

# KJØNNSFORSKJELLER I SYKEFRAVÆRET ØKER NÅR PAR FÅR BARN

Ivar Andreas Åsland Lima

## Sammendrag

*Mange småbarnsfamilier opplever i dag en tidsklemme, som kan beskrives som en konflikt mellom yrkesarbeid og hjemmearbeid. Flere har spurt om denne konflikten er årsak til økt sykefravær og til at kvinner har høyere sykefravær enn menn.*

*I denne artikkelen undersøker vi om det å få barn fører til økt sykefravær og til økte kjønnsforskjeller i sykefraværet. Vi sammenligner sykefraværet til førstegangsfødende kvinner og deres samboere, før og etter fødsel. Alt sykefravær under graviditet er holdt utenfor. Vi finner en betydelig økning i sykefraværet for både menn og kvinner etter at de er blitt foreldre. Det øker med 0,6 prosentpoeng (20 prosent) for menn 2-5 år etter fødsel. Blant kvinner er økningen på 2,2 prosentpoeng (47 prosent). Det gir en økning i kjønnsforskjellene i sykefravær på 1,6 prosentpoeng (72 prosent) i disse 4 årene etter fødsel. Kjønnforskjellen i sykefravær er størst 2-5 år etter fødsel, og avtar deretter noe.*

*Vi har også sett nærmere på hva som gjør at sykefraværet øker. Vi finner at det er fraværene som er blitt lengre, og at det bare er en svak økning i andelen kvinner med legemeldte fravær. Vi finner en sterk økning i depresjon, og det kan være fødselsdepresjon. Det er en klar økning i ulike psykiske plager og ryggplager. Det kan handle om tretthet og utslitthet som følge av dobbeltarbeid, eller at verdien av å være hjemme har blitt høyere etter at man har fått barn. Fødselsskader eller et nytt høyrisiko svangerskap bidrar også til å øke sykefraværet når mødrene returnerer til jobb.*

## Innledning<sup>1</sup>

Kvinner har i gjennomsnitt 70 prosent høyere legemeldt sykefravær enn menn. En årsak til forskjellen er kvinners graviditet, og når vi ser bort fra dette er kjønnsforskjellen på omtrent 50 prosent (Helde og Nossen 2016). Det er gjort en rekke studier av årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær uten at man har klart å finne noen entydige forklaringer (Mastekaasa 2016). Det er særlig to hypoteser det er forsket mye på. Den ene er at kvinner jobber i yrker som medfører større belastninger enn mannsdominerte yrker. Denne hypotesen er det lite støtte for (Mastekaasa 2016). Den andre hypotesen handler om at det er slitsomt og krevende å kombinere en yrkeskarriere med omsorg for små barn, og at dette dobbeltarbeidet medfører negative helsekonsekvenser og økt sykefravær. Dette gjelder særlig for kvinner som oftere har hovedansvar for barnesomsorgen. Dette kalles gjerne dobbeltarbeids-hypotesen, og den blir støttet av noen studier, men ikke av andre (Mastekaasa 2016: 135–136).

I denne artikkelen skal vi undersøke om det å få barn øker det legemeldte sykefraværet for menn og kvinner. Det skal vi gjøre ved å sammenligne sykefraværet til par i flere år før og i flere år etter at de får sitt første barn. Det sentrale forskningsspørsmålet er om det å få barn bidrar til økt sykefravær, og dernest om det medfører økte kjønnsforskjeller i sykefravær. Videre skal vi undersøke om endringer i sykefraværet er påvirket av antall barn de får og av om mor blir enslig forsørger eller ikke. Vi skal også undersøke diagnoser for å forsøke å forklare endringer i sykefraværet.

### Hvorfor forvente økt sykefravær av å få barn

Det å få barn er en stor omveltning som også ofte påvirker kvinner og menn ulikt over tid. Flere studier har for eksempel vist at det medfører redusert yrkesinntekt og svekket yrkeskarriere for en gruppe kvin-

ner (Hardoy m.fl. 2017; Cools m.fl. 2017). Det å få barn påvirker også arbeidsdelingen mellom par. Kitterød og Rønsen (2013) finner at par med barn i husholdningen har en mer spesialisert arbeidsfordeling enn par uten hjemmeboende barn, ved at mødre bruker mer tid på ulønnet familiearbeid, inkludert barneomsorg, og fedre mer tid på yrkesarbeid. Tidsnytteeundersøkelsene viser også at tiden kvinner bruker på barneomsorg i småbarnsfamilier har vært stabil eller økt svakt fra 1980 til 2010 på tross av en sterk økning i mødres yrkesdeltakelse (Kitterød og Rønsen (2013). Slik sett kan det hevdes at det å få barn medfører en enda større endring i familiers tidsbruk enn før. Det kan antas at disse utviklingstrekkene medfører at flere familier enn før opplever en konflikt mellom yrkesarbeid og familieliv når barnet begynner i barnehage. Konflikten kan innebære en tidsklemme i form av at det er vanskelig å få tiden til å strekke til i småbarnsfasen. Det å kombinere full jobb for begge foreldre med henting og levering i barnehage, og husarbeid og omsorgsarbeid morgen og kveld, kan medføre at en blir sliten eller stresset og gi økt sykefravær. Men det kan også være at verdien av å være hjemme blir høyere når man får barn, noe som gir svakere insentiv til å unngå lange sykefravær (Grasdal 2011). Både tidsklemma og teorien om økt verdsetting av hjemmearbeid blant kvinner, gir en forventning om økt sykefravær blant kvinner som følge av å få barn.

Det å ha barn i husholdningen innebærer mindre grad av kjønnspesialisering i 2010 enn det gjorde i 1980 (Kitterød og Rønsen 2013: 37). De siste tiårene har det vært en økning i kvinners yrkesdeltakelse og en betydelig økning i andelen småbarnsmødre som jobber fulltid. Det er blitt flere familier der mor er i full jobb og med en økende andel ettåringer og toåringer som går i barnehage. I perioden har også en del av foreldrepengeperioden blitt forbeholdt far (fedrekvote), noe som har ført til en sterk økning i andelen fedre som er hjemme med barna i en periode i barnets første leveår. Fra 1990 til 2010 var det en markant økning på over 1 time i tid brukt på omsorgsarbeid og husarbeid blant småbarnsfedre, mens det ikke var noen særlig endring blant andre menn (Kitterød og Rønsen 2013). Det er dermed grunn til å hevde at de fleste småbarnsfedre også erfarer en konflikt mellom yrkesliv og familieliv i dag. Hvis sykefraværet øker

<sup>1</sup> Det er flere som har gitt viktige bidrag til artikkelen og som jeg vil takke. Loyd Rudlende for hjelp til tilrettelegging av data om utvidet barnetrygd og for gode kommentarer til flere utkast av artikkelen. Ola Thune, som har tilrettelagt en fil med alle fødsler i perioden 2004–2008, tilrettelagt sykefraværsvariablene, og laget programmet for å fjerne alt graviditetsrelatert fravær. Vegard von Wachenfeldt for hjelp til beskrivelse av tidligere forskning og for innspill til analyser av diagnoser. Therese Dokken og Jon Petter Nossen som har kommentert artikkelen på vegne av redaksjonen.

som følge av dobbeltarbeid mellom yrke og hjem, kan en anta at barn også vil påvirke menns sykefravær.

Det kan være flere medisinske årsaker til å forvente økt sykefravær blant kvinner i årene i etterkant av en fødsel. Mor kan få helseproblemer i forbindelse med graviditet og fødsel som vedvarer etterpå slik som for eksempel fødseldepresjon. Dette vil gjerne være kortvarige lidelser i noen uker eller måneder etter fødselen. Men noen får mer langvarige helseproblemer som følge av fødselen, noe som kan øke sykefraværet i flere år etterpå. Foreldre har videre en økt risiko for sykdom når barnet begynner i barnehage på grunn av at småbarn ofte blir smittet i barnehagen. En kan da forvente økt sykefravær på grunn av for eksempel luftveislidelser og diaré.

Også barnets helsetilstand eller særskilte omsorgsbehov kan ha en effekt på foreldrenes sykefravær. Brage og Thune (2015) viser at det siden midten av 90-tallet har vært en sterk økning i andelen unge som kommer rett inn på uføretrygd på grunn av medfødte forhold som psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik. Barnet kan ha fysiske, psykiske sykdommer eller være utviklingshemmet, være ensomt eller mistrives i barnehage eller i skolen. Det kan medføre at ekstra mye tid og krefter brukes på barnet, samt bekymring for barnet hos foreldrene, som videre kan skape en økt stressituasjon i hverdagen og på jobben. Som vi skal se under viser forskning fra Norge og Sverige at det å ha alvorlig syke barn, eller å få barn med særskilte omsorgsbehov, gir et betydelig høyere sykefravær for foreldrene og særlig mødrene.

### Tidligere forskning

En norsk studie fra 2002 undersøkte om det å ha omsorg for barn og samtidig være yrkesaktiv fører til høyere sykefravær blant mødre (Bratberg mfl. 2002). Studien inkluderte alle kvinner i privat sektor som var mellom 30–40 år i perioden 1989–1993. De finner at både det å ha omsorg for barn under 11 år og det å føde barn medfører økt sykefravær for kvinner. Ifølge forfatterne er resultatene en støtte til dobbeltarbeidshypotesen om kjønnforskjeller i sykefravær.

En omfattende internasjonal litteraturgjennomgang

finner støtte for at kvinner i større grad opplever konflikt mellom yrkesarbeid og familie, noe som indikerer at det kan bidra til kjønnforskjellen i sykefravær (Nielsen mfl. 2017). Men sistnevnte artikkel konkluderer med at mer forskning er nødvendig for å avgjøre om dette er en årsak til kjønnforskjeller i sykefravær. Blekesaune (2012) undersøker sammenhengen mellom overgang til uføretrygd og kvalitative mål på tradisjonelle kvinneverdier i en panelstudie. Han finner at kvinner som skårer høyt på tradisjonell kvinnelige egenskaper<sup>2</sup>, og som har en høy verdsettelse av bolig og nabolaget på ett tidspunkt, har en betydelig høyere overgang til uførepensjon senere. Studien indikerer at det er en gruppe kvinner med tradisjonell kjønnsidentitet som vil ha større tilbøyelighet til å søke helserelevante trygdeytelser enn de fleste andre kvinner og menn.

Rieck og Telle (2013) har gjennomført en panelstudie av sykefraværet før og etter fødsel med bruk av norske registerdata. De finner at de førstegangsfødende kvinnenes sykefravær øker etter fødsel, men når analysen tar hensyn til at mange blir gravide på nytt i perioden etterpå, finner de ingen økning i sykefraværet som følge av det å få barn (Rieck og Telle 2013). Cools m.fl. (2015) benytter en instrumentvariabeltilnærming for å studere effekten på sykefravær av å få barn nummer tre. De finner ingen økning i sykefraværet på kort sikt, og på langt sikt finner de at det å få barn nummer tre medfører redusert sykefravær. En panelstudie med førstegangsfødende kvinner fra Sverige finner derimot at sykefraværet øker betydelig for mødre etter fødsel sammenlignet med før (Angelov, Johansson og Lindahl 2013). Effekten på mødrenes sykefravær er langvarig og blir observert helt frem til barnet er 17 år. Samtidig finner de at det å få barn medfører litt færre sykehusinnleggelseser blant kvinner relativt til menn, noe som indikerer at yrkesaktive kvinner ikke får dårligere helse av å bli mødre. De finner også at effekten er sterkest blant mødre som jobber redusert, og tolker effekten som et resultat av en sterkere forpliktelse til hjem og barn blant en

.....  
<sup>2</sup> Kortversjonen av BEMs sex role inventory, se NOVA (2012): 103-104

gruppe mødre, noe som både reduserer yrkesdeltakelsen og øker sykefraværet.

Det å ha alvorlig syke barn eller barn med spesielle behov fører til økt sykefravær hos foreldrene, og effekten er størst for mødrene. En svensk undersøkelse studerte sykefraværet til foreldre med barn som ble diagnostisert med kreft (Hjelmstedt mfl. 2017) viste en sterk økning i sykefraværet de første årene etter at diagnosen var satt og opp til seks år i etterkant. Den relative økningen var like sterk for begge kjønn, mens den absolutte økningen var størst for kvinnene. En lignende studie av norske registerdata så på effekten på sykefravær av å få barn med Downs syndrom, spina bifida (ufullstendig lukning av ryggmargskanalen) eller cerebral parese (Brekke m.fl. 2017). De finner at sykefraværet øker betydelig de første årene etter fødsel for mødrene, men at sykefraværet ikke økte for fedrene til disse barna.

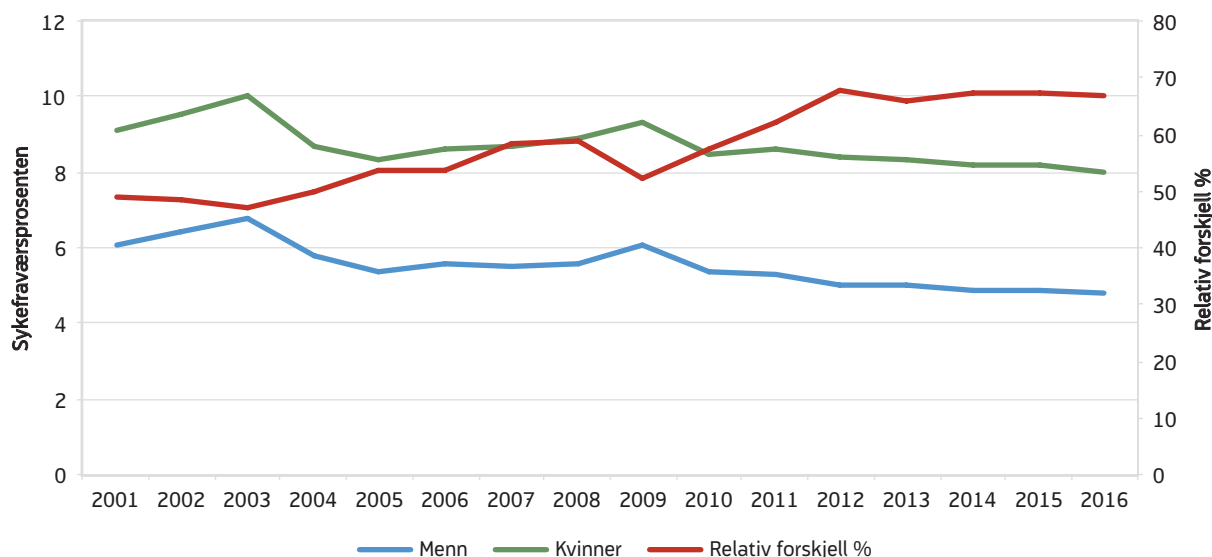
#### Utviklingen i kjønnforskjeller i sykefravær

Figur 1 viser utviklingen i kjønnforskjeller i den offisielle sykefraværsprosenten siden 2001 (se faktaboks). Sykefraværet økte for både menn og kvinner frem til regelverksendringene i 2004 da de ble innført

Sykefraværsprosenten måler legemeldt sykefravær som antall tapte dagsverk dividert med antall avtalte dagsverk, i prosent. Antall avtalte dagsverk er antall dager i kvartalet hvor arbeidsforholdet er aktivt, unntatt helge- og helligdager og justert for stillingsandel og anslått ferie. Tapte dagsverk er antall avtalte dagsverk man har på grunn av sykefravær, justert for stillingsandel og sykmeldingsgrad.

krav om at den sykmeldte måtte være i aktivitet (gradert sykmelding) senest innen åtte uker i sykefraværet. Sykefraværet ble redusert med omtrent 23 prosent (Markussen 2010) som følge av regelverksendringene. Det har også vært en liten nedgang for begge kjønn fra 2010 til 2016. I løpet av denne perioden har den absolutte kjønnforskjellen i sykefravær økt fra 3,1 prosentpoeng til 3,3 prosentpoeng. Den relative forskjellen har økt fra 50 prosent til omtrent 67 prosent. Fra 2012 til siste observasjon har kjønnforskjellene ligget stabilt på omtrent 70 prosent. Samtidig har sykefraværet blitt redusert for begge kjønn og er nå på sitt laveste nivå siden 2000. Den økte relative kjønnforskjellen viser at sykefraværet har blitt mer redusert blant menn enn blant kvinner.

**Figur 1.** Utviklingen i totalt sykefravær (venstre akse) og utviklingen i den relative kjønnforskjellen i totalt sykefravær – høyre akse. Etter kjønn. Prosent



Kilde: SSB (registerdata)

Figur 1 inkluderer graviditetsrelatert sykefravær. Helde og Nossen (2016) har vist at kjønnforskjellen i sykefravær blir redusert med 18 prosentpoeng når vi fjerner det graviditetsrelaterte<sup>3</sup> fraværet. I aldersgruppen 20–39 år forklarer de gravides sykefravær 38 prosent av kjønnforskjellen.

## Data og metode

### Utvalget

Vi har laget et datasett med alle bosatte førstegangsfødende kvinner med bosatte barn i perioden 2004–2008 i alderen 19–42 år. Førstegangsfødende er identifisert via opplysninger om nyfødte fra folkeregisteret for kvinner som ikke er registrert med barn fra før. Vi har koblet på opplysninger fra sykefraværstatistikken. Vi starter observasjonen av sykefraværprosenten i 2001, og følger kvinnene mellom tre og seks år før fødsel, og så lenge som mulig etterpå og frem til 2016. De som fikk første barn i 2004 kan vi følge i 12 år etterpå, de som fikk første barn i 2008 kan vi følge åtte år etterpå. Mange vil få ett, to eller tre barn til. Senere fødsler er registrert i datasettet og blir tatt med i analysen. Vi har også informasjon om det er tvilling- eller trillingfødsler.

Vi koblet på alle menn som var registrert som fedre til det første barnet. Utvidet barnetrygd brukes til å identifisere enslige mødre og fedre etter fødsel. De som ikke er registrert som enslige forsørgere når barnet blir født antar vi at bor sammen i utgangspunktet. I de fleste av analysene ser vi kun på menn og kvinner der hun ikke mottar utvidet barnetrygd ved fødselen eller året etterpå. Vi vet ikke om senere fødsler er med samme far som første fødsel. Men ved å kontrollere for overgang til enslig forsørger i modellen sammenligner vi menn og kvinner som ikke på noe tidspunkt er enslige forsørgere, og vi kan dermed anta at de aller fleste av disse får barn sammen når hun får barn nummer to eller tre.

Analysen er basert på at vi kan måle endringen i kvinner og menns sykefravær før og etter fødsel. Det krever minst én observasjon av sykefraværet før kvinnen blir gravid med første levendefødte barn. Vi starter

med å fjerne alle kvinner som ikke var registrert med avtalte dagsverk det siste året før graviditet. Det gjelder 18 prosent av alle førstegangsfødende kvinner i denne perioden. Unge kvinner og kvinner født i utlandet er overrepresentert i gruppen som ikke har avtalte dagsverk før fødsel. Vi fjerner også alle par hvis barnet dør i løpet av de tre første leveårene. I tillegg fjerner vi alle par der kvinnen eller mannen mottok uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger før fødsel.

### Avhengige og uavhengige variabler

Den avhengige variabelen i analysen er sykefraværet til kvinner og menn i form av sykefraværprosenten. Sykefraværet er 0 hvis det ikke er noe legemeldt sykefravær et gitt år, og 100 hvis alle avtalte dagsverk er tapt. I noen få tilfeller fikk vi et sykefravær på over 100 prosent, og da satte vi den til 100. Det er kun for legemeldt sykefravær det finnes individdata. Vi har ikke informasjon om egenmeldt sykefravær, men vi anser ikke dette som et problem ettersom det egenmeldte fraværet utgjør under 1 prosent for både kvinner og menn. Sykefraværstatistikken omfatter ikke selvstendig næringsdrivende, så i artikkelen ser vi kun på sykefravær blant arbeidstakere.

Offisiell sykefraværstatistikk er basert på kvartalsvise tall. I denne artikkelen har vi aggregert kvartalstallene til årsstatistikk. Vi kan da få fram de store linjene i utviklingen, mens sesongvariasjonen elimineres og andre tilfeldige og forbigående variasjoner fra kvartal til kvartal tones ned. Vi vet allerede fra en rekke tidligere undersøkelser at kvinner i gjennomsnitt har et høyt sykefravær mens de er gravide. Etter fødsel av første barn vil det gjennomsnittlige sykefraværet til denne gruppen øke på grunn av at mange er gravide med nye barn i perioden. For å ta hensyn til dette har vi laget en sykefraværprosent der alt graviditetsrelatert fravær er fjernet. Dette er gjort ved å ta utgangspunkt i alle registrerte levendefødte barn og fjerne alle kvartaler der det kan antas at kvinnen var gravid. Svangerskap som ender med abort eller dødfødsel fanges ikke opp av denne fremgangsmåten, og heller ikke mulige fødselsskader som medfører sykefravær etter fødselen blir fjernet av denne metoden. I regresjonsanalysene har vi i tillegg fjernet alt sykefravær det samme året som barnet blir født og året etterpå.

<sup>3</sup> Hos Helde og Nossen har de brukt informasjon om levendefødte barn til å undersøke det graviditetsrelaterte sykefraværet.



**Tabell 1.** Beskrivende statistikk om avhengige og uavhengige variabler for utvalget i analysen

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Min	Max	Antall observasjoner
Hennes sykefravær	5,44	14,09	0,00	100,00	949 289
Hans sykefravær	3,65	11,50	0,00	100,00	1 162 876
Forskjell i sykefravær blant par	1,86	17,32	-100,00	100,00	876 521
Hennes inntekt	-0,27	2,13	-5,83	12,14	1 322 388
Hennes inntekt kvadrert	4,62	9,30	0,00	147,38	1 322 388
Hennes avtalte dagsverk	-42,88	73,56	-226,68	316,11	1 195 079
Hans inntekt	0,61	2,97	-6,87	10,00	1 328 840
Hans inntekt kvadrert	9,17	16,38	0,00	100,00	1 328 840
Hans avtalte dagsverk	-23,37	56,95	-233,16	291,21	1 242 291
Enslig forsørger	0,07	0,25	0,00	1,00	1 357 747

Kilde: NAV

Vi bruker avtalte dagsverk basert på arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret til å beskrive yrkesdeltakelsen før fødsel av første barn. Alle arbeidsforhold med minst 4 timer arbeidstid per uke skal her være registrert.<sup>4</sup> Vi bruker samlet pensjonsgivende inntekt i G til å beskrive personenes inntekt. G står for grunnbeløpet i folketrygden, og reguleres i samsvar med lønnsveksten hvert år. Samlet pensjonsgivende inntekt består både av lønnsinntekt og av alle NAV-ytelser som regnes som pensjonsgivende inntekt. Uføretrygd er ikke med. I alle modeller benytter vi inntekt og avtalte dagsverk sentrert rundt medianverdien til aldersgruppen året før fødsel for hver av de fire aldersgruppene. For inntekt har vi i tillegg tatt med et annengradsledd siden det viser seg å være klart kurvelineær sammenheng mellom endring i inntekt og sykefravær.

Vi bruker informasjon om enslige forsørgere til å studere effekten av samlivsbrudd og av det å bli enslig forsørger på sykefraværet. Vi antar at alle som ikke er registrert som enslige forsørgere ved fødsel i utgangspunktet er samboere eller gift med barnets far<sup>5</sup>.

Tabell 1 viser beskrivende statistikk for alle variabler i regresjonsanalysen.

<sup>4</sup> Det er et brudd i denne statistikken 1. januar 2015 på grunn av innføring av A-ordningen, men vi antar dette vil ha liten betydning for analysen.

<sup>5</sup> Noen skiller seg uten å bli registrert som enslige forsørgere i en periode, og vi finner at det gjelder omtrent 20 prosent av alle registrerte skilsmisser.

Vi har koblet på diagnoser for de sykmeldte. Diagnose må oppgis på alle sykmeldinger. De oppgis i henhold til standarden «International Classification of Primary Care» (ICPC-2). ICPC-standarden består av 17 organbaserte kapitler eller diagnosegrupper. Hver av disse består igjen av en rekke ulike diagnoser, som dels beskriver sykdommer og dels symptomer og plager. Kun den siste registrerte diagnose i det enkelte kvartal for hvert sykefraværstilfelle inngår i datagrunnlaget. Dersom diagnosen er endret i løpet av et sykefraværstilfelle, blir den opprinnelige diagnosen ikke fanget opp. Noen kvinner har flere perioder med legemeldte sykefravær (tilfeller) i løpet av ett år<sup>6</sup>.

### Beskrivende statistikk om utvalget

I tabell 2 beskriver vi panelutvalget som ligger til grunn for alle analysene i denne artikkelen. I noen analyser benytter vi hele utvalget, men i noen analyser avgrensner vi hvilken aldersgruppe vi analyserer.

Utvalget består av 86 006 førstegangsfødende kvinner og 86 006 fedre til barna. De førstegangsfødende kvinnene er i gjennomsnitt tre år yngre enn mennene, og median pensjonsgivende inntekt er lavere. 10 prosent av kvinnene er født i utlandet. Dagsverk og sykefravær er observert to år før fødsel og det forklarer

<sup>6</sup> Ved aggregering til år har vi summert opp alt sykefravær per person når vi ser på endringer for hele diagnosekapitler. Når vi beskriver enkeltdiagnoser har vi kun tatt ut den diagnosen per person som bidro til flest tapte dagsverk.

**Tabell 2.** Beskrivende statistikk om utvalget som benyttes i analysen

	Kvinner	Antall kvinner	Menn	Antall menn
Legemeldt sykefravær to år fødsel (%)	4,4	79 865	3,3	80 305
Avtalte dagsverk to år fødsel	174,3	79 871	198,8	80 310
Tapte dagsverk to år fødsel	7,8	79 871	6,5	80 312
Født i utlandet (%)	9,8	85 945	8,6	85 913
Pensjonsgivende inntekt (i G, median)	4,4	85 831	6,0	85 961
Alder (i år) ved fødsel	28,2	86 006	30,9	86 006
<b>Aldersgrupper (%)</b>				
19–24 år	23,1	19 853	10,6	9 146
25–29 år	39,6	34 057	32,4	27 880
30–34 år	27,7	23 861	34,4	29 615
35+ år	9,6	8 235	22,5	19 365

Kilde: NAV

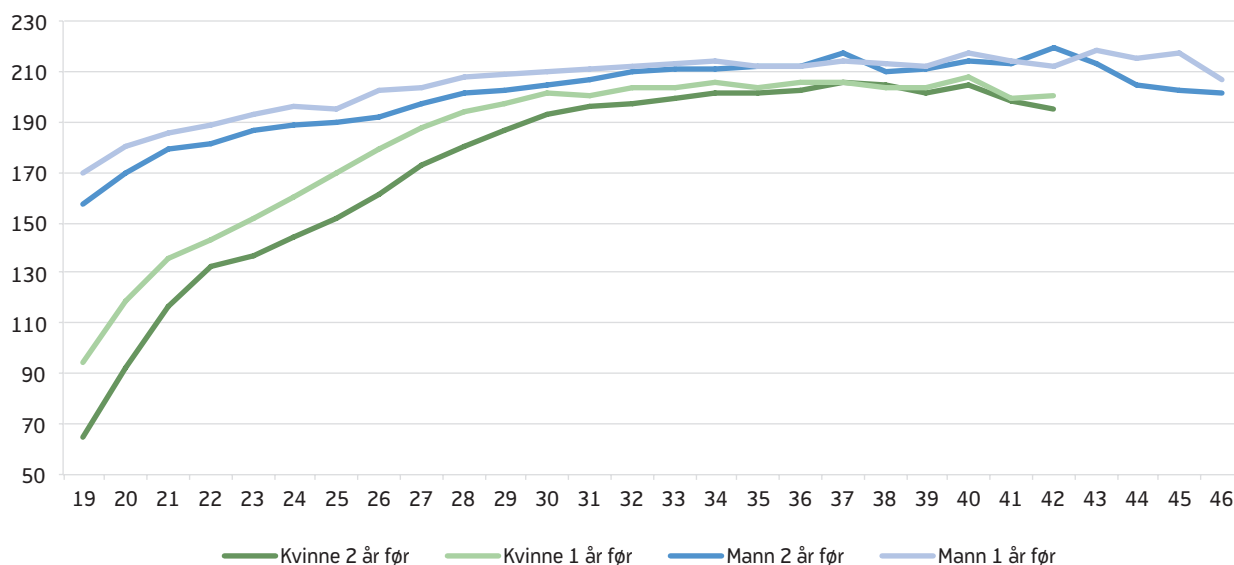
hvorfor antall observasjoner er noe lavere på disse variablene. Allerede før fødsel hadde altså kvinnene i dette utvalget et betydelig høyere sykefravær enn menn, og det på tross av at de er tre år yngre. Kvinnene hadde i gjennomsnitt 174 dagsverk to år før fødsel, noe som utgjør omtrent 76 prosent av fulltid.<sup>7</sup> Mennene hadde i gjennomsnitt 199 avtalte dagsverk,

som tilsvarer 86 prosent av fulltid. Kvinner hadde i snitt 7,8 tapte dagsverk, menn 6,5 tapte dagsverk. Når vi dividerer med avtalte dagsverk finner vi at kvinner hadde et sykefravær på 4,4 prosent, menn 3,3 prosent.

Siden dette er paneldata vil utvalgets alder variere etter hvilket tidspunkt i forløpet vi beskriver. I alle figurer benytter vi mors alder ved fødsel av første barn. Mor var vanligvis mellom 25–29 år (37 % pro-

<sup>7</sup> Vi antar at fulltid tilsvarer 230 dagsverk i året.

**Figur 2.** Avtalte dagsverk to år før fødsel og ett år før fødsel, etter kjønn og mors alder ved fødsel



Kilde: NAV

sent) eller 30–34 år (28 %) da første barn ble født. Blant mennene var det klart færre i aldersgruppen 18–24 år, og langt flere i aldersgruppen 35+ år.

Det innebærer at menn i større grad er etablert i arbeidslivet når første barn blir født. Hvis foreldrene skal ha rett til foreldrepenger må mor ha vært yrkesaktiv før fødsel. Kvinner med lav yrkesaktivitet har derfor et sterkt økonomisk incentiv til å øke yrkesdeltakelsen før fødsel.

Blant de yngste førstegangsfødende er yrkesaktiviteten lav to år før de får sitt første barn (figur 2). Det er en betydelig økning i avtalte dagsverk fra to år før fødsel til det siste året før. Antallet avtalte dagsverk øker mer dette året for de som har lavt antall avtalte dagsverk fra før, og det kan forklares med at kvinner øker yrkesaktivitet for å få rett til foreldrepenger. Mennene er i gjennomsnitt tre år eldre enn kvinnene, og blant de yngste kvinnene er far til barnet i snitt fire år eldre. Menn som får barn er i snitt mer etablert i arbeidslivet før fødselen enn kvinnene, og det gjelder særlig menn som får barn med kvinner som er yngre enn 26 år. De yngre førstegangsfødende kvinnene er dermed langt mindre etablert på arbeidsmarkedet når de får sitt første barn. Blant både menn og kvinner er avtalte dagsverk omtrent stabilt fra to år før til ett år før fødsel av første barn når kvinnen er 30 år ved fødsel.

### Lineær regresjon med faste effekter

Vi bruker paneldatamodeller med faste effekter til å undersøke om det å få barn har en effekt på sykefraværet. Dette er en modell som egner seg godt når man ønsker å undersøke årsaker til endringer for enkeltindivid. En slik modell estimerer endringen i sykefravær for hvert individ over tid og sammenligner dermed hvert individ med seg selv. En regresjonsmodell med faste effekter kontrollerer for alle stabile obser-

#### Regresjon med faste effekter

En fast-effekt modell er en lineær regresjonsmodell som måler endringer innad i hvert individ. Fast-effekt modeller kontrollerer dermed for alle stabile observerte og uobserverte forskjeller mellom individene. I de fleste modellene legger vi inn en dummyvariabel for hvert år, samt at vi kontrollerer for endringer i pensjonsgivende inntekt, avtalte dagsverk og for overgang til det å bli enslig forsørger.

verte og uobserverte forskjeller mellom individene, samt for de observerte variablene vi legger til i modellen. Den kontrollerer ikke for uobserverte forskjeller mellom individene som endrer seg over tid. Et forhold som kan inntreffe her er at paret som får barn skiller lag, eller at hun eller han reduserer stillingen etter at de har fått barn.

I en panelmodell med faste effekter er det ikke mulig å estimere effekten av år og alder samtidig. I alle modeller har vi valgt å estimere endring over tid ved bruk av dummyvariabler for analyseår for både å undersøke om sykefraværet øker rett etter fødsel, og for å vurdere trenden i sykefravær før og etter fødsel. Grunnen til dette er at vi ikke bare ønsker å estimere den totale endringen i sykefravær før og etter fødsel av barn, men også ønsker å se på mønsteret for endringen. I en slik modell er det ikke mulig å inkludere variabler som er konstante, slik som kjønn eller mors alder ved fødsel av første barn. Men det er mulig å

#### Regelverk for sykepenger

Sykepenger gir 100 prosent lønnskompensasjon opp til 6 G. Mange ansatte har også avtaler om 100 prosent kompensasjon for lønn over 6 G. Det gjelder for eksempel ansatte i offentlig sektor. Arbeidsgiver betaler de første 16 dagene av et sykefravær mens det er folketrygden som betaler fra dag 17.

Foreldre har også rett til omsorgsdager for sykt barn frem til yngste barn blir 12 år. Gifte eller samboende foreldre med ett eller to barn har krav på 10 dager i året for hvert barn, og det øker til 15 dager i året med tre eller flere barn. Enslige forsørgere har krav på dobbelt så mange omsorgsdager, det vil si 20 omsorgsdager med to barn og 30 dager med tre barn eller flere.

Det er tillatt med inntil tre dager med egenmelding i bedrifter som ikke er med i IA-avtalen og inntil åtte dager i IA-bedrifter. Etter dette må sykefraværet sertifiseres av en lege. Også sykefravær som er kortere enn dette kan sertifiseres av en lege og blir da regnet som legemeldt sykefravær. Sykepenger kan mottas i opp til 260 sykepengedager eller ett år. Etter det kunne langvarig syke i denne perioden motta rehabiliteringspenger, og senere arbeidsavklaringspenger. Sistnevnte har en maks varighet på fire år.

Omsorgsdager og kortere sykefravær med egenmelding er ikke inkludert i det legemeldte sykefraværet som vi studerer her. Kortere sykefravær som skyldes syke barn skal derfor ikke gi utslag i økt legemeldt sykefravær, mens kortere sykefravær på grunn av egen sykdom til en viss grad vil være med i tallene.



lage interaksjonsledd mellom konstante variabler og variabler som endrer seg over tid. I stedet for en slik fremgangsmåte har vi valgt å kjøre en rekke separate regresjoner for ulike grupper.

### Endringer i sykepengeregelverket og endringer på arbeidsmarkedet

Det har vært flere regelverksendringer i perioden vi studerer som kan påvirke resultatene våre. I 2004 ble det innført et aktivitetskrav for sykmeldte for å beholde retten til sykepenger. Flere studier har vist at det førte til en betydelig reduksjon i sykefraværet både for menn og kvinner. Innføring av lovbestemte dialogmøter i 2007 og offentliggjøring av faglig veileder for sykmeldere i 2011 faller også i denne perioden. Perioden inkluderer også tre tidspunkt med økende arbeidsledighet. Det gjelder i 2003, i 2009 og i deler av landet i 2015–2016. Nossen (2014) viser at periodene med økt ledighet medfører høyere sykefravær ved at varigheten på sykefraværene øker, og at effekten ser ut til å være størst for menn. Ved å studere førstegangsfødende som får barn i ulike kalenderår kan vi redusere effekten av eksterne årsaker som økt arbeidsledighet og regelverksendringer. Slike

endringer kan ha ulik effekt for menn og kvinner og kan bidra til å overvurdere eller undervurdere effekten av å få barn et gitt år.

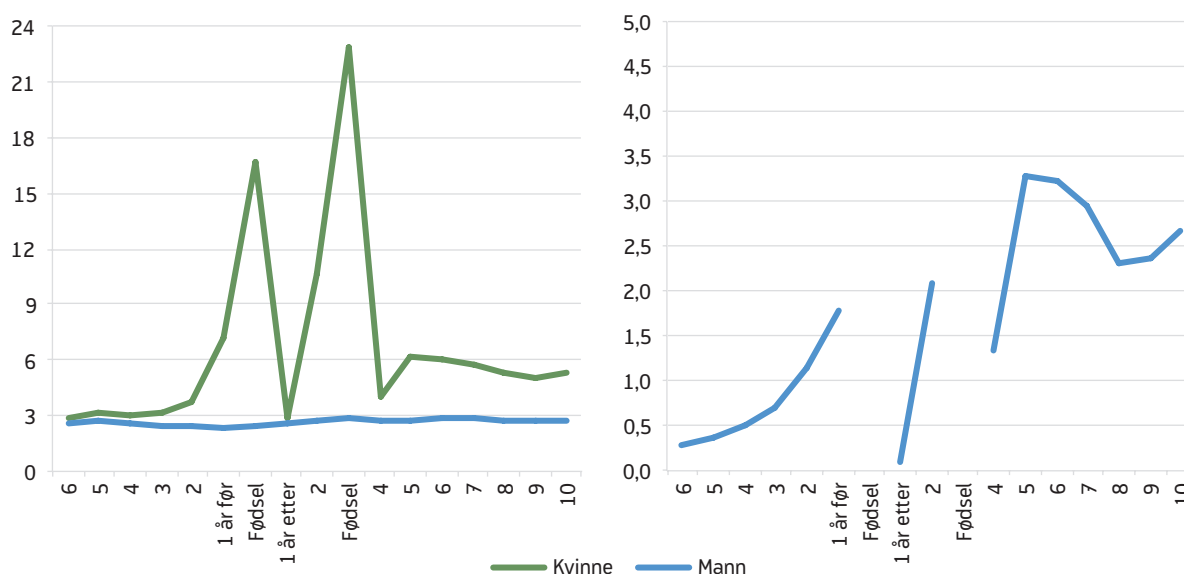
### Beskrivende analyse

Det mest vanlige blant førstegangsfødende i utvalget er å få to barn i løpet av analyseperioden fra 2004 til 2016. Blant de som får to barn er det vanligst å få det andre barnet to eller tre år etter fødsel av første barn. Under skal vi beskrive et slikt typisk par som får to barn med tre års mellomrom. Figur 3 viser gjennomsnittlig sykefravær hvert år for gruppen.

I figuren til venstre beskriver vi det samlede sykefraværet, inkludert det graviditetsrelaterte. I figuren til høyre, der vi tar differansen mellom menns og kvinners sykefravær, har vi fjernet det graviditetsrelaterte sykefraværet.

Sykefraværet er høyt under graviditet, og her er det målt til 17 prosent det året kvinner føder sitt første barn. Når de får sitt andre barn er sykefraværet på 23 prosent det året barnet blir født. Dette indikerer at

**Figur 3.** Sykefraværet til par der mors alder var over 24 år ved fødsel og som fikk 2 barn med 3 års mellomrom. Sykefraværspersenten til venstre, differanse mellom hennes og hans sykefraværspersent til høyre. Prosent



Kilde: NAV

sykefraværet under graviditet er høyere for kvinner som har barn fra før, noe som også tidligere er beskrevet av Helde og Nossen (2016). Vi merker oss også at menns sykefravær øker noe ved fødsel av barn nummer en, men samlet sett er menns gjennomsnittlige sykefravær overraskende stabilt i hele denne perioden på 17 år, til tross for at de blir eldre.

Etter fødsel av sitt andre barn har kvinnes sykefravær økt betydelig sammenlignet med perioden før fødsel. Sykefraværet når en topp på 6,2 prosent det året barn nummer to blir tre år, og da har kvinnene 3,3 prosentpoeng høyere sykefravær enn menn. To år før fødsel var forskjellen på 1,1 prosentpoeng. Figuren støtter hypotesen om at kvinnes sykefravær er påvirket av det å få barn, men her har vi ikke forsøkt å kontrollere for andre mulige forklaringer på utviklingen. Menns sykefravær ser derimot ut til å være lite påvirket av det å bli fedre. For kvinner er det også ulik trend før de får barn sammenlignet med etterpå. Før de får barn øker sykefraværet noe. Etter at de har fått siste barn når sykefraværet et høyt nivå noen år etter fødselen, for deretter gradvis å avta. Dette gir en sterk økning i kjønnforskjellene i sykefravær i årene etter fødselen – selv om det også er en økning i årene før barnet blir født. I figuren til høyre beskriver vi differansen mellom menns og kvinners sykefravær. I snitt har denne gruppen kvinner 0,5 prosentpoeng høyere sykefravær enn menn før de får omsorg for barn. Figuren indikerer at kjønnforskjellen i sykefravær er høyest når barna er små og går i barnehage.

Figurene viser at det tilsynelatende er en betydelig reduksjon i kvinners sykefravær året etter første fødsel, og deretter en sterk økning to år etter fødsel. Dette skyldes i stor grad seleksjon ved at en betydelig andel av kvinnene ikke er tilbake i arbeidslivet året etter fødsel. Grunnen til det er at de fleste kvinner tar nesten hele foreldrepermisjonen, samt at mange yrkesaktive kvinner har en periode med kontantstøtte i påvente av barnehageplass. De kvinnene som er tilbake i jobb allerede da tenderer mot å ha lavt sykefravær, mens de som da ennå ikke er tilbake tenderer mot å ha høyt sykefravær. Siden det i liten grad er en slik seleksjon blant menn (som tar mindre foreldrepermisjon og i langt mindre grad tar kontantstøtte) medfører dette at effekten av fødsel på sykefravær blant kvinner blir

undervurdert. I det videre har vi derfor fjernet kvinnes sykefravær året etter fødsel.

## Regresjonsmodell for paneldata

### Hovedmodell: sykefraværet øker mest for kvinner etter fødsel

Vi har sett at kvinners sykefravær også øker før fødsel, mens det ikke er en tilsvarende økning for menn. Dette er et problem for denne type effektanalyse av forskjellen mellom menn og kvinner, som forutsetter like trender i sykefraværet for menn og kvinner før fødsel (Angrist og Pischke 2009). Samtidig vet vi at kvinner er yngre og at de øker mer i yrkesdeltakelse før fødselen. Forskjellen i trend kan dermed skyldes at kvinner i større grad øker yrkesdeltakelsen før fødsel. I tillegg vet vi at flere kvinner enn menn går ned i stilling etter fødsel, noe som også kan påvirke sykefraværet i etterkant. I regresjonsanalysen skal vi derfor kontrollere for endringer i inntekt og yrkesdeltakelse. Det vil si at vi undersøker hvordan sykefraværet endrer seg før og etter fødsel gitt at inntekt<sup>8</sup> og yrkesdeltakelse er konstant.

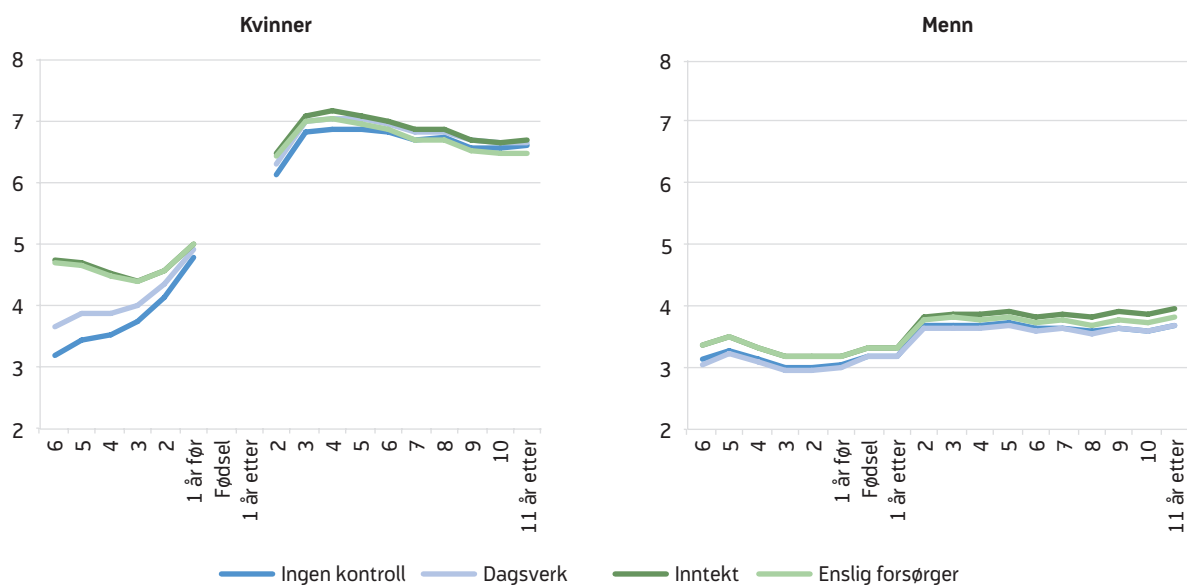
Mange par opplever i dag et samlivsbrudd, og da er det som oftest mor som får hovedansvaret for barna. Det kan dermed tenkes at økte kjønnforskjeller i sykefravær skyldes at kvinner oftere blir enslige forsørgere, og at det å få barn i et parforhold ikke øker kjønnforskjellen i sykefraværet. Vi kontrollerer derfor også for om mor blir enslig forsørgere<sup>9</sup>.

Modellen viser at pensjonsgivende inntekt har en mye sterkere sammenheng med kvinners sykefravær enn menns (tabell 7 i appendiks). For pensjonsgivende inntekt er sammenhengen med sykefraværet for kvinner sterkt kurvelineær. Det vil si at sykefraværet øker mest når kvinner går fra lav inntekt (liten stilling) til høyere inntekt, mens det å gå fra middels høy til høyere inntekt medfører ingen endring eller lavere sykefravær.

<sup>8</sup> Konstant inntekt betyr her at inntekten øker med samme takt som gjennomsnittet av lønsmottakere.

<sup>9</sup> Det er også noen menn som blir registrert som enslige forsørgere, men i de fleste tilfeller er begge da registrert som enslige forsørgere.

**Figur 4. Førstegangsfødende kvinner 19–42 år (til venstre) og fedrene til barna (til høyre). Sykefravær før og etter fødsel av første barn. Resultater fra fast-effekt panelmodell. Alt graviditetsrelatert sykefravær og sykefravær året etter fødsel er fjernet. Prosent**



Kilde: NAV

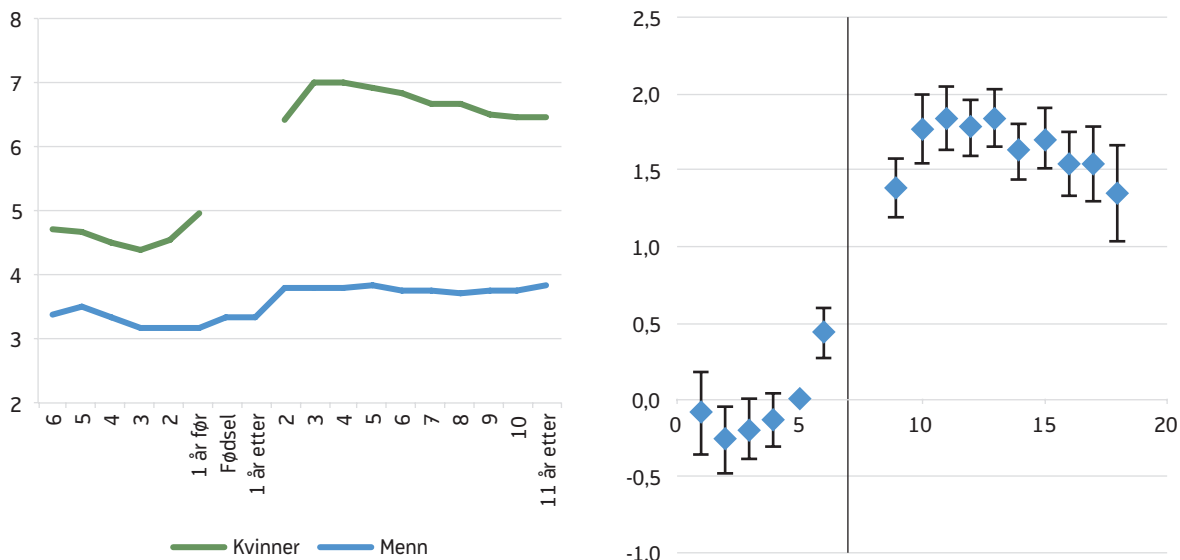
Figur 4 viser den samlede endringen i legemeldt sykefravær for hele utvalget med kvinner som var 19–42 år ved fødsel av første barn (til venstre) og fedrene til deres barn (til høyre). I figuren vises resultatene fra fire stegvise regresjonsanalyser. Vi starter med en enkel regresjon uten kontrollvariabler, og legger så til én og én kontrollvariabel slik at vi til slutt ender opp med en modell med alle kontrollvariabler (se tabell 7 i appendiks). Vi ser at blant kvinner har kontrollvariablene klart størst betydning for utviklingen i sykefraværet før fødsel. Det indikerer at hvis kvinnene hadde hatt samme inntekt og yrkesdeltakelse som de hadde året før fødsel, så ville sykefraværet vært høyere og ha blitt redusert frem til to år før fødsel. Økningen i sykefraværet blant kvinner før fødsel kan dermed i stor grad forklares med at de i snitt får økt sykefravær når de øker i inntekt og yrkesdeltakelse før fødsel. En tolkning av denne effekten er at en gruppe kvinner som har høyt sykefravær velger å tre inn i arbeidslivet før de får barn for å sikre retten til foreldrepenger (jf. Bjørnstad 2010). Vi har dermed en modell der forutsetningen om like trender i sykefravær mellom menn og kvinner før fødsel i stor grad er oppfylt. Samtidig

ser vi at det fortsatt er en særskilt økning i kvinners sykefravær særlig den siste perioden før de blir gravide med det første barnet. Under skal vi vise at dette sannsynligvis handler om en gruppe mødre som opplever problemer med graviditet eller infertilitet før de blir gravide med første levendefødte barn.

Kontroll for om mor blir enslig forsørger har kun betydning for utviklingen av sykefraværet etter at gruppen har fått sitt første barn (den lysegrønne og mørkegrønne linjen overlapper før fødsel). Når vi kontrollerer for overgang til enslig forsørger finner vi at de førstegangsfødendes sykefravær blir noe lavere etter fødsel. At noen mødre blir enslige forsørgere bidrar altså til å trekke opp sykefraværet, men samlet sett har ikke dette noen stor betydning for økningen i sykefravær etter fødselen.

I figur 5 viser vi estimatene på sykefraværsprosenten for separate regresjoner for menn og kvinner med kontroll for alle variabler, inkludert overgang til å bli

**Figur 5.** Estimat av sykefraværsprosenten før og etter fødsel, etter kjønn. Separate regresjoner (til venstre). Estimat av endringen i kjønnforskjeller i sykefravær i prosentpoeng blant par i forhold til år 2 før fødsel, med 95 % konfidensintervall (til høyre)



Kilde: NAV

enslig forsørger<sup>10</sup> (se tabell 7 i appendiks). I modellen til venstre viser vi utviklingen i det legemeldte sykefraværet, og i modellen til høyre viser vi utviklingen i forskjellen mellom menn og kvinner. I figuren til høyre har vi satt forskjellen i år 2 før fødsel som referanse.

Figuren til venstre viser at også menns sykefravær noe overraskende øker betydelig to år etter fødsel av første barn (se tabell i appendiks for koeffisientene i analysen). Dette er tidspunktet når vi kan forvente at kvinnene er tilbake i full jobb og når de fleste barn er i barnehage. At økningen for begge kjønn inntreffer akkurat da gir en sterk støtte til at det er en årsakssammenheng mellom det å få barn og sykefravær, og at det også for menn kan knyttes til tidspunktet for når barnet begynner i barnehage. Samtidig kan dette også være forårsaket av endringer eksterne i arbeidsmarkedet som tilfeldigvis inntreffer akkurat da, så vi kan ikke vært helt sikre på at det er en effekt av å få barn.

Selv om sykefraværet øker for menn, er økningen langt større for kvinner. Hvis vi sammenligner de siste

tre årene før fødsel med 2–5 år etter fødsel, øker sykefraværet for menn med 0,6 prosentpoeng (20 prosent). Tilsvarende for kvinner er det en økning på 2,2 prosentpoeng (47 prosent). Samlet sett øker kjønnforskjellene i sykefravær med 1,6 prosentpoeng (33 prosent) i disse fire årene etter fødsel. Hvis vi tar med alle år etterpå er økningen i kjønnforskjeller i sykefravær på 31 prosent.

Til høyre i figur 5 viser vi resultatene fra en modell for endringen i kjønnforskjeller i sykefravær innad i par med 95 % konfidensintervall. Denne analysen bekrefter resultatet fra den separate regresjonen av menns og kvinners sykefravær. De absolutte kjønnforskjellene i sykefravær er stabile fram til det siste året før fødsel (i figuren til høyre) noe som viser at menn og kvinner har omtrent lik trend før fødsel. Økningen blant kvinner det siste året før fødsel skyldes graviditet og sponstanabort, noe vi skal vise under. Etter fødsel har differansen økt med over ett prosentpoeng sammenlignet med to år før fødsel. Økningen i kjønnforskjellen når en topp på 1,84 prosentpoeng fire år etter fødsel. Forskjellen i sykefravær blant par er signifikant større i alle år etter fødsel sammenlignet med to år før fødsel, og i gjennomsnitt har den økt med 1,6 prosentpoeng i 10 år etter fødsel.

<sup>10</sup> Her har vi tillatt ulikt antall observasjoner blant menn og kvinner

### Sykefraværet øker også etter barn nummer to

Et spørsmål vi ennå ikke har fått svar på er om sykefraværet øker ytterligere ved fødsel av barn nummer to. I figur 6 undersøker vi et lite underutvalg som fikk to barn med akkurat fire års mellomrom. Da kan vi observere sykefraværet i to år før det andre barnet blir født, og da får vi muligheten til å undersøke trenden i sykefraværet også før fødsel av andre barn. Hvis det er en stabil trend i sykefraværet mellom første og andre fødsel, og deretter en økning etter siste fødsel, gir det støtte til at også det å få barn nummer to øker sykefraværet.

Også her finner vi at sykefraværet til kvinner er tilnærmet stabilt før fødsel når vi kontrollerer for inntekt og yrkesaktivitet. Ifølge denne modellen øker sykefraværet etter fødsel av første barn, for deretter å være stabilt i de to årene før barn nummer 2 blir født. Sykefraværet øker ytterligere med 1,0 prosentpoeng etter fødsel av nytt barn det fjerde året. Sykefraværet blant kvinner når en topp noen år etter at de har født sitt andre barn, for deretter å avta 5 år etter at siste barn er født. Etter fødsel finner vi omtrent samme utvikling enten vi ser på modeller med eller uten kontroll. Blant mennene ser vi igjen samme økning ved fødsel av før-

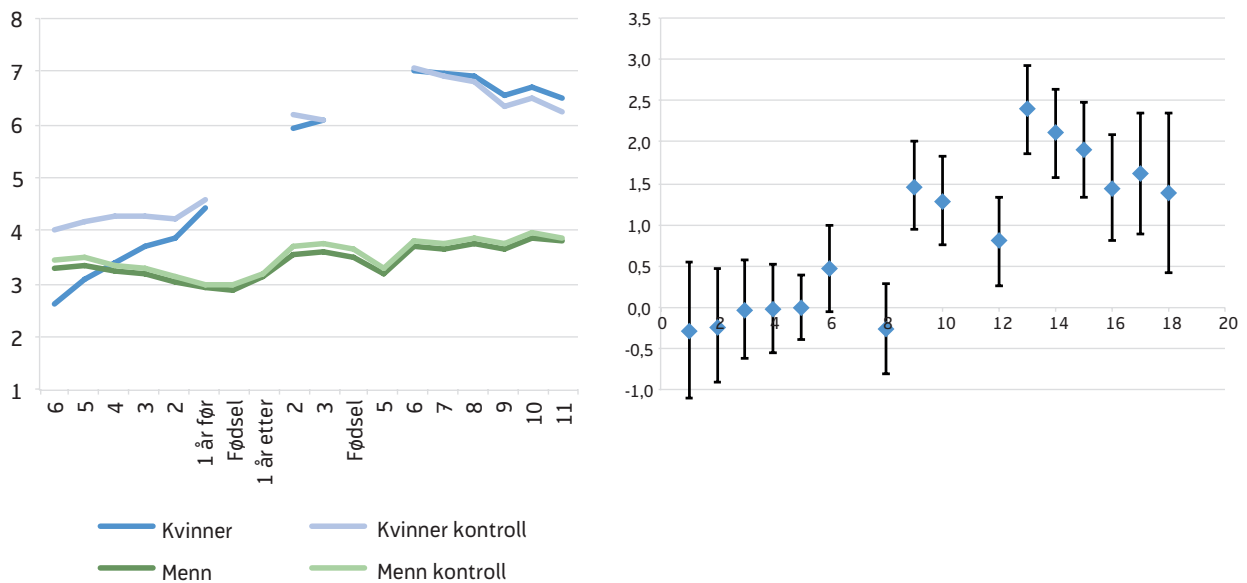
ste barn, og tendens til en svak økning ved fødsel av andre barn. På sikt avtar kjønnforskjellen betydelig fra toppunktet to år etter fødsel av barn nummer 2, men i det siste observerte året er den fortsatt 1,3 prosentpoeng høyere enn to år før første fødsel. Kjønnforskjellen øker med 1,5 prosentpoeng (28 %) når vi sammenligner åtte år etter fødsel av første barn med siste tre år før fødsel for denne gruppen som får to barn<sup>11</sup>. Her observerer vi på det meste kun 7 630 kvinner (eller par) og usikkerhetsmarginene rundt estimatene for det enkelte år er derfor langt større enn i figur 6.

### Antall barn

Her skal vi sammenligne økningen i sykefravær etter hvor mange barn de får i perioden. Det vil gi oss svar på om sykefraværet øker for hvert ekstra barn som blir født, noe som vil være forventet hvis sykefraværet handler om en konflikt mellom yrkesarbeid og omsorgsarbeid / hjemmearbeid. Analysen gjelder for hele utvalget i alderen 25–34 år. Grunnen til at vi har

<sup>11</sup> Basert på resultat fra separate regresjoner for menn og kvinner. Regresjonsmodellen for par gir omtrent samme resultat.

**Figur 6. Sykefraværet til par som får to barn med fire års mellomrom. Resultater fra fast-effekt regresjonsmodeller. Modeller for menn og kvinner med og uten kontroller (til venstre). Forskjeller i sykefraværet til par med år 2 før fødsel som referansepunkt (til høyre). N=7 629**



Kilde: NAV



**Tabell 3.** Fast effekt regresjon for menn og kvinner, etter antall barn og med alle kontrollvariabler. Kvinner som var 25–34 år ved fødsel av første barn. Estimert sykefravær i prosent

	Kvinne			Mann		
	1 barn	2 barn	3 barn	1 barn	2 barn	3 barn
0 barn	ref	ref	ref	ref	ref	ref
1 barn	2,33**	1,63**	1,57**	0,94**	0,35**	0,28
2. barn		2,09**	1,73**		0,44**	0,29*
3. barn			2,20**			0,41**
Dagsverk	-0,006**	-0,004**	-0,001	-0,006**	-0,003**	-0,000
Inntekt	0,739**	0,490**	0,359**	0,016	0,047*	0,030
Inntekt kvadrert	-0,143**	-0,106**	-0,083**	-0,053**	-0,029**	-0,023**
Enslig forsørger	0,702*	1,730**	3,346**	1,273**	1,204**	2,116**
Konstant	6,402**	4,226**	3,626**	4,205**	2,857**	2,309**
Antall	6 501	34 273	12 635	6 493	34 266	12 626
Observasjoner	73 412	338 595	102 822	67 160	316 115	94 967
Gj.snitt obs	11,3	9,9	8,1	10,3	9,2	7,5
Alder (år)	29,9	29,0	28,2	33,6	31,5	30,4

\* p<0,01 \*\* p<0,001

Kilde: NAV

avgrenset aldersspennet er at vi ønsker å måle effekten av å få barn for mødre med omtrent samme alder. Vi har med de som får ett barn, to barn og tre eller flere barn. Her presenterer vi kun koeffisienter fra regresjonen.

I denne aldersgruppen fikk de fleste (63 prosent) to barn i perioden, en god del (27 prosent) fikk tre eller flere barn, mens en mindre andel på 11 prosent fikk ett barn (tabell 3). Vi har gjennomført seks separate regresjoner og i alle modeller har vi kontrollert både for endring i inntekt, avtalte dagsverk og for overgang til å bli enslig forsørger.

Konstantleddet viser det gjennomsnittlige sykefraværet før fødsel av første barn. Både blant menn og kvinner er sykefraværet lavest før fødsel for de som får tre barn og klart høyest for de som får ett barn. De som får ett barn er i snitt bare 1–2 år eldre enn de som får to barn, så forskjellen kan ikke forklares med alder. En tolkning er at kvinner og menn med noe dårligere helse oftere får kun ett barn. Dette viser hvorfor det metodisk sett er galt å studere tverrsnittsdata for å undersøke effekten av å få barn på sykefraværet.

Siden kvinner som får mange barn har lavere sykefravær før de begynner å få barn, ville det i tverrsnittsdata ha fremstått som om det å få mange barn fører til et lavere sykefravær enn det å få ett barn.

Både blant menn og kvinner er det en signifikant økning i sykefraværet ved fødsel av barn. Blant kvinner som får to eller tre barn inntreffer den største økningen ved fødsel av det første barnet, men det er også en svak økning i sykefraværet ved fødsel av barn to og tre. Blant kvinnene som fikk tre barn var sykefraværet på 3,6 prosent før fødsel, mens det i årene etter fødsel av barn nummer tre har økt til 5,5 prosent. Det utgjør en relativ økning på 60 prosent, mens blant kvinner som får to barn er den relative økningen på 50 prosent etter fødsel av siste barn. Også blant menn er det en økning i sykefraværet ved fødsel av barn to og tre. Blant menn som får tre barn viser modellen at sykefraværet øker med 0,41 prosentpoeng (18 prosent).

Modellen viser at det å bli enslig forsørger medfører betydelig høyere sykefravær blant både menn og kvinner. Både blant menn og kvinner er denne effekten større desto flere barn de har.

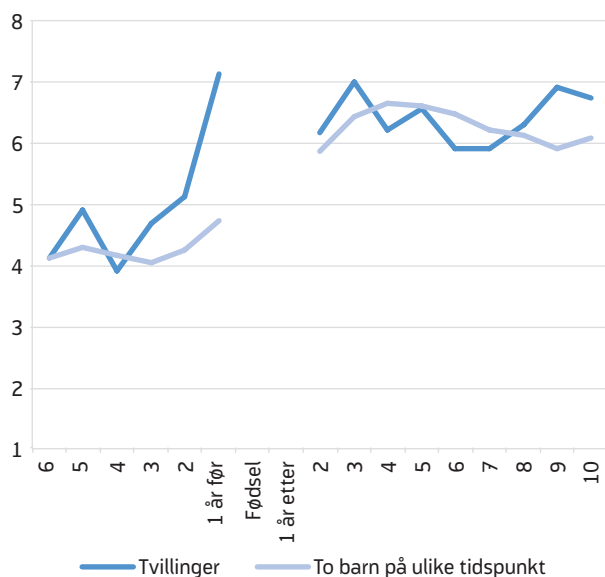
### Assistert befruktning og aborter bidrar til økt sykefravær før fødsel

Som vi har sett øker sykefraværet signifikant mer det siste året før fødsel blant kvinner enn blant menn. Dette gjelder selv om vi har fjernet det graviditetsrelaterte sykefraværet og i modeller der vi har kontrollert for inntekt og yrkesdeltakelse. Trenden mellom menn og kvinner avviker det siste året før fødsel noe som bryter med forutsetningen om parallelle trender før fødselen. Her skal vi vise at denne særskilte økningen tett opp mot graviditeten før fødsel av første barn kan forklares med forsøk på å bli gravid. Denne økningen i sykefraværet kan for eksempel handle om at det øker for en gruppe som benytter assistert befruktning, eller det at noen går gjennom en eller flere spontanaborter før de får sitt første barn.

Mange av de som får tvillinger har mottatt assistert befruktning, og ved å studere sykefraværet til dem som får tvillinger kan vi indirekte teste om det medfører økt sykefravær.

Resultatene i figur 7 gir støtte til at assistert befruktning medfører høyere sykefravær også før svangers-

**Figur 7. Legemeldt sykefravær blant førstegangsfødende etter om de fikk ett barn eller tvillinger. Resultater fra fast-effekt panelmodell. Prosent**



Kilde: NAV

skapet med første levendefødte barn. De som får tvillinger har en langt sterkere økning i sykefraværet før fødsel enn dem som får ett barn ved fødsel av første barn. Det siste året før fødsel er det en økning på 2,0 prosentpoeng på sykefraværet til de som senere føder tvillinger.<sup>12</sup> Mange av de som fikk assistert befruktning fikk ikke tvillinger, så vi klarer ikke å fjerne denne økningen selv om vi har ekskludert alle som fikk tvillinger fra analysene. Vi vil minne om at alt det graviditetsrelaterte sykefraværet er fjernet, slik at økningen i sykefraværet det siste året ikke er knyttet til graviditeten forut for de levendefødte barna.

Vi kan også bruke informasjon om sykefraværsskader før svangerskapet som leder til fødsel til å undersøke i hvilken grad dette sykefraværet kan forklares med infertilitet eller aborter. Diagnoser knyttet til graviditet og infertilitet er kodet med diagnosekapittel W, som står for «svangerskap, fødsel og familieplanlegging».<sup>13</sup> I tabell 4 beskriver vi sykefraværet med og uten W-diagnosene for alle yrkesaktive kvinner 2 år før fødsel.

Kvinnenes sykefravær er 0,3 prosentpoeng høyere to år før fødsel når vi har med W-diagnosene enn når vi ikke har dem med (tabell 4). Blant de over 35 år øker sykefraværet med 0,6 prosentpoeng (13 prosent) når vi tar med W-diagnoser. Dette dreier seg særlig om diagnoser knyttet til infertilitet, spontanabort, fremkalt abort og «kvalme/brekninger svangerskap». Vi har med dermed ikke greid å fjerne alt det graviditetsrelaterte sykefraværet ved å fjerne fraværet til dem som får levendefødte barn, og dette bidrar til å forklare den særskilte økningen i sykefravær før graviditeten med det første barnet. Hvis vi hadde kunnet fjerne alt dette sykefraværet før dette ville vi sannsynligvis også kunnet fått like trender i menns og kvinners sykefravær i de to siste årene før fødsel. Vi har dermed sannsynliggjort at modellen i realiteten ikke bryter med kravet om like trender mellom menn og kvinner før fødselen, noe som styrker argumentet om

<sup>12</sup> Tall fra medisinsk fødselsregister viser at det ble født 8 559 barn med assistert befruktning i perioden vi observerer.

<sup>13</sup> Også andre diagnoser kan være knyttet til svangerskap, for eksempel innen muskel- og skjelettlidelser.

**Tabell 4. Legemeldt sykefravær to år før fødsel av første barn, etter diagnose. Antall kvinner og sykefraværsprosent**

	Antall kvinner	Sykefravær for de syke	Sykefravær totalt
Sykefravær, alle diagnoser	33 127	10,7	4,4
Sykefravær, W-diagnoser	3 922	5,3	0,3
<b>Sykefravær unntatt W-diagnoser</b>	<b>31 186</b>	<b>10,7</b>	<b>4,2</b>
Sykefravær, alle diagnoser 35+ år	3 709	11,2	5,3
Sykefravær, W-diagnoser 35+ år	934	5,0	0,6
<b>Sykefravær unntatt W-diagnoser 35+</b>	<b>3 194</b>	<b>11,6</b>	<b>4,7</b>

Kilde: NAV

at økningen i kjønnforskjeller etter fødsel er forårsaket av å få barn.

### Sykefraværadiagnoser etter fødsel av første barn: depresjon, slapphet/tretthet og fødselsskader

I regresjonsmodellene har vi funnet sterk støtte til at sykefraværet øker etter fødselen av det første barnet, og at sykefraværet øker ytterligere i en periode etter fødsel av det andre og det tredje barnet. Her skal vi bruke beskrivende statistikk om sykefraværadiagnoser til å forsøke å få svar på hva som kan forklare økningen i sykefraværet etter fødselen. Her tar vi utgangspunkt i alle kvinner med avtalt dagsverk både to år før og to år etter fødsel, og som ikke er registrert med nye levendefødte barn år 1–4 etter fødsel av første barn. Dette for å kunne sammenligne to perioder uten graviditet. I tillegg ser vi kun på dem som ikke er registrert som enslige forsørgere.

Hvilke diagnoser er det som bidrar mest til den gjennomsnittlige økningen i sykefravær to år etter fødsel av første barn? Vi skal først se på den samlede endringen i flere diagnosekapitler samlet, og deretter skal vi undersøke hvilke enkeltdiagnoser som bidrar mest til økningen.

Totalt økte sykefraværet med 2,6 prosentpoeng (55 %) for denne gruppen når vi tar bort alle W-diagnoser (tabell 5). W-diagnoser øker med 0,9 prosentpoeng og forklarer 26 prosent av den totale økningen. Symptomdiagnoser knyttet til allment, psykiske lidelser og muskel- og skjelett øker med 1,6 prosentpoeng og forklarer 47 prosent av den totale økningen. Diagnoseka-

pitlene vedrørende fordøyelsessystemet (blant annet diaré) og luftveier (influenza, halsbetennelse) øker med 0,3 prosentpoeng, og forklarer 9 prosent av økningen.

I tabell 6 har vi har tatt ut de 25 enkeltdiagnosene med flest tapte dagsverk to år etter fødsel, og beregnet endringen i forhold til før fødsel. Deretter har vi sortert diagnosene etter størrelsen på økningen, i synkende rekkefølge.

Det er med andre ord en rekke ulike faktorer som bidrar til økningen i sykefravær etter fødsel av første barn. Den enkeltdiagnosen som økte mest i løpet av de fire årene er depressiv lidelse (P76), og en tolkning er at det handler om langvarig fødselsdepresjon. Det er også en økning i angstlidelser (P74). Diagnosene på 2. og 3. plass er tretthet og slapphet (A04) og psykiske symptomer og plager (P29), og disse hadde også en svært stor prosentvis økning på henholdsvis 211 og 371 prosent. P29 er en restgruppe «som inkluderer forskjellige typer av psykisk uheld, deriblant utbrenthet og uklare psykiske tilstander» (Brage og Nossen 2017: 85).

W-diagnoser bidrar til økt sykefravær etter fødsel. Den enkeltdiagnosen som bidrar mest til økningen er «høyrisiko svangerskap» knyttet til ny graviditet, og dette på tross av at mor ikke er registrert med nytt levendefødt barn i perioden. Vi finner også en sterk økning knyttet direkte til skader av fødselen, blant annet i form av diagnosen «komplisert fødsel levendefødte barn». Denne diagnosen inkluderer blant annet «skader forårsaket av barnefødsel», og det kan for eksempel være alvorlige rifter i underlivet som er

**Tabell 5. Sykefravær og diagnoser før og etter fødsel for førstegangsfødende yrkesaktive kvinner. N= 17 471. Prosent**

	To år før fødsel	To år etter fødsel	Økning prosentpoeng	Økning prosent
Sykefravær i alt	5,06	8,48	3,4	68
Svangerskap, fødsel og familieplanlegging (W)	0,39	1,31	0,9	233
Sykefravær unntatt W-diagnoser	4,66	7,23	2,6	55
Symptomer og plager (1–29) innen allment (A), muskel-skjelett (L), psykiske lidelser (P)	1,74	3,34	1,6	92
Fordøyelsessystemet (D) / luftveier (R)	0,61	0,87	0,3	43
Urinveier (U) / kvinnelige kjønnsorganer (X)	0,14	0,15	0,0	8
Annet	2,18	2,87	0,7	32

Kilde: NAV

**Tabell 6. Enkeltdiagnoser for førstegangsfødende yrkesaktive kvinner to år etter fødsel. N=17 471. Antall tapte dagsverk og økning i prosent fra før fødsel**

Diagnose	Sum tapte dagsverk	Økning tapte dagsverk	Økning prosent
P76 Depressiv lidelse	19 871	8 637	77
A04 Slapphet / tretthet	9 255	6 278	211
P29 Psykiske symptomer plager	6 884	5 423	371
W84 Svangerskap høyrisiko	5 260	4 479	574
W99 Svangerskap/fødsel/barsel sykdom IKA <sup>1</sup>	4 555	4 004	727
L86 Ryggsyndrom med smerteutstråling	7 314	3 886	113
P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget	10 541	3 883	58
W92 Komplisert fødsel levendefødt barn <sup>2</sup>	3 327	3 308	-
L03 Korsrygg symptomer / plager	4 818	3 209	200
L18 Utbredte muskelsmerter / fibromyalgi	4 946	2 795	130
L02 Rygg symptomer / plager	5 043	2 520	100
W05 Kvalme / brekninger svangerskap	3 272	2 516	333
L87 Bursitt/tendinit/synovitt	3 664	2 068	130
N01 Hodepine	3 339	1 716	106
L01 Nakke symptomer/plager	4 074	1 540	61
P74 Angstlidelse	3 498	1 405	67
R75 Bihulebetennelse	2 605	1 404	117
N17 Svimmelhet	2 324	895	63
P03 Depresjonsfølelse	4 718	815	21
R80 Influensa	2 198	635	41
R74 Akutt øvre luftveisinfeksjon	3 599	531	17
L99 Muskel-skjelettsykdom	1 901	113	6
L84 Ryggsyndrom uten smerteutstråling	3 879	-1 290	-25
L83 Nakkesyndrom	3 315	-1 324	-29
L92 Skulderyndrom	3 724	-1 774	-32

<sup>1</sup> Ikke klassifisert annet sted.

<sup>2</sup> 1–2 personer er registrert med denne diagnosen to år før fødsel av første barn. Det kan være en feilkoding av diagnoser.

Kilde: NAV

en de mest utbredte fødselsskadene. Den uspesifiserte diagnosen «svangerskap/fødsel/barsel sykdom IKA (ikke klassifisert annet steds)» øker mye, men det er uklart om dette handler om helseproblemer etter fødselen eller en ny graviditet.

### Sterk økning i varigheten på sykefraværene

For å bedre forstå økningen i sykefraværet skal vi her undersøke endringen i sykefraværmønsteret. Vi tar igjen utgangspunkt i gruppen på 17 471 kvinner som ikke fikk nytt barn de første 1–4 årene etter fødsel. I figurene under har vi delt inn sykefraværet i kategorier fra 1–4 % sykefravær til 100 % i løpet av ett år, i stedet for å kun undersøke gjennomsnittet. Kategorien 90–100 % i figuren under viser for eksempel andelen som hadde tapt alle avtalte dagsverk det gitt året. Figurene viser altså hvordan utvalget fordeler seg på sykefravær fra 0 sykefravær til 100 prosent sykefravær ett år, og beskriver dermed hvordan fordelingen av korte og lange sykefravær endret seg fra to år før fødsel til to år etter.

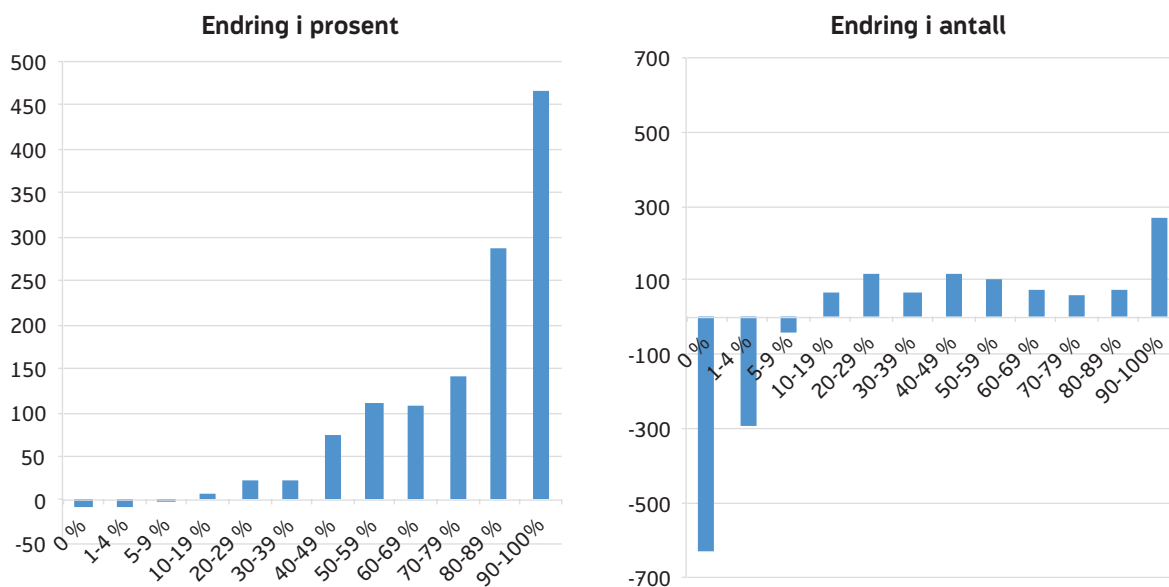
Stolpen helt til venstre i figuren til venstre viser at antallet personer som ikke hadde noe sykefravær (0 % sykefravær) ble redusert med 630 personer eller 7 prosent. Med andre ord var det flere med legemeldt

sykefravær etter fødsel, men økningen er liten og forklarer bare litt av det økte sykefraværet. Stolpen helt til høyre viser hvor mange flere som hadde et sykefravær på 90–100 prosent, og der finner vi en svært sterk økning på 270 personer (figuren til venstre) eller 450 prosent (figuren til høyre). Vi hadde i utgangspunktet forventet at sykefraværet skulle øke mest for det begrensede fraværet – at det skulle bli flere med 1–9 % sykefravær. Vi finner det motsatte: økningen er klart størst for det omfattende sykefraværet, og prosentvis er økningen særlig sterk for sykefravær på over 50 prosent – altså at halvparten av alle avtalte dagsverk er tapt (115 dagsverk hvis det er vanlig fulltid). Nesten hele økningen kan forklares med at en gruppe kvinner har fått lange sykefravær.

### Drøfting og konklusjon

I denne artikkelen har vi funnet empirisk støtte til at det å få barn medfører økt sykefravær for yrkesaktive menn og kvinner, og at sykefraværet øker mest blant kvinnene. Det legemeldte sykefraværet øker betydelig for både menn og kvinner etter fødsel av første barn, men både den relative og absolutte økningen er størst for kvinner, særlig fra år 2–6 etter fødsel. I en modell med kontroll for inntekt, avtalte dagsverk og over-

**Figur 8.** Endring i kategorier for sykefraværsprosenten fra to år før fødsel til to år etter fødsel. Endring i prosent (til høyre) og endring i antall personer (til venstre)



Kilde: NAV



gang til å bli enslig forsørger finner vi at kjønnsforskjellen øker med 1,6 prosentpoeng (33 prosent) i 4 år etter fødsel sammenlignet med de siste tre årene før fødsel. Blant de som føder to barn øker kvinners sykefravær ytterligere i en periode på cirka fire år ved fødsel av barn nummer to. Sykefraværet begynner å avta 4–5 år etter andre fødsel. Det å få barn er dermed en viktig forklaring på de betydelige kjønnsforskjellene i sykefravær. Samtidig finner vi at det også er betydelige kjønnsforskjeller i sykefraværet før fødsel, og at det å få barn dermed kun kan forklare noe av kjønnsforskjellene i sykefravær.

Denne studien bekrefter funnene både i Bratberg m.fl. (2003) og i Angelov m.fl. (2013). Sistnevnte studie fra Sverige viser også at kjønnsforskjellene i sykefravær øker når par blir foreldre. De finner at imidlertid kjønnsforskjellen øker over tid, mens vi finner at effekten er størst i de første årene etter fødselene og at kjønnsforskjellen deretter avtar. Denne forskjellen kan imidlertid kanskje forklares med ulikt sykepenge-regelverk. I Norge kan man motta sykepenger i maks ett år, mens i Sverige var det ingen tidsbegrensning (Brage 2007). Det innebærer at de som forsvinner ut av sykepengestatistikken på grunn av overgang til arbeidsavklaringspenger i Norge, fortsatt vil være registrert med sykepenger i Sverige.

Vi kjenner ikke til andre studier som indikerer at også menns sykefravær øker betydelig når de blir fedre. Angelov m.fl. (2013: 5) fant for eksempel ingen økning i sykefraværet blant menn etter fødsel i Sverige. En mulig forklaring på dette kan være at effekten er av nyere dato og kan knyttes til at både yrkesdeltakelsen og ansvaret for barn og husarbeid i småbarnsfasen er blitt langt mer lik mellom menn og kvinner enn den var før.

Overordnet støtter denne studien at det er en konflikt mellom yrkesarbeid og omsorgsarbeid som medfører økt sykefravær for en gruppe mødre og fedre og økte kjønnsforskjeller i sykefravær. Det er særlig tre funn som støtter en slik tolkning. For det første øker sykefraværet blant både menn og kvinner to år etter fødsel når de fleste barn begynner i barnehage. Menns sykefravær øker ikke det året barnet blir født eller det første året når som oftest mor er mest hjemme med bar-

net. For det andre at mors sykefravær (men ikke fars) avtar omtrent når det yngste barnet begynner på skolen, og når foreldre ifølge tidsnytteundersøkelsene bruker langt mindre tid på omsorg for barn (Kitterød og Rønsen 2013: 27). Når vi skriver en gruppe mødre er det fordi analysen viser at økningen i sykefravær i hovedsak skyldes at en gruppe får mye lengre sykefravær, og ikke at mange kvinner får noe mer sykefravær. For det tredje at vi finner en sterk økning i symptomplager som tretthet / slapphet og psykiske symptomer og plager som er forventet hvis sykefraværet er forårsaket av at en blir utslitt av stor samlet arbeidsbyrde etter at en har fått barn.

Hva er årsakene til at kvinners sykefravær øker mest av å få barn? Analysen av endringen i diagnoser blant kvinner før og etter fødsel indikerer at det er flere faktorer som fører til økt sykefravær etter fødselen. Vi finner en sterk økning i tapte dagsverk på grunn av slapphet og tretthet, psykiske symptomer og plager, og som blant annet inkluderer utrenthet samt psykisk ubalanse situasjonsbetinget og hodepine. Dette er diagnoser som utelukkende er basert på pasientens beskrivelser av egne plager. En tolkning av dette er at småbarnsfasen er en periode med dårlig søvn og slit-som hverdag på grunn av barnets omfattende omsorgsbehov, noe som særlig medfører at en gruppe mødre blir langvarig sykmeldt med ulike symptomer på at en er utslitt eller stresset. En annen tolkning av økningen i disse diagnosene er at det å få barn medfører en høyere verdsettelse av hjemmearbeid blant en gruppe kvinner – og at de derfor har mindre incentiv til å returnere til arbeid når de først blir sykmeldt (jf Blekesaune 2012). Også konsekvenser av å få et barn med særskilte omsorgsbehov er forenlig med økningen i nevnte diagnoser. Det er et åpent spørsmål hvilke av disse faktorene som bidrar mest til å forklare endringen.

Det er også en sterk økning i depressiv lidelse og en viss økning i angstlidelse – noe som kan sees i sammenheng med psykiske eller fysiske plager etter fødsel og med fødselsdepresjon. En implikasjon av dette er at både NAV, arbeidsgiver og helsevesenet må være obs på at en gruppe kvinner vil få langvarige sykefravær på grunn av depresjon eller fødselsskader når de returnerer til arbeid etter fødsel. Det er også en

betydelig økning i W-diagnoser etter fødsel, som både kan forklares med senskader etter den første fødselen, samt med ny høyrisiko svangerskap som resulterer i spontanabort. En hypotese som ikke gis særlig støtte er at diaré og halsinfeksjoner er en viktig årsak til økt legemeldt sykefravær blant mødrene.

## Litteraturliste

- Angelov, Nikolay, Per Johansson og Erica Lindahl (2013) *Gender differences in sickness absence and the gender division of family responsibilities*. IFAU Working paper 2013:9.
- Angrist, Joshua D. og Jörn-Steffen Pischke (2009) *Mostly Harmless Econometrics. An Empiricist's Companion*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Blekesaune, Morten (2012). «Kjønnsroller og uførepensjonering», *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 53 (1), s. 33–48.
- Bjørnstad, Roger (2010). «Økt sykefravær kan forklares med økt sysselsetting». *Samfunnsøkonomen* 17:3, 4–12.
- Bratberg, Espen, Svenn-Åge Dahl og Alf Erling Risa (2002) «'The Double Burden': Do Combinations of Career and Family Obligations Increase Sickness Absence among Women?». *European Sociological Review*, 18: 2, 233–249.
- Brage, Søren (2007) «Trender i de skandinaviske sykefraværsordningene». *Arbeid og velferd* 2–2007, 24–29.
- Brage, Søren og Thune, Ola (2015) «Ung uførhet og psykisk sykdom». *Arbeid og velferd* 1-2015, 37–49.
- Brage, Søren og Nossen, Jon Petter (2017) «Sykefravær på grunn av psykiske lidelser – utvikling siden 2003». *Arbeid og velferd*, 2–2017, 77–88.
- Brekke, Idunn, Elena Albertini Früh, Lisbeth Gravdal Kvarme1 og Henrik Holmstrøm (2017) «Long-time sickness absence among parents of pre-school children with cerebral palsy, spina bifida and Down's syndrome: a longitudinal study». *BMC Pediatrics*, 2017, 17:1–7.
- Cools, Sara, Simen Markussen og Marte Strøm (2015). Menns og kvinners sykefravær: Hvilken rolle spiller antall barn?. *Søkelys på arbeidslivet*. 32(4), s 325–343.
- Cools, Sara, Simen Markussen og Marte Strøm (2017) «Children and Careers: How Family Size Affects Parents' Labor Market Outcomes in the Long Run» *Demography*. 2017; 54(5):1773–1793.
- Ellingsæter, Anne Lise (2005) «Tidsklemme» – metafor for vår tid». *Tidsskrift for samfunnsforskning* 46(3): 297–326.
- Grasdahl, Astrid Louise (2011). «Kvinner – yrkesdeltakelse, familieomsorg og sykefravær.» Presentasjon ved IA-konferansen 2011. Lastet ned 20.3.2018.
- Hardoy, Inés, Pål Schøne og Kjersti Misje Østbakken (2017) «Children and the gender gap in management» *Labour Economics*. 47: 124–137.
- Helde, Ingunn og Nossen, Jon Petter (2016) «Sykefravær blant gravide 2001–2014». *Arbeid og velferd*, 1–2016, 121–134.
- Hjelmstedt, Sofia, Annika Lindahl Norberg, Scott Montgomery, Ida Hed Myrberg og Emma Hovén (2017) «Sick leave among parents of children with cancer – a national cohort study». *Acta Oncologica*, 56:5, 692–697, DOI: 10.1080/0284186X.2016.1275780.
- Kitterød, Ragni Hege og Marit Rønsen (2013) *Yrkes- og familiearbeid i barnefasen. Endring og variasjon i foreldres tidsbruk 1970–2010*. Rapport 44/2013. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Mastekaasa, Arne (2016). «Kvinner og sykefravær». *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19:2, 125–147.
- Markussen, Simen (2010) «2004: Da sykefraværet falt som en stein». *Samfunnsøkonomen* 17:3, 18–23.

Nielsen, Wendy, Anni Skipstein, Kristian A. Østby og Arnstein Mykletun (2017) «Examination of the double burden hypothesis—a systematic review of work–family conflict and sickness absence». *European Journal of Public Health*, 27:3, 465–471.

Nossen, Jon Petter (2011) «Opp og ned – hva skjedde med sykefraværet?» *Arbeid og velferd*, 2–2011, 30–35.

Nossen, Jon Petter (2014) «Utviklingen i sykefraværet: Betydningen av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer». *Arbeid og velferd*, 2–2014, 75–88.

Rieck, Karsten Marshall Elseth og Kjetil Telle (2013) «Sick leave before, during and after pregnancy». *Acta Sociologica*, 56(2), 117–137.

## Appendiks

Tabell 7. Hovedmodeller. Lineær fast-effekt regresjon for kvinner, menn og par.

Variabler	Kvinne	Mann	Par
År	Koeffisient	Koeffisient	Koeffisient
6	0,15	0,21*	-0,09
5	0,12	0,34**	-0,26
4	-0,05	0,15*	-0,19
3	-0,16	-0,01	-0,13
2	ref	Ref	ref
1 år før	0,43**	0,00	0,44**
Fødsel		0,16*	
1 år etter		0,16*	
2	1,88**	0,63**	1,39**
3	2,43**	0,63**	1,77**
4	2,46**	0,62**	1,84**
5	2,39**	0,66**	1,78**
6	2,29**	0,57**	1,84**
7	2,14**	0,59**	1,62**
8	2,12**	0,52**	1,71**
9	1,94**	0,60**	1,54**
10	1,91**	0,57**	1,54**
11 år etter	1,93**	0,65**	1,35**
Hennes avtalte dagsverk	-0,003**		-0,002**
Hennes inntekt	0,611**		0,609**
Hennes inntekt kvadrert	-0,107**		-0,101**
Hans avtalte dagsverk		-0,004**	0,003**
Hans inntekt		0,097**	-0,115**
Hans inntekt kvadrert		-0,040**	0,034**
Enslig forsørger	1,662**	1,303**	0,340*
Konstant	4,546**	3,173**	1,346**
Antall personer	78 459	78 467	78 409
Antall observasjoner	738 686	1 125 810	683 019
Gjennomsnittlig antall observasjoner	9,4	14,3	8,7

\* p<0,01 \*\* p<0,001

Kilde: NAV