

Kjønnsforskjeller i sykefravær

*En kvantitativ studie av kvinners høye sykefravær med fokus
på kvinners dobbeltarbeid*

Henriette Bjerga Frøiland



Masteroppgave

Våren 2015

Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen

Sammendrag

Formålet med denne oppgaven er å undersøke kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge. Kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn, og kjønnsforskjellen har økt parallelt med kvinners inntog på arbeidsmarkedet. Det har blitt forsket mye på kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge, hvor det har blitt forsøkt å finne forklaringer og løsninger på fenomenet. Graviditet trekkes frem som en viktig forklaring, men denne kan ikke forklare hele kjønnsforskjellen, da det også eksisterer en betydelig kjønnsforskjell blant ikke-gravide. Denne oppgaven har som hensikt å undersøke den doble byrde. Dette er én av forklaringene til kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge som har blitt fremhevet i tidligere forskning og i mediebildet. Forklaringen om den doble byrde tar utgangspunkt i at yrkesaktive kvinner bruker nesten dobbelt så mye tid på arbeid som menn og vil derfor ha en større total arbeidsbyrde (Kostøl og Telle 2011). Tidligere forskning på den doble byrde har vist motstridende funn, og dette åpner for videre forskning.

Da formålet er å undersøke kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge med fokus på dobbeltarbeid, identifiseres dobbeltarbeid indirekte ved å operasjonalisere den doble byrde med barn. I oppgaven anvendes en fast effekt modell hvor man undersøker alle yrkesaktive norske kvinner og menn som får sin førstefødte i perioden 1995-2006. På denne måten kan man studere deres sykefravær før, under og etter fødsel. Oppgaven kontrollerer videre for flere barn i samme periode. Ved å følge de samme individene over tid, kan man finne ut hvorvidt barn og dobbeltarbeid fører til økt sykefravær hos norske kvinner og menn. Ifølge dobbel byrde-forklaringer vil det være en positiv sammenheng mellom barn og sykefravær hos yrkesaktive kvinner.

Funnene i oppgaven viser at kvinners sykefravær øker når de blir gravide og fortsetter å øke gjennom graviditeten. Sykefraværet for gravide har økt betydelig i nyere perioder sammenlignet med tidligere perioder. Denne økningen synes ikke å ha en sammenheng med kvinners økende alder ved første fødsel. Funnene viser nemlig at det er de yngre gravide som har det høyeste sykefraværet. Videre viser funnene at kvinners sykefravær øker etter første barn og muligens flere barn. Menn sitt sykefravær er mer eller mindre uforandret når de blir fedre. Denne oppgaven finner støtte til at norske kvinners dobbeltarbeid delvis kan forklare kjønnsforskjellen i sykefravær.

Antall ord i oppgaven: 25.319 (6.581)

Forord

Denne masteroppgaven representerer slutten på min 5-årige utdannelse på sosiologistudiet ved Universitetet i Bergen. Å skrive masteroppgave har både vært spennende og utfordrende. Det har gitt meg muligheten til å fordype meg i og belyse en viktig og meget aktuell problemstilling fra et sosiologisk perspektiv.

I forbindelse med denne oppgaven ønsker jeg først og fremst å takke min veileder Thomas Lorentzen for engasjement, faglig innsikt, gode råd og tilbakemeldinger. Jeg vil takke min kjære familie og mine gode venner for støtte og oppmuntring. Jeg vil også takke min kjære Martin for hans omsorg og tålmodighet.

Henriette B. Frøiland, Stavanger 19.05.2015

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	s. 1
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	s. 2
1.2 Oppgavens oppbygning.....	s. 4
2.0 Bakgrunn.....	s. 5
2.1 Sykdom og sykefravær.....	s. 5
2.1.1 Sykdomsbegrep.....	s. 5
2.1.2 Sykdomsbegrepet i norsk politikk.....	s. 6
2.2 Sykelønnsordningen i Norge.....	s. 8
2.2.1 1980-tallet.....	s. 8
2.2.2 1990-tallet.....	s. 9
2.2.3 2000-tallet.....	s. 9
2.3 Sykefraværets utvikling i Norge.....	s. 10
2.3.1 1990-tallet.....	s. 10
2.3.2 2000-tallet.....	s. 11
2.4 Det norske sykefravær i internasjonal sammenheng.....	s. 13
3.0 Kunnskapsstatus: Mulige forklaringer på kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge.....	s. 14
3.1 Forhold i individet: Helse.....	s. 15
3.1.1 Biologiske forskjeller.....	s. 16
3.1.2 Helseplager, sykdommer og sykdomsatferd.....	s. 16
3.1.3 Helseforskjell som forklaring på kjønnsforskjell i sykefravær.....	s. 18
3.2 Forhold i arbeidslivet: Arbeidsmiljø.....	s. 20
3.2.1 Et kjønnsdelt arbeidsmarked.....	s. 21
3.2.2 utfordringer og belastninger i helse- og omsorgssektoren.....	s. 22
3.2.3 Arbeidsmiljø som forklaring på kjønnsforskjell i sykefravær.....	s. 23
3.3 Forhold i samfunnet: Dobbel byrde.....	s. 25
3.3.1 Arbeidsdelingen i familien og på arbeidsmarkedet.....	s. 26
3.3.2 Rollefordeling.....	s. 28
3.3.3 Dobbeltarbeid.....	s. 29
3.3.3.1 Tidligere studier om dobbeltarbeid.....	s. 30
3.3.4 Dobbel byrde som forklaring på kjønnsforskjell i sykefravær.....	s. 34

4.0 Data.....	s. 36
4.1 Datamaterialet.....	s. 36
4.1.1 Fordeler og ulemper ved datamaterialet.....	s. 37
4.2 Utvalg.....	s. 38
4.3 Variabler.....	s. 39
4.3.1 Avhengig variabel.....	s. 39
4.3.2 Uavhengige variabler og seleksjonsvariabler.....	s. 40
5.0 Statistisk metode.....	s. 43
5.1 Valg av kvantitativ metode.....	s. 43
5.2 Analysemetode.....	s. 44
5.2.1 Paneldata.....	s. 45
5.3 Regresjonsmodell.....	s. 45
5.3.1 Lineær fast effekt modell.....	s. 46
6.0 Analyse.....	s. 47
6.1 Deskriptiv analyse.....	s. 47
6.1.1 Oppsummering.....	s. 52
6.2 Regresjonsanalyse.....	s. 53
6.2.1 Sykefravær før og under graviditet.....	s. 54
6.2.2 Sykefravær etter fødsel.....	s. 56
6.2.3 Oppsummering.....	s. 59
7.0 Diskusjon.....	s. 60
8.0 Konklusjon.....	s. 71
Litteraturliste.....	s. 73
Appendiks A: FE-analyser for kjønn, alder og periode 1995-1998.....	s. 82
Appendiks B: FE-analyser for kjønn, alder og periode 1999-2002.....	s. 93
Appendiks C: FE-analyser for kjønn, alder og periode 2003-2006.....	s. 104

Figurer

Figur 2.1 Sykefraværsprosenten etter kjønn basert på AKU fra 1972-2014. SSB.....s.	12
Figur 6.3 Sykefravær etter kjønn, alder og periode 1995-1998.....s.	57
Figur 6.4 Sykefravær etter kjønn, alder og periode 1999-2002.....s.	58
Figur 6.5 Sykefravær etter kjønn, alder og periode 2003-2006.....s.	58

Tabeller

6.1 Deskriptiv statistikk ved T-2 for kategoriske og kontinuerlige uavhengige variabler....s.	50
6.2 Deskriptiv statistikk ved T+4 for kategoriske og kontinuerlige uavhengige variabler...s.	51

Appendiks

Appendiks A: FE-analyser for kjønn, alder og periode 1995-1998.....s.	82
Appendiks B: FE-analyser for kjønn, alder og periode 1999-2002.....s.	93
Appendiks C: FE-analyser for kjønn, alder og periode 2003-2006.....s.	104

1.0 Innledning

På 1970-tallet viser forskning at begge kjønn var sykemeldt omtrent like ofte. Mens sykefraværet blant menn har vært stabilt eller fallende siden da, har sykefraværet blant kvinner økt betydelig. I dag har norske kvinner rundt 60 prosent høyere sykefravær enn menn (Kostøl og Telle 2011). Utviklingen av kjønnsforskjellen har ifølge Mykletun m.fl (2012) økt parallelt med kvinners inntog på arbeidsmarkedet. Det har blitt forsket mye på kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge, med forsøk på å finne forklaringer og løsninger på fenomenet. Hvorfor har sykefraværet til norske kvinner og menn skilt lag de siste 40 årene? Hvorfor har kvinners fravær økt så mye når menns fravær er uforandret? Selv om dette er problemstillinger med relevans for mange land, finnes det foreløpig ingen entydige forklaringer på hvorfor det er så stor kjønnsforskjell i sykefravær. Graviditet trekkes frem som en viktig forklaring, men dette kan ikke forklare hele kjønnsforskjellen da det også eksisterer en betydelig kjønnsforskjell blant ikke-gravide. Ifølge NOU (2010) er ikke sykefravær det samme som sykdom. Sykefravær er et uttrykk for atferd knyttet til sykdom, men også en rekke forhold knyttet til individet, arbeidsplassen og mer generelle samfunnsforhold. Sykefravær blir dermed et tema for sosiologisk forskning, og ikke bare begrenset til det medisinske fagfeltet. De mest omtalte forklaringene på kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge omhandler helse, arbeidsmiljø og dobbel byrde (Mykletun m.fl 2012).

Kunnskap og forståelse om kvinners sykefravær er viktig, da høye sykefraværssrater er uheldig for individene, arbeidsplassen og samfunnet. Når kvinner har et sykefravær som i lang tid har vært høyere enn menns, kan dette få konsekvenser for kvinner som gruppe og for den enkelte kvinne som individ. Til tross for en sjenerøs sykelønnsordning, taper arbeidstakerne økonomisk på sykefravær over tid fordi det fører til reduksjon i framtidig inntekt. I tillegg øker også risikoen for å falle ut av arbeidslivet (NOU 2010). For arbeidsplassene er sykefraværet kostbart, grunnet produksjonstap og utbetalinger i arbeidsgiverperioden. Arbeidsplassene kan da foretrekke å ansette menn (Mastekaasa og Olsen 1998) fremfor kvinner og dette kan svekke kvinnenenes karrieremuligheter. Et stort mediefokus på kvinners høye sykefravær kan også bidra til spekulasjoner om kvinner som mindre arbeidsorienterte og med lavere arbeidsmoral enn menn. Sykefravær medfører også store kostnader for samfunnet (NOU 2010), hvor utgiftene til sykepenger i 2015 er anslått til 32,5 milliarder kroner (Arbeids- og sosialdepartementet 2014).

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å undersøke kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge. Oppgaven skal se nærmere på én av forklaringene til kjønnsforskjellen i sykefravær som har vært fremtredende i tidligere forskning og i mediebildet: den doble byrde. En av landets fremste forskere på sykefravær, Arnstein Mykletun, hevder at dette kan være en mulig forklaring på kjønnsforskjellen i sykefravær. Jeg har tro på denne forklaringen. Til tross for de store samfunnsendringene de siste tiårene, er det mye som tyder på at de tradisjonelle kjønnsrollene i hjemmet og på arbeidsplassen fremdeles vedvarer i dagens samfunn. Forestillingen om kvinnen som omsorgsperson og mannen som hovedforsørger står fremdeles sentralt, og det norske samfunnet er muligens ikke så likestilt som man gjerne ønsker å tro. Selv om kvinner har økt sin arbeidsdeltakelse de siste tiårene, har arbeidsfordelingen mellom kjønnene i husholdningen endret seg lite i samme periode. Det er fremdeles slik at kvinnen har hovedansvaret i hjemmet med husarbeid og omsorg for barn. Forklaringen om dobbel byrde tar utgangspunkt i at yrkesaktive kvinner utfører dobbelt arbeid: lønnet arbeid og ulønnet arbeid. Som følge av dette bruker yrkesaktive kvinner nesten dobbelt så mye tid på arbeid som menn og vil derfor ha en større total arbeidsbyrde (Kostøl og Telle 2011). Det antas at den doble byrde kan påvirke sykefraværet på to måter: sykefraværet kan være et resultat av belastning og nedsatt helse eller det kan være et resultat av rasjonell vurdering. Ifølge Grasdal (2011) er det foreløpig usikkert hvorvidt sykefraværet først og fremst handler om redusert helse eller om sykefraværet brukes som strategi for å takle den totale belastningen.

Da formålet med oppgaven er å undersøke kjønnsforskjell i sykefravær i Norge med fokus på dobbeltarbeid, identifiseres dobbeltarbeid indirekte ved å operasjonalisere den doble byrde med barn, hvor det antas at ett og flere barn øker arbeidsbyrden i hjemmet. I oppgaven undersøkes alle yrkesaktive norske kvinner og menn som får sitt første barn i perioden 1995-2006. På denne måten kan man studere deres sykefravær før, under og etter fødsel. Videre kontrollerer oppgaven for flere barn i perioden. Ved å følge de samme individene over tid, fra to år før fødsel til fire år etter, kan man finne ut hvorvidt barn og dobbeltarbeid fører til økt sykefravær hos norske kvinner og menn. Da alle individene i datasettet er yrkesaktive og foreldre, er alle i en situasjon hvor de potensielt kan være utsatt for belastningen av den doble byrde. Ifølge dobbel byrde-forklaringer vil det være en positiv sammenheng mellom barn og sykefravær hos yrkesaktive kvinner.

Tidligere studier som omhandler dobbeltarbeid og sykefravær har i hovedsak kun fokusert på kvinner, men omsorgsforpliktelser for menn kan også tenkes å påvirke deres sykefravær. I denne oppgaven blir både kvinner og menn studert, da det kunne være interessant å se om den doble byrde påvirker begge kjønn. Tidligere studier har også i stor grad undersøkt forskjeller mellom kvinner med og uten barn. En viktig metodisk utfordring her er uobservert heterogenitet og seleksjonseffekter. Uobservert heterogenitet er uobserverte egenskaper ved individene som har en effekt på den avhengige variabelen, men som ikke fanges opp i datamaterialet. I denne sammenhengen vil informasjon om helse, evner, motivasjon og familie- eller arbeidsforhold være eksempler på uobserverte egenskaper. Estimering av effekten av dobbeltarbeid på sykefraværet er også forbundet med ulike typer seleksjonseffekter, ved at kvinner som har størst problemer med å kombinere yrkesaktivitet med barneomsorg, kan tilpasse dette ved å begrense antall barn, trekke seg delvis eller helt ut av arbeidsmarkedet. En klar svakhet med flere av de tidligere studiene er at de ikke har tatt hensyn til dette, og det vil kunne gi en underestimert effekt av barn på sykefraværet.

I denne oppgaven anvendes en nokså ny tilnæringsmåte for å studere dobbeltarbeid og sykefravær. Det har blitt tatt i bruk paneldata og en fast effekt modell og kontrollert for nettopp slik uobservert heterogenitet mellom individene og slike seleksjonseffekter som er konstante over tid. Dette gjøres ved å basere estimeringen kun på endringer innad i hvert individ over tid. Etersom man kun ser på endringer innad i hvert individ, og ikke på endringer mellom individer, så unngår man problemet med at de som får barn kan være systematisk forskjellig fra de som ikke får barn. Her tilstreber man at de rene effektene av endringer i sykefravær knyttet til dobbeltarbeid vil stå igjen, og man vil kunne si hvor mye et individs sykefravær varierer når dobbeltarbeidet setter inn.

Oppgaven tar utgangspunkt i det legemeldte sykefraværet som gjelder fra 17. sykedag, og som betales av folketrygden. Det legemeldte sykefraværet utgjør mesteparten av det totale sykefraværet, og det er her man finner størst kjønnsforskjell (Myklebø 2007). Dette fraværet er betydelig mer utbredt blant kvinner enn menn. I det egenmeldte sykefraværet derimot, finner man ikke noe særlig kjønnsforskjell. Det er det legemeldte sykefraværet som bekymrer mest, da det øker risikoen for uførepensjonering (Hagelund 2014). Siden kvinner har høyest legemeldt sykefravær, har også kvinner større risiko for å bli uførepensjonert. Det er sannsynlig at det finnes ulike forklaringer bak det egenmeldte og det legemeldte sykefraværet, hvor forklaringene til det legemeldte ofte er komplekse og omfatter flere forhold.

Kostøl og Telle (2011) hevder man vet for lite om forklaringene til kjønnsforskjellen i sykefravær og at mer kunnskap om kvinners sykefravær kan være løsningen til ulike tiltak for reduksjon. Tidligere forskning på dobbelt arbeid og sykefravær har gitt motstridende resultater og dette åpner for videre forskning som eventuelt kan svekke eller styrke forklaringen. Formålet med denne oppgaven er å få mer kunnskap og forståelse rundt forklaringene til kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge. Oppgaven skal nærmere undersøke den doble byrde for å se om omsorg for ett eller flere barn gir økt sykefravær hos yrkesaktive norske kvinner og menn. Oppgaven kan muligens være et bidrag i arbeidet med å redegjøre for forklaringene til kjønnsforskjellen og til at effektive og gode tiltak iverksettes i fremtiden.

Problemstillingen for denne masteroppgaven er:

Kan kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge forklares med kvinners dobbeltarbeid?

1.2 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1. gav en presentasjon av tema og problemstilling, mens kapittel 2. vil gi et innblikk i temaets bakgrunn og deles inn i fire deler. I den første delen skal man først se nærmere på ulike sykdomsbegrep slik disse er behandlet i faglitteraturen. Deretter skal man presentere hvordan sykdom fremstilles og diskuteres i enkelte norske offentlige utredninger. I andre del skal man se nærmere på hvordan den norske sykelønnsordningen har utviklet seg siden den ble innført i 1978. Tredje del går nærmere inn på sykefraværets utvikling blant norske arbeidstakere de siste 30 årene. I siste del skal man se nærmere på det norske sykefraværet i internasjonal sammenheng. I kapittel 3. finner man kunnskapsstatus som redegjør for de mest omtalte forklaringene på kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge, for deretter å vise til tidligere forskning knyttet til disse. Dette kapittelet deles inn i tre deler. I første del skal man få et innblikk i forklaringen om helse, før man i neste del skal se på forklaringen om arbeidsmiljø. I siste del skal man se nærmere på forklaringen om den doble byrde, som er tema for denne oppgaven. I kapittel 4. presenteres datamaterialet, utvalget og variablene som benyttes i analysen. Videre følger kapittel 5. med en presentasjon av valg av metode, analysemetode og regresjonsmodell. Kapittel 6. vil gi en presentasjon av resultatene fra den deskriptive analysen og regresjonsanalysen før kapittel 7. vil gi en diskusjon omkring oppgavens funn. I kapittel 8. vil konklusjonen bli presentert.

2.0 Bakgrunn

Som nevnt vil dette kapittelet deles inn i fire deler. I den første delen skal man først se nærmere på ulike sykdomsbegrep slik disse er behandlet i faglitteraturen. Deretter skal det presenteres hvordan sykdom fremstilles og diskuteres i enkelte viktige norske offentlige utredninger som har blitt publisert i tidsrommet 1990-2010. I andre del skal man se nærmere på hvordan den norske sykelønnsordningen har utviklet seg siden den ble innført i 1978. Tredje del går nærmere inn på sykefraværets utvikling blant norske arbeidstakere de siste 30 årene. I løpet av denne perioden har det vært en markant økning i kvinners sykefravær, mens menn sitt sykefravær har holdt seg relativt stabilt. Til slutt skal man se nærmere på det norske sykefraværet i internasjonal sammenheng.

2.1 Sykdom og sykefravær

2.1.1 Sykdomsbegrep

Folketrygdeloven sier følgende: ”Sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførheten som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.l, gir ikke rett til sykepenger” (Folketrygdloven §8-4).

For at arbeidsuførheten skal utløse rett til sykepenger, må denne klart skyldes sykdom eller skade. Men hva er sykdom og hvor går grensen mellom frisk og syk? I den sosialmedisinske og helsesosiologiske litteraturen kan man lese om flere ulike sykdomsbegrep og sykdomsforståelser. En ønsker med dette å trekke skillelinjer mellom det som er sykdom og det som ikke er sykdom, men slike skillelinjer kan derimot være vanskelige å trekke (Hagelund 2014). I litteraturen på feltet vises det ofte til sykdomsbegrepene *disease*, *illness* og *sickness* (Hofman 2010 med referanse til Andrew Twaddles arbeid). Disse begrepene er komplementære og belyser ulike aspekt ved sykdom, men de kan også oppfattes som uttrykk for distinkte sykdomsforståelser. *Disease* henspiller til det medisinske perspektivet på sykdom, der et samfunn til enhver tid oppfatter objektiv sykdom med tilhørende diagnose. Dette gir uttrykk for at det er mulig å trekke grense mellom det syke og det friske. *Illness* viser til det psykologiske perspektivet på sykdom, individets subjektive og selvopplevde helseproblemer. Her kan en person føle seg syk, selv om det ikke er noen objektive funn av sykdom i biokjemisk forstand. Med en slik sykdomsforståelse kan tilstander uten observerte sykdomstegn utover pasientens subjektive sykdomsopplevelse like fullt være sykdom. Til

tross for dette kan det her være vanskeligere å trekke grenser for hva som kan telle som sykdom eller ikke. Innen mikro-sosiologisk tradisjon antas det at individers subjektive helse er bestemt av individers egen sosiokulturelle oppfatning på hva som bør karakteriseres som dårlig eller god helse. Ettersom individer handler i sosial kontekst, vil deres subjektive forståelse utvikles gjennom interaksjon med andre individer innenfor samme gruppe (Blumer 1969). En person føler seg ikke syk utelukkende på grunn av ubehag eller fysisk smerte, men fordi personen vet at en bør føle seg syk i forhold til den felles oppfattelsen innen den sosiale arenaen personen handler i. *Sickness* er den sykerollen personen med helseplager inntar i samfunnet. Den sosiale sykdomsforståelsen omhandler hvordan sykdom defineres gjennom sosiale prosesser. Det kan handle om rolleforventninger som rettes mot den syke (Parsons 1951) eller hvilke rettigheter og plikter som er knyttet til sykerollen. På den ene siden gir sykdom rettigheter til tilbaketreking fra ens daglige forpliktelser hjemme og på arbeid. På den andre siden må samfunnet ha sosial kontroll over sykdom, hvor det kan være risiko for misbruk av sykemeldinger. Det kan være et betydelig konfliktpotensial i balansegangen mellom å ivareta den sykes behov og samfunnets behov for sosial kontroll (Hagelund 2014).

Det er viktig å understreke at det ikke er en entydig sammenheng mellom sykdom og sykefravær. Et individ kan få tildelt en sykerolle uten at han verken oppfatter seg selv som syk eller har fått en medisinsk diagnose. Omvendt kan et individ føle seg syk, men det trenger ikke nødvendigvis bety at legen stiller en diagnose. Sykefraværet er en sykdomsatferd og vil alltid innebære at et individ får eller inntre i en sykerolle. Det er også viktig å poengtere at legevitenenskapens sykdomsbegrep er dynamisk. Sykdomsbegrepet må forstås i henhold til hvordan den medisinske vitenskap til enhver tid utformer begrepet og hvordan det i praksis har utviklet seg på området. Forståelsen av hva som er sykdom endrer seg og nye diagnoser oppstår. Dette fører til at tilstander som kan gi rett til sykepenger er bevegelig. Pasienters subjektive helseplager bidrar til at legevitenenskapen og samfunnet anerkjenner nye tilstander som sykdommer samtidig som legevitenenskapens utvikling av nye diagnoser bidrar til nye opplevelser av helseproblemer (Hagelund 2014).

2.1.2 Sykdomsbegrepet i norsk politikk

Betydningen av sykdomsbegrepet i sentrale norske politiske tekster har endret seg gjennom årene. I utredningen av det regjeringsoppnevnte sykkelønnsutvalget i 1990 ble sykdomsbegrepet tematisert i den politiske debatten. Særlig oppmerksomhet fikk tanken om at

sykdomsbegrepet var i endring og at det foregikk en medikalisering som dels kunne forklare veksten i sykefraværet. ”Det er ikke noe som tyder på at økningen i antallet langtids-sykemeldte de senere årene skyldes at helsetilstanden i befolkningen har blitt dårligere” (NOU 1990:59). Utvalget definerte medikalisering slik: ”En prosess hvor økonomiske og sosiale problemer, samt normale fysiske og psykiske reaksjoner betraktes som uttrykk for eller på linje med sykdom” (NOU 1990:66). Utvalget mente at sykemeldingspraksisen var preget av en tendens til å medikalisere eller sykdomsforklare naturlige problemer, konflikter eller vanskelige livssituasjoner. Siden stadig flere slike tilstander anerkjentes som sykdom, utløste dette sykemeldinger som igjen bidro til å presse sykefraværstallene oppover. Da utvalget så at det fantes uklare grenser mellom hva som var sykdom og ikke-sykdom, så de et behov for å trekke en grense, da Norge har en lovgivning som gjør nettopp sykdom til et nødvendig kriterium for hvorvidt en borger har rettigheter eller ikke (NOU 1990).

Utredningene av de regjeringsoppnevnte utvalgene på 2000-tallet (NOU 2000, Mykletun-utvalget 2010) delte ikke 1990-tallet sitt fokus på medikalisering og utglidning av sykdomsbegrepet. Skillet mellom sykdom og ikke-sykdom sto heller ikke like sentralt. Mykletun-utvalget fastslo at ”sykdom og sykefravær er forskjellige fenomener” (Mykletun-utvalget 2010). Da det var vanskelig å forklare variasjonene i sykefravær med endringene i befolkningens helsetilstand, og da diskusjonene omkring sykefravær ofte omhandlet andre tema enn sykdom, ble det viktigere å skape nye forståelser av hva man kunne gjøre som syk. Disse utredningene var mer opptatt av at sykdom ikke nødvendigvis skulle være et hinder for arbeid. Tanken om at sykdom kunne og burde kombineres med arbeid ble viktig og funksjonsevne og aktivitet sto i fokus. Aktivitet og nærvær ble sett på som å ha en helsefremmende effekt (NOU 2000, Mykletun-utvalget 2010).

Som man kan se i gjennomgangen av utvalgsutredningene, er det to måter å tilnærme seg forholdet mellom sykdom og sykefravær. Den første handler om å trekke skillelinjer mellom hva som er sykdom og hva som ikke er sykdom. Her diskuteres gråsonene som problematiske. Den andre tilnærmingen handler om å gjøre slike skillelinjer ubetydelige. Når funksjonsevnen er det mest sentrale, reduseres betydningen av sykdom. Da de fleste hverken er helt friske eller helt syke, blir tilrettelegging og inkludering langt viktigere enn å trekke grenser mellom hva som er sykdom og ikke-sykdom.

2.2 Sykelønnsordningen i Norge

Sykelønnsordningen ble innført i 1978 og er et kjernelement i den norske velferdsstaten. Den beskytter arbeidstakerne mot inntektstap ved sykdom og skade, og den sikrer sosial og økonomisk trygghet og likhet til samfunnets medlemmer (Hagelund 2014). Sykelønnsordningen omfatter flere ulike ytelser. Sykepenger og avklaringspenger skal dekke inntektstap ved midlertidig bortfall av arbeidsinntekt grunnet sykdom eller skade, mens uføretrygd dekker inntektstap ved varig bortfall av arbeidsinntekt. Arbeidstakere i Norge har full lønnskompensasjon opptil 6G¹ ved bortfall av inntekt grunnet sykdom i inntil ett år etter å ha vært i jobb i fire uker. Sykefraværet deles inn i egenmeldt og legemeldt sykefravær. Egenmeldt sykefravær har varighet mellom 1 og 16 dager og finansieres av arbeidsgiver. Her har man rett til å bruke egenmelding de første tre fraværsdage. Legemeldt sykefravær gjelder fra dag 17 og betales av folketrygden. Ved legemeldt sykefravær vurderer lege, kiropraktor eller terapaut om det er medisinske grunner til at arbeidstaker trenger fravær fra arbeid. Hvis man fremdeles er sykemeldt etter ett år, kan man søke om avklaringspenger. Videre dekker uføretrygd inntektstap ved varig bortfall av arbeidsinntekt. Hovedtrekkene til den norske sykelønnsordningen har i liten grad endret seg siden den ble innført i 1978. Til tross for dette, har det likevel skjedd noen endringer (Hagelund 2014) og disse presenteres nedenunder.

2.2.1 1980-tallet

Etter at 1978-reformen ble innført, gjennomførte de borgerlige regjeringene på 1980-tallet endringer i trygden. Adgangen til bruk av egenmelding ble strammet noe inn og inngangskriteriene ble strengere. I 1988 ble den såkalte sykemelding II innført, og denne hadde krav om en mer grundig vurdering av lege som vilkår for sykepenger utover 8 uker. Bakgrunnen for disse vedtakene var en observert økning i korttidsfraværet og økt bekymring for mulig misbruk, arbeidsgivernes ansvar og utgifter og folketrygdens fremtidige økonomi. Mot slutten av 1980-tallet beveget oppmerksomheten seg bort fra korttidsfraværet til økningen i langtidsfraværet. Trygdeutgiftene og trygdemottakerne var i vekst, og det ble behov for kostnadsreduksjon, færre på trygd og flere i arbeid (Hagelund 2014).

¹ Sykepengene utgjør 100 prosent av grunnlønn opptil 6G. I 2014 var dette et beløp på 530 220 kr fra Folketrygden.

2.2.2 1990-tallet

På 1990-tallet ble langtidsfraværet sett på som et større samfunnsproblem. Myndighetenes løsning var den såkalte arbeidslinja som skulle stimulere folk til å arbeide fremfor å leve på trygd. De viktigste tiltakene handlet om skjerpet kontroll av sykemeldinger. Myndighetene innførte blant annet tiltak som styrket kontrollen med legers sykemeldingspraksis og innskjerpet de medisinske vilkårene for rett til sykepenger. Et tiltak var det såkalte 12-ukersvedtaket som innebar at trygdekontoret skulle godkjenne sykemelding utover 12 uker. Det ble også innført tiltak for å motvirke passivisering under sykefraværet, samt at aktiv sykemelding ble innført i 1994. Dette tiltaket skulle gjøre det mulig for den sykemeldte å delta i aktiviteter og tiltak på arbeidsplassen samtidig som vedkommende mottok sykepenger. Arbeidsgiverne fikk plikt til å redegjøre for muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassene, samtidig som arbeidstakerne fikk plikt til å ta imot behandlings- eller atferingstiltak for å få rett til sykepenger. Det skjedde også en utvidelse av arbeidsgiverperioden fra 14 til 16 dager i 1998 (Hagelund 2014).

2.2.3 2000-tallet

Trepartssamarbeid og fire intensjonsavtaler om et mer inkluderende arbeidsliv har preget sykefraværspolitikken på 2000-tallet. Dette betyr at partene i arbeidslivet har vært med å utvikle tiltak, hvor noen har vært forbeholdt IA-virksomheter², mens andre har blitt en del av generell politikk vedtatt i Stortinget i etterkant. Et hovedmål med tiltakene var å redusere sykefraværet og statens utgifter til sykepenger, i tillegg til å inkludere flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne i arbeidslivet og øke den gjennomsnittlige avgangsalderen. Den første IA-avtalen ble undertegnet i 2001, og deretter fornyet i 2006, 2010 og 2014. Mange nye tiltak og virkemidler har blitt innført og tiltakene har hovedsakelig handlet om at arbeidsgiveren skal tilrettelegge arbeidet og følge opp den sykemeldte. Videre har legens forpliktelser blitt forsterket med krav om funksjonsvurdering, deltakelse i oppfølging, obligatorisk opplæring og forsterket sanksjonsapparat. Arbeidstakerens aktivitetsplikt har også blitt styrket ved å delta i arbeidsrelatert aktivitet, oppfølgingsplan, dialogmøter og aktivt medvirke til å finne løsninger (Hagelund 2014). I 2003 ble det blant annet lovfestet at arbeidsgivere har plikt til å lage en oppfølgingsplan med arbeidstakere etter 8 ukers sykemelding. I 2004 ble det innført

² Gjennom intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) arbeider regjeringen og partene i arbeidslivet (IA-virksomhetene) for et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunn.

arbeidskrav for rett til sykepenger, hvor arbeidstakere skulle prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet med gradert eller aktiv sykemelding senest etter 8 ukers sykemelding. Det ble også innført en ny sykemeldingsblankett for medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom og legene ble møtt med skjerpede sanksjonsmuligheter. Det tidligere 12-ukers-vedtaket og sykemelding II ble avvirket. I 2006-2010 ble nye endringer etablert, og innføringen av dialogmøter ved lengre sykefravær ble sentralt. Det første dialogmøtet skulle holdes innen 7 uker, mens det andre møtet skulle holdes innen 6 måneder. Det ble også innført regler om et mulig tredje dialogmøte. I tillegg ble fristen for oppfølgingsplanen framskyndet fra 8 uker til 12 uker. Bestemmelsen om avklaringspenger ble også innført, og de sykemeldte skulle gå på avklaringspenger når sykepengerettighetene var brukt opp. En ny IA-avtale ble inngått for perioden 4. mars 2014 til 31. desember 2018. Den borgerlige regjeringens varslede innføring av normerte sykemeldingslengder ble ikke innført. Påleggene om deltakelse i oppfølging og dialog ble svekket. Sanksjonene mot arbeidsgivere og leger som ikke følger opp sine plikter ble også svekket, og kravene om oppfølgingsplaner og dialogmøter for graderte sykemeldte ble moderert (Hagelund 2014).

2.3 Sykefraværets utvikling i Norge

2.3.1 1900-tallet

Etter 1978-reformen ble det observert en økning i korttidsfraværet. Mot slutten av 1980-tallet derimot, var det langtidssykefraværet som økte mest, og særlig for kvinnene (NOU 1990). Veksten i langtidssykefraværet ble sett på som et omfattende samfunnsproblem, hvor man så en tendens til at de lange fraværene førte til varig uføretrygd (Hagelund 2014). Bjørnstad (2006) forklarer økningen i sykefraværet med et mer inkluderende arbeidsliv og knytter det til den økte kvinnelige yrkesdeltakelsen som økte spesielt mye på slutten av 1970-tallet og begynnelsen av 1980-tallet. Kjønnforskjellen i sykefraværet økte mest i denne perioden, hvor menn sitt sykefravær holdt seg relativt stabilt, mens kvinner sitt sykefravær økte betydelig. Fra slutten av 1980-tallet syntes kjønnforskjellen i sykefraværet å stabilisere seg på dagens nivå (Mykletun og Vaage 2012). På begynnelsen av 1990-tallet sank sykefraværet en periode, for så å stige igjen fra 1994. Disse svingningene kan trolig forklares med konjunkturedringer. Ifølge Hagelund (2014) var arbeidsledigheten historisk høy på begynnelsen av 1990-tallet, men denne situasjonen bedret seg fra 1993. I siste halvdel av 1990-tallet steg sykefraværet betydelig, igjen særlig for kvinnene (Dale-Olsen og Markussen 2010).

2.3.2 2000-tallet

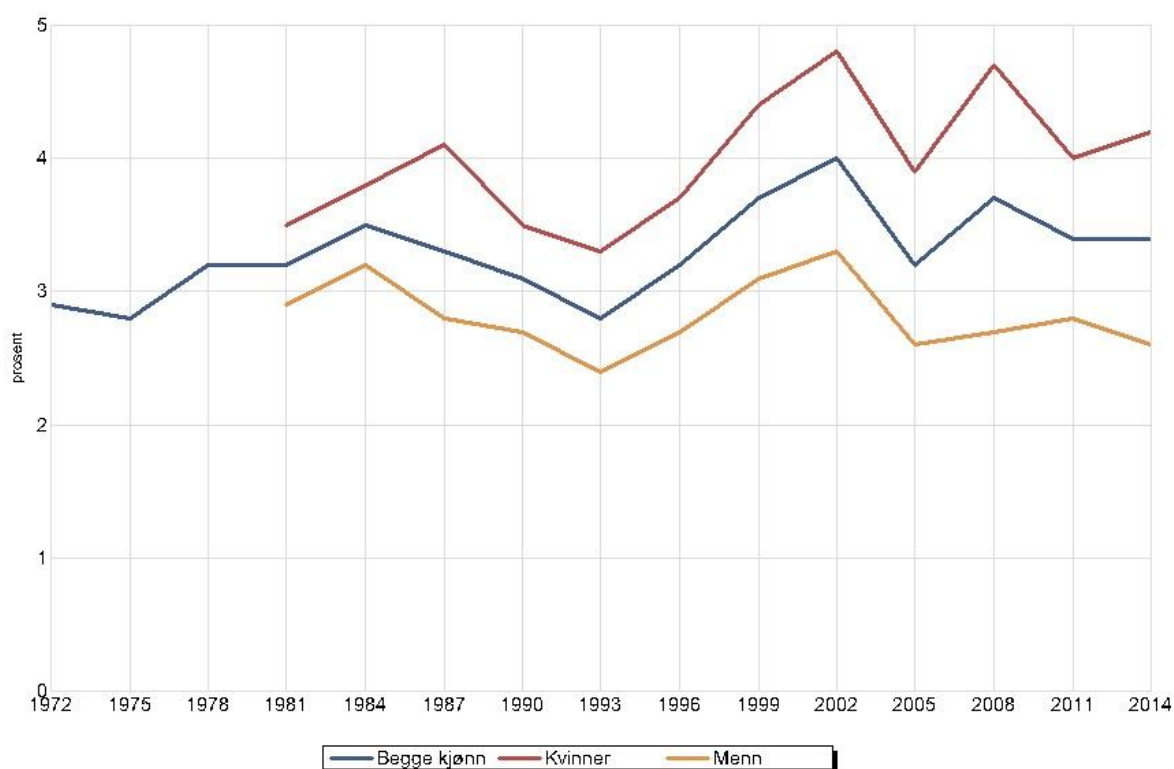
Fra 2001 ble Statistisk sentralbyrås (SSB) sykefraværsstatistikk etablert, og det var bred enighet om at denne statistikken ville gi et mer presist og representativt bilde av sykefraværet enn tidligere kilder³. Sykefraværsprosenten⁴ har siden variert mellom litt under 7 og litt over 8. Fra slutten av 2003 til 2004 skjedde det en kraftig nedgang i sykefraværet, og denne nedgangen er sannsynligvis et resultat av endringene i sykemeldingsreglene i 2004 (Ose m.fl 2006). Allerede i 2005 steg fraværet igjen og det var de lengre sykefraværene som økte mest. Det kom en ny topp i 2009, noe som bidro til en økt debatt om sykefravær. Veksten i kvinners sykefravær fikk særlig oppmerksomhet og forklaringer om kvinners helse, kvinners arbeidsliv og kvinners omsorgsarbeid ble jevnlig belyst og diskutert. Siden 2009 har utviklingen i sykefraværet for kvinner og menn variert, men hovedtendensen har vært en nedgang (Hagelund og Dale-Olsen 2014). Ser man på hele tidsperioden, ser man knapt et bilde av vekst. Man ser svingninger som noen ganger er over og noen ganger under et nivå på 7 prosent (Hagelund og Dale-Olsen 2014). Noe som er viktig å belyse med hensyn til økt kjønnsforskjell i sykefravær, er at det er en tendens til at kvinner og deres sykefravær kommer i fokus. Dette fører til at mange trekker konklusjoner om at den økte kjønnsforskjellen skyldes at kvinners sykefravær bare øker og øker. Ifølge Mykletun i NRKs debatt om kvinners sykefravær (2014) er det ikke kvinners sykefravær som øker, men kjønnsforskjellen. Ifølge Hagelund og Dale-Olsen (2014) har kvinners sykefravær ligget stabilt eller falt, mens menns sykefravær har falt enda mer, og dette har bidratt til den økte kjønnsforskjellen de siste årene. Ifølge Wergeland i Aftenposten (2014) er man for opptatt av kvinners høye sykefravær, og for lite opptatt av menns lavere sykefravær.

Til tross for at sykefraværet svinger, mener betydelige aktører i norsk politikk at sykefraværet i dag er på et problematisk nivå. ”Det er enighet blant partene om at sykefraværet i Norge er for høyt” (Mykletun-utvalget 2010:7). Andre vil argumentere for at nivået er som forventet i en situasjon med høyt sysselsettingsnivå, også blant grupper med høyt sykefravær som kvinner, gravide og eldre (Hagelund 2014; Ariansen 2015). Ifølge Hagelund (2014) har det blitt hevdet at sykefravær er prisen Norge betaler for et mer inkluderende arbeidsliv. Ulike datakilder, ulike tidsrom og ulike faglige tilnærminger bidrar til å skape ulike blikk på fenomenet sykefravær og dette spiller en stor rolle i den politiske debatten.

³ Før Statistisk sentralbyrå ble etablert var det NHO og Rikstrygdeverket som førte statistikk over sykefraværet.

⁴ SSB-statistikken angir sykefraværsprosenten. Dette er et tall som angir antall dagsverk som går tapt på grunn av egen- eller legemeldt sykefravær i prosent av avtalte dagsverk.

For det første kan det hentes data og informasjon om sykefravær fra ulike kilder. Når forskere presenterer tall og grafer fra utviklingen over tid, har de gjerne kombinert nyere SSB-tall med eldre datakilder. For det andre kan sykefravær undersøkes over ulike tidsrom. Hvorvidt man velger et startpunkt der sykefraværet ligger relativt lavt eller høyt, har betydning for hva slags inntrykk man får av utviklingen. For det tredje kan dataene fortolkes ulikt, avhengig av hva slags kontekst man plasserer dem i (Hagelund og Dale-Olsen 2014). Ved hjelp av SSB Arbeidskraftsundersøkelser (AKU) kan sykefraværets utvikling og kjønnsforskjellen i sykefraværet fra 1972-2014 illustreres i figur 2.1. Arbeidskraftsundersøkelsene har ikke som primært formål å måle sykefravær, men informasjonen kommer likevel frem gjennom intervjuundersøkelser blant et tilfeldig utvalg av befolkningen som har blitt gjennomført siden 1972. Den dekker sykefravær over 7 dager. Dette betyr dermed at den ikke dekker alt sykefraværet, men den gir et brukbart bilde av utviklingen. Den har videre en betydelig lenger tidsserie enn sykefraværstatistikken.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 2.1: Sykefraværprosenten etter kjønn basert på Arbeidskraftsundersøkelsen (AKU) fra 1972-2014. Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB)

2.4 Det norske sykefravær i internasjonal sammenheng

Ifølge Mykletun og Vaage (2012) er ikke kjønnsforskjell i sykefravær et særnorsk fenomen, men fremtredende i de aller fleste vestlige land med høy sysselsettingsrate blant kvinner. Kjønnsforskjellen i sykefravær er altså relevant for mange land. I ekspertmøte om årsaker til kjønnsforskjell i sykefravær, hevder Mykletun og Vaage (2012) at det er bred enighet om at det totale høye sykefraværet i Norge er mer påfallende enn kjønnsforskjellen i sykefravær. Det er trolig ikke noe land som har et så høyt sykefravær og så mange på uføretrygd som Norge (OECD 2006). Internasjonale sammenligninger av sykefravær mellom land bygger som oftest på Arbeidskraftundersøkelser (AKU) som har lik utforming mellom land. Allikevel, er det også knyttet usikkerhet til sammenligninger av sykefravær mellom landene. Trygdeordningene og ansettelsesvernet varierer og dette kan påvirke hvem som blir inkludert i undersøkelsene. Graderte sykemeldte vil for eksempel ikke regnes som sykefraværende i henhold til AKU. Disse har vært sykemeldt, men de har ikke vært fraværende hele undersøkelsesperioden, og faller dermed utenfor opptellingen. I land med svakt stillingsvern, kan de sykemeldte bli sagt opp og dermed ikke lenger bli regnet som en sysselsatt. I et land med sterkere stillingsvern, vil den sykemeldte fortsatt være sysselsatt og sykefraværende (Hagelund og Dale-Olsen 2014). Disse forholdene kan gi store forskjeller som ikke avspeiler de reelle forskjellene i sykefravær. På tross av vanskeligheter og utfordringer knyttet til det å sammenligne sykefravær mellom land, er det likevel få som vil avvise at sykefraværet i Norge ligger på et relativt høyt nivå sammenlignet med andre land.

3.0 Kunnskapsstatus:

Mulige forklaringer på kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge

I dette kapitlet skal det foretas en oppsummering av den tilgjengelige samfunnsvitenskapelige litteraturen om forklaringer til kjønnsforskjeller i sykefravær. Dette er ikke en fullstendig oppsummering av litteraturen på området⁵, men en oversikt over noen av de mest sentrale forklaringene fra samfunnsvitenskapen og noen empiriske studier som tar utgangspunkt i disse. Forklaringene er nært knyttet til kjønn som står sentralt i denne oppgaven, og kan bidra til å belyse hvorfor kvinners sykefravær er så mye høyere enn hos menn. Ifølge Bjørngaard m.fl (2009) er det viktig å opprettholde kjønnspektivet i trygdeforskningen fremover. En diagnose er utgangspunktet for sykefravær, men forskning viser at forklaringene til sykefravær er komplekse og sammensatte, hvor sykefravær har forklaringer i individet, på arbeidsplassen og i samfunnet. Ifølge Ose m.fl (2014) ligger det bak kjønnsforskjellen i sykefraværstallene et komplekst bilde av biologiske kjønnsforskjeller, et sterkt kjønnssegregert arbeidsmarked, stereotypiske rollemodeller og samfunnsstrukturer.

Flere forklaringer har blitt lansert og drøftet i et forsøk på å forklare kjønnsforskjellen. Ifølge Mykletun m.fl (2012) handler de mest omtalte forklaringene om kvinnehelse, arbeidsmiljø og dobbeltarbeid. Han mener at disse muligens kan forklare kjønnsforskjellen i sykefravær, men de kan ikke forklare hvorfor kjønnsforskjellen har økt. Den første forklaringen forsøker å forklare kjønnsforskjellen med at kvinner og menn har ulik helse og ulik sykdomsatferd. En av de mest belyste helseforskjellene i tilknytning til denne forklaringen er knyttet til svangerskapsrelatert sykefravær. Den andre forklaringen undersøker om kjønnsforskjellene i sykefravær kan forklares med at typiske kvinnedominerte yrker og næringer er mer sykdomsfremkallende enn mannsdominerte yrker. Den siste forklaringen, som også er tema for denne oppgaven, hevder at kjønnsforskjellen i sykefravær kan forklares med kvinners dobbeltarbeid knyttet til kombinasjon av arbeid og familie. Nedenunder vil forklaringsmodellene først presenteres, for deretter å vise til norske og internasjonale studier og funn rettet mot disse. Forskningen som presenteres vil gi et grunnlag for forståelse for sammenhengene mellom sykefravær og kjønnsforskjellen.

⁵ For mer fullstendige kunnskapsoppsummeringer se Ose m.fl (2006), Ose m.fl (2010), Kostøl (2010), NOU (2010), Kostøl og Telle (2011), Mykletun og Vaage (2012) og Ose m.fl (2014).

3.1 Forhold i individet:

Helse

Forklaringen om helse undersøker om kjønnsforskjellen i sykefravær kan forklares med kjønnsforskjell i helse. Mastekaasa og Dale-Olsen (1998) og Bjørnstad (2006) hevder at helseforskjeller mellom kvinner og menn, men også sykdomsatferd, trolig er en viktig forklaring på kjønnsforskjellen i sykefravær. Det at kvinner og menn er biologisk ulike, medfører at de rammes av ulike sykdommer, har ulike symptomer og ulik sykdomsatferd. Enkelte sykdommer rammer for eksempel kun det ene kjønn, da sykdommer kan være knyttet til kjønnsorgan eller reproduktivsystemet. Det finnes også sykdommer hvor det er en kjønns spesifikk risiko for sykdommen (NOU 2000). En mye omtalt og relatert forklaring er at store deler av kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes svangerskapsrelatert sykefravær. Ifølge Myklebø (2007) og Bjørnstad (2006) kan en stor del av kvinners sykefravær knyttes til svangerskapsrelaterte diagnoser. Svært mange kvinner har minst en periode med sykemelding i forbindelse med svangerskap, og det er flere sykemeldinger blant gravide enn blant kvinner flest (Mastekaasa og Dale-Olsen 1998).

Selv om kvinner ikke har fått dårligere helse de siste tiårene og lever i gjennomsnitt lenger enn menn, har kvinner oftere objektive og subjektive helseplager⁶, bruker mer medisin og oppsøker lege og psykolog i større grad enn menn (NOU 1999). Sykefravær er ikke identisk med sykdom og dårlig helse, men kan også innebære sykdomsatferd (Mastekaasa 2005). Sykdomsatferd omhandler hvordan man emosjonelt og atferdsmessig reagerer på sykdom og symptomer og dette kan ifølge forskerne også være en forklaring på ulikhetene i sykefravær. Ifølge Bjørnstad (2006) kan menn og kvinner oppleve sykdom ulikt ved at de reagerer og fortolker sykdom på ulike måter. Kvinner lytter i større grad enn menn til kroppens signaler og de ser på seg selv som syke og oppsøker helsevesenet tidligere enn menn.

⁶ Objektiv sykdom viser til sykdom med objektive funn. Subjektive helseplager er selvrapporterte plager som ikke har noen objektiv eller klar organisk årsak.

3.1.1 Biologiske forskjeller

Kvinner og menn er ulike anatomisk og biologisk. Helse kan derfor være en viktig forklaring for å forstå kjønnsforskjellen i sykefravær. Den største biologiske forskjellen mellom kvinner og menn er knyttet til reproduksjonssystemet. Kvinner har blant annet menstruasjon, som kan gi større eller mindre plager knyttet til smerter, sterk blødning eller hyppighet (Ose m.fl 2014). Humørsvingninger før menstruasjon er også noe mange kvinner opplever (NOU 1990). Ved svangerskap og fødsel, gjennomgår kvinnekroppen store endringer iløpet av relativt kort tid, og plager og sykdommer knyttet til dette rammer mange kvinner. Kvalme, bekkenplager og rygg smerter er vanlige svangerskapsplager som er knyttet til sykefravær blant gravide kvinner (Kærlev m.fl 2004). Andre plager knyttet til svangerskapet er blant annet søvnløshet, smerter, høyt blodtrykk, treg mage og hevelser i ben. Endringer i svangerskapet kan også føre til at tidligere sykdom eller skade forverres, eller blir vanskelig å kombinere med arbeidslivets eller dagliglivets krav (NOU 1999). Ifølge Rieck og Telle (2013), Markussen m.fl (2011) og Angelov m.fl (2011) øker sykefraværet for kvinner når de blir gravide, og fortsetter å øke gjennom graviditeten. I tillegg kan kvinner oppleve spontanabort og infertilitet, noe som kan medføre psykososiale konsekvenser (Ose m.fl 2014).

3.1.2 Helseplager, sykdommer og sykdomsatferd

Kvinner og menn sin biologiske ulikhet, medfører at de rammes av ulike helseplager, ulike sykdommer og ulik sykdomsatferd. Enkelte sykdommer har økt mer blant kvinner enn menn de siste årene, og dette viser at biologiske forskjeller ikke kan forklare hele kjønnsforskjellen i helse (Bird og Rieker 1999; Denton m.fl 2004). Sosiale, strukturelle og psykologiske faktorer spiller en viktig rolle i kvinners helse og man må se nærmere på sammenhengen mellom disse for å få en bedre forståelse (Denton, Prus og Walters 2004). Ose m.fl (2014) viser til levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå (SSB) og belyser at kvinner i større grad enn menn oppgir å ha yrkesrelaterte helseplager innenfor alle kategoriene. En større andel kvinner føler seg blant annet fysisk og psykisk utmattet når de kommer hjem fra jobb. Kvinner har i større grad enn menn smerter i muskler og kropp, og kvinner blir oftere kronisk utmattet og utbrent. Noen av disse helseplagene kan forklares med større belastning av arbeid, men det er også betydelige kjønnsforskjell i helse uavhengig av arbeid (Ose m.fl 2014).

De vanligste diagnosegruppene ved sykefravær og uførhet er muskel- og skjelettlidelser, samt psykiske lidelser. Ifølge Ose m.fl (2014) rammer begge disse lidelsene hyppigere hos kvinner enn hos menn. Flere kvinner enn menn opplever også langvarige sykefravær på grunn av disse lidelsene (Bratberg m.fl 2009; Gjesdal m.fl 2011). Til tross for dette skriver Ihlebæk m.fl (2010) at legen ofte ikke finner noen fysiologiske endringer eller vevsforandringer som kan forklare smertene ved muskel- og skjelettplager. Videre viser Mykletun og Knudsen fra Folkehelseinstituttet (2009) at det ikke er noe som tyder på at den psykiske helsen i befolkningen har blitt forverret. Ifølge Ose (2010) er kunnskapen om disse lidelsene begrenset. Det samme gjelder i hvilken grad dette er diagnoser som brukes for å kamuflere forhold som ikke gir rett til sykepengene, som for eksempel sosiale og økonomiske vanskeligheter, konflikter på arbeidsplassen eller i familien. Østbakken (2013) har undersøkt om kvinner lettere blir sykemeldt eller uføretrygdet ved samme helseplager som menn. Hun sammenligner begge kjønn med samme diagnose innenfor diagnosegruppen muskel- og skjelettlidelser. Til tross for at begge kjønn har tilsvarende yrke, næringstilhørighet, sosial bakgrunn og antall barn, finner hun at kvinner er hele 21 prosent lenger borte fra jobben enn menn. Tilsvarende spesifikke målinger viser at en kvinne som sykemeldes på bakgrunn av en psykisk lidelse er 10 prosent lenger borte fra jobb enn menn med samme diagnose. Noe av forskjellen i sykefravær kan forklares med at kvinner og menn får ulike diagnoser, men selv når de har tilsvarende plager, er kvinnene betydelig lenger borte fra jobben enn menn (Østbakken 2013).

Til tross for at kvinner har betydelig mer helseplager enn menn, får flere menn enn kvinner sykdomsdiagnoser og det medisinske diagnosesystemet synes å passe bedre for menns plager enn for kvinners (Ose m.fl 2014). Ved flere tilfeller kommer pasienten til legen med plager som legen ikke finner noen forklaring på, noe som medfører at tilstanden ikke regnes som en sykdom. Slike plager betegnes gjerne som ”subjektive”, ”uforklarte” eller ”ubestemte”. Eksempler på dette kan være kronisk utmattelsessyndrom, spenningshodepine og kroniske underlivssmerter (Malterud 2006). Kvinners helseproblemer gis oftere slike medisinske betegnelser enn menns helseproblemer. Felles for disse er at de sier mer om symptomene enn sykdomsårsaken, og at de blir merkelapper for tilstander med lav medisinsk status (Ose m.fl 2014). Lien (2013) hevder at regelverk og kunnskapsgrunnlag gjerne er bygget på en mannlig norm og at medisinsk forskning i stor grad tar utgangspunkt i mannlige pasienter. Man har dermed mindre kunnskap om kvinners symptomer og sykdommer (Lien 2013).

3.1.3 Helseforskjell som forklaring på kjønnsforskjell i sykefravær

Hvorvidt kvinners høyere forekomst av plager og symptomer kan være forklaring på kjønnsforskjellen i sykefravær har ifølge Mykletun og Vaage (2012) ikke vært et fokusert område innen helseforskning. Pågående analyser tyder likevel på at høyere forekomst av symptomer og plager blant kvinner i liten grad kan forklare deres høye sykefravær. Spørsmålet om kvinner lettere blir sykemeldt eller uføretrygdet ved samme helseplager som menn, har vært gjenstand for empiriske analyser i tidligere publiserte artikler, men det er ikke noe entydig resultat til støtte for dette. Ifølge Mykletun og Vaage (2012) kan denne forskningen anses for å være forholdsvis umoden og det er behov for grundigere analyser. NOU (2010) har en gjennomgang av utviklingen i diagnoser for kvinner og menn, og utvalget oppsummerer med at helseproblemer som er spesielle for kvinner, bare delvis kan forklare kjønnsforskjellene i sykefraværet.

Hvorvidt svangerskapsrelatert sykefravær kan forklare kjønnsforskjellen i sykefravær er forskerne derimot mer overbevist om. Ifølge Myklebø (2007) viser sykefraværstatistikken at kvinner har høyere sykefravær enn menn i alle aldersgrupper. Sykefraværet er spesielt høyt i aldersgruppen 20-39 år, og svangerskap er en viktig forklaring på hvorfor sykefraværet hos kvinner er spesielt høyt i denne gruppen. Hun finner at svangerskapsrelaterte plager kan forklare 58 prosent av kjønnsforskjellen i denne aldersgruppen. Kjønnsforskjellen reduseres betydelig dersom gravide utelukkes fra analysene. Disse resultatene gir støtte til funn fra tidligere forskning. Hauge og Opdalshei (2000) finner at svangerskapsrelaterte sykdommer utgjør hele 67 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær i aldersgruppen 20-34 år. De finner også at noe av kjønnsforskjellen i sykefravær forsvinner når fravær knyttet til fødsel og graviditet tas ut. Et lignende resultat fikk Alexanderson m.fl (1996). De finner at sykefravær under svangerskap hadde størst relativ betydning i aldersgruppen 25-34 år, og at kjønnsforskjellen i sykefraværet ble halvert dersom gravide kvinner ble holdt utenfor analysen. Videre finner Wergeland og Solvberg (2004) at omtrent en tredjedel av alt sykefravær blant kvinner i alderen 20-39 år skyldes plager i svangerskapet.

Ifølge Ariansen (2015), Rieck og Telle (2013), Røed og Fevang (2005) og Myklebø (2007) er gravide oftere sykemeldt nå enn tidligere. Ifølge Wergeland i Arbeidstilsynets fagblad (2012) kan økningen i gravides sykefravær forklares med at de gravides yrkesdeltakelse har økt. I 1980 var det ikke uvanlig at kvinner sluttet i arbeid når de ble gravide. Legene hadde ikke lov

til å sykemelde, da graviditet ikke var en sykdom. Med årene har imidlertid rettighetene til permisjon og sykepenger blitt bedre, så det har etter hvert lønnet seg å være i arbeid som gravid. Ifølge Mykletun i Aftenposten (2014) kan det være mulig at normer og forventninger til sykemelding under graviditeten har endret seg blant gravide, jordmødre og leger. Han hevder også at det kan være mulighet for at arbeidslivet ikke er godt nok tilpasset eller tilrettelagt for de gravide kvinnene. Ifølge Ariansen (2015) kan det økte sykefraværet blant gravide ha en sammenheng med økt alder hos førstegangsfødende kvinner, hvor økt alder kan øke risikoen for helsemessige komplikasjoner. Norske kvinner utsetter stadig med å få barn for å fremme sin yrkeskarriere, og dette gjelder særlig høyt utdannede kvinner (Lappegård og Rønsen 2005). Rieck og Telle (2013) kan vise til at andelen kvinner i Norge som har sitt første barn etter fylte 35 år har doblet seg iløpet av de siste to tiårene. Ariansen (2015) finner i sin studie at det er de yngre gravide som har det høyeste sykefraværet. Hun finner at gravide kvinner i begynnelsen av 20-årene har et høyere sykefravær enn gravide kvinner i midten av 40-årene. Ifølge Mykletun i Aftenposten (2014) kan forklaringen på det høye sykefraværet hos de yngre gravide være at dagens unge gravide er en mindre ressurssterk gruppe sammenlignet med tidligere og sammenlignet med eldre gravide. Ifølge Rieck og Telle (2013) kan endring i normer over tid og en fraværskultur blant de yngre gravide være med på å forklare det høye sykefraværet.

Til tross for at tidligere forskning har vist at om lag halvparten av kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes svangerskapsrelatert sykefravær, ser vi imidlertid også at mye av kjønnsforskjellen i sykefravær ikke kan forklares med svangerskap. Myklebø (2007) viser for eksempel at det er en relativt stor kjønnsforskjell i aldersgruppen 25-39 år, selv når en holder gravide utenfor. Videre er kjønnsforskjellen i sykefravær blant arbeidstakere i alderen 40-69 år fullstendig upåvirket av svangerskapsfravær. Ifølge NOU (2010) og Mykletun-utvalget (2010) kan kjønnsforskjellen i sykefravær bare delvis forklares med graviditet og svangerskapsrelaterte lidelser. Kvinner er bare gravide en liten andel av tiden man er yrkesaktiv, så mye av kjønnsforskjellen kan ikke forklares med svangerskap. En kan oppsummere med at forklaringene om helseforskjeller mellom kvinner og menn ser ut til å ha en delvis eller begrenset betydning for kjønnsforskjellen i sykefravær. Denne forskningen anses for å være forholdsvis umoden og det er behov for grundigere analyser. Hvorvidt graviditet kan forklare kjønnsforskjell i sykefravær er derimot forskerne mer overbevist om, ettersom studier viser at dette kan forklare om lag halvparten av kjønnsforskjellen i de mest fertile aldersgruppene.

3.2 Forhold i arbeidslivet:

Arbeidsmiljø

Forklaringen om arbeidsmiljø undersøker om kjønnsforskjellen i sykefravær kan forklares med at typiske kvinnedominerte yrker og næringer er mer sykdomsfremkallende eller forbundet med mer fysisk eller psykisk belastning enn mannsdominerte yrker (Mykletun og Vaage 2012). Yrkesaktiviteten til kvinner i Norge er om lag like høy som menns og Norge er et av landene med høyest yrkesdeltakelse blant kvinner, men det norske arbeidsmarkedet er også sterkt kjønndelt (Ose m.fl 2014). At det norske arbeidsmarkedet er svært kjønndelt, betyr at kvinner og menn gjennomgående velger ulike utdannelser og arbeider i ulike sektorer og yrker, hvor de har ulike stillinger, arbeidstid og lønn. De opplever derfor ulike ansettelsesbetingelser, arbeidsforhold og arbeidsbelastninger (Mastekaasa og Dale-Olsen 1998; 2000). En av konsekvensene til et kjønndelt arbeidsmarked er kjønnsforskjell i sykefravær. Kvinner i typiske kvinnedominerte yrker har ofte ubekvem arbeidstid, lav representasjon i lederstillinger og få karrieremuligheter. De har ofte lav inntekt, liten innflytelse på egen arbeidssituasjon og tungt fysisk arbeid. Kvinner har også mer belastende jobber og dårligere arbeidsforhold, arbeidsmiljø og ansettelsesbetingelser enn menn (Ose m.fl 2006). Helse- og omsorgssektoren er kvinnedominert og blant sektorene i Norge med høyest sykefravær. Sektoren belyses ofte i forbindelse med kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse, og det er mye som tyder på at denne sektoren har særegne utfordringer og belastninger. Kvinnene i sektoren rapporterer om flere mekaniske og kjemiske belastninger enn hos kvinner i andre yrker. I møte med pasienter har kvinnene også en større emosjonell belastning enn andre kvinnedominerte yrker. I tillegg ser det ut til at kvinnene i større grad opplever en kombinasjon av store krav og lavere grad av kontroll. Kvinnene opplever også i større grad å bli utsatt for vold, trusler og trakassering. Videre er omfang av deltid, kvelds- og nattarbeid større enn i de fleste andre næringer (Ose m.fl 2014). Summen av disse belastningene antas å være en viktig forklaring på hvorfor kvinner i denne sektoren har høyt sykefravær.

3.2.1 Et kjønnsdelt arbeidsmarked

Et kjønnsdelt arbeidsmarked kjennetegnes først og fremst ved at jenter og gutter velger ulik utdanning, og disse utdanningsvalgene fortsetter å være svært tradisjonelle (Ose m.fl 2014). Dette kan blant annet forklares med at det kjønnsdelte arbeidsmarkedet både ivaretar og reproducerer tradisjonelle forestillinger om kjønn, og hva som er mannlig og kvinnelig. Deres utdanningsvalg er basert på de kjønnede strukturene som finnes i samfunnet. Kjønn ser ut til å være en av de viktigste individuelle markørene som systematisk påvirker hvordan ungdom gjør sine yrkesvalg (Mathiesen m.fl 2010). Videre ser man vedvarende og økende kjønnsforskjeller i arbeidsmarkedet, hvor kvinner og menn er sysselsatt i ulike næringer, sektorer og yrker. Hvis man fordeler alle sysselsatte i Norge på ulike yrker, finner man at det er mye større variasjon i yrker for menn enn for kvinner (Ose m.fl 2014). Et eksempel på det kjønnsdelte arbeidsmarkedet er helse- og omsorgssektoren, som er kvinnedominert. Ifølge Solheim og Teigen (2006) kan man forstå det kjønnsdelte arbeidsmarkedet som et resultat av kvinners økte yrkesdeltakelse, hvor kvinnene i stor grad har gått til helse- og omsorgssektoren. Da kvinnene inntok arbeidsmarkedet, fikk de de samme omsorgsoppgavene i yrkeslivet som de tidligere hadde hatt i hjemmet og i familien. Kvinnedominert arbeid ble på denne måten forbundet med emosjonelle og relasjonelle egenskaper som ble betraktet som noe kvinner innehar. Slike historiske forhold bidrar til å kjønnskode yrker og til å reproducere den eksisterende kjønnssegregeringen av arbeidsmarkedet (Forseth 2002).

Kvinner og menn har også ulike posisjoner og stillinger i arbeidsmarkedet. Ifølge Barth og Dale-Olsen (2004) har menn høyere stillinger, selv innenfor samme yrke. Ose m. fl (2014) hevder også at menn i større grad enn kvinner har ledende stillinger. Det er likevel usikkert om dette handler mest om at kvinner ikke ønsker å være ledere, eller om de har vanskeligere for å komme i lederposisjoner. Det er også stor kjønnsforskjell når det kommer til lønn. Ifølge Ose m.fl (2014) er det tendenser til økte lønnsforskjeller mellom kvinner og menn i både offentlig og privat sektor. De mener dette i hovedsak skyldes at kvinner og menn gjennomgående arbeider i ulike yrker, hvor de typiske kvinneyrkene består av lave lønninger og deltidsarbeid. Barth og Dale-Olsen (2004) hevder at lønnsforskjellene også kan forklares med at menn har høyere stillinger selv innenfor samme yrke.

Det er også kjønnsforskjell når man ser på arbeidstid. Det er for eksempel i all hovedsak kvinner som arbeider deltid. Hele 41 prosent av norske kvinner arbeider deltid, tilsvarende for norske menn er 13 prosent (Næsheim og Villund 2013). Det kan være flere forklaringer til at kvinner og menn arbeider deltid. Når menn arbeider deltid er det vanligvis frivillig kort deltid og gjelder som oftest ungdommer under utdanning eller eldre som ønsker supplement til pensjonsinntekter (Kjeldstad og Nymoen 2004). Kvinners deltid er vanskeligere å forklare og mer sammensatt. Noen kvinner har et ønske om å arbeide fulltid, men de får bare tilbud om å arbeide deltid. Dette kalles ufrivillig deltid, og dreier seg om arbeidsplasser som ikke kan eller vil tilby annet enn deltidsstillinger enten for å spare penger, sikre arbeid til flere eller få turnusarbeidet til å gå opp. Andre kvinner arbeider deltid hvor de ser det som nødvendig å justere og redusere arbeidstiden sin på grunn av helseforhold (Ose m.fl 2014). Gjennom en spørreundersøkelse med 10 000 hjelpepleiere, fant Ose m.fl (2011) at 17 prosent følte at jobben var for slitsom til at de kunne mestre en større stilling. Andre kvinner arbeider deltid for å bedre kunne kombinere arbeid med familie. Det kan tyde på at kvinner opplever belastning og dobbel byrde med kombinasjon av yrkesdeltakelse og hjemmearbeid. Til tross for at de to sistnevnte betraktes som frivillig deltid, er det i virkeligheten uklart hvor frivillig deltiden faktisk er når det er nødvendig for kvinnen å redusere sin arbeidstid grunnet fysisk og psykisk belastning på arbeid eller i hjemmet (Moland 2013).

3.2.2 Utfordringer og belastninger i helse- og omsorgssektoren

Helse- og omsorgssektoren er kvinnedominert og et eksempel på det kjønnsdelte arbeidsmarkedet i Norge. Den er også blant sektorene i Norge med høyest sykefravær. Det er mye som tyder på at denne sektoren har enkelte utfordringer og belastninger, og disse forholdene kan ha betydning for helsen og sykefraværet. NOU (2010) konkluderer med at det er den høye kvinneandelen som gir høyere sykefravær i denne sektoren. Ose m.fl (2011) finner derimot at også menn i denne sektoren har høyere sykefravær enn menn i andre sektorer. Dette indikerer at fraværet også har med forhold på arbeidsplassen å gjøre. Det blir av kvinnene i sektoren rapportert om flere mekaniske og kjemiske belastninger enn hos kvinner i andre yrker (NOU 1990). I en kunnskapsoppsummering om betydningen av arbeidsmiljøet (Knardahl m.fl 2010) viser alle de inkluderte studiene at risikoen for sykefravær øker med mekanisk belastning. For eksempel øker pasientforflytning og pasientløft risikoen for sykefravær (Eriksen m.fl 2004b; Koehoor m.fl 2006). 90 prosent av hjelpepleierne i helse- og omsorgssektoren rapporterer at de har hatt plager knyttet til muskel-

og skjelettplager de siste 14 dagene (Eriksen 2003). I møte med pasienter har også disse kvinnene større emosjonell belastning. De arbeider med å ivareta menneskers helse og omorgsbehov, og dette kan vekke sterke følelser og bekymringer knyttet til pasienter og deres pårørende. Disse kvinnene opplever også i større grad å bli utsatt for vold, trusler og trakassering enn kvinner i andre kvinnedominerte yrker (NOU 1990).

Det ser også ut til at kvinnene i denne sektoren i større grad opplever en kombinasjon av store krav og lavere grad av kontroll. Den amerikanske sosiologen Robert Karasek (1979) hevder at stillinger med høye krav og lav kontroll over egen arbeidssituasjon fører til nedsatt helse og sykdom. Karasek og Theorell (1990) fant at kvinners gjennomsnittlige kontroll, i form av medbestemmelse, var lavere enn menns, og at kvinner møtte høyere krav enn menn i arbeidslivet. En annen som rapporterer at kvinner har mindre grad av kontroll i arbeidet er Hall (1989), som finner at menn har betydelig høyere jobbkontroll, også i yrker som karakteriseres som typiske kvinneyrker. Videre er omfang av deltidsarbeid og kvelds- og nattarbeid større i helse- og omsorgssektoren enn i de fleste andre næringer. I kunnskapsoppsommeringen om betydningen av arbeidsmiljø (Knardahl m.fl 2010) konkluderes det med at alle undersøkelser av kvelds- og nattarbeid tyder på høyere sannsynlighet for sykefravær og uførhet sammenlignet med de som jobber på dagtid (Eriksen m.fl 2004a). Summen av disse belastningene antas å være en viktig forklaring på hvorfor kvinner i denne sektoren har høyt sykefravær.

3.2.3 Arbeidsmiljø som forklaring på kjønnsforskjell i sykefravær

Selv om forklaringen om arbeidsmiljø ofte siteres i offentlig debatt og har mange tilhengere, får den lite støtte i norsk forskning. Mastekaasa og Dale-Olsen (2000) har undersøkt om kvinner arbeider i mer fraværsfremmende jobber enn menn. De finner ingen støtte for at type jobb kan forklare kjønnsforskjellen når de sammenligner menn og kvinner i samme yrkesgruppe og på samme arbeidsplass. Mastekaasa og Olsen (1998), Smeby m.fl (2009) og Kostøl (2010) finner heller ikke holdepunkter for å konkludere med at kjønnsforskjellen i sykefravær kan forklares med at kvinner har mer helsefarlig arbeid. NOU (2000) og Mastekaasa og Dale-Olsen (2000) finner at menn befinner seg gjennomgående i mer fraværsfremmende yrker og virksomheter enn kvinner. Det ser ut til at kvinner i typiske mannsyrker og menn i typiske kvinneyrker har et sykefraværsmonster som korresponderer med deres kjønn snarere enn deres yrke (Mastekaasa og Olsen 1998; Mastekaasa og Dale-Olsen 2000). Mykletun og Vaage (2012) finner heller ingen støtte for at helse- og omsorgsykker i seg selv skaper høyt

sykefravær. Etter flere undersøkelser hvor det har blitt sammenlignet sykefravær mellom kvinner og menn innenfor samme sektor og yrke, finner de at kvinner har høyere sykefravær uansett yrke. Bare en svært liten andel av kjønnsforskjellen i sykefravær kan tilskrives hvilke foretak, yrker og næringer kvinner og menn arbeider i, og denne forklaringsandelen har vært stabil siden 1995. En kan oppsummere med at denne forklaringen og sammenhengen ser ut til å ha en begrenset betydning for kjønnsforskjellen i sykefravær, men dette er likevel et område hvor det er behov for mer kunnskap. Ifølge Ose m.fl (2014) har man ikke gode nok forklaringsmodeller for kvinners høye sykefravær. De viser til manglende forskning på typiske kvinnedominerte arbeidsplasser, hvor arbeidslivet og forskning på arbeidslivet er tilpasset mannen. Bedre kunnskap om kvinners arbeidshelse og det kjønnsdelte arbeidsmarkedet er nødvendig for å forstå hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn.

3.3 Forhold i samfunnet: Dobbel byrde

En mye drøftet forklaring omhandler den doble byrde eller det den amerikanske sosiologen Hochschild kaller ”det andre skiftet”, og denne forklaringen antas å være spesielt knyttet til morsrollen (Hochschild 1989). Forklaringen hevder at den store kjønnsforskjellen i sykefravær kan forklares med at kvinner har økt sin yrkesdeltakelse i arbeidsmarkedet uten en tilsvarende reduksjon i sitt arbeid i hjemmet med husarbeid og omsorg for barna. Ifølge Kostøl (2010) opplever kvinner en dobbel byrde ved at de utfører dobbelt arbeid: lønnet arbeid og ulønnet arbeid. Dette kan påvirke kvinnens helse negativt og føre til økt sykefravær.

Det er ikke bare høyere arbeidsbyrde som kan forårsake høyere sykkelighet blant kvinner enn blant menn. Ifølge Mastekaasa (2000) og Thoits (1992) er det lettere for menn enn for kvinner å forene rollen som forelder og arbeidstaker. Når kvinner har flere roller, kan denne kombinasjonen medføre byrder fordi det stilles flere krav og rolleforventninger der individet ikke strekker til. Når kvinner har flere roller enn menn, opplever kvinner dermed en rollebelastning fordi de ikke klarer å oppfylle rollen som mor eller rollen som arbeidstaker (Goode 1969). Sieber (1974) beskriver rollebelastning ytterligere og tar i bruk begrepene rolleoverbelastning og rollekonflikt. Det førstnevnte begrepet tar utgangspunkt i at individer opplever en belastning fordi det ikke er nok tid, ressurser eller energi til å oppfylle de ulike rollene som forventes på en tilfredstillende måte. Det andre begrepet viser til at det oppstår konflikt når man har flere roller det stilles motstridende forventninger til (Sieber 1974; Mastekaasa 2000). Resultatet av mange og motstridende roller kan være en belastning for individet og gi nedsatt helse. På en annen side kan rolleforsterkning vise til at flere roller kan være positivt og helsefremmende (Mastekaasa 2000). I forskningslitteraturen har den doble byrde blitt undersøkt i relativt stort omfang, men resultatene har vært motstridende. Ifølge Kostøl og Telle (2011) er dette forklaringer som det er verdt å studere nærmere. Det er forklaringer nært knyttet til kjønn, og de har derfor potensial til å belyse kvinners sykefravær og kjønnsforskjellen i sykefravær.

3.3.1 Arbeidsdelingen i familien og på arbeidsmarkedet

Gjennom den industrielle revolusjonen som startet på 1700-tallet, oppstod det en tydelig arbeidsdeling mellom kvinner og menn. Kvinnen fikk rollen som husmor og omsorgsperson i familien, mens mannen gikk ut i lønnet arbeid. Hjemmet var tradisjonelt mannens sted for rekreasjon, og kvinnens arbeidsplass (Ose m.fl 2014). Selv om kvinner etterhvert økte sin arbeidsdeltakelse, så endret arbeidsdelingen mellom kjønnene i husholdningen seg lite i samme periode. Kvinner har fremdeles hovedansvaret for husarbeid og omsorg for barn. Til tross for store samfunnsendringer, henger det muligens igjen gamle kjønnsroller i både arbeidslivet og familielivet.

Tidsbruksundersøkelser har blitt gjennomført av Statistisk Sentralbyrå siden begynnelsen av 1970-tallet, og disse belyser hvordan kvinner og menn gjennom årene har fordelt tiden sin på lønnsarbeid, husarbeid og omsorgsarbeid. Tidsbruksundersøkelsene viser blant annet at kjønnsforskjellen i lønnsarbeid, husarbeid og omsorgsarbeid har blitt vesentlig redusert siden begynnelsen av 1970-tallet. Menn har redusert sin tid på lønnet arbeid og økt sin tid på husarbeid, mens kvinner har økt sin tid på lønnet arbeid og redusert sin tid på husarbeid (Kitterød 2002). Til tross for at kvinner gjør mindre husarbeid nå enn tidligere og menn gjør mer, gjør kvinner fortsatt mer husarbeid enn menn. Kvinner bruker i gjennomsnitt 3 timer og 30 minutter på husarbeid hver dag, mens menn bruker 3 timer (Kitterød 2012). Når man ser nærmere på tiden brukt på omsorgsarbeid, ser man at tidsbruken for menn har økt. Kvinnene bruker omtrent like mye tid på barna i dag som på 1970-tallet. Til tross for at menn har økt sin tid på omsorg for barna, bruker kvinner fremdeles mest tid på barneomsorg (Kitterød 2012).

Når man ser nærmere på arbeidsdelingen på arbeidsmarkedet, ser man at deltid er langt mer utbredt blant kvinner enn blant menn, og dette viser igjen til det tradisjonelle kjønnsrollemønstret og forventninger til kvinnen som omsorgsperson og mannen som familieforsørger. Hvor menn sin arbeidstid i liten grad blir påvirket av familiesituasjonen, handler arbeidstiden for kvinner i stor grad om familiesituasjonen. En viktig forutsetning for kvinners økte yrkesdeltakelse i kombinasjon med omsorgsforpliktelser i hjemmet er muligheten for å arbeide deltid. Kvinner, som fremdeles har hovedansvaret i familien, tilpasser og reduserer sin arbeidstid for å bedre kunne kombinere yrkesaktivitet med husarbeid og omsorg for barna (Kjeldstad 2006). Kvinner tar også ut mesteparten av foreldrepermisjonen. Ifølge Kitterød (2007) kan arbeidsdelingen i hjemmet og på arbeidsmarkedet også forklares med et kjønnsdelt arbeidsmarked og normer. Det er mer

vanlig å arbeide deltid for kvinner enn for menn, og det er mer akseptert for kvinner å redusere sin arbeidstid enn at menn gjør det når de får barn. Som nevnt tidligere, har menn høyere inntekt enn kvinner. Kjønnes arbeidstilpasning kan også skyldes at menn som regel har høyere inntekt enn kvinner, slik at det vil lønne seg for familien totalt sett at det er kvinner som reduserer arbeidstiden sin hvis det blir behov. Ifølge Kjeldstad og Nymoen (2004) ser fordelingen i arbeidstiden ektefeller imellom i liten grad ut til å være et resultat av økonomiske begrunnede forhandlinger i husholdet. Det kan som nevnt tyde på at kvinner opplever belastning og dobbel byrde med kombinasjon av yrkesaktivitet og hjemmearbeid. Da kvinner ikke kan redusere omsorgsarbeidet i hjemmet, kan mye tyde på at kvinner reduserer arbeidstiden sin eller trekker seg ut av arbeidsmarkedet for å kunne redusere belastningen. Det er rimelig å anta at dobbeltarbeid vil være mindre for kvinner som arbeider deltid, enn kvinner som arbeider fulltid.

Det kan også tenkes at den doble byrde er mindre for kvinner med barn med partner, enn for enslige kvinner med barn. Kvinner med partner har noen å dele husarbeid og omsorgsoppgaver med. De har også mulighet til å trekke seg ut av arbeidsmarkedet for en periode eller redusere arbeidstiden sin hvis belastningen blir for stor. De enslige kvinnene har ikke de samme mulighetene. De vil mest sannsynligvis ha en større arbeidsbyrde, da de ikke har noen å dele husarbeid og muligens omsorg for barn med. De har i mindre grad mulighet til å trekke seg ut av arbeidsmarkedet eller redusere arbeidstiden sin, da de er de eneste i husstanden med arbeidsinntekt. Da disse enslige kvinnene opplever større belastning, og ikke har mulighet til å trekke seg ut av arbeidsmarkedet eller redusere arbeidstiden sin, kan løsningen muligens være sykefravær.

3.3.2 Rollefordeling

Ifølge Goode (1960) kan kombinasjonen av flere roller medføre byrder fordi det stilles flere krav og rolleforventninger der individet ikke strekker til. Desto flere roller et individ har, desto større blir byrden (Goode 1960) og risikoen for økt sykefravær. Fordi man antar at yrkesaktive kvinner gjør mer ulønnet arbeid, har de flere roller å fylle enn menn. Kvinner kan derfor oppleve en rollebelastning fordi de ikke klarer å oppfylle flere rolleforpliktelser, rollen som mor og rollen som arbeidstaker (Goode 1960). Sieber (1974) beskriver begrepet rollebelastning ytterligere med å ta i bruk begrepene rolleoverbelastning og rollekonflikt. I teorien refererer disse til to forskjellige mekanismer, men i litteraturen synes begrepene ofte å gå under fellesbetegnelsen dobbeltarbeid eller den doble byrde. Antakelsen er at en kombinasjon av yrke- og familieliv vil medføre en dobbel byrde gjennom rolleoverbelastning og rollekonflikt. Ifølge Mastekaasa (2000) vil byrden være sterkest for morsrollen med små barn.

Det første begrepet tar utgangspunkt i at individer opplever en rolleoverbelastning fordi det ikke er nok tid, ressurser eller energi til å oppfylle de ulike rollene som forventes. Siden man antar at kvinner har flest roller, fører dette til en rolleoverbelastning. Menn kan også oppleve rolleoverbelastning, men forventningene om at menn skal kombinere yrkesaktivitet og familieomsorg er mindre både fra familien og fra samfunnet (Brody 1981; Brandt og Kvande 2003). Yrkesaktive mødre kan redusere sin rolleoverbelastning ved å redusere arbeidstiden sin eller fordele arbeidsoppgavene mer likt i husholdningen. Rollekonflikt oppstår når man har flere roller det stilles motstridende forventninger og krav til (Sieber 1974; Mastekaasa 2000). Ifølge Mastekaasa (2000) er dette mer rettet mot kvinner, da menn har en lang tradisjon med å kombinere yrkes- og familieliv, og disse rollene står dermed i mindre konflikt til hverandre. Imidlertid har fedrenes rolle i familien blitt styrket (Brandt og Kvande 2003), hvor fedrenes tid brukt på familien har økt (Kitterød 2012). Bjørngaard m.fl (2009) hevder at kvinner i trolig større grad enn menn opplever en rollekonflikt mellom arbeid og omsorg. Hvis kvinner i større grad enn menn opplever denne typen konflikt, så vil dette kunne være med på å forklare kjønnsforskjellen i sykefravær. Tidligere studier finner at konflikter knyttet til disse rollene gir økt sykefravær hos kvinner og menn (Jansen m.fl 2006; Voss m.fl 2008). Simon (1995), Berntsson m.fl (2006), Voss m.fl (2008) og Lidwall m.fl (2009) finner at kvinner i større grad enn menn opplever at rollen som forelder og arbeidstaker kommer i konflikt med hverandre, mens Byron (2005) og Jansen m.fl (2006) finner ikke forskjell mellom kjønnene.

I motsetning til rolleoverbelastning og rollekonflikt, går teorien om rolleforsterkning ut på at det å ha flere roller er positivt og gunstig for helsetilstanden (Mastekaasa 2000). En positiv opplevelse på et område kan gi positive effekter på andre områder, og dette vil kunne oppveie eventuelle negative effekter og gjøre en mindre utsatt for problemer knyttet til en bestemt rolle (Mastekaasa 2000). Ifølge Voidanoff (2002) kan rollene ses på som komplementære, hvor de utrunder individet med ressurser som en kan dra nytte av i utøvelsen av andre roller. Dette står mer sentralt i teorien om "role enhancement hypothesis" (Greenhaus og Powell 2005) og "role accumulation theory" (Sieber 1974).

3.3.3 Dobbeltarbeid

Utgangspunktet for denne forklaringen er at kjønnsforskjellen i sykefravær kan forklares med at kvinner har økt sin yrkesdeltakelse i arbeidsmarkedet uten en tilsvarende reduksjon i sitt arbeid i hjemmet med husarbeid og omsorg for barna. Ifølge Kostøl (2010) opplever kvinner en dobbel byrde ved at de utfører dobbelt arbeid: lønnet arbeid og ulønnet arbeid. En kombinasjon av dette kan påvirke kvinnens helse negativt og dette kan føre til økt sykefravær. En ny forklaring på kvinners sykefravær har blitt presentert av Mykletun i Aftenposten (2014) og kan sees på som en variant av dobbel byrde-forklaringen. Utgangspunktet for denne forklaringen er at dagens kvinner opplever en trippelbyrde, både på hjemmebane, på arbeid og ved forventninger om det perfekte liv. Forskeren tror ikke det bare holder å lete etter forklaringer på sykefravær i arbeidslivet eller i hjemmet. Han mener vi må lete etter noe i det norske samfunnet som har blitt en belastning for kvinner, men ikke for menn. Ifølge Mykletun i Aftenposten (2014) er det på mange måter en annen type press på dagens kvinner i samfunnet og viser til økte forventninger rundt perfekte hjem, vinklubber, gourmetmiddager, veltrente kropp og et aktivt sosialt liv. Han mener det kan være ulike ting for ulike kvinner, men at poenget er at flere ulike forventninger i sum kan bli en belastning for disse kvinnene. Tidligere arbeidsminister Anniken Huitfeldt hevder i Aftenposten (2014) at denne generasjonens kvinner sitter igjen med følelsen av og ikke strekke til og ikke være gode nok. Hun stiller spørsmål om det er krav til vellykkethet som gjør kvinner utslitt og syke og om kvinner blir tyngt med skyhøye krav de ikke klarer å oppfylle. På nåværende tidspunkt er det ingen forskning som gir støtte for at trippelbyrde fører til sykemeldinger for kvinner flest. Det mangler empirisk belegg som støtter denne forklaringen. Det kan også tenkes at det kan være vanskelig å måle denne byrden da det er ulike ting som i sum kan bli en belastning for ulike kvinner.

3.3.3.1 Tidligere studier på dobbeltarbeidshypotesen

I denne delen vil det først bli redegjort for metodiske utfordringer knyttet til sammenhengen mellom familieforpliktelser, yrkesaktivitet og sykefravær. Deretter vil norske og internasjonale studier om dobbeltarbeid bli presentert. Funnene fra de tidligere studiene har vært motstridende. I de fleste tidligere studiene har forskjeller mellom kvinner med og uten barn blitt studert. Dobbelt byrde har som oftest blitt målt med antall barn eller barns alder.

Metodiske utfordringer

En viktig metodisk utfordring når man studerer forskjeller i sykefravær mellom kvinner med og uten barn er uobservert heterogenitet og ulike typer seleksjonseffekter. Uobservert heterogenitet er uobserverte egenskaper ved individene som har effekt på den avhengige variabelen, men som ikke fanges opp i datamaterialet. Informasjon om helse, evner, motivasjon og familie- og arbeidsforhold kan være eksempler på uobserverte egenskaper. Estimering av effekten av dobbeltarbeid på sykefraværet er også forbundet med ulike typer seleksjonseffekter. En type seleksjon er at kvinner som har problemer med å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn, i større grad vil arbeide deltid eller trekke seg ut av arbeidsmarkedet. På denne måten vil disse kvinnene som ellers ville fått økt sykefravær, selektere seg ut av arbeidsmarkedet, og effekten av dobbeltarbeid på sykefravær vil da bli underestimert. Dette tyder likevel på at deltidsarbeidet fungerer som en strategi for å unngå dobbeltarbeid. En annen seleksjon kan forekomme ved at kvinnene med problemer med å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn, kan velge å få færre barn. En klar svakhet med flere av de tidligere studiene er at de ikke har tatt hensyn til uobserverbar heterogenitet og eventuelle seleksjonsproblemer som oppstår ved å sammenligne kvinner med barn med kvinner uten barn. Dette betyr at resultatene fra disse studiene ikke kan brukes til å avgjøre om den estimerte sammenhengen mellom dobbeltarbeid og sykefravær reflekterer en kausal sammenheng eller bare en seleksjonsprosess. Dermed blir det vanskelig å trekke konklusjoner om sammenhengen mellom dobbeltarbeid og sykefravær.

Åkerlind m.fl (1996) sin studie undersøker kjønnsforskjell i sykefravær med fokus på alder og omsorg for barn. Studien består av et utvalg av den yrkesaktive befolkningen i alderen 16 til 54 år i Östergötland fylke i Sverige i perioden 1985-1987. Den doble byrde blir operasjonalisert med antall barn under 10 år. De finner markerte forskjeller i sykefraværet mellom personer med og uten barn, og disse forskjellene er sterkt knyttet til alder og kjønn. Åkerlind m.fl (1996) finner at kvinner med barn har et høyere sykefravær enn menn med barn og dette gjelder for alle aldersgrupper. Det er ikke korrigert for eventuelle seleksjonseffekter.

Vistnes (1997) ønsker med sin studie og nærmere undersøke hvilke faktorer som kan forklare kjønnsforskjellen i sykefraværet i USA. Dobbel byrde blir operasjonalisert med antall barn under 6 og 15 år. Han finner at barn øker sannsynligheten for sykefravær blant kvinner, og at barn under 6 år også øker sannsynligheten for økt lengde på sykefraværet hos kvinner. Han finner derimot ikke at barn øker sannsynligheten for sykefravær hos menn. Menn med omsorg for barn, har imidlertid flere sykedager enn menn som ikke har omsorg for barn. Dette kan forklares med at mennene gjerne er aleneforsørgere eller gift med en arbeidende kvinne, og har dermed et fraværsmønster lik kvinner med barn og ikke som andre menn generelt.

Mastekaasa og Dale-Olsen (1998) undersøker dobbeltarbeid med utgangspunkt i registerdata fra 1990 og 1995. Utvalget består av kvinner og menn i alderen 18-64 år. Resultatene fra studien viser at kvinner har 1,3 til 1,7 ganger så mange fraværstilfeller som menn selv om de jobber under tilsvarende arbeidsforhold i Norge og har relativt like jobber. Når de fjerner mesteparten av personer med barn under 10 år fra utvalget, blir ikke ulikhetene mellom kvinner og menn redusert. Forskerne tolker dette som empirisk støtte til at forskjeller mellom kvinner og menn ikke kan forklares med den doble byrde. Det blir derimot ikke tatt hensyn til eventuelle seleksjonseffekter i analysen, og hypotesen kan dermed ikke avkreftes. Mastekaasa og Dale Olsen (1998) konkluderer likevel med at eventuelle dobbeltarbeidseffekter er for svake til å gi en positiv sammenheng mellom antall barn og sykefravær, og at dobbel byrde ikke kan være en hovedforklaring på kjønnsforskjellen i sykefravær.

Mastekaasa (2000) tar i bruk registerdata fra 1990 og 1995 og ønsker å undersøke om kvinner i større grad enn menn er dobbeltarbeidende, og om dette kan forklare hvorfor kvinner har et høyere sykefravær enn menn. Antall barn under 16 år blir brukt som mål på dobbel byrde. Han finner at sammenhengen mellom barn og sykefravær er svak, spesielt for gifte kvinner og menn. Sammenhengen mellom barn og sykefravær er noe sterkere for enslige. Mastekaasa (2000) finner at yrkesaktive kvinner i gjennomsnitt har mindre sykefravær, jo flere barn de har, og finner dermed ikke støtte til forklaringen om dobbeltarbeid.

Bratberg m.fl (2002) argumenterer for at resultatene til Mastekaasa (2000) kan skyldes seleksjonseffekter, ved at kvinner som har problemer med å kombinere familieomsorg med en yrkeskarriere velger og ikke få flere barn, eller trekker seg delvis eller helt ut av arbeidslivet. Dette blir bekreftet når de finner at arbeidsdeltakelsen avtar med antall barn for gifte kvinner. Det kan også være at de kvinnene som velger å kombinere yrkeskarriere med barn, har noen spesielle kjennetegn som samvarierer med ellers lavt sykefravær. Bratberg m.fl (2002) undersøker dobbeltarbeid ved å ta utgangspunkt i et paneldatasett fra KIRUT-databasen⁷ for årene 1989-1993 og undersøker om en kombinasjon av yrkes- og familieforpliktelse øker det kvinnelige sykefraværet. Grad av dobbel byrde blir målt med antall barn under 11 år, antall fødsler i perioden 1989-1993 og yrkesdeltakelse for kvinner. Etter at forfatterne tar hensyn til seleksjonen, finner de at kvinner med barn har noe høyere sykefravær enn barnløse kvinner. De finner blant annet at en kvinne med tre barn under 11 år har 3,7 prosent større sannsynlighet for et sykefraværstilfelle som varer over 14 dager enn barnløse kvinner i arbeid. Bratberg m.fl (2002) finner at en økning i antall barn har en positiv effekt på sykefraværet og dette gir delvis støtte til forklaringen om dobbeltarbeid.

Bratberg og Naz (2009) ville undersøke om lik omsorg for barn ville forbedre kvinnens arbeidshelse og redusere sykefraværet blant kvinner. Resultatene fra studien viser at i 6 prosent av tilfellene der fedrene tar ut mer enn den tildelte fedrekvoten, går sykefraværet blant kvinnene ned med 5-10 prosent. Mer involvering i omsorgsoppgavene for fedre kan ifølge Bratberg og Naz (2009) ha positive effekter på mødrenes helse og muligens redusere sykefraværet blant kvinner. Til tross for dette, kan det tenkes at det er spesielle egenskaper ved fedrene som tar ut mer enn fedrekvoten. De mennene som tar en større del av ansvaret for barna, har et sykefraværsmønster som ligner mer på kvinnenes. De konkluderte med at økt deling av omsorg reduserer sykefraværet blant kvinner og dette gir støtte til dobbeltarbeid.

⁷ KIRUT ble etablert for å gi et generelt datagrunnlag for forskning om befolkningens bevegelser i trykkesystemet og arbeidsmarkedet over tid.

Angelov m.fl (2011) viser til studier som har sammenlignet sykefraværet til kvinner i årene etter fødsel med sykefraværet for de samme kvinnene før de ble gravide. Resultatene fra disse studiene er ikke entydige, men noen indikerer at kvinners sykefravær er høyere i årene etter fødsel sammenlignet med før graviditet. De finner at barn har en sterk effekt på kvinners sykefravær. Før første barn finner de ingen forskjell i kvinners og menns sykefravær. Etter første barn derimot, har kvinner dobbelt så mange fraværsdager som sin samboer. En forskjell som vedvarer inntil barnet er 15 år. Angelov m.fl (2011) konkluderer med at en kombinasjon av arbeid og foreldreskap gir høyere sykefravær for kvinner på kort og lang sikt.

Grasdal (2011) argumenterer i sitt forskningsprosjekt om kvinners yrkesdeltakelse, familieomsorg og sykefravær for at det tradisjonelle kjønnsrollemønstret fortsatt gjelder. Hun tar utgangspunkt i registerdata over relativt lange tidsrom for perioden 1992-2007 og undersøker hvorvidt kombinasjonen av høy yrkesdeltakelse og flere barn fører til økt sykefravær. Hun studerer kvinners og menns yrkesdeltakelse og sykefravær gjennom hele småbarnsperioden. Hun tar i bruk paneldata og åpnet for alternative metoder for å håndtere seleksjon. Resultatene viser at kombinasjonen av å arbeide fulltid og ha omsorg for små barn øker kvinners sykefravær. Ifølge Grasdal (2011) kan denne kombinasjonen bidra til å forklare både veksten i kvinners sykefravær og kjønnsforskjell i sykefravær. Hun mener det er usikkert hvorvidt det økte sykefraværet først og fremst omhandler redusert helse eller om sykefravær blir brukt som en strategi for å takle den totale belastningen.

Mastekaasa (2012) sin studie inkluderer sammenligninger mellom 23 EU-land og Norge, hvor forholdet mellom barn og kvinners sykefravær blir undersøkt. Resultatene viser at omsorg for barn fører til lavere sykefravær for gifte og samboende kvinner. Dette begrunnes med den såkalte "role accumulation theory" som sier at en kombinasjon av flere roller er en berikelse og en buffer mot stress (Sieber 1974). Han finner derimot at kvinner med ett barn under 5 år har høyere sykefravær. Dette kan ifølge Mastekaasa (2012) skyldes at den største overgangen er å bli foreldre første gang. Å bli foreldre for andre og tredje gang er muligens ikke en like stor helsemessig belastning. Funnene i studien kan være et resultat av seleksjonsproblem, fordi det kun er den yrkesaktive befolkningen som er inkludert i studien. Statistiske beskrivelser viser at kvinner med små barn har lavere yrkesaktivitet enn kvinner uten små barn, noe som kunne ha betydning for sykefraværet. Lavere yrkesaktivitet, eller ikke yrkesaktivitet i det hele tatt, kan gi utslag på faktorer som kan påvirke sykefraværet. Det er sannsynlig at de som ellers ville hatt det høyeste sykefraværet, oftere enn andre forlater arbeidslivet eller er hjemme med barna i lengre perioder (Mastekaasa 2012:5).

Rieck og Telle (2013) ser i sin studie "Sick leave before, during and after pregnancy" nærmere på sykefraværs mønstret før, under og etter graviditet for over 175 000 yrkesaktive kvinner som får sitt første barn i perioden 1992-2008. De sammenligner sykefraværet årene etter fødsel med sykefraværet før graviditet. Resultatene viser at sykefraværet øker betraktelig årene etter at kvinnene får sitt første barn. Dette funnet ser ut til å støtte forklaringen om dobbeltarbeid, men Rieck og Telle (2011) hevder imidlertid at det økte sykefraværet sannsynligvis skyldes potensielle seleksjonsproblemer. De hevder at det økte sykefraværet årene etter fødsel, sannsynligvis er forårsaket av svangerskapsrelaterte plager knyttet til påfølgende fødsler, og ikke den doble byrde. De håndterer disse seleksjonsproblemer og ekskluderer påfølgende fødsler. De finner deretter at sykefraværet til kvinner etter fødsel faller tilbake til nivået før graviditet, og finner ikke lenger høyere sykefravær i årene etter fødsel. Når de ser nærmere på menn, ser de en liten økning i sykefravær rundt kvinnens fødsel. De finner imidlertid at det økte sykefraværet ikke skyldes sykdom hos mennene, men at mennene tar ut sykefravær på vegne av andre. De finner dermed få tegn til at barn har betydning for sykefraværet til menn. Rieck og Telle (2013) konkluderer med at det er få, om noen, tegn til at dobbel byrde kan forklare kjønnsforskjellen i sykefravær.

3.3.4 Dobbel byrde som forklaring på kjønnsforskjell i sykefravær

I rapport etter ekspertmøte om årsaker til kjønnsforskjell i sykefravær, hevder Mykletun og Vaage (2012) at kvinner som kombinerer fulltidsarbeid med omsorg for små barn potensielt er mer utsatt for sykefravær enn menn. Dette støttes av forskning som viser at kjønnsforskjellen er størst i reproduktiv fase, samt at sykefraværet øker mer hos kvinner etter barnefødsler enn hos menn. Det er enighet blant partene om at dobbeltarbeid trolig er relevant som en mulig forklaring på kjønnsforskjellen i sykefravær, men at mekanismene og sammenhengene ikke er tilstrekkelig godt nok forstått. Det er vanskelig å konkludere ut ifra foreliggende forskning om dette skyldes økt arbeidsbyrde, endrede preferanser, rolleforventninger eller noe annet. Det etterlyses mer og bedre forskning om betydningen av familie og familiedanning for sykefraværet. Ifølge Mastekaasa i NRKs debatt om kvinners sykefravær (2014) ser ikke kvinners dobbeltarbeid ut til å forklare kjønnsforskjellen i sykefravær. Han hevder at kvinner har høyt sykefravær når de er gravide, men at kvinner med små barn ikke har noe særlig høyt sykefravær. Ifølge NOU (2010) kan forklaringen om kvinners høye sykefravær grunnet dobbel byrde i liten grad forklare kjønnsforskjellen i sykefravær.

En kan oppsummere med at forskningen på dobbelbyrde og sykefravær har vist motstridende funn, da noen har funnet støtte til forklaringen om dobbel byrde (Bratberg m.fl 2002; Angelov m.fl 2011; Grasdahl 2011), mens andre har ikke funnet støtte til at den doble byrde kan forklare kjønnsforskjellen i sykefravær (Mastekaasa og Dale-Olsen 1998; Mastekaasa 2000; Rieck og Telle 2013). Forskerne etterlyser mer og bedre forskning for å bringe frem ny kunnskap om dobbel byrde sin effekt på sykefraværet. Mykletun og Vaage (2012) etterlyser blant annet økt anvendelse av store randomiserte kontrollerte effektstudier på kjønnsforskjell i sykefravær og i sykefraværsforskningen generelt. I de neste kapitlene skal det nærmere undersøkes om den doble byrde kan forklare kjønnsforskjellen i sykefravær. Ved å anvende en fast effekt modell, skal man undersøke yrkesaktive norske kvinner og menn som får sin førstefødte i perioden 1995-2006. Ved å studere deres sykefravær før, under og etter fødsel, kan man finne ut hvorvidt barn og dobbeltarbeid fører til sykefravær hos norske kvinner og menn. Ifølge dobbel byrde-forklaringer vil det være en positiv sammenheng mellom barn og sykefravær hos yrkesaktive kvinner.

4.0 Data

I dette kapitlet vil datamaterialet, utvalget og variablene som ligger til grunn for oppgaven bli presentert. Kapitlet begynner med en kort presentasjon og diskusjon av datamaterialet og utvalget som er brukt, etterfulgt av en operasjonalisering av den avhengige variabelen og beskrivelse av de uavhengige variablene og seleksjonsvariablene som inngår i analysene. Da formålet med oppgaven er å undersøke kjønnsforskjell i sykefravær med fokus på dobbeltarbeid, vil det tas utgangspunkt i data som inneholder informasjon om sykefravær, sysselsetting og demografiske forhold.

4.1 Datamaterialet

Datamaterialet som er benyttet i denne oppgaven er datasettet Forløpsdatabasen trygd (FD-trygd). FD-trygd er et rikt registerdatasett som inneholder informasjon om hele den norske befolkning i aldersgruppen 16-67 år. Databasen inneholder opplysninger fra og med 1992. Registerdataene er innsamlet fra forskjellige administrative registre som NAV, SSB, Skattedirektoratet, Arbeidsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet, og inneholder blant annet informasjon om sykefravær, sysselsetting og demografiske forhold. Datamaterialet inneholder bare informasjon om sykepenger som er utbetalt av folketrygden. FD-trygd inneholder opplysninger som er sentrale for forskning, og Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) kan tilby forskere og studenter registerdata fra et 20-prosentsutvalg. Datasettet som er tilgjengelig for denne oppgaven er basert på et 10-prosents tilfeldig utvalg. Hvert enkelt register gir begrenset informasjon, men muligheten for å koble disse sammen gir klare fordeler innen forskning. Registreringene gir mulighet til å analysere enkeltindividers livsløp og bevegelser mellom de ulike trygdeordningene (NSD 2014).

4.1.1 Fordeler og ulemper ved datamaterialet

En fordel med FD-trygd er at datasettet inneholder longitudinell informasjon på individnivå. Dette gir muligheter til å studere individer og deres bevegelser mellom de ulike trygdeordningene over tid. For at dataene skal betraktes som anonyme, foretar NSD vurderinger med tanke på utvalgsstørrelse, antallet variabler og detaljeringsgrad. Utvalgsbegrensningen og anonymiseringen gjør at en slipper den omfattende søknadsprosessen en ellers måtte ha gått gjennom. Siden informasjon er hentet fra offentlige registre av høy kvalitet, blir datakvaliteten regnet som svært god. Man unngår blant annet problemer knyttet til utvelging av enheter, manglende deltakelse og frafall av enheter over tid. En unngår også erindringsproblematikk, som ofte er et problem ved longitudinelle data basert på survey-undersøkelser. Registerdata har også sine ulemper og begrensninger. Dataene er begrenset til hva som registreres i offentlige registre, noe som medfører at informasjon som kunne vært relevant for forståelsen av holdninger, motivasjon, normer og vurderinger uteblir fra oppgavens analyser. Det kunne for eksempel vært hensiktsmessig å ha tilgang til informasjon om subjektive vurderinger av den doble byrde for å få mer forståelse rundt hvordan omsorgsarbeid og husarbeid fordeles mellom kjønn. Ettersom datamaterialet bare inneholder informasjon om sykepengesom er utbetalt av folketrygden, har man bare tilgang til opplysninger om sykefravær utover arbeidsgiverperioden.

4.2 Utvalg

Da formålet med oppgaven er å undersøke kjønnsforskjell i sykefravær i Norge med fokus på dobbeltarbeid, ble utvalget norske yrkesaktive kvinner og menn i aldersgruppen 18-50 år før og etter barnefødsel. Utvalget er trukket slik at man kan studere både alderseffekter og periodeeffekter. Tidsperioden studien undersøker er fra 1993-2011. Da oppgaven har fokus på norske kvinner og menn, har det blitt valgt å ekskludere personer som ikke er født i Norge. Videre avgrenses utvalget til de som er registrert med en yrkestilknytning det gjeldende året, ettersom formålet er å undersøke effekten av yrkesaktivitet og familieforpliktelser. Det har i analysene blitt tillatt at personer entrer og forlater utvalget underveis i perioden, men FE-modellen estimeres kun med grunnlag i de årene man er i utvalget. Det er interessant å inkludere menn i utvalget, da det er spennende å se om den doble byrde påvirker kvinner og menn like mye. Ved å inkludere begge kjønn, kan dette gi et klarere bilde av kjønnsforskjellen. Datamaterialet tillater ikke å koble sammen ektefeller, så man kan dermed ikke undersøke mann eller kvinne i samme hushold. Bakgrunn for valg av aldersgrupper er at det er i disse årene de aller fleste stifter familie, har omsorg for små barn og er yrkesaktive. Siden man gjennom analysene ønsker å studere sykefravær før, under og etter fødsel, tar man utgangspunkt i kvinners og menns sin første barnefødsel i perioden 1995-2006, for å kunne følge dem to år før første fødsel og fire år etter. Det kontrolleres også for flere barn i perioden. Utvalget har blitt trukket med utgangspunkt i alle som mottar fødselspenger, uten å selektere spesifikt for kjønn. Kjønnfordelingen reflekterer den som gjelder i totalpopulasjonen når det gjelder fødselspenger. Foreldre som er hjemme med syke barn er ekskludert fra utvalget, da det er foreldrenes sykefravær som er relevant for oppgaven. Individuer som mottar andre helserelaterte ytelser (attføring og uførepensjon) iløpet av analyseperioden tas ut av utvalget de årene de mottar ytelsene.

Etter utvalgsavgrensningene sitter man igjen med et analyseutvalg på 10 012 personer ved t-2, hvorav 5330 er kvinner og 4682 er menn. Ved T+4 sitter man igjen med et analyseutvalg på 8081 personer ved t+4, hvor 4157 er kvinner og 3924 er menn.

4.3 Variabler

Ifølge dobbel byrde-forklaringer vil det være en positiv sammenheng mellom barn og sykefravær blant yrkesaktive kvinner, ettersom ett eller flere barn øker arbeidsbyrden i hjemmet. Siden det blir benyttet registerdata, vil den doble byrde bli operasjonalisert og målt med barnefødsler, der man antar at byrden øker med ett eller flere barn. I denne delen av kapittelet skal det først gis en kort presentasjon av den avhengige variabelen, for deretter å beskrive de uavhengige variablene og seleksjonsvariablene. I regresjonsanalysen er det viktig å merke seg at fast effekt modellen kontrollerer for alle tidskonstante uobserverte egenskaper. Som et resultat av dette vil også de uavhengige variablene som er konstant over tid bli transformert bort. Man kan dermed ikke estimere effekten av disse uavhengige variablene på den avhengige variabelen, hvor modellen kun utnytter informasjon som varierer over tid for individene.

4.3.1 Avhengig variabel

Sykdoms- og svangerskapsrelatert sykefravær:

Den avhengige variabelen er en kontinuerlig variabel som måler antall dager sykefravær per år. Den omhandler sykefravær som er legemeldt og som strekker seg utover den 16 dagers lange arbeidsgiverperioden. Dette er sykefravær som dekkes av Folketrygden. Det er legemeldt sykefravær som er mest interessant for denne oppgaven, da det er her man finner den største kjønnsforskjellen. Dette sykefraværet utgjør også den største delen av det totale fraværet. Da den avhengige variabelen kun fanger opp legemeldt fravær, vil ikke analysene kunne si noe om kort og egenmeldt sykefravær og dette medfører at funnene ikke kan generaliseres til annet enn det legemeldte sykefraværet.

4.3.2 Uavhengige variabler og seleksjonsvariabler

Kjønn:

Forskning viser at kvinner har høyere sykefravær enn menn. En av forklaringene til dette omhandler som nevnt dobbeltarbeid som tar utgangspunkt i at kvinner bruker nesten dobbelt så mye tid på arbeid som menn. Ifølge denne forklaringen, opplever kvinner en dobbel byrde med kombinasjon av yrkesdeltakelse og hjemmearbeid. Da man i oppgaven skal undersøke kjønnsforskjell i sykefravær, vil det i den deskriptive analysen bli utført en kjønnsfordeling på ulike tidspunkt. I regresjonsanalysen vil det bli utført separate analyser for kvinner og menn.

Alder:

I utgangspunktet forventes det at sykefraværet vil øke med alder ettersom ens helsetilstand svekkes med årene. Eldre kvinner vil for eksempel være mer utsatt for noen typer sykdommer eller ha økt sannsynlighet for svangerskapsrelaterte plager. Da man i oppgaven ønsker å undersøke alderseffekter, vil det i den deskriptive analysen bli presentert en aldersfordeling. I regresjonsanalysen vil det bli utført separate analyser for de ulike aldersgruppene 20-25 år, 26-31 år og 32+ år. Det er nyttig å dele inn aldersgruppene slik, for å sikre store nok analytiske utvalg.

Kalenderår:

Da det er interessant å se hvordan sykefraværet har endret seg for de ulike aldersgruppene i ulike perioder, vil det i regresjonsanalysen bli utført separate analyser for flere ulike kalenderår eller perioder. Man skal her ta for seg periodene 1995-1998, 1999-2002 og 2003-2006.

Antall barn under 18 år:

Ifølge forklaringen om dobbeltarbeid vil det være en positiv sammenheng mellom barn og sykefravær blant yrkesaktive kvinner, ettersom barn øker arbeidsbyrden i hjemmet. Den doble byrde operasjonaliseres med barn. Man har ett sett med dummyvariabler som angir tidspunkt for første fødsel (6 stk) og en dummyvariabel som angir tidspunkt for påfølgende fødsler.

Sivilstatus:

Det antas at personer som lever i partnerskap vil ha mindre total arbeidsbyrde, ettersom de har en partner å dele husholdningsansvar med. Samtidig vil belastning ved skilsmisse eller tap av partner forventes å ha en negativ helseeffekt. Variabelen sivilstatus er kategorisert med tre verdier, hvor ugift har verdi 1, gift, separert eller registrert partner har verdi 2 og skilt, enke(mann) og gjenlevende partner har verdi 3. Alle andre får system missing. Denne variabelen blir kun brukt i den deskriptive analysen.

Utdanning:

Det forventes at antall år med utdanning vil gi mindre sykefravær ettersom høy utdanning kan tenkes å ha betydning for fleksibilitet og varierte arbeidsoppgaver som gir liten fysisk belastning og helseplager. Ose m. fl (2014) kan vise til at både kvinner og menn med lavere utdanning har betydelig høyere sykefravær enn de med høyere utdanning. Ifølge Mastekaasa og Dale-Olsen (1998) synker sykefraværet med sosioøkonomisk status, men det synker mindre for kvinnene. Variabelen utdanning er kodet slik at ingen eller uoppgitt utdanning har verdien 0, grunnskole har verdien 1, videregående skole har verdien 2, lavere nivå universitet/høyskole har verdien 3, og høyere nivå av universitet/høyskole har verdien 4. Alle andre får system missing. Denne variabelen brukes bare i den deskriptive analysen.

Næringssektor:

Det forventes i utgangspunktet at næringssektorer med høy andel funksjonærer, som ofte utfører administrativt arbeid, vil ha lavere sykefravær enn arbeidere, som ofte utfører fysisk arbeid. Mastekaasa og Dale-Olsen (1998) hevder at dette kan komme av at det er større variasjon i ansettelses- og arbeidsforhold på høyere kompetansenivåer. Et eksempel er helse- og omsorgssektoren der sykefraværet er høyt sammenlignet med andre næringer (NOU 2010). Det er mye som tyder på at denne sektoren har enkelte utfordringer og belastninger som kan ha betydning for helse og sykefravær. Variabelen næringssektor er fordelt på 12 kategorier, hvorav primærnæringene har verdi 01-05, bergverksdrift, utvinning og industri har verdi 10-37, bygge- og anleggsrelaterte virksomheter har verdi 40-45, varehandel, bil- og husholdningsreparasjon har verdi 50-52, hotell- og restaurantvirksomhet har verdi 55-55, transport og kommunikasjon har verdi 60-64, finansierings- og forsikringsvirksomhet har verdi 65-67, forretningsmessig tjenesteyting og eiendomsdrift har verdi 70-74, offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring har verdi 75-75, undervisning har verdi 80-80,

helse- og sosialtjenester har verdi 85-85, og personlig tjenesteyting har verdi 90-99. Alle andre får system missing. Denne variabelen blir kun brukt i den deskriptive analysen.

Samlet inntekt:

I utgangspunktet forventes det at de med høyere lønn potensielt jobber mer, og vil kanskje ha større sannsynlighet for å oppleve at rollen som arbeidstaker og forelder kan komme i konflikt med hverandre. Samtidig kan høy lønnsinntekt også være en indikator på arbeid som preges av lav belastning og mye fleksibilitet. Effekten av lønn på sykefravær er dermed usikker. Variabelen samlet inntekt består av personlig yrkesinntekt, kapitalinntekt og overføringer. Den er metrisk og på forholdstallsnivå og er delt opp i desiler. Personer med en inntekt tilsvarende desil 0 har laveste inntekt, mens personer med en inntekt tilsvarende desil 9 har høyeste inntekt. Denne variabelen blir bare benyttet i den deskriptive analysen.

5.0 Statistisk metode

I dette kapitlet vil første del argumentere for valg av metode som ligger til grunn for oppgaven. Neste del vil vise til de metodiske valgene som er knyttet til analysen, samt gjøre rede for bruk av paneldata. Avslutningsvis presenteres regresjonsmodellen som er benyttet i regresjonsanalysen. Regresjonsmodellen undersøker helseeffekten av dobbeltarbeid, samtidig som den belyser om effektene er ulike for kvinner og menn. Den vil kunne si noe om hvor mye et individs sykefravær varierer når dobbeltarbeidet setter inn. For å sikre best mulig resultat ble det i samråd med veileder valgt å bruke en metode og et analyseprogram som jeg ikke var kjent med tidligere. Veileder har derfor bidratt med å tilrettelegge dataene. Fremstillingene i kapitlet bygger i hovedsak på Verbeek (2008) og Trond Petersen (2004).

5.1 Valg av kvantitativ metode

Valget av kvantitativ metode henger sammen med at denne metoden er best egnet til å besvare problemstillingen i denne oppgaven. Da man i oppgaven skal undersøke kjønnsforskjell i sykefravær i Norge, er denne metoden nyttig. Man ønsker å si noe om et fenomen som omfatter hele den norske befolkning. Uten et stort antall enheter av begge kjønn, vil ikke en sammenligning av kjønnsforskjell i sykefravær være mulig. Hvis utvalget viser seg å være representativt, kan funnene generaliseres. Da man skal undersøke sammenhengen mellom sykefravær og dobbel byrde, er det mest hensiktsmessig å bruke statistiske teknikker som gir mulighet til å analysere enkeltindividers livsløp og bevegelser mellom de ulike trykdeordningene. Metoden er nyttig da man ikke har tilgang til subjektive vurderinger kjønnene imellom og det ikke er mulig å identifisere dobbeltarbeid og arbeidsfordeling i hjemmet direkte.

5.2 Analysemetode

For å undersøke om kjønnsforskjellen i sykefravær kan forklares med den doble byrde, velger man og indirekte identifisere dobbeltarbeid ved å operasjonalisere den doble byrde med barn, hvor man antar at ett og flere barn øker byrden i hjemmet. Med data for alle yrkesaktive kvinner og menn som får sin førstefødte i perioden 1995-2006, kan man i analysen studere deres sykefravær før, under og etter fødsel. Analysen kontrollerer også for flere barn i samme periode. Ved å følge de samme individene over tid, kan man studere deres endringer i sykefravær og finne ut hvorvidt barn og dobbeltarbeid fører til sykefravær hos norske kvinner og menn.

Hvert individ blir observert på syv ulike tidspunkt. Det første tidspunktet er 2 år før fødsel (T-2) og sier noe om individenes generelle helsetilstand og fungerer som et sammenligningsgrunnlag for de andre tidspunktene (referansekategori). Det andre tidspunktet er 1 år før fødsel (T-1) og viser til tiden under graviditet. Her kan man muligens oppdage svangerskapsrelaterte plager som kan resultere i sykefravær hos kvinnene. Det tredje tidspunktet viser til året barnet blir født (T0). T+1, T+2, T+3 og T+4 viser alle til tidspunkt etter at det første barnet er født. Her kan det forventes at det oppstår fødselsrelaterte plager og/eller påfølgende fødsler. Ett eller flere barn, i tillegg til helseproblemer, kan indikere en større eller mindre grad av dobbel byrde.

I analysene ønsker man nærmere å undersøke kjønns-, alders- og periodeeffekter. Siden kjønnsforskjell og den doble byrde er i fokus og man ønsker å undersøke effekten av disse, utføres det separate analyser for menn og kvinner. Videre er det interessant å se hvordan sykefraværet fordeler seg på ulike aldersgrupper, for å undersøke om det er unge eller eldre gravide/foreldre som har høyest sykefravær. Her skal man se nærmere på aldersgruppene 20-25 år, 26-31 år og 32+ år. Man ønsker også og nærmere undersøke hvordan sykefraværet har endret seg for disse aldersgruppene de siste årene, for å se om gravide og foreldre muligens er mer syke nå enn tidligere. Man skal her ta for seg periodene 1995-1998, 1999-2002 og 2003-2006. Ved å kombinere disse effektene, vil man kunne få et mer helhetlig bilde av dette fenomenet. En vil gi en detaljert og deskriptiv beskrivelse av hvordan sykefraværet fordeler seg mellom kjønnene, ulike aldersgrupper og ulike tidsperioder før og etter fødsel i analysen.

5.2.1 Paneldata

Datamaterialet som benyttes i analysen er tilrettelagt som et paneldatasett med årlige observasjoner for hvert individ. Et paneldatasett består av flere observasjoner av flere enheter, hvor hver enhet blir observert over flere tidspunkt. En fordel med paneldata er at dataene varierer over to dimensjoner, både over individer og over tid. På denne måten kan man analysere endring for individer over tid, og man kan i vårt tilfelle undersøke individers endringer i sykefravær. Ettersom variablene man observerer både varierer over individ og tid, og man får et økt antall observasjoner vil man ofte få mer presise estimater ved bruk av paneldata enn i tilfellet med tverrsnitt- og tidsseriedata.

En annen viktig fordel er at paneldata gjør det mulig å kontrollere for uobservert heterogenitet. Uobservert heterogenitet er uobserverte egenskaper ved individene som har effekt på den avhengige variabelen, men som ikke fanges opp i datamaterialet. Dette kan for eksempel være relatert til størrelse eller risiko, og skyldes gjerne manglende informasjon om disse variablene. I denne sammenhengen vil informasjon om helse, evner, motivasjon og familie- og arbeidsforhold generelt være eksempler på uobserverte egenskaper ved individene som har effekt på sykefraværet, men som det ikke finnes informasjon om i datamaterialet. Dersom en overser denne heterogeniteten kan en få forventningsskjevne og inkonsistente koeffisientestimater.

5.3 Regresjonsmodell

I paneldatanalyser er det to regresjonsmodeller som tar hensyn til uobservert heterogenitet og disse er fast effekt modell og tilfeldig effekt modell. I denne analysen er det mest hensiktsmessig å ta i bruk fast effekt modellen, hvor denne modellen kan kontrollere for tidskonstante uobserverte egenskaper. Man velger å estimere en lineær modell ettersom man i denne analysen fokuserer på effekten av de uavhengige variablene på den kontinuerlige variabelen som er det langvarige sykefraværet.

5.3.1 Lineær fast effekt modell

En kritikk mot kvantitativ forskning er at man har utelatt viktige uavhengige variabler og at analyseresultatene som et resultat av dette er spuriøst. Fast effekt modellen kontrollerer for uobservert heterogenitet ved å basere estimeringen kun på endringer innad i hvert individ. Fast effekt modellen kontrollerer for uobservert heterogenitet når heterogeniteten er konstant over tid og korrelert med de uavhengige variablene.

Fast effekt modellen er gitt ved:

$$y_{it} = \alpha_i + x_{it}' \beta + \varepsilon_{it}$$

Den avhengige variabelen y_{it} angir individenes (i) antall sykefraværsk dager i et gitt år (t). x viser til de uavhengige variablene, som består av 6 tidsvarierende dummyer som indikerer første barn for t -variablene, samt en dummy som indikerer flere barn. Denne variabelen skifter fra 0 til 1 det året man får neste barn. β refererer til regresjonskoeffisientene som måler effekten av de uavhengige variablene på den avhengige variabelen. α_i er uobserverbare individsesifikke kjennetegn ved individene som antas å være konstant over tid. ε_{it} er et uobservert feilledd som kan variere både over individ og over tid.

I fast effekt modellen kontrolleres det for uobserverbar heterogenitet i α_i ved å transformere modellen slik at den uobserverbare heterogeniteten elimineres. Hvis man antar at α_i er konstant over tid, kan dette gjøres ved å trekke fra de individsesifikke gjennomsnittene i modellen. Som et resultat av denne transformasjonen vil også de uavhengige variablene som er konstant over tid bli transformert bort. Man kan dermed ikke estimere effekten av disse uavhengige variablene på den avhengige variabelen. Modellen utnytter dermed bare informasjon som varierer over tid for individene. En ulempe ved fast effekt modellen er som tidligere nevnt at den eliminerer alle tidskonstante kjennetegn. En kan derfor bare estimere effektene av variasjoner som varierer over tid. Dette kan være et problem, hvis forskernes interesse ikke nødvendigvis bare ligger hos variablene som varierer over tid. Da oppgaven ønsker å fokusere på de dynamiske endringene av sykefravær før og etter fødsel, vurderes fordelene ved denne tilnærmingen som større enn ulempene. De tidskonstante kjennetegnene er i dette tilfellet av liten interesse for analysen.

6.0 Analyse

I dette kapitlet vil resultatene fra analysene bli presentert. Kapitlet deles inn i to deler. Da formålet med analysene er å undersøke kjønnsforskjell i sykefravær med fokus på dobbeltarbeid, vil første del presentere de deskriptive resultatene som viser hvordan sykefraværet fordeler seg mellom kjønnene før og etter fødsel, og på de uavhengige variablene. Formålet med denne analysen er å gi en generell beskrivelse av sykefraværet, og se hvordan kjønn skiller seg fra hverandre før og etter fødsel, og eventuelt langs hvilke uavhengige variabler. Andre del av analysen presenterer regresjonsresultatene. Ved bruk av en fast effekt modell, undersøker man sykefraværet før, under og etter fødsel for individene i utvalget. Formålet med denne analysen er å finne ut hvorvidt barn og dobbeltarbeid fører til økt sykefravær hos norske yrkesaktive kvinner og menn. I denne delen er resultatene som blir presentert basert på predikert sykefravær for enkelte ”typer”, basert på kjønns-, alders- og periodeeffekter, hvor det er interessant å se hvordan sykefraværet fordeler seg mellom kjønnene, ulike aldersgrupper og ulike perioder. Ved å kombinere disse effektene, vil man kunne få et mer helhetlig bilde av fenomenet. Selve regresjonstabellene vil ikke bli presentert i denne delen, men disse finner man i appendiks.

6.1 Deskriptiv analyse

I denne delen vil resultatene fra den deskriptive analysen presenteres. Her vil man få se hvordan sykefraværet fordeler seg mellom kjønnene på to tidspunkt, før og etter fødsel, og hvordan sykefraværet fordeler seg på de uavhengige variablene. I tabellene 6.1 og 6.2 nedenunder presenteres gjennomsnittlig antall sykedager for hver av variablenes verdier, samt variablenes fordeling (i parentes). For å vise til kjønnsforskjell med fokus på dobbeltarbeid, har man utført separate analyser for kvinner og menn på to ulike tidspunkt, T-2 og T+4. Formålet med denne analysen er å gi en generell beskrivelse av sykefraværet, og se hvordan kjønnene skiller seg fra hverandre før og etter fødsel, og langs hvilke uavhengige variabler.

Resultatene fra den deskriptive analysen viser betydelig kjønnsforskjell i sykefravær. Tabell 6.1 viser til sykefraværet to år før fødsel, og her finner man at menn i gjennomsnitt har 5.90 antall sykedager, mens kvinner har i gjennomsnitt 16.35 antall sykedager. Tabell 6.2 viser til sykefraværet fire år etter fødsel. Her ser man at sykefraværet øker for begge kjønn, men at det øker litt mer for kvinner. Her har menn en gjennomsnittsverdi på 8.17, mens kvinner har en gjennomsnittsverdi på 20.75.

I den deskriptive analysen viser resultatene igjen til store kjønnsforskjeller i sykefravær når man ser nærmere på aldersgrupper. I tabell 6.1 ser man at kvinner har vesentlig høyere sykefravær i alle aldersgruppene. I tabell 6.2 finner man en enda tydeligere kjønnsforskjell, hvor kvinners sykefravær har økt betydelig. Man ser at menn sitt sykefravær øker med alderen, mens kvinner sitt sykefravær synker med alderen. Dette betyr at menn har lavest sykefravær i de yngre aldersgruppene, mens kvinner har høyest sykefravær i de yngre aldersgruppene. For eksempel ser man i aldersgruppen 20-25 år at menn har en gjennomsnittsverdi på 1.00, mens kvinner i samme aldersgruppe har en gjennomsnittsverdi på 30.85. Videre finner man i aldersgruppen 26-31 år at menn har en gjennomsnittsverdi på 8.04, mens kvinner har en verdi på 22.08.

Resultatene fra den deskriptive analysen viser at det er betydelige kjønnsforskjeller også når man ser på sivilstatus, hvor kvinner har høyest sykefravær i alle gruppene. I tabell 6.1 finner man at kvinner og menn som er skilte eller enke(menn) har høyest sykefravær. Her har menn i gjennomsnitt 12.09 antall sykedager, mens kvinner har i gjennomsnitt 18.33 antall sykedager. Kvinner som er gift, separert eller har registrert partner har også høyt sykefravær med en gjennomsnittsverdi på 18.03. Lavest sykefravær finner man hos ugifte menn og kvinner, med en gjennomsnittsverdi på 5.65 og 15.63. Når man ser nærmere på tabell 6.2, finner man at sykefraværet stiger for alle gruppene, utenom skilte menn eller enkemenn. For menn har sykefraværet økt mest for dem som er ugifte. For kvinner har sykefraværet økt kraftig for dem som er skilt eller enker. Her har sykefraværet gått fra å ha en gjennomsnittsverdi på 18.33 til å ha en gjennomsnittsverdi på 30.22.

I den deskriptive analysen viser resultatene at kvinner har vesentlig høyere sykefravær enn menn i alle utdanningsgrupper. Man finner i tabell 6.1 og 6.2 at sykefraværet synker noe med høyere utdanning både for kvinner og for menn. Sykefraværet synker imidlertid mindre med utdanning for kvinner. For menn med høyere nivå med universitet og høyskole, finner man nesten ikke noe sykefravær (0.74 to år før fødsel og 2.63 fire år etter fødsel). I tabell 6.2 finner man at sykefraværet er betydelig høyere for begge kjønn i alle utdanningsgrupper. Det stiger særlig mye for begge kjønn med ingen eller uoppgitt utdannelse. Fra å ha en gjennomsnittverdi på 8.26 for menn og 19.46 for kvinner to år før fødsel, øker det til 23.94 for menn og 28.09 for kvinner fire år etter fødsel.

Resultatene viser at det er klare kjønnsforskjeller når en ser nærmere på næringssektor. I tabell 6.1 finner man at menn som arbeider innenfor primærnæringene, bygge- og anleggsrelaterte virksomheter og hotell- og restaurantvirksomhet har det høyeste sykefraværet, mens menn som arbeider innenfor finansierings- og forsikringsvirksomhet, offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring og personlig tjenesteyting har lavest sykefravær. Videre finner man at kvinner som arbeider innenfor helse- og sosialtjenester, personlig tjenesteyting og varehandel, bil- og husholdningsreparasjon har høyest sykefravær, mens kvinner som arbeider innenfor bygge- og anleggsrelaterte virksomheter, finansierings- og forsikringsvirksomhet og primærnæringene har lavest sykefravær. I tabell 6.2 viser resultatene at menn sitt sykefravær har økt kraftig i næringene helse- og sosialtjenester og hotell- og restaurantvirksomhet. For kvinner har sykefraværet økt mest i helse- og sosialtjenester og primærnæringene.

I den deskriptive analysen finner man at kvinner har høyest sykefravær i alle inntektsgrupper, foruten 3. desil fire år etter fødsel. I tabell 6.2 viser resultatene at sykefraværet øker for begge kjønn i alle inntektsgrupper. Man finner på begge tidspunkt at begge kjønn som har en samlet inntekt midt på skalaen har det høyeste sykefraværet. I tabell 6.1 kan man for eksempel trekke frem at menn med en samlet inntekt som tilsvarer 4.desil har i gjennomsnitt 12.19 antall sykedager, mens kvinner i samme inntektsgruppe har i gjennomsnitt 24.18 antall sykedager. Videre kan man i tabell 6.2 se at menn med en samlet inntekt som tilsvarer 4.desil har en verdi på 13.50, mens kvinner har en verdi på 24.13. Sykefraværet i denne inntektsgruppen har dermed ikke endret seg noe særlig etter fødsel.

Tabell 6.1.Deskriptiv statistikk ved T-2 for kategoriske og kontinuerlige uavhengige variabler.

	Mann	Kvinne
	Antall sykedager (Prosentandel)	Antall sykedager (Prosentandel)
Antall dager sykefravær	5.90	16.35
Alder		
20-25 år	6.99 (14.00)	17.37 (31.80)
26-31 år	4.56 (44.80)	15.59 (46.80)
32+ år	7.00 (41.20)	16.82 (21.30)
Sivilstatus		
Ugift	5.65 (71.90)	15.63 (72.90)
Gift, separert, registrert partner	5.34 (23.20)	18.03 (24.60)
Skilt, enke(mann), gjenlevende partner	12.09 (4.90)	18.33 (2.50)
Utdanning		
Ingen, uoppgitt utdanning	8.26 (1.3)	19.46 (1.30)
Grunnskole	10.25 (14.80)	25.45 (14.90)
Videregående skole	7.44 (48.20)	17.95 (39.80)
Lavere nivå universitet/høyskole	2.41 (25.20)	12.72 (35.30)
Høyere nivå universitet/høyskole	0.74 (10.50)	7.84 (8.80)
Næringssektor		
Primærnæringene	6.02 (1.20)	11.00 (0.60)
Bergverksdrift, utvinning og industri	4.88 (20.10)	13.64 (9.00)
Bygge- og anleggsrelaterte virksomheter	8.70 (13.80)	7.00 (1.10)
Varehandel, bil- og husholdningsreparasjon	5.66 (16.90)	17.89 (15.60)
Hotell- og restaurantvirksomhet	6.55 (2.60)	15.53 (4.80)
Transport og kommunikasjon	5.29 (8.30)	15.95 (5.10)
Finansierings- og forsikringsvirksomhet	1.65 (2.10)	8.08 (2.10)
Forretningsmessig tjenesteyting og eiendomsdrift	3.97 (13.80)	13.25 (10.30)
Offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring	0.78 (6.80)	13.26 (6.20)
Undervisning	3.68 (4.70)	13.20 (10.00)
Helse- og sosialtjenester	5.99 (6.50)	16.68 (30.30)
Personlig tjenesteyting	2.56 (3.20)	20.67 (4.80)
Samlet inntekt		
0. desil	1.09 (0.50)	17.76 (0.50)
1. desil	10.66 (1.20)	13.92 (3.70)
2. desil	8.10 (1.70)	15.01 (5.60)
3. desil	8.88 (2.60)	20.07(7.80)
4. desil	12.19 (4.80)	24.18 (13.30)
5. desil	7.89 (11.00)	18.37 (18.50)
6. desil	7.11 (16.10)	15.34 (20.10)
7. desil	7.62 (20.40)	12.42 (14.80)
8. desil	3.70 (21.60)	13.20 (10.00)
9. desil	2.21 (20.10)	7.74 (5.70)
Frekvens	4682	5530

Tabell 6.2.Deskriptiv statistikk ved T+4 for kategoriske og kontinuerlige uavhengige variabler

	Mann	Kvinne
	Antall sykedager (Prosentandel)	Antall sykedager (Prosentandel)
Antall dager sykefravær	8.17	20.75
Alder	1.00 (0.30)	30.85 (2.50)
20-25 år	8.04 (16.50)	22.08 (35.90)
26-31 år	8.22 (83.30)	19.56 (61.60)
32 + år		
Sivilstatus		
Ugift	10.17 (33.40)	22.34 (37.80)
Gift, separert, registert partner	6.97 (62.70)	18.97 (57.50)
Skilt, enke(mann), gjenlevende partner	10.87 (3.90)	30.22 (4.70)
Utdanning		
Ingen, uoppgitt utdanning	23.94 (0.80)	28.09 (0.60)
Grunnskole	16.26 (13.00)	31.43 (12.40)
Videregående skole	8.66 (47.90)	21.04 (40.80)
Lavere nivå universitet/høyskole	5.34 (25.90)	18.42 (37.60)
Høyere nivå universitet/høyskole	2.63 (12.40)	13.72 (8.70)
Næringssektor		
Primærnæringene	8.29 (1.10)	31.17 (0.70)
Bergverksdrift, utvinning og industri	7.16 (21.80)	14.45 (8.50)
Bygge- og anleggsrelaterte virksomheter	8.85 (11.90)	12.81 (1.90)
Varehandel, bil- og husholdningsreparasjon	6.52 (16.70)	12.58 (12.20)
Hotell- og restaurantvirksomhet	19.02 (1.50)	21.40 (3.00)
Transport og kommunikasjon	7.08 (7.70)	20.36 (4.90)
Finansierings- og forsikringsvirksomhet	2.71 (2.90)	10.77 (2.50)
Forretningsmessig tjenesteyting og eiendomsdrift	6.56 (13.20)	16.59 (9.40)
Offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring	3.45 (6.90)	12.11 (6.80)
Undervisning	2.79 (5.80)	13.16 (11.00)
Helse- og sosialtjenester	11.85 (7.30)	22.35 (34.30)
Personlig tjenesteyting	3.62 (3.30)	14.74 (4.80)
Samlet inntekt		
0. desil	13.75 (0.20)	9.17 (0.30)
1. desil	9.80 (0.30)	9.82 (1.80)
2. desil	4.68 (0.60)	21.18 (3.80)
3. desil	25.05 (1.20)	20.81 (8.30)
4. desil	13.50 (2.90)	24.13 (13.80)
5. desil	17.34 (7.70)	23.91 (18.30)
6. desil	12.43 (14.50)	21.34 (18.70)
7. desil	9.06 (19.60)	21.15 (15.90)
8. desil	7.39 (25.40)	17.38 (12.20)
9. desil	2.24 (27.60)	12.85 (6.9)
Frekvens	3924	4157

6.1.1 Oppsummering

I den deskriptive analysen ser man klare kjønnsforskjeller i sykefravær, og disse er synlige på tvers av alder, sivilstatus, utdanning, næringssektor og samlet inntekt og før og etter barn. Resultatene viser at sykefraværet øker fire år etter fødsel, sammenlignet med to år før fødsel, og man finner at kvinner har gjennomgående høyere sykefravær enn menn både før og etter barn. Videre viser resultatene at sykefraværet øker med alderen for menn, men at det synker med alderen for kvinner, hvor man hos kvinnene finner høyest sykefravær i de yngre aldersgruppene. Når man ser nærmere på sivilstatus, viser resultatene at sykefraværet er høyest for kvinner og menn som er skilt eller enke(menn) og lavest for ugifte kvinner og menn. Videre ser man at sykefraværet fire år etter fødsel stiger kraftigst for skilte kvinner og enker og for ugifte menn. Resultatene viser også at sykefraværet synker med høyere utdanning både for kvinner og menn, men at sykefraværet synker mindre med utdanning for kvinner. Fire år etter fødsel, øker sykefraværet betydelig for begge kjønn uten utdanning eller uoppgitt utdanning. Når man ser nærmere på næringssektor, så finner man i hovedsak at næringene bestående av funksjonærer har lavere sykefravær enn næringer bestående av arbeidere. Det er også verdt å merke seg at sykefraværet for helse -og sosialtjenester øker kraftig fire år etter fødsel for både kvinner og menn. Videre viser resultatene at sykefraværet for kvinner og menn er høyest for dem som har en samlet inntekt som er midt på skalaen. Man har her gitt en generell beskrivelse av sykefraværet, som viser hvordan sykefraværet fordeler seg mellom kjønnene før og etter fødsel, og på de uavhengige variablene. Til tross for dette, er det imidlertid begrenset hvordan en slik beskrivelse gjennomført her kan bidra til å synliggjøre alle sammenhengene. Man har sett på sammenhenger mellom sykefravær og uavhengige variabler uten at man har tatt hensyn til at flere variabler kan virke inn på sykefraværet samtidig. En kritikk mot kvantitativ forskning er at man har utelatt viktige uavhengige variabler og at analyseresultatene som et resultat av dette er spuriøst. En av de største fordelene med FE-analyser er at de kontrollerer for uobservert heterogenitet mellom individene og seleksjonseffekter som er konstante over tid. Uobservert heterogenitet er uobserverte egenskaper ved individene som har en effekt på den avhengige variabelen, men som ikke fanges opp i datamaterialet. En seleksjonseffekt kan være at kvinner som har problemer med dobbel byrde, i større grad reduserer antall barn, arbeider deltid eller trekker seg ut av arbeidsmarkedet. Ettersom man kun ser på endringer innad i hvert individ, og ikke endringer mellom individer, unngår man problemet med at individene kan være systematisk forskjellige fra hverandre. Dette er det ikke kontrollert for i de deskriptive analysene.

6.2 Regresjonsanalyse

I denne delen presenteres regresjonsresultatene. Disse viser hvordan sykefraværet før, under og etter fødsel endrer seg for norske yrkesaktive kvinner og menn. Formålet med denne analysen er å analysere sammenhengen mellom dobbel byrde og sykefravær: fører barn og dobbel byrde til økt sykefravær, og er det forskjeller mellom kvinner og menn? Ifølge dobbel byrde-forklaringer vil det være en positiv sammenheng mellom barn og sykefravær hos yrkesaktive kvinner, men ikke hos menn. I denne analysen anvendes en fast effekt modell, hvor man observerer endringer innad i hvert individ på syv ulike tidspunkt. T-2 viser til tidspunktet 2 år før fødsel. Dette tidspunktet sier noe om personens generelle helsetilstand og fungerer som et sammenligningsgrunnlag for de andre tidspunktene (referansekategori). T-1 viser til tidspunktet 1 år før fødsel og viser til tiden under graviditet med eventuelle svangerskapsrelaterte plager. T0 viser til tidspunktet året da barnet blir født. Her kan det oppstå fødselsrelaterte plager. Tidspunktene etter fødsel, T+1, T+2, T+3 og T+4, viser alle til en tid med eventuelle fødselsrelaterte helseplager og/eller påfølgende fødsler. Ett eller flere barn, i tillegg til helseproblemer, kan indikere en større eller mindre grad av dobbel byrde.

Resultatene en presenterer er basert på predikert sykefravær for enkelte ”typer”, basert på kjønns-, alders- og periodeeffekter, hvor det utføres separate analyser. Siden kjønnsforskjell er i fokus, skal man se nærmere på hvordan sykefraværet fordeler seg mellom kjønnene. Videre er det interessant å se hvordan sykefraværet fordeler seg på ulike aldersgrupper, for å undersøke om det er de yngre eller de eldre av gravide/foreldre som har høyest sykefravær. Her skal man se nærmere på aldersgruppene 20-25 år, 26-31 år og 32 + år. Man skal også undersøke hvordan sykefraværet har endret seg de siste årene, for å se om gravide og foreldre muligens er mer syke nå enn tidligere. Her skal man ta for seg periodene 1995-1998, 1999-2002 og 2003-2006. Ved å kombinere disse effektene, vil man få et mer helhetlig bilde av fenomenet. Selve regresjonstabellene vil ikke bli presentert i denne delen, men disse finner man i appendiks. Man vil ta utgangspunkt i figur 6.3, 6.4 og 6.5 når man presenterer resultatene fra regresjonsanalysen. Analysene vil kun rapportere forskjeller der konfidensintervallene ikke overlapper. Kun signifikante endringer på 95 prosentnivå er rapportert.

6.2.1 Sykefravær før og under graviditet

Referanseåret T-2 viser til tidspunktet 2 år før fødsel. Dette tidspunktet sier noe om individenes generelle helsetilstand og fungerer som et sammenligningsgrunnlag for de andre tidspunktene. Avslutningsvis skal man undersøke om sykefraværet til individene faller tilbake til dette nivået fire år etter fødsel, for å se om individene kommer tilbake til sin generelle helsetilstand. Når man ser nærmere på kjønns effektene, finner man i figur 6.3, 6.4 og 6.5 betydelige kjønnsforskjeller, hvor kvinner har høyere sykefravær enn menn. Likevel er dette tidspunktet i observasjonsperioden hvor kjønnsforskjellen er minst tydelig.

T-1 viser til tidspunktet 1 år før fødsel og viser til tiden under graviditet hvor det kan oppstå eventuelle svangerskapsrelaterte plager. Når man nærmere på kjønns effektene på dette tidspunktet, så ser man i figur 6.3, 6.4 og 6.5 at kjønnsforskjellen øker. Man finner at sykefraværet for alle kvinnene i analysen øker kraftig når de blir gravide, og fortsetter å øke gjennom graviditeten. Man kan trekke frem et par eksempler. I figur 6.3, som gjelder perioden 1995-1998, kan man for eksempel vise til at kvinnene mellom 20-25 år og 26-31 år i gjennomsnitt har 16.0-16.6 sykedager mer enn i referanseåret. I figur 6.4, som gjelder for perioden 1999-2002, finner man også tegn på økt sykefravær året før fødsel. Kvinnene i alderen 20-25 år har i gjennomsnitt 21.0 sykedager mer året før fødsel enn i referanseåret. Kvinnene i alderen 32+ har i gjennomsnitt 15.6 sykedager mer enn i referanseåret. I figur 6.5, som gjelder for perioden 2003-2006, finner man at kvinnene i alderen 20-25 år har et gjennomsnitt på 23.0 sykedager mer enn i referanseåret. Videre finner man at kvinnene i alderen 26-31 år har i gjennomsnitt 20.5 sykedager. Kvinnene i alderen 32+ år har et gjennomsnitt på 15.8 sykedager mer enn i referanseåret. Oppsummert øker sykefraværet kraftig når kvinnene blir gravide, og fortsetter å øke gjennom graviditeten.

Mens det er mer åpenbare grunner til at kvinners sykefravær øker under graviditeten, er det færre grunner til at menn sitt sykefravær skal være direkte påvirket. Siden man fokuserer på kjønns effekter, er det likevel relevant og nærmere undersøke. Resultatene viste ingen signifikant endring i sykefraværet hos menn i noen av aldersgruppene eller periodene.

Når man ser nærmere på alderseffektene, så viser regresjonsresultatene at det er de yngre gravide som har det høyeste svangerskapsrelaterte sykefraværet. I figur 6.3, som gjelder for perioden 1995-1998, finner man at kvinnene i aldersgruppen 20-25 år i gjennomsnitt har 16.0 sykedager mer året før fødsel enn i referanseåret. Kvinnene i alderen 26-31 år har i gjennomsnitt 16.6 sykedager mer enn i referanseåret. Kvinnene i alderen 32+ år derimot, har et lavere sykefravær med et gjennomsnitt på 12.6 sykedager. Samme tendenser finner man i figur 6.4, som gjelder for perioden 1999-2002. Kvinnene i alderen 20-25 år har i gjennomsnitt 21.0 sykedager mer året før fødsel enn i referanseåret, mens kvinnene i alderen 26-31 år har et gjennomsnitt på 20.3 sykedager. Igjen finner man det laveste sykefraværet hos kvinnene i alderen 32+ år, med 15.6 sykedager. I figur 6.5, som gjelder for perioden 2003-2006, viser resultatene at kvinnene i alderen 20-25 år har et gjennomsnitt på 23.0 sykedager. Kvinnene i alderen 26-31 år har et gjennomsnitt på 20.5 sykedager mer enn i referanseåret. Kvinnene i alderen 32+ år har i gjennomsnitt 15.8 sykedager mer enn i referanseåret. Oppsummert viser resultatene at det er de yngre gravide som har det høyeste svangerskapsrelaterte sykefraværet.

Når man ser nærmere på periodeeffektene, så viser regresjonsresultatene at gravide er mer sykemeldt i nyere tid enn i tidligere perioder. I figur 6.3, som gjelder for perioden 1995-1998, så viser resultatene at kvinnene i alderen 20-25 år og 26-31 år i gjennomsnitt har 16.0-16.6 sykedager mer året før fødsel enn i referanseåret. Kvinnene i alderen 32+ år har i gjennomsnitt 12.6 sykedager. Man finner at sykefraværet øker i figur 6.4, som gjelder for perioden 1999-2002. For kvinnene i alderen 20-25 år finner man et gjennomsnitt på 21.0 sykedager, mens for kvinnene i aldersgruppen 26-31 år finner man et gjennomsnitt på 20.3 sykedager mer året før fødsel enn i referanseåret. Kvinnene i alderen 32+ år har i gjennomsnitt 15.6 sykedager mer enn i referanseåret. Man finner en ny økning i sykefraværet i figur 6.5 og for perioden 2003-2006. Kvinnene mellom 20-25 år har i gjennomsnitt 23.0 sykedager mer enn i referanseåret, mens kvinnene i alderen 26-31 år har et gjennomsnitt på 20.5 sykedager. Kvinnene i alderen 32+ år har et gjennomsnitt på 15.8 sykedager mer enn i referanseåret. Oppsummert viser resultatene at gravide er mer sykemeldt i nyere tid enn i tidligere perioder.

6.2.2 Sykefravær etter fødsel

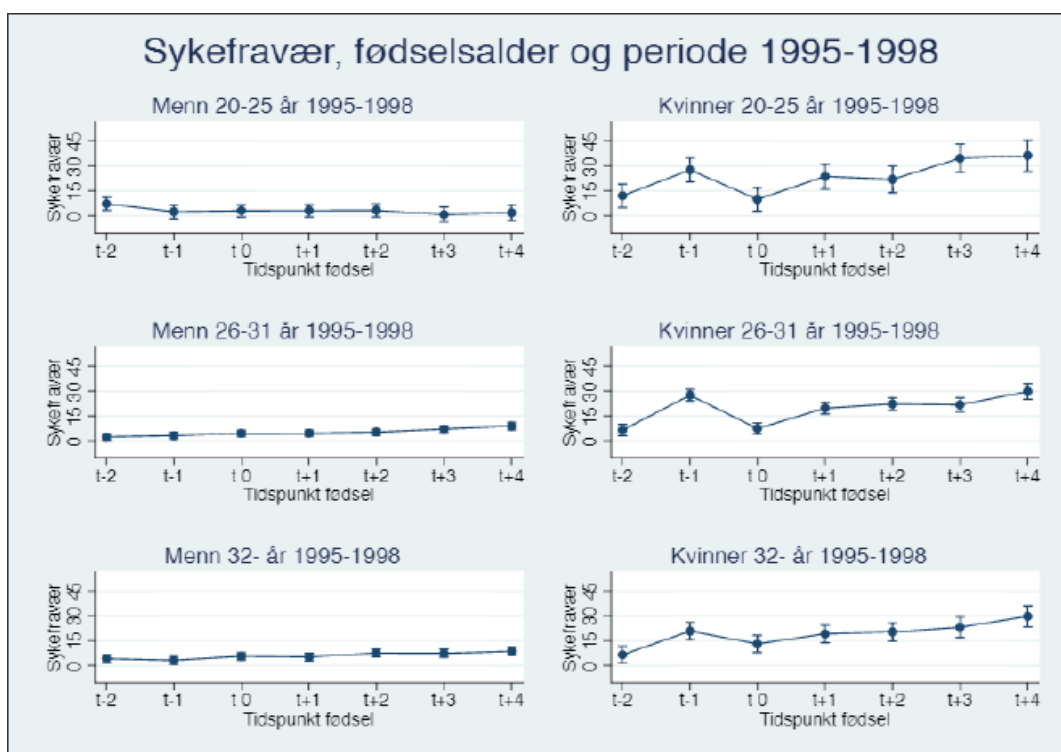
T0 viser til året da barnet blir født og dette kan være en periode hvor kvinnene kan være preget av eventuelle fødselsrelaterte plager. Når man ser nærmere på kjønnseffektene, viser figurene 6.3, 6.4 og 6.5 imidlertid at sykefraværshraten til kvinnene synker til nivået før graviditeten. Kjønnforskjellene er mindre tydelige. Årsaken til dette, er at kvinnene går ut i fødselspermisjon. Når man ser nærmere på menn sitt sykefravær året fødsel inntreffer, viser resultatene ingen signifikant endring i sykefraværet hos menn i noen aldersgrupper eller perioder.

Når fødselspermisjonen er over, kan man se nærmere på årene etter fødsel (t+1, t+2, t+3 og t+4). Dette kan være en tid preget av fødselsrelaterte plager og/eller eventuelle påfølgende fødsler. Når man ser nærmere på kjønnseffektene, finner man igjen stor kjønnforskjell i sykefravær. Figurene 6.3, 6.4 og 6.5 viser at sykefraværet for kvinner stiger gradvis ett år etter fødsel, og fortsetter å stige fire år etter fødsel. Man finner i observasjonsperioden at kvinners sykefravær ikke kommer tilbake til samme nivå som ved to år før fødsel. I figur 6.3, som gjelder for perioden 1995-1998, finner man at kvinnene i alderen 20-25 år har i gjennomsnitt 8.6 sykedager mer ett år etter fødsel, 8.8 sykedager mer to år etter fødsel, 12.9 sykedager mer tre år etter fødsel og 16.8 sykedager mer fire år etter fødsel enn i referanseåret. Kvinnene i alderen 26-31 år har i gjennomsnitt 9.2 sykedager mer ett år etter fødsel, 14.1 sykedager mer to år etter fødsel, 13.9 sykedager mer tre år etter fødsel og 15.3 sykedager mer fire år etter fødsel enn i referanseåret. Kvinnene i alderen 32+ år har i gjennomsnitt 7.8 sykedager mer ett år etter fødsel, 8.6 sykedager mer to år etter fødsel, 9.5 sykedager mer tre år etter fødsel og 11.9 sykedager mer fire år etter fødsel enn i referanseåret. De samme stigende tendensene finner man også i figurene for de andre periodene. I figur 6.4, som gjelder perioden 1999-2002, finner man at kvinnene i alderen 20-25 år har 13.5 sykedager mer fire år etter fødsel enn i referanseåret. Kvinnene i alderen 26-31 år har i gjennomsnitt 8.7 sykedager mer ett år etter fødsel, 13.5 sykedager mer to år etter fødsel, 14.4 sykedager mer tre år etter fødsel og 15.8 sykedager mer fire år etter fødsel enn i referanseåret. Kvinnene i alderen 32+ år har i gjennomsnitt 7.2 sykedager mer fire år etter fødsel enn i referanseåret. I figur 6.5, som gjelder for perioden 2003-2006, finner man at kvinnene i alderen 20-25 år har et gjennomsnitt på 13.2 sykedager mer to år etter fødsel, 16.2 sykedager mer tre år etter fødsel og 13.6 sykedager mer fire år etter fødsel enn i referanseåret. Kvinnene i alderen 26-31 år har et gjennomsnitt på 9.4 sykedager mer ett år etter fødsel, 16.7 sykedager mer to år etter fødsel, 19.6 sykedager mer tre

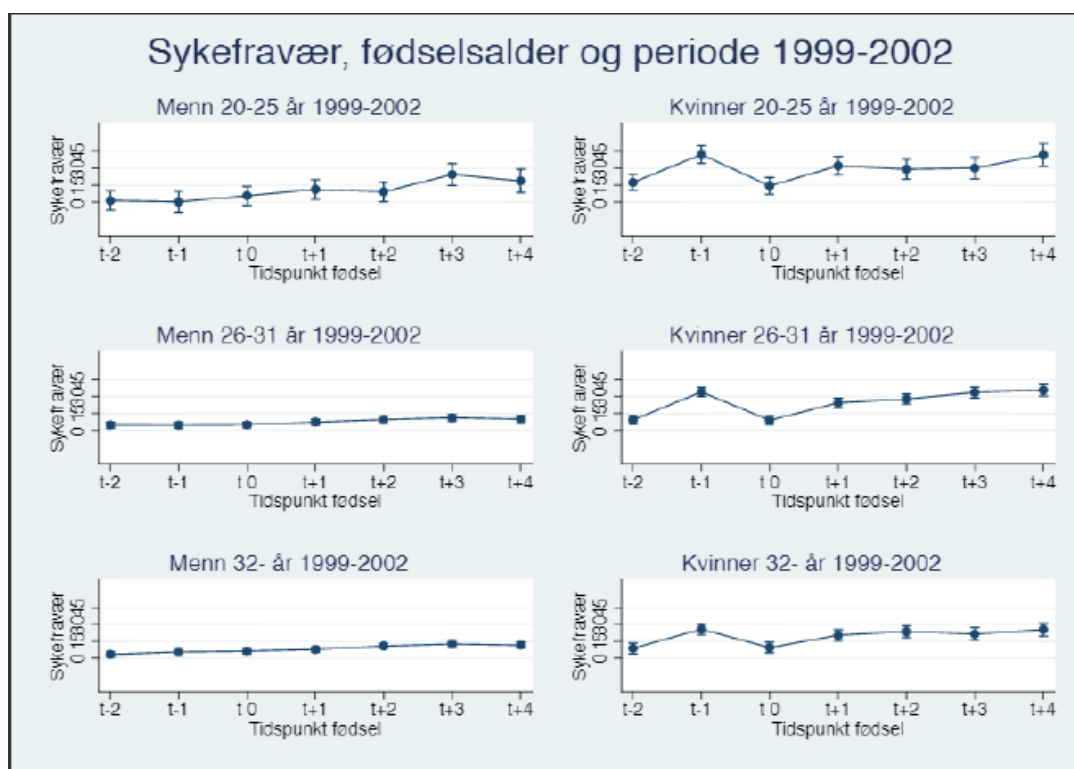
år etter fødsel og 20.6 sykedager mer fire år etter fødsel enn i referanseåret. Oppsummert stiger sykefraværet gradvis for kvinner etter fødselspermisjon, og fortsetter å stige fire år etter fødsel.

Når man ser nærmere på menn sitt sykefravær, så viser figur 6.3, 6.4 og 6.5 at menn sitt sykefravær endres noe årene etter fødsel. Man finner i hovedsak en liten økning i sykefraværet. Man skal i eksemplene nedenfor trekke frem noen av disse effektene. I figur 6.3, som gjelder for perioden 1995-1998, finner man at menn i alderen 26-31 år har et gjennomsnitt på 4.3 sykedager mer tre år etter fødsel og 5.3 sykedager mer fire år etter fødsel enn i referanseåret. I figur 6.4, som gjelder for perioden 1999-2002, finner man at mennene i alderen 20-25 år har et gjennomsnitt på 18.2 sykedager mer tre år etter fødsel. Menn i alderen 32+ år, har i gjennomsnitt 5.6 sykedager mer to år etter fødsel, 6.0 sykedager mer tre år etter fødsel og 4.7 sykedager mer fire år etter fødsel enn i referanseåret. Når man ser på figur 6.5, som gjelder for perioden 2003-2006, finner man at menn i alderen 20-25 år har i gjennomsnitt 13.5 sykedager mer fire år etter fødsel. Menn i alderen 26-31 år i gjennomsnitt har 4.5 sykedager mer ett år etter fødsel, 5.6 sykedager mer fire år etter fødsel enn i referanseåret. Oppsummert viser resultatene at sykefraværet til menn endres noe i årene etter fødsel, hvor man kan se tendenser til en liten økning.

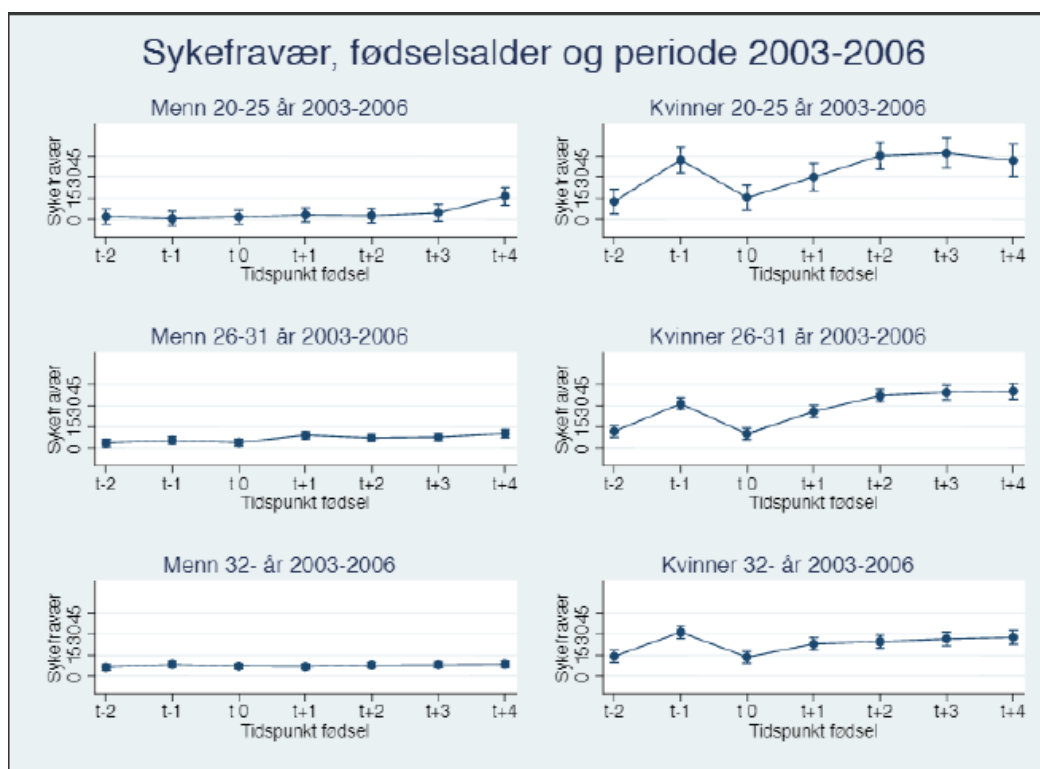
Figur 6.3 Sykefravær etter kjønn, alder og periode 1995-1998



Figur 6.4 Sykefravær etter kjønn, alder og periode 1999-2002



Figur 6.5 Sykefravær etter kjønn, alder og periode 2003-2006



6.2.3 Oppsummering

Funnene i regresjonsanalysen er at kjønnsforskjellen øker gradvis ettersom graviditet og fødsel inntreffer. Funnene viser at kvinnes sykefravær øker kraftig når de blir gravide, og fortsetter å øke gjennom graviditeten. Funnene viser at det er de yngre gravide som har det høyeste sykefraværet sammenlignet med de eldre gravide. Videre viser funnene at gravide er mer sykemeldt i nyere tid enn i tidligere perioder. Resultatene viste ingen signifikant endring i sykefraværet hos menn i noen av aldersgruppene eller periodene året før fødsel. Etter at kvinnene har født, synker sykefraværsraten, hvor kvinnen har fødselspermisjon. Når man ser nærmere på menn sitt sykefravær året før fødsel inntreffer, viser resultatene ingen signifikant endring i sykefraværet i noen aldersgrupper eller perioder. Når fødselspermisjonen til kvinnene er over, øker sykefraværet gradvis og fortsetter å øke fire år etter første fødsel. Når man sammenligner sykefraværet etter barn med sykefraværet to år før fødsel, ser man iløpet av observasjonsperioden at kvinners sykefravær ikke kommer tilbake til nivået før fødsel. Når man ser nærmere på sykefraværet til menn årene etter fødsel, er dette mer eller mindre uforandret, men man finner tendenser til en liten økning i sykefraværet.

7.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil man diskutere funnene i analysene i lys av tidligere forskning. Formålet med masteroppgaven har vært å undersøke om kjønnsforskjellen i sykefravær kan forklares med den doble byrde. Problemstillingen for oppgaven var: Kan kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge forklares med kvinners dobbeltarbeid? Tidligere forskning på dobbeltarbeid og sykefravær har vist motstridende funn, og det har derfor vært interesse for å studere denne sammenhengen nærmere. Bratberg m.fl (2002), Grasdahl (2011) og Angelov m.fl (2011) er noen som finner støtte til forklaringen om dobbel byrde, mens Mastekaasa og Dale-Olsen (1998), Mastekaasa (2000) og Rieck og Telle (2013) er noen som ikke finner støtte til forklaringen.

Tidligere studier som omhandler dobbeltarbeid og sykefravær har som tidligere nevnt i hovedsak kun fokusert på kvinner. Omsorgsforpliktelser for menn kan også tenkes å påvirke deres sykefravær, men dette har det blitt viet liten plass til på feltet. I denne oppgaven har både kvinner og menn blitt studert, for å se om den doble byrde påvirker begge kjønn. Da alle individene i utvalget var yrkesaktive og foreldre, var alle i en situasjon hvor de kunne være utsatt for den doble byrde. Tidligere studier har også i stor grad sammenlignet kvinner med og uten barn, og brukt antall barn eller barns alder som mål på dobbel byrde. En viktig metodisk utfordring når man studerer forskjeller i sykefraværet mellom kvinner, er som tidligere nevnt uobservert heterogenitet og seleksjonseffekter. En klar svakhet med flere av de tidligere studiene er at de ikke har tatt hensyn til nettopp dette, og det kan gi en underestimert effekt barn har på sykefraværet. Ifølge Bratberg m.fl (2002) kan seleksjonseffekter være årsaken til at flere av de tidligere studiene på dobbel byrde har funnet negativ sammenheng mellom barn og sykefravær. De hevder at kvinner som kombinerer en yrkeskarriere med omsorg for barn kan være en selektert gruppe karakterisert med en del uobserverte kjennetegn som gir dem høyere sannsynlighet for å arbeide mye og få flere barn, og lavere sannsynlighet for å ha sykefravær. Kvinner som derimot har større problemer med å kombinere en yrkeskarriere med omsorg for barn, kan tilpasse dette ved å begrense antall barn, trekke seg delvis eller helt ut av arbeidsmarkedet. I denne oppgaven ble en nokså ny tilnæringsmåte for å studere dobbeltarbeid og sykefravær tatt i bruk. Ved å anvende paneldata og en fast effekt modell, kunne en kontrollere for nettopp slik uobservert heterogenitet mellom individene og seleksjonseffekter som er konstante over tid. Ettersom man kun ser på endringer innad i hvert individ, og ikke på endringer mellom individer, så unngår man problemet med at de som får

barn kan være systematisk forskjellig fra de som ikke får barn. Man tilstreber med dette å identifisere rene effekter av endringene knyttet til dobbeltarbeid, og man vil kunne si hvor mye et individs sykefravær øker eller varierer når dobbeltarbeidet setter inn. For at dobbel byrde skal kunne forklare kjønnsforskjellen i sykefravær, må det være slik at kvinner i større grad enn menn belastes med en dobbel byrde. Ifølge dobbel byrde-forklaringer vil det dermed være en positiv sammenheng mellom barn og sykefravær hos yrkesaktive kvinner, men ikke hos menn.

I den deskriptive analysen finner man en betydelig kjønnsforskjell i sykefravær, og denne er synlig før og etter fødsel og på tvers av alder, sivilstatus, utdanning, næringssektor og samlet inntekt. Man finner først og fremst at kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn. Dette er som forventet, da det er et gjennomgående funn at kvinner har høyere sykefravær enn menn (Kostøl og Telle 2011; Mykletun m.fl 2012; Mastekaasa og Dale-Olsen 1998). Man ser at sykefraværet øker for begge kjønn fire år etter fødsel, men at kvinner sitt sykefravær øker betydelig mer. Dette gir støtte til dobbel byrde-forklaringer om at det vil være en positiv sammenheng mellom barn og sykefravær hos yrkesaktive kvinner, men ikke hos menn.

I utgangspunktet forventes det at sykefraværet vil øke med alder, ettersom ens helsetilstand vil svekkes med årene. I den deskriptive analysen finner man at kvinner har høyest sykefravær i alle aldersgruppene. Man finner som forventet fire år etter fødsel at sykefraværet øker med alder for menn. For kvinnene derimot, finner man at sykefraværet synker med alder. Man finner hos kvinnene høyest sykefravær i de yngste aldersgruppene. Dette kan først og fremst skyldes at kvinnene i disse aldersgruppene blir gravide og føder barn. Dette har blitt påvist av flere forskere (Myklebø 2007; Wergeland og Solvberg 2004; Hauge og Opdalshei 2000; Alexanderson m.fl 1996).

Det forventes at personer som lever i partnerskap vil ha en mindre total arbeidsbyrde ettersom man har noen å dele barneomsorg og husarbeid med. Samtidig vil belastning ved tap av partner eller skilsmisse forventes å ha en negativ helseeffekt. Den deskriptive analysen viser at kvinner har høyere sykefravær i alle gruppene. To år før fødsel er sykefraværet høyest for kvinner og menn som er skilt og enke(menn), og lavest for ugifte kvinner og menn. At sykefraværet er høyest for skilte og enke(menn) kan som nevnt skyldes en negativ helseeffekt som kommer av belastning ved skilsmisse eller tap av partner. At sykefraværet er lavest for ugifte kvinner og menn, kan delvis tyde på at disse kan være relativt unge. Fire år etter fødsel,

finner man at sykefraværet stiger kraftig for skilte kvinner og enker. For menn stiger sykefraværet mest for de ugifte. Dette er som forventet, da man antar at enslige personer vil ha en større total arbeidsbyrde ettersom man ikke har noen å dele husarbeid med og muligens ikke har noen å dele barneomsorg med. Man kan også tenke seg at enslige kvinner muligens har en større byrde. Det er som oftest kvinnene som får det daglige omsorgsansvaret for barna etter skilsmisse. Da belastningen hos disse kvinnene blir for stor, og de ikke har mulighet til å arbeide deltid, må de muligens sykemelde seg for å redusere belastningen.

Det forventes at antall år med utdanning vil gi mindre sykefravær, ettersom høy utdanning kan tenkes å ha betydning for fleksibilitet og varierte arbeidsoppgaver som gir mindre fysisk belastning og helseplager. Den deskriptive analysen viser at kvinner har vesentlig høyere sykefravær i alle utdanningsgruppene. Analysen viser også at sykefraværet synker med høyere utdanning for både kvinner og menn. Dette samsvarer med funnene til Ose m.fl (2014), som kan vise til at kvinner og menn med lav utdanning har betydelig høyere sykefravær enn de med høyere utdanning. Resultatene viser derimot at sykefraværet synker mindre med utdanning for kvinner. Dette stemmer overens med Mastekaasa og Dale-Olsen (1998) som finner at fraværet faller betydelig med sosioøkonomisk status, men at kvinners fravær faller mindre. Fire år etter fødsel, finner man at sykefraværet stiger betydelig for begge kjønn i alle utdanningsgrupper. Det stiger særlig kraftig for kvinner og menn uten utdanning eller uoppgitt utdanning. Personer med lavere sosioøkonomisk status kan muligens få mer vanskeligheter etter barn, hvor de mest sannsynligvis har lavere inntekt, dårligere levekår og dårligere helse sammenlignet med dem med høyere utdanning og sosioøkonomisk status.

Det forventes i utgangspunktet at næringssektorer med høy andel funksjonærer vil ha lavere sykefravær enn arbeidere. Den deskriptive analysen viser at kvinner har høyere sykefravær enn menn i nesten alle sektorer. Videre viser analysen som forventet at arbeiderne har noe høyere sykefravær enn funksjonærene. Mastekaasa og Dale-Olsen (1998) hevder dette kan komme av at det er større variasjon og fleksibilitet i ansettelses- og arbeidsforhold på høyere kompetansenivåer. Fire år etter fødsel, finner man stor økning for begge kjønn i helse- og sosialtjenesten, og dette kan tyde på at denne sektoren står ovenfor en rekke utfordringer og belastninger som kan ha betydning for helsen og sykefraværet.

Det kan forventes at de som har høyere lønn potensielt jobber mer, og dermed øker sannsynligheten for at rollen som arbeidstaker og forelder kan komme i konflikt med

hverandre. Samtidig kan høy lønnsinntekt også være en indikator på arbeid som preges av lav belastning og mye fleksibilitet. Høy lønnsinntekt kan også innvirke på god helse. Resultatene fra den deskriptive analysen viser at kvinner har høyere sykefravær i nesten alle inntektsgruppene. Man finner høyest sykefravær hos kvinner og menn med samlet inntekt midt på skalaen. Dette er ikke som forventet og effekten av lønn på sykefravær er dermed usikker.

Funnene viser at det er klare kjønnsforskjeller i sykefravær, og at disse er synlige på tvers av alder, sivilstatus, utdanning, næringssektor og samlet inntekt og før og etter barn. Funnene viser at kvinner har gjennomgående høyere sykefravær enn menn både før og etter barn. Etter fødsel stiger sykefraværet betydelig mer for kvinner enn for menn. Dette kan tyde på at barn har en sammenheng med sykefravær, og det styrker forklaringen om at det vil være en positiv sammenheng blant yrkesaktive kvinner. Menn sitt sykefravær øker også fire år etter fødsel, men denne økningen er liten sammenlignet med kvinnene. At kvinner har høyere sykefravær enn menn kan delvis forklares med at kvinners sammensetning av karakteristikk kan være forbundet med høyere sykefravær. Man kan først og fremst belyse de biologiske kjønnsforskjellene. Kvinner gjennomgår graviditet og fødsel og dette kan være med på å forklare hvorfor kvinner har høyt sykefravær i noen aldersgrupper. Videre er det ved skilsmisse eller samlivsbrudd oftere kvinnene enn menn som får omsorgsretten for barna. Mye kan tyde på at kvinner som er alene om husarbeid og muligens også omsorg for barn kan oppleve større dobbel byrde. Videre er det hevdet at kvinner arbeider i mer fraværsfremmende jobber enn menn, ofte karakterisert med ubekvem arbeidstid, liten innflytelse på egen arbeidssituasjon og tungt fysisk arbeid. Kvinnedominerte yrker er også ofte karakterisert med lav inntekt, lav representasjon i lederstillinger og få karrieremuligheter. Kvinner har også mer belastende jobber og dårligere arbeidsforhold, arbeidsmiljø og ansettelsesbetingelser enn menn (Ose m.fl 2006).

Til tross for at man delvis kan se dette som ulike forklaringer på kjønnsforskjellen i sykefravær, er det imidlertid begrenset hvordan slike sammenligninger som er gjennomført her kan bidra til å synliggjøre alle sammenhengene. Man har her sett på sammenhenger mellom sykefravær og de uavhengige variablene uten at man har tatt hensyn til at flere variabler virker inn på sykefraværet samtidig. En av de største fordelene med FE-analyser er at de kan kontrollere for uobservert heterogenitet mellom individene og seleksjonseffekter som er konstante over tid, ved å basere estimeringen kun på endringer innad i hvert individ over tid. Dette er noe de deskriptive analysene ikke har mulighet til.

Funnene fra regresjonsanalysen viser at kvinners sykefravær øker når de blir gravide, og fortsetter å øke gjennom graviditeten. Dette støttes av tidligere forskning som trekker frem graviditet som en viktig forklaring på deler av kjønnsforskjellen i sykefravær. Ifølge Myklebø (2007), Wergeland og Solvberg (2004), Hauge og Opdalshei (2000) og Alexanderson m.fl (1996) kan svangerskapsrelatert sykefravær forklare om lag halvparten av kjønnsforskjellen i sykefravær. At sykefravær øker når kvinner blir gravide, kan forklares med at kvinnekroppen gjennomgår store endringer i løpet av relativt kort tid, og plager og sykdommer knyttet til dette rammer mange kvinner. Eksempler på svangerskapsrelaterte plager kan ifølge Kærlev m.fl (2004) være kvalme, bekkenplager og ryggsmertesmerter. Andre plager knyttet til svangerskap kan være søvnløshet, smerter, høyt blodtrykk, treg mage og hevelser i ben.

Funnene fra regresjonsanalysen viser også at gravides sykefravær har økt over tid, hvor man finner at de gravide kvinnene hadde høyere sykefravær i perioden 2003-2006, enn i de foregående periodene 1995-1998 og 1999-2002. Økning i gravides sykefravær over tid samsvarer med tidligere forskning (Ariansen 2015; Mykletun i Aftenposten 2014; Rieck og Telle 2013; Myklebø 2007; Røed og Fevang 2005). Dette kan være med på å forklare hvorfor sykefraværet til kvinner har økt sammenlignet med menn, men det forklarer ikke *hvorfor* det svangerskapsrelaterte sykefraværet har økt. Det kan være flere forklaringer på hvorfor de gravides sykefravær har økt over tid. En forklaring kan være at sysselsatte kvinner og sysselsatte gravide har økt over tid (Ariansen 2015; Wergeland i Arbeidstilsynets fagblad 2012). Tidligere var det vanlig at kvinner sluttet å arbeide når de ble gravide. Det var ikke vanlig for legene å sykemelde de gravide kvinnene da graviditet ikke ble sett på som en sykdom. Med årene har imidlertid rettighetene til permisjon og sykepenger blitt bedre, så det har etter hvert lønnet seg å være i arbeid som gravid (Wergeland i Arbeidstilsynets fagblad 2012). Andre forklaringer kan være normendringer eller en tøffere arbeidssituasjon for disse kvinnene. Ifølge Mykletun i Aftenposten (2014) kan det ikke utelukkes at normer og forventninger til sykemelding under graviditet har endret seg blant gravide, jordmødre og leger. Det kan også hende at arbeidslivet ikke er godt nok tilpasset og tilrettelagt for de gravide kvinnene. En annen forklaring på gravides økte sykefravær over tid kan være at dagens gravide er eldre enn tidligere, og at dette øker sannsynligheten for komplikasjoner rundt graviditet og fødsel (Ariansen 2015). Ifølge Rieck og Telle (2013) har andelen kvinner i Norge som får sitt første barn etter fylte 35 år doblet seg iløpet av de siste tiårene. Ifølge Lappegård og Rønsen (2005) utsetter norske kvinner stadig med å få barn for å fremme sin yrkeskarriere, og dette gjelder særlig for høyt utdannede kvinner.

Funnene i regresjonsanalysen viser imidlertid at det er de yngre gravide som har det høyeste sykefraværet. Man finner at de gravide i alderen 20-25 år har høyere sykefravær enn de gravide i alderen 26-32+ år. Det er dermed de yngre gravide som står for mesteparten av økningen i sykefraværet blant gravide over tid. Dette var et uventet funn, da man antok at det var de eldre gravide som hadde høyest sykefravær. Funnene i regresjonsanalysen samsvarer med funnene til Ariansen (2015) og Rieck og Telle (2013). Ariansen (2015) finner at gravide kvinner i begynnelsen av 20-årene hadde høyere sykefravær enn gravide kvinner i midten av 40-årene. Rieck og Telle (2013) finner at økningen i sykefraværet var lavere for de eldre gravide sammenlignet med de yngre gravide. De finner at økningen i sykefraværet var størst for kvinnene i alderen 18-25 år. Det kan være flere forklaringer på hvorfor yngre gravide har høyere sykefravær enn de eldre gravide. Siden man antar at yngre gravide har bedre helse enn eldre gravide, blir det vanskelig å forklare forskjellen med nedsatt helse. En forklaring kan vise til normendringer og fraværskultur blant de unge. Ifølge Rieck og Telle (2013) kan endring i normer over tid og en fraværskultur blant de yngre gravide være med på å forklare det høye sykefraværet. En annen forklaring hevder at dagens unge gravide er en mindre ressurssterk gruppe. Ifølge Mykletun i Aftenposten (2014) kan forklaringen på de yngre gravidets sykefravær være at dagens unge gravide er en mindre ressurssterk gruppe sammenlignet med tidligere og sammenlignet med de eldre gravide. Tidligere var det langt mer vanlig blant kvinner å få barn i begynnelsen av 20-årene. I dag er de fleste kvinner mye eldre når de får sitt første barn (Mykletun i Aftenposten 2014). Dagens unge gravide har muligens ikke planlagt graviditeten. De har muligens ikke fått begynt på utdannelsen, og vil trolig havne i yrker med lav sosioøkonomisk status. Eldre gravide er imidlertid sannsynligvis ferdig med utdannelsen og har muligens fått seg en trygg jobb før de får barn.

Funnene fra regresjonsanalysen viser at sykefraværet for kvinnene stiger gradvis etter fødselspermisjon, og fortsetter å stige fire år etter fødsel. Disse funnene samsvarer med Bratberg m.fl (2002) sine funn som viser at kvinners sykefravær øker når de blir mødre. Når man sammenligner sykefraværet før graviditeten med sykefraværet årene etter fødsel, ser man i løpet av observasjonsperioden at kvinnenes sykefravær ikke kommer tilbake til samme nivå som før graviditet. Sykefraværet for kvinnene forblir høyt etter fødsel og de kommer ikke tilbake til sin generelle helsetilstand. Angelov m.fl (2011) viser til studier som finner at kvinners sykefravær er høyere i årene etter fødsel sammenlignet med før graviditet, og dette gir støtte til funnene fra analysen. Det kan være flere forklaringer til at kvinners sykefravær øker når de blir mødre. En forklaring kan være svangerskaps- og fødselsrelaterte plager. Etter

at kvinnene har født ett eller flere barn, kan de oppleve kortvarige eller langvarige perioder med svangerskapsrelaterte plager og/eller fødselsrelaterte plager. Rieck og Telle (2013) finner at sykefraværet for kvinner øker betraktelig årene etter at kvinnene har fått sitt første barn. Forskerne hevder ikke at sykefraværet skyldes kvinners dobbeltarbeid. De hevder imidlertid at det økte sykefraværet sannsynligvis skyldes svangerskapsrelaterte plager knyttet til påfølgende fødsler, og ser det som nødvendig å ekskludere påfølgende fødsler. Det høye sykefraværet for kvinnene årene etter fødsel faller dermed tilbake til nivået før svangerskap. I denne oppgaven er man klar over problematikken ved å ta med sykefravær knyttet til svangerskap for påfølgende fødsler. Likevel kan det tenkes at ulempene ved å fjerne de påfølgende fødslene er større enn fordelene. Ved å fjerne påfølgende fødsler, fjernes alt sykefraværet over tid for personer som får flere barn, og dermed mye av observasjonsgrunnlaget som er nyttig for å måle den doble byrde. Forskerne fjerner det denne oppgaven indirekte identifiserer dobbeltarbeid med: ett eller flere barn. Til tross for at deler av sykefraværet for påfølgende barn kan være svangerskapsrelatert, bør man se dette som knyttet til dobbeltarbeid, da det vil være mer slitsomt å være gravid når man har ansvar for flere barn. Dette er en problematikk Rieck og Telle (2013) ikke reflekterer over. En annen forklaring på kvinners høye sykefravær årene etter fødsel kan som nevnt ovenfor være den doble byrde. I oppgaven ble den doble byrde operasjonalisert med barn, hvor man antar at ett og flere barn øker byrden i hjemmet. Den doble byrde tar utgangspunkt i at kvinner har økt sin yrkesdeltakelse de siste tiårene, mens arbeidsdelingen mellom kjønnene i husholdningen har endret seg lite i samme periode. Det er fremdeles slik at kvinnene har hovedansvaret i hjemmet med husarbeid og omsorg for barn. Kvinnene utfører dermed dobbeltarbeid, og som følge av dette vil kvinnene ha en større total arbeidsbyrde og økt sykefravær. Nedenunder skal man nærmere undersøke om den doble byrde påvirker menn, for å undersøke om den doble byrde kan forklare kjønnsforskjellen i sykefravær.

Funnene fra regresjonsanalysen viser at sykefraværet for menn årene etter fødsel endres noe. Man finner en liten økning i sykefraværet. Denne økningen kan muligens tyde på at dobbeltarbeid er jevnere fordelt nå enn tidligere. Dette kan muligens forklares med at menn tar større del i ulønnet arbeid nå enn tidligere (Kitterød 2012). Gitt at funnene viser at menn sitt sykefravær øker noe, så er det likevel en minimal økning i forhold til kvinnene. Funnene viser at kvinner i større grad enn menn belastes med den doble byrde, og dette gir støtte til forklaringen. Dette samsvarer med forskning som viser at sykefraværet øker mer for kvinner etter barnefødsler enn for menn (Mykletun og Vaage 2012). Det støtter også argumentet til

Hochschild (1989) om at det andre skiftet (eller den doble byrde) antas å være spesielt knyttet til morsrollen. Kjønnforskjellen i sykefravær i Norge kan forklares med kvinners dobbeltarbeid.

Det kan være flere forklaringer på hvorfor den doble byrde påvirker kvinnene i større grad enn menn. Til tross for store samfunnsendringer de siste tiårene, er det mye som tyder på at de tradisjonelle kjønnsrollene i hjemmet og på arbeidsplassen fremdeles vedvarer i dagens samfunn. Det er nærliggende å tro at forestillingen om kvinnen som omsorgsperson og mannen som hovedforsørger fremdeles står sentralt, og det norske samfunnet er muligens ikke så likestilt som man gjerne ønsker å tro. Selv om kvinner har økt sin yrkesdeltakelse de siste tiårene, så har arbeidsdelingen i husholdningen endret seg lite i samme periode. Til tross for at menn har økt sin tidsbruk på husarbeid og omsorg for barn, er det fremdeles slik at kvinner har hovedansvaret i hjemmet. Ifølge Kitterød (2012) gjør kvinner fortsatt mer husarbeid og de bruker omtrent like mye tid på barna i dag som på 1970-tallet. Forskjellen i kjønnes tidsbruk på husarbeid og omsorg for barn, og det faktum at kvinner utfører mest arbeid i hjemmet i tillegg til å være yrkesaktive kan forklare hvorfor kvinner er mer utsatt for den doble byrde og økt sykefravær.

En annen relatert forklaring på hvorfor den doble byrde påvirker kvinner mer enn menn, er at det ifølge Mastekaasa (2000) og Thoits (1992) er lettere for menn enn for kvinner å forene rollen som forelder og arbeidstaker. Når kvinner har flere roller, kan denne kombinasjonen ifølge Goode (1960) medføre byrde fordi det stilles krav og rolleforventninger der individet ikke strekker til. Kvinner kan derfor oppleve en rollebelastning fordi de ikke klarer å oppfylle flere rolleforpliktelser, rollen som mor og rollen som arbeidstaker (Goode 1960). Ifølge Mastekaasa (2000) vil denne byrden være sterkest for morsrollen med små barn og dette støtter funnene fra analysen. Ifølge Brody (1981) og Brandt og Kvande (2003) kan menn også oppleve rollebelastning, men forventningene om at menn skal kombinere yrkesaktivitet med familieomsorg er mindre både fra familien og fra samfunnet. Tidligere studier har funnet at kvinner i større grad enn menn opplever at rollen som forelder og arbeidstaker kommer i konflikt (Simon 1995; Berntsson m.fl 2006; Voss m.fl 2008; Lidwall m.fl 2009), mens andre studier finner ikke forskjell mellom kjønnene (Byron 2005; Jansen m.fl 2006). Hvis det er slik at kvinner i større grad opplever at rollen som forelder og arbeidstaker kommer i konflikt, kan dette være med på å forklare hvorfor kvinner blir mer påvirket av den doble byrde.

Når man ser nærmere på arbeidsdelingen på arbeidsmarkedet, ser man at deltid er langt mer utbredt blant kvinner enn blant menn. Dette viser igjen til det tradisjonelle kjønnsrollemønstret og forventninger til kvinnen som omsorgsperson og mannen som hovedforsørger. Hvor menn sin arbeidstid i liten grad blir påvirket av familiesituasjonen, handler arbeidstid for kvinner i stor grad om familiesituasjonen. En viktig forutsetning for kvinners økte yrkesdeltakelse i kombinasjon med omsorgsforpliktelser i hjemmet, er muligheten til å arbeide deltid. Kvinnen, som fremdeles har hovedansvaret i familien, tilpasser ofte sin arbeidstid hvor hun bedre kan kombinere yrkesaktivitet med husarbeid og barneomsorg (Kjeldstad 2006). Ifølge Kitterød (2007) kan arbeidsdelingen på arbeidsmarkedet forklares med et kjønnsdelt arbeidsmarked og normer. Det er mer vanlig og akseptert å arbeide deltid for kvinner enn for menn. Da kvinner opplever en dobbel byrde med kombinasjon av yrkesaktivitet og hjemmearbeid, og ikke har mulighet til å redusere omsorgsarbeidet i hjemmet, kan mye tyde på at kvinner reduserer arbeidstiden sin eller trekker seg ut av arbeidsmarkedet for å kunne redusere belastningen. Det er rimelig å anta at dobbeltarbeid vil være mindre for kvinner som arbeider deltid enn fulltid. Det er også viktig å trekke frem at store andeler av yrkesaktive kvinner i Norge arbeider innenfor helse- og omsorgssektoren. Dette betyr at disse kvinnene utfører omsorgsoppgaver store deler av døgnet, både i hjemmet og på arbeid. Det kan tenkes at disse kvinnene opplever en ekstra byrde, og det kan muligens være med på å forklare hvorfor helse- og omsorgssektoren har så høyt sykefravær.

Videre er det rimelig å tenke seg at den doble byrde er lettere for kvinner med barn med partner, enn for enslige kvinner med barn. Dette er fordi kvinner med partner har noen å dele husarbeid og omsorgsoppgaver med. Menn hjelper også mer til i hjemmet nå enn tidligere (Kitterød 2012). Kvinner med partner har også mulighet til å trekke seg ut av arbeidsmarkedet eller redusere arbeidstiden sin hvis dette er nødvendig. Disse kvinnene vil dermed ha en lettere belastning og dobbel byrde. De enslige kvinnene med barn derimot, vil ha en større belastning og dobbel byrde, da de er alene om husarbeidet og muligens også omsorgen for barna. Da de er de eneste i husstanden med arbeidsinntekt, har de også i mindre grad mulighet til å redusere arbeidstiden sin. Da disse kvinnene ikke har denne muligheten, kan mye tyde på at sykefravær muligens er eneste løsning. Hovedanalysen har ikke hatt mulighet til å se nærmere på arbeidstid og sivilstatus, men den deskriptive analysen viser at sykefraværet stiger kraftig for skilte kvinner og enker etter at de har fått barn. Da det som oftest er kvinnene som

har det daglige omsorgsansvaret for barna etter skilsmisse, og da disse kvinnene ikke har mulighet til å arbeide deltid, kan sykefravær være løsningen. Dersom det ikke hadde vært mulighet til å arbeide deltid i det norske arbeidsmarkedet, ville sykefraværet for kvinner trolig vært enda høyere. På denne måten kan både deltid og sykefravær sees på som kvinners mestringsstrategier dersom kombinasjonen av yrkesaktivitet og hjemmearbeid blir for belastende. Denne oppgaven finner støtte til at kjønnsforskjellen i sykefravær delvis kan forklares med kvinners dobbeltarbeid. Funnene i oppgaven kan likevel ikke si noe sikkert om sykefraværet er et resultat av nedsatt helse eller et resultat av rasjonell vurdering. Dette samsvarer med Grasdahl (2011) som hevder at det foreløpig er usikkert hvorvidt sykefraværet først og fremst handler om redusert helse eller om sykefravær brukes som strategi for å takle den totale belastningen.

Det ser ut som det muligens ikke er kvinnene selv som kan gjøre noe med sitt eget sykefravær når det kommer til den doble byrde. Så langt har det vært kvinnene som har blitt maskulinisert, men for at det skal bli full likestilling kreves det også at menn må ta mer del i oppgaver som tradisjonelt har blitt regnet som feminine (Esping-Andersen 2002) Mye av ansvaret ligger nå hos menn, hvor menn må ta mer del i husarbeid og i omsorg for barna. Mer involvering fra menn i hjemmet kan muligens lette byrden for kvinnene, ha positive effekter på kvinnenens helse og muligens redusere deres sykefravær.

Med tilgang til et rikere datamaterialet, hadde det vært interessant å kombinere kvalitativ metode med kvantitativ metode. Med en slik tilnærming kunne man fått innsikt i subjektive vurderinger om den doble byrde fra begge kjønn. Det hadde vært interessant og fått bedre forståelse rundt kvinnenens situasjon spesielt. Her kunne man muligens fått et innblikk i hvordan arbeidsfordelingen og den doble byrde oppleves for kvinner. Man kunne også muligens fått en bedre forståelse rundt forholdet mellom nedsatt helse og rasjonelle valg som resultat av sykefravær. Dette hadde gitt forklaringskraft til årsaken til at kvinners sykefravær øker når de blir mødre. Videre hadde det vært fruktbart å se nærmere på sivilstatus og arbeidstid, da disse variablene har stor betydning for forholdet mellom sykefravær og dobbel byrde. Til tross for at individene i utvalget var yrkesaktive, hadde det vært mer hensiktsmessig å skille mellom fulltid og deltid i oppgaven. Variabelen var derimot todelt og vanskelig å kombinere, hvor variabelen før 2003 var basert på forventet arbeidstid, mens den fra og med 2003 er basert på gjennomsnittlig arbeidstid. Det hadde også vært interessant å

inkludere kvinner som går på attføring i mer enn seks måneder og kvinner som mottar midlertidig eller varig uførepensjon. Det hadde vært interessant å undersøke om dobbeltarbeid over flere år kan være forklaringen til at det er flere kvinner enn menn som blir uførepensjonister. Tidligere studier på dobbeltarbeid har ikke sett på slike langtidseffekter.

8.0 Konklusjon

I denne oppgaven har man undersøkt om kjønnsforskjellen i det legemeldte sykefraværet kan forklares med kvinners dobbeltarbeid. For å undersøke om kjønnsforskjellen kunne forklares med den doble byrde, valgte man og indirekte identifisere dobbeltarbeid ved å operasjonalisere den doble byrde med barn, hvor man antok at den doble byrde ville øke med ett eller flere barn. Ved bruk av paneldata og en fast effekt modell undersøkte man alle yrkesaktive kvinner og menn som fikk sitt første barn i perioden 1995-2006, for å kunne studere deres sykefravær før, under og etter fødsel. Oppgaven kontrollerte også for flere barn i perioden. På denne måten kunne man følge de samme individene over tid, fra to år før fødsel til fire år etter, og finne ut hvorvidt barn og dobbeltarbeid førte til økt sykefravær hos norske kvinner og menn. Ifølge dobbel byrde-forklaringer ville det være en positiv sammenheng mellom barn og sykefravær blant yrkesaktive kvinner.

Funnene i oppgaven viser at kvinners sykefravær øker når de blir gravide og fortsetter å øke gjennom graviditeten. Sykefraværet for gravide har økt betydelig i nyere perioder sammenlignet med tidligere perioder. Denne økningen synes ikke å ha en sammenheng med kvinners økende alder ved første fødsel. Funnene i oppgaven viser nemlig at det er de yngre gravide som har det høyeste sykefraværet. Videre viser funnene at kvinners sykefravær øker etter første barn og muligens flere barn. Menn sitt sykefravær er mer eller mindre uforandret når de blir fedre. Denne oppgaven finner støtte til at norske kvinners dobbeltarbeid delvis kan forklare kjønnsforskjellen i sykefravær. Det kan tyde på at deltid og sykefravær kan sees på som kvinnenens mestringsstrategier dersom kombinasjonen av yrkesaktivitet, husarbeid og barneomsorg blir for belastende. Funnene i oppgaven kan likevel ikke si noe sikkert om sykefraværet er et resultat av nedsatt helse eller om sykefraværet brukes som en strategi for å takle den totale belastningen.

Til tross for store samfunnsendringer de siste tiårene, så tyder funnene på at de tradisjonelle kjønnsrollene i hjemmet og på arbeidsplassen fremdeles vedvarer. Forestillingen om kvinnen som omsorgsperson og mannen som hovedforsørger står fremdeles sentralt, og det norske samfunnet er muligens ikke så likestilt som man gjerne ønsker å tro. For å oppnå full likestilling kreves det at menn må ta mer del i oppgaver som tradisjonelt har blitt regnet som feminine. Menn må ta mer del i husarbeid og i omsorg for barna. Mer involvering fra menn i

hjemmet kan muligens lette den doble byrde for kvinnene, ha positive effekter på kvinnenes helse og muligens redusere deres sykefravær.

Litteraturliste

Alexanderson, K., Sydsjo, A., Hensing, G., Sydsjo, G., Carstensen, J. (1996) Impact of pregnancy on gender differences in sickness absence. *Scandinavian Journal of Social medicine*, 24:169-176.

Angelov, N., Johansson, P., Lindahl, E., Lindström, E.A. (2011) Kvinnors och mäns sjukfrånvaro, IFAU rapport 2011:2.

Arbeids- og sosialdepartementet (2014) Folketrygdens utgifter. Regjeringen.no. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/Folketrygdens-utgifter/id2005566/>

Ariansen, Steinsland, A. M. (2015) Womens` sickness absence in contemporary Norway: The impacts of class, motherhood, and pregnancy. Institutt for Sosiologi. Universitetet i Bergen.

Barth, E., Dale-Olsen, H. (2004) Lønnsforskjellene mellom kvinner og menn i et 30 års perspektiv. *Søkelys på arbeidsmarkedet* (21(2004)).

Berntsson, L., Lundberg, U., Krantz, G. (2006) Gender differences in work-home interplay and symptom perception among Swedish white-collar employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (12), p. 1070-1076.

Bird, C. E., Rieker, P.P (1999) Gender matters: an integrated model for understanding men`s and women`s health. *Social science & Medicine* nr. 48 (6): 745-755.

Bjørngaard, J. H., Krokstad, S., Johnsen, R., Karlsen, A.O., Pape, K., Støver, M., Sund, E., Westin, S. (2009) Epidemiologisk forskning om uførepensjon i Norden, *Norsk Epidemiologi*, 19, 103-114.

Bjørnstad, R. (2006) Er det økte sykefraværet tegn på et mer inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv? *Økonomiske analyser*, 6/2006, s. 48-55. Statistisk Sentralbyrå.

Blumer, H. (1969) *Symbolic interactionism: Perspective and method*. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California.

Borgersen, V. (2014) Gravide sykemeldes oftere enn før. Aftenposten. Hentet fra:<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Gravide-sykmeldes-oftere-enn-for-7731559.html> 02.12.2014

Brandth, B., Kvande, E. (2003) *Fleksible fedre*. Oslo: Universitetsforlaget

Bratberg, E., Dahl, S. Å., Risa, A.E. (2002) The Double Burden: Do Combinations of Career and Family Obligations Increase Sickness Absence among Women? *European Sociological Review*, 18(2), p. 233-249.

Bratberg, E., Gjesdal, S., Mæland, J.G. (2009) Sickness absence with psychiatric diagnoses: Individual and contextual predictors of permanent disability. *Health & Place* nr. 15(1). 308-314.

Bratberg, E., Naz, G. (2009) Does paternity leave affect mothers sickness absence? Working Papers in Economics, UiB.

Brody, E. M. (1981) Women in the middle and family help to older people, *Gerontologist* 21(59:471-480).

Bromark, M. (2014) Unge gravide er mest sykemeldt. Aftenposten. Hentet fra: <http://www.aftenposten.no/familie-og-oppvekst-old/Unge-gravide-er-mest-sykmeldte-7525626.html> 09.11.2014

Byron, K. (2005) A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67 (2), p.169-198.

Dale-Olsen, H., Markussen, Simen. (2010) Økende sykefravær over tid? Sykefravær, arbeid og trygd 1972-2008. *Søkelys på arbeidslivet* 27(1-2): 105-121.

Denton, M., Prus, S., Walters, V. (2004) Gender differences in health. A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine* nr. 58(12): 2585-2600.

Egedius, T. (2014) Selv med samme jobb, er den fysiske belastningen større for kvinner. Aftenposten. Hentet fra: http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/--Selv-med-samme-jobb_-er-den-fysiske-belastningen-storre-for-kvinner-7741993.html 05.04.2015.

Eriksen, W. (2003) The prevalence of musculoskeletal pain in Norwegian nurses' aides. *International archives of occupational and environmental health* nr. 76 (8):625-630.

Eriksen, W., Bruusgaard, D., Knardahl, S. (2004a) Work factors as predictors of intense or disabling low back pain; a prospective study of nurses' aides. *Occupational and Environmental Medicine*, mai 2004, 61(5): 398 – 404.

Eriksen, W., Brusgaard, D., Knardahl, S. (2004b) Work factors as predictors of sickness absence attributed to airway infections; a three months prospective study of nurses`aides. *Occupational and Environmental Medicine*, Januar 2004, 61(1): 45-51.

Esping-Andersen, G. (Ed.). (2002). *Why we need a new welfare state. Chapter: A new gender contract*, p. 68-95. Oxford University Press.

Forseth, U. (2002) *Maktpill i moderne servicearbeid*, Ellingsæter AL og J. Solheim, red: *Den usynlige hånd. Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

Gjesdal, S., Bratberg, E., Mæland, J.G. (2011) Gender differences in disability after sickness absence with musculoskeletal disorders: five-year prospective study of 37,942 women and 26,307 men. *BMC musculoskeletal disorders* nr. 12(1):37.

Grasdal, A. L. (2011) *Kvinner: yrkesdeltakelse, familieomsorg og sykefravær*. Regjeringen.no. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/9b810089d45c4b558b76d8d0f2dd4776/grasdal_ia_2011.ppt

Greenhaus, J.H., Powell, G.N. (2005) When work and family are allies: a theory of work family enrichment. *Academy of Management Review* 31, 72-92

Goode, W. (1960) A theory of social strain. *American Sociological Review*, 25, ss. 483-496.

Hagelund, A. (2014) *Sykefraværets politikk: Trygdeordningen som ikke lot seg rikke*. Cappelen Damm Akademisk. Oslo.

Hagelund, A., Dale-Olsen, H. (2014) *Sykefraværets politikk: Trygdeordningen som ikke lot seg rikke*. Kap. 6. Det går opp og det går ned: Å måle sykefravær. Cappelen Damm Akademisk. Oslo.

Hall, E.M (1989) Gender, work control and stress: A theoretical discussion and an empirical test. *International Journal of Health services: planning, administration, evaluation* Vol. 19 No. 4, 725-745.

Hauge, L., Opdalshei, O.A (2000) Svangerskap og sykefravær. *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 1: 89-93.

Hochschild, A. (1989) *The second shift*. New York: Avon.

Hofman, B. (2010) On the concepts disease, illness, and sickness. I Halvor Nordby, Rolf Rønning og Gunnar Tellnes (red.) *Social aspects of illness, disease and sickness absence*. Oslo: Unipub.

Ihlebak, C., Brage, S., Natvik, B., Brusgaard, D. (2010) Forekomst av muskel-og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for den Norske legeforening* nr. 130(23):2365

Jansen, N. W. H., Kant, I.J., Van Amelsvoort, L. G. P. M., Kristensen, T. S., Swaen, G. M. H., Nijhus, F. J. N. (2006) Work–family conflict as a risk factor for sickness absence. *Occupational and Environmental Medicine*, 63 (7), p. 488-494.

Karasek, R.A., J.R. (1979) Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign, *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

Karasek, R.A., Theorell, T. (1990) *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Kitterød, R. H. (2002) Mothers' Housework and Childcare: Growing Similarities or Stable Inequalities? *Acta Sociologica* 2002 45: 127.

Kitterød, R. H. (2002) Store endringer i småbarnsforeldres dagligliv. *Samfunnsspeilet*, (4-5). Oslo, Statistisk sentralbyrå.

Kitterød, R.H.(2007) Fremdeles et tosporet foreldreskap i E. Kvande og B. Rasmussen (red.) *Arbeidslivets klemmer*, Bergen.

Kitterød, R. H. (2012) Fedre deltar mer i husarbeid og omsorg, *Samfunnsspeilet*, 26 (4): 56-63.

Kjeldstad, R. (2006) Hvorfor deltid? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 4/2006.

Kjeldstad, R., Nymoene, E. (2004) Kvinner og menn jobber deltid av forskjellige årsaker. SSB rapport nr. 2004/29.

Knardahl, S., Labriola, M., Lund, T., Sterud, T. (2010) Betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet. Utredning for HODs utvalg for å utrede omfanget av, årsaker til og mulige virkemidler mot utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren, Stami/Iris.

Koehoorn, M., Demers, P.A., Hertzman, C., Village, J., Kennedy, S.M. (2006) Work organization and musculoskeletal injuries among a cohort of health care workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, august 2006, 32(4): 285-93.

Kostøl, A. R. (2010) Kunnskapsoppsummering av samfunnsvitenskapelig litteratur om årsaker til sykefravær og utstøting. Kunnskapsoppsummering til Almlid-utvalget. Statistisk sentralbyrå.

Kostøl, A. R., Telle, K. (2011) Sykefraværet i Norge de siste tiårene: Det handler om kvinnene. *Samfunnsøkonomen* 1: s. 4-14.

Kærlev, L., Jacobsen, L. B., Olsen, J., Bonde, J.P. (2004) Long-term sick leaves and its risk factors during pregnancy among Danish hospital employees. *Scandinavian Journal of Public Health* nr. 32(2): 111-117.

Lappegård T., Rønsen M. (2005) The multifaceted impact of entry into motherhood. *Eur J Popul* 2005; 21:31–49.

Lidwall, U., Marklund, S., Voss, M. (2009) Work-family interference and long-term sickness-absence: A longitudinal cohort study. *European Journal of Public Health*, 20 (6), p. 676-681.

Lien, L. (2013) Saman om sykefravær-en kunnskapsstatus. Fafo-notat 2013:02.

Lundgaard, H., Hansen, B.H. (2014) Kvinnene som skal klare alt. *Aftenposten*. Hentet fra: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Kvinnene-som-skal-klare-alt-7525270.html>
26.05.2014

Malterud, K. (2006) Subjektive symptomer uten objektive funn. I *legekunst i praksis*., redigert av Malterud. Oslo: Universitetsforlaget.

Markussen, S., Røed, K., Røgeberg, O.J., Gaure, S. (2011) The Anatomy of Absenteeism, *Journal of Health Economics* 30 (2), 277–292.

Mastekaasa, A. (2000) Parenthood, gender and sickness absence, *Social Science & Medicine*, 50, 1827-1842.

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

Mastekaasa, A. (2012) Dependent Children and Womens Sickness Absence in the EU Countries and Norway. *European Societies*, 1-21

Mastekaasa, A., Dale-Olsen, H. (1998) Kjønnforskjeller i sykefravær. ISF-Rapport 98:9. Institutt for samfunnsforskning. Oslo.

Mastekaasa, A., Dale-Olsen, H. (2000) Do Women or Men Have the Less Healthy Jobs? An analysis of Gender Differences in Sickness Absence. *European Sociological Review*, Vol. 16 No. 3, p. 267-286.

Mastekaasa, A., Olsen, K. M. (1998) Gender, Absenteeism and Job Characteristics: A Fixed Effects Approach. *Work and Occupations*, Vol 25, No 2, p.195-228

Mathiesen, I.H., Buland, T., Bungum, B. (2010) Kjønn i skolens rådgivning- et glemt tema? SINTEF-rapport A13924. Trondheim.

Moland, L.E (2013) Heltid-deltid-en kunnskapsstatus. Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafø-rapport 2013:27. Oslo: fafo.

Myklebø, S. (2007) Sykefravær og svangerskap. *Arbeid og velferd*, nr. 3-2007. Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Mykletun, A., Evensen, M., Hagen, K., Vaage, K. (2012) Hvorfor øker kjønnforskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn? *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, Vol 49, nummer 6, s. 594-596. Psykologi og samfunn.

Mykletun, A., Knudsen, A.K. (2009) Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Del 1: Voksne. Folkehelseinstituttet.

Mykletun-utvalget (2010) Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform. Arbeids- og sosialdepartementet.

Mykletun, A., Vaage, K. (2012) Rapport etter ekspertmøte om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær. Arbeids- og sosialdepartementet.

NOU (1990) Norges Offentlige Utredninger 1990:23 Sykelønnsordningen. Oslo: Forvaltningstjenestene.

NOU (1999) Norges Offentlige Utredninger 1999: 13 Kvinners helse i Norge. Sosial- og helsedepartementet.

NOU (2000) Norges Offentlige Utredninger 2000:27 Sykefravær og Uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.

NOU (2010) Norges Offentlige Utredninger 2010: 13 Arbeid for helse: Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. Helse- og omsorgsdepartementet.

NRK (2014) Debatten: Kvinners sykefravær 16.10.14. Hentet fra: <http://tv.nrk.no/serie/debatten/NNFA51101614/16-10-2014>

NSD (2014) FD-Trygd - 20-prosentutvalg. Hentet fra: <http://www.nsd.uib.no/velferd/trygdedata/fd-trygd-20pst.html>.

Næsheim, H., Villund, O. (2013) Sysselsetting-deltid blant kvinner og menn. Deltidsarbeid blir forskjellene mindre? Samfunnspeilet 2013(2), 24-27.

OECD (2006) *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. Norway, Poland and Switzerland. C. Prince. Paris, Organization for Economic Corporation and Development.

Ose, S.O. (2010) Kunnskap om sykefravær. Nye norske bidrag. SINTEF Helse, februar 2010.

Ose, S.O., Brattlid, I., Haus-Reve, S., Mandal, R., Bjerkan, A.M (2011) Inkluderende arbeidsliv i kommunene - Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester. I Rapport A18235. Trondheim: SINTEF.

Ose, S.O., Jensberg, H., Reinertsen, R.E., Sandsund, M., Dyrstad, J.M. (2006) Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. Trondheim, Norge: SINTEF Rapport a325.

Ose, S.O., Jiang, L., Bungum, B. (2014) Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse. SINTEF. Teknologi og samfunn. Avd. helse, Gruppe for arbeid og helse.

Ot.prp. nr. 48 (2003-2004) Om lov om endringer i folketrygdeloven (nye regler om sykemelding mv.) Arbeids- og sosialdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/otprp-nr-48-2003-2004-/id177518/?docId=OTP200320040048000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=9>

Parsons, T. (1951) *The Social System*. London: Free Press of Glencoe.

Petersen, T. (2004) *Analyzing Panel Data: Fixed-and Random-Effects Models*. Chapter 15(pp. 331-345) in Alan Bryman and Melissa Hardy (Eds.) *Handbook of Data Analysis*. London: Sage Publications Inc.

Rieck, K.M.E., Telle, K. (2013) Sick leave before, during and after pregnancy. *Acta Sociologica* 52(2):117-37.

Røed, K., Fevang, E. (2005) *Organisational change, absenteeism and welfare dependency*. Working paper, The Ragnar Frisch Centre for Economic Research and HERO.

Sieber, S.D (1974) Toard a theory of role accumulation. *American Sociological Review* 39, 567-578.

Simon, R. W. (1995) Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 182-194.

Smeby, L., Brusgaard, D., Claussen, B. (2009) Sickness absence: Could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health? *Scandinavian Journal of Public Health*. September 2009 vol 37 no. 7674-681.

Solheim, J., Teigen, M. (2006) Det kjønnssegregerte arbeidslivet-likestillingen snublestein? I: *Tidsskrift for kjønnsforskning*. I Oslo: Kilden informasjons-og dokumentasjonssenter for kvinne- og kjønnsforskning i Norge.

Thoits, P.A (1992) Identity Structures and Psychological WellBeing: Gender and Marital Status Comparisons, *Social Psychology Quarterly*, 55, 236-256.

Verbeek, M. (2008) A Guide to Modern Econometrics. West Sussex, John Wiley & Sons, Ltd.

Vistnes, J.P. (1997). Gender differences in days lost from work due to illness. *Industrial and Labor Relations Review* 50, 304-323.

Voss, M., Josephson, M., Stark, S., Vaez, M., Alexanderson, K., Alferdsson, L. og Vingård, E. (2008) The influence of household work and of having children on sickness absence Litteraturliste 79 among publicly employed women in Sweden. *Scandinavian Journal of Health*, 36 (6), p. 564- 572.

Voydanoff, P. (2002) Linkages between the Work- family Interface and Work, Family and Individual Outcomes: An Integrative Model, *Journal of Family Issues* Vol. 23 No.1, 138- 164

Wergeland, E. (2012) Hvorfor har kvinner høyere sykefravær enn menn? *Arbeidstilsynets fagblad Arbeidsvern* nr. 6/2012.

Wergeland, E., Solvberg, T. (2004) Fraværsbehov i graviditeten: Er dagens bruk av trygdemidler og regelverk den beste? Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet.

Østbakken, K. M. (2013) Essays on determinants of sickness absence: Wage policies, workplace effects, and gender differences. Økonomisk Institutt, Universitetet i Oslo. Hentet fra:<http://forskning.no/samfunnsmedisin-arbeid-kjonn-og-samfunn/2013/12/menn-er-smasyke-som-kvinner> 12.04.2015

Åkerlind, I., Alexanderson, K., Hensing, G., Leijon, M, Bjurulf, P. (1996). Sex differences in sickness absence in relation to parental status. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 24, 27-35.

Appendiks A: FE-analyser for kjønn, alder og periode 1995-1998

```
. * Kombinasjon av periodeeffekter og alderseffekter
. * Alder første barn: 20-25; 26-31; 32-
. * Periode: 1995-1998; 1999-2002; 2003-2006
.
. * Alder 20-25: Periode 1995-1998
. xtset idnr
      panel variable:  idnr (unbalanced)

. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==1 & ald_fod>=18 &
ald_fod<=23 ///
> & fod_aar>=1995 & fod_aar<=1998, fe
```

```
Fixed-effects (within) regression           Number of obs   =
343                                         Number of groups =
Group variable: idnr                       Number of groups =
53                                         Obs per group:
R-sq:                                       min =
      within = 0.0188                         3
      between = 0.0060                         avg =
6.5                                         overall = 0.0158   max =
7
                                           F(7,283)       =
0.77                                         Prob > F       =
corr(u_i, Xb) = 0.0109
0.6100
```

```
-----+-----
---
      sykedager |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf.
Interval]
-----+-----
      y_fod |
      1 |   -4.74704   2.758913    -1.72   0.086   -10.17763
.6835547
      2 |   -4.128595   2.658819    -1.55   0.122    -9.362166
1.104975
      3 |   -4.064011   2.677115    -1.52   0.130    -9.333594
1.205573
      4 |   -3.965736   2.881342    -1.38   0.170    -9.637318
1.705847
      5 |   -6.459941   3.196734    -2.02   0.044   -12.75234  -
.1675475
      6 |   -5.37164    3.375445    -1.59   0.113   -12.0158
1.272525
      |
1.flere_barn |   1.815556   2.645764     0.69   0.493    -3.392317
7.023429
      _cons |   6.764099   1.887134     3.58   0.000     3.049499
10.4787
-----+-----
---
      sigma_u |   7.804572
      sigma_e |  13.684694
```

```

rho | .24542996 (fraction of variance due to u_i)
-----
F test that all u_i=0: F(52, 283) = 2.07 Prob > F =
0.0001

```

```
. margins y_fod, atmeans vsquish
```

```

Adjusted predictions          Number of obs    =
343
Model VCE      : Conventional

```

```

Expression : Linear prediction, predict()
at          : 0.y_fod      = .154519 (mean)
              1.y_fod      = .1370262 (mean)
              2.y_fod      = .154519 (mean)
              3.y_fod      = .1516035 (mean)
              4.y_fod      = .1399417 (mean)
              5.y_fod      = .1253644 (mean)
              6.y_fod      = .1370262 (mean)
              0.flere_barn = .7434402 (mean)
              1.flere_barn = .2565598 (mean)

```

```

-----
Delta-method
Margin Std. Err. z P>|z| [95% Conf.
Interval]
-----+-----
y_fod |
0 | 7.229897 1.97475 3.66 0.000 3.359458
11.10034
1 | 2.482858 2.123143 1.17 0.242 -1.678426
6.644142
2 | 3.101302 1.960449 1.58 0.114 -.7411081
6.943712
3 | 3.165887 1.960185 1.62 0.106 -.6760055
7.007779
4 | 3.264162 2.007277 1.63 0.104 -.6700289
7.198352
5 | .7699562 2.28603 0.34 0.736 -3.710581
5.250493
6 | 1.858258 2.420355 0.77 0.443 -2.88555
6.602065
-----

```

```

. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6
"t+4") ///
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Menn 20-25 år 1995-1998) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt
fødsel) name(Men_20_25_1995, replace)

```

```
Variables that uniquely identify margins: y_fod
```

```

.
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==2 & ald_fod>=18 &
ald_fod<=23 ///
> & fod_aar>=1995 & fod_aar<=1998, fe

```

Fixed-effects (within) regression
 935
 Group variable: idnr
 155

Number of obs =
 Number of groups =

R-sq:
 within = 0.0441
 2
 between = 0.0077
 6.0
 overall = 0.0217
 7

Obs per group:
 min =
 avg =
 max =

5.10
 corr(u_i, Xb) = -0.0921
 0.0000

F(7,773) =
 Prob > F =

```
-----
```

	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
sykedager					
1	15.57606	4.950939	3.15	0.002	5.857178
2	-2.122267	4.878131	-0.44	0.664	-11.69822
3	11.70556	5.190722	2.26	0.024	1.515974
4	9.891992	5.540802	1.79	0.075	-.9848113
5	22.63109	5.940822	3.81	0.000	10.96903
6	24.25187	6.455146	3.76	0.000	11.58017
1.flere_barn	-20.95143	5.433663	-3.86	0.000	-31.61791
_cons	16.0805	3.466514	4.64	0.000	9.275604

```
-----
```

sigma_u	26.559472
sigma_e	42.943068
rho	.27668252 (fraction of variance due to u_i)

```
-----
```

F test that all u_i=0: F(154, 773) = 2.04 Prob > F =
 0.0000

. margins y_fod, atmeans vsquish

Adjusted predictions
 935

Number of obs =

Model VCE : Conventional

Expression : Linear prediction, predict()
 at : 0.y_fod = .1657754 (mean)
 1.y_fod = .1582888 (mean)

```

2.y_fod      = .1657754 (mean)
3.y_fod      = .1368984 (mean)
4.y_fod      = .1208556 (mean)
5.y_fod      = .1240642 (mean)
6.y_fod      = .1283422 (mean)
0.flere_barn = .8042781 (mean)
1.flere_barn = .1957219 (mean)

```

```

-----
---

```

Interval]	Margin	Delta-method Std. Err.	z	P> z	[95% Conf.
19.02696	11.97985	3.595529	3.33	0.001	4.932741
34.82298	27.5559	3.707759	7.43	0.000	20.28883
16.92335	9.857581	3.605048	2.73	0.006	2.791817
31.34083	23.6854	3.905902	6.06	0.000	16.02998
29.94993	21.87184	4.121548	5.31	0.000	13.79375
43.16559	34.61094	4.364696	7.93	0.000	26.05629
45.68911	36.23172	4.82529	7.51	0.000	26.77432

```

-----
---

```

```

. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6
"t+4") ///
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Kvinner 20-25 år 1995-1998) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt
fødsel) name(Women_20_25_1995, replace)

```

Variables that uniquely identify margins: y_fod

```

.
. * Alder 26-31: Periode 1995-1998
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==1 & ald_fod>=24 &
ald_fod<=29 ///
> & fod_aar>=1995 & fod_aar<=1998, fe

```

```

Fixed-effects (within) regression      Number of obs      =
2,948
Group variable: idnr                   Number of groups   =
443

```

```

R-sq:
    within = 0.0129
    3
    between = 0.0003
    6.7
    overall = 0.0077
    7

```

Obs per group:

```

min =
avg =
max =

```

4.65 F(7,2498) =
 corr(u_i, Xb) = -0.0088 Prob > F =
 0.0000

```
-----
---
      sykedager |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|    [95% Conf.
Interval]
-----+-----
      y_fod |
1      1 |      .7942155   1.30492    0.61   0.543   -1.764621
3.353052
2      2 |      2.135419   1.293244    1.65   0.099   -.4005222
4.67136
3      3 |      2.233466   1.316093    1.70   0.090   -.3472794
4.814212
4      4 |      2.911519   1.410813    2.06   0.039    .145036
5.678002
5      5 |      4.776172   1.562773    3.06   0.002    1.711707
7.840636
6      6 |      6.544155   1.683654    3.89   0.000    3.242653
9.845656
      |
1.flere_barn |     -.1386275   1.307559   -0.11   0.916   -2.702639
2.425384
      _cons |      2.277858   .9128665    2.50   0.013    .4878054
4.067911
-----+-----
---
      sigma_u |    13.139398
      sigma_e |    19.182118
      rho |    .31935739   (fraction of variance due to u_i)
-----
```

 F test that all u_i=0: F(442, 2498) = 3.02 Prob > F =
 0.0000

. margins y_fod, atmeans vsquish

```
Adjusted predictions      Number of obs      =
2,948
Model VCE      : Conventional

Expression      : Linear prediction, predict()
at
      0.y_fod      =      .1502714 (mean)
      1.y_fod      =      .1441655 (mean)
      2.y_fod      =      .1502714 (mean)
      3.y_fod      =      .1445047 (mean)
      4.y_fod      =      .1380597 (mean)
      5.y_fod      =      .1370421 (mean)
      6.y_fod      =      .1356852 (mean)
      0.flere_barn =      .7177748 (mean)
      1.flere_barn =      .2822252 (mean)
-----
```

```
---
      |      Delta-method
      |      Margin   Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf.
Interval]
```

```
-----+-----
```

	y_fod					
4.162836	0	2.238734	.9817029	2.28	0.023	.3146318
5.000325	1	3.032949	1.003781	3.02	0.003	1.065574
6.231748	2	4.374153	.9477698	4.62	0.000	2.516558
6.335716	3	4.4722	.9507908	4.70	0.000	2.608684
7.039989	4	5.150253	.9641688	5.34	0.000	3.260517
9.104468	5	7.014906	1.066123	6.58	0.000	4.925343
11.08569	6	8.782889	1.174922	7.48	0.000	6.480083

```
-----
```

```

. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6
"t+4") ///
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Menn 26-31 år 1995-1998) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt
fødsel) name(Men_26_31_1995, replace)

```

Variables that uniquely identify margins: y_fod

```

.
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==2 & ald_fod>=24 &
ald_fod<=29 ///
> & fod_aar>=1995 & fod_aar<=1998, fe

```

```

Fixed-effects (within) regression      Number of obs      =
2,642                                  Number of groups   =
Group variable: idnr                   427
R-sq:                                   Obs per group:
    within = 0.0689                      min =
    3                                       avg =
    between = 0.0009                      6.2
    overall = 0.0390                      max =
    7
                                           F(7,2208)          =
23.36                                  Prob > F            =
corr(u_i, Xb) = -0.0715
0.0000

```

```
-----+-----
```

	sykedager	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
25.6976	y_fod	21.06733	2.36113	8.92	0.000	16.43706

```
-----
```

```

5.525538 2 | .9306275 2.3431 0.40 0.691 -3.664283
18.04653 3 | 13.25319 2.444284 5.42 0.000 8.459856
20.94832 4 | 15.81025 2.620074 6.03 0.000 10.67219
21.19917 5 | 15.31501 3.000534 5.10 0.000 9.430842
29.58231 6 | 23.30374 3.201657 7.28 0.000 17.02516
1.flere_barn | -18.59755 2.687438 -6.92 0.000 -23.86772 -
13.32738
_cons | 10.32109 1.662121 6.21 0.000 7.061603
13.58057
-----
sigma_u | 21.838749
sigma_e | 34.226527
rho | .28933205 (fraction of variance due to u_i)
-----

```

```

F test that all u_i=0: F(426, 2208) = 2.37 Prob > F = 0.0000

```

```

. margins y_fod, atmeans vsquish

```

```

Adjusted predictions          Number of obs      =
2,642
Model VCE      : Conventional

Expression      : Linear prediction, predict()
at              : 0.y_fod          = .16162 (mean)
                 1.y_fod          = .1574565 (mean)
                 2.y_fod          = .16162 (mean)
                 3.y_fod          = .1419379 (mean)
                 4.y_fod          = .1290689 (mean)
                 5.y_fod          = .1222559 (mean)
                 6.y_fod          = .1260409 (mean)
                 0.flere_barn     = .7891749 (mean)
                 1.flere_barn     = .2108251 (mean)

```

```

-----
Interval] |          Delta-method
           |          Margin   Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf.
-----+-----
           |
y_fod |
0 | 6.400256 1.754586 3.65 0.000 2.961331
9.839181
1 | 27.46759 1.777898 15.45 0.000 23.98297
30.9522
2 | 7.330884 1.737269 4.22 0.000 3.9259
10.73587
3 | 19.65345 1.831526 10.73 0.000 16.06372
23.24317
4 | 22.21051 1.885353 11.78 0.000 18.51528
25.90573

```

```

25.98718    5 |    21.71526    2.179591    9.96    0.000    17.44334
34.32729    6 |    29.70399    2.358866    12.59    0.000    25.0807
-----

```

```

. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6
"t+4") ///
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Kvinner 26-31 år 1995-1998) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt
fødsel) name(Women_26_31_1995, replace)

```

Variables that uniquely identify margins: y_fod

```

.
. * Alder 32- : Periode 1995-1998
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==1 & ald_fod>=30 &
ald_fod<=99 ///
> & fod_aar>=1995 & fod_aar<=1998, fe

```

```

Fixed-effects (within) regression          Number of obs    =
2,625                                     Number of groups =
Group variable: idnr                     Number of groups =
395                                       Obs per group:
R-sq:                                     min =
within  = 0.0087                             between = 0.0074         avg =
2                                             overall  = 0.0047         max =
6.6
7
F(7,2223) =
2.79
corr(u_i, Xb) = -0.0115                    Prob > F          =
0.0068

```

```

---
sykedager |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf.
Interval]
-----+-----

```

```

---
      y_fod |
1 |    -0.959585   1.592209    -0.60   0.547   -4.081957
2.162787  2 |    1.459699   1.588554     0.92   0.358   -1.655505
4.574902  3 |    1.07432    1.635141     0.66   0.511   -2.132244
4.280884  4 |    3.41652    1.724616     1.98   0.048    .0344939
6.798547  5 |    3.229081   1.838557     1.76   0.079   -0.3763869
6.834549  6 |    4.488876   1.906232     2.35   0.019    .7506954
8.227057  |
1.flere_barn |    .3858066   1.471039     0.26   0.793   -2.498948
3.270561

```



```

      _cons |    4.039796    1.112184    3.63    0.000    1.858768
6.220823
-----+-----

```

```

---
      sigma_u |    15.742842
      sigma_e |    22.05857
      rho     |    .3374607    (fraction of variance due to u_i)
-----+-----

```

```

---
F test that all u_i=0: F(394, 2223) = 3.19          Prob > F =
0.0000

```

```

. margins y_fod, atmeans vsquish

```

```

Adjusted predictions          Number of obs    =
2,625
Model VCE      : Conventional

```

```

Expression   : Linear prediction, predict()
at           : 0.y_fod      =    .1504762 (mean)
              1.y_fod      =    .143619 (mean)
              2.y_fod      =    .1500952 (mean)
              3.y_fod      =    .1420952 (mean)
              4.y_fod      =    .1386667 (mean)
              5.y_fod      =    .1375238 (mean)
              6.y_fod      =    .1375238 (mean)
              0.flere_barn =    .6902857 (mean)
              1.flere_barn =    .3097143 (mean)

```

```

-----+-----
---
      |          Delta-method
      |          Margin   Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf.
Interval]
-----+-----

```

```

      y_fod |
6.493192  0 |    4.159286    1.19079    3.49    0.000    1.825379
5.61046   1 |    3.199701    1.230002    2.60    0.009    .7889411
7.832561  2 |    5.618984    1.129397    4.98    0.000    3.405408
7.485633  3 |    5.233606    1.149015    4.55    0.000    2.981578
9.883334  4 |    7.575806    1.177332    6.43    0.000    5.268278
9.843261  5 |    7.388367    1.25252    5.90    0.000    4.933473
11.20965  6 |    8.648162    1.306907    6.62    0.000    6.08667
-----+-----

```

```

. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6
"t+4") ///
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Menn 32- år 1995-1998) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt fødsel)
name(Men_32_99_1995, replace)

```

```

Variables that uniquely identify margins: y_fod

```

```

.
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==2 & ald_fod>=30 &
ald_fod<=99 ///
> & fod_aar>=1995 & fod_aar<=1998, fe

Fixed-effects (within) regression      Number of obs      =
1,459
Group variable: idnr                  Number of groups    =
234

R-sq:                                  Obs per group:
    within = 0.0307                      min =
3                                           avg =
6.2                                       max =
7

                                           F(7,1218)          =
5.52
corr(u_i, Xb) = -0.0289                  Prob > F            =
0.0000

-----
----
    sykedager |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf.
Interval]
-----+-----
----
          y_fod |
            1 |   14.30699   3.620124     3.95   0.000     7.204618
21.40936
            2 |    6.597587   3.594424     1.84   0.067    - .4543628
13.64954
            3 |   12.63789   3.750834     3.37   0.001     5.279081
19.9967
            4 |   13.7802    3.978136     3.46   0.001     5.975438
21.58495
            5 |   16.63712   4.387577     3.79   0.000     8.029078
25.24517
            6 |   23.23419   4.490519     5.17   0.000    14.42418
32.0442
          |
1.flere_barn |  -15.29265   3.788258    -4.04   0.000   -22.72489  -
7.860418
          _cons |   10.00579   2.547542     3.93   0.000     5.007738
15.00385
-----+-----
----
          sigma_u |   25.582781
          sigma_e |   38.786565
           rho |   .3031571   (fraction of variance due to u_i)
-----
----
F test that all u_i=0: F(233, 1218) = 2.63      Prob > F =
0.0000

. margins y_fod, atmeans vsquish

```


Appendiks B: FE-analyser for kjønn, alder og periode 1999-2002

```
. **
.
. * Alder 20-25: Periode 1999-2002
. xtset idnr
      panel variable:  idnr (unbalanced)

. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==1 & ald_fod>=18 &
ald_fod<=23 ///
> & fod_aar>=1999 & fod_aar<=2002, fe
```

```
Fixed-effects (within) regression           Number of obs   =
321                                         Number of groups =
Group variable: idnr                       Number of groups =
51                                         Obs per group:
R-sq:                                       min =
      within = 0.0583                               avg =
3                                           between = 0.0163                               max =
6.3                                         overall = 0.0300
7
                                           F(7,263)       =
2.33                                         Prob > F       =
corr(u_i, Xb) = -0.0857
0.0255
```

```
-----+-----
---
      sykedager |          Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf.
Interval]
-----+-----
---
      y_fod |
      1 |   -1.091053    6.10529    -0.18   0.858   -13.11252
10.93042
      2 |    4.218915    5.90321     0.71   0.475    -7.404653
15.84248
      3 |    9.815589    6.106358     1.61   0.109    -2.207982
21.83916
      4 |    7.745459    6.329158     1.22   0.222    -4.716811
20.20773
      5 |   23.11694    6.851871     3.37   0.001     9.62544
36.60845
      6 |   17.38414    7.195231     2.42   0.016     3.216549
31.55173
      |
1.flere_barn |  -8.582341    5.572152    -1.54   0.125   -19.55405
2.389365
      _cons |    3.648076    4.210589     0.87   0.387    -4.642679
11.93883
-----+-----
---
      sigma_u | 18.117654
      sigma_e | 29.789321
      rho    | .27001897   (fraction of variance due to u_i)
```

```
-----
---
F test that all u_i=0: F(50, 263) = 2.08          Prob > F =
0.0001
```

```
. margins y_fod, atmeans vsquish
```

```
Adjusted predictions          Number of obs    =
321
Model VCE      : Conventional
```

```
Expression  : Linear prediction, predict()
at          : 0.y_fod      = .1588785 (mean)
              1.y_fod      = .1433022 (mean)
              2.y_fod      = .1588785 (mean)
              3.y_fod      = .1433022 (mean)
              4.y_fod      = .1401869 (mean)
              5.y_fod      = .1339564 (mean)
              6.y_fod      = .1214953 (mean)
              0.flere_barn = .7320872 (mean)
              1.flere_barn = .2679128 (mean)
```

```
-----
---
          |              Delta-method
          |      Margin   Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf.
Interval] +-----+-----+-----+-----+-----+-----+
-----
```

	y_fod	Margin	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
	0	1.348757	4.306382	0.31	0.754	-7.091597
9.789111	1	.2577037	4.678536	0.06	0.956	-8.912058
9.427465	2	5.567672	4.259934	1.31	0.191	-2.781646
13.91699	3	11.16435	4.46673	2.50	0.012	2.409717
19.91898	4	9.094216	4.509163	2.02	0.044	.2564185
17.93201	5	24.4657	4.938763	4.95	0.000	14.7859
34.1455	6	18.7329	5.334263	3.51	0.000	8.277932
29.18786						

```
-----
---
```

```
. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6
"t+4") ///
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Menn 20-25 år 1999-2002) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt
fødsel) name(Men_20_25_1999, replace)
```

```
Variables that uniquely identify margins: y_fod
```

```
.
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==2 & ald_fod>=18 &
ald_fod<=23 ///
> & fod_aar>=1999 & fod_aar<=2002, fe
```

Fixed-effects (within) regression
 822
 Group variable: idnr
 141

Number of obs =
 Number of groups =

R-sq:
 within = 0.0740
 3
 between = 0.0023
 5.8
 overall = 0.0437
 7

Obs per group:
 min =
 avg =
 max =

7.69
 corr(u_i, Xb) = -0.0749
 0.0000

F(7,674) =
 Prob > F =

```
-----
```

	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
sykedager					
1	24.86299	5.337764	4.66	0.000	14.38235
2	-3.035133	5.23405	-0.58	0.562	-13.31214
3	14.81494	5.607555	2.64	0.008	3.804563
4	11.75982	5.885854	2.00	0.046	.2030043
5	12.86452	6.403018	2.01	0.045	.2922609
6	24.51637	6.585821	3.72	0.000	11.58518
1.flere_barn	-21.97209	5.746043	-3.82	0.000	-33.25439
_cons	21.34044	3.726616	5.73	0.000	14.02326

```
-----
```

sigma_u	26.834225
sigma_e	43.850581
rho	.27245157 (fraction of variance due to u_i)

```
-----
```

F test that all u_i=0: F(140, 674) = 1.89 Prob > F = 0.0000

. margins y_fod, atmeans vsquish

Adjusted predictions Number of obs =

822

Model VCE : Conventional

Expression : Linear prediction, predict()

at : 0.y_fod = .1715328 (mean)

1.y_fod = .1605839 (mean)

```

2.y_fod      = .1703163 (mean)
3.y_fod      = .1374696 (mean)
4.y_fod      = .1216545 (mean)
5.y_fod      = .1143552 (mean)
6.y_fod      = .1240876 (mean)
0.flere_barn = .8187348 (mean)
1.flere_barn = .1812652 (mean)

```

```

-----
---

```

Interval]		Margin	Delta-method Std. Err.	z	P> z	[95% Conf.
	y_fod					
	0	17.35766	3.7748	4.60	0.000	9.95919
24.75613	1	42.22066	3.990226	10.58	0.000	34.39996
50.04135	2	14.32253	3.806237	3.76	0.000	6.862443
21.78262	3	32.1726	4.225707	7.61	0.000	23.89037
40.45484	4	29.11748	4.471544	6.51	0.000	20.35342
37.88155	5	30.22218	4.913867	6.15	0.000	20.59118
39.85319	6	41.87403	5.047481	8.30	0.000	31.98115
51.76691						

```

-----
---

```

```

. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6
"t+4") ///
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Kvinner 20-25 år 1999-2002) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt
fødsel) name(Women_20_25_1999, replace)

```

Variables that uniquely identify margins: y_fod

```

.
. * Alder 26-31: Periode 1999-2002
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==1 & ald_fod>=24 &
ald_fod<=29 ///
> & fod_aar>=1999 & fod_aar<=2002, fe

```

```

Fixed-effects (within) regression      Number of obs      =
2,692
Group variable: idnr                  Number of groups   =
410

```

```

R-sq:
    within = 0.0099
    between = 0.0698
    overall = 0.0032

```

Obs per group:

```

    min =
    avg =
    max =

```

3.25
 corr(u_i, Xb) = -0.0449
 0.0020

F(7,2275) =
 Prob > F =

```
-----
---
      sykedager |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|    [95% Conf.
Interval]
-----+-----
---
      y_fod |
1      1 |   -.1315197   1.832906    -0.07   0.943   -3.725862
3.462823
2      2 |    .1564374   1.79938     0.09   0.931   -3.372159
3.685034
3      3 |    2.514217   1.854182     1.36   0.175   -1.121848
6.150282
4      4 |    4.78629    1.970105     2.43   0.015    .9228995
8.649681
5      5 |    6.37051    2.177657     2.93   0.003    2.100109
10.64091
6      6 |    5.157309   2.316526     2.23   0.026    .6145842
9.700033
      |
1.flere_barn |  -.6544032   1.791016    -0.37   0.715   -4.166598
2.857792
      _cons |    4.857166   1.268382     3.83   0.000    2.36986
7.344472
-----+-----
---
      sigma_u |   18.212344
      sigma_e |   25.622437
      rho |   .33565058   (fraction of variance due to u_i)
-----+-----
---
```

F test that all u_i=0: F(409, 2275) = 2.80
 0.0000

Prob > F =

. margins y_fod, atmeans vsquish

Adjusted predictions
 2,692

Model VCE : Conventional

Expression : Linear prediction, predict()
 at

0.y_fod	=	.1523031	(mean)
1.y_fod	=	.1407875	(mean)
2.y_fod	=	.1523031	(mean)
3.y_fod	=	.1422734	(mean)
4.y_fod	=	.1374443	(mean)
5.y_fod	=	.1393016	(mean)
6.y_fod	=	.1355869	(mean)
0.flere_barn	=	.7076523	(mean)
1.flere_barn	=	.2923477	(mean)

```
-----
---
      |      Delta-method
      |      Margin   Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf.
Interval]
```



```

-----+-----
---
      y_fod |
7.348618  0 |  4.665853  1.368783  3.41  0.001  1.983087
7.331232  1 |  4.534333  1.427015  3.18  0.001  1.737434
7.389403  2 |  4.82229   1.309775  3.68  0.000  2.255178
9.788997  3 |  7.18007   1.33111   5.39  0.000  4.571142
12.09899  4 |  9.452143  1.350455  7.00  0.000  6.8053
13.93559  5 | 11.03636  1.479223  7.46  0.000  8.137139
12.97307  6 |  9.823161  1.607126  6.11  0.000  6.673253
-----+-----

```

```

---
. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6
"t+4") ///
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Menn 26-31 år 1999-2002) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt
fødsel) name(Men_26_31_1999, replace)

```

Variables that uniquely identify margins: y_fod

```

.
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==2 & ald_fod>=24 &
ald_fod<=29 ///
> & fod_aar>=1999 & fod_aar<=2002, fe

```

```

Fixed-effects (within) regression      Number of obs      =
2,516                                  Number of groups   =
Group variable: idnr                   409
R-sq:                                   Obs per group:
    within = 0.0841                      min =
    between = 0.0038                      avg =
    overall = 0.0409                      max =

                                           F(7,2100)          =
27.54                                   Prob > F            =
corr(u_i, Xb) = -0.1142
0.0000

```

```

-----+-----
---
      sykedager |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf.
Interval]
-----+-----
      y_fod |
30.23905  1 |  24.8516   2.747161    9.05  0.000   19.46416
-----+-----

```



```

38.19293    5 |    33.45044    2.419681    13.82    0.000    28.70796
40.37923    6 |    35.34802    2.566995    13.77    0.000    30.3168
-----

```

```

. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6
"t+4") ///
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Kvinner 26-31 år 1999-2002) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt
fødsel) name(Women_26_31_1999, replace)

```

Variables that uniquely identify margins: y_fod

```

.
. * Alder 32- : Periode 1999-2002
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==1 & ald_fod>=30 &
ald_fod<=99 ///
> & fod_aar>=1999 & fod_aar<=2002, fe

```

```

Fixed-effects (within) regression          Number of obs    =
3,702                                     Number of groups =
Group variable: idnr                      Number of groups =
556                                       Obs per group:
R-sq:                                     min =
within  = 0.0127                             between = 0.0062         avg =
2                                             overall  = 0.0074         max =
6.7
7
F(7,3139) =
5.77
corr(u_i, Xb) = -0.0120                    Prob > F          =
0.0000

```

```

---
sykedager |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf.
Interval]
-----+-----

```

```

---
      y_fod |
1      |    2.227688   1.587569     1.40   0.161   - .8850905
5.340467
2      |    2.957168   1.587657     1.86   0.063   - .1557822
6.070118
3      |    4.392955   1.627511     2.70   0.007    1.201861
7.584048
4      |    7.440257   1.72421     4.32   0.000    4.059564
10.82095
5      |    9.21728    1.851902     4.98   0.000    5.586218
12.84834
6      |    8.18823    1.935587     4.23   0.000    4.393086
11.98337
      |
1.flere_barn | -1.951084   1.480249    -1.32   0.188   -4.853437
.9512689

```

```

      _cons |    3.93921    1.113105    3.54    0.000    1.756723
6.121698
-----+-----

```

```

---
      sigma_u |    18.545285
      sigma_e |    26.182486
      rho     |    .33408863    (fraction of variance due to u_i)
-----+-----

```

```

---
F test that all u_i=0: F(555, 3139) = 3.03          Prob > F =
0.0000

```

```

. margins y_fod, atmeans vsquish

```

```

Adjusted predictions          Number of obs    =
3,702
Model VCE      : Conventional

```

```

Expression   : Linear prediction, predict()
at           : 0.y_fod      =    .1501891 (mean)
              1.y_fod      =    .1450567 (mean)
              2.y_fod      =    .149919  (mean)
              3.y_fod      =    .141275  (mean)
              4.y_fod      =    .1383036 (mean)
              5.y_fod      =    .136953  (mean)
              6.y_fod      =    .1383036 (mean)
              0.flere_barn =    .684765 (mean)
              1.flere_barn =    .315235  (mean)

```

```

-----+-----
---
      |          Delta-method
      |          Margin   Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf.
Interval]
-----+-----

```

		Margin	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
y_fod	0	3.32416	1.19148	2.79	0.005	.9889029
	1	5.551848	1.227621	4.52	0.000	3.145756
	2	6.281328	1.131038	5.55	0.000	4.064535
	3	7.717115	1.157076	6.67	0.000	5.449288
	4	10.76442	1.177579	9.14	0.000	8.456405
	5	12.54144	1.262568	9.93	0.000	10.06685
	6	11.51239	1.329841	8.66	0.000	8.90595

```

---
. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6
"t+4") ///
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Menn 32- år 1999-2002) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt fødsel)
name(Men_32_99_1999, replace)

```

Variables that uniquely identify margins: y_fod

```

.
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==2 & ald_fod>=30 &
ald_fod<=99 ///
> & fod_aar>=1999 & fod_aar<=2002, fe

Fixed-effects (within) regression      Number of obs      =
1,544
Group variable: idnr                  Number of groups   =
255

R-sq:                                  Obs per group:
      within = 0.0403                    min =
2                                           avg =
      between = 0.0016                    max =
6.1
      overall = 0.0194

7.69                                     F(7,1282)          =
corr(u_i, Xb) = -0.0612                  Prob > F            =
0.0000

-----
----
      sykedager |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf.
Interval]
-----+-----
----
           y_fod |
      1 |      16.97512   3.333777     5.09   0.000     10.43486
23.51538
      2 |       .6304232   3.291181     0.19   0.848     -5.826269
7.087116
      3 |      11.62853   3.508659     3.31   0.001     4.745182
18.51187
      4 |      14.91804   3.66234     4.07   0.000     7.733199
22.10287
      5 |      12.66806   3.982014     3.18   0.002     4.856084
20.48004
      6 |      16.60575   4.040774     4.11   0.000     8.678499
24.53301
           |
1.flere_barn |    -11.60549   3.513636    -3.30   0.001    -18.4986   -
4.71238
           _cons |     11.27371   2.335438     4.83   0.000     6.692013
15.85541
-----+-----
----
      sigma_u |    27.480703
      sigma_e |    37.005984
           rho |    .35544465   (fraction of variance due to u_i)
-----
----
F test that all u_i=0: F(254, 1282) = 2.77      Prob > F =
0.0000

. margins y_fod, atmeans vsquish

```


Appendiks C: FE-analyser for kjønn, alder og periode 2003-2006

```

. **
.
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==1 & ald_fod>=18 &
ald_fod<=23 ///
> & fod_aar>=2003 & fod_aar<=2006, fe

Fixed-effects (within) regression              Number of obs   =
350                                           Number of groups =
Group variable: idnr                          Number of groups =
53

R-sq:                                         Obs per group:
      within = 0.0670                          min =
3                                           avg =
6.6                                         between = 0.0058
7                                           overall = 0.0516
                                           max =

                                           F(7,290) =
2.97                                         Prob > F =
corr(u_i, Xb) = -0.0051
0.0050

-----
----
      sykedager |          Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf.
Interval]
-----+-----
----
           y_fod |
      1 | -1.330607   3.459443    -0.38   0.701   -8.139407
5.478193
      2 | -.2374025   3.450994    -0.07   0.945   -7.029573
6.554768
      3 |  1.374467   3.528462     0.39   0.697   -5.570175
8.319109
      4 |  .7753521   3.767564     0.21   0.837   -6.639884
8.190588
      5 |  2.814993   4.369181     0.64   0.520   -5.784332
11.41432
      6 |    14.422   4.597943     3.14   0.002    5.37243
23.47157
           |
1.flere_barn | -2.854416   3.627845    -0.79   0.432   -9.994661
4.285828
           _cons |  2.712455   2.437575     1.11   0.267   -2.085127
7.510038
-----+-----
----
           sigma_u |  9.5260251
           sigma_e | 17.709079
           rho |  .22441862   (fraction of variance due to u_i)
-----
----
F test that all u_i=0: F(52, 290) = 1.80          Prob > F =
0.0013

. margins y_fod, atmeans vsquish

```



```

    within = 0.0887          min =
3
    between = 0.0094        avg =
5.9
    overall = 0.0522        max =
7

                                F(7,599) =
8.33
corr(u_i, Xb) = -0.0867      Prob > F =
0.0000

```

```

-----
---
    sykedager |      Coef.   Std. Err.    t    P>|t|    [95% Conf.
Interval]
-----+-----
---
    y_fod |
1 |      29.6382   6.105152    4.85   0.000    17.6481
41.62831
2 |      2.670225   6.036779    0.44   0.658   -9.185601
14.52605
3 |     17.46223   6.468817    2.70   0.007    4.757914
30.16655
4 |     32.6056   6.732313    4.84   0.000    19.38379
45.8274
5 |     34.54318   7.39227    4.67   0.000    20.02526
49.06109
6 |     29.19544   7.94376    3.68   0.000    13.59443
44.79645
|
1.flere_barn |    -26.43936   6.187604   -4.27   0.000   -38.5914  -
14.28733
    _cons |     18.72093   4.246416    4.41   0.000    10.38125
27.0606
-----+-----
---
    sigma_u | 27.463383
    sigma_e | 46.868764
    rho | .25559412    (fraction of variance due to u_i)
-----

```

```

---
F test that all u_i=0: F(122, 599) = 1.90          Prob > F =
0.0000

```

```

. margins y_fod, atmeans vsquish

```

```

Adjusted predictions          Number of obs    =
729
Model VCE      : Conventional

```

```

Expression      : Linear prediction, predict()
at              : 0.y_fod          = .1687243 (mean)
                  1.y_fod          = .1577503 (mean)
                  2.y_fod          = .1632373 (mean)
                  3.y_fod          = .1316872 (mean)
                  4.y_fod          = .1303155 (mean)
                  5.y_fod          = .122085 (mean)
                  6.y_fod          = .1262003 (mean)
                  0.flere_barn     = .7722908 (mean)

```

1.flere_barn = .2277092 (mean)

```
-----
---
Interval] |          Delta-method
           |          Margin   Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf.
-----+-----
---
      y_fod |
21.33321  0 |   12.70044   4.404556    2.88   0.004    4.067668
51.43519  1 |   42.33864   4.641178    9.12   0.000    33.2421
24.13715  2 |   15.37066   4.47278    3.44   0.001    6.604177
39.89123  3 |   30.16267   4.963643    6.08   0.000    20.43411
54.96373  4 |   45.30604   4.927482    9.19   0.000    35.64835
57.9784   5 |   47.24362   5.477034    8.63   0.000    36.50883
53.59865  6 |   41.89588   5.970911    7.02   0.000    30.19311
-----
---
```

```
. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6
"t+4") ///
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Kvinner 20-25 år 2003-2006) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt
fødsel) name(Women_20_25_2003, replace)
```

Variables that uniquely identify margins: y_fod

```
.
. * Alder 26-31: Periode 2003-2006
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==1 & ald_fod>=24 &
ald_fod<=29 ///
> & fod_aar>=2003 & fod_aar<=2006, fe
```

```
Fixed-effects (within) regression          Number of obs   =
2,736
Group variable: idnr                      Number of groups =
415

R-sq:                                     Obs per group:
      within = 0.0079                      min =
2                                           between = 0.0026          avg =
6.6                                         overall = 0.0049        max =
7

                                           F(7,2314)         =
2.64
corr(u_i, Xb) = -0.0192                   Prob > F           =
0.0103
```

```

    sykedager |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|    [95% Conf.
Interval]
-----+-----
---
    y_fod |
      1 |   1.930794   1.709522    1.13   0.259   -1.421562
5.28315
      2 |   .2683712   1.682057    0.16   0.873   -3.030125
3.566867
      3 |   5.559812   1.727373    3.22   0.001    2.172451
8.947174
      4 |   3.566804   1.846927    1.93   0.054   -.0550007
7.188609
      5 |   4.113211   2.035948    2.02   0.043    .1207379
8.105684
      6 |   6.651769   2.175763    3.06   0.002    2.38512
10.91842
    |
1.flere_barn |  -2.805119   1.661783   -1.69   0.092   -6.063859
.4536208
    _cons |   4.267658   1.188004    3.59   0.000    1.937994
6.597323
-----+-----
---
    sigma_u |  14.190255
    sigma_e |  24.150296
    rho |   .25664454   (fraction of variance due to u_i)
-----+-----
---
F test that all u_i=0: F(414, 2314) = 2.04          Prob > F =
0.0000

. margins y_fod, atmeans vsquish

Adjusted predictions          Number of obs    =
2,736
Model VCE      : Conventional

Expression      : Linear prediction, predict()
at              : 0.y_fod          =   .1516813 (mean)
                 1.y_fod          =   .1421784 (mean)
                 2.y_fod          =   .1516813 (mean)
                 3.y_fod          =   .1425439 (mean)
                 4.y_fod          =   .1374269 (mean)
                 5.y_fod          =   .1370614 (mean)
                 6.y_fod          =   .1374269 (mean)
                 0.flere_barn     =   .7050439 (mean)
                 1.flere_barn     =   .2949561 (mean)
-----+-----
---
    |              Delta-method
    |      Margin   Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf.
Interval]
-----+-----
---
    y_fod |
      0 |   3.440271   1.278074    2.69   0.007    .9352927
5.94525
      1 |   5.371065   1.325237    4.05   0.000    2.773648
7.968483

```



```

        6 | 28.66078 3.942023 7.27 0.000 20.93001
36.39155
      |
1.flere_barn | -26.09849 3.233532 -8.07 0.000 -32.43983 -
19.75715
      |
      _cons | 17.95064 2.025452 8.86 0.000 13.97849
21.92279
-----
---
      sigma_u | 29.579387
      sigma_e | 40.115816
      rho | .35219929 (fraction of variance due to u_i)
-----

```

```

F test that all u_i=0: F(394, 2057) = 3.14 Prob > F =
0.0000

```

```

. margins y_fod, atmeans vsquish

```

```

Adjusted predictions          Number of obs      =
2,459
Model VCE      : Conventional

Expression      : Linear prediction, predict()
at              : 0.y_fod          = .1606344 (mean)
                 1.y_fod          = .1553477 (mean)
                 2.y_fod          = .1606344 (mean)
                 3.y_fod          = .1394876 (mean)
                 4.y_fod          = .1260675 (mean)
                 5.y_fod          = .1248475 (mean)
                 6.y_fod          = .1329809 (mean)
                 0.flere_barn     = .7600651 (mean)
                 1.flere_barn     = .2399349 (mean)

```

```

-----
---
      |              Delta-method
      |      Margin   Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf.
Interval]
-----+-----
---
      y_fod |
0 | 11.6887 2.159095 5.41 0.000 7.456952
15.92045
1 | 31.48892 2.204292 14.29 0.000 27.16859
35.80926
2 | 9.964114 2.13728 4.66 0.000 5.775122
14.15311
3 | 25.98871 2.253846 11.53 0.000 21.57125
30.40617
4 | 37.25183 2.322461 16.04 0.000 32.69988
41.80377
5 | 39.4394 2.659572 14.83 0.000 34.22673
44.65206
6 | 40.34948 2.860528 14.11 0.000 34.74295
45.95601
-----

```

```

. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6
"t+4") ///

```

```
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Kvinner 26-31 år 2003-2006) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt
fødsel) name(Women_26_31_2003, replace)
```

Variables that uniquely identify margins: y_fod

```
.
. * Alder 32- : Periode 2003-2006
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==1 & ald_fod>=30 &
ald_fod<=99 ///
> & fod_aar>=2003 & fod_aar<=2006, fe
```

```
Fixed-effects (within) regression      Number of obs      =
4,983
Group variable: idnr                  Number of groups   =
745

R-sq:                                  Obs per group:
    within = 0.0010                      min =
1                                           between = 0.0440    avg =
6.7                                         overall = 0.0002    max =
7

                                           F(7,4231)          =
0.58
corr(u_i, Xb) = -0.0202                  Prob > F            =
0.7694
```

```
-----
---
    sykedager |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf.
Interval]
-----+-----
    y_fod |
    1 |   1.971853   1.356287     1.45   0.146    -1.6871814
4.630888
    2 |   .6659237   1.360998     0.49   0.625    -2.002346
3.334194
    3 |   .3848194   1.409438     0.27   0.785    -2.378418
3.148057
    4 |   1.470941   1.499614     0.98   0.327    -1.46909
4.410972
    5 |   1.689143   1.584587     1.07   0.286    -1.41748
4.795766
    6 |   2.064921   1.633346     1.26   0.206    -1.137294
5.267135
    1.flere_barn |
2.254696 |  -.1471026   1.22508     -0.12   0.904    -2.548901
8.361383 |   6.49814   .9503796     6.84   0.000     4.634897
-----+-----
---
    sigma_u | 17.148631
    sigma_e | 25.876123
    rho | .30516866   (fraction of variance due to u_i)
-----
---
```

F test that all $u_i=0$: $F(744, 4231) = 2.65$ Prob > F = 0.0000

. margins y_fod, atmeans vsquish

Adjusted predictions Number of obs =
4,983

Model VCE : Conventional

Expression : Linear prediction, predict()

at : 0.y_fod = .1495083 (mean)
1.y_fod = .1440899 (mean)
2.y_fod = .1493076 (mean)
3.y_fod = .141481 (mean)
4.y_fod = .1382701 (mean)
5.y_fod = .1388722 (mean)
6.y_fod = .1384708 (mean)
0.flere_barn = .6590407 (mean)
1.flere_barn = .3409593 (mean)

```
-----
```

	Margin	Delta-method Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
y_fod					
0	6.447984	1.029722	6.26	0.000	4.429766
8.466201	8.419837	1.054716	7.98	0.000	6.352632
10.48704	7.113908	.9650828	7.37	0.000	5.22238
9.005435	6.832803	.9788498	6.98	0.000	4.914293
8.751314	7.918925	1.01065	7.84	0.000	5.938088
9.899762	8.137127	1.06368	7.65	0.000	6.052352
10.2219	8.512905	1.102649	7.72	0.000	6.351753
10.67406					

```
-----
```

```
. marginsplot, xlabel(0 "t-2" 1 "t-1" 2 "t 0" 3 "t+1" 4 "t+2" 5 "t+3" 6 "t+4") ///
> ylabel(0 (15) 45) ///
> title(Menn 32- år 2003-2006) ytitle(Sykefravær) xtitle(Tidspunkt fødsel)
name(Men_32_99_2003, replace)
```

Variables that uniquely identify margins: y_fod

```
.
. xtreg sykedager i.y_fod i.flere_barn if KJONN==2 & ald_fod>=30 &
ald_fod<=99 ///
> & fod_aar>=2003 & fod_aar<=2006, fe
```

Fixed-effects (within) regression Number of obs =
2,232

Group variable: idnr
356

Number of groups =

R-sq:

within = 0.0320
3
between = 0.0020
6.3
overall = 0.0173
7

Obs per group:

min =
avg =
max =

8.82
corr(u_i, Xb) = -0.0492
0.0000

F(7,1869) =
Prob > F =

sykedager | Coef. Std. Err. t P>|t| [95% Conf.
Interval]

y_fod |
1 | 17.22265 3.061525 5.63 0.000 11.21828
23.22701
2 | -.5635834 3.025508 -0.19 0.852 -6.497314
5.370147
3 | 8.837635 3.18391 2.78 0.006 2.593243
15.08203
4 | 10.52212 3.295006 3.19 0.001 4.059843
16.9844
5 | 12.45466 3.474134 3.58 0.000 5.641072
19.26825
6 | 13.60001 3.553184 3.83 0.000 6.631387
20.56864
|
1.flere_barn | -9.805093 3.059761 -3.20 0.001 -15.806 -
3.804186
_cons | 16.5757 2.156968 7.68 0.000 12.34538
20.80602

+-----

sigma_u | 26.315753
sigma_e | 40.288902
rho | .29905192 (fraction of variance due to u_i)

F test that all u_i=0: F(355, 1869) = 2.43 Prob > F =
0.0000

. margins y_fod, atmeans vsquish

Adjusted predictions Number of obs =
2,232
Model VCE : Conventional

Expression : Linear prediction, predict()
at : 0.y_fod = .1594982 (mean)
1.y_fod = .1541219 (mean)
2.y_fod = .1590502 (mean)
3.y_fod = .1362007 (mean)

