

ANDREAS RAVNDAL KOSTØL
Forskerrekrutt, Statistisk sentralbyrå

KJETIL TELLE
Forskningsleder, Statistisk sentralbyrå



Sykefraværet i Norge de siste tiårene¹

Det handler om kvinnene

Sykefraværsprosenten for menn har vært stabil eller fallende fra 1970-tallet og frem til i dag. Sykefraværet blant kvinner har imidlertid økt betydelig. Mens kvinners sykefravær var lavere enn menns fravær i 1979, er kvinners fravær i dag rundt 60 prosent høyere enn menns. Hvorfor har kvinners fravær økt så mye når menns fravær er uforandret? Forskningslitteraturen om sykefravær, som vi forsøker å oppsummere her, synes påfallende blind for dette viktige utviklingstrekket i sykefraværet. Vi konkluderer med at mer kunnskap om kvinners sykefravær kan være nøkkelen til redusert sykefravær i Norge.

BAKGRUNN

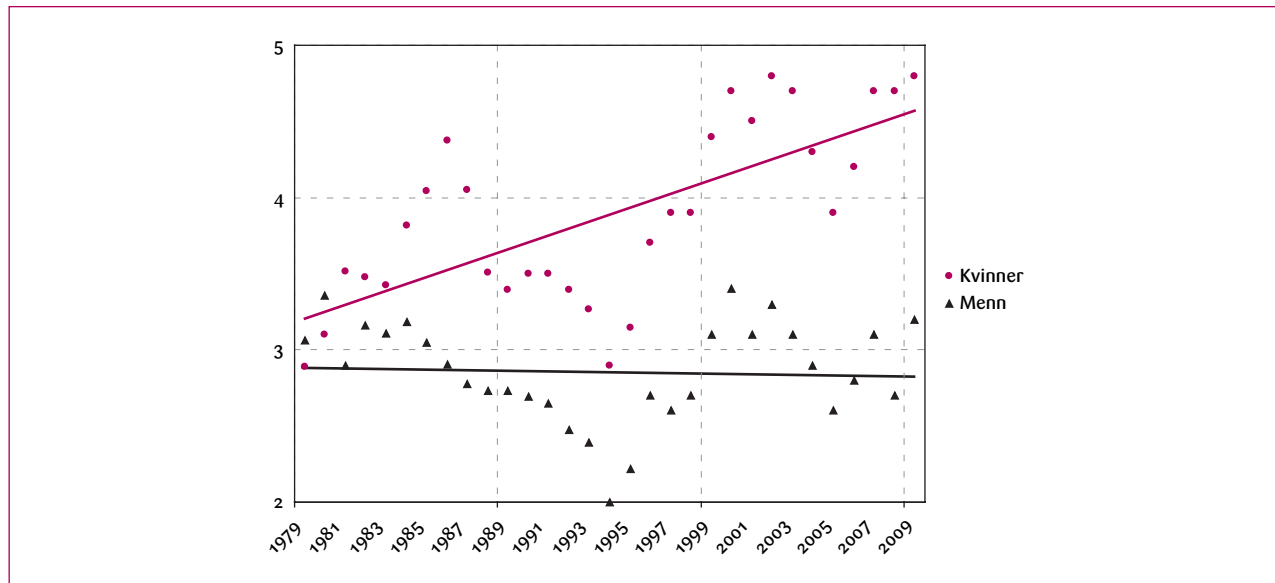
Siden 1972 har sykefraværsprosenten i arbeidskraftundersøkelsene (AKU) økt med nesten 40 prosent. Det mest påfallende er at økningen i sykefraværet har skjedd samtidig som arbeidslivet er blitt langt mindre fysisk belastende og de fleste mål på helsetilstanden til den yrkesaktive delen av befolkningen viser forbedring (Bjørngaard mfl. 2009, Ihlebæk mfl. 2007, Almlidutvalget 2010). Innenfor den samfunnsvitenskapelige og den medisinske litteraturen (i vid forstand) er det således bred enighet om at det ikke er noen entydig sammenheng mellom sykdom i tradisjonell forstand og økende sykefravær (Almlidutvalget 2010, Mykletun mfl. 2010). Selv om en eller annen form

for sykdom eller lidelse er en forutsetning for sykefravær, vil den samme helsetilstanden hos ulike personer (eller i ulike situasjoner) kunne ha helt ulike konsekvenser for arbeidsførhet og sykefravær.

Det har lenge vært kjent at fraværet blant kvinner er høyere enn blant menn. Almlidutvalget (2010) understreker at de store forskjellene i utviklingen i sykefraværet for kvinner og menn de siste tiårene har fått for liten oppmerksomhet. Utviklingen i sykefraværet for menn og kvinner for perioden 1979–2009 er gjengitt i figur 1. Tallene bygger på AKU, som representerer den eneste tilgjengelige kilden til rimelig tidskonsistente mål på sykefraværet i Norge så

¹ Vi vil gjerne takke Roger Bjørnstad, Erling Holmøy, Stein Knardahl, Ivar Sønbo Kristiansen, Thor Olav Thoresen, Steinar Westin, Helge Næsheim og en anonym konsulent for nyttige diskusjoner og kommentarer til tidligere utkast. Artikkelen bygger på Kostøl (2010).

Figur 1. Sykefraværprosenten, etter kjønn basert på arbeidskraftundersøkelsen (AKU). Årsgjennomsnitt 1979–2009



¹Trendlinjene er basert på minste kvadraters metode.

Datakilde: Almlidutvalget (2010).

langt tilbake i tid.² Figuren viser at sykefraværet for menn har vært flatt eller fallende, mens det for kvinner har økt med nesten 70 prosent fra 1979 til 2009.

Med utgangspunkt i dette økende gapet mellom menns og kvinners sykefravær går vi her gjennom hypoteser og empirisk forskning og stiller spørsmålet: Hvor betydningsfulle synes de ulike forklaringene på økende sykefravær når vi tar hensyn til at det kun er kvinnenes fravær som har økt? Når vi forsøker å ta den svært ulike utviklingen i kvinners og menns sykefravær på alvor, fremtrer noen av

² AKU er en intervjuundersøkelse blant et representativt utvalg av befolkningen i alderen 15-74 år. De sysselsatte som ikke utførte arbeid i det hele tatt i referanseuken, svarer på om fraværet skyldtes egen sykdom. Denne andelen utgjør sykefraværprosenten i AKU. I sykefraværstatistikken fra NAV og SSB (finnes fra år 2000) er sykefraværprosenten langt høyere enn i AKU, noe som i hovedsak skyldes ulike definisjoner av sykefravær. Selv om nivået er ulikt, er utviklingen i sykefraværet relativt lik i de to kildene. En sykefraværprosent basert på sykepengedager viser også en langt større økning for kvinner enn for menn over perioden 1989 til 2008 (Nossen og Thune 2009). Fra 1956 til 2001 hadde også NHO en statistikk over sykefraværet i medlemsbedriftene. Også denne statistikken viser at kvinners sykefravær har økt sammenliknet med menns (se for eksempel Gjesdal 2005). Dale-Olsen og Markussen (2010) påpeker at NHO-statistikken ikke måler utviklingen i sykefravær for alle sysselsatte i Norge, men for et utvalg ansatte som særlig jobber i industribedrifter. De påpeker videre at arbeidsforholdene i NHO-bedriftene er vesentlig endret i dag sammenliknet med for 30 år siden. Økt automatisering, mer HMS og mindre manuelt arbeid skulle i seg selv tale for lavere sykefravær i industri sektoren. NHO-statistikken for kun funksjonærer viser en betydelig økning i fraværet for kvinner i forhold til menn (Gjesdal 2005).

de vanligste forklaringene på økende sykefravær som mindre betydningsfulle. Andre forklaringer fortjener nærmere undersøkelser.³ Vi konkluderer med at vi vet alt for lite om årsakene til kjønnsforskjellene, og at mer kunnskap om kvinners sykefravær kan være nøkkelen til redusert sykefravær i Norge.

SAMMENSETNINGSEFFEKTER

En noe omtalt og nærliggende forklaring på økt sykefravær blant kvinner knytter seg til kvinners økte yrkesdeltakelse (Bjørnstad og Sollie 2006, Bjørnstad 2006, 2010). Andelen av alle kvinner i yrkesaktiv alder som er sysselsatt, har økt fra rundt 60 prosent i 1979 til rundt 75 prosent i dag (se figur 2). Kvinnene har altså fremdeles noe lavere yrkesdeltakelse enn menn.

Vi kan tenke oss mist to hovedforklaringer på at den økte yrkesdeltakelsen blant kvinner skulle kunne ha medført sterkt økende sykefravær.

³ Se for eksempel Bjørnstad (2006, 2010), Nossen og Thune (2009) eller Dale-Olsen og Markussen (2010) for oppsummeringer av utviklingen i sykefraværet i Norge de siste tiårene. Bjørnstad (2006, 2010) og Nossen og Thune (2009) bygger på sykepengestatistikken, mens Dale-Olsen og Markussen (2010) benytter AKU. Alle disse tidligere studiene viser at det er kvinners sykefravær som øker mest, men de drøfter i liten grad hvordan de ulike årsakene til sykefravær kun skulle kunne påvirke kvinnene.

Figur 2. Sysselsatte som andel av befolkningen i yrkesaktiv alder (AKU og befolkningsstatistikk). Årsgjennomsnitt 1979–2009



Datakilde: Statistisk sentralbyrå.

Den første hovedforklaringen kan være knyttet til kvinners arbeidsførhet. Anta at de mest arbeidsføre av kvinnene allerede var i jobb i 1979, og at de kvinnene som har kommet inn i arbeidslivet siden den gang, er mindre arbeidsføre. Dersom de nye kvinnene som har trent arbeidsmarkedet, er tilstrekkelig arbeidsuføre, vil dette kunne forklare den store økningen i kvinners sykefravær, se figur 1. Men fordi kvinner fremdeles har lavere yrkesdeltakelse enn menn, bygger dette resonnementet på et premiss om at kvinner har lavere arbeidsførhet enn menn (eller iallfall at en større andel av kvinner enn menn har lavere arbeidsførhet eller er arbeidsuføre). Er dette premisset rimelig? Noen argumenter kan støtte dette.

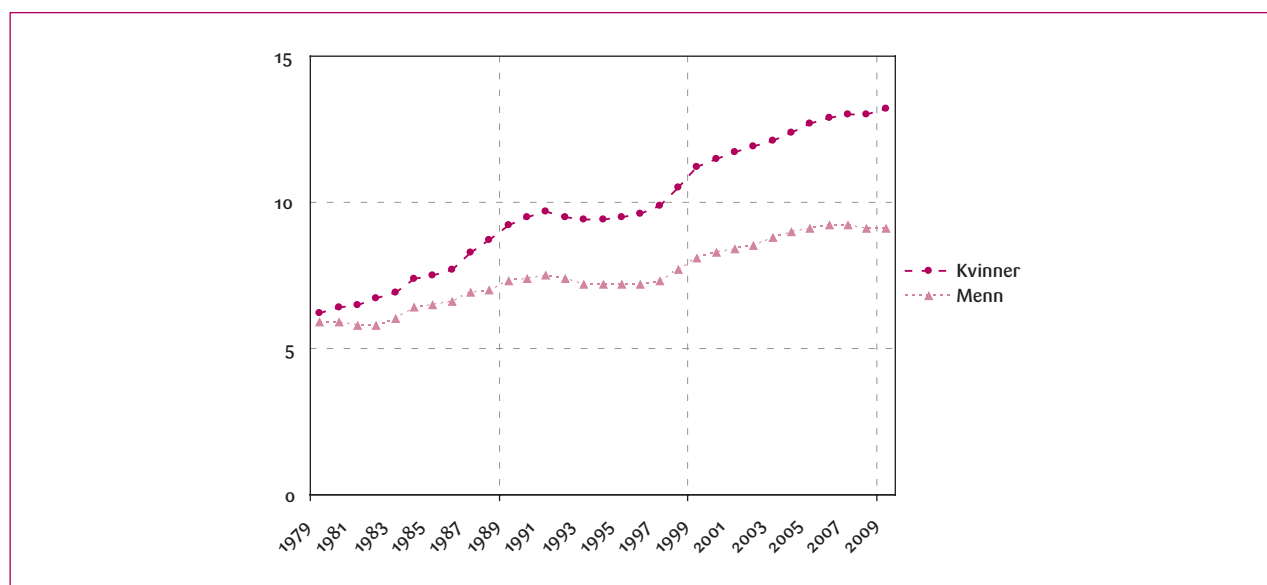
Et argument er at kvinner er eller oppfatter seg som mer syke enn menn. Dette understøttes av at kvinner hyppigere enn menn besøker lege. Kvinner kan også ha sykdom og lidelse knyttet til svangerskap, og dette påvirker kvinners sykefravær både når vi ser på legers bruk av svangerskapsrelaterte diagnoser og på kvinner som faktisk er gravide (Myklebø 2007, Mykletun mfl. 2010). Dersom en større andel av de yrkesaktive kvinnene i dag sammenliknet med på 1970 tallet er gravide, kan dette forklare det økte sykefraværet. I 1979 var det om lag 34 kvinner som fødte (målt ved rett til fødselspenger) per 1 000 sysselsatte kvinner, mens det tilsvarende tallet i 2005 var omtrent 40 (Bjørnstad 2006). Selv om det altså er en noe

større andel av de yrkesaktive kvinnene som føder i dag, fremtrer økningen som altfor beskjeden til å kunne forklare mye av det økte sykefraværet blant kvinner siden 1979.⁴ I Mykletun mfl. (2010), som riktignok betrakter en kortere tidsperiode, fremkommer det også at svangerskapsrelaterte lidelser bare delvis kan forklare økende sykefravær blant yngre kvinner. Almlidutvalget (2010) har en gjennomgang av utviklingen i diagnoser for kvinner og menn etter årtusenskiftet, og utvalget oppsummerer med at graviditet og andre helseproblemer som er spesielle for kvinner, bare delvis kan forklare kjønnsforskjellene i sykefraværet.

Dale-Olsen og Markussen (2010) finner at sykefraværet til kvinner ikke påvirkes av alderssammensetninger i arbeidsstyrken siden 1972, og beregninger gjort for Mykletun mfl. (2010) viser at aldersstruktur i liten grad har påvirket sykefraværet siden årtusenskiftet. Det kan tenkes at dette henger sammen med kvinners høyere overgang til uføreytelser – Biørn mfl. (2010) finner at kvinner i større grad, og i tidligere alder enn menn, sorteres ut av arbeidsstyrken. Figur 3 viser utviklingen i andelen kvinner og menn som mottar

⁴ Alderen på kvinner når de får barn, er høyere i dag enn tidligere (Rønsen 2005), noe som vel kan medføre flere komplikasjoner og lidelser under svangerskapet, men også andre forventninger og holdninger til det å være gravid. Vi kjenner ikke til studier om dette, men det fremtrer som et interessant spørsmål å se nærmere på.

Figur 3. Mottakere av uføreytelser, etter kjønn, i prosent av den relevante befolkningen ved utgangen av året. 1979–2009



Datakilde: Almlidutvalget (2010).

uføreytelser i perioden 1979–2009. Vi kunne tenkt oss at kvinners høyere sykefravær skyldes at kvinnene i større grad klarte (eller måtte) stå i arbeid til tross for betydelig arbeidsuførhet. Bildet vi ser i figur 3, tyder snarere på det motsatte. Uføreraten for menn og kvinner var på samme nivå i 1979, mens i dag er raten nesten 50 prosent høyere for kvinner enn menn. At de mest arbeidsuføre kvinnene på denne måten forlater arbeidsmarkedet, vil isolert sett redusere sykefraværsprosenten for kvinnene. Det er således grunn til å tro at sykefraværsprosenten til kvinnene ville økt betydelig mer enn hva som fremkommer i figur 1, om det ikke hadde vært for kvinnenes tiltakende overgang til uføreytelser. Betydningen av alderssammensetning for utviklingen i figur 1 er derfor ikke klar, og det fremstår som viktig å analysere dette nærmere.

Et annet argument er at kvinner i større grad enn menn tar ansvar for barn og hjem, for eksempel ved at kvinner er mer hjemme når barn er syke. I prinsippet skulle ikke fravær som følge av andres sykdom inkluderes i tallene i figur 1, men det kan tenkes at det har forekommet feilregistreringer, eller at det kan være vanskelig å si om man er hjemme på grunn av egen eller andres sykdom. Det kan

også tenkes at denne doble arbeidsbyrden er så belastende at det går ut over arbeidsførheten.⁵

Den andre hovedforklaringen kan være at kvinner har kommet inn i yrker eller sektorer med høyt sykefravær. Økt bemanning i helse- og sosialtjenestene kan tjene som et eksempel, der det i all hovedsak jobber kvinner, og der sykefraværet er høyt – også i andre sammenliknbare land (Almlidutvalget 2010). Siden en større andel av de yrkesaktive kvinnene jobber i helse- og sosialtjenestene i dag enn i 1979, vil denne sammensetningseffekten isolert sett kunne bidra til å forklare det økende sykefraværet blant kvinner. Mastekaasa og Olsen (1998) sammenlikner imidlertid sykefravær mellom kvinner og menn som jobber innenfor samme sektor og yrke, og finner at fraværet blant kvinner fremdeles er langt høyere enn det er blant menn. Markussen mfl. (2009) kontrollerer for en rekke individspesifikke kjennetegn og finner at kvinners langtidssykefravær likevel ligger 33–75 prosent over menns. Almlidutvalget (2010) går også langt i å tilbakevise at det er viktige sektor- eller yrkesspesifikke grunner til at sykefraværet er høyere i helse- og omsorgssektoren enn

⁵ Tall i Nossen og Thune (2009) viser at kvinner har mer korttidsfravær i forhold til langtidsfravær enn menn, noe vi vel ville kunne observere dersom kvinner var mer hjemme på grunn av andres sykdom. Under drøfter vi i tillegg om forventninger knyttet til kvinners rolle som både yrkesaktive og husmødre kan bidra til lidelser som øker sykefraværet.

ellers. Beregninger gjort for Mykletun mfl. (2010) viser at endringer i nærings sammensetning i liten grad har påvirket sykefraværsprosenten siden årtusenskiftet. Dale-Olsen og Markussen (2010) finner sågar at utviklingen i kvinners sykefravær er upåvirket av endringer i alders-, utdannings- og nærings-sammensetning fra 1972 til 2008. De finner imidlertid også at slike sammensetningseffekter skulle tilsi 15–20 prosent lavere fravær for menn enn det statistikken viser. Slike sammensetningseffekter kan derfor forklare noe av økningen i forskjellen mellom menns og kvinners sykefravær, men det kan altså i liten grad forklare det økende fraværet blant kvinner. Vi kan oppsummere med at sektorsammensetningseffekter ser ut til å ha begrenset betydning for økningen i kvinners sykefravær, men dette er likevel et område der det er behov for mer kunnskap.

ÅRSAKSFORKLARINGER OG AVGRENSNINGER

Det er åpenbart at det er mange mulige og svært ulike former for sammensetningseffekter. Rene sammensetningseffekter er som sådan ofte av begrenset verdi ved utforming av politikktiltak – dersom kvinner faktisk er mindre arbeidsføre enn menn, så er neppe politikimplikasjonen å forsøke å holde kvinnene utenfor yrkeslivet. Politikimplikasjonen er snarere å samle kunnskap som gjør det mulig å designe politikktiltak som kan bidra til å redusere kvinners sykefravær.

Forskningen vi vil presentere, går mer i dybden etter årsaksforklaringer enn hva mange av sammensetningshypotesene gjør, og denne forskningen kan dermed gi et bedre grunnlag for å forstå sammenhengene mellom politikktiltak og sykefravær. Vårt mål er således å peke på kunnskap som kan være viktig for utforming av effektive politikktiltak.

Vi har fokusert på empiriske og kvantitative samfunnsvitenskapelige studier, noe som betyr at bidrag fra disipliner som sosialmedisin og psykologi får mindre oppmerksomhet.⁶ Det synes som om også medisinsk forskning mangler veldokumenterte forklaringer på kjønnsforskjellene

i sykefraværet,⁷ og en av konklusjonene i oppsummeringsartikkelen til Bjørngaard mfl. (2009) er eksempelvis at «det er grunn til å opprettholde at kjønnspektivet i trygdeforskningen er viktig». I Almlidutvalgets (2010) oppsummering av forskning rundt betydningen av kjønn for sykefraværet er det i all hovedsak resultater fra samfunnsvitenskapelig litteratur som fremheves.

I utvelgelsen av studier har vi også i stor grad forsøkt å begrense oss til studier som tar på alvor de seleksjonsproblemer som preger sykefraværstudier. Slike seleksjonsproblemer kan illustreres med et eksempel: Fører omsorg for flere barn til høyere sykefravær blant kvinner? I prinsippet ønsker vi å måle effekten som forskjellen i sykefravær for den samme kvinnen når hun på samme tid har og ikke har barn. Dette lar seg naturligvis ikke gjøre, og vi må derfor for eksempel sammenlikne sykefraværet for kvinner med barn med sykefraværet for kvinner uten barn. Men kvinner med og uten barn kan skille seg fra hverandre på mange måter som påvirker sykefraværet – kvinner som velger å få mange barn, kan for eksempel velge slik nettopp fordi de har god helse, eller fordi de har preferanser for familieliv framfor arbeid. Ulike sammenlikninger av sykefraværet til kvinner med og uten barn kan således sjelden tolkes som uttrykk for effekten på sykefraværet av å ha barn.

Ekspertergruppens (Mykletun mfl. 2010) og Almlidutvalgets (2010) anbefaling om utstrakt bruk av eksperimentelle metoder for å øke vår forståelse av årsakene til sykefravær fremstår således som avgjørende for utviklingen av effektive politikktiltak. I noen tilfeller, som når vi ønsker å undersøke betydningen av forsørgerbyrde på sykefraværet, er eksperimenter sjelden mulige. Men for aktuelle politikktiltak med potensial for å redusere sykefraværet vil eksperimenter være tilgjengelige, se for eksempel omtalen av Hesselius mfl. (2005) under. For å forbedre slike politikktiltak vil det være avgjørende at nye tiltak implementeres på en slik måte at de kan evalueres, der både effekter og fordelingsvirkninger kartlegges.

⁶ For oppsummeringer som også inkluderer forskning utenfor samfunnsvitenskapen, se for eksempel Bjørngaard mfl. (2009), Knardahl mfl. (2010), Ose mfl. (2006) og Ose (2010).

⁷ En litteratur innenfor medisin finner sammenhenger mellom kvinners svingende østrogennivå og opplevelse av smerte, og den synes å vise at kvinner kan ha lavere smerteterskel enn menn (Strøm mfl. 2009, Loyd og Murphy 2009). Å trekke slutninger fra dette til kjønnsforskjeller i sykefravær er naturligvis ikke ukomplisert, og studier i økonomi tyder heller ikke på noen klare 28-dagersssykluser i kvinners sykefravær (Ichino og Moretti 2009, Rockoff og Herrmann 2010).

«DEN DOBLE BYRDE»

«Den doble byrde»-hypoteser tar utgangspunkt i at kvinner med barn bruker nesten dobbelt så mye tid på hjemmearbeid som menn med barn, og at det å balansere ansvar for barn og yrkeskariere dermed kan være en større (psykisk) belastning for kvinner enn for menn. Kun noen få forskere har undersøkt om denne «doble byrde» påvirker kvinners sykefravær. Ifølge Bratberg mfl. (2002) kan den doble byrde forstås som at kvinner rett og slett tar en større andel av arbeidsbyrden i hjemmet i tillegg til heltids yrkeskarriere. Den doble byrde kan da operasjonaliseres med antall barn; byrden øker med antall barn. En mer sosiologisk tolkning er at det er enklere for menn enn for kvinner å forene rollene som forelder og arbeidstaker (Thoits 1992, Mastekaasa 2000). Den siste tolkningen er vanskelig å operasjonalisere og ikke enkel å skille fra andre hypoteser om holdninger, normer og preferanser (se under). Vår interesse ligger i om denne hypotesen kan forklare den stigende trenden i kvinners sykefravær.

Mastekaasa og Olsen (1998) finner at ved like jobber og under relativt tilsvarende arbeidsforhold i Norge har kvinner 1,3–1,7 ganger så mange fraværstilfeller som menn. Ved å fjerne mesteparten av personer med barn under ti år fra utvalget reduseres ikke ulikheten mellom menn og kvinner, noe forskerne synes å tolke som empirisk støtte til at forskjeller mellom menn og kvinner ikke kan forklares ved den doble byrde. Heller ikke Mastekaasa (2000), som bruker antall barn under 16 år som proxy for «dobbelt byrde», finner at en slik byrde påvirker kvinner og menn ulikt. Mastekaasa vedkjenner at studien trolig ikke identifiserer kausaleffekter, og det er grunn til å understreke at også vi finner det svært vanskelig å tolke de empiriske funnene i disse studiene.

Bratberg mfl. (2002) argumenterer for at et viktig seleksjonsproblem er at kvinner med flere barn kan redusere yrkesdeltakelsen eller trekke seg ut fra arbeidslivet når den totale arbeidsmengden oppleves som overbelastende. Dette bekreftes i deres norske data – arbeidsdeltakelsen avtar med antall barn for gifte kvinner, og dette gir opphav til seleksjonsproblemer. De kontrollerer for denne formen for seleksjon ved å bruke mannens inntekt som prediktor for om kvinnen er i arbeid eller ikke og avgrenser utvalget til gifte kvinner i alderen 30–40 år i 1989. Den doble byrde representeres av tre proxyvariabler: antall barn yngre enn elleve år, antall fødsler i perioden 1989–1993 og yrkesdeltakelse for kvinner. Forfatterne finner blant annet at en kvinne med tre barn under elleve år har 3,7 prosent større sannsynlighet for et sykefraværstilfelle som

varer i over 14 dager, enn barnløse kvinner i arbeid, og at estimatet skifter fortegn når seleksjon ut av arbeidsstyrken ikke kontrolleres for.

Den doble byrde trekkes ofte frem når det høyere sykefraværet blant kvinner skal forklares, men kan den egentlig forklare økningen vi så i figur 1? I så fall må flere kvinner med barn være i arbeidsstyrken i dag, og belastningen må oppleves sterkere for kvinner i dag enn for 30 år siden. Dette virker ikke veldig rimelig, særlig hvis menn de siste årene har tatt større ansvar for barn og hjem (Rege og Solli 2010).

En rekke metodeproblemer gjør det også uklart om en slik dobbel byrde er viktig for å forklare kvinners sykefravær. Det er altså vanskelig å påvise en årsakssammenheng mellom en dobbel byrde og kvinners sykefravær. Dette gjelder særlig dersom den doble byrden tolkes som konflikter knyttet til forventninger og roller som forelder og arbeidstaker. En bedre forståelse av menns og kvinners ulike oppfatninger og roller virker dog som et tema for fremtidig forskning når ulikheten i sykefraværet mellom menn og kvinner skal forstås.

NEDBEMANNING, OMORGANISERING
OG BRUTALISERING

Arbeidsmiljø er et stort felt innenfor sykefraværslitteraturen, særlig innenfor medisin og sosialmedisinske fag.⁸ «Demand-control»-hypoteser påstår at stillinger med høye krav og liten påvirkningskraft kan føre til belastning og mistrivsel (Karasek 1979), med påfølgende økt risiko for sykefravær (van der Doef og Maes 1999). I en periode med omstrukturering, omplassering og nedbemanning kan enkelte oppleve økte krav på jobben og at deres påvirkningskraft reduseres.

Røed og Fevang (2007) undersøker dette når det gjelder sykepleiere i den norske helse- og omsorgssektoren i perioden 1992–2000. Indikatorer for organisatorisk endring baserer seg på store endringer i antall årsverk og gjennomtrekk i virksomheten. Den identifiserende forutsetningen er at betinget på individuelle kjennetegn, er det ingen utelatte faktorer som påvirker de som jobber i nedbemannede virksomheter annerledes enn resten.

⁸ Knardahl mfl. (2010) peker på assosiasjoner mellom sykefravær og turnusarbeid eller deltidsarbeid, men årsakssammenhengene synes uklare.

De finner at 20 prosent nedbemanning økte sannsynligheten for å få et nytt sykefraværstilfelle og reduserte sannsynligheten for å returnere fra et sykefravær, samt økte sannsynligheten for overgang til andre trygdeordninger. Dette er funn som støttes av norske og internasjonale studier (Rege mfl. 2009, Kivimaki mfl. 2000, Kivimaki mfl. 2001, Vahtera mfl. 2004, Bratsberg mfl. 2010).

I lys av de sprikende trendene mellom menns og kvinners sykefravær fremstår dette som en mindre plausibel hypotese, fordi det er få (om noen) tegn på en økning i antall nedleggelses de siste 20 årene (Dale-Olsen 2006). Vi kunne likevel tenke oss at kvinner i større grad enn menn opplevde nedbemanning og omorganisering som mer alvorlig, men i den grad det finnes forskning som kan belyse dette, trekker resultatene snarere i motsatt retning (Eliasson og Storrie 2009, Rege mfl. 2010). Vi kunne også tenke oss at kvinner jobber i bransjer med mer nedbemanning og omorganisering. Selv om det er svært uklart om det er mer nedbemanning og omorganisering i dag enn tidligere, kan det kanskje være verdt å undersøke om opplevelsen av innflytelse og kontroll over egen arbeidssituasjon er betydelig forandret i kvinnedominerte sektorer de siste tiårene.

DISIPLINERING OG JOBBSIKKERHET

Shapiro og Stiglitz (1984) lanserte en hypotese der arbeidsledighet kunne anses som disiplinierende for å forhindre arbeidstakere i å skulke når arbeidsgiver ikke kan observere sine ansattes atferd. Slik vil arbeidsledighet fungere som en disiplineringmekanisme mot skulk, der konsekvensen av å bli tatt i skulk er å risikere en periode uten arbeidsinntekt. Hypotesen tilsier at i nedgangstider går fraværet ned fordi konsekvensen av lav produktivitet eller å bli tatt i skulk er mer alvorlig. Motsatt kan det også tenkes at økt press på arbeidstakerne i oppgangskonjunkturer fører til helseplager og sykefravær (Askildsen mfl. 2005, Westerlund mfl. 2004). Det er dog ikke åpenbart hvordan vi skal forstå en slik disiplinierende mekanisme i Norge hvor stillingsvernet er relativt sterkt.

Ichino og Riphahn (2005) studerer effekten av å innføre et sterkt stillingsvern etter en tremåneders prøveperiode i en italiensk bank. Under prøveperioden kunne ansatte bli sagt opp uten særlig sterke grunner, og den identifiserende antakelsen er at prøveperioden er uavhengig av kalendertid, som betyr at en eventuell økning i sykefravær etter endt prøveperiode ikke kan skyldes sesongvariasjon. De finner at menn tredoblet fraværet sitt etter endt

prøveperiode, og kvinner økte fraværet tilsvarende i absolute mål, men mye lavere i relative mål. Dette indikerer at kvinner i Italia i mindre grad enn menn disiplineres av svakt stillingsvern.

En svensk studie (Lindbeck mfl. 2006) stiller spørsmålet om endret stillingsvern i Sverige endret sykefraværet til de ansatte, og tar utgangspunkt i en reform som endret regelen som sa at de som ble ansatt sist, var de første som måtte gå ved oppsigelser. Endringen medførte at bedrifter med ti eller færre ansatte etter endringen kunne beholde minst to ansatte helt uavhengig av ansiennitet. Den identifiserende antakelsen er at store og små bedrifter ville hatt lik trend i sykefravær, hadde det ikke vært for reformen. Forskerne finner at reformen reduserte fraværet noe.

At stillingsvern påvirker sykefraværet synes kanskje opplagt, men om stillingsvernet gradvis har styrket seg i Norge siden 1979, og om en medfølgende svekket disiplineringseffekt har påvirket kvinners sykefravær, men ikke menns, virker ikke åpenbart.

EGENMELDINGSPERIODEN, LEGENS ROLLE OG SYSTEMET

Avtalen om inkluderende arbeidsliv gir ansatte rett til å ha åtte dager sykefravær uten legeerklæring. Avtalen kom i 2001 og kan således ikke forklare mye av utviklingen i figur 1. Men hva vet vi om effekten av økt egenmeldingsperiode? Hesselius mfl. (2005) studerer effekten av et sosialt eksperiment i Göteborg og Jämtland, der personer født på partallsdatoer fikk forlenget egenmeldingsperioden med en uke, mens personer født på oddetallsdatoer kun hadde rett til syv dagers egenmelding.

Eksperimentet ble utført av lokale trygdekontorer i Göteborg og Jämtland på slutten av 1980-tallet, der myndighetene blant annet ønsket å undersøke om økt egenmeldingsperiode reduserte antall tilfeller fordi de ansatte fikk muligheten til å restituere lenger og ikke ble presset tilbake til jobb for tidlig. Forskerne fant en negativ, men ikke signifikant, effekt på antall tilfeller og en signifikant og vesentlig økning i fravær mellom 1 og 2 uker for dem som fikk økt egenmeldingsperiode. Flere egenmeldingsdager økte lengden på hvert sykefraværstilfelle med 6,6 prosent. De undersøker om effekter er annerledes for forskjellige grupper, og finner at de eneste statistisk signifikante forskjellene er mellom kvinner og menn. Menn responderte i mye sterkere grad på endringen i overvåking. Økt egenmeldingsperiode skulle således i liten grad

påvirke kvinners sykefravær. Et viktig spørsmål for fremtidig forskning er hvordan effekten av økt egenmelding virker på det langsiktige sykefraværet.

Markussen (2009) studerer en norsk reform i 2004 som endret regelverket for legers sykemeldingspraksis, der krav om dokumentasjon og vurdering av arbeidsevne ble innført, bruk av aktiv sykemelding ble begrenset, og gradert sykemelding ble vanligere. Samtidig kom også krav om ytterligere dokumentasjon for sykefravær lengre enn åtte uker og sanksjoner mot leger som ikke fulgte regelverk. Resultatene viser en signifikant reduksjon i fulltids- og aktive sykemeldinger, en økning i graderte sykemeldinger samt at sannsynligheten for å avslutte et sykefravær tidligere økte betraktelig etter reformen. Totalt falt sykefraværet med nesten en fjerdedel. Forfatteren tolker fallet som en effekt av reformen og forklarer effekten med at reformen økte styrkeforholdet mellom lege og pasient i fastlegens favør. Forfatteren finner at reformen påvirket kvinner og menn relativt likt, og vi kan dermed ikke dra noen slutninger om det er noe ved systemet som kan ha forårsaket kvinners økende sykefravær (jmf figur 1). Heller ikke en dansk studie av gradert sykemelding gir indikasjon på at kvinner og menn påvirkes ulikt (Høgelund mfl. 2009).

En idé bak økt bruk av gradert sykemelding (Mykletun mfl. 2010) er at kontakt med arbeidsplassen under sykdom ofte kan være «god medisin». At arbeid har en positiv helseeffekt, og at kontakt med arbeidsplassen kan redusere sykefraværsperioden, synes støttet av medisinske studier (Malmivaara mfl. 1995, Burns mfl. 2007, Waddel 2004). En amerikansk studie (Snyder og Evans, 2006) ser på effekten av inntekt på dødelighet ved å bruke en endring i regelverket i USA som gjorde alderspensjonen betraktelig lavere for personer født etter 1917 sammenliknet med dem som ble født tidligere. Deres resultater viser at de som ble født før 1917, som på grunn av regelverkendringen fikk høyere inntekt enn dem som ble født etter 1917, hadde høyere dødelighetsrater. Dette resultatet forklares ved at personer med lavere pensjon jobbet lenger for å kompensere for det relative inntektstapet, og at det var arbeidsaktiviteten som reduserte dødeligheten. En ny studie av Markussen mfl. (2010) bruker legens sykemeldingspraksis som instrument for å forsøke å «randomisere» gradert sykemelding blant personer med sykefravær over åtte uker.⁹ De finner at gradert sykemelding redu-

⁹ De bruker sykemeldingspraksis blant kvinnelige pasienter som instrument for hvorvidt menn får gradert sykemelding og vice versa. Hvorvidt instrumentet er gyldig, avhenger av om praksisen er uavhengig av for eksempel om pasientenes behov for full sykemelding påvirker legens praksis.

serer antall dager borte fra jobb og øker sannsynligheten betydelig for å være sysselsatt to år senere, men at effektene var forholdsvis like for menn og kvinner. Den helsebringende effekten av arbeid fremstår som en spennende problemstilling for fremtidig forskning, og da særlig om det kan virke ulikt for menn og kvinner.

«NORMHYPOTESER»

Mennesker blir påvirket av andres handlinger og ønsker ikke å avvike fra det konforme eller det som oppfattes som normen innenfor en gruppe. Dette er en hypotese som har vært sentral i sosiologi og psykologifaget, og som nå brukes som en forklaring på variasjon i sykefravær. Som empirisk forskningsfelt er det fremdeles i startfasen; identifikasjon av effekter er vanskelig på grunn av at individet selv kan påvirke fraværet til gruppen gjennom sin atferd og fordi det kan være faktorer i miljøet som både påvirker gruppen og individet (Manski 1993). Normer kan virke gjennom sosial interaksjon i nabolag, arbeidsplass, blant venner eller andre sosiale grupper.

Hesselius mfl. (2009) bruker et eksperiment som ble gjort i Sverige, der personer født på oddetallsdatoer fikk utvidet egenmeldingsperiode, for å undersøke om de som fikk økt egenmeldingsperiode også påvirket medarbeidernes kortsiktige fravær. Den identifiserende antakelsen er at antall ansatte født på oddetallsdatoer i bedriften ikke er korrelert med andre uobserverbare faktorer som påvirker sykefraværet. De finner at ved å øke andelen medarbeidere i bedriften som får utvidet egenmeldingsperiode fra null til én, øker fraværet med 0,55 dager i gjennomsnitt – en relativt sterk effekt sett i lys av det gjennomsnittlige fraværet før eksperimentet på 2,32 dager. Dette er funn som støttes av andre relaterte studier (Ichino og Maggi 2000, Hesselius mfl. 2008, Rege mfl. 2009).

Effekten av normer på sykefravær vil åpenbart avhenge av graden av sosial interaksjon mellom mennesker i den sosiale gruppen, og gjør sammenlikning av ulike grupper vanskelig. I tillegg er det usikkert om det for eksempel er normer, informasjon eller høyere verdi av fritid som gjør at sosial interaksjon påvirker sykefraværet. Hvis sosiale interaksjonseffekter er til stede ved korte fravær, er det da rimelig å forvente slike effekter også på de lengre fraværstilfellene? Ser vi sammensetningen av arbeidsstyrken i sammenheng med normer, kan det da være at de «nye» sysselsatte påvirker sine medarbeidere gjennom normer? For at dette kan være en mulig forklaring på de sprikende trendene mellom menn og kvinner, må det være slik at

kvinner er mer påvirkelige enn menn, eller at normer i forbindelse med graviditet er endret.

KVINNER OG ØKONOMISKE INCENTIV

Mykletun mfl. (2010) mener det er «hevet over enhver tvil at reduksjon i lønn ved sykefravær reduserer det totale sykefraværet». Johansson og Palme (2002) er en av mange studier som ser på effekten av en endring i sykelønnsordningen i Sverige som ble innført i mars 1991. Reformen reduserte sykelønnen i de første tre dagene fra 90 til 65 prosent og de påfølgende 87 dagene fra 90 til 80 prosent av full lønn. Ikke overraskende finner de at sykefraværet ble redusert når kostnaden av fravær gikk opp. Forfatterne estimerer en «difference-in-difference»-estimator i en oppfølgingsstudie og finner at menn responderte i mye sterkere grad enn kvinner – faktisk syv ganger så mye som kvinnene (Johansson og Palme 2005).

Siden egenbetalingen ved sykefravær i Norge har vært uforandret siden slutten av 1970-tallet, kan slike incentiver neppe forklare kvinnes økende ledighet, jamfør figur 1. Det er likevel mulig at det knytter seg andre kostnader til sykefravær, som lavere fremtidig lønnsvekst (Markussen 2010) eller sosiale sanksjoner. Johansson og Palme (2005) kan forstås slik at andre kostnader ved sykefravær er høyere for menn enn for kvinner, at kvinner har sterkere preferanser for helse og familieliv, eller at kvinner rett og slett er mindre arbeidsføre enn menn (Paringer 1983). Ulik utvikling i menns og kvinners sykefravær kan dermed være påvirket av ulike trender i slike andre kostnader. Det er antakelig vanskelig å finne godt empirisk belegg for slike trender, men dette fremstår likevel som et tema det kan være verdt å se nærmere på.

AVSLUTNING

Vi hører stadig at sykefraværet i Norge øker. I et lengre tidsperspektiv virker dette som en unyansert påstand; vi ser i data at i løpet av de siste 30 årene er det bare kvinnes sykefravær som har økt. Sykefraværet til kvinnene har til gjengjeld økt betydelig – nesten 70 prosent fra 1979 til 2009. Vi mener at denne forskjellen i utviklingen for menn og kvinner ikke tas tilstrekkelig på alvor i debatten rundt mulige årsaker til økende sykefravær. Hvilke store endringer i samfunn og arbeidsliv kan forklare at sykefraværet blant kvinner har økt svært mye, mens menns sykefravær er upåvirket?

At kun kvinners sykefravær har økt, medfører at noen vanlige forklaringer på økende sykefravær virker mindre betydningsfulle. Det er begrenset grunn til å tro at kun kvinners fravær skulle påvirkes av konjunkturer, brutalisering, nedbemanning eller omorganisering. Vi har heller ikke funnet forskning som tyder på at stillingsvern, sosial interaksjon og normer skal påvirke kvinner og menn ulikt, selv om effekten av normer er vanskelig å skille fra andre faktorer. Hvordan økonomiske incentiver påvirker kvinner, er lite studert i Norge, men vi kan ikke utelukke at kvinner har andre økonomiske preferanser eller holdninger enn menn, som kan bidra til å forklare økende sykefravær.

I lys av de ulike trendene for menn og kvinner i figur 1 mener vi at sammensetningseffekter, graviditet og holdninger/preferanser samt den doble byrde er forklaringer det er verdt å studere nærmere. Det er metodisk vanskelig å fremskaffe pålitelig empirisk dokumentasjon av slike forklaringer, men disse forklaringene er likevel nært knyttet til kjønn, og de har således potensial til å belyse hvorfor kun kvinners sykefravær har økt. Det kan vanskelig understrekes nok at langt mer utstrakt bruk av eksperimentelle metoder er nødvendig for å fremskaffe metodisk pålitelig og nyttig kunnskap om årsaker til sykefravær, herunder årsaker til forskjeller mellom menn og kvinner (Mykletun mfl. 2010, Almlidutvalget 2010). Vi oppsummerer med at mer kunnskap om kvinners sykefravær kan være nøkkelen til redusert sykefravær i Norge.

REFERANSER:

Almlidutvalget (2010), NOU 2010:13. Arbeid for helse.

Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren, Helse- og omsorgsdepartementet.

Askildsen, J.E., Bratberg, E., Nilsen, O.A. (2005): Unemployment, labor force composition and sickness absence: a panel data study, *Health Economics*, 14, 1087–1101.

Biørn, E., S. Gaure mfl. (2010): The Rise in Absenteeism: Disentangling the Impacts of Cohort, Age and Time, *SSRN eLibrary*.

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

Bjørnstad, R. (2006): «Er det økte sykefraværet tegn på et mer inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv?», i *Økonomiske analyser* 6/2006: 48–55, Statistisk sentralbyrå.

Bjørnstad, R. (2010): «Økt sykefravær kan forklares med økt sysselsetting», i *Samfunnsøkonomen*. 3, 4–12, Statistisk sentralbyrå.

Bjørnstad, A., M. Sollie (2006): «Utviklingen i folketrygdens utgifter til sykepengen», i *Rapporter* 2 006 740, Statistisk sentralbyrå.

Bratberg, E., Dahl, S.A., Risa, A.E. (2002): 'The double burden' – Do combinations of career and family obligations increase sickness absence among women? *European Sociological Review*, 18, 233–249.

Bratsberg, B., Fevang, E., Røed, K. (2010): Disability in the Welfare State – An Unemployment Problem in Disguise, *Working paper Frischsenteret*, March 23. 2010.

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Van Busschbach, J., Whitte S., Wiersma, D. (2007): The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial, *The Lancet*, 370, 1146–1152.

Dale-Olsen, H. (2006): Økende mobilitet i det norske arbeidslivet? *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 23: 3–11.

Dale-Olsen, H., Markussen, S. (2010): Økende sykefravær over tid? *Søkelys på arbeidslivet*, 1–2.

Eliasson, M., D. Storrie (2009): Job loss is bad for your health – Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss, *Social Science and Medicine*, 68(8), 1396–1406.

Hesselius, P., Johansson, P., Larsson, L. (2005): Monitoring sickness insurance claimants: evidence from a social experiment, *IFAU Working Paper*, 2005:15.

Hesselius, P., Johansson, P., Nilsson, J.P. (2009): Sick of your colleagues' Absence? *Journal of the European Economic Association*, 7, 583–594.

Hesselius, P., Johansson, P., Vikström, J. (2008): Monitoring and norms in sickness insurance: empirical evidence from a natural experiment, *IFAU Working Paper*, 2008:8.

Høgelund, J., Holm, A., McIntosh, J. (2009): Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours? *Journal of Health Economics*, 29, 158–169.

Gjesdal, S. (2005): Sykefraværets utvikling i Norge 1975–2002, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 6, 742–745.

Ichino, A., E. Moretti (2009): Biological gender differences, absenteeism and the earnings gap, *American Economic Journal: Applied Economics* 1(1): 183–218.

Ichino, A., Maggi, G. (2000): Work environment and individual background: Explaining regional shirking differentials in a large Italian firm, *Quarterly Journal of Economics*, 115, 1057–1090.

Ichino, A., Riphahn, R.T. (2005): The effect of employment protection on worker effort: Absenteeism during and after probation, *Journal of the European Economic Association*, 3, 120–143.

Ihlebak, C., Brage, S., Eriksen, H.R. (2007): Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003, *Occup Med (Lond)*, 57, 43–49.

Johansson, P., Palme, M. (2002): Assessing the effect of public policy on worker absenteeism, *Journal of Human Resources*, 37, 381–409.

Johansson, P., Palme, M. (2005): Moral hazard and sickness insurance, *Journal of Public Economics*, 89, 1879–1890.

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

Kivimaki, M., Vahtera, J., Ferrie, J.E., Hemingway, H., Pentti, J. (2001): Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees: a prospective study, *Occupational and Environmental Medicine*, 58, 811–817.

Kivimaki, M., Vahtera, J., Pentti, J., Ferrie, J.E. (2000): Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study, *British Medical Journal*, 320, 971–975.

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

Kostøl, A.R. (2010): Kunnskapsoppsummering av samfunnsvitenskapelig litteratur om årsaker til sykefravær og utstøting, *Upublisert manuskript til Almlidutvalget (2010)*.

- Lindbeck, A., Palme, M., Persson, M. (2006): Job security and work absence: Evidence from a natural experiment. *CESifo Working Paper*, March 2006.
- Loyd, D. og A. Murphy (2009): The role of periaqueductal gray in the modulation of pain in males and females: Are the anatomy and physiology really that different? *Neural Plasticity*.
- Malmivaara, A., Hakkinen, U., Aro, T., Heinrichs, M.L., Koskenniemi, L., Kuosma, E., Lappi, S., Paloheimo, R., Servo, C., Vaaranen, V., Hernberg, S. (1995): The Treatment of Acute Low-Back-Pain – Bed Rest, Exercises, or Ordinary Activity, *New England Journal of Medicine*, 332, 351–355.
- Manski, C. (1993): Identification of Endogenous Social Effects: The Reflection Problem, *The Review of Economic Studies* 60, 531–542.
- Markussen, S. (2009): How physicians can reduce sick leave – evidence from a natural experiment, *Working paper Frischsenteret*.
- Markussen, S. (2010): The individual cost of sick leave, *Working paper Frischsenteret*, January 2010.
- Markussen, S., Røed, K., Røgeberg, O.J., Gaure, S. (2009): The Anatomy of Absenteeism, *IZA Discussion Paper*.
- Markussen, S., Mykletun, A., Røed, K. (2010): The Case for Presenteeism. *IZA Discussion Paper*.
- Mastekaasa, A., Olsen, K.M. (1998): Gender, absenteeism, and job characteristics – A fixed effects approach. *Work and Occupations*, 25, 195–228.
- Mastekaasa, A. (2000): Parenthood, gender and sickness absence, *Social Science & Medicine*, 50, 1827–1842.
- Mykletun, A., Eriksen, H.R., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., Christiansen, E.C., Guldvog, B. (2010): Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform, *Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet*.
- Myklebø S. (2007): *Sykefravær og svangerskap*, Arbeid og velferd nr. 3–2007, Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Nossen, J., O. Thune (2009): Utviklingen i sykefraværet de siste 20 år, *Arbeid og velferd*, nr. 3, s. 13–23.
- Ose, S.O., Jenseberg H., Eidsmo, R., Suandsund, M., Dyrstad, J.M. (2006): Sykefravær: Kunnskapsstatus og problemstillinger, *SINTEF*, A325.
- Ose, S.O. (2010): Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag, *SINTEF A14* 516.
- Paringer, L. (1983): Women and absenteeism: Health economics, *American Economic Review* 73(2): 123–127.
- Rege, M., I. Solli (2010): «The Impact of Paternity Leave on Long-Term Father Involvement», *CESifo Working Paper Series* 3130.
- Rege, M., K. Telle, Votruba, M. (2009): «Social Interaction Effects in Disability Pension Participation: Evidence From Plant Downsizing.», *Working Paper UiS*.
- Rege, M., Telle, K., Votruba, M. (2009): The Effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilization, *Journal of the European Economic Association*, 7, 754–785.
- Rege, M., Telle, K., Votruba, M. (2010): Parental Job Loss and Children's School Performance, *Review of Economic Studies*, forthcoming.
- Rockhoff, J. og M. Herrmann (2010): Does menstruation explain gender gaps in work absenteeism?, *NBER Working Papers* No. 16 523.
- Røed, K., Fevang, E. (2007): Organizational change, absenteeism, and welfare dependency, *Journal of Human Resources*, 42, 156–193.
- Rønsen, M. (2005), Fruktbarhetsutviklingen i Norge, *Økonomiske analyser* 6/2005, s. 50–55. Statistisk sentralbyrå.
- Shapiro, C., Stiglitz, J.E. (1984): Equilibrium Unemployment as a Worker Discipline Device, *American Economic Review*, 74, 433–444.
- Snyder, S.E., Evans, W.N. (2006): The effect of income on mortality: Evidence from the social security notch, *Review of Economics and Statistics*, 88, 482–495.
- Strøm, V., C. Røe, S. Knardahl (2009): Work-induced pain, trapezius blood flux, and muscle activity in workers with chronic shoulder and neck pain, *Pain* 144 (1–2), 147–155.
- Thoits, P.A. (1992): Identity Structures and Psychological Well-Being: Gender and Marital Status Comparisons, *Social Psychology Quarterly*, 55, 236–256.
- Vahtera, J., Kivimaki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P., Ferrie, J.E. (2004): Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study, *British Medical Journal*, 328, 555–558.
- Van der Doef, M., Maes, S. (1999): The Job Demand-Control(-Support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research, *Work and Stress*, 13, 87–114.
- Waddell, G. (2004): *The back pain revolution*, London, Elsevier.
- Westerlund H., Ferrie J., Hagberg J., Jeding K., Oxenstierna G., Theorell T. (2004): Workplace expansion, long-term sickness, and hospital admission. *The Lancet*, 363, 1193–1197.