



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for psykologi – Det helsevitenskapelige universitet

Holdninger til sykefravær:

En studie av betydningen av kjønn og omsorgsrolle

—

Adele Eilertsen

Julie Lunke

Hovedoppgave i psykologi PSY-2901 – August 2015



Holdninger til sykefravær:
En studie av betydningen av kjønn og omsorgsrolle

Adele Eilertsen & Julie Lunke
Hovedveileder: Arnstein Mykletun
Biveiledere: Svein Bergvik og Wendy Nilsen

PSY-2901
Hovedoppgave til graden Cand. Psychol.
Institutt for Psykologi, Det Helsevitenskapelige Fakultet
UiT – Norges arktiske universitetet
Våren 2015

Forord

Vår interesse for å studere årsaker til sykefravær ble vekket etter å ha lest en artikkel i Aftenposten våren 2014, der professor Arnstein Mykletun beskrev utviklingen av kjønnsforskjeller i sykefravær de siste tiårene. I artikkelen etterspurte Mykletun mer forskning på mekanismer som kan ligge bak denne forskjellen, herunder holdninger til sykefravær. I etterkant av publikasjonen tok vi kontakt med Mykletun for å forespeile dette temaet som et mulig hovedoppgaveprosjekt. Dette ble møtt med stort engasjement.

Vi var så heldige at Mykletun ønsket å bidra som hovedveileder og Svein Bergvik som biveileder. De har begge vært involvert fra første stund. Tidlig i prosessen kom vi også i kontakt med Wendy Nilsen, som jobber med et større forskningsprosjekt vedrørende sykefravær i regi av Folkehelseinstituttet. Det ble av den grunn naturlig å knytte denne oppgaven til hennes prosjekt.

Årsaker til sykefravær er et interessant og komplekst tema som studeres på tvers av en rekke fagfelt. Det har derfor vært en utfordring å avgrense oppgaven. I samarbeid med våre veiledere kom vi til slutt frem til problemstillingen som danner bakgrunn for denne studien: Kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær. Studien er utformet som et web-basert surveyeksperiment og er utviklet i nært samarbeid med våre veiledere.

Vi har gjennom hele prosessen hatt et selvstendig ansvar for de ulike arbeidsoppgavene. I all hovedsak har vi gjort litteratursøk selv, med relevante innspill fra samtlige veiledere. Når det gjelder utforming av selve undersøkelsen var dette en langvarig prosess med grundig vurdering og evaluering av ulike deler av spørreskjemaet underveis. Mangfoldige utkast av vignetter og påfølgende spørsmål er blitt utformet, endret og forkastet på veien. Dette arbeidet er gjort av oss, med justeringer etter tilbakemelding fra veiledere. Likeledes har vi selv gjort det tekniske arbeidet med spørreskjemaet, der vi har benyttet oss av Qualtrics, en web-basert bedrift som tilbyr skreddersydd hjelp for innsamling av data og utforming av spørreundersøkelser.

Før selve datainnsamlingen utviklet vi en rekke informasjonsskriv som enten var en del av selve spørreskjemaet eller en del av rekrutteringsprosessen. Rekrutteringen var vi også selv ansvarlige for. Vi har sendt forespørsel om deltagelse til samtlige av våre kontakter på Facebook, kontaktet ulike bedrifter med forespørsel om rekruttering i deres virksomhet og rekruttert i offentlig rom gjennom lokale treningssentre. Etter datainnsamlingen sto vi igjen med et stort datamateriale. Basert på formålet med studien utformet vi avgrensede hypoteser i

samarbeid med veiledere, og foretok deretter videre analyser på bakgrunn av disse hypotesene. Hovedveileder Arnstein Mykletun ga et betydelig bidrag i opplæring og gjennomføring av de første statistiske analysene av datamaterialet. Videre analyser er gjennomført og beskrevet av oss selv.

Vi vil rette en stor takk til våre tre fantastiske veiledere som gjennom hele prosessen har bidratt med gode ideer og konstruktive tilbakemeldinger. De har vist stor interesse og et smittende engasjement, som har gitt oss en bratt læringskurve og mye inspirasjon og motivasjon.

En stor takk går også til de bedriftene som bidro med å distribuere studien til sine ansatte, i tillegg til familie og venner som delte undersøkelsen på sosiale medier. Vi vil rette en stor takk til samtlige respondenter!

Til slutt ønsker vi å takke vår nærmeste familie for korrekturlesning, støtte og oppmuntring fra start til slutt.

Adele Eilertsen & Julie Lunke

Holdninger til sykefravær – en studie av betydningen av kjønn og omsorgsrolle

Hovedoppgave til graden Cand. Psychol, PSY - 2901

Våren 2015

Sammendrag

Kjønnsforskjellen i det norske sykefraværet økte markant på slutten av 1970-tallet, parallelt med at kvinner for alvor ble en del av arbeidsstyrken. Fra slutten av 80-tallet synes kjønnsforskjellen å ha stabilisert seg på dagens høye nivå, der kvinners sykefravær er betydelig høyere enn menns og i tillegg svakt stigende. Verken forskjeller i yrke, helse og omsorgsroller gir gode eller dekkende forklaringer på kjønnsforskjellen i sykefravær. Bakgrunnen for denne studien var å utforske kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær som én mulig mekanisme som kan ligge bak kjønnsforskjellen i faktisk fravær. Dette ble gjort gjennom et web-basert surveyeksperiment (n=1271) i Norge. Respondenter i alderen 18 år og eldre ble tilfeldig presentert for én av til sammen åtte varianter av to ulike vignetter som beskrev en person i en belastende livssituasjon. De eksperimentelle betingelsene som varierte mellom vignettene var personens kjønn og omsorgsrolle. Respondentene besvarte deretter spørsmål om hvilke råd de ville gi til personen i vignetten, inkludert spørsmål om sykmelding. Gjennom krysstabellanalyser med chi-kvadrattest ble det undersøkt hvorvidt de to eksperimentelle faktorene, så vel som respondentens kjønn, påvirket anbefaling om sykmelding. Det ble funnet en signifikant kjønnsforskjell i form av at kvinnelige respondenter anbefalte sykmelding oftere enn mannlige respondenter. Verken vignettens kjønn eller omsorgsrolle ga signifikante effekter på anbefaling om sykmelding i det totale datamaterialet. I stratifiserte analyser av kvinnelige og mannlige respondenter separat hadde derimot disse eksperimentelle betingelsene effekt, men kun for mannlige respondenter. De anbefalte sykmelding oftere til kvinnelige vignetter enn til mannlige vignetter, og aller mest til kvinnelige vignetter med barn. Studien tyder på at det eksisterer ulike holdninger til sykefravær mellom kvinner og menn i møte med belastende livshendelser. Kvinner synes å ha lavere terskel enn menn for å anbefale sykmelding på tvers av kontekstuelle faktorer som omsorgsrolle, kjønn og helse- og jobberelaterte utfordringer. Dette er uavhengig av deres egen omsorgsrolle, men positiv assosiert med egen erfaring med sykefravær. Menn synes på sin side å variere anbefaling av sykmelding på bakgrunn av vignettens kjønn og omsorgsrolle.

Det norske sykefraværet er i dag vesentlig høyere enn i land vi normalt sammenligner oss med (OECD, 2013). Dette er kostbart for både staten, arbeidsgiver og den individuelle arbeidstaker. Høyt sykefravær inkluderer ikke bare økonomiske utgifter i form av sykepenger, tapt produksjon og tapt inntekt, men kan også potensielt være et hinder for god helse, et godt og inkluderende arbeidsmiljø og bidra til stigmatisering av den sykmeldte (Mykletun et al., 2010). Arbeid er for de fleste den viktigste kilden til økonomiske og materielle ressurser, i tillegg til å være et mål på sosioøkonomisk posisjon (Elstad, 2005). For mange er arbeidslivet også en viktig del av deres identitet, og det er påpekt at arbeid kan bidra til en følelse av tilhørighet og fellesskap knyttet til felles erfaringer og målsettinger (Øverland, Knudsen & Mykletun, 2011). Fravær fra arbeidslivet er på sin side forbundet med fysiske og mentale helseproblemer (Fryers, Melzer & Jenkins, 2003).

Forskning på årsaker til sykefravær er av disse grunner svært relevant for den sykmeldte og for samfunnet, både for å øke kunnskap på feltet og for potensielt å kunne redusere fravær. Fokuset på reduksjon i sykefravær har lenge hatt bred støtte, både tverrpolitisk og mellom partene i arbeidslivet, og var en viktig del av grunnlaget for intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) i 2001. En av målsettingene i avtalen var 20 prosent reduksjon i fraværet, men dette målet ble ikke spesifisert for eksempelvis sektor eller kjønn. I 2012 var sykefraværet i Norge for første gang på lenge så lavt at det kunne fremstå som om målet var nådd. Samtidig var det store forskjeller i nedgang mellom næringer og demografiske variabler. Dette bidrar til at målet kun er nådd i privat sektor, der det jobber betydelig flere menn (Arbeids- og sosialdepartementet, 2013). Samlet sett er derimot hovedbildet at det totale sykefraværet har vært relativt stabilt siden 2005, med unntak av en midlertidig økning i 2009 og en svak nedgang de siste årene. I tillegg har forskjellen mellom menns og kvinners sykefravær økt i IA-perioden (Arbeids- og sosialdepartementet, 2013).

Norske kvinner har lenge hatt betydelig høyere sykefravær enn menn (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2015). I tillegg til de generelle kostnadene ved sykefravær beskrevet ovenfor, er kvinners høyere fravær også problematisk fra et likestillingsperspektiv og et privat- og samfunnsøkonomisk perspektiv. Det er blant annet poengtert at høyt sykefravær blant kvinner kan føre til at de får mindre innflytelse i samfunnet og potensielt lavere karriere- og lønnsutvikling sammenlignet med menn (Ariansen, 2015). Videre kan kvinners høyere fravær også gjøre dem utsatt for misoppfatninger og kritikk i den offentlige sykefraværdebatten.

På tross av at utviklingen i kjønnsforskjellen i sykefravær politisk sett er uønsket, kan temaet sies å ha blitt både sensitivt og kontroversielt de siste årene. Det er gjort en rekke forsøk på å studere og utrede mulige årsaksforklaringer til forskjellen mellom menn og kvinners fravær på tvers av ulike fagfelt. Dette arbeidet har spesielt fokusert på betydningen av kjønnsforskjeller i helserelaterte plager, jobbrelevante faktorer og kombinasjonen av lønnsarbeid og omsorg for barn (Mykletun & Vaage, 2012). Til tross for omfattende forskning er det likevel konkludert med at det mangler et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag om årsaker til kjønnsforskjellen i sykefravær. Av den grunn er det heller ikke iverksatt tiltak for å redusere kjønnsforskjellen, eller tiltak spesifikt rettet mot kvinner (Mykletun & Vaage, 2012). Blant annet er det etterspurt flere studier på kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær som en mulig årsaksforklaring (Mykletun & Vaage, 2012). Det er påpekt at det foreløpig er lite forskning som direkte omhandler hvordan sykefravær oppfattes og vurderes, og om dette er ulikt for menn og kvinner (Øverland et al., 2011). Enkelte studier tyder på at kvinner har mer restriktive holdninger til sykefravær enn menn og at yngre generasjoner er mer liberale i sine holdninger, men resultatene er ikke entydige (Dahl, Holmås, Skjeret & Kjerstad, 2007; Fleten & Johnsen, 2005)

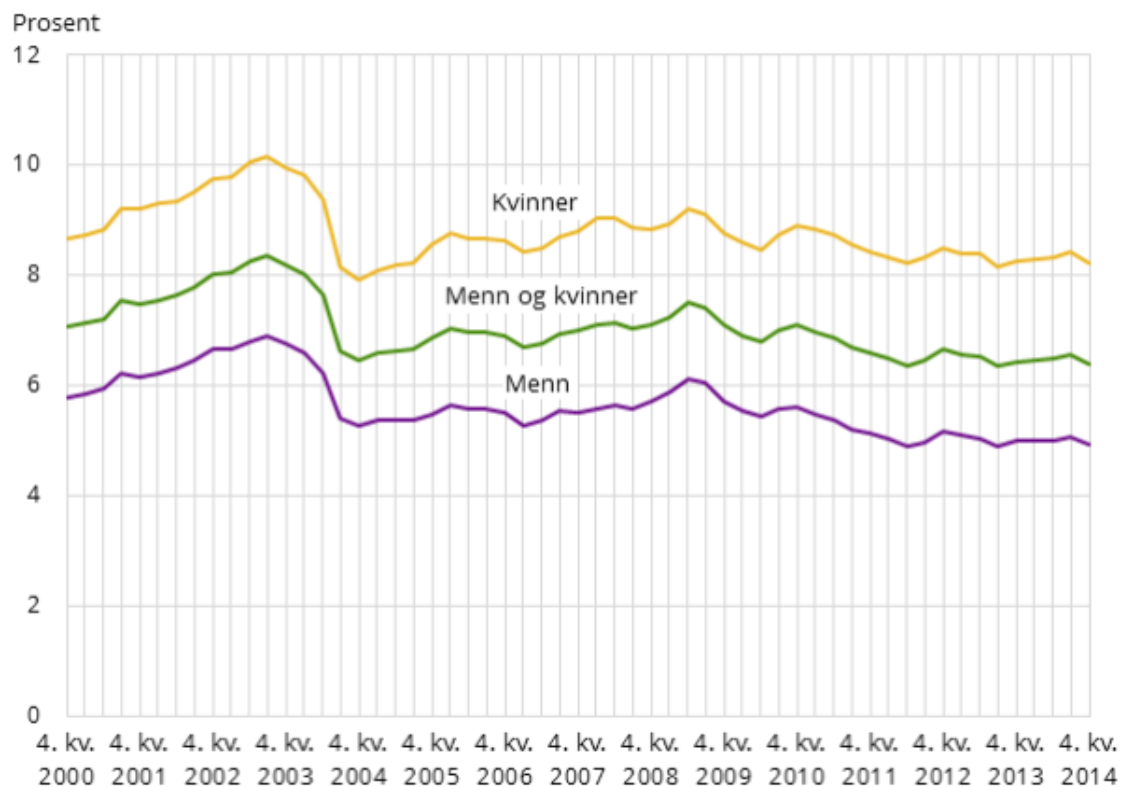
Holdninger er ofte studert ved at respondenters oppfatning og vurdering av ulike fenomener etterspørres direkte. Denne metoden er sårbar for feilkilder i form av bias og falske assosiasjoner dersom respondenter gir sosialt ønskelige svar (Kristensen, 2005). Surveyeksperimentmetoden beror seg derimot på styrken av randomisering for å kunne dra eventuelle kausale slutninger og begrense slike mulige bias (Barabas & Jerit, 2010). I et surveyeksperiment blir ulik informasjon presentert for respondenter i såkalte vignetter, før de deretter blir bedt om svare på identiske spørsmål. Gjennom systematisk variasjon av informasjonen i vignettene mellom respondentene får man ulike eksperimentelle betingelser, og gjennom de påfølgende identiske spørsmålene kan man fange deres umiddelbare mening knyttet til den informasjon de er blitt presentert for. Metoden åpner på denne måten opp for at respondenter benytter subjektive terskler i sin vurdering av vignettene på samme måte som de ville vurdert seg selv, slik at man får et bilde av deres implisitte holdninger til en gitt problemstilling (Hughes & Huby, 2002; van Soest, Delanay, Harmon, Kapteyn & Smith, 2011). Tidligere studier med bruk av vignetter har vist at denne metoden kan identifisere hvorvidt identiske kasus vurderes ulikt mellom ulike grupper (Bendelow, 1993; Collins & Brief, 1995). Denne studien søker derfor å studere kjønnsforskjeller i holdninger til

sykefravær gjennom et surveyeksperiment. Dette kan potensielt bidra med ny kunnskap på sykefraværsfeltet.

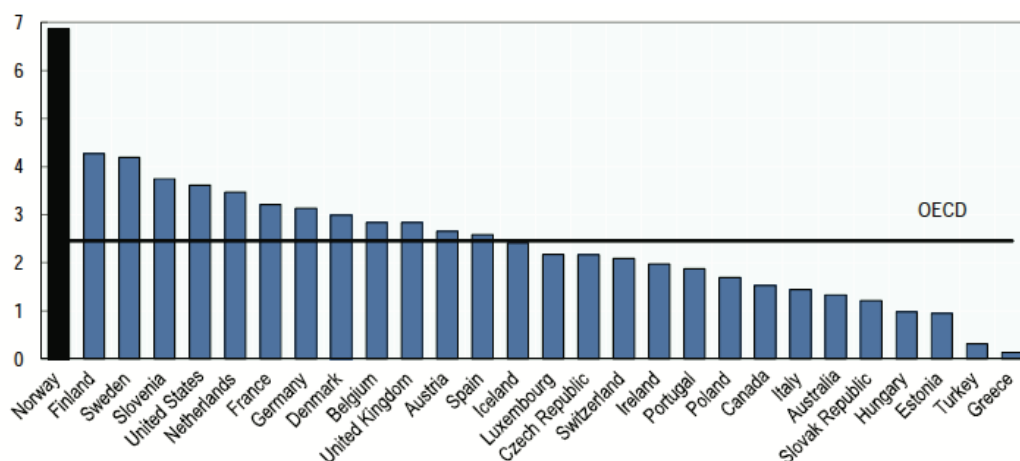
Sykefraværestrender i Norge:

Sykefraværsordningen i Norge: Sykefravær er et fenomen som er beskrevet og kvantifisert på mange ulike måter, både nasjonalt og internasjonalt. Det er i tillegg store forskjeller i sykepengeordningen mellom ulike land. I Norge er ordningen basert på reglene i folketrygdloven fra 1998. Der går det fram at ”sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.l., gir ikke rett til sykepenger.” (Lov om folketrygd § 8-4, 1998). Videre er det lovfestet at ”for at medlemmet skal få rett til sykepenger, må arbeidsuførheten dokumenteres med legeerklæring” (§ 8-7). Unntaket er ved egenmelding. ”For å få rett til å nytte egenmelding må arbeidstaker ha arbeidet hos arbeidsgiveren i minst to måneder” (§ 8-24). Hovedregelen er at egenmelding kan benyttes ved arbeidsuførhet på grunn av sykdom eller skade i opptil tre kalenderdager om gangen, men dette varierer noe mellom ulike arbeidssteder (Vold, 2014). I Norge får man full inntekstkompensasjon fra første fraværsdag. De første 16 dagene blir dette dekket av arbeidsgiver, kalt arbeidsgiverperioden. Sykelønn utover denne perioden dekkes av folketrygden.

Utvikling i sykefraværet i Norge: Sykefraværet i Norge økte kraftig fra 1993 og fram til 2003. Etter dette flatet utviklingen noe ut (se figur 1), men er fremdeles vesentlig høyere enn i land vi normalt sammenligner oss med (se figur 2).



Figur 1. Sesong- og influensajusterte sykefraværprosent, etter kjønn (SSB, 2015)



Figur 2. Forekomst av sykefravær hos fulltidsansatte i utvalgte OECD-land, 2010 (OECD, 2013)

De siste årene har det vært en økning i antall sysselsatte og nedgang i antall uføretrygdede, men det er påpekt at dette følger av økt arbeidsinnvandring (Bratberg & Vaage, 2015). Når man ser på den norske majoritetsbefolkningen er sysselsetningsveksten

betydelig lavere, mens trygdenivået er stabilt høyt og faktisk stigende for kvinner, spesielt i aldersgruppen 25-35 år (Bratberg & Vaage, 2015). Det er påpekt at det høye sykefraværet på denne måten ikke kan forklares av større inkludering i arbeidslivet av personer med helseproblemer eller som på andre måter er marginalisert i arbeidsmarkedet, men at det tvert imot må være sysselsatte mennesker som endrer sitt fravær over tid (Biørn, Gaure, Markussen & Røed, 2010). Fordi andel uføretrygdene i Norge er så høy kunne det også forventes et lavere sykefraværsliv. Dette følger av antagelsen om at mennesker på uføretrygd er de sykeste arbeidstakerne. Når en større andel mennesker er ute av arbeidsstyrken på uføretrygd vil det derfor kunne antas at den resterende arbeidsstyrken blir tilsvarende friskere. I Norge er det derimot både høy andel uføretrygdene og høyt sykefravær (Mykletun & Brinchmann, 2013).

Det norske sykefravær har økt i en periode der den generelle folkehelse har vært i bedring (Nasjonalt folkehelseinstitutt [FHI], 2014). I samfunnsvitenskapelig og medisinsk litteratur er det av den grunn bred enighet om at det ikke er en entydig sammenheng mellom sykefravær og sykdom i tradisjonell forstand (NOU 2010:13, 2010). Tvert imot er det grunn til å tro at årsakene til sykefravær ligger i komplekse samspill mellom faktorer i individet, på arbeidsplassen og i samfunnet. Det økonomiske fagmiljøet, med støtte fra OECD, har hevdet at de sjenerøse trygdeytelsene i Norge til en viss grad stimulerer til høyere sykefravær (OECD, 2006). Andre peker derimot på høy yrkesdeltagelse og et tøffere arbeidsmarked som forklaringsfaktorer (Bjørnstad, 2010; Wahl, 2009). Samtidig har både Danmark, Sveits og Island klart å kombinere høy yrkesdeltakelse med relativt lavt sykefravær sammenlignet med Norge, uten at dette synes å ha noen sammenheng med helsetilstanden i befolkningen (Markussen, 2007). Det er av den grunn et behov for mer kunnskap om årsaker til sykefravær. Dette inkluderer hvilke mekanismer som kan forklare forskjellen mellom menn og kvinners fravær.

Kjønnsforskjellen i sykefraværet i Norge: Kjønnsforskjellen i sykefraværet har økt parallelt med at norske kvinner for alvor ble en del av arbeidsstyrken på slutten av 1970-tallet. Det samlede sykefraværet for begge kjønn nådde en foreløpig topp i 2009 (Mykletun & Vaage, 2012). Etter dette har både kvinner og menns sykefraværsliv falt, men menns andel har falt noe mer enn kvinners. Dette fører til at den relative forskjellen mellom kjønnene øker. For siste kvartal i 2014 lå sykefraværet blant kvinner på 7,1 prosent og blant menn på 4,0 prosent (se figur 1). Gitt den relative kjønnsforskjellen har kvinner 1,77 ganger høyere sykefravær enn menn, mens den absolutte kjønnsforskjellen er på 3,1 prosentpoeng.

Kjønnsforskjell i sykefravær er riktignok ikke et særnorsk fenomen. Dette finner man i de fleste land med høy sysselsettingsrate blant kvinner (Angelov, Johansson, Lindahl & Lindström, 2011). Det er påpekt at det påfallende i Norge dermed ikke er kjønnsforskjellen i seg selv, men det høye fraværsvivået generelt (Mykletun & Vaage, 2012).

Tiltak for å redusere fraværet

En av de største satsingene på å redusere sykefraværet i Norge er avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) (Regjeringen, 2014). Dette er en tre-partsavtale mellom partene i arbeidslivet og staten ved regjeringen, og ble underskrevet for første gang i 2001. Avtalens overordnede mål er å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærvær, bedre arbeidsmiljø og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet, blant annet gjennom å inkludere personer med nedsatt funksjonsevne. I 2014 var 60 prosent av norske arbeidstakere ansatt i en IA-virksomhet (Regjeringen, 2014).

Tiltak som er utviklet under IA-avtalen har bidratt til en rekke endringer i sykmeldingspraksis (Mykletun & Brinchmann, 2013). Det er blant annet blitt økt fokus på bruk av gradert sykmelding og vektlegging av arbeidsmuligheter og aktivitet i sykmeldingsperioden. Videre kan IA-virksomheter få økonomisk tilskudd dersom de har kostnader knyttet til tilrettelegging av arbeidsoppgaver som er nødvendig for at arbeidstaker skal kunne fortsette å jobbe. Tiltaket ”Raskere tilbake” er på sin side rettet mot å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid gjennom kortere ventetid på behandling i spesialisthelsetjenesten og raskere vurdering av avklarings- og oppfølgingstiltak (NAV, 2014).

Frem til de siste årene er det påpekt at evidens for effekter av IA-tiltakene før implementering har vært lite etterspurt (Mykletun & Brinchmann, 2013). Dette har vanskeliggjort gode effektevalueringer i etterkant. Evalueringene som er gjort er i tillegg preget av stort sett å være basert på metoder som ikke nødvendigvis gir grunnlag for kausale slutninger, slik som for eksempel enkle sammenligninger av tiltak som er forvaltet forskjellig over tid og mellom regioner (Mykletun & Brinchmann, 2013). Dette innebærer at flertallet av de til dels kostbare tiltakene som IA-samarbeidet anvender for å redusere sykefraværet står uten dokumentasjon av effekt. Unntaket er gradert sykmelding. I en norsk studie er det vist at krav om dokumentasjon og vurdering av arbeidsevne og økt bruk av gradert sykmelding gir en signifikant reduksjon i fulltids sykmelding, og øker sannsynlighet for å avslutte sykefravær tidligere (Markussen, Mykletun & Røed, 2012).

Mekanismene bak effekten av gradert sykmelding er likevel lite forstått. Det kan tenkes at det skyldes helsegevinster og redusert risiko for å falle utenfor arbeidslivet, men det

kan også ha hatt en disiplinerende effekt for aktørene i sykmeldingsprosessen. Hvorvidt det er kjønnsforskjeller i effekten av gradert sykmelding er i tillegg uklart. Dette kan være av stor betydning for hvordan man forstår kjønnsforskjeller i årsaker til sykefravær, og hva som kan gjøres for å redusere kjønnsforskjellen.

Sentrale modeller for å forstå sykefravær

I studier av årsaker til sykefravær er det viktig å skille mellom årsaker til sykefravær generelt, til sykefraværssøking og til kjønnsforskjeller i sykefravær. Dette kan i blant overlappe, men andre ganger stå i motsetning til hverandre. Innenfor dagens trygdeforskning er det foreslått tre modeller for å forklare årsaker til sykefravær generelt (Mykletun, 2010). Disse kan alle tenkes å være relevante i forståelsen av kjønnsforskjellen i sykefravær, og vil derfor utdypes i kommende avsnitt.

Attraksjonsmodellen: Attraksjonsmodellen er utviklet i det økonomiske fagmiljøet. Den trekker frem at sykefravær og uføretrygd involverer et element av frivillighet og valg tatt av en rasjonell aktør. En del av dette valget involverer en avveining mellom arbeid og fritid, der mennesker er antatt å ha en grunnleggende større preferanse for sistnevnte (Brown & Sessions, 1996). De vil derfor bruke trygd framfor arbeid dersom kompensasjonsgraden er høy, for eksempel hvis de økonomiske ytelsene i trygdesystemet er bedre enn lønningene i arbeidsmarkedet (Wadensjø, 1985). Inntekt er på denne måten regnet for å være den viktigste, eller eneste, begrunnelsen for å være i arbeid, og modellen tar sjelden høyde for arbeid som kilde for identitetsdanning, selvrealisering eller sosiale nettverk.

Støtte til attraksjonsmodellen kommer blant annet fra studier som viser at gode stønadsordninger fører til økt andel uføretrygdede. Dette er blant annet dokumentert i amerikanske data fra 1962-1984 (Haveman & Wolfe, 1990). I det samme datasettet sank andel uføretrygdede når stønadsnivået ble redusert. Det er vanskelig å studere om det eksisterer en lignende sammenheng i Norge fordi sykepengeordningen her i landet lenge har vært konstant. I Sverige har ordningen derimot vært utsatt for endringer. Analyser av disse endringene antyder at økt kompensasjonsgrad også i Sverige fører til mer sykefravær, mens redusert kompensasjonsgrad gir mindre sykefravær (Henrekson & Persson, 2004).

Utstøtingsmodellen: I kontrast til attraksjonsmodellen forklarer utstøtingsmodellen årsakene til sykefravær gjennom faktorer utenfor individets kontroll. Dette inkluderer forhold ved arbeidsmarkedet og arbeidsmiljøet (Kolberg, 1991). Basert på utstøtingsmodellen vil sykefravær og andre helserelaterte trygdeytelser kunne forklares som en konsekvens av strukturelle mekanismer i arbeidslivet, for eksempel et stadig høyere krav til yteevne,

produktivitet og effektivitet. Mennesker med dårligere forutsetninger for å håndtere dette står i risiko for å bli skjøvet ut av arbeidsmarkedet. I modellen blir dette kalt økonomisk utstøting.

Utsøttingsmodellen beskriver også såkalt helsemessig utstøting. Dette betegnes som en konsekvens av at ulike forhold i arbeidsmiljøet bryter ned arbeidstakerens helsemessige forutsetning for arbeidsevne (Halvorsen, 1994). Slike forhold gjelder både rent fysiske belastninger, som for eksempel skadelige stoffer og risiko for skader i arbeidsmiljøet, og psykiske belastninger, for eksempel i form av utbrenthet (Skogstad & Einarsen, 1996).

Sentralt for modellen er den såkalte krav/kontroll-teorien fra 1979 (Karasek, 1979). Der er kravbegrepet definert som de psykologiske krav en arbeidstaker opplever i arbeidet, slik som arbeidsinnsats, tempo, tidsaspekt og eventuelle motstridende forventninger. Kontrollbegrepet er på sin side definert som den muligheten arbeidstaker har til å påvirke sin arbeidssituasjon og bestemme over egne arbeidsoppgaver. Det antas at høye krav fører til psykisk belastning og økt forekomst av stressrelaterte helseplager, spesielt i kombinasjon med lav grad av kontroll over eget arbeid. Dette kan videre øke risiko for sykefravær. I senere tid er det utviklet flere alternativer til den originale teorien, og i nyere studier er jobbkrav-ressursmodellen (The Job Demands-Resources Model, JD-R) ofte benyttet for å vurdere arbeidsforhold på tvers av ulike arbeidsplasser og ulike yrker (Bakker & Dermeouti, 2007; Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001; Schaufeli & Bakker, 2004). Modellen tar utgangspunkt i at arbeidsbelastninger følger av ubalanse mellom arbeidskrav og de ressursene arbeidstakeren har tilgjengelig for å håndtere disse kravene. Dette åpner for at det også kan være positive utfall ved arbeidsbelastninger. Spesielt har sosial støtte på arbeidsplassen vist seg å kunne moderere den negative effekten av høye krav (van der Doef & Maes, 1999).

Støtte til antagelsen om at det er en sammenheng mellom jobbrelaterte faktorer og sykefravær kommer blant annet fra en studie av norske sykepleiere i perioden 1992-2000, som viser at perioder med nedbemanning både øker sannsynligheten for å få et sykefraværstilfelle og reduserer sannsynligheten for å returnere fra sykefravær (Røed & Fevang, 2007). Videre viser en oversikt fra Kommunesektorens organisasjon at helse- og omsorgssektoren har høyere fravær sammenlignet med andre næringer (Kommunesektorens organisasjon, 2015). Arbeidsoppgaver innenfor denne sektoren er assosiert med fysisk og/eller psykisk belastning, som øker risikoen for sykefravær (Knardahl, Labriola, Lund & Sterud, 2010).

Den trygdemedisinske modellen: En tredje modell som er foreslått som en forklaring på sykefravær er den trygdemedisinske modellen, som beskriver overgangen fra arbeid til trygd med sykdom i tradisjonell forstand. I tråd med modellen vil behandling av sykdom redusere sykefravær og øke returrate til arbeidslivet. En slik antagelse var også bakgrunnen for tiltaket *Raskere tilbake* under IA-avtalen. Den trygdemedisinske modellen støttes av at statistikk over både egen- og legemeldt sykefravær viser tydelig sesongvariasjon. Fraværet øker for eksempel spesielt i vinterhalvåret, blant annet på grunn av luftveisinfeksjoner (SSB, 2015). Videre har en studie vist at raskere poliklinisk avklaring gir kortere sykefravær hos pasienter med ryggplager (Odeen et al., 2013).

Tidligere forskning på kjønnsforskjeller i sykefravær

Forskning på kjønnsforskjellen i sykefravær har i hovedsak fokusert på helse- og jobbrelaterte faktorer, i tillegg til kombinasjonen av lønnsarbeid og ulønnet arbeid, som forklaring på kvinners høyere fravær. Disse årsaksforklaringene blir både støttet og utfordret i ulike studier som vil bli gjennomgått i kommende avsnitt.

Helserelaterte årsaksforklaringer: Den trygdemedisinske modellen beskriver overgang fra arbeid til trygd som følge av sykdom, og helserelaterte årsaker er i tråd med dette blitt foreslått som forklaringer på kjønnsforskjellen i sykefravær. På tross av at den generelle folkehelsen er i bedring (FHI, 2014), er det visse indikasjoner på at kvinner er mer syke enn menn. Flere studier har blant annet påvist at kvinner har høyere bruk av ulike helsetjenester og rapporterer flere symptomer og plager sammenlignet med menn (Green & Pope, 1999; Ihlebæk, Eriksen & Ursin, 2002; Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009a). I tall fra Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) fra 1997-1999 er det påvist at disse symptomene og plagene er av en fysisk og psykisk karakter som er assosiert med høyt sykefravær (Mykletun et al., 2009b). Kvinner oppgir også gjennomgående større funksjonsnedsettelse enn menn ved like symptomer (Bruusgaard, Tschudi-Madsen, Ihlebæk, Kamaleri & Natvig, 2012). I tillegg er svangerskapsrelatert fravær er brukt som en naturlig forklaring på kjønnsforskjellen i sykefravær. Dette støttes av at kjønnsforskjellen er spesielt markant i reproduktiv alder (Mykletun & Vaage, 2012).

På den annen side gir ikke forskning et klart bilde av sammenhengen mellom kjønnsforskjeller i helse og sykefravær. I en pågående studie tyder funn på at den høyere forekomsten av helseplager blant kvinner kun forklarer en liten andel av kjønnsforskjellen i sykefravær i HUSK-studien (Mykletun & Vaage, 2012). I en svensk rapport er det i tillegg vist at kjønnsforskjeller i sykefravær har økt mest blant de med middels og god helse

(Angelov et al., 2011). Det er også usikkerhet knyttet til hvorvidt svangerskapsrelatert fravær kun kan forklares av svekket helse. Denne typen fravær har økt mer enn noen annen hos kvinner de siste tiårene, uten at det er betydelig flere kvinner som føder i dag enn for 30 år siden (Rieck & Telle, 2013). Økningen i svangerskapsrelatert fravær er i tillegg størst blant de yngste aldersgruppene, og kan således ikke forklares av helserisiko som følge av at alderen på førstegangsfødende har økt (Ariansen & Mykletun, 2014; Rieck & Telle, 2013).

Det er også mindre kjønnsforskjeller i det egenmeldte sykefraværet i Norge, samt i lengden på fravær (Myklebø, 2007). Som følge av dette er det argumentert for at en helserelatert årsaksforklaring kanskje heller omhandler ulik tilbøyelighet i helseatferd og helsetro mellom kjønnene. (Mykletun & Vaage, 2012). Førstnevnte er definert som ulik atferd rettet mot å forhindre sykdom (Kasl & Cobb, 1966), mens sistnevnte er definert som ulike antagelser om egen helse, blant annet oppfatning av alvorlighetsgrad, mottagelighet og konsekvenser av sykdom (Becker, 1974). Det er antydning at det eksisterer en rekke kjønnsforskjeller i helseatferd og helsetro, der menn blant annet har en tendens til å undervurdere sårbarhet for sykdom og utsetter å gå til legen (Bjørnstad, 2006; Markussen, 2014; Sabo, 2000). Kvinner er derimot antatt å være mer oppmerksomme på symptomer og investerer mer i egen helse i form av forebyggende atferd enn det menn gjør (Bjørnstad, 2006; van Wijk & Kolk, 1997). De har også en mer negativ selvoppfatning av egen helse (Bambra et al., 2009). Dette kan tenkes å bidra til at kvinner har lavere terskel for sykefravær enn menn ved objektivt tilsvarende helseplager.

Jobbrelaterte årsaksforklaringer: Både den trygdemedisinske modellen og utstøtingsmodellen beskriver hvordan ulike faktorer i arbeidsmiljø og på arbeidsplassen kan føre til sykdom og fravær. Det er påpekt at dette kan ha en sammenheng med kjønnsforskjellen i sykefravær i form av at typiske ”kvinnearbeidsplasser” er mer sykefraværsfremmende enn typiske yrker for menn (Ose, Jensberg, Reinertsen, Sandsund & Dyrstad, 2006). Dette omfatter spesielt helse- og omsorgssektoren, der det jobber langt flere kvinner enn menn (Evans & Steptoe, 2002). Arbeidsoppgavene innenfor denne sektoren er assosiert med både høyt tidspress og fysisk og psykisk belastning, som øker risikoen for sykefravær (Knardahl et al., 2010; Sørensen, Dahl-Jørgensen & Skogstad, 1998).

Utsøtingsmodellen kan også relateres til assosiasjonen mellom arbeidsmiljø og sykefravær basert på krav/kontroll-teorien beskrevet tidligere kan også relateres til utstøtingsmodellen. I en oppsummering av litteratur på feltet er det konkludert med at sammenhengen mellom visse arbeidsforhold og sykefravær er godt dokumentert (Allebeck &

Mastekaasa, 2004). Dette inkluderer lang arbeidstid, omstrukturering og nedbemanning, stor arbeidsmengde, høye krav og opplevelsen av press og mangel på kontroll på jobb (Michie & Williams, 2003; Oxenstierna, Ferrie, Hyde, Westerlund & Theorell, 2005; Stansfeld et al., 1999). De siste årene har det i tråd med jobbkrav-ressursmodellen også blitt økt fokus på betydningen av psykososiale forhold på ansattes helse og velvære. En rekke studier har blant annet påvist at opplevd mangel på relasjonell rettferdighet, lav sosial støtte og lav jobbfornøydheth øker risiko for sykefravær (Elovainio, Kivimaki & Vahtera, 2002; Karasek & Theorell, 1990; Kivimaki et al., 2004; Moorman, 1991; Nielsen, Rugulies, Smith-Hansen, Christensen & Kristensen, 2006; Siegrist, 2006).

Til tross for at disse studiene har påvist en sammenheng mellom jobbrelaterte faktorer og sykefravær, gir ikke denne sammenhengen en dekkende forklaring på kjønnsforskjellen i fraværet. I en norsk studie ble ikke kjønnsforskjellen redusert når man sammenlignet sykefravær hos menn og kvinner med samme type stillingskategori og på samme arbeidsplass (Mastekaasa & Olsen, 1998). Dette funnet strider mot antagelsen om at kvinner jobber i mer fraværsfremmende jobber enn menn. Nyere studier indikerer faktisk tvert imot at kvinner jobber på mer helsefremmende arbeidsplasser (Angelov et al., 2011; Mastekaasa & Melsom, 2014). Videre er det påvist at kjønnsforskjellen i sykefravær har økt i alle bransjer (Angelov et al., 2011), og kvinner i typiske mannsyrker og menn i typiske kvinneyrker har et fraværsmonster som korresponderer med deres kjønn snarere enn med deres yrke (Mastekaasa & Olsen, 1998). Kun en mindre andel av kjønnsforskjellene i sykefravær kan tilskrives yrke og denne har i tillegg vært stabil de siste 20 årene (Mastekaasa, 2012; Mastekaasa, 2014). På den annen side er det visse indikasjoner på at assosiasjon mellom negative psykososiale forhold og sykefravær er sterkere for kvinner enn for menn (Gadinger et al., 2010; Niedhammer, Bugel, Goldberg, Leclerc & Gueguen, 1998). Spesielt synes store emosjonelle krav, opplevde rollekonflikter og mangel på anerkjennelse å være negativt for kvinners helse, og i en studie forklarer forskjeller i slike forhold 30 prosent av kvinners høyere risiko for langtidssykefravær sammenlignet med menn (Labriola et al., 2011).

Dobbelbyrdehypotesen som årsaksforklaring: Dobbelbyrdehypotesen tar utgangspunkt i at kvinners økte involvering i arbeidslivet ikke har bidratt til en tilsvarende reduksjon i ansvar for ubetalt omsorgsarbeid for egne barn eller eldre slektninger (Mykletun & Vaage, 2012). Det er antatt at denne kombinasjonen av lønnsarbeid og arbeid i hjemmet gir en dobbel belastning for kvinner, og at de som følge av dette er mer utsatt for sykefravær enn menn (Wærness, 1982).

Dobbeltbyrdehypotesen kan tolkes i lys av alle de tre modellene for årsaker til sykefravær. I tråd med utstøtingsmodellen vil dobbeltarbeidet kunne antas å bidra til helsemessig utstøting. Den trygdemedisinske modellen vil ta samme utgangspunkt: Kvinner tar generelt hovedansvaret for husarbeid og omsorgsoppgaver. I kombinasjon med lønnsarbeid kan dette samlet sett føre til høy fysisk og psykisk belastning. I flere studier er disse belastningene assosiert med rollekonflikt og rolleoverbelastning, som er påvist både å øke stressnivå og legge stort beslag på tid, energi og psykologiske ressurser hos kvinner (Bekker, de Jong, Zijlstra & van Landeghem, 2000; Lundberg & Frankenhauser, 1999). Dette kan videre øke risikoen for sykefravær. I samsvar med en slik antagelse har en norsk studie påvist at kvinner med barn har noe høyere sykefravær enn barnløse kvinner (Bratberg, Dahl & Risa, 2002).

Dersom dobbeltarbeid fører til svekket helse skulle man forvente at sykefravær øker parallelt med antall barn, men nordiske studier som har undersøkt denne hypotesen er preget av sprikende resultater. Enkelte svenske studier har funnet en positiv assosiasjon mellom antall barn og sykefravær (Floderus, Hagman, Aronsson, Marklund & Wikman, 2012; Åkerlind, Alexanderson, Hensig, Leijon & Bjurulf, 1996), mens studier fra Danmark og Finland har påvist svak eller ingen assosiasjon (Jensen & McIntosh, 2007; Väänänen et al., 2008). Også i en norsk studie tyder resultatene på at yrkesaktive kvinner i gjennomsnitt har mindre sykefravær jo flere barn de har (Mastekaasa, 2000). Det skal nevnes at denne studien er preget av seleksjonsproblematikk, slik at det ikke er kontrollert for de kvinnene som trekker seg ut av arbeidslivet etter å ha blitt mødre. Når det er kontrollert for denne faktoren i en senere studie har kvinner med barn noe høyere sykefravær over tid sammenlignet med barnløse kvinner (Bratberg et al., 2002). Også i en analyse av norske registerdata fra 1992-2007 er det påvist at flere barn gir mer fravær blant kvinner (Grasdal, 2011). I denne studien synes det særlig å være kombinasjonen av fulltidsarbeid og omsorg for små barn som kan predikere kjønnsforskjellen i sykefravær. Videre er det i en nylig publisert svensk studie påvist at menn som har hovedansvaret i hjemmet har rundt 20 prosent høyere risiko for å bli sykmeldt i mer enn to uker, sammenlignet med andre menn (SOU 2015:3). Dette kan tolkes som støtte til dobbeltbyrdehypotesen.

Samtidig er mekanismene bak hypotesen lite forstått. Enkle tidsregnskaper over lønnsarbeid og arbeidsoppgaver i hjemmet gir ikke entydig støtte til at en eventuell merbelastning av dobbeltarbeidet for kvinner ligger i samlet tidsbruk. Tvert imot har kjønnsforskjeller i bruk av tid på hjemmearbeid minsket de siste årene (Kitterød, 2012). I

tillegg er det argumentert for at flere roller kan være positivt for helse (Mastekaasa, 2013; Waldron, Weiss & Hughes, 1998). En slik antagelse er i tråd med *role accumulation theory* og *role enchainement theory* (Marks, 1977; Sieber, 1974). Disse teoriene tar utgangspunkt i at flere roller fungerer som en berikelse og som en buffer mot stress, for eksempel ved at det gir flere potensielle kilder til selvtilit, privilegier og sosialt identitet (Baruch, Biener & Barnett, 1987). Videre er det foreslått at multiple roller kan redusere effekten av negative hendelser assosiert med én, spesifikk rolle (Mastekaasa, 2000).

Ut fra foreliggende forskning er det derfor vanskelig å konkludere med hva assosiasjonen mellom dobbeltarbeid og kvinners sykefravær skyldes. Det kan tenkes at det dreier seg om redusert helse som følge av belastninger fra kombinasjonen av arbeidsoppgaver som ikke kan måles i timer, slik den trygdemedisinske modellen og utstøtingsmodellen tar høyde for. På den annen side kan det også tenkes at det dreier seg om endrede preferanser. Innenfor et historisk kjønnsrolleperspektiv forventes kvinner å utvikle sterkere preferanse for fritid etter å ha født egne barn (Grasdal, 2011). I tråd med dette viser analyser av norske data at arbeidsdeltakelse hos kvinner avtar med antall barn (Bratberg et al., 2002). Menn har derimot tradisjonelt sett sterkere tilknytning til arbeidslivet, og forskning viser at de øker sin arbeidsinnsats og inntjening når de blir fedre (Angelov et al., 2011). I den forstand vil kjønnsforskjeller i sykefravær kunne forstås som en følge av kjønnsforskjeller i prioriteringer, der kvinner prioriterer lønnsarbeid og karriere mindre og familieliv og fritid mer når de blir mødre. Attraksjonsmodellen vil begrunne dette som valg basert på ulike preferanser mellom kjønnene, ikke som følge av sykdom eller helsemessig og økonomisk utstøting av kvinner i arbeidsmarkedet.

Oppsummering av nåværende kunnskapsgrunnlag

Oppsummert synes det å være sammensatte mekanismer involvert i forklaringer på kjønnsforskjellen i sykefravær. En rekke studier har gitt viktig kunnskap om betydningen av helse- og jobbrelaterede årsaker, i tillegg til kombinasjonen av lønnsarbeid og arbeid i hjemmet. Samtidig er ikke mekanismene bak disse årsaksforklaringene godt nok forstått, og det er påpekt at det fremdeles er mye som gjenstår uforklart (Mykletun & Vaage, 2012). Dette gir et behov for nye perspektiver på mulige årsaker som foreløpig er mindre studert, og kanskje også bruk av andre vitenskapelige metoder og tilnærminger.

Kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær er en av mekanismene det er etterspurt flere og bedre studier av (Mykletun & Vaage, 2012). I tidligere forskning er det påpekt en potensiell assosiasjon mellom holdninger og sykefravær, og at holdninger synes å variere

mellom ulike grupper (Dahl et al., 2007; Dale-Olsen & Markussen, 2010; Fleten & Johnsen, 2005; Lindbeck, Palme & Persson, 2004; Lindbeck, Palme & Persson, 2009; Hesselius, Johanson & Nilsson, 2009; Markussen & Røgeberg, 2012). Resultatene i disse studiene er likevel ikke entydige. Det er i tillegg problematisk at flere av studiene måler atferd og hendelser, slik som for eksempel sykefravær og graviditet, og forklarer assosiasjonen med henvisning til holdninger og preferanser uten at dette er direkte målt. I lys av dette er det poengtert at det er lite forskning som direkte omhandler hvorvidt sykefravær oppfattes og vurderes ulikt for menn og kvinner (Øverland et al., 2011).

Holdninger som en mulig forklaring på kjønnsforskjeller i sykefravær

I en klassisk definisjon er holdninger beskrevet som en psykologisk tendens til å evaluere et fenomen negativt eller positivt (Eagly & Chaiken, 1998). Flere studier har knyttet holdninger til atferd eller atferdsintensjoner, som for eksempel bruk av rusmidler og prevensjon, samt stemmegivning ved politiske valg (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1977; Bentler & Speckart, 1979). At holdninger kan knyttes til atferd åpner for at det også kan være en sammenheng mellom holdninger og sykefravær. I tråd med dette har svenske studier påvist smitteeffekter i sykefravær i familier, på arbeidsplasser og i nabolag, som antas å følge av sosiale normer og sosial interaksjon (Hesselius et al., 2009; Lindbeck et al., 2009). Også mellom kommuner og bedrifter er det kraftig variasjon i sykefravær, som kan indikere lokale sykefraværskulturer (Lindbeck et al., 2004). Videre er det i analyser av norske data påvist at varigheten på sykmeldinger i forbindelse med objektive diagnoser som benbrudd og dislokasjon har økt med over 20 prosent de siste 20 årene (Dale-Olsen & Markussen, 2010), og at det er en økning i sykefravær i forbindelse med betydningsfulle livshendelser som samlivsbrudd, graviditet og dødsfall hos partner mellom 1993 og 2005 (Markussen & Røgeberg, 2012). Forfatterne argumenterer for at dette vanskelig kan forklares uten å åpne for at det har skjedd holdningsendringer.

At holdninger til sykefravær kan påvirke det faktiske fraværet støttes av en rekke studier som viser at kjennetegn ved pasienten er av stor betydning i prosessen som fører frem til sykmelding. I en studie ble allmennleger presentert for ulike pasientvignetter der biomedisinsk informasjon og pasientens holdning til sykmelding ble systematisk variert (Englund, Tibblin & Svärdsudd, 2000). Resultatene indikerer at den viktigste prediktoren for hvorvidt legen gir sykmelding eller ikke, er pasientenes holdninger til sykefravær. De pasientene som ønsket det ble oftere sykmeldt enn de som var motvillig til sykmelding. Andre studier tyder også på at leger i mange tilfeller legger mer vekt på pasientens ønske enn deres

eget medisinske skjønn (Carlsen & Norheim, 2005; Gulbrandsen, Førde & Aasland, 2002; Larsen, Førde & Tellnes, 1994).

Dersom pasientens holdning spiller en så stor rolle for om de blir sykmeldt eller ikke, er det relevant med kunnskap om hva slags holdninger til sykefravær som eksisterer mellom ulike grupper og i samfunnet generelt. Forskning på dette feltet er foreløpig begrenset, men det finnes noen bidrag. I en nordisk sammenligning av holdninger til sykefravær synes nordmenn å ha mer liberale holdninger til sykefravær enn deltagere fra land med mer restriktive trygdeordninger (Dahl et al., 2007). Forfatterne argumenterer for at dette kan tyde på at mer sjenerøse trygdeordninger gjør det mindre attraktivt å jobbe. En slik antagelse støttes i en artikkel om legens rolle i sykmeldingsprosessen, der forfatteren fremhever hvordan noen pasienter synes å vurdere sykefravær som en god løsning for mer fritid (Nyborg, 2010). Andre studier indikerer at enkelte arbeidstakere utnytter sykepengeordningen ved at de har fravær uten faktisk å være syke (Henrekson & Persson, 2004; Skogman Thoursie, 2005). Slike funn blir ofte tolket som tegn på liberale holdninger til sykefravær. På den annen side kan det også forstås som at sykmelding er en beslutning basert på arbeidstakeres avveining av hva som er best i komplisert situasjon. Dette støttes i en svensk opinionsundersøkelse, der 41-48 prosent av respondentene oppgir at det er greit å sykmelde seg selv om man ikke er syk, dersom årsakene er stress på jobben, dårlig arbeidsmiljø eller familieproblemer (Modig & Broberg, 2002). Denne tendensen er større hos yngre respondenter, respondenter som rapporterer at de ikke trives på jobben og respondenter som har egen erfaring med sykmelding det siste året. Også i Norge er det funnet indikasjoner på generasjonsforskjeller i holdninger til sykefravær. I analyser av egenmeldingsforsøket i Kristiansand, der man åpnet for at arbeidstakere kunne benytte seg av egenmelding i inntil 50 dager, ble det påvist at sykefraværet blant de yngste arbeidstakerne økte som følge av forsøket (Fleten & Johnsen, 2005). I tillegg ble ikke det legemeldte fraværet redusert hos de yngste aldersgruppene når det egenmeldte fraværet økte, slik tilfellet var for andre aldersgrupper (Fleten & Johnsen, 2005).

Antagelser knyttet til holdninger til sykefravær stammer ofte fra studier som har undersøkt sykenærver, som innebærer at en arbeidstaker går på jobb til tross for sykdom. I en kvalitativ studie av norske og danske arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren tyder funn på at sosiale forpliktelser og lojalitet til kollegaer er viktig for holdninger til både sykenærver og sykefravær (Krane et al., 2014). Samtidig påviser studien store individuelle forskjeller i moralske standpunkt for når man er for syk til å jobbe. Forfatterne konkluderer

med at holdninger til sykefravær dermed synes å være sosialt og moralsk bestemt på et personlig nivå. Det er også forskning som indikerer at de direkte økonomiske konsekvensene av sykefravær bidrar til sykenærvær. I en studie som sammenligner sykenærvær mellom svenske og norske arbeidstakere rapporterer betydelig flere svensker at de arbeider ved sykdom fordi de ikke har råd til sykefravær (Johansen, Aronsson & Marklund, 2014). Dette kan forstås som støtte til antagelsen om at sjenerøse trygdeytelser påvirker holdninger til sykefravær.

Dersom holdninger skal kunne forklare kjønnsforskjeller i sykefravær må det være slik at kvinner har en annen holdning til å sykmelde seg enn det menn har. I studien som sammenligner holdninger til sykefravær i nordiske land beskrevet ovenfor synes kvinner generelt å være mer restriktive enn menn med tanke på hva som anses å være akseptable årsaker for sykefravær (Dahl et al., 2007). Dette funnet stemmer ikke overens med det faktiske sykefraværet i Norge, der kvinner har betydelig høyere fravær enn menn. Samtidig er studier med direkte spørsmål om holdninger utsatt for feilkilder, for eksempel at respondenter gir sosialt ønskelige svar. Dette kan tenkes å ha påvirket resultatene i den nordiske sammenligningen. På den annen side viser studien noe forskjell mellom kjønnene i holdninger til langvarig sykefravær for ulike årsaker som er mer i samsvar med faktisk fravær. De kvinnelige respondentene godtar kortvarig fravær mer enn menn dersom nære familiemedlemmer trenger omsorg og støtte. De er også mindre restriktive enn menn når det kommer til lengde på fravær som skyldes arbeidsrelatert stress (Dahl et al., 2007).

At nettopp stress kan påvirke kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær kan forstås i lys av en rekke studier som tyder på at kvinner er mer påvirket av stress rundt seg, og opplever livshendelser som mer negative og mindre kontrollerbare enn menn (Matud, 2004; Oman & King, 2000; Turner, Wheaton & Lloyd, 1995; Walters, 1993). Det kan tenkes at dette har en sammenheng med sykefravær ved at kvinner bruker mer reaktive-passive mestringsstrategier rettet mot å redusere negative emosjoner under stress sammenlignet med menn (Matud, 2004; van Rhenen, Van Dijk, Schaufeli & Blonk, 2008). Slike strategier involverer blant annet å søke støtte hos familie og/eller venner (Piltch, Walsh, Mangione & Jennings, 1994). Menn bruker derimot mer aktive mestringsstrategier direkte rettet mot å løse et problem. I en studie er slike strategier assosiert med både færre og kortere fraværsepisoder, og synes å redusere risiko for fremtidig sykefravær (van Rhenen et al., 2008).

De helse- og jobbrelaterte årsaksforklaringer og dobbeltbyrdehypotesen kan også tenkes å være forbundet med ulike holdninger som bidrar til kjønnsforskjeller i sykefravær.

Det er vist til studier som beskriver hvordan konflikter mellom kvinners rolle som arbeidstaker og omsorgsperson i hjemmet kan legge stort beslag på tid, energi og psykologiske ressurser, og påvirke både fysisk og mental helse negativt (Bekker et al., 2000; Bratberg et al., 2002; Lundberg & Frankenhauser, 1999). I tillegg er det vist til forskning som antyder kjønnsforskjeller i helseatferd og helsetro (Sabo, 2000), kjønnsforskjeller i effekten av negative psykososiale arbeidsforhold på helse og (Gadinger et al., 2010; Labriola et al., 2011; Niedhammer et al., 1998) og at kvinner er mer påvirket av stress i hverdagslivet enn menn (Matud, 2004; Oman & King, 2000; Turner et al., 1995; Walters, 1993). Disse faktorene kan kanskje bidra til at menn og kvinner har ulike oppfatninger av når man er for syk til å jobbe. Det kan også tenkes å gi kjønnsforskjeller i vurderingen av hvorvidt sykefravær er en god behandling ved ulike belastninger, og/eller forebyggende for mer langvarige plager. I tråd med en slik antagelse er sykefravær foreslått som en mestringsstrategi, brukt for å håndtere redusert arbeidsevne som følge av sykdom, vanskelige situasjoner på jobb eller vanskeligheter i privatlivet (Kristensen, 1991).

Det er videre vist til forskning som har påvist ulike forventinger og preferanser knyttet til tradisjonelle kjønnsroller. Innenfor et tradisjonelt kjønnsrolleperspektiv forventes det at kvinner utvikler sterkere preferanse for fritid etter å ha fått familie, og at jobb og karriere får mindre betydning (Grasdal, 2011). Menn forventes derimot å være hovedansvarlig for økonomi og ha en sterkere tilknytning til arbeidslivet (Norman & Tedeschi, 1984). Dette kan tenkes å påvirke kjønnsforskjeller i oppfatning og betydning av konsekvensene en sykmelding har på ulike livsområder. I tråd med en slik antagelse er det studier som viser at sykefravær har en kausal negativ effekt på lønnsutvikling, og at denne effekten er større for menn enn for kvinner (Ichino & Moretti, 2009; Markussen, 2012). Videre tyder en annen studie på at menn blir mer negativt evaluert enn kvinner dersom de tar ut fravær av ulike årsaker, spesielt av andre menn (Wayne & Cordeiro, 2003). Den samme studien viser at menn også frykter at de vil bli vurdert som mindre seriøse i forhold til karriere hvis de tar ut fravær, og at fravær vil gi negative konsekvenser for karrieren (Wayne & Cordeiro, 2003). Dette kan tyde på en form for sosial stigmatisering knyttet til sykefravær, som påvirker menn mer enn kvinner (Mofitt, 1983). I tråd med attraksjonsmodellen vil det slik kunne argumenteres for at insentiver for å unngå lengre sykefravær er svakere for kvinner, både økonomisk og sosialt. Dette kan tenkes både å påvirke, eller være påvirket av, ulike holdninger til sykefravær. Økt kunnskap om kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær er derfor viktig med tanke på fremtidige tiltak for

å redusere det høye fraværsnivået i Norge. Dette er etterspurt på tvers av en rekke fagmiljø (Dale-Olsen & Markussen, 2010; Markussen & Røgeberg, 2012; Øverland et al., 2011)

Formålet med studien

Formålet med denne studien er å undersøke kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær ved bruk av surveyeksperimentmetoden. Kvinnelige og mannlige respondenter er tilfeldig presentert for én av til sammen åtte varianter av to vignetter. Vignettene er to ulike beskrivelser av en person i en belastende livssituasjon. De eksperimentelle betingelsene som varierer mellom vignettene er personens kjønn og omsorgsrolle. Respondenter er bedt om å lese vignetten og deretter svare på en rekke identiske spørsmål knyttet til historien. Videre analyser og diskusjon av resultater omhandler respondentenes svar på et dikotomt spørsmål om hvorvidt de anbefaler personen i historien sykmelding eller ikke. Hypotesene vedrørende dette spørsmålet er basert på kunnskapsgrunnlaget om kjønnsforskjellen i sykefravær presentert innledningsvis:

- 1) Respondentens kjønn påvirker hvorvidt det anbefales sykmelding eller ikke. Kvinner vil anbefale sykmelding oftere enn menn.
- 2) Kjønn til personen i vignetten påvirker hvorvidt det anbefales sykmelding eller ikke. Dersom personen er kvinne anbefales sykmelding oftere enn dersom personen er mann.
- 3) Omsorgsrollen til personen i vignetten påvirker hvorvidt det anbefales sykmelding eller ikke. Dersom personen har barn anbefales sykmelding oftere enn dersom personen ikke har barn.
- 4) Det er en interaksjonseffekt på hvorvidt det anbefales sykmelding mellom vignettens kjønn og vignettens omsorgsrolle. Det forventes at det oftere anbefales sykmelding dersom personen i vignetten både er kvinne og har barn.
- 5) Det vil undersøkes hvorvidt mannlige og kvinnelige respondenter gir ulike råd avhengig av vignettens kjønn og omsorgsrolle ved bruk av stratifiserte analyser og interaksjonsanalyser, men det er ingen a-priori hypotese om spesifikk sammenheng her.

Studiens eksperimentelle betingelser er som nevnt ovenfor vignettens kjønn og omsorgsrolle. Respondentens kjønn er naturligvis ikke eksperimentelt, og dermed er det relevant å justere for potensielle konfunderende faktorer tilknyttet denne variabelen. Dette vil gjøres for respondenters egen erfaring med sykmelding og egen omsorgsrolle på anbefaling

av sykmelding, basert på studiene beskrevet innledningsvis som har påvist at disse faktorene er assosiert med holdninger til sykefravær og faktisk fravær (Bratberg et al., 2002; Floderus et al., 2012; Grasdahl, 2011; Modig & Broberg, 2002).

Metode

Design

Studien har benyttet surveyeksperimentmetoden, og ble utformet som en spørreundersøkelse. Respondenter ble tilfeldig presentert for én av til sammen åtte varianter av to ulike vignetter som beskrev en person i en belastende livssituasjon, og bedt om å svare på påfølgende spørsmål. Metoden er egnet for innsamling av kvantitative data, og beror seg som beskrevet innledningsvis på styrken av randomisering i vignettene for å kunne dra eventuelle kausale slutninger (Barabas & Jerit, 2010; van Soest et al., 2011).

Rekruttering og prosedyre

Valg av deltakere ble basert på et såkalt bekvemmelighetsutvalg. Dette er en utvalgsmetode der man bruker de individer en har for hånden (Svartdal, 2009). Fordelen med en slik form for innsamling av data er at den er rask og kostnadseffektiv, i tillegg til at deltagerne er lett tilgjengelig. På den annen side kan metoden potensielt gi skjeve utvalg som påvirker resultatene og svekker muligheten for å generalisere funn utover den spesifikke studien. I et forsøk på å motvirke slike ulemper ble det rekruttert fra tre ulike flater som ble antatt å gi relativ stor spredning i deskriptive kjennetegn hos respondenter. Dette omfatter sosiale medier, virksomheter fra ulike yrkessektorer og to ulike treningssentre i Nord-Norge.

Rekruttering via sosiale medier bestod av å sende ut en privat melding til kontakter på Facebook. Denne meldingen ble utformet som en forespørsel om deltakelse, informasjon om studien og link til spørreundersøkelsen. Når det gjelder de ulike virksomhetene ble sentrale kontaktpersoner kontaktet per telefon og e-post, med forespørsel om å bidra til distribusjon av spørreundersøkelsen til deres ansatte. Kontaktpersonene fikk tilsendt et utfyllende informasjonsskriv hvor formål og bakgrunn for studien ble forklart, samt mulighet til å se igjennom spørreskjemaet. De virksomhetene som ønsket å bidra med distribusjon fikk deretter en ny e-post som var ment å fungere som en mal for den teksten som skulle sendes ut til de ansatte. Denne e-posten var utformet som en kort beskrivelse av studien i tillegg til selve linken til spørreundersøkelsen. Om ønskelig ble kontaktpersonene gitt anledning å tilføye det de måtte ønske av informasjon i denne e-posten, men det ble eksplisitt bedt om at studiens

overordnede formål, herunder å undersøke mulige kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær, ikke ble nevnt.

På de to treningssentrene ble medlemmer forespurt om å delta i studien gjennom direkte kontakt. Ved å oppgi sin mailadresse fikk de tilsendt en e-post med informasjon om studien og link til spørreskjema, identisk med det som ble sendt til Facebook-kontakter.

Samtlige respondenter fikk etter avsluttet besvarelse av spørreundersøkelsen muligheten til å gå videre til en ny webside som beskrev studiens overordnede bakgrunn og formål, inkludert informasjon om at studien utforsker kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær. På samme side fikk de også anledning til å legge igjen egen e-postadresse dersom de ønsket å motta ferdigstilt oppgave. Det ble poengtert at deres e-postadresse ikke vil kunne knyttes opp mot deres svar i selve spørreskjemaet. Undersøkelsen var web-basert og ble distribuert elektronisk til respondenter fra alle tre rekrutteringsflater.

Materiale

Vignetter: Det ble inkludert to ulike vignetter i studien. Vignettene varierte begge med hensyn til to variabler, som utgjorde de eksperimentelle betingelsene i denne studien. Den første betingelsen omhandlet hvorvidt personen i vignetten ble presentert som kvinne eller mann (vignettkjønn), og den andre betingelsen omhandlet hvorvidt personen hadde omsorgsansvar for barn eller ikke (vignettomsorgsrolle). Dette ga utgangspunkt for i alt åtte ulike varianter av vignettene (se appendix A for fullstendig gjengivelse av samtlige vignetter). De åtte ulike variantene er presentert i figur 3.



Figur 3. Oversikt over de åtte variantene av vignettene.

De to vignettene ble presentert som en hypotetisk, men realistisk, beskrivelse av en person i en belastende livssituasjon. Det ble omtalt ulike problemstillinger forbundet med belastninger i hverdagslivet, slik som samlivsbrudd, konflikt på arbeidsplass, oppussing og etterutdanning. I tillegg ble personen beskrevet å ha flere fysiske og psykiske plager, basert på

hva som er de største hoveddiagnosene for legemeldt sykefravær i Norge (Brage, Nossen & Thune, 2013). De kjennetegn som skilte de to vignettene fra hverandre var personens yrke i tillegg til noe ulik form for belastning på jobb og i privatlivet. Ellers var ordlyd identisk i begge vignetter.

Som følge av de eksperimentelle betingelsene ble beskrivelsene i vignettene gjort så kjønnsnøytrale som mulig. Det ble unngått bruk av det som kunne bli oppfattet som kjønns spesifikke yrker (sykepleier), fritidsaktiviteter (gå på kafe/ spille golf) eller måter å uttrykke egne vansker på (opplevde/følte/grublet). Begrunnelsen for å ta med to litt ulike beskrivelser i stedet for kun én var for å overkomme en potensiell feilkilde i tolkning av datamaterialet, dersom en spesifikk beskrivelse av for eksempel yrke eller belastning påvirket resultatene på en måte som ikke kunne forutses.

Spørsmålene: Deltakerne ble bedt om å besvare totalt 13 spørsmål (se appendix B). Dette ble estimert til å ta omtrent ti minutter. Av de 13 spørsmålene var det kun et som ble brukt i analyser i denne studien, grunnet begrensninger som følge av studiens tidsfrist og omfang som hovedoppgave. Dette spørsmålet var hvorvidt respondentene anbefalte sykmelding til personen i vignetten. Svaret på spørsmålet ble kodet 1 = *ja* og 0 = *nei* og ble brukt som studiens avhengige variabel. Demografiske variabler som ble inkludert i analysene omfatter respondentens kjønn (respondentkjønn), antall egne barn (egnebarn) og egen erfaring med sykmelding (erfaringsykmelding). Det resterende datamateriale vil kunne brukes til videre akademisk arbeid av samarbeidspartnere Arnstein Mykletun, Wendy Nilsen og Svein Bergvik. Dette materialet omfatter åpne spørsmål, herunder hvilke råd respondentene ville gi personen i vignetten for å håndtere sin situasjon og hvilke fordeler og ulemper en sykmelding ville kunne ha for personen i vignetten, samt respondentenes vurdering av hvorvidt en sykmelding kunne være en fordel, en ulempe eller ikke ha noen betydning på 12 ulike områder i personens hverdagsliv.

Informasjonsskriv: Seks ulike informasjonsskriv ble utformet i forbindelse med studien (se appendix C). Det første skrivet fungerte som første side i spørreskjemaet. Her ble studien presentert, og det ble fremhevet at deltakelse var frivillig og besvarelse anonym. Det andre skrivet ble presentert på en webside spesielt interesserte kunne gå videre til etter fullført besvarelse. Der ble bakgrunn og formålet med studien beskrevet. De fire siste informasjonsskrivene var en del av rekrutteringsprosessen, og innebar 1) et skriv til virksomhetene som ble kontaktet, 2) et vedlagt skriv til virksomhetene der bakgrunn og hensikt med studien ble beskrevet, 3) et skriv til de ansatte i virksomhetene med forespørsel

om deltakelse og 4) et skriv til Facebook-kontakter med forespørsel om deltakelse. Både vignetter, påfølgende spørsmål og informasjonsskriv ble evaluert og korrigert som følge av pilotering i forkant av endelig datainnsamling.

Etiske vurderinger

Denne studien er en del av et større prosjekt i regi av Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Prosjektet er ledet av Wendy Nilsen under tittelen *work-home strains, psychological distress and sickness absence among mothers – A prospective study of mechanisms and protective factors* (prosjektnummer 218373). Basert på studiens problemstillinger, at den ikke fremstår som et medisinsk eller helsefaglig forskningsprosjekt og at opplysninger vil være anonyme, konkluderte juridisk avdeling ved folkehelseinstituttet med at studien verken måtte forelegges Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk eller personvernombudet (e-post mottatt 14.01.15). Flere valg i rekrutteringsprosessen og i utforming av spørreskjemaet ble likevel gjort på bakgrunn av etiske vurderinger. Dette omfatter blant annet valget om å legge ved et informasjonsskriv i henvendelsen om mulig rekruttering fra de ulike virksomhetene. I dette skrivet ble studiens formål beskrevet utdypende, herunder informasjon om at hensikten med studien var å undersøke kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær. På denne måten hadde virksomhetene et fullverdig grunnlag for å vurdere hvorvidt studien var noe de ønsket å distribuere til sine ansatte. Videre fikk respondentene anledning til å gå inn på en ny link etter de hadde fullført sin besvarelse og data var lagret, der utfyllende informasjon om studiens formål ble presentert. I forbindelse med denne informasjonen ble det understreket at respondentens svar ikke vil kunne knyttes til dem.

Online-basert verktøy

For utforming av spørreskjemaet har studien benyttet seg av Qualtrics. Dette har vært et meget fleksibelt system å ta i bruk, og har gitt mange gunstige funksjoner og muligheter for denne studiens formål. Spesielt sentralt var muligheten til tilfeldig fordeling av de ulike vignettene til respondentene. At spørreskjemaet i tillegg har fungert optimalt på en rekke plattformer og på ulike nettlelere har hatt stor betydning.

Statistiske analyser

Data ble analysert ved hjelp av SPSS versjon 21.0. Det ble gjort deskriptive analyser for å forenkle og sammenfatte informasjon i datamatriksen. Dette fremstilles i en tabelloversikt i resultatdelen i denne oppgaven. Som mål på anbefaling om sykmelding ble det benyttet en dikotom variabel som skilte mellom de som svarte *ja* på hvorvidt de anbefalte sykmelding og de som svarte *nei*. Krysstabellanalyser og kji-kvadrat ble benyttet for å undersøke hypotesene

om en mulig assosiasjon mellom respondentens kjønn og anbefaling om sykmelding, samt effekt av henholdsvis vignettens kjønn og vignettens omsorgsrolle på anbefaling om sykmelding. Logistiske regresjonsanalyser ble brukt for å undersøke potensiell interaksjonseffekt av en eller flere av de uavhengige variablene på anbefaling av sykmelding. I tråd med studiens formål om å studere kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær ble de også utført stratifiserte analyser for kvinner og menn som separate grupper.

Det ble tatt hensyn til mulige konfunderende faktorer i multivariate analyser. Dette omfattet ikke de eksperimentelle betingelsene vignettens kjønn og vignettens omsorgsrolle, da disse tilfeldig ble fordelt respondentene og dermed ikke utsatt for konfundering. Det var derimot behov for å undersøke mulige konfunderende faktorer tilknyttet variabelen respondentens kjønn. Dette ble gjort for respondentens egen erfaring med sykmelding og antall egne barn, i tråd med studiene beskrevet innledningsvis som beskriver en mulig sammenheng mellom disse og sykefravær (Bratberg et al., 2002; Floderus et al., 2012; Grasdahl, 2011; Modig & Broberg, 2002). For å kunne si noe mer om styrken på eventuelle sammenhenger ble det beregnet oddsratio på anbefaling om sykmelding.

En grafisk fremstilling av assosiasjon mellom andel respondenter som anbefalte sykmelding og ulike andre variabler ble utformet ved bruk av errorbars. Dette ble også gjort for assosiasjon mellom respondentens egen erfaring med sykmelding og anbefaling om sykmelding. Et 95 prosent konfidensintervall for disse andelene ble gitt. Samtlige mål er rapportert ut ifra en to-halet test.

Resultater

Deskriptive kjennetegn ved respondentene er presentert i tabell 1. På bakgrunn av studiens formål om å studere kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær presenteres egenskaper for mannlige og kvinnelige respondenter separat, i tillegg til en samlet oversikt over det totale utvalget ($n = 1271$). Utvalget består av 67 prosent kvinner og 33 prosent menn. Omtrent halvparten av respondentene befinner seg i aldersgruppen 20-29 år. En tredjedel av både kvinner og menn har utdanning på fem år eller mer, og over halvparten av respondentene av begge kjønn er gift eller har samboer. Når det gjelder arbeidsplass er det en betydelig høyere andel menn som jobber i privat sektor enn i offentlig sektor. Hos kvinnene er det derimot en stor overvekt av arbeidstakere i offentlig sektor. Flere kvinner enn menn har hatt

egen erfaring med sykefravær på to uker eller mer de siste tre årene. Nesten halvparten av respondentene i det totale utvalget har omsorg for barn.

Tabell 1: Deskriptive kjennetegn for mannlige og kvinnelige respondenter, samt for utvalget totalt sett.

Variabel	Menn	Kvinner	Totalt
Alder (20-29 år)	48% n = 185	45% n = 399	46% n = 584
Utdanning (5 år eller mer)*	34% n = 118	40% n = 318	38% n = 436
Gift/samboer*	54% n = 187	66% n = 529	63% n = 716
Ansatt i privat sektor*	63% n = 191	36% n = 249	44% n = 440
Ansatt i offentlig sektor*	37% n = 112	64% n = 445	56% n = 557
Erfaring sykefravær (2 uker eller mer)*	17% n = 60	31% n = 244	27% n = 304
Egne barn (ja)*	37% n = 143	44% n = 390	42% n = 533

n: Antall

(%): Prosentvis andel

*: Signifikant forskjell mellom menn og kvinner for de ulike egenskaper, på 0,05 nivå.

Assosiasjon mellom respondentens kjønn og anbefaling om sykmelding: I det totale datamaterialet svarte 33,7 prosent av respondentene *ja* på spørsmålet om de anbefalte sykmelding til personen i vignetten. Kvinnelige respondenter anbefalte sykmelding betydelig oftere enn mannlige respondenter, henholdsvis 37,2 prosent av kvinnene (n = 329) mot 25,6 prosent av mennene (n = 99). Denne forskjellen mellom kvinnelige og mannlige respondenter var signifikant (kji-kvadrat = 15,991 (df = 1) $p = <,001$). Kjønnforskjellen er i tråd med studiens hypotese om at kvinnelige respondenter vil anbefale sykmelding oftere enn mannlige respondenter (se tabell 2).

Effekt av vignettens kjønn på anbefaling om sykmelding: Tilsvarende analyser ble gjort for å undersøke sammenhengen mellom vignettens kjønn og anbefaling om sykmelding. I det totale utvalget var det ingen signifikant forskjell i anbefaling om sykmelding basert på vignettens kjønn (kji-kvadrat = 1,898 (df = 1) $p = ,168$). En ikke-signifikant tendens i tråd med hypotesen ble derimot funnet (se tabell 2).

Effekt av vignettens omsorgsrolle på anbefaling om sykmelding: I det totale utvalget var det ikke en signifikant forskjell i anbefaling om sykmelding basert på vignettens omsorgsrolle (kji-kvadrat = 1,940 (df = 1) $p = ,164$) (se tabell 2).

Effektstørrelser og konfidensintervallet for disse er presentert i tabell 2. Oversikten viser en relativt stor effektstørrelse av respondentens kjønn på anbefaling av sykmelding, der oddsen for å anbefale sykmelding er 1,7 gang høyere for kvinnelige respondenter enn for mannlige respondenter. Effekten av vignettens kjønn og vignettens omsorgsrolle er svakere.

Tabell 2. Oversikt over effektstørrelse og oppgitt konfidensintervall for assosiasjon mellom respondentens kjønn og sykmelding, effekt av vignettens kjønn og sykmelding og effekt av vignettens omsorgsrolle og sykmelding.

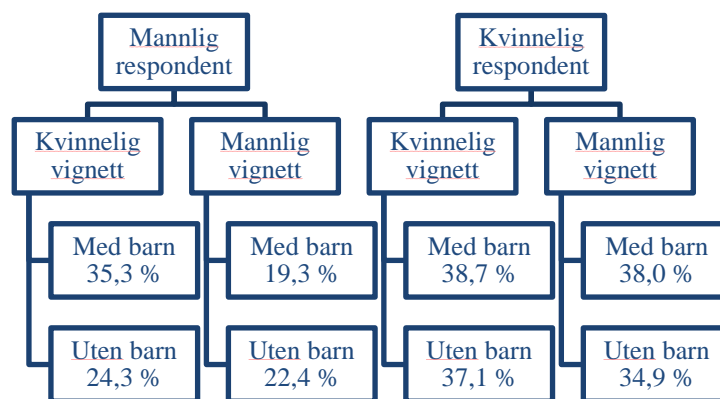
Variabler	Exp(B)	KI 95 %
Respondent kjønn og sykmelding	1,722	1,319 – 2,247
Vignett kjønn og sykmelding	1,181	,934 – 1,494
Vignett omsorgsrolle og sykmelding	1,178	,936 – 1,483

KI = Konfidensintervall

Exp(B) = Odds ratio

Stratifiserte analyser for respondentens kjønn: Analysene av det totale utvalget som er beskrevet ovenfor ble også utført for mannlige og kvinnelige respondenter separat. Disse analysene viser at mannlige respondenter påvirkes av vignettens kjønn, i form av at de oftere anbefaler sykmelding til kvinnelige vignetter (29,8 prosent) enn til mannlige vignetter (21,0 prosent). Denne forskjellen var signifikant (kji-kvadrat = 3,870 (df = 1) $p = ,049$). For kvinnelige respondenter var det ikke en signifikant forskjell i anbefaling om sykmelding basert på vignettens kjønn (kji-kvadrat = ,201 (df = 1) $p = ,654$). De anbefalte sykmelding oftere enn mannlige respondenter, uansett om personen i vignetten var mann (36,4 prosent) eller kvinne (37,9 prosent).

Mannlige respondenter ga oftest anbefaling om sykmelding dersom de kvinnelige vignettene også hadde omsorgsrolle. De kvinnelige respondentene syntes derimot ikke å forskjellsbehandle på denne måten, og anbefalte sykmelding ofte til samtlige versjoner av vignettene. Prosentvis andel anbefaling om sykmelding for de åtte mulige versjonene av vignettene er fremstilt i figur 4.



Figur 4. Fremstilling av andel anbefalt sykmelding for de åtte ulike variantene av variablene respondentkjønn, vignettkjønn og vignettomsorgsrolle.

De versjonene som er testet opp mot hverandre er henholdsvis kvinnelig og mannlig vignett med barn, og kvinnelig og mannlig vignett uten barn. Dette er gjort for mannlige og kvinnelige respondenter separat. For menn var det hele 16 prosentpoeng forskjell i anbefaling av sykmelding for vignettens kjønn, basert på vignettens omsorgsrolle ($p = ,016$). En slik forskjell i anbefaling av sykmelding for vignettens kjønn var ikke tilfellet når vignetten ikke hadde barn. For kvinnelige respondenter var det ikke forskjell i anbefaling av sykmelding for vignettens kjønn, uavhengig omsorgsrolle (se tabell 3).

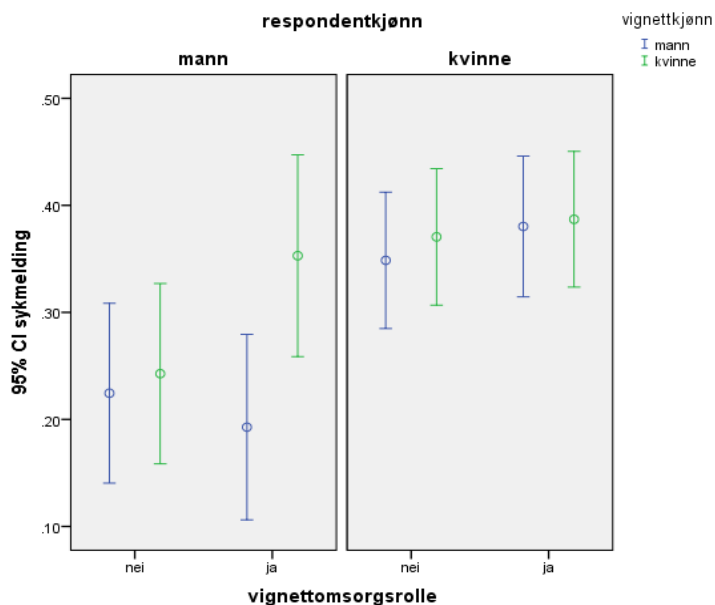
Tabell 3. Oversikt over forskjell i andel anbefaling om sykmelding for vignettens kjønn, basert på hvorvidt vignetten har omsorgsrolle. Mannlige og kvinnelige respondenter er fremstilt separat.

Forskjell i anbefalt sykmelding for vignettens kjønn dersom:	Mannlige respondenter	Kvinnelige respondenter
Vignetten ikke har barn	$p = .760$	$p = .631$
Vignetten har barn	$p = .016^*$	$p = .885$

*= Signifikant forskjell i andel anbefalt sykmelding for mannlige og kvinnelige vignetter, på 0,05 nivå.

Resultatet av å kombinere de tre uavhengige variablene på anbefalt sykmelding kan også fremstilles som vist i Figur 5. Kvinnelige respondenter synes ikke å variere anbefaling av sykmelding basert på vignettens kjønn eller omsorgsrolle. Menn synes generelt å være mer

restriktive enn kvinner i å anbefale sykmelding, men ser ut til å gjære unntak for kvinnelige vignetter med barn. For denne gruppen anbefaler de sykmelding oftere.



Figur 5. Fremstilling av anbefaling om sykmelding for menn og kvinner, basert på de uavhengige variablene respondentkjønn, vignettkjønn og vignettomsorgsrolle. Andel som svarer ja til råd om sykmelding på y-aksen og de ulike gruppene på x-aksen. 95 % konfidensintervall er angitt.

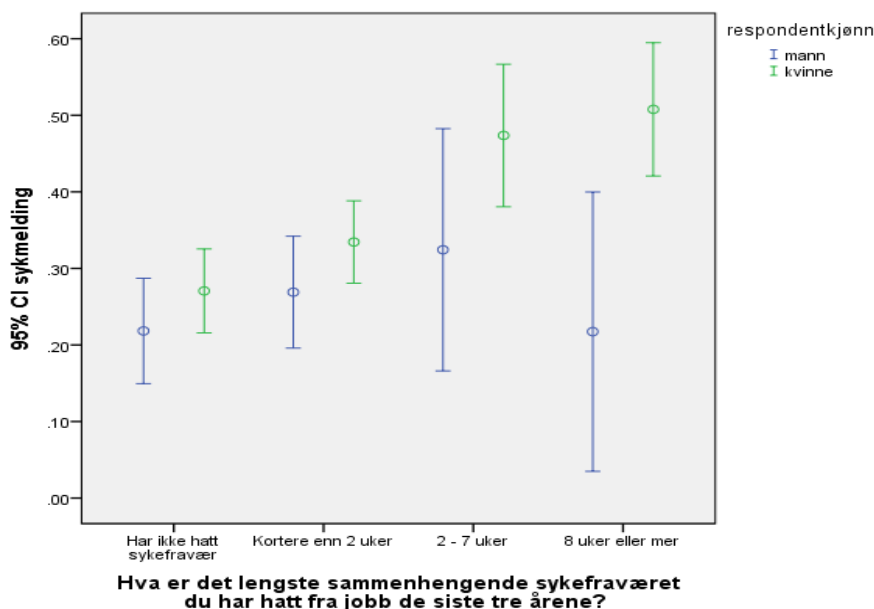
At en større andel menn synes å behandle kvinnelige vignetter med barn på en særegen måte kom også frem når det ble utformet en ny variabel som inneholdt kombinasjonen kvinnelig vignett med barn post hoc. Denne variabelen ble testet opp mot respondentens kjønn, for å undersøke om den forskjellen som det vises til i figur 5 var statistisk signifikant. Analysene viste at de mannlige respondentene anbefalte sykmelding til kvinnelige vignetter med omsorgsrolle betydelig oftere (35,3 prosent) enn til de andre variantene av vignettene samlet sett (22,2 prosent). Denne effekten var signifikant ($\chi^2 = 6,765$ (1) $p = ,009$).

Det må derimot tas forbehold om at det ikke var en signifikant interaksjon mellom respondentens kjønn og vignettens kjønn i anbefaling av sykmelding ($\chi^2 = 2,163$ (df = 1) $p = ,141$). Dette betyr at selv om menn, i motsetning til kvinner, lar seg påvirke av vignettens kjønn, kan det ikke ut ifra denne forskjellen mellom menn og kvinner med sikkerhet sies at anbefaling om sykmelding basert på vignettens kjønn kommer an på respondentens kjønn.

I analyser der det kun tas med vignetter der personen har barn blir denne interaksjonen signifikant (vignettens kjønn versus respondentens kjønn). Mannlige respondenter varierer da sine svar, og anbefaler sykmelding oftere til kvinnelige vignetter når alle vignettene har barn (kji-kvadrat = 4,125 (df = 1) $p = ,042$). Dette er en interaksjon som omhandler fire av de åtte gruppene i figur 5, nærmere bestemt tre, fire, syv og åtte talt fra venstre.

Når det gjelder effekt av vignettens omsorgsrolle uavhengig av vignettens kjønn, var det ikke en signifikant forskjell i stratumet mannlige respondenter (kji-kvadrat = 1,128 (df = 1) $p = ,288$). Det samme var tilfellet i stratumet kvinnelige respondenter (kji-kvadrat = ,547 (df = 1) $p = ,460$).

Assosiasjon mellom respondentens egen erfaring med sykefravær og anbefaling om sykmelding: Resultatene viste at kvinners egen erfaring med sykefravær hadde stor betydning for hvorvidt de anbefalte sykmelding eller ikke, der egen erfaring var positivt assosiert med anbefalt sykmelding (kji-kvadrat = 28,308 (df = 3) $p = <,001$). Hos mannlige respondenter ble ikke anbefaling av sykmelding påvirket av egen erfaring med sykefravær (kji-kvadrat = 2,254 (df = 3) $p = ,521$). Dette funnet er fremstilt i figur 6, der det tydelig fremgår at kvinner anbefaler sykmelding oftere jo lengre erfaring med sykefravær de selv har hatt.



Figur 6. Fremstilling av assosiasjon mellom respondentens egen erfaring med sykefravær og anbefalt sykmelding. Andel som svarer *ja* til anbefaling om sykmelding på y-aksen og respondentens egen erfaring med sykmelding de siste tre årene på x-aksen. 95 % konfidensintervall er angitt.

Potensiell konfundering av assosiasjonen mellom respondentens kjønn og råd om sykmelding: Den signifikante kjønnsforskjellen i anbefalt sykmelding kan tenkes å ha blitt påvirket av konfunderende faktorer tilknyttet variabelen respondentens kjønn. På bakgrunn av studiene beskrevet innledningsvis ble det undersøkt hvorvidt respondentens egen omsorgsrolle og egen erfaring med sykmelding kunne bidra til konfundering. Dette ble gjort ved å justere for disse faktorene i en logistisk regresjonsanalyse. Modellen viste at respondentenes omsorgsrolle ikke bidro til konfundering av kjønnsforskjell i anbefalt sykmelding. Egen erfaring med sykmelding bidro derimot til noe konfundering (se Tabell 4). Oddsratio falt fra 1,72 i steg 1, der egen erfaring med sykmelding ikke var inkludert, til 1,58 i steg 2, der egen erfaring med sykmelding var inkludert. Effekten var fremdeles signifikant etter justering. Dette bekrefter studiens hovedfunn om en betydelig kjønnsforskjell i anbefaling om sykmelding, selv etter justering av mulige konfunderende faktorer. Oddsen for å anbefale sykmelding er da 1,58 ganger høyere for kvinnelige respondenter enn for mannlige respondenter.

Tabell 4: Logistisk regresjonsanalyse med potensiell konfundering av variabelen egen erfaring med sykmelding, for assosiasjonen mellom respondentens kjønn (uavhengig variabel) og anbefaling om sykmelding (avhengig variabel).

Variabel	B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp(B)	KI 95 %
Før justering							
Respondent kjønn	.540	.136	15.807	1	.000	1.715	1.315-2.238
Etter justering							
Respondent kjønn	.460	.138	11.068	1	.001	1.584	1.208-2.076
Egne barn	-.045	.133	.114	1	.736	.956	.738-1.240
Egen sykmelding			29.427	4	.000		
Egen sykmelding (1)	.297	.156	3.630	1	.057	1.346	.992-1.828
Egen sykmelding (2)	.805	.205	15.416	1	.000	2.236	1.493-3.341
Egen sykmelding (3)	.877	.207	17.889	1	.000	2.403	1.601-3.606
Egen sykmelding (4)	.708	.219	10.404	1	.001	2.029	1.320-3.120
Konstant	-1.383	.156	78.959	1	.000	.251	

Diskusjon

Studiens hovedfunn er en signifikant kjønnsforskjell i anbefaling av sykmelding. Av de kvinnelige respondentene er det 37,2 prosent som anbefaler sykmelding, mot 25,6 prosent av de mannlige respondentene. Vignettens kjønn og omsorgsrolle har ikke en signifikant effekt på anbefaling av sykmelding i det totale datamaterialet. I stratifiserte analyser av kvinnelige og mannlige respondenter separat er det derimot en signifikant effekt av vignettens kjønn, men kun for mannlige respondenter. De anbefaler sykmelding oftere til kvinnelige vignetter enn til mannlige vignetter, og aller mest til kvinnelige vignetter med omsorgsrolle. Tilsvarende resultat ble funnet når det ble utformet en ny variabel av kombinasjonen kvinnelige vignetter med omsorgsrolle post hoc, og denne ble testet opp mot respondentens kjønn: Mannlige respondentene anbefaler sykmelding til kvinnelige vignetter med omsorgsrolle betydelig oftere sammenlignet med de andre vignettvariantene. Dette er ikke tilfellet for kvinnelige respondenter. Dette kan tyde på at mannlige respondenter vurderer kvinner med barn på en særegen måte. En slik tolkning må likevel tas med forbehold, da det ikke er en signifikant interaksjon mellom respondentens kjønn og vignettens kjønn i anbefaling av sykmelding i det totale materialet.

Antall egne barn hos respondentene har tilsynelatende ingen assosiasjon med anbefaling av sykmelding. Derimot har egen erfaring med sykefravær en direkte og positiv assosiasjon med anbefaling av sykmelding, men kun for kvinnelige respondenter. Den signifikante kjønnsforskjellen i anbefalt sykmelding blir likevel i liten grad påvirket av respondentenes egen erfaring med sykmelding.

Samlet sett tyder funnene i denne studien på at det eksisterer ulike holdninger til sykefravær mellom menn og kvinner i møte med belastende livshendelse. Kvinner synes å ha lavere terskel for å anbefale sykmelding på tvers av kontekstuelle faktorer som omsorgsrolle, kjønn og helse- og jobberelaterte utfordringer sammenlignet med menn. Dette er uavhengig av egen omsorgsrolle, men noe påvirket av egen erfaring med sykefravær. Menn synes derimot å variere anbefaling av sykmelding seg i mellom på bakgrunn av kontekstuelle faktorer i situasjonen, slik som omsorgsrolle og kjønn. Disse resultatene kan tolkes som støtte til enkelte av de ulike teoretiske modellene og årsaksforklaringene for kjønnsforskjell i sykefravær beskrevet innledningsvis, men utfordrer spesielt dobbeltbyrdehypotesen.

Assosiasjon mellom respondentens kjønn og anbefaling av sykmelding: De mannlige og kvinnelige respondentene ble presentert for nøyaktig samme beskrivelse av fysiske og

psykiske symptomer i vignettene, basert på hva som er de største hoveddiagnosene i det legemeldte fraværet i Norge (Brage et al., 2013). Likevel anbefaler kvinner sykmelding betydelig oftere enn menn. Dette kan tyde på kjønnsforskjeller i holdninger til når en person er for syk til å jobbe og når det er nødvendig med sykefravær. En slik tolkning er i samsvar med antagelsen om at det eksisterer kjønnsforskjeller i helseatferd og helsetro beskrevet innledningsvis, der kvinner er antatt å være mer oppmerksomme på symptomer og investerer mer i egen helse i form av forebyggende atferd sammenlignet med menn (Bambra et al., 2009; Bjørnstad, 2006; Bruusgaard et al., 2012; Green & Pope, 1999; Ihlebæk et al., 2002; van Wijk & Kolk, 1997). Menn er derimot antatt å være mer risikovillige, og i større grad overvurdere egen helse og undervurdere sårbarhet for sykdom (Markussen, 2014; Sabo, 2000). I tråd med dette kan resultatene i denne studien forstås som at kvinnelige respondenter oppfatter de fysiske og psykiske symptomene som er beskrevet som mer skadelige for helse enn menn.

På den annen side er det påpekt at det stadig er ukjent i hvor stor grad de diagnosene som hovedsakelig står bak det legemeldte fraværet brukes til å kamuflere forhold som ikke gir rett til sykepengene jf. folketrygdlovens bestemmelser (Ose, 2010). Det er foreslått at slike forhold kan omhandle sosiale problemer, økonomiske vanskeligheter og konflikter på arbeidsplassen eller i familien. I tråd med dette beskriver både den trygdemedisinske modellen og utstøtingsmodellen hvordan ulike faktorer i arbeidsmiljø og på arbeidsplassen kan føre til sykdom og fravær. Det er ofte hevdet at typiske kvinnearbeidsplasser er mer sykefraværsfremmende. Som beskrevet innledningsvis gir ikke forskning belegg for dette (Angelov et al., 2011; Mastekaasa, 2014; Mastekaasa & Melsom, 2014). Det er likevel valgt å beskrive kjønnsnøytrale yrker for personene i vignettene, for å motvirke en potensiell effekt av denne antagelsen. Til gjengjeld opplever personene utfordringer i arbeidslivet basert på faktorer som har dokumentert sammenheng med sykefravær. Dette inkluderer stor arbeidsmengde og opplevd mangel på kontroll og rettferdighet på arbeidsplassen (Allebeck & Mastekaasa, 2004; Elovainio et al., 2002; Kivimaki et al., 2004; Moorman, 1991). Studiene på arbeidsrelaterte faktorer nevnt innledningsvis tyder på at denne sammenhengen er sterkere for kvinner enn for menn (Gadinger et al., 2010; Labriola et al., 2011; Niedhammer et al., 1998). Dette kan kanskje forklare hvorfor kvinnelige respondenter anbefaler sykmelding oftere enn mannlige respondenter i denne studien, til tross for at begge kjønn er presentert for nøyaktig samme jobbrelaterte beskrivelser. I så fall kan det, i tråd med utstøtingsmodellen, tyde på at kvinner oppfatter arbeidssituasjonen i vignettene som mer belastende og potensielt skadelig

for helse sammenlignet med menn. Dette kan videre antyde en kjønnsforskjell i holdninger til hvordan man kan håndtere overveldende krav og relasjonelle utfordringer på arbeidsplassen gjennom sykefravær.

En annen tolkning av resultatene er at kjønnsforskjellen i anbefalt sykmelding handler mindre om spesifikke faktorer i vignettene, og mer om en generell kjønnsforskjell i opplevelse og håndtering av stressende livshendelser. Det er hevdet at arbeidslivet i dagens Norge er preget av stadig økende krav til kompetanse, produktivitet og effektivitet (Bjørnstad, 2010; Wahl, 2009). I tillegg er det påpekt at samfunnsutviklingen kan ha bidratt til økte forventninger om at man skal lykkes på rekke arenaer også utenom jobb og hjem (Lundgaard & Hansen, 2014). Det kan tenkes at disse endringene påvirker kvinner mer enn menn. En slik hypotese støttes av at kvinner er antatt å bruke mer tid, energi og psykologiske ressurser på å planlegge og organisere en hektisk hverdag sammenlignet med menn (Hochschild & Machung, 2003). I tillegg er det påpekt at kvinner legger et betydelig fysisk, mentalt og følelsesmessig arbeid i det å skape og opprettholde en presentasjon av seg selv (Miller, 2009). I sum kan dette føre til belastninger og helseproblemer, som videre øker risikoen for sykefravær. En slik forståelse er i tråd med den trygdemedisinske modellen, og i samsvar med en studie som viser at utbrenthet er et sykdomsbilde som nå er mye brukt blant kvinner (Innstrand, Langballe, Falkum & Aasland, 2011). I lys av dette kan det tenkes at kvinnelige respondenter i denne studien vurderer den totale belastningen i vignettene som skadelig for helse og/eller velvære, og dermed anbefaler sykemelding oftere enn menn.

I analyser av norske registerdata er det videre påvist at sykefravær som følge av psykiatriske diagnoser har økt i alle aldersgrupper fra 1994-2000, og spesielt hos kvinner (Hensing, Andersson & Brage, 2006). Forfatterne argumenterer for at det ikke nødvendigvis dreier seg om økning i disse diagnosene, men heller en mer generell økning i stress og nedgang i psykisk velvære som følge av samfunnsendringer. Studiene det er referert til innledningsvis peker videre mot at menn og kvinner opplever nettopp stress på ulike måter, og at kvinner generelt bruker mer reaktive-passive strategier i møte med stressende hendelser enn det menn gjør (Matud, 2004; van Rhenen et al., 2008). Slike strategier er rettet mot å redusere negative emosjoner utløst av situasjonen, og involverer blant annet å søke støtte hos familie og/eller venner (Piltch et al., 1994). I den forstand kan det tenkes at kvinner har en holdning til sykefravær som metode for å hente seg inn i vanskelige perioder og bruke tid med nære andre. En slik holdning vil antageligvis påvirke kvinners råd til andre i tilsvarende

belastende situasjoner, og kan kanskje ligge bak kjønnsforskjellen i anbefaling av sykmelding i denne studien.

På den annen side kan funnene i denne studien også tolkes i lys av attraksjonsmodellen, som forklarer sykefravær som følge av en rasjonell avveining mellom arbeid og fritid. Vignettene i denne studien beskriver en person som bedriver en rekke ulike aktiviteter utenfor jobb og hjem, eksempelvis etterutdanning, oppussing, trening og sosiale aktiviteter. I WHO's definisjon av helse poengteres det at god helse ikke kun innebærer fravær av sykdom og symptomer, men en "tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære" (Hofgaard, 2010). Dette kan inkludere å være i god fysisk form, ha energi, gode sosiale relasjoner med andre og fungere effektivt (Fugelli & Ingstad, 2001). I tråd med dette kan det at kvinner oftere anbefaler sykmelding enn menn forstås som at kvinner tillegger flere fritidsområder større mening og verdi enn arbeid. Sykefravær kan således bli et tiltak for å ha overskudd til disse aktivitetene. I dette ligger det en mulig kjønnsforskjell i prioriteringer, der kvinner prioriterer lønnsarbeid og karriere mindre og fritid mer enn det menn gjør.

Attraksjonsmodellen vil begrunne dette som valg basert på ulike preferanser mellom kjønnene, ikke som følge av sykdom eller helsemessig utstøting for kvinner. At mannlige respondenter generelt har en høyere terskel for å anbefale sykmelding vil i denne sammenheng kunne forstås som at menn har en sterkere preferanse for, og tilknytning til, arbeidslivet. En slik antagelse er i tråd med studiene som beskriver tradisjonelle kjønnsroller nevnt innledningsvis (Grasdal, 2011; Norman & Tedeschi, 1984).

Effekt av vignettens kjønn og omsorgsrolle: Dobbelbyrdehypotesen er blitt en hyppig sitert forklaring på kvinners økte sykefravær (Ariansen, 2015; Bratberg et al., 2002; Floderus et al., 2012; Grasdal, 2011). I henhold til denne hypotesen ville det forventes ulik grad av anbefalt sykmelding for personer med og uten omsorgsrolle. Dette var også en av hypotesene i denne studien, men det ble ikke funnet en slik effekt for kvinnelige respondenter. De anbefaler sykmelding like ofte til samtlige versjoner av vignettene, og skiller ikke mellom vignettens omsorgsrolle. Dette peker i retning av at kvinners holdninger til sykefravær ikke baseres på familiære belastninger eller behov. I den forstand blir dobbelbyrdehypotesen som forklaring på kvinners hyppigere sykefravær noe svekket i denne studien. Funnene tyder tvert imot på at det må være andre faktorer enn omsorgsrollen som påvirker kvinners holdninger til sykefravær. Dette kan kanskje være helsemessige og jobberelaterte faktorer som beskrevet ovenfor.

I stratifiserte analyser av mannlige respondenter separat er det derimot en signifikant effekt i tråd med studiens hypoteser. De anbefaler oftere sykmelding til kvinnelige vignetter sammenlignet med mannlige vignetter, og aller mest til kvinnelige vignetter med omsorgsrolle. Dette tyder på at menn har en særskilt holdning til sykefravær for kvinner med barn. Det kan tenkes at dette handler om at mannlige respondenter anerkjenner en dobbel belastning hos kvinnelige arbeidstakere med barn, som gir risiko for sykefravær. På den annen side kan det også forstås som at menn legger mer tradisjonelle kjønnsroller til grunn og vurderer kvinners rolle i hjemmet som viktigere enn i arbeidet. Dette er i tråd med studier som viser at menn har mer tradisjonelle kjønnsroller til kvinner enn kvinner har til menn, og dermed tar i bruk mer kjønnsstereotypiske syn i vurdering av kvinnen som den primære omsorgsgiver og mannen som den primære inntektskilde i husholdningen (Kaufman, 2000; Konrad & Hartmann, 2001). Menn er i tillegg påvirket å vurdere sin arbeidsrolleidentitet som sterkere enn andre roller som ikke omhandler arbeid (Akerlof & Kranton, 2000). Som beskrevet innledningsvis kan det tenkes at menn derfor vurderer det som viktigere for familien at kvinner holder seg friske, og at dette bidrar til at de mannlige respondentene har en annen og mer liberal holdning til sykefravær for kvinner med barn enn kvinnelige respondenter har. For dem selv bidrar derimot sterk arbeidsrolleidentitet kanskje til høyere terskel for sykefravær, og dette rasjonale farger også deres anbefaling til andre menn.

Tolkningen av effekten av vignettens kjønn og omsorgsrolle for mannlige respondenter må likevel tas med forbehold, da det ikke var en signifikant interaksjon mellom respondentens kjønn og vignettens kjønn i anbefaling av sykmelding i det totale datamaterialet. Dette betyr at selv om menn, i motsetning til kvinner, lar seg påvirke av vignettens kjønn, kan det ikke ut ifra denne forskjellen mellom menn og kvinner med sikkerhet sies at anbefaling om sykmelding basert på vignettens kjønn kommer an på respondentens kjønn.

Betydning av egen erfaring med sykefravær: Resultatene i denne studien indikerer en positiv assosiasjon mellom egen erfaring med sykefravær og anbefaling av sykmelding til andre, men kun for kvinnelige respondenter. Dette kan tyde på kjønnsforskjeller i oppfatning og vurdering av konsekvensene av sykefravær. I tråd med den trygdemedisinske modellen kan det tolkes som at kvinner som selv har vært sykmeldt har opplevd dette som god behandling i belastende livssituasjoner, og/eller som forebyggende for mer langvarig sykdom, og at dette rasjonale farger deres anbefaling til andre. Det kan også tenkes at kvinner har erfart at sykmelding gir et signal til arbeidsplassen om potensielle jobbrelaterte forhold som

har en negativ effekt på helse, slik utstøtingsmodellen fremhever. På den annen side har studier beskrevet innledningsvis påvist at menn i større grad frykter at de vil bli vurdert som mindre seriøse i forhold til karriere hvis de tar ut sykefravær, at fravær vil gi negative konsekvenser for karrieren og at de opplever mer sosial stigmatisering ved sykefravær enn kvinner (Mofitt, 1983; Wayne & Cordeiro, 2003). I tråd med attraksjonsmodellen kan dette forstås som at insentiver for å unngå lengre sykefravær er svakere for kvinner, både økonomisk og sosialt. På denne måten kan det tenkes at kvinner har erfart at sykefravær gir dem mer fritid uten de medfølgende negative konsekvensene som menn erfarer. Dette kan kanskje bidra til at de har lavere terskel for å anbefale sykmelding også til andre.

Implikasjoner av studien

Resultatene i denne studien tyder på at det eksisterer ulike holdninger til sykefravær mellom menn og kvinner i møte med belastende livshendelser. Dette kan gi implikasjoner både for kunnskap om kjønnsforskjeller i sykefravær, for fremtidig forskning og for tiltak i arbeidslivet.

Implikasjoner for kunnskap om kjønnsforskjeller i sykefravær: De få studiene som foreløpig har undersøkt holdninger til sykefravær har ikke gitt entydige resultater. I tillegg er det problematisk at disse studiene direkte har etterspurt holdninger til sykefravær, da dette kan produsere falske assosiasjoner og bias dersom respondentene gir svar som er mer sosialt akseptable og mindre reelle. Gjennom bruk av surveyeksperimentmetoden har denne studien undersøkt kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær indirekte ved å spørre respondenter hva de vil anbefale andre personer i belastende livssituasjoner. En slik indirekte spørsmålsformulering er, som beskrevet tidligere, antatt å kunne avdekke implisitte holdninger hos respondenter (Hughes & Huby, 2002; van Soest et al., 2011). Ved å benytte seg av denne metoden peker resultatene i motsatt retning av den nordiske sammenligningen av holdninger til sykefravær beskrevet innledningsvis (Dahl et al., 2007). Der synes kvinner å være mer restriktive i sine holdninger til sykefravær sammenlignet med menn. I denne studien har kvinnelige respondenter derimot en lavere terskel for å anbefale sykmelding enn mannlige respondenter. Dette funnet antyder at det finnes implisitte kjønnsforskjeller i holdning til sykefravær, som kanskje ikke ble fanget i den nordiske sammenligningen grunnet ulik anvendt metode.

Anbefaling om sykmelding synes ikke å være spesifikt knyttet til belastninger som følge av kombinasjonen av lønnsarbeid og omsorgsansvar i familie og hjem, i hvert fall ikke for kvinnelige respondenter. Dette utfordrer dobbeltbyrdehypotesen. Det kan til gjengjeld gi

et behov for flere studier på hvilke belastninger kvinner opplever på ulike områder i livet, og hvordan de håndterer disse sammenlignet med menn.

Resultatene i denne studien kan tolkes i tråd med antagelsen om at det finnes kjønnsforskjeller i helseatferd og helsetro mellom kjønnene beskrevet innledningsvis (Bjørnstad, 2006; Markussen, 2014; Sabo, 2000; van Wijk & Kolk, 1997).). I tillegg kan funnene forstås som støtte til studier som har påvist kjønnsforskjeller i effekten av negative arbeidsforhold på helse (Gadinger et al., 2010; Labriola et al., 2011; Niedhammer et al., 1998). Det er likevel ikke mulig å si hvor stor effekt de helsemessige faktorene og/eller de jobbrelevante faktorene har gitt i den totale variasjonen i anbefalt sykmelding mellom respondentenes kjønn. For å undersøke dette kan man i fremtidige studier utforme flere eksperimentelle betingelser, der man også varierer fysisk og psykisk symptomtrykk og/eller jobbrelevante utfordringer mellom vignetter. På denne måten kan man få en indikasjon på i hvilken grad slike faktorer spiller inn på holdninger til sykefravær, og om det er kjønnsforskjeller i dette.

Implikasjoner for fremtidig forskning: Resultatene tyder på at det eksisterer kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær, der kvinner oftere anbefaler sykmelding til andre sammenlignet med menn. Denne kjønnsforskjellen kan kanskje være relevant for kjønnsforskjell i faktisk fravær, og i fremtidig forskning kan derfor være viktig å studere spesifikt hvilke faktorer som påvirker menn og kvinners holdninger til sykefravær.

Resultatene i denne studien indikerer en assosiasjon mellom egen erfaring med sykefravær og anbefaling av sykmelding til andre, men kun for kvinnelige respondenter. Dette kan tyde på kjønnsforskjeller i oppfatning og vurdering av konsekvensene av sykefravær, og i fremtidig forskning kan det være relevant å undersøke denne forskjellen nærmere. I datamaterialet fra spørreskjemaet ligger det muligheter for flere analyser som kan bidra til slik kunnskap. Dette kan for eksempel gjøres ved å studere de åpne spørsmålene som omhandler hvilke fordeler og ulemper en sykmelding kan ha for personen i vignetten, og se om disse er signifikant forskjellige mellom kvinnelige og mannlige respondenter. Det kan også analyseres direkte gjennom respondentenes svar på hvordan de mener en sykmelding vil påvirke 12 ulike livsområder. Ser menn og kvinner ulikt på hvordan man kan forebygge sykdom ved sykefravær og om man bør skjermes for ubehagelige arbeidsmiljø gjennom sykmelding? Vurderes sykefravær som mer til gagn og mindre skadelig for kvinner enn for menn? Dette er interessante problemstillinger det foreløpig ikke finnes klare svar på.

Et fokus på oppfatning og vurdering av konsekvenser av en sykmelding innebærer også et behov for flere studier på kjønnsforskjeller i helseatferd og helsetro, og kanskje mer spesifikt hvorvidt dette er knyttet til sykefravær. Opplever kvinner i større grad enn menn at overveldende belastninger bidrar til sykdom, at ulike arbeidsforhold er sykdomsfremkallende, eller at det er behov for fravær for å ivareta helse i vanskelige perioder? Forskning på disse problemstillingene kan gi viktige implikasjoner for tiltak på både samfunns-, bedrifts- og individnivå.

Det kan også være relevant med mer forskning på kjønnsforskjeller i holdninger til verdien av fritid versus arbeid, og hvorvidt dette har en sammenheng med sykefravær. I en svensk studie er det påvist at det er færre som rapporterer arbeid som viktigste kilde til identitet enn tidligere (Zetterberg, 1977). Til tross for at dette er en eldre studie, tyder den på at det er andre områder for selvrealisering og identitetsdanning som har fått økt betydning. Innenfor et tradisjonelt kjønnsrolleperspektiv er det forventet at dette involverer familielivet for kvinner. Resultatene i denne studien tyder derimot på at familielivet spiller mindre rolle, i hvert fall hvis anbefaling av sykmelding forstås som en preferanse for mer fritid. Dette følger av at kvinnelige respondenter ikke varierer anbefaling av sykmelding mellom vignetter med og uten barn. Av den grunn kan det være relevant å studere hvorvidt det er andre kilder til selvrealisering i dag, utenom jobb og familie. Videre blir det viktig å undersøke hvorvidt disse gir større belastning for kvinner enn for menn, slik den trygdemedisinske modellen og utstøtingsmodellen vil legge til grunn, eller om de tillegges større verdi enn arbeid, slik attraksjonsmodellen vil fremheve.

Implikasjoner for tiltak på ulike nivå: Til tross for at årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær kan sies å ha blitt et sensitivt tema i den offentlige debatten de siste årene, er det i utgangspunktet politisk vilje til å redusere forskjellen (Mykletun & Vaage, 2012; NOU 2010:3). Et ufullstendig kunnskapsgrunnlag har derimot gjort det vanskelig å iverksette konkrete tiltak for reduksjon i kjønnsforskjellen, eller tiltak spesifikt rettet mot kvinner. Slike tiltak bør naturligvis ikke anbefales på grunnlag av én enkelt studie slik som denne. På den annen side er grunnlaget for å kunne forebygge kjønnsforskjeller i sykefravær nettopp kunnskap om årsaker til forskjellen. I den forstand kan det tenkes at denne studien indirekte er relevant. Dersom fremtidig forskning repliserer og styrker antagelsen om at kvinner har en lavere terskel enn menn for å anbefale sykmelding i belastende livssituasjoner, kan det ha implikasjoner for tiltak på både individ-, bedrift- og samfunnsnivå. Dersom kvinners holdning til sykefravær viser seg å være basert på en forventning om positive effekter på helse, bør det

tydeliggjøres når dette faktisk er kontrainduert. Forskning har for eksempel vist at deltakelse i arbeidslivet er helsefremmende både ved rygglidelser og psykiske lidelser (Tveito, Hysing & Eriksen, 2004). Det kan tenkes at dette ikke er godt nok kjent i offentligheten, og at det bør formidles gjennom nasjonale og lokale informasjonskampanjer.

De helsefremmende effektene av arbeid bør i tillegg fortsatt ha et tverrfaglig fokus i ulike instanser som er en del av sykmeldingsprosessen. Det er foreslått at den positive effekten av gradert sykmelding nettopp kommer av at det blir tydeligere hvor grensen går for når man skal sykmeldes, og hvor lenge man skal være borte fra jobb (Mykletun, 2014). Resultatene i denne studien tyder på at menn og kvinner har ulike holdninger til dette. Mer og bedre evaluering av gradert sykmelding er riktignok nødvendig for å stadfeste hvilke mekanismer som kan ligge bak den positive effekten det har hatt på å redusere sykefravær.

Dersom kvinner har en holdning til sykefravær som den ”eneste løsningen” for å håndtere belastende livssituasjoner og unngå langvarig sykdom, har dette også betydning for arbeidsrettede tiltak. Det kan tenkes at det bør være økt fokus på muligheter for å redusere arbeidsbelastninger som et alternativ til sykefravær, for eksempel individuell tilrettelegging på arbeidsplassen, perioder med noe redusert arbeidsmengde, mulighet for hjemmekontor og økt åpenhet om utfordringer i arbeidsmiljøet. I en studie har slike tiltak allerede vist seg å gi en klar reduksjon i sykefraværet blant gravide (Strand, 2001).

Forskning på kjønnsforskjeller i sykefravær har ofte fokusert på potensielt fraværsfremmende faktorer. De siste årene er det derimot gjort stadig flere studier på nærværsfaktorer, i form av helsefremmende aspekter ved arbeidslivet og hva som gjør at folk går på jobb. Det er hevdet at et slikt fokus kan gi fornøyde arbeidstakere, økt produktivitet og redusert fravær på sikt (Johnsson, Lugn & Rexed, 2006). Dette støttes av en studie som viser at bedrifter som har lyktes med å redusere sykefravær har fokusert på hva som fremmer og hemmer et godt arbeidsmiljø (Moen, 2003). Faktorer som er antatt å kunne forbedre arbeidstakernes helse inkluderer en bedriftskultur som oppmuntrer til motivasjon, ansvarlighet og deltagelse hos alle ansatte, og en kultur for å balansere tilstrekkelig mellom krav og kontroll på jobb, ferdigheter og sosial støtte (ENWHP, 1997; Tones & Green, 2004). Hvorvidt, og eventuelt hvordan, disse effektene påvirker menn og kvinner ulikt kan være av betydning for kjønns spesifikke tiltak rettet mot å redusere sykefraværet i Norge.

Studiens styrker og begrensninger

En potensiell begrensning ved de fleste studier som undersøker holdninger er risikoen for falske assosiasjoner i resultatene ved at respondenter gir sosialt ønskelige svar. Dette

gjelder ikke minst for holdninger knyttet til betente temaer, slik som kjønnsforskjeller i sykefravær. Tidligere studier på holdninger til sykefravær har ikke tatt dette forbeholdet (Dahl et al., 2007; Krane et al., 2014). En fordel ved denne studien er derfor at den er designet som et surveyeksperiment, og at holdninger er undersøkt indirekte ved å be respondenter gi anbefalinger til en hypotetisk venn. En slik metode åpner opp for at respondenter benytter subjektive terskler i sin vurdering av vignetter på samme måte som de ville vurdert seg selv, slik at man får et bilde av deres implisitte holdninger til en gitt problemstilling (van Soest et al., 2011).

På den annen side er surveyeksperimentmetoden kritisert for å mangle økologisk validitet, som omhandler hvorvidt en undersøkelse gjennomføres under betingelser som ligner situasjonen eksperimentet skal si noe om (Svartdal, 2009). I denne studien innebærer dette hvorvidt de holdninger som kommer fram faktisk eksisterer i den virkelige verden. For å kunne vurdere økologisk validitet i denne studien er det nødvendig med en grundig evaluering og vurdering av hvorvidt funn er generaliserbare utover den spesifikke vignettsituasjonen. I pilotering av studien ble respondentene derfor eksplisitt bedt om å gi tilbakemelding på om vignettene virket troverdige. Det var gjennomgående høy konsensus om at beskrivelsene ble oppfattet realistiske, og at respondentene kjente igjen situasjonene fra eget liv og/eller omgangskrets. Samtidig beskriver vignettene en kompleks livssituasjon, og det er ikke mulig å vite hva som har vært utløsende faktor for anbefaling av sykmelding hos den enkelte respondent. For noen er det kanskje én spesifikk faktor som har hatt størst innvirkning på anbefaling av sykmelding, mens det for andre er en helhetsvurdering av beskrivelsen i vignetten. Til tross for at denne studien indikerer at kvinner har en annen holdning til sykefravær enn menn, er det ikke mulig å konkludere med *hva* som ligger bak denne kjønnsforskjellen.

Det kan heller ikke med sikkerhet sies at resultatene virkelig representerer respondentenes personlige holdninger til sykefravær. Til tross for at studiene beskrevet innledningsvis har påvist at pasienten spiller en større rolle i sykmeldingsprosessen enn legen (Carlsen & Norheim, 2005; Englund et al., 2000; Gulbrandsen et al., 2002; Larsen et al., 1994), kan det ikke utelukkes at anbefaling av sykmelding i denne studien, i det minste delvis, er basert på hvordan respondentene tror at en lege vil vurdere situasjonen. Dersom respondenter har fattet mistanke om at undersøkelsen omhandler holdninger til sykefravær, med spesifikt fokus på kjønnsforskjeller, kan også dette ha påvirket svarene deres.

Tilbakemeldinger fra pilotering ga likevel ingen indikasjon på at dette formålet med studien ble avslørt.

Analysene i denne studien er basert på det dikotome spørsmålet om anbefaling av sykmelding. Å bruke kun ett utfallsmål som består av et item med to lukkede svaralternativer, begrenser diskusjon og konklusjon av funnene i denne studien. Dette spørsmålet ga heller ingen andre alternativer til hvordan personen i vignetten kunne håndtere sin situasjon enn ved sykmelding, og i den forstand kan det tenkes at andelen som har anbefalt sykmelding er overdreven høy. På den annen side vil ikke dette påvirke den relative kjønnsforskjellen. Det ville likevel vært interessant å benytte innholdsanalyse for å undersøke hvorvidt det er tilsvarende kjønnsforskjell i svarene på det åpne spørsmålet om hva respondentene vil anbefale personen i vignetten. Også i fremtidige studier bør det benyttes et mer psykometrisk robust mål som kan fange mer variasjon i respondentenes svar.

En annen potensiell begrensning ved studien er at det er benyttet et såkalt bekvemmelighetsutvalg. Dette har vært kostnadseffektivt og bidratt til muligheten til å generere en stor database på kort tid, men gir samtidig risiko for skjeve utvalg. Det er forsøkt å motvirke denne effekten ved å rekruttere respondenter fra ulike flater. I det endelige datamaterialet er det likevel en overvekt av kvinnelige respondenter. I tillegg er en overvekt av respondentene innhentet via Facebook og befinner seg i aldersgruppen 20-29 år. Det kan ikke utelukkes at det er spesifikke kjennetegn ved denne gruppen som har påvirket kjønnsforskjellen i anbefaling av sykmelding. Som følge av bruk av denne utvalgsmetoden er det også ukjent hvor mange som ble invitert til å delta, og dermed ikke mulig å angi svarresponsen. Det kan tenkes at de som besvarte spørreundersøkelsen er respondenter med mer tid, mindre belastninger eller andre kjennetegn som påvirker tolkning av funnene i denne studien. På den annen side samsvarer prosentvis fordeling av anbefalt sykmelding mellom respondentenes kjønn med den faktiske kjønnsforskjellen i sykefraværet i Norge (SSB, 2015). Dette styrker muligheten for at funnene kan generaliseres til resten av befolkningen i Norge innenfor samme aldersgruppe.

I tolkning av funn i kvantitative studier slik som denne er det viktig å være oppmerksom på risikoen for å gjøre feilslutninger i form av type 1 og type 2-feil. Førstnevnte inntreffer når en statistisk test indikerer et signifikant resultat, men i virkeligheten er en tilfeldighet (Svartdal, 2009). Dette kan føre til at man feilaktig forkaster en nullhypotese, og hevder at det er funnet en forskjell eller effekt som ikke egentlig er reell. For å forsøke å motvirke type 1-feil kan signifikansnivået justeres fra 0,05 til 0,01. Da aksepteres det 1

prosent risiko for type 1-feil. Kjønnsforskjellen i anbefaling av sykmelding i denne studien er signifikant på 0,001-nivå. Dette styrker grunnlaget for å forkaste nullhypotesen om at det ikke er en forskjell mellom kvinner og menn på anbefaling av sykmelding. Det samme gjelder den signifikante assosiasjonen mellom respondenters egen erfaring av sykmelding og anbefalt sykmelding til personen i vignetten. De eksperimentelle variablene vignettkjønn og vignettens omsorgsrolle hadde på sin side ikke en signifikant effekt på anbefaling av sykmelding i det totale datamaterialet. I stratifiserte analyser blant mannlige respondenter separat var det derimot signifikante effekter av disse variablene, i form av at de betydelig oftere anbefalte sykmelding til kvinnelige vignetter med omsorgsrolle sammenlignet med de andre vignettvariantene. Dette funnet kan tyde på at mannlige respondenter vurderer kvinner med barn på en særegen måte. Denne tolkningen må likevel tas med forbehold, da det ikke var en signifikant interaksjon mellom respondentens kjønn og vignettens kjønn i anbefaling av sykmelding i det totale datamaterialet. Det kan derfor ikke med sikkerhet sies at forskjellen mellom menn og kvinner i anbefaling av sykmelding basert på vignettens kjønn, kommer an på respondentens kjønn. Stratifiserte analyser innebærer i tillegg flere tester, som øker risiko for type 1-feil. Samlet sett gir antallet analyser i denne studien relativt høy risiko for å gjøre en slik feil i en eller flere av de mange testene. For å forsøke å motvirke dette kan det korrigeres for multippel testing, men det er ikke blitt gjort. I den forstand må resultatene tolkes med varsomhet, spesielt tolkninger av ulikheter mellom mannlige og kvinnelige respondenter i vurdering av sykmelding.

Konklusjon:

Kjønnsforskjellen i sykefravær er problematisk både for staten, arbeidsgivere og for den individuelle arbeidstaker. I tillegg utgjør kjønnsforskjellen et likestillingsproblem dersom den fører til at kvinner får mindre innflytelse i samfunnet og lavere karriere- og lønnsutvikling enn menn. Forskning har så langt ikke gitt gode eller dekkende forklaringer på hva som ligger bak kjønnsforskjellen i sykefravær, og derav har det heller ikke vært grunnlag for evidensbaserte tiltak for å redusere forskjellen. Det er blant annet etterspurt mer og bedre forskning på kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær som én mekanisme som kan ligge bak kvinners høyere sykefravær. De få holdningsstudiene som er gjort har ikke gitt entydige resultater. I tillegg er det potensielt problematisk at studiene direkte har etterspurt respondenters holdninger til sykefravær, da dette kan produsere falske assosiasjoner dersom deltagere gir sosialt ønskelige svar. Denne studien har derimot undersøkt kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær indirekte, ved å be respondenter gi råd til en hypotetisk, men

realistisk beskrivelse av en venn i en belastende livssituasjon. Gjennom bruk av denne metoden tyder resultatene på en klar kjønnsforskjell i holdninger til sykefravær. Kvinnelige respondenter anbefaler sykmelding betydelig oftere enn mannlige respondenter på tvers av kontekstuelle faktorer som omsorgsrolle, kjønn og helse- og jobbrelevante utfordringer. Dette er uavhengig av antall egne barn, men noe påvirket av egen erfaring med sykefravær. Menn varierer derimot anbefaling av sykmelding seg i mellom på bakgrunn av kontekstuelle faktorer i vignetten, slik som omsorgsrolle og kjønn.

Denne kjønnsforskjellen i holdninger kan tenkes å være én av faktorene som påvirker kjønnsforskjellen i det faktiske sykefraværet i Norge. Det er derimot usikkert hvilke sammenhenger som ligger bak kjønnsforskjellen som er påvist i denne studien, og om den kan være assosiert med de jobbrelevante og helsemessige faktorene som er beskrevet i vignettene. Uforklart variasjon i både denne og tidligere studier tyder på et behov for mer forskning på årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær. Flere studier på blant annet betydningen av jobbrelevante faktorer, helseatferd og helsetro, mestringsstrategier og oppfatning av konsekvenser av sykmelding kan være relevant, og gi implikasjoner for utvikling av tiltak rettet mot å redusere kjønnsforskjellen.

Referanser

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological bulletin*, 84(5), 888-918.
- Akerlof, G. A. & Kranton, R. E. (2000). Economics and identity. *Quarterly Journal of Economics*, 105(3), 715–753.
- Allebeck, P. & Mastekaasa, A. (2004). Risk factors for sick leave – general studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(63 suppl), 49–108.
- Angelov, N., Johansson, P., Lindahl, E. & Lindström, E-A. (2011). *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. (IFAU-rapport nr 2/2011). Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
- Arbeids- og sosialdepartementet (2013). *Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk*. Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen, 14. juni 2013.
- Ariansen A. M. & Mykletun, A. (2014). Does postponement of first pregnancy increase gender differences in sickness absence? A register based analysis of Norwegian employees in 1993–2007. *PLoS One*, 9(3), doi: 10.1371/journal.pone.0093006.
- Ariansen, A. M. (2015). Women's sickness absence in contemporary Norway. The impacts of class, motherhood and pregnancy. Doktorgradsavhandling, Universitet i Bergen.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Bambra, C., Pope, D., Swami, V., Stanistreet, D., Roskam, A., Kunst, A. & Scott-Samuel, A. (2009). Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(1), 38-44.
- Barabas, J. & Jerit, J. (2010). Are survey experiments externally valid? *American political Science Review*, 104(2), 226-242.
- Baruch, G. K., Biener, L. & Barnett, R. C. (1987). Women and gender in research on work and family stress. *American Psychologist*, 42(2), 130-136.
- Becker, M. H. (ed). (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324-508.

- Bekker, M. H., de Jong, P. F., Zijlstra, F. R. & van Landeghem, B. A. (2000). Combining care and work: Health and stress effects in male and female academics. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7(1), 28-43.
- Bendelow, G. (1993). Using visual imagery to explore gendered notions of pain. *Sages focus editions*, 152, 212-212.
- Bentler, P. M. & Speckart, G. (1979). Models of attitude-behavior relations. *Psychological review*, 86(5), 452-464.
- Biørn, E., Gaure, S., Markussen, S. & Røed, K. (2013). The rise in absenteeism: disentangling the impacts of cohort, age and time. *Journal of Population Economics*, 26(4), 1585-1608.
- Bjørnstad, R. (2006). Er det økte sykefraværet tegn på et mer inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv?. *Økonomiske analyser*, 6, 48-55.
- Bjørnstad, R. (2010). Økt sykefravær kan forklares med økt sysselsetting. *Samfunnsøkonomen*, 64(3), 4-12.
- Brage, S., Nossen, J. P. & Thune, O. (2013). Flere blir sykemeldt for symptomer og plager. *Arbeid og velferd*, 2, 88-98.
- Bratberg, E., Dahl, S. Å., Risa, A. E. (2002). 'The double burden': Do combinations of career and family obligations increase sickness absence among women?. *European Sociological Review*, 18(2), 233-249.
- Bratberg, E. & Vaage, K. (2015, 23. mars). Norge er fortsatt på trygdetoppen. *Aftenposten, Viten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no>
- Brown, S. & Sessions, J. G. (1996). The economics of absence: theory and evidence. *Journal of Economic Surveys*, 10(1), 23-53.
- Bruusgaard, D., Tschudi-Madsen, H., Ihlebæk, C., Kamaleri, Y. & Natvig, B. (2012). Symptom load and functional status: results from the Ullensaker population study. *BMC public health*, 12(1). doi:10.1186/1471-2458-12-1085
- Carlsen, B. & Norheim, O. F. (2005). "Saying no is no Easy Matter" A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research*, 5(70), 1-11.
- Collins, B. E. & Brief, D. E. (1995). Using Person-Perception Vignette Methodologies to Uncover the Symbolic Meanings of Teacher Behaviors in the Milgram Paradigm. *Journal of Social Issues*, 51(3), 89-106.

- Dahl, S. Å., Holmås, T. H., Skjeret, F. & Kjerstad, E. (2007). *En kartlegging av holdninger til sykefraværet i Norden* (SNF-rapport nr. 23/07). Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning.
- Dale-Olsen, H. & Markussen, S. (2010). Økende sykefravær over tid?—Sykefravær, arbeid og trygd 1972–2008. *Søkelys på arbeidslivet*, 27(01-02), 105-121.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499-512.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. In D.T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey, G. (Ed.), *Handbook of social psychology*, (269–322). New York, McGowan-Hill.
- Elovainio, M., Kivimäki, M. & Vahtera, J. (2002). Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *American journal of public health*, 92(1), 105-108.
- Elstad, J. I. (2005). *Gradientutfordringen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Englund, L., Tibblin, G. & Svärdsudd, K. (2000). Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. *Scandinavian journal of primary health care*, 18(1), 48-52.
- ENWHP. (1997). Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. Hentet 15. Mai 2015 fra <http://www.enwhp.org/>
- Evans, O. & Steptoe, A. (2002). The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. *Social science & medicine*, 54(4), 481-492.
- Fleten, N. & R. Johnsen (2005). *Prosjekt egenmelding i Kristiansand kommune*. ISM skriftserie. Institutt for samfunnsmedisin. Universitetet i Tromsø.
- Floderus, B., Hagman, M., Aronsson, G., Marklund, S. & Wikman, A. (2012). Medically certified sickness absence with insurance benefits in women with and without children. *The European Journal of Public Health*, 22(1), 85-92.
- Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(5), 229-237.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift for norsk legeförening*, 121(30), 3600-3604.
- Gadinger, M. C., Fischer, J. E., Schneider, S., Terris, D. D., Krückeberg, K., Yamamoto, S., Frank, G. & Kromm, W. (2010). Gender moderates the health-effects of job strain in

- managers. *International archives of occupational and environmental health*, 83(5), 531-541.
- Grasdal, A. (2011). *Kvinner – yrkesdeltakelse, familieomsorg og sykefravær*. Paper presentert på IA-konferansen, Lillestrøm, Norge. Hentet 13.05.2015 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/9b810089d45c4b558b76d8d0f2dd4776/grasdal_ia_2011.pdf
- Green, C. A. & Pope, C. R. (1999). Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social science & medicine*, 48(10), 1363-1372.
- Gulbrandsen, P., Førde, R. & Aasland, O. G. (2002). Hvordan har legen det som portvakt. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 122(19), 1874-1879.
- Halvorsen, K. (1994). Velger folk trygd for vinningens skyld?. I D. Bruusgard, A. Hatland & A. Syse (Red)., *Et nødvendig gode. Folketrygdens plass i Velferds-Norge*. Oslo: Gyldendal.
- Haveman, R. H. & Wolfe, B. L. (1990). The Economic Well-Being of the Disabled: 1962-84. *The Journal of Human resources*, 25(1), 32-54. .
- Henrekson, M. & Persson, M. (2004). The effects on sick leave of changes in the sickness insurance system. *Journal of Labor economics*, 22(1), 87-113.
- Hensing, G., Andersson, L. & Brage, S. (2006). Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Medicine*, 4(19), 1-9.
- Hesselius, P., Nilsson, J. P. & Johansson, P. (2009). Sick of your colleagues' absence?. *Journal of the European Economic Association*, 7(2-3), 583-594.
- Hochschild, A. R. & Machung, A. (2003). *The Second Shift*. New York, Penguin Books.
- Hofgaard, T. L. (2010). En ny definisjon av helse?. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(4), 362.
- Hughes, R. & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 37(4), 382- 386.
- Ichino, A. & Moretti, E. (2009). Biological Gender Differences, Absenteeism, and the Earnings Gap, *American Economic Journal: Applied Economics*, American Economic Association, 1(1), 183-218.
- Ihlebak, C., Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian journal of public health*, 30(1), 20-29.

- Innstrand, S. T., Langballe, E. M., Falkum, E. & Aasland, O. G. (2011). Exploring within- and between-gender differences in burnout: 8 different occupational groups. *International archives of occupational and environmental health*, 84(7), 813-824.
- Jensen, S. & McIntosh, J. (2007). Absenteeism in the workplace: results from Danish sample survey data. *Empirical Economics*, 32(1), 125-139.
- Johansen, V., Aronsson, G. & Marklund, S. (2014). Positive and negative reasons for sickness presenteeism in Norway and Sweden: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 4(2), e004123. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004123
- Johnsson, J., Lugn, A. & Rexed, B. (2006). *Langtidsfrisk. Slik skapes helse, effektivitet og lønnsomhet*. Kjeller: Genesis forlag.
- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 24(2), 285-308.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Wiley
- Kasl, S. V. & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246-266.
- Kaufman, G. (2000). Do gender role attitudes matter? Family formation and dissolution among traditional and egalitarian men and women. *Journal of Family Issues*, 21(1), 128-144.
- Kitterød, R. H. (2012). Husholdsarbeid: ikke lenger nedgang i husarbeidet. *Samfunnsspeilet: Tidsskrift for levekår og livsstil*, 26(4), 48-55.
- Kivimäki, M., Ferrie, J. E., Head, J., Shipley, M. J., Vahtera, J. & Marmot, M. G. (2004). Organisational justice and change in justice as predictors of employee health: the Whitehall II study. *Journal of epidemiology and community health*, 58(11), 931-937.
- Knardahl, S., Labriola, M., Lund, T. & T. Sterud, T. (2010). *Betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet*. Kunnskapsoppsummering til Almlidutvalget. STAM/IRIS
- Kolberg, J. E. (1991). *En empirisk utprøving av utstøtingsmodellen*. I A. Hatland (red.) *Trygd som fortjent?*. Oslo: Ad Notam.
- Kommunesektorens organisasjon (2015). *Sykefraværstall for kommuner og fylkeskommuner*. 21.01.2015. Hentet fra: <http://www.ks.no/fravarstall>

- Konrad, A. & Hartmann, L. (2001). Gender differences in attitudes toward affirmative action programs in Australia: Effects of beliefs, interests, and attitudes toward women. *Sex Roles*, 45(5-6), 415–432.
- Krane, L., Larsen, E. L., Nielsen, C. V., Stapelfeldt, C. M., Johnsen, R. & Risør, M. B. (2014). Attitudes towards sickness absence and sickness presenteeism in health and care sectors in Norway and Denmark: a qualitative study. *BMC public health*, 14(1). doi:10.1186/1471-2458-14-880
- Kristensen, T. S. (1991). Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Social science & medicine*, 32(1), 15-27.
- Kristensen, P. (2005). Avhengige målefeil i observasjonsstudier. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 125(2), 173-175.
- Labriola, M., Holte, K. A., Christensen, K. B., Fèveile, H., Alexanderson, K., & Lund, T. (2011). The attribution of work environment in explaining gender differences in long-term sickness absence: results from the prospective DREAM study. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 703-705. doi:10.1136/oem.2010.060632
- Larsen, B., Førde, O. & Tellnes, G. (1994). Legens rolle i sykmelding. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 114(12), 1442-1444.
- Lindbeck, A., Palme, M. & Persson, M. (2004). Sjukskrivning som ett socialt fenomen. *Ekonomisk debatt*, 32(4), 50-62.
- Lindbeck, A., Palme, M. & Persson, M. (2009). Social interaction and sickness absence. *CESifo Working Paper No 2215 (4)*, 1-33. Hentet 13.04.2015 fra <http://ssrn.com/abstract=1092405>
- Lov om folketrygd* (1998) Oslo: Cappelen akademiske forlag, lovdata.
- Lundberg, U. & Frankenhaeuser, M. (1999). Stress and workload of men and women in high-ranking positions. *Journal of occupational health psychology*, 4(2), 142-151.
- Lundgaard, H. & Hansen, S. B. (2014, 7. april). Kvinnene som skal klare alt. *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no>
- Marks, S. R. (1977). Multiple roles and role strain: Some notes on human energy, time and commitment. *American Sociological Review*, 42(6), 921-936.
- Markussen, S. (2007). Økonomisk sykefraværsforskning: Hva vet vi, og hvor bør vi gå?. *Søkelys på arbeidslivet*, 24, 63-81.

- Markussen, S. (2012). The individual cost of sick leave. *Journal of Population Economics*, 25(4), 1287-1306.
- Markussen, S., Mykletun, A. & Røed, K. (2012). The case for presenteeism—Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics*, 96(11), 959-972.
- Markussen, S. & Røgeberg, O. (2012). Sykefravær rundt større livshendelser. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 132(10), 1231-1234.
- Markussen, S. (2014, 01. mai). Forsiktige kvinner. *Dagens Næringsliv*. Hentet fra <http://www.dn.no>
- Mastekaasa, A. & Olsen, K. M. (1998). Gender, Absenteeism, and Job Characteristics A Fixed Effects Approach. *Work and Occupations*, 25(2), 195-228.
- Mastekaasa, A. (2000). Parenthood, gender and sickness absence. *Social science & medicine*, 50(12), 1827-1842.
- Mastekaasa, A. (2012). Kvinnens og menns sykefravær—en stadig økende forskjell?. *Søkelys på arbeidslivet*, 29(01-02), 21-32.
- Mastekaasa, A. (2013). Dependent children and women's sickness absence in the EU countries and Norway. *European Societies*, 15(5), 686-706.
- Mastekaasa, A. & Melsom, A. M. (2014). Occupational Segregation and Gender Differences in Sickness Absence: Evidence from 17 European Countries. *European Sociological Review*, 30(5), 582-594
- Mastekaasa, A. (2014). The gender gap in sickness absence: long-term trends in eight European countries. *European Journal of Public Health*, 24(4), 1–7.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku075>
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415.
- Michie, S. & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and environmental medicine*, 60(1), 3-9.
- Miller, Diana (2009). *Conceptualizing the Third Shift*. Foredrag på The American Sociological Association Annual Meeting, San Francisco, California. Hentet 01.april 2015 fra:
http://citation.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/3/0/5/8/5/p305854_index.html

- Modig, A. & Broberg, K. (2002): *Är det OK att sjukskriva sig om man inte är sjuk?*. TEMO T22785, Stockholm
- Moen, B. E. (Red.). (2003). *Arbeidsmiljøfaktorer som påvirker hele mennesket*. Oslo: Arbeidsmiljøforlaget.
- Mofitt, R. (1983). An economic model of welfare stigma. *The American Economic Review*, 73(5), 1023-1035.
- Moorman, R. H. (1991). Relationship Between Organizational Justice and Organizational Citizenship Behaviors: Do Fairness Perceptions Influence Employee Citizenship?. *Journal of Applied Psychology*, 76(6), 845-855.
- Myklebø, S. (2007). Sykefravær og svangerskap, *Arbeid og velferd*, 3, 21-27.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K.S. (2009a) *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (FHI-rapport nr 8/2009). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mykletun, A., Heradstveit, O., Eriksen, K., Glozier, N., Øverland, S., Mæland, J. G. & Wilhelmsen, I. (2009b). Health anxiety and disability pension award: The HUSK Study. *Psychosomatic medicine*, 71(3), 353-360.
- Mykletun, A. (2010). Hvordan redusere sykefraværet i Norge?. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(9), 850-852.
- Mykletun, A., Eriksen, H. R., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., Christiansen E. C. & Guldvog, B. (2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktivitets- og nærværsreform*. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet, Oslo.
- Mykletun, A. & Vaage, K. (2012). *Rapport etter ekspertmøtet om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-etter-ekspertmotet-om-arsaker-ti/id682243/>
- Mykletun, A. & Brinchmann, B. (2013). *Effekter av tiltak under IA-avtalen. Rapport fra forskermøte på oppdrag fra Arbeidsdepartementet*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Mykletun, A. (2014, 24. oktober). Økningen i kjønnsforskjellen i sykefravær er hverken forstått eller forsvunnet. *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no>
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2014). *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge* (FHI-rapport nr. 4/2014). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- NAV (2014). *Raskere tilbake*. Hentet 14. juni 2015 fra <http://www.nav.no>
- Niedhammer, I., Bugel, I., Goldberg, M., Leclerc, A. & Guéguen, A. (1998). Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort: a prospective

- study. *Occupational and Environmental Medicine*, 55(11), 735-741.
- Nielsen, M. L., Rugulies, R., Smith-Hansen, L., Christensen, K. B. & Kristensen, T. S. (2006). Psychosocial work environment and registered absence from work: estimating the etiologic fraction. *American journal of industrial medicine*, 49(3), 187-196.
- Norman, N. & Tedeschi, J. T. (1984). Paternity leave: The unpopular benefit option. *Personnel Administrator*, 29(2), 39-43.
- NOU 2010:13. (2010) *Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nyborg, K. (2010). Rådgiver - ikke portvakt. *Samfunnsøkonomen*, 64(3), 35-41.
- Odeen, M., Ihlebæk, C., Indahl, A., Wormgoor, M. E., Lie, S. A. & Eriksen, H. R. (2013). Effect of peer-based low back pain information and reassurance at the workplace on sick leave: a cluster randomized trial. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 209-219.
- OECD (2006). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Vol 1. Norway, Poland and Switzerland*. Paris: OECD Publications
- OECD (2013). *Mental Health and Work: Norway*, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>
- Oman, R. F. & King, A. C. (2000). The effect of life events and exercise program format on the adoption and maintenance of exercise behavior. *Health Psychology*, 19(6), 605-612.
- Ose, S. O., Jensberg, H., Reinertsen, R. E., Sandsund, M. & Dyrstad, J. M. (2006): Sykefravær: Kunnskapsstatus og problemstillinger. Rapport. Trondheim: SINTEF Helse.
- Ose, S. O. (2010). *Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag (SINTEF-rapport nr. A14 516)*. Trondheim: SINTEF Helse
- Oxenstierna, G., Ferrie, J., Hyde, M., Westerlund, H. & Theorell, T. (2005). Dual source support and control at work in relation to poor health. *Scandinavian journal of public health*, 33(6), 455-463.
- Piltch, C. A., Walsh, D. C., Mangione, T. W. & Jennings, S. E. (1994). Gender, work, and mental distress in an industrial labor force: An expansion of Karasek's job strain model. I G. P. Keita & J. J. Hurrell Jr. (Red.), *Job stress in a changing workforce: Investigating gender, diversity, and family issues* (s. 39-45). Washington, DC: American Psychological Association.

- Regjeringen (2014). *Hva er et inkluderende arbeidsliv?*. Hentet 15. mai 2015 fra <http://regjeringen.no>
- Rieck, K. M. E. & Telle, K. (2013). Sick leave before, during and after pregnancy. *Acta Sociologica*, 56(2), 117-137.
- Røed, K. & Fevang, E. (2007). Organizational change, absenteeism, and welfare dependency. *Journal of Human Resources*, 42(1), 156-193.
- Sabo, D. (2000). Men's health studies: origins and trends. *Journal of American College Health*, 49(3), 133-142.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Sieber, S. D. (1974). Toward a theory of role accumulation. *American sociological review*, 39(4), 567-578.
- Siegrist, J. (2006). Work, health and welfare: new challenges. *International journal of social welfare*, 15(1), 5-12.
- Skogman Thoursie, P. (2005). Happy Birthday! You are Insured-Differences in Work Ethics Between Female and Male Workers (No. 203). *Trade Union Institute for Economic Research*, (203), 1-7.
- Skogstad, A. & Einarsen, S. (1996). Perspektiver på begrepet psykososialt arbeidsmiljø: En analyse av en motivasjonspsykologisk og en stressteoretisk modell. *Nordisk Psykologi*, 48(3), 200-213.
- SOU 2015:3 (2015). *Jämställdhet och sjukfrånvaro*. (Socialförsäkringsrapport nr. 3/2015). Stockholm: Försäkringskassan
- Stansfeld, S., Head, J. & Ferrie, J. (1999). Short-term disability, sickness absence, and social gradients in the Whitehall II study. *International journal of law and psychiatry*, 22(5), 425-439.
- Statistisk sentralbyrå (2015). *Sykefravær, 4. kvartal 2014*. Hentet 12. mars 2015 fra <https://www.ssb.no/sykefratot/>
- Strand, K. (2001). *Pregnancy at work- work condition, job adjustment and sickness absence in pregnancy* (Doktorgradavhandling). Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, det medisinske fakultet, Oslo.
- Svartdal, F. (2009). *Psykologiens forskningsmetoder: En introduksjon*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

- Sørensen, B. A., Dahl-Jørgensen, C. & Skogstad, A. (1998). *Arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren. En kunnskapsoversikt med forslag til modellforsøk.* (AFI-rapport nr. 6/1998). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Tones, K., & Green, J. (2004). *Health Promotion. Planning and strategies.* London: SAGE publications.
- Turner, R. J., Wheaton, B. & Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60(1), 194–205.
- Tveito, T. H., Hysing, M. & Eriksen, H. R. (2004). Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review. *Occupational medicine*, 54(1), 3-13.
- Väänänen, A., Kumpulainen, R., Kevin, M. V., Ala-Mursula, L., Kouvonen, A., Kivimäki, M., Toivanen, M., Linna, A. & Vahtera, J. (2008). Work-family characteristics as determinants of sickness absence: a large-scale cohort study of three occupational grades. *Journal of occupational health psychology*, 13(2), 181-196.
- van der Doef, M. & Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & stress*, 13(2), 87-114
- van Rhenen, W., Schaufeli, W. B., van Dijk, F. J., & Blonk, R. W. (2008). Coping and sickness absence. *International archives of occupational and environmental health*, 81(4), 461- 472.
- van Soest, A., Delaney, L., Harmon, C., Kapteyn, A. & Smith, J. P. (2011). Validating the use of anchoring vignettes for the correction of response scale differences in subjective questions. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 174(3), 575-595.
- van Wijk, C. M. G. & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social science & medicine*, 45(2), 231-246.
- Vold, K. A. (2014, 06. februar). Dette må du vite om egenmelding. Hentet fra: <http://www.infotjenester.no/kompetanse/personal/2014/2/dette-maa-du-vite-om-egenmelding/>
- Wadensjö, E. (1985). *The financial effects of unemployment and labor market policy programs for public authorities in Sweden.* IIM Labor Market Policy, Wissenschaftszentrum Berlin.
- Wahl, A. (2009). *Velferdsstatens vekst - og fall?.* Oslo: Gyldendal

- Waldron, I., Weiss, C. C. & Hughes, M. E. (1998). Interacting effects of multiple roles on women's health. *Journal of health and social behavior*, 39(3), 216-236.
- Walters, V. (1993). Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. *Social science & medicine*, 36(4), 393-402.
- Wayne, J. H. & Cordeiro, B. L. (2003). Who is a good organizational citizen? Social perception of male and female employees who use family leave. *Sex Roles*, 49(5-6), 233-246.
- Wærness, Kari (1982). *Kvinneperspektiv på sosialpolitikken*. Oslo: Gyldendal.
- Zetterberg, H. (1977). *Arbete, livsstil och motivation*. Stockholm: Näringslivets Förlagsdistribution.
- Øverland, S., Knudsen, A. K. & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(8), 739-744
- Åkerlind, I., Alexanderson, K., Hensing, G., Leijon, M. & Bjurulf, P. (1996). Sex differences in sickness absence in relation to parental status. *Scandinavian Journal of Public Health*, 24(1), 27-35.

Appendix A

Samlet oversikt over de åtte ulike variantene av vignettene

Nedenfor finner du en kort beskrivelse av en oppdiktet person. Tenk deg at dette er en god venninne av deg og lag deg et bilde av livssituasjonen hun er i. Du vil deretter bli bedt om å gi råd til hvordan hun kan håndtere sin situasjon.

Din venninne Christine ringer deg en ettermiddag. Dere ble kjent på videregående og har vært gode venner siden. Noe av det du liker best med Christine er at hun er svært sosial og flink til å holde kontakten. Nå er det imidlertid lenge siden du har hørt fra henne. Christine har helt siden videregående satset på å gjøre karriere, og hun har jobbet hardt for skoleprestasjoner og forfremmelse på jobben. Hun har alltid slitt med vond rygg og har fått reseptbelagte smertestillende medisiner for dette over flere år.

For et halvt år siden fortalte Christine deg at hun og mannen skulle skilles. Forholdet hadde vært turbulent lenge, og Christine tok bruddet tungt. Hun virket nedstemt og fortalte at hun hadde lite energi og sov dårlig. Du la merke til at hun gikk opp i vekt, og Christine klager nå mer over ryggsmertene enn før. Legen hennes har mistanke om prolaps og har foreslått bruk av en skrivepult som kan heves og senkes slik at hun kan stå og jobbe. På telefon virker Christine irritert over sjefen som mener hun kan vente med dette fordi alle kontormøblene snart skal skiftes ut uansett. Hun forteller at sjefen også virker misfornøyd med at Christine ikke jobber like effektivt som før, men når arbeidsdagen er over er hun så utmattet at hun ligger på sofaen ut dagen. Hun har brukt to egenmeldinger på tre dager hver i løpet av den siste måneden.

Christine og mannen har delt omsorg for sine to små barn, og du vet at hun vanligvis involverer seg mye i deres fritidsaktiviteter. Nå forteller hun at hun ikke klarer å delta like mye i barnas liv. Christine sier at hun er sliten, og innrømmer at hun sjeldent er skikkelig glad lenger. Hun har dårlig samvittighet for alt hun ikke får gjort, og blir ofte liggende våken om natten og tenke. Hun har også begynt å holde seg unna felles aktiviteter på arbeidsplassen for å unngå sjefen. Det er tydelig at Christine er fortvilet og at hun setter pris på å ha noen å snakke med. Hun spør også helt konkret om råd fra deg som hennes venn om hva hun skal gjøre.

Nedenfor finner du en kort beskrivelse av en oppdiktet person. Tenk deg at dette er en god venn av deg og lag deg et bilde av livssituasjonen han er i. Du vil deretter bli bedt om å gi råd til hvordan han kan håndtere sin situasjon.

Din venn Christian ringer deg en ettermiddag. Dere ble kjent på videregående og har vært gode venner siden. Noe av det du liker best med Christian er at han er svært sosial og flink til å holde kontakten. Nå er det imidlertid lenge siden du har hørt fra han. Christian har helt siden videregående satset på å gjøre karriere, og han har jobbet hardt for skoleprestasjoner og forfremmelse på jobben. Han har alltid slitt med vond rygg og har fått reseptbelagte smertestillende medisiner for dette over flere år.

For et halvt år siden fortalte Christian deg at han og kona skulle skilles. Forholdet hadde vært turbulent lenge, og Christian tok bruddet tungt. Han virket nedstemt og fortalte at han hadde lite energi og sov dårlig. Du la merke til at han gikk opp i vekt, og Christian klager nå mer over ryggsmertene enn før. Legen hans har mistanke om prolaps og har foreslått bruk av en skrivepult som kan heves og senkes slik at han kan stå og jobbe. På telefon virker Christian irritert over sjefen som mener han kan vente med dette fordi alle kontormøblene snart skal skiftes ut uansett. Han forteller at sjefen også virker misfornøyd med at Christian ikke jobber like effektivt som før, men når arbeidsdagen er over er han så utmattet at han ligger på sofaen ut dagen. Han har brukt to egenmeldinger på tre dager hver i løpet av den siste måneden.

Christian og kona har delt omsorg for sine to små barn, og du vet at han vanligvis involverer seg mye i deres fritidsaktiviteter. Nå forteller han at han ikke klarer å delta like mye i barnas liv. Christian sier at han er sliten, og innrømmer at han sjeldent er skikkelig glad lenger. Han har dårlig samvittighet for alt han ikke får gjort, og blir ofte liggende våken om natten og tenke. Han har også begynt å holde seg unna felles aktiviteter på arbeidsplassen for å unngå sjefen. Det er tydelig at Christian er fortvilet og at han setter pris på å ha noen å snakke med. Han spør også helt konkret om råd fra deg som hans venn om hva han skal gjøre.

Nedenfor finner du en kort beskrivelse av en oppdiktet person. Tenk deg at dette er en god venninne av deg og lag deg et bilde av livssituasjonen hun er i. Du vil deretter bli bedt om å gi råd til hvordan hun kan håndtere sin situasjon.

Din venninne Christine ringer deg en ettermiddag. Dere ble kjent på videregående og har vært gode venner siden. Noe av det du liker best med Christine er at hun er svært sosial og flink til å holde kontakten. Nå er det imidlertid lenge siden du har hørt fra henne. Christine har helt siden videregående satset på å gjøre karriere, og hun har jobbet hardt for skoleprestasjoner og forfremmelse på jobben. Hun har alltid slitt med vond rygg og har fått reseptbelagte smertestillende medisiner for dette over flere år.

For et halvt år siden fortalte Christine deg at hun og mannen skulle skilles. Forholdet hadde vært turbulent lenge, og Christine tok bruddet tungt. Hun virket nedstemt og fortalte at hun hadde lite energi og sov dårlig. Du la merke til at hun gikk opp i vekt, og Christine klager nå mer over ryggsmertene enn før. Legen hennes har mistanke om prolaps og har foreslått bruk av en skrivepult som kan heves og senkes slik at hun kan stå og jobbe. På telefon virker Christine irritert over sjefen som mener hun kan vente med dette fordi alle kontormøblene snart skal skiftes ut uansett. Hun forteller at sjefen også virker misfornøyd med at Christine ikke jobber like effektivt som før, men når arbeidsdagen er over er hun så utmattet at hun ligger på sofaen ut dagen. Hun har brukt to egenmeldinger på tre dager hver i løpet av den siste måneden.

Christine sier at hun er sliten, og innrømmer at hun sjeldent er skikkelig glad lenger. Hun har dårlig samvittighet for alt hun ikke får gjort, og blir ofte liggende våken om natten og tenke. Hun har også begynt å holde seg unna felles aktiviteter på arbeidsplassen for å unngå sjefen. Det er tydelig at Christine er fortvilet og at hun setter pris på å ha noen å snakke med. Hun spør også helt konkret om råd fra deg som hennes venn om hva hun skal gjøre.

Nedenfor finner du en kort beskrivelse av en oppdiktet person. Tenk deg at dette er en god venn av deg og lag deg et bilde av livssituasjonen han er i. Du vil deretter bli bedt om å gi råd til hvordan han kan håndtere sin situasjon.

Din venn Christian ringer deg en ettermiddag. Dere ble kjent på videregående og har vært gode venner siden. Noe av det du liker best med Christian er at han er svært sosial og flink til å holde kontakten. Nå er det imidlertid lenge siden du har hørt fra han. Christian har helt siden videregående satset på å gjøre karriere, og han har jobbet hardt for skoleprestasjoner og forfremmelse på jobben. Han har alltid slitt med vond rygg og har fått reseptbelagte smertestillende medisiner for dette over flere år.

For et halvt år siden fortalte Christian deg at han og kona skulle skilles. Forholdet hadde vært turbulent lenge, og Christian tok bruddet tungt. Han virket nedstemt og fortalte at han hadde lite energi og sov dårlig. Du la merke til at han gikk opp i vekt, og Christian klager nå mer over ryggsmertene enn før. Legen hans har mistanke om prolaps og har foreslått bruk av en skrivepult som kan heves og senkes slik at han kan stå og jobbe. På telefon virker Christian irritert over sjefen som mener han kan vente med dette fordi alle kontormøblene snart skal skiftes ut uansett. Han forteller at sjefen også virker misfornøyd med at Christian ikke jobber like effektivt som før, men når arbeidsdagen er over er han så utmattet at han ligger på sofaen ut dagen. Han har brukt to egenmeldinger på tre dager hver i løpet av den siste måneden.

Christian sier at han er sliten, og innrømmer at han sjeldent er skikkelig glad lenger. Han har dårlig samvittighet for alt han ikke får gjort, og blir ofte liggende våken om natten og tenke. Han har også begynt å holde seg unna felles aktiviteter på arbeidsplassen for å unngå sjefen. Det er tydelig at Christian er fortvilet og at han setter pris på å ha noen å snakke med. Han spør også helt konkret om råd fra deg som hans venn om hva han skal gjøre.

Nedenfor finner du en kort beskrivelse av en oppdiktet person. Tenk deg at dette er en god venninne av deg og lag deg et bilde av livssituasjonen hun er i. Du vil deretter bli bedt om å gi råd til hvordan hun kan håndtere sin situasjon.

Din venninne Tine ringer deg en ettermiddag. Dere ble kjent på videregående og har vært nære venner siden. Nå er det lenge siden du har hørt fra henne. Tine er gift og har to små barn. Hun jobber fulltid som adjunkt på en ungdomsskole og forsøker samtidig å fullføre en mastergrad på fritiden for å få opprykk som lektor. Dette begynner å trekke ut. Tine er irritert på rektoren som har oppmuntret henne til å fullføre mastergraden, men som allikevel ikke har gitt noe tilrettelegging for å få tid til dette arbeidet. Tvert imot får hun stadig flere oppgaver og mer ansvar.

Begge barna er aktive på fritiden, og må kjøres til speider og svømming. Tine har tidligere vært med på å organisere turneringer for svømmeklubben, men nå forteller hun at hun ikke klarer å delta like mye i barnas liv. I tillegg begynte familien på et ganske omfattende oppussingsprosjekt i huset for noen måneder siden. Arbeidet ble igangsatt med private håndverkere som ikke har overholdt avtaler om framdrift. Tine og mannen har derfor besluttet å fullføre malingen og opprydningen selv. Kostnadene har kommet helt ut av kontroll, og det har blitt mange krangler med mannen fordi han klandrer Tine for dårlig planlegging.

Tine har alltid vært i god fysisk form, og du vet at trening vanligvis er hennes måte å koble av på. Nå forteller hun at hun ikke har trent på lenge. Hun har fått vondt i ryggen og har vansker med både å sitte og bevege seg. Hun sover dårlig og har tatt to egenmeldinger på tre dager hver i løpet av den siste måneden. Arbeidsmengden på jobb har hopet seg opp når hun har vært borte, og en viktig deadline for mastergradoppgaven hennes er like rundt hjørnet.

Tine sier at hun er sliten, og innrømmer at hun sjeldent er skikkelig glad lenger. Hun har dårlig samvittighet for alt hun ikke får gjort, og blir ofte liggende våken om natten og tenke. Hun har også begynt å holde seg unna felles aktiviteter på arbeidsplassen for å unngå rektoren. Det er tydelig at Tine er fortvilet og at hun setter pris på å ha noen å snakke med. Hun spør også helt konkret om råd fra deg som hennes venn om hva hun skal gjøre.

Nedenfor finner du en kort beskrivelse av en oppdiktet person. Tenk deg at dette er en god venn av deg og lag deg et bilde av livssituasjonen han er i. Du vil deretter bli bedt om å gi råd til hvordan han kan håndtere sin situasjon.

Din venn Tom ringer deg en ettermiddag. Dere ble kjent på videregående og har vært nære venner siden. Nå er det lenge siden du har hørt fra han. Tom er gift og har to små barn. Han jobber fulltid som adjunkt på en ungdomsskole og forsøker samtidig å fullføre en mastergrad på fritiden for å få opprykk som lektor. Dette begynner å trekke ut. Tom er irritert på rektoren som har oppmuntret han til å fullføre mastergraden, men som allikevel ikke har gitt noe tilrettelegging for å få tid til dette arbeidet. Tvert imot får han stadig flere oppgaver og mer ansvar.

Begge barna er aktive på fritiden, og må kjøres til speider og svømming. Tom har tidligere vært med på å organisere turneringer for svømmeklubben, men nå forteller han at han ikke klarer å delta like mye i barnas liv. I tillegg begynte familien på et ganske omfattende oppussingsprosjekt i huset for noen måneder siden. Arbeidet ble igangsatt med private håndverkere som ikke har overholdt avtaler om framdrift. Tom og kona har derfor besluttet å fullføre malingen og opprydningen selv. Kostnadene har kommet helt ut av kontroll, og det har blitt mange krangler med kona fordi hun klandrer Tom for dårlig planlegging.

Tom har alltid vært i god fysisk form, og du vet at trening vanligvis er hans måte å koble av på. Nå forteller Tom at han ikke har trent på lenge. Han har fått vondt i ryggen og har vansker med både å sitte og bevege seg. Han sover dårlig og har tatt to egenmeldinger på tre dager hver i løpet av den siste måneden. Arbeidsmengden på jobb har hopet seg opp når han har vært borte, og en viktig deadline for mastergradoppgaven hans er like rundt hjørnet.

Tom sier at han er sliten, og innrømmer at han sjeldent er skikkelig glad lenger. Han har dårlig samvittighet for alt han ikke får gjort, og blir ofte liggende våken om natten og tenke. Han har også begynt å holde seg unna felles aktiviteter på arbeidsplassen for å unngå rektoren. Det er tydelig at Tom er fortvilet og at han setter pris på å ha noen å snakke med. Han spør også helt konkret om råd fra deg som hans venn om hva han skal gjøre.

Nedenfor finner du en kort beskrivelse av en oppdiktet person. Tenk deg at dette er en god venninne av deg og lag deg et bilde av livssituasjonen hun er i. Du vil deretter bli bedt om å gi råd til hvordan hun kan håndtere sin situasjon.

Din venninne Tine ringer deg en ettermiddag. Dere ble kjent på videregående og har vært nære venner siden. Nå er det lenge siden du har hørt fra henne. Tine er gift og jobber fulltid som adjunkt på en ungdomsskole. Hun forsøker samtidig å fullføre en mastergrad på fritiden for å få opprykk som lektor. Dette begynner å trekke ut. Tine er irritert på rektoren som har oppmuntret henne til å fullføre mastergraden, men som allikevel ikke har gitt noe tilrettelegging for å få tid til dette arbeidet. Tvert imot får hun stadig flere oppgaver og mer ansvar.

I tillegg begynte Tine og mannen på et ganske omfattende oppussingsprosjekt i huset for noen måneder siden. Arbeidet ble igangsatt med private håndverkere som ikke har overholdt avtaler om framdrift. Tine og mannen har derfor besluttet å fullføre malingen og opprydningen selv. Kostnadene har kommet helt ut av kontroll, og det har blitt mange krangler med mannen fordi han klandrer Tine for dårlig planlegging.

Tine har alltid vært i god fysisk form, og du vet at trening vanligvis er hennes måte å koble av på. Nå forteller Tine at hun ikke har trent på lenge. Hun har fått vondt i ryggen og har vansker med både å sitte og bevege seg. Hun sover dårlig og har tatt to egenmeldinger på tre dager hver i løpet av den siste måneden. Arbeidsmengden på jobb har hopet seg opp når hun har vært borte, og en viktig deadline for mastergradoppgaven hennes er like rundt hjørnet.

Tine sier at hun er sliten, og innrømmer at hun sjeldent er skikkelig glad lenger. Hun har dårlig samvittighet for alt hun ikke får gjort, og blir ofte liggende våken om natten og tenke. Hun har også begynt å holde seg unna felles aktiviteter på arbeidsplassen for å unngå rektoren. Det er tydelig at Tine er fortvilet og at hun setter pris på å ha noen å snakke med. Hun spør også helt konkret om råd fra deg som hennes venn om hva hun skal gjøre.

Nedenfor finner du en kort beskrivelse av en oppdiktet person. Tenk deg at dette er en god venn av deg og lag deg et bilde av livssituasjonen han er i. Du vil deretter bli bedt om å gi råd til hvordan han kan håndtere sin situasjon.

Din venn Tom ringer deg en ettermiddag. Dere ble kjent på videregående og har vært nære venner siden. Nå er det lenge siden du har hørt fra han. Tom er gift og jobber fulltid som adjunkt på en ungdomsskole. Han forsøker samtidig å fullføre en mastergrad på fritiden for å få opprykk som lektor. Dette begynner å trekke ut. Tom er irritert på rektoren som har oppmuntret han til å fullføre mastergraden, men som allikevel ikke har gitt noe tilrettelegging for å få tid til dette arbeidet. Tvert imot får han stadig flere oppgaver og mer ansvar.

I tillegg begynte Tom og kona på et ganske omfattende oppussingsprosjekt i huset for noen måneder siden. Arbeidet ble igangsatt med private håndverkere som ikke har overholdt avtaler om framdrift. Tom og kona har derfor besluttet å fullføre malingen og opprydningen selv. Kostnadene har kommet helt ut av kontroll, og det har blitt mange krangler med kona fordi hun klandrer Tom for dårlig planlegging.

Tom har alltid vært i god fysisk form, og du vet at trening vanligvis er hans måte å koble av på. Nå forteller Tom at han ikke har trent på lenge. Han har fått vondt i ryggen og har vansker med både å sitte og bevege seg. Han sover dårlig og har tatt to egenmeldinger på tre dager hver i løpet av den siste måneden. Arbeidsmengden på jobb har hopet seg opp når han har vært borte, og en viktig deadline for mastergradoppgaven hans er like rundt hjørnet.

Tom sier at han er sliten, og innrømmer at han sjeldent er skikkelig glad lenger. Han har dårlig samvittighet for alt han ikke får gjort, og blir ofte liggende våken om natten og tenke. Han har også begynt å holde seg unna felles aktiviteter på arbeidsplassen for å unngå rektoren. Det er tydelig at Tom er fortvilet og at han setter pris på å ha noen å snakke med. Han spør også helt konkret om råd fra deg som hans venn om hva han skal gjøre.

Appendix B

Oversikt over de totalt 13 spørsmål som inngår i studiens spørreskjema.

Hvilke råd ville du gitt Tom? Skriv gjerne flere forslag.

Ville du anbefalt Tom sykemelding?

- Ja
- Nei

Hvilke fordeler kan det være for Tom å bli sykemeldt? Skriv gjerne flere forslag.

Hvilke ulemper kan det være for Tom å bli sykemeldt? Skriv gjerne flere forslag

Tenk deg at Tom går til sin lege og blir sykemeldt to uker i første omgang. En sykemelding kan påvirke ulike områder i hverdagen hans. Det kan også tenkes at den ikke vil ha noen betydning.

Vi ønsker din vurdering av dette.

Dersom du mener at sykemeldingen kan gi både fordeler og ulemper på samme område, kan du krysse av i begge rutene

	Fordel	Ulempe	Ingen betydning
Karrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnvanskene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosial kontakt med venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utfordringen med sjefen på jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den vonde ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den dårlige samvittigheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelsen av å være utmattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelsen av å være nedstemt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer tid til seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer tid med familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykemelding vil sende et signal til arbeidsgiveren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplevelsen av å ikke strekke til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeg er

- Mann
- Kvinne

Alder

- Under 20 år
- 20 - 29 år
- 30 - 39 år
- 40 - 49 år
- 50 - 59 år
- 60 - 69 år
- Over 70 år

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- Grunnskole
- Videregående skole
- Høyskole / universitet 1 - 4 år (cand.mag., bachelorgrad, lærer, politi, sykepleier, osv).
- Høyskole / universitet 5 år eller mer (hovedfag, mastergrad, lege, tannlege, sivilingeniør, osv).

Vennligst angi din nåværende arbeidssituasjon. Det er mulig å sette flere kryss

- Arbeidstaker, fulltid
- Arbeidstaker, deltid
- Selvstendig næringsdrivende
- Student
- Arbeidsledig

- Hjemmeværende
- Mottar AAP eller uføretrygd
- Pensjonist
- Annet

Dersom du er arbeidstaker, vennligst oppgi om du jobber i offentlig eller privat sektor

- Offentlig
- Privat

Er du gift eller samboer?

- Ja, gift / registrert partner
- Ja, samboer
- Nei

Dersom du har barn, vennligst angi antall barn du har innenfor hver aldersgruppe nedenfor

0 - 5 år

6 - 10 år

11 år eller eldre

Hva er det lengste sammenhengende sykefraværet du har hatt fra jobb de siste tre årene?

- Har ikke hatt sykefravær
- Kortere enn 2 uker
- 2 - 7 uker
- 8 uker eller mer

Appendix C

Samtlige seks informasjonsskriv som ble anvendt i studien.

Informasjonsskriv til kontaktperson i Bedrift.

Kjære (navn på kontaktperson i bedriften)

Vi takker for din interesse for å bidra til forskning omkring årsaker til sykefravær. Vedlagt denne mailen følger utfyllende informasjon om bakgrunn for studien, samt praktisk informasjon om hvordan bidraget ivaretas. Denne må gjerne videresendes til din overordnede dersom du trenger bekreftelse fra han/henne før studien sendes ut til de ansatte på din arbeidsplass via felles e-postsystem.

Vi ønsker derimot ikke at deltagere skal få denne informasjon, da dette kan påvirke hvordan de svarer. Vi vil sende en ny mail i morgen der vi har formulert en kort tekst som kan inngå i e-posten som sendes ut til dine kollegaer. Din bedrift står fritt til å legge til informasjon, men vi ber om at selve teksten ikke endres. Teksten inneholder også en link til selve undersøkelsen. Utfylling av undersøkelsen tar mellom 5 og 10 minutter.

På forhånd stor takk for ditt bidrag!

Med vennlig hilsen

Infoskriv, vedlegg til bedrifter om studiens bakgrunn og formål

Studiens bakgrunn og formål

Sykefraværet i Norge er høyt sammenlignet med andre land. Det varierer i tillegg betydelig mellom yrkesgrupper, næringer, yrker, kjønn og kommuner. Sykefraværet har mange og sammensatte årsaker. Iblant befinner mennesker seg i stressende livssituasjoner både privat og på jobb. Noen ganger fører dette også til sykefravær. I denne undersøkelsen vil vi undersøke holdninger til sykefravær i livssituasjoner hvor både jobb og privatlivet er belastende. Vi vil også undersøke om disse holdningene varierer avhengig av utdanning, næring, kjønn, alder og egen erfaring med sykmelding.

Hvem står bak studien?

Studien gjennomføres i samarbeid mellom Folkehelseinstituttet (FHI) og Universitetet i Tromsø (UiT). Prosjektet er utviklet av professor Arnstein Mykletun, og inngår som del av et prosjekt om årsaker til sykefravær som ledes av postdoktorstipendiat Wendy Nilsen. Ytterligere bidragsyttere i prosjektet er professor Svein Bergvik, hovedfagstudentene i psykologi og ved Universitetet i Tromsø. Jurister ved FHI samt personvernombudet der har konkludert med at prosjektet ikke skal fremlegges for Regional etisk komité ettersom undersøkelsen er anonym og fokusert på holdninger.

Hvordan gjennomføres datainnsamlingen?

Datainnsamlingen skjer ved en internettbasert spørreundersøkelse som formidles via bedriftens e-postsystem til egne ansatte med oppfordring til deltakelse.

Datainnsamlingen skjer selvsagt anonymt. Vi vil registrere hvilken virksomhet besvarelsene kommer fra. Denne informasjonen vil benyttes til å definere hvilken sektor svarene kommer fra, men vil ikke identifiseres på virksomhetsnivå. Vi vil også benytte informasjonen til å anslå svarprosent, samt å analysere robusthet i våre funn.

I studien beskrives kort en oppdiktet person i en stressende livssituasjon, og det stilles åpne og lukkede spørsmål om hvilke råd man vil gi denne personen. Konkret

er vi interessert i å analysere om råd om sykefravær varierer avhengig av kjennetegn ved den oppdiktede personen og ved den som gir råd.

Vi henvender oss til ulike virksomheter i både offentlig og privat sektor. I tillegg vil det foregå datainnsamling gjennom sosiale medier og på fysiske steder hvor folk ferdes. Ulike linker vil bli benyttet for hver virksomhet, slik at vi kan analysere forskjeller i holdninger mellom næringer og sektorer.

Hvis du ønsker å bidra til denne studien kan du gjøre det ved å sende ut en e-post på felles e-postliste i din virksomhet. Vi har formulert en kort tekst som kan inngå i denne e-posten. Du står fritt til å legge til informasjon, men vi ber om at selve teksten ikke endres. Teksten inneholder også en link til selve undersøkelsen. Utfylling av undersøkelsen tar mellom 5 og 10 minutter.

Hvordan vil resultatene bli publisert?

Resultater fra denne studien vil bli publisert i internasjonale forskningstidsskrift, og vil bli gjort tilgjengelig gjennom media. Vi vil også sende resultatene til kontaktpersoner i de virksomheter som har deltatt. De som besvarer undersøkelsen kan også legge igjen e-postadresse dersom de ønsker å få resultatene sendt til seg direkte. Vi understreker at disse e-postadressene ikke vil kunne kobles til selve datainnsamlingen. De vil heller benyttes til andre formål enn denne studien.

Ytterligere spørsmål til studien? Ta i så fall kontakt med oss på e-post:

tidsklemmer@gmail.com

Professor Arnstein Mykletun, FHI og UiT

Førsteamanuensis Svein Bergvik, FHI

Postdoc. Wendy Nilsen, FHI

Student, UiT

Student, UiT

Infoskriv, mal til de ansatte i Bedriften.

Kjære kollegaer

Vi er invitert til å delta i en spørreundersøkelse som gjennomføres av Folkehelseinstituttet og Universitetet i Tromsø. Jeg kjenner en av personene i prosjektgruppen. Prosjektet virker interessant og det reises problemstillinger som sikkert mange vil kjenne seg igjen i. I korte trekk handler dette om hvordan man skal håndtere situasjoner hvor både jobben og privatlivet blir belastende. Jeg oppfordrer dere derfor til å bruke noen minutter på å delta i denne undersøkelsen. Deltakelse er selvsagt anonymt, og de som ønsker det kan få tilsendt resultatene av undersøkelsen.

Undersøkelsen finner du her:

LINK TIL UNDERSØKELSEN HER

Vennlig hilsen

Infoskriv, til Facebook-kontakter:

Hei!

Jeg er snart ferdig med psykologutdanningen, og nå jobber jeg med hovedoppgaven min. Den er en del av et forskningsprosjekt ved Folkehelseinstituttet og Universitetet i Tromsø, og jeg hadde blitt svært takknemlig dersom du kunne hjelpe meg med datainnsamlingen!

Iblant kan man oppleve belastninger både på jobben og privatlivet. Hvordan man forholder seg til slike situasjoner varierer mye mellom ulike grupper. Det er dette undersøkelsen tar sikte på å kartlegge.

Det tar noen minutter å delta i undersøkelsen, og alle svar blir behandlet anonymt. Ytterligere informasjon finner du i selve undersøkelsen:

(LINK TIL UNDERSØKELSEN HER)

Jeg vil også legge ut spørreundersøkelsen på min Facebook-side. Hvis du ønsker å bidra enda mer, kan du dele den på Facebook eller via e-post.

På forhånd stor takk for ditt bidrag!

Infoskriv, første side i spørreskjema:

Velkommen til en spørreundersøkelse om hvordan vi forholder oss ved belastninger både på jobben og i privatlivet

I denne undersøkelsen presenteres du for en oppdiktet person som opplever en belastende livssituasjon. Denne personen søker råd hos deg som venn. Formålet med studien er å analysere hvilke råd som gis, og om rådene varierer mellom grupper.

Prosjektet gjennomføres av forskere ved Folkehelseinstituttet og Universitetet i Tromsø, og har mottatt støtte fra Forskningsrådet.

På siste side gis ytterligere informasjon om studien og muligheten til å stille spørsmål. Du kan også få tilsendt rapporten når denne foreligger.

Det tar noen minutter å besvare undersøkelsen og alle besvarer anonymt. Det er selvsagt frivillig å delta i studien.

På forhånd takk for ditt bidrag.

Infoskriv, utfyllende informasjon om studien etter endt besvarelse av respondenter:

Takk, du har nettopp vært med på et eksperiment!

Hovedformålet med studien er å analysere hva folk tenker om sykmelding ved krevende livssituasjoner. Personen du ble presentert for blir tilfeldig presentert enten som mann eller kvinne, med eller uten omsorg for barn. Vi vil analysere om dette påvirker hvilke råd som gis om sykmelding. Vi er også interessert i hvorvidt rådene varierer avhengig av demografiske kjennetegn ved den som gir rådene (utdanning, arbeidsstatus, alder, kjønn, egen erfaring med sykmelding, osv.)

Resultatene vil bli publisert på vanlig måte i vitenskapelige tidsskrift. Dersom du ønsker å få tilsendt resultatene av studien når disse er publisert trenger vi din kontaktinformasjon. Vennligst oppgi dette i feltet nedenfor. Denne kontaktinformasjonen vil ikke brukes til annet enn å kontakte deg i anledning dette forskningsprosjektet, og vil ikke kunne kobles til de svarene du har gitt i undersøkelsen.

Dersom du har ytterlige spørsmål, vennligst kontakt oss på: tidsklemmer@gmail.com

Takk igjen for ditt bidrag!

Din kontaktinformasjon: (epost)

Med vennlig hilsen prosjektgruppen

Professor Arnstein Mykletun, Folkehelseinstituttet og Universitetet i Tromsø

Postdoktor Wendy Nilsen, Folkehelseinstituttet

Førsteamanuensis Svein Bergvik, Universitetet i Tromsø

Student, Universitetet i Tromsø

Student, Universitetet i Tromsø