

Kvinneres tidsklemmer og omsorgsklemmer

En kvantitativ studie om kvinner og sykefravær

Karin Hamre



Masteroppgave i sosiologi
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2014

© Karin Hamre

År: 2014

Tittel: Kvinneres tidsklemmer og omsorgsklemmer – en kvantitativ studie om kvinner og sykefravær

Forfatter: Karin Hamre

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

I denne oppgaven undersøker jeg om sykefraværet til yrkesaktive kvinner i alderen 25-67 har en sammenheng med deres omsorgsforpliktelser, med et spesielt fokus på yrkesaktive kvinner som gir «dobbelomsorg». Jeg sammenlikner yrkesaktive kvinner med ulike omsorgsforpliktelser, derav kvinner med kun «barneomsorg», kun «foreldreomsorg», «dobbelomsorg»¹ og «ingen omsorg». Disse fire omsorgskategoriene skiller seg fra hverandre på en slik måte at det kan tenkes å ha betydning for sykefraværet. Analysene er basert på survey-data fra NorLag panel, med måletidspunkt i 2002/2003 og 2007/2008, og LOGG 2007/2008. I tillegg benyttes det tilkoblede registerdata om sykefravær utover arbeidsgiverperioden (>16 dager).

I et større perspektiv er denne masteroppgaven et bidrag til forskningen om hvilke konsekvenser «eldrebølgen» kan få for den yngre, yrkesaktive befolkningen. Tidligere studier på området er opptatt av de demografiske endringene, konsekvenser for de eldre og velferdsstatens økonomi. I denne oppgaven skal jeg rette blikket mot de uformelle omsorgsgiverne. Individuer med omsorg for små barn og aldrende foreldre, men med et hovedfokus på de som *både* gir omsorg til små barn og hjelpetrengende foreldre, såkalt «dobbelomsorg». Tidligere forskning indikerer at det er middelaldrende kvinner som i størst grad yter uformell omsorg til familiemedlemmer. Samtidig har norske kvinner mye høyere sykefravær enn menn. Jeg spør om det finnes noen sammenheng mellom kvinners omsorgsforpliktelser og sykefravær? Hovedproblemstillingen dreier seg om hvorvidt sykefraværet til kvinner som gir «dobbelomsorg» skiller seg fra sykefraværet til kvinner uten eller med andre typer omsorgsforpliktelser.

Tidligere forskning har i stor grad fokusert på sykefravær hos kvinner med små barn, mens denne studien tar hensyn til flere omsorgsforpliktelser, i kombinasjon og hver for seg. Såvidt undertegnede er klar over finnes det ingen norske studier om sammenhengen mellom yrkesaktive kvinners sykefravær og «dobbelomsorg». Derimot finnes det en del studier om sykefraværet til yrkesaktive kvinner med små barn og et begrenset utvalg studier om sykefraværet til kvinner med hjelpetrengende foreldre. Tidligere studier indikerer at det er en sammenheng mellom omsorgsforpliktelser og sykefravær, men resultatene er ofte mangelfulle

¹ I litteraturen benyttes «dobbelomsorg» som en betegnelse på alle som har to omsorgsforpliktelser. I denne oppgaven sikter «dobbelomsorg» til yrkesaktive kvinner som har omsorgsforpliktelser i to generasjonsretninger, dvs. for små barn og hjelpetrengende foreldre.

og med svært ulike resultater. Teoretisk antas det at omsorgsforpliktelser kan påvirke sykefraværet på to måter: Den ene ved at uformelle omsorgsforpliktelser i kombinasjon med yrkesaktivitet er en belastning på helsen som fører til sykefravær. Den andre er holdninger til sykefravær, slik at sykefravær anses som et rasjonelt valg både økonomisk og i allokering av tid.

I den første analysen studeres sykefraværet til kvinner med hjelpetrengende foreldre over tid for å finne ut om det er tendenser i sykefraværet som kan skyldes omsorgsgivingen ved hjelp av fasteffektanalysen, «first-difference». Hensikten er å undersøke om hjelpetrengende foreldre faktisk har noen effekt på omsorgsgivernes sykefravær ved å studere endringer i sykefraværet til de som ga «foreldreomsorg» på tidspunkt 1 eller tidspunkt 2, ga «foreldreomsorg» på begge tidspunktene eller ikke ga «foreldreomsorg» på noen av tidspunktene. Resultatene viser at sykefraværet endrer seg etter endringer i «foreldreomsorgen». Respondenter som har gitt «foreldreomsorg» i løpet av perioden har først og fremst et gjennomgående høyere sykefravær enn totalgjennomsnittet. De som ga «foreldreomsorg» på begge tidspunkt har et stabilt høyt sykefravær, de som begynte å gi «foreldreomsorg» mellom de to tidspunktene har et økende sykefravær, og de som sluttet å gi «foreldreomsorg» mellom de to tidspunktene reduserer sitt sykefravær.

I den andre analysen studeres forholdet mellom omsorgsforpliktelser, sannsynligheten for minst ett langtidsfravær og gjennomsnittlig varighet på sykefraværet ved hjelp av hurdleanalyse. Fire kategorier yrkesaktive kvinner mellom 25-67 år identifiseres basert på respondentenes grad og type omsorgsforpliktelse. Hensikten med denne analysen er en antakelse om at flere omsorgsforpliktelser (les: «dobbelomsorg») i kombinasjon med yrkesaktivitet gir mer sykefravær, både høyere sannsynlighet for sykefravær og sykefravær av lenger varighet. Resultatene viser at yrkesaktive kvinner som gir «dobbelomsorg» skiller seg fra kvinner med andre typer eller uten omsorgsforpliktelser på en rekke områder. De har blant annet god egenrapportert helse, lavere inntekt, lavere utdanning og det er flere som jobber deltid. Kontrollert for individuelle kjennetegn viser analysene at sannsynligheten for sykefravær er høyest for kvinner med «barneomsorg» og lavest for kvinner med «dobbelomsorg», men når analysene gjøres separat for deltids- og heltidsarbeidende kvinner, har kvinner som gir «dobbelomsorg» sykefravær av lenger varighet sammenliknet med de andre omsorgsgruppene. Resultatene indikerer at høyere omsorgsbyrde i kombinasjon med yrkesaktivitet gir lengre varighet på sykefraværet. Resultatene indikerer også en mulig

seleksjon eller at mange kvinner løser klemme mellom jobb og omsorgsforpliktelser ved å jobbe deltid.

Forord

Denne masteroppgaven ville aldri blitt det den er i dag uten støtte og hjelp fra viktige nøkkelpersoner.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til min veileder Elisabeth Ugreninov for å ha gitt meg inspirasjon til å skrive denne oppgaven, vært levende interessert underveis og ikke minst hjulpet meg gjennom faser jeg ikke trodde jeg skulle klare. Uten deg ville det ikke vært det samme, tusen hjertelig takk!

Jeg vil også rette en takk til Marijke Veenstra for gode innspill i oppstartsfasen, NOVA for bruk av datasett, Fredrik Engelstad for givende seminarsamlinger og Hilde Brovold for at du ytret et ønske om å bidra i slutfasen og at du la ned tid og arbeid på dette.

Uten den sprudlende sosiologigjengen, Line Skolemestra Bjerke, Mari Ovidia Berntsen og Lone Dahlin Arntsen, hadde masteråret vært mye mindre innholdsrikt enn det har vært. Takk for alle diskusjoner vi har hatt om masteroppgaven, men mest om alt det andre.

Jeg vil også rette en stor takk til Jostein Gram, Mamma, Pappa, Mari og øvrig familie for å ha gitt meg støtte og avveksling gjennom hele dette året.

Alle feil og mangler i denne oppgaven er selvfølgelig mine egne.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Midt i livet – utfordringer og livsstil	3
1.1.1	“Sandwichgenerasjonen”	3
1.1.2	Deltidsarbeid	4
1.1.3	Konsekvenser av lavere yrkesaktivitet blant kvinner.....	4
1.2	Fremgangsmåte.....	5
1.2.1	Data og metode.....	6
1.2.2	Oppgavens bidrag til ny kunnskap	6
1.2.3	Begrensninger.....	6
1.2.4	Etikk	7
2	Bakgrunn.....	8
2.1	Sykefravær i Norge.....	8
2.1.1	Sykefraværets utvikling.....	9
2.2	Omsorg	13
2.2.1	“Formell” og “uformell” omsorg	14
2.2.2	«Dobbeltomsorg»	16
2.2.3	Pleie- og omsorgstjenestene	16
2.3	Oppsummering	19
3	Teori og tidligere forskning	21
3.1	Sykefravær og konjunktursvingninger	22
3.1.1	Disiplineringshypotesen	22
3.1.2	Sammensetningshypotesen.....	24
3.1.3	Arbeidsmiljøhypotesen.....	24
3.2	Kalkulert risiko	25
3.3	Omsorgsforpliktelser og sykefravær	29
3.3.1	Arbeidsfordeling mellom par	29
3.3.2	Rollekonflikt.....	32
3.3.3	“Dobbeltarbeidshypotesen”	33
3.4	Oppsummering	39
4	Data, utvalg og empirisk strategi	41
4.1	Utvalgsundersøkelsene NorLag og LOGG.....	41

4.1.1	NorLag panel.....	41
4.1.2	«Livsløp, generasjon og kjønn» (LOGG)	43
4.2	Restriksjoner.....	44
4.3	Empirisk strategi.....	45
4.3.1	Avhengig variable	46
4.3.2	Uavhengige variable.....	48
4.4	Metode.....	52
4.4.1	“First-difference”	52
4.4.2	Hurdlemodell.....	55
4.4.3	Signifikanstester	58
5	Påvirker «foreldreomsorg» omsorgsgiverens sykefravær?.....	60
5.1	Beskrivende statistikk.....	61
5.2	“First Difference”	63
5.2.1	Fasteeffekter og kausalitet.....	67
5.2.2	Oppsummering	68
6	Beskrivende statistikk.....	70
6.1	Kvinner med- og uten langtidsfravær.....	70
6.2	Kvinner med ulike omsorgsforpliktelser	75
6.3	Oppsummering	79
7	Omsorgsforpliktelser og sykefravær	81
7.1	Tilbøyelighet og varighet på langtidsfravær.....	81
7.1.1	Omsorgsforpliktelser og langtidsfravær.....	82
7.1.2	Omsorgsforpliktelser og langtidsfravær med alle kontrollvariabler	83
7.1.3	Oppsummering alle yrkesaktive kvinner.....	86
7.2	Betydningen av arbeidsmengde.....	87
7.2.1	Kvinner som jobber deltid.....	87
7.2.2	Kvinner som jobber heltid.....	89
7.2.3	Et annet mål på arbeidsmengde.....	92
7.2.4	Robusttest	92
7.2.5	Oppsummering separate analyser.....	93
8	Diskusjon.....	96
8.1	Foreldreomsorg og sykefraværstendenser	97
8.2	Omsorgsforpliktelser og sykefravær	98

8.2.1	Betydningen av arbeidsmengde	100
8.2.2	Kvinner uten omsorgsforpliktelser	106
8.2.3	Oppsummering	107
8.3	Er sammenhengene reelle?	109
9	Avslutning	111
	Litteraturliste.....	114
	Vedlegg 1.	124
	Vedlegg 2.	125
	Vedlegg 3.	126
	Vedlegg 4.	127
	Vedlegg 5.	133

Figurer og tabeller

Figur 1: Sykefravær etter kjønn. Årsgjennomsnitt 1972 – 2010. AKU.....	9
Figur 2: Legemeldt sykefravær etter de tre vanligste diagnosene innenfor psykiske lidelser .	11
Tabell 1. Korttids- og langtidssykefravær 2008. Hele utvalget	47
Figur 3: Fordeling på den kontinuerlige avhengige variabelen.....	47
Tabell 2: Gjennomsnittlig antall sykefraværsuker på t1 (2003) og t2 (2008).....	63
Tabell 3: First difference analyse på differansen i antall sykefraværsuker	66
Tabell 4: Beskrivelse av yrkesaktive kvinner med og uten minst ett langtidssykefravær	74
Tabell 5: Beskrivelse av yrkesaktive kvinner med forskjellige omsorgsforpliktelser	79
Tabell 6. Sannsynligheten og antall uker sykefravær over 16 dager etter logit og negativ binominal. Begrenset modell.....	83
Tabell 7. Sannsynligheten og antall sykefravær over 16 dager etter logit og negativ binominal. Utvidet modell.....	85
Tabell 8. Sannsynligheten og antall uker sykefravær over 16 dager etter logit og negativ binominal. Separat for deltidsarbeidende kvinner.....	89
Tabell 9. Sannsynligheten og antall uker sykefravær over 16 dager etter logit og negativ binominal. Separat for heltidsarbeidende kvinner.....	91

1 Innledning

Sykefraværet er høyt blant norske kvinner, mye høyere enn blant norske menn. Utallige studier har forsøkt å gi et svar på hvorfor, og man er enige om én ting; norske kvinners sykefravær er et svært sammensatt fenomen. I løpet av en normal arbeidsdag er i gjennomsnitt 6-7 prosent av alle arbeidstakere borte fra jobb på grunn av sykefravær, en stor del av dette fraværet skyldes kvinners sykefravær. Over 8 prosent av norske kvinner er sykemeldt minst én gang per år, hvor en betydelig del er langtidsfravær (SSB, 2014). Kjønnsforskjellene i sykefravær har økt over tid, men de siste ti årene har kvinners sykefravær vært 40-50 prosent høyere enn menns sykefravær (Kostøl og Telle, 2011; Nossen og Thune, 2009).

Kjønnsforskjeller i sykefravær er ikke noe nytt fenomen. Tidligere forskning viser at kjønnsforskjellen utviklet seg hovedsakelig mellom 1974 og 1986 (Mastekaasa, 2012) og kan muligens knyttes opp mot kvinners økte deltakelse i arbeidsmarkedet. Denne utviklingen gir grunnlag for at de økte kjønnsforskjellene kan forklares med forskjellige yrkesmønstre, graviditet har også blitt trukket frem som en viktig forklaring, men graviditet kan ikke forklare kjønnsforskjellene fullt ut da det også eksisterer en betydelig kjønnsforskjell blant ikke-gravide. Enkelte teorier peker på at forskjellen skyldes at en skjev arbeidsfordeling mellom menn og kvinner fortsatt er ulik innad i familien, ved at kvinnen kombinerer lønnet og ulønnet arbeid mens mannen i hovedsak fokuserer på lønnet arbeid. Kombinasjonen utgjør en belastning for kvinnen, som videre resulterer i sykefravær. En svært omdiskutert hypotese, som har vært og er vanskelig å påvise, er den såkalte «dobbelarbeidshypotesen» som tar utgangspunkt i ulik arbeidsfordeling mellom menn og kvinner ved at kvinner opplever en dobbel byrde i kombinasjonen mellom jobb og omsorg for små barn. En mulig forklaring det har blitt rettet lite oppmerksomhet mot er betydningen av å befinne seg i en omsorgsklemme mellom barn og aldrende foreldre. Den såkalte «sandwichgenerasjonen» er et begrep som benyttes i litteraturen om kvinner som er i skvis mellom arbeid, omsorg for små barn og samtidig omsorg for aldrende foreldre.

Denne oppgaven vil indirekte fokusere på et av aspektene ved såkalt *global aldring*, som handler om utfordringer knyttet til et økende antall eldre relativt til antall yngre. Det siste tiåret har det vært en økende bevissthet om befolkningens aldring i de fleste industriland. Kvinner i de fleste land føder færre barn, samtidig lever de eldre lenger (Harper, 2013). Økt levealder er trolig en konsekvens av økt velferd og fremskritt innen medisin og helse. Et økende antall eldre relativt til antall yngre mennesker påvirker fremtidig befolkningsstruktur

og skaper en skjevhet mellom generasjoner som kan få uheldige konsekvenser for velferden (Harper, 2013). Siden vi også i fremtiden vil være avhengige av økt verdiskaping og produksjon samt gode oppvekst- og velferdsvilkår, fordrer dette at flest mulig voksne er arbeidsføre. Eldrebølgen vil trolig i relativt nær fremtid føre til at ikke alle eldre kan få pleie og omsorg fra det offentlige, en av løsningene er at familien må ta et større omsorgsansvar. Familieomsorg reiser spørsmålet om hvilke konsekvenser tradisjonell generasjonskontrakt² har for omsorgsgivere i sine moderne liv. Er kombinasjon av uformell pleie for eldre, familieliv med små barn og yrkesaktivitet en forenelig kombinasjon?

Hvorvidt kombinasjonen av yrkesaktivitet og omsorg for hjelpetrequende foreldre gir utslag i økt sykefravær er et lite utforsket område som har betydning for velferdssamfunnets fremtid, da Norge, i likhet med mange andre land står overfor demografiske endringer som i løpet av kort tid vil redusere den yrkesaktive populasjonen i forhold til antall pensjonister (SSB, 2012; NOU, 2011:17). At flere familier må ta seg av sine eldre samtidig som vi er avhengige av arbeidskraft og et balansert antall fødsler gir grobunn til utfordringer med tanke på fremtidig finansiering av velferdsgoder og behovet for arbeidskraft. Spesielt i et land der en stor del av befolkningen i yrkesaktiv alder står utenfor yrkeslivet grunnet sykefravær. Yrkesaktive mennesker som gir uformell omsorg til sine foreldre eller små barn er ofte i en såkalt tidsklemme, mens yrkesaktive mennesker som kombinerer omsorg for foreldre og små barn i tillegg er i en såkalt omsorgsklemme. Denne oppgaven skal fokusere på hvorvidt tidsklemmer og omsorgsklemmer er en belastning som fører til sykefravær hos norske kvinner. Dette leder inn i forskningsspørsmålene som vil analyseres og diskuteres:

- I. Påvirker «foreldreomsorg» yrkesaktive kvinners sykefravær?
- II. Hvilken betydning har ulike omsorgsforpliktelser for yrkesaktive kvinners sykefravær? Har kvinner med «dobbelomsorg» høyere sykefravær?
 - a) Hvilken betydningen har arbeidsmengde for sykefraværet til yrkesaktive kvinner med omsorgsforpliktelser? Øker betydningen av «dobbelomsorg»?

² Tradisjonell generasjonskontrakt sikter til måten voksne barn tidligere (før offentlig omsorg ble vanlig) og voksne barn i andre kulturer gir omsorg til sine aldrende foreldre.

1.1 Midt i livet – utfordringer og livsstil

De fleste nordmenn i aldersgruppen 35-60 år er yrkesaktive, og de er per definisjon midt i livet. I følge SSB er 82 prosent av menn i alderen 25-66 år sysselsatt, tilsvarende for kvinner er 76 prosent (SSB, 2014). Gjennomsnittsalderen for førstefødsler er 28,5 år for kvinner og 31,5 for menn (SSB, 2012), og flertallet av norske foreldre (både mødre og fedre) er yrkesaktive når de har barn på ett år og eldre. En rapport fra NOVA³ viser at 30-40 prosent av de intervjuede i alderen 20-60 år jevnlig gir uformell hjelp eller pleie til andre (Daatland og Veenstra, 2012:141). Hjelpen inkluderer praktisk hjelp til dagliglivets gjøremål og tildes lettere personlig pleie, men «normal» omsorg for små barn og rent medisinske tjenester som krever spesiell fagkunnskap faller utenfor (Daatland og Veenstra, 2012:143). For eldre hjelpetrequende foreldre er den mest vanlige kilden til uformell hjelp familien. Familien står for hele 51,4 prosent av hjelpen som gis til mor og 53,3 prosent av hjelpen som gis til far⁴ (Daatland og Veenstra, 2012:142).

1.1.1 “Sandwichgenerasjonen”

75-80 prosent av befolkningen er mellom to generasjoner når de selv er midt i livet (Daatland og Veenstra, 2012:10). Det å være i en mellomgenerasjon vil si at man både har minst en forelder i live samt egne barn. Dersom man i tillegg er yrkesaktiv omtaler nasjonal og internasjonal litteratur det som å være i «klemme» eller «being sandwiched» mellom familie og arbeid. Å være «klemt» eller «sandwiched» mellom to generasjoner behøver ikke nødvendigvis være en belastning fordi en stor andel nordmenn midt i livet har tenårings- eller voksne barn og/eller foreldre som er selvhjulpne eller får hel- eller delomsorg fra det offentlige. For de som selv gir omsorg til aldrende foreldre, små barn og er yrkesaktive er det naturlig å anta at det er en belastning, som muligens kan føre til sykefravær. Tre prosent av befolkningen gir både regelmessig hjelp til eldre foreldre samtidig som de har mindreårige eller syke eldre barn og er yrkesaktive (Daatland og Veenstra, 2012:10) – flesteparten av disse er kvinner. Det er en relativt liten andel, men ganske mange i antall. I en fremtid der man ser for seg en vekst i antall eldre relativt til antall yngre i befolkningen kan det å gi omsorg for aldrende foreldre og det å kombinere omsorg for aldrende foreldre og små barn bli mer vanlig.

³ Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

⁴ I NOVA-rapporten «Bærekraftig omsorg?» skilles det ikke mellom mengde hjelp som gis, men type hjelp og hvem som gir hjelpen. Derfor teller hver hjelper like mye uavhengig av hvor mye hjelp de gir.

1.1.2 Deltidsarbeid

Et annet aspekt ved yrkesaktiviteten til norske kvinner er at svært mange jobber deltid. Det er derfor innledningsvis nødvendig å kommentere deltidarbeid når man skal studere egenskaper ved norske kvinners yrkesaktivitet og sykefravær. Hele 41 prosent av norske kvinner jobber deltid, tilsvarende for norske menn er 13 prosent (Næsheim og Villund, 2013:25). Forholdsvis mange kvinner kombinerer omsorg med deltidarbeid, i hovedsak dreier det seg om omsorg for små barn men også andre hjelpetrengende som aldrende foreldre (Daatland og Veenstra, 2012:131). Det skilles mellom tvungen og frivillig deltidarbeid (Kristiansen, 2013; Svalund, 2011), der førstnevnte dreier seg om arbeidsplasser som ikke kan eller vil tilby annet enn deltidsstillinger enten for å spare penger, sikre jobb til flere eller få turnusarbeidet til å gå opp. Spesielt er dette vanlig i helsesektoren og i andre såkalte «kvinneyrker». Frivillig deltidarbeid, er også vanligst blant norske kvinner og er ofte begrunnet i den omdiskuterte tidsklemmen. Tidligere var hjemmet en arbeidsplass og husmor et yrke, men ved kvinnes inntog i arbeidslivet var det ikke lenger noen til å ta seg av barn og hjem daglig. I dag foregår mye av oppdragelsen av barn i barnehagen, husarbeid blir tatt hånd om når det er tid til overs, og denne tiden har det for mange blitt mindre av. Normen er at kvinner og menn i dag skal være likestilt i tiden de tilbringer med barna og tiden de bruker på husarbeid. I følge SSB har forskjellene blitt mindre, kvinner bruker i snitt 6 timer per dag på husarbeid, mens menn i snitt bruker 4,5 timer per dag (Kitterød, 2012).

Deltidsarbeid kan ses på som positivt. For det første på grunn av barnas tilknytning til sine foreldre når man tilbringer mer tid sammen i hjemmet. For det andre, i enkelte yrker der det er mye deltidarbeid rapporterer de ansatte at årsaken til at de jobber deltid har å gjøre med egen helse (NOU 2008:17). En arbeidstidsreduksjon kan ha en viss avlastende effekt for enkelte i belastede yrkesgrupper, eksempler kan være psykisk eller fysisk tunge arbeidsoppgaver eller ugunstig arbeidstid og turnusarbeid. For det tredje kan det argumenteres for at deltidarbeid gir jobb til flere, ved at én heltidsstilling kan deles på to eller flere arbeidstakere.

Deltidsarbeid kan være en av løsningene for at den yngre befolkningen skal være i stand til å ta seg av den eldre hjelpetrengende delen av befolkningen i fremtiden.

1.1.3 Konsekvenser av lavere yrkesaktivitet blant kvinner

I det store og det hele er sykefravær og deltidarbeid blant norske kvinner i det omfanget vi i dag ser negativt, spesielt fra et likestillingsperspektiv og et privat- og samfunnsøkonomisk

perspektiv. Fordi sykefraværet er høyt og deltidsarbeid nesten utelukkende er et kvinnefenomen er man i et likestillingsperspektiv opptatt av at menn ikke skal fortsette å få mest innflytelse i samfunnet fordi kvinner ikke i like stor grad som menn er tilstede i arbeidslivet. Menn tilbringer rett og slett flere timer og avlegger flere dagsverk på jobb når mange kvinner har lavere arbeidsmengde. Kvinner som jobber deltid eller er mye sykemeldt vil få lavere karriere- og lønnsutvikling enn sine mannlige kolleger, fordi det vil ta lenger tid å opparbeide seg humankapital, samt den tillit og arbeidsmengde som kreves. Fra et privatøkonomisk perspektiv er deltidsarbeid negativt for kvinners pensjonsutvikling. Hvor mye man får i pensjon avhenger av opptjente pensjonspoeng gjennom et helt yrkesliv, og pensjonspoeng blir det færre av dersom man jobber mindre. Faren er at mange kvinner ved pensjonsalder blir minstepensjonister eller får et økonomisk avhengighetsforhold til andre familiemedlemmer dersom de har jobbet deltid store deler av sin yrkeskarriere. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv er en høy andel kvinner med sykefravær og deltidsstillinger negativt for velferdsstatens fremtid. Velferdsstaten avhenger av at flest mulig jobber så mye og lenge som mulig, blant annet for å tilfredsstille behovet for helse- og omsorgsarbeidere i fremtiden. I tillegg er velferdsstaten økonomisk avhengig av at flest mulig jobber, både for økt verdiskapning og i form av statsinntekter (jo mer folk jobber jo mer betaler de i skatt).

1.2 Fremgangsmåte

Gangen i denne oppgaven er at neste kapittel (2) mer spesifikt enn dette kapittelet vil fokusere på de to hovedtemaene for denne oppgaven, nemlig sykefravær og omsorgsarbeid. Kapittelet redegjør for begreper, operasjonaliseringer og statistikk. Videre, i kapittel 3. presenteres det teoretiske rammeverket, samt tidligere forskning, mens kapittel 4. beskriver empirisk strategi, data og metode. Kapittel 5. er første analysekapittel, og fungerer som en innledende analyse. Her presenteres enkel beskrivende statistikk for panelutvalget NorLag panel og det gjennomføres en «first difference» på hvorvidt differansen i «foreldreomsorg» påvirker differansen i sykefravær. Kapittel 6. presenterer beskrivende statistikk for hovedutvalget LOGG, mens kapittel 7. er andre analysekapittel og regnes som denne oppgavens hovedanalyse. Der gjennomføres hurdleanalyser med den hensikt å sammenlikne kvinner med ulike omsorgstypologiers sykefravær. Kapittel 8. vil diskutere funnene i lys av det teoretiske rammeverket og kapittel 9. gir noen avsluttende bemerkninger og videre tanker.

1.2.1 Data og metode

Fordi sykefravær er et komplekst fenomen vil jeg nærme meg forskningsspørsmålet i den rekkefølgen det ble presentert over, ved hjelp av ulike hjelpemidler. Først vil jeg ved hjelp av en «first difference analyse» undersøke om endringer i «foreldreomsorg» henger sammen med endringer i «sykefraværet» til yrkesaktive kvinner. Hensikten er å finne ut om omsorgsforpliktelser for aldrende foreldre har noen påvirkning på kvinners sykefravær. I andre analyse vil jeg sammenlikne flere omsorgsforpliktelser ved hjelp av en to-steps hurdleanalyse, som består av en logitanalyse på sannsynligheten for minst ett langtidsfravær og en negativ binominal analyse på forventet gjennomsnittlig antall sykefraværsuker. Tidligere studier har undersøkt sammenhengen mellom omsorgsforpliktelser og sykefravær, men ikke sammenliknet flere typer omsorgsforpliktelser. For å kunne si noe om betydningen av en type omsorgsforpliktelse på sykefravær er det nødvendig å vite noe om hvilken betydning andre omsorgsforpliktelser har for sykefravær.

1.2.2 Oppgavens bidrag til ny kunnskap

Opgaven utvider kunnskap om forholdet mellom omsorgsansvar og sykefravær blant norske kvinner på tre ulike måter: 1) For det første inkluderer studien kvinner som har omsorg for aldrende foreldre separat og i kombinasjon med andre omsorgsforpliktelser. Majoriteten av studier på omsorgsbyrder og kvinners sykefravær fokuserer utelukkende på kvinner som kombinerer yrkesaktivitet med rollen som mor. 2) For det andre bidrar oppgaven til ny kunnskap ved å studere sykefraværets varighet. Tidligere studier om omsorgsbyrder og kvinners sykefravær har en tendens til utelukkende å undersøke tilbøyeligheten til sykefravær. 3) For det tredje utvider denne oppgaven omsorgsforpliktelsers betydning for sykefraværet ved å undersøke om eventuelle sammenhenger mellom omsorgsforpliktelser og sykefravær påvirkes av arbeidsmengde.

1.2.3 Begrensninger

Begrensinger ved denne oppgaven er at den ikke sammenlikner sykefravær knyttet til omsorgsforpliktelser mellom kvinner og menn. En slik sammenlikning ville gjort eventuelle forskjeller enda mer åpenbare, men menn er ikke like interessant i dette henseende da menn for det første har lavere sykefravær og høyere yrkesaktivitet. Samtidig bruker de mindre tid på husarbeid og omsorgsarbeid og yter annen type hjelp, mer praktisk hjelp fremfor hyppig

kontakt, til sine gamle foreldre (Daatland og Veenstra, 2012). En annen begrensning er at datasettet jeg benytter meg av kun har informasjon om sykefraværet fra 17 dager og mer. Dette muliggjør ikke kontroll for betydningen av korttidsfravær, egenmelding og fravær betalt av arbeidsgiver, over 16 dager.

1.2.4 Etikk

I denne oppgaven benytter jeg meg av datasettene NorLag og LOGG fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Jeg har fått tilgang til datasettene gjennom en godkjent søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Datasettene er basert på anonymiserte data fra et representativt utvalg av den norske befolkningen. Å studere menneskers sykefravær er et ømfintlig og privat tema der man som forsker må unngå å stigmatisere bestemte grupper. Årsakene til sykefravær kan være mange og varierte og behøver ikke nødvendigvis tilskrives de resultater jeg kommer frem til i denne oppgaven. Jeg vil etterstrebe å ikke henge ut enkelte grupper på bakgrunn av mine funn da individers helse, og sykefraværet knyttet til dette, er svært sensitive opplysninger om et komplekst tema.

2 Bakgrunn

Dette kapittelet er todelt. I første del går jeg nærmere inn på sykefraværets utvikling blant norske arbeidstakere de siste 30 årene. I løpet av denne perioden har det vært det vært en markant økning i kvinners sykefravær, mens menns sykefravær har holdt seg relativt stabilt (Kostøl og Telle, 2011; Nossen og Thune, 2009). I andre del går jeg nærmere inn på en beskrivelse av ulike former for omsorgsgiving og norske pleie- og omsorgstjenester. En forståelse av sykefravær og omsorgsforpliktelser i lys av hverandre er interessant fordi forekomsten av omsorgsforpliktelser kan ha betydning for hvordan sykefraværet arter seg, og omvendt kan sykefraværet ha betydning for hvordan omsorgsforpliktelser arter seg. Når jeg studerer sammenhengen mellom sykefravær og omsorgsforpliktelser er det derfor viktig å ha kjennskap til de institusjonelle rammebetingelsene, forekomsten av og utviklingen av sykefraværet i Norge, samt en forståelse av hvordan «omsorgsbegrepet» benyttes til statistiske formål og forskning. I del 2.1 beskrives de institusjonelle rammebetingelsene, forekomsten og utviklingen av sykefraværet, i del 2.2. gjøres det en beskrivelse og operasjonalisering av begrepet «å gi omsorg».

2.1 Sykefravær i Norge

Arbeidstakere som er syke i Norge har rett til lønn (inntil inntekt på 7G⁵) fra første sykedag gjennom *egenmelding*. Hovedregelen for egenmeldingsfravær er sykdom inntil tre dager sammenhengende, i maks fire omganger per år⁶. En arbeidstaker skriver selv egenmelding når hun er tilbake på jobb. Sykefravær over tre dager gis av fastlegen som gjør en vurdering på hvorvidt medisinske grunner hindrer en fra å være på jobb og av hvor lang varighet sykefraværet skal være. Det er arbeidsgiver som betaler sykefraværet de første 16 dagene, inkludert egenmeldingsperioden, deretter er det NAV som står for utgiftene. De første 16 dagene kalles «arbeidsgiverperioden», mens sykefravær utover dette kalles «langtidsfravær».

⁵ Grunnbeløpet benyttes ved fastsettelse av pensjonspoeng og beregning av pensjoner fra folketrygden. G for 2003 var 55 964 NOK, G for 2008 var: 69 108 NOK. Grunnbeløp 7G tilsvarer dermed 391 748 NOK i 2003 og 483 756 NOK i 2008.

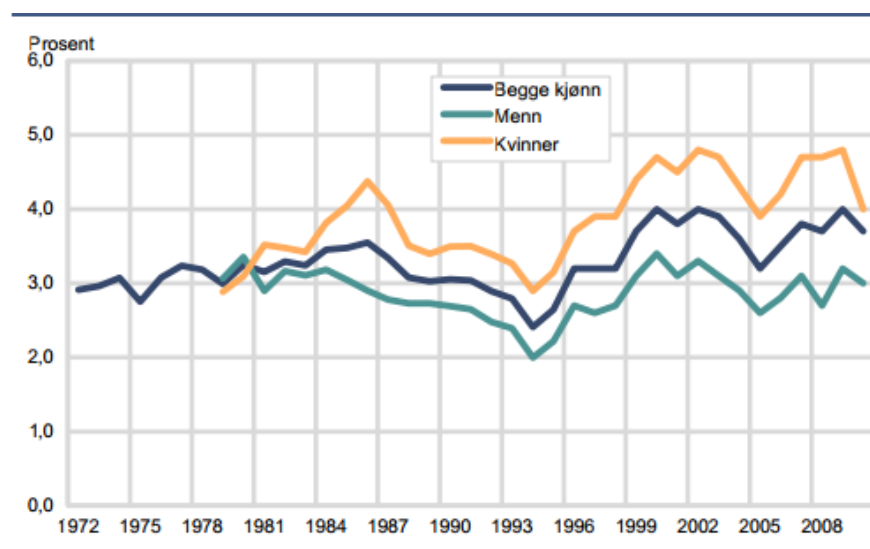
⁶ Gjelder ikke for ansatte i IA bedrifter. Ansatte i IA bedrifter kan bruke egenmelding i opptil åtte kalenderdager.

2.1.1 Sykefraværets utvikling

Kvinnerns totale sykefravær (egenmeldt og legemeldt) i 4. kvartal 2013 var på 8,3 prosent, tilsvarende for menn var 5 prosent (Ytteborg 2014:2). Sykefraværet for menn og kvinner har hatt en svak nedgang siden toppen i 2003, men siden begynnelsen av 1970-tallet har tendensen for kvinnerns totale sykefravær vært økende, mens for menn har det holdt seg stabilt på omtrent samme nivå (NOU, 2010:13). De siste tre årene har forskjellen i sykefravær mellom kjønnene hatt en svak økning (Ytteborg, 2014:2). I 2013 hadde kvinner omlag 60 prosent høyere sykefravær enn menn (Mykletun, Evensen, Hagen og Vaage, 2012). Både for kvinner og menn er det langtidssykefravær (over 16 dager) som utgjør den største delen av *sykefraværsdagene*. For kvinner i siste kvartal 2013 var hele 7 av de totalt 8 prosentene sykefraværsdager langtidssykefravær (SSB, 2013).

Når det gjelder *sykefraværstilfeller* er det sykefravær som avsluttes innenfor arbeidsgiverperioden som utgjør den største andelen, omlag 60 prosent av sykefraværstilfellene i 2008 (SSB, 2013), nærmere 17 prosent av alle sykefraværstilfeller varte lengre enn to måneder, seks prosent varte lengre enn et halvt år og om lag fire prosent varte lengre enn ni måneder (NOU, 2010:13). Figur 1. viser Arbeidskraftundersøkelsens (AKU) tall for sykefravær i Norge fra 1972 til 2010. Sykefraværet for kvinner og menn har variert over hele perioden, men hovedtendensen er et stigende sykefravær for kvinner, mens det for menn har ligget omtrent på samme nivå siden 1970-tallet.

Figur 1: Sykefravær etter kjønn. Årsgjennomsnitt 1972 – 2010. AKU.



Kilde: Berge, Holck og Næsheim 2012:9

AKU viser også at det har vært en markant økning i sykefraværet i helse- og omsorgssektoren sammenliknet med det samlede fraværet i Norge, i denne sektoren er det samtidig høyest andel kvinnelige ansatte. Forskere har i lang tid ment at dette kan være en forklaring på hvorfor kvinner har så høyt sykefravær sammenliknet med menn. I senere tid har derimot forskere funnet ut at kun en liten andel av sykefraværet kan tilskrives sektor eller yrke. Kvinner i alle sektorer har høyt sykefravær, og vanligvis dobbelt så høyt som sine mannlige kolleger. Professor i folkehelse, Arnstein Mykletun, sier til Aftenposten april 2014 at et høyere sykefravær blant kvinner i helse- og omsorgssektoren forklarer en del rent statistisk, men det forklarer ikke *hvorfor* sykefraværet er så høyt i disse yrkene. Han mener at forventninger og holdninger påvirker hvor terskelen går for sykemelding, men at det finnes lite data over tid om holdninger til sykefravær. Sykefraværet i helse- og omsorgssektoren er et eksempel på at det kan utvikle seg en holdningskultur til sykefravær som i enkelte miljøer gjør sykefravær mer akseptert. Mange stiller seg i dag derfor spørsmålet om det kan ha utviklet seg en kjønnsforskjell i holdninger til sykefravær.

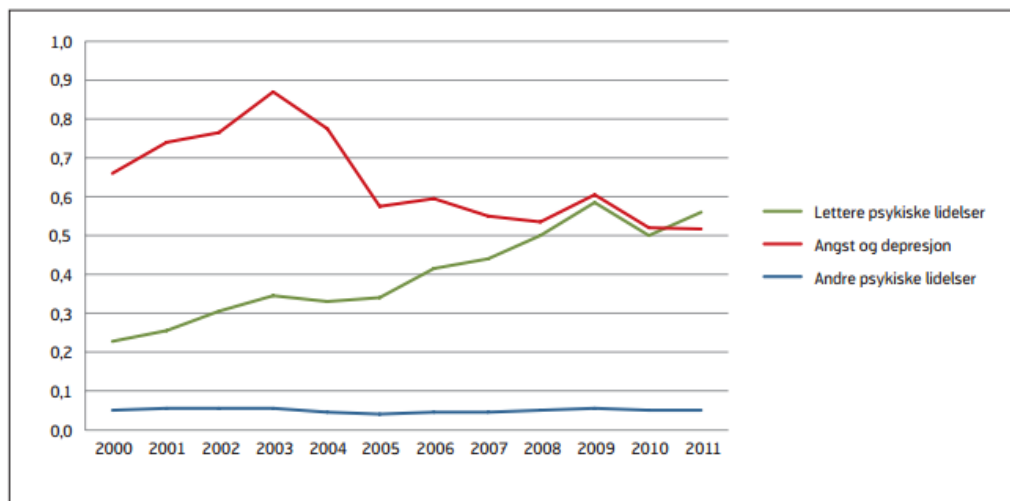
Ikke-verifiserbar sykdom

Psykiske lidelser rommer muligens et større spekter av problemer enn tidligere. Diagnoser som overbelastning, tidsklemme og «møte veggen» er blitt relativt vanlige. Disse kan ofte falle under kategorien «psykiske lidelser» – både på folkemunne, i fagmiljøer og i media. Perioder man tidligere anså som «tunge perioder» som de aller fleste må gjennom og der mange tenker at man må «ta seg sammen», blir det i dag gitt en diagnose for. Eksempler er depresjon, sorg og stress. En årsak kan være et generelt samfunnspress om å være vellykket på så mange områder. Hele befolkning, også leger, er produkter av tiden og kulturen de lever i og sykemelding, som mye annet, baseres på skjønn og subjektive vurdering av mennesker i sin tid. Spørsmålet er om dette alltid er legitimt i forhold til det sykefraværet egentlig skal sikre?

Basert på NAVs sykefraværsregistre mellom 2000 til 2011 økte det legemeldte sykefraværet knyttet til lettere psykiske lidelser med 20 prosent (se figur 2). Samtidig var det kvinner i aldersgruppen 30-49 år som sto for det høyeste sykefraværet knyttet til lettere psykiske lidelser i denne perioden (Brage, Nossen, Kann og Thune, 2012:24). Det er verdt å merke seg de omfattende endringene i hvilke psykiske lidelser som ble angitt som medisinsk grunn for fraværet i den samme perioden. Lettere psykiske lidelser økte med hele 145 prosent, og særlig

situasjonsbetinget *psykisk ubalanse og uspesifiserte psykiske symptomer og plager* ble mye vanligere. Mer alvorlige psykiske lidelser som psykoser, demens og utviklingshemming svarte kun for en svært liten del av sykefraværet og hadde til og med en reduksjon i perioden 2000-2011 (Ibid.) Lettete psykiske lidelser er en relativt ny diagnose, tidligere falt disse udefinerbare symptomer under typiske ryggmerter, muskel- og skjelettlidelser.

Figur 2: Legemeldt sykefravær etter de tre vanligste diagnosene innenfor psykiske lidelser



Kilde: NAV

Kilde: Brage, Nossen, Kann og Thune, 2012 (NAV)

På tross av statistikken har ikke Folkehelseinstituttet funnet tegn til økt forekomst av psykiske lidelser i befolkningen: «alt i alt er det ikke sterke holdepunkter for verken økning eller reduksjon i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen de siste tiårene» (Mykletun og Knudsen, 2009). Den samme konklusjonen finner OECD når det gjelder Europa som helhet (Bang Nes og Clench-Aas, 2011; OECD, 2011). Stadig flere studier berører derfor temaet om endrede holdninger til sykefravær i samfunnet.

Hva som inngår i statistikk over psykiske plager er i mange tilfeller basert på både faglig og individuelt skjønn. Skjønnsmessige vurderinger er alltid påvirket av tiden man lever i og holdninger og forventninger fra samfunnet rundt. De fleste psykiske plager defineres som ikke-verifiserbar sykdom, rett og slett fordi det er helseplager man ikke kan fysisk observere. Selv om ikke-verifiserbar sykdom i hovedsak inkluderer de som faktisk har tyngre psykiske lidelser samler denne diagnosen trolig også opp fravær av mer psykisk udefinerbar karakter, som for eksempel innebærer å ha «møtt veggen», er generelt sliten, overbelastet, i sorg, samt andre udefinerbare symptomer. Samtidig har det blitt større aksept for psykiske lidelser i

samfunnet, et tema det tidligere var knyttet sterk stigma og tabu til. Stadig mer åpenhet fører til lavere terskel for å oppsøke hjelp dersom man har psykiske problemer.

Produserer gunstige sykefraværsrettigheter høyt sykefravær?

Hvorvidt våre gunstige rettigheter «produserer» høyt sykefravær er en viktig del av samfunnsdebatten. Norske arbeidstakere har et av verdens beste sykefraværsordninger basert på tilliten den norske stat gir norske arbeidstakere og fastlegene. Syke og uføre mennesker skal ikke belastes med økonomisk tap. På tross av vanskeligheter med å sammenlikne sykefravær mellom land, er sykefraværet i Norge og spesielt blant norske kvinner et av verdens høyeste (Berge, 2012:29). I følge Simen Markussen, forsker ved Frisch senteret, kan en årsak til at kvinners sykefravær er så mye høyere enn menns være at de er mer forsiktige i møte med helseproblemer. Sykefraværsforskjellen kan skyldes at kvinner hyppigere går til legen og velger sykefravær når helsen skranter, mens menn er mer risikovillige og ser etter om det «går over» før de oppsøker lege (Markussen, 2014). Det som indikeres her er at subjektive vurderinger av helseplager og hvorvidt det føles nødvendig å benytte seg av sykefravær tolkes forskjellig av menn og kvinner.

Det er positivt at arbeidstakere som er syke er borte fra jobb. Resultatet er trolig friskere, mer effektive og mer motiverte arbeidstakere den tiden de er på jobb. På en annen side er det ikke urimelig å tenke seg at sykefraværsordningene er gjenstand for mistolking og misbruk. Det er store variasjoner om hva som anses som legitimt og ikke legitimt fravær. Nødvendigheten av sykefravær i ulike situasjoner baserer seg ofte på subjektive tolkninger og vurderinger i flere ledd som kan resultere i misforståelser, feiltolkning og ulik praksis i måten man anvender sykefravær på. Subjektive vurderinger av sykefravær kan føre til høyere sykefravær på tre måter: 1) For det første kan det ha utviklet seg en *velferdskultur* der arbeidstakere anser seg som syke og uegnet til å jobbe på grunn av minimalt helsebesvær, sammenliknet med tidligere. Grensen for når man anser seg som syk har sunket og lettere helsebesvær som forkjølelse eller hodepine er kanskje i større grad nå enn tidligere grunn nok til å «holde sengen». I slike tilfeller antas det at det er mest vanlig å benytte seg av egenmelding. 2) *Uklart sykefraværsreglement* kan skape et misforhold mellom ulike instanser om hva som anses som legitimt sykefravær og hvilke ordninger det er mest hensiktsmessig å benytte seg av. Det som anses som legitimt fravær av det offentlig kan være noe annet enn det fastlegen og individet anser som legitimt fravær. I mange tilfeller må legen legge pasientens subjektive

vurdering til grunn for sykemelding og ulik praksis og verdigrunnlag blant leger kan gi variasjoner i hva som anses som rettmessig sykefravær, som for eksempel hvorvidt det er mulig å kombinere helsebesværet med delvis arbeidsaktivitet (gradert sykemelding) eller om sykefravær er uhensiktsmessig. 3) Den tredje måten subjektiv vurdering av sykefravær kan føre til høyere sykefravær er gjennom *misbruk av velferdsgoder*, et bevisst misbruk av sykefravær. I den ene enden av skalaen kan det dreie seg om individer som «pynter på sannheten» når de står foran legen mens det i den andre delen av skalaen handler om friske pasienter som later som de er syke. Det kan være mange grunner til å misbruke sykefravær, for eksempel latskap, misfornøyd med jobben, en sykdom man har vanskeligheter for å snakke om med legen og/eller arbeidsgiver (f.eks. psykisk lidelse) eller tidsklemme og omsorgsbelastning. Noen av eksemplene ligger i grenseland for hvorvidt det faktisk er misbruk, for eksempel hvis man i virkeligheten har en annen lidelse enn den man utgir seg for å ha som man ikke tør ta opp med legen. Spørsmålet er da om det egentlig spiller noen rolle om pasienten sier hun har ryggsmertor når hun egentlig sliter med angst? Sykemelding får man kanskje uansett, men dog ikke rettmessig behandling for å bli frisk.

Når man snakker om høyere sykefravær i sykefraværsforskning sikter man ofte til ulike operasjonaliseringer av begreper. Sykefravær kan enten være høyere i form av hyppigere tilbøyelighet og antall tapte dagsverk. Jeg vil i denne oppgaven ta hensyn til både og (se kapittel 4. for mer om måling av sykefravær). Denne delen av kapittel 2. har tatt for seg sykefraværet i Norge med et spesielt fokus på kvinner, og har diskutert mulige årsaker til kjønnsforskjellen i sykefraværet til norske arbeidstakere. Siste del av kapittelet vil ta for seg begrepet «å gi omsorg», redegjøre for ulike måter å yte omsorg på og til slutt gi en kort presentasjon av norske pleie- og omsorgstjenester.

2.2 Omsorg

En som utøver omsorg overfor en annen person viser som regel omtenkksomhet og hjelpsomhet overfor en annen. Omsorgsarbeid er aktiviteter som utføres til det beste for mennesker som trenger hjelp på grunn av sviktende helse eller manglende evner (Wærness 1982:22). Eldre mottakere som har behov for praktisk eller personlig hjelp for å klare seg i hverdagen henvises vanligvis til formelle omsorgstjenester, men man kan også henviser til uformelt omsorgsarbeid. Uformelt omsorgsarbeid utøves vanligvis innad i familien, for egne friske barn, men også aldrende foreldre.

Pleie- og omsorgssektoren er den største sektoren i Norge. Over 80 prosent av de som jobber i denne sektoren er kvinner, mange jobber deltid og sykefraværet er høyest i denne sektoren sammenliknet med andre yrkesssektorer (NOU 2010:13). I dag er det i overkant av 600 000 personer over 67 år i Norge, beregninger antar at det innen 2060 vil være omkring 1,6 millioner personer i denne aldersgruppen (SSB, 2008). Det under forutsetning av at nivået for fruktbarhet, levealder, innenlandsflytting og nettoinnvandring har forventet utvikling (SSB, 2011). Det forventes at vi trenger økt arbeidskraft i pleie- og omsorgssektoren i fremtiden for å dekke behovet til den voksende gruppen av eldre mennesker. Norske offentlige pleie- og omsorgstjenester finansieres ved hjelp av rammeoverføringer fra statlige tilskudd som kommunen disponerer fritt innenfor gjeldende lovverk (NOU 1997:17). I følge SSB utgjorde pleie- og omsorgssektoren 2,2 prosent av BNP i 2009, mens gjennomsnittet for OECD-land lå på 1,2 prosent (SSB, 2011).

2.2.1 “Formell” og “uformell” omsorg

Omsorgsarbeid defineres ofte som noe som utøves overfor mennesker i alle aldre som trenger langvarig kontakt, praktisk hjelp, pleie, rehabilitering eller behandling på grunn av sykdom, funksjonshemming eller aldring både formelt og uformelt (Romøren, 2012). Denne oppgaven utvider imidlertid begrepet til også å romme omsorg for egne, friske barn. I omsorgsforskningen skiller man gjerne mellom *formell omsorg* og *uformell omsorg*. Begrepet omsorgsarbeid innebærer derfor både formell omsorg som omfatter kommunale- og offentlige tjenester, og uformell omsorg som omfatter omsorg innen familien, mellom venner, arbeidskollegaer, naboer og liknende, som regel ulønnet.

Denne oppgaven vil fokusere på personer som gir uformell praktisk eller personlig hjelp til familiemedlemmer. Disse vil omtales som *personer med omsorgsforpliktelser*. Det er problematisk å tallfeste hvor mange nordmenn som gir uformell omsorg, noe som skyldes at det gis til så mange forskjellige brukergrupper, at det er mange ulike ordninger for uformell omsorg (noen innvilget av staten og noen på privat initiativ) og at det er store variasjoner i hva individer anser som omsorgsarbeid og hva som går under sosial omgang eller tjenesteyting.

Per i dag finnes det få permisjonsordninger for de som ønsker å gi uformell omsorg. Ulønnet permisjon eller bruk av ferie gir en direkte økonomisk kostnad for pårørende og mulige bieffekter som dårligere helse og høyere sykefravær. Uformelle omsorgsgivere har noen

permisjonsordninger de kan forholde seg til som gir rett til betalt omsorgsarbeid eller fri slik at kombinasjonen mellom yrkesaktivitet og omsorg skal lettes. For det første kan frivillige uformelle omsorgsgivere motta omsorgslønn for omfattende omsorgsarbeid. Omsorgslønn er et offentlig tilbud der en pårørende kan motta lønn for særlig tyngende omsorgsarbeid som kommunen har plikt til å kunne tilby. Det omfatter både frivillige omsorgsgivere uten omsorgsplikt og foreldre som har omsorgsplikt for mindreårige kronisk syke eller handikappede barn (Barneloven § 30). Kommunen har ansvaret for å gi en skjønnsmessig helhetsvurdering av søknaden og vilkårene for omsorgslønn er tilfredsstilt dersom: 1) omsorgsarbeidet vurderes som nødvendig, 2) brukeren har et hjelpebehov som ellers må ivaretas av kommunen, 3) en privatperson ønsker å ivareta et hjelpebehov, 4) brukeren mener omsorg fra privatpersonen er best, 5) kommunen vurderer det slik at omsorg fra privatpersonen er den beste løsningen og 6) omsorgsarbeidet er så omfattende at det anses som særlig tyngende (NOU 2011:17).

Arbeidstakere har i tillegg rett til velferdspermisjon med lønn i inntil 12 dager i året dersom viktige velferds- og omsorgsgrunner foreligger (Statens personalhåndbok, 2014 §22).

Ordningen omfatter sammenhengende eller fleksibelt uttak av permisjonsdager etter avtale med arbeidsgiver. Vilåret for å søke slik permisjon er at det foreligger viktige velferds- og omsorgsgrunner (f.eks. tilvenning i barnehage, skolestart, dødsfall, begravelse o.a.) og arbeidstakerens individuelle situasjon (f.eks. familiesituasjon, omsorgsbyrder, helsetilstand, og arbeidssituasjon o.a.). Velferdspermisjonen innvilges etter vurdering i det enkelte tilfelle.

En tredje ordning er arbeidstakeres rett til fri ved omsorg og pleie av nærstående (Arbeidsmiljøloven, 2014 § 12-10), men loven gir imidlertid ikke rett til lønn under slik permisjon (Statens personalhåndbok, 2014 § 22.) Loven innebærer at arbeidstakere som pleier nærstående i hjemmet i livets slutfase har rett til permisjon i 60 dager. I tillegg har arbeidstaker rett på permisjon i inntil 10 dager hvert kalenderår for å gi nødvendig omsorg til foreldre, ektefelle, samboer, registrert partner eller funksjonshemmet/kronisk sykt barn etter fylte 18 år (Arbeidsmiljøloven, 2014 § 12-10).

Eldre hjelpetrequende mennesker behøver ikke nødvendigvis omsorg på heltid, og dersom de har et omfattende omsorgsbehov får de som regel dette tilfredsstilt på en institusjon. Men med et lite eller middels hjelpebehov kan også kreve både tid og krefter fra en pårørende, spesielt hvis de eldre bor hjemme. Normalt dreier det seg om hverdagslige oppgaver som samtaler, matlaging, husarbeid og følge til ulike aktiviteter. Dersom en omsorgsgiver ikke tilfredsstiller

kravene for omsorgslønn, velferdspermisjon med lønn eller uten lønn er alternative legitime løsninger å benytte seg av fleksible arbeidstidsordninger eller jobbe deltid. Hjelpetbehov defineres ikke ved helsesvikt alene, men ved om helse og boforhold subjektivt gjør det vanskelig å klare seg selv i hverdagen (Daatland og Veenstra, 2012:115). Eksempelvis kan personer med alvorlig sykdom ha få begrensninger i hverdagen, mens andre med langt mindre helseproblemer kan ha behov for hjelp. Det som i praksis betyr noe er hvordan personen selv kjenner det. Det er som regel det opplevde behovet som ligger til grunn for etterspørsel etter hjelp utenfra (Ibid.)

2.2.2 «Dobbeltomsorg»

Det er få som i 30-årene har foreldre med hjelpebehov, deretter øker andelen som har foreldre med hjelpebehov til en topp i 50 årene, før andelen synker igjen i aldersgruppen 60-69 (Daatland og Veenstra, 2012:134). De som ikke har foreldre med hjelpebehov har enten mistet foreldre, eller de har foreldre som er selvhjulpne. Flertallet av befolkningen har mindreårige barn når de er i 30 årene, samtidig er 80-90 prosent yrkesaktive (SSB, 2014). En del småbarnsmødre arbeider deltid, mens småbarnsfedre er tilbøyelige til å jobbe mer enn jevngamle menn uten barn (Daatland og Veenstra, 2012:130).

Å ha «dobbeltomsorg» dreier seg om å gi uformell omsorg til eldre foreldre på den ene siden og uformell omsorg for små barn på den andre siden. Dette gjelder for 6-9 prosent av befolkningen i 40 årene, 3 prosent i alderen 35-45 år og 1-2 prosent av 50 åringene (Daatland og Veenstra, 2012:131). Vanligvis melder foreldrenes omsorgsbehov seg først når barna har blitt større og selvhjulpne, og når barna krever mye omsorg og oppmerksomhet er foreldrene snarere til hjelp enn en byrde (Ibid.). På tross av de små prosenttallene bør man være klar over at det dreier seg om et betydelig antall personer som gi «dobbeltomsorg». De tre prosentene i alderen 35 – 45 år som gir regelmessig hjelp til eldre foreldre samtidig som de har mindreårige barn og er yrkesaktive utgjør hele 20 000 personer. Tar vi med aldersgruppen 45-55 år kan vi legge til mellom 10 000 og 15 000 personer (Daatland og Veenstra, 2012:135).

2.2.3 Pleie- og omsorgstjenestene

I Norge tar offentlige og private tjenester en stor del av omsorgsansvaret for eldre ved hjelp av sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester (Daatland og Veenstra, 2012:144), men i realiteten er familien og velferdsstaten avhengige av hverandre når det gjelder eldreomsorgen.

Når det dreier seg om såkalt «hands-on care», det vil si praktisk, instrumentell innsats som renhold, klesvask, sårskift og pleie, står tjenestene sterkt. I alt det andre som fyller dager og uker med innhold er omsorgstjeneste mindre fremtredende (Daatland og Veenstra, 2012:144).

Eldres bistandsbehov og tildeling av tjenester

Institusjonsomsorgen står fortsatt sterkt i «eldreomsorgen» sammenliknet med «yngreomsorgen». Institusjonene er i dag nærmest forbeholdt eldre beboere fordi det er allmenn enighet om at yngre hjelpetrequende skal ha et tilbud utenfor institusjon (Otnes, 2012:66). Av alle som bor på institusjon var ni av ti beboere over 67 år i 2012 (Gabrielsen, Otnes, Sundby, Kalcic og Strand, 2011). For statistikkformål blir «bistandsbehovet» bestemt etter et veid gjennomsnitt av skårene 1-5 på aktivitetsområder fra husarbeid og innkjøp til personlig hygiene og sosial deltakelse. Skårinndelingen går fra 1 (ingen problem for tjenestemottaker) til 5 (behov for personbistand til alle deler av en aktivitet). Dette veies sammen til tre grupper: 1) Noe avgrenset bistandsbehov, 2) middels til stort bistandsbehov og 3) omfattende bistandsbehov. I 2008 hadde de fleste eldre som mottar tjenester et «noe avgrenset bistandsbehov» (43%), kun tre prosent hadde institusjonsplass. Den nest største gruppen eldre som mottar tjenester hadde et «middels til stort bistandsbehov», 20 prosent med institusjonsplass, mens 70 prosent av eldre brukere med omfattende bistandsbehov ble tildelt langtids- eller korttidsopphold ved institusjon.

Totalt er det et stort antall eldre, både med «middels til stort bistandsbehov» og en del med «omfattende bistandsbehov» som ikke bor på institusjon, men som enten mottar hjemmesykepleie eller annen formell eller uformell bistand. Omlag 40 prosent av eldre tjenestemottakere mottar også privat, ubetalt hjelp i tillegg til formelle tjenester. Hvor mange timer bistand som tildeles den enkelte fattes det vedtak om i hjemmehjelpstjenesten ut i fra omsorgsbehovet, men en kan forestille seg at det oppstår behov utenfor tidsrammen mottakeren er tildelt. Dersom eldre med omfattende bistandsbehov ikke har privat hjelp får de i gjennomsnitt 17 timer bistand per uke, men dersom de har privat hjelp får de i gjennomsnitt 9 timer bistand per uke (Otnes, 2012:76). Et vesentlig antall omsorgstimer er det altså andre enn det offentlige som står for, trolig familien eller privat betalt assistanse. Trolig er det mange voksne barn som hjelper sine foreldre med diverse oppgaver uten å omtale det som omsorgsarbeid, få har langvarig omsorgs- og pleieansvar for dem (Daatland og Veenstra,

2012:135). Grensen for når det er omsorgsarbeid og eventuelt en belastning på den uformelle omsorgsgiveren baseres på den enkeltes personlige vurdering av situasjonen.

Pleie- og omsorgstjenestenes utvikling

Utviklingen de siste årene innenfor pleie- og omsorgssektoren dreier seg om vekst i hjemmebaserte tjenester, kvalitetskrav til tjenestene og flere brukergrupper. Satsingen på at flere kan bo hjemme lenger ble fremmet gjennom «Handlingsplan for eldreomsorgen» (St.meld.50:1996-1997). Kravet til kvalitet på tjenestene øker, noe som har betydning for etterspørselen av tjenester for eldre i fremtiden. Krav om enerom, legedekning, bemanningsnivå og personellets kompetanse er i dag kvalitetsmål ved sykehjemmene (Kjelvik, 2011). Dette utfordrer fremtidens pleie- og omsorgssektor i sikringen av nok, og kompetent, arbeidskraft. At flere bor hjemme lenger er en alternativ løsning på overfylte institusjoner, noe som på sin side utfordrer familien, som sannsynligvis vil oppleve økt press på å gi omsorg til eldre. Pleie- og omsorgstjenestene får i tillegg stadig ansvar for flere brukergrupper enn tidligere, som personer med psykisk utviklingshemming, psykiske problemer og rusmisbrukere (Otnes, 2012:57). Det har blitt flere yngre brukere i tjenestene, og en stadig mindre del av utgiftene i pleie- og omsorgstjenestene går til personer over 67 år (SSB, 2011).

For å forstå utfordringene i pleie- og omsorgstjenestene i tiden fremover kan det være nyttig å ha kunnskap om den historiske utviklingen i tjenestene frem til i dag. Det skilles mellom fire faser i utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene i nyere tid. Den første fasen før 1965 finnes det lite tallmessig informasjon om, men som hovedtrekk hadde familien omsorg for syke og eldre før 1850, og fra 1850 kom alders- og sykehjem til. Den andre fasen mellom 1965-1980 kjennetegnes av en formidabel vekst i den offentlige pleie og omsorgstjenesten fra slutten av 1960 tallet (St.meld.25, 2005-2006). Gjennom lov om sosial omsorg av 1964 tok det offentlige et hovedansvar for å yte omsorg til voksne hjelpetrequende. Sammen med folketrygdloven (1967) og sykehusloven (1970) var det dermed lagt et lovmessig grunnlag for vekst i pleie- og omsorgssektoren. Utviklingen av sykehjem, hjemmehjelp og praktisk bistand vokste gradvis fra begynnelsen av 1960-tallet. Den tredje fasen kjennetegnes av store reorganiseringsreformer mellom 1980-1995. Kommunene fikk et større ansvar og det ble satset mindre på institusjoner, men var stor vekst i hjemmetjenestene. Tre store reformer skulle sikre bedre prioritering og ressursutnyttelse; kommunehelsereformen,

sykehjemsreformen og reformen for psykisk utviklingshemmede (Otnes, 2012), som skulle gi kommunene et større og mer samlet ansvar. «Handlingsplanen for eldreomsorgen» (St.meld.50, 1996-1997) satset på boliger som skulle redusere eller utsette behovet for sykehjemsplass. Hjelpen skulle så langt det var mulig gis i eget hjem eller tilrettelagte omsorgsboliger. Den fjerde fasen kjennetegnes av en videreføring av reorganiseringen som startet i 1980-årene. Utviklingen kjennetegnes av at færre bor i institusjon, men flere i bolig og mer hjemmesykepleie (Otnes, 2012). I tillegg gjøres det et større skille mellom «eldreomsorg» og «yngreomsorg».

2.3 Oppsummering

Hensikten med dette kapittelet har vært å gi en oversikt over det store bildet av sykefravær og omsorg i Norge. I del 2.1. presenterte jeg sykefraværstatistikk og gjeldende sykefraværreglement. I tillegg berørte jeg så vidt en diskusjon om grunnlaget for sykemelding, hvordan dette i mange tilfeller er basert på subjektive vurderinger på flere nivå, som på sin side enkelt kan være gjenstand for mistolkning og misbruk av dagens sykefraværordning og hvordan dette muligens kan knyttet til økt sykefravær. I del 2.2. har jeg i hovedsak fokusert på å presentere et begrepsapparat og en bakgrunnsforståelse av «omsorg». Spesielt er begrepet «dobbeltomsorg» og forskjellen mellom formell og uformell omsorg viktig. Grunnen til dette er at denne oppgaven senere vil rette blikket mot uformelle doble omsorgsgivere. Til slutt i del 2.2. diskuterte jeg kort hvordan man kan skille mellom nivåer av Eldres bistandsbehov og utviklingstrekk i pleie- og omsorgstjenesten.

I dag er omsorgen for eldre et samarbeid mellom det offentlige og familien, derfor er det ikke urealistisk å forestille seg at familien i fremtiden må stå for en større del av pleiansvaret som en løsning på kapasitetsproblemer og manglene helsepersonell i eldreomsorgen. I kombinasjon med at befolkningen får barn senere i livet vil trolig barna av hjelpetrengende eldre være yngre enn de er i dag. Yngre omsorgsgivere vil trolig også ha egne små barn som de må kombinere omsorg for med omsorg for eldre foreldre og at de samtidig er yrkesaktivitet er en forutsetning for velferdsstatens overlevelse. Men er kombinasjonen av yrkesaktivitet, omsorg for barn og hjelpetrengende foreldre mulig å kombinere? Eller blir man nødt til å redusere enten omsorgsarbeidet eller yrkesaktiviteten for å få overskudd og tiden til å strekke til? Uformell omsorg kan gi direkte økonomiske eller helsemessige kostnader for omsorgsgivere, som på sin side kan henge sammen med sykefravær. Norge er ett av landene i

verden med høyest sykefravær, og samtidig de beste sykefraværsordningene. En økning i sykefraværet kan skape store utfordringer for å dekke behovet for arbeidskraft og finansiering av formelle omsorgstjenester i fremtiden. Denne oppgaven skal videre undersøke om kombinasjonen av yrkesaktivitet, omsorg for barn og hjelpetrequende foreldre gir utslag i høyt sykefravær. I neste kapittel vil jeg derfor presentere det teoretiske rammeverket kombinert med tidligere forskning på feltet.

3 Teori og tidligere forskning

Forrige kapittel handlet om de demografiske- og helsemessige utfordringene vi står ovenfor relativt nær fremtid. Som at andelen personer i yrkesaktiv alder vil reduseres relativt til antallet pensjonister i løpet av kort tid (Nielsen, 2007) og det høye og stadig økende sykefraværet blant norske arbeidstakere, spesielt kvinner. Dette er to utviklingstrekk som er en utfordring for fremtidig finansiering av velferdsgoder.

En aldrende befolkning vil trolig føre til økt press innenfor pleie- og omsorgssektoren, som dermed vil gi store utfordringer knyttet til å få nok kvalifisert arbeidskraft til å dekke det økende omsorgsbehovet blant de eldre. Den norske velferdsstaten har i dag ansvar for å tilby et tilfredsstillende omsorgstilbud til de eldre, men realiteten er at pårørende tar en stor del av omsorgsansvaret, også pårørende til eldre som mottar omsorgstjenester fra staten. Knappheten på kvalifisert arbeidskraft i pleie- og omsorgssektoren og en eventuell økning i sykefraværet kan resultere i enda større utfordringer med å dekke omsorgsbehovet blant eldre, dernest et økt press på pårørende om å gi uformell omsorg. Tidligere forskning finner at det å gi uformell omsorg kombinert med yrkesaktivitet kan være en belastning på omsorgsgiveren, imidlertid avhenger dette av grad av omsorg samt andre omsorgsforpliktelser og generell helse (Kostøl og Telle, 2011) Hvorvidt omsorgsansvar kombinert med yrkesaktivitet gir høyere sykefravær er ikke entydig, og tidligere forskningsbidrag gir ulike resultater. Mange arbeidstakere er omsorgsgivere for egne barn, og tradisjonelt antas det at det er kvinner som gir mesteparten av slik omsorg, det er nok derfor tidligere forskning i hovedsak har fokusert på yrkesaktive kvinner med «barneomsorg». Det er relativt få forskningsbidrag med fokus på arbeidstakere som gir omsorg til sine aldrende foreldre og enda færre bidrag med fokus på arbeidstakere som både gir omsorg for egne barn og eldre foreldre, såkalt «dobbelomsorg».

Sykefravær ikke identisk med sykdom og dårlig helse, det kan også innebære sykdomsatferd (Mastekaasa 2005:2262). Sykdomsatferd defineres som måten et individ kontrollerer sin egen kropp ved å definere og tolke symptomer og handle deretter ved å utnytte ulike former for hjelp, inkludert det offentlige helsevesenet (Mechanic, 1986:101). Sykdomsatferd indikerer at det finnes ulike måter å definere og tolke når det er nødvendig med sykefravær. Sykefravær kan altså både være en effekt av dårlig helse, men kan også være en effekt av individets atferd og reaksjoner på helseproblematikk. Det finnes ikke noe klart skille mellom sykefravær og

sykdomsattferd, det noen anser som motvillighet til å jobbe anser andre som et psykisk problem (herav sykdom).

Dette kapitlet skal forsøke å forklare to viktige og ubesvarte spørsmål: Hvorfor har Norge så høyt sykefravær sammenliknet med andre europeiske land, på tross av at befolkningen har god helse og høy levealder? Og, hva er grunnen til at kvinner i Norge, og de fleste andre vestlige land, har langt høyere sykefravær enn menn? Kapitlet er tredelt og vil først fokusere på teorier som søker å forklare sykefravær generelt. I andre del vil kapitlet beskrive teorier som forklarer sykefravær med at individer er rasjonelle aktører som kalkulerer risiko ut i fra de midlene og mulighetene de har, mens tredje og siste del av kapitlet fokusere på teorier som søker å forklare sammenhengen mellom kvinners omsorgsforpliktelser og sykefravær mer spesifikt. Gjennomgående vil tidligere forskning innenfor de tre teoriretningene presenteres og diskuteres.

3.1 Sykefravær og konjunktursvingninger

Historisk sett har det vært en tendens til at sykefraværet varierer etter konjunktursvingningene i arbeidsmarkedet slik at sykefraværet er høyt når arbeidsledigheten er lav og vise versa. I hovedsak er det tre teorier innenfor sosiologi og økonomi som søker å forklare disse svingningene i sykefraværet; disiplineringshypotesen, sammensetningshypotesen og arbeidsmiljøhypotesen.

3.1.1 Disiplineringshypotesen

Disiplineringshypotesen er sentral for å forklare et høyt sykefravær generelt. Når økonomien går i motbakke tenderer sykefraværet til å være lavt og når økonomien går godt, er sykefraværet ofte høyt (Dale-Olsen og Markussen 2010:105). Dette forklares med at arbeidstakere «tar seg sammen» i lavkonjunkturtider i et forsøk på å fremstå som verdifull for arbeidsgiver, i frykt for å miste jobben. En klassisk referanse er gjerne Shapiro og Stiglitz artikkel om likevektsledighet og disiplineringmekanismer (Shapiro og Stiglitz, 1984). I deres modell står arbeiderne overfor en avveining mellom nyttetapet fra å yte innsats og den økte risikoen for å miste jobben som manglende innsats medfører. Økt kontroll, redusert ledighetsstøtte og arbeidsledighet vil derfor entydig redusere skulk. Kopling til sykefravær ble gjort senere og innebærer at sykefravær i mange tilfeller betraktes som skulk (Markussen

2007:63). I lys av dette modellapparatet kan vi forstå egenskaper ved det norske sykefraværet. Det forventes at høykonjunktur, sjenerøse velferdsordninger og sterkt stillingsvern fører til økt sykefravær. I rapporten «Sykefravær – Kunnskapsstatus og problemstillinger» fra SINTEF slås det fast at «De landene som har (...) de mest sjenerøse sykelønnsordningene, har også det høyeste fraværnivået» (Ose, Jensberg, Reinertsen, Sandsund og Dyrstad, 2006:14). Et arbeid av Henrekson og Persson (2004), som studerer virkningen av en rekke reformer i den svenske sykelønnsordningen, finner de samme tendensene for Sverige (Markussen 2007:64).

Norsk økonomi oppfattes som inne i en høykonjunktur ved at vi har lav arbeidsledighet og at vi kom ut av finanskrisen i 2009 relativt uberørt. Norske arbeidstakere har samtidig et «sikkerhetsnett» gjennom et sterkt stillingsvern, i form av arbeidsrettigheter nedfelt i arbeidsmiljøloven, og sjenerøse velferdsordninger (Markussen 2007:63). I et internasjonalt perspektiv sikrer den norske arbeidsmiljøloven gode vilkår for de som er i arbeid, men også for de som er arbeidsledige. Oppgangstider i norsk økonomi kombinert med et godt «sikkerhetsnett» kan gjøre at terskelen for å melde seg syk senkes. Med dette i bakhodet virker det rimelig at sykefraværet i Norge er et av de høyeste i Europa (Markussen 2007:63).

Den økonomiske teorien om «*moral hazard*» tar utgangspunkt i parter som er villig til å opptre i strid med en avtale for egen vinning og individuelle målsettinger, mot den andres interesse og/eller kostnad. For eksempel, hver gang det inngås et arbeidsforhold mellom to aktører forventes partene å handle i tråd med avtalen. Arbeidstaker forventes blant annet å gjennomføre sine arbeidsoppgaver tilfredsstillende og møte opp i tide mens arbeidsgiver blant annet forventes å betale ut lønn og følge lovgivninger. Moral hazard, som er et opportunistisk fenomen, kan oppstå blant arbeidstakere dersom de har et «sikkerhetsnett» i form av blant annet stabil nasjonal økonomi, lav arbeidsledighet, sterkt stillingsvern, gode arbeidsrettigheter eller gode velferdsordninger. Jo større inntektstap arbeidstakeren lider ved å være hjemme, jo mindre er han borte fra jobb. Arbeidstakere kan altså være villige til å ta risikoen med sykefravær selv om man ikke er syk fordi sannsynligheten for redusert fremtidig inntekt eller å miste jobben er lav (Johansson og Palme, 2005). Dette er ikke nødvendigvis konjunkturavhengig, men i nedgangstider er det fare for at illegitimt sykefravær kan være mer kostbart for individet på grunn av risikoen for å bli oppsagt dersom det oppdages. Denne hypotesen er ikke direkte rettet mot kjønnsforskjeller i sykefravær, men det kan spekuleres i hvorvidt menn og kvinner vurderer risikoen ved å benytte seg av sykefravær ulikt.

3.1.2 Sammensetningshypotesen

En annen forklaring i utviklingen av sykefraværet som også tar utgangspunkt i konjunkturmønstre er *sammensetningshypotesen*. Den innebærer at mesteparten av variasjonen i sykefravær ikke skyldes mer eller mindre disiplinert atferd, men i stedet drives av sammensetningen av arbeidsstyrken. Utgangspunktet er at folk har ulik helse, og at de med god helse typisk ansettes først og de med dårlig helse ansettes sist (Markussen 2007:63). Derfor har land med høy sysselsetting høyere fravær enn land med lav sysselsetting. Marginale grupper, eksempelvis med dårligere helse, høy alder eller mennesker med sosiale problemer og som av ulike årsaker kan ha problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet i nedgangstider, kan ha større muligheter i oppgangstider hvor sysselsettingen er høy og det er mangel på kvalifisert arbeidskraft. Dersom disse gruppene utgjør en større andel av arbeidsstyrken i oppgangstider vil dette kunne føre til høyere sykefravær perioder med høykonjunktur, mens i nedgangstider er det hovedsak de med god helse som er i arbeid og sykefraværet synker deretter, mens arbeidsledigheten på sin side øker.

Disiplineringshypotesen innebærer at konjunktursvingninger påvirker sykefraværet også til dem som er i jobb både i dårlige og gode tider, mens sammensetningshypotesen innebærer at endringene i fraværet drives av nye arbeidstakere som kommer i jobb. De såkalte «permanente arbeidstakerne», som er i jobb både i dårlige og gode tider, er i følge denne hypotesen upåvirket av konjunktorene. En annen studie finner derimot at permanente arbeidstakers sykefravær er minst like følsomt for konjunkturforhold som sykefraværet til dem som kommer inn i høykonjunktoren (Askildsen, Bratberg, Nilsen, 2005). Også Ose et al. (2006) konkluderer med at det finnes få, om noen, forskningsresultater som viser at sammensetningshypotesen er tilfellet (Dale-Olsen og Markussen 2010:27).

3.1.3 Arbeidsmiljøhypotesen

Arbeidsmiljøhypotesen tar utgangspunkt i at variasjoner i sykefraværet skyldes konjunkturavhengige endringer i arbeidsmiljø, ved at arbeidsmiljøet antas å være dårligere i gode tider og bedre i dårlige tider. I gode tider antas det at det er større sirkulasjon av arbeidstakere, økt arbeidspress og effektivitetsgrad noe som skaper dårligere trivsel og utslitte arbeidstakere. Stadige endringer i arbeidsmiljøet og høyt tempo gjør at mange får problemer med å fungere tilfredsstillende i arbeidslivet, noe som videre vil gi utslag i økt sykefravær.

Forklarer ikke kjønnsforskjeller

De teoretiske bidragene over har hovedsakelig benyttet høy- og lavkonjunkturer for å forklare et økende sykefravær generelt. Dersom det for eksempel er slik at arbeidstakere generelt blir mindre disiplinerte i høykonjunkturtider slik at bruken av fraværsmuligheter legitimeres, foreligger det kanskje en holdningsendring til sykefravær blant norske arbeidstakere, snarere enn at sykefraværet følger konjunkturmønstre. For noen grupper, for eksempel yrkesaktive kvinner med omsorgsbyrder, kan en slik holdningsendring generelt i befolkningen få større utslag. Allikevel forklarer ikke disse teoriene, isolert sett, hvilke forhold som påvirker *kvinnens* tilbøyelighet til sykefravær, eller hvorfor kvinner i større grad enn menn skulle påvirkes av disse konjunktursvingningene. Til en viss grad kan sammensetningshypotesen forklare kjønnsforskjeller i sykefraværet ved at marginale grupper deltar i arbeidslivet i gode tider, ved at blant annet kvinner med lavere utdanning som jobber i fysisk og psykisk krevende yrker kan anses som en marginal gruppe. Problemet med denne forklaringen er at kvinners sykefravær har vært stabilt uavhengig av om det har vært gode eller dårlige tider.

Arbeidsmiljøhypotesen forsøker også å forklare kjønnsforskjeller i sykefraværet, men denne forklaringen er ikke konjunkturavhengig. Hypotesen hevder at typiske kvinneyrker fremmer sykefravær på grunn av turnusarbeid, fysisk og psykisk krevende arbeidsoppgaver og samtidig en norm som gir lav terskel for å benytte seg av sykefravær kolleger i mellom. Eksempler er typiske omsorgsykker som sykepleier, førskolelærer og hjelpepleier. Selv om denne hypotesen har mange tilhengere viser norsk og internasjonal forskning at kvinner i typiske mannsyrker og menn i typiske kvinneyrker har et sykefraværsmønster som typisk korresponderer med deres kjønn snarere enn med deres yrke (Mastekaasa og Olsen 1998; Mastekaasa og Dale-Olsen, 2000). Mange typiske mannsyrker har også anstrengende turnusarbeid og fysisk krevende arbeidsoppgaver. Så finnes det forklaringer på hva som kan være årsaken til at kvinner har langt høyere sykefravær enn menn?

3.2 Kalkulert risiko

Mens de foregående teoriene tar utgangspunkt i at konjunktursvingninger og egenskaper ved arbeidsmarkedet skaper svingninger i sykefraværet, tar andre teorier utgangspunkt i at svingninger i sykefraværet skyldes at individer er rasjonelle aktører som vurderer anvendelsen av sykefravær ut i fra situasjonen de er i og hvilke midler de har til rådighet. At arbeidstakere rasjonelt vurderer de mulighetene de har i det markedet som foreligger kan knyttes til den

økonomiske teorien om «*moral hazard*» som ble nevnt tidligere. Rasjonell aktørteori innebærer at individer evaluerer alle situasjoner og handler ut i fra de interesser, målsettinger og midler de har til rådighet. Dette forutsetter at individer er nyttemaksimerende, de har som mål å oppnå mest mulig nytte for egen vinning og for å oppnå dette kalkulerer individet risikoen ved de ulike valgene de tar. Når man har så gode sykelønnsordninger og –rettigheter som i Norge antas det at noen arbeidstakere vurderer det som rasjonelt å benytte seg av sykefravær dersom man ønsker mer fritid, gjerne fremfor for eksempel å benytte seg av feriedager, andre velferdsordninger, jobbe deltid eller å tre ut av arbeidslivet. Flere økonomer mener at dette kan forklare noe av det høye sykefraværet, og spekulerer i hvorvidt menn og kvinner har ulik kalkulering av risiko.

Hvordan kalkulert risiko kan forklare sykefravær velger jeg å illustrere ved hjelp av tre eksempler fra tidligere forskning. Det første eksempelet er en studie Hassink og Koning (2005) gjennomførte for å undersøke om sykefraværet forandret seg dersom det lønnet seg økonomisk å være på jobb fremfor å benytte seg av sykefravær. Studien ble gjennomført på arbeiderne i en nederlandsk fabrikk, der arbeiderne jobbet skift og hadde ugunstige arbeidstider, en typisk bedrift med høyt sykefravær. Studien gikk ut på at det hver måned ble arrangert et lotteri der arbeiderne hadde mulighet til å vinne en betydelig sum penger dersom de ikke hadde hatt sykefravær de siste tre månedene og dersom de ikke hadde vunnet lotteriet tidligere (Hassink og Koning, 2005). Resultatene viste at sykefraværet ble redusert med 1,6 prosentpoeng i denne perioden (Hassink og Koning, 2005) Det antas at arbeiderne vurderte det som økonomisk gunstig å ha muligheten til å vinne lotteriet, fremfor å benytte seg av sykefravær.

En annen studie som gir støtte til hypotesen om at arbeidstakere kalkulerer risikoen ved sykefravær er Hesselius, Johansson og Larsson studie (2005) på virkningen av utvidet egenmeldingsperiode på sykefraværet. I et eksperiment fra 2005 ble alle innbyggere i Göteborg og Jämtland født på partallsdato gitt en utvidet egenmeldingsperiode slik at de ikke behøvde å kontakte lege før etter 14 dager (Markussen, 2007:68-69). De som var født på oddetallsdato fortsatte med det eksisterende reglementet som tilsa at de måtte besøke legen senest dag 8. Ved hjelp av forløpsanalyse studerer de blant annet sannsynligheten for å komme tilbake i jobb etter sykdom over tid. For gruppen med åtte dagers egenmeldingsperiode var den betingede sannsynligheten for å komme tilbake i jobb klart størst dag 7, dagen før legen må besøkes, mens for gruppen med utvidet egenmeldingsperiode var den betingede sannsynligheten for å komme tilbake i jobb klart størst dag 14 (Hesselius,

Johansson og Larsson, 2005). Disse funnene tyder altså på at den utvidede egenmeldingsperioden har den virkningen at arbeidstakere som trolig hadde begynt å jobbe igjen etter en ukes sykemelding i det gamle systemet, begynte først etter to uker med det nye reglementet. I gjennomsnitt økte lengden på sykefraværet med 6,6 prosent (Markussen 2007:69). Studien fant derimot ingen virking på antall sykemeldinger, noe som kan skyldes at det er de samme personene som benytter seg av sykefraværet. Disse funnene kan være med på å forklare hvordan gode arbeidsbetingelser antas å gi økt sykefravær, basert på disse vil man kunne anta at flere restriksjoner for sykefraværet, etterfulgt av mindre selvbestemmelse for den enkelte, ville fått ned sykefraværet.

Kalkulert risiko kan også ha betydning for sykefraværet på en tredje måte som vil kunne være et motargument til et strengere sykefraværsreglement for å få ned sykefraværet. Det handler om at reglene for sykefravær vil brytes av enkelte grupper så lenge dagens reglement er lett å misbruke, derfor er også legenes atferd viktig å endre fordi sykefraværet i befolkningen også avhenger av deres subjektive vurdering. Katrine Nyborg skriver at velferdsstatens generøse sykelønnsordninger gjør det naturlig å anta at hvis ikke porten til sykelønnsordningene voktes strengt vil misbruket florere (Nyborg, 2010). Hun skriver at i de fleste økonomiske modeller fremstilles arbeid som en kostnadskrevende anstrengelse og mener den norske sykelønnsordningen ikke har noen portvakt, fordi det i praksis ser ut til at pasienten selv i stor grad har et avgjørende ord med i beslutninger om syk- og friskmeldinger (Larsen m.fl. 1994; Carlsen og Norheim 2005; Carlsen og Nyborg 2005; Carlsen, 2009).

Nyborg skiller mellom diagnoser som stilles helt eller delvis på grunnlag av legens observasjoner, såkalt verifiserbare diagnoser, og diagnoser som stilles kun ut i fra pasientens observasjoner, kalt subjektive diagnoser (som ME, migrene eller virus på balansenerven). Hun antar at alle arbeidstakere kjenner til symptomene på minst en subjektiv diagnose som tilsier sykemelding (Nyborg, 2010). Ved subjektive diagnoser kan legen enten velge å vise tillit, å dermed være fremstå som en dårlig portvakt fordi enhver kan få sykemelding ved å lyve på seg riktig subjektiv diagnose. Eller legen kan velge å vise mistillit, men ved dette risikere å unnlate å gi korrekt behandling til en hel gruppe reelt syke som trenger hvile. Hun mener to forhold kan få en arbeidstaker til å ønske sykemelding: at han er syk og håper på helbredelse eller at han ønsker mer fritid uten trekk i lønn (skulk). Arbeidstakere deler hun inn i tre grupper; de syke, de friske og skulkere. Her indikeres det at enkelte individer (de såkalte skulkerne) tar rasjonelle vurderinger basert på motivasjonen til å jobbe og muligheten til å få

sykemelding. Skulkere er mennesker som har lav arbeidsmotivasjon og vil foretrekke urettmessig sykemelding dersom de kan få det. For å ha mulighet til sykemelding må de lyve for legen, og subjektive diagnoser som krever hvile er den eneste diagnosetypen som kan gi sykemelding der legen ikke kan avsløre pasientens løgn. Selv om det er langt fra opplagt at skulkere utgjør en stor andel av pasientpopulasjonen, indikerer Nyborg at det finnes en gruppe mennesker som vurderer risikoen ved og spekulerer i bruken av sykefravær. Carlsen og Nyborg (2009) og Carlsen (2009) rapporterer funn fra fokusgruppeintervjuer med 28 norske fastleger og finner at funnene harmonerer godt med de teoretiske antakelsene. Legene i undersøkelsen mente at pasientene i praksis sykemeldte seg selv når det gjaldt kortere sykemeldinger (inntil to-tre uker). Ved lengre sykemeldinger ville legen forsøke å overtale pasienten til å returnere til arbeidet etter en tid, men dersom pasienten ikke lot seg overbevise ble sykemeldingen som regel forlenget. Resultatene viser at dersom det er ønskelig å skulke er det ikke så veldig problematisk, de fleste legene i studien var derimot under den oppfatningen at pasienter i liten grad forsøkte å lure legen (Nyborg og Carlsen 2009).

Tidligere forskning indikerer altså at det er en mulighet for at det finnes arbeidstakere som ønsker å nyttemaksimere sykefraværet ved å vurdere fordeler og ulemper med å jobbe og dermed kalkulere risikoen for å benytte seg av sykefravær i de ulike tilfellene. Med andre ord, sykefravær er ikke nødvendigvis bare en effekt av dårlig helse, men også rasjonell risikovurdering hos pasienter. For det første viser Hassink og Koning (2005) at dersom man har muligheten til å vinne økonomisk på å være på jobb, vurderes sykefravær som en dårlig løsning. For det andre viser Hesselius, Johansson og Larsson (2005) at dersom man enkelt har tilgang på mer sykefravær men samtidig opprettholder tilsvarende inntekt, kan forlenget sykefravær fremstå som fristende. For det tredje viser Nyborg (2010) at det muligens finnes arbeidstakere som vurderer sykefravær som en god løsning for økt fritid. Spørsmålet er hvordan kan disse teoriene forklare kjønnsforskjeller i sykefraværet? Er det slik at menn og kvinner kalkulerer risiko annerledes? Det kan hende, men dersom det er tilfelle gir ingen av disse teoriene noe svar på hvorfor kvinner eventuelt skulle kalkulere risiko annerledes enn menn. Her er det et kunnskapshull som muligens kan fylles ved hjelp av neste delkapittel. Kalkulerer kvinner og menn sykefravær forskjellig på grunn av ulik fordeling av omsorgsforpliktelser og husholdsarbeid?

3.3 Omsorgsforpliktelser og sykefravær

Det finnes en del studier på hvordan det å ha omsorgsforpliktelser påvirker sykefraværet. Som regel tar disse studiene utgangspunkt i teorier om ulik arbeidsfordeling mellom menn og kvinner i lønnet og ulønnet arbeid, det vil si yrkesaktivitet og husholdsarbeid. Måten omsorgsforpliktelser og yrkesaktivitet fordeles mellom par kan ha betydning for kjønnsforskjellene i sykefraværet.

3.3.1 Arbeidsfordeling mellom par

Tradisjonelt sett er det i hovedsak kvinnen i familien som tar det største omsorgsansvaret for barna i familien, tidligere forskning på belastningen ved å ha omsorgsforpliktelser har derfor i hovedsak fokusert på kvinner som kombinerer yrkesaktivitet med (små) barn. Enkelte studier har også fokusert på andre omsorgsforpliktelser, som omsorg for aldrende foreldre, og funnet at det generelt sett er kvinnen som tar det største ansvaret også her. I følge Elaine M. Brody (1981) oppmuntres familien i økende grad til å ta del i omsorgsgivingen til de eldre i familien, men hun gjør det klart at «familien som omsorgsgivere» mer eller mindre er et synonym for «voksne døtre» (Brody 1981:474). Hun skriver at sønner i større grad yter økonomisk og noe praktisk hjelp i en avgrenset periode, mens døtre normalt handler, gjør ærend, gir personlig pleie, gjør husarbeid, skysser, koordinerer og støtter oppom når annen hjelp svikter over tid (Ibid.). Oppgavene kvinner typisk gjør er dermed i mindre grad er fleksible.

Det mest velkjente teoretiske bidraget til hvordan familier fordeler sin tid mellom lønnet og ulønnet arbeid er Gary Beckers (1991) «spesialisering av humankapital». Becker argumenterer for at arbeidsdelingen blant par både er bestemt av biologiske forskjeller, ulike erfaringer og ulik investering i «humankapital». Humankapital er et individs ferdigheter og kompetanser, som man gjennom opplæring og utdanning tilegner seg eller «investerer» i. Fordi man tradisjonelt har antatt av kvinners humankapital er størst innenfor ulønnet arbeid og mannens humankapital er størst innenfor lønnet arbeid avhenger ofte arbeidsdelingen i familien av mannens marginalproduktivitet i lønnet og ulønnet arbeid sammenliknet med kvinnens marginalproduktivitet innenfor lønnet og ulønnet arbeid (Becker, 1991). Det antas at par slår sammen alle sine tilgjengelige ressurser, både basert på økonomisk- og humankapital, og tar rasjonelle beslutninger for hvordan arbeidsdelingen kan maksimere inntektsutfallet i familien. De vil for eksempel fordele sin tid mellom yrkesaktivitet og omsorg for barn på en

måte som maksimerer nytte innenfor deres økonomiske begrensninger (Johnson og Lo Sasso, 2000:6). I følge Becker vil arbeidsfordelingen harmonisere med den enkeltes marginalkostnad mellom lønnet og ulønnet arbeid, noe han nyanserer ved inkludere partneres grad av innsats på forskjellige områder (Becker 1991:65-77). Han argumenterer også for at mødre har lagt ned mye innsats og energi på graviditet, fødsel, amming og omsorg for spedbarna som gir mor et fortrinn i ulønnet arbeid eller arbeid i hjemmet, selv i de tilfellene der marginalproduktiviteten i arbeidsmarkedet er høyere eller lik for mor sammenliknet med far. Et resultat av dette er at selv om foreldrene jobber like mye vil mor likevel ha mer ansvar i hjemmet.

Beckers teori har i hovedsak blitt benyttet for å forklare den lavere lønnsutviklingen som er dokumentert for kvinner sammenliknet med menn ved at kvinners økte spesialisering av ulønnet arbeid blant kvinner forutsetter ofte «fritak» for deler av det lønnede arbeidet (for eksempel ved fødsel, hjemme med sykt barn eller andre omsorgs- og husarbeidsoppgaver), mens mannen ofte øker sin spesialisering i lønnet arbeid ytterligere (Becker, 1991). Beckers humankapitalteori kan også benyttes som en forklaring på kjønnsforskjeller i sykefraværet, spesielt for mødre. Ulønnet arbeid i hjemmet anses av Becker som svært energikrevende og en jobb i seg selv. Fulltids yrkesaktivitet kombinert med hovedansvar for husholdsarbeid og barn kan derfor gi mindre energi til lønnet arbeid.

Kvinner og menns ulik spesialisering i humankapital fremstår, i henhold til Becker, som en harmonisk fordeling av arbeidsoppgaver som er tilfredsstillende for begge parter og der ulønnet og lønnet arbeid har lik status. Greenstein (2000) argumenterer for at arbeidsfordelingen er mer konfliktfylt og kan ses på som et byttehandel. Bytteteori går ut i fra at aktører har en egeninteresse og der det er ulik status mellom ulønnet og lønnet arbeid (Greenstein, 2000). Ulønnet arbeid anses som kjedelig og mindre tilfredsstillende og noe par vil forsøke å forhandle bort. Lønn fremstår som et byttemiddel for husholdsarbeid og ansvar for barn. Denne teorien antyder at arbeidsfordelingen mellom par er et utfall av en forhandlingsprosess dem i mellom, og fordi kvinner statistisk sett ofte tilfører familien mindre økonomiske ressurser forventes det at de ender opp med å gjøre mer ulønnet arbeid enn menn. Kvinner som også er yrkesaktive må derfor i større grad enn menn kombinere lønnet og ulønnet arbeid.

«Spesialisering av humankapital» og «bytteteori» viser begge til hvordan arbeidsfordelingen i forhold til omsorgsforpliktelser og yrkesaktivitet fordeles par i mellom. Ulik arbeidsfordeling

mellom par, og spesielt ulik fordeling av ulønnet arbeid i hjemmet, har i tillegg blitt sett på som en mulig forklaring på hvorfor blant annet kvinner jobber mer deltid enn menn og kvinners høye sykefravær. Fordi det anses som energikrevende å ta seg av barn og samtidig har hovedansvar for husarbeid, spesielt i kombinasjon med yrkesaktivitet, antas det at mødre har mindre gjenværende energi til å yte på jobben, noe som kan påvirke deres sykefraværsadferd. Hvis arbeidsfordeling mellom par har en negativ påvirkning på kvinners helse forventes derfor høyere sykefravær blant yrkesaktive kvinner med omsorgsforpliktelser for barn kombinert med husarbeidbyrde. I en studie basert på survey-data på et utvalg norske kvinner og menn finner Ugreninov at mødre som har høy husarbeidbyrde og samtidig full yrkesaktivitet har høyere risiko for sykefravær enn kvinner i andre familietyper (Ugreninov 2012:124), ved å inkludere fordeling av husarbeid og maktrelasjoner mellom par i analysen. Det understrekes imidlertid at det er behov for mer innsikt i den kausale effekten av arbeidsdeling i hjemmet, og spesielt dobbeltbyrden på kvinners sykefravær. Disse funnene antyder at omsorgsforpliktelser har betydning for kvinners sykefravær, og at fordi menn tar mindre del i ulønnet arbeid på hjemmebane har det ikke samme betydning for dem.

Det finnes en del empiriske studier som fokuserer på endringer i hvordan foreldre allokere tid brukt på ulønnet og lønnet arbeid. Empiriske funn finner en klar tendens til at kjønnsforskjeller i tid brukt på inntektsgivende arbeid og husholdsarbeid og omsorg har blitt vesentlig redusert siden 1970-tallet. Fedre har økt sin tid bruk på husholdsarbeid og omsorg og redusert tiden brukt på inntektsgivende arbeid, mens mødre har opplevd en motsatt utvikling (Kitterød, 2002; Kitterød, 2012). Selv om forholdet mellom fordelingen av ulønnet arbeid har blitt redusert gjennomfører kvinner fortsatt en del mer husholdsarbeid sammenliknet med menn. I følge tidsbrukundersøkelsen 2012, initiert av SSB, bruker kvinner i gjennomsnitt omkring 6 timer per dag på husholdsarbeid, mens fedre i gjennomsnitt gjennomfører 4,5 time per dag. Hvorvidt fedres tid på hjemmearbeid er et resultat av mødres økning i arbeidstimer i lønnet arbeid har vært tema innenfor flere forskningsfelt. Generelt viser analyser fra Europa at mødres tid til husholdsarbeid reduseres når antall timer lønnet arbeid øker, mens fedres antall timer i ulønnet arbeid i stor grad forblir uendret (Kitterød og Pettersen, 2006:474).

Becker og Greensteins teorier er nyttig for å forstå hvordan kvinner ender opp med å få de mest krevende omsorgsrollene. De forklarer omsorgsfordelinger i hjemmet og muligens hvorfor kvinner gjør mer ulønnet arbeid enn menn, men ingen teoriene forklarer hvordan dette

direkte har betydning for forskjellene i kvinner og menns sykefravær. Kvinner og menn er ikke nødvendigvis likestilt med hensyn til fordeling av omsorgsforpliktelser og yrkesaktivitet, noe som kan forklare måten kvinner og menn håndterer allokering av tid mellom ulønnet og lønnet arbeid på. Det kan med andre ord eksistere en kjønnsforskjell hvorvidt omsorgsforpliktelser og husholdsarbeid oppleves som en byrde eller ikke.

3.3.2 Rollekonflikt

En måte kjønnsforskjell i forholdet mellom tid brukt på ulønnet og lønnet arbeid kan ha betydning for sykefraværet handler om hvorvidt ulønnet arbeid oppleves som en belastning eller ikke. Fordi man antar at kvinner gjør mer ulønnet arbeid har de flere roller å fylle enn menn. Spørsmålet er hvilken betydning flere roller kan ha for sykefraværet.

I følge William Goode kan kombinasjonen av flere roller og omsorgsforpliktelser fremtre som byrde fordi det stilles flere krav der individet ikke strekker til, og som ender i rollekonflikt. Teorien antar at det oppstår *rollebelastning* hos yrkesaktive kvinner fordi de tar større ansvar og del i ulønnet arbeid enn menn. Begrepet «role strain», eller rollebelastning, defineres av Goode som problemer med å oppfylle flere rolleforpliktelser (Goode 1960:483). Goodes teori om rollebelastning baseres på den generelle antakelsen om at institusjoner er bygget opp av forbindelser mellom ulike roller der både sosial handling og –struktur blir opprettholdt av rollebelastninger. Gjennom en serie av «rolleforhandlinger» skapes det relasjoner mellom individets mange roller som gjør individet til den hun er. Rolleforhandlinger er prosesser der individet kontinuerlig velger rolleatferd for å redusere rollebelastningen til et minimum (Goode 1960:483). I følge denne teorien vil man anta at yrkesaktive mødre er i en klemme mellom to motstridende idealer; familie og karriere. Jo flere roller, desto større er sannsynligheten for belastning på helsen hvor sykefravær kan være en mulig konsekvens av dette.

Sieber (1974) beskriver begrepet rollebelastning ytterligere, som bestående av to til dels overlappende termer (1) «role overload» og (2) «role conflict». «Role overload» tar utgangspunkt i at individer opplever en belastning fordi det ikke er nok tid, ressurser og/eller energi til å oppfylle de ulike rollene som forventes på en tilfredsstillende måte. Resultatet av mange roller er en belastning for individet. «Role conflict» fremhever hvordan man har interne og eksterne rolleforventninger, som kan resulterer i motstridende rolleforventninger (Sieber, 1974). Et vanlig brukt eksempel er en karrierекvinne som skal yte og prestere på

jobben samtidig som hun skal være en kvinne som er deltakende i familien ved å gi omsorg og hjelp til aldrende foreldre, egne barn og ektemann.

Andre argumenterer for at det å forene jobb og omsorg for andre ikke fører til motstridende forhold, men heller kan være en berikelse og en oppmuntring. Den positive siden ved å kombinere flere roller er sentral i *role enhancement hypothesis* (Greenhaus and Powel, 2005) og *role accumulation theory* (Sieber, 1974). Det antas at det å kombinere flere roller fungerer som en buffer mot stress, hvor en positiv opplevelse på et område gir positive effekter på andre områder.

3.3.3 “Dobbeltarbeidshypotesen”

En teori som søker å forklare hvordan omsorgsforpliktelser har betydning for kvinners sykefravær og som tar utgangspunkt i at det er ulik arbeidsfordeling mellom menn og kvinner med hensyn til lønnet og ulønnet arbeid er «dobbeltarbeidshypotesen». Den antar at yrkesaktive kvinner med omsorgsforpliktelser for (små) barn opplever en rollebelastning fordi de ikke greier å yte fullt ut rollen som mor og rollen som arbeidstaker. Denne rollebelastningen påvirker helsen negativt. Teorien tar utgangspunkt i at jo flere ansvarsområder, jo større belastning er det for individet. Fordi mange kvinner havner i en klemme mellom omsorgsforpliktelser og yrkesaktivitet som påvirker deres helse negativt, resulterer dette i et økt sykefravær blant yrkesaktive kvinner generelt.

Elaine M. Brody, som ble nevnt tidligere i kapittelet, benyttet seg av casestudie på et lite utvalg middelaldrende kvinner. Hennes hovedinteresse var konsekvensene av konflikter mellom kvinnenens rolle i familien og på arbeidsplassen. Hun introduserte begrepet «woman in the middle» som har vært et utgangspunkt for senere forskning på omsorgs- og arbeidsbyrder. «Woman in the middle» fungerer som en metafor på den moderne kvinnen som er midt i livet. Hun er midt i sitt eget liv, men hun er samtidig i midten mellom to generasjoner med ulike krav og forventninger. Hun er i klemme mellom karrierekvinne- og familiekvinneidealet, eksempelvis skal hun tilfredsstille forventninger om å være omsorgsfull mor og kone, husmor, en god datter og svigerdatter og samtidig en karrierebevisst og motivert arbeidstaker. Middelaldrende menn er også mellom to generasjoner, men fordi samfunnet og familien ikke har like mange forventninger føler de mindre forpliktelse til å forene jobb og familieliv, i følge Brody (Brody 1981:476).

I en studie som inkluderer sammenlikninger mellom 23 EU-land og Norge undersøkte Mastekaasa (2012) forholdet mellom kvinners sykefravær og det å ha barn. For gifte/samboende kvinner viste det seg at omsorg for barn fører til *lavere* sykefravær. Han foreslår at dette kan henge sammen med den såkalte «role accumulation theory» som sier at det å kombinere flere roller er en berikelse og en buffer mot stress (jf. Sieber 1974). Men å ha kun ett barn under fem år relateres til høyere sykefravær. Dette kan skyldes at den største overgangen er å bli forelder for første gang, mens å bli foreldre for andre og tredje gang ikke i er en like stor helsemessig omvendning (Mastekaasa 2012:1). Funnene i denne studien kan være et resultat av seleksjonsproblem knyttet til yrkesaktivitet fordi det kun er den yrkesaktive befolkningen som er inkludert i studien. Statistiske beskrivelser av yrkesbefolkningen viser at kvinner med små barn har lavere yrkesaktivitet enn kvinner uten små barn, noe som kan ha betydning for sykefraværet. Lavere yrkesaktivitet, eller ikke yrkesaktivitet i det hele tatt, kan gi utslag på helse, motivasjon og andre faktorer som kan påvirke sykefraværet. Det er sannsynlig at de som ellers ville hatt det høyeste sykefraværet, hyppigere enn andre forlater arbeidslivet eller er hjemme med barna i lengre perioder (Mastekaasa 2012:5).

I en annen studie benyttet Mastekaasa diagnose ved legemeldt sykefravær for å få en indikasjon på hvorvidt sykefraværet til småbarnsmødre og småbarnsfedre er forskjellig (2000). Her finner han at sykefraværs mønsteret til gifte mødre og fedre er relativt likt, og at mødre og fedre til små barn oftere enn andre har sykefravær som skyldes typisk influensa og luftveisinfeksjoner. Han konkluderer med at sykefraværet mest sannsynlig ikke skyldes dobbeltarbeid, men at foreldrene smittes av sine barn. En del studier finner at mødre har en høyere risiko for langtidsfravær sammenliknet med kvinner uten barn (Scott og McClellan 1990; Vistnes 1997; Åkerlind m.fl. 1996). Imidlertid benytter studiene antall barn som mål på «dobbeltarbeid», og resultatet kan derfor også her skyldes seleksjonsproblemer knyttet til at mødre som opplever problemer med å kombinere yrkesaktivitet med familieliv muligens forlater arbeidslivet eller jobber deltid. En svakhet ved disse forskningsbidragene er at det er problematisk å sammenlikne husholdsarbeid i familier med og uten barn, fordi tid brukt på husholdsarbeid og omsorg for barn vanskelig kan sammenliknes.

Bratberg, Dahl og Risa (2002) forsøker å håndtere seleksjonsproblemene knyttet til at kvinner med (flere) barn kan tenkes å redusere yrkesdeltakelsen eller trekke seg ut av arbeidslivet når det å kombinere yrkesaktivitet med familieliv oppfattes som anstrengende, ved å gjennomføre

regresjonsanalyser på hvorvidt kvinners sykefravær påvirkes av dobbeltbyrdeindikatoren «å få ett barn til». De finner en signifikant sammenheng mellom det å få ett barn til og mors sykefravær blant gifte mødre i toinntektsfamilier. Det kommer dog ikke klart frem hvorfor de antar at det å få ett barn til indikerer dobbeltbyrde, noe som er en svakhet ved å måle dobbeltbyrde på denne måten.

Ved å benytte ulik fordeling av lønnet og ulønnet arbeid mellom par finner Voss, Floderus og Diderichsen (2008) at både heltidsarbeidende mødre og mødre med høy husholdarbeidsbyrde har mer sykefravær sammenliknet med andre kvinner. Imidlertid fokuserer ikke studien på at mødre kan ha høy husholdarbeidsbyrde og høy yrkesdeltakelse samtidig, noe som kan ha enda større betydning for sykefraværet.

Dobbeltarbeidshypotesen er «seiglivet», selv etter flere år med hard kritikk og mange forsøk på å avkrefte eller bekrefte hypotesen står den fortsatt som en mulig forklaring på kvinners høye sykefravær. Arnstein Mykletun ved Folkehelseinstituttet har nylig blåst liv i diskusjonen om «dobbeltarbeid» som forklaring på kvinners høye sykefravær ved å introduserer en tredje faktor, nemlig kvinners søken etter det perfekte liv. Tilsammen skaper dette en såkalt «trippelbyrde. Til Aftenposten april 2014 sier Mykletun at han tror på «trippelbyrdehypotesen» og utviklingen av en kjønnsforskjell i holdning til sykefravær. Det stilles i følge denne hypotesen mange forventninger til den moderne kvinnen som skal få til alt, både jobb, barn, sosialliv, se bra ut, trene, ha interessante hobbyer, spennende ferier og vakre hjem. Summen av yrkesaktivitet, omsorg og forventningene til dagens middelaldrende kvinner genererer høyere sykefravær. Dog finnes det ingen forskning som kombinerer disse tre faktorene. Trolig fordi den tredje faktoren, «forventninger», varierer fra kvinne til kvinne. Samtidig er det summen av flere forventninger som til slutt skaper stress. I tillegg er holdninger til sykefravær generelt vanskelig å måle og Mykletun selv mener det ikke finnes gode nok data på nåværende tidspunkt. Som et bidrag til denne debatten skrev Simen Markussens en kronikk i Dagens Næringsliv i mai 2014 at kjønnsforskjellene i sykefraværet derimot trolig henger sammen med at kvinner er annerledes enn menn. Han mener tidsklemme, skjønnhetspress eller brutalt arbeidspress kan skyldes at kvinner er mer forsiktige enn menn når de blir syke (Markussen, 2014).

Hovedtyngden forskningsbidrag fra Norge som har fokusert på «dobbeltarbeid» benytter registerdata. Et problem med dette er at registerdata ikke har noen informasjon om faktisk omsorg, derfor blir antall barn og barnefødsler ofte benyttet som mål på «dobbeltarbeid»,

hvor kvinner med færre barn eller uten barn benyttes som sammenligningsgruppe. At forskningen nesten utelukkende antar at «dobbeltarbeid» kun er kombinasjonen mellom yrkesaktivitet og omsorg for barn er en begrensning ved tidligere forskningsbidrag. Dette er problematisk fordi selv om kombinasjonen av barn og yrkesaktivitet muligens er den vanligste måten å ha «dobbeltarbeid» på, er det ikke den eneste måten å ha «dobbeltarbeid» på. Derfor er det viktig å måle «dobbeltarbeid» også basert på andre typer omsorgsforpliktelser og sammenlikne de med «barneomsorg», noe det vil tas hensyn til i denne oppgaven. For å unngå misforståelser vil «dobbeltarbeid» gjennom hele oppgaven referere til yrkesaktive kvinner med omsorgsforpliktelser for små barn dersom det ikke opplyses om noe annet. Videre vil jeg først presentere tidligere forskning som tar utgangspunkt i byrden ved å ha omsorgsforpliktelser for aldrende foreldre og deretter byrden ved å ha doble omsorgsforpliktelser.

Omsorgsforpliktelser for aldrende foreldre

Som nevnt ovenfor har tidligere empirisk forskning på sykefravær i stor grad vært konsentrert rundt kvinners kombinasjon av *yrkesaktivitet og (små) barn*. Enkelte studier har likevel fokusert på byrde knyttet til andre typer omsorgsforpliktelser, blant annet effekten av å gi omsorg til hjelpetrequende foreldre. Motivene for å yte foreldreomsorg er mange og blant annet altruisme, plikt, sosialt press eller det å vise egne barn ønsket atferd overfor eldre har vært foreslått som forklaringsfaktorer (Fevang, Kverndokk og Røed, 2009, Ugreninov 2012:134). Uavhengig av motiv vil tid brukt på foreldreomsorg gi mindre tid og ressurser til yrkesaktivitet, fritid, husarbeid og egne barn. Medisinsk- og samfunnsfaglig forskningslitteratur som handler om effekten andre omsorgsforpliktelser enn små barn har for omsorgsgivere, har i stor grad fokusert på effekten dette har på omsorgsgiverens helse. Få studier har fokusert spesifikt på sammenhengen mellom *sykefravær* og foreldreomsorg. På bakgrunn av tidligere forskning er det vanskelig å konkludere med at dobbeltarbeid er en viktig drivkraft i kvinners høye sykefravær. Derfor er det av interesse å se nærmere på betydningen av «trippelarbeid», der den tredje byrden, som er avgjørende for sykefraværet i hypotesen, er omsorgsbyrder for andre.

Flere funn viser at det å yte omsorg til hjelpetrequende foreldre har negativ effekt på omsorgsgiveres psykiske og mentale helse (Pearlin m.fl. 1990; Hughes m.fl. 1999; Schultz og Beach 1999; Savage og Bailey 2004; Hirst, 2005 og Coe og Van Houtven, 2009). Coe og Van

Houtvens studie på amerikanske uformelle omsorgsgivere fant redusert egenrapportert helse og økte symptomer på depresjon for gifte menn og kvinner som ga hjelp til pleietrengende mødre over tid. De fant imidlertid ingen effekt på den fysiske helsen og moderat effekt på depresjonssymptomer for gifte kvinner i perioden de faktisk ga omsorg. Økt depresjon og dårligere egenrapportert helse for gifte kvinner fremsto først to år etter omsorgsgivingen opphørte. Disse funnene indikerer at studier på helseeffekten av uformell omsorg på kun ett tidspunkt kan være mangelfull fordi helseproblemer muligens først bli gjeldende i etterkant av omsorgen (Coe and Van Houtven, 2009:991). Et annet interessant funn i Coe og Van Houtvens studie er at de ikke fant økte depresjonssymptomer ved vedvarende pleiegiving for single menn og kvinner. Dette kan henge sammen med graden større grad av forpliktelser knyttet til barn og hjem for gifte, sammenliknet med single kvinner.

En studie som berører sammenhengen mellom foreldreomsorg og sykefravær er Gautun og Hagen (2010), som ser på strategier for å løse foreldrenes omsorgsbehov. De finner at det er mest vanlig å benytte feriedager eller å endre arbeidstiden, men noen få svarer også at de har benyttet sykefravær selv om de ikke er syke. De finner også at det er få kjønnsforskjeller ved valg av strategi for å løse foreldrenes omsorgsbehov, men at det imidlertid er en tendens til at kvinner i større grad enn menn har benyttet sykefravær og ubetalt permisjon. Fevang, Kverndokk og Røed (2009) finner, i et utvalg bestående av barn av en gjenlevende foreldre, at både menn og kvinner økte sitt sykefravær før, under og etter forelderens død.

En britisk studie fant at det var høyere sannsynlighet for å slutte eller begrense antall arbeidstimer når respondentene ble omsorgsgivere for et familiemedlem (Henz, 2004). Liknende tendenser fant en studie på nederlandske omsorgsgivere, mens en amerikansk studie fant at det å gi omsorg for pleietrengende familiemedlemmer var positivt korrelert med arbeid. Her var en mulig forklaring at høye kostnader innenfor de amerikanske pleie- og omsorgstjenestene gjør at et større antall mennesker må kompensere for disse kostnadene med å jobbe mer (Daatland, Veenstra og Lima, 2010:272). Utbredelsen og implikasjonene av ulike familie- og arbeidskonstellasjoner variere sannsynligvis mellom land fordi demografien, arbeidsløshet, arbeidsrettigheter og kjønnsroller er forskjellige.

Doble omsorgsforpliktelser

Begrepet «dobbeltarbeid» viser til yrkesaktive personer (lønnsmottakere eller selvstendig næringsdrivende) som i tillegg har omsorg for barn. Begrepet «dobbeltomsorg» viser derimot

til personer som gir omsorg i to generasjonsretninger, for aldrende foreldre eller svigerforeldre og egne barn. I denne oppgaven refererer derfor kvinner med «dobbelomsorg» til yrkesaktive kvinner som gir omsorg til hjelpetrequende foreldre og egne barn (se kap 5. s. 28 for mer om restriksjoner og operasjonalisering av begrepet «dobbelomsorg»). Enkelte kvinner er altså i skvis mellom generasjonen oppover og generasjonen nedover (Evandrou, Glaser, Henz, 2002) og disse omtales i internasjonal litteratur som *sandwiched* (Daatland, Veenstra og Lima 2010:271), på norsk benytter man ofte begrepet «dobbelomsorg». Såvidt forfatteren er klar over har ingen tidligere forskningsbidrag studert sammenhengen mellom «dobbelomsorg» og sykefravær.

Individer som gir «dobbelomsorg» skiller seg fra de som har «dobbeltarbeid» ved at de gir uformell omsorg i to generasjonsretninger, mens kvinner med «dobbeltarbeid» kun gir omsorg til den yngre generasjonen. «Dobbeltarbeid» er i dag er en helt vanlig livssituasjon for de fleste norske mødre, mens «dobbelomsorg» er mer sjeldent. En livssituasjon der middelaldrende tar ansvar for pleieomsorg av hjelpetrequende foreldre og problemstillinger knyttet til dette vil trolig få større relevans for en større gruppe mennesker i fremtiden. I dag er de fleste som gir omsorg til hjelpetrequende foreldre selv i 50 – 60 års alderen, og de fleste har voksne barn som ikke krever omfattende omsorg. Tendensen med at kvinner føder færre barn og sent i livet gjør at flere i fremtiden muligens må ta hånd om hjelpetrequende foreldre også i småbarnsperioden. I tillegg er det ikke nødvendigvis kun en belastning å ha hovedansvaret for pleie- og omsorgen for foreldre med omfattende omsorgsbehov, det kan også oppleves som en belastning å være den som først og til stadighet blir kontaktet for å hjelpe til med relativt enkle oppgaver for foreldre som har et avgrenset- eller middels til stort omsorgsbehov.

Harald Kündemund (2006) skilte mellom ulike nivåer av «dobbelomsorg» i en studie på den tyske befolkningen. Den bredeste definisjonen tok utgangspunkt i hele befolkningens generasjonelle posisjon, der tre av fire tyskere i alderen 40 – 50 år var lokalisert mellom den yngre og den eldre generasjon. Andelen som i tillegg ga omsorg til sine eldre foreldre var høyest (12%) for personer i 50-års alderen. Kun 3-4 prosent hadde både omsorg for barn og eldre foreldre, og enda færre når han kun inkluderte respondenter som var yrkesaktive. Basert på hvilken definisjon man tar utgangspunkt i hadde «sandwichfenomenet», naturlig nok, svært ulik utbredelse.

3.4 Oppsummering

Konjunktursvingninger kan muligens forklare generelle svingninger i sykefraværet, men har ingen tilfredsstillende forklaring på hvorfor kvinner er sterkt overrepresentert. At individer tar rasjonelle valg om hvorvidt sykefravær lønner seg eller ikke kan muligens forklare et høyt sykefravær. Risikokalkulering basert på inntektstap eller inntektsvekst opp mot tilgangen på mer fritid synes å være en god forklaring på hvorfor Norge med sine generøse sykefraværsordninger har et høyt sykefravær. Hypotesen er på en side litt «søkt» fordi man kan jo ikke anta at Norges befolkning er en gjeng med skulkere. Likevel kan det forklare noe, men ikke det høye sykefraværet generelt og ikke hele forskjellen mellom menn og kvinner. Selv om muligheten er tilstede for at kvinner og menn eventuelt kalkulerer risiko forskjellig gir heller ikke disse teoriene alene noe svar på hvorvidt kvinner og menn kalkulerer annerledes og eventuelt hvorfor det skulle være slik. Dette er heller ikke tema for denne oppgaven, og jeg vil derfor ikke begi meg ut på en diskusjon om hvorvidt dette er tilfelle. Det kan virke som kvinner fortsatt tar hovedansvaret i omsorgsoppgaver og husholdsarbeid i hjemmet skal vi tro tidsbrukundersøkelsen fra 2012, men når det kommer til effekten omsorgsbyrder har for sykefraværet spriker tidligere forskningsresultater i flere retninger.

Det er utfordringer knyttet til å gi sin lit til den forskningen som søker å forklare om omsorgsforpliktelse har betydning for sykefraværet. Det første handler om utfordringer knyttet til operasjonaliseringen av begrepet «dobbeltarbeid». Som nevnt sikter begrepet i omtrent all forskning på feltet til yrkesaktive kvinner med små barn, men forfatteren mener forskning på «dobbeltarbeid» burde ta hensyn til en bredere definisjon av begrepet. Grunnen til dette er at det finnes flere typer omsorgsforpliktelser som, om ikke like vanlig som omsorg for små barn, er en realitet i mange familier. Her er tidligere forskning mangelfull og resultatene om hvorvidt det er en byrde eller ikke å ha små barn forklarer lite når man ikke sammenlikner med andre omsorgsbyrder. En tredje utfordring ved å legge sin lit i tidligere forskning handler om at de fleste forskningsbidragene på feltet bruker registerdata som ikke gir noen informasjon om faktisk omsorg. Effekten av «dobbeltomsorg» måles som regel ved at man får ett barn til, men som nevnt tidligere i kapittelet finner Mastekaasa at den største påvirkningen på sykefraværet skjer når man går fra null til ett barn, mens det er ingen effekt på sykefraværet ved å få flere barn.

I denne oppgaven vil «dobbelarbeid» sikte til kvinner med omsorg for barn, slik som i tidligere forskning for ikke å skape begrepsmessige misforståelsen, men vil i tillegg ta hensyn til en utvidet forståelse av «dobbelarbeid» ved å sammenlikne med kvinner med «foreldreomsorg», «dobbelomsorg» og «ingen omsorg». Såvidt forfatteren er klar over er det ingen tidligere forskningsbidrag som har sammenliknet flere typer omsorgsforpliktelser, noe som burde være en forutsetning for å kunne si noe om hvilken betydning omsorg har for sykefraværet. I tillegg vil oppgaven benytte seg av survey-data med informasjon om omsorgsforpliktelser. Motivasjonen for dette er at det vil være sikrere mål på hva omsorgen faktisk innebærer.

På bakgrunn av de teoretiske perspektivene jeg har skissert i løpet av kapittelet har det blitt utledet hypoteser som jeg vil trekke med meg inn i analysene. I et forsøk på å svare på forskningsspørsmålet introdusert i kapittel 1, testes disse hypotesene mot det empiriske materialet. Hypotese 1 vil forsøke å gi innsikt i hvorvidt «foreldreomsorg» er av betydning for sykefraværet. Dette gir muligheten til å i større grad forstå betydningen av «dobbelomsorg», der omsorg for foreldre er en viktig komponent:

Å gi uformell omsorg til hjelpetrengende foreldre gir økt varighet på sykefraværet

Formålet med hypotese 2. er å studere forholdet mellom sykefraværet til kvinner med ulike typer omsorgsforpliktelser, der det antas at kvinner som har høyere byrde, har mer sykefravær:

Kvinner med «dobbelomsorg» har høyere sannsynlighet for sykefravær enn kvinner med andre typer omsorg eller uten omsorgsforpliktelser.

Hypotese 3. er et forsøk på å inkludere betydningen av arbeidsmengde for sykefraværet til kvinner med ulike typer omsorgsforpliktelser. Antakelsen er at omsorgsforpliktelser har mindre betydning for sykefraværet til kvinner som jobber mindre:

Høy arbeidsmengde gir høyere risiko for sykefravær i større grad for kvinner med «dobbelomsorg» enn kvinner med andre typer omsorg eller uten omsorgsforpliktelser.

4 Data, utvalg og empirisk strategi

Dette kapittelet gir en oversikt over datamaterialet og empiriske strategi som benyttes i denne oppgaven. Styrker og svakheter knyttet til datamaterialet blir diskutert, nødvendige restriksjoner i utvalget blir begrunnet og alle variabler blir gjennomgått.

4.1 Utvalgsundersøkelsene NorLag og LOGG

I analysene benyttes to datasett, NorLag panel og LOGG. NorLag panel består av NorLag1 som ble gjennomført 2002/2003 og NorLag2 som ble gjennomført 2007/2008. I 2007/2008 ble undersøkelsen utvidet ved å inkludere et representativt tilleggsutvalg for den norske befolkningen som harmoniserer med den internasjonale undersøkelsen «The Generation and Gender Survey» (GGG). LOGG består dermed av NorLag2, samt første runde av GGS-Norway. Datasettet har som formål å gi økt kunnskap om variasjon og endring gjennom livet ved å studere atferd og overganger på fire sentrale livsområder: 1) Arbeid og pensjonering, 2) familie og generasjoner, 3) mental helse og livskvalitet og 4) helse og omsorg. Informasjonen ble innhentet ved hjelp av telefonintervju og postalt spørreskjema, i tillegg er det koblet informasjon fra ulike register. Datainnsamlingen er administrert og gjennomført av Statistisk Sentralbyrå (SSB) og Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), og er tilgjengelig i en noe forenklet variant hos NSD⁷.

4.1.1 NorLag panel

I første analyse benyttes panelstrukturen i den norske undersøkelsen «*Livsløp, aldring og generasjon*» (NorLag). NorLag er en studie med oppfølging hvert femte år. Per i dag foreligger det to runder med datainnsamling, en i 2002-2003 og en i 2007-2008. Utvalget i NorLag er tilfeldig trukket fra fire regioner⁸ i Norge.

Første runde av NorLag inneholder en randomisert og stratifisert utvalg av personer i alderen 40+ år i de fire utvalgte kommunene. Svarprosenten for telefonintervjuene var 67 prosent (N=5559), 75 prosent av disse besvarte også det postale spørreskjemaet (N=4169). Andre runde av NorLag består av personer fra de samme kommunene, men ble utvidet til også å inkludere unge voksne (18 – 39 år). Dermed inkluderer den hele livsløpet fra 18-84 år. Hele

⁷ Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

⁸ Agder, Nord Trøndelag, Troms og Oslo/Akershus.

dette livsløpet er tatt med i LOGG-undersøkelsen som NorLag2 er en del av, mens NorLag panel kun inkluderer NorLag2 utvalget over 40 år. Svarprosenten for telefonintervjuene var på 59 prosent, hvorav 72 prosent av disse returnerte det postale spørreskjemaet (N=9122). De som har vært med i begge runder utgjør utvalget bestående av 3774 personer. 72 prosent av de som besvarte første runde var også med i andre runde, hvor 284 personer ble regnet som naturlig avgang (264 døde og 25 utvandret). Fordi det ikke finnes informasjon om de under 40 år i første runde av NorLag vil det kun være mulig å benytte seg av panelstrukturen for personer over 40 år.

Begrensninger ved NorLag-panel

Det er noen begrensninger knyttet til anvendelsen av panelstrukturen i NorLag-panel for denne oppgavens formål. Første begrensning dreier seg om at første gang NorLag ble gjennomført (02/03) var det kun for informanter over 40 år. Det er altså ikke panelstruktur for aldersgruppen under 40 år (18-39 år). Fordi panelstrukturen kun skal benyttes i analyse 1. som i hovedsak fokuserer på «foreldreomsorg» utgjør ikke dette et stort problem fordi det trolig ville vært en svært liten gruppe respondenter under 40 år med hjelpetrengende foreldre. Helsebesvær hos foreldrene melder seg gjerne når barna selv er midtlivs (40 år og eldre).

For det andre er det et generelt høyere sykefravær i 2008 sammenliknet med 2003 for alle gruppene, som ikke kan forklares ved hjelp av disse dataene. Stadige svingninger i befolkningens samlede sykefravær kan blant annet skyldes endringer i arbeidsmarkedet⁹. Fordi det er fem år mellom de to måletidspunktene og fordi alle respondentene i NorLag-utvalget er over 40 år vil man også kunne anta at en del av det økte sykefraværet skyldes en alderseffekt. Økt alder henger ofte sammen med dårligere helse.

For det tredje setter datasettet begrensninger for innføringen av kontrollvariabler, fordi mange av spørsmålene og svaralternativene ikke har identisk utforming på tidspunkt 1. og tidspunkt 2. Utfordringen er at first-difference modellen måler differansen mellom variable på to (eller flere) tidspunkt, men dette er ikke mulig når variablene på de to tidspunktene ikke er like. Konsekvensene av dette er for det første at det ikke er mulig å kontrollere for så mange uavhengige variable som ønskelig, for det andre at utvalget i first difference analysen er mindre homogent enn det kunne vært dersom det hadde vært mulig å kontrollere for flere

⁹ Se teorier om at sykefravær i befolkningen følger konjunktursvingninger i arbeidsmarkedet (kap. 3, s. 22-25).

uavhengige variable. En tredje konsekvens av uoverensstemmelse mellom variabler på t1 og t2 er at ufullstendig data over hvorvidt respondentene hadde barn og barnas alder de ulike undersøkelsesårene gjør at jeg ikke kan utelukke at eventuelt høye sykefraværsresultater skyldes belastning ved å ha små barn fremfor omsorg for foreldre. Variabelen «barn i husholdningen» som er med i modellen har ingen informasjon om alder på barnet. Jeg kan med andre ord ikke være helt sikker om sykefraværsresultatene er en spuriøs effekt av «foreldreomsorg». Det faktum at det kun er individer over 40 år i utvalget styrker på sin side eventuelle sammenhenger mellom sykefravær og «foreldreomsorg» fordi det er lavere sannsynlighet for at kvinner har små barn når de er over 40 år.

4.1.2 «Livsløp, generasjon og kjønn» (LOGG)

I denne oppgavens andre analyse benytter jeg meg av den norske undersøkelsen «*Livsløp, generasjon og kjønn*» (LOGG) fra 2007/2008. LOGG er en utvalgsundersøkelse med et nasjonalt representativt utvalg på 25,973 personer mellom 18-84 år og består av første runde av den norske versjonen av «*Generations and Gender Survey* (GGs-Norway) initiert av FN, og andre runde av NorLag (NorLag2). Datainnsamling ble fullført i 2008 og svarprosenten for telefonintervjuene var 59,6 % (N=15 140). Data fra telefonintervjuene inkluderer hovedsakelig informasjon om nasjonal arbeidsdeling, selvrappertert helse og jobbkarakteristika slik som arbeidstimer, sektor og ansettelseskontrakt. Registerdataene inneholder informasjon om legemeldt sykefravær utover 16 dager, altså sykefravær betalt av NAV, i tillegg til husholdningskomposisjon, familiehistorie, utdanning, yrke, inntekt og kilde til inntekt. Denne studien benytter seg av både data fra telefonintervju og registerdata, men utelater spørsmål stilt i det postale spørreskjemaet fordi det er mindre relevant for denne oppgave, samtidig er svarprosenten forholdsvis lav.

Svarprosenten i telefonintervjuene varierer mellom ulike grupper. Der lavest blant de yngste (18-39) og de eldste (70-79) respondentene. I følge Bjørshol, Høstmark og Lagerstrøm skyldes aldersskjevhetene at den yngste aldersgruppen var mindre tilgjengelige for intervju (dette fraværet antas å være tilfeldig), mens hovedgrunnen blant de eldste var at respondentene var forhindret fra å delta (2010:15-16). Den eldste aldersgruppen er ikke relevant for mine analyser så eventuelle problemer knyttet til skjevheter i utvalget for denne aldersgruppen vil ikke påvirke mine resultater. Videre er det slik at respondenter med høyere utdanning har høyere svarprosent enn respondenter med lavere utdanning (spesielt innenfor

utdanningskategorien «uoppgitt eller ingen utdanning»). Bjørshol, Høstmark og Lagerstrøms (2010) analyse av mulige skjevheter med hensyn til selektivt frafall konkluderer likevel med at utvalget er representativt. En nærmere beskrivelse av design, utvalgsprosedyrer og frafall finnes i Bjørshol, Høstmark og Lagerstrøm (2010).

4.2 Restriksjoner

Motivasjonen for denne oppgaven er å studere i hvilken grad høyt sykefravær blant kvinner kan skyldes ulike typer av omsorgsforpliktelser, med spesielt fokus på de med «dobbelomsorg». Noen mennesker er avhengig av formelle og/eller uformelle omsorgsgivere i større eller mindre grad i hverdagen, og ofte er uformelle omsorgsgivere familiemedlemmer som hjelper frivillig. Det har vært nødvendig å gjøre noen restriksjon, og denne oppgaven tar utelukkende utgangspunkt i *yrkesaktive kvinners* omsorgsforpliktelser for aldrende foreldre, små barn eller de to i kombinasjon. Alle restriksjonene gjelder begge analyseutvalg.

Bakgrunnen for kun å studerer kvinner er flere: For det første viser all statistikk at høyt legemeldt sykefravær er et «kvinneproblem», kvinner har høyere frekvens og varighet på legemeldt sykefravær, og i følge Kostøl og Telle (2010) har det vært slik det siste tiåret. For det andre er det vanskelig å sammenlikne betydningen av omsorgsansvar på sykefravær for menn og kvinner samlet, dette skyldes hovedsakelig at omsorgen som gis er svært forskjellig. Tidligere studier finner at menn hjelper hovedsakelig til med reparasjoner av huset, utendørsarbeid, handling og transport, mens kvinner i større grad hjelper til med husholdsarbeid, emosjonell support og personlig pleie (Lingsom, 1997). For det tredje viser tidligere forskning at omsorgsforpliktelser har ulik påvirkning på menn og kvinner, det er en tendens til at kvinner som gir omsorg til foreldre i større grad enn mannlige omsorgsgivere opplever psykisk stress knyttet til omsorgsgivingen (Pavalko og Woodbury, 2000). Studien til Gautun (2008) finner også at kvinnelige omsorgsgivere opplever konsentrasjonsproblemer på jobb, mens dette ikke er et like uttalt problem blant mannlige omsorgsgivere. Studien til Ugreninov (2012) finner ingen signifikante forskjeller i sykefraværet til menn som gir «foreldreomsorg» sammenliknet med andre menn. Blant kvinner ble det derimot funnet signifikante forskjeller i sykefraværet mellom heltidsarbeidende som gir «foreldreomsorg» sammenliknet med andre heltidsarbeidende. For det fjerde jobber menn og kvinner innenfor ulike sektorer og bransjer som kan påvirke sykefraværet, men sektor kan også ha betydning for arbeidstakeres mulighet til å gi uformell omsorg til hjelpetrequende foreldre, hvorvidt det

å gi uformell omsorg til foreldre oppleves som en byrde eller ikke og hvilke strategier som benyttes for å løse foreldrenes omsorgsbehov. Funn tyder på at menn i større grad utnytter fleksible arbeidstidsordninger, som å komme senere på jobb, gå tidligere eller utvide lunsjpausen, mens kvinner i større grad enn menn benytter seg av ubetalte permisjoner og egenmeldt eller legemeldt sykefravær (Gautun 2008). En fordel med å studere kvinner eksplisitt er at variasjonen med hensyn til omsorgsbyrder, arbeidsmiljø og individuelle kjennetegn kan studeres mer detaljert.

Kjønnsforskjellene i sykefravær er helt klart av samfunnsmessig interesse, men på grunn av problemer knyttet til mulighetene for å differensiere på type omsorg som gis i interaksjon med arbeidsmiljø og andre individuelle faktorer har jeg også valgt å begrense utvalget til kvinner som er *yrikesaktive*. Dette er nødvendig ettersom man ikke har krav på betalt sykefravær dersom man ikke er i betalt arbeid. Definisjonen yrkesaktivitet i denne oppgaven er å utføre inntektsgivende arbeid av minst en times varighet sist uke. Respondenter som har rapportert midlertidig fravær på grunn av ferie, egen eller andres sykdom er også inkludert, fordi disse ikke var borte fra arbeid på grunn av sykefravær over 16 dager. De som svarte at de var hjemme på grunn av foreldrepermisjon er derimot ikke inkludert. det er også lagt inn en restriksjon på at respondentene må ha en yrkesinntekt over 2G¹⁰, dette for å sikre en viss grad av yrkesaktivitet.

I tillegg er det satt en øvre aldersgrense på 66 år og en nedre aldersgrense på 25 år, henholdsvis for å utelukke de respondentene som har gått ut i alderspermisjon og personer der en svært liten andel har hjelpetrequende foreldre og/eller barn under 11 år. Etter utvalgsrestriksjonene sitter jeg igjen med et analyseutvalg på 4592 respondenter.

4.3 Empirisk strategi

I denne delen vil jeg redegjøre for de avhengige og uavhengige variablene som benyttes i analysene, og begrunne valg av metode. Oppgaven baserer seg på to datasett med to ulike analysemodeller, men med tilsvarende variabler. Bakgrunnen for en todeling er at utvalgene er forskjellige. De to analysene blir for ordens skyld omtalt som analyse 1. og analyse 2. I analyse 1. vil jeg benytte meg av datasettet NorLag panel der jeg vil gjennomføre en «first

¹⁰ Yrkesinntekt over 2G i 2003 var: 111 928 NOK og 2G for 2008 var 138 216 NOK. Grunnbeløpet benyttes ved fastsettelse av pensjonspoeng og beregning av pensjoner fra folketrygden. G for 2003 var 55 964 NOK, G for 2008 var: 69 108 NOK.

difference» analyse, mens jeg i analyse 2. vil benytte meg av datasettet LOGG og gjennomføre en hurdleanalyse. I den empiriske strategien vil jeg først redegjøre for den avhengige variabelen og de uavhengige variablene, før jeg beskriver valg av metode for de to analysene.

4.3.1 Avhengig variable

En kompliserende faktor for å studere og sammenlikne tidligere forskning om sykefravær er at det ikke finnes ett mål på sykefravær. Både offisiell statistikk og tidligere forskning opererer med en rekke ulike definisjoner og mål, både med hensyn til type fravær og operasjonalisering. Kort oppsummert måles det ofte i: 1) sykefraværsprosenten. Det vil si antall dagsverk som er tapt på grunn av sykefravær, i prosent av alle avtalte dagsverk, 2) varighet på sykefraværet i antall dager eller uker, 3) størrelsen på sykelønnsutbetalinger, 4) antall personer med sykefravær på et bestemt tidspunkt eller 5) antall tapte dagsverk på grunn av sykefravær i en bestemt periode (NOU, 2004:5).

I denne studien benyttes legemeldt sykefravær fra og med 17 dager som avhengig variabel, altså betalt av NAV. I utgangspunktet er sykefravær betalt av NAV registrert med start og stopp dato slik at det er mulig å måle antall dager syk per sykemelding over 16 dager. På grunn av at sykefravær anses som sensitive opplysninger har jeg dessverre ikke tilgang til så detaljerte opplysninger som ønskelig. I datasettet har jeg kun opplysninger om antall uker med NAV betalt sykefravær per år, noe som går utover en finere inndeling av sykefravær som det hovedsakelig er to ulemper knyttet til: 1) Det betyr at jeg ikke har informasjon om egenmeldt fravær (1-3 dager) og fravær betalt av arbeidsgiver (over 16 dager). Dette medfører at alle fravær over 16 dager får verdien 0, og dermed lik verdi som alle respondenter som ikke har hatt noen form for sykefravær. Denne variabelen er dermed venstresensurert, noe som betyr at alle observasjonene i analyseutvalget er med, men jeg vet ikke den «riktige» verdien for sykefravær blant de med fravær over 16 dager i og med at alle disse respondentene har verdien 0. 2) Blant de som har sykefravær over 16 dager er variabelen kontinuerlig og målt i antall uker. At den er målt i antall uker setter begrensninger for en «finere» måling av fraværslengden i og med at det er en relativt stor forskjell på om man er borte akkurat en arbeidsuke (5 dager) eller nærmere to uker, men fortsatt registrert som en uke. Sistnevnte punkt setter også noen begrensninger for valg av metode, som jeg vil komme tilbake til senere

i kapittelet. Fordi det gjøres to separate analyser basert på ulike metoder konstrueres den avhengige variabelen forskjellig:

Analyse 1: I analyse 1. ønsker jeg å se å se på differansen i sykefravær (δs_i) ved en endring i omsorgsforpliktelse for hjelpetrequende foreldre. Måten dette gjøres på er å ta sykefravær (S) for individ (i) i 2008 (t2) minus sykefravær (S) for individ (i) i 2003 (t1). Slik:

$$\delta s_i = S_i(t_2) - S_i(t_1)$$

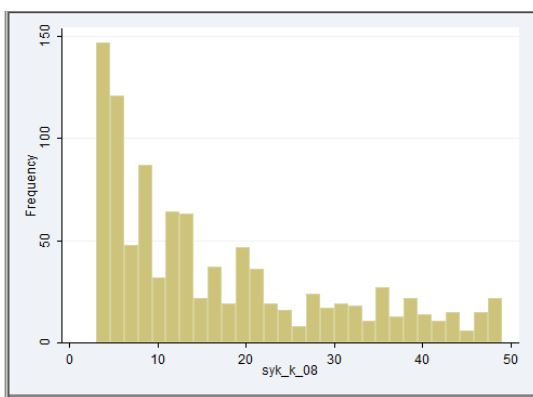
Analyse 2: I analyse 2. benyttes en kontinuerlig sykefraværsv variabel som fordeles etter antall uker sykefravær fra og med 17 dager, mens de som har selvsertifisert fravær (egenmelding), fravær betalt av arbeidsgiver og de som ikke har noe sykefravær får verdien 0:

Tabell 1. Korttids- og langtidssykefravær 2008. Hele utvalget

Sykefravær 2008		
	N	N %
Sykefravær <17 dager	3692	80,7
Sykefravær >og= 17 dager	884	19,3
Total	4576	100

Som det kommer frem i tabellen har 80,7 prosent av observasjonene verdien null, dette er et betydelig antall som gir en høyreskjev fordeling illustrert i figur 3.

Figur 3: Fordeling på den kontinuerlige avhengige variabelen



Figur 3. viser en venstresensurert fordeling av sykefraværet, det vil si at den ikke viser de som har verdien 0. Av figuren ser vi klart at den avhengige variabelen er høyreskjev ved at det er

relativt mange med færre enn fem uker sykefravær, etter 10 uker avtar antallet med sykefravær ytterligere, mens ved rundt 30 uker ser sykefraværet ut til å stabilisere seg.

Variasjonen i utvalget og måten den avhengige variabelen konstrueres på har betydning for valg av metode, fordi både sannsynligheten for minst ett fravær og forventet varighet på sykefraværet er av interesse. Metoden må kunne estimere gjennomsnitt fordi fordelingen er høyreskjev samt ta hensyn til at den avhengige variabelen er venstresensurert.

4.3.2 Uavhengige variable

Begge analysene tar utgangspunkt i mange av de samme variablene, forskjellen er at variablene i analyse 1. er differensierte variabler, mens variablene i analyse 2. måler variasjon. Antallet uavhengige variable er svært begrenset i analyse 1, på grunn av forutsetningen om at de må være operasjonalisert likt på t1 og t2, noe som ikke er tilfelle i dette datasettet (jf. s.42-43)

Omsorgstypologier

Under dette avsnittet vil jeg gjøre rede for fire omsorgstypologiene som benyttes kun i analyse 2. Omsorgstypologiene dannes på bakgrunn av hvem det gis omsorg til og type omsorg som gis ved hjelp av informasjon om hvorvidt respondenten gir omsorg til foreldrene og/eller om det bor barn under 11 år i husholdningen. Respondentene ble stilt følgende spørsmål: «*Trenger mor/far hjelp med daglige aktiviteter eller personlig pleie?*» og «*Hvem gir mor/far hjelp med daglige aktiviteter og personlig pleie?*» Svaralternativene «ja», «nei» og «vet ikke» kodes om til dummyvariabler separat for hjelp til mor og far, der 0 = trenger ikke hjelp og 1= trenger hjelp. Fordi det ikke var noen i kategorien «vet ikke» ble denne satt til lik 0.

For å kartlegge hvorvidt respondentene har barn i husholdningen fikk de følgende spørsmål: «*Bor det barn under 11 år i husholdningen fulltid eller minst 50 prosent av tiden?*»

Respondenter som bor minst 50 prosent av tiden sammen med et barn under 11 år fikk verdien=1, og 0 ellers.

For å konstruere omsorgstypologier fordeles «foreldrehjelpsvariabelen» og «barn under 11 år i husholdningen variabelen» på fire grupper med ulik grad av omsorg. Typologiene skiller mellom omsorg for ulike familiemedlemmer som antas å ha varierende grad av byrde for

omsorgsgiveren: 1) «*Dobbeltomsorg*» består av yrkesaktive kvinner med hjelpetrengende foreldre og barn under 11 år i husholdningen. Det er disse som er såkalt «sandwiched», 2) «*foreldreomsorg*» består av yrkesaktive kvinner med hjelpetrengende foreldre, men uten barn under 11 år i husholdningen, 3) «*barneomsorg*» består av yrkesaktive kvinner med barn under 11 år i husholdningen, men uten hjelpetrengende foreldre og 4) «*uten omsorg*» består av yrkesaktive kvinner uten hjelpetrengende foreldre og uten barn under 11 år i husholdningen.

Hensikten med denne inndelingen er å sammenlikne ulike omsorgstypologiers sammenheng med kvinners sykefravær. Det antas at kvinner med «dobbeltomsorg» har høyere sykefravær sammenliknet med de andre omsorgstypologiene, fordi det antas å være mest krevende. For å teste de estimerte parameternes sensitivitet er det imidlertid nødvendig å inkludere noen kontrollvariabler for å undersøke hvorvidt andre forhold spiller inn.

Egenrapportert helse

Egenrapportert helse benyttes som kontroll både i analyse 1. og analyse 2. Det er en viktig variabel fordi det vil gi en indikasjon på hvorvidt det er en sterk sammenheng mellom sykefravær og dårlig helse, samt styrken av andre viktige kontrollvariabler når egenrapportert helse tas hensyn til. Alle respondentene ble stilt spørsmålet: «*Vil du si at din helse nå stort sett er: utmerket, meget god, god, nokså god eller dårlig?*». Respondenter som svarte at deres helse er nokså god eller dårlig får verdien 1, mens de øvrige får verdien 0.

Alle analysene ble gjennomført både med og uten kontroll for egenrapportert helse, fordi datamaterialet ikke gir mulighet for å skille ut dårlig helse som skyldes den ekstra byrden det kan være å gi omsorg for pleietrengende foreldre, eller om dårlig helse rapporteres som en forklaring på høyt sykefravær. Egenrapportert helse antas å være et gyldig mål fordi flere studier finner at egenrapportert helse er korrelert med for eksempel dødelighet (Idler og Benyamini, 1997; Heistaro, Jousilathi, Lahelma, Vartiainen og Puska, 2001). Det er likevel knyttet noen utfordringer til å benytte subjektive mål på helse. Individens subjektive forståelse av egen helse utvikles gjennom interaksjon med andre individer og vil av den grunn avhenge av sosioøkonomisk status og miljø på arbeidsplassen. Studien til Dale-Olsen m.fl. på mannlige lønnstakere viser at det er en sammenheng mellom kollegers sykefravær (Dale-Olsen, Østbakken og Schøne, 2011), og indikerer dermed at normer og miljø på arbeidsplassen har betydning for sykefraværet til den enkelte (jf. også Nyborg, 2010). Andre studier indikerer at lavt utdannede kan ha en mer belastende og stressende hverdag som

påvirker deres forståelse og rapportering av egen helse sammenliknet med høyt utdannede (Huisman, Van Lenthe og Mackenbach, 2007). Imidlertid viser noen nordiske studier at individer med lavere sosioøkonomisk status ikke synes å overestimere egenrapportert dårlig helse (Elstad, Dahl og Hofoss, 2006; Burström og Fredlund, 2001)

Individuelle kjennetegn

Informasjon om ekteskapelig status og *husarbeid* er slått sammen og organisert som tre sett med dummyer etter hvorvidt respondentene er i parforhold eller ikke og hovedansvar for husarbeidsoppgaver. I første omgang ble *partner* variabelen organisert som en dummy der respondenter som er gift, har registrert partner eller samboer fikk verdien 1, og 0 ellers, mens for *husarbeid* variabelen ble noen vanlige arbeidsoppgaver i hjemmet nevnt: 1) *matlaging*, 2) *oppvask*, 3) *vasking og stryking av tøy*, 4) *innkjøp av dagligvarer* og 5) *rengjøring og rydding av bolig*, som respondentene skulle svare hvorvidt de gjorde den nevnte husholdsoppgaven: 1) alltid, 2) vanligvis, 3) sammen med samboer/ektefelle/registrert partner, 4) vanligvis samboer/ektefelle/registrert partner, 5) alltid samboer/ektefelle/registrert partner eller 6) alltid eller vanligvis annen person. De som gjorde husholdsoppgavene alltid eller vanligvis ble delt inn i seks kategorier etter de forskjellige oppgavene.

Ved å kombinere partner og husarbeidsvariabelen ble det dannet tre dummyer: 1) *kvinner i parforhold som har husarbeidsansvar*. Hvor det ble gjort en restriksjon på at kvinnen har aleneansvar for minst tre av de nevnte husarbeidsoppgavene, 2) *kvinner i parforhold som er likestilt med partner i husarbeidsoppgaver* og 3) *kvinner uten partner*. Kvinner som er likestilt med partner i husarbeidsoppgaver er referansegruppe. Det antas at kvinner uten partner har hovedansvar for husarbeid, nettopp fordi hun er alene. Hensikten med disse variablene er antakelsen om at omsorgsforpliktelsers utslag i sykefraværet kan avhenge av om partnere samarbeider om husarbeidet eller om kvinnen har hovedansvaret.

Alder er konstruert som fem dummyer etter aldersgrupper: 1) 25-29 år, 2) 30-39 år, 3) 40-49 år, 4) 50-59 år og 5) 60-67 år. Hensikten med å konstruere aldersdummyer er at de skiller mellom ulike livsfaser. En kontinuerlig aldersvariabel antar at en effekt øker eller reduseres likt for hvert år, men dette er ikke nødvendigvis tilfelle når det gjelder sykefravær. Aldersgruppen 30-39 år er i referansegruppen.

Utdanningsvariablene er konstruert som tre dummyer basert på høyeste fullførte utdanning; 1) *grunnskole*, 2) *videregående skole*, 3) *universitets- eller høyskoleutdanning* på lavere eller høyere nivå. Hensikten med å inkludere utdanningsvariabler er at flere undersøkelser viser at ufaglærte og lavt utdannede har høyere sykefravær enn høyt utdannede. Fysisk krevende arbeid, skiftarbeid og lite støtte fra nærmeste leder foreslås ofte som forklaringsfaktorer på et høyt sykefravær fordi det ofte korrelerer med lavere utdanning.

Variablene *barn i husholdningen* og *hjelpetrequende foreldre* er kun med i analyse 1, «first difference». Årsaken til at disse individuelle kjennetegnene nevnes separat er at variablene skiller seg noe fra de «barneomsorg» og «foreldreomsorg» som blir benyttet i analyse 2. Barn i husholdningen og hjelpetrequende foreldre er ikke en del av en omsorgstypologi. Førstnevnte, barn i husholdningen er konstruert som en dummy, der de som har barn minst 50 prosent av tiden = 1, og de som ikke har barn minst 50 prosent av tiden = 0. Forskjellen på denne barnvariabelen og den som benyttes i analyse 2. er at denne inkluderer barn uansett alder, mens den i analyse 2. kun inkluderer barn under 11 år. For hjelpetrequende foreldre variabelen ble respondentene spurt «*Har du gitt praktisk hjelp til dine foreldre?*» Respondenter som svarte ja = 1, og respondenter som svarte nei = 0.

Jobbkarakteristika

Kjennetegn ved arbeidssituasjon kan være avgjørende for mulighetene og ikke minst for hvor krevende det er å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for familiemedlemmer. Variabelen *deltid* er organisert som en dummy der respondenter som jobber deltid har verdien 1 og respondenter som jobber heltid har verdien 0. De som jobber deltid jobber mindre enn 30 timer i uken, mens de som jobber heltid jobber 30 timer i uken eller mer.

Variabelen *fleksibel arbeidstid* er organisert som en dummy der respondenter som har fleksibel arbeidstid har verdien 1, mens de som ikke har fleksibel arbeidstid har verdien 0. En fleksibel arbeidssituasjon kan antas å lette byrden for personer som kombinerer yrkesaktivitet med omsorg fordi de har muligheten til å hjelpe familiemedlemmer, for eksempel å kjøre til legen eller gi personlig støtte, når det passer dem. Personer uten en fleksibel arbeidsordning er mer «låst» til jobben til avtalt tid.

Variabelen *privat sektor* er organisert som en dummy der respondenter som jobber i privat sektor har verdien 1 og respondenter som jobber i offentlig sektor har verdien 0. Privat sektor består av respondenter som jobber innenfor personlig eid firma, aksjeselskap, organisasjon eller liknende, mens offentlig sektor består av respondenter som jobber innenfor kommunal, fylkeskommunal og offentlig virksomhet. Sektor er en viktig kontrollvariabel fordi offentlig sektor ofte blir kjennetegnet med trygge rammebetingelser og gode ansettelsesforhold, men likevel med en klar tendens til at de ansatte har høyere sykefravær enn ansatte i privat sektor. Dette kan både skyldes en helseleksjon inn i offentlig sektor eller en høyere risiko forbundet med å være borte fra jobb i privat sektor fordi lønn i større grad er basert på innsats og bonusordninger. Et økonomisk rasjonelt valg for å sikre seg fremtidig lønnsøkning vil være å ikke være borte fra jobb.

Variabelen *midlertidig ansettelse* er også organisert som en dummy der respondenter som er midlertidig ansatt har verdien 1, og 0 ellers. De midlertidige ansatte består av alle arbeidstakere som rapporterer at de ikke har en fast ansettelse. Det kan i likhet med det å være ansatt i privat sektor være forbundet en høyere risiko med å være borte fra en midlertidig enn en fast stilling, noe som kan gi utslag i lavere sykefravær for midlertidig ansatte.

4.4 Metode

I denne delen av kapittelet vil jeg først presentere analyse 1, som består av en «first difference modell», og deretter analyse 2, som består av en hurdlemodell.

4.4.1 “First-difference”

I analyse 1. benyttes en «first difference modell»¹¹ som regnes som en innledende strategi for analyse 2. Den avhengige variabelen er differansen mellom antall uker sykefravær på t1 og t2. Svært få av de uavhengige kontrollvariablene egner seg for «first difference analysen» på grunn av liten overenstemmelse mellom variablene på t1 og t2, men de som vil bli benyttet i analysen er «foreldreomsorg», «barn i husholdningen» og «egenrapportert helse».

¹¹ First Difference er en type fasteffektmodell (fixed effects model) som kjennetegnes av at umålte årsaker og deres effekter er konstante over hele måletidspunktet. Slike modeller er derfor egnet til å redusere betydningen av utelatte variable (Firebaugh 2007:136).

«First difference» benyttes for å redusere sannsynligheten for utelatte variable og samtidig teste om tendenser i sykefraværet påvirkes og varierer med endring i å gi «foreldreomsorg», og kan således teoretisk sett nærme seg et kausalt estimat mellom X og Y. I denne oppgaven ønsker jeg å utvide forståelsen av forholdet mellom omsorgsforpliktelser og sykefravær, og det er derfor viktig å vite noe om hvorvidt «foreldreomsorg» påvirker sykefraværet alene. Tidligere har det blitt gjort lite forskning på påvirkningen av «foreldreomsorg» på sykefravær, mens det derimot har blitt gjort mye forskning på påvirkningen «barneomsorg» har på sykefravær. Analyse 1. vil skape en ramme og et grunnlag for analyse 2, som på sin side sammenlikner *flere* typer omsorg, inkludert «foreldreomsorg». Grunnlaget for «first difference modellen» er at den gir differansen mellom alle variabler mellom t1 og t2, og den kan uttrykkes slik:

$$s_{it1} = F_{it1}\beta + W_i + X_{it1}$$

$$s_{it2} = F_{it2}\beta + W_i + X_{it2}$$

I formelen viser S til den avhengige variabelen, antall uker sykefravær, for enhet (i) på tidspunkt 1 (t1). F viser til den uavhengige foreldrehjelpsvariabelen for individ (i) som kan variere over tid for hvert tidspunkt (t), β er koeffisienten. W viser til uavhengige variable for individ (i) som er tidskonstante og ikke varierer over tid, mens X viser til de andre uavhengige variablene det kontrolleres for, egenrapportert helse og barn i husholdningen, for enhet (i) som kan variere for hvert tidspunkt (t). Den samme beskrivelsen gjelder for både t1 og t2. Differensiering av begge likningene gir:

$$\delta S_{it} = \delta F_{it}\beta + \beta X_{it}$$

δ viser til differansen i den avhengige variabelen, antall uker sykefravær (S) for enhet (i) mellom de to tidspunktene (t). F viser til den uavhengige foreldrehjelpsvariabelen for enhet (i) som kan variere over tid (t), β viser til den differensierte koeffisienten. W faller ut av modellen fordi alle uavhengige variable som er tidsfaste ikke har en endring som kan måles. X viser til de andre uavhengige kontrollvariablene for enhet (i) som kan variere for hvert tidspunkt (t).

«First difference modellen» fjerner korrelasjon mellom X og residualleddet, i mitt tilfelle F og X, ved å kontrollere for alle uobserverte tidskonstante variabler som varierer mellom individer, og slik nærme seg et kausalt estimat av X på Y. Hvert enkelt individ brukes som sin

egen kontroll ved å studere endring innenfor dette individet, og fordelene er at man implisitt kontrollerer for alle faktorer som ikke varierer over tid for det individet. I dette tilfelle kan modellen gi detaljert informasjon om hvilken betydning «begynne å gi» «slutte å gi» og «kontinuerlig gi» hjelp til foreldre har for sykefraværet. Ulempen er at man ikke kan estimere effekten av tidskonstante variabler, det vil si de som i praksis ikke varierer innenfor individer som kjønn, etnisitet, foreldres utdanningsnivå og liknende, og at vi mister variasjon i de observerte tidsvarierende variablene. Den variasjonen vi sitter igjen med er derimot stort sett av bedre kvalitet.

Kausal tolkning av estimatene forutsetter at det ikke er noen korrelasjon mellom de uavhengige variablene F og X og residualleddet i ligningen. Selv om det i praksis er svært vanskelig å være helt sikker på kausale resultater i samfunnsforskning, er det i følge Firebaugh tre forutsetninger som må oppfylles: Den førsteforutsetningen er at man må sammenlikne like med like. Paneldata muliggjør denne forutsetningen. Paneldata er samme mål på de samme individene på to eller flere tidspunkt, og er mer informative fordi resultatene har mer variasjon, mindre kolinearitet, flere frihetsgrader og samtidig muliggjør kontroll for individspesifikk uobservert heterogenitet.

Den andre forutsetningen for å nærme seg kausale forklaringer er at det ikke skal være noen bakenforliggende faktorer som påvirker avhengig eller uavhengige variabler. For en hver observasjon er det en rekke faktorer som er vanskelig å observere. Forutsetningen om at det ikke skal være noen bakenforliggende faktorer vil derfor være brutt i mesteparten av tidligere forskning (Skog, 2007:381). Omsorgsforpliktelser, særlig doble omsorgsforpliktelser, assosieres med høyere risiko for sykefravær, men i en kontekst av korrelerte umålte individuelle kjennetegn (Powers, 2005). I et forsøk på å unngå bakenforliggende faktorer som spuriøsitet og seleksjon introduserer man ofte en rekke kontrollvariabler som kan tenkes å konfundere sammenhengen man ønsker å observere for å sammenlikne likt med likt. Det er en del utfordringer knyttet til denne strategien å unngå spuriøsitet, først og fremst fordi det er mye som ikke så lett lar seg måle (Firebaugh, 2008). På tross av utfordringene ved å sammenlikne likt med likt finnes det andre strategier man kan anvende for å minske sannsynligheten for at utelatte variable påvirker estimatene. For eksempel kan man benytte seg av en fasteffektmodell som subtraherer effekten av konfunderte variabler og sammenlikner like med like ved å matche individer med seg selv (Firebaugh 2008:134), slik det gjøres i denne oppgaven.

En tredje forutsetning for å nærme seg kausale estimater er forutsetningen om at de umålte variablene er konstante og har konstante effekter (Firebaugh 2008:136). Det er en rekke umålte variabler som kan tenkes å variere over tid eller ha ulik effekt på sykefraværet til kvinner som gir «foreldreomsorg» på samme tidspunkt. For eksempel kan deres sykdomshistorikk variere over tid eller ha ulik effekt på forskjellige kvinner. Slike umålte variable som ikke er konstante over tid vil fortsatt være en potensiell kilde til spuriøsitet i fasteffektmodeller.

4.4.2 Hurdlemodell

I «first difference analysen» måles endring i sykefravær for kvinner med «foreldreomsorg», men muliggjør ikke kontroll for «dobbelomsorg» og andre viktige kontrollvariabler. For å sammenlikne sykefraværet til kvinner med ulike omsorgsforpliktelser må analysen derfor utvides. Fordi den avhengige variabelen er en kontinuerlig variabel basert på antall uker sykefravær ville det mest åpenbare være å benytte seg av en lineær regresjonsanalyse (OLS), men et betydelig antall observasjoner med verdien 0 og en venstresensurert avhengig variabel, gjør at en OLS ikke er å foretrekke fordi det kan føre til underestimering av konstantleddet og overestimering av helningen. Dersom jeg hadde benyttet en OLS bare på utvalget *med* registrert sykefravær ($Y > 0$) kan en OLS motsatt føre til en overestimering av konstantleddet og en underestimering av helningen. Hvis fordelingen av den avhengige variabelen hadde vært relativt normalfordelt med observasjoner med og uten sykefravær vil parameterestimaten bli tilnærmet forventningsrette, og i tilfeller hvor antall observasjoner med verdien $Y = 0$ er høy vil parameterestimaten bli mindre forventningsrette (Green, 2003). I analyseutvalg 2 er det en svært høy andel observasjoner med verdien $Y = 0$ (87%, se tabell 1) som begrunner hvorfor andre estimeringsstrategier er å foretrekke. I tilfeller der man har et betydelig antall observasjoner med verdien null kan tobitanalyse benyttes, men fordi det også er stor spredning i dataene er heller ikke tobitanalyse å foretrekke.

Den empiriske strategien for å måle variasjon i sykefraværet til kvinner med ulike omsorgsforpliktelser er å estimere en hurdlemodell (Long og Freese 2006:387), bestående av en logistisk regresjonsanalyse som predikerer sannsynligheten for minst ett langtidsfravær eller ikke og en negativ binominal analyse på antall uker langtidsfravær, gitt minst ett langtidsfravær. En slik strategi vil både gi innsikt i sannsynligheten for å ha minst ett

sykefravær på 17 dager eller mer og ulikheter i antall uker med sykefravær blant de som har sykefravær.

Hurdle er en telle-modell som kan både ta hensyn til stor spredning og mange nuller ved å kombinere to komponenter: 1) en hurdlekomponent for nullene ved hjelp av logitanalyse og 2) en venstresensurert telle-komponent for positive verdier ved hjelp av negativ binominal analyse. Hurdlemodellen bruker med det all informasjonen, inkludert den sensurerte informasjonen og gir forenelige estimater, men den forutsetter at det er den samme sannsynlighetsmekanismen som genererer både null og positive verdier. Denne forutsetning er i utgangspunktet vanskelig å teste, men mitt argument er at det er en viss tilfeldighet i hvorvidt respondenter befinner seg rett under eller over terskelverdien på 17 dager.

Logistisk regresjon

Hurdlemodellens først komponent er logistisk regresjonsanalyse som er godt egnet til å estimere regresjonsutfall i tilfeller der den avhengige variabelen er dikotom (Skog, 2007). Den predikerer om sannsynligheten for at en forhold skal inntreffe er større eller mindre enn sannsynligheten for at det ikke skal inntreffe. Koeffisientene i en logistisk modell estimeres ved hjelp av Maximum-Likelihood metoden, som velger det settet av parametere som gir høyest sannsynlighet for at modellene genererer det observerte datasettet (Skog, 2007). En logistisk modell kan uttrykkes ved hjelp av denne formelen:

$$\text{Logit}(\tilde{S}) = \ln\left(\frac{\tilde{S}}{1 - \tilde{S}}\right) = b_0 + b_1 O_1 + b_2 O_2 + \varepsilon$$

Formelen viser at i en gruppe med bestemt kombinasjon på de uavhengige variablene er \tilde{S} forventet andel med verdi 1 på den avhengige variabelen. Sannsynligheten for at $\tilde{S}=0$ og $\tilde{S}=1$ oppgis i odds, som kan regnes frem til logiter. Oddsraten til koeffisientene oppgir hvor mye større eller mindre oddsen for et utfall blir ved en enhets økning på den uavhengige variabelen. Effekten av en økning i den uavhengige variabelen måles derfor ikke i absolutt men relativ endring. Dersom man ønsker en lineær sammenheng mellom variablene kan man regne oddsen om til logiter. b_0 er logiten til konstantleddet, b_1 viser hvor mye logiten stiger når variabel O_1 øker med en verdi, b_2 viser hvor mye logiten stiger når variabel O_2 øker med en verdi. En slik stigningskoeffisient er det for hver variabel. ε er restleddet og viser til umålt variasjon i modellen (Skog, 2010:355).

Den avhengige variabelen i analyse 2. er en kontinuerlig sykefraværsvARIABLE med verdien 0 for de uten langtidsfravær og under 17 dager sykefravær og kontinuerlig etter uker for de med langtidsfravær over 17 dager. Ved å benytte logitmodell estimeres hvorvidt respondenter med en bestemt omsorgsforpliktelse har høyere sannsynlighet for minst ett langtidsfravær sammenliknet med respondenter med andre eller ingen omsorgsforpliktelser. Årsaken til at det ikke benyttes en logistisk regresjon alene i denne oppgaven er at den kun estimerer sannsynligheten for å ha minst ett langtidsfravær og gir ingen informasjon om lengden på fraværet, noe som er av interesse i denne oppgaven.

Negativ binominal regresjon

Hurdlemodellens andre komponent består av en negativ binominal regresjonsanalyse som er en tellemodell som forventer en negativ binominal fordeling på den avhengige variabelen. Varigheten på sykefravær er oppgitt på en kontinuerlig skala. Det mest nærliggende ville derfor vært å benytte seg av en OLS, men når man har telldata har det blitt argumentert for at man bør benytte seg av modeller beregnet for dette formålet (Long og Freese, 2006:349). En ofte brukt metode der telle-variabler benyttes er Poisson regresjon. I praksis er Poisson modellen funksjonell når man skal beskrive gjennomsnitt, men underestimerer ofte variasjoner i dataene (Zeileis, Kleiber, Jackman, 2008:5). Tellemodellen som benyttes i denne oppgaven, negativ binominal regresjon, har den samme gjennomsnittsstrukturen som en Poisson regresjon, men har en ekstra parameter for å måle stor spredning (UCLA, 2014; Long, 1997:231). Negativ binominal regresjon er mer hensiktsmessig i dette tilfelle der jeg har en kontinuerlig avhengig variabel med stor spredning og et betydelig antall nuller. Det ekstra parameteret den negative binomiale regresjonen legger til tillater variansen i den avhengige variabelen å være større enn gjennomsnittet, ved å ta hensyn til både variasjon i uavhengig variabel og uobservert heterogenitet (Long, 1997:231). Konfidensintervallene i negativ binominal regresjon vil også trolig bli mindre enn konfidensintervallene i en Poisson regresjon når jeg har så stor spredning (UCLA, 2014).

Begrensninger ved Hurdlemodell

Flere ting er verdt å bemerke seg når man benytter en hurdleresgresjon: For det første kan man ikke sammenlikne endringer i logit-koeffisientene på tvers av modellene. Grunnen til dette er at eventuelle endringer ikke nødvendigvis skyldes en korrelasjon mellom variable i en

reduisert modell og nye variable i en utvidet modell. Skaleringsfaktoren i logitmodellen er avhengig av variansen i de uobserverte variablene. Imidlertid er det slik at hvis de nye variablene ikke forklarer mye av variasjonen i Y, er ikke problemet nødvendigvis stort om man vil sammenligne koeffisienter på tvers av modeller (Mood, 2010:67-82).

For det andre, når jeg måler sannsynligheten for varigheten på sykefravær, gir ikke datamaterialet informasjon om frekvensen på sykefraværet (antall sykefraværstilfeller). Et bestemt antall uker sykefravær behøver derfor ikke være *sammenhengende* fravær, men kan være sykefraværstilfeller på flere ulike tidspunkt. Det vil si at et bestemt antall uker sykefravær ikke nødvendigvis er like langvarig som det fremkommer i resultatene, men et tegn på et svært hyppig sykefravær. Det er ikke mulig å skille mellom dette på grunn av datamaterialets karakter.

For det tredje, en begrensning ved negativ binomial analyse at den ekskluderer observasjoner med verdien 0 når man benytter den i en hurdlemodell. Konsekvensen er at kvinner som er mer tilbøyelig til å ha langtidssykefravær vil ha større innvirkning på resultatene. Dette kan være negativt fordi enkelte individuelle kjennetegn kan være typisk for kvinner med mye sykefravær og ikke kvinner generelt. Det kan på en annen side være positivt ved at vi får resultater som er konsentrert omkring de individene vi faktisk er interessert i (langtidssykemeldte kvinner). Det er også viktig å understreke at dersom man benytter negativ binomial separat eller i en annen modell vil den ikke gjøre en slik eksklusjon av verdien 0.

4.4.3 Signifikanstester

Hovedhypotesen i denne oppgaven er at omsorgsforpliktelser gir høyere sykefravær, motsatt er nullhypotesen at det *ikke* er noen sammenheng mellom omsorgsforpliktelser og høyere sykefravær. Hypotesen testes etter bestemte signifikansnivåer av sikkerhet, slik at man kan konkludere med hvorvidt estimatene er et resultat av tilfeldigheter eller ikke. Normalt sett benytter man seg av tre signifikansnivåer med ulike kritiske verdier som oppgis i z-skårer. De kritiske verdiene må overstige 95 prosent, 99 prosent eller 99,9 prosent for at sannsynligheten for at koeffisientene er signifikante er stor nok til at man kan forkaste nullhypotesen. Fordi jeg har relativt få observasjoner enkelte steder har jeg valgt i tillegg å benytte meg av kritisk signifikansnivå på 90 prosent, kalt «borderline signifikans». Argumentasjonen for borderline

signifikansnivå handler om at det er relativt lite variasjon som skal til før observasjoner befinner seg rett over eller rett under terskelverdien på 90 prosent.

Modellens forklaringskraft kan testes gjennom ulike mål som oppgis i STATA. Både Log pseudo Likelihood verdier og AIC¹². Dette er mål som sier noe om hvor stor forklaringskraft de ulike modellene har, eller hvor godt de ulike modellene beskriver datamaterialet. Log pseudo Likelihood angir hvor stor andel av variasjonen som forklares med modellen, basert på reduksjonen i Likelihood verdier mellom en tom og en full modell med alle uavhengige variabler. AIC sammenlikner også forklaringskraften i flere modeller (Midtbø 2012:101). Lavere AIC-verdier indikerer at modellen beskriver datasettet bedre, høyere AIC-verdien indikerer motsatt at modellen beskriver datasettet dårligere.

¹² Aikakes informasjonskriterium

5 Påvirker «foreldreomsorg» omsorgsgiverens sykefravær?

Dette kapittelet analyserer hvorvidt lengden på sykefraværet varierer med det å gi «foreldreomsorg». Generelt i forskning på hvorvidt sykefravær skyldes omsorgsforpliktelser har det vært mye fokus på kvinner med små barn, ofte i kombinasjon med yrkesaktivitet. Andre typer omsorgsforpliktelser som også kan tenkes å påvirke kvinners sykefravær er dermed i liten grad viet plass på feltet. De få studiene som berører temaet «foreldreomsorg» og sykefravær finner varierende resultater, derfor er det av interesse for denne oppgaven å studere denne sammenhengen nærmere.

Formålet med dette kapittelet er å se om endring i «foreldreomsorg» har betydning for sykefraværet. Det tas derfor utgangspunkt i kvinner som gir omsorg til sine foreldre på to ulike tidspunkt for så å undersøke om deres sykefravær varierer etter endring i omsorgssituasjon for foreldrene. Kapittelet er en del av strategien for å undersøke om lengden på kvinners sykefravær påvirkes ulikt med forskjellige typer omsorgsforpliktelser, dette kapittelet har utelukkende fokus på kvinner med «foreldreomsorg». Begrensninger ved datasettet og metoden gjør dette til en beskrivende analyse for hovedanalysen som følger i kapittel 7. og 8. I hovedanalysen (analyse 2) skal «foreldreomsorg» sammenliknes med andre typer omsorgsforpliktelser, samtidig som «foreldreomsorg» er én av komponentene i «dobbelomsorg». Hvorvidt det er en belastning å gi «foreldreomsorg» er derfor et vesentlig element det er nødvendig å studere mer i detalj.

Analysen baserer seg på datasettet NorLag panel, hvor et utvalg personer besvart de samme spørsmålene på to tidspunkt, én gang i 2002/2003 og én gang i 2007/2008. I del 5.1. presenterer jeg beskrivende statistikk for sykefraværet delt inn i fire kategorier: 1) kvinner som gir «foreldreomsorg» i 2003, men ikke i 2008 (foreldreomsorg t1), 2) kvinner som gir «foreldreomsorg» i 2008, men ikke i 2003 (foreldreomsorg t2), 3) kvinner som gir «foreldreomsorg» både i 2003 og 2008 (foreldreomsorg t1 og t2) og 4) totalsykefraværet de respektive årene. I del 5.2. studerer jeg differansen i sykefraværsvirighet mellom kvinner som gir «foreldreomsorg» på to ulike tidspunkt, i 2003 (t1) og 2008 (t2). Dette gjør jeg ved å gjennomføre en lineær regresjon (OLS) for antall uker sykefravær ved hjelp av en «first difference modell». En analyse basert på fasteffektmodeller, slik som first-difference, minsker sannsynligheten for utelatte variable og gir informasjon om det finnes tendenser til at

sykefraværet varierer med hvorvidt respondentene gir «foreldreomsorg» eller ikke. First-difference bruker hvert individ som kontroll for seg selv i tråd med forutsetningen om å sammenlikne så like enheter som mulig.

Det er viktig at leser bemerker seg begrensningene i NorLag-panel datasettet som ble gjennomgått i kapittel 4 (s.42-43). I korte trekk dreier det seg om: 1) at alle informanter er over 40 år, 2) at det er et generelt høyere totalsykefravær i 2008 sammenliknet med 2003 som ikke kan forklares med det datamaterialet som foreligger og 3) begrensningene ved å innføre alle ønskelige kontrollvariabler på grunn av ulik spørsmålsformulering og svaralternativoperasjonalisering på de to måletidspunktene.

5.1 Beskrivende statistikk

Utvalg og restriksjoner

Tabell 2. viser beskrivende statistikk for sykefraværet til yrkesaktive kvinner mellom 40-67 år (N=1422). Den øvre grensen på 67 år er satt for å utelukke de fleste alderspensjonister. Panelutvalget er fordelt inn i grupper etter om de ga «foreldreomsorg» på t1 (2003), på t2 (2008) eller begge tidspunktene. Gruppene defineres og fordeles slik: 1) «foreldreomsorg t1» ga «foreldreomsorg» i 2003, men ikke i 2008, 2) «foreldreomsorg t2» ga «foreldreomsorg» i 2008, men ikke i 2003 og 3) «foreldreomsorg t1 og t2» ga «foreldreomsorg» i 2003 og 2008.

For den første gruppen, «foreldreomsorg t1», har «foreldreomsorgen opphørt når som helst mellom t1 og t2. Den kan altså ha opphørt året etter første måletidspunkt eller tett opp mot andre måletidspunkt. For den andre gruppen, «foreldreomsorg t2», har «foreldreomsorgen» startet på ett eller annet tidspunkt mellom t1 og t2, enten rett etter første måletidspunkt eller rett før andre måletidspunkt. Den tredje gruppen, «foreldreomsorg t1 og t2» har enten gitt «foreldreomsorg» hele perioden eller kan ha sluttet å gi omsorg mellom t1 og t2 og begynt igjen før andre måletidspunkt. Til sist vil det totale gjennomsnittlige sykefraværet illustrere det generelle sykefraværet de respektive årene og fungerer som et sammenlikningsgrunnlag for de tre andre gruppene.

Alle i utvalget er yrkesaktive både på t1 og t2. Yrkesaktivitet er definert ut fra en registerbasert yrkesinntekt hvor individer med inntekt over 2G¹³ for de respektive årene defineres som yrkesaktive og er dermed med i utvalget. 2G er valgt fordi det sikrer en viss grad av yrkesaktivitet samt at individer som jobber lite kan antas å ha lavere belastning hvis de gir «foreldreomsorg».

Beskrivende statistikk for panelutvalget

Totalgjennomsnittet viser det totale gjennomsnittlige antall sykefraværsuker for hele utvalget av yrkesaktive kvinner (N=1422). Her er det ikke gjort restriksjoner på hvorvidt de gir «foreldreomsorg» eller ikke og tallene fungerer som sammenlikningsgrunnlag for de andre tidspunktene som skiller mellom hvorvidt respondentene gir eller ikke gir «foreldreomsorg». Tabellen viser at på t1 er det gjennomsnittlige antall sykefraværsuker for hele utvalget 1,57 og på t2 har gjennomsnittlig antall sykefraværsuker økt til 3,9. Den relativt store forskjellen i det totale sykefraværet mellom tidspunktene kan skyldes stadige variasjoner i sykefraværet. Årsaken kan være sammensetningen av arbeidsstyrken i befolkningen eller det kan skyldes en alderseffekt i utvalget. Økt alder henger ofte sammen med dårligere helse, og siden utvalget kun inneholder respondenter i t1 som i t2 har blitt fire år eldre (40+) er dette en mulig årsak til variasjonen.

Observasjonsenhetene i gruppen «foreldreomsorg t1» har på ett eller annet tidspunkt mellom t1 og t2 sluttet å gi omsorg til sine foreldre. Det kan være flere grunner til at omsorgen har opphørt, der flyttet på institusjon eller død er de mest sannsynlige årsakene. Fordi død hos den hjelpetrengende forelder er en mulighet, kan det være en seleksjon av respondenter med nylig døde foreldre. Sorg kan være en psykisk belastning som kan resultere i sykefravær. Tabellen viser at på t1 var gjennomsnittlig antall sykefraværsuker for de som hadde «foreldreomsorg t1» på 2,22. Sammenliknet med totalen og de andre gruppene («foreldreomsorg t2» og «foreldreomsorg t1 og t2») er dette det høyest gjennomsnittet. Samme gruppe hadde et sykefravær på 3,28 uker i t2 da de ikke ga «foreldreomsorg». Selv om dette er flere uker sykefravær sammenliknet med året de ga «foreldreomsorg» er det lavest antall sykefraværsuker på t2 sammenliknet med «foreldreomsorg t2», «foreldreomsorg t1 og t2» og totalen.

¹³ Grunnbeløpet benyttes ved fastsettelse av pensjonspoeng og beregning av pensjoner fra folketrygden. G for 2003 var 55 964 NOK, G for 2008 var: 69 108 NOK.

Observasjonsenheterne i gruppen «foreldreomsorg t2» har fått hjelpetrengende foreldre mellom t1 og t2, men akkurat hvilket år er det ingen informasjon om. Det er av interesse å undersøke om denne endringen har betydning for deres sykefravær. I tabell 1. kan vi se at på t1 har «foreldreomsorg t2» et gjennomsnittlig antall sykefraværsuker på 1,54. I gjennomsnitt er dette det laveste antall sykefraværsuker på t1, sammenliknet med de andre gruppene. På t2 har gjennomsnittlig antall sykefraværsuker for den samme gruppen økt til 4,15. Det er høyere enn «foreldreomsorg t1» og totalen, men marginalt lavere enn for «foreldreomsorg t1 og t2».

Observasjonsenheterne i gruppen «foreldreomsorg t1 og t2» kan enten ha hatt «foreldreomsorg» alle årene mellom t1 og t2, eller de kan ha fått tilbakevendende «foreldreomsorg». Om den uformelle omsorgsgivingen har opphørt på noe tidspunkt mellom t1 og t2 er det ingen informasjon om i datasettet. I tabell 1. kan vi se at på t1, første året alle i gruppen ga «foreldreomsorg», er gjennomsnittlig antall sykefraværsuker 1,98. Dette er høyere enn for «foreldreomsorg t2» og totalen, men litt lavere enn «foreldreomsorg t1». På t2, det andre året alle i gruppen ga «foreldreomsorg» var gjennomsnittlig antall sykefraværsuker hele 4,63. Dette er det høyeste gjennomsnittlige antall sykefraværsuker i hele tabellen sammenliknet med «foreldreomsorg t1», «foreldreomsorg t2» og totalen.

Tabell 2: Gjennomsnittlig antall sykefraværsuker på t1 (2003) og t2 (2008)

	Total	Gitt omsorg T1	Gitt omsorg T2	Gitt omsorg T1 og T2
Antall uker sykefravær 2003	1,57	2,25	1,54	1,98
Antall uker sykefravær 2008	3,9	3,28	4,15	4,63

5.2 “First Difference”

I «first difference analysen» anvendes en lineær regresjonsmodell (OLS) for å måle differansen i gjennomsnittlig antall sykefraværsuker for kvinner som begynner å gi og slutter å gi «foreldreomsorg» på ulike tidspunkt. På den måten kan jeg undersøke om endring i «foreldreomsorg» har betydning for et stabilt, økende eller avtagende sykefravær.

First difference uten kontrollvariabler

Tabell 3 viser resultatene fra «first difference analysen» for modell 1. og modell 2. «First difference analysen» i modell 1. illustrerer en lineær regresjonsmodell for endring varigheten på sykefraværet til kvinner med «foreldreomsorg» ved hjelp av differensierte variabler for

«foreldreomsorg» og sykefravær og uten kontrollvariabler. Dermed viser den endring i sykefraværet for de som har gitt «foreldreomsorg» på ulike tidspunkt. Referansegruppen er kvinner som verken ga «foreldreomsorg» på t1 eller t2 og kvinner som ga «foreldreomsorg» både på t1 og t2. For referansegruppen øker sykefraværet i perioden mellom 2003 og 2008 med 2,4 uker. I og med at jeg følger de samme personene over tid kan denne økningen skyldes en alderseffekt, men vi vet også at sykefraværet svinger i perioder, noe som også kan påvirke denne endringen.

Den differensierte variabelen for «foreldreomsorg» viser endring i «foreldreomsorg» mellom t1 og t2. Den negative verdien (-1) er de som ga «foreldreomsorg» på t1 («foreldreomsorg t1») og den positive verdien (1) er de som ga «foreldreomsorg» på t2 («foreldreomsorg t2»). I en first-difference modell vil endringen alltid representeres av samme tall med ulikt fortegn. Det vil si at endringen i «foreldreomsorg» vil øke like mye som den reduseres eller reduseres like mye som den øker mellom t1 og t2. Koeffisienten for den differensierte variabelen for «foreldreomsorg» er signifikant og viser at «foreldreomsorg t1» har redusert sitt sykefravær (-1,4), mens de som ga «foreldreomsorg t2» har hatt en økning i antall sykefraværsuker (1,4) sammenliknet med referansegruppen.

Kort oppsummert viser den enkle first-difference analysen i modell 1. at gruppen «foreldreomsorg t1», som sluttet å gi «foreldreomsorg» før t2, reduserte sitt sykefravær når de sluttet å gi «foreldreomsorg» sammenliknet med når de ga «foreldreomsorg». Gruppen «foreldreomsorg t2», som begynte å gi «foreldreomsorg» før t2, hadde lavere sykefravær når de ikke ga «foreldreomsorg», og økte sitt sykefravær da de hadde begynt å gi «foreldreomsorg».

First difference med kontrollvariabler

First-difference analysen i modell 2. illustrerer en lineær regresjonsmodell for endring i varigheten på sykefraværet til kvinner med «foreldreomsorg» ved hjelp av differensierte variabler for «foreldreomsorg», egenrapportert dårlig helse og barn i husholdningen. Ulempen er at antall kontrollvariabler jeg kan innføre i modellen er svært begrenset på grunn av mange missing på variablene og ulik spørsmålsformulering mellom t1 og t2. Av størst interesse er det derfor å se om koeffisienten for «foreldrehjelp differanse» endres når jeg innfører kontrollvariabler som endring i egenvurdert helse og barn i husholdningen.

Alle faktorer som har holdt seg konstant mellom t1 og t2 danner referansegruppen, som dermed består av kvinner som 1) ikke ga «foreldreomsorg» på t1 eller t2 eller som ga «foreldreomsorg» både på t1 og t2, 2) hadde dårlig helse på t1 og t2 og som hadde god helse på t1 og t2 og 3) hadde barn i husholdningen på t1 og t2 og som ikke hadde barn i husholdningen på t1 og t2. Referansegruppen øker sykefraværet i perioden mellom t1 og t2 med 2,3 uker.

Koeffisienten for den differensierte variabelen for «foreldreomsorg» er signifikant og viser at gruppen «foreldreomsorg t1» har redusert antall uker sykefravær (-1,42) sammenliknet med referansegruppen, mens gruppen «foreldreomsorg t2» har hatt en økning i antall uker sykefravær (1,42) sammenliknet med referansegruppen. Koeffisienten for den differensierte variabelen for dårlig helse er også signifikant og viser at de som vurderte sin egen helse som dårlig på t1, men ikke på t2 har redusert sykefraværet (-3,19), mens de som hadde egenvurdert dårlig helse på t2, men ikke på t1 har hatt en økning antall sykefraværsuker (3,19) mellom t1 og t2. Koeffisienten for den differensierte variabelen for «barn i husholdningen» er ikke signifikant. Pseudo R^2 øker fra 0,004 til 0,012 fra modell 1 til modell 2. Dette betyr at modell 2. forklarer dataene bedre enn modell 1.

Kort oppsummert viser first difference analysen i modell 2. samme tendenser som modell 1. Kontrollert for «egenrapportert helse» og «barn i husholdningen» reduserte «foreldreomsorg t1» sitt sykefravær da de hadde sluttet å gi «foreldreomsorg», mens «foreldreomsorg t2» hadde en økning i sitt sykefravær fra t1 til t2. Videre var en av to kontrollvariabler signifikante, nemlig den differensierte variabelen for egenvurdert helse som viser at de som hadde dårlig helse på t1 og god helse på t2 hadde redusert sitt sykefravær, mens de som hadde god helse på t1 og dårlig helse på t2 hadde hatt en økning i sykefraværet. At den differensierte «foreldreomsorgsvariabelen» holder seg nesten lik som i modell 1, selv med kontroll for dårlig helse og barn, gir større troverdighet til resultatene fordi helsevariabelen er en viktig kontroll når man studerer sykefravær. At den differensierte variabelen «barn i husholdningen» ikke er signifikant kan ha flere årsaker, der en av årsakene kan være at det ikke er mulig å gjøre noen restriksjon på barnets alder. Små barn er mindre selvhjulpne enn store barn, og behøver derfor i større grad hjelp og omsorg.

Tabell 3: First difference analyse på differansen i antall sykefraværsuker

	Model 1		Model 2	
Foreldrehjelp	1,4*	<i>0,55</i>	1,4*	<i>0,55</i>
Egenrapportert dårlig helse			3,2*	<i>1,30</i>
Barn i husholdningen			0,05	<i>0,64</i>
<i>Konstant</i>	2,38***	<i>0,31</i>	2,25***	<i>0,33</i>
N	1422		1422	
r ²	0,004		0,012	

*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05, ^ p<0,1. Robuste standardfeil i kursiv

Umålte faktorer som endres over tid

I modellen måles de komponentene som ikke er faste over tid, altså endringen mellom tidspunktene. De komponentene som er konstante over tid, såkalte faste effekter er de som ofte gir opphav til korrelasjon med restleddet i en vanlig regresjonsmodell. Ved å bruke first-difference gjør man antakelser om at uobserverte variabler er konstante over tid og at deres effekt på utfallet er lik i t2 som i t1. Det er likevel et faglig vurderings spørsmål om de umålte faktorene som i en ordinær modell skaper problemer med korrelasjon mellom uavhengige variable og restleddet er lik null. Det finnes for eksempel umålte faktorer som faktisk endres over tid, noe som betyr at det kan være større eller mindre variasjon enn det modellen viser. I en first difference mister man variasjon mellom individer, fordi man kun studerer endringer mellom tidspunkt innenfor individer.

Fordi det er relativt mange år mellom undersøkelsestidspunktene i denne analysen, er det mange forhold som kan være med å påvirke respondentenes sykefravær disse årene mellom 2003 og 2008. Eksempler på umålte faktorer som dataene ikke tillater meg å måle som kan endre seg over tid og dermed kan påvirke endringen i sykefraværet mellom t1 og t2 er for det første at kvinner som hadde små barn på t1 kan ha fått mer selvhjulpne barn ettersom barna blir større. Dette kan resultere i mindre belastning på mor selv om barna fortsatt bor hjemme. For det andre kan kvinner som hadde hjelpetrengende foreldre på t1 ha mistet foreldrene, foreldrene kan ha blitt selvhjulpne eller flyttet på institusjon i løpet av perioden. Dette kan føre til mindre belastning på omsorgsgiver. For det tredje kan kvinner som ikke hadde små barn på t1 ha fått små barn, noe som krever mer av mor. For det fjerde kan kvinner som hadde

sykefravær på t1 av andre grunner, uavhengig av omsorgsforpliktelser, ha blitt blitt friske og sist men ikke minst kan noen kvinner ha trappet ned fra heltids- til deltidsstilling i løpet av perioden. Mindre belastning kan ha ført til lavere sykefravær.

5.2.1 Fasteffekter og kausalitet

Estimering av kausale årsakssammenhenger i samfunnsvitenskapelig forskning er som regel alltid et mål, men som relativt sjelden blir innfridd. Når man benytter seg av regresjonsanalyser sammenlikner man avhengig variabel (Y) mellom ulike grupper med uavhengig variabel (X), og på den måten kontrollerer man bort betydningen av residualen (Z) for å finne effekten av X på Y. Her må man alltid ta hensyn til usikkerheten ved spuriøse resultater. En kausal effekt innebærer at en bestemt verdi på uavhengig variabel (X) gir en bestemt effekt på avhengig variabel (Y). I sum er kausalitet avhengig av korrelasjoner, men enhver korrelasjon er ikke nødvendigvis kausal. Et av Glenn Firebaughs *seven rules of research* er at man må sammenlikne like med like for å estimere en kausal effekt (Firebaugh 2008:121). Dette for å unngå andre forklaringer på en korrelasjon. Årsaken til at en korrelasjon mellom variabler ikke kan studeres som et kausalt tilfelle er at man sjelden har mulighet til å sammenlikne homogene grupper som har fått tilfeldig tildelte egenskaper (random assigned treatment). Paneldata muliggjør dette ved hjelp av fasteffektmodeller, som sammenlikner like med like ved å sammenlikne individer med seg selv på to eller flere tidspunkt. Dette utelukker ikke nødvendigheten av et mangfold kontrollvariabler.

Paneldataene jeg benyttet meg av var imidlertid begrenset i antall kontrollvariabler som var mulig å anvende i dette henseende. Selv om det og gi og det og ikke gi «foreldreomsorg» henholdsvis øker og reduserer differansen i sykefraværet påvirker trolig seleksjonsmekanismer estimatene. De som ikke gir «foreldreomsorg» varierer trolig langs andre tidsvarierende individuelle kjennetegn som ikke fanges opp i modellen. Trolig er det en stor gruppe som ikke gir noe omsorg. Dersom man forventer at omsorgsforpliktelser har betydning for sykefraværet, vil en stor gruppe i sammenlikningsgruppen som ikke gir omsorg til andre trolig trekke ned betydningen av «foreldreomsorg» for sykefraværet, fordi det er en såpass marginal gruppe. Dette kan gi utslag i at forskjellen mellom «foreldreomsorg» og sammenlikningsgruppen blir mindre enn de faktisk er. I tillegg knyttes det noe usikkerhet til variabelen «barn i husholdningen» som er inkludert i first difference analysen på tross av at den ikke er helt tilfredsstillende operasjonalisert. Problemet med denne variabelen er at den

gir informasjon om barn i husholdningen uansett alder, men store barn (over 11 år) anses ikke som en like stor omsorgsbelastning. Siden utvalget i analyse 1. kun inneholder informanter over 40 år, er sannsynligheten stor for at disse barna er over 11 år, enkelte kan til og med være over myndighetsalder men fortsatt hjemmeboende og blir derfor tatt med i estimeringen. Dette kan også være årsaken til at variabelen ikke er signifikant.

First difference analysen indikerer imidlertid at kvinners sykefravær blir påvirket av å gi «foreldreomsorg». Det kan være en kausal sammenheng mellom endring i sykefravær og endring i «foreldreomsorg», men det er usikkerhet knyttet til hvorvidt seleksjonsmekanismer påvirker resultatene. Tatt mulige seleksjonsmekanismer og den utilfredsstillende «barn i husholdningen» variabelen i betraktning åpner dette for å ta studien av sammenhengen mellom kvinners sykefravær og omsorgsforpliktelser et steg videre, slik at barn under 11 år kan inkluderes i analysene og samtidig muliggjøre sammenlikning mellom kvinner med andre typer omsorgsforpliktelser.

5.2.2 Oppsummering

Dette kapittelet har estimert hvilken betydning «foreldreomsorg» har for endring i sykefraværet. At differansen i sykefraværet til kvinner med «foreldreomsorg» på t1 synker og sykefraværet til kvinner med «foreldreomsorg» på t2 øker i en periode der de helt sikkert, på et eller annet tidspunkt, henholdsvis sluttet å gi «foreldreomsorg» eller begynte å gi «foreldreomsorg» kan tyde på at de ikke er en selektert gruppe med hensyn til høyt sykefravær generelt. En avtagende differanse mellom t1 og t2 for kvinner som ga «foreldreomsorg» på t1 kan muligens bidra til å forklare at de har vært i en «presset» situasjon med hensyn til arbeid og omsorg på t1, men at det har vært avtagende fordi situasjonen har endret seg til t2. Dette styrkes av at differansen fra t1 til t2 er økende for kvinner som ga «foreldreomsorg» på t2 men ikke gjorde det på t1.

På tross av mangelfull informasjon i datasettet gir resultatene en indikasjon på at det er en sammenheng mellom «foreldreomsorg» og varigheten på sykefraværet ved at endringen i sykefraværet mellom t1 og t2 synker i takt med tidspunktet respondentene ikke gir «foreldreomsorg» og øker i takt med tidspunktet respondentene gir «foreldreomsorg». Dette bidrar til å sette funnene mine i et større perspektiv der jeg ønsker å fokusere spesielt på hva helseproblemer som kan fluktuere over tid kan bidra med i en diskusjon om hvilken effekt ulike omsorgsforpliktelser har for sykefraværet. Spesielt er funnene et nyttig bidrag til de

kommende analysene som sammenlikner omsorgsforpliktelser og fokuserer spesielt på kvinner som gir «dobbelomsorg», som har «foreldreomsorg» er en viktig komponent.

For å utvide denne oppgave ytterligere er det av interesse å sammenlikne med andre typer omsorgsforpliktelser for å se om det er en forskjell mellom sykefraværet til kvinner med ulike omsorgsforpliktelser, noe jeg vil vie plass til de neste to kapitlene. Først presenteres beskrivende statistikk for analyseutvalg 2. i kapittel 6, deretter gjennomføres hurdleanalyser på dette utvalget i kapittel 7. På grunn av metodevalget og mangel på gode paneldata kan jeg i den neste analysen ikke si noe kausalt om resultatene.

6 Beskrivende statistikk

Dette kapittelet gir en kortfattet oversikt over variablene og utvalget for analyse 2. Målet er å først gi en beskrivelse av kvinner med og uten sykefravær, deretter kvinner med ulike omsorgsforpliktelser. I del 6.1. presenteres kjennetegn ved kvinner med minst ett langtidssykefravær og kvinner uten langtidssykefravær. Hensikten er å undersøke om de som har langtidsfravær skiller seg signifikant fra de uten langtidsfravær, og eventuelt langs hvilke variable. Dette vil gi generell innsikt i mulig seleksjon av individer inn til sykefravær. I del 6.2. presenteres egenskaper ved kvinner med ulike omsorgsforpliktelser, basert på omsorgstypologiene jeg skisserte i kapittel 4. Hensikten å undersøke om noen omsorgsforpliktelser skiller seg signifikant fra andre typer omsorgsforpliktelser når det gjelder sykefravær, individuelle kjennetegn eller arbeidsforhold og om det er en mulig seleksjon av kvinner med «dobbelomsorg» inn til sykefravær.

6.1 Kvinner med- og uten langtidsfravær

Tabell 4. viser beskrivende statistikk for den kvinnelige yrkesaktive populasjonen med og uten minst ett langtidssykefravær. Hensikten med denne tabellen er å avdekke eventuelle seleksjonsproblemer inn i sykefravær og om de med langtidsfravær avviker fra de uten langtidsfravær på viktige kjennetegn som omsorgsgivning, selvrapportert helse, andre individuelle kjennetegn eller arbeidsforhold. Dette er viktig i og med at sykefravær ikke er en eksogen hendelse. Utvalget består av 4576 personer. 884 av disse har langtidsfravær, noe som tilsvarer en andel på 19 prosent, mens 3692 (80,6%) personer ikke har langtidssykefravær. Annen statistikk for sykefravær finner tilsvarende resultater med hensyn til andelen med og uten langtidsfravær. I NAVs egen statistikk over sykefraværsvarighet utgjør de de korte sykefraværstilfellene (under 8 uker) over 80 prosent av alle tilfellene (Sundell, 2013:12), det samme viser statistikk fra SSB (Østby, 2004). Utvalget antas derfor å være representativt og ikke skjevfordelt i forhold til populasjonen. Videre følger en detaljert beskrivelse av resultatene i tabell 4.

Omsorg

Det er marginalt færre med langtidsfravær som har pleietrengende foreldre (15,6%) sammenliknet med de uten langtidsfravær (16%). Det er i også marginalt færre med

langtidsfravær der respondent er omsorgsgiver for foreldrene (6,3%), sammenliknet med de uten langtidsfravær (6,8%). En andel på 33 prosent blant de med langtidsfravær har barn under 11 år i husholdningen, dette er to prosentpoeng høyere sammenliknet med de uten langtidsfravær (31%).

Egenrapportert helse

Dårlig helse er en viktig faktor for sykefravær, men på en annen side kan det være problematisk hvis respondenten under en intervju situasjon benytter selvrapportert dårlig helse som en forklaring på høyt sykefravær. Tabellen viser at blant de som har langtidssykefravær rapporterer 25,6 prosent om dårlig helse, dette er klart høyere enn blant de som ikke har langtidsfravær, der andelen er på 13,6 prosent.

Individuelle kjennetegn

Blant variablene for individuelle kjennetegn viser tabellen at det er marginalt færre som har partner blant de med langtidsfravær (72,7%) sammenliknet med de uten (75%). Nesten ett prosentpoeng fler blant de med langtidsfravær har hovedansvar for husarbeid i hjemmet (43,5%) sammenliknet med de uten langtidsfravær (42,3%). At partneren har høy arbeidsbyrde, dvs. jobber over 40 timer i uken er det nesten fire prosentpoeng færre av blant de med langtidsfravær (14,2%), sammenliknet med de uten langtidsfravær (18%). Blant de med langtidsfravær er den største andelen i aldersgruppen 30-39 år (29,3%), etterfulgt av aldersgruppen 50-59 år (26,7%), 40-49 år (26%), 60-69 år (9,4%) og 25-29 år (8,6%). Det er omtrent samme gjennomsnittsalder blant de med langtidsfravær (44,5 år) og de uten langtidsfravær (44,4 år). Videre har de som har langtidsfravær en gjennomsnittslønn på 373 167 kr brutto i året, det er 26 250 kr lavere enn for de som ikke har langtidsfravær (399 425kr).

Utdanningsnivå

Tabellen viser videre at kvinner med langtidsfravær har lavere utdanning enn kvinner uten langtidsfravær, henholdsvis 17,8 og 14 prosent med grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Tilsvarende har en større andel av de uten langtidsfravær høyere utdanning (47%) sammenliknet med kvinner med langtidsfravær (41,5%).

Kjennetegn ved foreldrene

Blant de med langtidsfravær er mors gjennomsnittsalder (73,6 år) marginalt lavere enn for de med langtidsfravær (73,9 år). Det samme gjelder fars gjennomsnittsalder, den er marginalt lavere blant de med langtidsfravær (77 år), sammenliknet med de uten langtidsfravær (77,2 år).

Arbeidsforhold

Det er ikke spesielt store forskjeller mellom kvinner med og uten langtidsfravær med hensyn til arbeidstimer. Kvinner med og uten langtidsfravær jobber i gjennomsnitt like mange timer per uke, nærmere bestemt 34 timer. Når det kommer til deltidsarbeid er det marginalt flere færre blant de med langtidsfravær som jobber deltid (35%) sammenliknet med de uten langtidsfravær (34,4%). Videre er det færre med langtidsfravær (35,5%), sammenliknet med de uten langtidsfravær (38,4%), som jobber i privat sektor. 73,4 prosent av de med langtidsfravær har fleksibel arbeidstid, mens over ett prosentpoeng flere blant de uten langtidsfravær har fleksibel arbeidstid (75,2%). Kun 6,3 prosent blant de med langtidsfravær er midlertidig ansatt, til sammenlikning er 10,8 prosent av de uten langtidsfravær midlertidig ansatt.

Hva forteller den beskrivende statistikken?

Tabell 4. viser noen interessante trekk ved utvalget. Først og fremst er det marginale forskjeller mellom de med og uten langtidsfravær etter foreldreomsorgsvariablene. Det er omtrent like mange som har pleietrengende foreldre, og omtrent like mange som gir omsorg til pleietrengende foreldre. To prosentpoeng fler blant de med langtidsfravær har barn under 11 år, sammenliknet med de uten langtidsfravær. Videre er det en større andel kvinner med dårlig egenrapportert helse blant de med langtidsfravær, sammenliknet med kvinner uten langtidsfravær.

Inntektsforskjellene er relativt store mellom de med og uten langtidsfravær. Blant de uten langtidsfravær er inntekten 26 250 kr høyere, sammenliknet med de med langtidsfravær. Årsaken kan være at det er en seleksjon av individer med sykefravær inn i lavtlønnede yrker. Tabellen viser også at, sammenliknet med de uten langtidsfravær, har nesten fire prosentpoeng fler med langtidsfravær grunnskole som høyeste utdanningsnivå og over fem prosentpoeng fler uten langtidsfravær har høyere utdanning som høyeste utdanningsnivå.

Innenfor yrker med lav utdanning er det i følge tidligere forskning høyt sykefravær, spesielt gjelder dette innenfor bygg- og anleggsbransjen og helse- og omsorgssektoren. Trolig skyldes det at disse yrkene er preget av fysisk krevende arbeid og skiftarbeid (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2008). Til slutt er det nødvendig å merke seg at blant de med langtidsfravær er det færre som jobber i privat sektor og har midlertidige stillinger, sammenliknet med de uten langtidsfravær. En antakelse er at det finnes en positiv helseseleksjon inn i privat sektor og midlertidige stillinger. I de videre analysene er det viktig å kontrollere for forhold som nevnt over slik at så like individer som mulig sammenliknes.

Tabell 4: Beskrivelse av yrkesaktive kvinner med og uten minst ett langtidssykefravær

	Minst ett langtidsfravær	Uten langtidsfravær
	19,3	80,6
<i>Omsorg</i>		
Pleietrengende foreldre (%)	15,6	16
IO hjelper foreldrene (%)	6,3	6,8
Barn under 11 år(%)	32,9	30,9
<i>Individuelle kjennetegn</i>		
Egenrapportert dårlig helse (%)	25,6	13,6
Partner (%)	72,7	75
Hovedansvar for husarbeid (%)	43,5	42,3
Partner høy arbeidsbyrde (%)	14,2	18
Alder 25-29 (%)	8,6	8
Alder 30-39 (%)	29,3	28,3
Alder 40-49 (%)	26	29,9
Alder 50-59 (%)	26,7	24,2
Alder 60-69 (%)	9,4	9,5
Alder gjennomsnitt	44	44
Brutto inntekt	373167,4	399425,2
<i>Utdanningsnivå</i>		
Grunnskole (%)	17,8	14
Videregående (%)	40,6	38,9
Høyere utdanning (%)	41,5	46,9
<i>Kjennetegn ved foreldrene</i>		
Mors alder	73,6	73,9
Fars alder	77	77,2
<i>Arbeidsforhold</i>		
Arbeidstimer per uke	34	34
Deltid (%)	34,95	34,4
Privat sektor (%)	35,5	38,4
Fleksibel arbeidstid (%)	73,4	75,2
Midlertidig ansatt (%)	6,3	10,8
N	884	3692

6.2 Kvinner med ulike omsorgsforpliktelser

Tabell 5. viser beskrivende statistikk for kvinner med ulike omsorgsforpliktelser. Hensikten med denne tabellen er å undersøke om enkelte omsorgsforpliktelser skiller seg vesentlig fra de andre med tanke på sykefravær, individuelle kjennetegn og arbeidsforhold og muligens avdekke en potensiell seleksjon inn i enkelte av gruppene. Kvinner med ulike omsorgsforpliktelser deles inn i fire grupper basert på hvorvidt de har eller ikke har omsorg for barn og/eller pleietrengende foreldre. Gruppene defineres slik (for en nærmere utdypning, se kapittel 4): 1) «dobbeltsorg» viser til kvinner som har omsorg for barn under 11 år og gir hjelp til pleietrengende foreldre, 2) «foreldreomsorg» viser til kvinner som har omsorg for pleietrengende foreldre, men ikke for barn under 11 år, 3) «barneomsorg» viser til kvinner som har omsorg for barn under 11 år, men ikke for pleietrengende foreldre og 4) «ingen omsorg» viser til kvinner som verken har omsorg for barn under 11 år eller gir hjelp til pleietrengende foreldre.

Sykefravær

Tabell 5. viser relativt store forskjeller mellom noen av omsorgsgruppene med hensyn til å ha langtidsfravær eller ikke. Andelen med langtidsfravær er høyest for de med barneomsorg (20,6%), laver for de med «foreldreomsorg» (19,6%) og ingen omsorg (18,8%) og lavest for kvinner med dobbeltsorg (13,2%).

Når det gjelder antall uker fravær viser tabellen at kvinner som gir «foreldreomsorg» i gjennomsnitt har 3,7 uker sykefravær. Kvinner med barneomsorg har marginalt færre uker (3,3). Kvinner som gir «dobbeltsorg» har i gjennomsnitt 3,3 uker mens de uten omsorgsforpliktelser har 3,2 uker. Forskjellene mellom omsorgsgruppene i antall uker for hele utvalget er altså marginale. Ved å gjøre en restriksjon der jeg kun ser på gjennomsnittlig antall uker sykefravær kun for de som har minst ett sykefraværstilfelle utvikler det seg et annet mønster enn da kun inngangen til sykefravær ble målt. Kvinner som gir «dobbeltsorg», gitt at de har minst ett langtidsfravær, har 24,8 uker sykefravær i gjennomsnitt, etterfulgt av «foreldreomsorg» og «ingen omsorg», med henholdsvis 19,3 og 17,4 uker, og til sist «barneomsorg» med 16,3 uker. Disse funnene støtter oppunder mitt metodevalg (se kap.4) hvor jeg argumenterer for at det kan være ulike mekanismer som påvirker i hvilken grad et individ har minst ett langtidsfravær og lengden på fraværet, og hvorfor man derfor bør måle sykefravær på flere måter.

Egenrapportert helse

Egenrapportert helse kan indikere helseproblemer knyttet til ulike omsorgsbelastninger, men helsetilstand kan også være avgjørende for valget om å ta på seg omsorgsforpliktelser. Blant de med «dobbelomsorg» er andelen som har rapportert dårlig helse på 10,3 prosent, i denne gruppen er det derfor relativt få som rapporterer dårlig helse sammenliknet med både de som gir foreldreomsorg (21,6%), «barneomsorg (12%) og ingen omsorg (17%).

Individuelle kjennetegn

Blant de med «dobbelomsorg» og de med «barneomsorg» er det like mange som har partner (88,2%), mens i de andre gruppene er det langt færre med partner. Henholdsvis 77 prosent blant de med «foreldreomsorg» og 67,7 prosent blant de med «ingen omsorg».

Gjennomsnittsalderen for de med «dobbelomsorg» er 38 år, bare de med «barneomsorg» har lavere gjennomsnittsalder på 36,6 år. I de andre gruppene er gjennomsnittsalderen noe høyere, henholdsvis 51 år for de med «foreldreomsorg» og 47,7 år for de med «ingen omsorg».

Bruttoinntekten er lavest blant de med «dobbelomsorg» med et gjennomsnitt på 354 117 kr og høyest blant de med «barneomsorg» med et gjennomsnitt på 402 060 kr.

Når det gjelder utdanningsnivå er den største andelen med høyere utdanning som høyeste nivå kvinner med «barneomsorg» (52%). 44 prosent av kvinner som gir «dobbelomsorg» og kvinner uten omsorg har tilsvarende og blant de med «foreldreomsorg» er færrest med høyere utdanning som høyeste utdanningsnivå (35,4%) prosent. Blant kvinner med «dobbelomsorg» er det størst andel som har grunnskole høyeste utdanningsnivå (22,5%), sammenliknet med de andre omsorgsgruppene. Blant de med «foreldreomsorg», «barneomsorg» og «ingen omsorg» har henholdsvis 19, 13 og 15 prosent grunnskole som høyeste utdanningsnivå.

Blant kvinner med «barneomsorg» er det størst andel som har hovedansvar for husarbeid (52%). Blant de med «dobbelomsorg» har 48,5 prosent hovedansvar for husarbeid. I de andre gruppene er det færre som har tilsvarende, henholdsvis 46 prosent for de med «foreldreomsorg» og 37,6 prosent for de med «ingen omsorg». Den samme tendensen går igjen hvis vi ser på andelen som har partner med høy arbeidsbyrde. Også her er det høyest blant de med «barneomsorg» (22,6%), nest høyest blant de med «dobbelomsorg» (20,5%) og lavere blant de med «foreldreomsorg» (16%) og «ingen omsorg» (15%).

Kjennetegn ved foreldrene

Mors gjennomsnittsalder for de som gir «dobbelomsorg» er 69 år og fars gjennomsnittsalder er 72 år. For de med «foreldreomsorg» er mors gjennomsnittsalder 81 år og fars gjennomsnittsalder 84 år. For de med «barneomsorg» er mors gjennomsnittsalder 64 år og fars 67 år. For de uten omsorg er mor i gjennomsnitt 77 år og far 81 år.

Arbeidsforhold

Når det kommer til arbeidsforhold jobber de med «dobbelomsorg» gjennomsnittlig færre timer per uke sammenliknet med kvinner i andre omsorgsgrupper, nærmere bestemt 30,7 timer per uke. Det er snakk om små forskjeller mellom omsorgsgruppene, men alle de andre gruppene skiller seg fra kvinner som gir «dobbelomsorg» ved at de jobber over 2 timer mer per uke. Gjennomsnittlig arbeidstimer per uker er høyest blant de med «ingen omsorg», det vil si 34,6 timer per uke, men lavere for kvinner med «barneomsorg» (33,2), og enda lavere for kvinner med «foreldreomsorg» (32,4 timer).

Sammenliknet med de andre omsorgsgruppene er det mange med «dobbelomsorg» som jobber deltid (47%). Litt færre kvinner som gir «foreldreomsorg» jobber deltid (44,5%), enda lavere blant kvinner med «barneomsorg» (39,8%) og «ingen omsorg» (30,8%). 38,2 prosent av kvinner med «dobbelomsorg» jobber i privat sektor, kun blant de med «foreldreomsorg» er det færre som jobber i privat sektor (34%). Blant de med «barneomsorg» og «ingen omsorg» er det flere, henholdsvis 40,6 og 36,8 prosent, som jobber i privat sektor.

Fleksible arbeidstidsløsninger er mest vanlig blant de med «barneomsorg» (76,7 %), etterfulgt av de med «ingen omsorg» (74,5%), «dobbelomsorg» (73,5%) og «foreldreomsorg» (68,7%). Blant de som har «barneomsorg» er 12,5 prosent midlertidig ansatt, noen færre med «dobbelomsorg» (11,7%) er midlertidig ansatt. Blant de som har «ingen omsorg» (9%) og «foreldreomsorg» (6,6%) er svært det mange færre som er midlertidig ansatt.

Hva forteller beskrivende for omsorgskategorier?

Det er færre yrkesaktive kvinner med «dobbelomsorg» som har minst ett langtidsfravær, men gitt at de har langtidsfravær har de i gjennomsnitt ni uker mer sykefravær enn småbarnsmødre og nesten fem uker mer enn kvinner med «foreldreomsorg». Flest kvinner med «barneomsorg» har minst ett langtidsfravær, sammenliknet med de andre omsorgsgruppene.

Dette stemmer overens med tidligere forskning som finner at småbarnsmødre har et høyt sykefravær sammenliknet med andre kvinner. Dette bildet er dog lite nyansert ettersom det viser seg at kvinner som gir «barneomsorg», gitt at de har sykefravær, ikke har lengst (flestepl. uker) sykefravær.

Kvinner som gir «dobbelomsorg» har i tillegg vesentlig bedre egenrapportert helse enn de øvrige omsorgsgruppene, samtidig har de lavest brutto inntekt. Nesten 20 000 mindre i året enn gjennomsnittet for kvinner med «foreldreomsorg» som har det nest laveste snittet. En større andel kvinner med «dobbelomsorg» og «barneomsorg» har hovedansvaret for husarbeid og samtidig en partner med høy arbeidsbyrde sammenliknet med kvinner som gir «foreldreomsorg» og kvinner med «ingen omsorg».

Når det gjelder arbeidsforhold skiller kvinner med «dobbelomsorg» seg ut når det gjelder antall timer de jobber hver uke og deltidsansettelser. Det er ikke store forskjeller mellom omsorgsgruppene med tanke på arbeidstimer, men snarere en systematisk forskjell som det er verdt å bemerke. Kvinner med «foreldreomsorg», «barneomsorg» og «ingen omsorg» jobber i gjennomsnitt 2-3 flere timer i uken, sammenliknet med kvinner med «dobbelomsorg». En større andel kvinner som gir «dobbelomsorg» jobber i tillegg deltid, sammenliknet med de andre omsorgsgruppene. Dette kan muligens skyldes at man jobber deltid for å unngå ekstra belastning på en allerede skrantende helse noe som videre kan indikere seleksjon av kvinner med dårlig helse blant de med «dobbelomsorg».

Tabell 5: Beskrivelse av yrkesaktive kvinner med forskjellige omsorgsforpliktelser¹⁴

	Dobbeltomsorg	Foreldreomsorg	Barneomsorg	Ingen omsorg	
<i>Sykefravær</i>					
Minst ett sykefravær (%)	13,2	19,6	20,6	18,8	
Antall uker sykefravær	3,29	3,77	3,36	3,28	
<i>Gitt minst ett sykefravær</i>					
Antall uker sykefravær	24,88	19,29	16,29	17,4	
<i>Individuelle kjennetegn</i>					
Egenrapportert dårlig helse (%)	10,29	21,6	12,2	17,3	
Partner(%)	88,2	77	88,2	67,7	
Brutto inntekt	354117	371708	402060	393537,9	
Ansvar husarbeid (%)	48,5	46,25	52,27	37,6	
Partner høy arbeidsbyrde (%)	20,5	16,25	22,6	14,8	
Alder gjennomsnitt	38	51	36,6	47,7	
Alder 25-29 (%)	7,35	0,42	9,6	8,1	
Alder 30-39 (%)	50	5,83	63	13,6	
Alder 40-49 (%)	41,2	31,25	26,7	29,8	
Alder 50-59 (%)	1,47	51,25	0,59	34,4	
Alder 60-69 (%)	0	11,25	0	14	
Mors alder	69	81,3	64	77,7	
Fars alder	72,2	84,1	67,6	81,3	
<i>Utdanningsnivå (%)</i>					
Grunnskole	23,5	19,58	12,98	15,19	
Videregående	32,35	45	34,97	40,91	
Høyere utdanning	44,12	35,42	52,05	43,9	
<i>Arbeidsforhold</i>					
Arbeidstimer per uke	30,77	32,69	33,2	34,6	
Privat sektor (%)	38,24	34,17	40,62	36,88	
Deltid (%)	47	44,58	39,88	30,85	
Fleksibel arbeidstid (%)	73,53	68,75	76,76	74,52	
Midlertidig ansatt (%)	11,76	6,67	12,54	8,92	
N	4576	68	240	1364	2904

6.3 Oppsummering

Den beskrivende statistikken generelt viser at det er systematiske forskjeller mellom kvinner med og uten langtidsfravær og kvinner ulike omsorgsforpliktelser. Tabell 4. viser fordelingen

¹⁴ Inntekt 2008: Medianen for inntekt avviker ikke betydningsfullt fra gjennomsnittsinntekten. (Se vedlegg 1)

blant kvinner med og uten ett langtidsfravær. Kort oppsummert viser tabellen at det er relativt likt mellom kvinner med og uten langtidsfravær om hvorvidt de har og hvorvidt de gir omsorg for hjelpetrequende foreldre. Når det gjelder omsorg for små barn har to prosentpoeng fler blant de med langtidsfravær barn under 11 år. I tillegg skiller de med langtidsfravær seg fra de uten langtidsfravær ved at de har lavere utdanning, lavere inntekt og at færre jobber i privat sektor og er midlertidig ansatt.

Tabell 5. deler utvalget inn i fire omsorgskategorier for å studere fordelingen av ulike variable på kvinner med ulike omsorgsforpliktelser. Tabellen viser at både minst ett sykefraværstilfelle og antall dagsverk er av viktig å ta hensyn til når man måler sykefravær. Tabellen viser at, sammenliknet med de andre omsorgstypologiene, er det størst andel blant de med «barneomsorg» som har langtidsfravær. Rett bak følger kvinner med «foreldreomsorg». Blant kvinner som gir «dobbelomsorg» er det lavest andel som har minst ett langtidsfravær, sammenliknet med de andre omsorgstypologiene. Gitt minst ett sykefravær har derimot kvinner med «dobbelomsorg» langt flere uker sykefravær i gjennomsnitt, sammenliknet med alle de andre omsorgstypologiene. Blant kvinner med «dobbelomsorg» er det i tillegg størst andel som jobber deltid, noe som tyder på at det kan være en seleksjon på lav arbeidsmengde blant disse kvinnene. Samtidig har få kvinner med «dobbelomsorg» dårlig egenrapportert helse, sammenliknet med de andre omsorgsgruppene. Dette kan muligens henge sammen med at mange har lavere arbeidsmengde. Ved å benytte ulike mål på sykefravær finner jeg altså varierende forskjeller mellom omsorgsgruppen. Derfor viser det beskrivende kapitlet betydningen av, og støtter oppom mitt valg om, å bruke hurdlemodell (jf. kap.4) i analysene. En modell som gir innsikt i både sannsynligheten for å ha minst ett langtidsfravær på 16 dager eller mer og ulikheter i antall uker sykefravær.

Man bør ikke begrense seg til kun å telle opp antall fraværperioder når man studerer sykefravær fordi antall tapte dagsverk også er av stor betydning for den totale «mengden» sykefravær. Neste kapittel vil gjennomføre regresjonsanalyser på sykefraværet med kontroll for de ulike omsorgsgruppene, ved hjelp av hurdlemodeller.

7 Omsorgsforpliktelser og sykefravær

I dette kapitlet benyttes Hurdlemodeller for å studere både hvordan kvinners sannsynlighet for minst ett langtidsfravær og sannsynlighet for forventet varighet på langtidsfraværet varierer etter typer omsorgsforpliktelser de har. I del 7.1 studerer jeg sykefraværet for alle yrkesaktive kvinner etter omsorgstypologi og andre kontrollvariabler ved først å teste om det er en positiv sammenheng mellom type omsorgsforpliktelse og tilbøyeligheten til langtidsfravær og deretter hvor mange uker langtidsfravær som forventes for de ulike omsorgskategoriene. Dette gjøres ved hjelp av en hurdlemodell som først gjennomfører en logitanalyse og deretter en negativ binominal analyse. Hurdlemodellen utvides trinnvis fra en redusert til en utvidet modell med alle kontrollvariabler. I del 7.2 studerer jeg deltidsansatte og heltidsansatte kvinner separat for å undersøke betydningen av arbeidsmengde for sykefraværet, med samme strategi som 7.1.

La oss ta et kort tilbakeblikk på det som tidligere har blitt funnet i denne oppgaven. Resultatene i first-difference analysen i kapittel 6 gir en indikasjon på at det er en sammenheng mellom «foreldreomsorg» og sykefravær ved at differansen i sykefraværet endrer seg mellom t1 og t2 i takt med tidspunktet respondenten gir og ikke gir «foreldreomsorg». På tross av mangelfull informasjon i first-difference analysen er dette et nyttig bidrag for videre analyser. Den beskrivende statistikken for hele utvalget viste at omkring 18 prosent av yrkesaktive kvinner har minst ett langtidsfravær. Blant kvinner med «dobbelomsorg» er andelen med minst ett langtidsfravær 13 prosent, noe som er den laveste andelen sammenliknet med kvinner uten og med andre typer omsorgsforpliktelser. Gitt minst ett langtidsfravær var derimot gjennomsnittlig antall sykefraværsuker klart høyest for kvinner med «dobbelomsorg», mens inkludert både de med og uten langtidsfravær var forskjellene mellom omsorgsgruppene gjennomsnittlig antall sykefraværsuker marginale. Den beskrivende statistikken indikerte i sum at kvinner med «barneomsorg» har mest langtidssykefravær, men at blant kvinner med sykefravær har de med «dobbelomsorg» flere antall dager sykefravær.

7.1 Tilbøyelighet og varighet på langtidsfravær

First-difference analysen i kapittel 6 indikerer at endringer i sykefravær sammenfaller med hvorvidt respondentene gir «foreldreomsorg». Tidligere forskning (Brody, 1981; Bratberg,

Dahl og Risa, 2002; Voss, Floderus og Diderichsen, 2008), samt beskrivende statistikk indikerer at kvinner i klemme mellom jobb og omsorg for barn har høyt sykefravær. Dette aktualiserer spørsmålet om hvilken effekt «dobbelomsorg» har for sykefraværet, ved at begge komponentene i denne omsorgsformen, omsorg for små barn og omsorg for hjelpetrengende foreldre, har betydning for sykefraværet hver for seg. Beskrivende statistikk indikerer i tillegg at «dobbelomsorg» i seg selv har betydning for *varigheten* på sykefraværet. I denne delen av oppgaven studerer jeg sykefraværet til alle yrkesaktive kvinner ved hjelp av en hurdlemodell. Først kun kontrollert for omsorgstypologier (tabell 6.), deretter ved å innføre alle kontrollvariabler (tabell 7.)

7.1.1 Omsorgsforpliktelser og langtidsfravær

Hurdleresjesjonen i modell 1. illustrerer i første del (logit analysen) sammenhengen mellom langtidsfravær og de ulike omsorgskategoriene uten kontrollvariabler. I andre del (negativ binomial analysen) teller den sannsynligheten for antall uker sykefravær, gitt minst ett langtidsfravær uten kontrollvariabler. Negative fortegn på koeffisientene indikerer negative sammenhenger, det betyr at sannsynligheten for å ha langtidsfravær er lavere enn sannsynligheten for ikke å ha langtidsfravær. Motsatt indikerer positive koeffisienter positive sammenhenger og dermed en høyere sannsynlighet for å ha langtidsfravær enn sannsynligheten for ikke å ha det.

Konstantleddet i modell 1. er -1,34 på logitskalaen og viser logiten for å ha minst ett langtidsfravær for referansegruppen som er kvinner med «barneomsorg», det vil si med barn under 11 år i husholdningen. Et negativt fortegn betyr at sannsynligheten for å ha langtidsfravær er lavere enn sannsynligheten for ikke å ha langtidsfravær. Logiten for kvinner med «dobbelomsorg», «foreldreomsorg» og «uten omsorgsforpliktelser» er negative, men ikke signifikante.

Den negative binomiale analysen viser at referansegruppens forventede log count for antall uker sykefravær er 2,58. For kvinner som gir «dobbelomsorg» er log count forventet å øke med 0,50 uker. Log count til forventet antall uker for kvinner med «foreldreomsorg» og kvinner uten omsorgsforpliktelser er positive, men ikke signifikante og kan derfor skyldes tilfeldigheter.

Kort oppsummert gir den enkle hurdleregresjonen i modell 1. en bekreftelse på at det jeg fant i den beskrivende delen om at varigheten på sykefraværet var lenger for kvinner med «dobbelomsorg». Sammenliknet med de andre omsorgsgruppene og gitt at de har minst ett sykefravær, har kvinner med «dobbelomsorg» høyest forventet varighet på sykefraværet. Kvinner med «barneomsorg» (referansegruppen) har høyest sannsynlighet for sykefravær fordi ingen av omsorgstypologiene var signifikant forskjellig fra hverandre.

Tabell 6. Sannsynligheten og antall uker sykefravær over 16 dager etter logit og negativ binominal. Begrenset modell.

Modell 1.

	Logit		Neg.bi.	
<i>Omsorgstypologier</i>				
"Barneomsorg"	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
"Dobbelomsorg"	-0,535	<i>0,36</i>	0,499 *	<i>0,24</i>
"Foreldreomsorg"	-0,067	<i>0,18</i>	0,204	<i>0,14</i>
"Ingen omsorg"	-0,118	<i>0,09</i>	0,833	<i>0,07</i>
<i>Konstantledd</i>	-1,344 ***	<i>0,06</i>	2,582 ***	<i>0,06</i>
-2LL	-5504,9			
/lnalpha			0,0366	0,0645
AIC	2408			
N	4576			

*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05, ^ p<0,1 (borderline signifikans). Robuste standardfeil i kursiv

7.1.2 Omsorgsforpliktelser og langtidsfravær med alle kontrollvariabler

Hurdleresjesjonen i modell 2. illustrerer i første del sammenhengen mellom langtidsfravær for de ulike omsorgskategoriene med kontrollvariabler for egenrapportert dårlig helse, alder, høyeste utdanningsnivå, uten partner, partner og ansvar for husarbeid, partners arbeidsbyrde, privat sektor, deltid, fleksible arbeidstidsordninger og midlertidige ansatt. I andre del teller den sannsynligheten for antall uker sykefravær, gitt minst ett langtidsfravær, med de samme kontrollvariablene.

Konstantleddet i logitmodellen er -0,98 på logitskalaen og viser logiten for minst ett langtidsfravær for referansegruppen¹⁵. Det negative fortegnet innebærer at sannsynligheten

¹⁵ Referansegruppen er kvinner som gir «barneomsorg», har egenrapportert god helse, er mellom 30-39 år, har videregående som høyeste utdanningsnivå, jobber fulltid i offentlig sektor, har ikke fleksible

for å ha langtidsfravær er lavere enn sannsynligheten for ikke å ha det. Det er signifikant lavere sannsynlighet for langtidsfravær for de uten omsorgsforpliktelser (-0,24). Kvinner med egenrapportert dårlig helse har høyere sannsynlighet for langtidsfravær (0,78). Kvinner uten partner har høyere sannsynlighet for langtidsfravær (0,18), men er imidlertid borderline signifikant ($p < 0,08$). Kvinner som har partner med høy arbeidsbyrde (-0,24) har lavere sannsynlighet for langtidsfravær. Kvinner med høyere inntekt har lavere sannsynlighet for langtidsfravær (-5,71), det samme gjelder kvinner som jobber i privat sektor (-0,19), kvinner som er midlertidig ansatt (-0,69) og kvinner som jobber deltid (-0,14). Deltidsvariabelen er borderline signifikant ($p < 0,10$). Resultatene viser at verken «dobbelomsorg» eller «foreldreomsorg» er signifikante. Heller ikke noen av utdanningsvariablene er signifikante, det samme gjelder kvinner som har partner men selv har ansvar for husarbeid, aldersgruppene og fleksible arbeidstidsordninger.

Den negativ binominale analysen viser at log count for forventet antall sykefraværsuker for referansegruppen er 2,73. Kvinner med egenrapportert dårlig helse har høyere sannsynlighet for lengre varighet på sykefraværet (0,26), det samme gjelder kvinner i aldersgruppen 60 – 67 (0,33). Koeffisienten for «dobbelomsorg», «foreldreomsorg» og «ingen omsorg» er ikke signifikante. Det samme gjelder aldersgruppene 25-29 år, 40-49 år og 50-59 år, inntekt, utdanningsnivåvariablene, uten partner, partner og ansvar for husarbeidsvariabelen, partner med høy arbeidsbyrde, privat sektor, deltid, fleksibel arbeidstid og midlertidig ansatt.

Forklaringskraften i modell 2. er bedre enn i modell 1. ved at AIC synker fra modell 1 til modell 2.¹⁶ Det samme gjør Log Pseudo Likelihood¹⁷. Modell 2, med alle kontrollvariabler, beskriver med det datamaterialet bedre enn modell 1.

arbeidstidsordninger og er ikke midlertidig ansatt, de har partnere som de er likestilt i husarbeid med og partneren har normal arbeidsbyrde (dvs. mindre enn 40 timer i uken).

¹⁶ AIC Statistics går fra 2,408 i modell 1. til 2,381 i modell 2 og indikerer at modell 2 har større forklaringskraft enn modell 1.

¹⁷ Log pseudo likelihood er i modell 1. -5504.996, mens i modell 2. er den -5423,992.

Tabell 7. Sannsynligheten og antall sykefravær over 16 dager etter logit og negativ binominal. Utvidet modell.

Modell 2.	Logit		Neg.bi.	
<i>Omsorgstypologier</i>				
"Barneomsorg"	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
"Dobbeltomsorg"	-0,547	<i>0,36</i>	0,392	<i>0,25</i>
"Foreldreomsorg"	-0,251	<i>0,11</i>	0,086	<i>0,16</i>
"Ingen omsorg"	-0,249 *	<i>0,10</i>	-0,056	<i>0,10</i>
<i>Individuelle kjennetegn</i>				
Egenrapportert dårlig helse	0,782 ***	<i>0,10</i>	0,261 ***	<i>0,07</i>
Uten partner	0,185 ^	<i>0,11</i>	0,061	<i>0,09</i>
Hovedansvar for husarbeid - har partner	0,096	<i>0,10</i>	0,028	<i>0,07</i>
Partner høy arbeidsbyrde	-0,233 *	<i>0,11</i>	-0,038	<i>0,10</i>
Alder 25-29	0,108	<i>0,16</i>	-0,207	<i>0,13</i>
Alder 30-39	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
Alder 40-49	-0,171	<i>0,11</i>	0,032	<i>0,10</i>
Alder 50-59	0,028	<i>0,13</i>	0,072	<i>0,11</i>
Alder 60-67	-0,157	<i>0,16</i>	0,338 **	<i>0,13</i>
Inntekt	-5,71 **	<i>2,09</i>	-3,07	<i>2,65</i>
<i>Utdanningsnivå</i>				
Grunnskole	0,163 ^	<i>0,11</i>	0,026	<i>0,09</i>
Videregående	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
Høyere utdanning (Høgskole/Universitet)	-0,078	<i>0,09</i>	-0,039	<i>0,07</i>
<i>Arbeidsforhold</i>				
Privat sektor	-0,195 *	<i>0,08</i>	-0,059	<i>0,07</i>
Deltid	-0,144 ^	<i>0,09</i>	-0,001	<i>0,07</i>
Fleksibel arbeidstid	-0,023	<i>0,09</i>	-0,086	<i>0,07</i>
Midlertidig ansatt	-0,693 ***	<i>0,15</i>	0,147	<i>0,11</i>
<i>Konstantledd</i>				
-2LL	-5423,9			
/lnalpha			-0,027	<i>0,065</i>
AIC	2,381			
N	4576			

*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05, ^ p<0,1
Robuste standardfeil i kursiv

7.1.3 Oppsummering alle yrkesaktive kvinner

Kort oppsummert viser den logistiske delen av modell 1. ingen høyere sannsynlighet for sykefravær for noen av omsorgsgruppene sammenliknet med referansegruppen, «barneomsorg». I den negativ binominale delen av modellen er kvinner med «dobbeltomsorg» den eneste omsorgsgruppen som har signifikant lenger forventet varighet på sykefraværet enn referansegruppen. Fordi modell 1. er uten kontrollvariabler har den lav forklaringskraft, det er derfor nødvendig å utvide modellen andre kontrollvariabler som også kan tenkes å påvirke sykefraværet.

Signifikanstesten AIC viser at forklaringskraften i modell 2. er bedre enn modell 1. fordi den synker. Resultatene i den logistiske delen av modell 2. viser at kvinner uten omsorg har lavere sannsynlighet for sykefravær, som tyder på at det kan være mindre belastende uten omsorgsforpliktelser, selv når det kontrolleres for dårlig helse, som gir økt sannsynlighet for langtidsfravær. Den logistiske delen viser også at arbeidsforhold har stor betydning for tilbøyelighet til å ha eller ikke ha sykefravær, både privat sektor, midlertidig ansettelse, økt inntekt og deltidsarbeid gir lavere sannsynlighet for langtidsfravær. Samtidig gir det å ikke ha partner eller ha en partner med høy arbeidsbyrde henholdsvis økt og redusert sannsynlighet for langtidsfravær. I den negative binominale delen av modell 2. ser vi at det forventes lenger varighet på sykefraværet for kvinner med egenrapportert dårlig helse og kvinner i aldersgruppen 60-67 år. At den eldste aldersgruppen er signifikant forskjellig fra referansegruppen virker naturlig ettersom man kan forvente at alder i seg selv kan påvirke helsen negativt og dermed gi høyere sykefravær. For å teste ut om dummyene ikke fanger opp eventuelle forskjeller inkluderte jeg alder og alder kvadrert i tilsvarende modell, alder var borderline signifikant, mens alder kvadrert ikke var signifikant (se vedlegg 2.).

Frem til nå har jeg sett på betydningen av ulike omsorgsforpliktelser for sannsynligheten for sykefravær og forventet varighet på sykefraværet for *alle* yrkesaktive kvinner i utvalget. I den beskrivende statistikken fant jeg imidlertid at 47 prosent av kvinner med «dobbeltomsorg» og nesten 45 prosent av kvinner med «foreldreomsorg» jobber deltid, mens denne andelen var betydelig lavere for kvinner med «barneomsorg og «ingen omsorg». Samtidig viser hurdeanalysen for alle yrkesaktive kvinner at deltidsarbeid gir lavere sannsynlighet for langtidsfravær. Å studere alle yrkesaktive kvinner under ett gir et ufullstendig bilde av betydningen av omsorgsforpliktelser for sykefraværet med utgangspunkt både i teorien om «dobbeltarbeid» og kalkulert risiko. Disse teoriene forventer at jo større byrde man har desto

større belastning eller større nytteverdi vil det være å benytte seg av sykefravær, gitt at dette øker tid til restituering eller økt fritid. Med dette som utgangspunkt kan man forvente en økt risiko for sykefravær blant kvinner som har omsorgsforpliktelser og samtidig høy arbeidsmengde? For å studere dette nærmere gjennomføres det separate analyser for deltids- og heltidsarbeidende kvinner.

7.2 Betydningen av arbeidsmengde

Av hele utvalget på 4576 kvinner jobber omtrent 30 prosent deltid. Blant kvinner med «dobbelomsorg» og «foreldreomsorg» er andelen som jobber deltid enda høyere, henholdsvis 47 og 45 prosent. Dette er klart høyere enn for de to andre omsorgsgruppene, «barneomsorg» og «ingen omsorg», der henholdsvis 40 og 31 prosent jobber deltid. Estimering av separate analyser for heltidsarbeidende og deltidsarbeidende kvinner er nødvendig for å teste ut sensitiviteten på tilbøyelighet til og varighet av sykefravær med hensyn til arbeidsmengde. Er det slik at høy yrkesaktivitet kombinert med omsorgsforpliktelser er mer krevende enn deltidarbeid og omsorgsforpliktelser? Dette vil gi innsikt i om forskjellene mellom omsorgskategoriene blir større eller mindre hvis man jobber mye. Samtidig vil det teste ut flere sider ved det å være «sandwiched» med hensyn til problemer med å kombinere arbeid og omsorg. Ved å ha lavere arbeidsmengde vil man trolig frigjøre mer tid og få mer overskudd til å gi omsorg til familiemedlemmer som trenger det. Ugreninovs studie (2012) belyser hvorvidt det å gi «foreldreomsorg» i kombinasjon med yrkesaktivitet er forbundet med høyt sykefravær. Her finner hun ingen signifikant lavere sannsynlighet for minst ett sykefravær for deltidsarbeidende, men høyere sannsynlighet for minst ett langtidsfravær for heltidsarbeidende som gir «foreldreomsorg» (Ugreninov 2012:146). Svakheten ved denne studien er at det kun benyttes ett mål på sykefravær, nemlig tilbøyeligheten til minst ett sykefravær. Det tas ikke hensyn til varigheten av sykefraværet, noe jeg anser som svært viktig for å få frem nyansene i kvinners sykefraværsadferd.

7.2.1 Kvinner som jobber deltid

Hurdleresjonesjonen i modell 3. (tabell 8.) gjennomfører først en logitanalyse for å estimere tilbøyeligheten til langtidsfravær for de ulike omsorgskategoriene og deretter en negativ binomial analyse for å estimere varigheten på langtidsfraværet for de ulike omsorgskategoriene, kun for kvinner som jobber deltid. Det benyttes de samme

kontrollvariablene som tidligere i dette kapittelet. Nærmere bestemt egenrapportert helse, uten partner, ansvar for husarbeid, partners arbeidsbyrde, aldersgruppene 25-29, 40-49, 50-59 og 60-69, inntekt, høyeste utdanningsnivå og arbeidsforhold som privat sektor, fleksibel arbeidstid og midlertidig ansatt.

Konstantleddet i logitmodellen er -1,26 på logitskalaen. Et negativt fortegn på konstantleddet viser at det er mindre sannsynlighet for å ha langtidsfravær enn ikke å ha det for referansegruppen¹⁸. Den eneste variabelen som indikerer høyere sannsynlighet for sykefravær for deltidsansatte kvinner er egenrapportert dårlig helse (0,84). Deltidsansatte kvinner som har partner med høy arbeidsbyrde (-0,31) har derimot lavere sannsynlighet for langtidsfravær, koeffisienten er borderline signifikant ($p < 0,10$). I tillegg har også deltidsansatte kvinner i midlertidige stillinger lavere sannsynlighet for langtidsfravær (-0,67). Verken «dobbelomsorg», «foreldreomsorg» eller «ingen omsorg» er statistisk signifikant. Det samme gjelder aldersvariablene, inntekt, utdanningsnivå, husarbeidsvariablene, privat sektor og fleksible arbeidstidsordninger.

Den negativ binomiale analysen viser at log count for forventet antall sykefraværsuker for referansegruppen blant kvinner som jobber deltid er 2,90. Resultatene indikerer at deltidsansatte uten omsorgsforpliktelser har lavere sannsynlighet for lengre sykefravær (-0,31). Koeffisienten er imidlertid borderline signifikant ($p < 0,09$). Kvinner med egenrapportert dårlig helse (0,28) og deltidsansatte kvinner i aldersgruppen 60-67 år (0,74) har høyere sannsynlighet for lengre sykefravær. Aldersgruppen 50-59 (0,38) har også høyere sannsynlighet for lengre sykefravær, koeffisienten er borderline signifikant ($p < 0,10$). Videre er verken «dobbelomsorg», «foreldreomsorg» eller «uten omsorg» signifikant. Det samme gjelder kontroll for uten partner, partner men selv hovedansvar for husarbeid, partner med høy arbeidsbyrde, de øvrige aldersgruppene, inntekt, utdanningsnivå, privat sektor, fleksibel arbeidstid og midlertidig ansatt.

¹⁸ Referansegruppen består av deltidsarbeidende kvinner som gir «barneomsorg», har egenrapportert god helse, er i aldersgruppen 30-39 år, har videregående skole som høyeste utdanningsnivå, jobber i offentlig sektor, har ikke fleksible arbeidstidsordninger, er ikke midlertidig ansatt, har partner som de er likestilt i husarbeidet med og partneren har «normal arbeidsbyrde»

Tabell 8. Sannsynligheten og antall uker sykefravær over 16 dager etter logit og negativ binominal. Separat for deltidsarbeidende kvinner.

Modell 3.	Logit		Neg.bi.	
<i>Omsorgstypologier</i>				
"Barneomsorg"	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
"Dobbeltomsorg"	-0,388	<i>0,57</i>	-0,017	<i>0,64</i>
"Foreldreomsorg"	-0,317	<i>0,33</i>	-0,323	<i>0,30</i>
"Ingen omsorg"	-0,106	<i>0,11</i>	-0,318 ^	<i>0,18</i>
<i>Individuelle kjennetegn</i>				
Egenrapportert dårlig helse	0,842 ***	<i>0,15</i>	0,285 *	<i>0,11</i>
Uten partner	-0,044	<i>0,21</i>	0,138	<i>0,16</i>
Hovedansvar for husarbeid - har partner	-0,206	<i>0,16</i>	-0,009	<i>0,14</i>
Partner høy arbeidsbyrde	-0,319 ^	<i>0,11</i>	-0,132	<i>0,17</i>
Alder 25-29	0,327	<i>0,28</i>	-0,089	<i>0,25</i>
Alder 30-39	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
Alder 40-49	0,024	<i>0,21</i>	0,248	<i>0,11</i>
Alder 50-59	0,034	<i>0,24</i>	0,381 ^	<i>0,24</i>
Alder 60-67	-0,265	<i>0,28</i>	0,74 **	<i>0,24</i>
Inntekt	6,00e	<i>5,09</i>	-8,90e	<i>6,80</i>
<i>Utdanningsnivå</i>				
Grunnskole	0,104	<i>0,18</i>	-0,136	<i>0,14</i>
Videregående	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
Høyere utdanning (Høgskole/Universitet)	0,038	<i>0,16</i>	-0,055	<i>0,14</i>
<i>Arbeidsforhold</i>				
Privat sektor	-0,187	<i>0,15</i>	-0,092	<i>0,13</i>
Fleksibel arbeidstid	-0,232	<i>0,15</i>	-0,058	<i>0,13</i>
Midlertidig ansatt	-0,675 **	<i>0,23</i>	0,25	<i>0,21</i>
<i>Konstantledd</i>				
-2LL	-1796,5		2,902 ***	<i>0,28</i>
/lnalpha			-0,031	<i>0,12</i>
AIC	2,436			
N	1490			

*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05, ^ p<0,1
Robuste standardfeil i kursiv

7.2.2 Kvinner som jobber heltid

Tilsvarende hurdleregresjon som i de tidligere modellene gjøres i modell 4. (se tabell 9.) for kvinner som jobber heltid (mer enn 30 timer i uken). Den illustrer i første del sammenhengen mellom langtidsfravær og de ulike omsorgskategoriene for kvinner som jobber heltid med

kontrollvariabler for egenrapportert helse, uten partner, partner og husarbeid, partners arbeidsbyrde, alder, høyeste utdanningsnivå, inntekt, privat sektor, fleksibel arbeidstid og midlertidig ansatt. I andre del teller den sannsynligheten for log count for sykefraværsuker, gitt minst ett langtidsfravær med de samme kontrollvariablene.

Konstantleddet i logitanalysen er -1,00 på logitskalaen, og viser logiten for minst ett langtidsfravær referansegruppen¹⁹. En negativ verdi betyr at det er mindre sannsynlighet for å ha langtidsfravær enn å ikke ha det. Som tidligere er ikke resultatene for kvinner som gir «dobbeltomsorg» og kvinner med «foreldreomsorg» signifikante. Kvinner uten omsorgsforpliktelser har derimot signifikant lavere sannsynlighet for langtidsfravær (-0,26). Kvinner med egenrapportert dårlig helse har signifikant høyere sannsynlighet for langtidsfravær (0,77). Når det gjelder utdanning viser resultatene at heltidsarbeidende kvinner med grunnskole som høyeste utdanningsnivå har høyere sannsynlighet for langtidsfravær (0,28) og at kvinner med høyere utdanning har lavere sannsynlighet for langtidsfravær (-0,42). Kvinner uten partner har høyere sannsynlighet for langtidsfravær (0,20), koeffisienten er borderline signifikant ($p < 0,08$). Aldersgruppen 40-49 har lavere sannsynlighet for langtidsfravær (-0,22), mens økt inntekt gir lavere sannsynlighet for langtidsfravær (-7,14). Resultatene for arbeidsforhold viser at heltidsarbeidende kvinner i privat sektor (-0,19) og kvinner som er midlertidig ansatte (-0,65) har lavere sannsynlighet for langtidsfravær. De øvrige aldersvariablene, høyere utdanning, partner med høy arbeidsbyrde, de som har partner men selv har ansvar for husarbeid og fleksibel arbeidstid er ikke signifikant.

Den negativ binomiale analysen viser at log count for forventet antall sykefraværsuker for referansegruppen blant kvinner som jobber heltid er 2,72. Log count for kvinner som gir «dobbeltomsorg» er signifikant høyere (0,59) enn referansegruppen. I tillegg er log count for kvinner med egenrapportert dårlig helse signifikant høyere (0,25) enn referansegruppen. Kvinner i aldersgruppen 25-29 år har lavere sannsynlighet for lang varighet på fraværet (-0,27), koeffisienten er borderline signifikant ($p < 0,06$). Kvinner med «foreldreomsorg» og uten omsorgsforpliktelser er ikke signifikant forskjellig fra referansegruppen. Det samme

¹⁹ Referansegruppen er heltidsarbeidende kvinner som gir «barneomsorg», har egenrapportert god helse, er i aldersgruppen 30-39 år, har videregående som høyeste utdanningsnivå, jobber i offentlig sektor, har ikke fleksible arbeidstidsordninger, er ikke midlertidig ansatt, har en partner som er likestilt i husarbeidsoppgaver og partner har normal arbeidsbyrde.

gjelder de øvrige kontrollvariablene. Forklaringskraften i modell 4. er større enn i modell 3. ved at AIC²⁰ og Log pseudo likelihood²¹ reduseres fra modell 3. til modell 4

Tabell 9. Sannsynligheten og antall uker sykefravær over 16 dager etter logit og negativ binominal. Separat for heltidsarbeidende kvinner

Modell 4.	Logit		Neg.bi.	
<i>Omsorgstypologier</i>				
"Barneomsorg"	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
"Dobbeltomsorg"	-0,675	0,47	0,595 *	0,25
"Foreldreomsorg"	-0,162	0,23	0,206	0,18
"Ingen omsorg"	-0,264 *	0,12	-0,045	0,10
<i>Individuelle kjennetegn</i>				
Egenrapportert dårlig helse	0,773 ***	0,12	0,254 **	0,08
Uten partner	0,208 ^	0,12	0,046	0,10
Hovedansvar for husarbeid - har partner	0,129	0,11	0,079	0,08
Partner høy arbeidsbyrde	-0,202	0,13	-0,009	0,10
Alder 25-29	0,090	0,18	-0,276 ^	0,15
Alder 30-39	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
Alder 40-49	-0,224 ^	0,12	0,00007	0,11
Alder 50-59	0,015	0,14	0,050	0,11
Alder 60-67	-0,219	0,20	0,202	0,15
Inntekt	-7,14e **	0,00	-3,13e	2,81
<i>Utdanningsnivå</i>				
Grunnskole	0,287 *	0,14	0,116	0,10
Videregående	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
Høyere utdanning (Høgskole/Universitet)	-0,042	0,10	-0,021	0,08
<i>Arbeidsforhold</i>				
Privat sektor	-0,194 *	0,10	-0,036	0,08
Fleksibel arbeidstid	0,213	0,11	-0,098	0,8
Midlertidig ansatt	-0,651 ***	0,10	0,159	0,13
<i>Konstantledd</i>	-1,003 ***	0,18	2,726 ***	0,16
-2LL	-4077,8			
/lnalpha			-0,066	0,073
AIC	2,355			
N	3478			
*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05, ^ p<0,1				
Robuste standardfeil i kursiv				

²⁰ I modell 3. er AIC Statistics 2.435, mens den er 2.355 i modell 4. Dette indikerer at modell 4. har større forklaringskraft.

²¹ I modell 3. er -2LL -1798.0032, mens den er -4082.7368 i modell 4. Dette indikerer at modell 4. har større forklaringskraft.

7.2.3 Et annet mål på arbeidsmengde

I et forsøk på å teste flere sider ved arbeidsmengde i kombinasjon med omsorgsforpliktelser undersøkte jeg om fleksibel arbeidstid for heltidsarbeidende kvinner har betydning for deres langtidsfravær. Flexibel arbeidstid innebærer mer selvbestemt frihet i arbeidshverdagen noe som betyr at individet kan disponere tid brukt på omsorg og yrkesaktivitet mer fritt og tilpasse det til sin egen hverdag. I tråd med denne definisjonen kunne man forvente at omsorgsforpliktelsens effekt på forventet antall sykefraværsuker vil være lavere for kvinner som har fleksible arbeidstidsordninger men samtidig jobber heltid. Jeg estimerte en modell for heltidsarbeidende kvinner som inkluderte et samspillsledd for hver omsorgskategori og fleksible arbeidstidsordninger (se vedlegg 4.) for å teste om det eksisterer en samspillseffekt²² mellom fleksibel arbeidstid og omsorgskategori for sykefraværet. Estimaten viser at samspillsvariabelen foreldreomsorg * fleksible arbeidstidsordninger har en signifikant høyere forventet varighet på langtidsfraværet (0,52), mens ingen av de andre samspillsleddene var signifikante.

Manglende samspill mellom de øvrige omsorgskategoriene * fleksibel arbeidstid og langtidsfraværet kan for det første skyldes at fleksible arbeidstidsordninger utgjør en så liten del av den totale arbeidsmengden at det ikke vil lette belastningen ved omsorgsforpliktelser i vesentlig grad og dermed heller ikke korrelere med lavere sykefravær. For det andre kan det skyldes en lav N og for det tredje hersker det en viss usikkerhet rundt hva hver enkelt informant vurderer som «fleksibel arbeidstid» ved intervju tidspunktet. Fordi svarene er basert på subjektive definisjoner av fleksibel arbeidstid kan jeg ikke være sikker på hva fleksibel arbeidstid faktisk innebærer for hver informant og i hvilken grad dette da kan regnes som mindre arbeidsmengde. Jeg kan derfor heller ikke utelukke en sammenheng med de andre omsorgskategoriene dersom fleksibel arbeidstid variabelen hadde vært strengere operasjonalisert.

7.2.4 Robusttest

Å teste robustheten ved modellene kan gjøres på mange måter. I denne oppgaven gjennomføres en enkel robusttest ved å gjøre en tilsvarende analyse som for hele utvalget separat for kvinner som har minst én forelder i live (N=3594). Fordi kjennetegn ved respondenters helse ikke kan forventes å være uavhengig av tidspunktet for foreldrenes død

²² En samspillseffekt innebærer at en variabels betydning er betinget av verdien på en annen variabel.

ved at man genetisk sett er disponert for tilsvarende helse som sine foreldre skiller en slik restriksjon ut de som eventuelt har arvet dårlig helse fra sine foreldre, og dermed muligens en seleksjon av dårlig helse blant de med foreldre som døde tidlig. Modellen viser at koeffisientene forholder seg uforandret relativt til den tilsvarende modellen for hele utvalget (se vedlegg 5). Dette innebærer at analysene for hele utvalget kan anses som robust fordi selv med en seleksjon av individer som antas genetisk sett å ha god helse er resultatene tilsvarende som for hele utvalget.

7.2.5 Oppsummering separate analyser

Den beskrivende statistikken i kapittel 6. viste at andelen kvinner med minst ett langtidsfravær som jobber deltid er 35 prosent, det vil si at de resterende 65 prosent jobber heltid (jf. s.76). Hurdleanalysen i del 7.1. for alle yrkesaktive kvinner viste at kvinner som jobber deltid har lavere sannsynlighet for langtidsfravær. Årsaker til å jobbe deltid kan være å kombinere hjem og yrkesliv tilstrekkelig, andre har kanskje valgt å jobbe deltid på grunn av dårlig helse, men det er også sannsynlig at en del kvinner har vanskeligheter med å få heltidsstilling selv om de ønsker det. Dette er svært vanlig for enkelte yrkesgrupper (f.eks. sykepleier).

Resultatene for den separate analysen for deltidsarbeidene kvinner indikerer at de med dårlig egenrapportert helse har høyere sannsynlighet for langtidsfravær, men at deltidsarbeidende kvinner i midlertidige stillinger og som har partner med høy arbeidsbyrde har lavere sannsynlighet for langtidsfravær. Det forventes at det å ha en partner som jobber mye ville resultert i høyere belastning på den andre parten, og videre høyere sannsynlighet for sykefravær. Samtidig ville dette i større grad kanskje vært tilfelle for kvinner som, i tillegg til sin partner, jobber mye. Resultatet indikerer muligens en seleksjon blant deltidsarbeidende kvinner som har partner med høy arbeidsbyrde. Kanskje er partner med høy arbeidsbyrde årsaken til at de jobber deltid, og partners høye arbeidsbyrde fører dermed til lavere sykefravær. En forklaring kan altså være at enkelte kvinner muligens velger å jobbe mindre for å kombinere hjem og jobb når partneren jobber mye. Det frigjøres mer tid til andre ting og man unngår tidsklemme, som igjen kan gi lavere sykefravær. I den negative binominale analysen ga egenrapportert dårlig helse og de to eldste aldersgruppene økt sannsynlighet for lengre varighet på sykefraværet for deltidsarbeidende kvinner, mens kvinner uten omsorgsforpliktelser har lavere sannsynlighet for lengre varighet på sykefraværet.

Nesten 50 prosent av alle som gir «dobbeltomsorg» jobber deltid i følge den beskrivende statistikken i kapittel 6. Enten har de muligens i større grad muligheten til å gi omsorg *fordi* de jobber deltid, eller de jobber kanskje deltid *fordi* det er en belastning å gi «dobbeltomsorg». Ingen omsorgsforpliktelser gir høyere sannsynlighet eller varighet for sykefraværet til deltidsarbeidende kvinner, men det å ikke ha omsorg gir lavere sannsynlighet for lengre varighet på sykefraværet. Disse elementene styrker hypotesen om at høyere arbeidsmengde kan ha betydning for sykefraværet.

Resultatene for den separate analysen for heltidsarbeidende kvinner viser at egenrapportert dårlig helse, grunnskole som høyeste utdanningsnivå og kvinner uten partner har høyere sannsynlighet for langtidsfravær. Mens heltidsarbeidende kvinner uten omsorgsforpliktelser, er i aldersgruppen 40-49, har høyere utdanning, jobber i privat sektor eller er midlertidig ansatt har lavere sannsynlighet for langtidsfravær. Den negative binomiale analysen for heltidsarbeidende kvinner viser at de som gir «dobbeltomsorg» har signifikant høyere sannsynlighet for lengre varighet på sykefraværet sammenliknet med referansegruppen, selv med kontroll for egenrapportert helse som anses som en sterk indikator for dårlig helse. Egenrapportert dårlig helse og den yngste aldersgruppen (25-29 år) har imidlertid også signifikant betydning for heltidsarbeidende kvinners sykefraværsvarighet.

Kontrollvariablene i analysene har fokus på kjennetegn som antas å ha betydning for sykefraværet, enten ved å redusere eller øke det. Et større antall av disse kontrollvariablene gir høyere eller lavere sannsynlighet og økt eller redusert varighet for langtidsfraværet til heltidsarbeidende kvinner, noe som indikerer at kvinner med høyere arbeidsmengde i større grad påvirkes av variabler som antas å påvirke sykefraværet i utgangspunktet. Det er relativt få egenskaper som har betydning for sykefraværet som er likt mellom kvinner som jobber deltid og heltid, noe som kan bety at forskjell i arbeidsmengde genererer ulike kvinnetyper med hensyn til individuelle kjennetegn og sykefravær. Lavere sannsynlighet for langtidsfravær dersom de er midlertidig ansatt og høyere sannsynlighet for langtidsfravær dersom de har dårlig egenrapportert helse *er* derimot likheter mellom kvinner som jobber deltid og heltid.

Kausalitet

I samfunnsvitenskapelig forskning er det sjelden slik at man kan si at ett forhold med sikkerhet gir en bestemt effekt, nærmere bestemt det som kalles en kausal sammenheng. Å

sammenlikne like med like, unngå seleksjon og ikke utelate noen variable er tre forutsetninger for å estimere kausale sammenhenger i henhold til Firebaugh (2008). Sammenlikne like med like diskuterte jeg i analyse 1, der jeg benyttet meg av paneldata. Unngåelse av seleksjon og utelatte variable er viktig å nevne når man studerer korrelasjoner uten paneldata, slik som jeg har gjort i analyse 2. De separate analysene for heltids- og deltidsarbeidende kvinner ble gjennomført med det henseendet å få et så homogent utvalg som mulig, fordi betydningen av arbeidsmengde antas å påvirke like kvinner likt og ulike kvinner forskjellig.

Dersom korrelasjoner er påvirket av seleksjonsmekanismer kan det føre til forventningskjevne og inkonsistente resultater. Seleksjon på egenskaper som gir utslag i om de benytter seg av sykefravær eller ikke kan innebærer egenskaper ved utvalget er påvirket av andre forhold enn det man måler. Forutsetningen om å unngå å utelate noen variabler handler om å være sikker på at man ikke har utelatt noen egenskaper som kan ha betydning for fenomenet man studerer. Dersom man utelater noen variable vil disse kjennetegnene falle innunder og sannsynligvis konfundere betydningen av en annen variabel og således overestimere eller underestimere denne. Både eksogene og endogene forhold som man umulig kan måle og som man ikke antar har betydning for forholdet kan risikere å bli utelatt. På grunn av usikkerheten knyttet til utelatte variable og seleksjon kan jeg ikke på bakgrunn av mine resultater bidra med noen kausale tolkninger. Neste kapittel vil diskutere denne oppgavens funn i et bredere samfunnsmessig perspektiv i lys av det teoretiske rammeverket og problemstillingene om kausalitet som her har tatt opp.

8 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene mine i lys av det teoretiske rammeverket og tidligere forskning. Formålet med denne masteroppgaven har vært å undersøke sammenhengen mellom kvinners omsorgsforpliktelser og langtidssykefravær. I første analyse forventet jeg å finne signifikante endringer i sykefraværet som følge av endringer i foreldreomsorgsgiving hos yrkesaktive kvinner. Denne forventningen ble bekreftet da endringer i sykefraværet økte for kvinner som ga «foreldreomsorg» og sank for kvinner som ikke ga «foreldreomsorg» på to forskjellige tidspunkt. I andre analyse forventet jeg å finne en signifikant høyere sannsynlighet og lengre varighet på sykefraværet for kvinner med «dobbeltsorg» sammenliknet med kvinner med andre omsorgsforpliktelser, men samtidig forventet jeg at deler av sammenhengen var resultat av seleksjonsprosesser. Antakelsen var at ikke kun type omsorgsforpliktelse er av betydning for sykefraværet, men at også arbeidsmengde spiller en rolle for sykefraværsutfallet. Forventningen om at yrkesaktive kvinner som gir «dobbeltsorg» har høyere risiko eller lenger varighet på sykefraværet ble ikke styrket, men derimot forventningen om at sammenhengen mellom «dobbeltsorg» og sykefravær var forskjellig for kvinner med ulik arbeidsmengde ble styrket da jeg gjorde separate analyser for deltids- og heltidsarbeidende kvinner. Heltidsarbeidende kvinners sykefravær med «dobbeltsorg» assosieres med risiko for betydelig flere antall uker sykefravær sammenliknet med heltidsarbeidende kvinner uten, eller med andre omsorgsforpliktelser. Denne høyere risikoen for lengre varighet på sykefraværet holder seg også når det kontrolleres for egenrapportert dårlig helse, noe som indikerer at «dobbeltsorg» korrelerer med høyt sykefravær selv når helsen anses som god. Dette kan peke i retning av at «dobbeltsorg», uavhengig av helse, kan påvirke sannsynligheten for et høyere sykefravær.

Dette kapitlet er delt i tre. I del 8.1. og 8.2 diskuterer jeg resultatene fra henholdsvis analyse 1. og analyse 2, og vurderer hvilke mekanismer som potensielt påvirker sammenhengen jeg finner mellom ulike omsorgsforpliktelser og sykefravær. Først diskuterer jeg sammenhengen mellom endring i «foreldreomsorg» og endring i «sykefravær», før jeg går videre til å diskutere betydningen ulike omsorgsforpliktelser har for kvinners sykefravær. I del 8.3. diskuterer jeg kausalitetsspørsmålet.

8.1 Foreldreomsorg og sykefraværstendenser

Den første hypotesen ble utforsket i kapittel 5, og lyder slik: *Å gi uformell omsorg til hjelpetrengende foreldre gir økt varighet på sykefraværet.* Hensikten er å gi innsikt i hvorvidt «foreldreomsorg» alene har betydning for sykefraværet, både for å undersøke hvorvidt omsorg for aldrende foreldre påvirker tendenser i sykefraværet og for å forstå en viktig komponent i «dobbeltomsorg».

Analysene i kapittel 5. indikerer at endring i «foreldreomsorg» og endring i sykefravær sammenfaller. Hypotesen om at det å gi uformell omsorg for hjelpetrengende foreldre gir økt varighet på sykefraværet blir styrket av at gruppene som ga «foreldreomsorg» på ett tidspunkt har flere uker sykefravær enn de som ikke ga «foreldreomsorg» på samme tidspunkt. Funnet blir ytterligere styrket av at den samme tendensen gjentar seg på to ulike tidspunkt og at de som har «foreldreomsorg» på begge tidspunkt også har et høyt sykefravær på begge tidspunkt. Funnene gir imidlertid ikke grunnlag for å konkludere at kvinner med «foreldreomsorg» har høyere risiko for sykefravær enn andre kvinner, for å antyde dette måtte det vært mulig å sammenlikne «foreldreomsorg» med andre omsorgsforpliktelser, men det betyr derimot at det å gi «foreldreomsorg» gir økt sykefravær sammenliknet med det å ikke gi «foreldreomsorg». En svakhet ved funnene er at sammenligningsgruppen, de som ikke gir «foreldreomsorg» på de ulike tidspunktene, er en svært sammensatt gruppe individer med mange ulike individuelle kjennetegn som både kan gi høyere og lavere sykefravær. Svakheten ved funnene er med andre ord at jeg ikke kan skille mellom flere omsorgstypologier og kontrollere for flere individuelle egenskaper. Studien til Fevang m.fl. (2009) gir imidlertid støtte til funnene i first difference analysen, da de finner at både menn og kvinner øker sitt sykefravær både før, under og etter foreldrenes død.

Både teorier som forutsetter at arbeidstakere kalkulerer risikoen mellom å være på jobb og benyttelse av sykefravær og teorier som forutsetter at omsorgsarbeid er belastende på helsen kan gi forklaringskraft til hvorfor differansen i sykefraværet øker når kvinner gir «foreldreomsorg» og hvorfor den synker når kvinner ikke gir «foreldreomsorg». Tidligere forskning omtaler de såkalte «skulkerne» som mennesker med lav arbeidsmotivasjon som helst ikke vil jobbe og som foretrekker urettmessig sykemelding fordi det ikke innebærer noe inntektstap. Det behøver ikke nødvendigvis være lav arbeidsmotivasjon som fører «skulkerne» ut i urettmessig sykefravær, det kan være andre grunner. Tidligere

forskningsbidrag har ikke eksplisitt studert arbeidsgiveres kalkulering av risiko mellom jobb og sykemelding på grunn av belastende omsorgsforpliktelser, likevel kan Gautun og Hagens (2010) studie sies å berøre denne teoriretningen. De finner at det er en tendens til at kvinner i større grad enn menn benytter seg av sykefravær, men også ubetalt permisjon, for å løse foreldrene omsorgsbehov. Relatert til mine funn er Gautun og Hagens studie et viktig bidrag. Mens de finner at kvinner i større grad enn menn benytter seg av sykefravær for å løse foreldrenes omsorgsbehov, finner jeg hvor stor differansen i sykefraværet til kvinner med «foreldreomsorg» er sammenliknet med de som ikke gir «foreldreomsorg». Fordi denne differansen er betydelig og gjeldende på to ulike tidspunkt er trolig høyere sykefravær en følge av egenskaper knyttet til det å gi «foreldreomsorg». Mine funn styrkes ytterligere da denne sammenhengen holder seg stabil selv når jeg kontrollerer for dårlig helse.

Fordi jeg har benyttet meg av paneldata er det naturlig å diskutere hvorvidt det er en kausal sammenheng mellom «foreldreomsorg» og økt sykefravær²³. På grunn av mangelen på kontrollvariabler påvirker trolig seleksjonsmekanismer resultatene. En stor gruppe som ikke gir noen form for omsorg påvirker trolig resultatene, og de som gir «foreldreomsorg» varierer trolig langs variabelen omsorgsforpliktelser for barn, en variabel jeg på grunn av dataene ikke får målt på tilstrekkelig måte, og andre individuelle kjennetegn. Allikevel er det egenskaper, trolig knyttet til omsorgsgivingen, ved kvinner som gir «foreldreomsorg» som har betydning for deres sykefravær. Samtidig kan jeg ikke konkludere med at det er «foreldreomsorgen» i seg selv som gir høyere sykefravær, eller om det er andre egenskaper ved kvinner som gir «foreldreomsorg» som gir utslag i høyere sykefravær. Forutsetningene for å si noe kausalt om at effekten av «foreldreomsorg» gir økt antall sykefraværsdager er derfor ikke fullstendig innfridd, på tross av at jeg sammenlikner «like med like».

8.2 Omsorgsforpliktelser og sykefravær

Kapittel 7. tok for seg to hypoteser, der den første lyder slik: *Kvinner med «dobbelomsorg» har høyere sykefravær enn kvinner med andre typer omsorg eller uten omsorgsforpliktelser.* Formålet med denne hypotesen er å studere forholdet mellom sykefraværet til kvinner med ulike typer omsorgsforpliktelser fordi det antas at ulike omsorgsforpliktelser påvirker sykefraværet forskjellig og at høyere omsorgsbyrder gir høyere sykefravær.

²³ Jf. diskusjon om kausalitet for «first difference analysen» under 5.2.1 «Fasteffekter og kausalitet», kap. 5.

Hurdleanalysen for hele utvalget yrkesaktive kvinner finner ikke en positiv sammenheng mellom «dobbelomsorg» og høyere sykefravær. Hypotesen om at kvinner med «dobbelomsorg» har høyere sykefravær enn kvinner med andre typer omsorgsforpliktelser eller uten omsorgsforpliktelser svekkes ved at de verken har høyere sannsynlighet for sykefravær eller økt varighet på sykefraværet. På tross av at «foreldreomsorg» ga økt sykefravær i «first difference» analysen finner jeg altså ikke at kvinner som gir «dobbelomsorg» er signifikant forskjellig fra kvinner med små barn (referansegruppen). Ei heller var «foreldreomsorg» signifikant forskjellig fra referansegruppen.

Årsaken til at hypotesen om at kvinner som gir «dobbelomsorg» har høyere sykefravær ikke er tilfellet kan skyldes et heterogent utvalg. Hurdleanalysen for hele utvalget viser at deltidsarbeidende kvinner har lavere sannsynlighet for sykefravær. I tillegg viser beskrivende statistikk (jf. kap.6) at nesten 35 prosent av hele utvalget jobber deltid. Den store andelen som jobber deltid kan trolig påvirke betydningen av omsorgsforpliktelser for sykefraværet skal vi tro «trippebyrdehypotesen» (Lindgaard og Hansen, 2014) og teorien om «rollebelastning» (Goode, 1960). «Trippelbyrdehypotesen» antar at det er summen av flere forventninger til slutt skaper stress og sykefravær blant norske kvinner, jo flere aktiviteter og oppgaver man har, desto større byrde er det for den enkelte (Lindgaard og Hansen, 2014). Også teorien om «rollebelastning» antar at kombinasjonen av flere roller kan fremtre som en byrde fordi det stilles mange krav der individet føler at det ikke strekker til (Goode, 1960). I følge disse perspektivene vil man kunne anta at dersom kvinner har høyere arbeidsmengde øker stresset og antall roller man skal kombinere, mens lavere arbeidsmengde begrenser det belastningen ved kombinasjonen av mange oppgaver og roller. En svakhet ved hurdleanalysen for alle yrkesaktive kvinner er at funnene kan være et resultat av en seleksjon av deltidsarbeidende kvinner med lavere sykefravær. Det antas at kvinner som jobber deltid har mer tid og overskudd til andre ting utover yrkesaktiviteten, noe som kan gi utslag i lavere sykefravær på tross av omsorgs- og tidsklemmer.

Arbeidsforhold

Enkelte arbeidsforhold har imidlertid betydning for yrkesaktive kvinners tilbøyelighet til sykefravær. Kvinner som jobber i privat sektor eller midlertidig stillinger har lavere sannsynlighet for sykefravær. Disse funnene kan bidra til å styrke hypotesen om kalkulert risiko. Hypoteser om kalkulert risiko antar at dersom det å være borte fra jobb innebærer liten

risiko eller motivasjonen for å jobbe er lav, er det større sannsynlighet for sykefravær. Hvorfor sykefraværet da er lavere for kvinner som jobber i privat sektor eller i midlertidige stillinger kan skyldes at de nettopp anser det som større risiko å være borte fra jobb eller at deres motivasjon for å jobbe er høyere. Dette kan enten skyldes at arbeidstakere anser nytteverdien for å ta ut sykefravær som lav og «tar seg sammen» for å redusere risikoen for jobb-usikkerhet eller fremtidig lavere inntekt, eller at det er en positiv seleksjon av kvinner med god helse og arbeidsmotivasjon.

Privat sektor kjennetegnes ofte av bedre lønnsutvikling enn i offentlig sektor, som kan gi økt motivasjon hos de ansatte. Med utgangspunkt i teorier om kalkulert risiko kan man anta at kvinner i privat sektor og midlertidig stillinger også vurderer det som mer risikofyllt å være borte fra jobb i frykt for å gå glipp av lønnsøkning eller miste jobben i dårligere tider. Sykefravær oppfattes da trolig i mindre grad som nyttemaksimerende og legitimt for disse kvinnene, noe som videre kan gi utslag i ulike holdninger mellom ulike kvinnegrupper. Studien til Hassink og Koning (2005) fremsetter at motivasjonsmekanismer (i form av økonomisk mulig gevinst) er betydningsfullt for å begrense sykefraværet blant de ansatte. Mine funn viser at motivasjon muligens kan komme til uttrykk ved andre mekanismer enn mulig økonomisk gevinst, for eksempel ved at en midlertidig stilling som et springbrett fast stilling.

8.2.1 Betydningen av arbeidsmengde

Den andre hypotesen i kapittel 7. lyder slik: *Høy arbeidsmengde gir høyere sykefravær, og i større grad for kvinner med «dobbeltomsorg» enn kvinner med andre typer omsorg eller uten omsorgsforpliktelser.* Hensikten er å undersøke om arbeidsmengde har betydning for sykefraværet til kvinner med ulike typer omsorgsforpliktelser, hvor det antas at «dobbeltomsorg» har større betydning for sykefraværet til kvinner som jobber heltid enn kvinner som jobber deltid.

Analysene fra kapittel 7. separat for heltidsarbeidende kvinner finner en positiv korrelasjon mellom «dobbeltomsorg» og risiko for økt forventet varighet på sykefraværet, gitt at de har minst ett langtidsfravær, men finner ingen sammenheng mellom «dobbeltomsorg» og høy risiko for sykefravær. Hypotesen om at høy arbeidsmengde gir høyere risiko for sykefravær, i større grad for kvinner med «dobbeltomsorg» blir dermed delvis styrket. Sammenhengen mellom flere antall dager sykefravær, gitt at de har sykefravær, og «dobbeltomsorg» er

betinget av høy arbeidsbyrde. For kvinner som jobber deltid har «dobbelomsorg» verken betydning for deres tilbøyelighet eller antall uker sykefravær. Kombinasjon mellom yrkesaktivitet og doble omsorgsforpliktelser er trolig en belastning som gir utslag i lengre varighet på sykefraværet for kvinner som har høy arbeidsmengde.

Deler av denne sammenhengen mellom «dobbelomsorg» og økt varighet på sykefraværet kan også forstås som et resultat av forskjeller mellom kvinner, med andre typer eller uten omsorgsforpliktelser, og kvinner med «dobbelomsorg» langs andre akser enn omsorgsforpliktelsesstatus. Spesielt egenrapportert helse viser har betydning for sammenhengen mellom «dobbelomsorg» og sykefraværsvarighet. Når egenrapportert helse holdes konstant øker den observerte betydningen av å ha «dobbelomsorg» for varighet på sykefraværet. Dette funnet antyder at seleksjonsmekanismer er virksomme og står for deler av den observerte forskjellen i økt sykefraværsvarighet hos kvinner med «dobbelomsorg». Allerede eksisterende forskjeller i helse kan både påvirke hvorvidt kvinner gir «dobbelomsorg» og lengre varighet på sykefraværet til disse kvinnene. Samtidig som dårlig helse tilsynelatende driver opp betydningen av å gi «dobbelomsorg» for lengre varighet på sykefraværet er det fortsatt en signifikant betydning av «dobbelomsorg» når det kontrolleres for egenrapportert helse sammen med andre individuelle og yrkesrelaterte kjennetegn. Det kan med andre ord være en sammenheng mellom «dobbelomsorg» og dårlig helse, som på sin side gir utslag i lengre varighet på sykefraværet.

Både «dobbelarbeidshypotesen» og teorier om «kalkulert risiko» kan bidra til å forklare hvorfor kvinner med «dobbelomsorg», gitt minst ett langtidsfravær har flere fraværsuker sammenliknet med kvinner uten- eller med andre omsorgsforpliktelser. Lengre varighet på sykefraværet grunnet «dobbelomsorg» kan med bakgrunn i de to perspektivene skyldes to ulike forhold: 1) I henhold til «dobbelarbeidshypotesen» kan man anta «dobbelomsorg» er belastende og fører til helsebesvær. Sykdommen blir forsterket med flere omsorgsbyrder i kombinasjon med full yrkesaktivitet. 2) I henhold til teorier om kalkulert risiko kan man anta at enkelte mennesker kalkulerer risikoen mellom å være på jobb eller ikke. Sykefravær anses som tidsbesparende og lønner seg samtidig økonomisk sammenliknet med andre «fritaksløsninger» fra jobb. Videre vil jeg diskutere disse to forholdene hver for seg.

Helserelaterte årsaker til lengre sykefravær

I det første forholdet antar man at flere uker med sykefravær for kvinner med «dobbelomsorg» blir forsterket med flere omsorgsbyrder i kombinasjon med yrkesaktivitet. Lengre varighet på sykefraværet kan muligens knyttes til dårlig helse som et resultat av kombinasjonen mellom høy omsorgsbelastning og høy arbeidsmengde. Utmattelse, stress eller depresjon er eksempler på helsebesvær som kan skyldes belastende omsorgs- og tidsklemmer som er lite kompatible med høy yrkesaktivitet og omsorgsansvar for andre fordi det innebærer at man må ta vare på andre mennesker når man i større grad bør ta vare på seg selv. Mest sannsynlig er det en viss varighet på omsorgsarbeidet som kan føre til en negativ sirkel. Gitt at omsorgsarbeidet ikke kan reduseres vil det for noen være lettere å redusere yrkesaktiviteten, noe som dermed kan føre til lengre varighet på sykefraværet.

Disse antakelsene stemmer godt med det faktum at sykefraværet i befolkningen i stor grad kan tilskrives kvinner. På tross av at forskjellene mellom menn og kvinners arbeidsfordeling mellom lønnet og ulønnet arbeid har blitt redusert i nyere tid (Kitterød, 2002; Kitterød, 2012), er det fortsatt kvinnen som har hovedansvar for ulønnet arbeid, spesielt når det gjelder omsorgsarbeid for familiemedlemmer (Daatland og Veenstra, 2012). Fordi kvinner har mange roller å forholde seg til og ulike forventninger å fylle oppstår det muligens en rollebelastning som skaper problemer med å oppfylle alle rolleforpliktelser (Goode 1960:483; Sieber, 1974). På en annen side forklarer ikke disse rolleteoriene hva en slik *belastning* innebærer. Hva som gjør sykefravær til et resultat av rollebelastning og role overload forklares ikke eksplisitt, men man kan anta at en slik rollebelastning gir utslag i en utmattelsesdiagnose som leder til sykefravær.

«Trippelbyrdehypotesen» forutsetter at det er alle aktiviteter og gjøremål i tillegg til tradisjonell omsorg for barn som gir høyt sykefravær blant kvinner. Aktivitetene som anses som en belastning for den enkelte er individuelle, men hypotesen fremsetter eksempler som trening, arrangering av festlige lag, gjøre husarbeid, planlegge ferier og skjønnhetsfiksering. Disse eksemplene som tilsynelatende gir utslag i sykefravær er relativt trivielle. Dersom man blir syk og utslitt av slike aktiviteter synes det som enkle valg å velge bort.

Omsorgsforpliktelser innebærer på sin side ikke like stor grad av valg, først og fremst fordi foreldre juridisk sett har omsorgsansvar for sine barn, for det andre også at omsorg for andre familiemedlemmer sannsynligvis innebærer større grad av indre subjektiv motivasjon for å hjelpe et menneske som står en nær. Motivasjonsmekanismer for å yte foreldreomsorg kan for

eksempel være å sette et godt eksempel for egne barn, kjærlighet til sine foreldre, samvittighet og altruisme.

Flere studier finner moderate eller ingen sammenhenger mellom høyere sykefravær for yrkesaktive kvinner med små barn sammenliknet med kvinner uten eller med eldre barn. Mastekaasa forkaster «dobbelarbeidshypotesen» når han finner at forskjellen i sykefravær mellom kvinner med små barn og andre kvinner skyldes at foreldre ofte må være hjemme med syke barn under 12 år eller de blir smittet av barna. Sykefravær hos mødre med små barn har derfor en helt triviell og fysisk forklaring som ikke skyldes belastningen ved «dobbelarbeid». Andre studier derimot (Bratberg, Dahl og Risa, 2002; Scott og McClellan, 1990; Vistnes, 1997; Åkerlind m.fl., 1996; Voss m.fl., 2008) finner sammenhenger mellom (de forskjellige studienes ulike definisjoner på) «dobbelarbeid». Hvorvidt mors sykefravær skyldes forklaringene til Mastekaasa (hjemme med sykt barn eller smittet av sykt barn) vites ikke.

Årsaken til at tidligere studier finner få og varierte resultater er muligens at den «tradisjonelle dobbelarbeidshypotesen», kombinasjonen av yrkesaktivitet og små barn, kun er en del av forklaringen på hvorfor kvinners sykefravær er høyt. «Trippelbyrdehypotesen» er et friskt bidrag til diskusjonen om omsorgsbelastninger og sykefravær, men den hadde trolig hatt større forklaringskraft dersom den hadde tatt utgangspunkt i konkrete og mindre trivielle belastningsområder som kan lede til sykefravær. Kjernen i hypotesen, at det er summen av mange belastninger som gir økt sykefravær blant kvinner, er fruktbar. Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i ett konkret belastningsområde, nemlig ulike typer omsorgsforpliktelser og funnet at nettopp kombinasjonen mellom «dobbeltomsorg» og høy arbeidsmengde har betydning for sykefraværet. Et annet spørsmål er om også andre forhold kan forklare hvorfor sykefraværet til kvinner med «dobbeltomsorg» er av lengre varighet. Neste avsnitt vies til denne diskusjonen.

Kalkulering av risiko som årsak til lengre sykefravær

Det andre forholdet som kan bidra til å forklare hvorfor heltidsarbeidende kvinner med «dobbeltomsorg» har flere uker sykefravær antar at enkelte kalkulerer risikoen mellom å være på jobb og ikke. Sykefravær vurderes som rasjonelt fordi det er tidsbesparende og økonomisk lønnsomt sammenliknet med annet fravær. Både i analysen for alle yrkesaktive kvinner og separat for heltidsarbeidende kvinner fant jeg at de som var ansatt i midlertidige stillinger

eller privat sektor hadde lavere sannsynlighet for langtidsfravær. Jeg fremsatte at en mulig forklaring var ulike holdninger blant ulike kvinnegrupper, der kvinner i privat sektor og midlertidige ansettelser muligens har en høyere terskel for å benytte seg av sykefravær. Resultatene i den separate analysen for heltidsarbeidene kvinner viser at sykefraværet til doble omsorgsgivere varer lenger. Fordi man kan forestille seg at en syk omsorgsgiver skulle ha vanskeligheter med å yte omsorg til andre skyldes kanskje lenger varighet på sykefravær noe annet enn helserelaterte problemer. Kanskje kvinner som gir «dobbelomsorg», i motsetning til kvinner i midlertidige stillinger eller privat sektor, anser sykefravær som rasjonelt nyttemaksimerende. Kanskje skyldes det noen av de samme holdningsmekanismenes som jeg fremsatte tidligere. Samtidig er det rimelig å anta at det er variasjoner i hvilke muligheter omsorgsgivere benytter seg av dersom de er i klemme mellom jobb og omsorgsforpliktelser, sykefravær er trolig ikke den eneste løsningen.

Hvis man i første omgang har blitt syk er det mulig at sykefravær vurderes som den minst risikofylte, økonomisk gunstige og letteste måten å være borte fra jobb på, mens andre løsninger (som ferie, ubetalt og betalt permisjon, deltid eller forlate arbeidslivet for en periode) benyttes dersom omsorgsgiver i forkant innser hvilken belastning doble omsorgsforpliktelser innebærer. Hvis man antar at det å gi omsorg trolig innebærer større grad av samvittighet og pliktfølelse kan man videre anta at mange kvinner vil vurdere fravær fra jobb som et bedre alternativ (Lundgaard og Hansen, 2014). I valget mellom jobb og omsorg kan man derfor anta at omsorgsforpliktelser er førstevalget for en del kvinner, som dermed vil gi høyt sykefravær blant kvinner med omsorgsbelastninger.

Sykefravær er ingen klar «enten eller» situasjon, men består av mange grader som påvirker ens valg om å gå til legen for å be om legemeldt sykefravær. Et individ kan vurdere seg selv som syk der et annet individ ikke ville vurdert seg syk, spesielt der det ikke finnes noen klare objektive sykdomstegn. I slike situasjoner er det ofte vanskelig å avgjøre hvorvidt sykefravær er legitimt eller ikke fordi det dreier seg om ikke-verifiserbare eller subjektive diagnoser (Nyborg, 2010). På en side er det ikke nødvendigvis slik at alle individer med denne typen diagnoser selv er bevisst på hvorvidt de faktisk er syke eller om de bare slitne, og hvor grensen går for når det er rimelig å kreve sykemelding. Det handler om hva som er sosialt akseptert i det miljøet man omgås og jobber i. Ulike normer og holdninger knyttet til når det er rimelig å benytte seg av sykefravær kan være forskjellig i ulike arbeidsmiljøer. På en annen side er det mulig at enkelte arbeidstakere bevisst benytter seg av subjektive diagnoser for å få

mer fritid uten å tape økonomisk på det. Sykefravær kan ses på som en velferdsordning som, i tillegg til å gi støtte til de som har verifiserbare sykdommer, også gir pengestøtte til ikke-verifiserbare problemer basert på både pasientens og legens subjektive vurdering (Nyborg, 2010). Disse subjektive vurderingene fra legen og pasientens side er avgjørende for hvorvidt sykefravær er nødvendig. En lang rekke studier (Hauge, 2010; Bardsley og Sausgruber, 2005; Fischbacher et. al., 2001; Ledyard, 1995 og Cialdini et.al., 1990) viser at de fleste mennesker er villig til å bidra til fellesgoder forutsatt at andre gjør det samme. Hvis for mange begynner å snylte på andres innsats, svekkes viljen til å bidra hos de andre. Nyborg (2010) overfører disse funnene til sykefraværsdebatten ved at folk flest unngår «skulk» så lenge de oppfatter at andre gjør det, mens terskelen senkes dersom arbeidskolleger sluntrer unna. Resultatet kan bli gode eller onde sirkler (Lindbäck m.fl., 1991), der både en situasjon hvor svært mange misbruker sykkelønnsordninger og en situasjon der svært få gjør det kan tenkes å være stabile over tid (Nyborg, 2010:40).

Det virker urimelig å anta at sykefraværet blant norske kvinner skyldes at mange er såkalt «skulkere». I Nyborgs artikkel indikeres det jo at det kun er en veldig liten del av den norske befolkningen som har lav arbeidsmoral og således skulker ved å benytte seg av sykefravær som en kilde til mer fritid. Gitt at individer kalkulerer risikoen forskjellig kan det å kalkulerer risikoen ved sykefravær bidra til å forklare hvordan forskjellige holdninger til sykefravær kan få ulikt utfall for forskjellige grupper mennesker. For eksempel virker det rimelig at mennesker med ulike typer av belastning, som dårlig helse, jobber ugunstig arbeidstid, har arbeidsforhold som sliter på den psykiske eller fysiske helsen, eller, som i dette tilfelle, har doble omsorgsforpliktelser, kan kalkulere risikoen for sykefravær som lavere sammenliknet med de uten belastning. Det er ikke nødvendigvis kvinners dårlige moral som er årsaken til at de benytter seg av sykefravær fremfor andre ordninger, men rett og slett en rasjonell vurdering som sikrer maksimal nytteverdi for den enkelte fordi hun kan gi omsorg til mennesker i nære relasjoner, beholde en stabil inntekt og det kan samtidig begrunnes i et sett med normer og holdninger som er gjeldende i hennes sosiale omgangskrets, samt ivareta helsen.

Det jeg har skissert over er en mulig forklaring på hvorfor sykefraværet til kvinner med «dobbelomsorg» varer lenger, gitt at de har minst ett langtidssykefravær. Allikevel finnes andre måter enn bruk av sykefravær for å løse kombinasjonen mellom omsorgsforpliktelser og yrkesaktivitet, men ingen av dem sikrer økonomisk stabilitet slik som sykefravær gjør. For

det første er det mulig at en del kvinner som er «omsorgsbelastet» tar steget ut av arbeidslivet²⁴. For det andre velger trolig mange å jobbe deltid. Hele 47 prosent av kvinner med «dobbelomsorg» jobber deltid, sammenliknet med de andre omsorgstypologiene var denne andelen høy. Effekten av å tre ut av arbeidslivet eller jobbe deltid kan være at helsebesværet eller tidsklemmen på bakgrunn av omsorgsklemmen forsvinner. Som en konsekvens av dette uteblir muligens også sykefraværet. Belastningen av doble omsorgsforpliktelser kan med andre ord muligens ha større omfang enn det mine funn viser, fordi sykefravær ikke er eneste løsningen i klemmen mellom «dobbelomsorg» og yrkesaktivitet. Deltidsarbeid kan være rasjonell vurdering for å få tiden til å strekke til som nyttemaksimerer familiens allokering av tid, der kvinnen også investerer i ubetalt arbeid for å strekke til i betalt arbeid.

8.2.2 Kvinner uten omsorgsforpliktelser

Den separate analysen for heltidsarbeidende viste at kvinner «uten omsorgsforpliktelser» for barn eller hjelpetrequende foreldre hadde signifikant lavere risiko for langtidsfravær sammenliknet med kvinner som gir omsorg til barn og hjelpetrequende foreldre alene eller i kombinasjon. Disse funnene indikerer at det å ikke ha noen belastning knyttet til omsorgsforpliktelser har en positiv betydning for sykefraværet ved at lavere risiko for sykefravær sammenfaller med ingen omsorgsbelastning. Dette gir forklaringskraft til to ulike forhold, hvor det første innebærer at høy arbeidsmengde alene ikke gir økt risiko for sykefravær. Med andre ord, at kvinner som jobber heltid har høyere sykefravær på grunn av generell belastning ved høyt arbeidspress er ikke tilfelle. Det er andre faktorer i kombinasjon med høyt arbeidspress som resulterer i sykefravær. For det andre gir funnet indirekte støtte til «dobbelarbeidshypotesen» ved at det å ha «barneomsorg» er forbundet med høyere risiko for sykefravær sammenliknet med «ingen omsorg». Tidligere forskning på sammenhengen mellom omsorgsbelastninger og sykefravær har i stor grad fokusert på kvinner med små barn og mange har konkludert med at kvinners høye sykefravær kan tilskrives kombinasjonen av yrkesaktivitet og omsorg for små barn. Kvinner uten omsorgsforpliktelser anser derimot muligens ikke tidsavlastning, i form av for eksempel sykefravær, som nødvendig fordi de har tid og/eller overskudd til å kombinere full yrkesaktivitet med privatliv. Det kan både skyldes bedre helse eller at de ikke behøver å kalkulere risiko for å få tiden til å strekke til. Det kan

²⁴ Kvinner som har tatt steget ut av arbeidslivet er ikke med i analysen fordi det er gjort en restriksjon på yrkesaktivitet. Man ikke krav på betalt sykefravær ved «frivillig arbeidsløshet».

også være andre egenskaper ved kvinner uten omsorgsforpliktelser som gjør at de har lavere risiko for sykefravær, som for eksempel en seleksjon på alder, sektor eller helse.

8.2.3 Oppsummering

Funnene i denne oppgaven kan bidra utover det tidligere forskning har funnet ved å ta hensyn til kompleksiteten i omsorg og sykefravær. I et utvidet perspektiv bidrar denne studien til å se diskusjoner om sammenhengen mellom omsorgsforpliktelser og sykefravær på nye måter.

Egenskaper ved «dobbelarbeidshypotesen», som at kvinner investerer mer tid og ressurser i ulønnet arbeid, og egenskaper ved «trippelarbeidshypotesen, som at det er summen av mange belastninger som gir utslag i høyt sykefravær hos kvinner, bidrar til å forklare hvordan dårlig helse kan være en årsak til at sykefraværet til kvinner som gir «dobbeltomsorg» varer lenger. Samtidig bidrar hypoteser om kalkulert risiko til å forklare hvordan et økonomisk aspekt kan ha betydning for hvorfor sykefravær til kvinner som gir «dobbeltomsorg» varer lenger. Enten ved at normer og holdninger til sykefravær er ulikt i forskjellige sosiale miljøer eller ved at noen spekulerer i hvorvidt det lønner seg å benytte seg av sykefravær fremfor annet fravær.

Funnene mine kan verken bekrefte eller avkrefte om det er helse eller rasjonelle vurderinger som gir utslag i lengre sykefraværsvareighet for kvinner med «dobbeltomsorg». Allikevel, selv med kontroll for dårlig helse finner jeg lengre varighet på sykefraværet for de som gir «dobbeltomsorg», noe som tyder på at kvinner med «dobbeltomsorg» som vurderer helsen som god har lengre varighet på sykefraværet. Dette kan indikere at det ikke nødvendigvis er en klar sammenheng mellom omsorgsforpliktelser og dårlig helse, og dernest høyt sykefravær. Det er også viktig å poengtere at dårlig helse kan fluktuere over tid slik at et individ kan vurdere helsen som god på intervju tidspunktet, men kunne muligens ha vurdert den som dårlig hvis intervjuet hadde blitt gjennomført da omsorgsbelastningen var som mest krevende. Dermed er dårlig helse, og spesielt egenvurdert helse, er vanskelig å konkludere med som hovedårsak. Bakgrunnen for dette er at mange diagnoser, spesielt slike som kan skyldes såkalt overbelastning, er basert på subjektive vurderinger av lege og pasient. Hva som regnes som sykdom eller ikke er i mange tilfeller derfor subjektivt bestemt og legitimert basert på individuelle og sosiale miljøers ulike normer og holdninger. Min antakelse er at en kombinasjon av ikke-verifiserbare sykdommer benyttes bevisst av noen få, og ubevisst av flere som en måte å takle tidsklemme og omsorgsklemme på. Sykdommen (eller den subjektive sykdommen) genererer flere uker sykefravær for kvinner med «dobbeltomsorg»

fordi de *kan* sykemelde seg fra jobben, noe de ikke kan i fra omsorgsarbeidet. Èn belastning i dobbeltbelastningen mellom yrkesaktivitet og doble omsorgsforpliktelser blir værende og sykdommen (eller den subjektive sykdommen) blir værende over en lengre periode. Helsen føles fortsatt dårlig for den sykemeldte fordi hun fortsatt «jobber».

«Dobbeltomsorgen» genererer altså lenger varighet på sykefraværet, men i følge resultatene er det ikke det som avgjør om tilbøyelighet til sykefravær i første omgang. Hvordan kan man forklare hvorfor kvinner med «dobbeltomsorg» har lengre sykefravær men ikke hyppigst sykefravær? Småbarnsmødre er de som har hyppigst sykefravær. Mine funn kan relateres til at dette muligens kan forklares med omsorgsbelastning (sliten, stresset, utbrent), og at de smittes av sine barn, men i mindre grad at de er hjemme med smittet/sykt barn da registerdata ikke fanger opp sykefravær av kortere varighet. Fordi sykefraværet har mange forskjellige årsaker som ikke nødvendigvis er fullt så langvarige forklarer dette hvorfor de oftere har sykefravær. For kvinner med «dobbeltomsorg» er det derimot enda en komponent, i tillegg til små barn og jobb, som krever mye – nemlig omsorg til foreldrene. Omsorgsbelastningen er større (mer sliten, stresset, utbrent), de må kanskje være hjemme med sykt/smittet av sykt barn og de må i tillegg ta seg av foreldrenes hjelpebehov. Dette gjør at kombinasjonen av yrkesaktivitet og omsorgsarbeid er svært tyngende slik at det å være borte fra jobben for å «hente seg inn» i en lengre periode vil være nødvendig.

Andelen kvinner som jobber deltid er høy, samtidig gjør kvinner hoveddelen av omsorgsarbeid både for små barn og foreldre. Trolig velger en del kvinner som gir «dobbeltomsorg» deltidsarbeid når de merker at omsorg blir en belastning²⁵. Dette styrkes av at resultatene fra den separate analysen for deltidsarbeidende kvinner som viser at nesten ingen av kontrollvariablene har betydning for økt sykefravær for kvinner som jobber deltid²⁶. Antakelsen er at byrden ved å ha omsorgsforpliktelser (og eventuelt andre byrder: husarbeid, skyssing eller planlegging av aktiviteter) lettes når man jobber mindre. For å konkludere med dette trengs det dog mer forskning på forholdet mellom ulike omsorgsforpliktelser og deltidsarbeid.

²⁵ jf. beskrivende statistikk, kap. 6: 47 prosent av kvinner med «dobbeltomsorg jobber deltid.

²⁶ Jf. hurdleanalyse separat for deltidsarbeidende kvinner i kap. 7

8.3 Er sammenhengene reelle?

Denne oppgaven er et viktig bidrag i forskning på norske kvinners høye sykefravær, og spesielt innenfor omsorgsforpliktelser og sykefravær. Det viser seg at kvinner som gir «dobbelomsorg» har lenger varighet på sykefraværet, men ikke hyppigere sykefravær sammenliknet med andre omsorgsforpliktelser. Hvorfor de sammenhengene jeg har funnet og de sammenhengene jeg forventet å finne (men ikke fant) mellom «dobbelomsorg» og sykefravær ikke er kausale er viktig å diskutere avslutningsvis.

Med utgangspunkt i Firebaughs retningslinjer for å kunne si hvorvidt man står overfor kausale sammenhenger, må man utelukke at man ikke har utelatt noen variable og utelukke at man står overfor en seleksjon for å kunne nærme seg kausale slutninger. For å unngå å utelate noen variable som kan utgjøre en forskjell på individers utfall innføres det en rekke kontrollvariabler som kan tenkes å konfundere sammenhengen mellom uavhengige og avhengige variable, men oppgaven med å inkludere alle kjennetegn som kan være relatert til sykefravær er vanskelig, nesten umulig. Noen kontrollvariabler gir ikke datasettet mulighet til å kontrollere for, mens andre er man ikke nødvendigvis klar over at kan påvirke sykefraværet. Å utelate noen variable kan forårsake seleksjon. For eksempel dersom respondenter som gir «foreldreomsorg» har arvet dårlig helse fra sine foreldre er ikke sykefravær en effekt av foreldreomsorgen, men en effekt av arv eller miljø. I så fall står jeg overfor en seleksjon av kvinner med dårlig arvet helse, som «tilfeldigvis» også gir «foreldreomsorg».

Kausale slutninger er sjeldent, vanskelig og ikke nødvendigvis alltid det man streber etter i samfunnsvitenskapelig forskning, fordi menneskelig tilværelse er svært sammensatt og fordi ett fenomen ikke nødvendigvis alltid har en bestemt effekt. Eksogene (ytre) og endogene (indre) forhold kan også påvirke effekten av en variabel på en annen. I denne oppgavens tilfelle kan sykdomshistorikk, kosthold, fysikk, personlighet og arbeidsmoral være eksempler på endogene forhold som kan påvirke sykefraværet, mens offentlige barnehage- eller skolereformer, reformer for som bedrer tiltak for offentlig omsorg for eldre, endringer i offentlig sykefraværsreglement eller en pandemi med mangel på vaksiner er eksogene forhold som kan påvirke sykefraværet. I disse tilfellene er det et annet umålt forhold som påvirker den uavhengige variabelen som på sin side påvirker den avhengige variabelen, nemlig normer for sykefravær.

Normer knyttet til sykefravær er et utforsket område som har blitt berørt i denne oppgaven, dog kun teoretisk. Normer kan blant annet forklare kjønnsforskjeller i sykefravær dersom kvinner har lavere terskel for å ta ut sykefravær enn menn i en presset situasjon eller forskjeller i sykefravær mellom ulike kvinnegrupper. Egenvurdert helse kan også være påvirket av normer ved at noen kvinner vurderer sykdom annerledes eller er mer forsiktige enn menn dersom de er syke (Lundgaard og Hansen, 2014). Grep som kunne styrket funnene og trolig gjort det mulig å i enda større grad nærme seg kausale forhold er blant annet å bruke avstand til foreldre og søsken som instrumentvariabel. Fordi avstanden påvirker sannsynligheten for å gi omsorg, men ikke direkte eget sykefravær. Bor mor eller far langt unna er det mindre sannsynlig at man gir uformell omsorg, og eget sykefravær vil derfor være uavhengig av dette. Hvorvidt man har søsken, spesielt søstre, kunne også benyttes som instrument da dette vil redusere presset og dermed sannsynligheten for å gi omsorg, men det ville være noen direkte link til sykefravær. Ulempen med å benytte disse instrumentvariablene er at det da ikke er mulig å sammenlikne «foreldreomsorg» med «barneomsorg», da dennes estimeringsmetoden kun vil måle sannsynligheten for å gi «foreldreomsorg». Hjelp til svigerforeldre kunne vært brukt som instrumentvariabel for å måle kausalitet. Man ville da utelukket genetisk nedarvet dårlig helse som årsak til at respondenter gir «foreldreomsorg» fordi det ikke ville vært genmekanismer hos omsorgsmottaker som forårsaket dårlig helse hos omsorgsgiver, imidlertid er andelen som hjelper svigerforeldre for lav i mine data til at en slik metode kan benyttes.

Antallet forskningsbidrag med liknende resultater om samme fenomen styrker naturligvis troverdigheten til nye funn. På tross av at det finnes få studier om effekten av omsorgsforpliktelser på sykefravær, finner de som eksisterer i likhet med denne oppgaven sammenheng mellom omsorgsforpliktelser og sykefravær, spesielt i tilknytning til høy yrkesaktivitet (Gautun og Hagen, 2010; Ugreninov, 2012, Fevang, Kverndok og Rød). Disse bidragene gi validitet til den effekten jeg har funnet av «dobbelomsorg» på sykefravær. Det er fortsatt knyttet usikkerhet til om funnene er et resultat av seleksjon eller utelatte variable. Ut i fra de dataene jeg har tilgang til, de variablene jeg har hatt mulighet til å kontrollere for, og sikkerhetstestene jeg har gjennomført, kan jeg likevel legge min lit i resultatene. Kombinasjonen av dobbelt omsorgsforpliktelse og høy arbeidsbyrde ser ut til å ha sammenheng med høyt sykefravær, men jeg kan ikke trekke kausale slutninger om dette forholdet.

9 Avslutning

I denne oppgaven har jeg undersøkt om sykefraværet til yrkesaktive kvinner i alderen 25-67 år har en sammenheng med deres omsorgsforpliktelser, hvor jeg har fokusert spesielt på kvinner som gir «dobbelomsorg». Tilbøyeligheten til sykefravær og forventet varighet på sykefraværet til kvinner med ulike omsorgsforpliktelser «barneomsorg», «foreldreomsorg», «dobbelomsorg» og «ingen omsorg» ble sammenliknet. Denne studien tar hensyn til flere omsorgsforpliktelser, i kombinasjon og hver for seg, mens tidligere forskning i stor grad har fokusert på sykefravær hos kvinner med små barn. Resultater fra tidligere studier indikerer at det er en sammenheng mellom omsorgsforpliktelser og sykefravær, men resultatene er mangelfulle. Teoretisk antas det at omsorgsforpliktelser kan påvirke sykefraværet på to måter: Den ene ved at uformelle omsorgsforpliktelser i kombinasjon med yrkesaktivitet er en belastning på helsen som fører til sykefravær. Både «dobbelarbeidshypotesen» og «trippelbyrdehypotesen» gir et teoretisk grunnlag for dette perspektivet. Den andre er gjennom endrede holdninger til sykefravær, der teorier om kalkulering av risiko antar at sykefravær anses som et rasjonelt valg både økonomisk og i allokering av tid dersom man har mange oppgaver og roller man skal fylle.

I den første analysen ble det gjennomført en «first difference analyse» på hvorvidt differansen i sykefraværet til yrkesaktive kvinner skyldes endringer i «foreldreomsorg». Resultatene viser at dette er tilfelle, differansen i sykefraværet øker når yrkesaktive kvinner gir «foreldreomsorg» og synker når de ikke gir «foreldreomsorg», mens kvinner som har «foreldreomsorg» på begge tidspunkt har et stabilt høyt sykefravær. Beskrivende statistikk for den andre analysen viser at kvinner med «dobbelomsorg» skiller seg fra kvinner med andre typer eller uten omsorgsforpliktelser på en rekke områder. De har blant annet bedre egenrapportert helse, lavere inntekt, lavere utdanning og det er flere som jobber deltid, sammenliknet med de andre omsorgstypologiene. I den andre analysen studeres forholdet mellom ulike omsorgsforpliktelser ved hjelp av en to-steps hurdlemodell. Den måler sannsynligheten for minst ett langtidsfravær ved hjelp av logitanalyse og gjennomsnittlig varighet på sykefraværet ved hjelp av negativ binominal analyse. Kontrollert for individuelle kjennetegn viser analysene at ingen av omsorgskategoriene har høyere sannsynlighet for minst ett langtidsfravær sammenliknet med referansegruppen, kvinner med «barneomsorg». Separate analyser for deltids- og heltidsarbeidende kvinner derimot viser at kvinner som gir «dobbelomsorg» har flere sykefraværsdager sammenliknet med de andre omsorgsgruppene.

Resultatene indikerer at høyere omsorgsbyrde i kombinasjon med yrkesaktivitet gir lengre varighet på sykefraværet. Kombinasjonen av høy arbeidsbyrde og høy omsorgsbyrde ser ut til å ha en sammenheng med sykefravær av lengre varighet, gitt at kvinner har minst ett langtidsfravær. Teoretisk antar jeg at en kombinasjon av «trippelbyrdehypotesen», «dobbeltarbeidshypotesen» og hypoteser om kalkulert risiko kan forklare forholdet mellom «dobbeltomsorg» og lang sykefraværsvarighet.

Menn og kvinner fordeler trolig sin tid mellom lønnet og ulønnet arbeid ulikt, og fordi kvinner investerer mer tid i ulønnet arbeid enn menn blir kombinasjonen en belastning som kan resultere i sykefravær. Fordi «dobbeltarbeidshypotesen» kun tar utgangspunkt i at kombinasjonen mellom små barn og yrkesaktivitet gir sykefravær og fordi «trippelbyrdehypotesen» tar utgangspunkt i at det er summen av mange små individuelle aktiviteter som blir en belastning for kvinnen, er de mangelfulle. Mine antakelser er at kvinner med «dobbeltomsorg» opplever en byrde i kombinasjonen mellom yrkesaktivitet og doble omsorgsforpliktelser, og at det er summen av disse som gir utslag i lengre varighet på sykefraværet. I tillegg antar jeg at individer kalkulerer risikoen ved å benytte seg av sykefravær, både bevisst og ubevisst. De bevisste er såkalte «skulkere» som spekulerer i hvilken nytteverdi sykefravær har fremfor andre «fritaksløsninger» fra jobb, mens de ubevisste er del av et miljø der normer og holdninger til sykefravær gir en lavere terskel for å sykemelde seg. I begge tilfellene er sykemelding et resultat av en subjektiv vurdering.

Forskjeller i sykefravær mellom omsorgsgrupper er påvist, men hvilke mekanismer som er utslagsgivende er fortsatt ubesvart. Hovedsaklig har jeg relatert mulige forklaringer til helserelaterte årsaker og rasjonelle kalkuleringer, en videre årsaksforklaring må overlates til videre forskning. Med tilgang til et rikere datamateriale ville det vært av interesse å studere sykdomshistorikk samt diagnose ved fravær som skyldes omsorgsbelastning. En slik vinkling vil gi innblikk i hvorvidt en generell helsetilstand (gjennom sykefraværshistorikk) fordrer et generelt høyt sykefravær, eller hvorvidt sykefravær som skyldes omsorgsbelastning (typiske diagnoser som sliten, stress og utbrenhet) sammenfaller med omsorgsbelastning. Det vil også kunne utelukke en helseleksjon for respondenter med lang sykdomshistorikk forut for omsorgsbyrden, fordi man kan skille mellom hvorvidt det er helsehistorikk eller mer diffuse diagnoser som sammenfaller med omsorgsbyrden. I litteraturen er rasjonell kalkulering av sykefravær en langt vanligere teoretisk forklaring blant økonomiske enn sosiologiske bidrag. Dette er helt klart noe fremtidig sosiologisk forskning bør berøre i større grad ved å trekke inn

normer for sykefravær. Det finnes lite data om normer og holdninger til sykefravær. Videre forskning kan bidra med å utvikle datamateriale knyttet til denne problematikken, samt gjennomføre bedre analyser på sammenhengen mellom ulike holdninger og sykefravær. Normer knyttet til sykefravær er et uutforsket område som kan være med på å forklare kjønnsforskjellen i sykefravær, gitt at kvinner har lavere terskel for å ta ut sykefravær enn menn, spesielt hvis de er i en presset situasjon. Det kan også være med på å forklare forskjeller i sykefravær mellom forskjellige kvinnegrupper.

En stadig tilbakevendende diskusjon er hvorvidt individers valg, handling eller posisjon er et resultat av genetikk eller sosialisering. Videre forskning kan bidra i denne diskusjonen med å inkludere det å gi hjelp til svigerforeldre som et instrument for å måle kausale sammenhenger, fordi svigerforeldres helse ikke er genetisk nedarvet til individet. Dette ville utelukket mulig seleksjon på nedarvet dårlig helse blant kvinner som gir «foreldreomsorg» og «dobbelomsorg» fordi svigerforeldre ikke er genetisk knyttet til sine svigerdøtre.

Kvinnens høye sykefravær er et voksende problem i det norske velferdssamfunnet, men hvordan kan politiske implikasjoner bidra til å redusere sykefraværet blant norske kvinner? I offentlig debatt er et av forslagene en strengere sykefraværspolitik og strengere leger, for eksempel ved å innføre en eller flere karensdager eller at man må oppsøke lege fra første sykedag. Faren kan være kvinner med omsorgsbelastninger får dårligere helse eller at gruppen med såkalt ikke-verifiserbare lidelser vil vokse seg enda større. En mindre del av den politiske diskusjonen er rettet mot hva arbeidsgiver kan gjøre for å redusere sykefraværet samt hvordan velferdsstaten kan legge til rette for at pårørende kan kombinere yrkesaktivitet med omsorgsforpliktelser. Basert på mine funn kan en bedre tilpasset hverdag for omsorgsgivere synes å være et bedre alternativ enn å innskrenke rettighetene for sykefravær. For eksempel er det akseptert å være hjemme med syke barn, med utgangspunkt i det voksende problemet med eldreomsorg og fremtidig behov for arbeid vil en tilsvarende betalt permisjonsordning for å gi hjelp og omsorg til hjelpetrengende foreldre være aktuell. Arbeidsgivere er også pålagt å tilrettelegge arbeidsforholdene til for eksempel gravide og kvinner med behov for å amme. En bedre tilrettelegging av fleksible arbeidstidsordninger for yrkesaktive med omsorg for eldre foreldre vil nok bedre hverdagen for kvinner med både tidsklemmer og omsorgsklemmer.

Litteraturliste

- Askildsen, J.E.; Bratberg, E.; og Nilsen Ø.A. (2005) *Unemployment, Labour Force Composition and Sickness Absence. A Panel Data Study*. Health Economics 14 (11), 1087-1101
- Arbeidsmiljøloven (2014). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern*. Paragraf 12-10. URL: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_12#§12-10
- Bardsley, N. og Sausgruber R. (2005) *Conformity and Reciprocity in Public Good Provision*. Journal of Economic Psychology 26, 664-68
- Bjørshol, E.; Høstmark, M. og Lagerstrøm, B.O. (2010). *Livsløp, generasjon og kjønn. LOGG 2007*. Dokumentasjonsrapport. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Carlsen, B. (2009): *Dobbeltmoralens voktere? Intervjuer med fastleger om sykemelding* Tidsskrift for velferdsforskning 8/2009.
- Carlsen, B. og Norheim, O. F. (2005) “*Saying no is no easy matter*” - *A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice*. BMC Health Services Research 5 (70).
- Carlsen, B., og K. Nyborg (2009) *The Gate is Open: Primary Care Physicians as Social Security Gatekeepers*. Memorandum 7/2009, Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Cialdini, R.B.; R.R. Reno og Kallgren, C.A. (1990) *A Focus Theory of Normative Conduct: Recycling the Concept of Norms to reduce Littering in Public Places*. Journal of Personality and Social Psychology 58,1015-1026.
- Coe, N.B. og Van Houtven, C.H. (2009). *Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent*”. Health Economics 18, 991-1010.
- Becker, G.S. (1991). *A Treatise on the Family*. London:Harvard University Press. Enlarged edition

- Berge, C.; Johannessen, J.H. og Næsheim, H. (2012). *Internasjonal sammenligning av sykefravær – Er Arbeidskraftundersøkelsen egnet som datakilde?*. Statistisk Sentralbyrå rapporter 2012 (6), 3-72.
- Berge, C. (2012). *Internasjonal sammenligning av sykefravær. Økonomiske analyser statistisk sentralbyrå* 2012 (2), 24-29
- Brage, Søren; Nossen, Jan Petter; Kann, Inger C. og Thune, Ola (2012). *Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000-2011*. *Arbeid og velferd* 2012 (3), 24-38
- Bratberg, E og Dahl, S.A. og Risa, A.E. (2002). «*The double burden*» - *Do combinations of career and family obligations increase sickness absence among women?* *European Sociological Review* 18 (2), 233-249
- Brody, E.M. (1981) «*Women in the Middle*» and *Family Help to Older People*. *Ageing and Society* 21(5), 471-480.
- Bürström, B. og Fredlund, P. (2001). *Self rated health: Is it a good predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?* *Journal of Epidemiology and Community Health* 55, 836-840.
- Daatland, S.O. og Veenstra, M.; red. (2012). *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. Rapport NOVA 2012 (2), 7-187.
- Daatland S.O.; Veenstra, M. og Lima, I.A. (2010). *Norwegian sandwiches – On the prevalence and consequences of family and work role squeezes over the life course*. *European Journal of Ageing* (2010) 7, 271-281
- Dale-Olsen, H; Østbakken, K.M. og Schøne, P. (2011). *Smitter sykefravær?*. *Søkelys på arbeidslivet* 28 (1), 124-134
- Dale-Olsen, H. og Markussen, S. (2010). *Økende sykefravær over tid? Sykefravær, arbeid og trygd*. *Søkelys på arbeidslivet* 1-2 (2010), 105-122
- Evandrou, M.; Glaser, K og Henz, U. (2002). *Multiple role occupancy in midlife: balancing work and family life in Britain*. *Gerontologist* 42 (6), 781-789

- Elstad, J.; Dahl, I. og Hofoss, D.E. (2006). *Associations between relative income and mortality in Norway; a register-based study*. European Journal of Public Health 6
- Fevang, E.; Kverndokk, S og Røed K.(2009) *Omsorg for foreldre – hvordan påvirkes yrkesaktiviteten?*. Søkelys på arbeidslivet no.1, 113-123
- Fevang, E.; Kverndokk, S og Røed K. (2012) *Labor Supply in the Terminal Stages of Lone Parents' Lives*. Journal of Population Economic 25 (4), 1399-1422
- Fischbacher, U.; Gächter, S. og Fehr E. (2001) *Are People Conditionally Cooperative? Evidence from a Public Goods Experiment*. Economics Letters 71, 397-404.
- Firebaugh, G.(2008) *Seven Rules of Social Research* Princeton University Press: Oxfordshire
- Gabrielsen, B.; Otnes, B.; Sundby, B.; Kalcic, M. og Strand, P. (2011) *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLoS)*. Statistisk sentralbyrå rapport 2011(33), 7-26.
- Gautun, H. (2008). *Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma*. Fafo-rapport: Liv og arbeid 2008 (4), 1-55.
- Gautun, H og Hagen, K (2010) *How do middle-aged employees combine work with caring for elderly parents?* Community, Work and Family 1 (17).
- Goode, W. (1960) *A theory of role strain*. American Sociological Review, 25, ss. 483-496.
- Greenhaus, J.H. og Powel, G.N. (2005) *When work and family are allies: a theory of work family enrichment*. Academy of Management Review 31, 72-92
- Greenstein, T.N. (2000). *Economic dependence, Gender and the Division of Labour in the Home: A Replication and Extension*. Journal of Marriage and the Family 62 (2000), 322-335
- Hackshaw, A. og Kirkwood, A. (2011) *Research Methods and Reporting – Interpreting and reporting clinical trials with results of borderline significance*. BMJ Journal 343:d3340
- Harper, S. (2013) *The End of Youth*. The World Today 69 (3) & Aftenposten Innsikt 8/2013, 55-58

- Hassink, W. og Koning, P. (2005). *Do Financial Bonuses to Employees Reduce their Absenteeism? Outcome of a Lottery*. IZA Discussion Paper Series No. 1644, June 2005.
- Hauge, K. E. (2009) *Morality and economic decisions: An experimental approach*. PhD-avhandling, Universitetet i Oslo
- Heistaro, S.; Jousilathi, P.; Lahelma, E.; Vartiainen, E og Puska, P (2001). *Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland*. J. Epidemiol Health 55 (4), 227-232
- Henrekson, P og Persson, M. (2004) *The effects of sick leave of changes in the sickness insurance system*. Journal of Labour Economics 22 (1), 87-114
- Henz, U (2004). *The effects of informal care on paid-work participation in Great Britain: a lifecourse perspective*. Ageing Soc 24, 851-880
- Hesselius, P.; Johansson, P.; og Larsson, L. (2005) *Monitoring sickness insurance claimants: evidence from a social experiment*. Working paper 2005:15, Institute for Labour Market Policy Evaluation
- Hirst, M (2005). *Carer distress: A prospective, population-based study*. Social Science and Medicine 61, 677-708.
- Huisman, Van Lenthe og Mackenbach (2007). *The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups*. International Journal of Epidemiology 36 (6), 1207-1213
- Hughes, S.L.; Giobbie-Hurder, A.; Weaver F.M.; Kubal, J.D. og Henderson, W. (1999) *Relationship between caregiver burden and health-related quality of life*. Gerontologist 39, 534-545.
- Idler, E.L. og Benyamini, Y. (1997). *Self-rated health and mortality: a review of twenty seven community studies*. Journal of Health and Social Behavior. 38(1), 21-37.
- Johansson, P. og Palme, M. (2004) *Moral hazard and sickness insurance*. Journal of Public Economics 89 (9-10), 1879-1890

- Kitterød, R.H. (2012) *Foreldrenes tidsbruk: Fedre deltar mer i husarbeid og omsorg*. Samfunnsspeilet 2012 (4), 56-64
- Kitterød, R.H. (2002) *Mothers' Housework and Childcare: Growing Similarities or Stable Inequalities?*. Acta Sociologica 45 (2), 127-149
- Kitterød, R.H. og Pettersen S.V. (2006) *Making up for mothers' employed working hours? Housework and childcare among Norwegian fathers*. Work, employment and society 20 (3), 473-492
- Kjelvik, J. (2011) *Mindre del av utgiftene går til eldre*. Samfunnsspeilet 2011 (2), 23-30
- Kostøl, A.R. og Telle, K (2011) *Sykefraværet i Norge de siste tiårene – Det handler om kvinnene*. Samfunnsøkonomen 2011 (1):4-14.
- Kommunal og moderniseringsdepartementet (1997) *Om finansiering av kommunesektoren – 9. Statlige overføringer* <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/dok/nouer/1997/nou-1997-8/10.html?id=140863>
- Kristiansen, N. (2013) *Dette sier forskning om deltid*. Artikkel fra: www.forskning.no
URL:<http://www.forskning.no/artikler/2013/mai/358436>
- Kündemund, H. (2006) *Changing welfare states and the «sandwich generation»: Increasing burden for the next generation?*. International Journal of Ageing and Later Life 1(2), 11-30
- Larsen, B.; Førde, O. og Tellnes, G. (1994) *Legens rolle i sykmelding*. Tidsskrift for den norske legeforening, 114 (12), 1442-1444
- Ledyard, J.O. (1995) *Public Goods: A Survey of Experimental Research* i J.H. Kagel and A.E. Roth (eds.): *The Handbook of Experimental Economics*. Princeton: Princeton University Press.
- Lingsom, S. (1997) *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. Oslo: NOVA, rapport 6-1997
- Long, J.S. (1997). *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables (Advanced Quantitative Techniques in the Social Sciences)*. London: SAGE Publications

- Lundgaard, H og Hansen, S.B. *Kvinnene som skal klare alt*. Aftenposten 7/4/2014.
URL:http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Kvinnene-som-skal-klare-alt-7525270.html#.U6TJ7_m1bEo
- Markussen, S. (2007) *Økonomisk sykefraværsforskning: Hva vet vi, og hvor bør vi gå?*. Søkelys på arbeidslivet, 24 (1), 6s3-81.
- Markussen, S. (2007) *Kronikk: Forsiktige kvinner*. Oslo: Dagens Næringsliv 2.5.2014, s.4
- Mastekaasa, A. og Dale-Olsen, H. (1998) *Kjønnsforskjeller i sykefravær*, Oslo: ISF- Rapport 98:9
- Mastekaasa, A. og Dale-Olsen, H. (2000) *Do Women or Men have the Less Healthy Jobs? An Analysis of Gender Differences in Sickness Absence*. European Sociological Review 16 (3), 267-286
- Mastekaasa, A. (2012) *Dependent Children and Womens Sickness Absence in the EU Countries and Norway*. European Societies, 1-21, doi: 10.1080/14616696.2012.721892
- Mastekaasa, A. (2000) *Parenthood, gender and sickness absence*. Social Science and Medicine 50 (2000), 1827-1842.
- Mastekaasa, A. (2005) *Sickness absence in female- and male dominated occupations and workplaces*. Social Science and Medicine 60 (2005), 2261-2272
- Mechanic, D. (1986) *Illness behaviour: an overview*. I McHughes, S., Vallis, T.M., *Illness Behaviour: A Multidisciplinary Model*. New York: Plenum Press, 101-110.
- Melgård, M. og Gjerde, R. (2013) *Deltidsdebatt: Hareide gir beklagelse til alle kvinner som jobber deltid*. Oslo: Aftenposten 08.03.2013
- Melsom, A.M. (2006) *Sickness absence during pregnancy and the gender-balance of workplaces and occupation*. Masteroppgave UiO: Oslo
- Midtbø, T. (2012): *Stata - en entusiastisk innføring*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Mood, C. (2010) *Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do About It*. European Sociological Review, 26(1), 67-82.

Mykletun, A.; Evensen, M.; Hagen, K. og Vaage, K. (2012) *Hvorfor øker kjønnsforskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn?*. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening 49 (6), 594-596.

Mykletun, A. og Knudsen, A.K. (2009) *Psykiske lidelser i Norge – Et folkehelseperspektiv*. Folkehelseinstituttet rapport 2009 (8), 10-40

Nes, R.B. og Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2011 (2)

Nielsen, V.O. (2007) *Utviklingen i offentlige utgifter til velferdstjenester mot 2060*. Statistisk sentralbyrå økonomiske analyser 2008 (2), 11-18.

Nossen, J.P. og Thune, O. (2009) *Utvikling i sykefraværet de siste 20 år*. Arbeid og velferd 3: 13-23

NOU 2004:5 *Arbeidslivslovutvalget – Om sykefravær og uførhet*. Arbeids- og sosialdepartementet. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/asd/dok/nouer/2004/nou-2004-5/6/6/2.html?id=384886>

NOU 2010:13 *Arbeid for helse – Omfang og utvikling i sykefravær og utstøting*. Helse- og omsorgsdepartementet. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2010/nou-2010-13/4/4.html?id=628099>

NOU 1997:17 *Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste

NOU 2011:17 *Når sant skal sies om pårørendeomsorg – Omsorgslønn: Gjeldende rett og praksis og Framskrivning av befolkningsutvikling og av omsorgsbehovet*. Helse- og omsorgsdepartementet. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-17/7/1/1.html?id=660571>

NOU, 2008:17 *Skift/turnus og deltid*. Arbeids- og sosialdepartementet. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/asd/dok/nouer/2008/nou-2008-17/9/4.html?id=532459>

Nyborg, K. (2010) *Rådgiver – ikke portvakt*. Samfunnsøkonomene 2010 (3), 35-42

- Næsheim, H. og Villund, O. (2013) *Sysselsetting – deltid blant kvinner og menn. Deltidsarbeid – blir forskjellene mindre?»*. Samfunnspeilet 2013 (2), 24-27
- OECD (2011) *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*
- Otnes, B. (2012) *Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene*. NOVA rapport «Bærekraftig omsorg?» 2012 (2), 57-77.
- Ose, S.O.; Jensberg, R.E.; Reinertsen, M. Sandsund og Dyrstad, J.M. (2006). *Sykefravær, kunnskapsstatus og problemstillinger*. SINTEF helse, oktober 2006
- Pavalko, E.K. og Woodbury, S. (2000) *Social Roles as Process: Caregiving Careers and Women's Health*. Journal of Health and Social Behavior 41, 91-105.
- Pearlin, L.I.; Mullan, J.T.; Semple, M.M.; Skaff (1990) “*Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures*” Gerontologist 30, 583-594.
- Powers, D.A. (2005). *Effects of Family Structure on the risk of a first premarital birth in the presences of correlated unmeasured family effects*. Social Science Research 34, 511-537.
- Romøren, T.I. (2012) *Omsorg og forskning – Hva er omsorg og hva er omsorgsforskning?* Utdrag fra artikkel i aldring og livsløp 2008 (24), 8-12.
URL:http://www.omsorgsforskning.no/omsorg_og_forskning
- Savage, S. og Bailey, S. (2004). *The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature*. Australian Health Review 27, 111-117
- Schultz, R. og Beach, S.P. (1999). *Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study*. Journal of the American Medical Association 282, 2215-2219.
- Scott, D.K. og McClellan E.L. (1990). *Gender differences in absenteeism*. Public Personnel Management 19, 229-252.
- Shapiro, C og Stiglitz (1984) *Equilibrium Unemployment as a Worker Discipline Device*. The American Economic Review 74, 433-444.
- Sieber, S.D. (1974) *Toward a theory of role accumulation*. American Sociological Review 39, 567-578

Skog, O.J (2010). Å forklare sociale fenomener – En regresjonsbasert tilnærming. Oslo: Gyldendal Akademisk

SSB (2014) *Arbeidskraftundersøkelsen 4.kvartal 2013*. AKU, Statistisk Sentralbyrå.

URL:<http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku/kvartal/2014-01-29?fane=tabell&sort=nummer&tabell=160536>

SSB (2008) *Befolkningsframskrivinger, 2008-2060*. Statistisk Sentralbyrå.

URL:<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2008-05-08>

SSB (2012) *Befolkningsframskrivinger 2012-2100*. Statistisk sentralbyrå.

URL:<http://www.ssb.no/folkfram/>

SSB (2012) *Foreldrenes gjennomsnittsalder ved fødsler*. Statistisk sentralbyrå.

URL:<http://www.ssb.no/a/aarbok/tab/tab-072.html>

SSB (2013) *Sykefravær 3. kvartal 2013*. Statistisk sentralbyrå.

URL:<http://www.ssb.no/sykefratot/>

Statens arbeidsmiljøinstitutt (2008) *Høyest sykefravær blant lavt utdannede*.

URL:<http://www.stami.no/hoyest-sykefravar-blant-lavt-utdannede>

Statens personalhåndbok (2014) *Kapittel 7.3.22 paragraf 22*.

Velferdspermisjoner http://lovdata.no/dokument/SPH/sph-2014/kap7#fotnote_KAPITTEL_7-3-22_2

St.meld.nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld.nr. 46 (2012-2013) *Flere i arbeid*. Oslo: Arbeidsdepartementet

St.meld.nr. 50 (1996-1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Svalund, J. (2011) *Undersysselsetting og ufrivillig deltid*. FAFO-rapport 2011:34, 3-64

Sundell, T. (2013) *Utviklingen i sykefraværet, 1. kvartal 2013*. NAV notat

UCLA (2014) *Stata Data Analysis Examples – Poisson Regression*. Institute for Digital Research and Education (IDRE): California, USA <http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/dae/poissonreg.htm>

Ugreninov, Elisabeth (2012) *Fører kombinasjonen av yrkesaktivitet og omsorg for hjelpetrengende foreldre til høyt sykefravær?*. Tidsskrift for velferdsforskning 15 (3),192-206

Ugreninov, Elisabeth (2012) *Kvinner mellom arbeid og omsorgsforpliktelser – fokus på lønnsutvikling og sykefravær*. Ph.D-avhandling Oslo: UiO

Ugreninov, Elisabeth (2013). *Offspring in Squeeze: Health and Sick Leave Absence among Middle-aged Informal Caregivers*. Journal of Population Ageing, 6 (4), 323-338.

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

Voss, M.; Floderus, B. og Diderichsen, F. (2008) *How Do Job Characteristics, Family Situation, Domestic Work, and Lifestyle Factors Relate to Sickness Absence?*. Journal of Occupational & Environmental Medicine. 46(11), ss. 1134-1143.

Wærness, K. (1982) *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget

Ytteborg, H. (2014) *Stabilt sykefravær i 4. kvartal 2013*. NAV Notat

Zeileis, Achim; Kleiber, Christian; Jackman, Simon *Regression Models for Count Data in R*. Universitat at Innsbruck: Austria
URL:<http://cran.rproject.org/web/packages/pscl/vignettes/countreg.pdf>

Østby, Lars (2004) *Ikke blant Europas største, men dyrt kan det bli*. Samfunnsspeilet 2004 (1), 2-9.

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

Antall ord i denne oppgaven er: 39 596

Vedlegg 1.

Gjennomsnitts- og medianinntekt (i kroner) etter langtidsfravær eller ikke og etter omsorgsgrupper

Gjennomsnitt- og medianinntekt for minst ett langtidsfravær og ikke langtidsfravær (i kroner)

	Minst ett langtidsfravær	Uten langtidsfravær
Gjennomsnittsinntekt	366852,2	375532,6
Medianinntekt	350000	350000

Gjennomsnitt- og medianinntekt for alle fire omsorgskategorier (i kroner)

	«Dobbeltomsorg»	«Foreldreomsorg»	«Barneomsorg»	«Ingen omsorg»
Gjennomsnittsinntekt	352029	368871	398332,1	364794,4
Medianinntekt	340000	350000	370000	350000

Vedlegg 2.

Hurdleanalyse på sannsynligheten for og antall uker sykefravær over 16 dager.

Inkludert kontinuerlig aldersvariabel og alder kvadrert i stedet for aldersdummyer.

	Sykefravær over 17 dager			
	Logit	Robust st.f.	Neg.bi.	Robust st.f.
<i>Omsorgstypologier</i>				
"Barneomsorg"	ref.		ref.	
"Dobbelomsorg"	-0,539	0,361	0,372	0,255
"Foreldreomsorg"	-0,193	0,19	0,009	0,166
"Ingen omsorg"	-0,216 *	0,1	-0,116	0,086
<i>Individuelle kjennetegn</i>				
Egenrapportert dårlig helse	0,794 ***	0,095	0,258 ***	0,688
Uten partner	0,165	0,105	0,046	0,085
Hovedansvar for husarbeid - har partner	0,117	0,093	0,024	0,077
Partner høy arbeidsbyrde	-0,238 *	0,111	-0,038	0,093
Alder	-0,052 ^	0,032	0,0008	0,027
Alder kvadrert	0,0005	0,0003	0,0001	0,0003
<i>Utdanningsnivå</i>				
Grunnskole	0,164	0,112	0,014	0,086
Videregående	ref.		ref.	
Høyere utdanning (høgskole/universitet)	-0,137	0,087	-0,637	0,072
<i>Arbeidsforhold</i>				
Privat sektor	-0,219 ***	0,083	-0,051	0,072
Deltid	-0,095	0,086	0,022	0,068
Flexibel arbeidstid	-0,32	0,089	-0,088	0,069
Midlertidig ansatt	-0,681 ***	0,154	0,174	0,109
<i>Konstantledd</i>				
	-0,018 ***	0,715	2,413 ***	0,614
/lnalpha			-0,023	0,065
Pseudo R2				
AIC	2,381			
N	4576			
^ p<0,1, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001				

Vedlegg 3.

Resultater fra logistisk regresjonsanalyse for kvinner som jobber deltid etter utdanningsnivå

Deltid	Coef.	Std.Err.	T	P> t
Høyere utdanning	-0,137	0,014	-9.39	0.000
Grunnskole	0,059	0,019	3.07	0.002
Konstantledd	0,420	0,010	39.90	0.000

Vedlegg 4.

Samspill mellom omsorgsgrupper og fleksibel arbeidstidsordning, separat for heltidsarbeidende kvinner.

1. Hurdleanalyse på sannsynligheten for og antall uker sykefravær over 16 dager for heltidsarbeidende kvinner. Inkludert samspillsledd mellom «dobbeltomsorg» og fleksibel arbeidstid.

Logiten for minst ett langtidsfravær for referansegruppen er -1,0. De som ikke har omsorgsforpliktelser har lavere sannsynlighet for langtidsfravær (-0,26). De som har egenrapportert dårlig helse har høyere sannsynlighet for langtidsfravær (0,77). De som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå har høyere sannsynlighet for langtidsfravær (-0,28). Kvinner som jobber i privat sektor (-0,19) eller er midlertidig ansatt (-0,65) har lavere sannsynlighet for langtidsfravær. Samspillsleddet mellom «dobbeltomsorg» og fleksibel arbeidstid er ikke signifikant. Ei heller de øvrige kontrollvariablene.

Den negativ binomiale analysen viser at log count for forventet antall sykefraværsuker for referansegruppen er 2,72. De med egenrapportert dårlig helse har høyere sannsynlighet for lengre varighet på sykefraværet (0,25) Log count for samspillsleddet mellom «dobbeltomsorg» og fleksibel arbeidstid er ikke signifikant, ei heller de øvrige kontrollvariablene.

	Logit		Neg.bi.	
<i>Omsorgstypologier</i>				
"Barneomsorg"	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
"Dobbeltomsorg"	-0,841	<i>0,92</i>	0,303	<i>0,22</i>
"Foreldreomsorg"	-0,162	<i>0,23</i>	0,207	<i>0,18</i>
"Ingen omsorg"	-0,265 *	<i>0,12</i>	-0,048	<i>0,1</i>
<i>Individuelle kjennetegn</i>				
Egenrapportert dårlig helse	0,774 ***	<i>0,12</i>	0,256 **	<i>0,08</i>
Uten partner	0,208 ^	<i>0,12</i>	0,045	<i>0,1</i>
Hovedansvar for husarbeid - har partner	0,129	<i>0,11</i>	0,077	<i>0,09</i>
Partner høy arbeidsbyrde	-0,202	<i>0,13</i>	-0,006	<i>0,11</i>
Alder 25-29	0,091	<i>0,18</i>	-0,271	<i>0,15</i>
Alder 30-39	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
Alder 40-49	-0,244 ^	<i>0,12</i>	0	<i>0,11</i>
Alder 50-59	0,015	<i>0,14</i>	0,051	<i>0,12</i>
Alder 60-67	-0,218	<i>0,2</i>	0,204	<i>0,16</i>
Inntekt	0 **	<i>0</i>	0	<i>0</i>
<i>Utdanningsnivå</i>				
Grunnskole	0,287 *	<i>0,14</i>	0,199	<i>0,1</i>
Videregående	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
Høyere utdanning (Høgskole/Universitet)	-0,043	<i>0,1</i>	-0,021	<i>0,08</i>
<i>Arbeidsforhold</i>				
Privat sektor	-0,194 *	<i>0,1</i>	-0,037	<i>0,08</i>
Fleksibel arbeidstid	0,02	<i>0,11</i>	-0,101	<i>0,08</i>
Midlertidig ansatt	-0,651 ***	<i>0,2</i>	0,16	<i>0,13</i>
Dobbeltomsorg*fleksibel arbeidstid	0,212	<i>1,06</i>	0,354	
<i>Konstantledd</i>	-1,003 ***	<i>0,18</i>	2,279 ***	<i>0,16</i>
2LL	-4077,8			
/lnalpha			-0,066	<i>0,07</i>
AIC	2,356			
N	3478			

*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05, ^ p<0,1
(borderline signifikans). Robuste
standardfeil i kursiv

2. Hurdleanalyse på sannsynligheten for og antall uker sykefravær over 16 dager for heltidsarbeidende kvinner. Inkludert samspillsledd mellom «foreldreomsorg» og fleksibel arbeidstid.

Logiten for minst ett langtidsfravær for referansegruppen er -0,99. «Uten omsorgsforpliktelser» gir lavere sannsynlighet for langtidsfravær (-0,31). De som har egenrapportert dårlig helse har høyere sannsynlighet for langtidsfravær (0,74), det samme gjelder de som er uten partner (0,20) og de som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå (0,28). De som jobber i privat sektor (-0,19) og de som er midlertidig ansatt (-0,65) har lavere sannsynlighet for langtidsfravær. De andre kontrollvariabelen er ikke signifikante. Samspillsleddet mellom «foreldreomsorg og fleksibel arbeidstid er heller ikke signifikant.

Den negativ binomiale analysen viser at log count for forventet antall sykefraværsuker for referansegruppen er 2,74. Log count for kvinner med «dobbelomsorg» er forventet å øke med 0,59, det samme gjelder kvinner med dårlig egenrapportert helse (0,25). Log count for kvinner i aldersgruppen 25-29 forventet å synke (-0,27). Samspillsleddet mellom «foreldreomsorg» og fleksibel arbeidstid er borderline signifikant med $p \geq 0,052$. Log count for forventet antall sykefraværsuker for kvinner med «foreldreomsorg» og fleksibel arbeidstid er forventet å øke med 0,4. Ingen av de øvrige kontrollvariablene er signifikante.

3. Hurdleanalyse på sannsynligheten for og antall uker sykefravær over 16 dager for heltidsarbeidende kvinner. Inkludert samspillsledd mellom «barneomsorg» og fleksibel arbeidstid.

Logiten for minst ett langtidsfravær for referansegruppen er -0,96. De som har egenrapportert dårlig helse har høyere sannsynlighet for langtidsfravær (0,74), det samme gjelder de som ikke har partner (0,20) og de som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå (0,28). Aldersgruppen 40-49 har lavere sannsynlighet for langtidsfravær (0,22), koeffisienten er borderline signifikant ($p < 0,8$). De som jobber i privat sektor har lavere sannsynlighet for langtidsfravær (-0,19), det samme gjelder de som er midlertidig ansatt (-0,65). Samspillsleddet mellom barneomsorg og fleksibel arbeidstid er ikke signifikant, det samme gjelder de øvrige kontrollvariablene. signifikant.

Den negativ binomial analysen viser at log count for forventet antall sykefraværsuker for referansegruppen er 2,84. Log count for kvinner med egenrapportert dårlig helse er forventet å øke med 0,25. Ingen av de andre kontrollvariablene er signifikante, heller ikke samspillsleddet mellom «barneomsorg» og fleksibel arbeidstid.

4. Hurdleanalyse på sannsynligheten for og antall uker sykefravær over 16 dager for heltidsarbeidende kvinner. Inkludert samspillsledd mellom «ingen omsorg» og fleksibel arbeidstid.

Logiten for minst ett langtidsfravær for referansegruppen er -1,00. Kvinner med dårlig egenrapportert helse har høyere sannsynlighet for langtidsfravær (0,74), det samme gjelder kvinner uten partner (0,20). Kvinner i aldersgruppen 40-49 (-0,22) har lavere sannsynlighet for langtidsfravær, mens de som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå har høyere sannsynlighet for langtidsfravær (0,28). De som jobber i privat sektor (-0,19) og de som er midlertidig ansatt (-0,65) har lavere sannsynlighet for langtidsfravær. De andre kontrollvariablene er ikke signifikante. Samspillsleddet mellom «foreldreomsorg og fleksibel arbeidstid er heller ikke signifikant.

Den negativ binomiale analysen viser at log count for forventet antall sykefraværsuker for referansegruppen er 2,77. Log count for kvinner med «dobbelomsorg» er forventet å øke med 0,60, det samme gjelder kvinner med egenrapportert dårlig helse (0,25) Ingen av kontrollvariablene er signifikante, ei heller samspillsleddet mellom ingen omsorg og fleksibel arbeidstid.

	2.		3.		4.	
Logit						
<i>Omsorgstypologier</i>						
"Barneomsorg"	ref.		ref.		ref.	
"Dobbeltomsorg"	-0,674	0,47	-0,729	0,5	-0,675	0,47
"Foreldreomsorg"	-0,362	0,4	-0,215	0,28	-0,161	0,23
"Ingen omsorg"	-0,265 *	0,12	-0,319	0,21	-0,256	0,2
<i>Individuelle kjennetegn</i>						
Egenrapportert dårlig helse	0,744 ***		0,744 ***		0,743 ***	
Uten partner	0,209	0,12	0,207	0,12	0,208	0,12
Hovedansvar for husarbeid - har partner	0,131	0,11	0,128	0,11	0,129	0,11
Partner høy arbeidsbyrde	-0,202	0,13	-0,201	0,13	-0,202	0,13
Alder 25-29	0,089	0,18	0,09	0,18	0,09	0,18
Alder 30-39	ref.		ref.		ref.	
Alder 40-49	-0,223	0,12	-0,224	0,12	-0,224	0,12
Alder 50-59	0,015	0,14	0,016	0,14	0,015	0,14
Alder 60-67	-0,214	0,2	-0,216	0,2	-0,219	0,2
Inntekt	0 **	0	0 **	0	0 **	0
<i>Utdanningsnivå</i>						
Grunnskole	0,288 *	0,14	0,287 *	0,14	0,287 *	0,14
Videregående	ref.		ref.		ref.	
Høyere utdanning (Høgskole/Universitet)	-0,041	0,1	-0,042	0,1	-0,043	0,1
<i>Arbeidsforhold</i>						
Privat sektor	-0,194 *	0,1	-0,193 *	0,1	-0,194 *	0,1
Fleksibel arbeidstid	0,005	0,11	0,042	0,12	0,028	0,17
Midlertidig ansatt	-0,651 ***	0,2	-0,651 ***	0,2	-0,651 ***	0,2
Foreldreomsorg*fleksibel arbeidstid	0,29	0,45				
Barneomsorg*fleksibel arbeidstid			0,071	0,22	-0,011	0,21
Ingen omsorg*fleksibel arbeidstid						
<i>Konstantledd</i>	-0,992 ***	0,18	-0,965 ***	0,22	-1,009 ***	0,21
Negativ binominal						
<i>Omsorgstypologier</i>						
"Barneomsorg"	ref.		ref.		ref.	
"Dobbeltomsorg"	0,599 *	0,25	0,414	0,28	0,603 *	0,26
"Foreldreomsorg"	0,175	0,21	0,024	0,22	0,209	0,18
"Ingen omsorg"	-0,048	0,1	-0,224	0,16	-0,122	0,15
<i>Individuelle kjennetegn</i>						
Egenrapportert dårlig helse	0,256 **	0,08	0,253 **	0,08	0,253 **	0,08
Uten partner	0,039	0,1	0,037	0,1	0,044	0,1
Hovedansvar for husarbeid - har partner	0,076	0,09	0,077	0,09	0,08	0,09
Partner høy arbeidsbyrde	0,00	0,1	0,003	0,11	-0,006	0,11
Alder 25-29	-0,271	0,15	-0,275	0,15	-0,278	0,15

Alder 30-39	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
Alder 40-49	0,005	<i>0,11</i>	0,012	<i>0,11</i>	0,004	<i>0,1</i>
Alder 50-59	0,058	<i>0,12</i>	0,061	<i>0,12</i>	0,053	<i>0,12</i>
Alder 60-67	0,212	<i>0,16</i>	0,219	<i>0,16</i>	0,208	<i>0,16</i>
Inntekt	0	<i>0</i>	0	<i>0</i>	0	<i>0</i>
<i>Utdanningsnivå</i>						
Grunnskole	0,113	<i>0,1</i>	0,114	<i>0,1</i>	0,115	<i>0,1</i>
Videregående	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
Høyere utdanning (Høgskole/Universitet)	-0,022	<i>0,08</i>	-0,025	<i>0,08</i>	-0,023	<i>0,08</i>
<i>Arbeidsforhold</i>						
Privat sektor	-0,036	<i>0,08</i>	-0,039	<i>0,08</i>	-0,037	<i>0,08</i>
Fleksibel arbeidstid	-0,124	<i>0,08</i>	-0,023	<i>0,09</i>	-0,162	<i>0,13</i>
Midlertidig ansatt	0,162	<i>0,13</i>	0,152	<i>0,13</i>	0,156	<i>0,13</i>
Foreldreomsorg*fleksibel arbeidstid	0,505	<i>0,26</i>				
Barneomsorg*fleksibel arbeidstid			-0,235	<i>0,17</i>		
Ingen omsorg*fleksibel arbeidstid					0,102	<i>0,16</i>
<i>Konstantledd</i>	2,741 ***	<i>0,16</i>	2,843 ***	<i>0,18</i>	2,773 ***	<i>0,18</i>
N	3478		3478		3478	

*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05, ^ p<0,1 . Robuste standardfeil i kursiv

Vedlegg 5.

Robusttest/sensitivitetstest hurdle separat for heltidsarbeidende med minst èn forelder i live.

	Logit		Neg.bi.	
<i>Omsorgstypologier</i>				
"Barneomsorg"	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
"Dobbeltomsorg"	-0,648 ^	0,382	0,343	0,293
"Foreldreomsorg"	-0,203	0,21	0,057	0,182
"Ingen omsorg"	-0,292 *	0,113	-0,063	0,1
<i>Individuelle kjennetegn</i>				
Egenrapportert dårlig helse	0,812 ***	0,111	0,235 **	0,083
Uten partner	0,148	0,121	0,031	0,104
Hovedansvar for husarbeid - har partner	0,092	0,105	0,005	0,09
Partner høy arbeidsbyrde	-0,231 ^	0,123	-0,059	0,107
Alder 25-29	0,177	0,156	-0,164	0,134
Alder 30-39	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
Alder 40-49	-0,178	0,115	0,038	0,108
Alder 50-59	0,079	0,148	0,059	0,128
Alder 60-67	0,058	0,256	0,394	0,21
Inntekt	-4,69 *	2,17	-2,18 ^	3
<i>Utdanningsnivå</i>				
Grunnskole	0,131	0,131	-0,015	0,109
Videregående	<i>ref.</i>		<i>ref.</i>	
Høyere utdanning (Høgskole/Universitet)	-0,145	0,1	-0,035	0,087
<i>Arbeidsforhold</i>				
Privat sektor	-0,198 *	0,095	-0,099	0,085
Fleksibel arbeidstid	-0,2	0,102	-0,121	0,083
Midlertidig ansatt	-0,802 ***	0,174	0,014	0,135
Deltid	-0,113	0,1	-0,048	0,087
<i>Konstantledd</i>	-0,984 ***	0,171	2,767 ***	0,172
2LL	4172,05			
/lnalpha			0,039	0,074
AIC	2,334			
N	3592			

*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05, ^ p<0,1 (borderline signifikans). Robuste standardfeil i kursiv