

Sykefravær i kvinne­dominerte yrker

En kvantitativ studie av kjønnsforskjeller i sykefravær, med søkelys på ansatte i undervisningsyrker og helseyrker i Norge

VILDE E. STOKKELAND

VEILEDER

Sivert Skålvoll Urstad

Universitetet i Agder, 2022

Masterfordypning i samfunnskunnskap, lektorutdanning 8-13
Fakultet for samfunnsvitenskap

Antall ord i hovedteksten: 22 898

Sammendrag

Denne oppgaven omhandler sykefraværet i Norge. Jeg ser nærmere på kjønnsforskjellen i sykefraværet for ansatte i utdanningssektoren og helsesektoren.

Norge har en merkelapp som et likestilt land, likevel bygger samfunnet på visse patriarkalske strukturer. Det knyttes normer og forventninger til det kjønn du blir født som. Disse normene endres jo eldre du blir. Dette kan være med på å skape det kjønnsdelte arbeidsmarkedet vi har i Norge i dag. Både kvinner og menn bidrar til arbeidslivet, men kvinner har høyest sykefravær. Denne oppgaven ser nærmere på kjønnsforskjellen i sykefravær i utdanningssektoren og i helsesektoren. Disse sektorene har til felles at de er kvinnedominerte, og består av flere yrker som er relasjonsbaserte.

Problemstillingen som skal besvares i oppgaven er «Hvilke ulike sosiale bakgrunnsvariabler kan knyttes til kjønnsforskjellen i sykefravær blant ansatte i utdanningssektoren og helsesektoren i Norge?» Teorien som oppgaven bygger ut fra er i hovedsak Mastekaasa sine studier rundt kjønnsforskjellen i Norge, også forskningsartikler fra Grasdal og Knardahl med flere blir benyttet. Problemstillingen blir besvart gjennom kvantitativ metode.

Levekårsundersøkelsen i arbeidsmiljø, utført av Statistisk sentralbyrå i 2019, benyttes i analysene. Valg av variabler og utførte omkodinger blir presentert i kapittel 4, metode. Dette for å sørge for at prosessen er gjennomsigtig og resultatet etterprøvbart. Oppgaven kan ikke forandre universalitet eller kausalitet, men vil ha en gyldighet innenfor en kontekst.

I analysene benyttes spørsmålet 'om man har hatt ett eller flere legemeldte sykefravær med varighet over 14 dager de siste 12 månedene' som avhengig variabel. I kapittel 5 ses det på hvorvidt de utvalgte sosiale bakgrunnsvariablene har sammenheng med den avhengige variabelen sykefravær. Analysenes hovedfunn er at antall barn under fem år påvirker kvinner i større grad enn menn. Også psykiske og fysiske arbeidsbelastninger på arbeidsplassen har en statistisk signifikant sammenheng med sykefraværet til kvinner i utdanningssektoren og helsesektoren. Bakgrunnsvariablene kan i begrenset grad forklare noe av tendensen i kjønnsforskjell i sykefravær, men kjønnsforskjellen i sykefravær er sammensatt av mange ulike sosiale bakgrunnsvariabler. Det kreves mer forskning og kunnskap på feltet, både om kjønnsforskjeller i sykefraværet og rundt kvinnehelse og kvinnedominerte arbeidsplasser.

Forord

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til min dyktige veileder Sivert. Valg av metode og bruk av analyseprogrammet SPSS har vært krevende, og læringskurven har vært bratt. Så tusen takk for mange lærerike veiledningstimer og workshops.

Temaet jeg har valgt, sykefravær i Norge, har interessert meg i lang tid. Kjønnforskjeller er spesielt relevant å belyse i 2022, når jeg ser på Norge som et av verdens mest likestilte land. Jeg vil takke NSD – Norsk senter for forskningsdata AS for å ha gitt meg muligheten til å bruke «Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø, 2019»¹ til å besvare problemstillingen.

Jeg vil også rette en takk til alle på lektorkullet, det har vært fem innholdsrike, gode år. Lykke til videre, alle sammen!

Vilde Stokkeland

Kristiansand, 01.06.22

¹ (En del av) De data som er benyttet her er hentet fra "Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø, 2019". Data er innsamlet av Statistisk sentralbyrå. Data er tilrettelagt og stilt til disposisjon i anonymisert form av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. Verken Statistisk sentralbyrå eller NSD er ansvarlig for analysen av dataene eller de tolkninger som er gjort her.

Tabelloversikt

| | |
|---|----|
| Tabell 1: Legemeldt sykefravær etter utdanningsnivå, 2019. Prosent. Fra SSB..... | 21 |
| Tabell 2: Legemeldt sykefravær etter diagnose 2017-2021, målt i prosent. Fra NAV | 22 |
| Tabell 3: Hatt minst ett sykefravær på mer enn 14 dager siste 12 måneder (N=11212) | 33 |
| Tabell 4: Antall lengre sykefraværperioder siste 12 måneder (N=11212)..... | 33 |
| Tabell 5: Yrker i utdanningssektoren (N=1012) | 35 |
| Tabell 6: Utvalgte yrker innen helsesektoren (N=688) | 37 |
| Tabell 7: Variabelen kjønn (N=11212)..... | 38 |
| Tabell 8: Aldersgrupper (N=11212)..... | 38 |
| Tabell 9: Høyeste fullførte utdanningsnivå, forenklet (N=10884)..... | 39 |
| Tabell 10: Uønsket seksuell oppmerksomhet på arbeidsplassen (N=8565) | 41 |
| Tabell 11: Forhold mellom ledelsen og ansatte (N=7995) | 42 |
| Tabell 12: Arbeidstidsordning (N=8543) | 42 |
| Tabell 13: Antall barn under 5 år (N=11180) | 43 |
| Tabell 14: Frekvenstabell indeksvariabel arbeidsbelastning (N=8567) | 47 |
| Tabell 15: Avhengig variabel, sykefravær-dummy (N=11212)..... | 50 |
| Tabell 16: Sykefravær, helsesektoren, utdanningssektoren og kjønn (N=11212) | 51 |
| Tabell 17: Krysstabell alder og sykefravær (N=1700) | 51 |
| Tabell 18: Krysstabell årslønn og sykefravær (N=1700) | 52 |
| Tabell 19: Krysstabell utdanningsnivå og sykefravær (N=1682) | 53 |
| Tabell 20: Krysstabell utdanningsnivå og sykefravær, delt på kjønn (N=1682) | 54 |
| Tabell 21: Arbeidsbelastning i helsesektoren og utdanningssektoren, kjønn (N=1697)..... | 56 |
| Tabell 22: Krysstabell dårlig forhold mellom ansatte og ledelse, og sykefravær (N=1661)... | 57 |
| Tabell 23: Krysstabell uønska seksuell oppmerksomhet og kjønn (N = 1692) | 58 |
| Tabell 24: Krysstabell uønsket seksuell oppmerksomhet og sykefravær (N=1692)..... | 59 |
| Tabell 25: Krysstabell psykisk utmattet og sykefravær (N=1688)..... | 60 |
| Tabell 26: Krysstabell fysisk utmattet og sykefravær (N=1689) | 61 |
| Tabell 27: Krysstabell arbeidstidsordning og sykefravær (N=1632) | 62 |
| Tabell 28: Krysstabell antall barn under 5 år og sykefravær (N=1698)..... | 63 |
| Tabell 29: Krysstabell antall barn under 5 år og sykefravær, kjønn (N=1698) | 63 |
| Tabell 30: Logistisk regresjon av sykefravær, helsesektoren og kjønn (N=98 og N=541) | 64 |
| Tabell 31: Logistisk regresjon av sykefravær, utdanningssektoren og kjønn (N=244 og N=687)..... | 67 |

Figuroversikt

| | |
|--|----|
| Figur 1: Yrker innen utdanningssektoren (N=1012) | 36 |
| Figur 2: Utvalgte helseyrker. Prosent (N=688)..... | 37 |
| Figur 3: Årslønn til helse-, og utdanningssektoren, og alle yrker, prosent (N=11212)..... | 52 |
| Figur 4: Egenrapportert arbeidsforhold. Prosent (N=8608) | 55 |

Innhold

| | |
|--|----|
| 1 Innledning..... | 3 |
| 1.1 Sykefraværet i Norge..... | 3 |
| 1.2 Kvinnedominerte yrker..... | 4 |
| 1.3 Problemstilling..... | 6 |
| 1.4 Begrepsavklaring..... | 6 |
| 1.4.1 Hva er sykefravær?..... | 6 |
| 1.4.2 Hva er helse?..... | 7 |
| 1.5 Oppgavens oppbygning..... | 9 |
| 2 Den norske arbeidslivskonteksten..... | 10 |
| 3 Teori..... | 13 |
| 3.1 Teoretiske perspektiver på kjønn..... | 13 |
| 3.2 Nyere forskning om sykefravær..... | 15 |
| 3.2.1 En nærmere kikk på kjønnsforskjellen i sykefravær..... | 16 |
| 3.2.2 Økonomiske insentiver..... | 17 |
| 3.2.3 Sosioøkonomisk status..... | 20 |
| 3.2.4 Sykdomsdiagnoser..... | 21 |
| 3.2.5 Arbeidsforhold..... | 24 |
| 3.3 Oppsummering..... | 28 |
| 4 Metode..... | 30 |
| 4.1 Oppgavens empiriske materiale..... | 30 |
| 4.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt..... | 31 |
| 4.3 Variabler og omkodinger..... | 32 |
| 4.3.1 Avhengig variabel..... | 33 |
| 4.3.2 Uavhengige variabler..... | 34 |
| 4.4 Validitet og reliabilitet..... | 44 |
| 4.5 Analytisk tilnærming..... | 45 |
| 4.5.1 Univariate- og bivariate frekvensfordelinger..... | 46 |
| 4.5.2 Kjikvadratetest..... | 46 |
| 4.5.3 Indeksvariabel over fysiske belastninger..... | 46 |
| 4.5.4 Logistisk regresjon..... | 48 |
| 4.5.5 Hosmer-Lemeshow test..... | 49 |
| 4.5.6 Nagelkerke R^2 | 49 |
| 5 Resultater og drøfting..... | 50 |

| | |
|--|----|
| 5.1 Ulikheter i fravær i helsesektoren og utdanningssektoren | 50 |
| 5.1.1 Sosioøkonomiske variabler | 52 |
| 5.1.2 Arbeidsforhold | 55 |
| 5.1.3 Familiepåvirkning | 62 |
| 5.2 Logistisk regresjon..... | 64 |
| 5.2.1 Logistisk regresjonsmodell: Helsesektoren..... | 64 |
| 5.2.2 Logistisk regresjonsmodell: Utdanningssektoren | 67 |
| 5.3 Videre diskusjon og konklusjon | 70 |
| 6 Avslutning..... | 73 |
| 8 Litteraturliste | 75 |
| Vedlegg 1..... | 82 |
| Vedlegg 2..... | 83 |
| Vedlegg 3..... | 84 |
| Vedlegg 4..... | 85 |
| Vedlegg 5..... | 86 |
| Vedlegg 6..... | 93 |
| Vedlegg 7..... | 95 |
| Vedlegg 8..... | 96 |

1 Innledning

I følge Arbeids- og sosialdepartementet er Norges viktigste ressurs arbeidskraft. Samtidig viser tallene fra 2019 at omtrent 5 prosent av arbeidstakerne hadde et sykefravær med varighet over 14 dager (Arbeids- og sosialdepartementet, 2021, s. 5). I 2020 skrev jeg en kortere litteraturstudie om sykefraværet i Norge og kjønnsforskjeller knyttet til dette (Stokkeland, 2020), og min interesse og nysgjerrighet for temaet sykefravær ble særlig vekket etter å ha lest om det i ulike medier. Sykefravær berører flere deler av det norske samfunnet, både privat, kommunalt og statlig. Mitt fokus i denne oppgaven er rettet mot kjønnsforskjeller i sykefravær, med et spesielt søkelys på ansatte i utdanningssektoren og utvalgte yrker helsesektoren. Med dette som bakgrunn presenterer jeg en kvantitativ studie med utgangspunkt i Levekårsundersøkelsen i arbeidsmiljø 2019 fra NSD². Analysene av det kvantitative datamaterialet vil bli utført ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS.

1.1 Sykefraværet i Norge

Det registrerte sykefraværet i Norge er høyt sammenlignet med andre land. Rapport fra OCED viser at Norge er det landet med høyest sykefravær, og som har de høyeste samfunnsmessige kostnadene knyttet til sykefravær (OCED, 2013, s. 28). Tall fra Virke viser at Norge har årlig rundt 70 milliarder kroner i utgifter knyttet til sykefravær (NTB, 2018). Askildsen viser til at i tillegg til å være en økonomisk byrde for staten så kan også sykefraværet medføre et personlig og sosialt tap for individene som havner utenfor arbeidslivet (Askildsen, 2016, s. 97). Dette er fordi lønnet arbeid påvirker og er viktig for individers selvfølelse og annerkjennelse (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 195). Å studere sykefravær er derfor viktig for å forstå hvorfor noen er mer utsatt enn andre, og på denne måten få ny kunnskap slik at samfunnet kan utføre målrettede tiltak for å redusere andelen med problemer.

Kvinner har høyere sykefravær enn menn (Mastekaasa, 2016, s. 125). Det eksisterer følgelig en kjønnsforskjell i sykefravær. Denne kjønnsforskjellen er ikke unik for Norge, men sees

2 (En del av) De data som er benyttet her er hentet fra "Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø, 2019". Data er innsamlet av Statistisk sentralbyrå. Data er tilrettelagt og stilt til disposisjon i anonymisert form av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. Verken Statistisk sentralbyrå eller NSD er ansvarlig for analysen av dataene eller de tolkninger som er gjort her.

igjen i mange land (Mastekaasa, 2016, s. 125). Tall fra Statistisk sentralbyrås fraværstatistikk i 2014 viser at kvinner hadde i gjennomsnitt 66 prosent flere sykefraværsdager enn menn (Mastekaasa, 2016, s. 125). Kjønnforskjellene i sykefravær er også et aktuelt tema i media. Nettavisen Forskning.no trekker fram graviditet og barn som en av årsakene, men det alene kan ikke forklare alt (Kvitting, 2018). Aftenposten.no viser derimot til en undersøkelse som sier at "kvinner er mer sensitive for smerter" (Stensland, 2019) En annen artikkel på temaet, publisert av Nettavisen.no har tittelen «Kvinner godtar mer skulk enn mennene». De forteller så om en ny forskningsartikkel som viser at kvinner i større grad aksepterer sykefravær, selv når man egentlig er frisk nok til å gå på jobb. Dette kan tyde på at kvinner og menn har ulike holdninger til sykefravær (Teigen, 2019). Selv om temaet ofte dukker opp i media, så peker Mastekaasa på at forskerne sliter med å finne årsaker som kan forklare den økende overhyppigheten av sykefravær blant kvinner de siste tiårene (Mastekaasa, 2016, s. 128).

1.2 Kvinnedominerte yrker

Kvinner velger ofte utdanning innen utdanningssektoren eller helsesektoren, mens menn gjerne velger tekniske og naturvitenskapelige fag (Statistisk sentralbyrå, 2007, s. 36). Sykefraværet er høyest i kvinnedominerte yrker (Bruer-Skarsbø, 2018). I helse- og omsorgsykker er det for eksempel en større andel kvinnelige ansatte, og siden kvinner har høyere sykefravær enn menn så kan dette være med å bidra til et høyere sykefravær i denne sektoren enn i andre sektorer (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 92). De to yrkesgruppene med høyest sykefravær er barnehage- og skoleassistenter i utdanningssektoren og pleiearbeidere i helsesektoren. I 2018 var sykefraværet i disse yrkene på om lag 9 prosent (Bruer-Skarsbø, 2018).

Typisk for de kvinnedominerte yrkene er at de er preget av relasjonelt arbeid. Det vil si at man arbeider med mennesker, enten som lærer, helsefagarbeider eller sykepleier. Dette fører til at de må håndtere vanskelige livssituasjoner og følelser, noe som kan være psykisk belastende (Steen Jensen & Hagen, 2022). Slike yrker er også preget av sterke etiske yrkesnormer, og brukerne og elevene kommer i første rekke (Rangul, 2022). Tall fra SSB viser at helse- og sosialtjenester hadde en prosentandel på 6,1 prosent tapte dagsverk i 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2021a). Undersøkelser gjort av Almlid og sykefraværsutvalget avdekker at mange ansatte i helseyrker opplever arbeidet som meningsfylt, men føler samtidig på en utilstrekkelighet og redsel for å gjøre feil grunnet presset arbeidssituasjon (Almlid &

Sykefraværsutvalget, 2010, s. 80.). Sykepleiere ved flere akuttmottak beskriver en kritisk fraværssituasjon med høy arbeidsbelastning og mye utskiftning av personal ifølge Jacobsen (Jacobsen, 2021). De kvinnedominerte yrkene er altså preget av relasjonelt arbeid, noe som kan være psykisk tyngende (Steen Jensen & Hagen, 2022).

Utdanningssektoren preges også av relasjonelt arbeid. Tall fra SSB viser at utdanningssektoren hadde en prosentandel på 3,6 prosent tapte dagsverk i 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2021a). Ravneberg (2011) ser i sin undersøkelse på faktorer som påvirker sykefraværet blant lærere (s. 30). Informantene forteller at betydningen av en støttende arbeidskultur er viktig for god helse og trivsel på arbeidsplassen. Spesielt verdsetting fra rektor og øverste ledelse påvirker informantene (Ravneberg, 2011, s. 30). Faktorer som kan påvirke de ansattes helse negativt er byråkratisering, «dataifisering» og innføring av nye systemer. Flere mener at byråkratisering og presentasjons-fokus går på bekostning av det faglige. De ser også problemer ved at nyansatte har mange nye arbeidsoppgaver og utfordringer, men får for lite oppfølging (Ravneberg, 2011, s. 30).

Fordelen lærerne har med lengre ferier fører også til at de i snitt jobber 43,5 timer i uka de resterende uke (Grolid, 2014). Det vil si 8,7 timer mandag til fredag, og hjem- og elevkontakt skjer gjerne på kveldstid (Grolid, 2014). Regjeringen har også nylig kommet med Fullføringsreformen. Dette er en reform som setter fokus på at ungdom skal komme igjennom videregående opplæring (Kunnskapsdepartementet, 2021, s. 7). Ni av ti elever skal fullføre i 2030. Her settes lærerne i hovedrollen, og de får i oppgave å sette reformen i live (Kunnskapsdepartementet, 2021, s. 7). Ansvar og arbeidsmengden til lærerne øker, men tilgjengelige ressurser forblir det samme (Aftenposten, 2006). Lærerne har også fått et større krav til dokumentasjon på alt, og får stadig flere oppgaver oppå den tradisjonelle lærerrollen (Uthus, 2021). Reallønnsveksten for læreryrket går derfor i negativ retning samtidig som arbeidspresset øker. Dessuten så påvirker en ansatts sykefravær kollegaene, og kan skape bemanningsutfordringer (Uthus, 2021). Det økende behovet for vikarer fører også til et stort pengesluk for velferdsstaten (Svendsen, 2022). Sykefraværet til en lærer har ikke bare innvirkning på skoleledelsen og arbeidsmiljøet, men kan gå utover elevenes mulighet til læring (Ravneberg, 2011, s. 6). Det savnes derfor bedre forskning på hvilke prosesser ved skolene som fører til lavt eller høyt sykefravær i utdanningssektoren (Ravneberg, 2011, s. 6).

1.3 Problemstilling

I denne oppgaven ser jeg nærmere på kjønnsforskjeller i sykefravær i kvinnedominerte yrker; nærmere bestemt utdanningssektoren og helsesektoren. Sykefravær kan sees på som et offentlig problem, og ifølge sosiologen Charles Wright Mills så finnes årsaken til offentlige problem i de sosiale, økonomiske og politiske strukturene i samfunnet (Mills, 2000, s. 9). I denne oppgaven ønsker jeg derfor å finne svar på følgende:

«Hvilke ulike sosiale bakgrunnsvariabler kan knyttes til kjønnsforskjellen i sykefravær blant ansatte i utdanningssektoren og helsesektoren i Norge?»

Hvilke yrker som er inkludert i utdanningssektoren og helsesektoren spesifiseres i oppgavens metodekapittel, kapittel 3. Med sosiale bakgrunnsvariabler menes egenskaper ved individet som er relativt permanente, og blir regnet som offentlig informasjon. Eksempler på dette kan være alder, kjønn, bosted, utdanning og yrke (Hellevik, 2002, s. 239). For å svare på problemstillingen skal jeg foreta en kvantitativ analyse av Levekårsundersøkelsen i arbeidsmiljø. Hvilke bakgrunnsvariabler som kan knyttes til kjønnsforskjellen i sykefravær begrenses av dette kvantitative datamaterialet. I Levekårsundersøkelsen finnes det variabler som beskriver ulike sosiale forhold som arbeidsforhold, årslønn, utdanningsnivå og antall barn. Dermed blir fokuset for oppgaven å se på om eller hvordan ulike sosiale faktorer kan innvirke på sykefravær; og hvilke som har den største statistiske påvirkningen.

1.4 Begrepsavklaring

For at leseren skal forstå oppgaven må sentrale begrep defineres. Dette gjøres for å forstå hva som menes med dette begrepet i min kontekst. I denne oppgaven er sykefravær og helse sentrale begrep.

1.4.1 Hva er sykefravær?

Det er viktig å definere begrepet sykefravær. Det blir målt på ulike måter, i mange land, og gjør at det kan være vanskelig å sammenligne på tvers av land. Mastekaasa (2016) peker på at det beste samlede målet for sykefravær kan være andel tapte dagsverk over en gitt periode, og

denne måten å definere sykefravær på er allerede mye brukt i forskning og statistikk. Man må også velge om man ønsker å se på egenmeldt eller legemeldt sykefravær. Legemeldt fravær utgjør omtrent 85 prosent av det totale fraværet i Norge (Arbeids- og sosialdepartementet, 2021, s. 40). I denne oppgaven fokuseres det derfor på legemeldt sykefravær. I videre analyser ser jeg på sykefraværsperioder med lengde over 14 dager. Dette er for å ha gode data å jobbe videre med (Mastekaasa, 2016, s. 126). Jeg bruker Statistisk Sentralbyrå sin definisjon, for å kunne bruke deres sykefraværsregister som datamateriale. Da utelukker man kortere fravær, men det er lite sammenlignbar statistikk rundt omfanget av dette og det er svært få studier som omhandler sykefravær med kortere varighet enn fem dager (Knardahl et al., 2016, s. 196). Definisjonen sier at legemeldt sykefravær er fravær fra arbeid grunnet arbeidstakers skade eller sykdom som er dokumentert med legemelding, i tråd med norske lover og avtaler (Statistisk sentralbyrå, 2021b).

1.4.2 Hva er helse?

En vanlig oppfattelse av helse er at det betyr fravær av sykdom. Da må jeg tydelig vite hvordan jeg kan definere sykdom. En upresis måte kan være å si: «alt som ikke er forenlig med helse» (Mæland, 2009, s. 20). Det har blitt gjort mange forsøk på å avgrense en definisjon på sykdom, men hver definisjon har sine begrensninger. Ofte så skiller man mellom disse sykdomsoppfattelsene:

- 1) Den objektive/biologiske oppfatning av sykdom - på engelsk kalt *disease*
- 2) Den subjektive/psykologiske oppfatningen av sykdom - på engelsk kalt *illness*
- 3) Den sosiale/samfunnsmessige oppfatning av sykdom - på engelsk kalt *sickness*

Disse tre måtene å definere sykdom på er både ulike, men også forenlige ifølge Hofmann (Hofmann, 2008, referert i Mæland, 2009, s. 20). Man kan også endre forståelsen av sykdom til å gjelde personens opplevelse av sykdom. Helse blir da subjektiv definert, og handler nå om personen *føler seg* frisk (Mæland, 2009, s. 30-32). De fleste har små ubehag i kroppen ofte, slik som kløe eller noe vondt i magen. Det er individuelt hvordan og når disse symptomene oppleves som sykdom. Dette kan avhenge av tidligere erfaringer. Eldre personer godtar oftere at kroppen har små plager enn yngre personer (Mæland, 2009, s. 30-32).

Verdens helseorganisasjon (WHO) er FNs egen organisasjon som arbeider for at folk skal ha best mulig helse. WHO definerer helse som "en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og

sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Med det menes det at helse er et komplekst begrep, sammensatt av individets fysiske, psykiske og sosiale tilfredshet (Mæland, 2009, s. 40). Definisjonen av helse kan altså variere. Den spenner seg fra en snever oppfattelse hvor helse er fravær av syke-diagnose, til en mer svevende forståelse av sammenhengen mellom helse og sykdom som ubalanse. Heller ikke alle ser på helse og sykdom som motsetninger, men at de henger sammen på en kompleks måte (Mæland, 2009, s. 40).

Den kjente sosiologen Talcott Parsons så på sykdom i sammenheng med roller. Som menneske har man flere roller, som består av normer og plikter om hvordan man skal være i sammenheng med andre (Mæland, 2009, s. 33-34). Parsons sier at hvis man ikke klarer å oppfylle rollene sine, så vil dette være en avvikende atferd. Sykemelding vil være en svikt i sosial fungering, og sykdom sees derfor på som et sosialt avvik (Mæland, 2009, s. 33-34). Det vil være ønskelig (og det forventes) at den syke selv prøver å bli frisk, og oppsøker hjelp. Hvis man bryter de forventningene andre har til sykerollen, så kan man oppleve sosiale sanksjoner eller tap av rettigheter. Sykdom er i denne settingen sosialt konstruert (Mæland, 2009, s. 33-34). Samfunnet reagerer også forskjellig etter bakgrunn for sykefraværet. Ulike diagnoser gir ulike forventninger, og noen sykdommer gir et negativt sosialt stigma. Parsons sykdomsmodell har tidligere blitt kritisert for å være et amerikansk middelklasse-syn på sykdom (Mæland, 2009, s. 33-34). Definisjonen av helse og sykdom, sett i Parsons kontekst, må sees i sammenheng med samfunnets forståelse. Definisjonen gjenspeiler et resultat av sosiale og kulturelle prosesser i dynamisk endring (Lian, 2004, referert i Mæland, 2009, s. 34).

SSB utførte kvalitative intervjuer med personer i Norge, og spurte hva de mente med begrepet helse. Definisjonen varierte etter intervjuobjektens alder og kjønn. Helse ble hovedsakelig satt i sammenheng med fysisk og psykisk helse, men også sunnhet og fysisk form (Statistisk sentralbyrå, 2007, s. 11). Det er gjort mange undersøkelser for å finne ut hvordan folk flest rangerer sin egen helse. Folk flest rapporterer at helsen og almenntilstanden er god (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 122). Menn er noe mer positive enn kvinner, og yngre personer mer positive enn eldre. Egenrapportert helsetilstand kan sees i sammenheng med arbeidsforhold og sykefravær. Personer som har jobbet i yrker med stor arbeidsbelastning gir oftere inntrykk av mindre god helse (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 122) Dette kan være med på å bidra til ulik fordeling av helse i samfunnet.

De sosioøkonomiske forskjellene i samfunnet bidrar til helseforskjeller (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 117). Helse er nemlig ulikt fordelt i samfunnet. Helseulikheter er noe som ofte reproduseres, og dette er tunge prosesser å endre (Eldstad, 2005, referert i Olsen, 2016, s. 5). De gruppene i samfunnet med mest ressurser og gunstige levekår, slik som utdanning, inntekt, arbeidsforhold og materiell levestandard, har også bedre helse (i snitt). Det vil si at de opplever mindre sykdommer og har ofte høyere levealder (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 117). Det eksisterer en systematisk forskjell i helse etter sosioøkonomisk nivå. Forventet levealder øker hvert steg opp i det sosiale hierarkiet. Dette kalles ofte «helsegradienten» (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 119). Norge er ikke bedre på sosioøkonomiske forskjeller i helse enn andre land i Vest-Europa, på tross av at Norge er et land med relativt gode arbeidsforhold og lite inntektsforskjeller. Forskjellene i levestandard eksisterer fortsatt (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 120-121). Disse ulikhetene oppstår grunnet skjevfordelte ressurser i sosiale grupper. Gode ressurser gir muligheter til å unngå helsefarlige arbeidsplasser, og bedre økonomi kan gi fordeler i helsetjenester (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 120-121).

1.5 Oppgavens oppbygning

Masteroppgaven er delt inn i ulike kapitler. I det neste kapitlet, kapittel 2, blir det gitt en kort innføring i den norske arbeidslivskonteksten, for å helhetlig forstå oppgavens bakgrunn.

Tredje kapittel inneholder teorier som oppgaven er forankret i. Kapitlet starter med ulike teoretiske perspektiver på kjønn, og videre til nyere forskning på sykefravær. Jeg ser nærmere på sosiologisk teori som baseres på empiriske studier. **Fjerde kapittel** redegjør for metodevalg og forskningsdesign. I oppgaven analyserer jeg et kvantitativt datamateriale, så i dette kapitlet beskriver jeg valg og operasjonalisering av variabler, samt omkodinger og nærmere informasjon om Levekårsundersøkelsen og utvalgsprosessen blir gitt. Deretter diskuteres oppgavens validitet og reliabilitet, før jeg avslutter med hvilke analytiske verktøy jeg anvender. Videre i **femte kapittel** utføres oppgavens analyser og resultater. Krysstabeller og logistiske regresjonsmodeller blir analysert for å prøve å besvare problemstillinga. I oppgavens **sjette kapittel** kommer oppgavens konklusjon, og oppgaven kritisert. Avslutningsvis blir det gitt et utpek til videre forskning.

2 Den norske arbeidslivskonteksten

For å forstå oppgaven og dens premiss, må den sees i lys av den norske arbeidskontekt. Det vil derfor bli gitt en kort innføring i dette kapittelet. Det er i hovedsak bøkene Det norske samfunn skrevet av Ivar Frønes og Lise Kjølrsrud som er brukt for å beskrive utviklingen av det norske arbeidslivet.

1950-tallet og husmorssamfunnets storhetstid skiller seg mye fra dagens mer likestilte samfunn. Mennene var hovedforsørgere i familien, og jobbet ofte i manuelle yrker innen industri, fiskeri, landbruk og skogdrift (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 191). De jobbet i yrker laget av menn, for menn. Globalisering og framvekst av ny teknologi førte til store endringer i produksjonsforhold, og det oppstod nye bransjer og næringer. «Den stille revolusjon» kalles tiden fra 1970-tallet og den brakte med seg store omveltninger i samfunnet (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 191). En rekke nye arbeidsplasser i servicesektoren bidro til at flere kvinner kom ut i jobb. Kjønnssrollene er i stadig endring. Før dette var de fleste kvinner husmødre, som var hjemme med barna (Frønes & Kjølrsrud, 2016c, s. 194). Antall barn i alderen 1-5 år i barnehager har økt fra 19 prosent i år 1980 til 90 prosent i 2014 (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 20). Dagens arbeidsliv er preget av et moderne IKT-basert arbeidsmarked, hvor yrkene oftere krever kognitive ferdigheter over fysiske. Arbeidsmarkedet er fortsatt kjønnsdelt, men kvinner har i dag derfor færre hindringer for å tjene egne penger, noe som er formålstjenlig med likestilling (Frønes & Kjølrsrud, 2016c, s. 194). Toinntektsfamilien har blitt normen i Norge (Frønes & Kjølrsrud, 2018, s. 195).

Det norske arbeidslivet kan kalles et kollektivt arbeidsliv. Dette fordi det består av sterke organisasjoner som ivaretar arbeidstakere og arbeidsgivere, tariffavtaler og nøye gjennomtenkte arbeids- og velferdsreguleringer (Andersen et al., 2014, referert i Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 13). I Norge er det arbeidstaker- og arbeidsgiver-organisasjonene LO og NHO som er de sentrale partene i lønnsforhandlingene. Det kan sees som et trepartssamarbeid, hvor staten også har en viktig rolle (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 58-59). Lønnskoordinering skjer i tett samarbeid mellom arbeidstakerorganisasjoner og arbeidsgiverorganisasjoner, og hører sammen med lønnsutvikling i andre sektorer. Konkurransen utsatt industri fastsetter rammen for lønnsvekst, og dette kalles frontfagsmodellen (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 31). Velferdsstaten har høy legitimitet i Norges befolkning, og innbyggerne skårer høyt på generalisert tillit (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 33). Statens mulighet til å kontrollere blir derfor større enn i land hvor markedet har

større makt (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 31). Staten og yrker er ikke adskilt, men forente. Yrker i helse- og utdanningssektoren er sterkt knyttet til det offentlige gjennom lover og forskrifter. Disse velferdsyrkene er i praksis med på å forvalte og legitimere den norske moderne velferdsstaten (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 26).

Det norske arbeidslivet preges av høy sysselsetting, relativt lav økonomisk ulikhet, et høyt skattnivå og en velferdsstat med sjenerøse velferdsordninger (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 15). For at Norge skal ha en velfungerende velferdsstat blir mange oppgaver delegert til landets kommuner (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 27). Folketrygd, skole og helsetjenester er rettigheter som skal være like for alle i velferdsstaten. Dette bidrar til å svekke sosiale forskjeller (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 15). Selv om det skal være likt for alle, er det store forskjeller på hvor mye penger kommunene bruker på lovpålagte tjenester. I helsesektoren varierte utgiftene per innbygger over 67 år fra et snitt på 63 000 kroner til 337 000 kroner i de ulike kommunene (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 27). I utdanningssektoren ser man lignende tendenser. Driftsutgiftene til grunnskoleopplæringene varierte per elev fra 61 000 kroner til 182 000 kroner i de forskjellige kommunene (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 27). Dette kan til dels være knyttet til geografi, slik som skoleskys, eller om skolene har store eller små klasser. Samtidig viser det også tendenser til at kommunene prioriterer ulikt, noen disponerer store summer på velferdstjenester mens andre mindre (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 27).

Den nordiske velferdsmodellen er en merkelapp på velferdsordningene til Sverige, Danmark, Finland, Island og Norge. Dette er ikke en fast modell, den inneholder ulike variasjoner for de enkelte landene. Den nordiske ideen om hvordan staten fungerer er at den skal oppfostre individer med ressurser til å mestre sine egne liv (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 85).

Likestillingspolitikken i Skandinavia og Norge fokuserer på at begge kjønn skal være yrkesaktive. Det legges til rette for fødselspermisjonsordninger for både mødre og fedre, og offentlig utbygging av barnehager (Frønes & Kjølrsrud, 2018, s. 194). Og det er spesielt fire punkter som særpreger den nordiske velferdsmodellen:

- 1) Høyt nivå av sosiale rettigheter
- 2) Høyt nivå av sosiale utgifter og skatter
- 3) Lav forekomst av fattigdom
- 4) «Kvinne-vennlig» velferdsstat, som gir like rettigheter til kvinner

De nordiske velferdsstatene har til felles at de har en stor andel sysselsatte kvinner (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 85). I Norge arbeider 75,4 prosent av alle kvinner i arbeidsfør alder. Tallet er noe høyere for menn, hvor 80,1 prosent er sysselsatt (Statistisk sentralbyrå, 2022). Et annet felles særtrekk er at landene har svært lav grad av barnefattigdom. Det er også større mobilitet mellom generasjonene når det kommer til inntekt i disse landene (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 85). Arv og familiebakgrunn spiller en mindre rolle for hva man kan bli, sammenlignet med andre land. Men, selv i Norge vil foreldrenes økonomiske situasjon ha noe betydning. Barn født inn i de fattigste familiene har lavere mulighet til utdanning, arbeid, inntekt og helse (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 85). Noe som skiller Norge fra de øvrige landene, er at arbeidstakerne i Norge får full lønnsdekning fra første fraværsdag og i inntil ett år. Ordningen med full lønnskompensasjon ble innført i 1978 (Grasdahl, 2016, s. 104). Ser vi til vårt naboland Sverige derimot så har de operert med en karenndag, altså en karantenedag uten lønn. Deretter får arbeidstakerne i Sverige 80 prosent av lønna de neste sykefraværsdagene (Fantoft, 2018).

Avslutningsvis ser vi at landet Norge har blitt totalt endret siden datidens husmorsamfunn. Fra et samfunn hvor yrkene er bygget opp av menn, for menn gjennom patriarkalske samfunnsstrukturer, til å senere inkludere også kvinner. Kjønnssrollene er derfor i stadig endring, og toinntektsfamilien er nå den vanligste familieformen. (Frønes & Kjølrsrud, 2018, s. 195). Arbeidsmarkedet i Norge er fortsatt den dag i dag noe kjønnsdelt, med ulike kvinnedominerte yrker og mannsdominerte yrker. Videre i oppgaven vil jeg se på dette i sammenheng med sykefraværet.

3 Teori

Innledningsvis vil dette teorikapittelet begynne med teoretiske perspektiver på kjønn. Deretter fortsettes det videre på nyere forskning om sykefravær. Fokuset vil ikke være på sosiologisk teori i klassisk forstand, men på sosiologisk teori basert på empiriske studier. I denne gjennomgangen kommer det fram områder som vil tas med inn i analysene, og drøftes senere i oppgaven. Denne teoridelen vil være strukturert etter mulige bakgrunnsvariabler knyttet til sykefravær, og for hvert tema vil aktuell litteratur trekkes inn. Dette er bevisst gjort for å besvare problemsstillingen oversiktlig og på best mulig måte.

3.1 Teoretiske perspektiver på kjønn

Norge er et av verdens mest likestilte land, men vi har fortsatt ikke oppnådd full likestilling mellom kjønnene. Spesielt arbeidsmarkedet i Norge sliter med etterslep av kjønnsforskjeller. Disse kommer til syne både i lønnsnivå og yrker. Menn tjener fortsatt mer enn kvinner. Gjennomsnittlig bruttoinntekt er 583 600 kr for menn, og 409 900 kr for kvinner (Statistisk sentralbyrå, 2022). Denne forskjellen skyldes mye fordi flere menn enn kvinner velger lederyrker, mange kvinner jobber deltid og menn har flere arbeidstimer (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 195). Hvis vi ser bort fra dette, og kun sammenligner timelønn så er forskjellen fortsatt merkbar. Dette grunnet arbeidsmarkedet er relativt kjønnsdelt. Kvinner og menn jobber i forskjellige yrker, og de kvinnedominerte yrkene har ofte lavere lønn (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 195). Dette kan også være grunnet kjønnsdiskriminering eller forskjeller i sosialt nettverk. Men, selv med like rettigheter og muligheter så kan fortsatt kvinner og menn velge forskjellig. Forskere vet ikke om dette skyldes forutinntatte holdninger, sosiale normer eller biologiske kjønnsforskjeller (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 206)

Kjønn er en sosial konstruksjon, og er et dynamisk begrep. Forestillingen om kjønn har endret seg gjennom historien (Mortensen et al., 2008, s. 11-13). Foucault hevder at Sigmund Freud var den første til å stille spørsmålet om kjønn på en forskende og grunnleggende måte. Slik startet den nye diskursen om kjønn og seksualitet (Foucault, 1969, referert i Mortensen et al., 2008, s. 17). Kjønnsteorien som fagfelt har til dels vokst fram i et forsøk på å åpne for nye måter å tenke rundt kjønn. De så bort fra den tradisjonelle måten å representere kjønn på, og de så bort fra at kjønn ofte er en dikotom variabel i et statistisk analysemateriale. Det ble stilt

mer grunnleggende spørsmål om hva kjønn er, hvorfor kjønn framstår slik det gjør, og hvordan kjønnsforskjeller oppstår (Mortensen et al., 2008, s. 15).

Grunnen til at vi har begrepet biologisk kjønn slik vi kjenner det i dag, kommer fra forskning gjort på 1700-tallet (Vandeskog, 2007, s. 148). Forskningen klarte å skille menneskene i to ulike enheter, med ulike biologiske og psykologiske kjennetegn, nemlig mannen og kvinnen. For eksempel at kvinner har X-kromosomet i dobbel utgave (Vandeskog, 2007, s. 148). Denne forskningen gav forklaring til mange kjønnsforskjeller i dette tidsrommet. Dagens kjønnsbegrep bygger på vestlig forståelse, som er at kjønn begrenses av biologiske kategorier, og sett av normer (Vandeskog, 2007, s. 148). Samfunnsvitere har sterke meninger om at kjønnsforskjellene er sosialt konstruert. Det finnes liten tvil om at selvfølgheten med at kvinner går i kjole og menn i dress er en sosial konstruksjon (Frønes & Kjølrsrud, 2016a, s. 203). Disse forventningene til kjønn er godt etablert i vestlig kultur, og de fleste ser for seg en typisk kvinne som feminin og en mann som maskulin (Vandeskog, 2007, s. 148). Denne vestlige forståelsen av menn og kvinner preger også forståelsen av kvinner med udiagnostiserte helseproblemer, og kan hindre god helsehjelp (Malterud, 2018, s. 1498).

Alle innenfor samme kjønn er selvsagt ikke like (Mortensen et al, 2008, s. 336-337). Ulike forskere som Roughgarden har sett på om variasjonen innen ett og samme kjønn er større enn forskjellene mellom de to kjønnene. Slik som genetiske forskjeller, den hormonelle strukturen, og mentale forskjeller i hjernestrukturen. Genetisk skiller de kvinner og menn flere ting, men hjernestrukturen er påfallende lik mellom de to kjønnene (Mortensen et al, 2008, s. 336-337). Et individs kjønn blir påvirket gjennom identitet, symboler og strukturer i samfunnet. Med identitet mener man selvforståelsen, med symboler mener man samfunnets kulturelle forståelse av kjønn, og kjønn som struktur hører sammen med arbeidsplassen, rettigheter, makt og forskjellsbehandling av kjønn (Malterud, 2018, s. 1498). Kjønn og kjønnsforskning kan derfor være spesielt relevant i sammenheng med studier om arbeid og maktfordeling.

Det engelske kjønnsbegrepet skiller mellom *sex* og *gender*. Hvor *sex* er det biologiske kjønn og *gender* er det sosialt konstruerte kjønn (Vandeskog, 2007, s. 151-152). Vestlig hverdagstale bruker kjønn likt som det engelske begrepet *sex* i flere sammenhenger enn det som strengt tatt har noe med biologiske og kroppslige forskjeller å gjøre. *Gender* vil være det kjønn som er sosialt konstruert og relativt, og kan muligens i flere tilfeller påvirke mer i analyser enn det biologisk gitte kjønn (Vandeskog, 2007, s. 151-152). *Sex* og *gender* kan

også oversettes til "å være kjønn" og "å gjøre kjønn" (Malterud, 2018, s. 1498). Å si at kjønn er konstruert kan også bety to ting. Enten så mener man at kjønn er konstruert på bakgrunn av udiskuterbare, naturlige, medfødte kroppslige faktorer - eller så mener man at kjønn er fullt og helt konstruert av språket (Mortensen et al., 2008, s. 81). Dette kan sees i sammenheng med materialiseringsprosessen fra Butlers studier. Som viser at noe som stadig blir gjentatt også ofte skjer (Mortensen et al., 2008, s. 82-84). Et eksempel er fra et barn blir født og barnet går fra «det» til det blir en "han" eller "hun", så skjer det noe. Når noen sier "det er en jente" så får man automatisk forventninger til barnet, grunnet tidligere erfaringer og normer i samfunnet. Disse normene endres over tid, slik at kjønn er i stadig forandring. Gjentakelse av disse forventningene kan skape biologiske kjønn, og også kjønnsforskjellen (Mortensen et al., 2008, s. 82-84). Samtidig som man sier at kjønn er en konstruksjon, så må man også tenke over at det fortsatt blir født babyer som ikke kan kategoriseres som menn eller kvinner med denne konstruksjonen av kjønn. I så fall vil disse bli regnet som avvik (Mortensen et al., 2008, s. 79-80).

Videre i analysene vil kjønn være med som en viktig variabel. I analysene brukes kjønn som det engelske ordet *sex*, selv om *gender* også kan være med å påvirke (Vandeskog, 2007, s. 151-152). Det kan være nyttig i analyser å tenke over. Samfunnet vårt er bygd opp med den vestlige kjønnsforståelsen. Kjønn som struktur hører sammen med arbeidsplassen, makt og forskjellsbehandling basert på kjønn (Malterud, 2018, s. 1498). Kjønn og kjønnsforskning er derfor relevant i sammenheng med arbeid og sykefravær.

3.2 Nyere forskning om sykefravær

Videre i dette teorikapittelet vil nyere forskning om sykefravær legges fram. Dette er for å best mulig svare på problemstillingen «hvilke ulike sosiale bakgrunnsvariabler kan knyttes til kjønnsforskjellen i sykefravær blant ansatte i utdanningssektoren og helsesektoren i Norge?» Nyere forskning fra sosiologer som Astrid Louise Grasdahl, Arne Mastekaasa og Stein Knardahl m.fl. vil her trekkes fram. Som tidligere nevnt, så vil denne delen være strukturert etter mulige bakgrunnsvariabler knyttet til sykefravær. Dette er gjort for å få en bedre oversikt over hva flere studier og forskere skriver om hvert tema. Jeg starter med forskjeller mellom kjønn i sammenheng med sykefravær. Deretter over på økonomiske insentiver, før jeg går

videre til sosioøkonomisk status. Videre ser jeg på ulike sykdomsdiagnoser som knyttes til sykefravær, og til slutt på betydningen av arbeidsforhold.

3.2.1 En nærmere kikk på kjønnsforskjellen i sykefravær

Kvinner har høyere sykefravær i alle aldersgrupper, selv når det kontrolleres for graviditet, antall barn, utdanning og yrke (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 21). Norge har også en svært høy yrkesdeltakelse for kvinner sammenlignet med andre land (Askildsen, 2016, s. 98).

Hvis vi tar et tilbakeblikk på historien, så ser vi at kvinner hadde et mye lavere sykefravær på 1970-tallet. På den tiden hadde kvinner og menn omtrent like stort sykefravær (Dale-Olsen & Markussen, 2010; Mastekaasa, 1997, hentet fra Mastekaasa, 2012, s. 21) Endringer i samfunnsstrukturen skapte flere arbeidsplasser. Dette førte til at kvinners arbeidsdeltakelse økte raskt, og med det økte kvinners sykefravær og kjønnsforskjellene kom til syne (Mastekaasa, 2016, s. 128). I starten kunne kjønnsforskjellen skyldes at kvinner først var i yrker med lite sykefravær, mens de nå gikk over til yrker med mer fravær. Det ble også flere kvinner i arbeid, slik at kvinner med høyere helserisiko nå kom ut i jobb (Mastekaasa, 2016, s. 128). Selv om den høye andelen kvinner i jobb er spesielt for Norge, så ser man tilsvarende kjønnsforskjeller også i andre land (Askildsen, 2016, s. 98). Kjønnsforskjellene i Norge er spesielt store når det kommer til legemeldt sykefravær. I 2014 hadde kvinner 78% høyere sykefravær enn menn (Mastekaasa, 2016, s. 126). Menns sykefravær er ofte noe lengre enn kvinnenes, men kvinnene har gjerne flere fraværsperioder. Dette kan være med på å forklare noe av det høyere sykefraværet hos kvinnene (Mastekaasa, 2016, s. 127).

Kjønnsforskjellen kan delvis skyldes at menn og kvinner utsettes for forskjellige ytre påvirkninger (Mastekaasa, 2016, s. 126). Med det menes ulik grad av belastning, både privat og på arbeid. En annen mulighet kan være at kvinner og menn har ulike reaksjonsmønstre (Mastekaasa, 2016, s. 126). Mastekaasa viser til flere studier som ser på kvinners reaksjoner på livshendelser i forhold til menns reaksjoner. Han ser på om familierelaterte hendelser øker kjønnsforskjeller i sykefraværet, men forskningen er for tynn og sprikende til å konkludere med noe (Mastekaasa, 2016, s. 139). Det er også en mulighet for at det kan ha skjedd endringer i holdninger til sykefravær. En studie utført i 2016 så nærmere på kjønnsforskjeller i holdninger til sykefraværet. 1800 menn og kvinner ble spurt om seks forskjellige hypotetiske

sykefravær ville være rimelig grunnet forskjellige årsaker (Løset et al., 2018, s. 5). Målet med studien var å se om kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær eller om det eksisterer kjønnete normer for sykefravær i Norge (Løset et al., 2018, s. 5). Studien fant ingen vesentlig kjønnsforskjell i holdningene til respondentene. Videre analyser viste at ansatte i kjønnsdominerte yrker hadde noe mer tolererende sosiale normer til sykefravær enn ansatte i yrker med normal kjønnsfordeling. Samtidig kan dette funnet forklares ved at ansatte i disse typen yrkene har denne holdningen (Løset et al., 2018, s. 13-14). Det har generelt skjedd en holdningsendring rundt slike hendelser. Studier fra de siste tiårene viser et økende sykefravær i sammenheng med dødsfall i nær familie, samlivsbrudd og graviditet i perioden fra 1993 til 2005. Sykefravær rundt slike hendelser har også økt, både i hyppighet og lengde. Dette kan tyde på at holdninger rundt hva som er god tatt å sykemelde seg for har endret seg (Markussen & Røgeberg, 2012, referert i Grasdahl, 2016, s. 108)

Familielivet kan også være med å påvirke kjønnsforskjellen i sykefraværet. I det legemeldte sykefraværet skal ikke yrkesaktive som er hjemme med sykt barn telle med, men det kan tenkes at den doble arbeidsbyrden belaster i så stor grad at det går utover arbeidslivet (Kostøl & Telle, 2011, s. 7). «Den doble byrde» er en teori som er vanskelig å påvise. Denne teorien går ut på at kvinner bruker mer dobbelt så mye tid på arbeid i hjemmet enn menn, noe som gjør at å balansere arbeidsbyrden hjemme med yrkeslivet kan bli utfordrende. Kostøl og Telle skriver så at denne doble byrden kan også økes med antall barn (Kostøl & Telle, 2011, s. 9). Norske studier har stort sett vist svake eller ingen statistiske sammenhenger mellom omsorg for barn og kvinners sykefravær (Mastekaasa, 2016, s. 113). Men det er som sagt vanskelig å påvise. Søvnproblemer er vanligere for kvinner enn menn. (Statistisk sentralbyrå, 2007, s. 14). Dette kan indirekte være forårsaket av antall småbarn eller den doble arbeidsbyrden.

Kvinner har altså et mye høyere legemeldt sykefravær enn menn. Forskere har mange ulike teorier, og mange er vanskelige å studere. Kjønnsforskjellen i sykefravær er svært kompleks, og for å forstå den må vi se nærmere på bakgrunnen til sykefravær generelt.

3.2.2 Økonomiske insentiver

Sykepenges og andre helse relaterte trygdeytelser er selve basisen i velferdsstaten. Dette avgjør hvordan livet skulle bli, hvis man skulle være uheldig å få sviktende helse. Både økonomisk og fysisk (Grasdahl, 2016, s. 119). Sykefravær har lenge vært et mye diskutert

tema, grunnet kostnadene dette medfører for samfunnet (Dahl-Jørgensen et al., 2002, s. 4). Myndighetene i Norge har i flere tiår prøvd å redusere det høye sykefraværet. De har satt søkelys på å forbedre arbeidsforhold, større bruk av gradert sykemelding og økt samarbeid mellom sykemeldt arbeidstaker, arbeidsgiver, sykemeldende lege og Nav. De har ikke foretatt økonomiske innstramminger. Arbeidere i Norge får full lønnsdekning fra første fraværsdag. Arbeidstakere i andre land har enten begrenset lønnsdekning eller karensdager under sykefravær. Sykelønnsordningen i Norge er derfor svært generøs (Grasdal, 2016, s. 103-104).

Norge har hatt tilnærmet samme regler og praksis rundt sykelønn i mange år. Dette gjør det vanskelig å studere hvordan de økonomiske insentivene påvirker sykefraværet (Grasdal, 2016, s. 105). Nav dekker arbeidsgivers sykelønns-utgifter inntil 6G. Det betyr 6 ganger grunnbeløpet, og grunnbeløpet i Norge blir fastsatt i mai hvert år. I 2021 ble det fastsatt til 106 399 kroner. 6G er derfor 638 394 kroner i 2021 (NAV, 2022). Arbeidstakere som tjener mer enn 6G vil ikke få høyere sykelønn enn dette beløpet hvis de blir sykemeldt, hvis ikke de har en egen avtale med arbeidsgiver om å dekke lønn som overstiger dette nivået. De vil altså gå ned i lønn i perioden de sykemelder seg, og dette kan muligens være med på å påvirke sykefraværet. Dale-Olsen (2014) ser nærmere på dette. Analysene hans finner ut at menn i bedrifter med innslag av prestasjonslønn, og som ikke dekker sykelønn over 6G, har lavere sykefravær (Dale-Olsen, 2012, referert i Grasdal, 2016, s. 105). Videre viser analysene at hvis bedriften dekker beløpet over 6G så har de ansatte noe mer sykefravær. Dette gjelder i bedrifter hvor de har innslag av prestasjonslønn. I bedrifter med fastlønn ser man ingen sammenheng (Dale-Olsen, 2014, referert i Grasdal, 2016, s. 106). Aarbu og Torsvik (2016) undersøkte om overgangen fra gruppebasert prestasjonslønn til individbasert prestasjonslønn hadde betydning. De fant ut at sykefraværet gikk ned når de tok bort denne inntektskompensasjonen. Dette tyder på at sykefraværet reduseres når de ansatte får en økonomisk kostnad av sykefraværet (Aarbu & Torsvik, 2016, referert i Grasdal, 2016, s. 106).

I nabolandet vårt, Sverige, så har reglene rundt sykelønn endret seg over tid. Det er også forskjeller mellom yrkesgrupper og ulike forsikringsavtaler rundt sykelønn. Sverige har også i perioder hatt ulik kompensasjonsgrad etter varighet på sykefraværet. Dette gjør Sverige til et godt forskningsobjekt, og velegnet til analyser rundt sykefravær og sykelønn (Grasdal, 2016, s. 107). Sverige har et lavere sykefravær enn Norge. De har karensdager, noe som betyr at de ikke får lønn den første dagen de er syke. Tanken bak er å minske korttidsfraværet (Fjeldstad, 2020). Nylig har ordningen byttet navn til karensavdrag, som skal sikre likere behandling.

Ansatte mister en femtedel av en ukes lønn hvis de blir syke (Fjeldstad, 2020). Ordningen kan være positiv, men det kan også føre til at flere går på jobb når de er syke fordi de ikke har råd til å miste en hel dags lønn. En mindre studie viste at 36 prosent av svensker har gått på jobb mens de er syke, mens 4 prosent nordmenn svarte det samme (Fjeldstad, 2020).

Grasdal (2016) peker på ulike studier (Henrekson & Persson, 2004; Petterson-Lidbom & Thoursie, 2013) som viser at kutt i kompensasjonsgraden både reduserer antall sykefraværstilfeller, og lengden på sykefraværet (Grasdal, 2016, s. 107). Studiene ser tilbake på når Sverige i 1987 tok bort en karensdag. Fjerning av en karensdag førte til mindre utgifter for arbeidstakeren som sykemeldte seg. Dette førte til at andelen korte sykefraværstilfeller økte. Arbeidstakerne tapte nå mindre på å sykemelde seg. Samtidig så man også at det ble *færre* lengre sykefraværstilfeller (Grasdal, 2016, s. 107). Hvis man sammenlignet økningen av korte sykefravær med nedgangen i lengre sykefravær så estimerte de det til tre proSENTS nedgang i det totale antallet sykefraværsdager (Petterson-Lidbom & Thoursie, 2013, referert i Grasdal, 2016, s. 107). Dette kan tyde på at bruk av korttidsfravær kan hjelpe å forhindre framtidige alvorligere helseproblemer og lengre sykefravær. Flere tidligere studier retter oppmerksomhet mot at dette kan redusere sykefravær på lengre sikt (Brandth, 1985; Blank & Diderichsen, 1995; Dyrstad, 1999, referert i Dahl-Jørgensen et al., 2002, s. 4-5).

På bakgrunn av disse studiene blir det i Norge stilt spørsmål ved om disse trygdeytelsene er såpass gode at vi har unødvendig mange som er sykemeldt eller uføretrygdet. Sammenligner vi oss med nabolandet Sverige så ser man at deres mange økonomiske insentiver til å holde ansatte i arbeid fungerer. En økonomisk egenandel som karenssfradrag kan derfor bidra til å opprettholde arbeidsdeltakelsen, og redusere sykefraværet (Grasdal, 2016, s. 119). Som nevnt kan det også føre til færre korttidsfravær, men samtidig ha en uheldig virkning på langtids-sykefraværet. Siden sykelønnsordningen har vært lik i Norge siden slutten av 1970-tallet, kan uansett ikke slike insentiver alene forklare hvorfor kvinner har et høyere sykefravær enn menn (Kostøl & Telle, 2011, s. 12). Det kan tenkes at andre indirekte kostnader ved sykefraværet veier tyngre for menn enn kvinner. Slik som sosiale kostnader, eller at kvinner har større preferanse for familieliv enn karriere (Kostøl & Telle, 2011, s. 12). Dette er vanskelig å bevise.

3.2.3 Sosioøkonomisk status

Det er mye dokumentasjon som peker mot at sammenhengen mellom lav utdanning og økt sannsynlighet for uføretrygd er reell (Bruusgaard et al., 2010; Hagen et al., 2006, referert i Skouen, 2015, s. 1567). Helse variere med utdanning, inntekt og yrke (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 90). Muskel- og skjelettplager rapporteres oftere hos personer med lavere sosioøkonomisk status, og en studie viser at personer med lav utdanning hadde omtrent tre ganger så høy sannsynlighet for å bli uføre på grunn av ryggglidelse enn personer med høy utdanning (Hagen, 2000, referert i Folkehelseinstituttet, 2018). Dahl (2014) skriver at tall fra levekårsundersøkelser i Norge viser at sammenhengen kan ha blitt sterkere de senere årene (Dahl, 2014, referert i Folkehelseinstituttet, 2018). Det kan være mange grunner som forklarer denne sammenhengen. Yrker som krever lavere utdanning oppleves ofte som mer stressende og man har mindre bestemmelsesrett (Skouen, 2015, s. 1567). Ifølge Fjeld så ville Karl Marx beskrevet det som at arbeidet er fremmedgjort (Fjeld, 2022). Arbeiderne har større avstand til, og mindre innflytelse på de valgene som tas. Skouen (2015) viser til at det da vil være vanskeligere for arbeidere som opplever helseplager, uansett om plagene kommer fra selve arbeidet eller av andre grunner, å forbli i jobben (s. 1567).

Høyere utdanning er med på å gi større lønnsforskjeller. Menn er oftere enn kvinner i yrker som krever høyere utdanning (Statistisk sentralbyrå, 2007, s. 35-36). Det er også slik at av de med høyere utdanning så velger oftere kvinner yrker innen utdanningssektoren eller helsesektoren, mens menn gjerne velger tekniske og naturvitenskapelige fag (Statistisk sentralbyrå, 2007, s. 36). Menn tar oftere lederstillinger, eller yrker innen privat sektor som krever høyere utdanning (Statistisk sentralbyrå, 2007, s. 36).

Innen helse- og omsorgsyrkene er det store forskjeller, gruppene med høyest utdanning har minst sykefravær (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 91). Arbeidstakere med lav lønn og lav status har større sannsynlighet for å bli uføre, enn arbeidstakere i yrker med høy lønn (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 91). I likhet med helsesektoren sees det samme tendenser i utdanningssektoren (Mastekaasa, 2012, s. 27). Også her har utdanningsnivå betydning for helse og sammenheng med sykefraværet. Arbeidstakere med lavt utdanningsnivå har i snitt høyere sykefravær enn de med lengre utdanning (Mastekaasa, 2012, s. 27)

Tabell 1: Legemeldt sykefravær etter utdanningsnivå, 2019. Prosent. Fra SSB

| Utdanningsnivå | Sykefraværprosent (Første kvartal, 2019) | |
|---|---|---------|
| | Menn | Kvinner |
| Grunnskolenivå | 5,6 | 8,3 |
| Videregående skole | 4,4 | 8,0 |
| Universitets- og høyskoleutdanning, 1-4 år | 2,9 | 6,9 |
| Universitets- og høyskoleutdanning, over 4 år | 1,8 | 4,8 |
| Uoppgitt eller ingen fullført utdanning | 4,1 | 5,8 |
| Utdanningsnivå i alt | 3,9 | 7,1 |

Tall hentet fra tabell 13333 fra Statistisk sentralbyrå, 2019. Tabellen viser legemeldt sykefravær for ansatte i alle yrker, sortert etter utdanningsnivå. Arbeidstakere med grunnskolenivå som utdanning har høyest sykefravær, for begge kjønn. Dalgard (2008) viser til en undersøkelse som ser at økonomisk betinget stress er en mulig årsaksforklarende faktor (s. 248). Arbeidstakerne med lav utdanning arbeider oftere i jobber med færre muligheter for egenkontroll, og manglende sosial støtte (Stansfeld, 1988, referert i Dalgard, 2008, s. 248). Kvinner har tidligere hatt lavere utdanningsnivå enn menn i gjennomsnitt, og Mastekaasa mener det kan forklare noe av kjønnsforskjellen i sykefravær (Mastekaasa, 2012, s. 27). Dette kan være i ferd med å snu. I dag er det nemlig flere kvinner enn menn med høyere utdanning (Statistisk sentralbyrå, 2022). Utdanningsnivå har derfor en mulig sammenheng med sykefraværet, og kan brukes som en variabel i videre analyser.

3.2.4 Sykdomsdiagnoser

Det er ikke alvorlige og livstruende diagnoser som fører til det høye sykefraværet, men fysiske helseplager og lettere psykiske lidelser. Folkehelsen i Norge er nemlig god sammenlignet med andre land, og ingenting tyder på at nordmenn er sykere enn sine naboland (Askildsen, 2016, s. 97).

Tabell 2: Legemeldt sykefravær etter diagnose 2017-2021, målt i prosent. Fra NAV

| Tredje kvartal | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Muskel-/skjelettlidelser | 39,1 | 39,0 | 38,0 | 38,0 | 36,5 |
| Psykiske lidelser | 20,2 | 21,0 | 21,9 | 21,3 | 21,9 |
| Andre lidelser | 9,5 | 9,2 | 9,3 | 8,8 | 8,3 |
| Sykdommer i luftveiene | 5,2 | 4,9 | 5,1 | 7,4 | 7,9 |
| Allment og uspesifisert | 5,9 | 5,7 | 5,8 | 5,8 | 6,6 |
| Sykdommer i nervesystemet | 5,6 | 5,8 | 5,7 | 5,7 | 5,9 |
| Sykdom i fordøyelsesorganene | 5,3 | 5,2 | 5,3 | 4,8 | 4,5 |
| Svangerskapssykdommer | 5,0 | 5,2 | 5,0 | 4,6 | 4,8 |
| Hjerte- og karsykdommer | 3,9 | 3,8 | 3,7 | 3,6 | 3,4 |
| Ukjent | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,2 |

Tabellen med tall fra NAV viser at muskel- og skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til legemeldt sykefravær i Norge. Innenfor denne kategorien er det ryggplager som er den undergruppa som oftest fører til sykefravær, og 80 prosent av disse ryggplagene er uspesifikke ryggplager (Skouen, 2015, s. 1567). Smerter i nakke og rygg er veldig vanlig. Mellom 60 og 80 prosent av befolkninga vil være plaget av rygg smerter i løpet av livet (Lærum, 2013, referert i Folkehelseinstituttet, 2018). Sykdommer knyttet til muskel- og skjelettsystemet er vanligere blant kvinner enn blant menn. Rygg smerter oppstår hos begge kjønn i omtrent like stor grad, mens nakkesmerter opptrer oftere hos kvinner (Folkehelseinstituttet, 2018). 27 prosent kvinner og 18 prosent menn oppgir at de til enhver tid har langvarige plager. Disse tallene kan også skyldes at kvinner går hyppigere til lege for slike plager enn det menn gjør (Lærum, 2013; Kinge, 2015, referert i Folkehelseinstituttet, 2018). I aldersgruppa 45 til 65 år er det høy forekomst av slitasjesykdommer blant kvinner. En stor andel kvinner i denne aldersgruppa har sykdommer som artrose, fibromyalgi og benskjørhet (Statistisk sentralbyrå, 2007, s. 15).

Kvinner beskriver oftere egen helse som mindre god enn menn, og kvinner bruker i større grad helsetjenester. Samtidig er menns dødelighet høyere, og kvinner lever i snitt 4 år lengre (Dahlin & Härkönen, 2013; Oksuzyan, et al. 2018, referert i Mastekaasa, 2016, s. 139-140). Omtrent like mange innenfor begge kjønn har helseproblemer som påvirker hverdagen deres i stor grad, mens flere kvinner har varig sykdom, skade eller funksjonshemming som ikke

påvirker hverdagen i like stort omfang (Statistisk sentralbyrå, 2007, s. 11-12).

Kjønnsforskjellen i helse sees allerede før arbeidslivet og familielivet blir stiftet, og kan tyde på at årsakene til kjønnsforskjeller i sykefravær ikke skyldes forhold i arbeidslivet eller familielivet (Mastekaasa, 2016, s. 140). Kjønnsforskjellene i selvopplevd helse starter allerede i ungdomsårene. Hodepine, magesmerter, tretthet, søvnproblemer og migrene rapporterer flere jenter om, og denne forskjellen øker etter hvert som de ble eldre (Mastekaasa, 2016, s. 140).

I omsorgssektoren oppdaget man at det forelå en «moralsk» samvittighet i sammenheng med fravær. De ansatte opplevde også mindre støtte knyttet til sykefravær grunnet fysiske belastninger (rygg- og muskelpåslag, hodepine), enn hvis de var borte grunnet smittsomme sykdommer. Noen fraværsgrunner oppleves da som mer sosialt akseptert enn andre i denne sektoren (Dahl-Jørgensen et al., 2002, s. 25) Studien til Dahl-Jørgensen et al. konkluderer med at omsorgssektoren er et typisk kvinneyrke, og å vise omsorg for brukerne oppleves som uforenelig med fravær. Det kan bety at de ansatte prioriterer seg selv foran brukerne (Dahl-Jørgensen et al., 2002, s. 26-27). Derfor ble fraværsgrunner som er knyttet til brukernes velvære mer godtatt, for eksempel hvis en ansatt fikk smittsomme symptomer. Det ble mer godtatt som fraværsgrunn enn ryggplager. Dette innebærer et press på de ansatte som kan gjøre det vanskelig å prioritere seg selv og egen helse. Studien viser også tendenser til at menn er bedre til å ha en nødvendig avstand fra jobben (Dahl-Jørgensen et al., 2002, s. 26-27).

Det er velkjent at graviditet har stor innvirkning på kvinners sykefravær (Mastekaasa, 2016, s. 133). Mastekaasa bruker tall fra 2012 som viser at kjønnsforskjellen i aldersgruppen 20-39 år synker med 52 prosent dersom gravide tas bort. Samtidig har det vært økning i sykefraværet til gravide. Fra 1993 til 2005 har økningen vært på 61 prosent, og denne økningen kan trolig forklares med endret sykdomsatferd.

Helsen til Norges innbyggere er generelt god, og levealderen øker. Likevel har ikke dette ført til en nedgang i sykefravær. Det kan bety at sykefraværet i dag ikke i like stor grad henger sammen med sykdom, men en rekke andre forhold som arbeidsforhold og sykdomsatferd (Almlid & Sykefraværutvalget, 2010, s. 89). Med sykdomsatferd menes hvordan man reagerer på sykdomstegn. Sykefraværet til gravide har hatt en økning på 61 prosent fra 1993 til 2005, og kan trolig forklares med endret sykdomsatferd (Mastekaasa, 2016, s. 133). Smerte er en subjektiv følelse, og muskel- og skjelettsykdommer har ofte smerte som eneste

symptom. Diagnosen baseres på pasientens subjektive opplevelse av sykdommen, og kan påvirke utfallet av sykemeldingen (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 89).

3.2.5 Arbeidsforhold

WHO sier "lønnsarbeid er helsebringende" (Statistisk sentralbyrå, 2007, s. 12). Dette er fordi lønnsarbeid gir struktur i hverdagen, en følelse av sosial tilhørighet og økonomisk selvstendighet. Samtidig så vil den helsebringende effekten avhenge av arbeidsforholdene på arbeidsplassen (Statistisk sentralbyrå, 2007, s. 12). Norske arbeidstakere er faktisk de som er mest fornøyde med arbeidsforholdene på arbeidsplassen, sammenliknet med arbeidstakere i Europa (Arbeids- og sosialdepartementet, 2021, s.7). Likevel peker Datamateriale fra Statens Arbeidsmiljøinstitutt på at omtrent én tredjedel av de som har et lengre sykefravær så skyldes arbeidsforhold helt eller delvis årsaken til fraværet (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2018, s. 113). Det skyldes neppe at arbeidsforholdene i Norge er mer helsefarlige enn i andre land. Noe strenge reguleringer og sikkerhetstiltak sørger for (Askildsen, 2016, s. 97).

I 2014 brukte Sterud Levekårsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå fra 2009 for å se hvordan arbeidsforhold påvirket sykefraværet. Spørsmålene gikk på ergonomiske forhold på arbeidsplassen, for eksempel om det er mange tunge løft. Spørsmålene gikk også inn på psykososiale forhold, for eksempel om man opplevde støtte fra lederen sin og om man opplevde kontroll over arbeidssituasjonen. Studien sammenlignet svarene basert på kjønn og yrke og fant ut at forskjeller i arbeidsforhold kan forklare 16 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær generelt, og 35 prosent av forskjellen i langtidssykefravær (Sterud, 2014, referert i Mastekaasa, 2016, s. 128-129.)

Fysiske arbeidsmiljøfaktorer

Knardahl m.fl. så på flere studier som har undersøkt arbeidsforhold av betydning for sykefravær med søkelys på generell fysisk belastning eller spesifikk mekanisk eksponering. Dette kunne være repetitive bevegelser, stående arbeid nakke-/ryggfleksjon, løfting av tunge gjenstander/personer, og arbeid med hender over skulderhøyde (Knardahl et al., 2016, s. 186-188). Av disse studiene fant 13 studier at fysisk belastning ga signifikant økning i risiko for

sykefravær. Fire av fire studier viste sammenheng mellom repetitive bevegelser og sykefravær. To av to studier så at betydningen av stående arbeid var negativ knyttet til sykefravær. Fire av fem studier fant ut at håndtering av tunge gjenstander eller personer bidro til økt sykefravær. To av tre studier så at arbeid med hender over skulderhøyde hadde sammenheng med sykefravær (Knardahl et al., 2016, s. 186-188).

To nyere studier fra Danmark og Norge har sett på hvordan mekanisk eksponering på arbeidsplassen påvirker sykefraværet. Den danske studien fant ut at 23 prosent av langtidsfraværet kan skyldes stående arbeid, eller knestående arbeid. 28 prosent kan skyldes løfting av tunge gjenstander eller personer. 27 prosent av kvinnenenes langtidsfravær kan tilskrives vridning av nakke eller rygg. Studien fant ut at mellom 10 og 30 prosent kunne skyldes mekanisk eksponering (Christensen, et al., 2007, referert i Knardahl et al., 2016, s. 189). Den norske studien fra 2014 viste at omtrent åtte prosent av langtidssykefraværet kunne skyldes stående arbeid, og åtte prosent kunne skyldes gjentatte og ensidige bevegelser. Studien sett under ett viser at omtrent 25 prosent, altså en av fire sykefraværstilfeller kan skyldes mekaniske faktorer (Sterud, 2014, referert i Knardahl et al., 2016, s. 189). Også datamateriale fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) peker mot at 25 prosent av sykefraværet kan tilskrives mekaniske faktorer i arbeidsforholdene (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2018, s. 79). Arbeidsbelastninger kan derfor knyttes til sykefravær. Hvordan man opplever arbeidsbelastningene derimot, handler ikke bare om de objektive belastningene, men også hvordan den yrkesaktive mestrer påkjenninger (Abrahamsen, 1991, s. 2).

Almlid og Sykefraværsutvalget ser på arbeidsforholdene knyttet til helsesektoren i sin NOU-rapport. Sykepleiere, hjelpepleiere og ansatte uten formell kompetanse opplever mer fysisk belastning enn andre (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 22). De er også mer eksponert for mekaniske og kjemiske belastninger. De oppgir også at de oftere har et mer krevende arbeidsmiljø, med mye tidspress (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 57).

Utdanningssektoren derimot, blir ikke særlig preget av fysiske belastninger, men i større grad psykiske belastninger (Abrahamsen, 1991, s. 7). Videre ser jeg derfor på psykiske arbeidsmiljøfaktorer.

Psykiske arbeidsmiljøfaktorer

Omtrent femten prosent av det lengre sykefraværet kan bunne i dårlige psykososiale forhold på arbeidsplassen (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2018, s. 51). Studier som ser på psykiske arbeidsmiljøfaktorer ser blant annet på hvordan høye jobbkraav, lite kontroll, mobbing, trusler, en tydelig ledelse og rettferdighet kan påvirke sykefraværet.

61 studier så på sammenhengen mellom kvantitative krav og sykefravær. 41 av disse fant ingen statistisk sammenheng. 16 studier peker på at høye jobbkraav gir økt sannsynlighet for sykefravær, mens de resterende fire studiene peker på motsatt effekt. På studier som undersøkte om høy grad av kontroll over arbeidet kunne redusere sykefraværet så fant litt over halvparten denne sammenhengen. Fem av seks studier fant sammenheng mellom kontroll over arbeidstid og redusert sykefravær. Rollekonflikter og rolleklarhet ble også studert, og en overvekt av studiene påviste en statistisk signifikant sammenheng mellom dette og sykefravær (Knardahl et al., 2016, s. 190).

Enkelte studier viste at lav forutsigbarhet var knyttet til høyere sykefravær. Lav belønning, og ubalanse mellom belønning og innsats førte til noe mer sykefravær (Knardahl et al., 2016, s. 193-194). Flere studier viste også at mobbing, trusler og vold gav stor risikofaktor for sykefravær. Sosial støtte, og et bra sosialt klima på arbeidsplassen ble knyttet til lavere forekomst av sykefravær. Samme med en god og tydelig ledelse, og opplevelse av rettferdighet (Knardahl et al., 2016, s. 193-194).

Studiene sett under ett gjør at det kan konkluderes med at det er sterk evidens for å si at høye kvantitative krav kombinert med lav kontroll og trakassering eller mobbing øker sannsynlighet for sykefravær (Knardahl et al., 2016, s. 194). Studiene ser at økt kontroll over arbeidet vil føre til mindre risiko for sykefravær. Sosialt klima er også med på å redusere sykefravær. Det er derimot begrenset evidens for å påstå at rollekonflikter, lav belønning og emosjonelle krav gir risiko for økt sykefravær. Også sammenhengen mellom god ledelse og lavt sykefravær har begrenset evidens (Knardahl et al., 2016, s. 194).

Almlid og Sykefraværsutvalget ser på psykiske arbeidsmiljøfaktorer knyttet til helsesektoren. Ansatte i helsesektoren opplever i større grad enn andre yrker uønsket seksuell oppmerksomhet. En av ti helsearbeidere oppgir at de opplever det flere ganger i måneden (Rønning, 2010, referert i Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 59). Dette gjelder ikke for utdanningssektoren. Men også utdanningssektoren har psykiske belastninger. Ifølge

Abrahamsen blir lærere i utdanningssektoren ikke særlig fysisk utmattet av undervisning, men i større grad psykisk utmattet (Abrahamsen, 1991, s. 7). Både lærere, og pleiepersonale i helsesektoren, rapporterer om høyt stress på nivå med bedriftsledere. Helsesektoren melder om både fysisk slit og stress, og et psykisk press. Pleiearbeid skiller seg ut som ekstra krevende (Abrahamsen, 1991, s. 7). Dette kan ha sammenheng med at ansatte i helsesektoren har lav selvbestemmelse på arbeidsplassen, sammenlignet med andre yrkesaktive (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 59).

Oppsummert kan jeg si at psykiske arbeidsmiljøfaktorer kan påvirke sykefraværet til flere yrker. Både helsesektoren og utdanningssektoren rapporterer om slitsomme arbeidsforhold, og psykiske belastninger.

Organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer

Studier som ser på organisatoriske faktorer fokuserer på hvordan arbeidet er organisert og utformet. Slik som om det er lange arbeidsdager, skiftarbeid, hvordan kontoret er utformet, om det er mye omorganisering, usikker jobbstilling/midlertidige ansettelse, osv.

Studiene som så på lange arbeidsdager og overtidarbeid fant ingen signifikant sammenheng mellom ansatte med lange dager og sykefravær. Dette kan muligens forklares med at flere ansatte med lange arbeidsdager kan tenkes å ha en høyere stillingstype eller lederstilling (Knardahl et al., 2016, 194-195). Et flertall av studiene peker på en signifikant sammenheng mellom skiftarbeid og høyere sykefravær. Omorganisering og nedbemanning i bedriften førte også til større usikkerhet, og tydet på noe økt sykefravær blant fast ansatte. Studier som så på usikkerhet knyttet til arbeidsplassen så derimot ingen signifikant sammenheng mellom jobbusikkerhet og sykefravær (Knardahl et al., 2016, 194-195). Til slutt kan det konkluderes med at den organisatoriske arbeidsmiljøfaktoren som påvirker sykefravær mest er skiftarbeid. Studiene viser høy grad av evidens. De andre faktorene viste ingen eller begrenset sammenheng med sykefravær (Knardahl et al., 2016, 194-195)

Det vil være vanskelig å utføre en studie som ser på alle faktorer i arbeidslivet, grunnet stor variasjon i yrkene hvilke faktorer som kan påvirke så vil det være svært mange faktorer å ta hensyn til (Knardahl et al., 2016, s. 197). Derfor er det mulig at de eksponeringene som tidligere er nevnt kun forklarer økt sykefravær i et begrenset antall yrker. Problematiske

jobbeksponeringer i noen yrker kan tvert imot være positive i andre yrker, og føre til vekst og karrieremuligheter (Knardahl et al., 2016, s. 197). Det kreves mer forskning for å øke kunnskapen på feltet. Det finnes også få studier som ser på forebyggende tiltak for å redusere sykefravær. Dette kan være fordi det er vanskelig å få til i praksis (Knardahl et al., 2016, s. 197).

Almlid og Sykefraværsutvalget ser på organisatoriske faktorer knyttet til helsesektoren. Dette er en sektor med utfordringer når det kommer til arbeidstidsordninger (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 9). Helsesektoren er svært kvinnedominert, og kvinnelige ansatte har omtrent 60 prosent høyere sykefravær enn de mannlige. En del av denne kjønnsforskjellen kan sees i sammenheng med at flere kvinner enn menn jobber deltid. 37,3 prosent av sysselsatte kvinner jobber deltid, sammenlignet med 16,7 prosent av sysselsatte menn (Statistisk sentralbyrå, 2022). Sykefraværet er også høyere blant ansatte som jobber deltid enn de som jobber heltid (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 55). Helsesektoren har i tillegg høyest andel ansatte i skift- eller turnusordninger. 37 prosent av de ansatte jobber også både nattarbeid og dagarbeid i roterende turnus. Omtrent 86 prosent av omsorgsarbeidere og hjelpepleiere jobber turnus, og omtrent 70 prosent av sykepleierne (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 56). Dette vil senere i oppgaven drøftes i sammenheng med Knardahl m.fl. sin konklusjon, som sa at skift- eller turnusarbeid har størst sammenheng med sykefraværet.

3.3 Oppsummering

Sykefraværsvariasjon mellom ulike yrker kan være grunnet forskjeller i arbeidstid, fysisk og psykisk arbeidsbelastning, utdanningsnivå og kjønns- og alderssammensetning (Arbeids- og sosialdepartementet, 2021, s. 44-45). Kompetanse om hvilke faktorer som øker sykefraværet kan være med på å bidra til forebyggende tiltak for å redusere det. Ved å belyse hvilken faktor disse arbeidsforholdene har for kjønnsforskjellen i legemeldt sykefravær, håper jeg å belyse sammenhenger som gir mer kunnskap på feltet (Knardahl et al., 2016, s. 180). Kjønn må også sees i sammenheng med om det er biologisk eller sosiologisk kjønn. I analyser blir kjønn framstilt som en dikotom variabel, som baseres på det biologiske kjønn. Dette selv om sosiologisk kjønn også kan påvirke i stor grad. Dette må tas hensyn til.

Videre har Norge et kjønnsdelt arbeidsmarked. Utdanningssektoren og helsesektoren er begge kvinnedominerte sektorer, som i stor grad blir påvirket av fysiske, psykiske og organisatoriske arbeidsmiljøbelastninger. Det er relasjonsbaserte yrker, med høyt arbeidspress. I helsesektoren er arbeidstidsordningen i tillegg en spesiell utfordring, med en stor andel i skift- og turnusordning. Også alder, utdanningsnivå og årslønn er variabler som kan knyttes til sykefraværet, og brukes i videre analyser. Typiske kvinnesykdommer, helse, sykdomsatferd, holdninger til sykefravær og den doble byrde er vanskelig å måle i analyser, men kan være med å påvirke kjønnsforskjellen i sykefraværet. Antall småbarn er et eksempel på en variabel i Levekårsundersøkelsen som kan brukes til videre forskning av kvinners sykefravær.

4 Metode

I denne delen vil oppgavens empiriske materiale og vitenskapsteoretiske utgangspunkt fremlegges. Videre så vil avhengig og uavhengige variabler som blir benyttet i analysene presenteres og operasjonaliseres. Deretter går jeg nærmere inn på de analytiske tilnærmingene brukt i oppgaven. Til sist vil oppgavens validitet og reliabilitet diskuteres.

4.1 Oppgavens empiriske materiale

For å belyse problemstillingen i denne oppgaven ble et kvantitativt datasett fra Levekårsundersøkelsen 2019 om Arbeidsmiljø benyttet. Data gjort tilgjengelig via Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Sykefraværet blant norske arbeidstakere varierer på tvers av yrker, arbeidsplasser, kjønn, regioner og over tid, og datamaterialet gir muligheter for å analysere dette med bestemte statistiske analyseteknikker (Markussen et al., 2011, referert i Grasdahl, 2016, s. 111). I hovedsak fokuseres det på legemeldt sykefravær, for å ha god statistikk å jobbe videre med. Statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versjon 25 ble brukt for å gjennomføre alle statistiske analyser.

Dataen brukt i oppgaven er såkalt *secondary use of data*, altså annenhånds databruk. Dette inntreffer når dataen er brukt til en annen årsak enn det den opprinnelig ble samlet inn for (Schlegel & Ficheur, 2017, s. 68). Det betyr at selv om Statistisk sentralbyrå har samlet inn datamaterialet, så kan de ikke stilles ansvarlig for analysene og tolkningene som er gjort i denne oppgaven. Bruk av foreliggende data er en fordel, spesielt for hensynet til undersøkelsesobjektene. Hvis befolkningen til stadig blir spurt om å utføre undersøkelser, er det fare for at noen går lei (Hellevik, 2002, s. 100-101). Hvilke variabler som er brukt i oppgaven begrenses også av datamaterialet som allerede er samlet inn.

Oppgavens empiriske grunnlag

Levekårsundersøkelsen om Arbeidsmiljø er en undersøkelse som blir gjennomført av Statistisk Sentralbyrå, og har som mål å kartlegge ulike arbeidsmiljøforhold blant sysselsatte i Norge. Undersøkelsen gjennomføres hvert tredje år, og har blitt gjennomført syv ganger tidligere. Det blir blant annet samlet inn informasjon rundt arbeidsplassen, arbeidsmiljøet,

yrkesrelaterte helseplager og sykefravær. Formålet med undersøkelsen er å kartlegge det norske folks arbeidssituasjon, helsesituasjon, hvordan folk har det på jobben og hvilke utfordringer som finnes innenfor ulike yrker. Undersøkelser som denne er viktige for å følge utviklingen i det norske arbeidsliv (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 100).

For at datamaterialet skal regnes som pålitelig må det inneholde et større antall respondenter. Det ble trukket et landsrepresentativt utvalg på 19 810 personer, med alder fra 18 til 66 år Disse ble PC-assistert intervjuet. Et så stort utvalg vil gi gode muligheter for dyptgående analyser av arbeidsmiljøet i forskjellige yrker. Bortfall på 123 personer fra det totale utvalget, enten fordi de flyttet fra Norge, flyttet til institusjon eller døde. Det ble foretatt intervju med 11 212 personer, med en gjennomsnittlig intervjuetid på 26 minutter. Undersøkelsen hadde i 2019 en svarprosent på 57 prosent (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 68). Frafall er en vanlig feil ved spørreundersøkelser, og kan være et problematisk element i studier. Dette fordi det kan føre til feilaktige estimater (Royston & White, 2011, s. 1). I denne undersøkelsen var det 14,9 prosent som ikke ønsket å delta, 24,6 prosent som Statistisk sentralbyrå ikke lyktes å komme i kontakt med og 3,5 prosent som ble forhindret fra å delta grunnet språkutfordringer eller sykdom (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 15). Statistisk sentralbyrå kontrollerte for utvalgsskjevhet under trekkeprosessen, slik at den type feil ble minimert (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 13).

4.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Det vitenskapsteoretiske utgangspunktet forskeren har påvirker oppgaven og dens problemstilling. Det er derfor viktig å redegjøre for mitt vitenskapsteoretiske utgangspunkt (Lilleaasen, 2017, s. 147-148). Denne oppgaven skrives i lys av det vitenskapsteoretiske perspektivet kritisk realisme.

Kritisk realisme kombinerer ontologisk realisme og epistemologisk konstruktivisme. Kritiske realister anerkjenner fenomener som ikke direkte kan observeres, i motsetning til empirister (Jakobsen, 2021). Det finnes en virkelig, objektiv verden som eksisterer uten menneskelagde konstruksjoner. Likevel er virkeligheten, slik vi erfarer den, formet av sosiale konstruksjoner. Likevel velger kritiske realister å hevde at det eksisterer en virkelighet helt objektiv fra mennesker og menneskelig erkjennelse (Jakobsen, 2021). Det skilles mellom den virkelige verden og den observerbare verden. Virkeligheten eksisterer uavhengig av menneskers

kjennskaper til den. Den kunnskapen mennesket har om verden baseres på den teorien det innehar. Kritisk realisme aksepterer at det kan finnes flere forskjellige gyldige perspektiver og betraktninger av virkeligheten (Jakobsen, 2021). Samfunnsforskere må være kritiske, og aktivt diskutere virkeligheten. Ved å hele tiden vurdere nye argumenter og påstander så kan samfunnsforskere oppnå en velbegrunnet og foreløpig vurdering av den objektive virkeligheten (Lilleaasen, 2017, s. 147-148).

Mitt vitenskapsteoretiske perspektiv påvirker min tolkning av analysene og resultatene. Med utgangspunkt i dette, er det derfor viktig å spesifisere hvilke vitenskapsteoretiske perspektiver som preger oppgaven. Kritisk realisme sier at selv om samfunnet og samfunnsstrukturene er sosialt konstruert, så er konsekvensene av dette virkelige for individene. Dette påvirker oppgaven min ved at jeg ser at sykefravær kan ha både sosiale årsaker og konsekvenser, og foregår i en kontekst. Det vil være mange mulige feilkilder i en slik undersøkelse og jeg kan derfor ikke anta universalitet eller kausalitet. Men, jeg kan si at resultatene vil ha gyldighet innenfor en kontekst. Analysene jeg utfører gir resultater innenfor den norske konteksten. Disse resultatene vil også vise reelle konsekvenser, både for individer, og det norske samfunnet.

4.3 Variabler og omkodinger

Valget av variabler i oppgaven baseres på tidligere forskning på temaet. Uavhengige variabler kan tenkes å spille en rolle som årsak til den forskjellen jeg ser etter, og avhengige variabler viser forskjellen (Rosenbaum, 2021, s. 34). En viktig del av analysen er å kode variablene. Når enheter blir plassert i bestemte kategorier vil det være påvirket av forskerens skjønn. Det kan være ganske tilfeldig, og det vil derfor i denne oppgaven bli gjengitt hvordan variablene er operasjonalisert (Jacobsen, 2005, s. 229). Selv om det tar noe plass i oppgaven, velger jeg å inkludere alle omkodinger jeg har gjort. Dette for å sørge for god vitenskapelig skikk, nemlig at prosessen skal være gjennomsiktig og resultatene etterprøvbare (Kalleberg, 2007, s. 148).

4.3.1 Avhengig variabel

Den avhengige variabelen i oppgaven er sykefravær. Den er *avhengig* fordi jeg er interessert i å måle og gjøre videre testing med denne variabelen for å undersøke hva det er som kan påvirke dette (Hellevik, 2002, s. 239). I datasettet blir sykefravær målt på to ulike måter: Respondentene blir spurt spørsmålet om de har i løpet av de siste 12 månedene hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager. Denne blir gjort om til en dummyvariabel med verdiene 0 – ingen sykefravær, og 1 – hatt sykefravær.

Tabell 3: Hatt minst ett sykefravær på mer enn 14 dager siste 12 måneder (N=11212)

| | Frekvens | Prosent |
|--------------------|----------|---------|
| 0 Ingen sykefravær | 9904 | 88,3 |
| 1 Hatt sykefravær | 1308 | 11,7 |
| Totalt | 11212 | 100 |

Respondentene som svarer at de har hatt sykefravær får også et oppfølgingsspørsmål. De blir spurt om de har hatt *flere* sykefraværsperioder på mer enn 14 dager. Denne variabelen var kontinuerlig fra 0 til 99, men ble omkodet til å gå kontinuerlig fra 0 til 4, og de som har svart 5 eller flere får verdien 5. Slik fordelte svarene seg:

Tabell 4: Antall lengre sykefraværsperioder siste 12 måneder (N=11212)

| | Frekvens | Prosent |
|-----------------------------|----------|---------|
| 0 Ingen sykefraværsperioder | 9904 | 88,3 |
| 1 En sykefraværsperiode | 1001 | 8,9 |
| 2 To sykefraværsperioder | 174 | 1,6 |
| 3 Tre sykefraværsperioder | 57 | 0,5 |
| 4 Fire sykefraværsperioder | 28 | 0,2 |
| 5 Fem eller flere | 48 | 0,4 |
| Totalt | 11212 | 100 |

Tabellen viser at det er svært få respondenter (under 1 prosent) som har mer enn to sykefraværsperioder, og enda færre som har flere perioder enn dette. Slik Mastekaasa utdyper i sin artikkel så har kvinner gjerne flere sykefraværsperioder, mens menn gjerne har færre og lengre perioder (Mastekaasa, 2016, s. 126). For at ikke dette skal påvirke videre analyser, så vil derfor kun den dikotome avhengige variabelen bli brukt. Det betyr enten så havner man i

kategorien at man har hatt minst ett sykefravær på over 14 dager siste 12 månedene, ellers så havner man i kategorien som ikke har hatt dette. Dette er også valgt basert på tidligere studier Mastekaasa ser på, b.la. Nossen og Thune (2009) og Bjørn et al. (2010) (Mastekaasa, 2012, s. 12). Disse bruker NAV sin sykepengestatistikk, altså sykefravær over 14 dager.

Det må også tas i betraktning at for enkelte av respondentene kan det være vanskelig å huske tilbake 12 måneder i tid (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 21). Dette kan føre til innsamlingsfeil. Respondentene kan også bevisst eller ubevisst gi feilaktige svar, påvirket av hva som føles "sosialt ønskelig" (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 21). En annen svakhet ved denne variabelen er at personer som har havnet utenfor arbeidslivet også havner utenfor sykefraværstatistikken.

4.3.2 Uavhengige variabler

For å kunne undersøke hva som kan ha innvirkning eller påvisning på den avhengige variabelen, sykefravær, inkluderes ulike uavhengige variabler. De uavhengige variablene er de som antas å påvirke enhetenes verdi på den avhengige variabelen (Hellevik, 2002, s. 239).

Yrkesklassifisering

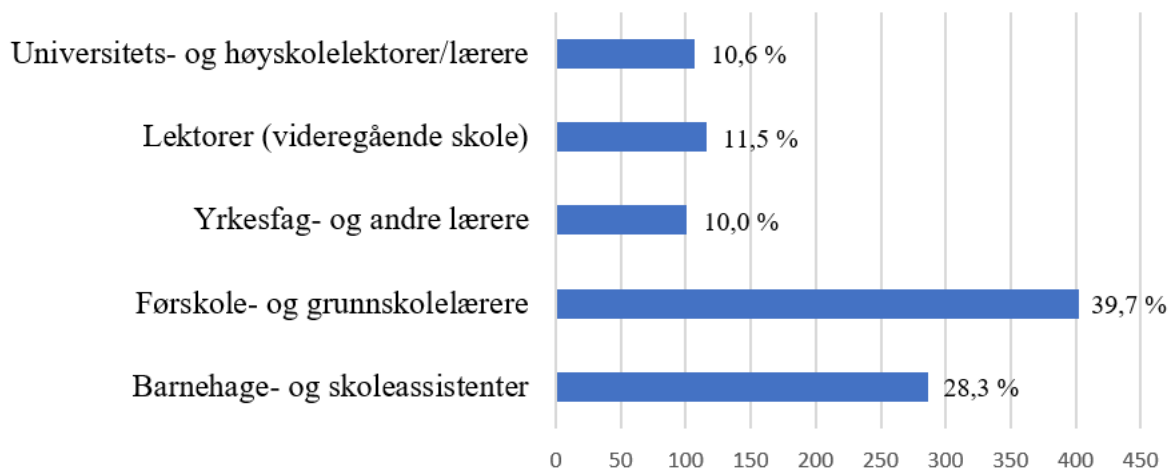
Levekårsundersøkelsen inneholdt en variabel med yrkeskoder fra SSB, kalt Styrk08. Yrkesklassifiseringen STYRK er basert på ISCO88 (internasjonal standard for klassifisering av yrker) (Mastekaasa, 2012, s. 23). Norske yrkesstandarder bygger altså på internasjonale klassifiseringer av yrkene, og tas i bruk i hele EU. Et yrke defineres i denne sammenhengen ved at de ansatte har mange like, lønnede arbeidsoppgaver (Statistisk sentralbyrå, 2011, s. 6). For å kunne skille ut enkelte yrker i analysene så laget jeg dummyvariabler. Den første variabelen kodet jeg slik at alle ansatte innenfor utdanningssektoren fikk verdien 1 og resten av yrkene fikk verdien 0. Jeg inkluderte alle yrkene i kategorien undervisningsyrker, og to yrker fra kategorien pleie og omsorgsykker. Dette ble gjort fordi barnehage- og skoleassistenter har mange like arbeidsoppgaver som undervisningsyrkene, og de arbeider på samme arbeidsplasser som undervisningsyrkene. Yrker inkludert i utdanningssektoren:

Tabell 5: Yrker i utdanningssektoren (N=1012)

| Styrk08 | | |
|-----------|---|--------|
| Yrkeskode | Yrke | Antall |
| 23 | Undervisningsyrker | |
| 2310 | Universitets- og høyskolelektorer/-lærere | 107 |
| 2320 | Yrkesfaglærere | 21 |
| 2330 | Lektorer mv. (videregående skole) | 116 |
| 2341 | Grunnskolelærere | 292 |
| 2342 | Førskolelærere | 110 |
| 2351 | Spesialister i pedagogikk | 21 |
| 2352 | Spesiallærere / spesialpedagoger | 22 |
| 2353 | Andre språklærere | 2 |
| 2354 | Andre musikk lærere | 5 |
| 2355 | Andre lærere i estetiske fag | 4 |
| 2356 | Andre IKT-lærere | 2 |
| 2359 | Andre lærere | 24 |
| 53 | Pleie og omsorgsykker | |
| 5311 | Barnehage- og skoleassistenter mv. | 243 |
| 5312 | Skoleassistenter | 43 |

Tabellen viser at det er flest grunnskolelærere, og rett bak kommer barnehage- og skoleassistenter. Det er også en stor andel lektorer, førskolelærere og universitets- og høyskolelektorer/-lærere. For å få en oversikt valgte jeg å kode en ny forenklet variabel, for å se hvordan de ulike yrkene fordeler seg innenfor utdanningssektoren. Lærere og lektorer på universitet og høyere utdanning er plassert for seg, samme med lektorer på videregående skoler. Så er alle de ulike lærerne, som yrkesfaglærere med yrkeskode 2320, og andre lærere med yrkeskode fra 2351 til 2359 plassert i gruppa 'yrkesfag- og andre lærere'. Førskolelærere og grunnskolelærere er plassert i en egen gruppe. Samme med yrkeskodene 5311 og 5312, barnehageassistenter og skoleassistenter. Slik fordelte yrkene seg:

Figur 1: Yrker innen utdanningssektoren (N=1012)



I undersøkelsen er det totalt 1012 respondenter i undervisningsyrker. Førskole- og grunnskolelærere utgjør den største gruppa, med omtrent 400 respondenter. Det er omtrent like mange yrkesfag- og andre lærere som det er lektorer, og som det er lektorer eller lærere på høyere utdanningsinstitusjoner.

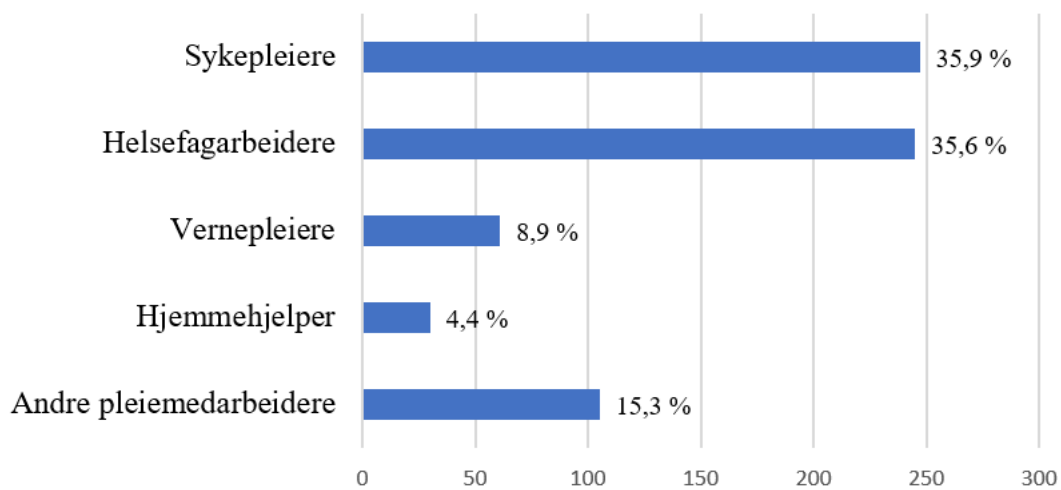
Oppgaven skal også se på helsesektoren. Også her ble yrkesklassifiseringen til Styrk08 brukt. Innenfor helse- og omsorgssektoren finnes ikke bare helsepersonell, men også ansatte på for eksempel sykehus som er administrativt tilsatte og renholdsarbeidere (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 26). Det er store forskjeller innen helsesektoren når det kommer til sykefravær, og det er omsorgsyrkene som er mest utsatt. Det har derfor, i denne oppgaven, blitt avgrenset til et utvalg yrker med lignende organisatoriske og fysiske arbeidsforhold. Det utelukker blant annet leger, spesialsykepleiere, jordmødre, veterinærer og andre medisinske yrker. Hadde jeg tatt med andre yrker kunne resultatet av analysene blitt svært annerledes. Derfor viktig å presisere hvilke yrker som er med. Yrkene som er valgt ut er sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, hjemmehjelpere og andre pleiemedarbeidere. Disse yrkene har nokså like arbeidsoppgaver og arbeidstider, og kan gjøre det enklere å finne faktorer som påvirker sykefraværet.

Tabell 6: Utvalgte yrker innen helsesektoren (N=688)

| Styrk 08 | | |
|------------|------------------------------|--------|
| Yrkeskoder | Yrke | Antall |
| 22 | Medisinske yrker | |
| 2223 | Sykepleier | 247 |
| 2224 | Vernepleiere | 61 |
| 53 | Pleie og omsorgsmedarbeidere | |
| 5321 | Helsefagarbeidere | 245 |
| 5322 | Hjemmehjelper | 30 |
| 5329 | Andre pleiemedarbeidere | 105 |

Denne variabelen kodet jeg til en dummyvariabel, slik at de utvalgte yrkene innen helsesektoren fikk verdien 1 og resten av yrkene i undersøkelsen fikk verdien 0. Jeg kodet også en variabel som skilte de fem utvalgte yrkene innen helsesektoren. Slik fordelte disse yrkene seg:

Figur 2: Utvalgte helseyrker. Prosent (N=688)



I helsesektoren, med de fem utvalgte yrkene, er det totalt 688 respondenter i undersøkelsen. Det er flest sykepleiere og helsefagarbeidere, på henholdsvis 35,9 og 35,6 prosent. Det er 8,9 prosent vernepleiere, 4,4 prosent hjemmehjelpere og 15,3 prosent andre pleiemedarbeidere.

Kjønn

Variabelen kjønn er en dikotom variabel som ble kodet til å være en dummyvariabel med verdiene 0 og 1, for mann og kvinne. Denne variabelen er særdeles relevant for å undersøke kjønnsforskjeller.

Tabell 7: Variabelen kjønn (N=11212)

| Kjønn | Prosent | Frekvens |
|----------|---------|----------|
| 0 Mann | 52,0% | 5835 |
| 1 Kvinne | 48,0% | 5377 |
| Totalt | 100,0% | 11212 |

Tabellen viser at det totalt er 11212 respondenter som har svart på undersøkelsen. Av disse er 52 prosent menn, og 48 prosent kvinner. Det er altså noen få prosentpoeng flere menn som har svart på undersøkelsen.

Alder

Alder er en metrisk variabel med gjensidig utelukkende kategorier, og består av faktiske tall (Midtbø, 2013, s. 33). Alder er kontinuerlig, og har en spredning fra 17 til 67 år. Dette er for å få med flest mulig i yrkesaktiv alder. Variabelen går helt ned til 17 år fordi de som fyller 18 år samme året har blitt tatt med. Gjennomsnittsverdien er 42 år.

I analysene brukes den kontinuerlige variabelen kullalder (kullaldr) som er respondentens alder ved inngangen til året undersøkelsen er utført. Denne variabelen blir også forenklet til en ny variabel, i henhold til hvordan Statistikkbanken grupperer alder (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 27). Det ble kodet i tre kategorier, fra lav alder til høy:

Tabell 8: Aldersgrupper (N=11212)

| Alder | Prosent | Frekvens |
|--------------|---------|----------|
| 18 til 24 år | 14,7% | 1645 |
| 25 til 44 år | 38,6% | 4330 |
| 45 til 66 år | 46,7% | 5237 |
| Totalt | 100% | 11212 |

Tabellen viser at den største gruppa, med en andel på 46,7 prosent, er mellom 45 og 66 år i Levekårsundersøkelsen. Andelen som er mellom 25 og 44 år er 38,6 prosent. Den yngste gruppa er færrest, med en andel på 14,7 prosent.

Utdanningsnivå

En undersøkelse gjort i 2010 viser at menn med universitetsutdanning har syv år lengre forventet levealder enn menn uten høyere utdanning (Frønes & Kjølrsrud, 2016b, s. 117). Det kan tyde på at utdanningsnivå har sammenheng med helse, og da også sykefravær. Denne variabelen er derfor relevant i senere analyser. I undersøkelsen blir respondentens utdanningsnivå hentet fra utdanningsregisteret (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 22). Det fører til at 52 av 11212 personer ikke blir regnet med, noe som utgjør en liten andel på 0,5 prosent. Dette er en variabel på ordinalnivå. Det betyr at den kan deles inn i gjensidig utelukkende kategorier, som kan rangeres, men man kan ikke måle avstand mellom kategoriene.

Levekårsundersøkelsen sorterer utdanningsnivå i ni nivå, fra verdi 0 ingen utdanning eller på førskolenivå opp til verdi 8 forskernivå, altså mer enn 20 års utdanning. Verdi 9 er uoppgitt utdanning. Variabelen ble forenklet og omkodet til en ny variabel. Dette fordi en forenklet variabel, med færre antall verdier gir en mer oversiktlig frekvensfordeling (Hellevik, 2005, s. 214). Slik ble variabelen omkodet:

Tabell 9: Høyeste fullførte utdanningsnivå, forenklet (N=10884)

| Høyeste fullførte utdanningsnivå | Prosent | Gyldig prosent | Frekvens |
|---|---------|----------------|----------|
| 0 Ingen utdanning eller på førskolenivå | 0,1% | 0,1% | 13 |
| 1 Grunnskoleutdanning | 19,8% | 20,4% | 2223 |
| 2 Videregående utdanning | 36,2% | 37,3% | 4063 |
| 3 Høyere utdanning | 40,9% | 42,1% | 4585 |
| Total | 97,2% | 100% | 10884 |
| Antall (N) | 11212 | | |

Det er 10884 respondenter av totalt 11212 som har svart. Det var 323 respondenter som ikke oppgav utdanningsnivå i undersøkelsen, og disse ble satt til 'missing system'. De blir derfor ikke regnet med i denne variabelen. Hvis jeg hadde satt 'uoppgitt utdanning' som verdi 0 eller

5 hadde det klusset til videre analyser, fordi i realiteten kan disse respondentene ha alt fra ingen til høyere utdanning.

Arbeidsbelastning

Knardahl med flere påpeker at mekaniske arbeidsbelastninger har stor betydning for sykefraværet (Knardahl et al., 2016, s. 189). I likhet med Statens arbeidsmiljøinstitutt, som mener mekaniske arbeidsbelastninger har skyld i hvert fjerde sykefraværstilfelle (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2018, s. 79). Arbeidsbelastning blir derfor målt med seks ulike variabler i videre analyser. Disse blir omgjort til en indeks-variabel, som blir nærmere forklart i kapittel 4.5 Analytisk tilnærming. Respondentene i Levekårsundersøkelsen som har oppgitt at de er yrkesaktive får disse spørsmålene:

- Må du sitte på huk eller stå på knærne når du arbeider?
- Må du løfte i ubekvemme stillinger?
- Arbeider du stående?
- Arbeider du med hendene løftet i høyde med skuldrene eller høyere?
- Arbeider du i framoverbøyde stillinger uten å støtte deg med hendene eller armene?
- Arbeider du med gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser?

Alle spørsmålene har alternative ja, nei, vet ikke og vil ikke svare. Svarer de ja får de et oppfølgingsspørsmål hvor de må utdype hvor stor del av arbeidsdagen. I videre analyser blir ikke oppfølgingsspørsmålet brukt, for å forenkle analysene. De seks ulike variablene ble omkodet til dummyvariabler, slik at de som svarer ja får verdien 1, og de som svarer nei får verdien 0.

Seksuell oppmerksomhet på arbeidsplassen

Respondentene får spørsmålet «Hender det at du blir utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet, kommentarer eller lignende på din arbeidsplass? Vil du si ...» Med følgende svaralternativer «ja, en eller flere ganger i uka», «ja, en eller flere ganger i måneden», «nei», «vil ikke svare» og «vet ikke». Denne variabelen blir tatt med i analysene fordi kvinner i

helseyrker er i større grad enn andre kvinner utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet på arbeidsplassen (Almlid & Sykefraværutvalget, 2010, s. 59).

Denne variabelen blir omkodet til en dummyvariabel. De som svarer «ja, en eller flere ganger i uka» eller «ja, en eller flere ganger i måneden» får verdien 1, og de som svarer nei får verdien 0. De resterende, som enten svarer «vil ikke svare», «vet ikke» eller som ikke har svart tilsvarer 23,6 prosent. Disse er satt til *missing system*. Det blir da en todelt variabel med ja og nei. Fordelen med denne forenklingen er at nyansene faller bort, og tendensene tydeliggjøres. Slik fordeler svarene seg på spørsmålet om de har opplevd uønsket seksuell oppmerksomhet på arbeidsplassen:

Tabell 10: Uønsket seksuell oppmerksomhet på arbeidsplassen (N=8565)

| Opplever du uønsket seksuell oppmerksomhet på arbeidsplassen? | Prosent | Gyldig prosent | Frekvens |
|---|---------|----------------|----------|
| 0 Nei | 73,1% | 95,7% | 8196 |
| 1 Ja (oftere enn en gang i måneden) | 3,3% | 4,3% | 369 |
| Total | 76,4% | 100,0% | 8565 |
| Antall (N) | 11212 | | |

Tabellen viser at det er totalt 369 respondenter av 8565 yrkesaktive som har svart at de opplever uønsket seksuell oppmerksomhet enten flere ganger i uka, eller flere ganger i måneden. Altså oftere enn en gang i måneden. Det er 8196 respondenter som har svart at de opplever det sjelden eller aldri.

Dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte

Respondentene blir spurt ‘Hvor ofte opplever du dårlige forhold mellom ledelse og ansatte?’ og får alternativene: ofte, av og til, sjelden, aldri, vil ikke svare, vet ikke. Det er kun yrkesaktive som får dette spørsmålet, og missing system er derfor på 27,9 prosent. Denne variabelen ble omkodet til en dummyvariabel, hvor alternativene ofte og av og til får verdien 1, de som svarer sjelden eller aldri får verdien 0. Denne variabelen er tatt med i analysene fordi teorien som oppgaven bunner ut fra viser at en støttende arbeidskultur er viktig for god helse og trivsel på arbeidsplassen. Spesielt forholdet til øverste ledelse påvirker ansatte i utdanningssektoren (Ravneberg, 2011, s. 30).

Tabell 11: Forhold mellom ledelsen og ansatte (N=7995)

| Dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte | Prosent | Gyldig prosent | Frekvens |
|---|---------|----------------|----------|
| 0 Nei (sjelden/aldri) | 48,1% | 67,5% | 5393 |
| 1 Ja (ofte/av og til) | 23,2% | 32,5% | 2602 |
| Total | 71,3% | 100,0% | 7995 |
| Antall (N) | 11212 | | |

Tabellen viser at det er 2602 respondenter av 7995 som har svart på spørsmålet. Det er kun yrkesaktive som har fått dette, og det er i tillegg en liten prosent som har valgt alternativene vil ikke svare eller vet ikke. Spørsmålet blir ansett som et sensitivt spørsmål. Slik SSB også utdyper, så kan noen respondenter derfor velge å ikke svare på dette spørsmålet i frykt for at ledelsen skal få tak i informasjonen de har oppgitt i undersøkelsen (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 21).

Arbeidstidsordning

Knardahl med flere peker på at skiftarbeid er den organisatoriske arbeidsmiljøfaktoren, med høy grad av evidens, som påvirker sykefraværet mest (Knardahl et al., 2016, s. 194-195). Helsesektoren har høyest andel ansatte i skift- eller turnusordninger (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 56). Variabelen med arbeidstidsordning blir derfor også tatt med. Her skilles det mellom om respondentene jobber dagarbeid mellom 06:00 og 18:00 eller skift- eller turnusarbeid. De kunne også svare alternativet 'annen arbeidstidsordning'. Denne variabelen ble omkodet til en dummyvariabel, hvor skift- og turnusarbeid fikk verdien 0 og dagarbeid fikk verdien 1. De som har valgt alternativet annen arbeidstidsordning, eller ikke svart på spørsmålet (slik som ikke-yrkesaktive respondenter), utgjorde 26,9 prosent. Disse ble satt til *missing system*.

Tabell 12: Arbeidstidsordning (N=8543)

| Arbeidstidsordning | Prosent | Gyldig prosent | Frekvens |
|---------------------------------------|---------|----------------|----------|
| 0 Dagarbeid mellom kl. 06.00 og 18.00 | 58,5% | 80,0% | 6558 |
| 1 Skift- eller turnusarbeid | 14,6% | 20,0% | 1639 |
| Total | 73,1% | 100,0% | 8543 |
| Antall(N) | 11212 | | |

Tabellen viser at det er 58,5 prosent som jobber på dagtid, og 14,6 prosent som jobber skift- eller turnusarbeid. Det er kun yrkesaktive som har fått spørsmålet, og noen kan også svart alternativet ‘annen arbeidstidsordning’. De havner derfor ikke innenfor noen av de to kategoriene i dummy variabelen, og blir satt som missing system.

Antall barn i alderen 0 til 5 år

I Levekårsundersøkelsen blir respondentene spurt om hvor mange barn under 5 år de har. Denne variabelen har jeg tatt med fordi antall barn er en mulig sosial bakgrunnsvariabel som kan forklare kjønnsforskjellen i sykefraværet. Jeg kunne også tatt med variabelen med antall barn i alderen 6 til 17 år, men valgte å ikke gjøre dette da teorien som oppgaven baserer seg på peker på småbarn som en større faktor.

Tabell 13: Antall barn under 5 år (N=11180)

| Antall barn under 5 år | Prosent | Gyldig prosent | Frekvens |
|------------------------|---------|----------------|----------|
| 0 | 85,4% | 85,6% | 9572 |
| 1 | 10,4% | 10,4% | 1163 |
| 2 | 4,0% | 4,0% | 445 |
| Total | 99,7% | 100,0% | 11180 |
| Antall (N) | 11212 | | |

Variabelen antall barn i alderen 0 til 5 år var opprinnelig kodet fra 0 til 4. Det er kun to respondenter av 11212 som har fire barn i under 5 år. I helsesektoren var det ingen som hadde flere enn to barn i denne aldersgruppa, og i utdanningssektoren var det kun én respondent med tre barn og én respondent med fire barn. Jeg valgte derfor å operasjonalisere denne variabelen slik at den gikk fra 0 til 2. Altså kun ta med de med ingen barn, ett barn, og to barn i denne aldersgruppa. I ettertid ser jeg at jeg burde ha skrevet ‘to eller flere barn’ og fått med de to siste respondentene i utdanningssektoren på dette. Usikkert om dette har vært utslagsgivende i analysene, men det må nevnes.

4.4 Validitet og reliabilitet

Kan på norsk oversettes til gyldighet og pålitelighet (Jacobsen, 2005, s. 19). Oppgavens validitet avhenger av om man utfra måleresultater fra datamaterialet kan utføre gyldige analyser. Med validitet menes altså om våre målinger og konklusjoner har gyldighet (Rosenbaum, 2021, s. 22-23). Levekårsundersøkelsen ble utført med en intervjuer, noe som øker undersøkelsen validitet. Intervjueren kan gjennom interaksjon plukke opp eventuelle misforståelser. Statistisk sentralbyrå hadde også laget et tilhørende vedlegg med retningslinjer over hvordan intervjueren skal stille spørsmålene. Respondenten kan fortsatt misforstå og gi annet svar enn tiltenkt. Da vil jeg få ugyldige resultater, som viser noe jeg ikke hadde til hensikt å måle. Også bearbeidingsfeil i datamaterialet kan oppstå, ved at verdien som registreres inn avviker fra den verdien som til slutt rapporteres ut. Dette er en feil som kan oppstå etter omkodinger (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 21)

I kvantitative analyser kan det generaliseres fra et utvalg respondenter til en større populasjon. Det forutsetter at utvalget er stort nok og tilfeldig valgt. Hvis utvalget er representativt så gir det oss muligheten til å bruke Levekårsundersøkelsen til å generalisere funnene til å gjelde hele arbeidsstyrken i Norge (Jacobsen, 2015, s. 222). Denne undersøkelsen består av et stort antall observasjoner fra et sannsynlighetsutvalg, og er derfor generaliserbar. Oppgavens reliabilitet avhenger av hvor pålitelig datamaterialet som er samlet inn er, forskningsmetodens nøyaktighet og etterprøvnbarhet (Rosenbaum, 2021, s. 21). Undersøkelsen ble utført av Statistisk sentralbyrå, som anses å være profesjonelle aktører med lang erfaring innen datainnsamling. Dataene har også vært igjennom en rekke kontroller før de har blitt levert til NSD. Dataene anses derfor å være av høy kvalitet (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 13-14).

Det finnes også to typer vanlige statistiske feil man må være observant på i analysene. Type I-feil er hvis man konkluderer med at det finnes en sammenheng mellom avhengig og uavhengig variabel, når det ikke er det. Type II-feil er hvis man forkaster en reell sammenheng mellom avhengig og uavhengig variabel, fordi man ikke klarer å vise dette. Altså at man feilaktig konkluderer med at en virkelig sammenheng ikke finnes (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 108). Sannsynligheten for type I-feil kan reduseres ved å velge strengere signifikansnivå, for eksempel ned fra 5% til 1%. En konsekvens av dette blir at sannsynligheten for å begå type II-feil øker (Skog, 2004, s. 207). Derfor ligger signifikansnivået på 5% i denne oppgaven, for å skape en god balanse mellom muligheten for type I- og type II-feil. Feil av type II påvirkes også av utvalgets størrelse. Det er positivt å ha

et stort utvalg, da blir estimeringsfeilen mindre og det er større sannsynlighet for at jeg finner faktiske sammenhenger eller gruppeforskjeller (Skog, 2004, s. 207). Utvalget i Levekårsundersøkelsen er formålstjenlig, men jeg må være observant på disse feilene spesielt i analysene hvor jeg trekker ut mindre grupper respondenter.

Jeg må også være kritisk til mitt valg av variabler. Dette påvirker resultatet i stor grad. Levekårsundersøkelsen har andre variabler jeg kunne valgt, slik som om respondentene opplever vold eller trusler, høye lyder, høyt arbeidspress og derfor må droppe lunsjpausen, forhold til andre kollegaer, antall eldre barn og familiesammensetning. Jeg har derfor prøvd å begrunne variablene jeg har valgt underveis. Siden datamaterialet jeg bruker er foreliggende data, påvirker det mitt valg av variabler (Hellevik, 2002, s. 139). Med et annet valg av foreliggende data, med andre variabler, kunne jeg muligens gått mer i dybden på respondentens holdninger til sykefravær, sykdomsatferd, spørsmål rundt 'den doble byrde', arbeidspress spesifikt på undervisningssektoren og helsesektoren, økonomiske insentiver ift. sykefravær, slik som prestasjonslønn vs. fast lønn., om arbeidsplassene har spesifikke avtaler rundt sykelønn over under 6G, usikkerhet på jobben, rollekonflikter, emosjonelle krav, diagnoser bak sykefraværet til de ulike yrkene (eller helt andre grunner som samlivsbrudd eller sorg), moralsk samvittighet/følelse av forpliktelse, sett på gradert sykemelding, eller samarbeid mellom arbeidstaker – nav og arbeidsgiver. Likevel står jeg trygt i valget av foreliggende data, siden Statistisk sentralbyrå er en profesjonell aktør.

4.5 Analytisk tilnærming

For oppgavens formål har jeg valgt ut ulike analytiske tilnærminger. I metodekapittelet har jeg presentert operasjonalisering av ulike variabler, og tilhørende univariate frekvensfordelinger. Dette gir svar på hvordan kjønnsfordelingen i undersøkelsen er og hvordan fordelingen er på sykefravær. Videre i oppgaven vil jeg gå videre med bivariate analyser (heretter kalt krysstabeller), der jeg ser om det kan være forskjeller i sykefravær med tanke på ulike sosiale bakgrunnsvariabler, men også hvorvidt forskjellene er statistisk signifikante eller ikke. Dette gjøres ved å kjøre en to-siders kjikvadrattest for å se om de observerte forskjellene i sykefravær skyldes tilfeldigheter, eller er av en slik størrelsesordenen at jeg med en 95 % sannsynlighet, kan si at resultatene er signifikante eller ikke – og kan generaliseres. Til slutt anvender jeg to logistiske regresjonsanalyser (binary logistics) en med

helsesektoren og en med utdanningssektoren. Dette for å besvare problemstillingen i best mulig grad.

4.5.1 Univariante- og bivariante frekvensfordelinger

Frekvensfordeling for en enkelt variabel kalles en univariat fordeling. En slik fordeling gir oss en oversikt over hvordan den enkelte variabelen er fordelt (Hellevik, 2002, s. 209). Bivariate frekvensfordelinger (videre kalt krystabeller) forteller oss om sammenhengen mellom to variabler (Hellevik, 2002, s. 211) For eksempel kan jeg krysse ansatte i utdanningssektoren med variabelen som viser sykefraværet over 14 dager siste 12 måneder, og resultatet viser hvor mange i utdanningssektoren som har hatt et slikt sykefravær de siste 12 månedene. For å se om denne sammenhengen er tilfeldig, eller reell, kan jeg bruke kjikvadrattesten.

4.5.2 Kjikvadrattest

Kjikvadrattesten (chi-square test) gjør det mulig å beregne om forskjellene jeg finner i analysene skyldes tilfeldige utvalgsfeil, eller om det er grunnlag for å anta at forskjellene er reelle (Hellevik, 2002, s. 406). Kjikvadrattesten regner ut forskjellen mellom hva jeg forventer når alt er tilfeldig, og hva som faktisk observeres. Så beregner kjikvadrattesten hvor sannsynlig eller usannsynlig dette utfallet er. Det markeres med tre asteriskstegn (***) hvis p-verdien er signifikant på 0,001-nivået. To asteriskstegn (**) hvis p-verdien er signifikant på 0,01-nivået. Ett asteriskstegn (*) hvis p-verdien er signifikant på 0,05-nivået. En p-verdi under 0,05 gir mindre enn 5 prosents sjans for at de forskjellene jeg har funnet mellom to variabler er tilfeldige. Det kan sies med mer enn 95 prosents sannsynlighet.

4.5.3 Indeksvariabel over fysiske belastninger

I stedet for å bruke en rekke ulike uavhengige variabler om fysiske belastninger i analysene mine, velger jeg å konstruere et fellesmål ved å slå dem sammen til én ny variabel som gir et uttrykk for fellesegenskaper ved alle variablene. Dette er fysiske belastninger. Dette blir gjort for å forenkle datamatriksen (Hellevik, 2002, s. 308). I Levekårsundersøkelsen er det mange variabler som går på hvilke arbeidsforhold de yrkesaktive må forholde seg til. For å forenkle regresjonsanalysene ble flere variabler som går på arbeidsforhold derfor slått sammen til en

indeksvariabel. Teorien fra tidligere har allerede pekt ut at disse arbeidsforholdene kan være med på å påvirke sykefraværet til de ansatte. Her de seks utvalgte variablene:

- Må du sitte på huk eller stå på knærne når du arbeider?
- Må du løfte i ubekvemme stillinger?
- Arbeider du stående?
- Arbeider du med hendene løftet i høyde med skuldrene eller høyere?
- Arbeider du i framoverbøyde stillinger uten å støtte deg med hendene eller armene?
- Arbeider du med gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser?

Disse variablene har i Levekårsundersøkelsen svaralternativer: ja, nei, vet ikke, vil ikke svare. Jeg har omkodet dem til en dummyvariabel slik at 'ja' får verdien 1 og 'nei' verdien 0. På denne måten vil yrkesaktive som svarer 'ja' på alle seks variablene få verdien 6 i indeksvariabelen, og yrkesaktive som svarer 'nei' på alle få verdien 0. Det betyr at dess flere av disse respondenten svarer ja på, jo høyere verdien vil respondenten få.

Tabell 14: Frekvenstabell indeksvariabel arbeidsbelastning (N=8567)

| | | Frekvens | Prosent | Gyldig prosent |
|---------|--------|----------|---------|----------------|
| Gyldig | ,00 | 1153 | 10,3 | 13,5 |
| | 1,00 | 2402 | 21,4 | 28,0 |
| | 2,00 | 1780 | 15,9 | 20,8 |
| | 3,00 | 951 | 8,5 | 11,1 |
| | 4,00 | 898 | 8,0 | 10,5 |
| | 5,00 | 818 | 7,3 | 9,5 |
| | 6,00 | 565 | 5,0 | 6,6 |
| | Total | 8567 | 76,4 | 100,0 |
| Missing | System | 2645 | 23,6 | |
| Total | | 11212 | 100,0 | |

Tabellen viser at det er en stor andel som opplever minst en arbeidsbelastning. Det er en stor andel på missing system, og dette er i hovedsak respondenter som ikke er yrkesaktive. Det er også noen få respondenter som har svart vet ikke eller ønsker ikke svare, og de også havner i denne kategorien.

Det ble utført en reliabilitetstest (se vedlegg 7) på disse variablene først. Cronbachs alfa måler hvor godt indeksen man har laget kan etterprøves, og gi de samme resultatene med et annet utvalg. Cronbachs alfa måler altså hvor godt indeksen er generaliserbar. Til denne indekssvariabelen ble Cronbachs alfa beregnet til 0,721, og alt over 0,7 anses som akseptabelt nivå. Variabelen er derfor godkjent til videre analyser.

4.5.4 Logistisk regresjon

I denne oppgaven ønskes det å påvise sammenhenger ved å se om variasjonen i den avhengige variabelen kan forklares av variasjonen i verdiene til andre variabler. Lineær regresjon har vært den dominerende metoden å bruke innenfor samfunnsvitenskapen (Fugleberg, Småstuen & Tufte, 2018, s. 13). Denne analysemetoden gir oss mulighet til å teste om en eller flere uavhengige variabler har en signifikant korrelasjon med antall sykefraværsperioder (Fugleberg et al., 2018, s. 13). For å bruke lineær regresjonsanalyse må man ha en kontinuerlig avhengig variabel. I denne oppgaven kunne «antall sykefraværsperioder» bli brukt, og dette ble testet. Grunnet varigheten på én sykefraværsperiode er over 14 dager, er det ikke så mange respondenter som har flere. Det ble derfor vanskelig å se hvilke variabler som påvirket mest. Det kan også bli påvirket av at enkelte er sykemeldt 6 måneder i strekk, mens andre velger flere kortere perioder på over 14 dager. I analysene blir derfor den avhengige variabelen gjort om til en dikotom variabel, en dummy. Hvis jeg hadde brukt lineær regresjon på en dikotom (avhengig) variabel så ville resultatene gitt urealistiske predikasjoner over 1 eller under 0 (Fugleberg et al., 2018, s. 35). For å kunne bruke den dikotome avhengige variabelen må det dermed analyseres med logistisk regresjon.

I videre analyser blir uavhengige variabler som årslønn, kjønn, antall barn under fem år og andre variabler som går på arbeidsforhold brukt. Disse variablene kan influere på sannsynligheten for å ha hatt et sykefravær med varighet over 14 dager siste 12 månedene. Dette er avhengig variabel i de logistiske regresjonsanalysene (Fugleberg et al., 2018, s. 17)

Oddsraten beskriver sannsynligheten for at en gitt hendelse inntreffer, delt på at den ikke inntreffer. Hvis jeg får oddsrate lik 1 så er det like stor sannsynlighet for at hendelsen inntreffer, som at den ikke inntreffer (Fugleberg et al., 2018, s. 25). Formelen blir slik, hvor P er sannsynligheten for at en hendelse inntreffer.

$$\text{Oddsrate} = \frac{P}{(1 - P)}$$

Resultatet vi får vil stå som Exp(B) i SPSS-tabellen. Hvor verdien 1 betyr ingen sammenheng, og for eksempel 1,225 betyr at det er 22,5 prosent mer sannsynlighet for sykefravær. Hvis Exp(B) er 0,75 så er det 0,75 ganger så stor sannsynlighet for å få sykefravær, som også kan beskrives som 25 prosent mindre sannsynlighet. Tabellen viser også hver variabels signifikansverdi, en p-verdi. Hvis denne p-verdien er under 0,05 så er resultatet signifikant og det er mer enn 95 prosent sjanse for at resultatet kan generaliseres til resten av befolkningen. For å teste om den logistiske regresjonsmodellen fungerer bruker jeg Hosmer-Lemeshow test.

4.5.5 Hosmer-Lemeshow test

Hosmer-Lemeshow tester hvor godt den logistiske regresjonsmodellen vår passer til datasettet vårt. Hosmer-Lemeshow testen forteller ikke om jeg har utelatt viktige forklaringsvariabler eller ei. Testen forteller kun om modelltilpasninger er god eller ikke, altså sammensetninger i modellen (Fugleberg et al., 2018, s. 99). Her ønsker jeg ikke å finne signifikante forskjeller mellom variablene, men heller motsatt. Altså må verdien bli over 0,05 for at jeg skal kunne bruke modellen videre (Fugleberg et al., 2018, s. 100).

4.5.6 Nagelkerke R²

Nagelkerke R² går fra 0 til 1, og øker når modellens tilpasning til data øker. Nagelkerke R² blir valgt over Cox og Snell fordi Nagelkerke R² er en modifisert utgave. Bakgrunnen for utregningen er den samme til begge testene, men Nagelkerke er noe enklere å tolke.

Nagelkerke går fra 0 til 1, mens Cox og Snell ikke kan nå verdiene 0 som dårligste og 1 som beste (Fugleberg et al., 2018, s. 94). Jeg bruker Nagelkerke R² som en indikasjon på hvor godt modellen er tilpasset datamaterialet, noe likt som Hosmer-Lemeshow testen (Fugleberg et al., 2018, s. 94). Lav verdi på Nagelkerke R² kan bety at modellen inneholder mye "tilfeldig" variasjon, altså at det potensielt finnes bedre forklaringsvariabler. Den viser om jeg har et godt samsvar mellom observerte utfall og forventede utfall. Den gir ikke et direkte mål på i hvor stor grad variablene forklarer den avhengige variabelen, slik R² ville gjort i en lineær regresjonsmodell. Et slikt mål finnes ikke for logistisk regresjon (Fugleberg et al., 2018, s. 94).

5 Resultater og drøfting

I dette kapittelet vil resultatene presenteres, og drøftes underveis. Innledningsvis i dette kapittelet vil det presenteres univariate frekvensfordelinger og bivariate analyser (krystabeller). Først vil jeg se nærmere på sykefravær, så i sammenheng med kjønn, videre helsesektoren og utdanningssektoren. Så vil jeg se nærmere på de sosiale bakgrunnsvariablene. Deretter vil det bli foretatt ulike regresjonsanalyser, for å forsøke å gi et svar på problemstillingen. For at leseren skal få best mulig forståelse av funnene som presenteres, vil det bli brukt både grafiske og tallmessige framstillinger av resultatene.

5.1 Ulikheter i fravær i helsesektoren og utdanningssektoren

Først presenteres den avhengige variabelen. Den avhengige variabelen er kodet binært, om man har hatt eller ikke hatt minst ett sykefravær de siste 12 mnd. Respondentene får spørsmålet: «Har du hatt sykefravær siste 12 måneder med varighet over 14 dager?»

Tabell 15: Avhengig variabel, sykefravær-dummy (N=11212)

| | Frekvens | Prosent |
|------------------------------------|----------|---------|
| Ikke hatt sykefravær siste 12 mnd. | 9904 | 88,3% |
| Minst ett sykefravær | 1308 | 11,7% |
| Total | 11212 | 100% |

Frekvenstabellen viser at 11,7 prosent har hatt minst ett sykefravær med varighet over 14 dager siste 12 månedene. Det tilsvarer 1312 av totalt 11212 respondenter. Det er 88,3 prosent som ikke har hatt sykefravær med varighet over 14 dager.

Videre vil det presenteres ulike krystabeller, for å se hvordan to variabler samvarierer. I disse analysene blir variabelen som måler om respondenten har hatt sykefravær på mer enn 14 dager de siste 12 måneder brukt. I tabellen under blir variabelen med sykefravær krysset i tre omganger med ulike variabler, og de er splittet på kjønn. Det er altså utført tre ulike krystabeller: en som ser på helsesektoren, en som ser på utdanningssektoren og en som ser på alle yrker. I tabellen er alle tre satt sammen.

Tabell 16: Sykefravær, helsesektoren, utdanningssektoren og kjønn (N=11212)

| | Helsesektoren | | Utdanningssektoren | | Alle yrker | |
|----------------------|---------------|----------|--------------------|----------|------------|----------|
| | Menn | Kvinner | Menn | Kvinner | Menn | Kvinner |
| Ikke hatt sykefravær | 82,6% | 73,9% | 86,9% | 78,8% | 90,4% | 86,1% |
| Hatt sykefravær | 17,4%** | 26,1%*** | 13,1% | 21,2%*** | 9,6%*** | 13,9%*** |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| N | 109 | 579 | 286 | 744 | 5835 | 5377 |

** p-verdi<0,01; *** p-verdi<0,001

I denne krysstabellen sammenlignes menn og kvinners sykefravær siste 12 måneder, sortert etter om de arbeider i helsesektoren eller utdanningssektoren, og den siste kolonnen viser snittet for alle yrker. Oversikten over alle yrker viser at 9,6 prosent av menn i Levekårsundersøkelsen har hatt minst ett lengre sykefravær siste 12 måneder, sammenlignet med 13,9 prosent kvinner. Disse resultatene stemmer godt ut fra de teoriene som oppgaven bunner ut fra, som sier at kvinner har høyere sykefravær enn menn (Mastekaasa, 2016, s. 126). Hvis jeg ser nærmere på helsesektoren og utdanningssektoren så viser tallene at både kvinner og menn har i snitt mer sykefravær i disse sektorene enn i snitt for alle yrker totalt. I helsesektoren har 26,1 prosent av kvinnene hatt minst ett sykefravær, mot 17,4 prosent av mennene. I utdanningssektoren har 21,2 prosent av kvinnene hatt sykefravær, mot 13,1 prosent av mennene. Tabellen viser dermed at også innad i helsesektoren og innad i utdanningssektoren så finnes det kjønnsforskjeller. Kjikkvadrattestene beregner at alle variablene, bortsett fra menn i utdanningssektoren, er signifikante.

Tabell 17: Krysstabell alder og sykefravær (N=1700)

| Alder | Helsesektoren | | | | Utdanningssektoren | | | |
|--------------|---------------|------------|-------|-----|--------------------|------------|-------|------|
| | Ikke syk. | Sykefravær | Total | N | Ikke syk. | Sykefravær | Total | N |
| 18 til 24 år | 92,6% | 7,4% | 100% | 94 | 91,9% | 8,1% | 100% | 74 |
| 25 til 44 år | 73,5% | 26,4% | 100% | 284 | 81,3% | 18,7% | 100% | 455 |
| 45 til 66 år | 71,6% | 28,4%*** | 100% | 310 | 78,9% | 21,%* | 100% | 483 |
| Total | | | | 688 | | | | 1012 |

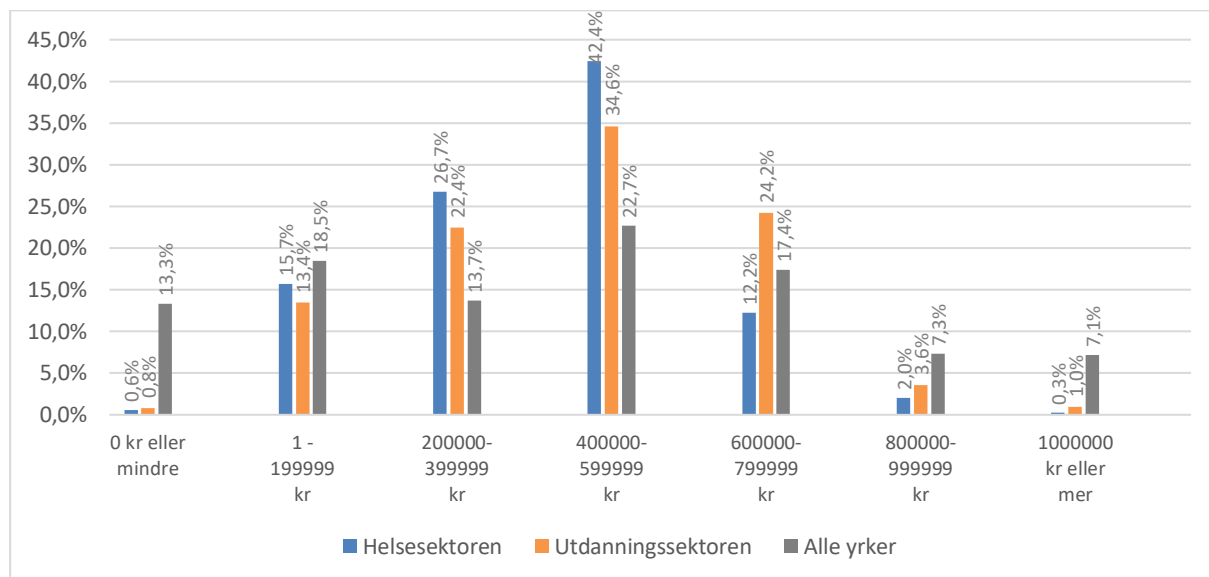
* p-verdi<0,05; *** p-verdi<0,001

Tabellen viser at de eldste respondentene i undersøkelsen har høyest andel sykefravær. Sammenhengen er signifikant både for helsesektoren og utdanningssektoren.

5.1.1 Sosioøkonomiske variabler

Videre til de sosioøkonomiske variablene. Årslønn og utdanningsnivå. Grafen under framstiller årslønn til helse-, utdanningssektoren og alle yrker sett under ett.

Figur 3: Årslønn til helse-, og utdanningssektoren, og alle yrker, prosent (N=11212)



Grafen viser at i helsesektoren har størst andel (42,4%) ansatte med årslønn mellom 400 000 kr og 599 999 kr. Det samme gjelder for utdanningssektoren, som har 34,6 prosentandel i denne årslønns-kategorien. Det er litt flere i utdanningssektoren. Neste tabell viser årslønn til ansatte i helsesektoren og utdanningssektoren, og undersøker om det finnes en sammenheng med sykefravær.

Tabell 18: Krysstabell årslønn og sykefravær (N=1700)

| Årslønn | Helsesektoren | | | | Utdanningssektoren | | | |
|-----------------------|---------------|------------|-------|-----|--------------------|------------|-------|-----|
| | Ikke syk. | Sykefravær | Total | N | Ikke syk. | Sykefravær | Total | N |
| 0 kr | 75,0% | 25,0% | 100% | 4 | 62,5% | 17,1% | 100% | 8 |
| 1 – 199 999 kr | 77,8% | 22,2% | 100% | 108 | 77,2% | 22,8% | 100% | 136 |
| 200 000 – 399 999 kr | 73,9% | 26,1% | 100% | 184 | 73,1% | 26,9% | 100% | 227 |
| 400 000 – 599 999 kr | 72,6% | 27,4% | 100% | 292 | 80,0% | 20,0% | 100% | 350 |
| 600 000 – 799 999 kr | 82,1% | 17,9% | 100% | 84 | 89,8% | 10,2% | 100% | 245 |
| 800 000 – 999 999 kr | 85,7% | 14,3% | 100% | 14 | 94,4% | 5,6% | 100% | 36 |
| 1000 000 kr eller mer | 100% | 0,0% | 100% | 2 | 90,0% | 10,0%*** | 100% | 10 |
| Total | 688 | | | | 1012 | | | |

*** p-verdi<0,001

I tabellen ser jeg at de som tjener mest har minst sykefravær. Dette kan sees i sammenheng med at de som tjener bra muligens jobber i yrker med større egenkontroll (Stansfeld, 1998, referert i Dalgard, 2008, s. 248). Det kan også høre sammen med grunnbeløpet på 6G, hvor sykelønn gir mindre lønn. Arbeidstakere som tjener mer enn 6G vil ikke få utbetalt mer enn dette beløpet, hvis ikke de har en egen avtale om at arbeidsgiver skal dekke sykelønn utover 6G. Beløpet var 638 394 kroner i 2021 (NAV, 2022). Dette kan være et økonomisk insentiv for å redusere eget sykefravær. Tidligere studier jeg har sett på har ikke gitt ensidige resultater, og det er vanskelig å konkludere om dette har sammenheng med sykefraværet. Grasdahl peker på at en slik økonomisk egenandel kan bidra til å redusere sykefraværet (Grasdahl, 2016, s. 119). Kjikkvadrattest viser at sammenhengen mellom årslønn og sykefravær for ansatte i utdanningssektoren er signifikant, og kan generaliseres for hele utdanningssektoren. Sammenhengen i helsesektoren er ikke signifikant.

Videre ser vi på utdanningsnivå i sammenheng med sykefravær.

Tabell 19: Krysstabell utdanningsnivå og sykefravær (N=1682)

| Utdanningsnivå | Helsesektoren | | | | Utdanningssektoren | | | |
|-----------------------|---------------|------------|-------|-----|--------------------|------------|-------|-----|
| | Ikke syk. | Sykefravær | Total | N | Ikke syk. | Sykefravær | Total | N |
| Før- eller grunnskole | 82,5% | 17,5% | 100% | 97 | 82,9% | 17,1% | 100% | 82 |
| Videregående utd. | 75,3% | 24,7% | 100% | 251 | 76,6% | 23,4% | 100% | 188 |
| Høyere utdanning | 73,1% | 26,9% | 100% | 338 | 81,7% | 18,3% | 100% | 726 |
| Total | | | | 686 | | | | 996 |

I krysstabellen var det ingen respondenter i kategorien uten utdanning, den er derfor tatt bort fra tabellen. Kjikkvadrattesten viser at ingen av disse sammenhengene er signifikante, og det er derfor usikkert om resultatene jeg har fått er tilfeldige eller om det finnes en reell sammenheng mellom utdanningsnivå og sykefravær. I helsesektoren øker sykefraværet etter utdanningsnivå, i kontrast til tidligere teori. Tidligere teori pekte på at lavt utdanningsnivå gav større sannsynlighet for sykefravær, og resultatet er derfor noe uventet (Mastekaasa, 2012, s. 27). I utdanningssektoren er sykefraværet noe delt. De med kun videregående utdanning har høyest sykefraværsprosent, høyere enn arbeidstakere med kun førskole eller grunnskoleutdanning. De med høyere utdanning har også noe høyere sykefraværsprosent enn de med minst utdanning. Som sagt tidligere, så viste kjikkvadrattesten at disse resultatene ikke

er signifikante. Det er derfor mulig at det er noe tilfeldig. Jeg kan også dele helsesektoren og utdanningssektoren inn i kjønn, og se om det finnes en kjønnsforskjell.

Tabell 20: Krysstabell utdanningsnivå og sykefravær, delt på kjønn (N=1682)

| | Helsesektoren | | | | Utdanningssektoren | | | |
|-----------------------|---------------|-----|------------|-----|--------------------|-----|------------|-----|
| | Menn | | Kvinner | | Menn | | Kvinner | |
| | Sykefravær | N | Sykefravær | N | Sykefravær | N | Sykefravær | N |
| Før- eller grunnskole | 19,0% | 21 | 17,1% | 76 | 13,6% | 22 | 18,3% | 60 |
| Videre- gående utd. | 17,1% | 41 | 26,2% | 210 | 12,5% | 40 | 26,4% | 148 |
| Høyere utdanning | 17,0% | 47 | 28,5% | 291 | 13,4% | 201 | 20,2% | 525 |
| Total | | 109 | | 577 | | 263 | | 733 |

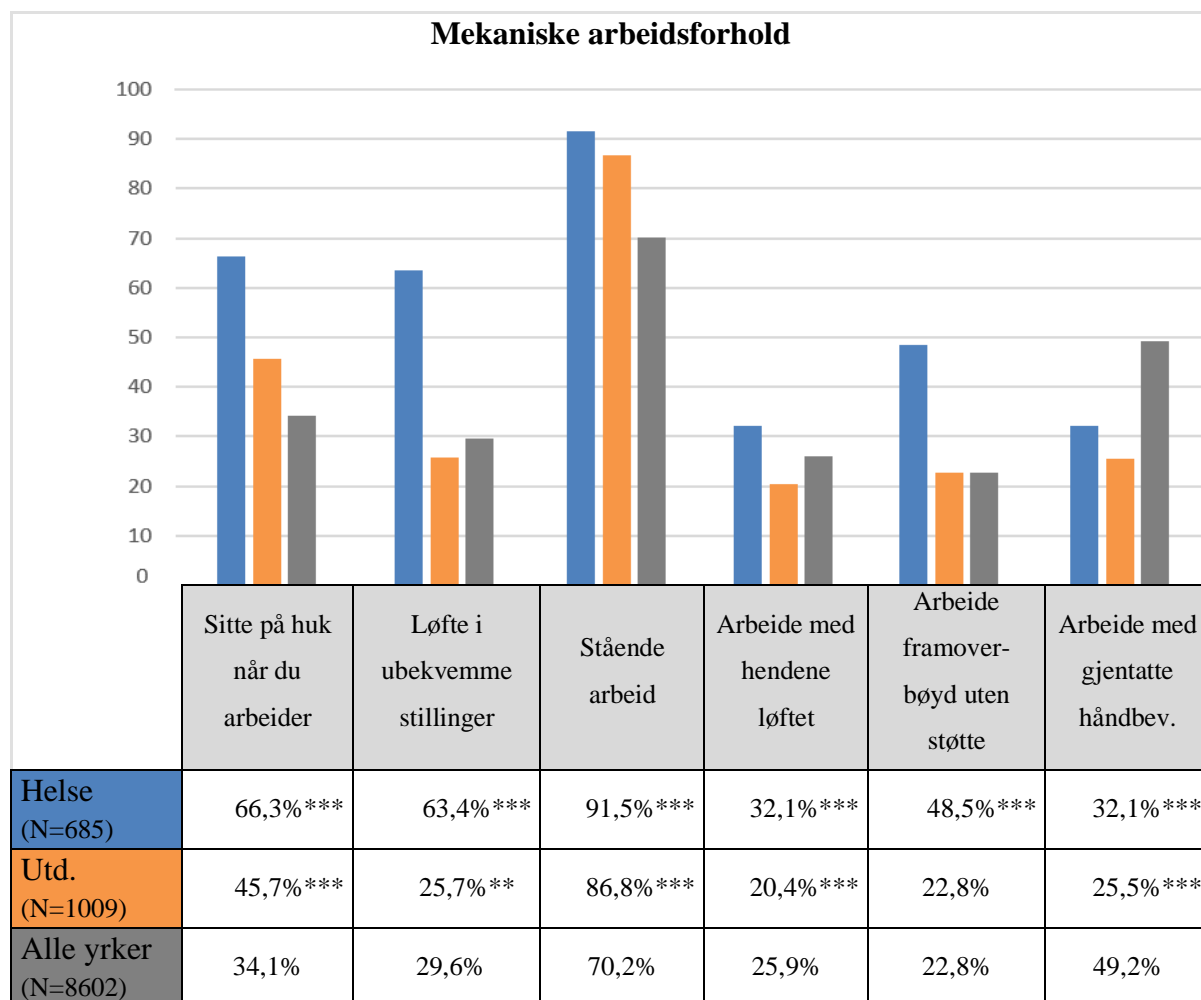
Tabellen viser at sykefraværet til menn i helsesektoren synker med høyere utdanningsnivå. For kvinnene i helsesektoren er det motsatt. Av de 291 respondentene med høyere utdanning har 28,5 prosent hatt minst ett sykefraværet med varighet over 14 dager de siste 12 månedene. I utdanningssektoren er resultatet mer vagt. Mennenes sykefravær varierer med kun 1,1 prosentpoeng, og det er respondenter med videregående utdanningsnivå som har minst sykefravær. For kvinnene i utdanningssektoren så har respondenter med videregående utdanningsnivå høyest sykefravær. Det er 148 respondenter med dette utdanningsnivået, og 26,4 prosent har hatt sykefravær de siste 12 månedene. Gruppen med minst sykefravær er de 60 respondentene med kun før- eller grunnskoleutdanning. 18,3 prosent av disse har hatt sykefravær siste 12 mnd.

Resultatet til helsesektoren kan ha sammenheng med det Almlid og sykefraværsutvalget peker på i sin NOU-rapport. Helsesektoren har mange arbeidstakere i yrker med lav status, og lav lønn (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 91). Selv om for eksempel sykepleieryrket i helsesektoren krever høyere utdanning så er det et yrke med noe lav status. Dette kan også være med på å påvirke sykefraværet, kanskje i større grad enn utdanningsnivået. En mulighet kan også være at de med høyere utdanning har mer ansvar, eller arbeider i mer stressende yrker enn de med lavere utdanningsnivå.

5.1.2 Arbeidsforhold

En tredjedel av det lengre sykefraværet i Norge kan forklares av arbeidsforhold, ifølge Statens arbeidsmiljøinstitutt. Samme studie viser også at arbeidsforhold kan forklare 16 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2018, s. 113) Norske studier viser at omtrent 25 prosent av sykefraværstilfelle kan tilskrives mekaniske faktorer, slik som stående arbeid, tunge løft og gjentatte bevegelser. I Levekårsundersøkelsen må de yrkesaktive respondentene svare på i hvilken grad de blir utsatt for ulike arbeidsbelastninger. Videre analyser ser jeg derfor først på mekaniske arbeidsforhold. I figuren under er flere krysstabeller satt sammen. Figuren presenterer grafisk hvordan ansatte i helsesektoren, utdanningssektoren og alle yrker rapporterer om ulike mekaniske arbeidsforhold.

Figur 4: Egenrapportert arbeidsforhold. Prosent (N=8608)



** p-verdi<0,01; *** p-verdi<0,001

De ulike utvalgte variablene er ‘sitte på huk når du arbeider’, ‘løfte i ubekvemme stillinger’, ‘stående arbeid’, ‘arbeide med hendene løftet’, ‘arbeide framoverbøyd uten støtte’ og ‘arbeide med gjentatte håndbevegelser’. Tabellen og den grafiske framstillingen av tallene viser at helsesektoren i størst grad rapporterer om disse arbeidsbelastningene. Det er 66,3 prosent av respondentene i helsesektoren som rapporterer om at de sitter på huk når de arbeider, sammenlignet med 45,7 prosent av respondentene i utdanningssektoren. For alle yrker sett under ett så er det 34,1 prosent som rapporterer om det samme. Det er kun for variabelen ‘arbeide med gjentatte håndbevegelser’ at snittet for alle yrker er høyere enn for helsesektoren. Sammenhengen med helsesektoren er signifikant for alle seks arbeidsbelastnings-variablene. Ansatte i utdanningssektoren har noe mindre av disse belastningene i arbeidshverdagen, og alle bortsett fra variabelen ‘arbeide framoverbøyd uten støtte’ viser en signifikant sammenheng. Videre ser jeg på disse arbeidsbelastningene i sammenheng med kjønn.

Tabell 21: Arbeidsbelastning i helsesektoren og utdanningssektoren, kjønn (N=1697)

| Arbeidsbelastning | Helsesektoren | | | | Utdanningssektoren | | | |
|----------------------------------|---------------|-----|---------|-----|--------------------|-----|----------|-----|
| | Menn | N | Kvinner | N | Menn | N | Kvinner | N |
| Sitte på huk når du arbeider | 55,6% | 108 | 68,3% | 577 | 34,1% | 268 | 49,9%*** | 743 |
| Løfte i ubekvemme stillinger | 58,3% | 109 | 64,3%** | 577 | 18,7% | 267 | 28,3%*** | 742 |
| Stående arbeid | 88,9% | 108 | 92,2% | 576 | 87,6% | 267 | 86,8%* | 741 |
| Arbeide med hendene løftet | 27,8% | 109 | 33,0% | 576 | 18,8% | 266 | 21,0% | 742 |
| Arbeide framoverbøyd uten støtte | 37,0% | 108 | 50,9% | 574 | 17,7% | 266 | 24,6% | 743 |
| Arbeide med gjentatte håndbev. | 26,9% | 108 | 33,3% | 574 | 25,5% | 267 | 25,6% | 743 |

* p-verdi<0,05; ** p-verdi<0,01; *** p-verdi<0,001

Tabellen viser egenrapportert arbeidsbelastning i helsesektoren og utdanningssektoren. Det er 55,6 prosent av 108 menn i helsesektoren som rapporterer om at de sitter ofte på huk når de arbeider, sammenlignet med 68,3 prosent av 577 kvinner i helsesektoren. Det er større prosentandel kvinner som rapporterer om hver av de seks ulike variablene. Dette kan bety at menn og kvinner til dels har ulike yrker eller arbeidsoppgaver i helsesektoren. Det kan også ha sammenheng med det Abrahamsen sier, at opplevelsen av arbeidsbelastningene handler om hvordan den enkelte mestrer påkjenninger (Abrahamsen, 1991, s. 2). Det er samme tendenser i utdanningssektoren, større prosentandel kvinner rapporterer om disse arbeidsbelastningene. Også her er kjønnsforskjellene betydelige, unntaket er for ‘stående arbeid’ hvor prosentpoeng

flere menn rapporterer om dette. Det er betydelig flere kvinner som melder om at de sitter mye på huk og arbeider, og løfter i ubekvemme stillinger. Det kan ha sammenheng med at det er flere kvinner enn menn som jobber med de yngste barna i utdanningssektoren, noe som kan kreve flere løft.

Oppsummert ser jeg at forskjellen i arbeidsbelastning kan være med på å påvirke kjønnsforskjellen i sykefraværet. Kan sees i sammenheng med Aftenposten.no sin artikkel som viser til en undersøkelse som sier at "kvinner er mer sensitive for smerter" (Stensland, 2019). Menn og kvinner kan reagere ulikt på de belastningene de utsettes for (Mastekaasa, 2016, s. 126). Tabellen viser at det er færre menn som rapporterer om disse arbeidsbelastningene i helsesektoren, og dette kan være med på å påvirke kjønnsforskjellen i sykefraværet i denne sektoren.

Det er ikke kun mekaniske arbeidsbelastninger som påvirker sykefraværet. Også det psykososiale har betydning. Dårlige psykososiale forhold på arbeidsplassen kan forklare omtrent 15 prosent av det lengre sykefraværet (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2018, s. 51). Det psykososiale forholdet på arbeidsplassen handler om hvordan arbeidstakeren har det, og hvordan samspillet mellom ansatte og ledere er. I krysstabellen under ser jeg derfor på hvordan dårlig forhold mellom ansatte og ledelse kan knyttes til sykefravær i helsesektoren og utdanningssektoren

Tabell 22: Krysstabell dårlig forhold mellom ansatte og ledelse, og sykefravær (N=1661)

| Dårlig forhold mellom ansatte og ledelse? | Helsesektoren | | | | Utdanningssektoren | | | |
|---|---------------|------------|-------|-----|--------------------|------------|-------|-----|
| | Ikke syk. | Sykefravær | Total | N | Ikke syk. | Sykefravær | Total | N |
| Nei | 80,1% | 19,9% | 100% | 397 | 82,5% | 17,5% | 100% | 600 |
| Ja | 67,5% | 32,5%*** | 100% | 274 | 78,5% | 21,5% | 100% | 390 |

*** p-verdi<0,001

Tabellen viser krysstabell mellom 'dårlig forhold mellom ansatte og ledelse?' og 'hatt minst ett sykefravær siste 12 måneder?'. Blant helsesektoren er den en betydelig større andel som har dårlig forhold mellom ansatte og ledelse i sammenheng med sykefravær. Det må også bemerkes at 274 av 671 ansatte i helsesektoren (41 prosent) svarer at det eksisterer et dårlig

forhold mellom ansatte og ledelse. Av disse har 32,5 prosent hatt minst ett sykefravær de siste 12 månedene, og sammenhengen er signifikant ifølge Kjikvadrattest. I utdanningssektoren er det 40 prosent som oppgir at det er dårlig forhold mellom ansatte og ledelsen, men her er det ikke like stor prosentandel som har hatt sykefravær som i helsesektoren. 21,5 prosent har hatt sykefravær. Tabellen viser at det er større prosentandel som har hatt sykefravær hvis de jobber på en arbeidsplass med dårlig forhold mellom ansatte og ledelse. Dette kan være med på å bekrefte tidligere teori som sa at dårlig psykososialt arbeidsmiljø fører til høyere sykefravær.

Det psykososiale arbeidsmiljøet påvirkes også av det sosiale klimaet. Sykepleiere og andre yrker i helsesektoren melder oftere om seksuell trakassering, trusler og vold (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 22). Også uønsket seksuell oppmerksomhet er et problem for arbeidsmiljøet, og påvirker spesielt kvinnene. Tabellen under viser uønsket seksuell oppmerksomhet kryssset med kjønn i helsesektoren og utdanningssektoren.

Tabell 23: Krysstabell uønska seksuell oppmerksomhet og kjønn (N = 1692)

| Kjønn | Helsesektoren | | Utdanningssektoren | |
|---|---------------|---------|--------------------|---------|
| | Menn | Kvinner | Menn | Kvinner |
| Opplever ikke uønsket seksuell oppmerksomhet | 90,7% | 79,0% | 97,0% | 97,8 |
| Opplever uønsket seksuell oppmerksomhet en eller flere ganger i måneden | 9,3% | 21,0%** | 3,0% | 2,2% |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Antall (N) | 107 | 575 | 267 | 743 |

** p-verdi<0,01

Tabellen viser at det i stor grad er kvinner i helsesektoren som opplever uønsket seksuell oppmerksomhet. Det er 21,0 prosent av 575 kvinner som har svart at de opplever det oftere enn en gang i måneden. 9,3 prosent av 107 menn i helsesektoren har svart det samme. I utdanningssektoren er det svært få som har svart at de opplever uønsket seksuell oppmerksomhet. 3,0 prosent menn og 2,2 prosent kvinner. Snittet for alle yrkesaktive er på 4,3 prosent, så utdanningssektoren ligger noe under. Helsesektoren derimot, er mye påvirket av uønsket seksuell oppmerksomhet. I større grad fra pasienter, brukere og kunder, enn fra kollegaer eller ledere. Dette viser også Levekårsundersøkelsen.

Uønsket seksuell oppmerksomhet kan også sees i sammenheng med sykefraværet. Tabellen under viser en krysstabell med disse variablene:

Tabell 24: Krysstabell uønsket seksuell oppmerksomhet og sykefravær (N=1692)

| Opplever du uønsket seksuell oppmerksomhet? | Helsesektoren | | Utdanningssektoren | |
|---|---------------|--------|--------------------|-------|
| | Nei | Ja | Nei | Ja |
| Ikke hatt sykefravær | 77,0% | 67,2% | 80,9% | 79,2% |
| Hatt minst ett sykefravær | 23,0% | 32,8%* | 19,1% | 20,8% |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Antall | 551 | 131 | 986 | 24 |

* p-verdi<0,05

Tabellen viser at ansatte i helsesektoren som opplever uønsket seksuell oppmerksomhet har også betydelig høyere prosentandel som har hatt minst ett sykefravær. Kjikvadrattesten viser også at sammenhengen mellom uønsket seksuell oppmerksomhet og sykefravær er signifikant for helsesektoren. Dette understreker Almlid og sykefraværsutvalgets poeng, som sier ansatte i helsesektoren opplever i stor grad uønsket seksuell oppmerksomhet (Almlid & Sykefraværsutvalget, 2010, s. 59). Utdanningssektoren har svært få som har opplever uønsket seksuell oppmerksomhet, og sykefraværet for de som opplever uønsket seksuell oppmerksomhet og de som ikke gjør det skiller kun 1,7 prosentpoeng. Denne sammenhengen er heller ikke signifikant.

Et nærmere syn på det psykososiale arbeidsmiljøet viser at resultatet av psykiske belastninger ofte er psykisk utmattelse (Abrahamsen, 1991, s. 7). Psykisk utmattelse blir derfor satt i sammenheng med sykefravær. Både ansatte i helsesektoren og utdanningssektoren opplever psykiske belastninger. Dette er relasjonsbaserte yrker, med stadig flere arbeidsoppgaver og forventninger (Uthus, 2021). Tabellen nedenfor viser krysstabell mellom i hvor stor grad respondentene opplever psykisk utmattelse etter arbeidstid og sykefravær. Tabellen er også skilt på helsesektoren og utdanningssektoren, i tillegg til kjønn. Dette for å se nærmere på forskjellen i hvordan dette påvirker menn og kvinner.

Tabell 25: Krysstabell psykisk utmattet og sykefravær (N=1688)

| Arbeidstid | Helsesektoren | | | | Utdanningssektoren | | | |
|-----------------------|---------------|-----|------------|-----|--------------------|-----|------------|-----|
| | Menn | | Kvinner | | Menn | | Kvinner | |
| | Sykefravær | N | Sykefravær | N | Sykefravær | N | Sykefravær | N |
| Daglig | 50,0% | 6 | 44,4% | 16 | 12,5% | 8 | 53,6% | 28 |
| Et par ganger i uken | 25,0% | 8 | 41,6% | 37 | 13,3% | 30 | 19,5% | 128 |
| Flere ganger i mnd. | 22,2% | 36 | 24,0% | 44 | 16,7% | 90 | 22,8% | 224 |
| Sjeldnere eller aldri | 10,5% | 57 | 20,1%*** | 54 | 10,9% | 138 | 18,4%*** | 359 |
| Total | | 107 | | 576 | | 266 | | 739 |

*** p-verdi<0,001

Tabellen viser hvor ofte arbeidstakerne i helsesektoren og utdanningssektoren er psykisk utmattet i sammenheng med sykefravær. For menn i helsesektoren er det 50 prosent av de 6 respondentene som rapporterer om daglig psykisk utmattelse etter arbeid som har hatt sykefravær siste året, det tilsvarer 3 personer. De som rapporterer om daglig psykisk utmattelse etter jobb har høyest andel sykefravær, og dette gjelder for alle unntatt menn i utdanningssektoren. Det er 8 menn i utdanningssektoren som daglig opplever å være psykisk utmattet etter arbeid, og av disse er det kun 12,5 prosent (1 respondent) som har hatt et sykefravær. Det kan tenkes at psykisk utmattelse er noe mer tabu for menn utfra etablerte samfunnsnormer, men dette er bare spekulasjoner. Siden dette er kvinnedominerte sektorer er andelen menn lav, det er derfor større sjans for at resultatene her er tilfeldige. Sammenhengen for kvinnene derimot er signifikant i begge sektorene ifølge kjikvadrattesten. Dette betyr at kvinner med psykisk belastende arbeid har større sannsynlighet for sykefravær. Utdanningssektoren og helsesektoren er begge yrker preget av mye psykisk belastning. Yrker innenfor begge sektorene er preget av relasjonelt arbeid, og man jobber ansikt til ansikt med pasienter, elever, brukere og kollegaer. Det kan daglig oppstå situasjoner hvor man må håndtere andres vanskelige livssituasjoner og følelser, og dette kan være en psykisk belastning (Steen Jensen & Hagen, 2022).

Videre ser jeg på fysisk utmattelse i sammenheng med sykefravær. Knardahl med flere peker på at fysiske belastninger gir en økning i risiko for sykefravær (Knardahl et al., 2016, s. 186-188).

Tabell 26: Krysstabell fysisk utmattet og sykefravær (N=1689)

| Arbeidstid | Helsesektoren | | | | Utdanningssektoren | | | |
|-----------------------|---------------|-----|------------|-----|--------------------|-----|------------|-----|
| | Menn | | Kvinner | | Menn | | Kvinner | |
| | Sykefravær | N | Sykefravær | N | Sykefravær | N | Sykefravær | N |
| Daglig | 42,9% | 7 | 49,1% | 53 | 60,0% | 5 | 42,9% | 70 |
| Et par ganger i uken | 18,8% | 16 | 29,7% | 148 | 18,6% | 43 | 26,2% | 187 |
| Flere ganger i mnd. | 12,5% | 32 | 24,0% | 167 | 17,1% | 70 | 20,9% | 215 |
| Sjeldnere eller aldri | 17,3% | 52 | 19,8%*** | 207 | 8,1%** | 149 | 12,7%*** | 268 |
| Total | | 107 | | 575 | | 267 | | 740 |

*** p-verdi<0,001, ** p-verdi<0,01

Tabellen viser at også fysisk utmattelse har sammenheng med sykefraværet, både i helsesektoren og utdanningssektoren. De som rapporterer om at de er daglig fysisk utmattet har høyest andel sykefravær. For menn i helsesektoren har 42,9 prosent av de 7 som daglig opplever å være fysisk utmattet hatt et sykefravær siste året, det tilsvarer 3 respondenter. For kvinner i helsesektoren har 49,1 prosent av de 53 som daglig opplever å være fysisk utmattet hatt et sykefravær siste året, det tilsvarer 23 respondenter. Sammenhengen er signifikant for alle unntatt menn i helsesektoren. Kan skyldes det lave antallet respondenter her. Spesielt helsesektoren er i stor grad preget av fysiske belastninger, og spesielt sykepleiere beskriver ofte høy arbeidsbelastning (Jacobsen, 2021). Pleiearbeid krever mange løft, og det kan være tungt for de ansatte. De er derfor mer utsatt for sykefravær. Både helsesektoren og utdanningssektoren er kvinnedominerte yrker, og dette kan påvirke kjønnsforskjellen i sykefraværet.

Arbeidsforhold blir også påvirket av arbeidstidsordningen. Teorien som oppgaven bygger på har tidligere pekt på at turnus- og skiftordninger gir høyere sannsynlighet for sykefravær.

Tabell 27: Krysstabell arbeidstidsordning og sykefravær (N=1632)

| Arbeidstid | Helsesektoren | | | | Utdanningssektoren | | | |
|---------------------------|---------------|-----|------------|-----|--------------------|-----|------------|-----|
| | Menn | | Kvinner | | Menn | | Kvinner | |
| | Sykefravær | N | Sykefravær | N | Sykefravær | N | Sykefravær | N |
| Dagtid innen 06:00-18:00 | 20,0% | 15 | 20,2% | 129 | 13,2% | 243 | 21,4% | 704 |
| Turnus- eller skiftarbeid | 16,5% | 85 | 27,4% | 431 | 23,1% | 13 | 25,0% | 12 |
| Total | | 100 | | 560 | | 256 | | 716 |

Det er kun 25 respondenter (2,5 prosent) i utdanningssektoren som har oppgitt at de jobber turnus- eller skiftarbeid. Arbeidstidsordning har derfor større betydning i helsesektoren, hvor 78 prosent av respondentene i undersøkelsen har svart at de jobber turnus- eller skiftarbeid. Knardahl m.fl. konkluderte i 2016 med at turnus- og skiftarbeid er den organisatoriske arbeidsmiljøfaktoren som påvirker sykefraværet mest (Knardahl et al., 2016, 194-195). I helsesektoren er andelen kvinner som har hatt sykefravær 7,2 prosentpoeng høyere for respondentene som jobber turnus- eller skiftarbeid enn for de som jobber på dagtid mellom klokken 06.00 og 18.00. For menn i helsesektoren er resultatet motsatt, mannlige respondenter i turnus- eller skiftarbeid har mindre sykefravær enn de som jobber dagtid. Kjikkvadrattestene viser at sammenhengen ikke er signifikant. Resultatet kan derfor være tilfeldig.

5.1.3 Familiepåvirkning

Tidligere studier har ikke vist entydige resultater når det kommer til av antall barn i sammenheng med kvinners sykefravær (Mastekaasa, 2016, s. 113). Det er som kjent fortsatt kvinner som gjør den største delen av husarbeidet, og det kan tenkes at den doble arbeidsbyrden påvirker innsatsen i arbeidslivet. Den doble byrden øker også med antall barn (Kostøl & Telle, 2011, s. 9). Jeg velger derfor å se på krysstabell mellom antall barn under 5 år og sykefravær i helsesektoren og utdanningssektoren.

Tabell 28: Krysstabell antall barn under 5 år og sykefravær (N=1698)

| Antall barn under 5 | Helsesektoren | | | | Utdanningssektoren | | | |
|---------------------|---------------|------------|-------|-----|--------------------|------------|-------|-----|
| | Ikke syk. | Sykefravær | Total | N | Ikke syk. | Sykefravær | Total | N |
| 0 | 76,9% | 23,1% | 100% | 585 | 81,4% | 18,6% | 100% | 828 |
| 1 | 68,7% | 31,3% | 100% | 83 | 79,7% | 20,3% | 100% | 133 |
| 2 | 55,0% | 45,0%* | 100% | 20 | 77,6% | 22,4% | 100% | 49 |

* p-verdi<0,05

Helsesektoren viser en tydelig økning i sykefraværet etter antall barn under 5 år.

Utdanningssektoren øker også, men i noe mindre grad. Det er kun innen helsesektoren at sammenhengen er statistisk signifikant, ifølge kjikvadrattesten. For å se om det er kvinner eller menn som i størst grad blir påvirket av antall barn ser jeg videre på dette i sammenheng med kjønn.

Tabell 29: Krysstabell antall barn under 5 år og sykefravær, kjønn (N=1698)

| Antall barn under 5 år | Helsesektoren | | | | Utdanningssektoren | | | |
|------------------------|---------------|----|------------|-----|--------------------|-----|------------|-----|
| | Menn | | Kvinner | | Menn | | Kvinner | |
| | Sykefravær | N | Sykefravær | N | Sykefravær | N | Sykefravær | N |
| 0 | 15,9% | 88 | 24,3% | 497 | 13,5% | 215 | 20,4% | 613 |
| 1 | 26,3% | 19 | 32,8% | 64 | 10,8% | 37 | 24,0% | 96 |
| 2 | 0,0% | 2 | 50,0%* | 18 | 7,1% | 14 | 28,6% | 35 |

* p-verdi<0,05

Både helsesektoren og utdanningssektoren viser økning i sykefraværet når antall barn under fem år øker. Det er også en større andel kvinner enn menn som har hatt sykefravær i begge sektorene. Det er kun sammenhengen for kvinner i helsesektoren som er signifikant ifølge kjikvadrattesten. Det er kun to menn i helsesektoren med to barn, og 18 kvinner. I utdanningssektoren er det 14 menn med to barn, og 35 kvinner. Siden tallene er så lave, kan jeg ikke trekke noen resultater for de med to barn under fem år. Sammenligner derfor med tall for alle yrkesaktive. Tabellen framstilles ikke her, men finnes i vedlegg 6. Hvis jeg ser på denne tabellen, og ser på respondenter med to barn under fem år, så har 6,9 prosent menn hatt sykefravær sammenlignet med 17,9 prosent av kvinnene. Kjikvadrattesten viser at sammenhengen er signifikant for kvinnene. Tidligere norske studier har kun vist svake sammenhenger mellom omsorg for barn og kvinners sykefravær (Mastekaasa, 2016, s. 113). Levekårsundersøkelsen viser en noe tydeligere sammenheng. Denne kjønnsforskjellen kan

muligens være knyttet til senvirkninger etter fødsel, at kvinner tar større del av arbeidet hjemme eller med barna, at de nedprioriterer arbeidet etter fødsel, eller at kvinner har andre holdninger til sykefravær enn menn. Det blir ikke tatt høyde for om det er kvinner i parforhold eller om det er alenemødre. Analysene sier ingenting om hvorfor, men det eksisterer en kjønnsforskjell her.

Nå har jeg beskrevet de variablene jeg mener er viktigst for sykefraværet. Videre vil jeg utføre ulike logistiske regresjoner for å se i hvilken grad disse variablene påvirker sykefraværet.

5.2 Logistisk regresjon

Videre i analysene vil jeg gå mer i dybden på hvilke sosiale bakgrunnsvariabler som kan forklare kjønnsforskjellen i sykefraværet i helsesektoren og utdanningssektoren. Målet med analysene er å predikere verdien av avhengig variabel, sykefravær, ut fra verdiene på de ulike uavhengige variablene. For å få til dette vil jeg utføre to logistiske regresjoner, en for helsesektoren og en for utdanningssektoren. Begge de logistiske regresjonene er splittet på kjønn, og avhengig variabel er sykefravær. Den avhengige variabelen er en dummy, om man har hatt sykefravær med varighet over 14 dager siste 12 mnd. Modellene predikerer derfor sannsynligheten for å få sykefravær for ansatte i helsesektoren og utdanningssektoren. Begge de logistiske regresjonsmodellene presenteres i sin helhet i vedlegg 8.

5.2.1 Logistisk regresjonsmodell: Helsesektoren

Tabell 30: Logistisk regresjon av sykefravær, helsesektoren og kjønn (N=98 og N=541)

| | Helsesektoren | | | |
|-------------------------------|---------------|------|---------|------|
| | Menn | | Kvinner | |
| | Exp(B) | Sig. | Exp(B) | Sig. |
| Alder (3 kategorier) | 1,940 | | 2,187 | *** |
| Årslønn (7 kategorier) | 0,922 | | 0,742 | * |
| Utdanningsnivå (4 kategorier) | 0,735 | | 1,262 | |
| Indeks arbeidsbelastning | 1,192 | | 1,027 | |

| | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Dummy dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte | 0,866 | | 1,757 | ** |
| Dummy uønsket seksuell oppmerksomhet på arb.plassen | 2,146 | | 1,285 | |
| Dummy fysisk utmattet | 0,690 | | 1,156 | |
| Dummy psykisk utmattet | 1,828 | | 1,331 | * |
| Dummy dagsarbeid eller turnusarbeid | 0,682 | | 1,459 | |
| Antall barn under 5 år | 1,245 | | 1,923 | ** |
| Konstant | 0,073 | | 0,020 | *** |
| Nagelkerke R square | | 0,117 | | 0,153 |
| Hosmer-Lemeshow test | | 0,230 | | 0,461 |
| Antall (N) | 98 | | 541 | |

* p-verdi<0,05; ** p-verdi<0,01; *** p-verdi<0,001

Denne logistiske regresjonen tar for seg ansatte i helsesektoren, splittet på kjønn. Nagelkerke R^2 viser modellens tilpasning, og verdien for mennenes modell er 0,117 og kvinnenes modell 0,153. Dette er akseptable verdier. I tillegg er Hosmer-Lemeshow testen ikke signifikant, noe som betyr at modelltilpasningen er god.

Alder er den første variabelen, og utgjør en stor forskjell for begge kjønn. Aldersvariabelen er grovt kategorisert i tre kategorier, fra 18-24 år, 25-44 år og 45-67 år. Modellen predikerer at det er 94% større sannsynlighet for mennene for hver alderskategori de øker å få sykefravær. Sammenhengen er enda større for kvinnene, og sannsynligheten øker 2,2 ganger for hver alderskategori, og her er også sammenhengen signifikant. Resultatet viser at alderen er en betydningsfull variabel i sammenheng med sykefraværet i helsesektoren. Hvis jeg hadde kodet denne variabelen med flere kategorier enn tre så hadde oddsraten gått noe ned.

Årslønn kategoriseres i 7 kategorier, fra lav til størst årslønn. For mennene predikerer modellen at høyere årslønn gir noe mindre sykefravær, men sannsynligheten er så liten det er nesten ikke forskjell. Sammenhengen er heller ikke signifikant. For kvinnene er sammenhengen større, og for hver årslønns-kategori så synker sannsynligheten for sykefravær med 25,8 prosent. Sammenhengen er også signifikant.

Utdanningsnivå er kategorisert i 4 kategorier, fra lav til størst utdanningsnivå. Mennene sin modell predikerer at høyere utdanningsnivå gir lavere sannsynlighet for sykefravær. Sammenhengen er ikke signifikant. For kvinnene sin modell er det motsatt, høyere

utdanningsnivå gir høyere sannsynlighet for sykefravær. For hver økning i utdanningsnivå øker sykefraværet med 26,2 prosent. Sammenhengen er ikke signifikant, og resultatet kan være tilfeldig.

Variabelen dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte gir overraskende nok mindre sannsynlighet for mennene å få sykefravær. Denne sammenhengen er ikke signifikant, og kan derfor være tilfeldig. Det er kun 98 menn i helsesektoren i Levekårsundersøkelsen, noe som kan spille inn på resultatet. For kvinnenes modell predikerer denne variabelen 75,7 prosent høyere sannsynlighet for sykefravær, og sammenhengen er signifikant. Det betyr at for kvinnene kan det ha stor betydning om det psykososiale arbeidsmiljøet er bra. Dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte kan virke negativt på sykefraværet.

Neste variabel er om respondentene opplever uønsket seksuell oppmerksomhet på arbeidsplassen. Fra tidligere analyser så jeg at det er færre menn enn kvinner som opplever dette, noe som kan påvirke den logistiske regresjonen. For menn øker sykefraværet 2,1 ganger hvis de opplever uønsket seksuell oppmerksomhet. Det betyr at for de 9,8 prosent mennene som i tidligere krysstabell sa de opplevde uønsket seksuell oppmerksomhet, så er sannsynligheten høyere for sykefravær. Sammenhengen er ikke signifikant, noe som kan høre sammen med at det er så få menn i helsesektoren, og vanskelig å sikre et resultat på 95%-sannsynlighetsnivå. For kvinnene er sammenhengen heller ikke signifikant, men modellen predikerer at uønsket seksuell oppmerksomhet øker sykefraværet med 28,5 prosent.

Neste variabler er fysisk og psykisk utmattet. Mennenes modell predikerer at menn i helsesektoren som blir fysisk utmattet har mindre sannsynlighet for sykefravær. For psykisk utmattelse har mennene 68 prosent større sannsynlighet for sykefravær. Sammenhengen er ikke signifikant. Kvinnenes modell predikerer at fysisk utmattelse øker sannsynligheten for sykefraværet med 15,6 prosent. Psykisk utmattelse øker sannsynligheten for sykefravær med 33,1 prosent, og på sistnevnte variabel er sammenhengen signifikant. Det betyr at psykisk utmattelse har betydning for kvinnenes sykefravær.

Modellene predikerer at arbeidstidsordningen skift- eller turnusarbeid gir mindre sannsynlighet for sykefravær for mennene. Modellen sier altså at dagsarbeid gir større sannsynlighet for sykefravær. Dette går imot tidligere teori. Knardahl ser på flere studier som peker på at skiftarbeid øker sykefraværet i stor grad (Knardahl et al., 2016, s. 194-195). For kvinnene gir turnus- eller skiftarbeid en predikert økning på 45,9 prosent. Krysstabellen fra

tidligere viste at kvinnenes sykefravær var 7,2 prosentpoeng høyere for de med turnus- eller skiftarbeid, enn for kvinnene som jobbet dagtid. Resultatet var ikke likt for mennene i helsesektoren. Det kan tyde på at arbeidstidsordning har større betydning for kvinnene enn mennene i helsesektoren. Men, sammenhengen er ikke signifikant, og resultatet kan derfor være tilfeldig. Jeg kan derfor ikke konkludere med noe.

Antall barn under 5 år kan muligens påvirke sykefraværet noe mer. Mennenes modell predikerer at for hvert antall barn så øker sykefraværet med 24,5 prosent. Kvinnenes modell predikerer en økning i sannsynlighet på 92,3 prosent. Sistnevnte er også signifikant. Dette tyder på at antall barn under 5 år har stor betydning for kvinner i helsesektoren sitt sykefravær.

Ingen sammenheng var statistiske signifikante i mennenes modell, men modellen hadde en forklaringskraft på 11,7 prosent. De variablene som påvirket sykefraværet til mennene mest var alder, uønsket seksuell oppmerksomhet, psykisk utmattelse etter arbeid og antall barn under 5 år. For kvinnene var det flere signifikante sammenhenger. Modellen predikerte at den variabelen som utgjorde størst økning i sykefraværet var alder. Deretter antall barn under 5 år, også dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte. Også psykisk utmattelse etter arbeid hadde signifikant betydning.

5.2.2 Logistisk regresjonsmodell: Utdanningssektoren

Videre vil jeg utføre en lik logistisk regresjon for utdanningssektoren. Også her splitter jeg på kjønn, og avhengig variabel er sykefravær over 14 dager siste 12 måneder (dummy). I Levekårsundersøkelsen var det 244 menn og 687 kvinner i utdanningssektoren. Et så stort utvalg gjør det noe enklere å få signifikante sammenhenger, sammenlignet med 98 menn i helsesektoren.

Tabell 31: Logistisk regresjon av sykefravær, utdanningssektoren og kjønn (N=244 og N=687)

| | Utdanningssektoren | | | |
|----------------------|--------------------|------|---------|------|
| | Menn | | Kvinner | |
| | Exp(B) | Sig. | Exp(B) | Sig. |
| Alder (3 kategorier) | 3,313 | ** | 1,888 | ** |

| | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Årslønn (7 kategorier) | 0,707 | | 0,520 | *** |
| Utdanningsnivå (4 kategorier) | 0,991 | | 1,245 | |
| Indeks arbeidsbelastning | 1,156 | | 1,033 | |
| Dummy dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte | 0,958 | | 1,219 | |
| Dummy uønsket seksuell oppmerksomhet på arb.plassen | 1,783 | | 0,760 | |
| Dummy fysisk utmattet | 1,888 | * | 1,462 | *** |
| Dummy psykisk utmattet | 0,913 | | 1,097 | |
| Dummy dagsarbeid eller turnusarbeid | 2,154 | | 1,314 | |
| Antall barn under 5 år | 0,983 | | 1,174 | |
| Konstant | 0,011 | ** | 0,085 | *** |
| Nagelkerke R ² | | 0,157 | | 0,141 |
| Hosmer-Lemeshow test | | 0,411 | | 0,262 |
| Antall (N) | 244 | | 687 | |

** p-verdi<0,01; *** p-verdi<0,001

For menn i utdanningssektoren er Nagelkerke R² på 0,157 og for kvinner 0,141. Dette er et akseptabelt mål på hvor god tilpasning modellen har til datamaterialet. Dessuten er Hosmer-Lemeshow test ikke signifikant, noe som viser at begge modelltilpasningene er gode.

Modellen predikerer at alder er den variabelen som påvirker sannsynligheten for sykefraværet mest, for begge kjønn. Det betyr at alder har en viktig betydning for sykefraværet i utdanningssektoren. Dette kan ha sammenheng med den grove inndeling av aldersvariabelen ved å kun bruke tre kategorier for alder. Men det tyder på at de eldste arbeidstakerne har høyest sykefravær. For menn i utdanningssektoren er sannsynligheten for sykefravær 3,3 ganger så høy for hver alderskategori, og sammenhengen er signifikant. Sannsynligheten er 1,8 ganger så høy for kvinnene i utdanningssektoren. Det viser at alder kan ha en større betydning for mennene.

Årslønn gir en synkende sannsynlighet for begge kjønn sykefravær. Det har størst betydning for kvinnene, hvor sannsynligheten omtrent halverer seg for hver kategori årslønn. Sammenhengen for kvinner er også signifikant, og jeg kan konkludere med at årslønn har betydning for kvinner i utdanningssektoren sitt sykefravær.

Høyere utdanningsnivå gir mennene lavere sannsynlighet for sykefravær, men for kvinnene i utdanningssektoren gir høyere utdanningsnivå større sannsynlighet for sykefravær.

Sammenhengen er ikke signifikant for noen av kjønnene. Krysstabellen fra tidligere analyser viste at utdanningsnivå ikke har en klar påvirkning på sykefraværet. Hvorfor resultatet ble sånn er usikkert. Mulig at utdanningsnivå-variabelen kunne blitt operasjonalisert med flere kategorier. Dette kan påvirke modellens predikasjoner.

Modellen for menn i utdanningssektoren predikerer en økning på 15,6 prosent sannsynlighet for sykefravær for hver arbeidsbelastning man opplever. Indeks-variabelen går fra 0 til 6. For kvinnene gir det en økning på 3,3 prosent, altså tilnærmet ingen økning. Sammenhengen er heller ikke signifikant. Krysstabellene viste at utdanningssektoren ikke er særlig påvirket av disse arbeidsbelastningene sammenlignet med andre yrker. Tidligere teori peker også på andre utfordringer i yrket, som lite oppfølging, høyt arbeidspress, byråkratisering, «dataifisering» og presentasjonsfokus (Ravneberg, 2011, s. 30).

Forholdet mellom ledelsen og ansatte påvirker kvinnene mer enn mennene ifølge tabellen. For mennene er den predikerte sannsynligheten rett under 1, noe som tyder på at hvis de opplever dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte så har de noe mindre sannsynlighet for sykefravær. Motsatt av tidligere teori, men sannsynlighets-økningen er minimal. For kvinnene øker sannsynligheten for sykefravær med 21,9 prosent hvis forholdet mellom ledelsen og ansatte er dårlig. Sammenhengen er ikke signifikant for noen kjønn, og resultatet er derfor ikke generaliserbart.

Variabelen fysisk utmattet etter arbeid viser at mennene har 88,3 prosent større sannsynlighet for sykefravær hvis de opplever dette, og kvinnene har 46,2 prosent større sannsynlighet. Begge sammenhengene er signifikante. Variabelen for psykisk utmattet viser en noe nedgang i sannsynlighet for sykefravær for menn, og en noe økning i sannsynlighet for kvinner. Begge er tilnærmet ingenting, og sammenhengen er heller ikke signifikant. Dette kan tyde på at psykisk utmattelse har liten sammenheng med sykefraværet i utdanningssektoren. Samtidig så viste krysstabellen for psykisk utmattelse og sykefravær fra tidligere (tabell 25) derimot en statistisk signifikant sammenheng mellom kvinner i utdanningssektoren sitt sykefravær og psykisk utmattelse. Det var blant annet 28 kvinner i utdanningssektoren som rapporterte at de daglig var psykisk utmattet etter endt arbeidsdag. Av disse hadde 53,6 prosent hatt minst ett sykefravær med varighet over 14 dager siste 12 måneder. Det tilsvarer 15 respondenter.

Når det kommer til arbeidstidsordning, så kunne denne blitt tatt bort for utdanningssektoren. Slik tidligere krysstabell viste er det kun 2,5 prosent respondenter i utdanningssektoren som

har arbeidstidsordningen skift- eller turnusarbeid. Dette gjelder for det meste barnehage- og skoleassistenter. Regresjonsmodellen predikerer at menn med denne arbeidstidsordningen har høyere sannsynlighet for sykefravær. Også for kvinner predikerer de høyere sykefravær, her viser oddsraten en økning på 31,4 prosent. Ingen av sammenhengene er signifikante, mye grunnet det lave antallet med denne arbeidstidsordningen i utdanningssektoren.

Antall barn påvirker kvinner i utdanningssektoren i større grad enn mennene. Modellen predikerer en liten nedgang i sannsynligheten for sykefraværet for menn etter økning av antall barn under 5 år, og en økning på 17,4 i sannsynligheten for sykefravær for kvinner.

Sammenhengen er heller ikke her signifikant, og kan derfor være tilfeldig.

5.3 Videre diskusjon og konklusjon

Problemstillingen i oppgaven er som følger: Hvilke ulike sosiale bakgrunnsvariabler kan knyttes til kjønnsforskjellen i sykefravær blant ansatte i utdanningssektoren og helsesektoren i Norge?» I denne oppgaven har jeg derfor sett på ulike sosiale bakgrunnsvariabler på sykefraværet. Hovedtyngden av analysene kommer fra krysstabeller og logistiske regresjonsmodeller med sykefravær som avhengig variabel. De funnene som her har blitt lagt fram kan forklare noen av tendensene i sykefraværet i Norge, gjør det klart at kjønnsforskjellen i sykefravær er et komplekst problem uten en enkel forklaringsmodell.

Sykefravær i Norge fremstilles som en dikotomi, enten er man frisk eller så er man syk. SSBs definisjon på legemeldt sykefravær er fravær grunnet arbeidstakers skade eller sykdom, dokumentert med legerklæring (Statistisk sentralbyrå, 2021b). Det engelske språket skiller mellom flere begrep, som på bedre måter forklarer grad av uhelse. Slik som *disease*, *disorder*, *illness* og *illness behavior* (Knardahl, et al., 2016, s. 181). Dette kunne i større grad vært brukt i Norge også. Det må sees i sammenheng med WHO sin definisjon av god helse. God helse defineres ikke som fravær av sykdom eller lidelser, men som en tilstand av både fysisk, psykisk og sosialt velvære (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Det kan derfor være andre grunner til et sykefravær. Det kan være samlivsbrudd, familierelaterte hendelser, sorg, eller andre hendelser som påvirker et individ.

De logistiske regresjonene peker på alder som den viktigste variabelen, både for utdanningssektoren og helsesektoren. For helsesektoren er det i tillegg antall barn under fem år som har stor innvirkning, og hvordan forholdet mellom ledelsen og ansatte er. Begge

sammenhengene er signifikante for kvinnene, og betraktelig større enn predikasjonene i mennenes regresjonsmodell. Også skift eller turnus-arbeid utgjør en forskjell for kvinnene i helsesektoren. Denne sammenhengen er derimot ikke signifikant, og kan derfor ikke generaliseres. Ut ifra de logistiske regresjonene, som kun forklarer en liten del av sykefraværet, så er variablene med størst kjønnsforskjell antall barn under fem og påvirkningen av forhold mellom ledelse og ansatte på arbeidsplassen. Krysstabellene viser en klar forskjell mellom kjønn både i helsesektoren og utdanningssektoren når det kommer til antall barn. Kvinner blir i større grad påvirket av dette. Siden sammenhengen ikke er signifikant, kan vi ikke generalisere det til en større populasjon. Men som tidligere teori også påpeker, er det vanskelig å måle i hvor stor grad familielivet påvirker kvinnene. Det kan tenkes at 'den doble byrde' har sammenheng med sykefravær.

Utdanningssektoren og helsesektoren er begge kvinnedominerte sektorer. Begge sektorene kan knyttes til store psykiske belastninger, hvor analysene peker på at kvinnene i større grad opplever psykiske belastninger enn menn. Kvinnene i helsesektoren opplever også oftere enn andre yrkesaktive kvinner uønsket seksuell oppmerksomhet. Tidligere studier har vist at relasjonsbaserte yrker skaper et psykisk press, og det å vise omsorg for brukere, pasienter eller elever oppleves som uforenelig med å ha sykefravær. De ansatte kan derfor delvis prioritere jobben framfor egen helse. Dahl-Jørgensen med flere peker også på at menn er bedre til å holde nødvendig avstand fra jobben, og derfor i mindre grad bli påvirket av det psykiske presset (Dahl-Jørgensen et al., 2002, s. 26-27). Dette kan knyttes til kjønnsforskjellen i sykefraværet i disse sektorene.

Det er også flere kvinner enn menn i disse sektorene som blir påvirket av fysisk arbeidsbelastning. Helsesektoren er i stor grad påvirket av tunge løft, og både helsesektoren og utdanningssektoren har mye stående arbeid. Opplevelsen av arbeidsbelastning handler om hvor mye de enkelte tåler eller forventer (Abrahamsen, 1991, s. 2). Hvis vi ser på dette i sammenheng med at kvinner rapporterer om dårligere helse og går hyppigere til lege, så kan det tyde på at kvinner tåler noe mindre enn menn. Det kan også tyde på forskjeller i sykdomsatferd, holdninger, normer, eller at kvinner forventer noe mindre arbeidsbelastninger. Det kan også være en følge fra det tidligere husmorsamfunnet, hvor samfunnet er bygget opp på patriarkalske samfunnsstrukturer, med yrker laget *av* menn – *for* menn. Samtidig sees kjønnsforskjellen i helse allerede før arbeidslivet og familielivet begynner, og det kan tyde på

at kjønnsforskjellen vi ser i sykefravær ikke kommer fra forhold i arbeidslivet eller familielivet (Mastekaasa, 2016, s. 140).

6 Avslutning

Avslutningsvis kommer en oppsummering og et utpek på videre forskning. Denne oppgaven har sett på ulike sosiale bakgrunnsvariabler som kan knyttes til kjønnsforskjellen i sykefravær blant ansatte i utdanningssektoren og helsesektoren i Norge. Jeg håper oppgaven kan være med på å bidra til å sette søkelys på kjønnsforskjellen, og også bidra med noe kunnskap på fagfeltet.

Ved å ta i bruk Levekårsundersøkelsen i arbeidsmiljø har jeg forsøkt å svare på problemstillingen. Jeg kan konkludere med at kjønnsforskjellen i sykefravær er svært sammensatt. Analysene viser at antall barn under fem år er en sosial bakgrunnsvariabel som har sammenheng med kvinners sykefravær i større grad enn menns. Sammenhengen er også statistisk signifikant for helsesektoren, og derfor generaliserbar. Det virker derfor ikke urimelig å tro at mange kvinners noe større arbeidsbyrde i hjemmet kan påvirke arbeidskapasiteten. Også psykiske belastninger på arbeidsplassen ser ut til å utgjøre en forskjell i kvinnedominerte yrker. Kvinner opplever i tillegg mer uønsket seksuell oppmerksomhet, og analysene viser at kvinner i større grad påvirkes av dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte. Dette tyder på at kvinner påvirkes i større grad av psykiske forhold på arbeidsplassen. Utdanningssektoren og helsesektoren er begge relasjonsbaserte yrker med flere psykiske belastninger, og slik tidligere teori også pekte på, så er menn noe flinkere enn kvinner til å holde en viss avstand og ikke la seg påvirke i like stor grad.

Bakgrunnsvariablene kan i noe begrenset grad forklare tendensen i kjønnsforskjell i sykefravær. Forskjellen i kvinner og menns helse starter allerede før arbeidslivet, noe som kan tyde på at forklaringen ikke kun eksisterer i arbeidsyrkene. Samfunnet bygger på patriarkalske strukturer, og det biologiske kjønn du blir født som skaper visse forventninger til deg. Om forskjellen mellom kvinner og menn er biologisk eller sosialt konstruert er ikke sikkert. For å redusere sykefraværet i kvinnedominerte yrker krever det derfor mer forskning og kunnskap på feltet. Det eksisterer altså mange mulige og sammensatte forklaringer på kjønnsforskjellen. Disse årsakene må også ses i lys av dagens kontekst. Analysene jeg har foretatt viser resultater fra aggregerte individuelle svar. Resultatene vil ha en gyldighet innenfor denne konteksten, men jeg kan ikke fordre på noen måte universalitet eller kausalitet.

Begrensinger og veien videre

Denne oppgaven kan kritiseres for å kun ta for seg det legemeldte sykefraværet. Hva skiller det fra det egenmeldte sykefraværet? Skjer det en endring i sykefraværet over tid? Jeg har også kun sett på de har hatt minst ett sykefravær, ikke om disse kan skilles fra de som har hatt to eller tre eller enda flere. Også valg av variabler kan ha stort utfall på resultatet. Oppgaven kan også kritiseres for å besvare problemstilling gjennom en kvantitativ metode. En stor undersøkelse sier lite om hvert individs enkeltsituasjon, og bak et enkelt sykefravær kan det være uendelig med årsaksforklaringer. Det ville derfor være interessant for videre forskning å utføre en kvalitativ tilnærming, med for eksempel dybdeintervju. Dette for å kunne se nærmere på årsaksforklaringene til den enkeltes sykefravær. For videre forskning hadde det også vært interessant å se på dette i sammenheng med kvinnehelse, kjønnsforskjeller i helse, forskjeller i biologisk og sosialt kjønn og det kjønnsdelte arbeidsmarkedet.

8 Litteraturliste

- Abrahamsen. (1986). *Harde yrker i myk sektor : sammenliknende analyser av belastninger i forskjellige yrker* (Vol. 86:1, p. 57). Institutt for samfunnsforskning.
- Almlid, K., & Sykefraværsutvalget. (2010). *Arbeid for helse : sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren: Vol. NOU 2010:13* (p. 160). Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2010-13/id628069/>
- Arbeids- og sosialdepartementet (2021). Målene om et mer inkluderende arbeidsliv - status og utviklingstrekk. IA-rapport. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/48b40e447a9048d6b84e355ed7b21276/ia-rapport_2021_web.pdf
- Askildsen, J. E. (2016). Hva vet vi om sykefraværet? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 19(2), 97-101. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0423>
- Dahl-Jørgensen, C., Mo, T. O. & Saksvik, P. Ø. (2002). Fravær som en mestringsstrategi for bedre helse? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 43(1), 3-29. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X>
- Dalgard, O. S. (2008). Psykisk helse og sosial ulikhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(3), 247-257. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-03-06>
- Frønes, I. & Kjølrsrud, L. (2016a). *Det norske samfunn* (7. utg, Bd. 2). Gyldendal akademisk.
- Frønes, I. & Kjølrsrud, L. (2016b). *Det norske samfunn* (7. utg, Bd. 3). Gyldendal akademisk.
- Frønes, I. & Kjølrsrud, L. (2016c). *Særtrykk av Det norske samfunn : (bind 1, 2 og 3) for SV-133, Universitetet i Agder*. Gyldendal akademisk.
- Frønes, I. & Kjølrsrud, L. (2018). *Særtrykk av Det norske samfunn : (bind 1, 2 og 3) for SOS1000, Universitetet i Oslo* (3.utg.) Gyldendal akademisk.
- Fugleberg, O., Småstuen, M. C., & Tufte, P. A. (2018). *Innføring i logistisk regresjon : med eksempler på analyse*. Fagbokforlaget.

Grasdal, A. (2016). De helse-relaterte trygdeytelsene - Betydningen av økonomiske insentiver og samspill mellom trygdeordninger. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 1(2), 102–124.

<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-02-02>

Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap* (7. utg.).

Universitetsforlaget.

Hemmings, P. & Prinz, C. (2020). *Sickness and disability systems: comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland* (OECD Rapport 1601). Organisation for Economic Co-operation and Development.

<https://doi.org/10.1787/c768699b-en>

Jakobsen, T. G. (2021). *Vitenskapsfilosofi og kritisk realisme : et ikke-antroposentrisk alternativ*. Fagbokforlaget.

Kalleberg, R. (2007). A Reconstruction of the Ethos of Science. *Journal of Classical Sociology : JCS*, 7(2), 137–160. <https://doi.org/10.1177/1468795X07078033>

Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M., & Nordby, K. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 179-199.

<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-02-05>

Kunnskapsdepartementet. (2021). *Fullføringsreformen – med åpne dører til verden og fremtiden* (Meld. St. 21 (2020-2021)). Hentet fra <https://regjeringen.no/>

Lilleaasen, R. (2017). Kritisk realisme og gudsmøtet. *Teologisk tidsskrift*, 2, 146–161.

<https://doi.org/10.18261/issn.1893-0271-2017-02-05>

Løset, G. K., Dale-Olsen, H., Hellevik, T., Mastekaasa, A., Tilmann, V. S., & Østbakken, K. M. (2018). Gender equality in sickness absence tolerance: Attitudes and norms of sickness absence are not different for men and women. *PLoS One*, 13(8)

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200788>

Malterud, K. (2018). Kvinnehelse, kjønn og trange livsrom. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 138(16), 1498-1498. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0715>

Mastekaasa, A. (2012). Kvinners og menns sykefravær - en stadig økende forskjell? *Søkelys på arbeidslivet*, 29(1-02), 21–32. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-7989-2012-01-02-02>

- Mastekaasa, A. (2016). Kvinner og sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 125-147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-02-03>
- Mills, C. W. (2000). *The Sociological Imagination* (40. utg.). Oxford University Press.
- Mortensen, E., Egeland, C., Gressgård, R., Holst, C., Jegerstedt, K., Rosland, S. & Sampson, K. (2008). *Kjønnsteori*. Gyldendal akademisk.
- Mæland, J.G. (2009). *Hva er helse*. Universitetsforlaget.
- OECD. (2013). Mental Health and Work: Norway, *OECD Publishing*.
<https://doi.org/10.1787/9789264178984-en>
- Olsen, T. (2016). Folkehelsepolitikk og ulikhet i helse. *Nordisk Välfärdsforskning*, 1(1), 4–7.
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2016-01-01>
- Ose, S. O., Haus-Reve, S., Mandal, R. & Pettersen, I. (2011). Sykefravær i kommunale tjenester. *Søkelys på arbeidslivet*, 28(4), 336–354. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-7989-2011-04-04>
- Ravneberg, B. (2011). *Mellom penger og pedagogikk. Om læreres opplevelse av sykefravær i den videregående skolen*. Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- Rosenbaum, P. E. (2021). *Statistikk. Kvantitativ metode i ord og bilder*. Sogndal: My Learn View.
- Royston, P. & White, I. R. (2011). Multiple Imputation by Chained Equations (MICE): Implementation in Stata. *Journal of Statistical Software*, 45(4), 1–20.
<https://doi.org/10.18637/jss.v045.i04>
- Schlegel, D. R. & Ficheur, G. (2017). Secondary Use of Patient Data: Review of the Literature Published in 2016. *Yearbook of Medical Informatics*, 26(1), 68-71.
<https://doi.org/10.15265/IY-2017-032>
- Skog, O. (2004). *Å forklare sosiale fenomener : en regresjonsbasert tilnærming* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Skouen, J. (2015). Ryggplager, sykefravær og uføretrygd. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 135(17), 1567–1568. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0423>

Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2018). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse*. STAMI-rapport 19(3). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2558672>

Statistisk sentralbyrå. (2007). *Helse og bruk av helsetjenester – forskjeller mellom kvinner og menn* (Rapport 37). Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/181339>

Statistisk sentralbyrå. (2011). *Standard for yrkesklassifisering (STYRK-08)*. (Notater 17/2011). Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_201117/notat_201117.pdf

Statistisk sentralbyrå. (2019). *Levekårsundersøkelsen i arbeidsmiljø [Datasett]*. NSD. <https://doi.org/10.18712/NSD-NSD2872-V3>

Stokkeland, V. E. (2020). *Hva er årsakene til at kvinner har høyere sykefravær enn menn? En litteraturstudie om sykefraværet i Norge og kjønnsforskjeller knyttet til dette*. [Upublisert bacheloroppgave]. Universitetet i Agder.

Kostøl, A. R. & Telle, K. (2011). *Sykefraværet i Norge de siste tiårene. Det handler om kvinnene*. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/178090>

Vandeskog, B. (2007). Kjønn og relasjonslogikk. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 18(2), 148–161. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2898-2007-02-06>

Wadel, C. (2008). Innlemmelser i sosiale fellesskap. *Sosiologisk tidsskrift*, 16(3), 237–253. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2008-03-02>

Aamland, A. (2015). Uforklarte lidelser, sykefravær og allmennlegene. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 135(12-13), 1173–1173. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0501>

Fjeld, A. (2022, 1. februar) Marxisme. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/.versionview/1554584>

Statistisk sentralbyrå. (2021b, 3. mars). Sykefravær. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer>

Fjeldstad, Ø. (2020, 17. mars). Svenske tilstander – karens og korona. *Velferd*. Hentet fra <https://velferd.no/synspunkt/2020/svenske-tilstander-karens-og-korona>

Steen Jensen, R. & Hagen, I. M. (2022, 28. mars). Slitne flinke piker. *Dagsavisen*. Hentet fra <https://www.dagsavisen.no/debatt/2022/03/28/slitne-flinke-piker/>

Rangul, I. V. (2022, 30. mars). Høyt sykefravær blant kvinner i offentlig sektor: – Vi må våge å snakke om belastninger, utfordringer og organiseringen av arbeidsdagen. *Fagbladet*. Hentet fra <https://fagbladet.no/nyheter/hoyt-sykefravar-blant-kvinner-i-offentlig-sektor--vi-ma-vage-a-snakke-om-belastninger-utfordringer-og-organiseringen-av-arbeidsdagen-6.91.864501.bbde433e5>

Statistisk sentralbyrå. (2022, 1. april). Indikatorer for kjønnslikestilling i kommunene. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/likestilling/statistikk/indikatorer-for-kjonnslikestilling-i-kommunene>

Svendsen, P. (2022, 21. april). Sykefravær blant lærere er et pengesluk i Fredrikstad. *Utdanningsnytt*. Hentet fra <https://www.utdanningsnytt.no/fredrikstad-sykefravaer-vikar/sykefravaer-blant-laerere-er-et-pengesluk-i-fredrikstad/320156>

Teigen, E. (2019, 13. mai). Ny forskning om sykefravær: Kvinner godtar skulk mer enn menn. *Nettavisen*. <https://www.nettavisen.no/okonomi/ny-forskning-om-sykefravar-kvinner-godtar-skulk-mer-enn-menn/s/12-95-3423681192>

Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). *Muskel- og skjeletthelse*. Folkehelse rapporten. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/?term=&h=1>

NAV. (2022, 20. mai). *Grunnbeløpet i folketrygden*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kontakt-nav/utbetalinger/grunnbelopet-i-folketrygden>

Kvitting, I. (2018, 6. juni). Hvorfor har kvinner mye høyere sykefravær enn menn? *Forskning*. Hentet fra <https://forskning.no/arbeid-helse-kjonn-og-samfunn/hvorfor-har-kvinner-mye-hoyere-sykefravaer-enn-menn/263187>

NTB. (2018, 6. juni). Nordmenn har høyest sykefravær i Skandinavia. *FriFagbevegelse*. Hentet fra <https://frifagbevegelse.no/forside/nordmenn-har-hoyest-sykefravar-i-skandinavia-6.158.549298.30c0863fea>

Bruer-Skarsbø, Ø. (2018, 28. juni). Høyest sykefravær i kvinnedominerte yrker. *Statistisk Sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/hoyest-sykefravaer-i-kvinnedominerte-yrker>

Uthus, M. (2021, 6. august). Hvorfor vil ikke flere bli lærere etter «lærerløftet»? *Midtnorskdebatt*. Hentet fra <https://www.midtnorskdebatt.no/meninger/ordetfritt/2021/08/03/Hvorfor-vil-ikke-flere-bli-1%C3%A6rer-etter-%C2%AB1%C3%A6rerl%C3%B8ftet%C2%BB-24360893.ece>

Statistisk sentralbyrå. (2020, 20. august). Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø 2019. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra [https://www.nsd.no/data/individ/publikasjoner/NSD2872/NOT2020-26_web\(2\).pdf](https://www.nsd.no/data/individ/publikasjoner/NSD2872/NOT2020-26_web(2).pdf)

Grolid, S. Å. (2014, 25. august). Ikke stjøl lærernes timer. *Dagsavisen*. Hentet fra <https://www.dagsavisen.no/kultur/2014/08/25/ikke-stjel-laerernes-timer/>

Aftenposten. (2006, 3. september). Lærerne sykere enn noensinne. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/Xq73n/laererne-sykere-enn-noensinne>

Statistisk sentralbyrå. (2021a, 9. september). Sykefraværet øker igjen. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer/artikler/sykefravaeret-oket-igjen>

Jacobsen, K. (2021, 30. november). Sykepleiere på akuten på SUS: – Situasjonen er kritisk. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/0GgXKA/sykepleiere-paa-akuten-paa-sus-situasjonen-er-kritisk>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 16. desember). Verdens helseorganisasjon. *Regjeringen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>

Fantoft, S. (2018, 19. desember) Hva er det med Norge og sykefravær? *Lederne*. Hentet fra <https://lederne.no/2018/12/04/hva-er-det-med-norge-og-sykefravaer/>

Stensland, M. (2019, 20. desember). – Det er rart at sykefravær skal ha noe med kjønn å gjøre. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/RR2GKr/det-er-rart-at-sykefravaer-skal-ha-noe-med-kjoenn-aa-gjoere>

Tabell 1. Sykefraværsprosent legemeldt sykefravær, første kvartal 2019. Tabell 13333.

Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/13333/tableViewLayout1/>

Tabell 2. Legemeldt sykefravær etter diagnose, målt i prosent, tredje kvartal 2017-2021.

Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/relatert-informasjon/arkiv-sykefravaersstatistikk-per-3.kvartal-2012-2021>

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Vedlegg 1

Vedlagt ligger utklipp fra analyser utført i SPSS.

Kjønn krysstabell med sykefravær (utdanningssektoren)

| | Menn | Kvinner | Total |
|------------------|--------|---------|--------|
| Ingen sykefravær | 233 | 586 | 819 |
| | 86,9% | 78,8% | 80,9% |
| Hatt sykefravær | 35 | 158 | 193 |
| | 13,1% | 21,2% | 19,1% |
| Total | 268 | 744 | 1012 |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

| Chi-square test | B | S.E. | Wald | df | Sig. |
|------------------------------------|--------------------|------|------|------|------|
| Pearson Chi-Square | 8,535 ^c | 1 | ,003 | | |
| Continuity Correction ^b | 8,014 | 1 | ,005 | | |
| Likelihood Ratio | 9,083 | 1 | ,003 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,004 | ,002 |
| Linear-by-Linear Association | 8,527 | 1 | ,003 | | |
| N of Valid Cases | 1012 | | | | |

Kjønn krysstabell med sykefravær (helsesektoren)

| | Menn | Kvinner | Total |
|------------------|-------|---------|--------|
| Ingen sykefravær | 90 | 428 | 518 |
| | 17,4% | 82,6% | 100,0% |
| Hatt sykefravær | 19 | 151 | 170 |
| | 11,2% | 88,8% | 100,0% |
| Total | 109 | 579 | 688 |
| | 15,8% | 84,2% | 100,0% |

| Chi-square test | B | S.E. | Wald | df | Sig. |
|------------------------------------|-------|------|------|------|------|
| Pearson Chi-Square | 3,688 | 1 | ,055 | | |
| Continuity Correction ^b | 3,238 | 1 | ,072 | | |
| Likelihood Ratio | 3,928 | 1 | ,047 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,069 | ,033 |
| Linear-by-Linear Association | 3,682 | 1 | ,055 | | |
| N of Valid Cases | 688 | | | | |

Vedlegg 2

Alder krysstabell med sykefravær (helsesektoren)

| | | ,00 18 til 24 år | 1,00 25 til 44 år | 2,00 45 til 66 år | |
|---------------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|--------|
| Helsesektoren | Hatt | 87 | 209 | 222 | 518 |
| | sykefravær | 92,6% | 73,6% | 71,6% | 75,3% |
| | Ikke hatt | 7 | 75 | 88 | 170 |
| | sykefravær | 7,4% | 26,4% | 28,4% | 24,7% |
| | Total | 94 | 284 | 310 | 688 |
| | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Chi-square test

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|--------|----|--------------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 17,751 | 2 | ,000 |
| Likelihood Ratio | 21,746 | 2 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 12,187 | 1 | ,000 |
| N of Valid Cases | 688 | | |

Alder krysstabell med sykefravær (utdanningssektoren)

| | | ,00 18 til 24 år | 1,00 25 til 44 år | 2,00 45 til 66 år | |
|--------------------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|--------|
| Utdanningssektoren | Hatt | 68 | 370 | 381 | 819 |
| | sykefravær | 91,9% | 81,3% | 78,9% | 80,9% |
| | Ikke hatt | 6 | 85 | 102 | 193 |
| | sykefravær | 8,1% | 18,7% | 21,1% | 19,1% |
| | Total | 74 | 455 | 483 | 1012 |
| | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Chi-square test

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|-------|----|--------------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 7,118 | 2 | ,028 |
| Likelihood Ratio | 8,336 | 2 | ,015 |
| Linear-by-Linear Association | 5,353 | 1 | ,021 |
| N of Valid Cases | 1012 | | |

Vedlegg 3

Utdanningsnivå krysstabell med sykefravær (helsesektoren)

| | | ,00 Ingen utdanning | 1,00 Førskole- eller grunnskoleutdanning | 2,00 Videregående utdanning | 3,00 Høyere utdanning | |
|---------------|------------|---------------------|--|-----------------------------|-----------------------|--------|
| Helsesektoren | Hatt | 0 | 80 | 189 | 247 | 516 |
| | sykefravær | 0,0% | 82,5% | 75,3% | 73,1% | 75,2% |
| | Ikke hatt | 0 | 17 | 62 | 91 | 170 |
| | sykefravær | 0,0% | 17,5% | 24,7% | 26,9% | 24,8% |
| | Total | 0 | 97 | 251 | 338 | 686 |
| | | 0,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Chi-square test

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,572 ^b | 2 | ,168 |
| Likelihood Ratio | 3,773 | 2 | ,152 |
| Linear-by-Linear Association | 3,117 | 1 | ,077 |
| N of Valid Cases | 686 | | |

Utdanningsnivå krysstabell med sykefravær (utdanningssektoren)

| | | ,00 Ingen utdanning | 1,00 Førskole- eller grunnskoleutdanning | 2,00 Videregående utdanning | 3,00 Høyere utdanning | |
|--------------------|------------|---------------------|--|-----------------------------|-----------------------|--------|
| Utdanningssektoren | Hatt | 0 | 68 | 144 | 593 | 805 |
| | sykefravær | 0,0% | 82,9% | 76,6% | 81,7% | 80,8% |
| | Ikke hatt | 0 | 14 | 44 | 133 | 191 |
| | sykefravær | 0,0% | 17,1% | 23,4% | 18,3% | 19,2% |
| | Total | 0 | 82 | 188 | 726 | 996 |
| | | 0,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Chi-square test

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|-------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,746 | 2 | ,253 |
| Likelihood Ratio | 2,648 | 2 | ,266 |
| Linear-by-Linear Association | ,333 | 1 | ,564 |
| N of Valid Cases | 996 | | |

Vedlegg 4

Uønsket seksuell oppmerksomhet krysstabell med sykefravær (utdanningssektoren)

| | Opplever du uønsket seksuell oppmerksomhet på arbeidsplassen? | ,00 Ingen sykefravær | 1,00 Hatt sykefravær | | |
|--|---|----------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Utdanningssektor (kun ansatte i utdanningssektoren) | Nei | 798 | 188 | 986 | |
| | | 80,9% | 19,1% | 100,0% | |
| | Ja, en eller flere ganger i mnd | 19 | 5 | 24 | |
| | | 79,2% | 20,8% | 100,0% | |
| | Total | 817 | 193 | 1010 | |
| | | 80,9% | 19,1% | 100,0% | |
| Chi-square test (utdanningssektoren) | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square | ,047 | 1 | ,828 | | |
| Continuity Correction | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Likelihood Ratio | ,046 | 1 | ,830 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,794 | ,497 |
| Linear-by-Linear Association | ,047 | 1 | ,828 | | |
| N of Valid Cases | 1010 | | | | |

Uønsket seksuell oppmerksomhet krysstabell med sykefravær (helsesektoren)

| | Opplever du uønsket seksuell oppmerksomhet på arbeidsplassen? | ,00 Ingen sykefravær | 1,00 Hatt sykefravær | | |
|--|---|----------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Helsesektoren (kun ansatte i de fem utvalgte helseyrkene) | Nei | 424 | 127 | 551 | |
| | | 77,0% | 23,0% | 100,0% | |
| | Ja, en eller flere ganger i mnd. | 88 | 43 | 131 | |
| | | 67,2% | 32,8% | 100,0% | |
| | Total | 512 | 170 | 682 | |
| | | 75,1% | 24,9% | 100,0% | |
| Chi-square test (helsesektoren) | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square | 5,405c | 1 | ,020 | | |
| Continuity Correction | 4,895 | 1 | ,027 | | |
| Likelihood Ratio | 5,163 | 1 | ,023 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,024 | ,015 |
| Linear-by-Linear Association | 5,397 | 1 | ,020 | | |
| N of Valid Cases | 682 | | | | |

Vedlegg 5

Indeksvariabler

Arbeidsbelastning sitte på huk krysstabell (helsesektoren)

| | Sitte på huk | | |
|---------------|--------------|---------|--------|
| | ,00 Nei | 1,00 Ja | |
| Andre yrker | 5436 | 2481 | 7917 |
| | 68,7% | 31,3% | 100,0% |
| Helsesektoren | 231 | 454 | 685 |
| | 33,7% | 66,3% | 100,0% |
| Totalt | 5667 | 2935 | 8602 |
| | 65,9% | 34,1% | 100,0% |

| Chi-square test | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|----------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 342,396a | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 340,843 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 321,142 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 342,356 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 8602 | | | | |

Arbeidsbelastning sitte på huk krysstabell (utdanningssektoren)

| | Sitte på huk | | |
|--------------------|--------------|---------|--------|
| | ,00 Nei | 1,00 Ja | |
| Andre yrker | 5119 | 2473 | 7592 |
| | 67,4% | 32,6% | 100,0% |
| Utdanningssektoren | 548 | 462 | 1010 |
| | 54,3% | 45,7% | 100,0% |
| Totalt | 5667 | 2935 | 8602 |
| | 65,9% | 34,1% | 100,0% |

| Chi-square test | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 68,772 | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 68,187 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 66,274 | 1 | ,000 | | |

| | | | | | |
|------------------------------|--------|---|------|------|------|
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 68,764 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 8602 | | | | |

Arbeidsbelastning løfte i ubekvemme stillinger krysstabell (helsesektoren)

| | Løfte i ubekvemme stillinger | | |
|---------------|------------------------------|---------|--------|
| | ,00 Nei | 1,00 Ja | |
| Andre yrker | 5799 | 2114 | 7913 |
| | 73,3% | 26,7% | 100,0% |
| Helsesektoren | 251 | 434 | 685 |
| | 36,6% | 63,4% | 100,0% |
| Totalt | 6050 | 2548 | 8598 |
| | 70,4% | 29,6% | 100,0% |

| Chi-square test | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 405,916 | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 404,160 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 364,990 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 405,869 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 8598 | | | | |

Arbeidsbelastning løfte i ubekvemme stillinger krysstabell (utdanningssektoren)

| | Løfte i ubekvemme stillinger | | |
|--------------------|------------------------------|---------|--------|
| | ,00 Nei | 1,00 Ja | |
| Andre yrker | 5301 | 2288 | 7589 |
| | 69,9% | 30,1% | 100,0% |
| Utdanningssektoren | 749 | 260 | 1009 |
| | 74,2% | 25,8% | 100,0% |
| Totalt | 6050 | 2548 | 8598 |
| | 70,4% | 29,6% | 100,0% |

| Chi-square test | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 8,196 | 1 | ,004 | | |
| Continuity Correction ^b | 7,988 | 1 | ,005 | | |

| | | | | | |
|------------------------------|-------|---|------|------|------|
| Likelihood Ratio | 8,392 | 1 | ,004 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,004 | ,002 |
| Linear-by-Linear Association | 8,196 | 1 | ,004 | | |
| N of Valid Cases | 8598 | | | | |

Arbeidsbelastning arbeide stående krysstabell (helsesektoren)

| | Arbeide stående | | |
|---------------|-----------------|---------|--------|
| | ,00 Nei | 1,00 Ja | |
| Andre yrker | 2494 | 5420 | 7914 |
| | 31,5% | 68,5% | 100,0% |
| Helsesektoren | 57 | 627 | 684 |
| | 8,3% | 91,7% | 100,0% |
| Totalt | 2551 | 6047 | 8598 |
| | 29,7% | 70,3% | 100,0% |

| Chi-square test | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 162,122 | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 161,013 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 200,239 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 162,103 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 8598 | | | | |

Arbeidsbelastning arbeide stående krysstabell (utdanningssektoren)

| | Arbeide stående | | |
|--------------------|-----------------|---------|--------|
| | ,00 Nei | 1,00 Ja | |
| Andre yrker | 2420 | 5170 | 7590 |
| | 31,9% | 68,1% | 100,0% |
| Utdanningssektoren | 131 | 877 | 1008 |
| | 13,0% | 87,0% | 100,0% |
| Totalt | 2551 | 6047 | 8598 |
| | 29,7% | 70,3% | 100,0% |

| Chi-square test | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|--------------------|---------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 152,133 | 1 | ,000 | | |

| | | | | | |
|------------------------------|---------|---|------|------|------|
| Continuity Correctionb | 151,229 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 174,480 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 152,115 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 8598 | | | | |

Dummy Arbeidsbelastning arbeide med hendene løftet krysstabell (helsesektoren)

| | Arbeide med hendene løftet | | |
|---------------|----------------------------|---------|--------|
| | ,00 Nei | 1,00 Ja | |
| Andre yrker | 5898 | 2013 | 7911 |
| | 74,6% | 25,4% | 100,0% |
| Helsesektoren | 464 | 220 | 684 |
| | 67,8% | 32,2% | 100,0% |
| Totalt | 6362 | 2233 | 8595 |
| | 74,0% | 26,0% | 100,0% |

| Chi-square test | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|--------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 14,776 | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correctionb | 14,429 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 14,169 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 14,774 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 8595 | | | | |

Arbeidsbelastning arbeide med hendene løftet krysstabell (utdanningssektoren)

| | Arbeide med hendene løftet | | |
|--------------------|----------------------------|---------|--------|
| | ,00 Nei | 1,00 Ja | |
| Andre yrker | 5560 | 2027 | 7587 |
| | 73,3% | 26,7% | 100,0% |
| Utdanningssektoren | 802 | 206 | 1008 |
| | 79,6% | 20,4% | 100,0% |
| Totalt | 6362 | 2233 | 8595 |
| | 74,0% | 26,0% | 100,0% |

| Chi-square test | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 18,249 | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 17,924 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 19,088 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 18,247 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 8595 | | | | |

Arbeidsbelastning arbeide framoverbøyd uten støtte krysstabell (helsesektoren)

| | Arbeide framoverbøyd uten støtte | | |
|---------------|----------------------------------|---------|--------|
| | ,00 Nei | 1,00 Ja | |
| Andre yrker | 6278 | 1629 | 7907 |
| | 79,4% | 20,6% | 100,0% |
| Helsesektoren | 350 | 332 | 682 |
| | 51,3% | 48,7% | 100,0% |
| Totalt | 6628 | 1961 | 8589 |
| | 77,2% | 22,8% | 100,0% |

| Chi-square test | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 85,918 | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 85,180 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 87,800 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 85,908 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 8587 | | | | |

Arbeidsbelastning arbeide framoverbøyd uten støtte krysstabell (utdanningssektoren)

| | Arbeide framoverbøyd uten støtte | | |
|--------------------|----------------------------------|---------|--------|
| | ,00 Nei | 1,00 Ja | |
| Andre yrker | 5849 | 1731 | 7580 |
| | 77,2% | 22,8% | 100,0% |
| Utdanningssektoren | 779 | 230 | 1009 |
| | 77,2% | 22,8% | 100,0% |

| | | | |
|--------|-------|-------|--------|
| Totalt | 6628 | 1961 | 8589 |
| | 77,2% | 22,8% | 100,0% |

| Chi-square test | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,001 | 1 | ,976 | | |
| Continuity Correction ^b | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Likelihood Ratio | ,001 | 1 | ,976 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1,000 | ,506 |
| Linear-by-Linear Association | ,001 | 1 | ,976 | | |
| N of Valid Cases | 8589 | | | | |

Arbeidsbelastning arbeide framoverbøyd med gjentatte håndbevegelser krysstabell (helsesektoren)

| | Arbeide med gjentatte håndbevegelser | | |
|---------------|--------------------------------------|---------|--------|
| | ,00 Nei | 1,00 Ja | |
| Andre yrker | 3893 | 4012 | 7905 |
| | 49,2% | 50,8% | 100,0% |
| Helsesektoren | 462 | 220 | 682 |
| | 67,7% | 32,3% | 100,0% |
| Totalt | 4355 | 4232 | 8587 |
| | 50,7% | 49,3% | 100,0% |

| Chi-square test | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 85,918 | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 85,180 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 87,800 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 85,908 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 8587 | | | | |

Arbeidsbelastning arbeide framoverbøyd med gjentatte håndbevegelser (utd.sektoren)

| | Arbeide med gjentatte håndbevegelser | | |
|--------------------|--------------------------------------|---------|--------|
| | ,00 Nei | 1,00 Ja | |
| Andre yrker | 3603 | 3974 | 7577 |
| | 47,6% | 52,4% | 100,0% |
| Utdanningssektoren | 752 | 258 | 1010 |
| | 74,5% | 25,5% | 100,0% |
| Totalt | 4355 | 4232 | 8587 |
| | 50,7% | 49,3% | 100,0% |

| Chi-square test | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 258,077 | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 257,001 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 268,726 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 258,046 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 8587 | | | | |

Vedlegg 6

Alle yrker

Antall barn kryssset med sykefravær, delt på kjønn (N=11180)

| | | 0 barn under 5 | 1 barn under 5 | 2 barn under 5 | total |
|---------|------------|----------------|----------------|----------------|--------|
| Menn | 0 Ingen | 4491 | 545 | 217 | 5253 |
| | sykefravær | 90,2% | 90,5% | 93,1% | 90,4% |
| | 1 Hatt | 487 | 57 | 16 | 560 |
| | sykefravær | 9,8% | 9,5% | 6,9% | 9,6% |
| | Total | 4978 | 602 | 233 | 5813 |
| | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Kvinner | 0 Ingen | 3985 | 464 | 174 | 4623 |
| | sykefravær | 86,7% | 82,7% | 82,1% | 86,1% |
| | 1 Hatt | 609 | 97 | 38 | 744 |
| | sykefravær | 13,3% | 17,3% | 17,9% | 13,9% |
| | Total | 4594 | 561 | 212 | 5367 |
| | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Utdanningssektoren

Antall barn under 5 år krysstabell sykefravær (kjønn)

| | | Antall barn mellom 0 og 5 år | | | |
|---------|------------|------------------------------|--------|--------|--------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Menn | 0 Ingen | 186 | 33 | 13 | 232 |
| | sykefravær | 86,5% | 89,2% | 92,9% | 87,2% |
| | 1 Hatt | 29 | 4 | 1 | 34 |
| | sykefravær | 13,5% | 10,8% | 7,1% | 12,8% |
| | Total | 215 | 37 | 14 | 266 |
| | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Kvinner | 0 Ingen | 488 | 73 | 25 | 586 |
| | sykefravær | 79,6% | 76,0% | 71,4% | 78,8% |
| | 1 Hatt | 125 | 23 | 10 | 158 |
| | sykefravær | 20,4% | 24,0% | 28,6% | 21,2% |
| | Total | 613 | 96 | 35 | 744 |
| | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

| Chi-square test (utdanningssektoren) | | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|--------------------------------------|--------------------|-------|----|-----------------------------------|
| Menn | Pearson Chi-Square | ,625 | 2 | ,732 |

| | | | | |
|---------|------------------------------|-------|---|------|
| | Likelihood Ratio | ,695 | 2 | ,706 |
| | Linear-by-Linear Association | ,617 | 1 | ,432 |
| | N of Valid Cases | 266 | | |
| Kvinner | Pearson Chi-Square | 1,813 | 2 | ,404 |
| | Likelihood Ratio | 1,723 | 2 | ,422 |
| | Linear-by-Linear Association | 1,801 | 1 | ,180 |
| | N of Valid Cases | 744 | | |

Helsesektoren

Antall barn under 5 år krysstabell sykefravær (kjønn)

| | | Antall barn mellom 0 og 5 år | | | |
|-------|--------------------|------------------------------|--------------|---------------|---------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Menn | 0 Ingen sykefravær | 74 84,1% | 14 73,7% | 2 100,0% | 90 82,6% |
| | 1 Hatt sykefravær | 14 15,9% | 5 26,3% | 0 0,0% | 19 17,4% |
| | Total | 88 100,0% | 19 100,0% | 2 100,0% | 109 100,0% |
| | 0 Ingen sykefravær | 376 75,7% | 43 67,2% | 9 50,0% | 428 73,9% |
| | 1 Hatt sykefravær | 121 24,3% | 21 32,8% | 9 50,0% | 151 26,1% |
| Total | 497 100,0% | 64 100,0% | 18 100,0% | 579 100,0% | |

| Chi-square test (helsesektoren) | | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---------------------------------|------------------------------|-------|----|-----------------------------------|
| Menn | Pearson Chi-Square | 1,606 | 2 | ,448 |
| | Likelihood Ratio | 1,843 | 2 | ,398 |
| | Linear-by-Linear Association | ,305 | 1 | ,581 |
| | N of Valid Cases | 109 | | |
| Kvinner | Pearson Chi-Square | 7,622 | 2 | ,022 |
| | Likelihood Ratio | 6,897 | 2 | ,032 |
| | Linear-by-Linear Association | 7,281 | 1 | ,007 |
| | N of Valid Cases | 579 | | |

Vedlegg 7

Indeksvariabler

Reliabilitetstest

Her er reliabilitetstesten som viser at Cronbach's alpha er over 0,7 for indeksvariabelen som går på arbeidsbelastninger.

→ Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|-----------------------|-------|-------|
| Cases | Valid | 8567 | 76,4 |
| | Excluded ^a | 2645 | 23,6 |
| | Total | 11212 | 100,0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,721 | 6 |

Denne gjelder for disse variablene (etter de ble omkodet til dikotome variabler):

| | |
|-------|--|
| Sp35a | Må du sitte på huk eller stå på knærne når du arbeider? |
| Sp36a | Må du løfte i ubekvemme stillinger? |
| Sp37a | Arbeider du stående? |
| Sp38a | Arbeider du med hendene løftet i høyde med skuldrene eller høyere? |
| Sp39a | Arbeider du i framoverbøyde stillinger uten å støtte deg med hendene eller armene? |
| Sp41a | Arbeider du med gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser? |

Vedlegg 8

Vedlagt ligger utklipp fra SPSS av de logistiske regresjonsanalysene.

Logistisk regresjon, avhengig variabel: sykefravær (dummy)

Helsesektoren:

Model Summary

| dm_yrke_ utdanningssektoren | dm_kjonn dummy kjonn | Step | -2 Log likelihood | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|-----------------------------|----------------------|------|-----------------------|----------------------|---------------------|
| ,00 Andre yrker | ,00 Mann | 1 | 2458,868 ^a | ,053 | ,103 |
| | 1,00 Kvinne | 1 | 2460,474 ^b | ,091 | ,148 |
| 1,00 Utdanningssektoren | ,00 Mann | 1 | 171,485 ^c | ,086 | ,157 |
| | 1,00 Kvinne | 1 | 647,825 ^d | ,091 | ,141 |

Hosmer and Lemeshow Test

| dm_yrke_ utdanningssektoren | dm_kjonn dummy kjonn | Step | Chi-square | df | Sig. |
|-----------------------------|----------------------|------|------------|----|------|
| ,00 Andre yrker | ,00 Mann | 1 | 6,854 | 8 | ,552 |
| | 1,00 Kvinne | 1 | 4,048 | 8 | ,853 |
| 1,00 Utdanningssektoren | ,00 Mann | 1 | 8,237 | 8 | ,411 |
| | 1,00 Kvinne | 1 | 10,049 | 8 | ,262 |

| | | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) |
|-----------------|--|--------|-------|--------|----|------|--------|
| Menn (helse) | Alder 3 kategorier | ,663 | ,537 | 1,522 | 1 | ,217 | 1,940 |
| | Årslønn 7 kategorier | -,081 | ,310 | ,069 | 1 | ,793 | ,922 |
| | Utdanningsniva 4 kategorier | -,307 | ,431 | ,509 | 1 | ,476 | ,735 |
| | Indeks arbeidsbelastning | ,176 | ,189 | ,864 | 1 | ,353 | 1,192 |
| | Dummy Uønsket seksuell oppmerksomhet på arb.plassen? | ,764 | ,936 | ,666 | 1 | ,415 | 2,146 |
| | Dummy Dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte? | -,144 | ,638 | ,051 | 1 | ,821 | ,866 |
| | Fysisk utmattet når kommer hjem fra arbeid | -,371 | ,406 | ,833 | 1 | ,361 | ,690 |
| | Psykisk utmattet når kommer hjem fra arbeid | ,603 | ,402 | 2,252 | 1 | ,133 | 1,828 |
| | Dagsarbeid eller turnusarbeid | -,383 | ,794 | ,232 | 1 | ,630 | ,682 |
| | Antall barn alderen 0 til 5 | ,219 | ,620 | ,125 | 1 | ,724 | 1,245 |
| | Constant | -2,620 | 1,482 | 3,123 | 1 | ,077 | ,073 |
| | Alder 3 kategorier | ,782 | ,188 | 17,295 | 1 | ,000 | 2,187 |

| | | | | | | | |
|---------|--|-------|------|-------|---|------|-------|
| Kvinner | Årslønn 7 kategorier | -,299 | ,128 | 5,425 | 1 | ,020 | ,742 |
| (helse) | Utdanningsniva 4 kategorier | ,232 | ,169 | 1,898 | 1 | ,168 | 1,262 |
| | Indeks arbeidsbelastning | ,027 | ,071 | ,140 | 1 | ,708 | 1,027 |
| | Dummy Uønsket seksuell oppmerksomhet på arb.plassen? | ,251 | ,256 | ,957 | 1 | ,328 | 1,285 |
| | Dummy Dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte? | ,564 | ,211 | 7,146 | 1 | ,008 | 1,757 |
| | Fysisk utmattet når kommer hjem fra arbeid | ,145 | ,117 | 1,550 | 1 | ,213 | 1,156 |
| | Constant | ,286 | ,125 | 5,253 | 1 | ,022 | 1,331 |

Utdanningssektoren:

Model Summary

| dm_yrke_utdanningssektoren | dm_kjonn dummy kjonn | Step | -2 Log likelihood | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|----------------------------|----------------------|------|-----------------------|----------------------|---------------------|
| ,00 Andre yrker | ,00 Mann | 1 | 2458,868 ^a | ,053 | ,103 |
| | 1,00 Kvinne | 1 | 2460,474 ^b | ,091 | ,148 |
| 1,00 Utdanningssektoren | ,00 Mann | 1 | 171,485 ^c | ,086 | ,157 |
| | 1,00 Kvinne | 1 | 647,825 ^d | ,091 | ,141 |

Hosmer and Lemeshow Test

| dm_yrke_utdanningssektoren | dm_kjonn dummy kjonn | Step | Chi-square | df | Sig. |
|----------------------------|----------------------|------|------------|----|------|
| ,00 Andre yrker | ,00 Mann | 1 | 6,854 | 8 | ,552 |
| | 1,00 Kvinne | 1 | 4,048 | 8 | ,853 |
| 1,00 Utdanningssektoren | ,00 Mann | 1 | 8,237 | 8 | ,411 |
| | 1,00 Kvinne | 1 | 10,049 | 8 | ,262 |

| | | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) |
|--------|-----------------------------|-------|------|-------|----|------|--------|
| Menn | Alder 3 kategorier | 1,198 | ,440 | 7,395 | 1 | ,007 | 3,313 |
| (utd.) | Årslønn 7 kategorier | -,347 | ,212 | 2,670 | 1 | ,102 | ,707 |
| | Utdanningsniva 4 kategorier | -,009 | ,388 | ,001 | 1 | ,981 | ,991 |
| | Indeks arbeidsbelastning | ,145 | ,144 | 1,010 | 1 | ,315 | 1,156 |

| | | | | | | | |
|-------------------|--|--------|-------|--------|---|------|-------|
| | Dummy Uønsket seksuell oppmerksomhet på arb.plassen? | ,578 | 1,188 | ,237 | 1 | ,626 | 1,783 |
| | Dummy Dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte? | -,043 | ,454 | ,009 | 1 | ,925 | ,958 |
| | Fysisk utmattet når kommer hjem fra arbeid | ,635 | ,259 | 6,007 | 1 | ,014 | 1,888 |
| | Psykisk utmattet når kommer hjem fra arbeid | -,091 | ,285 | ,103 | 1 | ,748 | ,913 |
| | Dagsarbeid eller turnusarbeid | ,767 | ,755 | 1,032 | 1 | ,310 | 2,154 |
| | Antall barn alderen 0 til 5 | -,018 | ,420 | ,002 | 1 | ,967 | ,983 |
| | Constant | -4,508 | 1,353 | 11,109 | 1 | ,001 | ,011 |
| Kvinner (utd.) | Alder 3 kategorier | ,635 | ,191 | 11,046 | 1 | ,001 | 1,888 |
| | Årslønn 7 kategorier | -,653 | ,117 | 31,035 | 1 | ,000 | ,520 |
| | Utdanningsniva 4 kategorier | ,219 | ,174 | 1,589 | 1 | ,207 | 1,245 |
| | Indeks arbeidsbelastning | ,032 | ,069 | ,220 | 1 | ,639 | 1,033 |
| | Dummy Uønsket seksuell oppmerksomhet på arb.plassen? | -,274 | ,695 | ,156 | 1 | ,693 | ,760 |
| | Dummy Dårlig forhold mellom ledelsen og ansatte? | ,198 | ,202 | ,955 | 1 | ,328 | 1,219 |
| | Fysisk utmattet når kommer hjem fra arbeid | ,380 | ,109 | 12,177 | 1 | ,000 | 1,462 |
| | Constant | -2,462 | ,655 | 14,126 | 1 | ,000 | ,085 |