Sjukskrivning och genus i Norden

Vad vi vet och vad vi inte vet

Nordens
välfärdscenter

Sjukskrivning och genus i Norden
Vad vi vet och vad vi inte vet

Forskningsöversikt - en nordisk forskningssammanställning om den psykiska hälsan utifrån ett genusperspektiv

Utgiven av
Nordens välfärdscenter
© december 2016

Projektledare: Lidija Kolouh-Söderlund och Anna Gärdegård, Nordens välfärdscenter

Författare: Sara Hultqvist, Ph.D, lektor, Socialhögskolan, Lunds universitet
Iben Nørup, Post doc, Ph.D., Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet

Ansvarig utgivare: Ewa Persson Göransson

Grafisk design: Idermark och Lagerwall Reklam AB

Illustrationer: Lene Idermark

Nordens välfärdscenter
Box 1073, SE-101 39 Stockholm
Besöksadress: Drottninggatan 30
Tel: +46 8 545 536 00
info@nordicwelfare.org

Nordens välfärdscenter
c/o Institutet för hälsa och välfärd
PB 30, FI-00271 Helsingfors
Besöksadress: Mannerheimvägen 168 B
Tel: +358 20 741 08 80
helsingfors@nordicwelfare.org

Forskningsöversikten kan laddas ner på www.nordicwelfare.org

Innehåll

Förord **5**

Sammanfattning **6**

Vad vi vet och vad vi inte vet 7

Sjukskrivning och genus i Norden **8**

Teoretisk utgångspunkt och begrepp 8

Försök till förklaring samt debatter 9

Disposition 10

Sjukpenningsystemen i de nordiska länderna **12**

Danmark 12

Finland 14

Island 15

Norge 16

Sverige 17

Arbetslinjen, heltidsnormen och deltidskulturen 20

Forskning om skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukskrivningar **22**

Tre hypoteser 22

Ett genusteoretiskt perspektiv 24

Den kvinnliga samhällsrollen, sociologiska förklaringar 26

Arbetslivsforskningen: stress, strain, ansvar och balans *26*

Omsorgsansvar i kombination med lönearbete *29*

Mästringsstrategier och attityder till arbete *31*

Den kvinnliga kroppen, biologiska förklaringar 33

Graviditetsrelaterad sjukskrivning *33*

Kön, genus och sjukskrivning, om behovet av att ställa andra frågor 35

Sygefravær blandt kvinder og mænd i Norden. Et statistisk overblik **38**

Tilgængelighed af registerbaserede oplysninger om kønsforskelle i sygefravær 38

Udfordringer ved brug af nordiske registre om sygefravær 39

Danmark ... 40
Sygefravær fra beskæftigelse ... *40*
Hvem sygemelder sig? ... *42*
Sygefraværets hyppighed og varighed ... *44*
Sygedagpenge i Danmark ... *46*
Opsamling ... *47*
Finland ... 48
Sygefravær fra beskæftigelse ... *48*
Opsamling ... *49*
Island ... 50
Sygefravær fra beskæftigelse ... *50*
Sygefraværets varighed ... *51*
Opsamling ... *52*
Norge ... 52
Sygefravær fra beskæftigelse ... *52*
Hvem sygemelder sig? ... *54*
Opsamling ... *56*
Sverige ... 57
Sygefravær fra beskæftigelse ... *57*
Hvem sygemelder sig? ... *58*
Opsamling ... *62*
Sygefraværet på tværs af de nordiske lande ... 62
Sygefravær, køn og alder ... *65*
Sygefravær, sektor og branche ... *66*
Opsamling ... *67*
Socialförsäkringen igår och idag ... 68
Förslag på framtida forskning ... 70
Referenser ... 72

Förord

Nordens välfärdscenter projekt Sjukskrivning och genus i Norden - vad vi vet och vad vi inte vet är ett uppdrag från Nordiska ministerrådet för social- och hälsopolitik. Projektets huvudsakliga syfte är att göra en nordisk forskningssammanställning om den psykiska hälsan utifrån ett genusperspektiv.

Könsskillnader i sjukfrånvaron förekommer, om än i varierande grad, i samtliga nordiska länder. Avsikten med forskningsgenomgången är att få till stånd en bättre jämförande översikt över politiken på området. Detta kan underlätta erfarenhetsutbyte om effekter av politik samt främja ytterligare samarbete på området. Det är vår förhoppning att rapporten ska bidra till en ökad kunskap om sambanden mellan psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro i Norden och i vad mån förekomsten av skillnader i sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa skiljer sig åt mellan länderna samt huruvida det finns könsskillnader som i detta avseende bör beaktas.

Vi hoppas att kartläggningen kan leda till fördjupade nordiska studier och insatser, både på gemensam nordisk nivå och i respektive land.

Vi vill särskilt tacka rapportens huvudförfattare Sara Hultqvist, forskare vid Lunds universitet. Ett stort tack också till Iben Nørup, forskare vid Aalborg Universitet, för kapitlet med de statistiska jämförelserna mellan länderna.

Ewa Persson Göransson

Direktör
Nordens välfärdscenter

Sammanfattning

I forskningsöversikten ställs frågan Varför är kvinnor mer sjukskrivna än män? i de nordiska länderna. Studier som med olika metoder och utifrån skilda vetenskapliga utgångspunkter söker svar på frågan presenteras. Rapporten lyfter fram undersökningar publicerade i Norden från år 2000 till mitten av 2016. Tre vanliga hypoteser; om kvinnohälsa, om arbetsmiljö och om dubbelarbete, läggs fram. Mycket av den forskning som gjorts är inspirerade av dessa tre hypoteser, men de har hittills kunnat förklara bara en bråkdel av skillnaderna i mäns och kvinnors sjukskrivningsnivåer.

Sjukskrivningsfrågan existerar i korsdraget mellan politik, medial debatt och forskning. I detta korsdrag sker en kamp om vilken tolkning av frågan som råder. På senare år har kvinnors sjukskrivningstal beskrivits som ett problem och ofta relaterats till mäns lägre sjukskrivningstal. Kanske bidrar denna problemformulering till att reproducera det samhälleliga genuskontrakt som för det första särskiljer män och kvinnor och för det andra underordnar kvinnor män. Vad händer om vi istället utgår från andra kategorier i våra analyser av sjukskrivningsfrågan? I en nyligen genomförd undersökning jämfördes organisatoriska förutsättningar för att bedriva arbetsmiljöarbete i olika verksamheter i 59 svenska kommuner. Hemtjänsten jämfördes med teknisk förvaltning. Stora organisatoriska skillnader framkom och slutsatsen drogs att förutsättningarna för att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete är sämre i hemtjänsten än i teknisk förvaltning. Mönstret var genomgående, oberoende av kommunstorlek. Ett sådant resultat gör det möjligt att ställa nya frågor. Att de flesta anställda inom hemtjänsten är kvinnor och de flesta anställda inom teknisk förvaltning är män kanske inte har någon betydelse. Istället är kanske sättet att organisera arbetet på avgörande för sjukskrivningstalen. Genom att i framtiden välja andra analytiska kategorier än ”kvinnor” och ”män” kommer vi få uppslag till nya frågor som eventuellt leder oss till en ökad förståelse för observerande sjukskrivningsmönster.

Rapportens ambition är alltså att ge läsaren en överblick av forskningsläget och samtidigt utmana gängse problemformulering. Rapporten innehåller också en summarisk beskrivning av sjukpenningsystemen i de fem nordiska länderna och en statistisk genomgång av frågan om mäns och kvinnors skilda sjukskrivningsmönster. När det gäller sjukpenningsystemen är grunddragen i hög grad lika, även om det existerar skillnader i exempelvis ersättningsnivåer. Från den statistiska genomgången framgår att den överordnade bilden ser likadan ut i samtliga nordiska länder, kvinnors sjukskrivningstal är högre än mäns. Sverige är det land bland de fem där skillnaden är störst.

De identifierade kunskapsluckorna ägnas uppmärksamhet i slutet av rapporten. Där ges konkreta förslag på framtida forskning. En viktig slutsats här är att sjukskrivningsfrågan måste belysas från en rad olika vetenskapliga håll och beforskas med olika metoder. Omfattande register i vilka data går att jämföra också över landsgränserna är en önskvärd plattform för kommande nordiska studier. Djuplodande undersökningar baserade på intervjuer med och observationer av centrala aktörer i sjukskrivningspraktiken är lika viktiga för att begripa hur sjukförsäkringen fungerar i de olika nordiska länderna.

Vad vi vet och vad vi inte vet

Vi vet att kvinnor är mer sjukskrivna än män i Norden och att psykiatriska diagnoser är vanliga skäl till sjukskrivning. Vi vet däremot inte exakt hur sambandet mellan ohälsa och diagnossättning ser ut. Det råder inget enkelt samband mellan sjukdom, diagnos och sjukskrivning.

Arbetsmarknaden i de nordiska länderna är könssegregerad. Maskulint kodade arbetsuppgifter har högre status än feminint kodade arbetsuppgifter. Hur arbetsmarknadens organisering påverkar sjukskrivningarna är fortfarande till stor del ett outforskat fält.

Befintlig statistik ger oss en övergripande bild av utvecklingen vad gäller sjukskrivning. De data statistiken bygger på är däremot inte tillräckligt systematiskt insamlade för att möjliggöra detaljerade jämförelser mellan samtliga nordiska länder.

Forskningen tyder på att samspelet mellan olika aktörer i hög grad avgör utfallet i sjukförsäkringsärenden. För att förstå dessa lokala och tidsbestämda praktiker krävs verksamhetsnära och ingående studier av samma praktiker.

Sjukskrivning och genus i Norden

Mätt på gruppnivå har kvinnor högre sjukskrivningstal än män. Detta påstående gäller i Norden och i övriga västvärlden. I föreliggande rapport är detta faktum utgångspunkt. Det är också ett faktum att psykiatriska diagnoser finns på en stor andel av de sjukintyg som ligger till grund för kvinnors sjukskrivning i mitten på 2010-talet. Rapporten kommer ställa frågan "Varför?" i relation till frågan om kvinnors och mäns olika sjukskrivningstal samt i förhållande till kvinnor och psykiatriska diagnoser, men kommer inte stanna vid det utan istället utmana gängse problemformulering. Sambanden mellan sjukdom och sjukskrivning är nämligen inte så självklara som vi kanske tror. Samma gäller förhållandet mellan diagnos och sjukdom. Diagnoser är inte bara sjukdomsnamn, utan används som verktyg för att precisera gränssnitten mellan välfärdspolitik, medicinska insatser och individens eget ansvar (Johannisson 2006 s. 30). Vidare tillmäts olika diagnoser olika status (Album 1991). Denna kunskap i kombination med forskning som visar att kvinnors symptom oftare än mäns etiketteras som psykiska (Mik-Meyer 2011) gör att frågeställningar om kvinnors, i jämförelse med mäns, högre sjuktal måste förstås mot bakgrund av att män och kvinnor tillskrivs olika roller i samhället.

Teoretisk utgångspunkt och begrepp

En grundläggande uppfattning i den här rapporten är att det existerar ett *politiskt genuskontrakt* där staten/samhället förser medborgarna med uttalade och outtalade anvisningar som rör rättigheter och skyldigheter för kvinnor och för män. Det genussystem i vilket vi som människor och samhällsmedborgare ingår vilar på två grundprinciper: *könens isärhållande* och *mannen som norm* (Hirdman 2003). Den första principen innebär att kvinnor och män förväntas göra olika saker, bete sig på olika sätt och resonera olika. Handlingar och hållningar kodas som feminina eller maskulina. Ett exempel på föreställning om män och kvinnor som får konsekvenser för sjukskrivningsmönstren än den om den manliga familjeförsörjaren respektive den kvinnliga omsorgsgivaren. Medan kvinnor förväntas ha fallenhet för att ge vård och omsorg, så förväntas det av mannen att han arbetar utanför hemmet och kan försörja sig och sin familj. Den andra principen innebär att män värderas högre än kvinnor. Mannen är normen. Kvinnan är undantaget. De handlingar och hållningar som kodas som maskulina värderas i analogi med det vanligen högre än de feminint kodade. Som en följd av detta är kvinnors arbete, såväl utanför som på arbetsmarknaden, sämre avlönat än mäns arbete.

I rapporten används en genusteoretisk begreppsapparat. Medan *kön* syftar till de biologiska skillnader som kommer med att ha en kvinnlig respektive manlig kropp, så refererar genus till internaliserade, sociokulturella betydelser av att ha en kvinnlig respektive en manlig kropp – vad som anses feminint respektive maskulint (jfr Bekker et al 2009). När det gäller begreppen *psykisk ohälsa*

och *psykiatriska diagnoser* används dessa här som åtskilda begrepp för att belysa hur individers självrapporterade dåliga mående i termer av oro, nedstämdhet eller stress inte alltid har någon medicinsk diagnos. I internationell litteratur används ofta begreppet *Common Mental Disorders* (CMD) som ett samlingsnamn för diagnoserna depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifika fobier, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom (Vingård 2015). Bland CMD ryms flera av de diagnoser som är vanligare bland kvinnor än bland men i följande rapport kommer psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser vara de begrepp som används.

Försök till förklaring samt debatter

Sjukskrivning är ett ämne som engagerar i både forskarvärlden och den politiska sfären. Ämnet är till sin natur både föremål för vetenskapliga studier och för politiska insatser. Inte minst därför är sjukskrivning med ojämna mellanrum också föremål för den mediala debatten.

I sin bok "Kampen om sjukfrånvaron" (2010) beskriver forskaren Björn Johnson hur frågans position - i korsdraget mellan vetenskap och politik - gör att saklighet och vetenskapliga rön ibland hamnar i bakgrunden när starka särintressen vinner kampen om problemformuleringen. Johnson visar med den svenska debatten i början av 2000-talet som empiriskt exempel hur frågan om sjukfrånvaro fick en mer framträdande plats i svensk debatt i början av 2000-talet än den haft någonsin tidigare, och hur debatten ändrade inriktning. Från att ha handlat om bristande arbetsmiljö kom den vid den här tiden att mer och mer diskuteras i termer av överutnyttjande. Nationalekonomiska studier visade på betydelsen av ekonomiska drivkrafter, attityder och normer. Dessa förklaringar användes i debatten av en rad inflytelserika aktörer i syfte att främja vissa intressen. Inte minst hade arbetsgivarnas företrädare mycket att vinna på att sjukfrånvarodebatten kom att kretsa kring enskilda människors attityder och systemets konstruktion, istället för att handla om arbetsmiljö och arbetsgivaransvar. Överutnyttjandediskursen blev med tiden vedertagen och Johnson visar hur den inte bara var tongivande i den allmänna debatten utan också kraftigt färgade den socialförsäkringsutredning som tillsattes. I forskningen fanns det emellertid inga belägg för att överutnyttjade skulle vara huvudskälet till att sjukskrivningarna hade ökat.

Johnson visar med sjukfrånvarodebatten hur samhällsproblem sällan är lättdefinierade företeelser, logiskt avgränsade utifrån objektiva fakta. Snarare blir de till i en problemdefinieringsprocess där olika intressenter kämpar för att få gehör för sin version av problemet. På samma sätt som i den svenska sjukskrivningsdebatten i början av 2000-talet pågår idag en offentlig debatt i Norden om sjukskrivningstal. Den debatt vi är mitt uppe i kan inte utvärderas än. Också den finns i korsdraget mellan forskning och politik och bygger på såväl vetenskapliga rön som politiska ställningstaganden. I denna debatt pågår för närvarande en kamp om hur skillnaderna i sjukskrivningsmönster mellan kvinnor och män ska förklaras. Då och då har det påståtts att kvinnors

sjukskrivningar ökar i jämförelse med mäns (AFA Försäkring 2016, Ravndal Kostøl & Telle 2011). Sådana enkla påståenden får ofta medial uppmärksamhet och större genomslag än tolkningar av svårtydda data. Ser vi på nationell statistik som illustrerar kvinnors respektive mäns sjukskrivningar sedan början av 2000-talet så skiftar tendenserna mellan de olika länderna. Medan skillnaderna minskat i Sverige så har de ökat i Norge. Samtidigt är det viktigt att ta i beaktande den totala sjukskrivningsnivån i landet i diskussioner om skillnader mellan mäns och kvinnors sjukskrivningstal. I den statistiska överblicken, längre fram i rapporten, nyanserar vi påståendet att kvinnors sjukskrivningar ökar i jämförelse med mäns. Iakttagelser som denna gör det extra angeläget att betrakta sjukskrivningsdebatten i det sammanhang den förs; i korsdraget mellan politik och forskning – mellan objektiva fakta och ideologiska ställningstaganden.

Disposition

Rapporten består av fyra delar. I den första beskrivs de nordiska ländernas sjukpenningsystem. I den andra delen redogörs först för aktuell nordisk forskning om sjukfrånvaro och de hypoteser som lagts fram i sökandet efter förklaringar på varför sjukskrivningstalen för kvinnor är högre än för män. Därefter anläggs ett genusperspektiv på forskningen om sjukskrivning. Hur politikens utformning i allmänhet och socialförsäkringen och sjukpenningsystemet i synnerhet inverkar på kvinnors och mäns uttag av sjukskrivning diskuteras. I den tredje delen presenteras aktuell statistik för samtliga fem nordiska länder. I den avslutande delen ställs frågan om hur genuskontraktet kan tänkas inverka på kvinnors respektive mäns uttag av sjukpenning, både direkt genom människors handlingsmönster och indirekt genom de demokratiskt beslutade politiska system som tillsammans gör välfärdsstaten.

Sjukpenningsystemen i de nordiska länderna

Samtliga nordiska länder har en allmän sjukförsäkring som träder in när sjukdom eller skada hindrar människor från att arbeta. Detta enar de nordiska länderna och utgör en beståndsdel av den nordiska välfärdsmodell som rönt stort intresse runt om i världen. Ser vi i detalj på de olika systemen så skiljer de sig emellertid från varandra på en rad punkter. I det här avsnittet presenteras de olika sjukpenningsystemen land för land. Här beskrivs vilka som omfattas av försäkringen och vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att försäkringen ska falla ut. Principer, nivåer och tidsgränser för den ekonomiska ersättningen presenteras liksom en resumé över rehabiliteringen i respektive system. Också frågan om vem som har rätt att utfärda sjukintyg och om det existerar ett så kallat försäkringsmedicinskt beslutsstöd eller inte besvaras. De fem systemens karakteristika presenteras därefter på andra ledden, i en översiktlig tabell. Som avslutning summeras likheter och skillnader.

Danmark

I Danmark är det kommunerna som administrerar den allmänna sjukförsäkringen. Sjukförsäkringen är en arbetsbaserad rättighet.

För att ha rätt till sjukpenning, *sygedagepenge*, gäller som grundkrav nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada. Vidare ska sjukdomen inte vara permanent. Utöver ovanstående krävs minst ett av följande:

1. Anställd i minst 240 timmar de senaste sex avslutade kalendermånaderna före första sjuk frånvarodagen. I minst fem av dessa månader ska anställningen ha omfattat minst fyrtio timmar i månaden.
2. Om medborgaren inte varit sjuk skulle hen ha varit berättigad inkomst från arbetslöshets försäkringen.
3. Medborgare som inom den senaste månaden har avslutat en yrkesutbildning som varade minst 18 månader.
4. Elev i vissa typer av avlönad utbildningspraktik.
5. Medborgare anställd i flexjobb.

När det gäller rehabilitering och aktivering skiljs mellan kortare och längre sjukskrivningar. Om sjukskrivningen förväntas vara i mindre än 8 veckor sätts inga insatser in. Om sjukskrivningen förväntas vara längre än 8 veckor gör det kommunala jobbcentret en uppföljning av ärendet och initierar en insats, till exempel arbetsinriktad praktik. Tvärfackliga inslag bestående av exempelvis fysioterapi, smärthantering eller fysisk träning kan sättas in vid behov.

Kommunen ska ha sjukintyget senast 8 veckor efter första sjukfrånvarodagen, men kan kräva läkarintyg tidigare. Arbetsgivaren kan kräva ett sjukintyg två veckor efter första sjukfrånvarodagen men, men ska då betala för läkarintyget. Arbetsgivarperioden, den period då arbetsgivaren betalar ut ersättning, är 30 dagar. För personer som har fler än 10 dagars frånvaro från arbete på grund av kronisk sjukdom kan det slutas ett avtal mellan arbetsgivare, arbetstagare och kommun, i vilket arbetsgivaren får kostnaderna för sjukpenningen återbetalade av kommunen från dag ett. Dessa avtal upprättas individuellt och ska förnyas vartannat år. Endast läkare kan utfärda sjukintyg. Ingen karens finns i det danska systemet.

Flat-rateprincipen råder, det vill säga ersättningsnivån är en och samma för alla. Full dagersättning utgår till personer som sjukskrivs från heltidsarbete. Till personer som sjukskrivs från halvtidsarbete utgår halv dagersättning. Maximal ersättningstid är 154 dagar. Efter 154 dagars sjukskrivning mister i normalfallet medborgaren rätten till sjukpenning. En ersättning som heter *jobafklaringsydelse* tar vid och den ekonomiska ersättningsnivån sjunker härmed. Samtidigt blir kravet på deltagande i aktiveringsinsats hårdare. I undantagsfall kan sjukpenning betalas ut också efter 154 dagar. Inget försäkringsmedicinskt beslutsstöd finns.

Finland

I Finland administrerar Folkpensionsanstalten (FPA/KELA) den allmänna sjukförsäkringen. I allmänhet omfattas alla i Finland stadigvarande bosatta personer av Folkpensionsanstaltens sjukförsäkring. Med stadigvarande bosatt avses att ha sitt egentliga hem i Finland och att som regel vistas i landet. För rätt till sjukdagpenning, *sairauspäiväraha* , gäller att arbetsförmågan bedöms vara nedsatt av medicinska skäl. Sjukdagpenning utgår i normalfallet för den som varit anställd i minst 3 månader före det att arbetsoförmågan inträffade. Sjukpenning enligt ett minimibelopp kan utgå också för den som saknar anställning. Det gäller personer mellan 16 och 67 år som under de tre föregående månaderna innan de blev arbetsoförmögen varit anställd, varit egen företagare, studerat, varit arbetslös, varit arbetssökande, varit närståendevårdare eller familjevårdare, skött eget hushåll, fullgjort beväringstjänst/civiltjänst, eller varit alterneringsledig.[1]

Folkpensionsanstalten ansvarar för rehabilitering för att främja funktions- och arbetsförmågan hos personer i arbetsför ålder, det vill säga 16-64 år. Dessutom ordnar Folkpensionsanstalten rehabilitering och anpassningsträning för patientgrupper i olika åldrar.

Rehabiliteringen kan även omfatta hjälpmedel som behövs för att möjliggöra studier eller arbete samt näringsunderstöd för arbete i eget företag eller som yrkesutövare. Under rehabiliteringen kan Folkpensionsanstalten trygga klientens utkomst med rehabiliteringspenning. Folkpensionsanstalten ersätter också resekostnader till och från rehabiliteringen. Själva rehabiliteringen är i allmänhet avgiftsfri för klienten.

Läkarintyg kan krävas från dag ett vid sjukskrivning och det är endast läkare som kan utfärda det medicinska underlaget. Ingen karensdag finns i det finska systemet. Arbetsgivarperioden består av insjuknandedagen och de därpå 9 följande dagarna i sjukskrivningsperioden.

Inkomstbortfallsprincipen råder. Sjukdagpenningens storlek fastställs i regel på basis av den arbetsinkomst som konstaterats vid beskattningen och som justerats med en lönekoefficient. Om årsarbetsinkomsten är högst 1 408 EUR, fås ingen dagpenning på basis av arbetsinkomst. Då utgår istället ersättning på basnivå, som är 23,92 EUR per vardag.

Det finns inget inkomsttak i det finska systemet. För inkomster upp till 30 000 EUR är dagpenningen 70 procent av årsarbetsinkomsten, medan procentsatsen gradvis sjunker för högre årsarbetsinkomsterer.

I det finska systemet finns en bortre tidsgräns. Sjukdagpenning kan utges på grund av samma sjukdom för högst 300 dagar.[2] Något försäkringsmedicinskt beslutsstöd finns inte.

---

1 *Alterneringsledighetens syfte att främja arbetstagarens arbetsmotivation och samtidigt ge en arbetslös arbetssökande en chans att få arbetserfarenhet genom visstidsanställning samt ge arbetsgivaren en chans att få ny kompetens. Arbetsgivaren och arbetstagaren avtalar sin semellan om alterneringsledigheten. Arbetstagaren kan använda ledigheten på valfritt sätt.*

2 *Alla dagar utom söndagar och heldagar som inträffar påvardagar räknas i dessa 300 dagar.*

Island

På Island är det den isländska försäkringskassan, Tryggingastofnun, som ansvarar för socialförsäkringen. Socialförsäkringen gäller för alla som är folkbokförda på Island. Sjukpenningsystemet består av tre delar.

1. Sjukdagpenning från Tryggingastofnun
2. Sjukersättning från arbetsgivare enligt lag och/eller kollektivavtal
3. Sjukdagpenning från fackets sjukfonder

Tryggingastofnun administrerar den allmänna delen, arbetsgivare sjukersättning enligt lag och/eller kollektivavtal. Fackförbundens sjukfonder administrerar den tredje delen. Systemet regleras alltså delvis i lagtext och delvis i avtal slutna mellan arbetsmarknadens parter. Grundkriteriet är nedsatt arbetsförmåga på grund av medicinska skäl. Flatrateprincipen råder i den allmänna sjukdagpenningen. Inkomstbortfallsprincipen råder i sjukersättningen. Ersättningsprinciperna i sjukdagpenningen från fackets sjukfonder skiftar mellan olika avtalsområden. Full dagersättning utgår till personer som sjukskrivs från heltidsarbete. Till personer som sjukskrivs från halvtidsarbete utgår halv dagersättning. Ersättningsbeloppen i den avtalsreglerade delen av sjukpenningen är inkomstbaserad och skiftar mellan olika avtalsområden.

sjukförsäkringssystemet betalar arbetsgivaren ersättning till arbetstagaren under hela den period kollektivavtalet stipulerar rätt till ersättning. Detta särskiljer det isländska systemet från övriga nordiska länder, som har en inledande arbetsgivarperiod.

Löntagare har enligt lag rätt till sjukdagpenning i som minst två dagar för varje arbetad månad. Löntagare som utnyttjat denna rätt kan därefter söka stöd från fackets sjukfonder. Fackliga avtal inom flera branscher ger bättre villkor än ovanstående, som är en lagstadgad miniminivå.

Sedan 2008 är VIRK en viktig aktör när det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering på Island. VIRK är en privat fond, men drivs av arbetsmarknadens parter. Alla stora fackförbund och arbetsgivare i landet är medlemmar. Det överordnade målet för VIRK's verksamhet är att underlätta återgång i arbete. Alla tjänster i VIRK's regi är kostnadsfria för den enskilda medborgaren.

På Island kan sjukdagpenning från fackliga sjukfonder sökas i maximalt cirka 12 månader[3] och därefter sjukdagpenning från den allmänna delen av sjukpenningsystemet. Denna kan utgå i som längst 364 dagar under en ramtid på två år. Något försäkringsmedicinskt beslutsstöd finns inte.

---

3 Denna tidsgräns varierar något mellan olika branscher.

Norge

I Norge administrerar sedan 2006 NAV (Ny) Arbeids- og Velferdsforvaltning socialförsäkring och arbetsmarknadspolitik samt delar av den kommunala socialtjänsten, exempelvis ekonomiskt bistånd. NAV som myndighet är ett samarbete mellan stat och kommuner.

Generellt omfattar socialförsäkringen alla som bor eller arbetar i Norge, men just sjukpenningen är en arbetsbaserad förmån. För att ha rätt till sjukpenning, *sykepenger*, krävs anställning i minst fyra veckor. Det krävs vidare en inkomst på minst 50 procent av basbeloppet[4] för att kvalificera sig för rätten till sjukpenning. Arbetsoförmågan ska vara medicinskt betingad.

En plan för återgång i arbete på initiativ av arbetsgivaren ska upprättas inom 4 veckor från sjukskrivningens start. Efter 7 veckor ska ett första dialogmöte äga rum. Det åligger arbetsgivaren att kalla till dialogmöte. Den som skall kallas är arbetstagaren och om arbetsgivaren och arbetstagaren eller endast arbetstagaren önskar det kallas också sjukskrivande läkare. Också andra parter kan bjudas in att delta.

Sjukintyg krävs från nionde dagen på IA-anslutna arbetsplatser[5] och från fjärde dagen på övriga. Läkare, tandläkare, kiropraktorer och manuellterapeuter[6] kan utfärda sjukintyg i Norge. Arbetsgivarperioden består av de första 16 dagarna i sjukskrivningsperioden. Ingen karensdag finns för anställda. För egenföretagare - som inte har någon anställning – finns en vänteperiod om 16 dagar. Emellertid finns möjlighet för egna företagare att teckna en försäkring som täcker denna vänteperiod.

Arbetsoförmågan ska vara medicinskt betingad. Vid kortare sjukfall bedöms arbetsförmågan i förhållande till individens yrke. Vid långa sjukfall bedöms den utifrån alla lämpliga arbeten. Inga specifika tidsgränser finns i det norska sjukpenningsystemet.

Inkomstbortfallsprincipen råder och inkomstbortfallet kompenseras med 100 procent av bortfallet. Inkomsttaket i det norska systemet uppgår till 6 grundbelopp, det vill säga totalt ca 555 000 NOK.

Det finns en bortre tidsgräns. Sjukpenning kan som längst betalas ut 260 dagar för anställda och 248 dagar för egenföretagare. Detta under en ramtid på tre år. Något försäkringsmedicinskt beslutsstöd finns inte i Norge. Däremot har lokala försök gjorts, med det svenska försäkringsmedicinska beslutsstödet som förlaga.

---

4 *Basbeloppet är per 1:a maj 2016 92 576 NOK.*

5 *IA-avtalen är ett omfattande avtal slutet av arbetsmarknadens parter. IA-avtalen rör cirka 60 procent av alla norska arbetstagare.*

6 *I Norge är kiropraktortiteln skyddad och kräver 5-8 års utbildning. Manuellterapeuter är fysioterapeuter som har vidareutbildat sig på universitetsnivå inom ämnet fysioterapi.*

Sverige

I Sverige administrerar Försäkringskassan den allmänna sjukförsäkringen. Generellt omfattar den allmänna sjukförsäkringen alla som bor eller arbetar i Sverige, men just sjukpenningen är en arbetsbaserad förmån. För att ha rätt till sjukpenning krävs att personen utför arbete i Sverige. Även arbete som utförts utomlands kan räknas som arbete i Sverige om personen är utstationerad, d.v.s. om en anställd har sänts att arbeta utomlands av sin arbetsgivare i Sverige. För rätt till sjukdagpenning gäller att arbetsförmågan ska vara nedsatt med minst 25 procent av medicinska skäl. Vidare krävs en löneinkomst och en årsinkomst på minst 24 procent av ett prisbasbelopp.[7] Det svenska sjukpenningsystemet har ingen uttalad kvalificeringsperiod men arbetsinkomsten ska i normalfallet komma från ett arbete som varar i minst ett halvår. Försäkringskassan har samordningsansvaret för den sjukskrivnas rehabilitering. Samordningsansvaret innebär bland annat ansvar för upprättandet av en plan för återgång i arbete och att avstämningsmöte med den sjukskrivna, behandlande läkare, arbetsgivare och Försäkringskassan kommer till stånd. Arbetsgivaren har ansvaret för att genomföra eventuella åtgärder på arbetsplatsen som kan underlätta för en anställd att komma tillbaks i arbete.

Det svenska sjukpenningsystemet har ingen bortre tidsgräns. Denna regel är emellertid nyligen införd och mellan 2008 och 2015 var maximal ersättningstid 914 dagar. Däremot stipulerar den så kallade rehabiliteringskedjan idag olika bedömningskriterier av arbetsförmågan enligt följande: Vid kortare sjukfall än 90 dagar bedöms arbetsförmågan i relation till individens vanliga arbete eller annat lämpligt tillfälligt arbete hos arbetsgivaren. Efter 90 dagar bedöms arbetsförmågan i relation till annat arbete som arbetsgivaren kan erbjuda. Efter 180 dagar bedöms arbetsförmågan i relation till arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Detta gäller emellertid inte om Försäkringskassan bedömer att personen med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete hos sin arbetsgivare före dag 366. I dessa fall bedöms arbetsförmågan i förhållande till ett arbete hos arbetsgivaren även efter dag 180. Regeln gäller inte heller om det kan anses oskäligt att bedöma patientens arbetsförmåga i förhållande till arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Efter 365 dagar kan sjukpenning bara utgå till personer som inte kan utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Undantag från detta kan göras om det kan anses oskäligt att bedöma personens arbetsförmåga i förhållande till sådant arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden. Rehabiliteringskedjan gäller fullt ut bara för den som har en anställning. Egna företagares arbetsförmåga bedöms i förhållande till de vanliga arbetsuppgifterna fram till och med dag 180. Sedan bedöms arbetsförmågan i förhållande till sådant arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden. För arbetslösa bedöms arbetsförmågan i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden redan från första dagen i sjukperioden.

---

7 *I Sverige är ett prisbasbelopp 44 300 SEK år 2016 och 24 procent av ett prisbasbelopp är 10 700 SEK.*

Sjukintyg krävs från dag åtta och det är endast läkare som kan utfärda sjukintyg. Arbetsgivarperioden består av de första 14 dagarna i sjukskrivningsperioden. Det svenska sjukpenningsystemet har en dags karenstid.

Inkomstbortfallsprincipen råder. Ersättning utgår i normalfallet med 80 procent av lönen under 364 dagar upp till ett tak på 7,5 prisbasbelopp, 332 200 SEK år 2016. Efter 364 dagar är ersättningsnivån 75 procent upp till motsvarande tak. Maximal dagersättning är 706 SEK vid 80 procent ersättningsnivå.

Sammanfattande tabell över sjukpenningssystemen i de nordiska länderna

Land	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Namn	Sygedagpenge	Sairauspäivärahа/sjukdagpenning	Sjúkradagpeningar	Sykepenger	Sjukpenning
Administrerande myndighet	Kommunerna	KELA/FPA	Tryggingastofnun	NAV (Arbeids- og velferdsforvaltningen)	Försäkringskassan
Kvalifikationsvillkor	Tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada. Vidare krävs att minst ett av en rad kriterier (se s. 8) är uppfyllda.	Nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom samt anställd i minst 3 månader före det att arbetsoförmågan inträffade. Sjukpenning enligt ett minimibelopp kan utgå också för den som saknar anställning.	Nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.	Nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada. Anställd ≥ 4 veckor. Inkomstkrav på ≥ 50 % grundbeloppet.	Nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Nedsättningen ska uppgå till minst en fjärdedel. Årlig arbetsinkomst på minst 24% av ett prisbasbelopp (dvs 10 700 SEK).
Ersättningsprincip	Flat-rate	Inkomstbortfallsprincipen.	Flat-rate	Inkomstbortfallsprincipen. 100 procent av inkomstbortfallet ersätts	Inkomstbortfallsprincipen
Maximalt ersättningsbelopp	-	Inget.	-	6 grundbelopp (dvs totalt ca 566 000 NOK).	Högst 706 SEK per dag (år 2016).
Karens	Ingen.	Ingen.	Ingen.	Ingen.	1 dag.
Arbetsgivarperiod	30 dagar. För kroniskt sjuka finns ingen arbetsgivarperiod.	10 dagar.	Ingen.	16 dagar.	14 dagar.
Maximal ersättningstid	154 dagar, med vissa undantag.	300 vardagar.	364 dagar under en ramtid på två år.	260 vardagar för anställda. 248 vardagar för egenföretagare.	Ingen.

Arbetslinjen, heltidsnormen och deltidskulturen

De nordiska ländernas olika system för sjukpenning skiljer sig alltså åt på en rad punkter, men är i stora drag ändå lika. Skillnader finns i ersättningsnivåer och maximal ersättningstid. Också ifråga om karens och arbetsgivarperiod finns skillnader. Vidare finns i varje nordiskt land ett eller flera särdrag med betydelse för sjukskrivningens utformning och/eller utfall. I Norge är IA-avtalen av betydelse för sjukskrivningsreglementet i de företag som ingått avtalen. Både på Island och i Finland är fackföreningarna en central aktör i sjukskrivningsärenden. I Danmark har arbetsgivare möjligheten att avskeda anställda på grund av sjukfrånvaro. Existensen av ett medicinskt beslutsstöd utmärker svensk sjukskrivningspraktik. Däremot är grundkriteriet "medicinskt orsakad arbetsoförmåga" detsamma i samtliga länders sjukpenningsystem. Hur dessa drag vart och ett påverkar mäns och kvinnors sjukskrivningar vet vi ännu inte. Kanhända döljs delar av förklaringen bakom kvinnors högre sjukskrivningstal bakom något eller några av dem. Kanske spelar enstaka skillnader i administration, reglemente och praxis ingen större roll.

Bortom de ovan nämnda skillnaderna finns en princip som förenar samtliga länder, arbetslinjen. Grundtanken är att lönearbete alltid ska löna sig. Arbetslinjen kan ses som ett moraliskt påbud från staten som signalerar att lönearbetet är en viktig institution. I den typ av skattefinansiellt system som vi har bekostar just skatt på lön från arbete i hög grad trygghetssystemen. Lönearbete är såväl en skyldighet som en rättighet. Ju fler medborgare som lönearbetar, desto bredare blir den skattebas som garanterar en fortsatt stark välfärdsstat. Det demokratiska målet "samhällelig delaktighet" har också knutits till lönearbete. Att ha ett jobb att gå till kopplas samman med möjligheten att delta aktivt i samhällslivet. För individen ger lönearbete en känsla av gemenskap och att vara behövd. I arbetslinjens namn har lönearbetet med andra ord tillmätts stor betydelse och politiska hållningen i samtliga nordiska länder är att såväl medborgaren som staten gynnas av denna grundprincip.

I Sverige, Norge och Finland återspeglar inkomstbortfallsprincipen arbetslinjen. Det ska löna sig att lönearbeta, också när du drabbas av sjukdom eller skada och därför inte kan gå till jobbet. Storleken på ersättningen från sjukförsäkringen är som konsekvens beroende av din arbetslön. Denna logik gör att de löneskillnader mellan kvinnor och män som finns på arbetsmarknaden återskapas bland dem som på grund av medicinskt betingad arbetsoförmåga försörjer sig via sjukpenning. Logiken är densmama i de förtidspensionssystem som bygger på inkomstbortfallsprincipen (jfr Nordens Välfärdscenter 2015). En inom det nordiska samarbetet nyligen uppmärksammad konkret skillnad mellan mäns och kvinnors förvärvsarbetsmönster är att kvinnor i mycket högre utsträckning än män arbetar deltid istället för heltid. I publikationen *Heltidsnorm* och *deltidskultur* (NIKK 2015) utmanas arbetslinjens heltidsnorm. I stället för att betrakta kvinnors deltidsarbete som något per definition dåligt som borde förändras till heltidsarbete så uppmanas till ett bredare angreppssätt. Tänk om det är de deltidsarbetande som prioriterar rätt?

Det finns ingen grund att påstå att inkomstbortfallsprincipen som politisk norm skulle ha någon direkt koppling till skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukskrivningstal. Skillnaderna återfinns också i Danmark, där flat-rateprincipen råder och där alltså storleken på ersättningen från sjukförsäkringen inte är kopplad till lön från arbete. Däremot ligger inkomstbortfallsprincipen i linje med det genuskontrakt som gör att kvinnor tar större ansvar för småbarn i den egna familjen, vanligen befinner sig i yrken och på arbetsplatser med lägre löner och oftare än män arbetar deltid. Dessa tre är samtliga exempel på ogynnsamma förhållanden i relation till inkomstbortfallsprincipen. Den i hushållet som tar ut flest föräldradagar är samtidigt den som lönearbetar minst under samma period. Den med låg lön har i enlighet med inkomstbortfallsprincipen låg ersättning från sjukförsäkringens då sjukdom hindrar lönearbete. Deltidsjobb genererar vanligen mindre lön än heltidsjobb. En rad omständigheter som samtliga understödjs av genuskontaktet, de skillnader i rättigheter och skyldigheter som gör att kvinnor och män systematiskt har olika samhällsroller, gör att kvinnor missgynnas av inkomstbortfallsprincipen i jämförelse med män. Påståendet är givetvis ett generellt sådant och många undantag existerar. Det finska systemet utgör ett intressant undantag. Här finns nämligen en omfördelningsmekanism inbyggd. Den med hög lön har rätt till en lägre procentandel av sin lön vid sjukskrivning än den med låg lön. Sammantaget är det emellertid sannolikt att just den här sortens principiella skillnader med långtgående och svåröverblickbara konsekvenser är betydelsefulla för att förstå varför kvinnor är mer sjukskrivna än män. Svaren finns i förläggningen av ett sådant resonemang att hitta i maktstrukturer, ojämlikhet och en bristande fördelningspolitik.

Forskning om skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukskrivningar

Det här kapitlet inleds med tre populära hypoteser. Därefter läggs ett genusteoretiskt raster på befintlig forskning om kvinnors och mäns skilda sjukskrivningsmönster. Nordisk forskning publicerad mellan år 2000 och 2016 sorterad utifrån om förklaringsmodellen är sociologisk eller biologisk presenteras. Det visar sig att den allra största delen av den nordiska forskningen om kvinnors och mäns olika sjukskrivningsmönster är samhällsvetenskaplig. En liten del är medicinsk.

Tre hypoteser

Svar på frågor som rör sjukskrivning måste sökas med olika metoder och av experter inom olika ämnen. Från naturvetenskapligt håll studerar medicinare risker för olika sjukdomar som av erfarenhet leder till sjukskrivning, men också behandlingsmetoder. Från samhällsvetenskapligt håll undersöker socialvetare hur sjukskrivning påverkar individer och ekonomer kalkylerar samhällskostnader för sjukförsäkringssystemet men också enskilda individers beteenden i relation till samma systems funktion. Från kulturvetenskapernas håll beskriver antropologer innebörden av att vara sjukskriven i den tid och det samhälle vi lever i. Det återstår åt politiken att väga samman kunskap från olika ämnen och dra nytta av i arbetet med att reformera och justera sjukförsäkringen som central institution i nordisk socialpolitik.

Ett sätt att samla de vetenskapliga bidragen på tema genus och sjukskrivning är att relatera dem till tre hypoteser: *kvinnohälsahypotesen*, arbetsmiljöhypotesen och *dubbelarbeteshypotesen*. Dessa hypoteser har varit ofta förekommande både i forskningen och i den mediala debatten de senaste två decennierna.

I *kvinnohälsahypotesen* har frågan: "Är kvinnors hälsa sämre än mäns?" ställts. Något jakande svar på den frågan har inte kunnat ges. Forskning tyder däremot på att kvinnor lever längre än män, men att kvinnor söker vård oftare. Psykisk ohälsa ligger till grund för en stor andel av sjukskrivningarna och kvinnor rapporterar mer psykisk ohälsa än män. Det finns inte tillräckligt med studier gjorda för att kunna dra slutsatsen att skillnaderna i sjukskrivningstal beror på att kvinnor i högre utsträckning än män uppger att de lider av psykiska symtom. Även om detta var förklaringen skulle en relevant följdfråga vara: Varför rapporterar kvinnor mer psykisk ohälsa än män?

I *arbetsmiljöhypotesen* är den forskning som visar på att typiska kvinnoarbetsplatser – inom vård- och omsorgssektorerna – har dokumenterat höga nivåer av det som i arbetsmiljöforskningen kallas "job-strain". Enkelt uttryckt existerar ett missförhållande mellan upplevelse av krav och kontroll och i ett sådant klimat ökar risken för psykisk ohälsa. Antagandet i arbetsmiljöhypotesen är att dålig psykosocial arbetsmiljö föder stress och känslor av otillräcklighet som i sin tur riskerar leda till sjukskrivning på grund av psykiatriska diagnoser.

Dubbelarbeteshypotesen hävdar att kvinnors relativt sett höga sjukskrivningstal förklaras av att kvinnor har högre belastning än män, eftersom de dels lönearbetar och dels tar det största ansvaret för hem och familj. Att kvinnors sjukfrånvaro ökar när de blir mammor tas som intäkt för denna hypotes. Utifrån de studier som finns är det emellertid svårt att veta om det sambandet beror på ökad arbetsbörda, ändrade preferenser eller något annat. Enkla tidsberäkningar över hur många timmar kvinnor och män arbetar innan de får barn respektive efter att de blivit föräldrar ger inte entydigt stöd åt hypotesen.

Dubbelarbeteshypotesen är inte förkastad men det behövs fler studier och nya tolkningsramar för att bättre förstå mekanismerna bakom. Svaren på frågor som "Vilka förväntningar ställs på kvinnor respektive män i rollen som föräldrar?" och "Hur kan arbetsbelastning mätas bortom enkla tidsstudier?" rymmer sannolikt potential att bättre förstå de mekanismer som reglerar förutsättningarna för dubbelarbeteshypotesen.

De tre hypoteserna har prövats av forskningen i olika utsträckning, men har hittills inte visat sig kunna förklara särskilt stor del av skillnaderna. Den största delen av den forskning som hittills har gjorts i syfte att hitta förklaringar till skillnaderna i mäns och kvinnors sjukskrivningstal har utgått från traditionella perspektiv och använt traditionella metoder. Med andra ord är det forskning djupt förankrad i den samhällsordning där mannen utgör norm och kvinnan undantag. Det har snararare handlat om könsskillnadsforskning än genusforskning. Medan en genusteoretisk ansats ifrågasätter rådande kunskapssyn och förespråkar analys av genus på ett strukturellt plan så utgår ofta könsskillnadsforskning från den rådande kunskapssynen och reproducerar därmed en ojämställdhet samhällsordning (jfr Hammarström 2004).

Ett genusteoretiskt perspektiv

Trots att ovanstående hypoteser har varit populära i vetenskapen såväl som i den allmänna debatten så har de alltså hittills förmått förklara mycket litet. Genusteoretiskt har alternativa försök till sortering av kunskapen på området gjorts. Ett sätt att ordna olika förklaringsförsök är att skilja mellan dem som relaterar till biologi och skillnader mellan män och kvinnors kroppar och dem som relaterar till de olika roller kvinnor och män har i samhället. Ett annat sätt att teoretiskt beskriva dessa olika sorters förklaringar är att dela upp dem i könsrelaterade (sex-related) respektive genusrelaterade (gender-related) förklaringar. Ser vi till hypoteserna om kvinnohälsa, arbetsmiljö och dubbelarbete så låter de inte sig delas upp fullständigt i kategorierna könsrelaterade och genusrelaterade förklaringar. Något förenklat handlar hypotesen kvinnohälsa emellertid om biologiska frågor, medan hypoteserna om arbetsmiljö och dubbelarbete bottnar i sociologiska teorier. En viktig premiss för de biologiska förklaringarna är att kunskapen om mäns sjukdomar är mer omfattande än kunskapen om kvinnors sjukdomar. För de sociologiska förklaringarna gäller nästan alltid att de utgår från en normativ utgångspunkt där arbetslinjen som politisk princip genomsyrar resonemangen. Med arbetslinjen som rättesnöre är lönearbete – för den sjukskrivna återgång i lönearbete – målet och (sjuk)frånvaro från samma lönearbete ett problem och något som bör motverkas. Ytterligare en viktig betingelse är den könssegregerade arbetsmarknaden i Norden. I fallet Sverige har segregationen beskrivits med att kvinnor arbetar i människoryrken och män arbetar i tingyrken (Vingård et al 2015).

Den kvinnliga samhällsrollen, sociologiska förklaringar

Arbetslivsforskningen: stress, strain, ansvar och balans

Inom den traditionella arbetslivsforskningen och i den yrkesmedicinska forskningen är riskfaktorer för sjukskrivning ett sedan länge studerat ämne. Historiskt sett har de nordiska länderna haft en framträdande roll på dessa forskningsfält. Parallellt med att en allt större andel av de diagnoser som ligger till grund för sjukskrivning är psykiatriska har forskningen om riskfaktorer kommit att alltmer koncentrera sig på den psykosociala och organisatoriska arbetsmiljön. Obalans mellan ansträngning och belöning, upplevelser av orättvisa och avsaknad av utvecklings*möjligheter på jobbet* är samtliga riskfaktorer för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa (Vingård 2015). I en norsk studie (Sterud 2014) som med syfte att undersöka om psykosociala och mekaniska arbetsmiljöfaktorer påverkade kvinnors och mäns sjukskrivningstal konstaterades att de psykosociala faktorerna bidrog påtagligt till att kvinnornas sjukskrivningstal var högre än männens. De mekaniska faktorernas påverkan var försumbar.

I en aktuell norsk avhandling (Melsom 2015) ställs frågan: "How does gender segregation in the labour market affect sickness absence and gender differences in sickness absence"? och i fyra delstudier söks svaret. Det är en komplex bild som tonar fram när resultaten från delstudierna läggs samman. Påståendet att sjukskrivning bland kvinnor orsakas av dåliga arbetsmiljöförhållanden i kvinnodominerade yrken förkastas. Resultaten tyder istället på att kvinnor i genomsnitt befinner sig i hälsosammare yrken än män, menar Melsom.

Den norska avhandlingen visar tydligt hur resultat från samhällsvetenskaplig forskning kan tolkas på olika sätt. I linje med Melsoms slutsatser hävdar Arne Mastekaasa i en nyligen publicerad forskningsöversikt om kvinnor och sjukfrånvaro (2016) att belastande arbetsförhållanden inte har särskilt stor förklaringspotential. Mastekaasa skriver: "Mye tyder på att kjønnsforskjellene i sykefravær i stor grad skyldes forhold utenfor så vel arbeidsliv som familieliv." (Mastekaasa, 2016, s. 143).

Ett sådant påstående framstår som kontroversiellt i svensk samhällsdebatt och forskning. Mellan åren 2011 och 2014 hade Arbetsmiljöverket i Sverige ett särskilt uppdrag från regeringen att synliggöra kvinnors hälsa i arbetslivet och att förebygga att kvinnor slås ut från arbetslivet på grund av arbetsmiljörelaterade problem. Arbetet bedrevs på flera fronter och implementeringen av de förändringsförslag som gavs pågår just nu. I en av de undersökningar som gjordes inom ramen för regeringsuppdraget jämfördes organisatoriska förutsättningar för att bedriva arbetsmiljöarbete i olika verksamheter i 59 svenska kommuner. Hemtjänsten (kvinnodominerad) jämfördes med teknisk förvaltning (mansdominerad). Stora organisatoriska skillnader framkom och slutsatsen dras att förutsättningarna för att kunna bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete är sämre

i de kvinnodominerade förvaltningarna än i de mansdominerade. Mönstret var genomgående, oberoende av kommunstorlek. Ett exempel på skillnad var att cheferna i omsorgsförvaltningarna hade personalansvar för ett större antal anställda än cheferna i de tekniska förvaltningarna. Ett annat exempel var att personalen i hemtjänsten upplevde att administration och hantering av tjänstefordonen tog mycket tid i anspråk och orsakade mycket stress, medan personalen i de tekniska förvaltningarna hade centralt stöd att tillgå för samma administration och hantering.

Arbetsmiljöverkets satsning är ett av flera uttryck för att arbetsmiljö i allmänhet och organisatorisk arbetsmiljö i synnerhet i Sverige betraktas som en viktig faktor att undersöka vidare för att bättre kunna förklara varför kvinnors sjukskrivningstal är högre än mäns. Mastekaasas konstaterande att varken arbetsliv eller familjeliv verkar kunna förklara särskilt mycket av skillnaderna står därför i konstrast till den svenska hållningen.

Trots att arbetsmiljö och arbetshälsa är ett fält som fortsatt beforskas i syfte att bättre begripa orsakerna bakom kvinnors och mäns olika sjukskrivningsmönster, så har resultaten från nordisk forskning på området under de senaste femton åren ovedersägligen pekat i olika riktningar. En undersökning av boende i Oslo (Smeby et al 2009) ställer frågan om yrke, inkomst samt psykisk och fysisk ohälsa kan förklara varför kvinnor är mer sjukskrivna än män. Svaret blir nekande. Förklaringsfaktorer måste sökas på annat håll. Samtidigt hävdar en studie av anställda i Helsingfors kommun (Laaksonen et al. 2010) att skillnader mellan kvinno- respektive mansdominerade yrken kan förklara en stor del av kvinnors högre sjukskrivningstal.

En norsk forskningsöversikt om den könssegrerade arbetsmarknaden och kvinnors arbetshälsa (Ose 2014) inleder med att konstatera att 47 procent av kvinnorna i Norge idag lönearbetar. Det har skett en stark ökning de senaste fyrtio åren och detta är en av de viktigaste samhällsförändringarna i modern tid. Denna förändrings konsekvenser har varken forskning eller politik förmått följa upp och helt förstå. En anledning till varför skälen till att kvinnors sjukskrivningstal är högre än mäns fortfarande är okända är att det saknas studier av arbetsplatser där huvudsakligen kvinnor arbetar och undersökningar av kvinnodominerade yrken (ibid.). Med andra ord har de studier som hittills gjorts på arbetsmiljöfältet inte kunnat förklara särskilt stor del av skillnaderna mellan kvinnors och mäns sjukskrivningstal och därför bör forskning på det här fältet ändra fokus. Studier av specifika yrken och specifika arbetsplatser kan sannolikt bidra med viktig kunskap. Eftersom arbetsmiljöforskningen utvecklats med traditionellt manliga yrken och manligt dominerade arbetsplatser som förlaga förmår den kanske inte mäta den sorts belastningar som orsakar en stor del av sjukskrivningarna på 2010-talet. Genom att bygga ett kunskapsunderlag med bas i de yrken och arbetsplatser som uppvisar höga sjukskrivningstal skulle kanske en annan bild av sambanden med arbetsmiljöfaktorer och kvinnors sjukskrivningstal tona fram.

Omsorgsansvar i kombination med lönearbete

I den forskningsfåra där dubbelarbeteshypotesen är central har faktorer som har med omsorgsansvar i familjen att göra prövats som möjliga förklaringsfaktorer till sjukskrivningar bland kvinnor. Det rör sig om *föräldraskap, antal barn* och *närstående med särskilda behov*.

I Norden finns inget tydligt mönster i den befintliga forskningen. Flera svenska studier (Floderus et al 2012, Angelov et al 2013, Försäkringskassan 2014) konstaterar att familjebildning ökar kvinnors sjukfrånvaro i jämförelse med mäns. En finsk (Väänänen et al 2008a) och en norsk (Cools 2015) undersökning visar däremot på svaga eller icke-existerande samband mellan moderskap och sjukskrivning. En studie av svenska kommunanställda kvinnor (Voss et al 2008) indikerar inte – i motsats till övriga svenska studier men i enlighet med den danska, finska och norska studien ovan – några samband mellan föräldraskap och sjukfrånvaro. Resultaten visar däremot på ett samband mellan att vara ensamstående mamma och sjukfrånvaro. Samma studie visade också på samband mellan att ha en ansträngd ekonomi och sjukfrånvaro. Den splittrade bilden väcker frågor. Är det så att deltidsarbete "döljer" vad som om kvinnor i samma utsträckning som män hade arbetat heltid resulterat i sjukskrivning? Om så är fallet hade klyftan mellan kvinnors och mäns sjukskrivningstal varit ännu större om kvinnor arbetat heltid i samma uträckning som män. Också det faktum att mammorna tar ut större del av föräldraledigheten än papporna skulle kunna få samma konsekvens. Föräldraförsäkringen fungerar i så fall som ett alternativ till sjukförsäkringen när försörjning via lönearbete inte är möjlig. Att vi inte entydigt kan säga något om sambanden mellan att vara förälder och sjukfrånvaro understryker behovet av att ta reda på mer om hur samhällsförväntningarna på moders- respektive fadersrollen inverkar på hälsan och möjligheten att förvärvsarbeta.

Omsorg om egna barn har varit den sortens omsorgsansvar som oftast åsyftats i de studier som utgått från dubbelarbeteshypotesen. På senare år har omsorg om egna åldrande föräldrar tagits i beaktande som ännu en sorts omsorgsansvar. I en norsk studie (Hamre & Ugreninov 2015) analyseras sjukfrånvaro bland yrkesarbetande kvinnor i åldrarna 24 till 67 år i relation till "omsorg om barn", "omsorg om föräldrar", "dubbelomsorg" och "ingen omsorg". I linje med dubbelarbeteshypotesen antas att det är summan av de olika rollerna som blir belastande för kvinnor. Resultaten ger bara delvis stöd åt detta antagande. Det är först när hög yrkesaktivitet bland kvinnor med minst en episod av sjukfrånvaro studeras som ett tydligt samband mellan omsorgsförpliktelser och längden på sjukfrånvaro syns. Kvinnor som jobbar minst 28 timmar per vecka och har både barn och föräldrar med omsorgsbehov har mer sjukfrånvaro än kvinnor med bara omsorg om barn, omsorg om föräldrar eller ingetdera. Även om studien inte ger några tydliga indikationer på något starkt samband mellan omsorgsansvar och sjukfrånvaro så ger resultaten upphov till nya frågor om mekanismerna bakom dubbelarbeteshypotesen. Hur ser omsorgsbehovet ut, rör det sig om praktiskt eller emotionellt stöd? är en sådan fråga. I en svensk enkätstudie (Szebehely et

al 2014) besvarad av kvinnor och män i åldrarna 45 till 66 år undersöktes hur vardag, arbete och försörjning påverkas av anhörigomsorg, definierat som "hjälp till anhörig eller vän som på grund av hög ålder, sjukdom eller funktionsnedsättning inte kan eller har stora svårigheter att klara sig själv". Ofta rör det sig om omsorg om egen förälder. Resultaten visar att det är lika vanligt bland medelålders kvinnor som bland medelålders män att ge anhörigomsorg, däremot skiljer sig typen av omsorg som ges. Resultaten visar också på att för både kvinnor och män gäller att ju mer omsorg som ges, desto större är risken att omsorgsgivarens välbefinnande, vardagsliv, arbete och ekonomi påverkas negativt. Samtidigt är det vanligare bland kvinnor än bland män att omsorgsgivandet får negativa följder. Sjukskrivning existerar som en strategi för att hantera vardagen, men vanligare är att gå ner i arbetstid samt att gå i pension tidigare. Samtliga tre strategier är vanligare bland kvinnor än bland män.

Ett sätt att tolka de här beskrivna resultaten är att dubbelarbetshypotesen är fortsatt aktuell i försöken att förstå kvinnors och mäns olika sjukskrivningsmönster. Även när män och kvinnor delar omsorgsbördan i den privata sfären, mätt med mått som antal uttagna föräldradagar eller antal timmar spenderade på obetalt omsorgsarbete, så är de förpliktelser som åligger kvinnorollen av en sådan karaktär att den bidrar till psykisk ohälsa i högre omfattning än de förpliktelser som åligger mansrollen.

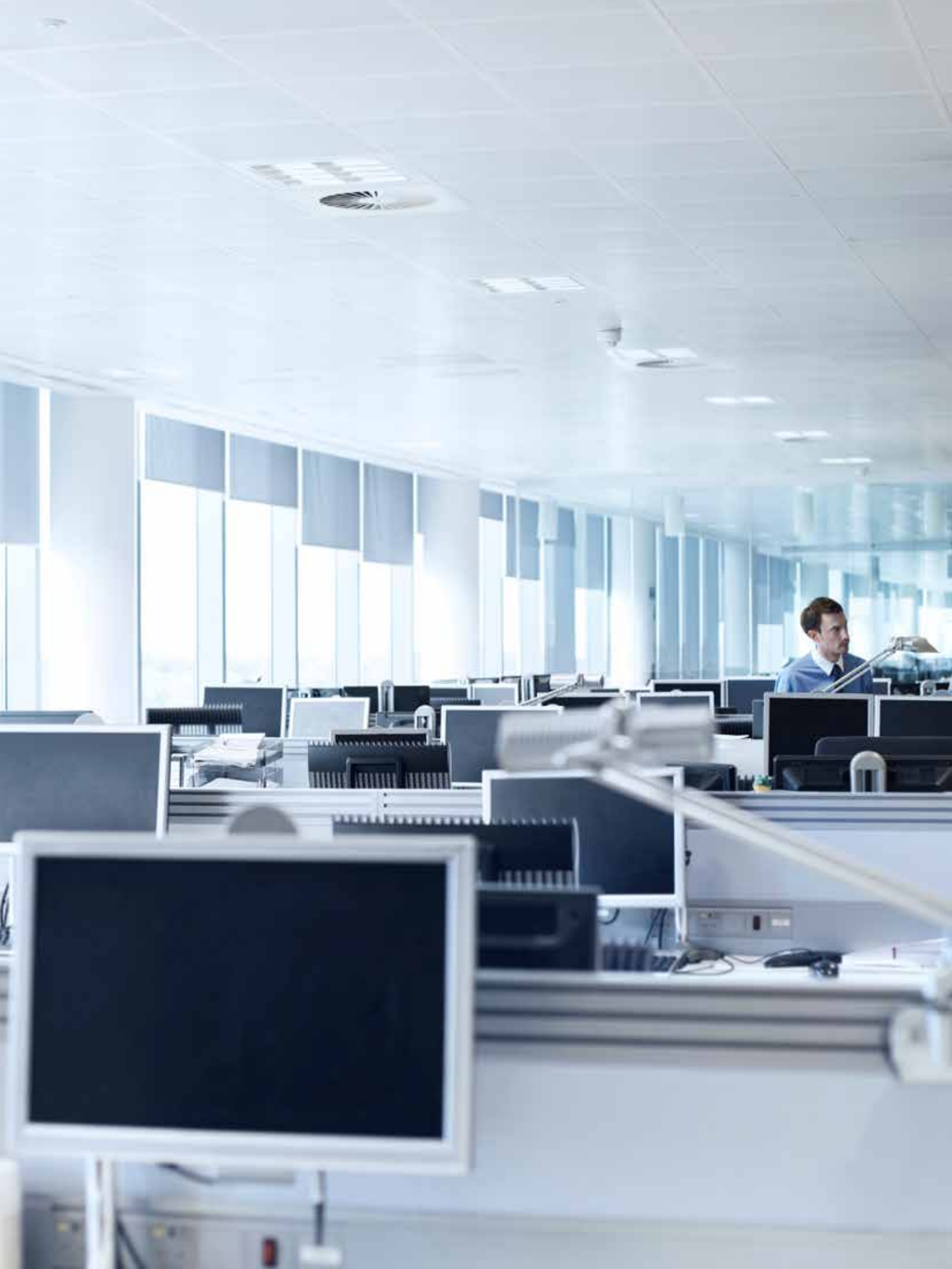
I en empiriskt grundad diskussion om sjukskrivning och socialt omsorgsarbete (Vidman 2012) föreslår forskaren Åsa Vidman att riskerna att bli sjukskriven som anställd inom social omsorgsverksamhet hänger samman med att de villkor som styr god omsorg, med norska Kari Wærness term; omsorgsrationaliteten, inte är den rationalitet som styr utformningen av social omsorgsverksamhet idag. Arbetstidens förläggning, en ständig känsla av att inte räcka till och att inte hinna med samt en dokumenterat fysiskt påfrestande arbetsmiljö är samtliga riskfaktorer för sjukskrivning. Dessa skulle, åtminstone delvis, kunna elimineras om omsorgsrationalitet fick styra organisationen av arbetet. Vidmans avhandling, med den talande titeln "Det är så mycket som kan spela in" (2007) hänvisar till det komplexa samspel av olika faktorer som de långtidssjukrivna i hennes undersökning pekar på som skäl till sjukskrivning. Inte sällan är det en kombination av belastningsfaktorer hemmahörande i både arbetsliv och privatliv som leder till sjukskrivning. Vidmans avhandling visar på hur studier där sjukskrivna personers egna berättelser om skälen till sjukskrivning i det egna fallet kan ge forskningen viktiga ledtrådar till var vi bör leta efter förklaringsfaktorer. Sannolikt kan studier som baseras i människors egna erfarenheter ge nya uppslag till forskningen om orsaker bakom sjukfrånvaro. Den traditionella uppdelningen mellan arbetsliv och privatliv gör att vi sorterar orsakerna som antingen tillhörande privatlivet eller arbetslivet. Kanske gör denna sortering att vi missar något väsentligt. Om det är just en rad belastningar sammantagna som gemensamt leder till sjukskrivning bör vi i så fall ta människors komplexa berättelser på allvar och försöka förstå dessa, istället för att bringa fiktiv reda i den oreda som är det verkliga skälet till sjukskrivning.

Mästringsstrategier och attityder till arbete

Hypoteser som utgår från att män och kvinnor resonerar och handlar på systematiskt olika sätt just för att de är män eller kvinnor har också ställts, i strävan efter att hitta förklaringar på varför kvinnor är mer sjukskrivna än män. Dessa hypoteser resonerar vanligen inte om huruvida dessa skillnader kan härröras till kön eller till genus, det vill säga om de är biologiskt eller socialt betingade, utan utgår ofta från frågor som "Tillmäter kvinnor jobb och yrkeskarriär lägre betydelse än män och har därför en lägre tröskel till sjukskrivning?" eller "Är kvinnor med noggranna med sin hälsa och söker läkarvård, med sjukskrivning som följd, oftare än män?". I en norsk studie (Hauge et al 2015) prövades attityder, normer och preferenser som förklaringsfaktorer för skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukskrivningstal. Sammantaget drogs slutsatsen att de testade faktorerna inte kunde förklara skillnaderna.

En svensk undersökning (Avdic & Johansson 2013) drar däremot slutsatsen att kvinnor har ett mer preventivt hälsobeteende än män och att detta kan vara en av orsakerna till att de oftare är sjukskrivna. Sjuklighets-dödlighetsparadoxen ligger i linje med dessa resultat. Samtidigt som sjukskrivningar, läkemedelskonsumtion och läkarbesök är vanligare bland kvinnor än bland män så lever kvinnor längre än män. Kvinnors sjukskrivningar kan i det ljuset tolkas som en förebyggande strategi. Vidare diskuterar författarna teorin om hushållsinvesteringar i hälsan i samband med resultaten och konstaterar att en orsak bakom kvinnors sjukfrånvarobeteende är deras större ansvar för hushållet.

Studier i linje med de ovan nämnda, som utgår från tanken att kvinnor och män tänker och agerar olika just därför att de är kvinnor respektive män vilar ofta på en ekonomisk bas och sällan har de ett genusperspektiv. *Varför* rollerna är som de är analyseras inte. Genom att införliva den frågan hade den här forskningsfåran sannolikt kunna föra forskningen om varför kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster skiljer sig åt framåt ytterligare. Om det skulle vara så som Avdic och Johansson finner stöd för, att kvinnor har ett mer preventivt hälsobeteende, vad i det slutna genuskontraktet gör att kvinnor är snarare än män att söka vård vid ohälsa?



Den kvinnliga kroppen, biologiska förklaringar

Graviditetsrelaterad sjukskrivning

I åldrarna 16 till 44 år har sjukskrivning under graviditet en viktig faktor för skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män (Sydsjö et al 2003). I en aktuell norsk studie (Helde & Nossen 2016) konstateras att i åldersgruppen 20 till 39 år förklarar graviditetsrelaterad sjukskrivning 38 procent av skillnaderna mellan sjukskrivning mellan kvinnor och män. Dessa skillnader är delvis biologiskt betingade – män är inte gravida – men det är också viktigt att poängtera skillnader över tid i graviditetsrelaterad sjukskrivning. Socialförsäkringens utformning och anpassningsmöjligheter i arbetslivet kan kopplas till delar av förändringarna över tid för graviditetsrelaterad sjukskrivning, poängteras i en svensk kunskapsöversikt (Alexanderson et al 2011). I en norsk undersökning (Dørheim et al 2012) av vilka faktorer som orsakade sjukskrivning under graviditet konstaterades att foglossningssmärta och trötthet och sömnproblem var de vanligaste orsakerna. Också illamående och kräkningar var en vanlig orsak. I undersökningen drogs också slutsatsen att det ofta var graviditeten i kombination med andra omständigheter, tidigare sjukdomshistoria och arbetsvillkor. Det finns ett samband mellan foglossningssmärta och sömnproblem å ena sidan och depression å andra sidan. Illamående och kräkningar är vanligt förekommande i samband med graviditet och i den refererade studien den tredje största faktorn bakom graviditetsrelaterad sjukskrivning men kan också vara ett uttryck för stress och bristande psykosocialt stöd. Sammanfattningsvis indikerar resultaten att foglossningssmärta, trötthet, sömnproblem, illamående och kräkningar bör studeras som allvarliga hälsoproblem under graviditet (ibid. 527). Dels är de en viktig orsak till sjukskrivning under graviditet, dels finns samband mellan dessa symtom och psykisk ohälsa. Resultaten visar också på svårigheten att lokalisera orsaken till sjukskrivning. Författarna (ibid.) föreslår att typ av arbete kan ha större förklaringsvärde än typ av symtom när det gäller att utröna vad som förorsakar sjukskrivning under graviditet. En dansk undersökning av långtidssjukskrivning bland sjukhusanställda (Kærlev et al 2004) visade att tvättare, vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor hade fler sjukskrivningsdagar än andra sjukhusanställda. Dessa resultat ligger i linje med en äldre svensk studie (Alexanderson et al 1995) som också konstaterade att kvinnor i kontorsyrken var mindre sjukskrivna än kvinnor med manuella arbeten.

Psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser

En nyligen publicerad svensk kunskapsöversikt om psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro (Vingård 2013) slår fast att cirka 90 procent av alla som sjukskrivs för en psykisk sjukdom i Sverige har en av de diagnoser som brukar sammanfattas med termen common mental disorders, det vill säga depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifika fobier, tvångs-syndrom och posttraumatiskt stressyndrom. I studier av psykisk sjukdom varierar andelen som under ett år fått en sådan diagnos i befolkningen kraftigt mellan olika undersökningar (9-33 procent). Vidare konstateras att kvinnor oftare har en psykisk diagnos på det läkarintyg som ligger till grund för

sjukskrivning än män. I studier av långa sjukfall (> tre månader) finns en tydligare ökning bland kvinnor än män sedan 2009. Orsaken är oklar. Sammantaget tyder emellertid forskningen på att om kvinnor och män utsätts för samma påfrestningar i arbetslivet så är reaktionerna i form av psykisk ohälsa lika.

I en annan svensk kunskapsöversikt (Lager 2009) ställs frågan "Varför drabbas kvinnor oftare än män av oro, ångest och depression?". Också här är det alltså de på kvinnors sjukintyg så vanliga psykiatriska diagnoserna som står i centrum. Resultaten av den genomgångna forskningen är att socioekonomisk ojämlikhet inte tycks vara den huvudsakliga förklaringen utan att den istället bör sökas i biologiska skillnader eller i könsroller. Översikten resonerar inte om kopplingen mellan sjukskrivning och oro, ångest och depression. Den kopplingen görs inte heller i ett resonemang om kön, genus och skillnader i hälsa (Gisselman et al 2012), men här görs den viktiga noteringen att vara villig att erkänna sina hälsoproblem ur ett genusperspektiv är en feminint kodad hållning. Marit Gisselman och hennes medförfattare föreslår att definitionen av psykisk ohälsa eventuellt är för snäv. Besvär relaterade till alkohol- och drogmissbruk är vanligare bland män och missbruksproblematik är sällan förknippade med sjukdomsinsikt. Detta får till följd att vanliga psykiska besvär bland män ofta inte rapporteras (ibid).

Biologiska förklaringsmodeller är sällan förekommande i nordisk sjukskrivningsforskning. Detta till trots kan graviditetsrelaterad sjukskrivning förklara en del av skillnaderna mellan mäns och kvinnors sjukskrivningstal, vilket är mer än vad forskningen hittills förmått med de sociologiska förklaringsmodellerna. Jämte forskning om graviditetsrelaterad sjukfrånvaro existerar mycket litet nordisk, medicinsk forskning som har till syfte att förklara skillnaderna. I en nyligen publicerad norsk kunskapsöversikt (Mastekaasa 2016) föreslås att biologiska skillnader mellan kvinnor och män kan förklara väsentliga delar av de av befintlig forskning svårförklarade skillnaderna i kvinnors och mäns sjukskrivningstal.

I takt med att psykiatriska diagnoser blir allt vanligare på sjukintyg i Norden borde ett följdriktigt steg vara att utveckla den specifika kunskapen om de tillstånd som döljer sig bakom dessa diagnoser och kopplingen mellan sjukskrivning och hur de här diagnoserna ser ut. Undersökningar som byggde på kunskap från olika ämnen som biologisk psykiatri, psykologi, genusvetenskap och sociologi hade tillsammans kunnat generera nya insikter här.

Kön, genus och sjukskrivning, om behovet av att ställa andra frågor

De empiriska studier som visar att kvinnor är mer sjukskrivna än män utgår från de givna kategorierna "kvinnor" och "män". När kvinnors sjukskrivningstal jämförs med mäns sjukskrivningstal blir resultatet att kvinnors sjukskrivningstal är högre än mäns. Hade vi istället nyttjat andra kategorier, utgående från förslagsvis disponibel inkomst - något förenklat fattiga och rika - så hade nya, mer subtila mönster kanske framträtt. Vi vet att såväl hälsa som sjukfrånvaro har en social gradient, det vill säga samvarierar med mått som utbildning, yrke och inkomst. Om studier rörande skillnader i sjukskrivning mellan olika grupper hade använt andra kategorier, så hade troligen andra hypoteser genererats (jfr Forsberg Kankkunen & Härenstam 2015). Tar vi som exempel två branscher i Norge – vård- och omsorgssektorn och olje- och gasindustrin – så är sjukskrivningstalen höga i den första branschen medan de i den andra är låga, jämförda med genomsnittet (Ose et al 2012). En sådan observation leder ofta till slutsatsen att kvinnor är mer sjukskrivna än män eftersom vi vet att de som arbetar i den första branschen i huvudsak är kvinnor och att de som arbetar i den andra branschen till största delen är män. Om vi skulle bortse från att vård- och omsorgssektorn är kvinnodominerad och att oljeindustrin är mansdominerad och istället undersöka arbetstider, lön och andra villkor som omgärdar anställningarna så hade vi helt säkert tämligen fort kunnat konstatera en mängd skillnader i arbetsvillkor. Med dessa som utgångspunkt skulle nya studier kunna mäta dessa villkors betydelse för sjukskrivningstalen i respektive bransch.

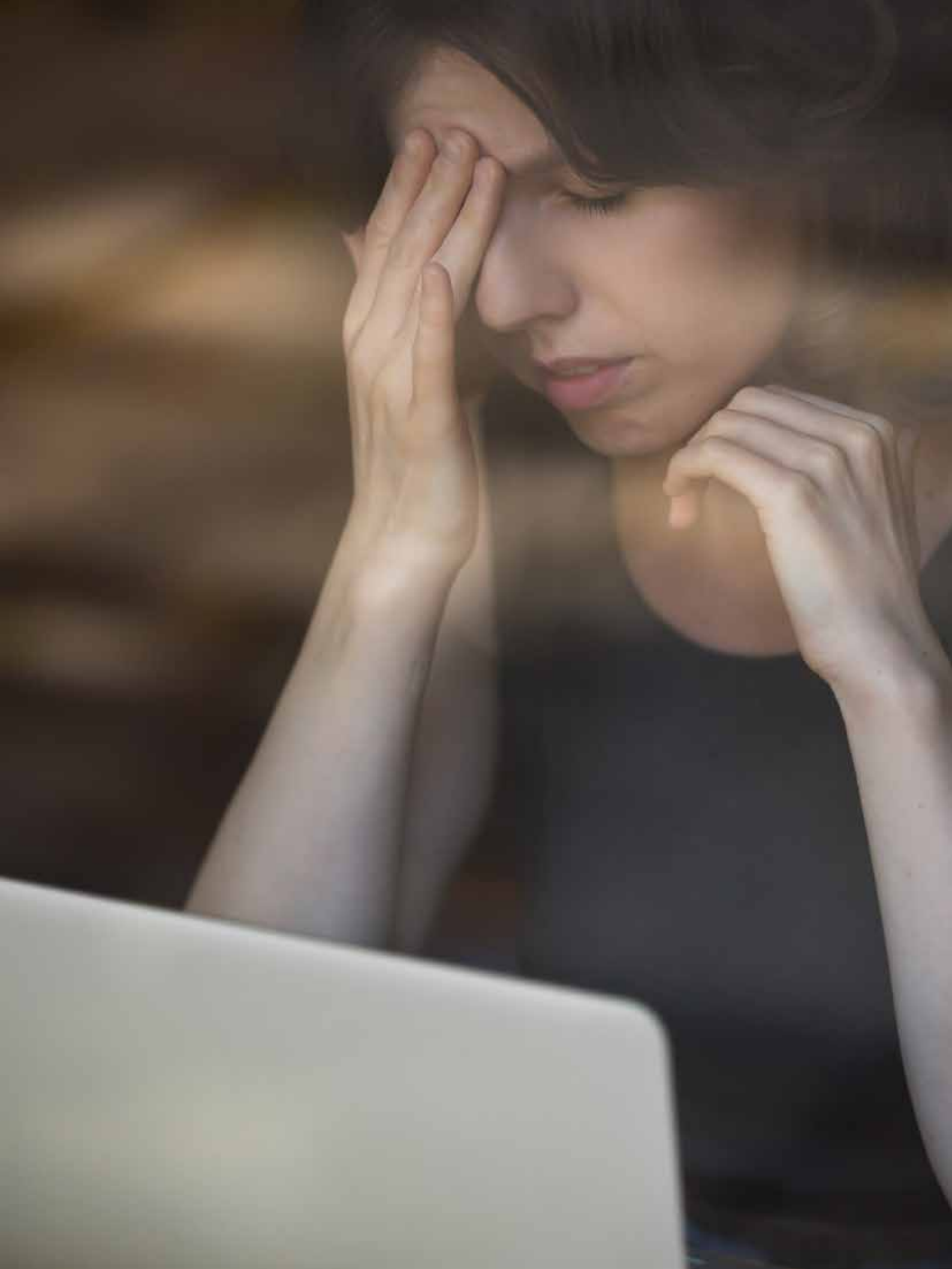
I en rapport från svenska Inspektionen för socialförsäkringen (ISF 2015, s. 12) reflekteras över vilken inverkan systemens utformning har på samma systems utfall, mätt som exempelvis antal sjukfrånvarodagar eller antal perioder med sjukpenning. Den bedömning som görs är att det är svårt att se något starkt direkt samband mellan av riksdagen beslutade regelförändringar och den faktiska utvecklingen av sjukfrånvaron. Politiska signaler, som den svenska regeringens uttalade ambition 2002 att halvera sjukfrånvaron under en sexårsperiod, kan förvisso ha haft betydelse för att sjukfrånvarokurvan tillfälligt vände kort därefter, men huvudförklaringen till de stora variationerna över tid i sjukfrånvaro bör huvudsakligen sökas någon annanstans än i regelförändringar som riksdagen beslutat om. Rapportens centrala budskap är att fluktuationer i sjukfrånvaron snarare kan förklaras med cykliska variationer i utnyttjandet av bedömningsutrymmet hos inblandade aktörer, än med yttre faktorer. Sjukförsäkringens utfall bestäms så betraktad av ett samspel mellan den försäkrade, arbetsgivaren, läkaren, Försäkringskassan och domstolarna (ibid. s. 23).

I forskning om vårdpraxis och medicinsk behandling diskuteras begreppet andocentrism (jfr (Risberg 2004). När mannen och det manliga utgör norm så osynliggörs såväl könsskillnader som genusskillnader. Ett exempel är när vårdpersonal utgår från att normalvärden och behandlingsresultat som tagits fram för män också gäller för kvinnor. I svenska Region Skåne har gjorts en bred

utbildningssatsning för att göra vården mer jämställd. Vårdpersonal har uppmanats att vid patientmötet ställa sig frågan: ”Om patienten hade haft annat kön, hade du tänkt annorlunda då?”. Upprinnelsen till utbildningssatsningen var att läkare vid en vårdcentral själva vid en genomgång av sjukjournaler noterade att patienter verkade få olika bemötande, behandling och rehabilitering beroende på om de var kvinnor eller män. Stereotypa föreställningar om män och kvinnor bidrog bland annat till att skador orsakade av våld i nära relationer, depression hos män och drogmissbruk hos kvinnor förbisågs. När det gäller ohälsa där ingen biomedicinsk orsak kunnat konstateras, det vill säga sådan ohälsa som inte sällan döljer sig bakom samlingsnamnet common mental disorders (CMD), indikerar dessutom befintlig forskning kvinnor med låg utbildning löper överrisker att få sina hälsoproblem definierade som psykologiska också när de själva beskriver dem som fysiska (Mik-Meyer 2011).

Frågor som rör sjukförsäkringens utfall borde med ovanstående som utgångspunkt sökas i sjukskrivningspraktiker snarare än på policynivå. Svenska Försäkringskassan (2015) har utifrån en rad egna undersökningar dragit slutsatsen att det existerar osakliga skillnader mellan ärenden som rör kvinnor och ärenden som rör män i administrationen av sjukförsäkringen. Slutsatsen bygger alltså på studier gjorda med traditionella mätmetoder. Det rör sig om könsskillnadsforskning snarare än om genusforskning. Kategorierna ”kvinna” och ”man” är i blickfånget och det är skillnader mellan dessa båda som söks. I rapporten påpekas också att skillnader i handläggning sannolikt också är delvis avhängiga betingelser som har att göra med utbildning, ålder och etnicitet.

Longitudinellt designade undersökningar av hur sjukskrivning går till i verkligheten, som samhandlingar mellan inblandade aktörer - försäkrade, handläggare vid Försäkringskassan och läkare – kunde ge svar på dels på varför antalet sjukskrivningar förändras på ett svårförklarligt sätt över tid och dels systematiska skillnader mellan kvinnor och män, men också mellan andra grupper, till exempel uppdelade på social klass eller etnicitet.



Sygefravær blandt kvinder og mænd i Norden. Et statistisk overblik.

Dette kapitel beskriver overodnet udviklingen i sygefravær blandt kvinder og mænd i de fem nordiske lande. Kapitlet er primært baseret på oplysninger hentet fra de nationale statistik bureauer og fra NOSOSKO. Kapitlet gennemgår indledningsvist nogle af udfordringerne ved at sammenligne de registerbaserede sygefraværsstatistikker mellem de nordiske lande, samt nogle af de udfordringer, der generelt er forbundet med at fremskaffe brugbare tal om sygefravær. Herefter gennemgås hvert af de fem nordiske lande enkeltvis, hvorefter generelle tendenser om mønstre mellem landene afslutningsvis trækkes frem.

Tilgængelighed af registerbaserede oplysninger om kønsforskelle i sygefravær

Den store udfordring i forhold til at foretage registerbaserede analyser af kønsforskelle i sygefravær er, at selvom sygefravær og ikke mindst kønsforskellene i sygefraværet har været et område, der været genstand for stort politisk fokus, så er registeroplysningerne om sygefraværet forholdsmæssigt sparsomme. For alle de nordiske lande kan man indhente oplysninger om den samlede sygefraværsprocent fordelt på køn. For flere af landene kan man også indhente registeroplysninger om aldersfordeling og fordeling på sektor eller branche. Til gengæld bliver langt vanskelligere, at koble oplysninger om sygefravær til oplysninger om stilling og arbejdsopgaver. Det samme gælder oplysninger om den medicinske årsag til sygemeldingen samt andre individuelle karakteristikas som uddannelse, indkomst og familieforhold.

For nogle af de nordiske lande vil det i et vist omfang være muligt at knytte nogle af disse oplysninger til sygefraværsstatistikken ved at koble forskellige registre sammen, men som udgangspunkt ligger oplysninger i det omfang de er registrerede i særskilte registre, der ikke er koblet sammen.

Samtidig indeholder registrene udelukkende hårde kvantitative data og kan således ikke belyse mere kvalitative aspekter som eksempelvis arbejdsmiljø og arbejdsfordeling i hjemmets betydning for sygefraværet. Selvom vi i registrene således kan vise nogle generelle kønsforskelle i sygefraværet, er vores muligheder for at forklare forskellene på baggrund af registrene relativt begrænsede.

Selvom der lavet mange både europæiske og nordiske af sygefravær generelt, savnes fortsat studier flere kvantitative studier, som belyser årsagerne til kønsforskellene i sygefraværet. Der savnes med andre ord mere generel viden om, hvilken rolle de forskellige faktorer som arbejdslivsforhold og arbejdsmiljø, medicinske helbred og sociale roller og herunder familieforpligtelser spiller, når kønsforskellene i sygefraværet skal forklares.

Udfordringer ved brug af nordiske registre om sygefravær

De nordiske lande har omfattende registerbaserede oplysninger på landenes borgere. Det gælder også i forhold til oplysninger om arbejdsmarkedstilknytning, offentlige ydelser og sygefravær. Samtidig har de nordiske lande også arbejdsmarkeder og velfærdssystemer som på en lang række områder er sammenlignelige. Alligevel bruges registeroplysningerne sjældent, når sygefraværet mellem de nordiske lande skal sammenlignes. En væsentlig årsag til dette er, at selvom de nordiske lande alle i et eller andet omfang indsamler registerbaserede oplysninger om sygefravær, så er der store nationale forskelle mellem landende, når det kommer til, hvordan sygefraværet opgøres, hvem der inkluderes i statistikken og hvilke andre oplysninger, der kan kobles sammen med sygefraværsstatistikken – eksempelvis alders-, sektor- og brancheoplysninger.

Det betyder, at selvom man kan lave beskrivelser af sygefraværet baseret på nationale registeroplysninger af alle de nordiske lande, så er statistikkerne ikke direkte sammenlignelige, ligesom der er betydelige forskelle imellem landene, når det kommer til, hvilke oplysninger, der kan indhentes i registrene. Eksempelvis inkluderer den danske sygefraværsstatistik kun sygefravær blandt personer i beskæftigelse. Den inkluderer altså ikke sygefravær hos arbejdsløse og studerende. Omvendt registrerer Danmark sygefravær fra første sygedag, ligesom det er muligt at skelne mellem om fraværet skyldes egen sygdom, børns sygdom, arbejdsulykker eller relaterer sig til graviditet og barsel. I de øvrige lande registreres sygefraværet først efter mellem 8 og 14 arbejdsdages fravær, og her kan man således ikke trække oplysninger om det helt kortvarige sygefravær. Det samme gælder oplysninger om årsagen til fraværet, hvor det heller ikke er muligt at skelne mellem fravær pga. egen sygdom, barns sygdom eller arbejdsulykker.

Ligeledes er der også forskelle mellem de nordiske registre i forhold til, i hvor høj grad man kan skelne mellem heltids- og deltidsansatte og tilsvarende også i hvor høj grad delvise sygemeldinger er medregnet i statistikken. Sidst men ikke mindst er forskelle på, hvad der i enkelte lande regnes som en normal arbejdsuge. Hvor det i Finland er 6 dage inklusiv helligdage er det i de øvrige lande kun 5 dage eksklusiv helligdage.

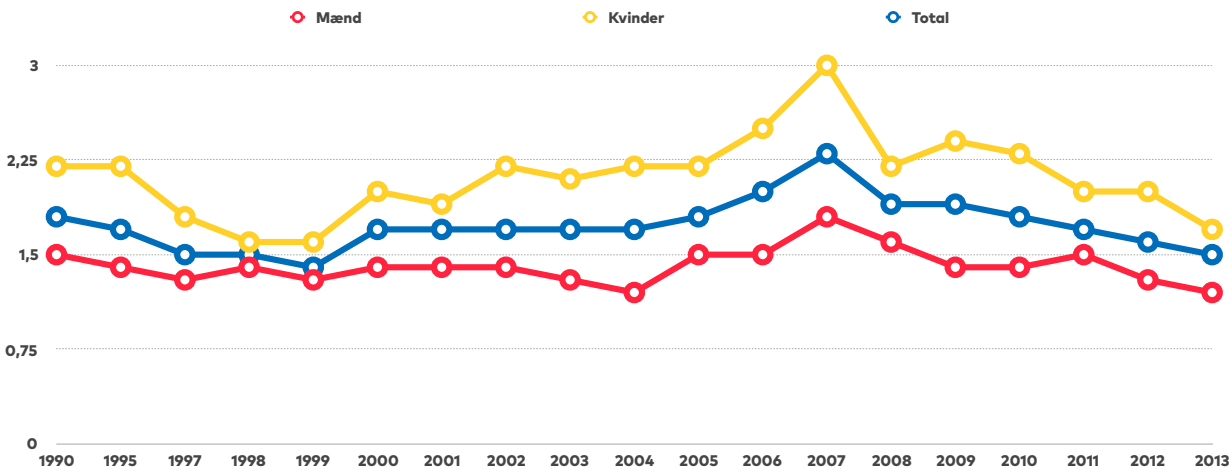
Alt i alt er der således nogle centrale forskelle mellem de nordiske registre, der gør det svært at sammenligne landene direkte. Man kan dog bruge registrene til at identificere generelle tendenser og udviklinger på tværs af Skandinavien.

Danmark

Sygefravær fra beskæftigelse

Danmark har i en lang årrække haft et forholdsvis lavt sygefravær sammenlignet med øvrige nordiske lande. Kun Island har et lavere sygefravær end Danmark (NOSOSKO, 2015; Nordisk Statistik, 2015; Haagensen, 2014). Siden 1990'erne har sygefraværet i Danmark svinget mellem 1,4 % og 2,3 % af alle beskæftigede (se figur 1). Sygefraværet toppede i 2007, men er siden faldet gradvist igen. I 2013 var sygefraværet i Danmark helt på 1,5 %.

Figur 1: Udviklingen i sygefraværsprocenter for sygefravær af minimum en uges varighed 1990 – 2013 fordelt på køn.



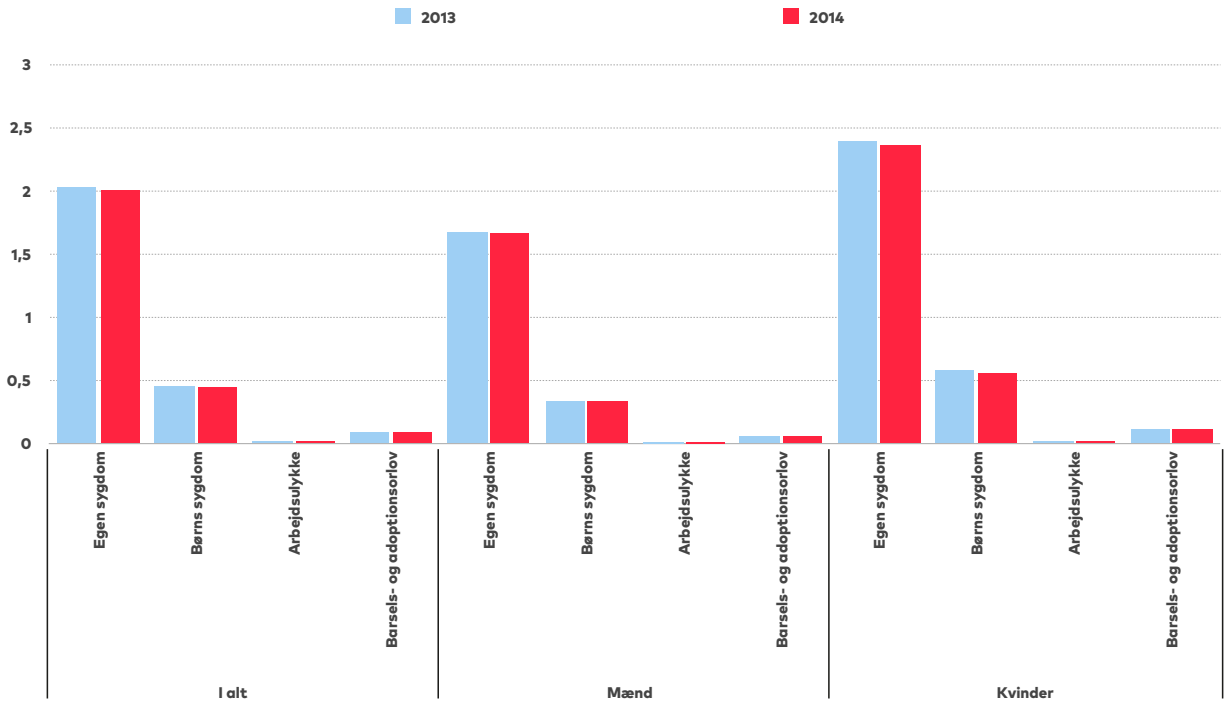
Kilde: Beregninger på baggrund af Nordisk Statistik, Labour Force Survey

Generelt har de danske kvinder et lidt højere sygefravær end mændene, når vi kigger på sygefravær på over en uges varighed. Kønsforskellene er dog forholdsvis begrænsede, da kvindernes sygefraværsprocent i perioden 1990-2013 blot ligger mellem 0,2 og 1,2 procentpoint over mændenes sygefraværsprocent. I 2013 ligger mændenes sygefraværsprocent således på 1,2 % mens kvindernes ligger på 1,7 % altså 0,5 procentpoint højere.

Ser vi på det det samlede sygefravær som også inkluderer fravær på under en uges varighed stiger sygefraværet en smule. I 2013 og 2014, som er de år, der findes data på ligger sygefraværet totalt på ca. 2 % for egen sygdom, mens det for mænd ligger på ca. 1,7 % og for kvinder 2,4 % (se figur 2). Kønsforskellene i sygefraværet ændres altså ikke nævneværdigt, når det meget kortvarige sygefravær på under 1 uges sammenhængende fravær medregnes.

Kigger vi på årsagen til fravær på arbejdspladsen kommer der imidlertid nogle forskelle frem. Kvinder fravær pga. barsels- og adoptionsorlov samt pga. barns sygdom er cirka dobbelt så højt som mændenes. Til gengæld er der ingen nævneværdig kønsforskel når vi kigger på sygefravær som følge af arbejdsulykker.

Figur 2: Sygefraværsprocent inkl. sygefravær på under 1 uges varighed i 2013 og 2014 fordelt på årsag og køn.



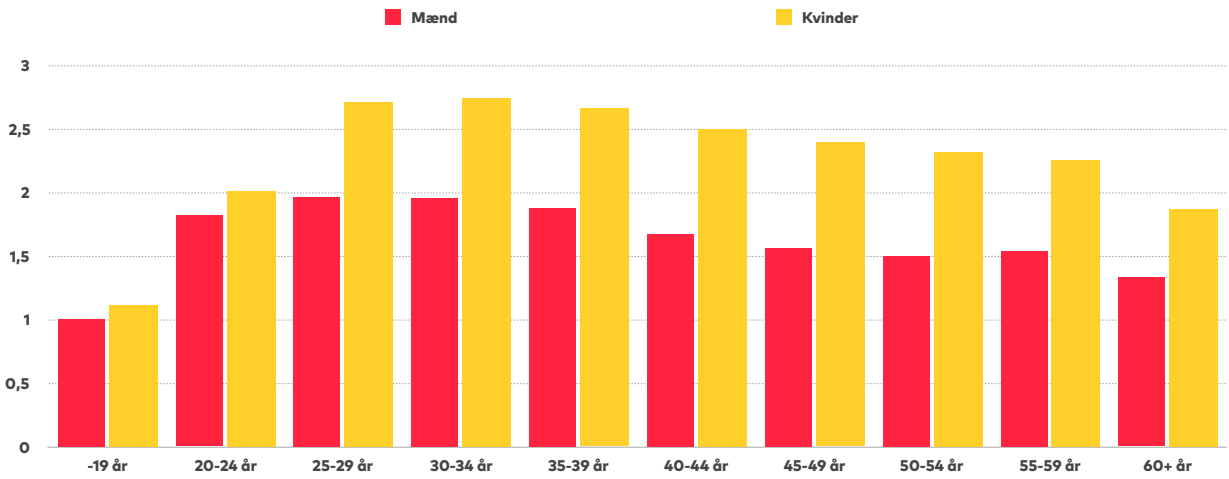
Kilde: Beregninger på baggrund af Danmarks Statistik

Tallene peger således på, at kvinderne hyppigere end mænd har fravær pga. familiemæssige forpligtelser mens det ikke kan konkluderes at der forskel i sygefraværet som følge af arbejdsrelaterede ulykker.

Hvem sygemelder sig?

Ser vi på hvordan sygefraværet pga. egen sygdom fordeler sig i forhold til alder, er det tydeligt at det både for mænd og kvinder er personer i alderen 25 til 40 år som i gennemsnit har det højeste sygefravær (se figur 3). Højest er sygefraværet for kvinder i alderen 25 til 35 år. Tallene viser således at sygefraværet både for mænd og kvinder er højest i de år, hvor både karriere på arbejdsmarkedet og familielivet skal etableres, om end tendensen er tydeligst hos kvinderne. De yngste og de ældste aldersgrupper på arbejdsmarkedet har det laveste sygefravær. Forklaringen på dette er formentlig, at de yngste aldersgrupper pga. deres unge alder i mindre omfang er ramt af kronisk og længerevarende sygdom, ligesom det for de ældste aldersgrupper må formodes at en del af de personer med dårligst helbred og heraf højt sygefravær er begyndt at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet eksempelvis via efterløn.

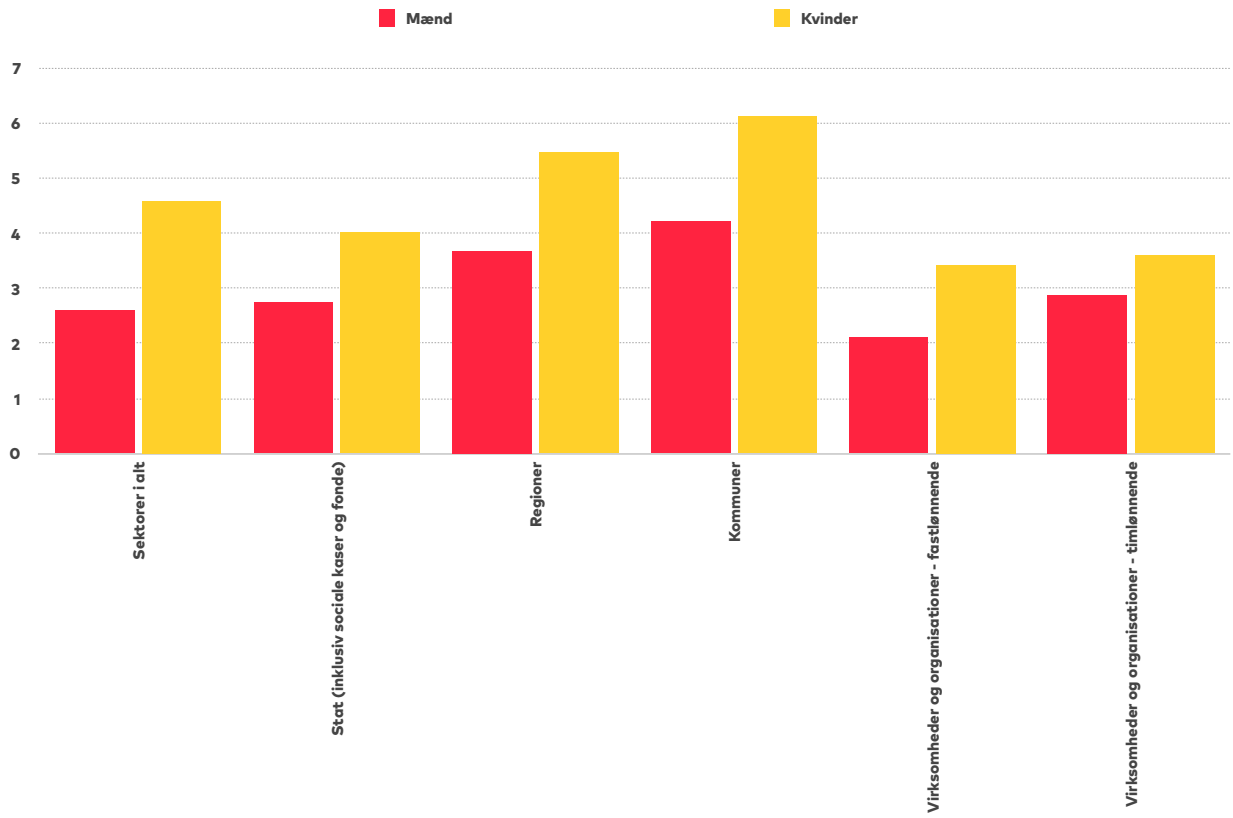
Figur 3: Sygefraværsprocent inkl. sygefravær på under 1 uges varighed i 2014 fordelt på alder og køn



Kilde: Beregninger på baggrund af Danmarks Statistik

Selvom sygefraværet i Danmark generelt må betragtes som lavt, er der imidlertid store forskelle i sygefraværet når fraværet deles op på forskellige sektorer. Det højeste for både mænd og kvinder sygefravær findes blandt de kommunalt ansatte, og særligt kvinder ansat i kommunerne har et, i sammenligning med de øvrige sektorer, højt sygefravær på lige over 6 %. Omvendt findes det laveste sygefravær for begge køn blandt personer ansat i fastlønnede stillinger i den private sektor, hvor fraværet i 2014 lå på henholdsvis 2,1 % for mænd og 3,4 % for kvinder.

Figur 4: Sygefraværsprocent inkl. sygefravær på under 1 uges varighed i 2014 fordelt på sektor og køn



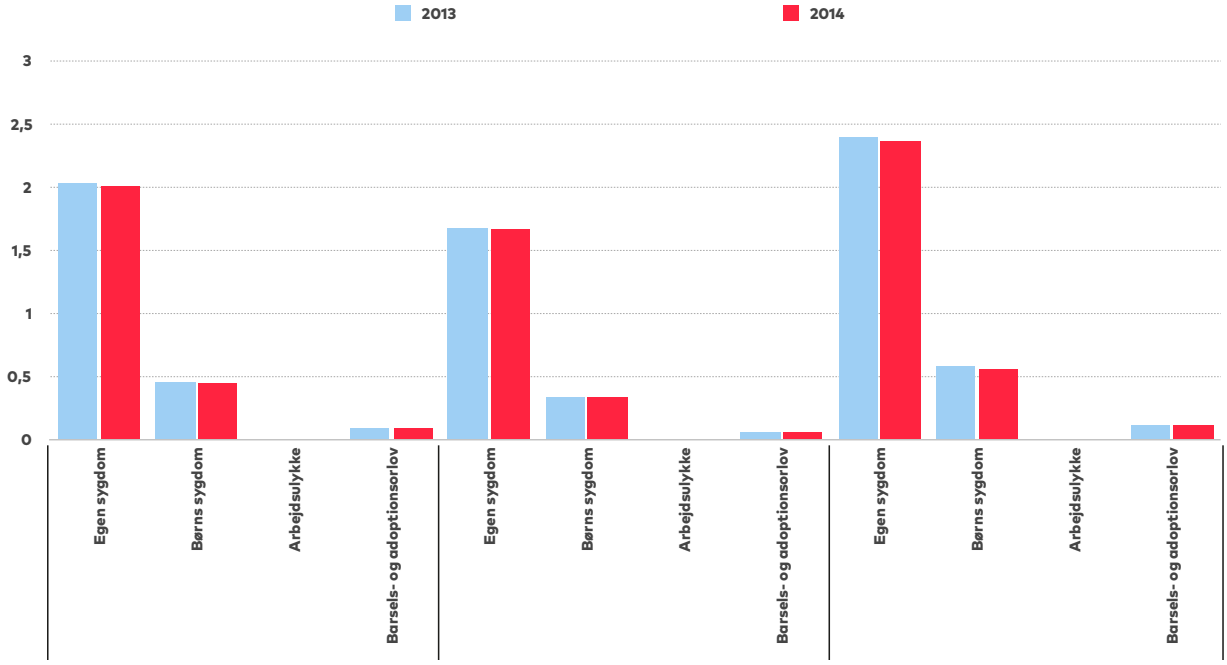
Kilde: Beregninger på baggrund af Danmarks Statistik

Generelt viser tallene, at sygefraværet er højest blandt offentligt ansatte, men at der er store forskelle på sygefraværets størrelse blandt de offentlige sektorer. Sygefraværet blandt statsansatte er således under 0,5 procentpoint højere end sygefraværet blandt privatansatte, mens sygefraværet for personer ansat i kommuner og regioner er markant højere end både privatansatte og statsligt ansatte. I Danmark varetages størstedelen af den borgernære service som eksempelvis omsorg og pleje, at kommuner og regioner, mens staten kun i meget begrænset omfang varetager den direkte levering af velfærdsservices. Der således store forskelle i arbejdets karakter i de forskellige offentlige sektorer i Danmark. Tallene viser således også, at det højeste sygefravær findes i de sektorer, hvor en stor del af de ansatte varetager opgaver som pleje og omsorg, undervisning og sundhedsbehandlinger.

Sygefraværets hyppighed og varighed

Betragter vi antallet af sygefraværsperioder i 2013 og 2014 har danskerne i gennemsnit 2 fraværsperioder pga. egen sygdom per år, mens de i snit har cirka en fraværsperiode pga. barns sygdom hvert andet år (se figur 5). Betragtes mænd og kvinder særskilt, viser tallene at kvinderne i gennemsnit har knap 1 fraværsperiode mere end mændene per år, da kvinderne i gennemsnit har 2,4 fraværsperioder årligt mens mændene har 1,7 fraværsperioder per år. Kigger vi til barns sygdom samt barsels- og adoptionsorlov viser figur 3, at kvinderne har dobbelt så mange fraværs perioder som mænd pga. familiemæssige forpligtelser, om end det skal påpeges at antallet af fraværsperioder for begge køn er under en fraværsperiode hvert andet år.

Figur 5: Gennemsnitslig antal fraværsperioder for fuldtidsansatte fordelt på køn og årsag til fravær i 2013/2014

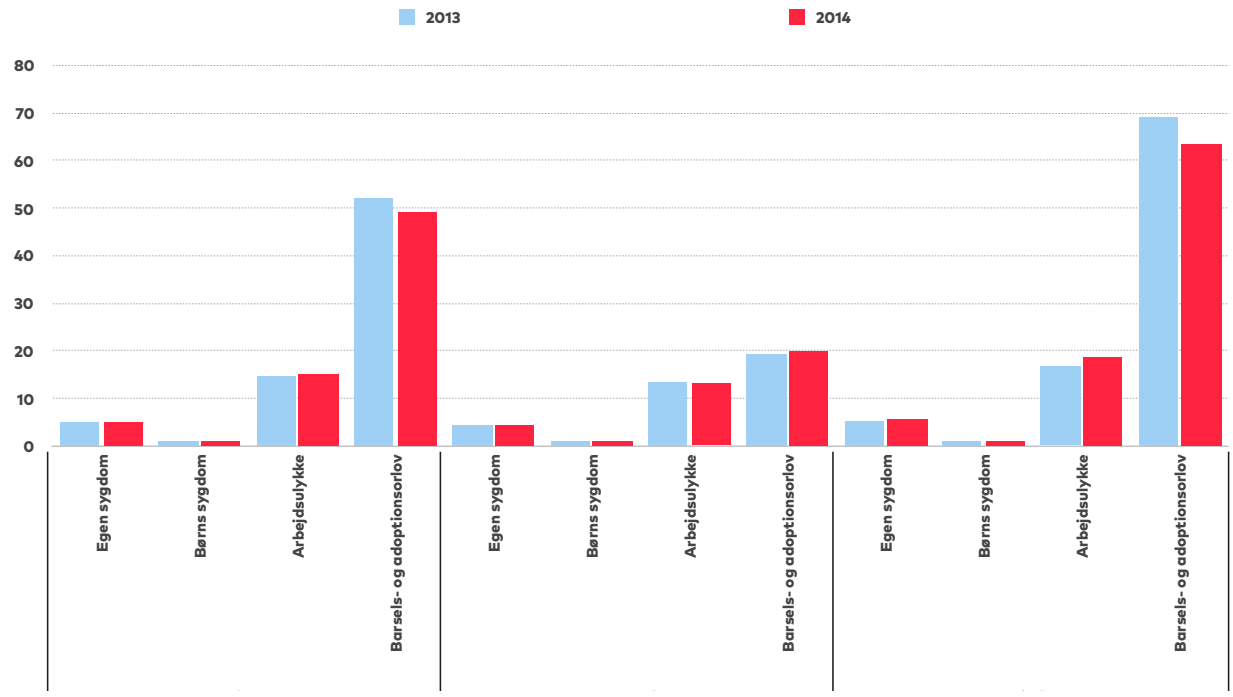


Kilde: Beregninger på baggrund af Danmarks Statistik

Ser vi nærmere på, hvor længe danskerne i gennemsnit er fraværende, når de sygemelder sig – altså hvor mange dage en fraværsperiode i gennemsnit varer - så varer sygemelding pga. egen sygdom i gennemsnit eller en arbejdsuge. For mændenes vedkommende er gennemsnittet lige under 5 dage mens det for kvinderne er lige over 5 dage. Kvinderne er altså typisk sygemeldt lidt længere tid end mændene, men forskellen er lille.

Ikke overraskende er kvinderne derimod fraværende i markant længere tid pga. barsels- og adoptionsorlov end deres mandlige kolleger, hvilket hænger sammen med at langt den største andel af barsels- og adoptionsorloven i Danmark afholdes af moderen. I forhold til fravær pga. barns sygdom er der omvendt ingen kønsforskelle. Her ligger den gennemsnitlige fraværslængde på 1 dag, hvilket er den maximale længde man i Danmark kan sygemelde sig pga. et sygt barn.

Figur 6: Gennemsnitslig varighed for fraværsperioder for fuldtidsansatte fordelt på køn og årsag til fravær i 2013/2014



Kilde: Beregninger på baggrund af Danmarks Statistik

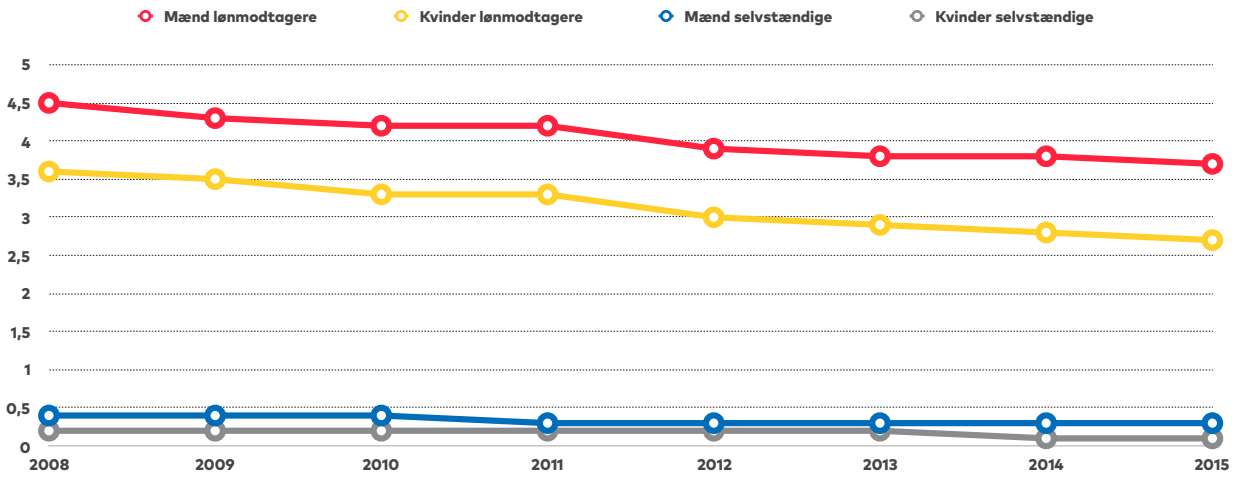
Kigger vi derimod på sygefravær som følge af arbejdsulykker kommer kønsforskellene imidlertid igen. Her er kvinderne i gennemsnit sygemeldt i knap 19 dage, mens mændene kun er sygemeldte i omkring 15 dage. Det er dog vigtigt at pointere, at tallene er et gennemsnit og at det ikke er muligt at se ud fra tallene om disse forskelle eksempelvis skyldes at flere kvinder end mænd får alvorlige eller langvarige skader som følge af arbejdsulykker og at dette trækker kvindernes gennemsnit op.

Sygedagpenge i Danmark

I de forrige afsnit er sygefraværet i Danmark beskrevet. Sygefraværsprocenterne måler imidlertid kun sygemeldinger hos personer i beskæftigelse. Det betyder, at personer som har mistet deres job pga. sygdom samt arbejdsløse, der er midlertidigt sygemeldte ikke er medtaget i statistikken. For at få et billede af udviklingen af sygefraværet, der også inkluderer disse grupper kigges på sygedagpengestatistikken, som viser hvor stor en andel sygedagpengemodtagere udgør i befolkningen. Da man som beskæftiget i de fleste tilfælde først er berettiget til sygedagpenge efter en måneds sygdom, giver sygedagpengetallene således først og fremmest et billede af længerevarende sygemeldinger.

Statistikken viser, lige som statistikken for sygefravær, at en lidt større andel af kvinder end mænd modtager sygedagpenge. Samtidig viser tallene også at både antallet og andelen sygedagpengemodtagere udgør i befolkningen har været støt faldende. Faldet er ensartet for både mænd og kvinder.

Figur 7: Udviklingen i antallet af sygedagpengemodtagere blandt lønmodtagere og selvstændige fordelt på køn i perioden 2008-2015



Kilde: Beregninger på baggrund af Danmarks Statistik

Tallene viser ligeledes, at kvindelige lønmodtagere lidt hyppigere modtager sygedagpenge end mandlige lønmodtagere, mens tendensen er omvendt for selvstændige. Samtidig er en betydelig større andel af mænd end kvinder selvstændige (Danmarks Statistik, 2011), hvilket der skal tages højde for i tolkningen af tallene. Andelen af selvstændige sygedagpengemodtagere er generelt meget lav, hvilket må formodes bl.a. at hænge sammen med, at selvstændige udgør en forholdsvis lille gruppe på det danske arbejdsmarked.

Opsamling

Generelt er sygefraværet i Danmark lavt både for mænd og kvinder sammenlignet med de øvrige nordiske lande. Dog er den gennemgående tendens, at danske kvinder generelt har et højere sygefravær end deres mandlige kolleger uanset hvilke aldersgrupper og sektorer man kigger på. Forskellene er dog i de fleste sammenhænge små. Der hvor kønsforskellene træder tydeligst frem, er når man kigger på sygefraværet i forskellige sektorer. Her er kønsforskellene mere tydelige, ligesom de to sektorer – kommuner og regioner – som har det højeste sygefravær også er de sektorer, som er præget at traditionelle kvindefag indenfor sundhed, uddannelse omsorg og pleje. Selvom sygefraværet for både mænd og kvinder er lavt i Danmark, peger tallene således alligevel i retning af, at ansatte på nogle arbejdsområder har en højere risiko for sygemelding end andre. Her er særligt de traditionelle kerneområder for velfærdsstaten udsatte.

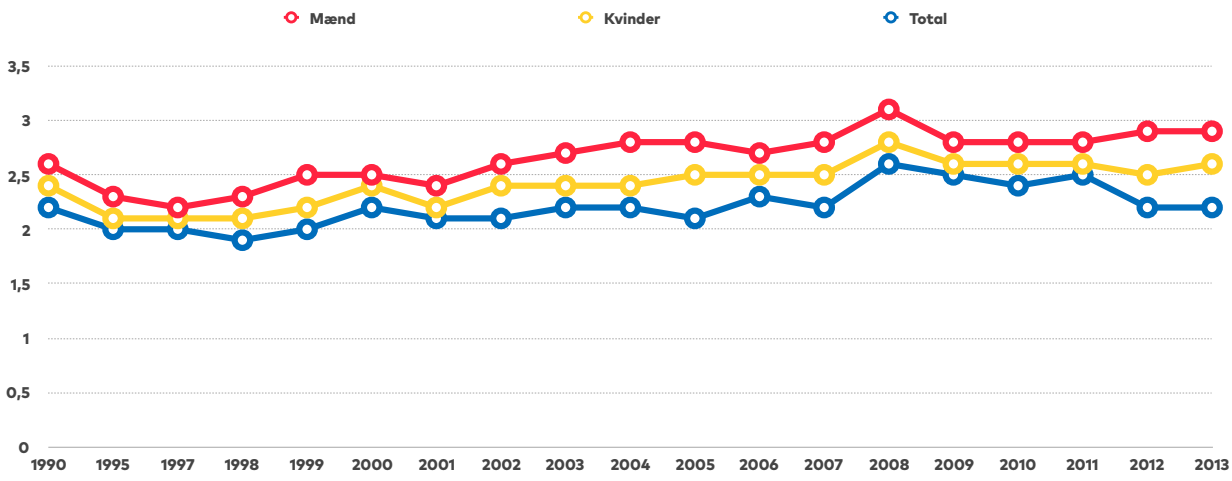
Finland

Sygefravær fra beskæftigelse

Sygefraværet i Finland har siden været forholdsvist lavt og forholdsvist stabilt sammenlignet med flere af de andre nordiske lande (NOSOSKO, 2015; Nordisk Statistik, 2015; Haagensen, 2014). Sygefraværet har i denne periode svinget mellem 2% og 2,5%, men sygefraværet har været svagt stigende siden midten af 90'erne.

Også i Finland har kvinderne er højere sygefravær end mændene, men kønsforskellene er forholdsvist små og ligger mellem 0,2 og 0,7 procentpoint. Kønsforskellene i sygefraværet ser dog ud til at være svagt stigende ikke mindst afledt af, at hvor sygefraværet blandt mænd er faldet en smule de seneste år er fraværet modsat steget en smule hos kvinderne.

Figur 8: Udviklingen i sygefraværsprocenter for sygefravær af minimum en uges varighed 1990 – 2013 fordelt på køn.



Kilde: Beregninger på baggrund af Nordisk Statistik, Labour Force Survey

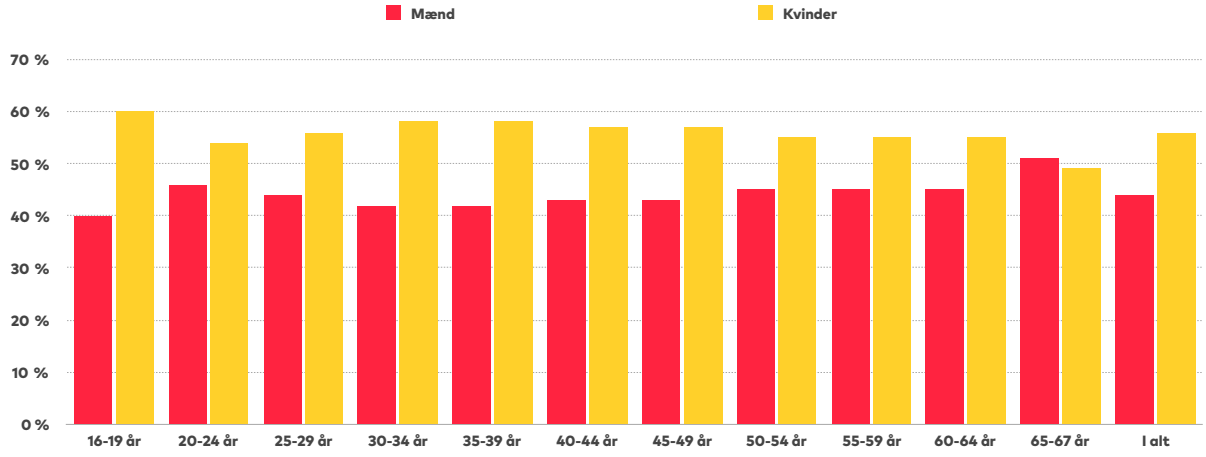
Da der ikke er mere detaljerede, finske opgørelser om sygefraværsprocenter, er der for at få et mere detaljeret billede af, hvordan sygefraværet fordeler sig, er der trukket oplysninger på baggrund af det finske sygedagpengeregister. Her findes oplysninger om antallet af sygedagpengemodtagere fordelt på køn og alder. Disse oplysninger er ikke direkte sammenlignelige med sygefraværsprocenterne, da de opgøres i absolutte tal og ikke som procent af alle beskæftigede. Ser vi på, hvordan tallene fordeler, viser de imidlertid samme overordnede tendens som sygefraværsstatistikkerne. Der er flere kvinder på sygedagpenge, end der er mænd og samlet set var 56 % af sygedagpengemodtagerne ved udgangen af 2015 kvinder mens 44 % var mænd. Den eneste undtagelse for denne tendens er for personer mellem 65 og 67 år. Her er andelen af mænd på 51 % mens andelen af kvinder er på 49 %.

Ser vi på aldersfordelingen i de enkelte aldersgrupper, tegnes et billede af, at andelen af kvinder er størst blandt de 16 til 19årige samt blandt de 30 til 49årige. Selvom forskellene i kønsfordelingen mellem de enkelte aldersgrupper er relativt små, så er det altså også i Finland kvinder i den alder, hvor både familieliv og arbejdsliv generelt skal etableres, som har det højeste sygefravær.

Opsamling

Finland har generelt et lavt sygefravær sammenlignet med de fleste af de øvrige nordiske lande. Dog har sygefraværet de seneste år været svagt stigende. Også i Finland står kvinderne for en større andel af sygefraværet end mændene om end kønsforskellene er relativt små. Denne tendes gælder for alle aldersgrupper dog med undtagelse af personer over 65 år, hvor mændene udgør en lidt større andel end kvinderne.

Figur 9: Andelen af mandlige og kvindelige sygedagpengemodtagere ultimo december 2015 fordelt efter alder.



Kilde: Beregninger på baggrund af tal fra KELA

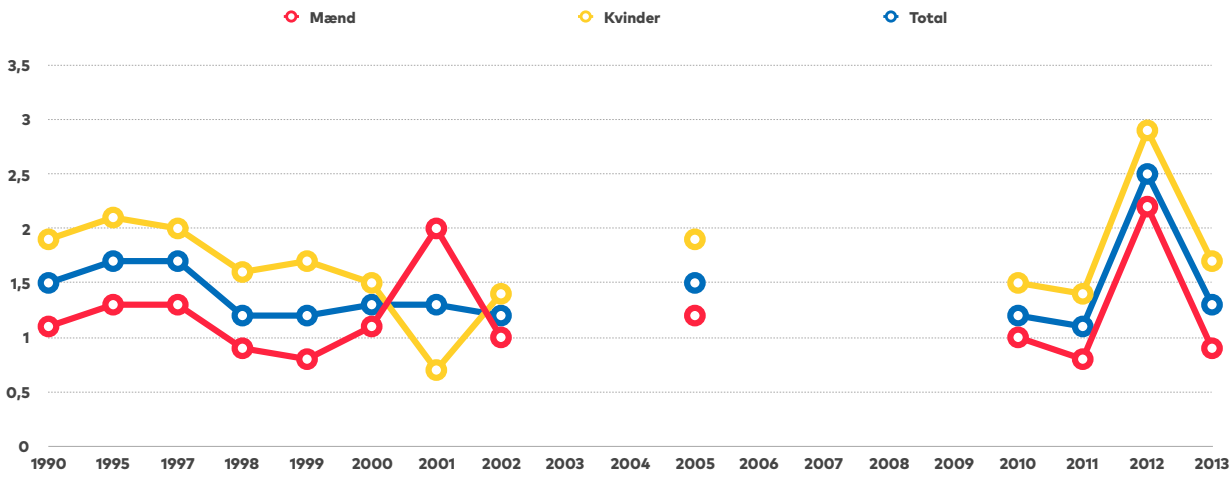
Island

Sygefravær fra beskæftigelse

Island har siden 1990 kontinuerligt haft det laveste sygefravær blandt de nordiske lande (NOSOSKO, 2015; Nordisk Statistik, 2015; Haagensen, 2014), og det samlede sygefravær har generelt svinget mellem ca. 1 % og 1,5 % af alle beskæftigede i perioden, dog med enkelte kortvarige stigninger i 2005 og 2012 (se figur 8).

Kigger vi på sygefraværet fordelt på køn, følges udviklingen i sygefravær for mænd og kvinder i Island generelt ad, om end kvindernes sygefravær i det meste af perioden er lidt højere end mændene. I det meste af perioden er kønsforskellene dog relativt små og ligger i hele perioden på mellem 0,5 og 0,9 procentpoint. I et enkelt år, 2001, er sygefraværet markant højere for mændene end for kvinderne. Samme billede kunne også ses i Norge i 2001.

Figur 10: Udviklingen i sygefraværsprocenter for sygefravær af minimum en uges varighed 1990 – 2013 fordelt på køn. Opgjort som andel af beskæftigede.[8]



Kilde: Beregninger på baggrund af Nordisk Statistik, Labour Force Survey

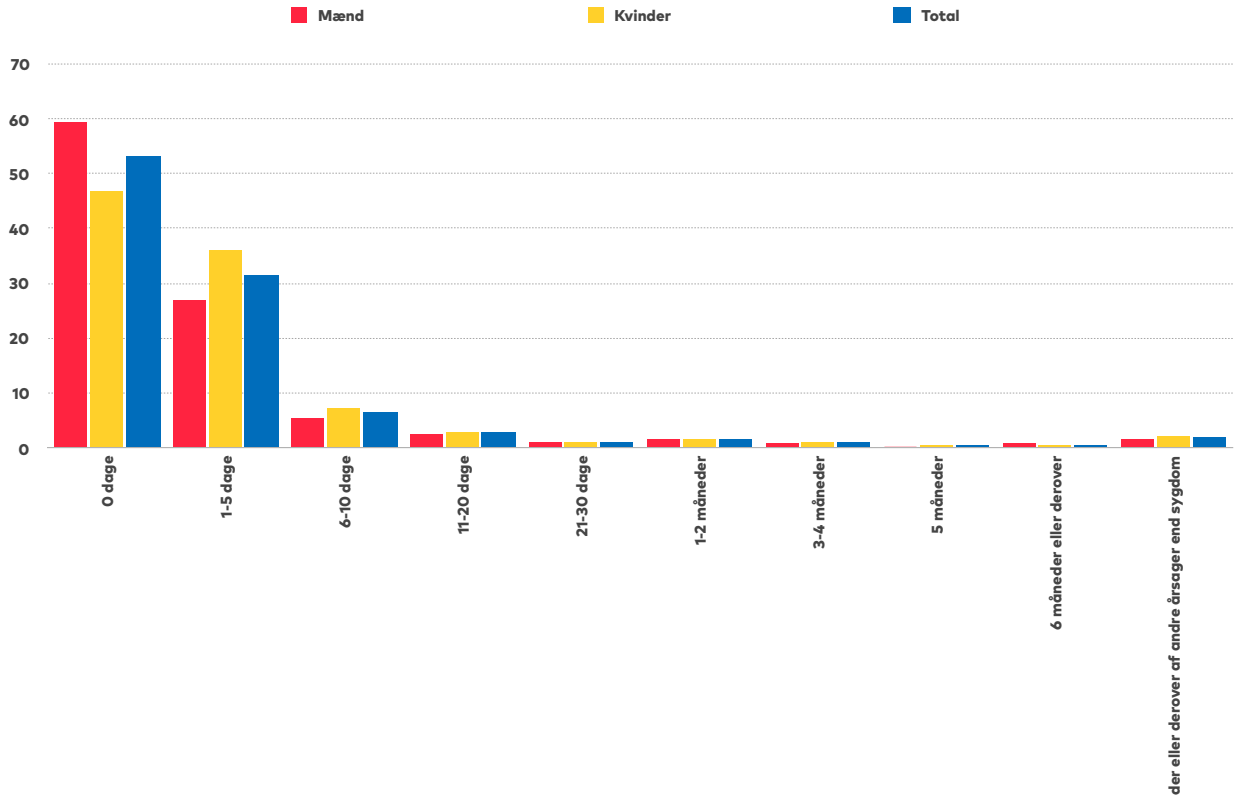
8 *Data i perioden 2003/2004 samt 2006 -2009 har ikke været tilgængelige hos Nordisk Statistik.*

Sygefraværets varighed

Der findes ikke islandske data på, hvordan sygefraværet fordeler sig på forskellige aldersgrupper, sektorer og brancher. Til gengæld er det gennemsnitslige antal sygedage i 2012 målt i surveystudiet "Health and Well-being of Icelanders" der er udarbejdet af The Directorate of health i samarbejde med the Administration of Occupational Health, The Icelandic Cancer Society, University Hospital of Iceland, University of Iceland, University of Reykjavík and University of Akureyri.

Ser vi på, hvordan det gennemsnitslige antal sygedage fordeler sig, så viser tallene at ca. halvdelen (53 %) af islændingene ikke har haft nogen sygedage i løbet af året, mens en tredjedel (31,5%) kun har haft mellem 1 og 5 sygedage. Kun 3,5 % af islændingene har haft mere end 1 måned sygefravær i løbet af året. Størstedelen af det islandske sygefravær er således fravær af kortere varighed. Dette gælder for såvel mænd som kvinder.

Figur 11: Andelen (%) af mænd og kvinder, der har haft fravær fra arbejde eller uddannelse i 2012 fordelt på antallet af fraværsdage.



Kilde: Beregninger på baggrund af "Health and Wellbeing of Icelanders"

Ser vi kønsforskellene i forhold til antallet af sygedage, så tegner der sig samme billede som når vi betragter det samlede sygefravær. Mønsteret mellem hos både mænd og kvinder er det samme, men kvinderne har i gennemsnit flere sygedage end mænd uanset om man kigger på det korte eller langvarige sygefravær. Særligt i forhold til det kortvarige sygefravær og i forhold til andelen af henholdsvis mænd og kvinder, som slet ikke har nogen sygedage, er der tydelige kønsforskelle. Kun det helt lange sygefravær over 6 måneder skiller sig ud. En lidt større andel af mændene har været sygemeldt minimum 6 måneder end tilfældet er for kvinder, men forskellene er små. Det er bemærkelsesværdigt at den generelle tendens til at kvinderne har flere sygedage og højere sygefravær end mænd ikke ser ud til at gøre sig gældende, når det drejer sig om meget langvarige sygemeldinger.

Opsamling

Island har igennem en lang årrække været det nordiske land, som har det laveste sygefravær. Samtidig er en stor del af sygefraværet i Island fravær af kortere varighed, mens det langvarige sygefravær kun udgør en lille andel af det totale sygefravær.

Men ligesom de øvrige nordiske lande er der også i Island synlige forskelle mellem mænds og kvinders sygefravær. Selvom de overordnede tendenser er ensartede for mænd og kvinder, har kvinderne generelt et højere fravær, ligesom de også har flere årlige sygedage end mændene. Kun for det helt langvarige sygefravær over et halvt års varighed gør dette sig ikke gældende. Her er andelen af mænd nemlig lidt større end andelen af kvinder.

Norge

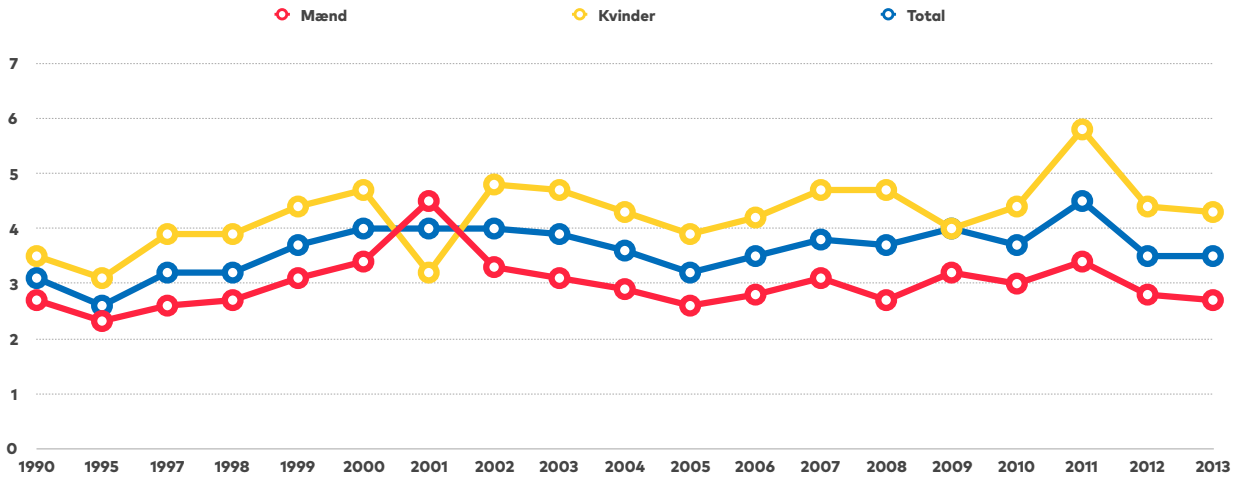
Sygefravær fra beskæftigelse

Norge har siden 1990'erne haft et højt sygefravær sammenlignet med de øvrige nordiske lande (NOSOSKO, 2015; Nordisk Statistik, 2015; Haagensen, 2014). Sygefraværet i Norge har ligeledes siden 1990'erne lagt mellem 3 % og 4 %, dog med enkelte udsving i begge retningerne. Ligeledes har sygefraværet i Norge generelt været karakteriseret ved nogle forholdsvis tydelige kønsforskelle, sammenlignet med eksempelvis Danmark og Island. Kvinderne sygefravær i Norge ligger således generelt omkring 1,5 procentpoint højere end mændenes sygefravær. I enkelte perioder er forskellen lidt mindre mens den i andre perioder er helt oppe på 2-2,5 procentpoint.

I Norge skelnes der imellem lægemeldt sygefravær og egenmeldt sygefravær. For sygemeldinger af kortere varighed (9 eller 4 dage afhængig af ansættelsesforhold), er det tilstrækkeligt at arbejdstageren selv sygemelder sig. For længere sygemeldinger kræves en sygemelding fra læge, tandlæge, kiropraktor eller fysioterapeut.

Medtages det korte, egenmeldte sygefravær i statistikken, stiger sygefraværsprocenten i Norge til næsten det dobbelte. Det betyder, at sygefraværet for kvinder stiger til lige over 9 % i 2013 mens det for mænd stiger til knap 6 % på samme tidspunkt. Det giver altså et markant anderledes billede af sygefraværets omfang både for mænd og kvinder om medregner det korte og egenmeldte sygefravær eller ej.

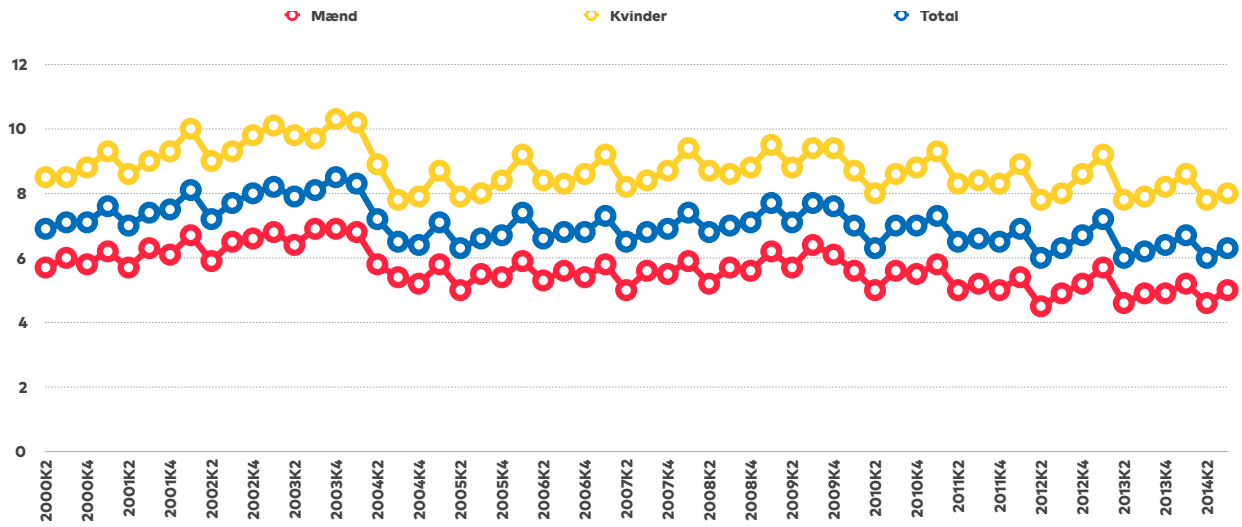
Figur 12: Udviklingen i sygefraværsprocenter for sygefravær af minimum en uges varighed 1990 – 2013 fordelt på køn.[9]



Kilde: Beregninger på baggrund af Nordisk Statistik, Labour Force Survey

9 *I 2001 er kvindernes sygefravær målt til 3,2% mens mændenes er målt til 4,5%. Tallene dette år afviger således markant fra den generelle tendens de øvrige år, hvor kvindernes sygefravær er højere end mændenes. Det er usikkert om udsvinget i 2001 skyldes usikkerheder ved målingen, der er surveybaseret og derfor følsom for frafald mv., andre målefejl eller om noget har forårsaget lokale udsving i tendensen i Norge. Dette skal der tages højde for i tolkningen af sygefraværsniveauet i 2001.*

Figur 13: Sygefraværsprocent (egen meldt + lægemeldt fravær) i perioden 2001 til 2014 fordelt på køn.



Kilde: Beregninger på baggrund af Nordisk Statistik, Labour Force Survey

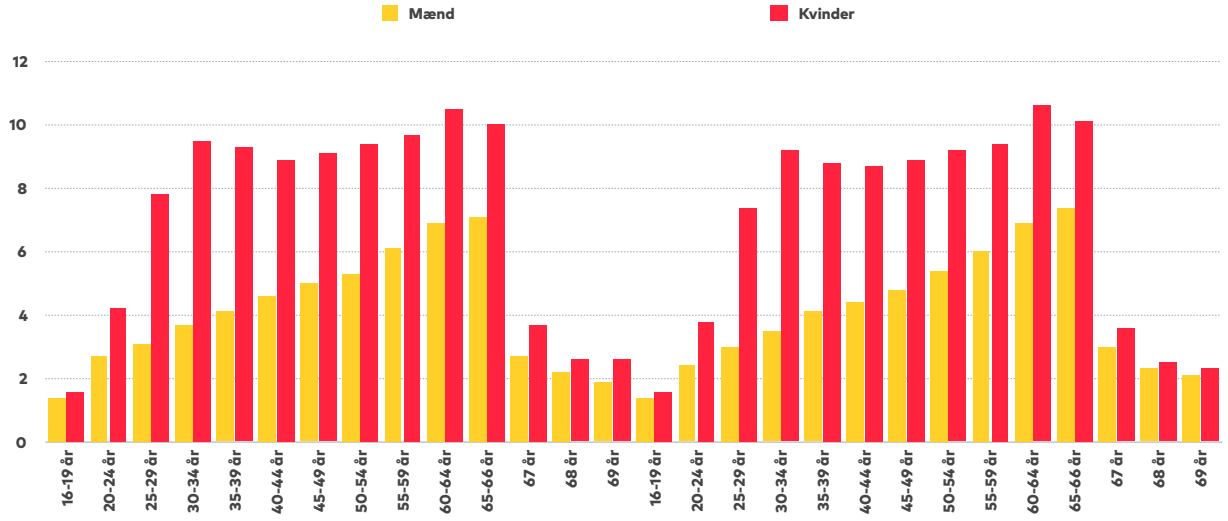
Når vi kigger på det total, registerbaserede sygefravær fremgår det endvidere, at udviklingen i mænds og kvinders sygefravær dels har været svagt faldende over de sidste 15 år, ligesom udviklingen i mænds og kvinders sygefravær generelt stiger og falder forholdsvis ensartet.

Hvem sygemelder sig?

Ser vi på sygefraværet fordelt på alder er det tydeligt at mænds sygefravær stiger i takt med alderen frem til og med 66 års alderen. Herefter falder sygefraværet markant for de 67-69 årige, hvilket må formodes at hænge sammen med, at de personer i denne aldersgruppe, som har valgt at udskyde deres pension og fortsat er aktive på arbejdsmarkedet, har en bestemt helbreds, uddannelses- og jobprofil. Det er således tydeligt at sygefraværet for mænd hænger sammen med alderen, og at de ældste aldersgrupper generelt har det højeste sygefravær (se figur 13).

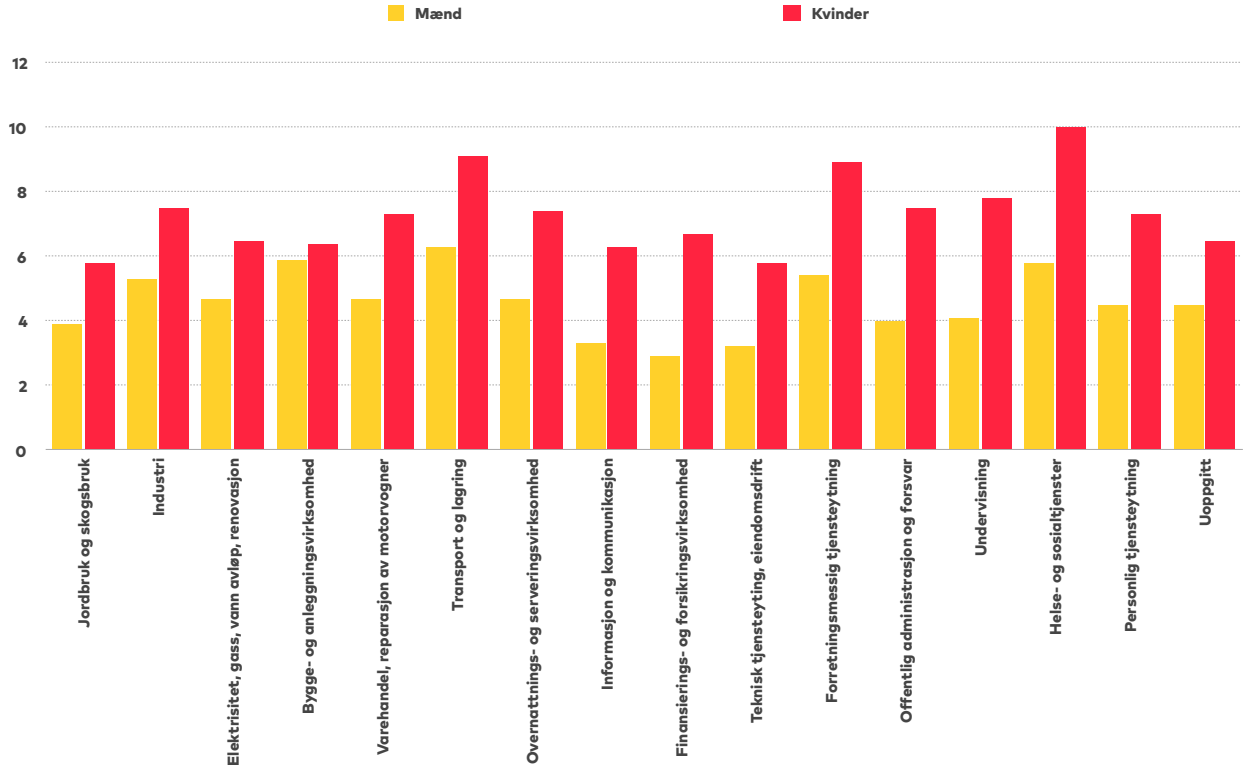
For kvinderne er billedet imidlertid mindre entydigt. Her ses et generelt højt sygefravær for alle aldersgrupper, og sygefraværet er højest for kvinder mellem 25 år og 35 år samt for kvinder over 55 år. Ligesom hos mændene falder også kvindernes sygefravær betydeligt for aldersgrupperne over 66 år, ligesom kønsforskellene for personer over 66 år er meget små.

Figur 14: Sygefraværsprocent lægemeldt og egenmeldt fravær i 2015 og 2016 fordelt på alder og køn



Kilde: Beregninger på baggrund af Statistisk Sentralbyrå Norge

Figur 15: Sygefraværsprocent lægemeldt og egenmeldt fravær i 2014 fordelt på branche og køn



Kilde: Beregninger på baggrund af Statistisk Sentralbyrå Norge

Sygefraværet i Norge ligger generelt i den høje ende sammenlignet med resten af Skandinavien. Der imidlertid betydelige forskelle på det norske sygefravær, når man kigger på forskellige brancher og sektorer (se figur 14). Den branche som har det højeste sygefravær er helse- og socialtjenester efterfulgt af transport- og lagerarbejde, undervisning, øvrige servicefag (personligservice og butiksarbejde) samt offentlig administration. For disse brancher ligger sygefraværet højt for såvel mænd som kvinder om end sygefraværet for kvinder også her er markant højere end for mænd.

Der tegner sig således et billede af, at særligt sundhed-, omsorg og serviceerhverv er udsatte, når det kommer til sygefravær. Med undtagelse af transport- og lagerarbejde er det altså de traditionelle kvindefag og fag, der er kendetegnet ved at levere borgernære services, som har det højeste sygefravær. Dette gælder uanset om vi kigger på mænd eller kvinder indenfor disse fag.

Opsamling

Det norske sygefravær ligger generelt i den højeste ende sammenlignet med de øvrige nordiske lande. Når man kigger på kønsforskellene i Norge er det gennemgående billede, at de norske kvinder har et højere sygefravær end deres mandlige kolleger. Dette gælder uanset hvilke aldersgrupper og brancher der kigges på. Ligeledes viser tallene fra Norge også, at særligt de traditionelle kvindefag og de brancher kendetegnet ved at levere borgernære services har et højt sygefravær. I disse brancher ligger sygefraværet højt for såvel mænd som kvinder, men også her er der tydelige kønsforskelle.

En anden markant kønsforskel i det norske sygefravær er i forhold til aldersfordelingen. Hvor mændenes sygefravær generelt stiger tydeligt i takt med alderen, er kvindernes sygefravær højt på tværs af de forskellige aldersgrupper, og særligt kvinder mellem 25 og 35 år har et højt sygefravær ligesom også sygefraværet også stiger fra 55 års alderen og opefter. Også de norske data peger således mod at kvinder er særligt udsatte i forhold til sygefravær i den periode af livet, hvor både arbejdsmarkedskarriere og familieliv skal etableres.

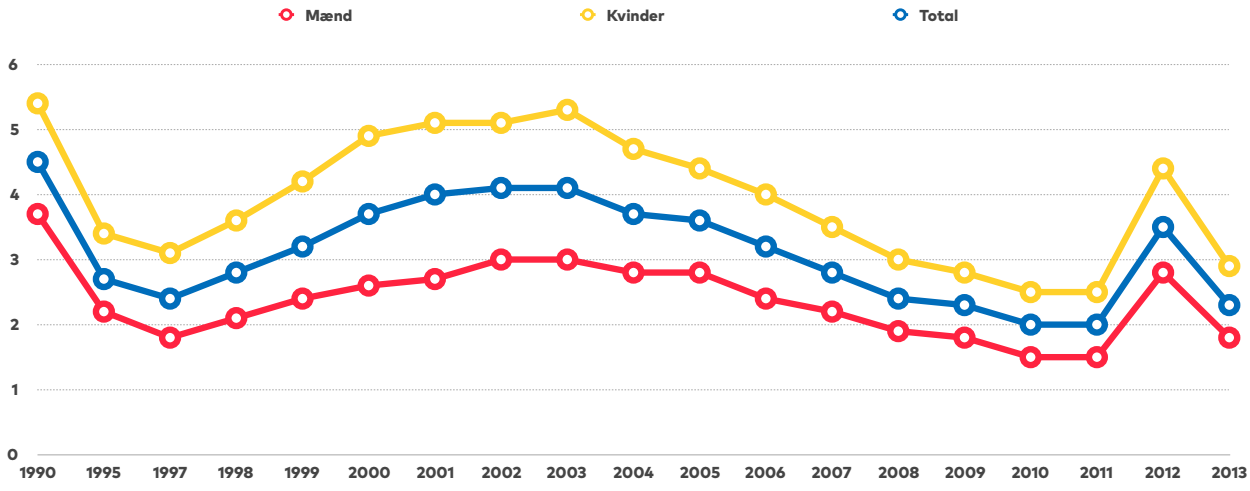
Sverige

Sygefravær fra beskæftigelse

Sverige har i en lang årrække haft et højt sygefravær sammenlignet med de øvrige nordiske lande, med et sygefravær på 4,5 % i 1990 som det højeste (NOSOSKO, 2015; Nordisk Statistik, 2015; Haagensen, 2014). Sygefraværet er imidlertid faldet kontinuerligt siden 2002/2003, dog med en enkelt kortvarig stigning i 2012. Det betyder at sygefraværet i Sverige i 2013 lå på 2,3 %.

Sverige har som de øvrige nordiske lande et højere sygefravær for kvinder end for mænd, men kønsforskellen er faldet let over de sidste 10 år. Generelt har sygefraværet i Sverige for mænd og kvinder udviklet sig ensartet over tid og er således steget og faldet i nogenlunde samme takt (se figur 15).

Figur 16: Udviklingen i sygefraværsprocenter for sygefravær af minimum en uges varighed 1990 – 2013 fordelt på køn.



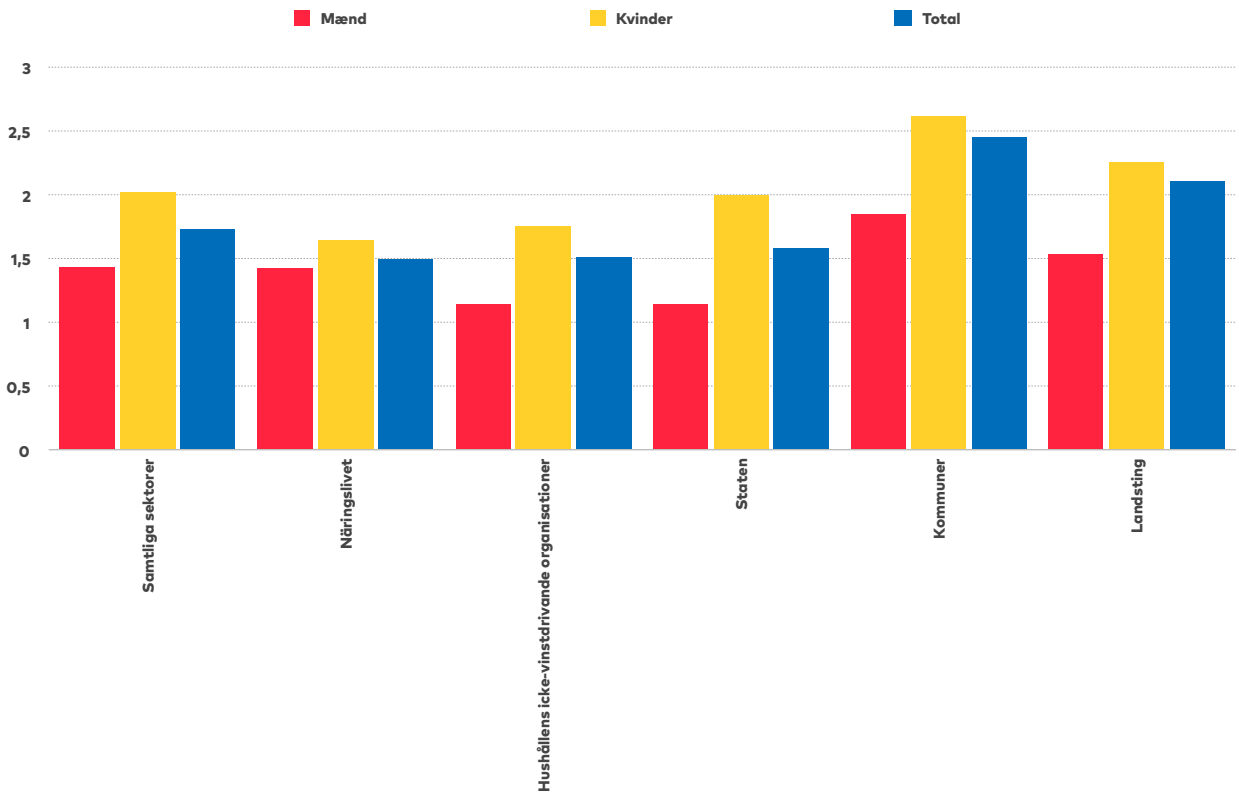
Kilde: Beregninger på baggrund af Nordisk Statistik, Labour Force Survey

Hvem sygemelder sig?

Det har ikke været muligt at skaffe svenske data om sygefraværsprocenter fordelt på alder, sektor og branche. Et billede af sygefraværets omfang fordelt på sektorer og brancher kan imidlertid fås ved at kigge på det gennemsnitslige antal sygedage og det gennemsnitslige antal sygemeldinger pr ansat i de forskellige sektorer og brancher.

Ser vi først på det gennemsnitslige antal sygedage pr ansat fordelt efter, hvilken sektor man er ansat i (figur 16), fremgår det at den sektor, som har flest sygedage for såvel mænd som kvinder er den kommunale sektor efterfulgt af landstingene. Generelt peger tallene på, at ansatte i den offentlige sektor generelt har flere sygedage end ansatte i den private sektor. Samtidig er kønsforskellene i forhold til det gennemsnitlige antal sygedage i den offentlige sektor tydeligt større end i den private sektor. Om dette skyldes forskelle i arbejdsopgaver og jobfunktioner mellem mænd og kvinder fremgår ikke af tallene.

Figur 17: Gennemsnitslig antal sygedage pr ansatte i 2016 fordelt på sektor og køn.



Kilde: Beregninger på baggrund af Statistisk Centralbyrån Sverige

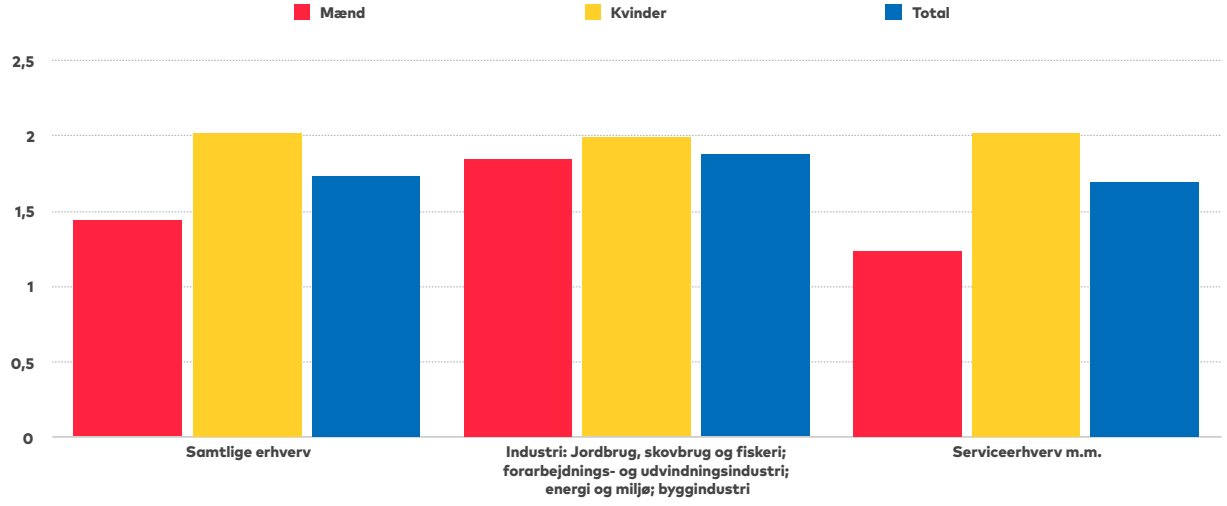
Samme billede tegner sig når man betragter det gennemsnitslige antal årlige sygemeldinger pr. ansat. Her ligger også den kommunale sektor højest mens den private sektor ligger lavest (se figur 17).

Tallene peger altså mod, at særligt de sektorer som har traditionelle velfærdsservices som pleje, omsorg, sundhed og uddannelse har flere sygemeldinger og flere sygedage pr. og at særligt kvinderne i disse sektorer har en højere risiko for at blive sygemeldte.

Ser vi på hvilke brancher, der har det højeste sygefravær, tegner der sig et billede af, at det gennemsnitslige antal sygedage for kvinder er næsten ens mellem henholdsvis serviceerhverv og industri nemlig henholdsvis 2,02 dage pr år og 1,99 dage pr år (se figur 18).

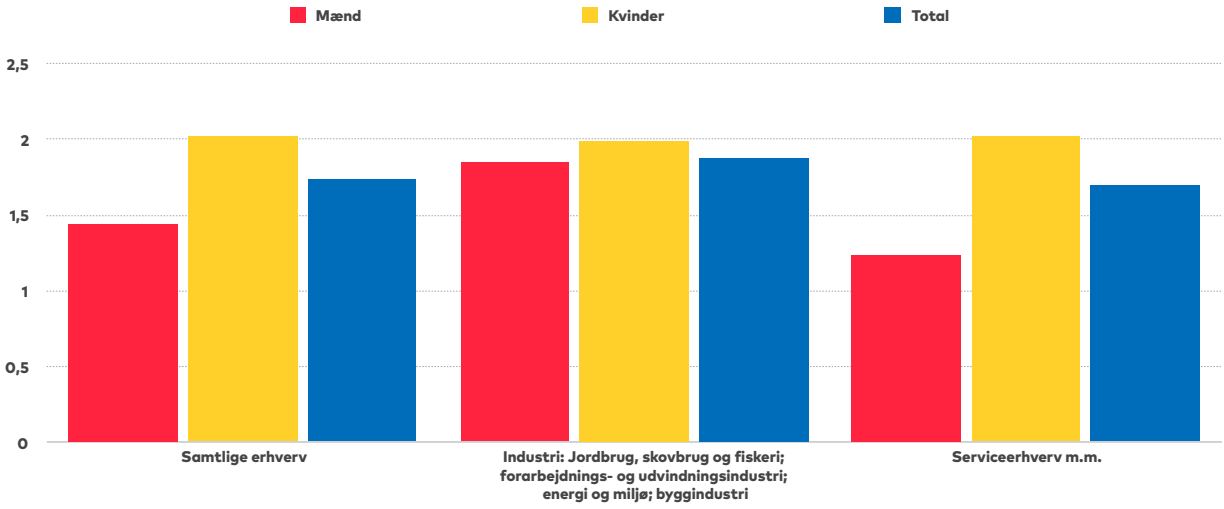
Modsat er der for mændenes vedkommende tydelige forskelle mellem brancherne. Det gennemsnitslige antal sygedage for mænd i industrien ligger på 1,85 dage pr år og altså ganske tæt på kvindernes 1,99 sygedage. For mænd i serviceerhverv er antallet af sygedage pr år imidlertid kun på 1,24 dage og altså noget lavere både end kvindernes i samme erhverv og mænd ansat i industriens.

Figur 18: Gennemsnitslig antal sygemeldinger pr. år pr. ansatte i 2016 fordelt på sektor og køn.



Kilde: Beregninger på baggrund af Statistisk Centralbyrån Sverige

Figur 19: Gennemsnitslig antal sygedage pr ansatte i 2016 fordelt på brancher og køn.



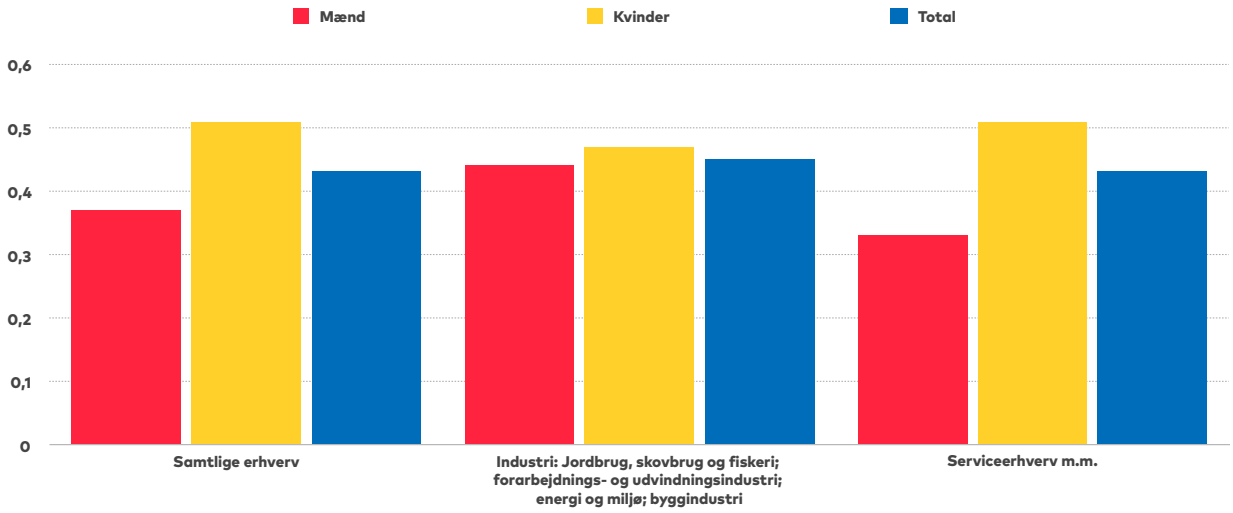
Kilde: Beregninger på baggrund af Statistisk Centralbyrån Sverige

Samme billede går igen, når vi kigger på antallet af sygemeldinger pr år fordelt på branche. Her er der kun små kønsforskelle når vi kigger på industrien, mens der er tydelige kønsforskelle, når vi kigger på serviceerhvervene.

Tallene viser således at også blandt ansatte i erhvervslivet, er det i særlig grad kvinder i serviceerhverv og altså erhverv der indebærer levering af serviceydelser til borgere og kunder, der har en høj risiko for sygemeldinger.

Ligeledes indikerer tallene også, at kvinder ikke generelt har et markant højere sygefravær end mænd. Derimod ser kvinders højere sygefravær ud til at være knyttet sammen med hvor de arbejder og hvilke arbejdsopgaver, de har.

Figur 20: Gennemsnitslig antal sygemeldinger pr. år pr. ansatte i 2016 fordelt på brancher og køn.



Kilde: Beregninger på baggrund af Statistisk Centralbyrån Sverige

Opsamling
Sygefraværet i Sverige har igennem en længere perioder været faldende. Selvom der har været udsving i modsat retning i enkelte år, er den samlede tendens at sygefraværet er reduceret. Dette gælder både for mænd og kvinder. Faldet i sygefravær er en lille smule større for kvinder end for mænd, men i det store hele er tendensen ens for begge.

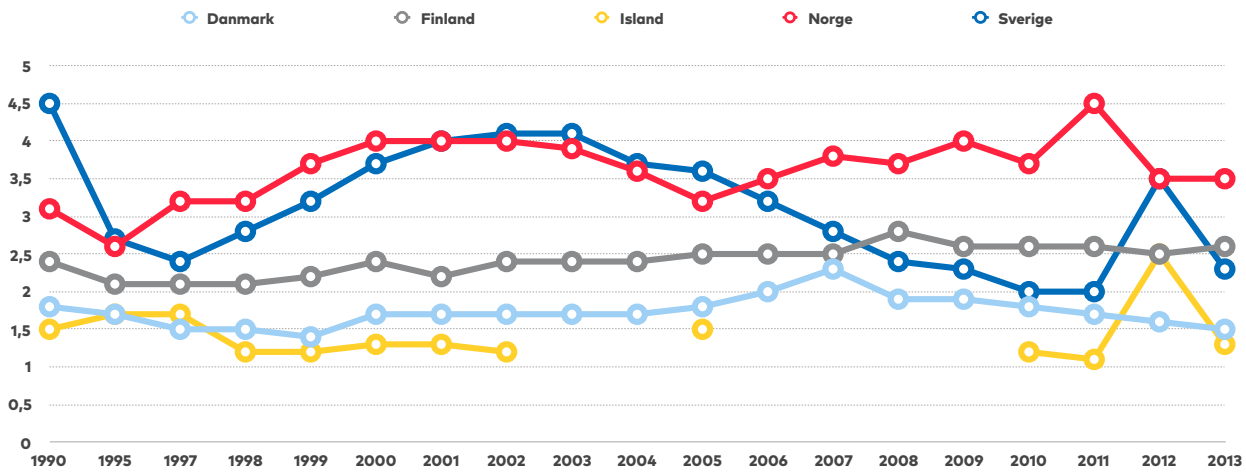
Sygefraværet er mest udtalt i den offentlige sektor og særligt den kommunale sektor efterfulgt af landstingene har flere sygedage og flere sygemeldinger pr ansat pr år. Det er altså i særlig grad de to sektorer, som varetager de traditionelle velfærdsstatslige kerneopgaver – fx omsorg, pleje, sundhed og undervisning – som er udfordret i forhold til sygefraværet. Det samme gør sig gældende, når vi kigger på brancher. Her er det særligt kvinder i serviceerhverv, der har en høj risiko for sygemeldinger, mens der ikke er markante kønsforskelle når vi kigger på sygemeldinger og sygedage blandt ansatte i industrien.

De svenske tal indikerer således, at sygefraværet og særligt kønsforskellene i sygefraværet er afhængig af sektor og branche. Tallene kan ikke give nogle entydige svar på, hvorfor der ser ud til at være denne sammenhæng. Men en mulig forklaring kan være, at forskellene i sygefravær kan forklare med forskelle i arbejdsopgaver og jobfunktioner mellem sektorer og brancher. Samtidig peger tydeliggør tallene også et behov mere viden om betydningen af arbejdsopgaver og jobfunktioner i relation til sygefraværet. Særligt i forhold til serviceerhverv, hvor kønsforskellene er tydelige er der behov for mere viden om, hvorvidt forskellene skyldes de facto forskelle i mænd og kvinders jobfunktion og arbejdsopgaver eller om der er tale om egentlige kønsforskelle i relation til risiko for sygdom.

Sygefraværet på tværs af de nordiske lande

Kigger vi på tværs af de nordiske lande, er både forskelle og ligheder i sygefraværets udvikling og kønsfordeling. Blandt de nordiske lande har Danmark og Island siden 1990 haft det laveste sygefravær fra beskæftigelse, om end der mangles Islandske data i årene 2003/2004 og 2006-2009. I den modsatte ende har Norge og Sverige haft det højeste sygefravær, men særligt i Sverige er fraværet faldet betydeligt siden 2003. I Island, Norge og Sverige har sygefraværet varieret betydeligt fra år til år med forholdsvist store både stigninger og fald, mens sygefraværet i Danmark og Finland har lagt nogenlunde stabilt i hele perioden. Danmark har dog de seneste år oplevet et fald i sygefraværet mens Finland modsat har oplevet en lille stigning.

Figur 21: Udviklingen i sygefraværsprocenter i de nordiske lande for sygefravær af minimum en uges varighed 1990 – 2013. Opgjort som andel af beskæftigede.[10]



Kilde: Beregninger på baggrund af Nordisk Statistik, Labour Force Survey

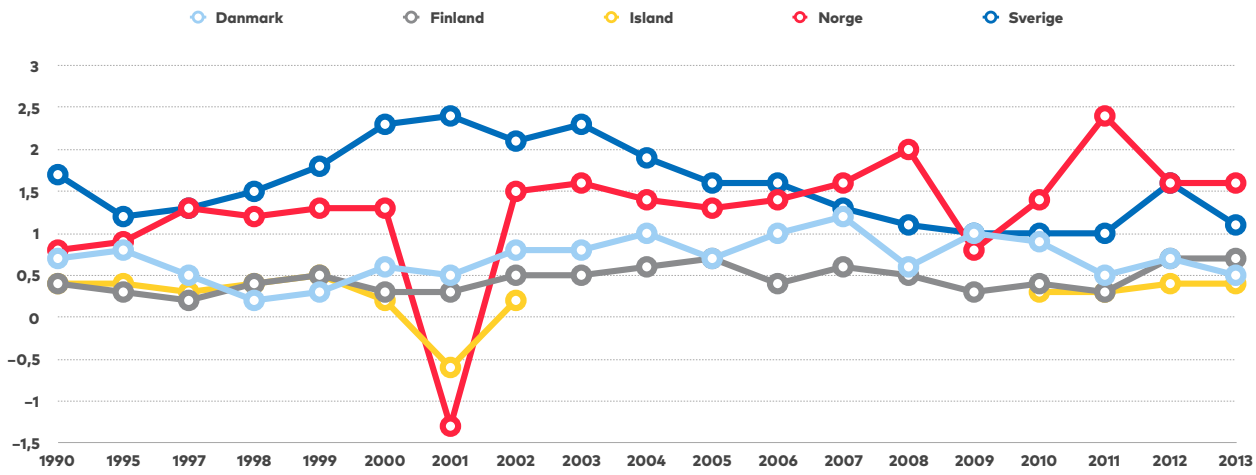
Ser vi på kønsforskellene i sygefraværet, så er det en fælles tendens i alle fem lande, at kvinders sygefravær er højere end mænds. Dette gælder uanset hvilke aldersgrupper, brancher og sektorer der kigges på. Den eneste undtagelse til denne tendens er det langvarige sygefravær på minimum 6 måneder i Island. Her har mændene et højere fravær end kvinderne.

Der er imidlertid forskelle på, hvor store kønsforskellene i de nordiske lande er. Ser vi i første omgang på den faktiske forskel på sygefraværet hos mænd og kvinder, så kønsforskellen målt på forskellen i sygefraværsprocenter størst i Sverige og Norge. Forskellen er dog mindsket betydeligt i Sverige over de sidste 10 år, mens forskellen er øget i Norge i samme periode.

Finland og Island har de mindste forskelle i sygefraværsprocenterne blandt mænd og kvinder mens Danmark placerer sig i midten.

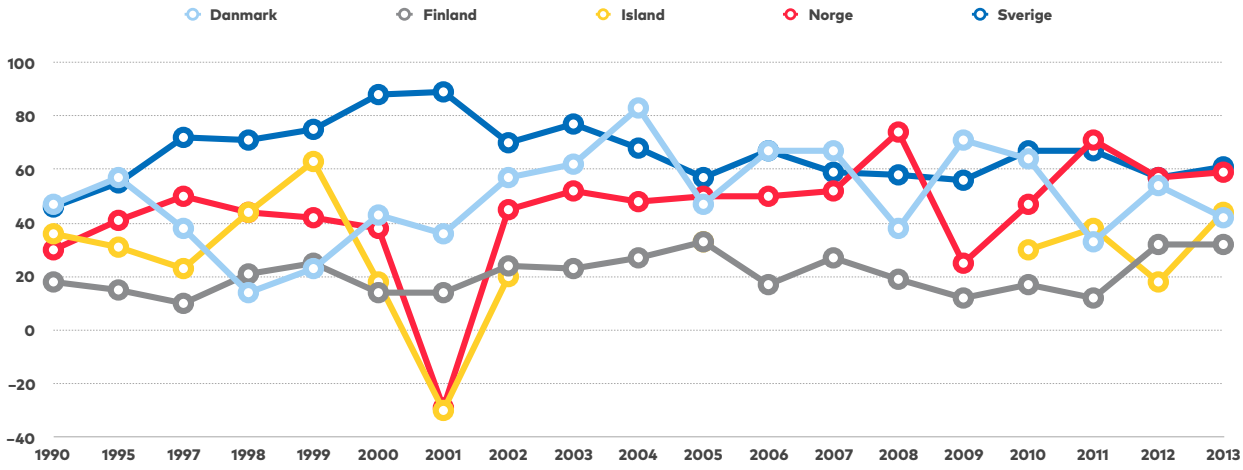
10 *Data for Island i perioden 2003/2004 samt 2006 -2009 har ikke været tilgængelige hos Nordisk Statistik.*

Figur 22: Udvikling i forskellen på mænds og kvinders sygefraværsprocenter i de nordiske lande for sygefravær af minimum en uges varighed 1990 – 2013. Opgjort som andel af beskæftigede.[11]



Kilde: Beregninger på baggrund af Nordisk Statistik, Labour Force Survey

Figur 23: Udvikling i den procentvise forskel i mænds og kvinders sygefravær i de nordiske lande for sygefravær af minimum en uges varighed 1990 – 2013. Opgjort som andel af beskæftigede.[12]



Kilde: Beregninger på baggrund af Nordisk Statistik, Labour Force Survey

---

11 *Data for Island i perioden 2003/2004 samt 2006 -2009 har ikke været tilgængelige hos Nordisk Statistik.*

12 *Data for Island i perioden 2003/2004 samt 2006 -2009 har ikke været tilgængelige hos Nordisk Statistik.*

Størrelsen på forskellen i mænds og kvinders sygefraværsprocent påvirkes imidlertid af, hvor højt det generelle sygefraværsniveau er. Det betyder at det i et vist omfang er forventeligt, at Norge og Sverige har de største faktiske forskelle på sygefraværsprocenterne mellem mænd og kvinder simpelthen fordi de generelt har et noget højere sygefravær end de tre andre lande.

For korrigere for dette, er den procentvise forskel i sygefraværet mellem mænd og kvinder udregnet. Da mænds sygefravær er lavest i alle lande, er forskellen udregnet, så den hvis hvor meget større kvinders sygefravær er i procent af mænds fravær. Dette giver et lidt andet billede af kønsforskellene i sygefraværet.

Det er fortsat Finland, som har de mindste forskelle i sygefraværet. Her ligger kvindernes sygefravær mellem 10 % og 30 % over mændenes. Det er også fortsat Sverige som ligger højest med en forskel på mellem 46 % og 89 %. Til gen gæld er kønsforskellene i sygefraværet i Danmark i flere perioder højere end Norge mens Island placerer sig i midten.

Selvom det overordnede billede er ensartet i de nordiske lande, nemlig at kvinder har et højere sygefravær end mænd, er der alligevel væsentlige forskelle på, dels hvor højt sygefraværet er de fem og på, hvor store faktiske såvel som procentvise forskelle, der er på mænds og kvinders sygefravær.

Det er tydeligt at særligt Norge har en større udfordring i forhold til det generelle sygefraværsniveau. Men når vi kigger på kønsforskellene i sygefraværet er udfordringen størst i Sverige, som både har den største faktiske forskel i sygefraværsprocenter for mænd og kvinder samt den største procentvise forskel.

Dataene kan ikke give klare årsagsforklaringer på, hvorfor der er disse forskelle mellem de nordiske lande. Men det er sandsynligt at flere faktorer har betydning. Ligeledes skal konklusionerne også drages med forsigtighed. Selvom dataene stammer fra samme kilde, den Europæiske Unions Labour Force survey, så kan nationale forskelle i forhold til, hvad der regnes som sygefravær influere resultatet. Det kan fx være forskelle i forhold til, om der skelnes mellem egen sygdom og barns sygdom, ligesom der også er forskellige ordninger i forhold til, hvor tidligt kvinder kan gå på barsel, som også påvirker særligt størrelsen på kvinders sygefravær.

Sygefravær, køn og alder

I de danske, finske og norske data, har det været muligt at opdele sygefraværet både på køn og alder. Fælles for både de norske og danske tal er, at sygefraværet for kvinder fra midten af 20'erne til sidst i 30'erne. For Finland er fraværet højest for de 30 til 49årige. Tendensen er mest udtalt i Danmark, men i alle tre lande tegner der sig et billede af, at kvinder er særligt i risiko for

at blive sygemeldte i den periode af deres liv, hvor de både skal starte familieliv og arbejdskarriere op. Tallene peger således mod en hypotese om, at kvindernes højere sygefravær særligt i denne periode kan være knyttet til en øget belastning som følge af både at skulle klare forpligtelserne på arbejdsmarkedet og i familien. Analyserne er dog udelukkende deskriptive, og der kan således også være en række andre forklaringer eksempelvis forskelle i mænds og kvinders medicinske helbred i forskellige aldersgrupper.

Kigger man mere generelt på de danske og norske[13] tal fordelt efter alder, er tendensen mellem de to lande imidlertid modsatrettet. Hvor det danske sygefravær for såvel mænd som kvinder falder med alderen ses den modsatte tendens i Norge, særligt i forhold til mændene, hvor sygefraværet stiger i takt med alderen. For de norske kvinder ligger sygefraværet højt blandt de yngre og de ældre kvinder på arbejdsmarkedet. En del af forklaringen på denne modsatrettede tendens i Danmark og Norge kan muligvis tilskrives forskellige aldersrelaterede tilbagetrækningsordninger fra arbejdsmarkedet. I Danmark har der været mulighed for at forlade arbejdsmarkedet og gå på "efterløn" allerede fra 60 års alderen,[14] hvilket formentlig har betydet, at en del af lønmodtagerne med det dårligste helbred og den største arbejdsmæssige helbredsbelastning har forladt arbejdsmarkedet tidligere, og derfor ikke optræder i sygefraværsstatikken. I Norge har man ikke en sådan ordning af samme omfang.

Sygefravær, sektor og branche

Både de danske, norske og svenske registre indeholder oplysninger om sygefravær på sektor og/eller branche niveau. Tallene er ikke direkte sammenlignelige, da de er opgjort på forskellige måde og da sektorer og brancher er inddelt forskelligt mellem landene.

Ikke desto mindre viser tallene for sygefravær fordelt på sektor og branche nogle ganske ensartede mønstre og tendenser. I alle tre lande er det i høj grad den offentlige sektor og her særligt den kommunale og regionale sektor, som har et højt sygefravær. Sygefraværet er højt for såvel kvinder som mænd, men dog højest for kvinderne. I alle tre lande er den kommunale og til dels regionale sektor som står for udførelsen og leveringen af de traditionelle velfærdsservices til borgerne. Det kan eksempelvis være omsorg og pleje af børn, syge og ældre, sundhedsbehandlinger samt undervisning. Det er altså i særlig grad sektorer, hvor arbejdet er præget af direkte kontakt med borgere – fx patienter eller elever – og hvor arbejdsopgaverne i høj grad er direkte levering af services til borgerne. Det er sektorer, som på mange underområder har en høj andel af kvinder blandt de ansatte, og det er også sektorer som omfatter mange af de traditionelle "kvindefag".

For de svenske og norske data kan sygefraværet opgøres på brancheniveau. Denne opdeling viser samme mønster, som opdelingen på sektorer. Det er i særlig grad kvinder, der er ansatte i service-

---

13 *Da de finske tal er opgjort som absolutte tal og ikke procent af beskæftigede, kan de ikke anvendes i denne sammenligning.*

14 *Ordningen er i dag under udfasning, og minimums alderen for tilbagetrækning er gradvist øget og inklusionskriterierne strammet, siden ordningen blev indført i 1979.*

erhverv og i særdeleshed ansatte indenfor sundhed og omsorg, der er i høj risiko i forhold til sygefravær. For mændenes vedkommende er det særligt ansatte i industrien, herunder bygge- og anlægsarbejde og indenfor transportområdet, som har et højt sygefravær, der er stort set på højde med kvindernes, mens mænd i service-, omsorgs- og sundhedserhverv ikke tilsvarende har et højt sygefravær. Dette kunne indikere, at mænd og kvinder særligt i service-, omsorgs- og sundhedserhvervs har forskellige arbejdsbelastninger, eksempelvis fordi de har forskellige arbejdsopgaver og stillinger. Men egentlige analyser af arbejdsopgavernes fordeling mellem kønne og arbejdsopgavernes rolle i forhold til sygefravær er nødvendigt.

Det bemærkelsesværdige er desuden, at hvor kvinderne generelt har et højt sygefravær, så varierer mændenes sygefravær betydeligt mere mellem brancherne, hvilket indikerer, at andet end blot arbejdsbelastningen i de enkelte brancher har betydning for graden af sygefravær.

Opsamling

De deskriptive statistikker fra hvert af de nordiske lande giver et helt overordnet billede af, hvordan sygefraværet fordeler sig i de nordiske lande. Statistikkerne er dog deskriptive og på et meget overordnet niveau, hvorfor de kun kan give indikationer på, hvilke sammenhænge, der er mellem det faktiske sygefravær og de mulige teoretiske forklaringer på kønsforskelle i sygefravær.

Det er ikke uproblematisk at sammenligne registeroplysninger mellem de nordiske lande, fordi oplysningerne i et vist omfang er indsamlet forskelligt og påvirket af forskelle i de nationale velfærdssystemer. Tallene her i kapitlet kan derfor kun bruges til at identificere generelle mønstre på tværs af landene og kun ibegrænset omfang til at måle præcise forskelle i sygefraværsniveauer mellem landene. Bruger man tallene til at identificere generelle mønstre tegner der sig et billede af, at særligt alder og arbejdsbelastning i forskellige brancher kan have betydning for kønsforskellene i sygefraværet. Tallene giver altså anledning til at undersøge særligt hypotesen om kvinders dobbeltarbejde i hjemmet og på arbejdspladsen og hypotesen om forskelle i arbejdsmiljø og arbejdsbelastning i henholdsvis "mande- og kvindefag" nærmere.

Socialförsäkringen igår och idag

Rapportens fokus hittills har legat på de nordiska ländernas aktuella sjukpenningsystem samt nordisk forskning om sjukskrivning publicerad de senaste sexton åren. Det här avsnittet inleds med en historisk reflektion och vidgar därefter perspektivet till att betrakta sjukpenningsystemet i relation till andra delar av socialförsäkringen.

Att blicka tillbaka och skaffa sig en bild av hur en politisk reform blev till och vilka betingelser som ledde fram till att politiken fick den riktning den fick kastar ljus över varför det blivit som det blivit. I "Jämställdhet i socialförsäkringen?" (SOU 2014:74) pekar Gunnel Hensing på att den svenska sjukförsäkringen utformades i en tid då framförallt män arbetade. Den allmänna sjukförsäkringen, införd 1955, avspeglade i hög grad mäns sjuklighet. Den historiskt korta "hemmafruperioden" i svensk historia sammanföll med välfärdssamhällets utbyggnad på 1940- och 1950-tal. Sjukförsäkringen är inte anpassad efter sjukligheten som den gestaltar sig i början på 2000-talet, då ångest och depression är vanliga sjukdomar. Detta påstående gäller i högre eller lägre grad för hela Norden. Exakt vilka följderna blir för sjukskriving bland kvinnor och män på 2010-talet är svårmätt. Trots en rad regelförändringar är sjukförsäkringen i de nordiska länderna i grunden en skapelse som speglar ett samhälle som såg väsentligen annorlunda ut mot dagens. Inte minst har kvinnors förvärvsarbetsfrekvens stigit markant. Också Solveig Ose (2014) pekar på en historiskt förankrad förståelsemodell för att vi ska kunna bättre begripa de komplexa skeenden som ligger bakom att kvinnors sjukskrivningstal är högre än mäns. Hon lyfter fram flera faktorer som är viktiga att ta hänsyn till. En sådan faktor är den samhälleliga förändring som kvinnors inträde på arbetsmarknaden har inneburit. En annan är den att arbetsmiljöforskning och arbetsmiljöarbete, inklusive lagstiftning, historiskt bedrivits i huvudsak på industriarbetsplatser där män varit i majoritet.

En i nordisk socialpolitisk forskning ofta citerad finsk artikel (Hytti 2006) ställer frågan "Why are Swedes sick but Finns unemployed?". Frågan grundar sig i det faktum att Sverige och Finland, trots liknande trygghetssystem, uppvisat helt olika mönster vad gäller uttag av sjukpenning och förtidspension samt öppen arbetslöshet. I Sverige har sjuktalen sedan början av 1990-talet varit låga när arbetslösheten varit hög och vice versa. I Finland däremot har sjuktalen under samma period varit tämligen stabila. Artikeln exemplifierar hur olika delar av trygghetssystemen inverkar på varandra och hur politiska strategier kan 'styra' medborgarna till olika delar av trygghetssystemen. Här ingår varken kategorierna "kvinnor" och "män", "genus" eller "kön", men artikeln är ett tydligt exempel på att de ofta använda tre hypoteserna och de forskningsfält som vuxit fram runt dem i försöken att förstå kvinnors och mäns skiftande sjukskrivningstal sannolikt inte innehåller tillräckligt med förklaringar. Om vi vill förstå skillnader i användande av olika delar av välfärdsstaten över tid räcker det inte att undersöka enstaka delar. Vi måste ta hänsyn till att olika delar påverkar varandra och undersöka hur denna påverkan går till.

Ett exempel på forskningsfåra där systemets betydelse för sjukförsäkringens utfall har studerats är regelförändringar i syfte att främja jämställdhet. Jämställdhetspolitiken har en lång tradition i de nordiska länderna. Nordisk familjepolitik såsom den formulerades redan på 1920- och 1930-talen innehöll lagar som syftade till att förse båda föräldrarna med samma rättigheter och skyldigheter gentemot gemensamma barn (Eydal et al 2016). En politisk förhoppning på senare år har varit att en mer jämlik fördelning i hushållen av ansvar för barn ska minska kvinnors sjukskrivningstal. I linje med dubbelarbeteshypotesen är idén bakom att om föräldrarna delar ansvaret för barnen mer jämnt mellan sig minskar bördan för mamman, som traditionellt varit den som tagit störst ansvar för barnen. För att undersöka om jämställdhetspolitiska insatser inverkat på kvinnors sjuktal har då ofta politiska tilltag för att främja pappors uttag av föräldrapenning och pappornas faktiska uttag av densamma, mätts i relation till mammornas sjukskrivningar.

Två norska studier (Ugreninov 2012, Bratberg & Naz 2014) tar avstamp i dubbelarbeteshypotesen och undersöker om föräldraförsäkringens utformning och specifikt regler för att främja fäders uttag av föräldraledighet påverkar kvinnors sjukskrivningstal. Medan den första finner att den reform som 1993 instiftade fyra veckors föräldraledighet reserverade för pappan inte haft någon effekt på mammornas sjukskrivningstal slår den andra fast att i de familjer där papporna tar ut mer ledighet än den reserverade kvoten är sjukfrånvaron bland mammor lägre än genomsnittet.

Även om det inte alltid är enkelt att påvisa effekter av politiska reformer och nya lagar på användningen av olika socialförsäkringssystem har politikens utformning helt säkert stor betydelse. Däremot är det kanske som föreslogs i den refererade rapporten från svenska Inspektionen för socialförsäkringen (ISF 2015) så att för att förstå sjukförsäkringens utfall bör vi studera de samhandlingar som dagligen och stundligen pågår i olika sjukskrivningspraktiker. Det är runt om på exempelvis vårdcentraler och försäkringskassor, NAV-kontor, kommuner och fackliga sjukfonder som utfallet i nordisk sjukförsäkring bestäms. Kort sagt är det görandet av politiken (jfr Hultqvist 2014) som bör studeras noggrant och systematiskt för att bättre begripa varför uttaget av sjukpenning skiljer sig åt mellan grupper och över tid. Genom sådana undersökningar kan vi också komma osakliga skillnader i diagnossättning och bedömning på spåren.

Förslag på framtida forskning

Som avslutning resonerar vi om hur villkoren för framtida nordisk forskning skulle kunna förändras så att jämförande studier med utgångspunkt i registerdata underlättas. Vi argumenterar för att forskningen bör vara fri från politiken i så måtto att också frågor som utmanar gängse polititiska föreställningar måste ges utrymme.

Sjukpenningsystemen i Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige är i grunden lika. Likheterna ger goda förutsättningar för att vi i de nordiska länderna ska kunna lära av varandra. Dels handlar det om att se på varandras system och regelverk för att hämta inspiration. Dels handlar det om att bedriva jämförande forskning. För att det sistnämna ska låta sig göras krävs emellertid ett gemensamt, systematiskt arbete med att synkronisera insamling och sortering av data, så att statistiska databaser kan byggas upp. När det gäller sjukskrivning har vi exempelvis ingen klar bild över arbetsgivarperioden. Eftersom uppgifter om de sjukskrivningsdagar som arbetsgivaren ersätter arbetstagaren med ekonomiskt inte rapporteras till någon ansvarig myndighet i alla nordiska länder så har vi heller ingen överblick över de riktigt korta sjukskrivningarna i Norden. Denna kunskapslucka är extra angelägen att uppmärksamma i försöken att förstå skillnaden mellan mäns och kvinnors olika sjukskrivningsmönster. I en kunskapsöversikt om sjukskrivning där genusaspekten är central föreslår författarna (Bekker et al. 2009) att framtida forskning ska belysa vilka faktorer som kan ha förklaringspotential för korttidssjukskrivning. Om vi ska identifiera faktorer och i förlängningen hitta konkreta lösningar på hur arbetsmiljö och samhällsorganisation ska kunna förändras för att minska sjukfrånvaron så är det korttidssjukskrivningarna som ska sättas under lupp. Argumentet bakom är att en minoritet av alla anställda står för långtidssjukskrivningarna och att här rör det sig sannolikt om långvariga eller kroniska sjukdomar. Dessa tillstånd och den arbetsoförmåga de orsakar har snarare medicinska förklaringar än organisatoriska.

Ytterligare ett skäl att ta fram statistik över de korta sjukskrivningarna är att våld i nära relationer och menstruationsbesvär sannolikt är sjukskrivningsorsaker som generar kortare perioder av sjukfrånvaro. Båda dessa orsaker till sjukskrivning är dessutom exempel på teman inom sjukfrånvaroforskningen där studier saknas.

Vidare kräver komplexa frågor komplexa svar. Sjukskrivningsforskning kräver kompetens från olika discipliner, men också olika forskningsmetoder måste appliceras för att frågor inom detta fält ska kunna besvaras. Trender i forskningsfokus riskerar likrikta kunskapsinhämtningen och i arbetet med denna rapport har vi flera gånger stött på synpunkter från forskare som menar att sjukskrivningsforskningen i Norden på senare år varit alltför ensidigt inriktad på registerstudier. För att kunna bredda och fördjupa förståelsen för existerande skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningstal krävs studier som ställer olika sorters frågor och nyttjar skilda metoder. En typ av forskning som skulle kunna kasta ljus över frågeställningar som hittills står obesvarade är longitudinella undersökningar av arbetsmiljöns betydelse. Ett annat uppslag till forskningsfokus som vi tror skulle kunna generera ny kunskap är historiska studier av den nordiska trepartsmodellens

betydelse för arbetsmarknadens utformning och de villkor som råder i olika branscher. En norsk avhandling som ställde frågan om lönens betydelse för sjukpenninguttaget för de anställda fann ett samband mellan stor lönespridning och höga sjuktal (Østbakken 2013)

Avslutningsvis är det viktigt att ha med sig insikten om att sjukskrivning som företeelse definieras samhälleligt i ett spänningsfält där vetenskapliga studier och ideologiska ställningstaganden ständigt korsar varandra. Denna rapport och många andra inspel på detta fält har motiverats av oro över höga sjuktal och en politisk vilja att reducera desamma. Här har aktuell forskning som problematiserar andra aspekter än just statistikens staplar över sjuktalen en viktig funktion att fylla. Breda och långvariga vetenskapliga samarbeten som sträcker sig över de nordiska landsgränserna kan bidra med ökad förståelse för vilka mekanismer som ligger bakom de sjukskrivningsmönster som statistiken visar upp. Ett färskt exempel är det arbete som rapporteras i den norsksvenska boken "Sjukfrånvarons dimensioner" (2015). Den sortens samarbeten ger ofta uppslag till nya forskningsfrågor. En växande forskningsfåra i Norden behandlar frågor om sjuknärvaro (Aronsson et al 2011, Hansen & Andersen 2009, Marklund et al 2014.). Här blir det alltmer tydligt att sjukfrånvaro och sjuknärvaro är sidor av samma mynt. Om ambitionerna att sänka sjuktalen resulterar i ökande sjuknärvarotal, vad är då vunnet? En isländsk studie (Sigursteinsdóttir & Rafnsdóttir 2015) som undersökte sjukfrånvaro bland kommunanställda på Island efter den ekonomiska krisen 2008 kunde konstatera att sjukskrivning var vanligare bland yngre än bland äldre men någon skillnad mellan kvinnor och män fanns inte. Resultatet belyser vikten av att forskningen inte ständigt utgår från samma givna kategorier utan prövar olika. En intressant fåra i den internationella socialpolitiska forskningen, med potential att utvecklas också i Norden är den som behandlar frågor om non-take up (Warin 2014). Vad händer med välfärdsstaten och samhället i övrigt om/när människor avstår från att nyttja delar av socialförsäkringarna? Den nordiska välfärdsstaten hyser stor legitimitet, men om användande av olika system allt mer betraktas som ett problem riskerar denna legitimitet att urholkas. Ytterligare en fruktbar tanke är den som lyftes i det nyligen genomförda nämnda arbetet med att karlägga och analysera deltidsarbete i Norden (se NIKK 2015). Kanske är deltidsarbete inte en avvikelse som bör förändras till heltidsarbete. Tänk om deltidskulturen som råder på delar av den nordiska arbetsmarknaden tvärtom skulle blir normerande för framtida arbetstidsregimer? Frågan om varför kvinnor är sjukskrivna mer än män förblir än så länge obesvarad. Kanhända är den rentav felställd. Det står emellertid klart att för att få bukt med de orättvisor som är en konsekvens av rådande genuskontrakt – och som helt säkert rymmer flera av förklaringarna – måste forskningen både ges förutsättningar att gräva djupare i redan upplogade forskningsfåror och söka på hittills oexploaterade områden.

Referenser

AFA Försäkring (2016) Kvinnornas sjukskrivning har ökat med 75 procent på fem år

https://www.afaforsakring.se/nyhetsrum/pressmeddelanden/2016/03/kvinnornas-sjukskrivning-har-okat-med-75-procent-pa-fem-ar/ hämtad 2016-08-10

Alexanderson Kristina (2000) "Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?" bilaga 5 i *SOU 2000:121 Sjukfrånvaro och sjukskrivning fakta och förslag*

Alexanderson Kristina, Marklund Staffan, Mittendorfer-Rutz Ellenor, Svedberg Pia (red.) (2011) *Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro* Sektionen för försäkringsmedicin Karolinska Institutet

Album, Dag & Westin Steinar "Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students"*Social science & medicine* Årgång 66, Nummer 1

Angelov Nikolay, Johansson Per, Lindahl Erica, Lindström Elly-Ann (2011) *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro* IFAU Uppsala

Angelov Nikolay, Johansson Per, Lindahl Erica (2013) *Kvinnors större föräldraansvar och högre sjukfrånvaro* IFAU Uppsala

Aronsson Gunnar, Gustafsson Klas, Mellner Christin, (2011) "Sickness presence, sickness absence, and self-reported health and symptoms", *International Journal of Workplace Health Management* Årgång 4, Nummer 3

Aronsson Gunnar, Johansen Vegard, Marklund Staffan, Solheim Liv Johanne (2015) Sjukfrånvarons dimensioner – svensk-norska jämförelser och analyser Liber, Stockholm

Avdic Daniel & Johannson Per 2013 *Könsskillnader i preferenser för sjukfrånvaro* IFAU Uppsala

Bekker Marrie H.J., Rutte Christel G. & Karen van Rijswijk (2009) "Sickness absence: A gender-focused review" *Psychology, Health & Medicine* Årgång 14, Nr 4

Bratberg Espen & Naz Ghazala (2014) "Does Paternity Leave Affect Mothers' Sickness Absence?" *European Sociological Review* Årgång 30, Nummer 4

Dørheim, S. K., B. Bjorvatn & M. Eberhard-Gran. "Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population." BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 120.5 (2013): 521-530.

Eydal Guðný B, Gíslason Ingólfur V, Rostgaard Tine, Branth Berit, Duvander Ann-Zofie, Lammi-Taskula Johanna (2015) "Trends in parental leave in the Nordic countries: Has the forward march of gender equality halted?" *Community, Work and Family*

Floderus Birgitta, Matilda Hagman m.fl. (2012). "Medically certified sickness absence with insurance benefits in women with and without children." *European Journal of PublicHealth Årgång* 22, Nummer 1

Forsberg Kankkunen Tina & Härenstam Annika (2015) "Från kvinnors arbetsmiljö till genus och arbetsmiljö. Reflektioner om genus, arbetsmiljö och förändring" i Sjöstedt Landén Angelika, Olofsdotter Gunilla, Bolin Malin (red.) *Sprickor, öppningar och krackeleringar: nya perspektiv på arbetsmiljö* Genusstudier vid Mittuniversitetet Östersund/Sundsvall

Försäkringskassan (2014) K*vinnors sjukfrånvaro. En studie av förstagångsföräldrar* Socialförsäkringsrapport 2014:14

Försäkringskassan (2014) *Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid av sjukfrånvarons variation* Socialförsäkringsrapport 2014:17

Försäkringskassan (2015) *Studier om könsskillnader* Socialförsäkringsrapport 2015:7

Hirdman Yvonne (2003) *Genus – om det stabilas föränderliga former* Liber, Stockholm

Hansen Claus D, Andersen Johan H (2009) "Sick at work – a risk factor for long-term sickness absence at a later date" *Journal of Epidemiological Community Health* Årgång 63, Nummer 5

Hammarström, Anne (2004) Vad skiljer genusforskning från forskning om könsskillnader? i *Kropp och genus i medicinen*, Hovelius, Birgitta & Eva E Johansson (red.), Studentlitteratur, Lund

Hamre Karin & Ugreninov Elisabeth (2015)"Døtre i skvis mellom arbeid og foreldreomsorg – er det noen sammenheng mellom omsorgs- forpliktelser og sykefravær?" *Sosiologi idag* Årgång 45, Nummer 3

Hauge Karen, Markussen Simen, Raaum Oddbjørn Raaum, Ulvestad Marte (2015) "Kan kjønnsforskjellen i sykefravær forklares av holdninger, normer og preferanser?" *Søkelys på arbeidslivet* Årgång 31, Nummer 4

Helde Ingunn, Nossen Jon Petter (2016) "Sykefravær blant gravide 2001-2014" *Arbeid og Velferd* Nummer 1

Hultqvist Sara (2014) *Att göra aktivitetsersättning. Om målförskjutning och icke-kontakt vid förtidspension för unga* Linnéuniversitetet, Växjö

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) *Ett systemperspektiv på sjukfrånvaron 2015*, ISF 2015:1

Johannisson Karin (2006) "Hur skapas en diagnos?" i Hallerstedt Gunilla (red.) *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande* Daidalos, Göteborg

Johnson, Björn (2010) *Kampen om sjukfrånvaron* Arkiv förlag

Kærlev Linda, Jacobsen Lene B., Bonde Jens Peter (2004) "Long-term sick leave and its risk factors during pregnancy among Danish hospital employees" *Scandinavian Journal of Public Health* Årgång 32, Nummer 2

Laaksonen Mikko, Martikainen Pekka, Rahkonen Ossi, Lahelma Eero (2008) "Explanations for gender differences in sickness absence. Evidence from middle-aged municipal employees from Finland" *Occupational and Environmental Medicine*, Årgång 65, Nummer 5

Laaksonen Mikko, Mastekaasa Arne, Martikainen Pekka, Rahkonen Ossi, Kustaa Piha, Lahelma Eero (2010) "Gender Differences in sickness absence – the contribution of occupation and workplace" *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* Årgång 3, Nummer 5

Lager Anton (2009) *Varför drabbas kvinnor oftare än män av oro, ångest och depression? En kunskapsöversikt* Statens Folkhälsoinstitut

Marklund Staffan, Aronsson Gunnar, Johansen Vegard, Solheim Liv Johanne (2014) "Previous sickness presence among long-term sick-listed in Norway and Sweden: A retrospective study of prevalence and self-reported reasons" *International Journal of Social Welfare* Årgång 24, Nummer 4

Mastekaasa, Arne (2005) "Sickness absence in female- and male-male-dominated occupations and workplaces" *Social Science and Medicine* årgång 60, Nummer 10

Mastekaasa Arne (2016) "Kvinner og sykefravær" *Tidskrift for velferdsforskning*, Årgång 19, Nummer 2

Mik-Meyer Nanna (2011) "On being credibly ill: Class and gender in illness stories among welfare officers and clients with medically unexplained symptoms" *Health Sociology Review* (2011) Årgång 20, Nummer 1

NIKK (2015) *Heltidsnorm och deltidskultur*

Nordens Välfärdscenter (2015) Unga vuxna med nedsatt arbetsförmåga. En beskrivning av trygghetssystemen

Ose Solveig O, Kaspersen Silje L, Haus Reve Silje, Mandal Roland, Jensberg Heidi, Lippestad Jan (2012) *Sykefravær – gradering og tilrettelegging* SINTEF

Ose Solveig O, Jiang Lin, Bungum Brita (2014) *Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse* SINTEF

Ravndal Kostøl Andreas & Telle Kjettil (2011) *Sykefraværet i Norge de siste tiårene. Det handler om kvinnene* Statistisk sentralbyrå, Oslo

Risberg Gunilla (2004) "Genusbias i medicinen" i Hovelius, Birgitta & Johansson Eva E (red.) *Kropp och genus i medicinen* Studentlitteratur, Lund

Sigursteinsdóttir Hjördís & Rafnsdóttir Gudbjörg Linda (2015) "Sickness and sickness absence of remaining employees in a time of economic crisis: a study among employees of municipalities in Iceland" *Social Science and Medicine* Nummer 132

Smeby Lisbeth, Bruusgaard Dag, Claussen Bjørgulf (2009) "Sickness absence: Could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health?" *Scandinavian Journal of Public Health* Nummer 37

Sterud Tom (2015) "Work-related gender differences in physician-certified sick leave: a prospective study of the general working population in Norway" *Scandinavian Journal of Work Environmental Health* Årgång 40 Nr 4

Sydsjö Adam, Alexanderson Kristina, Dastserri Monir, Sydsjö Gunilla. (2003) "Gender differences in sick leave related to back pain diagnoses: influence of pregnancy" *Spine* Årgång 28 Nummer 4

SOU 2014:74 *Jämställdhet i socialförsäkringen? forskningsrapport till Delegationen för jämställdhet i arbetslivet* Sjögren Lindquist Gabriella & Wadensjö Eskil (red.) Regeringskansliet

Ugreninov Elisabeth (2012) "Can Family Policy Reduce Mothers' Sick Leave Absence? A Causal Analysis of the Norwegian Paternity Leave Reform" *Journal of Family Economics*

Vetenskapsrådet (2002) *Medicinsk genusforskning – teori och begreppsutveckling*

Vidman Åsa (2012) "Sjukskrivning och socialt omsorgsarbete" i Lis-Bodil & Piuva Katarina (red.) *Genusperspektiv i socialt arbete* Natur och kultur

Vidman Åsa (2008) *Det är så mycket som kan spela in: en studie av vägar till, genom och från sjukskrivning baserad på intervjuer med långtidssjukskrivna* Luleå tekniska universitet

Vingård Eva, Ekselius Lisa, Järvholm Bengt, Christer Hogsted (2015) *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro - En kunskapsöversikt* FORTE

Voss Margaretha, Josephson Malin, Stark Stefan. Vaez Marjan, Alexanderson Krsitina, Alfredsson Lars, Vingård Eva (2008) "The influence of household work and of having children on sickness absence among publicly employed women in Sweden" *Scandinavian Journal of Public Health* Årgång 36

Väänänen Ari, Kumpulainen Riitta, Kevin May V, Ala-Mursula Leena, Kouvonen Anne, Kivimäki Mika, Toivanen Minna, Linna Anne, Vahtera Jussi "Work-family characteristics as determinants of sickness absence: A large-scale cohort study of three occupational grades" *Journal of Occupational Health Psychology*, Årgång 13 Nummer 2

Väänänen Ari, Kevin May V., Ala-Mursula Leena, Pentti Jaana, Kivimäki Mika & Vahtera Jussi (2008b) "The Double Burden of and Negative Spillover Between Paid and Domestic Work: Associations with Health Among Men and Women" *Women & Health* Årgång 40 Nummer 3

Warin Phillipe (2014) *What is the Non Take-up of Social Benefits?* Books and Ideas

Østbakken Kjersti Misje (2013) *Essays on Determinants of Sickness Absence: Wage Policies, Workplace Effects, and Gender Differences* Department of Economics, Faculty of Social Sciences, University of Oslo, 2013

Expertgrupp

Mika Gissler
Forskningsprofessor
THL Institutet för hälsa och välfärd, Finland

Sveinn Agnarsson
Docent/Associate professor
Viðskiptafræðideild / School of Business
Háskóla Íslands / University of Iceland

Tale Hellevik
Seniorforsker
Velferdsforskningsinstituttet NOVA, ved Høyskolen i Oslo og Akershus, Norge

Ulrik Lidwall
Analytiker, Medicine Doktor
Försäkringskassan, Sverige

Iben Nørup
Post doc., Ph.D.
Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet, Danmark

Vi tackar övriga nordiska forskare och tjänstemän som bidragit med litteraturtips och tankar via mejl och muntlig dialog. Ett särskilt tack till Solveig Osborg Ose, seniorforsker, SINTEF, Trondheim, Norge, och till Mattias Röst, medicine doctor, specialist i allmänmedicin, Region Kronoberg, Sverige.

Projektledare Nordens välfärdscenter

Lidija Kolouh-Söderlund
Anna Gärdegård

Nordens välfärdscenter
Box 1073, SE-101 39 Stockholm
Besöksadress: Drottninggatan 30
Tel: +46 8 545 536 00
info@nordicwelfare.org

Nordens välfärdscenter
c/o Institutet för hälsa och välfärd
PB 30, FI-00271 Helsingfors
Besöksadress: Mannerheimvägen 168 B
Tel: +358 20 741 08 80
helsingfors@nordicwelfare.org

Nordens
välfärdscenter