
Maria Nilsson

Sjukfrånvaro bland invandrare i Sverige

Utvecklingen under perioden 1981–91

Invandrare har högre sjukfrånvaro än infödda svenskar och dessutom kan effekterna av sjukfrånvaron antas vara värre ur många aspekter. I artikeln¹ studeras dessa skillnader i sjukfrånvaro under perioden 1981–91. Resultaten visar att skillnaderna i sjukfrånvaro till viss del kan förklaras med hjälp av faktorer som arbetsmiljö och familjesituation, men analysen visar också att det är en betydligt mindre andel av skillnaderna som kan förklaras med hjälp av de observerbara faktorerna än vad som framkommit i tidigare studier.

Den stigande sjukfrånvaron har länge varit i fokus för den allmänna och politiska debatten i Sverige men nu verkar det äntligen som att trenden är bruten. Sjukfrånvaron ligger dock fortfarande på en hög nivå, både historiskt sett och i en internationell jämförelse. Sjukfrånvaronivån är dock inte densamma för alla utan skiljer sig markant åt mellan olika grupper i samhället. Tidigare studier visar stor variation i sjukfrånvaron mellan män och kvinnor, mellan olika åldersgrupper och mellan olika branscher och sektorer (Hogstedt m fl 2004). Det finns också studier som visar att invandrare

har avsevärt högre sjukfrånvaro än infödda (Akhavan & Bildt 2004; Försäkringskassan 2005; Gustavsson m fl 1990; Gustavsson & Österberg 2004; Leinö 1983; RFV 1990, 1996; SOU 1989:11; Säll 1968).

Den svenska integrationspolitikens mål – lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk eller kulturell bakgrund – omfattar även hälso- och socialpolitikens områden (Integrationsverket 2004). Invandrare är dock en utsatt grupp både vad gäller hälsa och sociala förhållanden. Invandras sämre hälsostatus började uppmärksammas redan på 1980-talet i

Maria Nilsson är fil dr i national-ekonomi och verksam vid Centrum för arbetsmarknadspolitisk forskning (CAFO), Ekonomihögskolan, Växjö universitet. Maria.Nilsson@vxu.se

1. Denna artikel är en översatt sammanfattning av en av studierna i Nilsson (2005). Nilsson (2005) innehåller dessutom studier av de ökande könsskillnaderna i sjukfrånvaro samt analyser av hur sjukpenningförsäkringens utformning påverkar såväl arbetstagares som arbetsgivares beteende.

samband med undersökningar inom Stockholm läns landsting. Dessa presenterades i Storstadsutredningen (SOU 1989:11) och fick stor uppmärksamhet. Dessa studier följdes senare upp av utredningar rörande invandras sjukskrivningsbeteende (RFV 1996). Den huvudsakliga slutsatsen i dessa utredningar, och även i senare studier (t ex Akhavan & Bildt 2004) är att frånvaroskillnaderna till stor del kan förklaras av skillnader i arbetsmiljö och hälsa. En annan viktig slutsats är att sjukfrånvaron inte bara skiljer sig åt mellan infödda svenskar och invandrare, utan också varierar starkt mellan olika invandrargrupper. Invandrarkvinnor från Sydeuropa är den grupp som har visat sig ha de högsta nivåerna av sjukfrånvaro.

Invandrarnas arbetsmarknadsposition har försämrats markant från mitten av 1970-talet och framöver (Hammarstedt 2001; Rooth & Ekberg 2003). Detta är ett stort problem då arbetet har en central roll för invandrarnas möjligheter att etablera sig i det nya landet. Arbetet ger inte bara en inkomst utan också ett kontaktnät och en identitet. Dessutom är förankring på arbetsmarknaden avgörande för tillgången till stora delar av det svenska välfärdssystemet. De få studier som gjorts hittills av invandrarnas position i de svenska transfereringssystemen har framför allt handlat om invandrarna som socialbidragstagare men även deras nyttjande av arbetslöshetsförsäkringen och förtida pensioner har studerats (Hammarstedt 2001).

Integrationsfrågorna, oavsett om de rör arbetsmarknadsdeltagande eller bidragsberoende, blir givetvis allt viktigare ju större andelen invandrare är. Idag utgör invandrare mer än en tiondel av den svenska befolkningen. I en rapport från Integrationsverket (2004) diskuteras vilken betydelse dålig hälsa har för invandrarnas möjligheter att komma in på arbetsmarknaden. För de

invandrare som åtminstone lyckats få ett svagt fäste på den svenska arbetsmarknaden, innebär den höga sjukfrånvaron nya svårigheter i den problemfyllda integrationsprocessen. Så inte bara har invandrare högre sjukfrånvaro än de infödda svenskarna, utan effekten av sjukfrånvaron kan dessutom antas vara värre.

Syftet med den här presenterade studien är att göra en djupare analys av skillnader i sjukfrånvaro mellan infödda och invandrare där invandrare definieras som utrikes födda. Dels analyseras vilka faktorer som generellt påverkar sjukfrånvaro, dels undersöks ifall vissa av dessa faktorer är vanligare förekommande hos invandrare eller om denna grupp reagerar annorlunda på dessa faktorer. Analysen separerar med andra ord ut beteendesskillnader som kan hänföras till observerbara karaktäristika såsom ekonomiska incitament, hälsostatus, arbetsmiljö och familjeansvar.

Deskriptiv statistik

Det datamaterial som använts består av information om 3 804 personer varav 501 är första generationens invandrare. Dessa personer har deltagit i någon av eller bägge de Levnadsnivåundersökningarna som genomfördes 1981 respektive 1991 (för en utförlig beskrivning av undersökningarna se Fritzell & Lundberg 1994). Urvalet är begränsat till dem som är i ålder 20–64 år samt de som hade ett deltids- eller heltidsarbete vid intervjutillfällena. Intervjudatan är samkörd med registerdata från dåvarande Riksförsäkringsverket vilket ger information om såväl individuell arbetsmiljö, familjesituation och ekonomisk villkor samt information om den årliga sjukfrånvaron för varje enskild individ.² Anledningen till att enbart studera perioden 1981–91 är att

från 1992, då arbetsgivaransvaret inträdde i sjukpenningförsäkringen, registreras inte den kortvariga sjukfrånvaron hos Riksförsäkringsverket/Försäkringskassan.

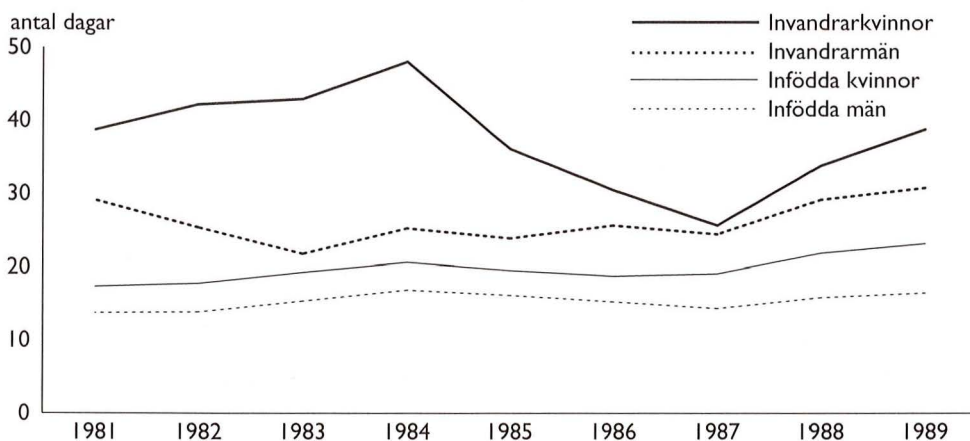
I undersökningen analyseras totala antalet sjukfrånvarodagar under respektive år. *Figur 1* visar att det finns avsevärda skillnader både mellan infödda och invandrare men också mellan män och kvinnor. Invandrare har fler sjukfrånvarodagar under hela den studerade perioden och kvinnor har högre sjukfrånvaro än män.

Om man istället analyserar antalet sjukfrånvarotillfällen under respektive år får

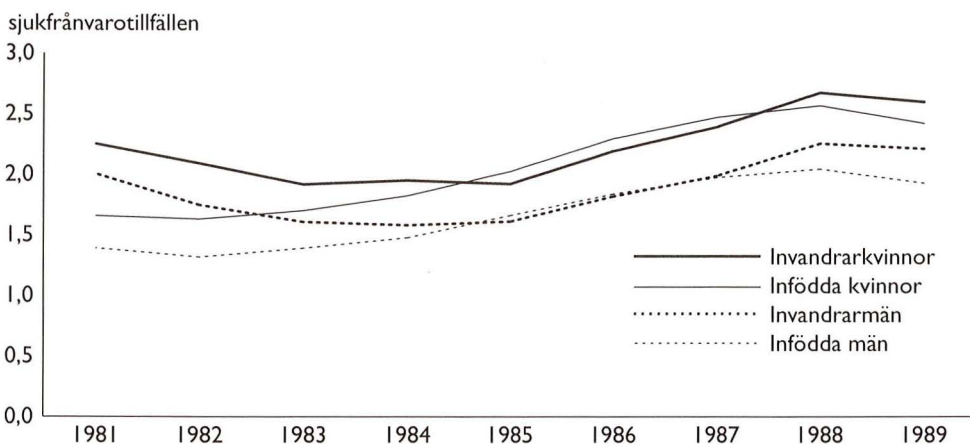
man en annorlunda bild av skillnaderna i sjukfrånvaron (se *figur 2*).

Skillnaden mellan invandrare och infödda försvinner och det är faktiskt så att

2. Då datamaterialet innehåller information om den individuella sjukfrånvaron för varje enskilt år mellan 1981 och 1991 har resterande variabler konstruerats på ett sådant vis att även dessa erhålls på årsbasis. Individerna har intervjuats 1981 och/eller 1991 och utifrån detta har variabler konstruerats för varje enskilt år på ett sådant sätt att individens karaktäristika antas vara desamma under åren 1982–85 som under 1981 och desamma under 1986–90 som under 1991.



Figur 1. Genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar.



Figur 2. Genomsnittligt antal sjukfrånvarotillfällen.

under flera år (1985–87) så har infödda fler sjukfrånvarotillfällen än invandrarna. Dock återstår könsskillnaderna i sjukfrånvaromönstret. En stor andel av vårt urval har ingen sjukfrånvaro överhuvudtaget under de enskilda åren. I genomsnitt har 28 procent av de infödda kvinnorna och 26 procent av invandrarkvinnorna ingen frånvaro under ett specifikt år. För män är andelen ännu större. För infödda män är andelen 36 procent och för invandarmän 35.

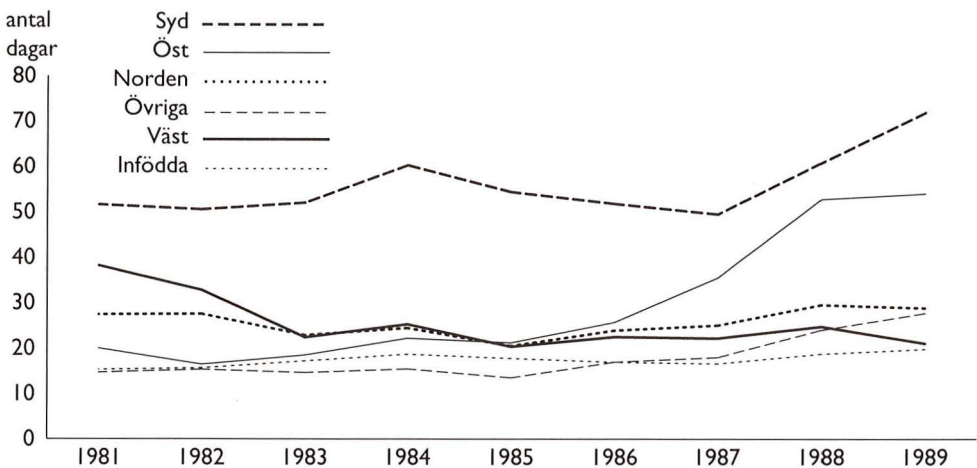
Försäkringskassans tidigare studier visar tydligt att sjukfrånvaromönstret ser mycket olika ut i olika invandrargrupper (RFV 1996). Figur 3 visar hur det ser ut i denna studies urval. Tyvärr ingår endast 501 invandrare i studien varför dessa har fått slås ihop i större grupper.³ Även här kan vi dock se att invandrarna från Sydeuropa har den klart högsta sjukfrånvaron. Däremot har invandrare från Västeuropa och länder utanför Europa liknande sjukfrånvaro som de infödda svenskarna, om inte lägre.

Studiens analyser baseras på en modell, härledd från en ekonomisk arbetsutbudsmodell, där man kan visa att sjukfrånvaron (i denna studie mätt som totala antalet

sjukfrånvarodagar per år) beror av arbetstid, kostnaden för sjukfrånvaro, annan inkomst utöver arbetsinkomst samt ett antal socioekonomiska variabler. För att kunna ta hänsyn till dessa faktorer har ett flertal nya variabler skapats utifrån intervjumaterialet. Variablerna presenteras i tabell 1.

Personlig karaktäristika som familjesituation och utbildning inkluderas eftersom de förväntas påverka både möjligheten att arbeta och motivationen till att arbeta. *Ensamstående*, *barn* och *småbarn* och utbildningsvariablerna *gymnasium* och *universitet* är variabler som indikerar huruvida en person är ensamstående, har barn i hushållet, har små barn (mindre är sex år) i hushållet och om högsta utbildningsnivån är gymnasie- eller universitetsexamen.

3. Följande gruppindelning har gjorts: *Norden*: Invandrare från Norge, Danmark, Finland och Island. *Väst*: Tyskland, Storbritannien, Nederländerna, Frankrike, Österrike, Kanada, USA och Australien. *Syd*: Italien, Grekland, tidigare Jugoslavien och Turkiet. *Öst*: Ungern, Polen, tidigare Tjeckoslovakien, tidigare Sovjetunionen. *Övriga*: Invandrare från andra länder utanför Europa.



Figur 3. Genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar för olika grupper.

Inkomst är bruttotimlönen och används som en approximation för alternativkostnaden för frånvaro. Två reformvariabler (*ref87* och *ref91*) inkluderas också i analysen för att markera förändringar i sjukförsäkrings-systemet och därmed förändringar i kostnaden för sjukfrånvaro. *Deltid* indikerar om personen arbetar deltid eller inte, *skift* om personen arbetar skift eller inte och *kortare* indikerar ifall personen ifråga skulle vilja arbeta färre timmar.

En viktig del av de socioekonomiska variablerna är givetvis en individs hälsostatus. Levnadsnivåundersökningarna innehåller flera frågor om hälsa. Fjorton av

dessa har en hög sannolikhet av att både vara diagnostiserade av en läkare och att inte vara beroende av arbetsmiljön. Jag vill här enbart kontrollera för skillnader i hälsostatus varför hälsovariablerna ersatts av en hälsodummy, *H*, som antar värdet 1 om någon av de fjorton diagnoserna har angetts och noll annars (för mer detaljerad information runt hälsovariablerna hänvisas till Nilsson 2005).

Levnadsnivåundersökningarna innehåller också ett flertal frågor om arbetsmiljö. Flera av dessa kan förväntas påverka sjukfrånvaron på ett likartat sätt och är starkt korrelerade med varandra. Dessa har därför

Tabell 1. Deskriptiv statistik.^a

Variabel	Kvinnor				Män			
	Infödda (n = 13 305)		Invandrare (n = 1 679)		Infödda (n = 13 963)		Invandrare (n = 1 846)	
	Medel- värde	Std avv	Medel- värde	Std avv	Medel- värde	Std avv	Medel- värde	Std avv
<i>Personliga karaktäristika</i>								
Ålder	39,4892	11,9073	39,4965	11,0676	39,7388	12,0547	39,7897	10,8654
Ensamstående	0,2554	0,4361	0,2728	0,4455	0,2823	0,4501	0,2492	0,4327
Barn	0,5387	0,4985	0,5637	0,4961	0,4813	0,4997	0,5296	0,4993
Småbarn	0,2487	0,4323	0,2824	0,4503	0,2320	0,4221	0,2918	0,4547
Gymnasium	0,1667	0,3727	0,1684	0,3743	0,1666	0,3726	0,1490	0,3562
Universitet	0,0593	0,2363	0,0816	0,2738	0,1124	0,3158	0,1106	0,3137
<i>Arbetsituation</i>								
Inkomst	51,8992	23,9263	46,9057	21,4847	64,3303	34,5780	55,5166	28,7711
Deltid	0,4400	0,4964	0,3264	0,4690	0,0505	0,2191	0,0820	0,2745
Skift	0,1974	0,3980	0,2124	0,4091	0,1768	0,3815	0,3413	0,4743
Kortare	0,1575	0,3643	0,1597	0,3664	0,0972	0,2963	0,1122	0,3457
Stämpel	0,2394	0,4267	0,3623	0,4808	0,3880	0,4873	0,5311	0,4992
Tid	0,7673	0,4226	0,7600	0,4272	0,6794	0,4667	0,7795	0,4147
<i>Arbetsmiljö</i>								
M1	-0,4750	0,9113	0,1516	0,9802	0,0152	1,0664	0,0843	1,0743
M2	0,0647	0,9685	-0,1258	1,0663	-0,0333	1,0068	-0,0926	1,0739
M3	-0,2625	0,6793	-0,1557	0,8109	0,2096	1,1509	0,4131	1,2862
M4	0,0677	0,9705	0,5531	1,0923	-0,1771	0,9474	0,3576	1,1561
<i>Hälsostatus</i>								
H	0,2490	0,4325	0,3389	0,4735	0,1745	0,3796	0,2194	0,4139
<i>Arbetslöshet</i>								
Arblös	2,4992	0,6622	2,5819	0,6396	2,5041	0,6621	2,5584	0,6489

a. Totala antalet individer som ingår i urvalet är 3 804 stycken, men då individerna observeras under flera år blir totala antalet observationer större.

slagits samman med hjälp av en principal-komponentanalys vilket resulterat i fyra komponenter som används i den senare analysen (M_1 - M_4). M_1 kan karaktäriseras som ett mått på fysisk ansträngning, M_2 som ett mått på huruvida arbetet medför mental ansträngning och stress, M_3 huruvida arbetet innebär att man utsätts för buller och skakningar och slutligen M_4 huruvida arbetet är monotont och repetitivt. Ju högre värden på principalkomponenterna desto värre arbetsmiljö ur respektive aspekt. (För mer detaljerad information runt principalkomponentanalysen hänvisas till Nilsson 2005.)

Övervakning är ett sätt för arbetsgivaren att kontrollera och eventuellt minska arbetstagarnas sjukfrånvaro. Två variabler, *tid* (viktigt att komma i tid) och *stämpel* (förekomsten av stämpelklocka) har inkluderats för att mäta nivån på övervakningen. Dessa variabler har tidigare använts av Johansson och Palme (1996, 2002).

Såväl teori som tidigare studier visar att sjukfrånvaro är beroende av arbetslöshetsnivån vilket motiverar att den genomsnittliga årliga arbetslöshetsnivån (*arblös*)⁴ inkluderas i analysen.

Empiriska resultat

I studien har mycket arbete lagts ner på att hitta lämpliga analysmodeller som tar hänsyn till de egenheter som finns i sjukfrånvarodata. Vanliga multipla regressionsmodeller klarar inte detta utan istället har så kallade "countdata"-modeller använts. Trots att det finns tillgång till ovanligt riklig information om såväl arbetsmiljö, familjeförhållanden som individernas ekonomiska situation kan man ändå förvänta sig att det finns fler faktorer som påverkar sjukfrånvaro som också kan vara relaterade

till de faktorer som ingår i analysen. Den typen av samband kan ställa till med besvär i analysen om de inte uppmärksammas. Tillgången till så kallad paneldata, där man kan följa individer över tid (1981-91), gör att man kan använda analysmodeller där denna icke observerbara heterogenitet kan hanteras. Mer specifikt används Negativa binomialmodeller med fixa effekter för att genomföra skattningarna (se Hausman m fl 1984 för en utförlig diskussion runt dessa modeller).

Analyserna bekräftar många av de resultat som framkommit i tidigare studier när det gäller vilka faktorer som påverkar sjukfrånvaro (resultaten presenteras i *tabell A*, bilaga A). Utöver detta finner vi skillnader i hur olika faktorer påverkar sjukfrånvaron för infödda respektive invandrare. När det gäller familjesituation finner vi att både infödda kvinnor och invandrarkvinnor har fler frånvarodagar om de är ensamstående än om de är gifta/samboende. För män finns ingen sådan signifikant skillnad. Däremot har ensamstående med barn högre frånvaro oavsett kön. När det gäller barn verkar det som om invandrarfamiljen reagerar annorlunda än den infödda svenska familjen. De infödda män och kvinnor som har barn i hushållet har lägre sjukfrånvaro än de som inte har barn. För invandrare är det dock tvärtom. Kindlund (1995) fann ungefär samma mönster när det gäller inverkan av familjesituation på sjukfrånvaron. En möjlig förklaring är att invandrarfamiljerna inte på samma sätt som den infödda familjen har hittat sätt att hantera den dubbla rollen som både familjemedlemmar och arbetstagare. Det borde också spela en stor roll att den invandrade familjen kanske inte, på samma

4. I den föreliggande studien används arbetslöshet på riksnivå som en konjunkturindikator.

sätt som den infödda familjen, har ett socialt nät runt sig som kan avlasta familjen.

Många svenska kvinnor väljer att arbeta deltid när barnen är små för att balansera familjeliv och arbetsliv. För infödda ser vi att frånvaron sjunker för dem som arbetar deltid. För invandrarkvinnorna får vi dock ett signifikant positivt resultat, vilket betyder att frånvaron är högre för dem som arbetar deltid. Detta skulle kunna förklaras av att invandrarkvinnorna arbetar deltid av andra orsaker än de infödda kvinnorna, till exempel på grund av hälsoskäl.

Vi finner skillnader mellan infödda och invandrare även i arbetssituationens betydelse för sjukfrånvaron. Inkomsten har en signifikant betydelse enbart för invandrarkvinnor. De med högre inkomster har lägre sjukfrånvaro. Det är också invandrarkvinnorna som reagerar starkast på reformen av sjukpenningförsäkringen 1987. Reformen innebar en generösare ersättning vid frånvaro vilket ökade samtligas frånvaro, men invandrarkvinnornas frånvaro ökade mest.

Effekten av dålig arbetsmiljö är den förväntade, nämligen att dålig arbetsmiljö ökar sjukfrånvaron för både infödda och invandrare. Dock verkar invandarmän klara dålig arbetsmiljö bättre än infödda män (i form av lägre frånvaro). Detta skulle kunna förklaras av en starkare selektering till dessa arbeten bland invandrare (det man brukar kalla för "healthy worker"-effekt).

För att kunna analysera hur stor del av skillnaderna i sjukfrånvaro mellan infödda

och invandrare som kan hänföras till arbetsmiljöskillnader, personliga karaktäristika och så vidare har även prediktioner genomförts under ett antal olika antaganden. *Tabell 2* presenterar resultaten av dessa prediktioner.⁵

Den första kolumnen, som innehåller prediktioner för respektive grupp, visar att män har lägre predikerad frånvaro än kvinnorna och infödda har lägre predikerad frånvaro än invandrare (tôt). I de övriga kolumnerna har jag använt den modell som skattats för invandrare men ersatt deras egna karaktäristika med de genomsnittliga variabelvärdena för infödda. Detta är gjort för olika undergrupper av variabler enligt indelningen i tabell 1. Den andra kolumnen i tabell 2 är till exempel framräknad genom att jag använt koefficienterna från den skattade modellen för invandrare och sen ersatt deras personliga karaktäristika med genomsnittet för de infödda kvinnorna respektive männen. På detta sätt kan vi se hur det predikerade antalet sjukfrånvarodagar påverkas om vi antar att invandrarna har sitt eget sjukfrånvarobeteende men givet de inföddas personliga situation. I den sista kolumnen har jag ersatt variablerna *ensamstående, barn, småbarn, inkomst, deltid* och *skift* för att se hur organiseringen av familjelivet påverkar skillnaderna i sjukfrånvaron.

5. För att kunna erhålla prediktioner har dessa skattningar baserats på Negativa binomialmodeller utan fixa effekter vilket är samma tillvägagångssätt som Blonigen (1997).

Tabell 2. Predikerat antal sjukfrånvarodagar.

	tôt	tôt _{personliga}	tôt _{arbetssituation}	tôt _{arbetsmiljö}	tôt _{hälsa}	tôt _{familjeliv}
<i>Kvinnor</i>						
infödda	20,3					
invandrare	39,8	35,5 (-10,8%)	32,8(-17,6%)	37,4 (-6,0%)	39,3 (-1,3%)	35,1 (-11,8%)
<i>Män</i>						
infödda	16,5					
invandrare	28,6	24,4 (-14,7%)	26,8 (-6,3%)	22,6 (-21,0%)	26,0 (-9,1%)	28,9 (+1,0%)

Procenttalen inom parentes i tabell 2 visar hur mycket de predikterade antalet sjukfrånvarodagar sjunker när vi ersätter till exempel invandrarnas arbetsmiljö med de inföddas genomsnittliga arbetsmiljö. För kvinnor ser vi att vi får den största förändringen då invandrarkvinnorna antas ha samma arbetssituation som de svenska kvinnorna. För män är det däremot när vi antar att arbetsmiljön är densamma som vi får störst förändring av antalet frånvarodagar.

Sammanfattning

Studien visar på flera intressanta skillnader i sjukfrånvaro mellan infödda och invandrare. Tidigare studier av sjukfrånvaro har visat att ekonomiska incitament är viktiga som förklaringsfaktorer för sjukfrånvarobeteende (Johansson & Palme 1996, 2002). I den föreliggande studien har vi funnit skillnader mellan infödda och invandrare i betydelsen av ekonomiska incitament. Invandrarkvinnor är mer känsliga för ekonomiska incitament i form av sambandet mellan lönenivå och frånvaro samt i effekten av reformer i sjukpenningförsäkringen.

För män hittar vi en intressant skillnad när det gäller inverkan av arbetsmiljön. Hos invandarmän verkar det finnas en selektionsprocess som gör att det är de män med bättre hälsa som söker sig till de farliga arbetsmiljöerna. Dock finner vi i stort, precis som tidigare studier, att invandrarnas sjukfrånvaro skulle minska om de arbetade i samma arbetsmiljö som de infödda.

Resultaten visar också att familjelivet påverkar infödda och invandrare på olika sätt. Ett ökat familjeansvar i form av barn ökar sjukfrånvaron för invandrarkvinnor men sänker sjukfrånvaron för infödda kvinnor. Likaså finner vi ett motsatt förhållande

mellan att arbeta deltid och sjukfrånvaronivån. Invandrarkvinnor som arbetar deltid har högre frånvaro medan infödda kvinnor med deltidsarbete har lägre frånvaro. Dessa resultat är i linje med tesen som RFV (1996) formulerade om att invandrarkvinnor och infödda har olika möjlighet att hantera de många olika rollerna. En förklarande faktor kan givetvis vara att invandrarkvinnorna inte i lika hög grad har ett fungerande socialt nät runt sig som stöd för familjelivets påtryckningar.

Slutligen, huvudresultatet av vår studie är att den stora skillnaden i sjukfrånvaro mellan invandrare och infödda inte kan förklaras mer än till en liten del av alla de faktorer vi har tagit hänsyn till. Detta innebär att förklaringen måste sökas utanför dessa faktorer. Det finns en mängd studier som förklarar de problem som kan uppstå som resultat av dels orsakerna bakom migrationen, migrationen i sig och dels omständigheterna runt att vara invandrare i ett nytt land (SoS-rapport 1995). Flera av dessa problem kan antas påverka sjukfrånvarobeteendet. Möjligheten att inkludera information om vistelsetid i Sverige vore synnerligen intressant då man skulle kunna anta att denna påverkar sjukfrånvaron. Tyvärr finns inte denna information tillgänglig i vårt datamaterial.

Ytterligare en nackdel med materialet i den föreliggande studien är att informationen endast täcker perioden 1981–91. Detta är dock ett vanligt förekommande problem när det handlar om studier av sjukfrånvaro. I och med införandet av sjuklönen 1992, när arbetsgivarna blev ansvariga för de första veckornas sjukersättning, finns det ingen tillförlitlig heltäckande officiell statistik över sjukfrånvaro från 1992 och framåt. För studier av invandrades sjukfrånvaro innebär detta dock ett något mindre problem då

deras höga sjukfrånvaro framför allt beror på långa sjukfrånvaroperioder. Dessa finns fortfarande med i den officiella statistiken. Anledningen till att detta inte har tagits hänsyn till i den här aktuella studien är att materialet från den senaste Levnadsnivåundersökningen (från år 2000) inte blev officiellt tillgängligt förrän efter studiens slutförande. Intressant vore givetvis att komplettera materialet och analysera hur sjukfrånvaron för infödda och invandrare utvecklades under 1990-talet. Det får dock bli föremål för en egen studie i framtiden.

Referenser

- Akhavan S & Bildt C (2004) "Arbetsvillkor, hälsa och sjukfrånvaro bland invandrade kvinnor" Arbetslivsrapport 2004:21, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Blonigen BA (1997) "Firm-Specific Assets and the Link Between Exchange Rates and Foreign Investment" *The American Economic Review*, nr 87, vol 3, s 447–465.
- Fritzell J & Lundberg O (1994) "Kvinnor, män och välfärdens utveckling" Institutet för social forskning, Särtryck 435 ur *Har vi råd att avvara välfärden?* Försäkringskassaförbundets Fakta, Rapport från ett forskarseminarium.
- Försäkringskassan (2005) *Utrikesfödd och sjukskrivnen – en framtid med förhinder*. Försäkringskassan analyserar 2005:24, Försäkringskassan, Stockholm.
- Gustavsson B, Zamanian M M & Aguilar R (1990) *Invandring och försörjning*. Daidalos, Göteborg.
- Gustavsson B & Österberg T (2004) "Ursprung och förtidspension" i Ekberg J (red) *Egenförsörjning eller bidragsförsörjning. Invandrare, arbetsmarknad och välfärdsstaten*. Antologi utgiven av integrationspolitiska maktutredningen, SOU 2004:21, Fritzes, Stockholm.
- Hammarstedt M (2001) *Making a Living in a New Country*. Avhandling, Växjö University Press, Växjö.
- Hausman J, Hall B H & Griliches Z (1984) "Econometric Models for Count Data with an Application to the Patents-R&D Relationship" *Econometrica*, vol 52, nr 4, s 909–938.
- Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (2004) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm.
- Integrationsverket (2004) *Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige*. Integrationsverket, Norrköping.
- Johansson P & Palme M (1996) "Do Economic Incentives Affect Work Absence? Empirical Evidence Using Swedish Micro Data" *Journal of Public Economics*, vol 59, s 195–218.
- Johansson P & Palme M (2002) "Assessing the Effect of Public Policy on Worker Absenteeism" *The Journal of Human Resources*, vol 37:2, s 281–409.
- Kindlund H (1995) "Förtidspensionering och sjukfrånvaro 1990 bland invandrare och svenskar" i *Invandrades hälsa och sociala förhållanden*. SoS-rapport 1995:5, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Leinö T (1983) "Invandrar kvinnornas ekonomi och välfärd" i Lundahl M & Persson-Tanimura I (red) *Kvinnan i ekonomin*. Tillämpad samhälls-ekonomi, Malmö.
- Nilsson M (2005) *Differences and Similarities in Work Absence Behavior – Empirical Evidence from Micro Data*. Avhandling, Växjö universitet.
- RFV (1990) *Den med sjukpenning ersatta frånvaron år 1988 efter medborgarskap*. Riksförsäkringsverket Informerar, Statistisk rapport Is-R 1990:4, Riksförsäkringsverket, Stockholm.
- RFV (1996) *Invandrarna i sjukförsäkringen*. Sjukförsäkring, rehabilitering och förtidspensionering under 1990-talet. Riksförsäkringsverket Redovisar 1996:11, Riksförsäkringsverket, Stockholm.
- Rooth D-O & Ekberg J (2003) "Unemployment and Earnings for Second Generation Immigrants in Sweden. Ethnic Background and Parent Composition" *Journal of Population Economics*, vol 16, s 787–814.
- Säll H (1968) "Våra utläningar är mer sjuka än vi själva visar statistik i RfV" *Tidskrift för allmän försäkring*. Försäkringskassaförbundet, Stockholm.
- SoS-rapport (1995) *Invandrades hälsa och sociala förhållanden*. Underlag till Folkhälsorapport 1994 och Social rapport 1994, SoS-rapport 1995:5, Socialstyrelsen, Stockholm.
- SOU 1898:111, *Invandrare i storstad. Underlagsrapport till Storstadutredningen*. Fritzes, Stockholm.

Bilaga A**Tabell A.** Negativa binomialmodeller med fixa effekter.

Variabel	Kvinnor		Män	
	Koefficient	Standardfel	Koefficient	Standardfel
Inv	-1,0071	0,6546	-3,1316**	0,6272
Ålder	0,0754**	0,0087	0,0503**	0,0088
Ålder2	-0,0010**	0,0001	-0,0008**	0,0001
Ensamstående	0,0667*	0,0410	-0,0276	0,0404
Småbarn	-0,0503	0,0356	0,0985**	0,0384
Barn	-0,1340**	0,0361	-0,1084**	0,0400
Ensamstående*barn	0,1886**	0,0605	0,2726**	0,1222
Gymnasie	0,0707*	0,0403	-0,0902**	0,0431
Universitet	-0,0363	0,0694	-0,1338**	0,0631
Inkomst	0,0007	0,0007	0,0004	0,0005
Deltid	-0,1119*	0,0298	-0,1413**	0,0652
Skift	-0,0310	0,0349	-0,1401**	0,0374
Kortare	0,0432	0,0354	0,0841**	0,0431
Tid	0,0221	0,0311	0,0358	0,0296
Stämpel	0,2261**	0,0317	0,1567**	0,0290
M1	0,0762**	0,0156	0,0533**	0,0138
M2	0,0412**	0,0135	0,0146	0,0139
M3	0,0461**	0,0186	0,0098**	0,0113
M4	0,0172	0,0137	0,0582	0,0142
H	0,0363	0,0297	0,0573*	0,0358
Ref87	0,1571**	0,0387	0,0662*	0,0396
Ref91	0,1401**	0,0544	0,1925**	0,0561
Arblös	-0,1008**	0,0305	-0,1903**	0,0311
Inv*ålder	0,0418	0,0298	0,1237**	0,0294
Inv*ålder2	-0,0004	0,0003	-0,0013**	0,0003
Inv*ensamstående	0,1258	0,1323	0,0293	0,1286
Inv*barn	0,1857*	0,1130	0,1428	0,1254
Inv*småbarn	0,1537	0,1174	-0,0480	0,1182
Inv*ensamst*barn	-0,1959	0,1864	-0,3562	0,4011
Inv*gymnasie	-0,2122*	0,1134	-0,2691*	0,1443
Inv*universitet	0,0509	0,1871	-0,5841**	0,1960
Inv*inkomst	-0,0081**	0,0027	-0,0003	0,0018
Inv*deltid	0,2118**	0,0875	-0,0055	0,1568
Inv*skift	-0,1331	0,1006	0,2644**	0,1036
Inv*kortare	-0,0168	0,1122	-0,0430	0,1284
Inv*tid	0,1822*	0,0984	0,2617**	0,1044
Inv*stämpel	-0,2786**	0,0909	-0,2749**	0,0938
Inv*M1	-0,0475	0,0442	-0,1317**	0,0416
Inv*M2	-0,0532	0,0401	-0,1154**	0,0430
Inv*M3	0,0320	0,0492	-0,0260	0,0336
Inv*M4	-0,0468	0,0411	-0,0963**	0,0406
Inv*H	-0,1886**	0,0850	-0,2945**	0,1014
Inv*ref87	0,3518**	0,1259	0,2807**	0,1243
Inv*ref91	-0,0060	0,1631	-0,0690	0,1647
Inv*arblös	0,0426	0,0854	0,1218	0,0881
Konstant	-1,7142**	0,1913	-0,8609**	0,1938
Antal observationer	14 713	14 964		
Log likelihood	-40 222,554	-36 736,387		

Not: ** Signifikant på 95 % -nivån. Signifikant på 90 % -nivån.