsäkringsboken 2004*⁷. Denna ansats är ny då den könsteoretiska forskningen med fokus på sjukfrånvaro ännu är mycket begränsad⁸. I föreliggande rapport ligger fokus i stället på vilka förklaringar till skillnader i sjukskrivningsmönster som testats empiriskt, förklaringar som i sig kan vara effekter av underliggande könssegrerande strukturer.

Litteratursökning – tillvägagångssätt, resultat och bedömning av studier

Litteratursökningen har resulterat i att ett hundratal referenser funnits som försöker förklara könsskillnader i sjukskrivning, kvinnors sjukskrivning eller identifiera könsskillnader i orsaker till sjukskrivning. Merparten av studierna kommer från Sverige och av övriga kommer de flesta från Norden.

Syftet med uppdraget har varit att sammanställa forskning både från Sverige och från andra länder som kan ha relevans för förståelsen av svenska förhållanden. Både akademiska studier och andra typer av rapporter har eftersöks. För båda typerna av studier gäller även att intressanta referenser i studier som funnits via de primära sökvägarna har konsulterats.

Akademiska studier återfinns med fördel genom internetbaserade sökmotorer. Här har *Firstsearch*, *Social Science Citations Index*, *Kvinnsam*, *Medline*, och *Econpapers* använts. Även SBU:s litteraturöversikt⁹, med referenser och andrahandsreferenser är en viktig källa. Vad gäller andra typer av studier och rapporter har en genomgång genomförts av publikationer framtagna av eller i samarbete med RFV, Arbetslivsinstitutet, Folkhälsoinstitutet med flera. Förfrågningar har gått ut till FoU-samordnare på samtliga Försäkringskassor. Direkta förfrågningar

⁷ Riksförsäkringsverket, *Socialförsäkringsboken 2004*.

⁸ Deguire & Messing 1995, Alexandersson 2000, Messing m.fl. 2003.

⁹ Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2003, *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis : en systematisk litteraturöversikt*, Stockholm.

har även riktats till socialförsäkringsadministrationer och socialministerier i ett flertal länder, dock utan att några användbara studier kunde hittas¹⁰.

Litteratursökning via databaser visade sig alltså vara den fruktbara vägen. En första sökning på olika kombinationer av begreppen *sickness absence*, *sick leave*, *absenteeism*, *return to work*, *women* och *gender* gav 376 referenser. Efter genomläsning av abstract valdes 92 ut som kunde vara av intresse för projektets syften. Från referenslistor i dessa studier var det sen möjligt att finna ytterligare referenser.

Sammanlagt har drygt 100 studier hittats som försöker förklara könsskillnader i sjukskrivning, kvinnors sjukskrivning eller identifiera könsskillnader i orsaker till sjukskrivning. Endast en liten del av dessa har emellertid som främsta syfte att förklara könsskillnader i sjukskrivning. Nästan hälften av studierna undersöker olika hypoteser om hur förhållanden i arbetslivet påverkar de respektive köns sjukskrivningsmönster. Inom områdena familjesituation, biologiska könsskillnader och olika aktörers effekter på kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster har omkring 15–20 studier per område funnits. Betydligt färre studier berör hur socialförsäkringssystemens utformning påverkar könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster.

RFV har inte genomfört den typ av utvärdering av studiers bidrag till den vetenskapliga evidensen som SBU bedriver. Fokus för uppdraget är att systematisk gå igenom vilka områden och hypoteser som alls undersökts eller testats empiriskt samt att sammanställa resultaten av dessa studier. Detta innebär bland annat att även sådana studier som SBU avfärdat som otillräckliga för att bidra till vetenskaplig evidens har använts.

För studier framtagna i andra länder än Sverige har en bedömning gjorts om i vilken mån resultat från dessa studier kan användas i sammanhanget. Denna bedömning har genomförts för varje enskild studie. Erfarenheten pekar på att företeelser som könspecifika sjukskrivningsmönster är intimt förknippade med hela det spektrum av ekonomiska, demografiska och kulturella förhållanden som råder i ett land samt med familjeförmåner och andra relevanta delar av social-

¹⁰ De direkta förfrågningarna resulterade i hjälpsamma svar (från Australien, Belgien, Finland, Island, Kanada, Norge, Tyskland, USA och Österrike) av vilka emellertid bara ett (!) ledde fram till intressanta studier (från Norge), vilka för övrigt även hittades genom databassökningen.

försäkringen. Stor försiktighet måste således iakttas innan slutsatser kan dras för svenska förhållanden¹¹.

Omkring två tredjedelar av de studier med explicit fokus på både kön och sjukskrivning som hittats gäller svenska förhållanden. Övriga studier kommer främst från Norge och Finland i nämnd ordning. Nordiska studier är av särskilt intresse då de kommer från länder där kvinnors och mäns relativa positioner på arbetsmarknaden och i samhället är snarlika svenska förhållanden. Betydande skillnader finns dock i socialförsäkringens utformning¹².

Att antalet studier från andra länder av könsskillnader inom området ersatt ohälsa tycks vara begränsat kan ha åtminstone två orsaker. För det första bör det bero på att sjukskrivning inte uppfattas som ett stort problem i de flesta länder då sjukfrånvaron där är både låg och stabil¹³. För det andra är skillnaderna i sjukfrånvaro mellan könen mindre i de flesta jämförbara länder än i Sverige (se avsnitt 3).

Sjukdom, arbetsoförmåga och sjukskrivning

Det är i många fall svårt att identifiera skillnader mellan orsaker till ohälsa och orsaker till sjukskrivning, något som ofta återspeglas i litteraturen. Sjukskrivning är emellertid en komplex process med ett i de flesta fall betydande inslag av bedömningar vilka mycket väl kan leda till ett könsdifferentierat utfall, trots en könsneutral lagstiftning. Tillgången på både statistik och studier som kan belysa dessa skillnader är emellertid begränsad.

En aspekt som sällan diskuteras explicit i studier av sjukfrånvaro är vilken relationen är mellan *sjukdom* och *sjukskrivning*. En stor del av litteraturen identifierar i stället faktorer som kan leda till sjukdom och testar deras inverkan på sjukskrivningsrisken.

¹¹ Detsamma gäller förvisso även svenska studier som är begränsade till vissa geografiska områden, organisationer eller arbetsplatser.

¹² Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2002:11 och Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2003:16.

¹³ DS 2002:49.

Det finns olika aspekter på begreppet sjukdom¹⁴. Dels kan sjukdom stå för de besvär en *individ* själv upplever, dels kan sjukdom stå för den sjuklighet *läkarvetenskapen* vid en speciell tid kan diagnostisera som sjukdom. Utöver detta finns ytterligare en dimension på sjuklighet, nämligen den sociala, det vill säga den sociala roll en person tar eller ges i ett visst *samhälle* vid en viss tidpunkt, när hon eller han bedöms vara sjuk¹⁵. Sjukskrivning är en viktig del av denna sociala sjukroll.

Sjukdom är en *del* av det som innefattas i att vara sjukskriven men är inte i sig en tillräcklig premis. Sjukskrivning är *åtgärden* att en person får ersättning i form av sjuklön, sjukpenning eller rehabiliteringsersättning för en viss tidsperiod eftersom han eller hon, helt eller delvis, bedöms vara oförmögen att arbeta, söka jobb, studera eller vårda egna barn, på grund av sjukdom eller skada.

Enbart förekomsten av sjukdom ger inte i sig rätt till sjukskrivning och sjukpenning, även *arbetsförmågan* måste vara nedsatt. Många människor som i medicinsk mening är sjuka kan ändå ha full arbetsförmåga. Det kan exempelvis vara personer med sjukdomar som behandlas framgångsrikt med medicinering, lämplig kost och/eller motion. Även många personer som lider av lindriga akuta eller kroniska sjukdomar klarar sig utan att deras arbetsförmåga nämnvärt blir nedsatt. På det flesta arbetsplatser förekommer det även att sjuka människor arbetar under lindriga sjukdomsfall som förkylningar.

Den definition av begreppet sjukdom som tillämpas inom sjukförsäkringen är således av stor vikt vid bedömningen av om ersättning ska beviljas eller inte. Enligt förarbeten till lagen (1962:381) om allmän försäkring vilka fortfarande anses vägledande, bör man vid bedömningen hålla sig till vad som ”enligt vanligt språkbruk och gällande läkarvetenskaplig uppfattning” anses vara sjukdom. Med den utgångspunkten kan varje ”onormalt kropps- eller själstillstånd” som inte hör ihop med den ”normala livsprocessen” betecknas som sjukdom. Fysiologiska förändringar som beror på det naturliga åldrandet, havandeskap eller barnafödande ska enligt förarbetena inte betraktas som sjukdom¹⁶.

Detta förhållningssätt till begreppet sjukdom innebär att sjukförsäkringens tillämpning kan anpassas till vetenskapens framsteg utan att reglerna behöver änd-

¹⁴ För en diskussion av begreppen hälsa och sjukdom i en vidare mening med en historisk tillbakablick på hälsobegreppets föränderlighet, se Riksförsäkringsverket, Socialförsäkringsboken 2004.

¹⁵ Alexandersson 1999.

¹⁶ Utredning och förslag angående lag om allmän försäkring, SOU 1944:15.

ras. Följaktligen har sjukpenningförsäkringens ersättningsområde till viss del utvidgats i rättspraxis sedan 1940-talet. Exempel på tillstånd som sjukdomsbegreppet har kommit att omfatta med tiden är flerbarnsgraviditet, hotande missfall, behandling av ofrivillig barnlöshet, sorg- och trötthetstillstånd samt medicinska ingrepp som exempelvis donationer, skönhetsoperationer, sterilisering, abort och kejsarsnitt.

Den medicinska vetenskapen har också klassificerat nya tillstånd som sjukdomar. Exempelvis infördes fibromyalgi i sjukdomsklassifikationen 1987 och utbrändhet 1997¹⁷. Utvidgning av sjukdomsbegreppet har även skett genom en successiv glidning i synen på vad som ska innefattas inom begreppet sjukdom. Inför ändringen av lagstiftningen 1995 uttalade regeringen att det var angeläget att motverka att ersättning från sjukförsäkringen betalades ut för sociala och generella livsproblem. Nedsatt arbetsförmåga av andra skäl än sjukdom eller ett därmed jämställt medicinskt tillstånd, ska inte ge rätt till sjukpenning. Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska således bortses från arbetsmarknads-mässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden¹⁸.

För att en individ ska beviljas sjukpenning (det vill säga efter sjuklöneperioden) krävs att arbetsförmågan bedöms vara nedsatt på grund av sjukdom både av individen, av läkarvetenskapen och av samhället. Den första veckan räcker det normalt med att individen själv bedömer att hon eller han lider av en sjukdom som sätter ner arbetsförmågan. Därefter måste förekomsten av sjukdom, och omfattningen av nedsättningen av funktionsförmågan i förhållande till sysselsättning bedömas av en läkare och arbetsgivaren tar därefter ställning till om rätt till sjuklön föreligger. När sjukfallet varar längre än sjuklöneperioden är det upp till handläggaren på Försäkringskassan att på grundval av de bedömningar som individen och läkaren gjort, fatta beslutet om sjukpenning ska beviljas och i så fall till vilken omfattning.

Bedömningen av ohälsa, sjukdom, arbetsförmåga och sjukskrivning, kan rimligtvis inte göras alltid helt objektivt. Betydelsen och innebörden i begreppen och vad som bedöms vara friskt eller sjukt, är till stor del socialt konstruerat och det finns ett komplext samband mellan sjukdom och samhälle. I ett samhälle där våra egna och andras förväntningar på oss skiljer sig åt beroende på vår köns-tillhörighet, finns stort utrymme för att en process där bedömningar spelar en viktig roll, leder till olika utfall för kvinnor och män.

¹⁷ Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, Socialstyrelsen 1997.

¹⁸ Prop. 1994/95:147, prop. 1996/97:28.

Kort eller lång sikt?

Förståelsen av vilka förhållanden som har betydelse för skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män kan ses i ett *kortsiktigt perspektiv* och i ett mer *långsiktigt perspektiv*.

Med kortsiktigt perspektiv menas de förhållanden som bidrar till sjukfrånvaro i dag eller får effekter på högst några års sikt. Exempel är fysiska eller psykosociala arbetsförhållanden samt fysiska och psykiska påfrestningar vid sidan av arbetslivet. I det kortsiktiga perspektivet bör orsak och verkanseffekter kunna identifieras i den i dag arbetande befolkningen. I det kortsiktiga perspektivet är exempelvis en könssegregerad arbetsmarknad ett problem ur ett könsperspektiv eftersom stora skillnader i arbetsförhållanden kan leda till stora skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män.

Med ett långsiktigt perspektiv menas främst de effekter av i dag observerbara faktorer som inte framkommer förrän på 10, 20 eller 30 års sikt. Det kan till exempel gälla olika typer av exponeringar för risker i arbetsmiljön eller av effekten av att kombinera avlönat och oavlönat arbete. Här är ett problem att det saknas longitudinella studier som undersöker dessa långsiktiga effekter.

Även om de långsiktiga konsekvenserna av ett könsstrukturerat samhälle och arbetsliv är svårare att studera finns de naturligtvis som en bakomliggande förklaring till många av de skillnader i sjukfrånvaro som i dag kan observeras.

Vilken är den beroende variabeln?

Hur sjukfrånvaro mäts har betydelse för hur stora könsskillnader som identifieras¹⁹. En högre sjukfallsfrekvens för kvinnor än för män förklaras till exempel delvis av en större andel deltidssjukskrivningar²⁰. Övervikten av kvinnor är större bland de allra längsta sjukfallen än bland kortare fall. För vissa diagnoser är frekvensen högre för kvinnor men falllängden högre för män²¹. Genomgående är emellertid att kvinnor som grupp löper högre risk att sjukskrivas än män, oberoende av hur sjukfrånvaron mäts.

Två olika aspekter av könsskillnaderna beträffande sjukskrivning som behöver förklaras är att män *är* mindre sjukskrivna än kvinnor, samt att deras *ökningstakt*

¹⁹ Alexanderson 1998.

²⁰ Andrén och Palmer 2004, Eklund, von Granitz och Marklund 2004.

²¹ Hensing m.fl. 1996 och Hensing m.fl. 2000.

under den snabba uppgången av sjukskrivningarna sedan 1997 varit långsammare.

Referenser och relaterade studier

Alexanderson Kristina, *Att mäta sjukdomsförekomst: hälsoindikatorer för kvinnor i arbetslivet*, i: Yrkesarbetande kvinnors hälsa, Arbetslivsinstitutet, 1999

Alexanderson Kristina, *Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?* Bilaga 5 i Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag, SOU 2000:121, 2000

Andrén Daniela & Palmer Edward, *Deltidssjukskrivning*, kommande publikation i serien RFV Analyserar, Riksförsäkringsverket, 2004

Backhans Mona, *Varför är kvinnor mer sjukskrivna än män? En kunskapsöversikt*, i: Hogstedt Christer, Bjurvald Mats, Marklund Staffan, Palmer Edward (red.), Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens, Statens folkhälsoinstitut, 2004

Bourdonnais R, Vinet A, *L'absence pour maladie chez les infirmières et quelques indicateurs de charge de travail*, i : Brabant C, Messing Karen (red), Sexe faible et travail ardu: recherches sur la santé des travailleuses. Montréal, Cahiers de l'ACFAS, 70, 1990

Bridges S & Mumford K, *Absenteeism in the UK: a Comparison across Genders*, Manchester School, York (Canada) – Department of Economics, Jun 2001

Connell R W, *Maskuliniteter*, Göteborg, Daidalos, 1999

Connell R W, *Om genus*, Göteborg, Daidalos, 2003

Deguire S, Messing K, *L'étude de l'absence au travail a-t-elle un sexe?* Recherches féministes 8(2), 1995

Eklund Maria, Von Granitz Heléne, Marklund Staffan, *Deltidssjukskrivning – individ, arbetsplats och hälsa*, i: Hogstedt Christer, Bjurvald Mats, Marklund Staffan, Palmer Edward (red.), Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens, Statens folkhälsoinstitut, 2004

Englund Lars, *Är sjukdom ett bra skäl för att bli sjukskriven?* Stockholm, Försäkringskassaförbundet, 1997

Esseveld Johanna, *Kön/genus och sociologi i ett historiskt perspektiv*, i: Sociologisk forskning, 3, 2004

Hensing Gunnel, Alexandersson Kristina, Allebeck P, Bjurulf Per, *Sick –leave due to psychiatric disorder – higher incidence among women and longer duration for men*, i: British Journal of Psychiatry, 169, 1996

Hensing Gunnel, *Sickness absence with psychiatric disorders: gender differences and the choice of measures*, European Journal of Public Health, Dec 2002

Hirdman Yvonne, *Genussystemet : teoretiska funderingar kring kvinnors sociala underordning*, Uppsala, Maktutredningen, 1988

Hirdman Yvonne, *Genus : om det stabilas föränderliga former*, Malmö, Liber, 2003

Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, *Yrkesarbetande Kvinnors Hälsa*, Arbetslivsinstitutet, 1999

Marklund Staffan m fl, *Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp*, i: Riksförsäkringsverket, En socialförsäkring för kvinnor och män, RFV Redovisar 1998:16

Mastekaasa A, *Sickness absence in a sex-segregated labour-market*, Tidskrift for Samfunnsforskning, 1993

Messing Karen, Tissot F, Saurel-Chubizolles M-J, Kaminski M & Bourguine M, *Sex as a variable can be a surrogate for some working conditions: Factors associated with sickness absence*, Journal of Occupational and Environmental Medicine 40, 1998

Messing Karen, Punnett L, Bond M, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, m.fl. *Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research*, American Journal of Industrial Medicine, 43(6), 2003

Proposition 1944/95:147, *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta*, s 20–21

Proposition 1996/97:28, *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension*

Riksförsäkringsverket, *Kvinnor och ohälsa: en kartläggning av långtids-sjukskrivna kvinnor i Sörmland*, RFV Informerar 1998:1, 1998

Riksförsäkringsverket, *En socialförsäkring för kvinnor och män – en kartläggning ur ett genderperspektiv*, RFV Redovisar, 1998:1, 1998

Riksförsäkringsverket, *Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv*, RFV Analyserar 2002:11, 2002

Riksförsäkringsverket, *Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro – erfarenheter från fyra länder*, RFV Analyserar 2003:16, 2003

Statistiska Centralbyrån (SCB), *På tal om kvinnor och män – lathund om jämställdhet 2002*, 2002

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis : en systematisk litteraturöversikt*, Stockholm, 2003

Thomsson Heléne, *Att anlägga en könsteoretisk förståelse inom forskning om arbete och hälsa*, i: Gonäs Lena, Lindgren Gerd & Bildt Carina, *Köns-segregering i arbetslivet*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm, 2001

Utredning och förslag angående lag om allmän försäkring, SOU 1944:15

VandenHeuvel, A. & Wooden, M, *Do Explanations of Absenteeism Differ for Men and Women?*, Human Relations 48(11), 1995

3 Kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster

Generellt uppvisar kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster stora likheter vad gäller utveckling över tid liksom dess samband med ålder, utbildning, regional fördelning etc. Den främsta skillnaden i sjukskrivningsmönster mellan könen är att män sjukskrivs mer sällan än kvinnor, att mäns sjukfall generellt är kortare samt att kvinnor sjukskrivs oftare än män på deltid.

Kvinnor och män sjukskrivs för liknande medicinska diagnoser. De viktigaste skillnaderna är att kvinnor sjukskrivs oftare för psykiska diagnoser och att graviditetskomplikationer, förekommer som diagnos i omkring 6 procent av kvinnors sjukfall.

Sett i ett längre perspektiv har kvinnors sjukskrivning ökat i förhållande till mäns sedan åtminstone 1970-talet. Både kvinnors högre sjukskrivningsnivå än mäns och det faktum att skillnaderna ökat över tid gäller förutom i Sverige även i de flesta – men inte alla – västeuropeiska länder.

Det finns rikligt med beskrivande statistik över nyttjandet av sjukförsäkringen. Som regel är all statistik över sjukskrivningsärenden som leder till utbetalningar könsuppdelad, även för äldre tidsserier.

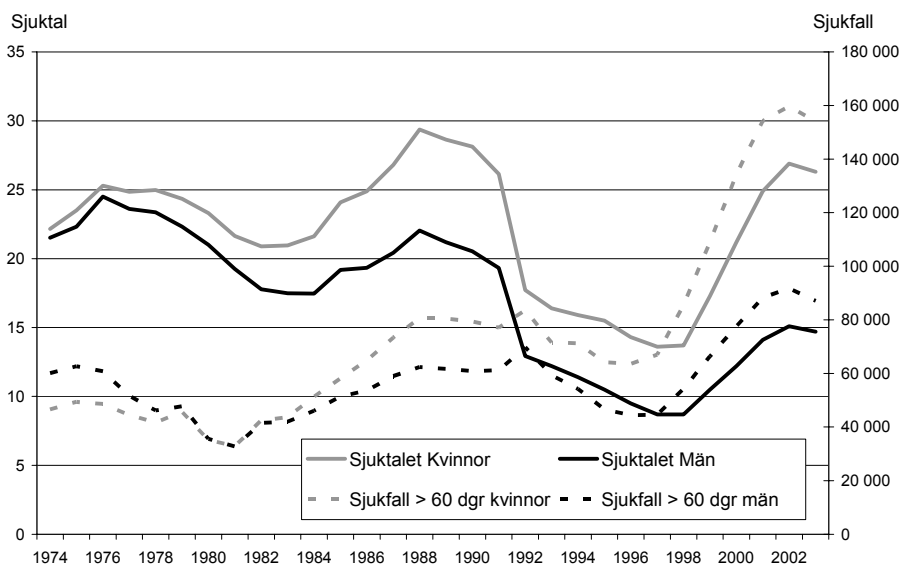
Gemensamma drag i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster

Den generella utvecklingen av nivån på sjukskrivningen är mycket snarlik mellan kvinnor och män som grupper. Detsamma gäller sambanden mellan sjukskrivning och flera av dess viktigaste förklaringsfaktorer: ålder, utbildning och regional fördelning.

Utvecklingen över tid av sjukskrivning är mycket snarlik för kvinnor och män. Detta tyder på att de avgörande orsakerna bakom utvecklingen över tid är snarlika för båda könen. För både kvinnor och män har sjukfrånvaron varit högre under perioder av låg arbetslöshet och sedan ökat när arbetslösheten gått tillbaka. Den snabba uppgången av sjukfrånvaron under 1980-talet utgjordes till stor del av relativt korta sjukfall medan det under den kraftiga ökningen 1997–

2003 främst var de längre fallen som ökade. Nedgången 2003 av antal dagar då sjukpenning betalats ut berodde till omkring en fjärdedel på införandet av en tredje sjuklönevecka i juli detta år.

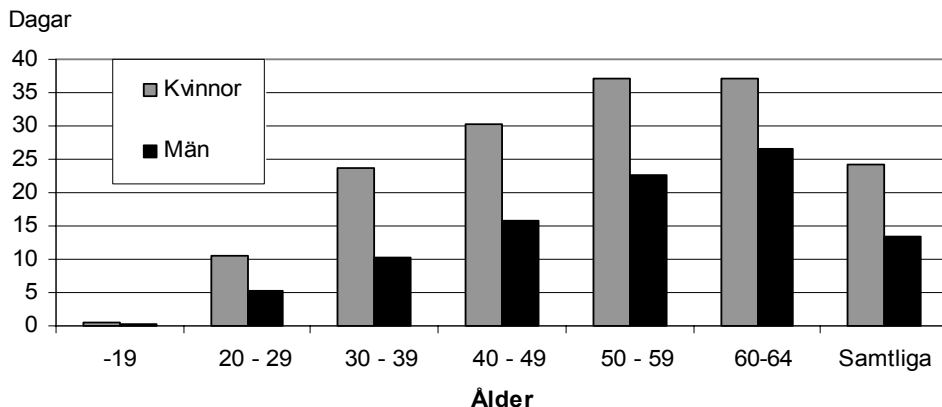
Figur 3.1 Utvecklingen av kvinnors och mäns sjukskrivning sedan 1974



Anm. Sjuktalet definieras som antal dagar med utbetald sjukpenning per registrerade försäkrade 16–64 år minus försäkrade med hel sjuk-/aktivitetsersättning (sjuk- och aktivitetsersättning sedan 2003). I denna figur redovisas sjuktalet för personer med sjukpenninggrundande inkomst över noll, exklusive hemmamakar. Sjukpenningförsäkrade hemmamakar, vilka sjönk snabbt i antal från drygt 800 000 i början av 1970-talet till omkring 30 000 två decennier senare, hade under 1970- och 1980-talet ett sjuktalet på mellan 8 och 17 procent av de förvärvsaktiva kvinnornas sjuktalet.

Den faktor som har störst inflytande på individens sjukskrivningsrisk är åldern. Åldersfördelningen av sjukskrivningarna är i stort sett densamma för kvinnor och män. Sjukskrivningsrisken stiger för båda könen kraftigt med stigande ålder. En skillnad är att sjuktalet för kvinnor är detsamma för åldersgrupperna 50–59 år och 60–64 år medan sjukskrivning ökar bland män även efter 50-årsåldern. Mellan 20 och 49 år är kvinnors sjuktalet dubbelt så högt som mäns men endast omkring 40 procent högre för de över 60 år. Sedan mitten på 1990-talet har sjukskrivning ökat kraftigt bland yngre.

Figur 3.2 Sjuktal per kön och ålder, september 2003–augusti 2004



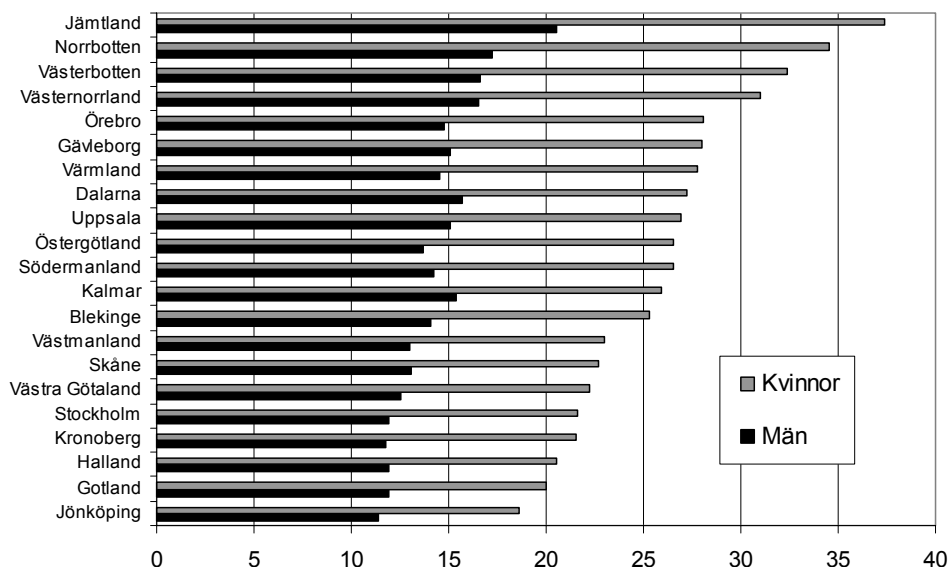
Andra faktorer som sammanfaller med högre sjukskrivning för både män och kvinnor är låg utbildningsnivå och låg lön. Under senare år har sjukskrivning bland högutbildade kvinnor ökat medan ingen markant ökning skett bland högutbildade män²².

De stora *regionala skillnader* i sjukskrivning som kan konstateras, med högre sjukfrånvaro i glesbygd samt i norra Sverige, omfattar både kvinnor och män. Rangordningen av länen efter sjuktal är snarlik för båda könen²³. Kvinnornas sjukfall är mellan 60 och 100 procent högre än männens i samma län.

²² Hogstedt m.fl. 2004.

²³ Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2003:4, 2003:12, 2003:17.

Figur 3.3 Sjuktal per kön i Sveriges län, september 2003–augusti 2004



Sammantaget uppvisar kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster stora likheter. Samtidigt sjukskrivs kvinnor i betydligt högre utsträckning än män.

Kvinnor sjukskrivs oftare, längre och mer på deltid än män

Män sjukskrivs mer sällan än kvinnor och deras sjukfall är generellt kortare. Kvinnor sjukskrivs betydligt oftare än män på deltid.

Kvinnor utgjorde 48 procent av arbetskraften 2003 men stod för 63 procent av dagarna då sjukpenning betalades ut från sjukförsäkringen. Kvinnors sjukskrivningsperioder var också i genomsnitt längre än mäns. Sedan 1998 har antalet kvinnor sjukskrivna sedan minst ett år nästan fördubblats medan samma antal för män ökat med 80 procent²⁴. Sjuktalet var omkring 80 procent högre för kvinnor än för män²⁵.

²⁴ Riksförsäkringsverket, resultatredovisning 2002.

²⁵ För definition se not till Figur 3.1.

Kvinnornas andel av de korta sjukskrivningarna, då sjuklön utbetalas av arbetsgivaren, är lägre än andelen av de fall som varar tillräckligt länge för att Försäkringskassan ska börja betala ut sjukpenning. Det är bland de allra kortaste fallen, vilka avslutas efter en till tre dagar och som är de mest vanligt förekommande, som kvinnor dominerar. Bland fallen som avslutas dag 4–10, är männen i övervikt. Sammanlagt står kvinnor för omkring 58 procent av sjuklönefallen. Antal sjuklönedagar per anställd, inklusive karensdagar, är mellan 30 och 40 procent högre för kvinnor än för män.

Tabell 3.1 Kvinnors och mäns andel (%) av ersatt frånvaro på grund av ohälsa 2003

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>
Arbetskraften	48	52
Sjukfall – 1 år	62	38
Sjukfall > 1 år	65	35
Sjuklönedagar *	58	42
Dagar med sjukpenning	63	37
Nybeviljade förtidspensioner**	58	42
Sjuklönedagar per anställd * (ej %)	1,4	1,0
Sjuktal*** (ej %)	26	15

* Inkl. karens, avser kvartal 4 år 2003.

** Uppgifterna avser förtidspension och sjukbidrag 2002. Från 2003 har dessa förmåner ersatts av sjuk- och aktivitetsersättning.

*** Antal dagar med utbetald sjukpenning per 100 registrerade försäkrade 16–64 år minus försäkrade med hel sjuk-/aktivitetsersättning.

Källa: RFV:s databas STORE, RFV-LS 2003, SCB AKU, RFV:s statistik över sjuklöneperioden

Även som andel av totala sjukpenningutgifter står kvinnor för 58 procent. Att denna andel är lägre än kvinnors andel av antalet sjukdagar beror främst på att kvinnor har lägre inkomster än män och därför får en lägre ersättning från sjukförsäkringen²⁶. Kvinnor sjukskrivs dessutom oftare än män på deltid (*partiell* sjukskrivning). Även detta medför att de dominerar mindre i antalet *hela* dagar, och därmed kostnaderna, än bland totalt antal dagar. Mellan juni 1995 och juni 2003 har antalet deltidssjukskrivna kvinnor ökat från 31 000 till 76 000 medan antalet män i samma situation har ökat från 19 000 till 36 000. År 2003 var omkring 15 procent av de sjukskrivna kvinnorna sjukskrivna på deltid den första

²⁶ Riksförsäkringsverket, RFV Redovisar 2004:5.

ersätta dagen, medan motsvarande siffra för männen var 7 procent²⁷. Av samtliga sjukskrivna i augusti 2004 var 40 procent av kvinnorna och 34 procent av männen sjukskrivna på deltid. Deltidssjukskrivning är vanligare för kvinnor än för män även under sjuklöneperioden²⁸.

Förekomsten av varaktigt nedsatt arbetsförmåga (sjuk- och aktivitetsersättning, f.d. förtidspension och sjukbidrag) uppvisar i allmänhet något mindre skillnad mellan könen än sjukskrivning. Allt fler kvinnor och män fick sin inkomst tryggad av socialförsäkringen i form av förtidspension eller sjukbidrag under de två decennierna fram till 2002. Var tionde kvinna och var fjortonde man i åldern 16–64 år fick dessa förmåner 2002. Ökningen av förtidspensioner och sjukbidrag under senare delen av 1990-talet är särskilt kraftig bland kvinnor i åldern 30–39 år²⁹.

Att kvinnor sjukskrivs oftare än män medför att en större andel män än kvinnor helt undgår sjukskrivningsperioder. RFV har genomfört beräkningar på data ur den så kallade LINDA-databasen³⁰ och där tittat på de individer som under 1993–1994 aldrig sjukskrevs mer än 14 dagar i följd. Av dessa fortsatte omkring 77 procent av männen och 62 procent av kvinnorna att vara ”friska” (inte ha någon sjukskrivningsperiod längre än fyra veckor) under hela perioden 1995–2003.

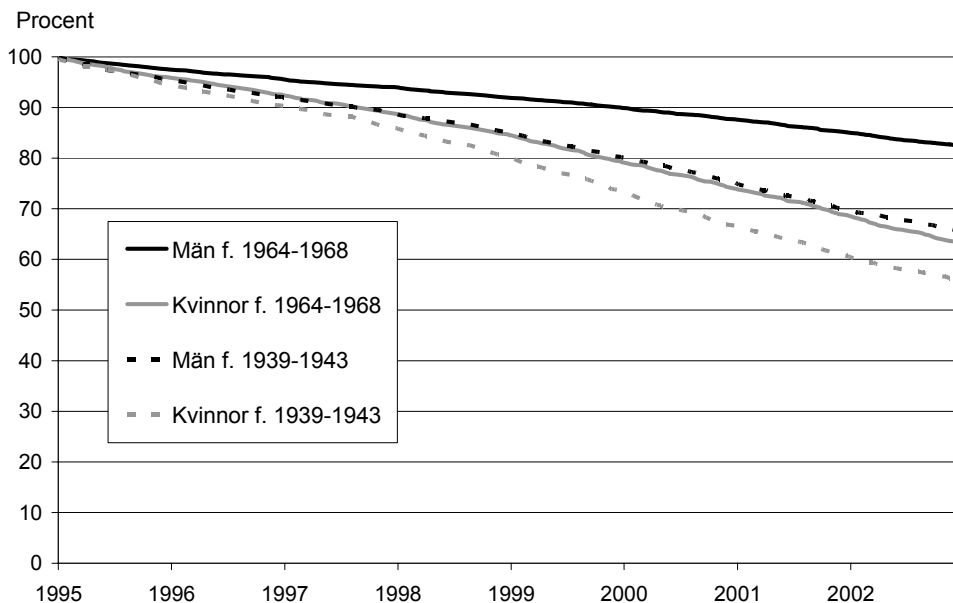
²⁷ Eklund Maria, von Granitz Heléne och Marklund Staffan, *Deltidssjukskrivning – individ, arbetsplats och hälsa*, i Hogstedt m.fl. 2004.

²⁸ Englund & Svärdsudd 2000.

²⁹ Riksförsäkringsverket, Nybeviljade förtidspensioner. Utveckling av riskfaktorer under 1990-talet, RFV Analyserar, 2004:1.

³⁰ Longitudinell individdatabas med registerdata från SCB, AMS och RFV.

Figur 3.4 Andel initialt ”friska” kvinnor och män i åldern 25–29 år , respektive 50–54 år som fortsätter sin ”friskperiod” under 1995–2002



Källa: RFV Redovisar 2004:9

Av männen som 1993 var i åldern 25–29 år var 82 procent, och av kvinnorna i samma åldersgrupp 63 procent, ”friska”. En anledning till könsskillnaderna i denna åldersgrupp är att sjukskrivning är vanligt förekommande i samband med graviditet³¹. Jämfört med äldre män dröjer det betydligt längre innan yngre män blir sjukskrivna så länge som en fyra veckorsperiod. Yngre och äldre kvinnors sjukskrivning skiljer sig däremot betydligt mindre.

³¹ Graviditet som förklaringsfaktor diskuteras i avsnittet om biologiska könsskillnader.

Likheter och skillnader i sjukdomsgrupper kvinnor och män sjukskrivs för

Kvinnor och män sjukskrivs generellt för liknande medicinska diagnoser. De viktigaste skillnaderna är att kvinnor sjukskrivs oftare för psykiska diagnoser och att graviditetskomplikationer förekommer som diagnos i omkring 6 procent av kvinnors sjukfall.

Samma sjukdomsgrupper ligger bakom frånvaro från arbete med både sjukpenning och sjuk- eller aktivitetsersättning för både män och kvinnor. Sjukdomar i rörelseorganen är den vanligaste orsaken för såväl kvinnor som män och psykiska sjukdomar den näst vanligaste orsaken. Såväl rörelse- och cirkulationsorganens sjukdomar som skador och förgiftningar är vanligare sjukskrivningsorsaker bland män medan kvinnor sjukskrivs för psykiska sjukdomar och symtom i större utsträckning.

Tabell 3.2 Sjukskrivningar längre än 14 dagar i åldern 16–64 år, uppdelat på kön och diagnos, 1999–2002

	Kvinnor					Män				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Rörelseorganens sjukdomar	31,2	32,3	31,7	31,2	29,1	30,5	34,5	35,6	36,7	33,7
Psykiska sjukdomar	12,4	17,3	19,9	21,1	22,9	12,4	14,8	16,4	17,1	18,3
Cirkulationsorganens sjukdomar	3,7	3,1	2,7	2,9	2,6	6,2	5,9	5,4	5,8	5,6
Graviditetskomplikationer	6,1	5,5	5,9	6,5	7,9	–	–	–	–	–
Sjukdomar i urin- och könsorg.	3,6	3,0	2,3	2,5	2,5	1,4	1,4	0,5	1,2	1,5
Symtom	4,4	4,0	4,3	5,1	5,0	2,1	3,0	3,5	3,6	3,6
Skador och förgiftningar	6,5	7,3	7,0	6,9	6,3	13,7	12,7	11,6	12,4	12,1
Övriga sjukdomar	32,1	27,5	26,2	24,0	23,7	33,6	27,8	27,0	23,3	25,3
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Källa: RFV-LS och RFV:s databas STORE

Psykiska sjukdomar ökade kraftigt som orsak till både sjukskrivning och förtidspensionering 1999–2002. Ökningen är mer markant bland kvinnor än bland

män. Allvarliga psykiska sjukdomar och utmattningsdepression är emellertid ovanliga och står för en konstant andel av totalen³². Analyser av RFV:s så kallade HALS-undersökning 2003 ger stöd för att sjukskrivning med psykiska diagnoser medför en förhöjd risk att stanna i sjukskrivning i minst ett år för kvinnor men inte för män.

Även en närmare granskning av de 25 vanligaste diagnoserna som respektive kön sjukskrivs för visar att samma sjukdomsgrupper medför flest sjukskrivningar för kvinnor och män. Ryggvärk, ryggskott eller liknande besvär är vanligast förekommande följt av stressreaktioner och ångestsyndrom. Därefter kommer reumatism och muskelsmärta som en tredje och depressioner och andra liknande psykiska tillstånd som en fjärde sjukdomsgrupp. Olika besvär i ryggen är en något vanligare orsak till sjukskrivning bland män medan såväl stressreaktioner, ångest, depression som reumatism och liknande tillstånd förekommer i större utsträckning bland kvinnor.

Sjukskrivning som väg ut ur arbetslivet för kvinnor och män

Män har generellt större möjligheter än kvinnor att lämna arbetslivet i förtid på andra sätt än genom sjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning.

De flesta som lämnar arbetslivet i 55–64 års ålder tycks göra det på grund av ohälsa³³. I en studie har kvinnor i åldern 55–64 år som tidigare har haft minst ett sjukfall på 60 dagar eller mer en högre sannolikhet att lämna arbetslivet än män i samma ålder och med samma historik. Detta gäller inte om det saknas sådan sjukfallshistorik. I de fallen har männen större sannolikhet att lämna arbetslivet än kvinnor³⁴.

Utträdet ur arbetslivet sker ofta successivt och för vissa kan det vara en lång process. Det är sällan som övergången från arbete till ålderspension sker direkt. I en studie där man i efterhand tittat på personer födda under åren 1927–1932 visade sig att drygt var fjärde kvinna och var femte man hade haft sjukpenning som den huvudsakliga försörjningskällan under första året efter utträdet ur arbetslivet. I denna studie framkom även att 61 procent av dem som börjat utträdet

³² RFV Analyserar 2002:4, RFV Redovisar 2004:8.

³³ Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2002:3.

³⁴ Andrén 2001.

med sjukpenning sedan gick vidare till förtidspension eller sjukbidrag, efter att i genomsnitt ha haft sjukpenning som försörjningskälla under två års tid³⁵.

Bland privatanställda arbetare, privatanställda tjänstemän respektive statligt anställda är det vanligare för män än för kvinnor att träda ur arbetslivet med avtalspension. Inom kommun och landsting är det däremot vanligare för kvinnor. När det gäller sjukpenning är det vanligare för kvinnor oavsett avtalsområde³⁶.

Kvinnors andel av sjukskrivningarna har ökat sedan 1970-talet

Parallellt med sjuktalens upp- och nedgångar har kvinnornas andel av total sjukfrånvaro stadigt ökat sedan början av 1970-talet.

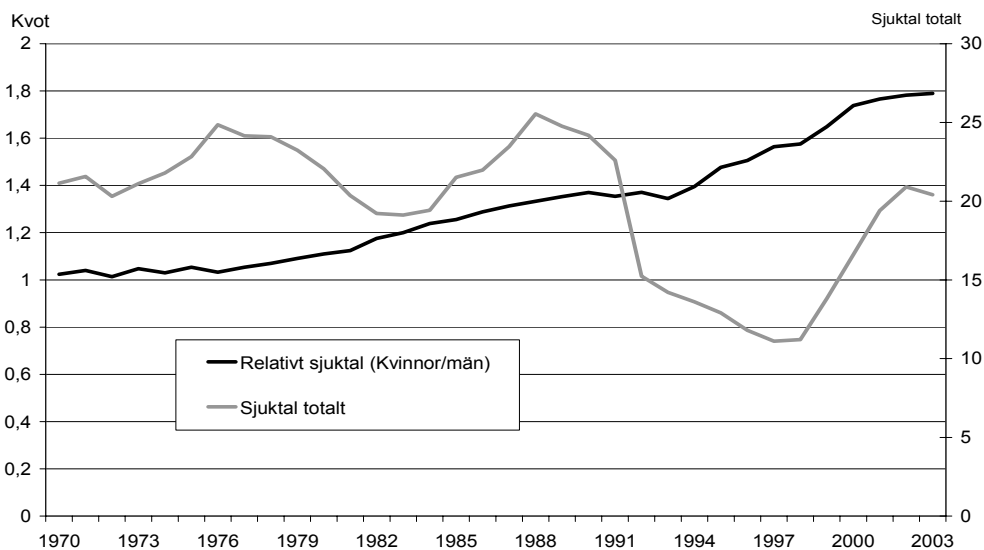
Kvinnornas sjuktal har ökat i förhållande till mäns sedan början av 1970-talet, till synes oberoende av sjuktalens övriga utveckling. Redan i början av denna period låg kvinnors sjuktal högre än mäns. På grund av kvinnors lägre arbetskraftsdeltagande än män utgjorde de senare dock under 1970-talet merparten av de sjukskrivna individerna. Sedan 1983 har kvinnorna även utgjort majoriteten av antalet individer som varit sjukskrivna minst 30 dagar. När sjukskrivningen började öka 1997 var ökningen kraftigare för kvinnor än för män. Framst var det de längsta fallen som blev fler. Mellan 1998 och 2002 nästan fördubblades antalet kvinnor som varit sjuka mer än ett år medan männens antal ökade med 80 procent³⁷.

³⁵ Palme & Svensson 2003, Palme & Svensson 2004.

³⁶ Hogstedt et al, *Varför är sjukfrånvaron så hög? Slutsatser och kunskapsbehov*, i: Hogstedt m.fl. 2004.

³⁷ RFV:s Resultatredovisning budgetår 2002.

Figur 3.5 Kvinnors sjuktal som andel av mäns samt totalt sjuktal, exklusive hemmamakar³⁸



Källa: Riksförsäkringsverkets ordinarie årsstatistik

Kvinnors sjukskrivs mer än män i flera länder

I de allra flesta västeuropeiska länder är kvinnor sjukskrivna oftare än män. Skillnaderna har ökat sedan 1980-talet.

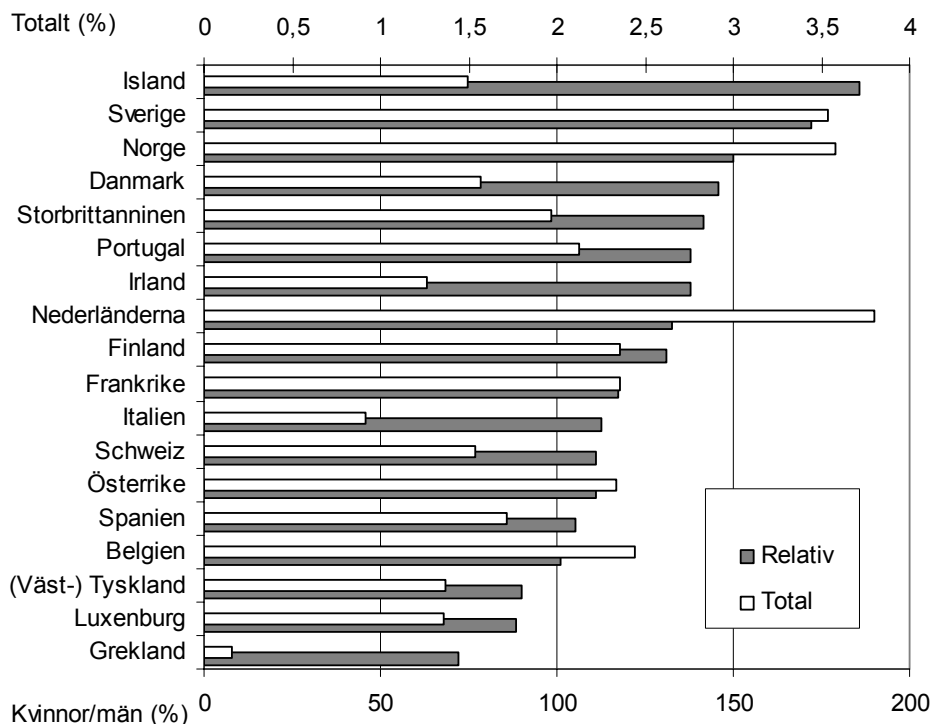
Det är inte endast Sverige som uppvisar könsskillnader i hälsa och sjukskrivning. I de 15 länder som 2003 utgjorde EU låg sjukfrånvaron (minst en arbetsvecka) bland anställda kvinnor omkring 14 procent högre än bland anställda män under andra halvan av 1980-talet. Till perioden 2000–2003 hade denna siffra ökat till 24 procent³⁹. Kvinnors sjukskrivning har alltså ökat snabbare än mäns i flertalet länder. Även om tendensen är lika i flera länder är den

³⁸ Andelen sjukpenningdagar som betalas ut till hemmamakar har varit lägre än en procent sedan slutet på 1980-talet men utgjorde 1970 omkring 12 procent av totalen. För att få en serie som lättare kan jämföras över tid redovisas här sjukalet för personer med sjukpenninggrundande inkomst över noll som inte är registrerade som hemmamakar.

³⁹ Eurostat, Labour Force Survey.

kraftiga ökningen av kvinnors sjukskrivning i Sverige under senare delen av 1990-talet och början av 2000-talet dock unik.

Figur 3.6 Relativ sjukfrånvaro (kvinnor/män) samt total sjukfrånvaro* i Västeuropa, andel av anställda, genomsnitt 1995–2003



*Sjukfrånvaro enligt AKU; helt frånvarande från arbetet på grund av egen sjukdom under hela mätveckan.

Källa: Eurostat, Labour Force Survey

Figur 3.6 visar på en mycket stor spridning mellan västeuropeiska länder i relationen mellan kvinnors och mäns sjukskrivning. De skandinaviska länderna tillhör samtliga den grupp där skillnaderna mellan könen är som störst. I dessa länder var kvinnors sjukfrånvaro under perioden minst 50 procent högre än mäns. I övrigt framkommer inga uppenbara geografiska mönster. I tre länder, Grekland, Luxemburg och Tyskland (f.d. Västtyskland) är sjukfrånvaron lägre bland anställda kvinnor än bland anställda män (kvoten är lägre än 100).

Inget uppenbart samband framkommer mellan total sjukfrånvaro och könsskillnader i sjukfrånvaro. Den genomsnittliga sjukfrånvaron i arbetskraftsundersök-

ningarna varierade mellan 0,16 procent av alla anställda i Grekland och 3,8 procent i Nederländerna. Endast två studier⁴⁰ har hittats som undersökt skillnader i sjukfrånvaro i flera länder. I denna framkom att de länder som har högst sjukfrånvaro (Sverige, Norge och Nederländerna) även uppvisar starkast konjunkturberoende av densamma.

Referenser och relaterade studier

Andrén Daniela, *Long-term absenteeism due to sickness: The Swedish experience 1986–1991*, Ekonomiska studier utgivna av Nationalekonomiska institutionen, No 107, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, 2001

Brage S, Nygård J & Tellnes G, *The gender gap in musculoskeletal-related long term sickness absence in Norway*, Scandinavian Journal of Social Medicine, 26, 1998

Brulin, C, *Prevalence of long-term sick leave among female home care personnel in northern Sweden*, Journal of occupational rehabilitation 8(2), 1998

Eklund Maria, Von Granitz Heléne, Marklund Staffan, *Deltidssjukskrivning – individ, arbetsplats och hälsa*, i: Hogstedt Christer, Bjurvald Mats, Marklund Staffan, Palmer Edward (red), *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*, Statens folkhälsoinstitut, 2004

Englund L, Svärdsudd K, *Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county*, Scandinavian Journal of Primary Health Care, Jun 2000

Hensing Gunnel, Alexanderson Kristina, Per Bjurulf, *Kvinnor och sjukfrånvaro*, i: Om nyttan av att vara sjuk, Qvarsell Roger, Rosén Anne-Sofie (red), Stockholm, Forskningsrådsnämnden (FRN), 1995

Hensing Gunnel, Alexandersson Kristina, Allebeck P, Bjurulf Per, *Sick -leave due to psychiatric disorder – higher incidence among women and longer duration for men*, i: British Journal of Psychiatry, 169, 1996

Hensing, Gunnel, *Sick-leave among women and the role of psychiatric disorder*, Scandinavian journal of social medicine, 25, no. 185–192, 47, 1997

⁴⁰ Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2002:11, RFV Analyserar 2003:16.

Hensing G, Brage S, Nygård JF, Sandanger I, Tellnes G, *Sickness absence with psychiatric disorders – an increased risk for marginalisation among men?* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Aug 2000

Hogstedt m.fl., *Varför är sjukfrånvaron så hög? Slutsatser och kunskapsbehov*, i: Hogstedt Christer, Bjurvald Mats, Marklund Staffan, Palmer Edward (red), Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens, Statens folkhälsoinstitut, 2004

Leigh J P, *Sex Differences in Absenteeism*, i: Industrial Relations 22 (3), 1983

Leijon Margareta, Hensing Gunnel, Alexanderson Kristina, *Gender trends in sick-listing with musculoskeletal symptoms in a Swedish county during a period of rapid increase in sickness absence*, Scandinavian Journal of Social Medicine 26, (3), 1998

Lidwall Ulrik, Marklund Staffan & Skogman Thoursie Peter, *Utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige*, i: Gustafsson Rolf & Ingvar Lundberg (red), Arbetsliv och Hälsa 2004, Arbetslivsinstitutet, 2004

Moncada S, Navarro A, Cortes I, Molinero E, Artazcoz L, *Sickness leave, administrative category and gender: results from the "Casa Gran" project*, Scandinavian Journal of Public Health, Sep 2002

Ockander Marlene, *A female lay perspective on health, disease, and sickness absence*, International Journal of Social Welfare, Jan 2001

Palme M & Svensson I, *Pathways to retirement and retirement incentives*, i: Andersen TM, Molander P (red), Alternatives for welfare policy. Coping with internationalisation and demographic change, Cambridge, UK, Cambridge University press, 2003

Palme M & Svensson I, *Income security programs and retirement in Sweden*, i: Gruber J, Wise D (red), Social security and retirement around the world: Micro-estimation, Chicago, University of Chicago Press, 2004

Pålsson Birgitta, *Sick leaves among female assembly workers*, Lund, Yrkes- och miljömedicinska kliniken, Lasarettet i Lund, 1993

Riksförsäkringsverket, *Kvinnor och ohälsa: en kartläggning av långtids-sjukskrivna kvinnor i Sörmland*, RFV informerar 1998:1, 1998

Riksförsäkringsverket, *Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv*, RFV Analyserar 2002:11, 2002

Riksförsäkringsverket, resultatredovisning 2002

Riksförsäkringsverket, *Regionala skillnader i sjukskrivningar – kommun och bransch*, RFV Analyserar 2003:4, 2003

Riksförsäkringsverket, *Regionala skillnader i sjukskrivning – hur ser de ut och vad beror de på?* RFV Analyserar 2003:12, 2003

Riksförsäkringsverket, *Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro – erfarenheter från fyra länder*, RFV Analyserar 2003:16, 2003

Riksförsäkringsverket, *Sjuka kommuner? Skillnader i sjukfrånvaro mellan Sveriges kommuner år 2000*, RFV Analyserar, 2003:17, 2003

Riksförsäkringsverket, *Nybeviljade förtidspensioner. Utveckling av riskfaktorer under 1990-talet*, RFV Analyserar, 2004:1, 2004

Riksförsäkringsverket, *Vad kostar sjukdomarna för kvinnor och män? sjukpenningkostnaderna fördelade efter kön och sjukskrivningsdiagnos*, RFV Redovisar 2004:5, 2004

Riksförsäkringsverket, *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, partiell sjuk-skrivning och återgång i arbete En jämförelse mellan 2002 och 2003*, RFV Redovisar 2004:7, 2004

Riksförsäkringsverket, *Psykiska sjukdomar och stressrelaterade besvär – Långvariga sjukskrivningar åren 1999 till 2003*, RFV Redovisar, 2004:8, 2004

Vistnes J P, *Gender Differences in Days Lost from Work due to Illness*, Industrial and Labour Relations Review 50(2), 1997

4 Biologiska könsskillnader

Biologiska skillnader mellan män och kvinnor kan generellt inte förklara könsskillnader i sjukskrivningsmönster. Vissa diagnoser, som bröst- eller prostatacancer är i stort sett könsspecifika. Inga studier har emellertid funnits som försöker förklara skillnader i sjukskrivning med andra biologiska skillnader än med graviditet.

Flera studier finns däremot av graviditetsrelaterade besvär bidrag till kvinnors sjukskrivning i Sverige. Dessa besvär står för en betydande del av könsskillnaderna i fertil ålder. Omkring en tiondel av samtliga kvinnors sjukfall (eller omkring en fjärdedel av antalet sjukfall bland kvinnor i åldern 16–44 år) hade samband med graviditeter under perioden 1999–2002. Detta motsvarar omkring hälften av skillnaden i totalt antal sjukfall mellan män och kvinnor i åldern 16–44 år. Dessa sjukfall är dock relativt korta varför sjukskrivning till följd av graviditet förklarar en mindre del av den totala sjukfrånvaron (mätt i antal dagar).

Huruvida tillstånd under graviditeten leder till sjukskrivning beror även på anpassningsmöjligheter på arbetet och på socialförsäkringens konstruktion. Detta kan vara en bidragande orsak till att förekomsten av sjukskrivning under graviditet har varierat kraftigt under de senaste 25 åren.

I vilken mån kan biologiska könsskillnader förklara skillnaderna i sjukskrivningsrisk? I detta avsnitt redovisas resultatet av studier av graviditetsrelaterad sjukskrivning, vilket tycks vara den enda biologiska skillnad vars effekter på könsskillnader i sjukskrivningsmönster har studerats.

Inte bara biologi

Vissa diagnoser, som bröst- eller prostatacancer är i stort sett könsspecifika. Inga studier har emellertid hittats som ger stöd för att biologiska könsskillnader, andra än graviditetsrelaterade, har en effekt på könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster.

Det finns skillnader i kvinnors och mäns kroppsbyggnad vad gäller gener, hormoner och fysiologi som kan medföra olika risker för ohälsa och därmed för sjukskrivning. Kvinnor har långsammare ämnesomsättning än män, vilket gör att kemikalier stannar längre i kroppen och på sikt kan ha negativa konsekvenser

för hälsan. Män har något sämre immunförsvar och kvinnor har mer komplicerade reproduktiva organ med påföljande förhöjd sjukdomsrisk⁴¹.

När man ser till biologiska skillnader mellan könen är det dock viktigt att poängtera att dessa inte alltid gäller på individnivå. I fråga om flertalet biologiska skillnader är variationen inom könen större än mellan genomsnittet för respektive kön. Biologiska skillnader är inte heller oföränderliga. Biologiska förutsättningar interagerar med omgivningen och det är i de flesta fall omöjligt att skilja dem åt. Hormonsekretioner kan till exempel påverkas av stress eller sjukdom och skillnader i muskelmassa kan påverkas av motions- och träningsvanor⁴². Sociokulturella förhållanden kan även påverka biologiska faktorer såsom blodtryck och immunförsvar⁴³.

På viktiga områden där grundläggande biologiska könsskillnader finns fattas fortfarande studier om hur dessa skulle kunna påverka mäns och kvinnors arbetsrelaterade hälsa. Ett sådant område är känslighetsförändringar som kan inträffa i samband med menstruationscykeln, graviditet eller klimakteriet⁴⁴.

Som redovisats i avsnitt 2 är sjukdom inte heller synonymt med sjukskrivning. Biologiska könsskillnader kan påverka hälsan och behovet av sjukskrivning, men då i växelverkan med arbetsförhållanden⁴⁵. Även om biologiska skillnader finns som kan ha inverkan på mäns och kvinnors hälsa och arbetsrelaterade hälsa är det inte heller givet vilka följder detta får för arbetsförmågan i socialförsäkringens mening. Strikt biologiska skillnader kan inte heller förklara *utvecklingen* av sjukskrivningarna ens på lång sikt.

Det finns ett antal könsspecifika sjukdomar som ligger bakom en del av sjukskrivningarna såsom exempelvis graviditetskomplikationer, bröstcancer och prostatacancer. Med undantag för kvinnors och mäns skilda roller i reproduktionen har RFV dock inte funnit några studier som försöker förklara skillnader i sjukskrivning med biologiska skillnader mellan könen.

⁴¹ Schei m.fl. 1994.

⁴² Messing & Kilbom 1999.

⁴³ Östlin m.fl. 1996, SoS 2004.

⁴⁴ Messing & Kilbom 1999.

⁴⁵ Messing & Kilbom 1999, Alexanderson 2000.

Graviditetsrelaterad sjukskrivning är av betydande omfattning

Gravida kvinnor står för omkring hälften av könsskillnaderna i antal sjukfall över 14 dagar i åldern 16–44 år. Kunskaperna är begränsade om orsakerna till utvecklingen av sjukskrivning under graviditeten.

Den biologiska skillnad mellan könen som uppenbart har relevans för sjukskrivningar är att det endast är kvinnor som kan genomgå den påfrestande process som en graviditet innebär. Sjukskrivning är vanligt förekommande i samband med graviditet. Omkring 40 procent av alla gravida kvinnor sjukskrivs någon gång under graviditetens tre sista månader⁴⁶. I studier av data från Linköping från mitten av 1980-talet stod gravida kvinnor för hälften av alla sjukfall över 7 dagar bland kvinnor 16–44 år. Främst var det i åldern 25–34 år som effekten av graviditeter var stor⁴⁷.

Diagnoskapitlet *graviditetskomplikationer* stod under perioden 1999–2002 för 6 procent av kvinnors sjukskrivningsfall över 14 dagar och för 4 procent av deras sjukskrivningsutgifter⁴⁸. Att andelen är lägre för utgifterna än för antalet fall beror främst på att dessa sjukfall i genomsnitt är kortare än kvinnors övriga sjukfall. Om sjukfall med diagnosen graviditetskomplikationer utesluts, liksom de som kan hänföras till sjukdomar i urin- och könsorganen, svarar kvinnor för 61 procent av samtliga sjukfall, mot 63 procent när alla diagnoser räknas in.

Gravida kvinnors bidrag till total sjukskrivning kan emellertid underskattas om man endast utgår från sjukintygen där en stor del döljs framför allt som ryggbesvär. Könsskillnaderna i risken att bli sjukskriven för just ryggbesvär i åldern 16–44 år försvann i analyser av materialet från Linköping helt då gravida kvinnor exkluderades⁴⁹. Hur stor denna underskattning är kan uppskattas från att omkring 56 procent av de kvinnor vars sjukskrivning över 14 dagar övergick i föräldrapenning hade haft graviditetskomplikationer som diagnos⁵⁰. Under perioden 1999–2002 bör därför gravida kvinnor ha stått för omkring en tiondel av

⁴⁶ Riksförsäkringsverket, Gravida kvinnors situation, RFV Analyserar 2003:7.

⁴⁷ Alexandersson m.fl. 1996, Sydsjö & Sydsjö 2001.

⁴⁸ Riksförsäkringsverket, RFV-LS 1999–2002.

⁴⁹ Sydsjö m.fl. 2003 och Sydsjö 2004.

⁵⁰ Riksförsäkringsverket, Vad kostar sjukdomarna för kvinnor och män? – sjukpenningkostnaderna fördelade efter kön och sjukskrivningsdiagnos RFV Redovisar, 2004:5.

samtliga kvinnors sjukfall över 14 dagar. Detta motsvarar omkring en fjärdedel av sjukfallen för kvinnor i åldern 16–44 år.

En av studierna på Linköpingsmaterialet ger stöd åt denna uppskattning då omkring hälften av könsskillnaderna i risken att sjukskrivas i minst en vecka i åldern 16–44 år där försvann när gravida kvinnor exkluderades⁵¹. I uppskattningen ovan försvinner 46 procent av könsskillnaden i antal sjukfall över 14 dagar för denna åldersgrupp om graviditetskomplikationer utesluts. En risk med dessa uppskattningar är att de även inbegriper sjukskrivningar bland gravida som inte beror på graviditeten i sig. I Linköpingsmaterialet var emellertid endast 7 procent av gravidas sjukskrivningar orelaterade till graviditeten⁵².

En studie av förlösta kvinnor i Värnamo, Linköping och Hamar (Norge) under åren 1978–1997 pekar på att sjukskrivning bland gravida svängt kraftigt under de senaste 20 åren, utan uppenbart samband med utvecklingen av sjuklighet. Sjukfrånvaron bland gravida ökade först kraftigt fram till 1986 och sjönk sedan fram till 1997, då den var tillbaka på samma nivå som 1978⁵³. Detta mönster tycks alltså följa utvecklingen för total sjukskrivning. Av denna studie framgår dock inte om hänsyn tagits till införandet av sjuklöneperioden 1992.

Utvecklingen av antalet sjukskrivningar med diagnosen graviditetskomplikationer framgår av Tabell 4.1, ställt både i relation till totalt antal sjukfall som varat minst 90 dagar och till antal födslar. De variationer som framgår av dessa diagnosers del av samtliga sjukfall, med en markant uppgång under andra halvan av 1980-talet och början av 1990-talet och sedan en stark nedgång, följer tydligt utvecklingen av födelsetalen i Sverige. Detta kan dock inte förklara utvecklingen i förhållande till antal födda.

⁵¹ Alexanderson m.fl. 1996.

⁵² Alexanderson m.fl. 1996.

⁵³ Sydsjö & Sydsjö 2001.

Tabell 4.1 Sjukfall (90+ dagar) med diagnosen graviditetskomplikationer – andel (%) av kvinnors samtliga sjukfall, antal samt per 100 födda barn

	1979–85	1986–91	1992–94	1999–2002
Andel av kvinnors sjukfall	6,5	8,9	9,8	5,0
Antal sjukfall	2 300	5 800	6 500	6 300
Per 100 födda barn	2,4	4,9	5,8	6,6

Källa: RFV:s LS-undersökningar: 1979–85 LSRF; 1986–91 LS; 1992–94; RiksLS; 1999–2002 RFV-LS, SCB:s och RFV:s ordinarie årsstatistik

En rimlig förklaring till att sjukskrivning under graviditeten blivit vanligare är att barnafödande åldrar stiger med påföljande hälsorisker⁵⁴. I Sydsjö m.fl. (1998) är det emellertid bland unga kvinnor som den kraftigaste ökningen av sjukskrivningar per graviditet konstateras mellan 1978 och 1989.

En ytterligare förklaring som lyfts fram är att attityder till hur stora besvär som kan anses normala under graviditeten har förändrats. Studier ger stöd för att gravida kvinnor själva i stor utsträckning önskar undvika att ta ut föräldrapenning innan nedkomst och anser det legitimt att nyttja sjukpenning för tillstånd under graviditeten som inte direkt upplevs som relaterade till sjukdom⁵⁵.

Graviditetsrelaterad sjukskrivning kan i viss utsträckning ha bidragit till uppgången i sjukfrånvaro sedan 1997. Födelseetalen har förvisso stått förhållandevis stilla under perioden 1997–2001 men antalet sjukskrivningar där diagnosen graviditetskomplikationer förekommer har ökat snabbare än total sjukfrånvaro (se Tabell 3.2). Andelen av de graviditetsrelaterade sjukfallen där diagnosen graviditetskomplikationer förekommer kan dock ha förändrats varför det vore önskvärt med data över gravida kvinnors totala sjukskrivningar för perioden 1997–2003. Helst skulle dessutom en sådan datainsamling genomföras på ett för hela landet representativt urval och inte endast i en enskild region.

⁵⁴ Barnafödandet i fokus, Ds 2001:57.

⁵⁵ Sydsjö & Sydsjö 2002, RFV Analyserar 2003:7.

Sjukskrivning under graviditeten – inte heller bara biologi

Det är i kombination med arbetets utformning och med socialförsäkrings-systemet som graviditeter i Sverige ofta leder till sjukskrivning.

Att arbetsförmågan för de allra flesta begränsas under åtminstone delar av graviditeten är väl belagt. I en enkätstudie från 2002 visade det sig att nästan samtliga tillfrågade mödrar hade gått ned i arbetstid eller slutat arbeta helt i slutet av graviditeten. Av dessa mödrar hade 74 procent fått ersättning för inkomstbortfall från sjuk-, havandeskaps- eller föräldrapenning någon gång under de tre sista månaderna innan förlossning. Bland övriga var det vanligt att finansiera behovet av vila i slutet av graviditeten själv eller att inte vara berättigad till ersättning för inkomstbortfall⁵⁶.

Nedsatt arbetsförmåga behöver dock inte medföra behov av sjukskrivning. En norsk studie ger stöd för att det är möjligt att minska sjukfrånvaron under graviditeten med hjälp av arbetsanpassning⁵⁷. Gravida kvinnors situation liknar i detta hänseende den för till exempel funktionshindrade. Människor har olika förutsättningar och det är när arbetslivet utformats efter en norm som omfattar majoriteten av – men inte samtliga – män som detta kan leda till arbetsoförmåga. Flera studier pekar på att kraven i arbetslivet har ökat under de senaste 10 åren vilket ytterligare försvårar för grupper med begränsad arbetsförmåga att arbeta vidare.

Under de allra sista veckorna av en graviditet är det ändå troligt att vila är att föredra för de flesta. Även när arbetsuppgifterna inte kan anpassas följer emellertid inte nödvändigtvis att den blivande modern måste få just sjukpenning. Denna aspekt diskuteras vidare i avsnitt 8, om socialförsäkringens utformning.

⁵⁶ RFV Analyserar 2003:7.

⁵⁷ Strand m.fl. 1997.

Referenser och relaterade studier

Alexanderson Kristina, Leijon M, Åkerlind I, Rydh Hillevi, Bjurulf P, Epidemiology of sickness absence in a Swedish county in 1985, 1986 and 1987 – a 3 year longitudinal study with focus on gender, age and occupation, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22(1), 1994

Alexandersson Kristina, Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood, avhandling, Institutionen för folkhälsa, Linköpings Universitet, 1995

Alexanderson Kristina, Hensing Gunnel, Carstensen J, Bjurulf, P, Pregnancy-related sickness absence among employed women in a Swedish county, *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, Jun 1995

Alexanderson Kristina, Sydsjö Adam, Hensing Gunnel, Sydsjö Gunilla, Carstensen J, Impact of pregnancy on gender differences in sickness absence, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24(3), 1996

Barnafödandet i fokus, Socialdepartementet, Ds 2001:57

Kaerlev, L, Jacobsen LB, Olsen J, Bonde JP, Long-term sick leave and its risk factors during pregnancy among Danish hospital staff, *Scandinavian Journal of Public Health*, April 2004

Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG, Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study, *British Medical Journal*, Aug 2003

Lindmark Gunilla, Sjukskrivning under graviditet, *Läkartidningen*, 89(21), 1992

Messing Karen, Kilbom Åsa, Biologiska skillnader av betydelse för kvinnors arbetsrelaterade hälsa, i: Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, *Yrkesarbetande Kvinnors Hälsa*, Arbetslivsinstitutet, 1999

Puranen Bi, Kvinnors ohälsa – beror den på dubbelarbete? *Socialmedicinsk tidskrift* 68(7–8), 1991

Riksförsäkringsverket, Gravida kvinnors situation, *RFV Analyserar* 2003:7, 2003

Sandanger Inger, Nygård Jan, Brage Sören, Tellnes Gunnar, Relation between health problems and sickness absence: gender and age differences A comparison of low-back pain, psychiatric disorders and injuries, *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(4), 2000

Schei B, Botten G, Sundby J (red), *Kvinnomedicin*, Stockholm, Bonnier Utbildning AB, 1994

Strand K, Wergeland E, Bjerkedal T, Job adjustment as a means to reduce sickness absence during pregnancy, *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, Okt 1997

Strand K, Wergeland E, Bjerkedal T, Work load, job control and risk of leaving work by sickness certification before delivery, Norway 1989, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, Sep 1997

Sydsjö Adam, Sydsjö Gunilla, Kjessler B, Sick leave and social benefits during pregnancy – a Swedish-Norwegian comparison, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, Sep 1997

Sydsjö A, Sydsjö G, Wijma B, Kjessler B, Changes in sick leave rates and the use of pregnancy-associated social benefits among pregnant Swedish women: An outcomes study, *Journal of Womens Health*, Mar 1998

Sydsjö Adam m.fl. Gender Differences in Sick Leave Related to Back Pain Diagnoses: Influence of Pregnancy, *Spine* 28(4), 2003

Sydsjö Adam, Sydsjö Gunilla, Alexanderson Kristina, Influence of Pregnancy-Related Diagnoses on Sick-Leave Data in Women Aged 16–44, *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(7), 2001

Sydsjö Adam & Sydsjö Gunilla, Gravidas sjukfrånvaro ligger bakom ökat sjuktal för kvinnor i fertil ålder: studie av gravida kvinnors sjukfrånvaro 1978–1997, *Läkartidningen*, 98(32/33), 2001

Sydsjö Gunilla & Sydsjö Adam, Newly delivered women's evaluation of personal health status and attitudes towards sickness absence and social benefits, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 81(2), 2002

Sydsjö Gunilla, Sydsjö Adam, Wijma Barbro, Variations in sickness absence and use of social benefits among pregnant women in a Swedish community 1978–1997, *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* 78(5), 1999

Sydsjö Adam, Viktigt veta vem som är gravid när man jämför sjukskrivning vid ryggbesvär, *Läkartidningen*, 6, 2004

5 Familj och arbete – den totala livssituationen

De flesta studier av familjesituationens betydelse för sjukfrånvaron utgår från hypotesen att det är svårt att kombinera familjeliv och förvärvsarbete, särskilt under småbarnsåren. Andelen med hemmavarande barn under 17 år av befolkningen mellan 20 och 64 är dock knappt 40 procent. Uppgifter om hur stor andel som har föräldrar eller andra anhöriga med hjälpbehov är svårare att få. Det är även svårt att utifrån individbaserade register få uppgifter om familjeförhållanden.

Att män som grupp alltjämt tar mindre ansvar för hemarbete än kvinnor och över lag har mer fritid är väl belagt. Resultatet från studier av dubbelarbetets effekt på sjukskrivningsrisken tycks emellertid vara motstridiga. I flera studier har man funnit att barn leder till en förhöjd sjukskrivningsrisk. I andra har effekten tyckts vara den motsatta. Två motstridiga effekter kan verka här och flera ”roller” kan vara förknippat med lägre sjukskrivning givet att den totala arbetsbördan inte blir för stor. Detta är dock inte belagt.

Sjukskrivning förutsätter att sjukdom sätter ned förmågan att förvärvsarbete, studera, söka arbete eller vårda barn. Orsakerna till sjukskrivningen kan emellertid återfinnas inte endast på arbetsplatsen utan även i den försäkrades totala livssituation. Den grupp av studier som näst studier om könsskillnader i arbetsförhållanden explicit försöker förklara könsskillnader i sjukskrivning, tar sin utgångspunkt i hur kombinationen av förvärvs- och hemarbete påverkar kvinnors och mäns hälsa och arbetsförmåga.

Utgångspunkten är att kvinnor i allmänhet tar ett större ansvar än män för oavlönat relations- och hushållsarbete samt vård av barn och äldre. Detta bör kunna inverka på deras behov av sjukskrivning. I litteraturen finns hypoteser som förutsäger både att ansvar för familj bör ge högre och lägre ohälsa och sjukskrivning. På området dubbelarbete och hälsa finns en hel del empiriska studier, både från Norden och från andra länder. Arbetsfördelningen mellan män och kvinnor är förhållandevis väl dokumenterad. Resultaten av dessa studier är dock motstri-

diga⁵⁸. Studier som relaterar dubbelarbete direkt till *sjukskrivning* är betydligt färre och resultaten är även här motstridiga⁵⁹.

Över lag saknas uppgifter om det obetalda arbetet i de studier som undersökt sambandet mellan familjesituation och sjukfrånvaro. Förekomst av hemmavarande barn används därför ofta, utan närmare uppgifter om arbetsbörda.

Den svenska arbetskraftens familjesituation

De allra flesta studier av familjesituationens betydelse för sjukfrånvaron utgår från hypotesen att det är svårt att kombinera familjeliv och förvärvsarbete, särskilt under småbarnsåren. Andelen med hemmavarande barn under 17 år av befolkningen mellan 20 och 64 är dock knappt 40 procent. Uppgifter om hur stor andel som har föräldrar eller andra anhöriga med hjälpbehov är svårare att få. Det är även svårt att utifrån individbaserade register få uppgifter om familjeförhållanden.

Familjelivet har i Sverige genomgått stora förändringar under senare decennier. Antalet giftermål har sjunkit samtidigt som antalet både samboende och ensamstående hushåll stigit. Antalet skilsmässor har stadigt ökat, och därmed såväl antalet hushåll med ensamföräldrar som antalet ombildade familjer. Fortfarande växer dock 75 procent av alla barn under 17 år upp med båda sina biologiska föräldrar och helsyskon⁶⁰. Detta betyder dock inte att familjer som består av en kvinna och en man som lever tillsammans med ett eller flera barn (bådas eller den enes) utgör en majoritet av den förvärvsaktiva befolkningen.

Som framgår av Tabell 5.1 består en tredjedel av Sveriges befolkning mellan 20 och 64 år av sammanboende med barn under 17 år (i denna grupp hade drygt hälften minst ett barn under 7 år). Här är könsfördelningen jämn. Därtill kommer ensamstående föräldrar, vilka utgör ytterligare 4,5 procent av befolkningen (i denna grupp har omkring 70 procent endast barn i skolåldern). Bland de ensamstående föräldrarna dominerar kvinnor.

⁵⁸ Se genomgångar i Nordenmark 2004, Backhans 2004, Socialförsäkringsboken 2004.

⁵⁹ Krantz & Östergren 2001, Brathberg m.fl. 2002.

⁶⁰ SCB 2002.

Tabell 5.1 Sveriges befolkning 2003 efter kön, sambostatus och befintlighet av hemmaboende barn. Procent av befolkningen 20–64 år

Kvinnor				Män			
Ensamstående		Giftn/sammanboende		Ensamstående		Giftn/sammanboende	
Barn –16	Ej barn	Barn –16	Ej barn	Barn –16	Ej barn	Barn –16	Ej barn
3,1	11,0	16,5	18,7	1,4	15,3	16,5	17,6

Källa: SCB, Arbetskraftsundersökningarna, 2003

I åldersgruppen 45–64 år, vilken 2003 stod för 44 procent av befolkningen mellan 20 och 64 år och 57 procent av nettodagarna⁶¹ med sjukpenning, har endast en femtedel hemmavarande barn under 17 år. I denna åldersgrupp är emellertid sannolikheten att i stället ha föräldrar med hjälpbehov större. Denna sannolikhet ökar dessutom rimligen generellt i och med att barnafödandet skjuts upp i åldrarna. Inga studier har emellertid hittats som studerar eventuella samband mellan omvårdnad av äldre släktingar och sjukskrivning.

Mer dubbelarbete och mindre fritid för kvinnor än för män

Utifrån SCB:s tidsanvändningsstudie framgår att män alltjämt tar ett mindre ansvar för hemarbete och över lag har mer fritid än kvinnor.

Av SCB:s tidsanvändningsstudie framgår tydligt att kvinnor fortsatt lägger ner mer tid än män på oavlönat arbete medan männen förvärvsarbetar något mer än kvinnor. På båda områdena har en viss utjämning skett mellan könen under 1990-talet. Dessa uppgifter omfattar samtliga män och kvinnor. Könskillnaderna är förmodligen större under småbarnsåren.

⁶¹ Här beräknas till exempel två dagar med halv sjukskrivning som en nettodag.

Tabell 5.2 Genomsnittlig tid per dag som kvinnor och män (20–64 år) ägnar åt respektive aktiviteter. År 2000/01 samt förändring sedan 1990/01. Alla dagar sep–maj.

	<i>Kvinnor</i>		<i>Män</i>	
	<i>År 2000/01 (tim:min)</i>	<i>Förändring från 1990/91 (min)</i>	<i>År 2000/01 (tim:min)</i>	<i>Förändring från 1990/91 (min)</i>
Förvärvsarbete	7:40	13	8:21	-21
Hemarbete	4:11	-41	3:00	-5
Personliga behov	10:25	14	9:59	12
Studier	4:22	57	4:21	89
Fritid	4:58	16	5:21	15

Anm Signifikant förändringar i fet stil. Kolumnerna kan inte summeras då varje post utgör genomsnittet för den grupp som utövar respektive aktivitet mer än noll minuter.

Källa: SCB:s tidsanvändningsstudie (2001).

Sammantaget ägnar sig kvinnor i genomsnitt omkring en halvtimme mer per dag än män åt arbete om betalt och obetalt arbete slås ihop. En sådan jämförelse riskerar emellertid att underskatta könsskillnaderna i arbetsinsats då förvärvs- och hemarbete beräknas olika. Till exempel inkluderas restid till och från arbetet i den tid som ägnas åt förvärvsarbete vilket framför allt höjer den uppmätta arbetstiden för män, som oftare pendlar till arbetet.

Förutom att kvinnor lägger ner mer tid på hemarbete än män så utför de även arbete av sådan art att det är svårare att skjuta upp och som är lättare att kombinera med barnpassning än män. Det hushållsarbete män utför kan man i större utsträckning välja när och hur de ska utföra⁶².

Även vad gäller fritid finns könsskillnader som kan innebära att mäns möjligheter till återhämtning är större än kvinnors. Mäns fritid är enligt SCB:s tidsanvändningsstudie något längre och det framgår även att män oftare avslutar sin arbetsdag med fritt valda aktiviteter. Deras arbete är mer koncentrerat till veckodagar och dagtid. Kvinnor fortsätter i större utsträckning arbetet med hushållsarbete och vård av barn eller äldre.

⁶² Elvin-Nowak & Thomsson 2003.

Dubbelarbete kan vara en risk- eller friskfaktor för sjukskrivning

Resultatet av studier av effekten av dubbelarbete på sjukskrivningsrisken tycks motstridiga. I flera studier har man funnit att barn leder till en förhöjd sjukskrivningsrisk. I andra har effekten tyckts vara den motsatta. Två motstridiga effekter kan verka här och flera "roller" kan vara förknippat med lägre sjukskrivning givet att den totala arbetsbördan inte blir för stor.

Två hypoteser identifierar (kvinnors) dubbelarbete som en riskfaktor för ohälsa och sjukskrivning; "role overload", vilken försöker förklara sjukskrivningen med att den totala (betalda och obetalda) arbetsbördan blir för stor, med påföljande negativa hälsoeffekter, och "role conflict" där det snarare är svårigheter att kombinera förvärvs- och hushållsarbetet som leder till högre sjukfrånvaro⁶³.

En svensk studie med data från mitten av 1980-talet finner att omvårdnad barn under 10 år hade en stark effekt på risken att sjukskrivas minst 7 dagar⁶⁴. I alla åldrar hade kvinnor med barn mer sjukfrånvaro än män med barn. Motsvarande könsskillnader uppkom inte för personer utan barn, utom i den äldsta åldersgruppen. Kvinnor under 35 år med vårdnad om barn var oftast sjukskrivna och män med barn hade den lägsta sjukfrånvaron i alla grupper. Dessa resultat kvarstod även efter kontroll för graviditetsrelaterad sjukskrivning. Ingen kontroll kunde dock göras för civilstånd eller deltidsarbete.

Flera svenska studier ger stöd för att kvinnor med barn råkar ut för färre korta sjukskrivningar (högst en vecka) än kvinnor utan barn⁶⁵. För längre sjukfall är resultaten mer motstridiga. Flera ger stöd för att föräldraskap leder till en förhöjd sjukskrivningsrisk⁶⁶. Andra finner endast svaga eller motsatta samband⁶⁷. Även två norska studier finner endast ett svagt samband mellan att ha barn och sjukskrivningsrisk⁶⁸.

⁶³ Mastekaasa 2000.

⁶⁴ Åkerlind m.fl. 1996.

⁶⁵ Björklund 1991, Vogel m.fl. 1992, Svensson 1995.

⁶⁶ Björklund 1991, Vogel m.fl. 1992, Åkerlind m.fl. 1996.

⁶⁷ Puranen 1991, Svensson 1995.

⁶⁸ Matsekaasa 1990, Mastekaasa 2000.

En tredje hypotes i studier inom området familjeansvar och sjukskrivning, benämnd ”role enhancement” utgår från att det i sig har positiva effekter på hälsan att ha flera roller, till exempel både yrkes- och föräldrarollen⁶⁹. I en longitudinell studie på data ur ULF-databasen⁷⁰ från andra halvan av 1980-talet och mitten av 1990-talet har individer med fler ”sociala roller” (anställd, studerande, make/maka, förälder, nära vän, nära granne), lägre frekvens av ohälsa; sömnbesvär, långvarig sjukdom och regelbunden medicinering⁷¹.

Enligt beräkningar från RFV, är sannolikheten för personer som 1993 var i åldern 25–29 år att under perioden 1995–2002 undvika sjukskrivning över fyra veckor större för kvinnor och män som skaffat ett barn jämfört med dem som inte skaffat några barn⁷². Kvinnor som skaffade mer än ett barn hade till och med dubbelt så stor chans att förbli ”friska” som de barnlösa under en lång följd av år. En möjlig förklaring till att kvinnor utan barn har lägre chans att hålla sig friska kan till exempel vara att de kvinnor som skaffar barn har en generellt mer gynnsam situation än övriga. Det är även vanligt att kvinnor arbetar deltid under småbarnsåren, vilket i sig kan vara en friskfaktor.

En norsk studie med data från 1989–1993 fann att bland icke statsanställda kvinnor mellan 30 och 40 år var risken att sjukskrivas i minst två veckor lägre för personer med barn än för personer utan barn. Kvinnor med fler barn var dessutom mer sällan sjukskrivna än kvinnor med färre. Detta visade sig emellertid till viss del kunna bero på selektionseffekter, att kvinnor med barn är en i flera avseenden mer gynnad grupp än kvinnor utan. Efter kontroll för flera inkomst- och utbildningsrelaterade faktorer tyckte sig författarna i stället finna stöd för att dubbelarbete ger ökad risk för sjukskrivning.

En variant på *role enhancement*-hypotesen är att flera livsroller har mest positiva hälsoeffekter så länge den totala arbetsbördan är tillräckligt begränsad för att kunna behålla viss balans i livssituationen. Det finns studier som ger stöd för att psykologiska fördelarna från att ha flera roller är störst när familjeansvaret, mätt som ansvaret för små och/eller flera barn, inte är för stort⁷³. Detta skulle kunna förklara en del av varför män inte är sjukskrivna lika ofta som kvinnor. Inga

⁶⁹ Mastekaasa 2000.

⁷⁰ SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden, årlig enkätundersökning.

⁷¹ Nordenmark 2004.

⁷² Detta med konstanthållande för direkta effekter av sjukskrivning vid graviditet och nyttjande av föräldraförsäkring samt en mängd andra faktorer.

⁷³ Hall 1992, Scharlach 2001.

studier har emellertid funnits som undersöker denna hypotes med direkt fokus på sjukskrivning.

Referenser och relaterade studier

Alexanderson Kristina, *Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?* Bilaga 5 i Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag, SOU 2000:121

Backhans Mona, *Varför är kvinnor mer sjukskrivna än män? En kunskapsöversikt*, i: Hogstedt Christer, Bjurvald Mats, Marklund Staffan, Palmer Edward (red), *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*, Statens folkhälsoinstitut; 2004

Björklund A, *Vem får sjukpenning? En empirisk analys av sjukfrånvarons bestämningsfaktorer*, i: Arbetskraft, arbetsmarknad och produktivitet, expertrapport No 4 till Produktivitetsdelegationen, Stockholm, 1991

Bratberg Espen, Dahl Svern, Risa Alf Erling, *The Double Burden: Do Combinations of Career and Family Obligations Increase Sickness Absence among Women?* European Sociological Review 18(2), 2002

Diderichsen Finn, *Kvinnans sjukfrånvaro: arbetsmiljön orsak till kraftig ökning*, Läkartidningen 90(4), 1993

Elvin-Nowak Ylva, Heléne Thomsson, *Att gör kön. Om vårt våldsamma behov av att vara kvinnor och män*, Albert Bonniers Förlag, Stockholm, 2003

Frost Pmf, *Sygefraeвер i relation til arbejdsmiljø og familieforhold*, Ugeskrift Laeger, 157, 1995

Hall E M, *Double Exposure: the Combined Impact of the Home and Work Environments on Psychosomatic Strain in Swedish Women and Men*, International Journal of Health Service, 22, 1992

Hensing Gunnel, *Sjukfrånvaro och hälsa bland yrkesverksamma kvinnor i Östergötland: betydelsen av faktorer i betalt och obetalt arbete*, Avdelningen för socialmedicin, Universitetet i Linköping, 1998

Hensing Gunnel, Alexanderson Kristina, *The Relation of Adult Experience of Domestic Harassment, Violence, and Sexual Abuse to Health and Sickness Absence*, International Journal of Behavioral Medicine 7(1), 2000

Härenstam Annika, *Beskrivning och utvärdering av variabler om arbets- och livsvillkor: resultat av analyser med variabelansats samt kvalitativ och kvantitativ enkätfrågeprövning*, MOA-projektet, Yrkesmedicinska enheten, Nordvästra sjukvårdsområdet, Stockholm, 1999

Härenstam A, Aronsson G & Hammarström C, *Kön och ohälsa i ett framtidsperspektiv*, i: Östlin P, Danielsson M, Härenstam A, Lindberg G & Diderichsen F (red), *Kön och ohälsa, en antologi om könsskillnader ur ett folkhälso-perspektiv*, Lund, Studentlitteratur, 1996

Kindlund Hannelott, *Kvinnoroll och sjukfrånvaro* i: Vogel J, Kindlund H, Diderichsen F (red), *Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975–1989*, Stockholm, Statistiska centralbyrån, 1992

Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Lillrank B, Kevin MV, *Death or illness of a family member, violence, interpersonal conflict, and financial difficulties as predictors of sickness absence: Longitudinal cohort study on psychological and behavioral links*, Psychosomatic Medicine, Sep–Okt 2002

Krantz Gunilla, Östergren Per-Olof, *Double exposure – The combined impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women*, European Journal of Public Health, 11(4), 2001

Mastekaasa Arne, *Kjønnsforskjeller i sykfravaer: betydningen av omsorgsoppgaver og jobbegenskaper*, i: Tidsskrift for Samfunnsforskning, 31, 1990

Mastekaasa Arne & Olsen KM, *Gender, absenteeism and job characteristics: A fixed model approach*, Work and Occupations, 25, 1998

Mastekaasa Arne, *Parenthood, gender and sickness absence*, Social science & medicine, 50(12), 2000

Nordenmark Mikael, *Multiple Social Roles and Well-Being – A Longitudinal Test of the Role Stress Theory and the Role Expansion Theory*, Acta Sociologica, 47(2), 2004

Paringer L, *Women and Absenteeism: Health or Economics*, American Economic Review, 73, 1983

Puranen Bi, *Kvinnors ohälsa – beror den på dubbelarbete?* Socialmedicinsk tidskrift 68(7–8), 1991

Puranen Bi, *Finns en konflikt mellan arbetstid, hälsa och välfärd?* Social-medicensk tidskrift 72(2–3), 1995

Roman C, *Lika på olika villkor. Könnssegregering i kunskapsföretag*, Stockholm, Symposium Graudale, 1994

Scharlach A E, *Role Strain Among Working Parents: Implications for Workplace and Community*, Community, Work & Family, 4, 2001

Statistiska Centralbyrån (SCB), *På tal om kvinnor och män – lathund om jämställdhet*, Stockholm 2002

Svensson D, *Om könsskillnader i sjukfrånvaro*, paper presented at the Meeting of the Scaninavian Sociological Association, Helsingfors, 9–11 juni 1995

Tyrkkö Arja, *Samspelet mellan arbetsliv och familjeliv i: Könnssegregering i arbetslivet*, Gonäs Lena, Lindgren Gerd & Bildt Carina, Arbetslivsinstitutet, Stockholm, 2001

Vogel J, *Konflikter mellan privatlivet och arbetet*. i: Vogel J, Kindlund H, Diderichsen F (red), *Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975–1989*, Stockholm, Statistiska centralbyrån, 1992

Åkerlind I, Alexanderson K, Hensing G, Leijon M, Bjurulf P, *Sex differences in sickness absence in relation to parental status*, Scandinavian Journal of Social Medicine, 24(1), 1996

6 Arbetssituation och könsskillnader i sjukskrivning

Framför allt äldre kvinnor är väl representerade på den svenska arbetsmarknaden vilket medför fler sjukskrivningar än i andra länder, men detta kan inte förklara att kvinnor sjukskrivs mer än män. Kvinnor har emellertid som grupp en lösare anknytning till arbetsmarknaden än männen, i Sverige liksom i jämförbara länder. Denna tar sig bland annat uttryck i att kvinnors sjukskrivning minskar mer än mäns i lågkonjunkturer då kvinnor i större utsträckning lämnar, eller avstår från att träda in i arbetskraften. Även att deltidsarbete bland kvinnor minskar kan medföra ökad sjukskrivning. Det är oklart vad effekten är av att kvinnor oftare har tidsbegränsade anställningar.

Flera studier ger stöd för att skillnader i arbetsmiljö kan förklara delar av kvinnors högre sjukskrivning än mäns. Kvinnor utsätts i större utsträckning för psykosociala arbetsmiljöproblem vilka ligger bakom en växande andel av kvinnors sjukskrivningar. Studier pekar även på att arbete med höga krav och hög kontroll över den egna arbetssituationen medför lägre sjukskrivningsrisk för män men högre sjukskrivningsrisk för kvinnor.

Kvinnor och män arbetar i stor utsträckning i olika sektorer och i olika yrken inom en given sektor. Detta medför att de verkar i olika arbetsmiljöer vilket medför skillnader i sjukskrivningsrisk. Att kvinnor i större utsträckning arbetar inom offentlig, framför allt kommunal, sektor förklarar en del av deras högre sjukskrivning. Flera studier pekar på att arbete inom ett yrke som domineras starkt av det ena könet är förknippat med högre sjukskrivningsrisk. Sjukfrånvaron är emellertid även högre bland personer som arbetar inom yrken där nästan samtliga är av samma kön som de själva. Dessa är över lag arbetaryrken.

Generellt på arbetsmarknaden och även inom specifika yrken har män oftast högre positioner än kvinnor, med högre lön, och status. Män arbetar oftare i ledande ställning. Det finns stöd för att hög utbildning och arbete i ledande ställning inte är ett skydd mot sjukskrivning för kvinnor i samma utsträckning som för män. Den vertikala segregeringen mellan kvinnor och män på arbetsmarknaden kan ligga bakom en betydande del av kvinnors sjukskrivning. Området är dock mycket lite utforskat.

Det är inom området *förhållanden i arbetslivet* som de flesta studier av könsskillnaderna i sjukskrivning återfinns. Ett stort antal studier undersöker arbetsförhållandens inverkan på sjukskrivning samt i vilken mån dessa skiljer sig åt mellan könen. I tidigare sammanställningar har slutsatsen dragits att arbetsmiljöfaktorer tycks vara de viktigaste för att förklara könsskillnader i sjukskrivning⁷⁴. Statens Beredning för medicinsk Utvärdering slår fast att det finns måttligt starkt vetenskapligt stöd⁷⁵ för att personer med möjlighet att påverka sin arbets-situation har lägre risk för sjukfrånvaro. Det finns begränsat stöd för att personer med fysiskt påfrestande arbete har högre risk för sjukfrånvaro.

De könsskillnader i arbetssituation som kan lyftas fram för att förklara sjukskrivningsmönstren är främst skillnader i *anknytning till arbetsmarknaden* och skillnader i *arbetsmiljö*. Flera studier pekar på de skillnader mellan på vilka arbetsplatser och i vilka yrken kvinnor och män arbetar (så kallad *horisontell segregering*) samt skillnaderna i position på arbetsplatsen (*vertikal segregering*). Studier av arbetssituationens effekter för könsskillnader i sjukskrivning presenteras här enligt denna uppdelning.

Anknytning till arbetskraften och sjukfrånvaro

Framför allt äldre kvinnor är väl representerade på den svenska arbetsmarknaden vilket i sig bör medföra fler sjukskrivningar. Kvinnor som har emellertid som grupp en lösare anknytning till arbetsmarknaden än männen, i Sverige liksom i alla jämförbara länder. Detta tar sig uttryck i att kvinnors sjukskrivning minskar mer än mäns i lågkonjunkturer då kvinnor i större utsträckning lämnar, eller avstår från att träda in i arbetskraften. Att deltidsarbetande bland kvinnor minskar kan medföra ökad sjukskrivning. Det är oklart vad effekten är av att kvinnor oftare har tidsbegränsade anställningar.

Kvinnor har en generellt svagare ställning på arbetsmarknaden än män. En svagare anknytning till arbetsmarknaden bör även försvåra rehabilitering tillbaka till arbetet för dem som redan sjukskrivits (se avsnittet om aktörer i sjukskrivningsprocessen).

Tre aspekter av kvinnors och mäns anknytning till arbetsmarknaden som bör ha relevans för sjukskrivningsmönster är: kvinnors ökande men fortsatt lägre ar-

⁷⁴ RFV Redovisar 2001:5, Backhans 2004.

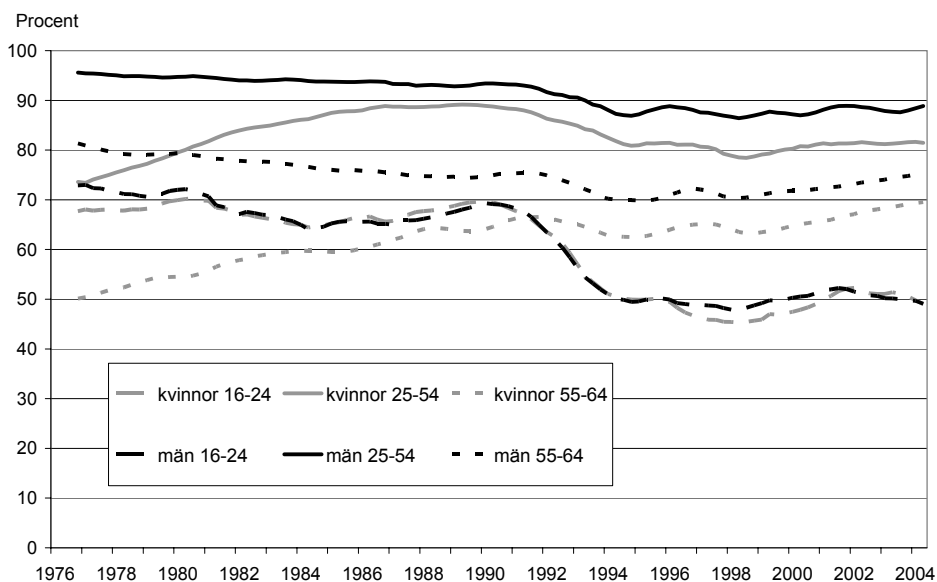
⁷⁵ Se not 3.

betskraftsdeltagande än mäns, skilda effekter av arbetslöshet och skilda anställningsformer.

Arbetskraftsdeltagande

Kvinnors arbetskraftsdeltagande ökade successivt i alla åldersgrupper mellan 25 och 64 år under 1970- och 1980-talet medan mäns deltagande var relativt konstant. Både kvinnor och män minskade sitt arbetskraftsdeltagande under 1990-talets lågkonjunktur. Förhållandet mellan kvinnors och mäns förvärvsfrekvens har dock varit relativt konstant sedan slutet av 1980-talet. Kvinnors arbetskraftsdeltagande i åldern 20–64 år ligger sedan dess på omkring 94 procent av männens⁷⁶.

Figur 6.1 Arbetskraftsdeltagande per kön och ålder



Källa: SCB, Arbetskraftsundersökningarna

De studier som genomförts av hur förvärvsarbete påverkar kvinnors hälsa pekar på positiva effekter för både den psykiska och fysiska hälsan⁷⁷. Den ökande förvärvsfrekvensen ökar emellertid antalet kvinnor som kan komma i fråga för

⁷⁶ SCB, Arbetskraftundersökningarna.

⁷⁷ Hensing & Alexanderson 1997.

sjukskrivning vilket får en mekaniskt förhöjande effekt på kvinnors andel av total sjukfrånvaro, mätt i antal sjukfall eller antal nettodagar⁷⁸.

Med en större andel av alla kvinnor i arbetskraften ökar dessutom sannolikheten att kvinnor med svag hälsa deltar i arbetslivet vilket bör ha en förhöjande effekt på sjukskrivningsfrekvensen per förvärvsaktiv kvinna. Detta gäller framför allt då det främst är bland de något äldre kvinnorna som arbetskraftsdeltagandet stigit sedan början av 1970-talet, mycket på grund av de stora kullarna 40-talister som då började förvärvsarbete. Som en följd av 1990-talets nedskärningar i offentlig sektor har dessutom en fortsatt omfördelning av åldersstrukturen skett då nyanställningen av yngre sjunkit drastiskt och de äldre har fått tackla den ökande arbetsbördan som nedskärningarna resulterat i⁷⁹.

I åldersgruppen 55–64 år (som 2003 stod för 44 procent av alla nettodagar med sjukpenning) har arbetskraftsdeltagandet bland kvinnor ökat med cirka 20 procentenheter sedan mitten av 1970-talet, samtidigt som mäns arbetskraftsdeltagande i samma åldersgrupp har minskat. Det är således kvinnor som står bakom den åldrande arbetskraften sedan 1970-talet.

Även om kvinnors arbetskraftsdeltagande legat förhållandevis stilla i förhållande till mäns sedan slutet av 1980-talet kan deras inträde på arbetsmarknaden under tidigare decennier alltså ändå ha bidragit till kvinnors ökande andel av sjukskrivningarna även under 1990-talet.

Flera studier av den långsiktiga utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige pekar på att en betydande del av kvinnors ökande sjukskrivning under 1970- och 1980-talet kan ha haft samband med den kraftiga ökningen i arbetskraftsdeltagande⁸⁰. Tidsserieanalyser ger dessutom stöd för att det framför allt är den åldrande arbetskraften och det förändrade arbetskraftsdeltagandet som påverkat antalet sjukskrivningar över 60 dagar. Effekten är starkast för kvinnor⁸¹.

⁷⁸ Även personer utanför arbetskraften kan förvisso vara sjukpenningberättigade enligt den så kallade hemmakeförsäkringen. Hemmakeförsäkrade har emellertid sedan åtminstone 1960-talet i genomsnitt fått ersättning i form av sjukpenning betydligt färre dagar per år än övriga. Antalet hemmake har dessutom sjunkit snabbt sedan andra halvan av 1960-talet. Sedan 1987 står hemmakearna för mindre än en procent av antal dagar med utbetald sjukpenning.

⁷⁹ Fritzell m.fl. 2001.

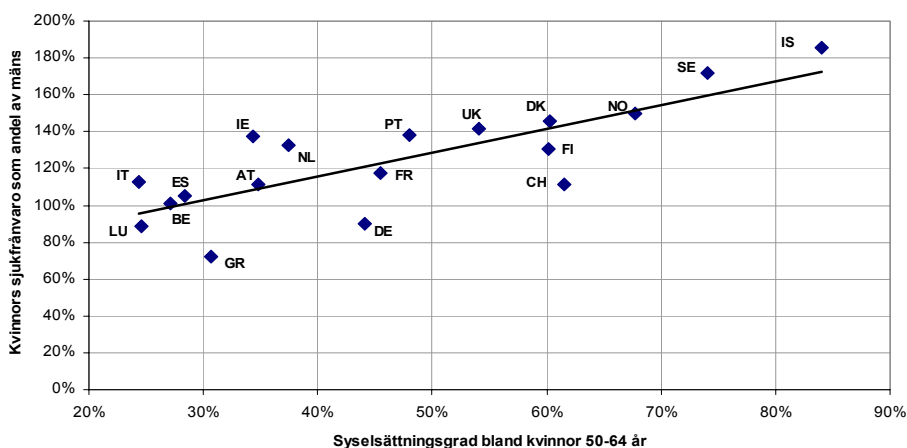
⁸⁰ Kindlund 1992, Lidwall & Skogman Thoursie 2000, Lidwall m.fl. 2004.

⁸¹ Lidwall & Skogman Thoursie 2000, SOU 2002:62, Lidwall m.fl. 2004.

Sammanfattningsvis tycks kvinnors ökande arbetskraftsdeltagande kunna förklara en stor del av den relativa uppgången av kvinnors sjukskrivning. Den kan emellertid inte förklara den betydligt högre *nivån* i jämförelse med män.

En jämförelse mellan arbetskraftsdeltagande och sjukfrånvaro bland kvinnor och män i flera länder tyder på att detta samband är en viktig förklaring till varför ett land har högre eller lägre könsskillnader i sjukfrånvaro än ett annat. I Figur 6.2 visas sambandet för ett antal västeuropeiska länder.

Figur 6.2 Sysselsättningsgrad bland kvinnor 50–64 år och relativ sjukfrånvaro (kvinnor/män) bland anställda (20–64 år) i Västeuropa⁸² mellan 1995 och 2003 (korr=0,79)



Källa: Eurostat, Labour Force Survey

En betydande del av skillnaderna mellan dessa länder skulle kunna bero på vilka kvinnor som förvärvsarbetar. De grupper av mestadels något äldre kvinnor som i de nordiska länderna står för en betydande del av sjukfrånvaron deltar i flertalet andra europeiska länder inte i arbetskraften. Allra högst arbetskraftsdeltagande bland äldre kvinnor har Island och Sverige. Närmare hälften av de svenska kvinnorna i åldersgruppen 60–64 år var yrkesverksamma 2000 jämfört med Finland och Danmark där knappt var tredje kvinna i denna åldersgrupp tillhörde

⁸² GR = Grekland, LU = Luxemburg, DE = (Väst-)Tyskland, BE = Belgien, ES = Spanien, AT = Österrike, CH = Schweiz, IT = Italien, FR = Frankrike, FI = Finland, NL = Nederländerna, IE = Irland, PT = Portugal, UK = Storbritannien och Nordirland, DK = Danmark, NO = Norge, SE = Sverige, IS = Island.

arbetskraften samt Nederländerna och Tyskland där andelen var en tiondel. Av männen i motsvarande ålder deltog drygt hälften i arbetskraften i Sverige och ungefär en tredjedel i Finland, Tyskland och Nederländerna⁸³.

En enda studie⁸⁴ har funnits som undersökt skillnader i sjukfrånvaro i flera länder och dessutom tagit upp könsskillnader. Där konstateras att arbetskraftsdeltagande tycks kunna förklara en del av skillnaderna i sjukskrivning för kvinnor i åldern 60–64 år.

Arbetslöshet och sjukfrånvaro för kvinnor och män

Det finns ett i SBU:s mening ”begränsat stöd” för ett omvänt samband mellan arbetslöshetsnivå och sjukfrånvaro. Däremot är det inte klarlagt i vilken mån detta beror på arbetslösheten i sig, på selektionseffekter, samhällets struktur eller allmänna konjunkturförändringar.

Studier både över tid samt internationellt och regionalt, ger stöd för att nyttjandet av den svenska sjukförsäkringen är beroende av tillgången på arbetstillfällen⁸⁵. Förhållandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro tycks dessutom skilja sig åt mellan könen. Att arbetslösheten sjunkit under slutet av 1990-talet har också sammanfallit med att antalet långa sjukskrivningarna sjunkit bland män men inte bland kvinnor⁸⁶.

Det är främst två förklaringar som förts fram för att tolka sambandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro. Enligt ekonomiska teorier har en högre arbetslöshet en disciplinerande effekt på arbetskraftens sjukskrivningsbeteende. En ökad risk för arbetslöshet minskar då benägenheten att sjukskrivna sig⁸⁷. Den andra huvudförklaringen som förts fram är att högre arbetslöshet leder till strukturella förändringar i arbetskraftens sammansättning⁸⁸. Hög arbetslöshet leder till att personer med högre sjukfrånvaro slås ut från arbetsmarknaden vilket minskar (korttids-) sjukfrånvaron. För långvariga sjukskrivningar och förtidspensionering⁸⁹ kan däremot sambandet vara det motsatta. En ökad arbetslöshet

⁸³ Eurostat, Labour Force Survey.

⁸⁴ Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2002:11.

⁸⁵ Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2002:11.

⁸⁶ Lidwall, Marklund & Skogman Thoursie 2004.

⁸⁷ Riksförsäkringsverket, RFV Redovisar 2001:10.

⁸⁸ Hesselius Patrik 2002.

⁸⁹ Ersattes 2003 med förmånerna sjuk- och aktivitetsersättning.

kan genom en struktureffekt stöta ut arbetskraft från arbetsmarknaden vilket då ökar de långvariga sjukskrivningarna och på sikt även förtidspensioneringarna.

I en studie av sjuktalets utveckling under åren 1964 till 2002 framkommer att arbetslöshet och arbetskraftsdeltagande tycks ha betydligt kraftigare effekter på kvinnors sjuktal än mäns. För män hade i stället sociala och hälsomässiga faktorer såsom dödlighet och alkoholkonsumtion större betydelse⁹⁰. En tolkning av detta mönster är att nivån på kvinnors sjukfrånvaro på lång sikt i betydligt högre grad än mäns styrs av konjunkturförändringar. Exempelvis minskar kvinnors sjukfrånvaro mer än mäns vid lågkonjunktur. Långtidssjukskrivningarna ökar bland män när deras arbetslöshet ökar, medan det är tvärtom bland kvinnor. Det ger stöd åt tesen att långvariga sjukskrivningar i någon mån fungerar som en arbetsmarknadspolitisk ventil för män vilka således i högre utsträckning stannar kvar i arbetskraften när samhällsekonomin kärvar. Kvinnor lämnar i stället i högre grad eller avstår att träda in i arbetskraften.

Olika anställningsformer för kvinnor och män

Kvinnor har som grupp lösare anställningsformer än män. Dels för att de oftare arbetar deltid, men även för att de oftare än män har tillfälliga anställningar.

Andelen av de anställda kvinnorna som arbetar deltid har minskat från 49 procent första kvartalet 1987 till 40 procent tredje kvartalet 2004. Samtidigt har andelen deltidsarbetande män ökat något, från 7 till 11 procent⁹¹. Betydande könsskillnader kvarstår alltså. Enligt en studie⁹² på data från början av 1990-talet ur ULF-databasen⁹³ minskar antalet sjukskrivningar med veckoarbetstidens längd. Detta förklarar författarna med att deltidsarbete både innebär en minskad total arbetsbörda och en minskad exponering för olika negativa arbetsmiljöförhållanden.

I en studie med data från 1980-talet hade mödrar som arbetade deltid lägre sjukfrånvaro än heltidsarbetande inom gruppen gifta och sammanboende medan sambandet var det motsatta för ensamstående⁹⁴. För sammanboende kan deltidsarbete fungera som ett sätt att minska den totala arbetsbördan och stressen⁹⁵. För

⁹⁰ Lidwall Marklund & Skogman Thoursie 2004.

⁹¹ SCB, Arbetskraftsundersökningarna.

⁹² Broström m.fl. 2002.

⁹³ SCB: Undersökningarna av levnadsförhållanden, bygger på enkätundersökningar.

⁹⁴ Diderichsen m.fl. 1992.

⁹⁵ Se avsnitt 5.

ensamstående är de ekonomiska möjligheterna att arbeta deltid mindre varför deltidarbete inom denna grupp kan sammanfalla med andra faktorer som hindrar heltidsarbete, till exempel svag hälsa.

Bland kvinnor är det även betydligt vanligare än bland män med vikariat, behovsanställningar och andra tillfälliga anställningar. Femton procent av kvinnorna och elva procent av männen hade 2003 en tillfällig anställning⁹⁶. Främst är det ensamstående personer som har sådana anställningar. Bland dessa är könsskillnaderna mindre. År 2003 hade 23 procent av anställda ensamstående kvinnorna och 18 procent av männen i samma situation en tidsbegränsad anställning⁹⁷.

Huruvida en tillfällig anställning medför högre eller lägre risk för sjukskrivning är inte självklart. Å ena sidan kan en tillfällig anställning leda till att ens behov prioriteras lågt och kan således skapa en sämre arbetsmiljö. Å andra sidan kan ett tillfälligt anställningsförhållande ge lägre sjukfrånvaro eftersom osäkerheten kan ha en disciplinerande effekt. Önskan att uppnå en tryggare anställningssituation kan dämpa benägenheten att sjukskrivas. I en kommande svensk studie ges stöd för den senare effekten då personer med tillfälliga anställningar, efter kontroll för ålder, visar sig vara sjukskrivna i mindre omfattning än de med fast anställning⁹⁸.

Sammanfattningsvis kan sägas att kvinnornas överrepresentation bland deltid-anställda tycks ha en hämmande effekt på deras sjukfrånvaro medan det däremot utifrån de studier som finns i dag är omöjligt att säga vilket effekten av tillfälliga anställningarna på sjukskrivningsmönstret är.

Könsskillnader i arbetsförhållanden

Flera studier ger stöd för att skillnader i arbetsmiljö kan förklara delar av varför kvinnor har högre sjukskrivning än män. Kvinnor utsätts i större utsträckning för psykosociala arbetsmiljöproblem vilka ligger bakom en växande andel av kvinnors sjukskrivningar. Flera studier pekar även på att arbete med höga krav och hög kontroll över den egna arbetssituationen medför lägre sjukskrivningsrisk för män men högre sjukskrivningsrisk för kvinnor.

⁹⁶ SCB, Arbetskraftsundersökningarna, och Arai & Skogman Thoursie 2004.

⁹⁷ SCB, Arbetskraftsundersökningarna 2003.

⁹⁸ Arai & Skogman Thoursie 2004.

Skillnader i arbetsmiljö kan förklara en del av könsskillnaderna i sjukskrivningsrisk, vilket framgår av flera svenska studier⁹⁹ och bekräftas även av studier från till exempel Finland¹⁰⁰, Frankrike¹⁰¹ och Norge¹⁰². Flera studier pekar på att kvinnor generellt möter fler psykosociala arbetsmiljöproblem och män fler fysiska. Ett flertal studier finns som undersöker sambanden mellan dessa problem och sjukskrivningsmönstren.

När det gäller den självrapporterade fysiska arbetsmiljön har män i högre grad arbeten som kräver tunga lyft och är i hög grad fysiskt ansträngande¹⁰³. Män utsätts i sina arbeten i högre grad för luftföroreningar, oljor, dålig belysning, kyla, vibrationer och buller. Deras arbetsmiljöproblem kan dock oftast hanteras med hjälp av skyddsutrustning. Kvinnor utsätts i högre grad för vatten, mänskliga utsöndringar och rengöringsmedel¹⁰⁴. Kvinnor har också oftare vridna och böjda arbetsställningar än män och arbetar oftare på kvällar och nätter. Kvinnors arbetsmiljöproblem kan vara svårare att skydda sig emot, vilket på sikt kan ge negativa hälsoeffekter. En dålig fysisk arbetsmiljö kan därmed bidra till en överrisk för långtidssjukskrivning bland både kvinnor och män.

Beträffande den psykosociala arbetsmiljön arbetar kvinnor oftare än män med människor, inom vård, skola samt barn- och äldreomsorg. De som arbetar inom dessa sysselsättningsgrupper är starkt bundna i sitt arbete i tid och rum och många upplever också att de har ett psykiskt påfrestande arbete. Fler kvinnor än män upplever dock att de har ett starkt socialt stöd från arbetskamrater och chefer, men kvinnor upplever i högre grad våld eller hot om våld samt sexuella trakasserier från chefer, arbetskamrater, patienter och klienter. Män arbetar mer övertid och måste oftare dra in på luncher. Å andra sidan har män friare arbetstider och större möjligheter till lärande i arbetet. Fler män än kvinnor upplever också att de har ett mycket meningsfullt arbete¹⁰⁵.

Vikten av fysiska respektive psykosociala arbetsmiljöproblem för sjukskrivningsrisken skiftar mellan olika studier. Vissa studier finner att de fysiska arbetsmiljöproblemen fortfarande överväger som riskfaktor för sjukskrivning, och

⁹⁹ Se till exempel Marklund 1995, RFV Analyserar 2002:4, RFV Analyserar 2003:3.

¹⁰⁰ Vahtera 1997.

¹⁰¹ Messing m.fl. 1998.

¹⁰² NOU 2000:27, Sykefravaer og utførepensionering – et inkluderende arbeidsliv.

¹⁰³ Arbetsmiljöundersökningen.

¹⁰⁴ Arbetsmiljöundersökningen 2003.

¹⁰⁵ Arbetsmiljöundersökningen 2003.

att dessa samband är liknande för män och kvinnor¹⁰⁶. I en studie på material från perioden 1975–89 framstår fysisk belastning som den viktigaste arbetsmiljöfaktorn och den ökade i betydelse under perioden¹⁰⁷. Andra studier ger stöd för att den fysiska arbetsmiljön fortfarande dominerar som förklaringsfaktor till sjukskrivning för män medan det för kvinnor är den psykosociala arbetsmiljön¹⁰⁸.

Den fysiska arbetsmiljön är fortfarande en stor riskfaktor, även om en del studieresultat tyder på att de fysiska arbetsmiljöproblemen minskat över tid¹⁰⁹. Under 1990-talet har emellertid vissa fysiska arbetsbelastningar ökat för en del förvärvsarbetande¹¹⁰. Arbetsutvidgning inom sjukvården är ett sådant exempel där sjuksköterskor fått ta över en del av det arbete som tidigare utfördes av vårdbiträden och undersköterskor¹¹¹. Bildskärmsarbete ökar i arbetslivet vilket för många leder till synbesvär och besvär i rörelseorganen¹¹². Enligt SCB:s besvärundersökning 2003 är besvär till följd av bildskärmsarbete vanligare bland kvinnor än bland män.

En (upprepade tvärsnitts-)studie från tidigt 1990-tal pekar på att ergonomiskt påfrestande arbetsmiljöer blev vanligare under 1980-talet, särskilt bland kvinnor, medan okvalificerade yrken med hög sjukfrånvaro blivit mindre vanliga, särskilt bland män. Framst är det gruppen medelålders kvinnor som ökat bland anställda vilket leder till att de exponerats under längre tid för de risker arbetslivet medför¹¹³.

Omfattande forskning har använt den så kallade *krav-kontroll modellen* för att studera den psykosociala arbetsmiljön¹¹⁴. Med denna studeras ohälsans samband med arbetsmiljön, mätt som kombinationer av olika höga krav på den anställda och olika stora möjligheter att kontrollera den personliga arbetssituationen. Det är väl belagt att kvinnor och män i så kallade *anspända* arbeten har de största riskerna för negativ stress. I sådana arbeten är de psykiska kraven höga men

¹⁰⁶ Vingård m.fl. 2000, Vikenmark 2002.

¹⁰⁷ Vogel Joachim, i: Vogel m.fl. 1992.

¹⁰⁸ Bastin m.fl. 2003.

¹⁰⁹ Lundberg 1990, Vogel m.fl. 1992, Järvholm 1996 och Socialstyrelsen 1997.

¹¹⁰ Socialstyrelsen 2001.

¹¹¹ Härenstam m.fl. 1999.

¹¹² Wigaeus Tornqvist m.fl. 2000.

¹¹³ Vogel m.fl. 1992.

¹¹⁴ Karasek 1979.

individerna saknar möjlighet att själv kontrollera arbetstakten eller hur arbetet ska utföras. Också sambandet mellan anspänt arbete och hjärt- och kärlsjukdomar är väl belagt i den vetenskapliga litteraturen. Modellen har också använts för att förutsäga andra sjukdomar såsom ländryggsbesvär, smärta i nacke och skuldror, psykisk ohälsa och besvär i matsmältningsapparaten.

Anspänt arbete och *sjukskrivning* har inte undersökts i lika stor utsträckning som dess samband med andra mått på ohälsa och resultaten har delvis varit motstridiga. Att anspänt arbete ökar risken för såväl kvinnors som mäns sjukskrivning får stöd i en RFV-studie med data från 2002¹¹⁵. Krav-kontroll modellen har också vidareutvecklats genom att socialt stöd i arbetet från arbetskamrater och chefer förts in. Socialt stöd ses som en faktor som motverkar uppkomsten av stress och minskar risken för sjukdom och sjukskrivning. Betydelsen av socialt stöd som en faktor som motverkar långtidssjukskrivning för både kvinnor och män bekräftas också i RFV:s studie.

Sambandet mellan psykosocial arbetsmiljö och sjukskrivning kan dessutom ha stärkts över tid. En svensk studie med data från perioden 1995–2002 ger stöd för att sambandet mellan psykosocial arbetsmiljö och sjukfrånvaro för kvinnor kontinuerligt stärkts under perioden¹¹⁶. En annan svensk studie ger stöd för att så kallat aktivt arbete, med höga psykologiska krav och stor kontroll i arbetet, medför en förhöjd risk för långtidssjukskrivning för kvinnor men inte för män. Andelen yrkesarbetande med sådana arbeten har dessutom ökat sedan andra halvan av 1990-talet¹¹⁷.

I en studie av långtidssjukskrivna anser de själva att omkring hälften av sjukskrivningarna är arbetsrelaterade. Fler män än kvinnor tycker det enbart är arbetet (27 mot 21 procent) som lett till sjukskrivning. Bland sjukskrivna för psykiska besvär var andelen högre bland både män och kvinnor. Arbetsmiljöfaktorer som endast var signifikanta för kvinnor var omorganisationer, nedskärningar och mobbning¹¹⁸.

Flera studier pekar också på att effekten av ett så kallat aktivt arbete med höga krav och stor kontroll skiljer sig åt mellan män och kvinnor. Dyllikt arbete verkar

¹¹⁵ RFV Analyserar 2003:3.

¹¹⁶ Bastin m.fl. 2003.

¹¹⁷ RFV Analyserar 2002:4.

¹¹⁸ Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2003:10.

skydda män¹¹⁹ men kan vara en riskfaktor för kvinnor¹²⁰. Män och kvinnor kan även ha olika behov av stöd. I en finsk studie visade sig kvinnor vara i större behov av stöd från överordnade och män från arbetskamrater, för att undvika ohälsa¹²¹. I denna studie är sambandet mellan fysiska symptom och långtids-sjukskrivning bara signifikant för män medan psykiska symptom har starkare effekt för kvinnor. I en annan finsk studie av kommunalanställda finns stöd för att aktiva jobb leder till hög sjukfrånvaro om känslan av sammanhang (*sense of coherence*) är svag. Mönstret bland kvinnorna i aktiva jobb var betydligt mer komplext än mönstret för män i aktiva jobb och påverkades i hög grad också av förekomsten av rollkonflikter mellan löne- och hemarbete¹²². De aktiva jobben har också ökat kraftigt i antal under 1990-talet, samtidigt som de avspända jobben minskat i motsvarande grad. Även de anspända jobben har ökat över tid¹²³.

Horisontell segregering – sektor, yrke, arbetsmiljö och sjukfrånvaro

Kvinnor och män arbetar i stor utsträckning i olika sektorer och i olika yrken inom en given sektor. Detta medför att de verkar i olika arbetsmiljöer med olika sjukskrivningsrisk. Att kvinnor i större utsträckning arbetar inom offentlig, framför allt kommunal, sektor tycks förklara en del av deras högre sjukskrivning.

Flera studier pekar på att arbete inom ett yrke som domineras det ena könet leder till högre sjukskrivningsrisk. Sjukfrånvaron är emellertid även högre bland personer som arbetar inom yrken där nästan samtliga är av samma kön som de själva. Dessa är över lag arbetaryrken.

Även om förvärvsgraden bland kvinnor sedan slutet av 1980-talet är nästan lika hög som bland män kvarstår att den svenska arbetsmarknaden är starkt köns-segregerad¹²⁴. Att kvinnor och män i stor utsträckning återfinns inom olika sektorer och yrken förklarar till stor del könsskillnaderna i arbetsförhållanden. En

¹¹⁹ Vikenmark 2002.

¹²⁰ Blank & Diderichsen, Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2003:3, Krantz 2002.

¹²¹ Väänänen 2003.

¹²² Vahtera m.fl. 1996.

¹²³ Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2003:3.

¹²⁴ Lövström Åsa, Den könsuppdelade arbetsmarknaden, SOU 2004:43.

stor del av både kvinnor och män återfinns dessutom på mer eller mindre enkönade arbetsplatser. Flera studier har fokus på skillnader i sjukskrivningsrisk mellan sektorer och yrken.

Sektor, kön och sjukskrivning

Männen på den svenska arbetsmarknaden är starkt koncentrerade till den privata sektorn där omkring 82 procent av de sysselsatta männen arbetar. Av kvinnorna arbetar 50 procent inom offentlig sektor¹²⁵.

Att kvinnor och män arbetar inom olika sektorer har betydelse för deras sjukfrånvaro. I flera studier har det konstaterats att kommunal anställning är en riskfaktor för både kvinnor och män när det gäller såväl långtidssjukskrivning, och då främst sjukskrivning på grund av psykisk sjukdom och utbrändhet¹²⁶.

Även möjligheten att undvika längre sjukskrivningsperioder är sämre inom kommunal sektor än inom privat och statlig. Detta framgår i en analys som RFV har genomfört inom ramen för Socialförsäkringsboken 2004. Av individer utan något sjukfall längre än 14 dagar under åren 1993 till 1994 hade både män och kvinnor anställda inom primärkommunal sektor lägre sannolikhet att undvika sjukfall (över 28 dagar) än privat- och statligt anställda under perioden 1995 till 2003¹²⁷. Män hade genomgående en större sannolikhet att undvika sjukskrivning. I analysen kontrolleras för en mängd faktorer som skulle kunna påverka resultaten, bland annat ålder. Arbetsförhållanden ingår dock inte i analysen varför dessa skillnader mellan olika sektorer skulle kunna förklaras av skillnader i till exempel arbets- och anställningsförhållanden.

Enligt arbetsmiljöundersökningen har det under 1990-talet skett en polarisering mellan offentlig och privat sektor där arbetsmiljön inom offentlig sektor samt inom kvinnodominerade yrken försämrats i förhållande till privat sektor och mansdominerade arbetsplatser¹²⁸. Uppgången av sjukskrivningar för psykiska besvär har även varit snabbast inom offentlig sektor¹²⁹.

Frågan är vad som gör kommunal anställning till en riskfaktor och när den blev det. I en studie med data från sent 1980-tal hade anställda inom offentlig sektor

¹²⁵ SCB 2003, Information från AKU 2003:1.

¹²⁶ RFV Analyserar 2001:11, RFV Analyserar 2002:4, Vingård & Lindberg 2000.

¹²⁷ Riksförsäkringsverket, Socialförsäkringsboken 2004.

¹²⁸ Arbetsmiljöverket 2001.

¹²⁹ Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2002:4.

högre korttidssjukfrånvaro men inte högre långtidssjukfrånvaro och inte sämre hälsa¹³⁰. Det behöver inte vara den kommunala sektorn i sin egenskap av arbetsgivare som leder till den sämre arbetsmiljön. Även vård och omsorg i annan regi har i en studie fler helårssjukskrivna, bland både män och kvinnor. Överrisken för sjukskrivning och förtidspensionering var alltså lika stor inom dessa yrken, både i privat och i offentlig regi¹³¹.

En jämförande studie ger stöd för att mönstret med högre sjukfrånvaro för kvinnor inom offentlig sektor även gäller Danmark, Storbritannien och Nederländerna. Samtidigt var mäns sjukfrånvaro lägre inom offentlig sektor inom de flesta länderna. Inga säkra slutsatser kunde emellertid dras av den statistiska analysen beträffande betydelsen av sektorstillhörighet för att förklara skillnaderna mellan länder¹³².

Nedskärningar och omorganisationer under 1990-talet kan ha lett till försämrade arbetsförhållanden inom många kommuner. En svensk studie¹³³ lyfter också fram de organisatoriska förhållandena i olika kommuner som en trolig orsak till de olikheter som finns i långtidssjukskrivningar mellan *olika* kommuner i egenskap av arbetsgivare. På grund av kvinnors större beroende av välfärdssystemen, både som försäkrade och som anställda, kan kvinnor vara känsligare än män för förändringar i dessa¹³⁴. Det är dock intressant att notera att det i en svensk studie inte verkade finnas några avgörande skillnader i hur kvinnor och män reagerar på nedskärningar och omorganisationer inom kommunal verksamhet¹³⁵.

Yrke, kön och sjukskrivning

Könssegregeringen på den svenska arbetsmarknaden tar sig också uttryck i att kvinnor och män arbetar i skilda yrken även inom samma sektor. Främst finns en koncentration av kvinnor till yrken inom vård, skola och omsorg. Privatiseringar inom vård- och omsorgssektorn sedan 1990-talet har också medfört att

¹³⁰ Blank & Diderichsen 1995.

¹³¹ Hemström 2002.

¹³² Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2002:11.

¹³³ Hemström 2001.

¹³⁴ Widmalm 2004.

¹³⁵ Hemström 2001.

många kvinnor fortfarande arbetar i de traditionellt kvinnodominerade verksamheter, även om de inte längre är kommunalt anställda¹³⁶.

Kvinnor är alltså med vissa mått mer koncentrerade än män till ett begränsat antal yrken som tycks medföra en förhöjd sjukskrivningsrisk i allmänhet. Detta gäller även vid specifika besvär, som till exempel sjukskrivning vid graviditet¹³⁷. Av kvinnorna arbetade 53 procent inom de tio vanligaste yrkena för kvinnor 2001, medan endast 36 procent av männen arbetade inom de tio vanligaste yrkena för män¹³⁸. Den rådande yrkesklassificeringen har emellertid kritiserats för att i högre grad fånga skillnaderna i yrken inom varuproduktionen som domineras av män, än inom välfärdstjänsteproduktion som domineras av kvinnor¹³⁹.

Att kvinnor arbetar inom ett smalare spektrum av yrken och inom offentlig sektor kan innebära problem när det gäller möjligheten att byta arbetsuppgift eller arbetsgivare om så skulle behövas av exempelvis hälsoskäl¹⁴⁰. Ett av skälen till detta är att det finns få alternativa arbetsgivare för den som arbetar inom vård, skola och omsorg och att det med dagens struktur finns färre yrken eller typer av arbete för kvinnor än män på den svenska arbetsmarknaden. Ytterligare en orsak är också den inlåsning i yrken och sektorer som sker genom att kvinnors kompetensutveckling är anpassad till de speciella behov som finns inom verksamheter som vård, skola och omsorg. Den kompetensutveckling som män får i sitt arbete är däremot mera allmän till sin karaktär, vilket kan bidra till att män lättare kan byta arbetsplats eller arbetsuppgifter¹⁴¹.

En norsk registerstudie med data från första halvan av 1990-talet ger stöd för att skillnader i yrkestillhörighet *inte* kan förklara könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster¹⁴². I denna jämförs kvinnor och män inom samma detaljerade yrkeskod liksom samma yrke och arbetsplats. Efter kontroll för ålder, utbildning och familjeförhållanden (inklusive ev. graviditet) minskade den initiala könsskillnaden med ungefär hälften. Efter ytterligare kontroll för årsinkomst, arbetstid, samt yrkeskod ökade könsskillnaderna igen. Kontroll även för arbetsställe ledde till

¹³⁶ Riksförsäkringsverket, Socialförsäkringsboken 2004.

¹³⁷ Alexandersson 1995.

¹³⁸ Yrkesregistret 2001, SCB.

¹³⁹ Lövström Åsa, Den könssegregerade arbetsmarknaden, SOU 2004:43.

¹⁴⁰ Alexandersson i SOU 2000:121 och le Grand, Szulkin & Thålin i Välfärdsbokslutet 2001.

¹⁴¹ Evertsson 2004.

¹⁴² Mastekaasa & Dale-Olsen 2000.

ytterligare ökning av könsskillnaderna. Resultaten tycks säga att kvinnor skulle ha haft ännu högre sjukskrivning om arbetsmarknaden varit mindre könssegregerad.

En uppdelning på diagnosgrupper resulterade emellertid i att för psykiska diagnoser minskade könsskillnaderna efter kontroll för utbildning/arbetsplats medan ovanstående resultat kvarstod för muskeloskeletal och respiratoriska sjukdomar. Kvinnodominerade yrken var alltså förknippade med högre sjukskrivning i psykiska diagnoser och mansdominerade yrken med fysiska diagnoser. Här bör även nämnas att bara en mindre del av materialet kunde matchas med avseende på både arbetsplats och yrke. I denna lilla grupp bör många kvinnor på mansdominerade arbetsplatser återfinnas, som har hög sjukskrivningsrisk¹⁴³. Uppenbarligen vore det av intresse att kombinera ovanstående information med ett mått på könssegregering inom yrket, samt med mått på faktisk arbetsmiljö, då studier visat att kvinnor och män kan ges olika arbetsuppgifter även inom samma jobb¹⁴⁴.

Enkönade yrken och sjukskrivning

En ytterligare fråga är om enkönade arbetsplatser i sig kan innebära en förhöjd sjukskrivningsrisk. Många arbetar på arbetsplatser som domineras av det egna könet. Sjuttiotre procent av förvärvsaktiva kvinnor och män arbetade år 2001 på arbetsplatser där minst sextio procent är av samma kön¹⁴⁵.

Flera studier har visat att den psykosociala arbetsmiljön är sämre på kvinnodominerade arbetsplatser än på arbetsplatser dominerade av män och ”könsintegrerade” arbetsplatser¹⁴⁶. Arbetsmiljön kan även vara sämre på arbetsplatser som domineras av *antingen* kvinnor eller män. Både kvinnor och män har lägre sjukfrånvaro i ”könsintegrerade” yrken och högst i gruppen av extremt enkönade yrken (>90 % av endera könet). Detta samband gäller förutom för sjukskrivning även för självskattad och diagnostiserad hälsa, samt känsla av inflytande¹⁴⁷. Anledningen kan vara både den sneda könsfördelningen i sig och att dessa yrken ofta är arbetaryrken.

¹⁴³ Backhans Mona, *Varför är kvinnor mer sjukskrivna än män? – en kunskapsöversikt*, i Hogstedt m.fl. 2004.

¹⁴⁴ Messing m.fl. 2003.

¹⁴⁵ SCB, 2002.

¹⁴⁶ Alexanderson 2001, Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2003:3.

¹⁴⁷ Alexandersson m.fl. 1994, Hensing & Alexanderson 1997.

En studie av norska AKU-data och arbetsmiljödata från 1980-talet visar att sjukfrånvaro är högre i de mest könssegregerade yrkena. Efter kontroll för position på arbetet gav en högre andel kvinnor i yrket färre sjukskrivningar för kvinnor och fler för män¹⁴⁸. En svensk studie ger stöd för att även risken för förtidspension är större om man arbetar i yrken som domineras av det motsatta könet¹⁴⁹.

Vertikal segregering – kön, klass, diskriminering och sjukfrånvaro

Generellt på arbetsmarknaden och även inom specifika yrken har män högre positioner än kvinnor, med högre lön, och status. Män arbetar oftare i ledande ställning. Inom varje kön minskar generellt sjukskrivningsrisken med position på arbetsmarknaden. Det verkar dock inte som hög utbildning är ett skydd mot sjukskrivning för kvinnor i samma utsträckning som för män.

För de kvinnor som arbetar i ledande ställning har studier dessutom pekat på att detta inte heller skyddar mot sjukskrivning i samma utsträckning som för män. Att kvinnor som grupp på grund av sitt kön har svårare än män att uppnå högre positioner tycks leda till ökad frustration och stress vilket även kan medföra ökad sjukskrivning. Kunskapsläget är emellertid mycket begränsat vad gäller effekter av könsdiskriminering på sjukskrivningsrisken.

Vertikal segregering, innebär att kvinnor och män befinner sig på olika befattningar och positioner inom samma område. Kännetecknande är att kvinnor generellt har svårare att avancera och nå högre befattningar, ett fenomen som populärt kommit att kallas ”glastaket”. Detta fenomen har en parallell i att yrken där det mest arbetar kvinnor tenderar att vara sämre betalda än yrken där det förekommer mest män. Även inom samma yrkesområde är emellertid män över lag bättre betalda än kvinnor.

Kan den vertikala segregeringen leda till högre sjukfrånvaro för kvinnor? Sjukfrånvaro har ett negativt samband med utbildning, inkomst, förmögenhet etc. Kvinnors över lag lägre positioner på arbetsmarknaden skulle kunna leda till högre sjukfrånvaro på många sätt; genom sämre arbetsmiljö, mindre bekräftelse på arbetet, lägre ekonomiska drivkrafter (se avsnitt 8), mer stress eller frustra-

¹⁴⁸ Mastekaasa 1993.

¹⁴⁹ Stattin (1998).

tion över en situation där det generellt är svårare för kvinnor än för män att uppnå högre positioner.

Den vertikala segregeringen i Sverige är omfattande. Trots att fler kvinnor än män har en högre utbildning, så utgjorde kvinnor endast 26 procent av dem som arbetade i en ledande ställning år 2001¹⁵⁰.

Huruvida, och på vilket sätt kvinnors lägre positioner på arbetsmarknaden påverkar sjukskrivningsmönstret tycks inte ha varit föremål för någon specifik forskning. Däremot finns flera studier som pekar på samband mellan sjukskrivning och utbildningsnivå samt yrkestillhörighet¹⁵¹. Utbildningsnivån är en faktor som har ett tydligt negativt samband med sjukskrivning¹⁵². Individer med endast grundskoleutbildning är kraftigt överrepresenterade bland de långvarigt sjukskrivna, medan de med gymnasie- eller högskoleutbildning är underrepresenterade.

En hög utbildningsnivå tycks emellertid inte utgöra samma skyddsfaktor mot sjukskrivning bland kvinnor som hos män. Sambandet mellan utbildningsnivå och yrkestillhörighet och sjukskrivningsrisk är därför starkare för män än kvinnor. Detta kan bero på att en hög utbildning för kvinnor inte i lika stor utsträckning som för män leder till en ledningsposition eller ett arbete med stor möjlighet att påverka den egna arbetssituationen. Vidare återfinns många välutbildade kvinnor inom offentlig sektor, där arbetsförhållandena under 1990-talet var ofördelaktiga.

För de kvinnor som (trots allt) arbetar med ledningsarbete innebär inte heller det samma skydd mot långtidssjukskrivning som för män¹⁵³. Sannolik beror detta delvis på att kvinnor i större utsträckning arbetar som mellanchefer inom offentlig sektor där arbetsvillkoren varit hårda under 1990-talet.

Forskning om kvinnliga civilingenjörers och civilekonomers karriärutveckling ger stöd för att kvinnor utsätts för både en direkt och en indirekt diskriminering. Den direkta diskrimineringen handlar om lönefrågor, tjänstetillsättningar och befordringar och uteblivna erkännanden för prestationer. Den indirekta diskrimineringen handlar om att de etablerade uppfattningarna om karriär, liksom de

¹⁵⁰ SCB, Yrkesregistret, 2001.

¹⁵¹ Se till exempel RFV Analyserar 2004:7, RFV Redovisar 2003:5, RFV Analyserar 2003:10.

¹⁵² Statens Beredning för medicinsk Utvärdering, 2003.

¹⁵³ Statens Beredning för medicinsk Utvärdering, 2003.

villkor och spelregler som omger karriären, är anpassade efter män. Som ett uttryck för den direkta och indirekta diskrimineringen finns det för kvinnor en större diskrepans mellan den karriär som de önskar och den karriär som de faktiskt gör, det så kallade *karriärsglappet*¹⁵⁴.

Resultatet av forskning om kvinnor i ledande positioner tyder även på att villkoren för kvinnors ledarskap skiljer sig från mäns. Kvinnor får både uppleva stressen av att vara avvikare och pionjär på arbetsplatsen samtidigt som ansvaret för familjelivet eller livet utanför organisationen är påtagligt¹⁵⁵. Som exempel kan nämnas att svensk forskning har visat att mängden stresshormon sjönk efter arbetsdagens slut bland manliga chefer medan den ökade hos de kvinnliga cheferna. De kvinnliga cheferna var således totalt sett mer stressade¹⁵⁶. Även utanför arbetet är kvinnor i ledande positioner ”annorlunda” såtillvida att de inte uppfyller förväntningarna på kvinnligt beteende.

Den könsteoretiska forskningen menar att individer och grupper av individer som bryter mot den rådande könsordningen avseende isärhållande och hierarki utsätts för särskilda påfrestningar vilket kan få konsekvenser för hälsan och kan leda till långvarig sjukfrånvaro. Forskningen kring kön i minoritet inom yrkesgrupper stödjer detta resonemang. Eftersom män har maktpositioner att försvara leder ökad konkurrens från kvinnor också till att vissa män kan förväntas inta en direkt fiendlig attityd till konkurrerande kvinnor eller med en mer indirekt strategi utesluta kvinnor genom olika former av homosocialt beteende. Förutom att utmana om samma positioner kan kvinnors inträde också innebära att invanda mönster för skapande av manlig karriäridentitet utmanas om många kvinnor visar att det är möjligt att framgångsrikt kombinera arbete och familj¹⁵⁷.

Sammanfattningsvis kan konstateras att då en ledande position i arbetslivet innebär ett bra skydd mot sjukskrivning, kan den vertikala segregeringen sannolikt vara en del i förklaringen till varför kvinnors sjuktal är högre än mäns. Dock är sambandet mellan position i arbetslivet och risk för sjukskrivning svagare för kvinnor än för män. I organisationsforskning har det framgått att arbetslivet ofta utformats enligt mäns villkor. Arbete i ledande position kan därför innebära mer stress och högre sjukskrivning för kvinnor än för män.

¹⁵⁴ Wahl 1992.

¹⁵⁵ Cooper & Davidson 1982, Wahl m.fl. 2001.

¹⁵⁶ Frankenhaeuser 1993.

¹⁵⁷ Riksförsäkringsverket, Socialförsäkringsboken 2004.

Referenser och relaterade studier

Ahlberg G, Marklund S, Stenlund C, Torgén M, *Anställdas arbetsituation, hälsa och attityder till pensionering*, Bilaga 2:2 i SOU 2002:5, Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet: mål, ansvar och åtgärder med utgångspunkt från ett övergripande mål för människor i arbete, Stockholm, Socialdepartementet

Ala-Mursula L, Vahtera J, Kivimäki M, Kevin MV, Pentti J, *Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absence*, Journal of Epidemiological and Community Health, 56, 2002

Alexanderson K, Leijon M, Åkerlind I, Rydh H, Bjurulf P. *Epidemiology of sickness absence in a Swedish county in 1985, 1986 and 1987 – a 3 year longitudinal study with focus on gender, age and occupation*, Scandinavian Journal of Social Medicine, 22(1), 1994

Alexandersson Kristina, *Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood*, Akademisk avhandling, Institutionen för folkhälsa, Linköpings Universitet, 1995

Alexanderson Kristina, *Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?* Bilaga 5 i Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag, SOU 2000:121, 2000

Alexanderson, Kristina, *Den könssegregerade arbetsmarknaden: samband med hälsa och sjukdom*, i: Könssegregering i arbetslivet, Gonäs Lena m.fl. Stockholm, Arbetslivsinstitutet, Förlagstjänst, 2001

Alexandersson K & Östlin P, *Kvinnors och mäns arbete och hälsa*, i: Marklund Staffan (red), Arbetsliv och hälsa 2000, Arbetslivsinstitutet och Arbetarskyddsstyrelsen, 2000

Arai Mahmood, Thoursie Anna, *Individ- och yrkesskillnader mellan kvinnor och män: Hur påverkar de lönen?*, i: Kvinnor och mäns löner – varför så olika?, Persson & Wadensjö (red), SOU 1997:136

Arai M, Skogman Thoursie P, *Incentives and Selection in Cyclical Absenteeism*, under publicering i Journal of Labor economics, 2004

Backhans Mona, *Varför är kvinnor mer sjukskrivna än män? – en kunskapsöversikt*, i Hogstedt Christer, Bjurvald Mats, Marklund Staffan, Palmer Edward (red), Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens, Statens folkhälsoinstitut, 2004

Bastin M, Fredriksson K, Andersson A. *Arbetsmiljö och arbetsrelaterad sjukfrånvaro*, i: arbete Uoaaoh, (red), SOU 2003:13 AHA – utredningsinstitut och mötesplats: slutbetänkande, Stockholm: Socialdepartementet

Blank N, Diderichsen F, *Short-term and long-term sick-leave in Sweden: Relationships with social circumstances, working conditions and gender*, Scandinavian Journal of Social Medicine, 23(4), 1995

Bourdonnais R, Vinet A, *L'absence pour maladie chez les infirmières et quelques indicateurs de charge de travail*, i: Brabant C, Messing Karen (red), Sexe faible et travail ardu: recherches sur la santé des travailleuses. Montréal, Cahiers de l'ACFAS, 70, 1990

Broström G, Johansson P & Palme M, *Economic incentives and gender differences in work absence behaviour*, IFAU Working paper 2002:14, Institutet för arbetsmarknadspolitiska studier, 2002

Bäckman Olof, *Longitudinal studies on sickness absence in Sweden*, akademisk avhandling, Institutet för social forskning, 1998

Cooper C L, Davidson M J & Robinson P, *Stress in the police service*, Journal of Occupational Medicine, 24, 1982

Deguire S, Messing K, *L'étude de l'absence au travail a-t-elle un sexe?* Recherches féministes, 8(2), 1995

Diderichsen Finn, *Kvinnans sjukfrånvaro: arbetsmiljön orsak till kraftig ökning*, Läkartidningen 90(4), 1993

Diderichsen F (red), *Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975–1989*, Stockholm, Statistiska centralbyrån, 1992

En handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, Slutbetänkande från Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, SOU 2002:5, 2002

Eshoj P, Jepsen J R, Nielsen C V, *Long-term sickness absence-risk indicators among occupationally active residents of a Danish county*, Occupational Medicine, 51(5), 2001

Evans O, Steptoe A, *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 & Medicine, Feb 2002

Evertsson M, *Facets of Gender. Analyses of the Family and the Labour Market*, Akademisk avhandling, Dissertation series 61, Institutet för Social Forskning (SOFI), Stockholms Universitet, 2004

Feeney A, Head J, Canner R, Marmot M, North F, *Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II study*, Occupational and Environmental Medicine, 55(91), 1998

Frankenhaeuser Marianne, *Kvinnligt, manligt, stressigt*, Bra Böcker, 1993

Fried Y, Melamed S, Ben-David H A, *The joint effects of noise, job complexity, and gender on employee sickness absence: An exploratory study across 21 organizations-the CORDIS study*, Journal of occupational and organizational psychology. 75(2), 2002

Fritzell Johan, Gähler M, Lundberg Olle, *Att studera välfärdsförändringar*, i: Fritzell J, Gähler M & Lundberg O (red), *Välfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde*, SOU 2001:53, Stockholm, Fritzes, 2001

Frost Pmf, *Sygefræver i relation til arbejdsmiljø og familieforhold*, Ugeskrift Laeger, 157, 1995

Gellerstedt Sten, *LO-kvinnors arbetsrelaterade sjukfrånvaro i privat sektor och inom kommun/landsting*, 2003

Gonäs Lena, Lindgren Gerd och Bildt Carina (red), *Könssegregering i arbetslivet*, Stockholm, Arbetslivsinstitutet, 2001

Grand (le) C, Szulkin R & Tåhlin M, *Har jobben blivit bättre? En analys av arbetsinnehållet under tre decennier*, i: Fritzell J, Gähler M & Lundberg O (red), *Välfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde*. Kommittén välfärdsbokslut, SOU 2001:53, Fritzes, Stockholm, 2001

Haines VY, Guerin G, St-Onge S, *Effects of flexible hours on turnover rate and absenteeism of workers with children*, Canadian journal of administrative science – Revue canadienne des sciences de l'administration, Dec 1999

Hansen Jörgen, *The effect of work absence on wages and wage gaps in Sweden*, Journal of Population Economics, 13(1), 2000

Hemström, Örjan, *Arbetsvillkor, arbetsmiljö och hälsa*, Folkhälsorapport 2001, Stockholm, Socialstyrelsen, 2001

Hensing Gunnel, Alexandersson Kristina, *The association between sex segregation, working conditions, and sickness absence among employed women*, Occupational and Environmental Medicine, 2004

Hensing Gunnel & Kristina Alexanderson, *Jämn könsfördelning bra för hälsan? sjukfrånvaro i kvinno- och mansdominerade yrkesgrupper*, i: Bladh Christine, Cedersund Elisabet & Hagberg Jan-Erik (red), *Kvinnor och män som aktörer och klienter*, Stockholm, Nerenius & Santérus, 1997

Hensing, Gunnel, *Sjukfrånvaro och hälsa bland yrkesverksamma kvinnor i Östergötland : betydelsen av faktorer i betalt och obetalt arbete*, Avdelningen för socialmedicin, Universitetet i Linköping, 1998

Hesseliuss Patrik, *Does Sick Absence Increase the Risk of Unemployment?* Working Paper Series 2003:15, Nationalekonomiska Institutionen vid Uppsala Universitet, 2003

Hetzler, Antoinette, *Utsatt på arbetsmarknaden: kvinnor i arbete, sjukdom och rehabilitering*, Sociologiska institutionen, Lunds universitet, 2000

Hogstedt Christer, Bjurvald Mats, Marklund Staffan, Palmer Edward (red), *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*, Statens folkhälsoinstitut, 2004

Holmberg Carin, *Det kallas kärlek*, Alfabetabokförlag AB, 2001

Härenstam Annika m.fl., *Vad kännetecknar och innebär moderna arbets- och livsvillkor?*, Rapport från Yrkesmedicinska enheten, Stockholm, 1999

Johansson Gun m.fl., *Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance: empirical tests of the illness flexibility model*, Social science and medicine, 58(10), 2004

Järholm B, *Arbetsliv och hälsa – en kartläggning*, Arbetslivsinstitutet, 1996

Karasek R A, *Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign*, Administration Science Quarterly, 24, 1979

Kindlund H, *Kvinnoroll och sjukfrånvaro*, i: Vogel J, Kindlund H, Diderichsen F (red), *Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975–1989*, Stockholm, Statistiska centralbyrån, 1992

Kjellberg A, *Genusperspektiv på män*, i: Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, *Yrkesarbetande Kvinnors Hälsa*, Arbetslivsinstitutet, 1999

Krantz Gunilla, Östergren Per-Olof, *Do common symptoms in women predict long spells of sickness absence? A prospective community-based study on Swedish women 40 to 50 years of age*, Scandinavian Journal of Public Health 30(3), 2002

Kunskapsläge sjukförsäkringen, SOU 2002:62, Fritzes, Stockholm, 2002

Landstad Bodil, *Working environmental conditions as experienced by women working despite pain: a prospective study with comparison groups of hospital cleaners and home help personnel receiving supportive measures at the workplace*, Work: a journal of prevention, assessment & rehabilitation, 15, 2000

Leijon, M, Hensing Gunnel, Alexandersson Kristina, *Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses: association with occupational gender segregation*, Scandinavian Journal of Public Health, April 2004

Lidwall Ulrik, Skogman Thoursie Peter, *Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna*, i: Marklund Staffan (red), Arbetsliv och Hälsa 2000, Arbetslivsinstitutet, Stockholm, 2000

Lidwall Ulrik, Marklund Staffan, Skogman Thoursie Peter, *Utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige*, i: Gustavsson R (red.), Arbetsliv och Hälsa 2004, Arbetslivsinstitutet, Stockholm, 2004

Lindgren Gerd, *Försvagade gruppkulturer och genus i organisationen*, i: Gonäs Lena, Lindgren Gerd & Bildt Carina, Könnssegregering i arbetslivet, Arbetslivsinstitutet, Stockholm, 2001

Lundberg Olle, *Den ojämlika hälsan – om klass och könsskillnader i sjuklighet*, Avhandling, Institutet för Social Forskning (SOFI), 1990

Lövström Åsa, *Den könsuppdelade arbetsmarknaden*, SOU 2004:43

Marklund Staffan (red), *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*, Studentlitteratur, 1995

Mastekaasa A, *Sickness absence in a sex-segregated labour-market*, Tidskrift för samfunnsforskning, 1993

Mastekaasa A & Dale-Olsen H, *Do Women or Men Have the Less Healthy Jobs? An Analysis of Gender Differences in Sickness Absence*, European Sociological Review, 16, 2000

Mastekaasa A & Olsen KM, *Gender, absenteeism and job characteristics: A fixed model approach*, Work and Occupations, 25, 1998

Messing Karen, Punnett L, Bond M, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, m.fl. *Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research*, American Journal of Industrial Medicine, 43(6), 2003

Messing Karen, Tissot F, Saurel-Chubizolles M-J, Kaminski M & Bourguine M, *Sex as a variable can be a surrogate for some working conditions: Factors associated with sickness absence*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 40, 1998

Moss Kanter Rosabeth, *Men and women of the corporation*, New York, Basic books, 1977

NOU 2000:27, Sykefravaer og utförepensionering – et inkluderende arbeidsliv, norske sjukförsäkringsutredningen

Puranen Bi, *Kvinnors ohälsa – beror den på dubbelarbete?*, Socialmedicinsk tidskrift 68, (7–8), 1991

Reinholdt Sofia, Hörte Sven-Åke, *Ett könsperspektiv på ohälsa och yrke*, Centrum för utbildning och forskning inom samhällskunskap, 1998

Riksförsäkringsverket, *Arbetsmiljöns betydelse på sjukfrånvaro och utbyte av arbete*, RFV Analyserar, 2001:11, 2001

Riksförsäkringsverket, *Kvinnor, män och sjukfrånvaro, om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering*, RFV Redovisar, 2001:5, 2001

Riksförsäkringsverket, *Ekonomiska drivkrafter eller selektion i sjukfrånvaron?* RFV Redovisar 2001:10, 2001

Riksförsäkringsverket, *Långtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet – vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade?* RFV Analyserar 2002:4, 2002

Riksförsäkringsverket, *Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv*, RFV Analyserar 2002:11, 2002

Riksförsäkringsverket, *Vad kostar sjukskrivningarna inom olika yrken?*
RFV Redovisar 2003:5, 2003

Riksförsäkringsverket, *Arbetsförhållanden – orsak till sjukskrivning?*
RFV Analyserar 2003:10, 2003

Riksförsäkringsverket, *Psykosocial arbetsmiljö och långvarig sjukskrivning,*
RFV Analyserar, 2003:3, 2003

Riksförsäkringsverket, *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, partiell sjukskrivning och återgång i arbete. En jämförelse mellan 2002 och 2003,*
RFV Analyserar 2004:7, 2004

Riksförsäkringsverket, *Arbetsförhållanden – orsak till sjukskrivning?*
RFV Analyserar 2003:10, 2003

Riksförsäkringsverket, *Socialförsäkringsboken 2004 – Kvinnor, män och sjukfrånvaron,* Stockholm, 2004

Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport 1997,* SoS-rapport 1997:18, 1997

Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport 2001,* 2001

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis : en systematisk litteraturöversikt,* Stockholm, 2003

Statistiska Centralbyrån (SCB), *Yrkesregister med yrkesstatistik,* SCB, Statistikdatabasen: www.scb.se

Statistiska Centralbyrån (SCB), *På tal om kvinnor och män – lathund om jämställdhet,* Stockholm 2002

Statistiska Centralbyrån (SCB), *Information från AKU 2003:1,* 2003

Stattin Mikael, *Yrke, yrkesförändring och utslagning från arbetsmarknaden – en studie av relationen mellan förtidspension och arbetsmarknadsförändring,* Akademisk avhandling, Sociologiska institutionen, Umeå Universitet, 8, 1998

Wahl, Anna, *Könsstrukturer i organisationer. Kvinnliga civilekonomers och civilingenjörers karriärutveckling,* Stockholm, Ekonomiska Forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm (EFI), 1992

Wahl Anna, Holgersson Charlotte, Höök Pia & Linghag Sophie, *Det ordnar sig. Teorier om organisation och kön*, Lund, Studentlitteratur, 2001

Vahtera J, Pentti J, Uutela A, *The effect of objective job demands on registered sickness absence spells; Do personal, social and job-related resources act as moderators?* Work and Stress, Okt–Dec 1996

Vahtera J, Kivimäki M, Koskenvuo M, Pentti J, *Hostility and registered sickness absences: A prospective study of municipal employees*, Psychological Medicine, Maj 1997

Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Theorell T, *Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: A 7-year follow-up of initially healthy employees*, Journal of Epidemiology and Community Health, 54, 2000

VandenHeuvel A. & Wooden M, *Do Explanations of Absenteeism Differ for Men and Women?* i: Human Relations 48(11), 1995

Widmalm Frida, *Tid och pengar – dela lika?* SOU 2004:70, 2004

Wigaeus Tornqvist E, Eriksson N och Bergqvist U, *Datorarbetsplatsens fysiska och psykosociala arbetsmiljörisker*, i: Marklund Staffan (red), Arbetsliv och Hälsa 2000, Arbetslivsinstitutet och Arbetarskyddsstyrelsen, Stockholm, 2000

Vikenmark S, Andersson A. *Arbetsmiljöbelastning som orsak till förtids-pensionering och sjukersättning – en pseudoprospektiv studie*, Bilaga 2:7. i SOU 2002:5. Stockholm, Socialdepartementet, 2002

Wikman A & Marklund S, *Tolkningar av arbetssjuklighetens utveckling i Sverige*, i: von Otter C (red), Ute och inne i svenskt arbetsliv. Forskare analyserar och spekulerar om trender i framtidens arbete, Arbetsliv i omvandling 2003:8, Arbetslivsinstitutet, Stockholm, 2003

Vingård E, Lindberg P. *Hälsa, arbetsförhållanden, sjukfrånvaro och sjuknärvaro bland män och kvinnor födda 1945, 1955 och 1965*, i: SOU 2000:121 Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag. Stockholm, Socialdepartementet, 2000

Virtanen M, Kivimäki M, Elovionio M, Vahtera J, Cooper CL, *Contingent employment, health and sickness absence*, Scandinavian Journal of Work Environment & Health, Dec 2001

Vogel J, Kindlund H, Diderichsen F (red), *Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975–1989*, Stockholm, Statistiska centralbyrån, 1992

Vogel J, *Multivariat analys. i*: Vogel J, Kindlund H, Diderichsen F (red), *Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975–1989*, Stockholm, Statistiska centralbyrån, 1992.

Voss M, Floderus B, Diderichsen F, *Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden Post*, Occupational and Environmental Medicine, Mar 2001

Väänänen A, Toppinen-Tanner S, Kalimo R, m.fl. *Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector*, Social Science and Medicine, 57(5), 2003

7 Aktörer i sjukskrivningsprocessen

De sjukdomar och åkommor som ofta leder till sjukskrivning av kvinnor får en betydligt mindre del av forskningsresurserna än de som ligger bakom mäns sjukskrivningar. Kvinnor har också oftare svårt att få sina besvär erkända av läkare medan sjukdomar som är mer vanligt förekommande bland män har mer väldefinierade diagnoser. Vilket samband detta har med könens sjukskrivningsmönster är inte klarlagt.

De få studier som finns om maktförhållandet mellan läkare och patient i sjukskrivningsprocessen ger inga entydiga resultat.

Handläggningen av sjukförsäkringens har ett stort inslag av bedömningar vilket kan medföra könsskillnader i försäkringens tillämpning. Genomströmningstiden för handläggning av sjukpenningfall bland män är något längre än bland kvinnor men ingen statistik ger stöd för att könsskillnader finns i andel korrekt handlagda ärenden.

Flera studier tyder på att urvalet av möjliga rehabiliteringsåtgärder är mer begränsat för kvinnor än för män och att kvinnors egna förslag till rehabiliteringsåtgärder godtas mer sällan än mäns. Män får oftare utbildning, vilket tycks vara den mest effektiva formen av rehabilitering, medan kvinnor oftare får arbetsträning. Mäns rehabilitering sätts in tidigare i sjukfallet, varar längre och är dyrare än kvinnors. Kvinnor är mindre nöjda än män med Försäkringskassans service inom ohälsoområdet.

Flera studier pekar på att män får bättre stöd av Försäkringskassan och arbetsgivaren än kvinnor i rehabiliteringsarbetet. Detta kan ligga bakom en del av kvinnors längre sjukskrivningar. Män arbetar över lag på arbetsplatser där det är lättare att anpassa arbetsmiljö och arbetsuppgifter.

Sjukskrivna som dessutom är arbetslösa är en grupp som är mycket svår att rehabilitera. Arbetsförmedlingen har haft särskilt svårt att hitta lämpliga alternativa arbeten för sjukskrivna kvinnor som tidigare arbetat i kvinnodominerade yrkesområden.

Viktiga aktörer i sjukskrivningsprocessen är läkare, handläggare på Försäkringskassan, arbetsgivare, arbetsförmedling och framför allt de försäkrade själva. Dessa aktörer kommer in i olika stadier av en sjukskrivning, när den uppstår och under tiden den varar. I de omkring 90 procent av alla sjukfall som avslutas

inom två veckor¹⁵⁸ är rimligen individen den viktigaste aktören¹⁵⁹. För längre sjukfall är andra aktörers insatser viktiga för att hjälpa individen tillbaka till hälsa och arbete.

Effekterna på kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster uppstår rimligen i just *mötet* mellan de olika aktörerna vilket inte får döljas av den uppdelning mellan dem som görs här. Ett alternativ vore att fokusera just på de olika mötena¹⁶⁰.

I avsnitt 2 diskuteras omfattningen av de bedömningar som sker i flera steg för att ett hälsotillstånd ska uppfattas som sjukdom och bedömas som arbetsoförmåga i socialförsäkringens mening. I en värld där individer bemöts och bedöms olika och möter olika förväntningar, från andra och från sig själva, beroende på vilket kön de har, innehåller sjukskrivningsprocessen stora risker för könsdifferentierat utfall.

Det finns bristfälligt med studier som handlar om hur kön konstrueras i möten i samband med sjukskrivning och hur detta påverkar bedömningen av rätt till sjukpenning och behov av rehabilitering¹⁶¹. De studier som finns redovisas här efter om de behandlar den försäkrade individen, läkaren, Försäkringskassan, arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen.

Läkare och sjukskrivning

Sjukdomar och åkommor som oftare leder till sjukskrivning av kvinnor än av män (till exempel fibromyalgi) får del av forskningsresurser i betydligt mindre omfattning än de sjukdomar och åkommor som i högre utsträckning ligger bakom mäns sjukskrivningar (till exempel hjärt- kärlsjukdomar). Kvinnor har också oftare svårt att få sina besvär erkända av läkare medan sjukdomar som är mer vanligt förekommande bland män har mer väldefinierade diagnoser. Vilket samband detta har med könens sjukskrivningsmönster är inte klarlagt.

¹⁵⁸ Riksförsäkringsverkets statistik över den korta sjukfrånvaron.

¹⁵⁹ Arbetsgivaren har dock ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Behov av sådan rehabilitering ska utredas och bedömas om till exempel en anställd haft många korta sjukfrånvarotillfällen.

¹⁶⁰ Arrelöv 2004.

¹⁶¹ Arrelöv 2004.

De studier som finns om mötet mellan läkare och patient i sjukskrivningsprocessen ger inga entydiga resultat.

I vilken mån kan mötet mellan den försäkrade och läkaren som skriver det medicinska underlaget påverka utfallet att kvinnor sjukskrivs oftare, mer på deltid, under längre perioder etc. än män? Två aspekter diskuteras i litteraturen;

1. Medicinsk kunskap och praxis har haft en tendens att utgå från män som norm vilket lett till bättre kunskap om sjukdomar vanliga bland män än sjukdomar som är vanliga bland kvinnor.
2. Maktförhållande mellan läkare och försäkrad, vilken delvis beror på deras respektive kön, kan spela in på bedömningen av arbetsförmågan.

Medicinsk kunskap och praxis

Fokus i den medicinska vetenskapen har traditionellt legat på ”mäns” sjukdomar samt sjukdomar som står för en *liten del av sjukfrånvaron*¹⁶². Män har betraktats som norm i den medicinska forskningen. Kvinnans hormonella cykel har till exempel ansetts försvåra medicinsk forskning. Därför har forskningsresultat som baseras på undersökningar av män länge använts som utgångspunkt i medicinsk behandling av kvinnor.

Även ohälsans samband med kvinnors arbetsliv (i vid mening) har studerats mindre än hos män. Kvinnors symptom har inte väckt samma intresse som mäns¹⁶³. Parallellt med att den medicinska vetenskapen fokuserat på sjukdomstillstånd som är vanligare bland män än bland kvinnor har den även inriktats på sjukdomar som står för en begränsad del av den totala sjukskrivningen. För båda könen är det rörelseorganens sjukdomar samt psykiska diagnoser som dominerar bland sjukskrivningsorsakerna¹⁶⁴. Skador och cirkulationsorganens sjukdomar, vilka är vanligare bland män, står för en begränsad del av totala sjukskrivningar. Generellt står de sjukdomar som drar till sig de största forskningsresurserna för en mycket begränsad del av sjukskrivningarna¹⁶⁵.

Vad dessa könsskillnader inom den medicinska vetenskapen har för effekter för sjukskrivning är oklart. Något som delvis bör följa av denna obalans är att kvin-

¹⁶² Alexanderson 2000.

¹⁶³ Alexanderson 2000.

¹⁶⁴ Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2002:4.

¹⁶⁵ Alexanderson 2000.

nor ofta har svårt att få sina sjukdomar erkända av läkare medan män får mer väldefinierade diagnoser¹⁶⁶. Inga studier har funnits som påvisar ett samband mellan dessa förhållanden och könsskillnader i sjukskrivning.

Mötet mellan läkare och patient

I en kartläggning initierad av RFV har ett flertal svenska studier, rapporter och vetenskapliga artiklar funnits som undersöker olika aspekter av hur läkares och patienters kön och mötet mellan de båda, kan ha inflytande på läkarkonsultationen i allmänhet och sjukskrivningar i synnerhet¹⁶⁷.

I de studier som finns ges ingen entydig bild. Några studier har pekat mot att skillnader i praxis finns mellan manliga och kvinnliga läkare men de allra flesta har inte kunnat påvisa sådana skillnader¹⁶⁸. En norsk studie fann ett svagt samband mellan sjukskrivningspraxis och läkares kön. Läkare av båda kön bedömde kvinnors arbetsförmåga på samma sätt och kvinnliga läkare bedömning av manliga patienter följde samma mönster. Manliga läkare bedömde emellertid i större utsträckning att män hade gravt eller mycket gravt nedsatt arbetsförmåga¹⁶⁹. En svensk studie pekar på att manliga läkare står för omkring 70 procent av utfärdade sjukintyg¹⁷⁰.

Mycket tyder på att sjukskrivningssituationen är problematisk. Statens Beredning för medicinsk utvärdering slår fast att det finns begränsad evidens för att läkare uppfattar arbetet med sjukskrivningsärenden som svårt och problematiskt. Det finns också begränsat stöd för att läkarintygen ofta är otillräckligt ifyllda, vilket försvårar för Försäkringskassan att fatta beslut om rätt till sjukpenning¹⁷¹.

I en studie av hur sjukskrivna uppfattade mötet med bland annat läkare i rehabiliteringsärenden fann man att flera personer av bägge könen hade erfarenhet av att uppleva skamkänslor. De berättade om bristande engagemang, nonchalans och att deras problem inte togs på allvar eller undervärderades. De upplevde att läkarna utfärdade intygen slentrianmässigt och patientens behov och erfaren-

¹⁶⁶ Reid m.fl. 1991, Bäckström 1997, Ahlgren & Hammarström 2000, Socialstyrelsen 2004.

¹⁶⁷ Arrelöv 2004.

¹⁶⁸ Arrelöv 2004.

¹⁶⁹ Brage & Reiso 1999.

¹⁷⁰ Fjällman m.fl. 2003.

¹⁷¹ SBU 2003, Försäkringsmedicinskt Centrum (FMC), Försäkringskassan, Mitthögskolan, Linköpings universitet, *Utfärdade läkarintyg i två län* 2004:2.

heter negligerades¹⁷². I en studie av samtliga besök hos 53 läkare under 2 veckor berördes sjukskrivning i 9 procent av fallen och i 94 procent av dessa fall skrev läkaren ut intyg. Även när läkare inte rekommenderade sjukskrivning skrevs intyg ut i 87 procent av fallen¹⁷³.

Då läkare ombeds att ta ställning till beskrivningar av vanligt förekommande, konstruerade men autentiska typfall av patienter med samma bakgrund och hälsa intygar kvinnliga läkare om nedsatt arbetsförmåga i större utsträckning än manliga läkare¹⁷⁴. Samtidigt anser läkare att patienter har stort inflytande över beslutet om eventuell sjukskrivning¹⁷⁵. I en studie utfärdade distriktsläkare i Dalarna intyg om nedsatt arbetsförmåga i 92 procent av fallen trots att de inte skulle ha rekommenderat sjukskrivning om inte patienten skulle ha velat bli sjukskriven¹⁷⁶.

Sammantaget finns mycket begränsad kunskap om hur mötet mellan läkare och patient påverkar könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster.

Försäkringskassans handläggning och könsskillnader

Sjukförsäkringens lagstiftning är könsneutral men handläggningen har ett stort inslag av bedömningar vilket kan medföra könsskillnader i försäkringens tillämpning. Genomströmningstiden för handläggning av sjukpenningfall bland män är något längre än bland kvinnor men ingen statistik ger stöd för att könsskillnader föreligger i andel korrekt handlagda ärenden.

Flera studier tyder på att urvalet av möjliga rehabiliteringsåtgärder är mer begränsat för kvinnor än för män och att kvinnors egna förslag till rehabiliteringsåtgärder godtas mer sällan än mäns. Män får oftare utbildning medan kvinnor oftare får arbetsträning. Mäns rehabilitering sätts in tidigare i sjukfallet, varar längre och är dyrare än kvinnors.

Kvinnor är mindre nöjda än män med Försäkringskassans service inom ohälsområdet.

¹⁷² Svensson m.fl. 2003.

¹⁷³ Englund & Svärdsudd 2000.

¹⁷⁴ Englund 2000.

¹⁷⁵ Edlund m.fl. 1998.

¹⁷⁶ Englund 2001.

Försäkringskassans uppgift är kortfattat att utreda och besluta i de ärenden som ska skötas av Försäkringskassan, svara för att socialförsäkrings- och bidragssystemen tillämpas likformigt och rättvist, vidta åtgärder för att förebygga samt minska ohälsa i syfte att minska de långa sjukperioderna samt aktivt arbeta med rehabilitering¹⁷⁷. Därtill ska socialförsäkringen administreras lika för kvinnor och män, så att tilltron till den bevaras och stärks¹⁷⁸.

Lagstiftningen gällande sjukpenning innehåller inte några särskilda regler för kvinnor respektive män. Det förekommer dock en stor del bedömningar av reglerna (se avsnitt 2) som kan lämna utrymme för handläggarens egna värderingar, normer och förväntningar avseende kön.

Beslut om sjukpenning

Det finns inga skillnader mellan könen när det gäller andelen korrekta beslut, utbetalningar och riktiga beslutsunderlag av sjukpenning¹⁷⁹. Dessa slutsatser bygger på resultat från Försäkringskassornas system för kvalitetsgranskning. 2003 var den genomsnittliga genomströmningstiden (det vill säga tiden från sjukansökan till första utbetalning) för ett sjukpenningärende 60 dagar för kvinnor och 62 dagar för män. Denna relation har varit densamma sedan år 2000.

Det saknas i dagsläget tillräcklig information beträffande huruvida det finns skillnader mellan könen gällande avslag på begäran om sjukpenning, beslut om att inte längre betala ut sjukpenning samt indrag av sjukpenning. Vidare saknar vi kunskap om i vilken mån kvinnor och män begär omprövning av sina beslut hos Försäkringskassan och överklagar till förvaltningsdomstol.

Partiell sjukskrivning

När Försäkringskassan fattar beslut om sjukpenning ska beviljas eller inte, beslutar handläggaren även till vilken omfattning sjukpenning ska utgå. Sjukpenning kan betalas ut med hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels sjukpenning beroende på till vilken grad arbetsförmågan bedöms vara nedsatt på grund av sjukdom. Beslutet bygger vanligtvis på läkarens rekommendation, men det är handläggaren som fattar det slutgiltiga beslutet.

Kvinnor är i dag oftare partiellt sjukskrivna än män. I en studie av sjukskrivna inom diagnosgrupperna ländryggsbesvär, nacke/axelbesvär samt psykiatriska

¹⁷⁷ 18 kap 2 § AFL.

¹⁷⁸ Regleringsbrev för budgetåret 2004 avseende Riksförsäkringsverket.

¹⁷⁹ Riksförsäkringsverkets resultatredovisning för år 2002.

besvär, visade det sig att kvinnor oftare är partiellt sjukskrivna än män i alla dessa tre grupper¹⁸⁰.

Deltidssjukskrivning är ett komplext fenomen som kan vara både positivt och negativt för individen. Å ena sidan kan det vara ett sätt att använda den arbetsförmåga som finns kvar trots sjukdom och därigenom inte tappa kontakten med arbetslivet. Enligt en nypublicerad svensk studie leder dock deltidssjukskrivning till att sjufallen blir längre än för dem som varit helt sjukskrivna¹⁸¹. Deltidssjukskrivna upplever därtill sitt hälsotillstånd som sämre än de som är heltidssjukskrivna.

Sammantaget tycks det faktum att kvinnor är partiellt sjukskrivna i större utsträckning än män, kunna vara en bidragande orsak till att kvinnors sjukskrivningar är längre än mäns.

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Arbetslivsinriktad rehabilitering kan i de längre sjukfallen vara en förutsättning för en återgång i arbete. All rehabilitering ska utgå från individens behov och förutsättningar och hänsyn ska tas till den försäkrades ålder, utbildning, boställningsförhållanden och andra speciella omständigheter¹⁸². Att så stor hänsyn ska tas till individen kan skapa ett stort utrymme för handläggarens egna värderingar att påverka bedömningen.

I en studie som RFV (1999) genomfört fick ett stort antal handläggare på Försäkringskassan bedöma rehabiliteringsmöjligheter för autentiska typfall, där personerna hade samma bakgrund och samma förutsättningar men olika kön. Bedömningen av typfall motsvarar naturligtvis inte verkligheten fullt ut, men ger en indikation på eventuella skillnader i handläggarnas bedömning av kvinnors och mäns rehabiliteringspotential.

När det gäller personer med ont i rygg och nacke betraktade handläggarna familjesituationen som ett hinder för kvinnors rehabilitering i en fjärdedel av fallen och för mäns rehabilitering i ett par procent av fallen. Vidare föreslog de medicinsk rehabilitering och arbetsträning i större utsträckning åt kvinnorna och utbildning eller omplacering till andra arbetsuppgifter åt männen. Handläggarna bedömde också att männen antingen återgår i arbete på heltid eller för tidspen-

¹⁸⁰ Senvall 2002.

¹⁸¹ Eklund m. fl i Hogstedt m.fl. 2004.

¹⁸² Prop 1990/91:141.

sioneras efter rehabiliteringen, medan kvinnorna i stor utsträckning bedömdes återgå i arbete på deltid. Lågutbildade kvinnor fick den klart sämsta prognosen¹⁸³.

Även om kvinnor i lika stor utsträckning som män ger egna rehabiliteringsförslag så beaktas dessa förslag i större utsträckning när de kommer från män¹⁸⁴. Detta kan bero på att männens förslag har ett annat innehåll än kvinnors¹⁸⁵. Skillnaden kan också bero på att mäns förslag tas mera på allvar, mot bakgrund av deras sätt att kommunicera. Män förväntas uttrycka sina åsikter och behov sakligt och direkt. Kvinnor däremot lindar oftare in sitt budskap i enlighet med hur kvinnor förväntas uppträda¹⁸⁶.

De bedömningar som Försäkringskassans handläggare gör avseende vilken *typ* av arbetslivsinriktad rehabilitering som är lämplig för att kunna återfå arbetsförmågan, skiljer sig mellan kvinnor och män. Män får oftare utbildning, medan kvinnor oftare erbjuds arbetsträning. Detta har framkommit såväl i studier med typfall som handläggare fått bedöma¹⁸⁷, som vid studier av faktiska sjukfall¹⁸⁸. Valet av åtgärder är mer begränsat för kvinnor¹⁸⁹.

Även gällande *längden* på den arbetslivsinriktad rehabilitering skiljer det sig åt mellan kvinnor och män. Kvinnor får kortare perioder av såväl arbetsträning som studier¹⁹⁰. Rehabiliteringsåtgärder sätts också in *senare* i sjukfallen för kvinnor än för män¹⁹¹.

Beträffande Försäkringskassans köp av utbildningar så visade Senvall (2002) därtill att *kostnaden* för kvinnors utbildning endast uppgick till en tredjedel av kostnaden för männens utbildning.

Sammanfattningsvis tycks det stora mått av bedömningar som ingår när Försäkringskassans handläggare tar ställning till behovet av arbetslivsinriktad rehabili-

¹⁸³ Walestrand & Øvergaard 1998, Riksförsäkringsverket 1999.

¹⁸⁴ Bäckström 1997, Senvall 2003.

¹⁸⁵ Andersson & Lidwall 1997.

¹⁸⁶ Wahl m.fl. 2001.

¹⁸⁷ Walestrand & Øvergaard 1998, Riksförsäkringsverket 1999.

¹⁸⁸ Riksförsäkringsverket, RFV Redovisar 2001:5, Edlund & Lidwall 1997.

¹⁸⁹ Senvall 2003.

¹⁹⁰ Senvall 2002.

¹⁹¹ Senvall 2003.

tering ge med sig att kvinnor missgynnas och på så sätt kan ha svårare att återgå i arbete.

Inställning till Försäkringskassans service

Generellt sett är kvinnor mer nöjda med Försäkringskassans service. Detta gäller dock inte inom ohälsoområdet. Detta kan möjligtvis förklaras med att Försäkringskassans handläggning är utformad mer efter mäns behov eftersom mannen sannolikt även är norm även inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (RFV 1998).

Eventuellt kan detta bero på att Försäkringskassans rehabiliteringsarbete är uppbyggt på ett sådant sätt att det gynnar en större grupp män än kvinnor. Detta eftersom arbetet fokuserar så starkt på den egna arbetsplatsen och därigenom gynnar män i större utsträckning än kvinnor, eftersom män oftare har en starkare koppling till arbetsmarknaden (RFV 2001).

Arbetsgivare

Flera studier pekar på att män får bättre stöd av arbetsgivaren än kvinnor i rehabiliteringsarbetet. Detta kan ligga bakom en del av kvinnors längre sjukskrivningar. Män arbetar dessutom över lag på arbetsplatser där det är lättare att anpassa arbetsmiljö och arbetsuppgifter.

Arbetsgivaren bör vara den som har de bästa möjligheterna, både till förebyggande arbetsmiljöåtgärder och att på ett tidigt stadium uppmärksamma en nedsättning av arbetsförmågan hos sina anställda. Arbetsgivaren är även enligt lag ansvarig för att utreda de sjukskrivna anställdas behov av rehabilitering.

Flera svenska studier har undersökt betydelsen av arbetsgivares roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

En svensk studie av data från en enkätundersökning av nästan 5000 invånare i Stockholms län påvisar en viss betydelse av så kallad *sjukflexibilitet*. Denna definieras som en kombination av närvarokrav och anpassningsmöjligheter. Höga närvarokrav tycks ha en reducerande effekt på sjukskrivning och förhöjande effekt på sjuknärvaro för båda könen. Brist på anpassningsmöjligheter identifieras i denna studie som en riskfaktor för kvinnor men inte för män.

Kvinnor saknar också oftare än män anpassningsmöjligheter. Anpassningsmöjligheter tycks samtidigt vara viktigt för återgång i arbete för båda könen¹⁹².

I en nyligen genomförd studie av personer sjukskrivna i minst 60 dagar anger 17 procent av männen och 10 procent av kvinnorna att arbetsgivaren har hjälpt till med att byta såväl arbetsplats som arbetsuppgifter för att få dem att återgå i arbete. Landstingsanställda kvinnor och kommunalanställda män fick olika former av åtgärder, inte bara byte av arbete och arbetsuppgifter, i betydligt större utsträckning än kvinnor och män i privat sektor¹⁹³. I en annan studie uppger sjukskrivna män med ländryggsbesvär i större utsträckning än kvinnor att arbetsgivaren har lämpliga arbetsuppgifter som kan utföras trots eventuellt kvarstående besvär (39 respektive 26 procent). Om sjukskrivningen har pågått mer än tre månader är arbetsanpassningen en framgångsfaktor både för kvinnor och män, men i synnerhet för män¹⁹⁴.

Arbetsförmedling i rehabiliteringsarbetet

Sjukskrivna som dessutom är arbetslösa är en grupp som är mycket svår att rehabilitera. Arbetsförmedlingen har haft särskilt svårt att hitta lämpliga alternativa arbeten för sjukskrivna kvinnor som tidigare arbetat i kvinnodominerade yrkesområden.

Om de sjukskrivna inte kan återgå i sitt arbete och arbetsgivaren inte kan erbjuda lämpliga alternativa arbetsuppgifter kan arbetsförmedlingen hjälpa att finna ett annat arbete, erbjuda till exempel utbildning till ett annat yrke och erbjuda olika former av stöd, för att de ska kunna försörja sig genom förvärvsarbete.

Arbetsförmedlingen ansvarar för att arbetsmarknadspolitiska insatser ställs till förfogande för personer som är arbetslösa eller riskerar arbetslöshet. Arbetsförmedling ansvarar för platsförmedling, vägledning, arbetslivsinriktad rehabilitering och utbildning. Försäkringskassan ska anlita arbetsförmedlingen för att få hjälp med att klarlägga möjligheterna till rehabiliteringsinsatser för sjukskrivna som saknar anställning.

¹⁹² Johansson m.fl. 2004.

¹⁹³ RFV Analyserar 2004:8.

¹⁹⁴ Riksförsäkringsverket, RFV Analyserar 2002:11.

Kvinnor och män som är både sjukskrivna och arbetslösa är en grupp som länge har varit svår att rehabilitera. En särskild samverkan har etablerats mellan Försäkringskassan och länsarbetsnämnder för att hjälpa dem att återgå i arbete. De första resultaten av detta arbete antyder att män i stor utsträckning har fått någon form av anställningsstöd, i de flesta fall lönebidrag, vilket innebär att de har fått ett arbete. Kvinnor har i högre grad fått reguljär utbildning.

Arbetsförmedlingen har haft svårt att hitta lämpliga arbeten för sjukskrivna kvinnor som tidigare arbetat i kvinnodominerade yrkesområden, såsom exempelvis i vårdsektorn, och som av hälsoskäl inte kunnat fortsätta arbeta i samma yrke¹⁹⁵.

¹⁹⁵ Riksförsäkringsverket, *Arbetslösa sjukskrivna – uppföljning av samverkansinsatser*, RFV Analyserar, 2004:5.

Referenser och relaterade studier

Ahlgren C & Hammarström A, *Back to work? Gendered experience of rehabilitation*, Scandinavian Journal of Public Health, 28, 2000

Alexanderson Kristina, *Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?* Bilaga 5 i Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag, SOU 2000:121, 2000

Arnesen KE, Erikssen J, Stavem K, *Gender and socioeconomic status as determinants of waiting time for inpatient surgery in a system with implicit queue management*, Health Policy, Dec 2002

Arneson H, *Arbetsgivares rehabiliteringsinsatser – kvinnors hälsa och återgång i arbete*, Rygg och Nacke 7, Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2000

Arrelöv Britt, *Towards understanding of physicians' sick-listing practice*, Akademisk avhandling, Department of Public Health and Caring Sciences. Uppsala Universitet, 2003.

Arrelöv Britt, *Betydelsen av binära könsrelationer i sjukskrivningsprocessen och de olika aktörernas upplevelse av konsultationen, en kartläggning av studier och utvecklingsarbeten*, opublicerat, 2004

Brage S, Reiso H. *Arbeidsevne og kjønn- legers vurderinger av sykmeldte*, Tidsskrift for Den Norske laegeforening, 25(119), 1999

Bäckström I, *Att skilja agnarna från vetet – om arbetsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män*, Studier i socialt arbete Nr 22, Umeå Universitet, 1997

Edlund Curt, *Läkarnas arbete med sjukskrivning och rehabilitering: intervjuer med 14 läkare i Västerbotten*, Institutionen för epidemiologi och folkhälsovetenskap, Umeå Universitet, Försäkringskassan, Västerbottens län, 1998

Eklund Maria, Von Granitz Heléne, Marklund Staffan, *Deltidssjukskrivning – individ, arbetsplats och hälsa*, i: Hogstedt Christer, Bjurvald Mats, Marklund Staffan, Palmer Edward (red.), *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*, Statens folkhälsoinstitut; 2004

Englund L, Svärdsudd K, *Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county*, Scandinavian Journal of Primary Health Care, Jun 2000

Fjällman L, Hammarlund C, Lundberg T, *Läkarintyg för 35 miljoner – en studie av 2199 läkarintyg inkomna till sju Försäkringskassor den 7 mars 2003*, FoU Oktaven, Försäkringskassan, 2003

Försäkringskassan, *Genderperspektiv i rehabiliteringsarbetet – finns det?* Försäkringskassan Stockholms län, Rapport nr 32, 1998

Försäkringskassan, *Kvinnor och hjärtan – Perspektiv på arbetslivsinriktad rehabilitering för kvinnor med kranskärlssjukdom*, Försäkringskassan Stockholms län, Rapport nr 17

Försäkringskassan, *Socialförsäkring, kön och agenda – formella och informella beslut vid kvinnors och mäns ohälsa*, Försäkringskassan Stockholms län, Rapport nr 37, 2002

Försäkringsmedicinskt Centrum (FMC), Försäkringskassan, Mithögskolan, Linköpings universitet, *Utfärdade läkarintyg i två län*, 2004:2, 2004

Gjesdal Sturla, Bratberg Espen, *The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits*, *European Journal of Public Health* 12(3), 2002

Horder William, *Absent without leave: a gender perspective on the management of staff sickness in social services*, *Critical Social Policy* 19(2), 1999

Johansson Gun m.fl., *Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance: empirical tests of the illness flexibility model*, *Social Science and Medicine*, 58(10), 2004

Joling C, Groot W, Janssen PPM, *Waiting for the doctor: Gender differences in the timing of an intervention by the occupational physician*, *Journal of Occupational Rehabilitation*, Mar 2003

Lindgren Gerd, *Doktorer, systrar och flickor*, Stockholm, Carlsson, 1992

Lindqvist Rafael, Bygren Lars-Olov, *Arbetsrehabilitering av arbetslösa långtidssjuka kvinnor: informellt socialt stöd vid myndighetskontakter*, *Socialvetenskaplig tidskrift*, 4(2), 1997

Ockander Marlene, Timpka Toomas, *Women's experiences of long term sickness absence: implications for rehabilitation practice and theory*, *Scandinavian Journal of Public Health* 31(2), 2003

Ottosson, J-O (red), *Patient-läkarrelationen – Läkekonst på vetenskaplig grund*, Stockholm, Natur och Kultur i samarbete med Statens Beredning för medicinsk Utvärdering, 1999

Prop. 1990/91:141, *Rehabilitering och rehabiliteringsersättning*

Reid J, Ewan C, Lowy E, *Pilgrimage of pain : the illness experiences of women with repetition strain injury and the search of credibility*, Social Science and Medicine, 32, 1991

Riksförsäkringsverket, *Långtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet – vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade?* RFV Analyserar 2002:4, 2002

Riksförsäkringsverket, *Vilka får arbetslivsinriktad rehabilitering?* i: Marklund Staffan (red), Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige, RFV Redovisar 1997:6, 1997

Riksförsäkringsverket, *Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder*, RFV Analyserar, 2004:8, 2004

Senvall P-O, *Socialförsäkring, kön och agenda. Formella och reella beslut vid kvinnors och mäns ohälsa*, Rapport nr 37, Försäkringskassan Stockholms Län, 2002

Senvall P-O, *Kvinnor och män i rehabilitering*, Socialmedicinsk tidsskrift, 2, 2003

Socialförsäkringen årsredovisning budgetåret 2002, Riksförsäkringsverket, 2003

Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvårdens verksamhet*, 2002

Svensson T, Karlsson A, Alexandersson K, Nordqvist C, *Shame-inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness-absentees' interaction with rehabilitation professionals*, Journal of Occupational Rehabilitation, 13(3), 2003

Walestrand och Øvergaard, *Genderperspektiv i rehabiliteringsarbetet – finns det?* Stockholm, 1998

Östlund G, Cederlund E, Hensing Gunnel, Alexandersson Kristina, *Domestic strain: a hindrance in rehabilitation?* Scandinavian Journal of Caring Sciences, Mar 2004

8 Individ och system – socialförsäkringens utformning

Sjukförsäkringens regelverk är i sig könsneutralt. På flera områden kan dock reglerna medverka till att påverka könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster.

Avsaknaden av alternativ till sjukskrivning under graviditeten möjliggör stora könsskillnader i sjukskrivningsrisk i fertil ålder.

En betydligt större del av de förvärvsaktiva männen har inkomster över taket i sjukförsäkringen, vilket kan bidra till att deras ekonomiska drivkrafter att komma tillbaka till arbetet är högre än kvinnors. Flera studier ger stöd för att de ekonomiska drivkrafter som socialförsäkringssystemen medför spelar roll för nyttjandet av sjukförsäkringen. En studie uppskattar att omkring en tredjedel av könsskillnaderna i antal sjukskrivningar (inklusive sjuklöneperiod), kan förklaras med ekonomiska drivkrafter. Dessa samband försvagas dock rimligen av de avtalsförsäkringar som finns. Här är kunskapsläget mycket begränsat.

Samspel mellan sjuk- och föräldraförsäkring är trolig men dess betydelse för könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster tycks inte ha studerats.

Den viktigaste aktören, både vad det gäller att påverka den egna hälsan och i den primära avvägningen om ett hälsotillstånd innebär en nedsättning av arbetsförmågan, är individen själv. Socialförsäkringens regelverk kan genom sin utformning påverka kvinnors och mäns beroende av och benägenhet att nyttja sjukförsäkringen. Tre aspekter av regelverket som kan påverka könsskillnaderna är: att alternativ till sjukskrivning under graviditet saknas; att taken i försäkringen kan påverka mäns och kvinnors drivkrafter olika; att samspel mellan sjuk- och föräldraförsäkring kan förekomma

Alternativ till sjukskrivning under graviditet?

De socialförsäkringsförmåner som i dag står till buds för gravida kvinnor är problematiska att tillämpa och medför bland annat betydande könsskillnader i sjukskrivningsrisk i fertil ålder

I avsnitt 4 redovisades resultatet av studier av sjukskrivning under graviditeten. Det framgick att arbetsförmågan under senare delen av graviditeten oftast är nedsatt och att sjukskrivning är vanligt förekommande under graviditeten. Till viss del kan sjukskrivning under graviditeten begränsas genom anpassningar av arbetssituationen till kvinnans förutsättningar.

Även när arbetsuppgifterna inte kan anpassas följer emellertid inte nödvändigtvis att den blivande modern måste få just sjukpenning. I en enkätstudie som RFV lät genomföra 2002 hade omkring 40 procent av mödrarna varit sjukskrivna i åtminstone två veckor under graviditetens sista tre månader. Ungefär lika många hade tagit ut föräldrapenning och drygt 20 procent hade fått havandeskapspenning¹⁹⁶. Den senare förmånen betalas ut till kvinnor med fysisk krävande arbetsuppgifter som inte kan omplaceras.

Ett ytterligare resultat av den ovannämnda studien var att stora regionala skillnader kunde konstateras beträffande möjligheten att beviljas sjuk- respektive havandeskapspenning. Andelen som fick ersättning för inkomstbortfall från sjuk-, havandeskaps- eller föräldrapenning var emellertid mycket snarlik i de olika länen. En slutsats i RFV:s rapport var att ett nytt stöd, särskilt riktat till mödrar i slutet av graviditeten, skulle upplevas som mindre godtyckligt och tryggare för de blivande föräldrarna samt vara enklare att administrera.

Tak i socialförsäkringen och ekonomiska drivkrafter

En betydligt större del av de förvärvsaktiva männen än av kvinnorna har inkomster över taket i sjukförsäkringen. Detta kan bidra till att deras ekonomiska drivkrafter att komma tillbaka till arbetet är högre än kvinnors. Flera studier har visat att de ekonomiska drivkrafter som socialförsäkringssystemen medför spelar roll för nyttjandet av sjukförsäkringen. En studie uppskattar att omkring en tredjedel av könsskillnaderna i antal sjukskrivningar (inklusive sjuklöneperiod), skulle kunna förklaras med ekonomiska drivkrafter. Dessa samband försvagas dock av de avtalsförsäkringar som finns. Här är kunskapsläget mycket begränsat.

Kortsiktiga ekonomiska drivkrafter att arbeta och att gå tillbaka till arbetet kan generellt vara starkare för män än för kvinnor. Att män betydligt oftare än kvinnor har inkomster över taken i socialförsäkringssystemen skulle kunna leda till

¹⁹⁶ Riksförsäkringsverket, Gravida kvinnors situation, RFV Analyserar 2003:7.

att de över lag tjänar mer på att återgå till arbetet efter en sjukfrånvaroperiod. Trots en relativt rik nationalekonomisk litteratur om ekonomiska drivkrafterns betydelse för sjukfrånvaron har endast tre studier funnits som kopplar denna fråga direkt till könsskillnader.

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering slår i sin genomgång fast att det finns måttligt vetenskapligt stöd för att sjukförsäkringssystemets utformning (t.ex. antal karensdagar, och hur länge man kan vara sjukskriven) påverkar sjukfrånvaron. Däremot är antalet studier alltför begränsat för att dra några slutsatser om hur stora ändringar som bör till för att få effekter.

Ekonomiska drivkrafter bör teoretiskt kunna ha effekt på sjukskrivningsnivån, både genom att de påverkar benägenheten bland förvärvsaktiva att bli sjukskrivna och viljan bland sjukskrivna att komma tillbaka till arbetet. Vad gäller benägenheten att bli sjukskriven bör denna främst spela roll för kortare sjukfall och är därför av mindre vikt för dagens svenska situation där de långa sjukfallen dominerar. Teoretiskt kan sjukförsäkringens utformning även fungera som ett så kallat moraliskt dilemma, det vill säga att de försäkrade tillåter sig en mer hälsofarlig livsstil än vad de skulle gjort om ersättningsnivåerna varit lägre. På detta område har främst sambandet mellan alkoholvanor och sjukskrivning studerats. Resultaten är dock inte entydiga och ingen studie har funnits som möjliggör att dra några starka slutsatser om effekter av sådana livsstilsrelaterade faktorer på könsskillnaderna i sjukskrivning.

De kortsiktiga ekonomiska drivkrafterna att *komma ur* en sjukskrivning är generellt relativt små men har ökat något mellan 1997 och 2003. År 2003 hade mer än var tredje sjukskriven en ersättningsgrad (netto efter offentliga skatter och transfereringar) på minst 90 procent. Om avtalsförsäkringarna beaktas blir ersättningsgraden ännu högre. Inkomsttak i sjukförsäkringen gör samtidigt att personer med hög inkomst i allmänhet har betydligt lägre ersättningsgrad. Endast 4 procent hade emellertid en ersättningsgrad lägre än 60 procent. När endast de allmänna försäkringarna beaktas har sjukskrivna som grupp lägre drivkrafter till arbete än arbetande¹⁹⁷.

Ensamstående har över lag starkare ekonomiska drivkrafter än sammanboende på grund av att deras förvärvsinkomst står för en större andel av hushållets totala inkomster. Samtidigt har barnfamiljer, ensamstående och sammanboende, på

¹⁹⁷ Vem tjänar på att arbeta? SOU 2004:2.

grund av inkomstrelaterade barnomsorgsavgifter och bostadsbidrag lägre kortsiktiga drivkrafter till att öka arbetsutbudet än hushåll utan barn¹⁹⁸.

År 2002 hade drygt 9 procent av de förvärvsaktiva kvinnorna och nästan 27 procent av männen en sjukpenninggrundande inkomst över taket i sjukförsäkringen. Män är dessutom i större utsträckning ensamstående utan barn och kvinnor oftare ensamstående med barn.

Sammantaget pekar detta på att kvinnor har lägre kortsiktiga ekonomiska drivkrafter att söka sig tillbaka till arbetslivet än män när endast de allmänna försäkringarna beaktas. Endast en svensk studie har emellertid funnits som undersökt hur stor del av könsskillnaderna i sjukskrivningsrisk som kan hänföras till skilda ekonomiska drivkrafter. I denna studie av ULF-data från början av 1990-talet och tycker sig författarna kunna förklara omkring en tredjedel av könsskillnaden i *antalet* sjukskrivningar i Sverige med skillnader i ekonomiska drivkrafter. Mindre löneskillnader eller höjda tak borde därför leda till mindre skillnad i antal sjukskrivningar. Dessa samband försvagas dock av de avtalsförsäkringar som finns. Här är kunskapsläget emellertid begränsat.

I en amerikansk studie med data från sent 1980-tal visade sig ekonomiska drivkrafter ha en begränsad effekt på kvinnors och mäns sjukskrivningsrisk samt en viss effekt på sjukskrivningslängd för kvinnor men inte för män¹⁹⁹. En äldre amerikansk studie finner inga säkra samband mellan ekonomiska drivkrafter och sjukfrånvaro (som andel av normal arbetstid). Data är från mitten av 1970-talet då kvinnors sjukfrånvaro var lägre än mäns i USA²⁰⁰. Andra studier har till exempel visat att kvinnor är mer känsliga för ekonomiska driftkrafter än män²⁰¹ och att de reagerar starkt på reformer i socialförsäkringen²⁰².

¹⁹⁸ Vem tjänar på att arbeta? SOU 2004:2.

¹⁹⁹ Vistnes 1997.

²⁰⁰ Paringer 1983.

²⁰¹ Skogman Thoursie 1999.

²⁰² Riksförsäkringverket, Socialförsäkringsboken 2004.

Samspel mellan sjuk- och föräldraförsäkringen

Samspel mellan sjuk- och föräldraförsäkring är trolig men dess betydelse för könsskillnaderna i sjukskrivningsmönster tycks inte ha studerats.

Kvinnor med små barn är frånvarande från arbetet för vård av dessa i stor utsträckning. År 2003 var i genomsnitt 21 procent av anställda kvinnor med barn i förskoleåldern frånvarande för vård av dessa mot tre procent bland männen i samma situation²⁰³. Detta har en direkt mekanisk effekt i att de normalt inte blir sjukskrivna under tiden men kan även ha dynamiska effekter på sjukskrivningsmönster.

Dagens föräldraförsäkring kan ge ekonomiska drivkrafter för en köns-konservativ uppleddning av föräldraledigheten. Givet att kvinnor tar ut den allra största delen av föräldraledigheten behöver inte deras makar ta lika stort ansvar som kvinnor för hushållsarbetet och omsorg av barnen under de tidiga åren. Dessa förhållanden missgynnar ofta kvinnor i arbetslivet, till exempel i form av sämre löneutveckling. Löneutvecklingen i sin tur påverkar de inkomstrelaterade ersättningarna negativt²⁰⁴.

I en studie av data från första hälften av 1990-talet finner författarna att föräldraledighet inte har någon effekt på kvinnors löneutveckling men påverkar mäns löneutveckling negativt²⁰⁵. Detta kan bidra till svagare ekonomiska drivkrafter för kvinnor än för män att arbeta.

²⁰³ SCB:s Arbetskraftsundersökningar 2003.

²⁰⁴ Tid, pengar – dela lika? SOU 2004:70.

²⁰⁵ Albrecht m.fl. 1998.

Referenser och relaterade studier

Broström G, Johansson P & Palme M, 2002, *Economic incentives and gender differences in work absence behaviour*, IFAU Working paper 2002:14. Institutet för arbetsmarknadspolitiska studier, 2002

Hemström, Örjan *Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differentials in mortality*, European Journal of Public Health, 12, 2002

Holmgren Kristina, Ivanoff Synneve Dahlin, *Women on sickness absence – views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study*, Disability & Rehabilitation 26(4), 2004

Håkansson Anders, "Generell havandeskapspenning" : ändrad sjukskrivningspolicy minskar gravidas sjuktal, Läkartidningen. 90(28/29), 1993

Johansson Per, Brännäs Kurt, *A household model for work absence*, Applied Economics, Nov 1998

Johansson Per, Palme Mårten, *Assessing the effect of public policy on worker absenteeism*, Journal of Human Resources 37(2), 2002

Johansson Per, Palme Mårten, *Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data*, Journal of Public Economics 59, 1996

Kamsvåg Tor, *Bidragsarbitraget – Myt eller verklighet?* Uppsats i nationalekonomi, Nationalekonomiska Institutionen, Stockholms Universitet, 1994

Leigh, J P, *Sex Differences in Absenteeism*, Industrial Relations 22(3), 1983

Ockander, Marlene, *A female lay perspective on health, disease, and sickness absence*, International Journal of Social Welfare, Jan 2001

Palmer Edward, *Sjukskrivning i Sverige – inledande översikt*, i: Hogstedt Christer, Bjurvald Mats, Marklund Staffan, Palmer Edward (red.), *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*, Statens folkhälsoinstitut; 2004

Paringer L, *Women and Absenteeism: Health or Economics?* American Economic Review 73, 1983

Prop. 2003/04:1, *Budgetproposition för 2004*

Riksförsäkringsverket, *Arbetslösa sjukskrivna – uppföljning av samverkansinsatser*, RFV Analyserar, 2004:5, 2004

Riksförsäkringsverket, *Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro – erfarenheter från fyra länder*, RFV Analyserar 2003:16, 2003

Riksförsäkringsverket, *Ekonomiska drivkrafter eller selektion i sjukfrånvaro?* RFV Redovisar 2001:10, 2001

Riksförsäkringsverket, *Gravida kvinnors situation*, RFV Analyserar 2003:7, 2003

Riksförsäkringsverket, *Kvinnor och män tycker om service – en genderanalys av Försäkringskassans kundundersökning*, RFV Redovisar 1998:9, 1998

Riksförsäkringsverket, *Kvinnor, män och sjukfrånvaro, om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering*, RFV Redovisar, 2001:5, 2001

Riksförsäkringsverket, *Lika inför kassan?* Stockholm, 1999

Riksförsäkringsverket, *Vilken arbetslivsinriktad rehabilitering erbjuds? i: Marklund Staffan (red), Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*, RFV Redovisar 1997:6, 1997

Skogman Thoursie, *Disability and Work in Sweden*, Akademisk avhandling, Institutet för Social Forskning (SOFI), Stockholms Universitet, 1999

Skogman Thoursie Peter, *Reporting Sick: Are Sporting Events Contagious?* Research Papers in Economics, Nationalekonomiska Institutionen, Stockholms Universitet, 2002:4, 2002

Tid, pengar – dela lika? SOU 2004:70, Bilaga 13 till LU 2003/2004, 2004

Tomasson K, Gunnarsdottir HK, Rafnsdottir GL, Helgadottir B, *Correlates of probable alcohol abuse among women working in nursing homes*, Scandinavian Journal of Public Health, Feb 2004

Upmark M, Möller J, Romelsjö A, *Longitudinal, population-based study of self reported alcohol habits, high levels of sickness absence, and disability pensions*, Journal of Epidemiology and Community Health, Apr 1999

Upmark M, Thundal KL, *An explorative, population-based study of female disability pensioners: the role of childhood conditions and alcohol abuse/dependence*, Scandinavian Journal of Public Health, Sep 2002

Vahtera J, Poikolainen K, Kivimäki M, Ala-Mursula L, Pentti J, *Alcohol intake and sickness absence: A curvilinear relation*, American Journal of Epidemiology, Nov 2002

Vasse RM, Nijhuis FJN, Kok G, *Associations between work stress, alcohol consumption and sickness absence*, Addiction, Feb 1998

Vem tjänar på att arbeta? SOU 2004:2

Vistnes, J.P, *Gender Differences in Days Lost from Work due to Illness*, Industrial and Labour Relations Review, 50(2), 1997

Voss Margaretha, Floderus Birgitta, Diderichsen Finn, *Changes in sickness absenteeism following the introduction of a qualifying day for sickness benefit – findings from Sweden Post*, Scandinavian Journal of Public Health 29(3), 2001