



IFAU

Institutet för arbetsmarknads- och
utbildningspolitisk utvärdering

Könsskillnader i sjukfrånvaro: en aktuell fråga i historisk belysning

Tobias Karlsson

RAPPORT 2016:24

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

IFAU har som policy att en uppsats, innan den publiceras i rapportserien, ska seminariebehandlas vid IFAU och minst ett annat akademiskt forum samt granskas av en extern och en intern disputerad forskare. Uppsatsen behöver dock inte ha genomgått sedvanlig granskning inför publicering i vetenskaplig tidskrift.

Tryckta rapporter kan beställas från IFAU. Kontaktuppgifter och mer information om IFAU och våra rapportserier finns på webbplatsen www.ifau.se

Könsskillnader i sjukfrånvaro: en aktuell fråga i historisk belysning^a

av

Tobias Karlsson^b

2016-12-16

Sammanfattning

I denna rapport diskuteras skillnader mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro i ett långsiktigt historiskt perspektiv. Detta görs utifrån en sammanställning av det relativa sjuktalet (kvinnor/män) från 1901 till 2015. Denna tidsserie visar att kvinnors sjuktal, i förhållande till mäns, idag är högre än någonsin tidigare under perioden. Vid 1900-talets början hade kvinnor i genomsnitt samma antal sjukdagar som män. I rapporten diskuteras olika anledningar till att det relativa sjuktalet periodvis tenderat att öka, periodvis tenderat att minska. De små skillnaderna i sjuktal under 1900-talets första decennier har sannolikt att göra med att relativt få gifta kvinnor var yrkesaktiva. En ökad andel yrkesaktiva gifta kvinnor under mellankrigstiden var liksom i modern tid förknippat med en ökning av det relativa sjuktalet. Sambandet mellan kön, civilstånd och sjukfrånvaro illustreras i en fallstudie av sjukfrånvaron i en specifik industri. I fallstudien ges också exempel på hur arbetsgivare kan reagera på och bemöta stigande sjuktal.

^a Stort tack till Erica Lindahl och Olof Åslund för att ha läst och kommenterat tidigare versioner av manuset. Tack även till Henrik Thunberg och Elaine Edholm på Swedish Match för att ha gjort handlingar från Svenska Tobaksmonopolet tillgängliga, samt till Lars-Fredrik Andersson, Liselotte Eriksson och Helene Castenbrandt för att ha delat med sig av forskningsresultat som är under publicering. Rapporten har skrivits inom ramen för projektet *Könsskillnader i frånvaro: Från den andra industriella revolutionen till idag*, finansierat av IFAU (dnr 169/2013).

^b Ekonomisk-historiska institutionen, Lunds universitet, tobias.karlsson@ekh.lu.se

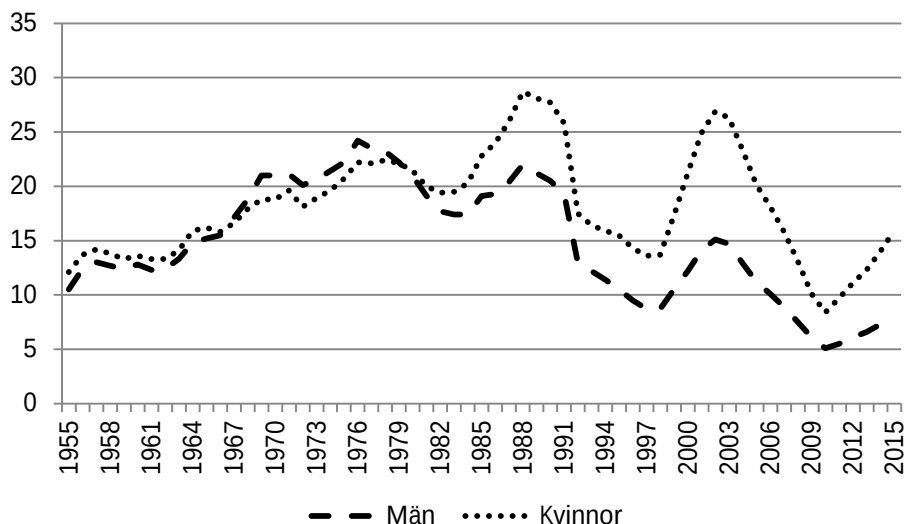
Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	Kvinnors och mäns sjuktal över tid	5
3	Det relativa sjuktalets bestämningsfaktorer	10
3.1	Kompositionseffekter	10
3.2	Underliggande förklaringar	21
3.3	Sammanfattning	24
4	Det relativa sjuktalet i tobaksindustrin 1898–1959 – en fallstudie	25
5	Slutsatser	28
	Referenser	30
	Appendix	34

1 Inledning

En betydande del av den svenska statsbudgeten går till att säkerställa medborgarnas trygghet vid sjukdom. Särskilt under senare delen av 1980- och 90-talen ökade sjukskrivningarna starkt och det vidtogs motåtgärder i form av karensdagar, sänkta ersättningsnivåer och förbättrad rehabilitering. Idag anses sjukskrivningarna bland svenska män ligga på samma nivå som i jämförbara länder (Försäkringskassan, 2009). Mer uppmärksamhet riktas därför mot det faktum att kvinnor sjukskrivs oftare och under längre perioder än män. Numera har kvinnor nästan dubbelt så högt sjuktal som män. Det finns en utbredd uppfattning om att skillnaden mellan könen i detta avseende ökat över tid. En rubrik i tidningen Arbetet (Martos Nilsson 2016) erbjuder ett tydligt exempel: ”Kvinnors sjuktal når historiska nivåer”. Uppfattningen delas av forskare. Angelov m.fl. (2011) framställer, till exempel, kvinnors högre sjukfrånvaro som ett relativt modernt fenomen som uppstått under de senaste tre decennier. Forskarnas bild grundas bland annat på Försäkringskassans officiella statistik som sträcker sig tillbaka till 1955 och det faktum att skillnaderna mellan kvinnors och mäns sjuktal länge var relativt små, åtminstone i förhållande till vad som kom senare, samt att kvinnor under perioden 1967 till 1978 hade lägre sjuktal än män (se Figur 1).

Figur 1 Sjuktal för män och kvinnor 1955–2015



Källa: Försäkringskassan (2016).

Året 1955 som startpunkt för tidsserier över sjukfrånvaro kan tyckas väl valt med tanke på att det sammanfaller med införandet av den allmänna sjukförsäkringen men faktum är att sjukalets utveckling för män och kvinnor kan följas över 50 år längre tillbaka i tiden.

Syftet med den här rapporten är att sätta in den aktuella diskussionen om kvinnors och mäns sjukfrånvaro i ett längre historiskt perspektiv än vad som vanligtvis är fallet. Är könsgapet i sjukskrivningar verkligen ett modernt fenomen? Hur har eventuella könsskillnader förändrats över tid och hur kan de förklaras mot bakgrund av förändrade institutionella, sociala och ekonomiska förutsättningar? Den period jag undersöker är främst 1900-talets första hälft, det vill säga perioden före den allmänna sjukförsäkringens tillkomst, då medlemskapet i sjukkassa var frivilligt och kvinnors deltagande på den formella arbetsmarknaden var betydligt lägre än idag. Rapportens mest direkta bidrag är en kommenterad sammanställning av det relativa sjukalet från 1901 till 1954 som länkats samman med motsvarande data för perioden från 1955 och framåt. Med det relativa sjukalet avses här det genomsnittliga antalet sjukdagar för kvinnor dividerat med det genomsnittliga sjukalet för män. Rapportens diskussion om tänkbara orsaker till det relativa sjukalets förändringar syftar främst till att kvalitativt värdera huruvida några förklaringar som idag är populära för att förklara kvinnors högre sjuktal också varit giltiga historiskt sett.

Rapporten fortsätter med ett avsnitt som handlar om sjukförsäkringens framväxt och förändring och hur staten började reglera och övervaka denna rörelse. Mot denna bakgrund presenteras grundläggande data som illustrerar hur kvinnors och mäns sjuktal förändrats över tid, med tonvikt på perioden före 1955, och som bildar utgångspunkt för den fortsatta framställningen. I avsnitt tre diskuteras tänkbara förklaringar till det relativa sjukalets förändring över tid. Två typer av förklaringar kan urskiljas: kompositionseffekter och underliggande förklaringar. Kompositionseffekterna, som främst diskuteras i rapporten, har att göra med i vilken omfattning kvinnor och män varit sjukförsäkrade och deltagit i arbetskraften, samt i vilka typer av jobb de varit sysselsatta. I ett läge där få kvinnor är sjukförsäkrade och deltar i arbetskraften finns det sannolikt ett starkt inslag av positiv selektion, det vill säga de kvinnor som är försäkrade och som deltar i arbetskraften har i genomsnitt lägre sjuktal än de som står utan försäkring och står utanför arbetsmarknaden. Det finns emellertid även andra kompositionseffekter som kan ha haft betydelse, exempelvis konjunkturförhållanden (starkare efterfrågan på kvinnlig arbetskraft) och könsuppdelningen på arbetsmarknaden. De underliggande förklaringarna handlar om varför sjukalet skiljer sig mellan kvinnor och män som omfattas av samma försäkringsvillkor och som har samma positioner på arbetsmarknaden. En

vanlig uppfattning är att kvinnors större ansvar för det obetalda hemarbetet, i kombination med förvärvsarbete, ger upphov till högre sjukfrånvaro (Bratberg, Dahl, & Risa, 2002). Det finns dock flera tänkbara mekanismer som orsakar ett sådant samband (se Angelov, Johansson, & Lindahl, 2013). I den här rapporten diskuteras de underliggande mekanismerna endast kortfattat.

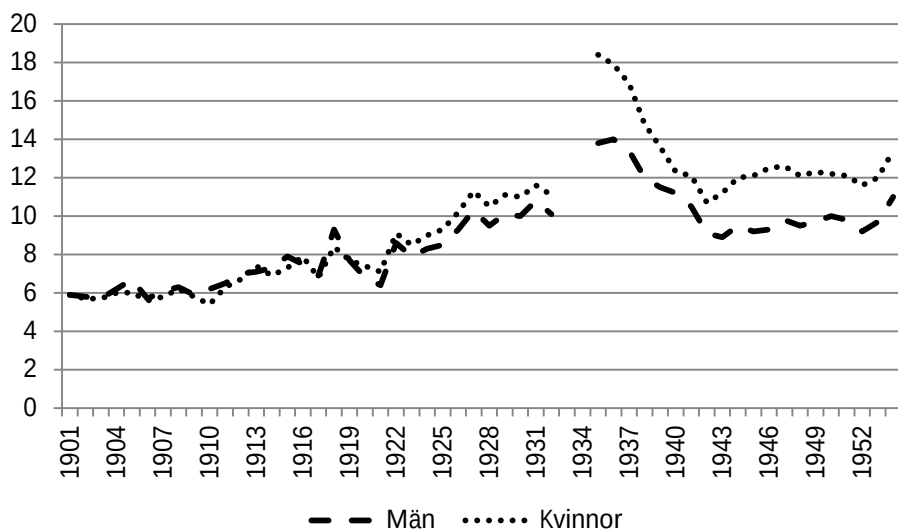
En sak som är påtaglig i rapporten är den begränsade tillgången på historiska data över hur sjuktalet varierat mellan olika ålders- och yrkesgrupper, och inte minst, mellan ogifta och gifta kvinnor samt mellan kvinnor med och utan små barn. I rapportens fjärde avsnitt presenteras resultat från en fallstudie av hur sjuktalet förändrades i en specifik bransch – den svenska tobaksindustrin – där det är möjligt att med större skärpa följa hur olika förklaringsfaktorer förändrats över tid och diskutera vilken roll de kan ha spelat. Fallstudien illustrerar också hur arbetsgivare kan reagera på ökade skillnader i sjukfrånvaro.

2 Kvinnors och mäns sjuktal över tid

Under åren kring sekelskiftet 1900 institutionaliserades insamling och publicering av statistik rörande arbetsmarknaden och relaterade sociala frågor (Hellroth, 2011). Detta skedde mot bakgrund av tidens politiska och akademiska debatt om sociala problem förknippade med industrialiseringen och urbaniseringen (Hedin, 2002). En företeelse som tilldrog sig stort intresse var den framväxande sjukvårdsrörelsen (Edebalk, 1995, 1996; Peter Johansson, 2003; Lindqvist, 1990). I det agrara samhället hade arbetskraftens försörjning vid sjukdom i allmänhet hanterats inom ramen för hushållet. I det framväxande industrisamhället, med dess höga rörlighet, fungerade inte längre de traditionella trygghetssystemen. Mot denna bakgrund bildades sjuk- och begravningskassor, ibland av redan existerande organisationer och företag men ofta av arbetare själva. Vissa kassor var endast ämnade för utövare av en specifik profession, så kallade yrkeskassor. Kassor som inte var direkt baserade på yrkestillhörighet, så kallade öppna kassor samlade dock fler medlemmar. Vissa kassor var små och lokala, exempelvis de som benämndes hundramannaföreningar, andra var rikstäckande. Fram till 1910 fanns också fabrikskassor där medlemskapet var obligatoriskt. I viss utsträckning konkurrerade kassorna med varandra och försökte attrahera medlemmar med låga försäkringsavgifter. Politikerna fruktade att konkurrensen på detta område var osund; det fanns bland annat en risk att kassor med dålig ekonomi skulle gå omkull i dåliga tider och lämna medlemmar oförsäkrade. Som ett första steg i att reglera marknaden införde riksdagen en subvention till sjukvårdskassor, med villkoret att de registrerade sig offentligt och lämnade regelbundna rapporter om sin verksamhet till

staten. På så vis kunde tjänstemän och politiker övervaka sjukkasserörelsen, och på så vis uppstod den slags statistik över sjukfrånvaro som vi har än idag.

Figur 2 Sjuktal för män och kvinnor 1901–1954



Kommentar: Uppgifter saknas för åren 1933–1934 (se texten).

Källa: Se Tabell A1 i Appendix.

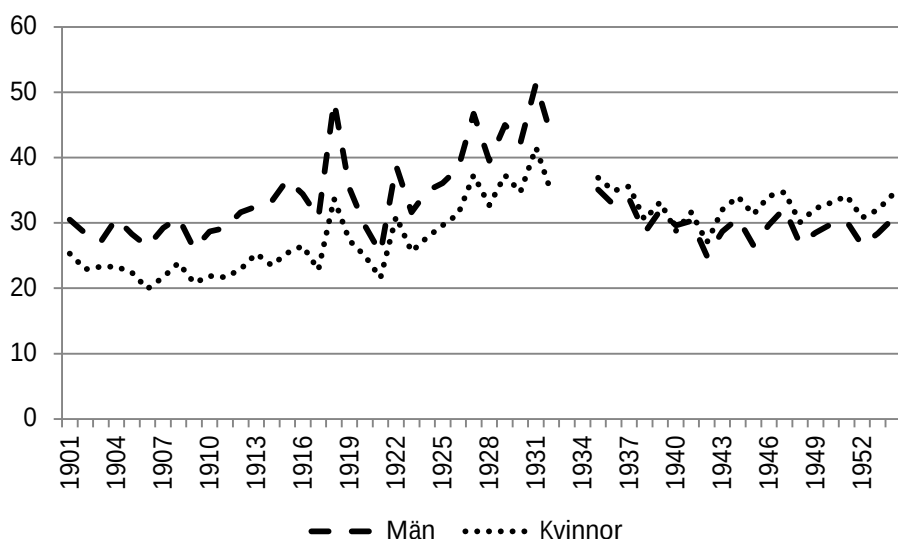
Det system för sjukförsäkring som existerade före 1955 var ett betydligt mer heterogent system än vi är bekanta med idag. Anslutningsgraden skilde sig åt mellan olika grupper: stadsbor och landsbygdsbor, män och kvinnor, yrkesarbetare och grovarbetare. Det fanns en uppdelning mellan sjukkassor som försäkrade korta och medellånga sjukfall (vanligtvis upp till 90 dagar) och sjukkassor som försäkrade längre sjukfall, så kallade fortsättningskassor. En väsentlig skillnad gentemot den obligatoriska sjukförsäkringen var också att de tidiga sjukkassorna främst var inriktade mot kvinnor och män från arbetarklassen. Tjänstemän omfattades av sjuklöneförmåner och hade inte samma incitament att försäkra sig på det sätt som sjukkassorna erbjöd (Lindqvist, 1990).

Det fanns redan tidigt idéer om att införa en allmän och obligatorisk sjukförsäkring. En reform 1931 satte stopp för konkurrensen mellan sjukkassor (Johansson, 2003). Det gjordes en uppdelning mellan lokala sjukkassor, som skulle ta hand om alla nya sjukfall, och centralsjukkassor, som tog över de tidigare fortsättningskassornas ansvar för långtidssjukskrivningar. Den som valde att sjukförsäkra sig efter 1931 blev automatiskt också medlem i en centralsjukkassa (Castenbrandt, kommande). För dem som tidigare inte varit anslutna till en fortsättningskassa innebar detta möjlighet till längre sjukskrivnings-

perioder. Fortfarande var dock beslutet att teckna sjukförsäkring frivilligt och så förblev det till 1955, då den allmänna sjukförsäkringen trädde i kraft. Det ska även nämnas att ett betydande antal yrkeskassor tilläts fortsätta även efter 1931.

Figur 2 visar det genomsnittliga antalet sjukdagar per medlem i registrerade sjukförsäkringskassor, uppdelat på män och kvinnor, under perioden 1901–1954. Efter att ha legat stabilt på omkring sex dagar per medlem fram till omkring 1910 kan en tydlig uppåtgående trend för både män och kvinnor observeras under återstoden av perioden. Fram till omkring 1920 var den genomsnittliga frånvaron ungefär lika stor bland män och kvinnor. De flesta åren var kvinnors sjukfrånvaro till och med lägre. Efter 1920 förändras detta mönster. Antalet sjukdagar per medlem ökar då snabbare för kvinnor än för män och det uppstår en tydlig skillnad, om än av måttlig storlek, jämfört med idag.

Figur 3 Antal sjukdomsfall per 100 medlemmar, 1901–1954



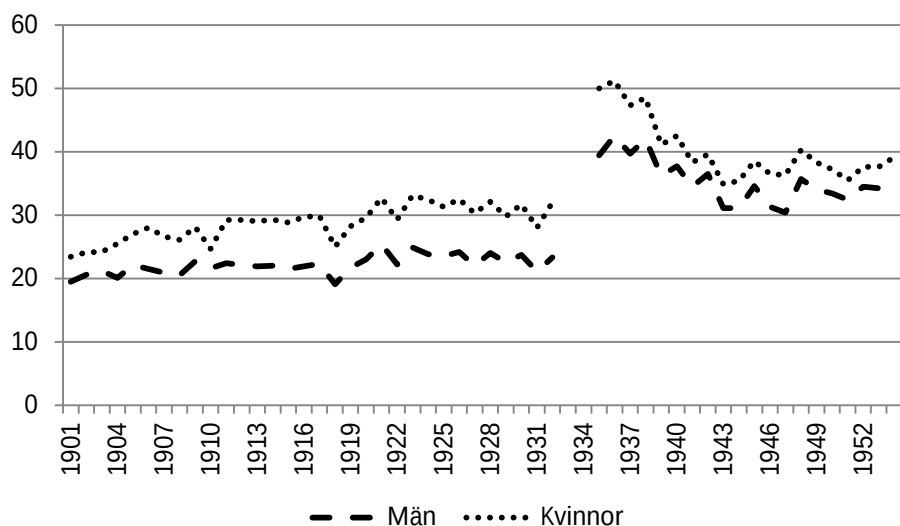
Kommentar: Uppgifter saknas för åren 1933-1934 (se texten).

Källa: Tabell A1 i Appendix.

De relativt små skillnaderna i genomsnittligt antal sjukdagar per medlem motsvaras av tydligare skillnader i sjukskrivningarnas frekvens och varaktighet. Genomgående under perioden 1901–1930 var män oftare sjukskrivna än kvinnor men under kortare tid, som framgår av Figur 3 och Figur 4. Den skillnad i genomsnittligt antal sjukdagar som kan iakttas i Figur 2 för perioden efter

1920 är en sammantagen effekt av att såväl antalet sjukdomsfall per medlem som fallens varaktighet ökat något snabbare för kvinnor än män.

Figur 4 Antal sjukdagar per sjukdomsfall, 1901–1954



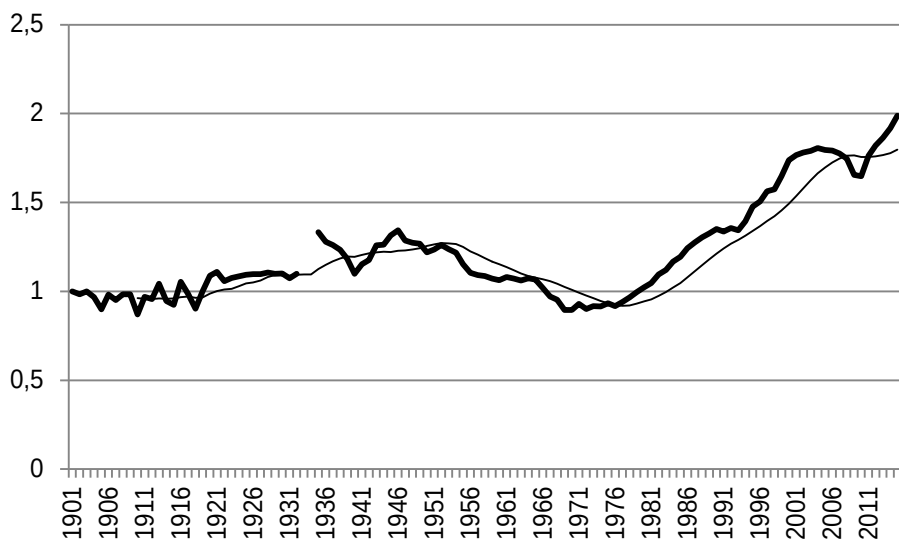
Kommentar: Uppgifter saknas för åren 1933–1934 (se texten).

Källa: Tabell A1 i Appendix.

I samband med 1931 års sjukkassereform upphör statistikproduktionen under några år. När statistiken återupptogs 1935 framträder en betydligt större skillnad i antal sjukdagar mellan kvinnor och män än före reformen. Skillnaden är särskilt påtaglig åren 1935–1937. Före reformen har kvinnor ungefär 10 procent fler sjukdagar, efter reformen är motsvarande siffra närmare 30 procent (se Figur 2 samt Tabell A 1 i Appendix). Som framgår av Figur 3 orsakas den ökade differensen främst av att antalet sjukdomsfall minskat kraftigt (-17 procent) bland män och ökat bland kvinnor (+ 6 procent). Som framgår av Figur 4 ökar sjukdomsfallens längd relativt sett mer bland män än bland kvinnor. Detta kan ses mot bakgrund av 1931 års reform då många fick möjlighet till sjukpenning under längre perioder än tidigare. Under senare delen av 1930-talet sjunker sjuktalen för både kvinnor och män. Utvecklingen vänds 1942, framförallt bland kvinnor (se Figur 2). Skillnaden i antal sjukdagar per medlem är som störst 1946, då antalet sjukdagar per medlem är 34 procent fler för kvinnor än för män. Vid tidpunkten för den allmänna sjukförsäkringens införande 1954 är motsvarande skillnad drygt 20 procent, ett förhållande som orsakas av både högre frekvens och längre varaktighet.

Införandet av den allmänna sjukförsäkringen sammanfaller med ett trendbrott i riktning mot ökat antal sjukdagar för både män och kvinnor, men brottet är inte dramatiskt. I en analys av industriarbetares frånvaro menar Bertil Olsson att ökningen huvudsakligen beror på fler korta sjukfall, vilka främst påverkas av arbetsmarknadsläget eftersom den allmänna sjukförsäkringen hade tre karensdagar (Olsson, 1967, s. 64–65). Med avseende på skillnader i sjuktal mellan kvinnor och män framstår 1931 års sjukförsäkringsreform som en mer dramatisk institutionell förändring än den allmänna sjukförsäkringen.

Figur 5 Relativt sjuktal (kvinnor/män) 1901–2015 samt trendlinje (10 års glidande medeltal)



Källa: Egna beräkningar. Data från Tabell A1 i Appendix samt Försäkringskassan (2016).

Figur 5 sammanfattar utvecklingen av det relativa sjuktalet, det vill säga kvinnors sjukfrånvaro i förhållande till mäns, under perioden 1901–2015. Utifrån trendlinjen kan fyra delperioder urskiljas:

- Delperiod 1: 1901–1920
- Delperiod 2: 1921–1954
- Delperiod 3: 1955–1974
- Delperiod 4: 1975–

Den första delperioden, 1901–1920, karaktäriseras av att kvinnors och mäns sjuktal är i det närmaste identiska. Det relativa sjuktalet döljer emellertid stora könsskillnader vad gäller sjukfallens frekvens och varaktighet: män har fler

sjukfall, kvinnors sjukfall varar längre. Under den andra delperioden, 1921–1954, är kvinnors sjuktal genomgående högre än mäns och skillnaden tilltar över tid för att överstiga 20 procent under slutet av delperioden. I samband med sjukförsäkringsreformen 1931 minskar skillnaderna i frekvens och varaktighet betydligt. Det relativa sjuktalets uppåtgående trend bryts i samband med den allmänna sjukförsäkringens införande. Under den tredje delperioden (1955–1974) minskar det relativa sjuktalet. Nästa trendbrott inträffar i mitten av 1970-talet. Under den fjärde delperioden, som inleds i mitten av 1970-talet ökar återigen kvinnors sjuktal snabbare än mäns. Den skillnad som uppstår under 1980-talets andra hälft är högre än någonsin tidigare och mot slutet av perioden har kvinnor över 80 procent högre sjuktal än män. År 2015, i skrivande stund det sista året med tillgängliga data, är kvinnors sjuktal 90 procent högre än mäns. Skillnaden är den största som observerats, inte bara sedan den allmänna sjukförsäkringens införande för dryga 60 år sedan utan sedan statistik över sjuktal började publiceras.

3 Det relativa sjuktalets bestämningsfaktorer

Hur ska vi förstå det relativa sjuktalets förändring över tid? Som nämndes inledningsvis bör vi här göra en grundläggande distinktion mellan kompositionseffekter och underliggande förklaringar. De närmast följande avsnitten fokuserar på kompositionseffekter – det vill säga förklaringar till det relativa sjuktalets förändringar som bygger på att kvinnor och män i olika utsträckning varit sjukförsäkrade och deltagit i arbetskraften samt arbetat i olika branscher och yrken.

3.1 Kompositionseffekter

3.1.1 Andel försäkrade och fördelning mellan olika sjukförsäkringskassor

För att förstå sjuktalets utveckling före 1955 måste vi ta hänsyn till att sjukförsäkringen under denna period inte var allmän, att det fanns ett utbud av olika slags sjukförsäkringskassor och att sjukförsäkringen inte var lika starkt förknippad med arbetskraftsdeltagande som idag.

Sjukförsäkringskassor kunde sätta upp sina egna villkor för inträde och exkludera vissa grupper, exempelvis äldre och individer med dålig hälsa (se Andersson och Eriksson, kommande). Det fanns också sjukförsäkringskassor som exkluderade kvinnor som medlemmar med motiveringen att kvinnor hade högre sjuktal (Andersson och Eriksson, 2015). Detta gällde framförallt yrkeskassor, som var ämnade för utövare av ett specifikt, ofta relativt högkvalificerat, yrke. De öppna kassorna tillämpade mer restriktiva inträdesvillkor baserade på ålder; särskilt yngre

(under 18) och äldre individer (över 40–50 år) exkluderades (Andersson och Eriksson, kommande; Castenbrandt, kommande). 1931 års reform innebar mer enhetliga, och inkluderande, bestämmelser vad gäller ålder; alla mellan 15 och 50 år skulle kunna ansluta sig till en sjukkassa. Kvinnor var överrepresenterade i de kassor med obligatoriskt medlemskap som existerade fram till 1910. Dessa kassor hade mer sällan inträdesvillkor baserade på ålder (eller annan gruppstillhörighet) men gjorde istället individuella hälsokontroller innan medlemskap beviljades.

Vidare kunde sjukkassor erbjuda olika försäkringsvillkor, som påverkade medlemmarnas incitament att anmäla sig som sjuka (Andersson och Eriksson, kommande). Öppna kassor hade vanligtvis längre karenstider innan sjukpenning började betalas ut än kassor med obligatoriskt medlemskap, däremot hade de öppna kassorna högre ersättningsnivåer.

Statistik över det totala antalet medlemmar i sjukkassorna tyder på att fler män än kvinnor var sjukförsäkrade i början av 1900-talet men att skillnaden minskade över tid. Som framgår av Tabell 1 Medlemmar i registrerade sjukkassor var 443 000 män medlemmar i registrerade sjukkassor år 1910, motsvarande antal kvinnor understeg då 150 000. År 1950 omfattades däremot fler kvinnor av sjukförsäkring än män. Detta är ett förhållande som inte uppmärksammas tillräckligt i tidigare forskning (se t ex Lindqvist, 1990, s. 122).

Tabell 1 Medlemmar i registrerade sjukkassor

År	Medlemmar i sjukkassor		Andel medlemmar i förhållande till yrkesaktiv befolkning	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1910	443 382	147 933	0,29	0,31
1920	486 943	251 211	0,27	0,33
1930	633 942	382 904	0,32	0,43
1940	749 945	726 379	0,37	0,98
1950	1 476 000	1 612 000	0,65	1,97

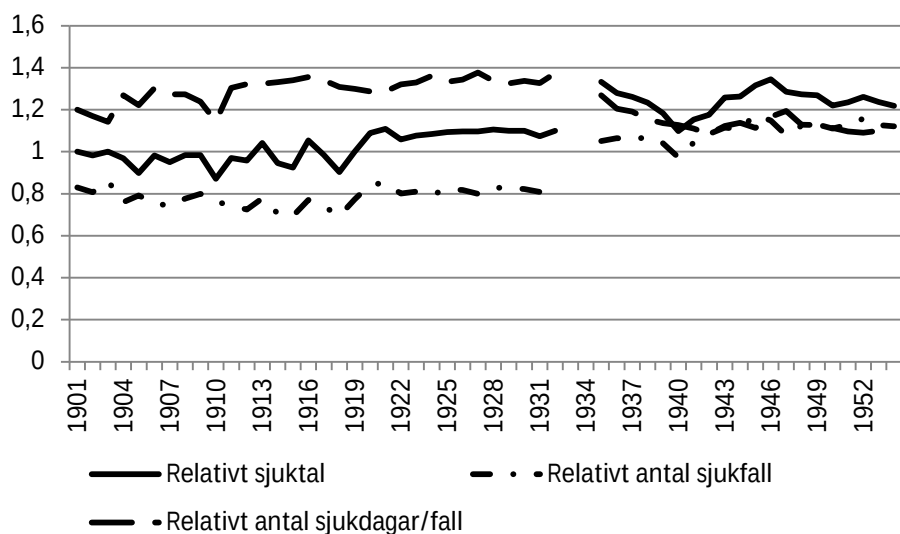
Källa: Antal medlemmar från Statistisk årsbok för Sverige (valda år). Yrkesaktiv befolkning från Silenstam (1970). Andel medlemmar egna beräkningar.

Sett i relation till den yrkesaktiva befolkningen blir bilden av sjukkassornas medlemsutveckling något annorlunda. Som framgår av Tabell 1 var andelen försäkrade kvinnor i förhållande till den yrkesaktiva befolkningen högre än andelen försäkrade män redan 1910. Från en andel på drygt 30 procent 1910 ökar andelen kvinnor som är kassemedlemmar till närmare 100 procent 1940. Detta innebär naturligtvis inte att alla yrkesaktiva kvinnor vid denna tidpunkt var anslutna till en sjukkassa. Den höga anslutningsgraden bland kvinnorna åter-

speglar delvis att sjukkassor även accepterade medlemmar som inte var yrkesaktiva. Många kvinnor förefaller ha sjukförsäkrats via sina makar. Sålunda kom antalet kvinnor som var medlemmar i sjukkassor att överstiga antalet yrkesaktiva kvinnor med närmare 100 procent år 1950.

Att andelen kvinnor som inte var yrkesaktiva inom sjukkassorna var betydande redan tidigare framgår av 1915 års Socialförsäkringskommitté. I denna utrednings undersökning av sjukalet i olika yrkesgrupper åren 1914–1916 utgjordes, vad gäller kvinnor, närmare hälften av observationerna av "Hustrur och familjemedlemmar utan eget yrke" (Socialförsäkringskommittén II, 1919). Sjukalet för denna kategori var dock i nivå med andra grupper; något högre än för sömmerskor och tjänarinnor men lägre än för fabriksarbetare.

Figur 6 Relativt sjuktal, relativt antal sjukfall samt relativt antal sjukdagar per fall, 1901–1954



Källa: Egna beräkningar. Data från Tabell A1 i Appendix.

Vilken betydelse kan då selektionen till sjukkassor bland män och kvinnor ha spelat för det relativa sjukalets utveckling under perioden före 1955? Det finns möjliga inslag av såväl positiv som negativ selektion som kan ha förändrats över tid och som kan ha sett olika ut för män och kvinnor. Å ena sidan hade sjukkassor incitament att undvika medlemmar med sämre hälsa. Denna positiva selektion kan ha drabbat kvinnor särskilt hårt, eftersom dessa inte i samma utsträckning hade tillgång till sjukkassor där medlemskapet var baserat på yrkesidentitet. Detta är en faktor som bör ha reducerat det relativa sjukalet. Å andra sidan hade individer med sämre hälsa också starkare incitament att

försäkra sig. En sådan negativ selektion kan ha bidragit till att höja det relativa sjuktalet. Sammantaget bör dock inslaget av selektionseffekter kopplade till sjukkassemedlemskap ha avtagit över tid. Som visas i Figur 6, minskade tidigare påtagliga könsskillnader i sjukfallens frekvens och varaktighet i början av 1930-talet. 1931 års sjukkasareform innebar av allt att döma en harmonisering av försäkringsvillkoren för kvinnor och män.

3.1.2 Yrkesaktivitet och arbetskraftsdeltagande

Över tid och i jämförelser mellan länder tycks högt kvinnligt arbetskraftsdeltagande vara korrelerat med hög sjukfrånvaro (Angelov m.fl., 2011). Vad vet vi då om kvinnors, och i synnerhet gifta kvinnors, arbetskraftsdeltagande historiskt sett? Empiriskt möter vi här ett problem eftersom data över arbetskraftsdeltagande egentligen bara finns att tillgå från 1960-talet och framåt. Före 1960-talets arbetskraftsundersökningar är vi hänvisade till folkräkningarna. I folkräkningarna är begreppet ”yrkesverksam” det närmaste vi kan komma arbetskraftsdeltagande. Som yrkesverksam räknades den som ”vanligen utövar ett yrke” (Silenstam, 1970, s. 20). I de beräkningar av yrkesintensiteten som används i denna rapport, och i de flesta andra sammanhang, har kvinnliga medhjälpande familjemedlemmar inom jordbruket inte inkluderats (Silenstam, 1970, s. 20). Det får också förmodas att många deltidsarbetande kvinnor inte räknats som yrkesaktiva (Silenstam, 1970, s. 21), samt att särskilt gifta kvinnors yrkesintensitet är underskattad eftersom rådande sociala normer föreskrev att gifta kvinnor inte borde förvärvsarbeta. Definitionen av arbetskraftsdeltagande är mer inkluderande och räknar även personer som förvärvsarbetar i endast begränsad omfattning som deltagande.

Tabell 2 Yrkesintensiteter 1900–1965

År	Män	Kvinnor	Relativ yrkesintensitet
1900	85,8	19,1	0,22
1910	88,0	21,2	0,24
1920	90,2	26,9	0,30
1930	88,7	30,7	0,35
1940	87,5	29,3	0,33
1945	86,5	28,0	0,33
1950	85,8	29,5	0,34
1960	79,9	32,0	0,40
1965	76,0	35,0	0,46

Källa: Silenstam (1970, s. 102, 104).

Tabell 2 visar yrkesintensitetens utveckling bland män och kvinnor från 1900 till 1965. Som framgår av tabellen räknas knappt en femtedel av kvinnorna som yrkesverksamma vid sekelskiftet 1900. Under århundradets tre första decennier ökar yrkesintensiteten bland kvinnor med drygt 10 procentenheter. Ökningen gäller också i förhållande till mäns yrkesintensitet, som är stabil kring 90 procent. Under 1930- och 40-talen ligger kvinnornas yrkesintensitet kvar på en nivå kring 30 procent. Därefter börjar återigen andelen yrkesverksamma kvinnor öka, om än långsamt. Den relativa yrkesintensiteten ökar snabbare under 1950- och 60-talen eftersom männens yrkesintensitet minskar till följd av skolväsendets expansion och pensioneringar bland de äldre.

Tabell 3 Kvinnors yrkesintensitet efter civilstånd 1920–1965

År	Ogifta	Gifta	Tidigare gifta
1920	52,4	3,8	24,6
1930	56,8	8,0	27,3
1940	58,2	9,3	26,4
1945	60,0	10,1	26,8
1950	61,7	14,1	29,1
1960	53,8	23,3	28,3
1965	50,7	29,9	28,1

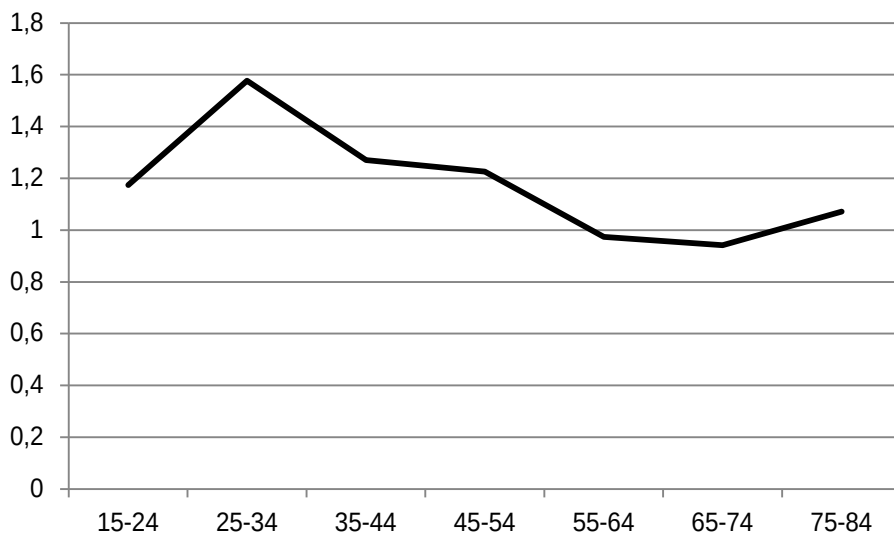
Källa: Silenstam (1970, s. 105).

I Tabell 3 redovisas kvinnors yrkesintensitet nedbrutet på civilstånd. Här ser vi att andelen gifta kvinnor som var yrkesverksamma, enligt folkräkningarnas definition, var lägre än 4 procent år 1920. Under 1920-talet fördubblas andelen. Därefter sker en långsammare ökning under 1930- och 40-talen som accelererar under 1940-talets andra hälft och tiden därefter. Mellan 1950 och 1960 fördubblas andelen yrkesverksamma kvinnor, från 14 till 30 procent. Under samma period sjunker andelen yrkesverksamma bland de ogifta kvinnorna till följd av skolväsendets expansion. Gifta kvinnor kommer alltså att utgöra en allt större del av alla yrkesaktiva kvinnor.

Utifrån de ovan redovisade uppgifterna skulle vi förvänta oss att det relativa sjuktalet ökar under 1920-talet. Detta är också en utveckling som kan observeras. Utvecklingen bromsas dock inte upp under 1930-talet, vilket vi hade kunnat förvänta om det relativa sjuktalets förändring enbart drevs av förändringar i gifta kvinnors arbetskraftsdeltagande. Inte heller kan vi enbart utifrån gifta kvinnors yrkesintensitet förklara det trendbrott som kan observeras i mitten av 1950-talet. Under denna period ökar gifta kvinnors yrkesintensitet starkt, samtidigt som det relativa sjuktalet börjar sjunka.

Diskussionen förutsätter så här långt att gifta kvinnor även historiskt sett haft högre sjuktal än ogifta kvinnor. Detta är något vi egentligen vet ganska lite om. Den mest ingående statistiska utredningen av sjukligheten i olika demografiska grupper i Sverige från 1900-talets första halva, 1915 års Socialförsäkringskommitté, använde inte civilstånd som en analytisk kategori. Däremot redovisade utredningen sjuktal för män och kvinnor i olika åldersgrupper. I Figur 7 visas det relativa sjuktalet för olika åldersgrupper, beräknat utifrån Socialförsäkringskommitténs statistik. Vad som framgår av denna figur är att kvinnor i åldersgruppen 25–34 år hade särskilt höga sjuktal i förhållande till män. Detta beror förmodligen på att det i denna åldersgrupp finns ett antal kvinnor som gifter sig och får sina första barn.

Figur 7 Relativt sjuktal för olika åldersgrupper åren 1914–1916



Källa: Egna beräkningar. Data från Socialförsäkringskommittén II (1919).

Tabell 4 Arbetskraftsdeltagande bland kvinnor, andel deltidsarbetande kvinnor respektive män i åldrarna 16–64 år, 1963–2005

År	Kvinnligt arbetskraftsdeltagande		Andel deltids- arbetande kvinnor	Andel deltids- arbetande män
	Kvinnor 16–64 år	Kvinnor med barn under 7 år		
1963	54,5	38,0	14,7	2,4
1965	53,8	36,8	16,8	1,6
1970	59,3	50,0	38,3	2,9
1975	67,9	60,8	40,9	3,3
1980	75,1	75,5	46,2	5,9
1985	79,2	85,6	44,0	6,0
1990	82,3	86,3	40,4	7,4
1995	76,1	79,3	40,2	9,4
2000	75,5	79,7	34,8	9,2
2005	76,1	81,4	36,0	11,5

Källa: Stanfors (2007, s. 236).

I mitten av 1960-talet sker, som nämnts, ett brott i statistikproduktionen. Begreppet yrkesaktiv ersätts av arbetskraftsdeltagande. Utvecklingen av kvinnors och mäns arbetskraftsdeltagande under perioden 1965 till 2008 kan följas i Tabell 4. Bilden som förmedlas är välkänd. Under perioden fram till 1990 kommer allt fler kvinnor ut på arbetsmarknaden. I detta avseende elimineras skillnaden i stort sett mellan kvinnor och män. Nedbrutet på civilstånd ser vi vidare att det främst handlar om ett ökat arbetskraftsdeltagande bland gifta kvinnor och kvinnor med små barn.

Kvinnors höga arbetskraftsdeltagande i Sverige under de senaste decennierna är ett förhållande som ofta lyfts fram i internationella jämförelser (se t ex Lewis, 1992). Något som inte alltid nämns i sådana sammanhang är att detta fram till omkring 1980 var förknippat med ökat deltidsarbete. Som framgår av Tabell 4 arbetade 17 procent av de förvärvsarbetande kvinnorna deltid 1965. Andelen ökade starkt under de följande åren och uppgick 1980 till drygt 46 procent. Därefter har andelen sjunkit men än idag arbetar över en tredjedel av alla kvinnor deltid (motsvarande andel för män är knappt 13 procent). Deltidsarbetets utbredning bland kvinnor är en komplicerande faktor när vi försöker förklara hur det relativa sjuktalet utvecklats över tid. Hur sambandet mellan deltidsarbete och sjukfrånvaro ser ut är inte självklart. Å ena sidan kan deltidsarbete uppmuntra fler individer med sämre hälsa att förvärvsarbeta. Å andra sidan kan deltidsarbete medföra mindre total arbetsbelastning och bättre hälsa. Tidig internationell forskning på området, som fick ett uppsving i samband med första världskriget, förknippar ofta deltidsarbete för kvinnor med lägre

sjukfrånvaro (Karlsson, 2016; Vernon, 1921). Socialstyrelsens undersökningar av den procentuella frånvaron bland industriarbetare på hösten 1957 gav ett liknande resultat ("Frånvarofrekvensen m m inom industrin i november 1957", 1958). Bland heltids- och deltidsarbetande män var skillnaden i sjukfrånvaro liten, bland kvinnor var deltidsarbetet däremot förknippat med klart lägre frånvaro (6,8 procent jämfört med 9,9 procent).

Vi vet inte mycket om hur förekomsten av deltidsarbete förändrades före 1960-talets arbetskraftsundersökningar. Känt är emellertid att deltidsarbete bland kvinnor började diskuteras redan på 1930- och 40-talen (Stanfors, 2007b; Sundström, 1987). 1944 tillsattes en statlig utredning av frågan. Fackföreningsrörelsen var inledningsvis motståndare till idén att deltidsarbete kunde vara en sätt för gifta kvinnor att förena förvärvsarbete och obetalt hemarbete men ändrade inställning på 1960-talet. Vid det laget var deltidsarbetet utbrett bland kvinnor. Den första arbetskraftsundersökningen 1963 visade att över 400 000 kvinnor arbetade deltid. Det typiska var att arbeta halvdagar (snarare än att arbeta hela men färre dagar). Fram till 1980-talets början ökade förekomsten av deltidsarbete bland kvinnor, så som framgår av Tabell 4. Därefter skedde en omsvängning i riktning mot att alltfler kvinnor arbetade heltid.

3.1.3 Den könsuppdelade arbetsmarknaden

Kvinnor och män har historiskt sett inte bara förvärvsarbetet i olika utsträckning, de har också haft olika positioner på arbetsmarknaden, positioner som i sig kan ha varit förknippade med olika risker för att drabbas av ohälsa och olika incitament att sjukskriva sig. Särskilt inom modern forskning om genus och arbetsmarknad anses sådana strukturella förhållanden vara en betydelsefull förklaring till kvinnors högre sjuktal.

Under 1900-talets början återfanns män i större utsträckning inom tillverkningsindustrin. Andelen kvinnor som sysselsattes inom tillverkningsindustrin var lägre, och de kvinnor som återfanns i denna sektor var koncentrerade till ett fåtal branscher, ofta inriktade mot hemmamarknaden och tillverkning av konsumtionsvaror, exempelvis textil- och konfektionsindustrin och livsmedelsindustrin. Männen dominerade helt inom tyngre industrigrenar. För de kvinnor som var yrkesaktiva utgjorde länge det husliga arbetet en stor arbetsmarknad, som i princip saknades för män. Könsarbetsdelningen på arbetsmarknaden innebar att män och kvinnor i olika utsträckning utsattes för risker och ohälsosamma arbetsmiljöer. Män fanns i branscher och yrken med relativt höga risker för dödsfall och allvarliga olyckor, såsom byggbranschen eller varvsindustrin (Lundh & Gunnarsson, 1987). Inom industrin fanns kvinnor i branscher och yrken med lägre kvalifikationskrav med monotont och repetitivt arbetsinnehåll.

Den nämnda Socialförsäkringskommittén från 1915 riktade stort intresse mot skillnader i sjuktal mellan olika yrkesgrupper (Socialförsäkringskommittén II, 1919). För män rapporterade kommittén normalsjuktal för inte mindre än 63 specifika yrkesgrupper bestående av löntagare och tre kategorier självständiga yrkesidkare (jordbrukare, köpmän och handlande samt diverse självständiga näringsidkare). Huvuddelen av männen var löntagare och återfanns inom olika industribranscher. Endast två av löntagargrupperna bestod av tjänstemän (kontorspersonal samt diverse tjänstemän). Särskilt höga sjuktal, omkring tio dagar per år och medlem, hade män som arbetade vid spårvägar, i kolgruvor och tändsticksfabriker. Påfallande låga sjuktal, omkring fyra dagar per manlig medlem och år, hade vaktmästare och butiksanställda. Fabriksarbete tenderade att vara förknippat med högre sjuktal (6,24) än annat arbete (5,71).

För kvinnor rapporterade Socialförsäkringskommittén normalsjuktal för endast sex grupper: ”i tändsticksfabriker anställda kvinnor”, ”i tobaksfabriker anställda kvinnor”, sömmerskor, tjänarinnor, ”hustrur och familjemedlemmar utan eget yrke” samt ”diverse andra kvinnliga yrken” (Socialförsäkringskommittén II, 1919). Liksom bland männen utmärker sig de kvinnliga anställda vid tändsticksfabriker genom att ha de högsta sjuktalen, i kvinnornas fall handlar det om nästan 13 dagar per år. Och liksom bland männen var sjuktalen för de kvinnor som arbetade i fabriker betydligt högre än bland kvinnor i andra yrkesgrupper och bland kvinnor som inte var yrkesaktiva.

Endast i två fall går det att utifrån Socialförsäkringskommitténs publicerade material jämföra sjuktalen för kvinnor och män i samma bransch: tändsticks- respektive tobaksindustrin. I bägge fallen var sjuktalen klart högre för kvinnor.

Sjuktalen i tobaksindustrin diskuteras mer ingående längre fram i rapporten. Vad gäller tändsticksindustrin kan konstateras att den är ökad för sina arbetsmiljöproblem. De som under 1800-talets första hälft arbetade med tillverkning av fosfortändstickor riskerade att drabbas av fosfornekros, med symptom som tandlossning, inflammationer och benförändringar av underkäken. Säkerhetständstickan, som introducerades i mitten av 1800-talet gjorde Sverige till världsledande i branschen och torde också ha förbättrat arbetsmiljön i och med att den farliga vita fosfor ersattes av röd fosfor. Vad som ligger bakom de höga sjuktal i branschen som Socialförsäkringskommittén rapporterar 1919 är oklart. Tydligt är emellertid att sjuktalen för kvinnor vid tändsticksfabrikerna var betydligt högre än för män i alla åldersgrupper (se Tabell 5). För män över 25 år gäller att sjuktalet tenderar att öka med stigande ålder. För kvinnorna saknas detta mönster – efter en topp på 20 i åldern 45–54 år sjunker sjuktalet till 14 i åldersgruppen 55–64 år. En möjlig förklaring till detta är att kvinnor med höga sjuktal så småningom lämnade industrin frivilligt eller blev av-

skedade. Det sistnämnda är något som vi längre fram kommer att se exempel på i tobaksindustrin.

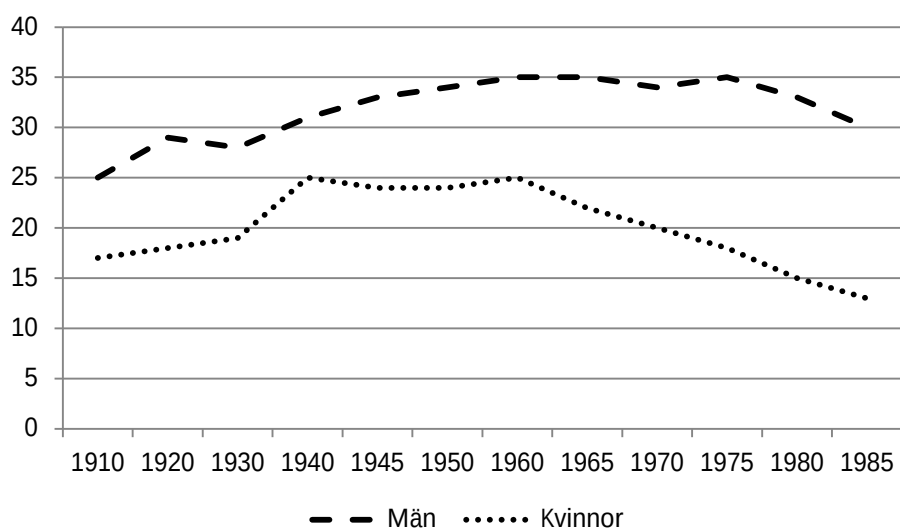
Tabell 5 Sjuktal för män och kvinnor i tändsticksfabriker

Åldersgrupp	Män	Kvinnor	Relativt sjuktal
15–24 år	10,19	11,80	1,16
25–34 år	6,79	8,99	1,32
35–44 år	9,06	10,33	1,14
45–54 år	10,74	20,43	1,90
55–64 år	12,51	14,27	1,14
65–74 år	14,22	16,67	1,17

Källa: Egna beräkningar. Data från Socialförsäkringskommittén II (1919).

Könsarbetsdelningen på arbetsmarknaden har inte varit konstant över tid. En potentiellt viktig förändring, mot bakgrund av de ovan observerade skillnaderna i sjuktal mellan tillverkningsindustri och andra näringsgrenar, handlar om de relativa andelarna sysselsatta kvinnor och män inom industrin som illustreras i Figur 8. Här ser vi att andelen kvinnor sysselsatta inom industrin närmade sig männens andel under mellankrigstiden. Denna utveckling bryts under 1950-talet då andelen kvinnor sysselsatta inom industrin minskar samtidigt som den fortsätter att vara stabil för män i ytterligare något decennium. Kvinnor, och i synnerhet kvinnor sysselsatta inom textil- och konfektionsindustrin, drabbas alltså tidigare av efterkrigstidens ”avindustrialisering” än män. Detta kan vara en bidragande orsak till att det relativa sjuktalet avtagande trend under perioden 1955–1974. Strukturrationaliseringen innebar dels att andelen industrisysselsatta kvinnor minskade i stort men kan också ha drabbat kvinnor med hög sjukfrånvaro särskilt hårt.

Figur 8 Andel industriarbetare av samtliga förvärvsarbetande, män och kvinnor, 1910–1985



Källa: Tidsseriehäfte (1989, s. 30–33).

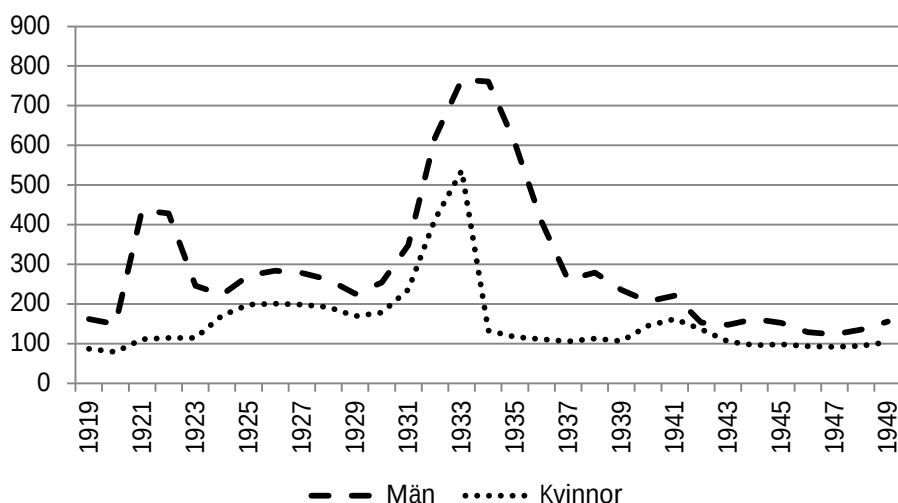
3.1.4 Konjunkturernas inverkan

Sjuktalet i modern tid påverkas av konjunkturläget. För svensk del anses sambandet i huvudsak vara pro-cykliskt: i goda tider ökar sjuktalet, i dåliga tider minskar det (Larsson, Kruse, Palme, och Persson, 2005). Två mekanismer bakom detta mönster har föreslagits: dels att individer med högre benägenhet till sjukfrånvaro ansluter sig till arbetskraften under högkonjunkturer och lämnar den under lågkonjunkturer, dels att utsikter på arbetsmarknaden gör arbetstagare mer eller mindre disciplinerade, vilket kan påverka deras benägenhet att sjukanmäla sig.

Även historiskt sett har kvinnor och män i olika utsträckning varit utsatta för konjunkturernas växlingar. Detta framgår exempelvis av äldre statistik från arbetsförmedlingar, där det finns en tydlig uppdelning mellan ”manliga” respektive ”kvinnliga” avdelningar. Figur 9 visar antal sökande per 100 lediga platser uppdelat på kvinnor och män för perioden 1919 till 1949. Här ser vi att kvinnorna under hela perioden hade en gynnsammare situation på arbetsmarknaden i den meningen att det gick färre sökande på varje ledigt jobb. För män märks effekterna av djupa kriser i början av 1920- respektive 30-talet. Kvinnornas arbetsmarknad påverkades föga av 1920-talskrisen. 1930-talskrisen innebar också för kvinnor en kärvare situation men läget var betydligt bättre än för män. Det här kan vara en bidragande orsak till att sjukskrivningsfrekvensen

bland kvinnor ökade relativt sett under 1930-talet (se Figur 3). Däremot är det förstås mindre sannolikt att konjunkturerna påverkade antal sjukdagar per sjukdomsfall (se Figur 4), eftersom denna indikator till stor del drivs av långa sjukfall. Inte heller ser konjunkturerna ut att kunna förklara varför det relativa sjuktalet fortsatte att öka fram till mitten av 1950-talet. I Figur 9 ser vi att det från 1940-talet var små skillnader i efterfrågan på kvinnlig och manlig arbetskraft.

Figur 9 Antal sökande per 100 lediga platser, kvinnor och män, 1919–1949



Källa. Egna beräkningar. Data från Statistisk årsbok för Sverige (valda år).

Det ska dock framhållas att Figur 9 i realiteten kan överdriva konjunkturernas skilda inverkan på kvinnors och mäns arbetsmarknader. Inte minst för gifta kvinnor kan det ha funnits en stark disciplinerande effekt av mellankrigstidens kriser eftersom de i många fall tvingats in på arbetsmarknaden för att försörja arbetslösa makar (Wegerman, 2008).

3.2 Underliggande förklaringar

Skillnader i hälsa är en möjlig underliggande förklaring till skillnader i sjuktalet mellan kvinnor och män. Föreställningar om kvinnors högre sjuklighet har uppträtt i olika skepnader under historiens gång. Kvinnors sjuklighet spelade en framträdande roll i samhällsdebatten under åren kring sekelskiftet 1900, inte minst som argument mot att ge kvinnor tillträde till högre utbildning och statliga tjänster (Johannisson, 2013). Argumentet hämtade stöd i olika förklaringsmodeller, exempelvis kunde kvinnans biologiska utveckling anses vara särskilt energikrävande varför studier och intellektuellt arbete var förknippade med risk

för överansträngning. Överansträngning återkommer under 1900-talet som en mer specifik förklaring till gifta kvinnors och mödrars högre sjuktal, men då inte nödvändigtvis med biologiska förtecken. Här ligger snarare fokus på kvinnors dubbla roller. Denna förklaring bygger på att kombinationen av lönearbete och obetalt hemarbete leder till högre total arbetsbelastning, vilket i sin tur ger sämre hälsa, och fler och/eller längre sjukskrivningar. Det faktum att kvinnliga lärare hade två till tre gånger så höga sjuktal som manliga under 1930-talet kommenterar exempelvis läkaren Daniel Lindsjö (återgivet i SOU 1938:47) på följande sätt:

När den manlige läraren kommer hem från sitt arbete, så är han som alla män föremål för omsorger och hjälp av det kvinnliga släktet [...] och kan ägna sig åt vila och förströelse samt hämta igen sig efter arbetets mödor. För de kvinnliga lärarna ställer sig detta förhållande i många fall annorlunda.

Dubbelarbetet var särskilt betungande för den gifta lärarinnan, som skulle ”sköta sitt hem, sina barn och kanske även sin man” och fick därmed mindre vila, ”en misshushållning med kroppskrafterna” som enligt Lindsjö gav upphov till förhöjd sjuklighet (SOU 1938:47). Liknande förklaringar till kvinnors högre sjuktal är vanligt förekommande i modern tid (Bratberg m.fl., 2002), men svåra att med säkerhet belägga empiriskt eftersom variabler som civilstånd och familjesituation inte enbart fångar upp grad av ansvar för det obetalda hemarbetet utan också andra faktorer som kan påverka benägenheten till sjukskrivning (Angelov m.fl., 2013a).

Beslut att sjukanmäla sig kan också påverkas av upplevelser av arbets-situationen och sociala normer. Angelov m.fl. (2011) diskuterar exempelvis att individer som är missnöjda med sitt arbete, exempelvis för att de anser sig vara överkvalificerade, kan ha lägre tröskel att sjukskriva sig. Det finns också en hel del modern forskning om sambandet mellan sociala normer på arbetsplatsen och sjukskrivningar (Johansson, Karimi och Nilsson, 2014). Det bör då sägas att vi i ett längre historiskt perspektiv inte kan utgå från att kvinnor alltid upplevt större missnöje med sin arbetssituation eller arbetat med kollegor som haft större acceptans för frånvaro. I ett tidigt skede av industrialiseringen kan man exempelvis tänka sig att vissa grupper av manliga hantverksarbetare upplevde sin yrkesskicklighet och autonomi hotad av mekanisering och fabriksdrift och demonstrerade sitt missnöje med att vara frånvarande från arbetet (se Magnusson, 1988). 1900-talets stora rationaliseringsrörelser – ofta sammanfattade som Scientific Management och förknippade med ökad specialisering,

högre arbetstempo och monoton – kan däremot haft mer direkt inverkan på kvinnors arbetsmarknad.

Uppfattningar om kvinnors högre sjuklighet kan dokumenteras i en rad olika historiska källor, men finner inte något uppenbart stöd i den svenska befolkningsstatistikens dödlighetstabeller, vilket hade varit rimligt att vänta sig. Här finns en paradox. Samtidigt som kvinnor uppfattats som ”det svagare könet” har de ända sedan den svenska befolkningsstatistikens början i mitten av 1700-talet levt längre än män, oavsett om den återstående livslängden beräknats från födseln eller från vuxen ålder. Så var också fallet under 1900-talets första halva. För kvinnor var exempelvis den återstående livslängden vid 50 års ålder närmare 25 år på 1910-talet. För män var motsvarande livslängd 23 år. Det ska dock sägas att den förväntade livslängden här avser hela befolkningen och sjuktal endast omfattar medlemmar i sjukförsäkring under perioden ifråga. Mer forskning om hur livslängden sett ut för kvinnor som varit yrkesaktiva och sjukförsäkrade skulle behövas för att kunna säga något mer bestämt om hälsans inverkan på det relativa sjuktal.

En annan förklaring till det till synes paradoxala förhållandet mellan kvinnors sjuklighet och livslängd kan vara att ta fasta på distinktionen mellan mätbar (objektiv) och upplevd (subjektiv) ohälsa (Johannisson, 2013, s. 8–9). En högre subjektiv ohälsa bland kvinnor kan ha sociala och ekonomiska orsaker. Paringer (1983) föreslår exempelvis att kvinnors större benägenhet att sjukskriva sig kan ses som en investering i bättre hälsa på sikt. Detta eftersom långvarig sjukdom för kvinnan ur hushållets perspektiv kan vara särskilt kostsamt då hennes obetalda arbete i hemmet inte utan vidare kan ersättas av mannen.

Inom den arbetsmarknadsekonomiska forskningen betonas att bedömningar av arbetsoförmåga delvis beror på ekonomiska förhållanden, exempelvis inkomstbortfallets storlek i samband med sjukskrivning respektive sjukpenningens nivå (se t ex Johansson och Palme 1996). Kvinnors lägre löner innebär å ena sidan ett mindre inkomstbortfall vid sjukskrivning och skulle kunna ge upphov till en högre benägenhet till sjukskrivning. Denna mekanism bör ha varit ännu starkare under 1900-talets första halva än vad den är idag men bör också ha avtagit i styrka över tid. I början av 1900-talet motsvarade kvinnors timlöner inom verkstadsindustrin knappt 60 procent av männens löner, att jämföra med närmare 90 procent i slutet av seklet (Svensson, 1995, s. 9). Om kvinnors lägre löner hade varit det enda som påverkade skillnaden i sjuktal hade vi förväntat oss ett högre relativt sjuktal för 100 år sedan som sedan minskat särskilt starkt under perioder då lönegapet reducerats.

Ekonomiska teorier om sjukfrånvarons bestämningsfaktorer bygger ofta på grundläggande resonemang om individers arbetskraftsutbud. Sjukfrånvaro på-

verkas emellertid också av arbetsgivares beteende (Barmby och Treble, 1991; Brown och Sessions, 1996). Arbetsgivare upplever olika kostnader för sjukfrånvaro, bland annat beroende på hur produktionen är organiserad. Företag med hög kapitalintensitet och där det finns ett stort behov av att koordinera produktionsflöden kan förväntas vara mer angelägna om att begränsa sjukfrånvaron (Heywood och Jirjahn, 2004). Detta kan i sin tur ske på en rad olika sätt, exempelvis genom selektion i anställningar och uppsägningar baserad på individers frånvarohistoria eller utformning av löne- och befordringssystem som tar hänsyn till de anställdas kontinuitet i arbetet. I och med att företagen växte i storlek och komplexitet under 1900-talets första decennier kan vi förvänta oss att arbetsgivare blev allt mer medvetna om personalens sjukfrånvaro och vidtog kraftfullare åtgärder för att begränsa fenomenet (Chandler, 1977). Vi kommer att möta konkreta exempel på det längre fram i rapporten.

3.3 Sammanfattning

För att sammanfatta diskussionen så här långt så kan det konstateras att det förefaller rimligt att olika slags kompositionseffekter har stor betydelse för att förklara det relativa sjuktalets utveckling över tid. Före 1955 räcker det inte med att ta hänsyn till skillnader i kvinnors arbetskraftsdeltagande och könssegregationen på arbetsmarknaden. Här måste vi också beakta skillnader i andelar sjukförsäkrade och fördelningar av kvinnor och män mellan olika typer av sjukförsäkrade. Denna typ av kompositionseffekter torde vara större före 1930-talet än efter. Kvinnors arbetskraftsutbud, och då särskilt gifta kvinnors, torde vara en viktig faktor för att förklara det relativa sjuktalets utveckling också före 1955. Det kan dock konstateras att kunskapsläget vad gäller sambandet mellan sjuktal, kön och civilstånd under 1900-talets första halva är bristfälligt. Högst sannolikt hade gifta kvinnor högre sjuktal men vi vet lite om hur stora eventuella skillnader i förhållande till ogifta kvinnor. Vidare har flera andra faktorer förutom kvinnors arbetskraftsdeltagande identifierats som kan ha påverkat det relativa sjuktalet. Könsarbetsdelningen på arbetsmarknaden är viktig att ha i åtanke. Under mellankrigstiden kan starkare efterfrågan på kvinnlig arbetskraft periodvis ha bidragit till att höja det relativa sjuktalet. Under 1950- och 60-talen började industriarbetets betydelse avta för kvinnor. Detta kan ha varit en bidragande orsak till att det relativa sjuktalet reducerades.

På aggregerad nivå är det svårt att hålla isär olika faktorerers inverkan på det relativa sjuktalet. Detta blir något enklare om vi istället studerar förhållanden i en specifik bransch. I rapportens avslutande del följer en sammanfattning av slutsatserna från en fallstudie av förhållanden i den svenska tobaksindustrin under perioden 1898–1959.

4 Det relativa sjuktalet i tobaksindustrin 1898–1959 – en fallstudie

Ett förhållande som gör tobaksindustrin särskilt intressant att studera närmare i detta sammanhang är att denna industri sysselsatte såväl kvinnor som män, inte sällan i likartade arbetsuppgifter. I industrin fanns en särskild sjukkasse – Sveriges Tobaksarbetares sjuk- och begravningskasse – som samlade medlemmar av bägge könen. År 1917 ombildades denna sjukkasse och anslutningsgraden kom att i det närmaste uppgå till 100 procent. I detta avseende är tobaksindustrin inte ett typiskt fall men denna speciella institutionella lösning innebär att kvinnor och män hade samma försäkringsrad och försäkringsvillkor, något vi inte kan vara säkra på när det gäller andra branscher.

År 1898 genomfördes en statistisk undersökning av tobaksindustrin som bland annat berörde hälsa och sjuklighet bland arbetarna (Elmqvist, 1899). Det visade sig då att sjuktalet var betydligt högre bland män än kvinnor; 8,0 jämfört med 4,8 (Elmqvist, 1899, s. 173). Drygt 20 år senare var förhållandet omvänt: kvinnornas sjuktal var 8,5 och männens 6,4. En uppenbar förändring som inträffat under samma period var att produktionen av tobaksprodukter monopoliserats inom ramen för ett statsägt bolag. Det är dock svårt att se att förstatligandet av branschen i sig skulle förklara det relativa sjuktalets förändring i den observerade riktningen. Inte heller genomfördes några betydande teknologiska förändringar av produktionen mellan 1898 och 1919. Däremot hade mellan de två mätillfällena inte bara andelen kvinnor i arbetsstyrkan ökat från 63 till 79 procent, andelen gifta kvinnor hade också ökat från 16 till 39 procent (se Tabell 6). Tobaksindustrin under den aktuella perioden framstår som ett exempel på att gifta kvinnor även i början av 1900-talet hade ett betydligt högre sjuktal än ogifta.

Tabell 6 Arbetsstyrkans sammansättning och det relativa sjuktalet i tobaksindustrin

	År			
	1898	1919	1939	1949
Andel kvinnor	63 %	79 %	83 %	67 %
Medelålder män	33	33	41	38
Medelålder kvinnor	28	27	37	35
Andel gifta kvinnor	16 %	39 %	47 %	47 %
Relativt sjuktal	0,6	1,3	1,7	2,0

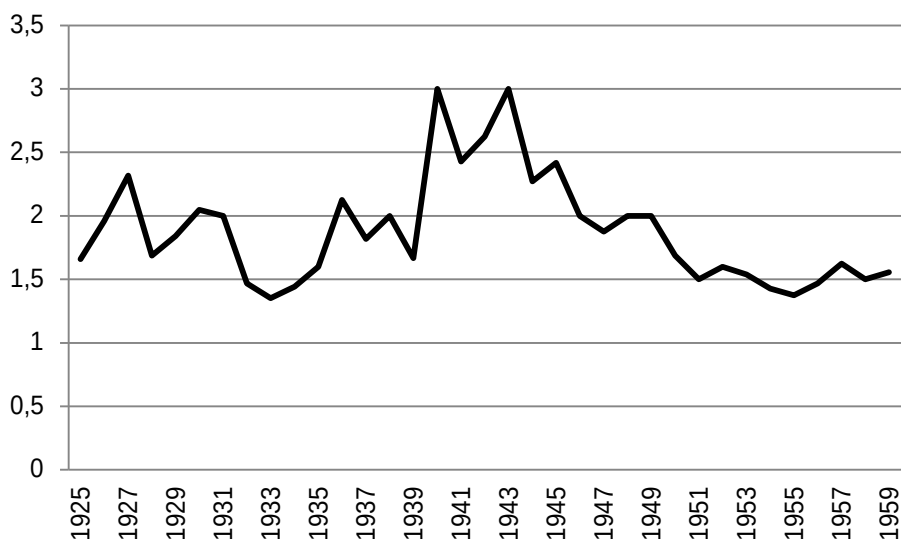
Källa: Industri (valda år); Styrelsens förvaltningsberättelse (valda år), Svenska Tobaksmonopolets arkiv.

Under 1920-talet mekaniserades cigarrtillverkningen, den produktionsgren som sysselsatt flest arbetare (Karlsson, 2008). Ett stort antal arbetare blev övertaliga och nyrekryteringen av arbetskraft upphörde under ett antal år. Genomsnittsåldern på den kvarvarande arbetsstyrkan, vars könssammansättning i stort sett var konstant, steg och andelen gifta kvinnor närmade sig 50 procent. Det relativa sjuktalet fluktuerade kring 2 under åren från 1925 till 1939 (se Figur 10). Det sistnämnda året var kvinnorna i tobaksindustrin i genomsnitt sjukfrånvarande 20 dagar per år och männen 12 dagar.

I slutet av 1930-talet uppmärksammade företagsledningen att sjukfrånvaron stegrats, särskilt bland arbetarna i Stockholm. Som ett första led i ansträngningarna att komma till bukt med problemet tillsattes en utredning av sjukligheten. Utredaren konstaterade att "[e]nligt allmän erfarenhet är sjukligheten bland kvinnor vanligen större än bland män i samma ålder" men att skillnaden i sjukförsäkrings Stockholmssavdelning accentuerats. Det var framförallt de långa sjukfallen bland medelålders och äldre kvinnor som blivit vanligare, och symptom som "blodbrist, kraftnedsättning och yrsel" hade ökat markant. Utredaren fann inte "[a]nmärkningsvärda förhållanden" vad gäller sambandet mellan sjukligheten och kvinnans civilstånd. Därmed inte sagt att gifta och ogifta kvinnor hade samma sjuktal. Vid den studerade fabriken i Stockholm hade gifta kvinnor (inklusive ogifta och änkor med små barn) i storleksordningen 40–50 procent högre sjukfrånvaro i slutet av 1930-talet. Uppenbarligen betraktades en sådan skillnad som fullt väntad.

Utredaren föreslog inte några direkta åtgärder för att få ned sjuktalet men under det följande året genomfördes uppsägningar av ett 40-tal kvinnliga arbetare som ansågs svåra att "sysselsättas i en rationellt ordnad fabriksdrift". Det handlade till stor del om kvinnor som varit anställda redan innan Tobaksmonopolets tillkomst och som "aldrig riktigt kunnat finna sig till rätta vid den moderna maskinella tillverkningen". Kanske har vi här att göra med en variant av den mekanism som Angelov m.fl. (2011) diskuterar med avseende på en mer modern kontext, det vill säga hur missnöje med arbetet kan sänka tröskeln att sjukanmäla sig. Alternativt kan det ha varit frågan om fysisk eller mental överansträngning till följd av högt arbetstempo och monotona arbetsuppgifter. I vilket fall kan noteras att två tredjedelar av de uppsagda kvinnorna var gifta och samtliga var i 40- eller 50-årsåldern.

Figur 10 Det relativa sjuktalet i tobaksindustrin, 1925–1959



Källa: Egna beräkningar. Data från Styrelsens förvaltningsberättelse (valda år), Svenska Tobaksmonopolets arkiv.

Uppsägningarna 1939 ledde inte till omedelbar reduktion av sjuktalen, under det följande året ökade det relativa sjuktalet dramatiskt (Figur 10). Företagsledningens ansträngningar för att komma tillrätta med problemet fortsatte, bland genom att anställa en sjuksköterska som skulle kontrollera sjukdomsfall. Ledningen lät också göra uppföljningar av den tidigare utredningen av sjukligheten bland kvinnor i Stockholm. I det kollektivavtal som slöts på vårvintern 1945 fick företagsledningen också igenom rätten att sänka "löneförmånerna för arbetare, vilkas arbetsförmåga på grund av sjukdom, vanförhet eller annan liknande orsak vore nedsatt". Denna och andra åtgärder tycks ha gett vissa resultat. Under de följande åren sjönk skillnaden i sjuktal och annan frånvaro mellan gifta och ogifta kvinnor, liksom det relativa sjuktalet.

Tobaksmonopolets intresse för arbetskraftens frånvaro låg i tiden. Internationellt sett, särskilt i de länder som deltog i andra världskriget, uppmärksammades problemet i samband med att kvinnor sattes in i industriproduktion för att ersätta inkallade män (Braybon och Summerfield, 1987; Patton och Johns, 2007; H. Smith, 1981; H. L. Smith, 1984). I likhet med vad som skedde i Tobaksmonopolet kopplades frånvarofrågan i detta skede ofta ihop med frågan om kvinnor skulle ha samma lön som män. En LO-utredning tillsatt 1943 menade att kvinnors högre frånvarofrekvens bidrog till att deras arbetsinsats i genomsnitt var lägre (Kvinnolönefrågan, 1946). Frånvarofrekvensen beskrevs som "ett tydligt handikapp" som gav upphov till högre kostnader för

arbetsgivarna och grundade sig i såväl fysiologiska skillnader som sociala faktorer. Bland de underliggande skälen till kvinnornas högre frånvaro nämndes: ”större sjuklighet, ledighetsbehov i samband med barnsbörd, större behov av ledighet på grund av dubbel arbetsbörda för förvärvsarbetande husmödrar, lägre yrkesambition hos dem som betraktar förvärvsarbetet som ett relativt tillfälligt genomgångsstadium o. s. v.” (Kvinnolönefrågan, 1946, s. 13).

Diskussionen fortsatte i Arbetsmarknadskommitténs kvinnoutredning (1951), som bestod av representanter för såväl LO som SAF. Utredningens slutbetänkande innehöll förutom bakgrundbeskrivning och prognoser om kvinnors arbetskraftsdeltagande och statistiska lönejämförelser också omfattande kapitel om hur män och kvinnor uppfattades som arbetskraft samt om frånvaro från arbete. Frånvaron från arbetet delades in i olika kategorier och redovisades i procent av erbjuden arbetstid. Vad gäller frånvaroorsaken sjukdom hade gifta kvinnor 9 procents frånvaro, att jämföra med 7 procent för ogifta kvinnor, 4,5 procent för gifta män och 5 procent för ogifta män. Utifrån sina undersökningar om frånvaro från arbetet – på grund av sjukdom och andra orsaker – förordade Arbetsmarknadskommittén ett mer differentierat och individanpassat lönesystem, som bland annat skulle ta hänsyn till arbetstagarnas regelbundna närvaro i arbetet (Arbetsmarknadskommittén, 1951, s. 96). Hur detta skulle utformas i praktiken lämnades emellertid till parterna i specifika branscher.

5 Slutsatser

I den här rapporten sätts frågan om skillnader mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro in i ett längre historiskt perspektiv än vad som gjorts tidigare. Istället för att som brukligt diskutera frågan med utgångspunkt från tidserier över kvinnors och mäns sjuktal från och med den allmänna sjukförsäkringens införande 1955 har denna rapport riktat fokus på perioden 1901 till 1954 med hjälp av en tidsserie över det relativa sjuktalet som sträcker sig fram till vår egen tid.

Den bild av det relativa sjuktalets utveckling som framträder om blicken riktas mot 1900-talets första hälft liknar i vissa avseenden den som observerats från seklets andra hälft: en utveckling från ett skede då män och kvinnor i genomsnitt var sjukfrånvarande lika många dagar till en situation då kvinnors frånvaro väsentligt översteg männens. Detta kan delvis ha haft liknande orsaker som de ökade könsskillnaderna i sjukskrivningar under vår egen tid. Under mellankrigstiden blev det vanligare att även gifta kvinnor lönearbetade. Detta finns dock ytterligare tänkbara förklaringar kopplade till rådande könsarbetsdelning och institutionella förhållanden. Ett något förvånande faktum är att den tendens till ökade skillnader i sjuktal mellan kvinnor och män som upp-

stod under mellankrigstiden bröts och vändes i motsatt riktning i mitten av 1950-talet. Det är frestande men knappast tillfredställande att förklara trendbrottet med den allmänna sjukförsäkringens införande. I rapporten pekas framförallt två alternativa förklaringar ut: deltidssarbetets uppsving och industrisysselsättningens minskade betydelse. Det finns naturligtvis även andra tänkbara förklaringar.

Också i ett längre historiskt perspektiv framstår dagens skillnad i sjuktal mellan kvinnor och män som påfallande stor. Inte vid något tillfälle under 1900-talet var det genomsnittliga antalet sjukdagar 90 procent högre för kvinnor än för män. Men något modernt fenomen är könsskillnaden i sjukskrivningar knappast. På bransch- och industrinivå kunde skillnaden i sjuktal vara minst lika hög som idag. I tobaksindustrin kunde kvinnor vissa år på 1940-talet ha tre gånger så höga sjuktal som männen. Det tycks alltså som om underliggande skillnader i sjukfrånvaro på aggregerad nivå upphävs av olika kompositionseffekter och att dessa effekter är mer verksamma ju längre tillbaka i tiden vi går. Allt eftersom skillnaderna mellan kvinnor och män när det gäller tillgång till sjukförsäkring och deltagande på arbetsmarknaden reduceras kommer mer underliggande skillnader mellan könen upp till ytan, exempelvis skillnader relaterade till ojämlikheter i fördelning av och ansvar för det obetalda hemarbetet. Exakt vilka underliggande mekanismer som är, och varit, verksamma behöver vi dock veta mer om. Förhoppningsvis kan den historiska variation i institutionella förhållanden och ekonomiska förutsättningar – som denna rapport försökt illustrera – uppmuntra framtida forskning på området.

En aspekt som också fångats upp i rapporten – och då särskilt i fallstudien av tobaksindustrin – är hur tydligare skillnader mellan kvinnor och män i sjukfrånvaro kan ge upphov till reaktioner hos arbetsgivare. Dessa reaktioner har ett dagsaktuellt intresse i en tid då företags ansvar för sjukfrånvaro debatteras flitigt och påminner om att sjukfrånvaro inte bara kan studeras utifrån teorier om individers arbetskraftsutbud utan också utifrån teorier om efterfrågan på arbetskraft och utformning av lönesystem och anställningskontrakt.

Referenser

- Analys av sjukfrånvarons variation: Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid. (2014). Stockholm: Försäkringskassan.
- Andersson, L. F., och Eriksson, L. (kommande). *Sickness Absence in Compulsory and Voluntary Health Insurance - The Case of Sweden at the Turn of the Twentieth Century*. *Scandinavian Economic History Review*.
- Andersson, L. F., och Eriksson, L. (2015). *Exploring the Mechanisms of Gender Discrimination: Swedish Mutual Sick Insurance 1901–1910*. Presenterad vid workshopen *Women in Changing Labor Markets*, 11–13 mars 2015, Lund.
- Angelov, N., Johansson, P., och Lindahl, E. (2013). *Gender Differences in Sickness Absence and the Gender Division of Family Responsibilities (Discussion paper)*. Institute for the Study of Labor (IZA), Bonn.
- Angelov, N., Johansson, P., Lindahl, E., och Lindström, E.-A. (2011). *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
- Arbetsstatistik. B, Registrerade sjukkassors verksamhet (valda år). Stockholm: Kommerskollegium.
- Barmby, T. A., och Treble, J. G. (1991). *Absenteeism in a Medium-sized Manufacturing Plant*. *Applied Economics*, 23(1), 161–166.
- SOU 1938:47. *Betänkande angående gift kvinnas förvärvsarbete m.m.* (1938). Stockholm.
- Betänkande avgivet av Arbetsmarknadskommitténs kvinnoutredning. (1951). Stockholm: SAF-LO.
- Bratberg, E., Dahl, S.-Å., och Risa, A. E. (2002). "The Double Burden": Do Combinations of Career and Family Obligations Increase Sickness Absence among Women? *European Sociological Review*, 18(2), 233–249.
- Braybon, G., och Summerfield, P. (1987). *Out of the Cage: Women's Experiences in Two World Wars*. London: Pandora.
- Brown, S., och Sessions, J. G. (1996). *The Economics of Absence: Theory and Evidence*. *Journal of Economic Surveys*, 10(1), 23–53.
- Castenbrandt, H. (kommande). *Trends in Morbidity: National Statistics on Sickness Claims among the Working Population in Sweden, 1892–1954*. *Economic History Review*.

- Chandler, A. D. (1977). *The Visible Hand: The Managerial Revolution in American Business*. Cambridge, Mass.: Belknap.
- Edebalk, P. G. (1995). Från konkurrens till monopol: Den sociala sjukförsäkringen 1891-1931. *Scandia* 61, [239]–260.
- Edebalk, P. G. (1996). *Välfärdsstaten träder fram: Svensk socialförsäkring 1884–1955*. Lund: Arkiv.
- Elmquist, H. (1899). *Undersökning af tobaksindustrin i Sverige*. Stockholm.
- Frånvarofrekvensen m.m. inom industrin i november 1957. (1958). *Sociala Meddelanden*, (10), 610–615.
- Försäkringskassan. (2009). *Sjukfrånvaron i Sverige – på väg mot europeiska nivåer?* (Socialförsäkringsrapport No. 2009:10).
- Försäkringskassan (2016). *Statistik & analys: Sjuk*. Tillgänglig: https://www.forsakringskassan.se/statistik/statistik_och_analys2/Sjuk/ (2016-12-16).
- Hedin, M. (2002). *Ett liberalt dilemma: Ernst Beckman, Emilia Broomé, G H von Koch och den sociala frågan 1880–1930*. Eslöv: B. Östlings bokförl. Symposion.
- Henrekson, M., och Persson, M. (2004). The Effects on Sickness Leave of Changes in the Sickness Insurance System. *Journal of Labor Economics*, 22(1), 87–113.
- Heywood, J. S., och Jirjahn, U. (2004). Teams, Teamwork and Absence. *Scandinavian Journal of Economics*, 106(4), 765–782.
- Höög, J. (1991). Sjukfrånvaro. I B. Furåker (Red.), *Arbetets villkor* (s. 197–225). Lund: Studentlitteratur.
- Industri. (valda år). Stockholm: SCB.
- Johannisson, K. (2013). *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedt.
- Johansson, P. (2003). *Fast i det förflutna: Institutioner och intressen i svensk sjukförsäkringspolitik 1891-1931*. Lund: Arkiv.
- Johansson, P., Karimi, A., och Nilsson, J. P. (2014). *Könsskillnader i hur sjukfrånvaro påverkas av omgivningen*. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).

- Johansson, P., och Palme, M. (1996). Do Economic Incentives Affect Work Absence? Empirical Evidence Using Swedish Micro Data. *Journal of Public Economics*, 59(2), 195–218.
- Karlsson, T. (2008). Downsizing: Personnel Reductions at the Swedish Tobacco Monopoly, 1915–1939. Lund: Department of Economic History.
- Karlsson, T. (2016). Gender Differences in Absence from Work: The Articulation of a Problem and its Consequences (Working Paper). Uppsala: IFAU.
- Karlsson, T., och Stanfors, M. (2016). To Be or Not to Be? Risk Attitudes and Gender Differences in Union Membership (Working Paper No. 144). Lund: Department of Economic History.
- Kvinnolönefrågan : Sammandrag av betänkande om kvinnoarbetet och kvinnolönerna av LO:s kvinnolönekommitté. (1946). Stockholm: LO.
- Larsson, L., Kruse, A., Palme, M., och Persson, M. (2005). En hållbar sjukpenningförsäkring. Stockholm: SNS förlag.
- Lewis, J. (1992). Gender and the Development of Welfare Regimes. *Journal of European Social Policy*, 2(3), 159–173.
- Lidwall, U., och Skogman Thoursie, P. (2000). Sickness Absence during the Last Decades. I *Worklife and Health in Sweden* (s. 81–100). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Lindqvist, R. (1990). Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati: Det svenska sjukförsäkringssystemets utveckling 1900–1990. Lund: Arkiv.
- Lundh, C., och Gunnarsson, C. (1987). Arbetsmiljö, arbetarskydd och utvärderingsforskning: Ett historiskt perspektiv. Lund: Ekonomisk-historiska fören.
- Magnusson, L. (1988). Den bråkiga kulturen: Förläggare och smideshantverkare i Eskilstuna 1800-1850. Stockholm: Författarförlaget.
- Martos Nilsson, M. (2016). Kvinnors sjuktal når historiska nivåer. Arbetet, 23 september. Tillgänglig: <http://arbetet.se/2016/09/23/kvinnors-sjuktal-nar-historiska-nivaer/> (2016-12-16)
- Mastekaasa, A., och Modesta Olsen, K. M. (1998). Gender, Absenteeism, and Job Characteristics: A Fixed Effects Approach. *Work and Occupations*, 25(2), 195–228.
- Meidner, R. (1954). Svensk arbetsmarknad vid full sysselsättning. Stockholm: Konjunkturinstitutet.

- Olsson, B. (1967). Studier i frånvaro från arbetet. Stockholm: Industriens utredningsinstitut.
- Paringer, L. (1983). Women and Absenteeism: Health or Economics? *The American Economic Review*, 73(2), 123–127.
- Patton, E., och Johns, G. (2007). Women's Absenteeism in the Popular Press: Evidence for a Gender-specific Absence Culture. *Human Relations*, 60(11), 1579–1612.
- Silenstam, P. (1970). Arbetskraftsutbudets utveckling i Sverige 1870-1965. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Smith, H. (1981). The Problem of "Equal Pay for Equal Work" in Great Britain during World War II. *The Journal of Modern History*, 53(4), 652–672.
- Smith, H. L. (1984). The Womanpower Problem in Britain during the Second World War. *The Historical Journal*, 27(4), 925–945.
- Socialförsäkringskommittén. 2, Översikt av utländsk lagstiftning angående social sjukförsäkring ävensom statistiska undersökningar m.m. (1919). Stockholm.
- Stanfors, M. (2007). Mellan arbete och familj: Ett dilemma för kvinnor i 1900-talets Sverige. Stockholm: SNS förlag.
- Stanfors, M. (2014). Women in a Changing Economy: The Misleading Tale of Participation Rates in a Historical Perspective. *The History of the Family*, 19(4), 513–536.
- Statistisk årsbok för Sverige. (valda år). Stockholm: SCB.
- Sundström, M. (1987). A Study in the Growth of Part-time Work in Sweden. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Svenska Tobaksmonopolets arkiv, Swedish Match, Stockholm.
- Svensson, L. (1995). Closing the Gender Gap: Determinants of Change in the Female-to-male Blue Collar Wage Ratio in the Swedish Manufacturing 1913-1990. Lund: Ekonomisk-historiska fören.
- Tidsseriehäfte: Förvärvsarbetande: Folk- och bostadsräkningarna 1910-1985. (1989). Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Vernon, H. M. (1921). *Industrial Fatigue and Efficiency*. London: Routledge.
- Wegerman, L. (2008). Försörd av sin hustru: Genus, folklig praktik och medborgarskap i arbetslöshetshjälpen 1921-1939. Stockholm: Atlas.

Appendix

Tabell A 1 Sjuktal, antal sjukfall samt antal dagar per sjukfall, män och kvinnor, 1901–1954

År	Sjuktal		Antal sjukfall		Antal dagar per fall	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1901	5,9	5,9	30,5	19,5	25,3	23,4
1902	5,8	5,7	28,4	20,6	22,9	24,1
1903	5,7	5,7	27,1	21,2	23,3	24,2
1904	6,2	6,0	30,7	20,1	23,3	25,5
1905	6,7	6,02	28,3	22,1	22,4	27,0
1906	5,7	5,6	26,4	21,5	19,9	28,0
1907	6,1	5,8	29,2	20,9	21,7	26,6
1908	6,3	6,2	30,8	20,5	23,9	26,1
1909	5,9	5,8	26,0	22,7	20,8	28,1
1910	6,2	5,4	28,7	21,6	21,9	24,7
1911	6,5	6,3	29,2	22,4	21,7	29,2
1912	7,0	6,7	31,6	22,1	22,9	29,2
1913	7,1	7,4	32,5	21,9	25,3	29,0
1914	7,3	6,9	33,3	22,0	23,5	29,3
1915	7,9	7,3	36,6	21,5	25,4	28,8
1916	7,5	7,9	34,4	21,9	26,5	29,7
1917	6,9	6,8	30,8	22,3	22,8	29,9
1918	9,3	8,4	48,6	19,1	33,7	25,0
1919	7,7	7,7	35,3	21,7	27,3	28,2
1920	6,8	7,4	29,5	23,0	24,9	29,6
1921	6,4	7,1	25,4	25,4	21,6	32,7
1922	8,6	9,1	38,7	22,2	31,0	29,3
1923	7,9	8,5	31,6	24,9	25,6	33,1
1924	8,3	9,0	34,9	23,8	27,8	32,4
1925	8,5	9,3	36,1	23,5	29,6	31,3
1926	9,3	10,2	38,4	24,2	31,4	32,5
1927	10,3	11,3	46,7	22,0	37,3	30,3
1928	9,5	10,5	39,5	24,0	32,7	32,1
1929	10,1	11,1	45,0	22,5	37,3	29,8
1930	10,0	11,0	42,2	23,7	34,7	31,7
1931	10,8	11,6	51,3	21,1	41,5	28,0
1932	10,1	11,1	43,3	23,3	34,6	32,0
1933						
1934						
1935	13,8	18,4	35,1	39,4	36,9	50,0
1936	14,0	17,9	32,8	42,5	34,9	51,2
1937	13,4	16,9	33,7	39,7	35,6	47,3
1938	12,0	14,8	28,5	42,0	30,5	48,5

År	Sjuktal		Antal sjukfall		Antal dagar per fall	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1939	11,5	13,6	31,9	36,2	33,2	41,1
1940	11,2	12,3	29,6	37,7	28,8	42,5
1941	10,5	12,1	30,3	34,5	31,6	38,3
1942	9,1	10,7	24,9	36,5	27,0	39,6
1943	8,9	11,2	28,7	31,1	32,0	34,9
1944	9,5	12,0	30,7	31,1	34,0	35,4
1945	9,2	12,1	26,6	34,6	31,3	38,5
1946	9,3	12,5	29,7	31,3	34,1	36,5
1947	9,8	12,6	32,2	30,4	34,7	36,3
1948	9,5	12,1	26,8	35,7	30,1	40,3
1949	9,7	12,3	28,5	34,0	32,2	38,3
1950	10,0	12,2	29,8	33,4	33,1	37,2
1951	9,8	12,1	30,2	32,4	34,1	35,5
1952	9,2	11,6	26,6	34,5	30,8	37,6
1953	9,7	12,0	28,4	34,2	32,0	37,6
1954	11,0	13,4	30,7	36,0	34,4	39,1

Kommentar: Antal sjukfall anges per 100 medlemmar. Tabellens uppgifter för åren 1931 och 1932 är preliminära, några definitiva siffror för dessa år publicerades aldrig. För åren 1933 och 1934 saknas helt uppgifter i den offentliga statistiken.

Källa: Arbetsstatistik. B (valda år); Statistisk årsbok för Sverige (valda år).