

Hvorfor øker kjønnsforskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn?

Kvinner i Norge har omtrent 60 prosent høyere sykefravær enn menn. Kjønnsforskjellen har økt parallelt med kvinners inntog på arbeidsmarkedet, og denne utviklingen har pågått i mer enn 30 år.

TEKST

Arnstein Mykletun

Miriam Evensen

Katrin Hagen

Kjell Vaage

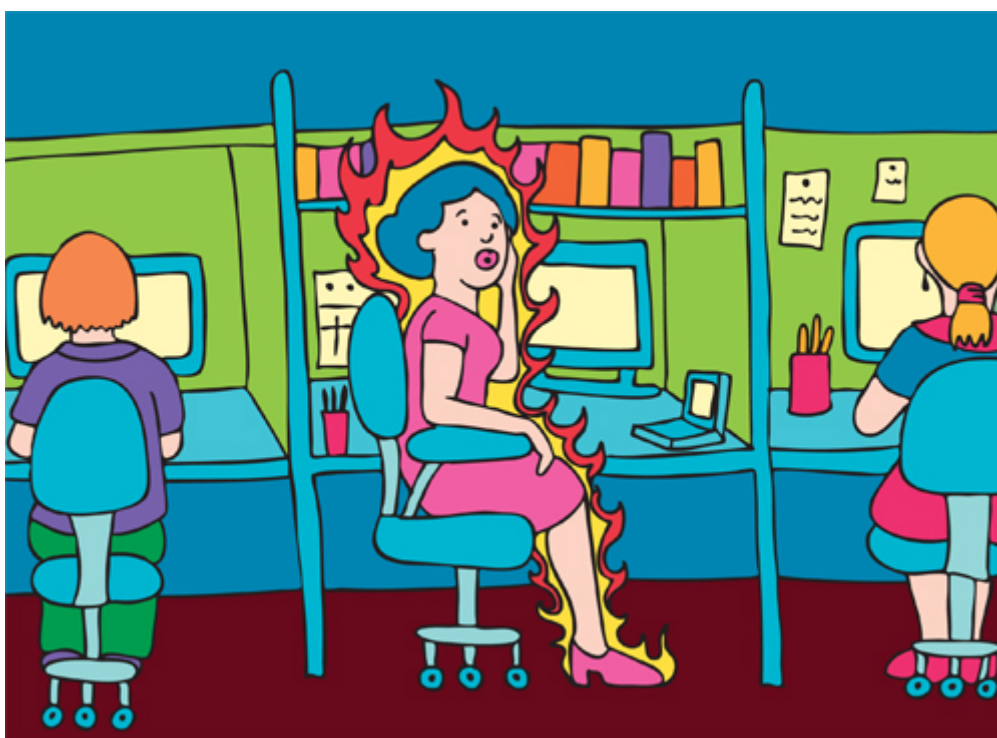
PUBLISERT 5. juni 2012

EMNER

Sykefravær

Kvinner og menn

Dobbeltarbeidshypotesen



Hetetokt: Kjønnsforskjellen i sykefravær har økt de siste 30 årene.

Men det er ikke noe som tyder på at kvinners psykiske og psykosomatiske helse har blitt dårligere relativt til menns. At kvinner generelt har flere helseplager kan altså ikke forklare den økende kjønnsforskjellen. Illustrasjon: YAY Micro

Arnstein Mykletun er seniorforsker ved Folkehelseinstituttets Avdeling for samfunn og psykisk helse, og professor II ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Miriam Evensen er PhD-stipendiat ved Folkehelseinstituttet.

Katrin Hagen blir våren 2012 ferdig med sin psykologutdanning ved Universitetet i Bergen. **Kjell Vaage** er professor ved Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen og leder av Gruppe for trygdeøkonomi samme sted.

Hva er årsaken til at kvinner har høyere sykefravær enn menn, og at denne kjønnsforskjellen gradvis øker? Selv om dette er en problemstilling med relevans for mange land, er spørsmålene stadig ikke besvart. De mest omtalte hypotesene handler om kvinnehelse, arbeidsmiljø og dobbeltarbeid.

Kvinnehelsehypotesen

Kan det være så enkelt at kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes at kvinner har dårligere helse enn menn? Ifølge beregninger fra Statistisk sentralbyrå (SS B) vil dagens 40-årige kvinner leve omtrent 4 år lenger enn jevnaldrede menn, men kvinnene har likevel flere helseplager og går hyppigere til lege og psykolog mens de lever.

Selv om sykefravær for både psykiske diagnoser og fysiske diagnoser er assosiert med økt mortalitet (Head, Ferrie et al., 2008), er helseplager som fører til sykefravær, likevel vanligvis ikke av den mest dødelige typen. Psykiske lidelser og medisinsk uforklarte somatiske symptomer er som kjent viktige helsemessige årsaker til arbeidsuførhet og sykefravær (Mykletun, Overland et al., 2006; Overland, Overland et al., 2008), og dette er plager som kvinner rapporterer mer av enn menn (Mykletun, Knudsen et al., 2009).

Det finnes ennå ikke gode studier av hvorvidt kjønnsforskjellen i sykefravær kan tilskrives kvinners høyere symptomtrykk av psykiske lidelser, men dersom dette var forklaringen, ville det neste nærliggende spørsmålet selvsagt være hvorfor kvinner har høyere symptomtrykk av psykiske og psykosomatiske lidelser. For øvrig er det ikke noe som tyder på at kvinners psykiske og psykosomatiske helse har blitt dårligere relativt til menns helse de siste 30 årene. Sykefravær under graviditet har også økt betydelig i de siste 15-årene, men økningen i sykefravær har faktisk vært størst blant ikke-gravide kvinner. Dessuten er jo kvinner gravide bare en liten andel av tiden man er yrkesaktiv. Det er i det hele tatt vanskelig å se for seg en helsemessig forklaring på hvorfor kjønnsforskjellen i sykefravær har økt i de siste 30 årene.

Arbeidsmiljøhypotesen

Denne hypotesen hevder at typiske kvinnearbeidsplasser fremmer sykefravær, gjerne ved henvisning til såkalte «trøsteog bæreyrker» – altså typiske omsorgsykker, for eksempel sykepleier og førskolelærer. Eksempelvis er det dokumentert at «job strain», et misforhold mellom opplevde krav og opplevd kontroll, øker risikoen for psykiske lidelser (Sanne, Mykletun et al., 2005), kardiovaskulær sykdom og mortalitet (Johnson, Hall et al. 1989; Marmot, Bosma et al., 1997).

Ut fra den offentlige debatten ser det ut til at denne hypotesen har mange tilhengere. Men den får liten støtte i norsk og internasjonal forskning: Kvinner i typiske mannsyrker og menn i typiske kvinneyrker har et sykefraværsmønster som typisk korresponderer med deres kjønn snarere enn med deres yrke (Mastekaasa & Olsen, 1998; Mastekaasa & Dale-Olsen, 2000).

Dobbeltarbeidshypotesen

Denne hypotesen hevder at kvinners høyere sykefravær skyldes en større belastning enn menn har, ved kombinasjon av forpliktelser i hjem og i arbeidsliv (Kostøl & Telle, 2011). Økningen i andel kvinner som deltar i arbeidslivet, var sterkest på 1970- og 1980-tallet, og deretter fortsatte økningen i andelen kvinner som arbeider fulltid, og kvinner som tar høyere utdanning. Kvinners sykefravær øker når de blir mødre, noe som indikerer støtte for dobbeltarbeidshypotesen (Bratberg, Dahl et al., 2002). Det er imidlertid vanskelig å konkludere ut fra foreliggende forskning om dette skyldes økt arbeidsbyrde, endrede preferanser, eller noe annet. Dobbeltarbeidshypotesen er altså ikke avvist ennå, men mekanismene i den er ikke godt nok forstått. Enkle tidsregnskaper over lønnsarbeid og hjemmearbeid gir ikke uten videre støtte for hypotesen. Det er mulig at det oppstår kjønnsforskjeller i normer og rolleforventninger når man stifter familie. Menn øker da sin arbeidsinnsats og inntjening, mens kvinner reduserer sin (Angelov, Johansson et al., 2011). Dette kan kanskje også være relevant for terskelen for når man skal sykmelde seg. En annen mulighet er at kvinners involvering i familielivet ved siden av jobb er belastende på en måte som ikke kan måles i timer.

Internasjonalt problem

Kjønnsforskjellen i sykefravær er ikke et særnorsk fenomen, men er framtrødende i europeiske land hvor yrkesdeltakelsen blant kvinner er høy, eksempelvis i Norge og Sverige. I Tyskland, for eksempel, er yrkesdeltakelsen blant kvinner lavere, og der er kvinners sykefravær som menns (Angelov, Johansson et al., 2011).

Norge skiller seg altså ikke ut ved en høy kjønnsforskjell i sykefravær (Angelov, Johansson et al., 2011). Det som er påfallende, er at det trolig ikke er noe land som har et så høyt sykefravær og så mange på uføretrygd som Norge (OECD, 2006; Mykletun, Eriksen et al., 2010). Dette reflekterer ikke en dårlig folkehelse i Norge. Det er snarere uttrykk for organisering av familie- og arbeidsliv og responser på utforming av velferdsordningene.

Det er nødvendig med mer og bedre sykefraværskforskning, og fagområder som epidemiologi og psykologi må komme på banen. Men inntil vi vet mer om årsakene til de observerte forskjellene mellom kvinners og menns fravær, bør fokus primært være på det generelt høye forbruket av helserelaterte trygdeytelser, og ikke på kjønnsforskjellen i disse.

FAKTA: KJØNNSFORSKJELLER I SYKEFRAVÆR

- Kvinner i Norge har ca. 60 prosent høyere sykefravær enn menn
- Kvinners helseplager, belastende arbeidssituasjoner og en større andel arbeid i hjemmet kombinert med lønnsarbeid er lansert som mulige forklaringer
- Ingen av hypotesene er bekreftet. Her trengs det ny forskning, blant annet fra epidemiologisk og psykologisk hold
- Den samme tendensen til kjønnsforskjeller i sykefravær viser seg i andre land der mange kvinner er yrkesaktive

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 6, 2012, side 594-596

TEKST

Arnstein Mykletun, Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt

KONTAKT: simon.overland@iuh.uib.no

Miriam Evensen

Katrin Hagen

Kjell Vaage, Professor i samfunnsøkonomi ved Universitetet i Bergen

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Angelov, N., P. Johansson, et al. (2011). Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering

Bratberg, E., S. A. Dahl, et al. (2002). 'The double burden' - Do combinations of career and family obligations increase sickness absence among women? *European Sociological Review*, 18(2): 233-249.

Head, J., J. E. Ferrie et al. (2008). Diagnosis-specific sickness absence as a predictor of mortality: the Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal*, 337(7674): 7.

Johnson, J. V., E. M. Hall et al. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular-disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 15(4): 271-279.

Kostøl, A. R. & K. Telle (2011). Sykefraværet i Norge de siste tiårene: Det handler om kvinnene. *Samfunnsøkonomen* (1).

Marmot, M. G., H. Bosma et al. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 350(9073): 235-239.

Mastekaasa, A. & H. Dale-Olsen (2000). Do women or men have the less healthy jobs? An analysis of gender differences in sickness absence. *European Sociological Review*, 16(3): 267-286.

Mastekaasa, A. & K. M. Olsen (1998). Gender, absenteeism, and job characteristics - A fixed effects approach. *Work and Occupations*, 25(2): 195-228.

Mykletun, A., H. R. Eriksen et al. (2010). Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform. Arbeidsdepartementet. Oslo, Arbeidsdepartementet

Mykletun, A., A. K. Knudsen et al. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo, Folkehelseinstituttet, 8.

Mykletun, A., S. Overland et al. (2006). A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *American Journal of Psychiatry*, 163(8): 1412-1418.

OECD (2006). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. Norway, Poland and Switzerland. C. Prince. Paris, Organisation for Economic Corporation and Development.

Overland, R., S. Overland et al. (2008). Verifiability of diagnostic categories and work ability in the context of disability pension award: A survey on «gatekeeping» among general practitioners in Norway. *Bmc Public Health*, 8: 9.

Sanne, B., A. Mykletun et al. (2005). Testing the job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study. *Occupational Medicine-Oxford*, 55(6): 463-473.