

**Rapport etter ekspertmøtet om  
årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær**

Ekspertmøte i Oslo, 23.-24. november 2011

Rapport overlevert 29. mars 2012

## Innhold

Oppsummering.....	3
Mandat og arbeidsmetode .....	3
Er det stor kjønnsforskjell i sykefraværet i Norge og er det et særnorsk fenomen? .....	4
Arbeidsmiljøhypotesen: Er typiske kvinnearbeidsplasser mer sykefraværsfremmende? .....	4
Dobbeltarbeidshypotesen: Skyldes høyere sykefravær blant kvinner en større belastning ved kombinasjon av forpliktelser i hjem og i arbeidsliv? .....	5
Kjønnsforskjell i normer for sykefravær og prioriteringer mellom hjem og jobb? .....	5
Kan kjønnsforskjellen i sykefravær tilskrives kjønnsforskjell i helseplager? .....	6
Graviditetsrelatert sykefravær .....	6
Konklusjon.....	7
Veien videre .....	7
Summary in English .....	9
Mandate and working methods.....	9
Is there a gender gap in sickness absence, and is this gap special for Norway? .....	10
Working conditions: Are women employed in more unhealthy jobs? .....	10
Double burden: is higher sickness absence among women due to the double burden? .....	11
Gender differences in norms and priorities within working life and at home .....	11
Are the gender differences in sickness absence due to gender differences in health problems?.....	12
Pregnancy related sickness absence .....	12
Conclusion .....	13
Further research .....	13
Referat av presentasjonene i ekspertmøtet .....	15
Utviklingstrekk i sykefraværet .....	15
Internasjonale trender og sammenlikninger .....	18
Dobbeltarbeidshypoteser .....	21
Graviditet og helse .....	22
Forhold ved arbeidsplassen – kvinner i mer fraværsfremmende jobber? .....	24
Symptombelastninger og forskjeller i diagnoser .....	24
Refereanseliste .....	26

## Oppsummering

*Ved Arnstein Mykletun og Kjell Vaage*

### Mandat og arbeidsmetode

Ekspertgruppemøtet ble arrangert av Arnstein Mykletun (Avdeling for samfunn og psykisk helse ved FHI) og Kjell Vaage (Trykdegrupper ved Institutt for økonomi, UiB) på oppdrag fra Arbeidsdepartementet (AD).

Mandatet var å gi en kunnskapsoppsummering om årsaker til kjønnsforskjell i sykefravær basert på eksisterende og pågående forskning.

Sitat fra "Bilag 1: Oppdragets beskrivelse av oppdraget, punkt 3 Om oppdraget:

Forskningsprosjektet skal identifisere problemstillinger som det kan forskes på for å søke å forklare kjønnsforskjellen i sykefraværet. Dette innebærer at forprosjektet skal identifisere kunnskapshull i eksisterende forskning, og skissere mulige metodiske tilnærminger for å tette disse hullene...."

Til dette formålet ble det arrangert et forskningsseminar hvor etablerte forskere på tvers av fagfelt ble invitert. Over to dager i Oslo 23. og 24. november 2011 presenterte forskerne tidligere og pågående forskning av relevans for problemstillingen for hverandre. Det ble satt av tid både til diskusjon av de enkelte presentasjonene, og til en samlet oppsummerende diskusjon avslutningsvis.

Kriteriet for å bli invitert var at man er blant etablerte forskere som har vist interesse for årsaker til kjønnsforskjell i sykefravær. Deltakere på konferansen var Alf Erling Risa, Arne Mastekaasa, Astrid Grasdahl, Dag Bruusgaard, Harald Dale-Olsen, Jan Erik Askildsen, Jon Petter Nossen, Kjetil Telle, Knut Røed, Per Johannson, Petter Kristensen, Simen Markussen, Søren Brage, Kjell Vaage og Arnstein Mykletun. Utover disse ble også Benedicte Carlsen, Solveig Ose, Gunnel Hensing, Hans Tore Hansen, John Gunnar Mæland, Kirsti Malterud, Kjell Salvanes, Mari Rege og Morten Palme invitert, men disse meldte avbud av ulike årsaker.

Miriam Evensen og Katrin Hagen deltok på konferansen som referenter. AD var representert ved Rune Aslaksen, Hanne Haugen og Bent-Ole Grooss.

Innleggene hadde fokus på årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær med perspektiver fra økonomi, sosiologi og helsefag. Det var også noe fokus på årsaker til kjønnsforskjeller i andre trygdeytelser, samt kjønnsforskjeller i helseproblemer og andre risikofaktorer for sykefravær. Pågående og tidligere forskningsresultater ble diskutert, og i tillegg til dette ble også teoretiske perspektiver og hypoteser drøftet. Møtet ble avsluttet med en oppsummering og konklusjon som er gjengitt nedenfor.

### **Er det stor kjønnsforskjell i sykefraværet i Norge og er det et særnorsk fenomen?**

Det var i møtet bred enighet om at det høye totale sykefraværet er mer påfallende i Norge enn kjønnsforskjellen i sykefravær. Kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge er noe høyere enn i sammenlignbare land, men et høyere sykefravær blant kvinner enn menn finner vi i de fleste vestlige land med høy sysselsettingsrate blant kvinner. Det må skilles mellom mulige årsaker til kjønnsforskjell i sykefravær, og mulige årsaker til økning i kjønnsforskjell i sykefravær. Kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge økte sterkt på slutten av 70-tallet og i første halvdel av 80-tallet, som samsvarer med den perioden hvor kvinner for alvor gjorde sitt inntog på arbeidsmarkedet. Når forskjellen før dette var så liten, ser dette ut til å skyldes at kvinner inntil da arbeidet i yrker som var spesielt lite fraværsfremmende. Hvis man kontrollerer for det, altså for yrke, blir hovedinntrykket at kjønnsforskjellen er relativt stabil i hele perioden. Fra slutten av 80-tallet synes kjønnsforskjellen i sykefraværet å stabilisere seg på dagens høye nivå, og yrke synes ikke lenger å bidra med særlig forklaring.

### **Arbeidsmiljøhypotesen: Er typiske kvinnearbeidsplasser mer sykefraværsfremmende?**

En grundig studert hypotese er hvorvidt typiske kvinneyrker og næringer dominert av kvinner, er mer sykdomsfremkallende eller forbundet med mer fysisk eller psykisk slitasje enn typiske yrker for menn. Selv om denne hypotesen ofte siteres i den offentlige debatt (eksempelvis ved henvisning til "trøste- og bæreyrker"), er det vanskelig å forskningsmessig

finne støtte for hypotesen. Det ser ut til at kvinner i typiske mannsyrker, og menn i typiske kvinneyrker, har et sykefraværsmonster som korresponderer med deres kjønn snarere enn med deres yrke. Bare en svært liten andel av kjønnsforskjellen i sykefravær kan tilskrives hvilke foretak, yrker og næringer kvinner og menn arbeider i, og denne forklaringsandelen har vært stabil siden 1995.

### **Dobbeltarbeidshypotesen: Skyldes høyere sykefravær blant kvinner en større belastning ved kombinasjon av forpliktelser i hjem og i arbeidsliv?**

En annen mye drøftet hypotese er dobbeltarbeidshypotesen. Økningen i andel kvinner som deltar i arbeidslivet var sterkest på 70- og 80-tallet, og har siden den tid avflatet noe. Andelen kvinner som arbeider fulltid og som tar høyere utdanning har imidlertid fortsatt å øke.

Kvinner som kombinerer fulltidsarbeid med omsorg for småbarn er potensielt mer utsatt for sykefravær enn menn. Dobbeltarbeidshypotesen viser til at kvinner har økt sin involvering i lønnet arbeid uten en tilsvarende reduksjon i ansvar for ubetalt omsorgsarbeid for egne barn eller foreldre. Hypotesen fokuserer på at kombinasjonen av både inntektsgivende arbeid og arbeid i hjemmet kan føre til overbelastning, som i sin tur gir høyere sykefravær blant kvinner. I drøftingen av kjent forskning ble det klart at flere var skeptiske til hvorvidt den eventuelle merbelastningen på kvinner er knyttet til samlet tidsbruk. Kanskje mer plausibelt er dobbeltarbeidsbelastninger knyttet til rolleforventninger, ansvarsområder, og eventuelt også kjønnsforskjeller i respons på utfordringer og byrder. Det var enighet om at dobbeltarbeidshypotesen trolig er relevant som én mulig forklaring på kjønnsforskjell i sykefravær, men at sammenhengene ikke er tilstrekkelig forstått.

### **Kjønnsforskjell i normer for sykefravær og prioriteringer mellom hjem og jobb?**

En tredje hypotese vedrører kjønnsforskjeller i preferanser for utearbeid versus familieliv. Innenfor et tradisjonelt kjønnsrolleperspektiv forventes kvinner å utvikle sterkere preferanser for fritid etter å ha født egne barn. En slik forklaringsmodell vektlegger kjønnsforskjeller i prioriteringer, og hypotesen er at kvinner når de får barn vil prioritere

lønnsarbeid og karriere mindre og familieliv og fritid mer. Det er godt dokumentert at kvinner reduserer sin yrkesdeltakelse med økende antall barn, mens menn øker sin yrkesdeltakelse. Det er også dokumentert at sykefravær reduserer framtidig lønnsutvikling, men i større grad for menn enn for kvinner. Det foreligger ikke empirisk forskning om hvorvidt kvinner senker terskelen for sykefravær når de får familie.

### **Kan kjønnsforskjellen i sykefravær tilskrives kjønnsforskjell i helseplager?**

Kvinner går mer til lege, rapporterer flere symptomer og plager, men lever likevel lenger enn menn. Hvorvidt kvinners høyere forekomst av plager og symptomer kan være en forklaring på kjønnsforskjellen i sykefravær har ikke vært et fokusert område innen helseforskning. Pågående analyser av helseundersøkelsen i Hordaland presentert i møtet antyder at høyere forekomst av symptomer og plager blant kvinner i liten om noen grad kan forklare deres høyere sykefravær. Et annet spørsmål er om kvinner blir lettere sykmeldt eller uføretrygdet ved samme helseplager enn menn. Dette har vært gjenstand for empiriske analyser i tidligere publiserte artikler, og det er ikke noe entydig resultat til støtte for en slik hypotese. Denne forskningen kan imidlertid anses for å være forholdsvis umoden, og det er behov for grundigere analyser av disse spørsmål.

### **Graviditetsrelatert sykefravær**

Det har vært betydelig oppmerksomhet på økningen i graviditetsrelatert sykefravær. Siden 1993 har det vært en større økning i graviditetsrelatert sykefravær for kvinner enn annet sykefravær for kvinner. Alder på førstegangsfødende har økt i denne perioden, uten at det synes å ha særlig effekt på fraværet: faktisk er det i de yngste aldersgruppene veksten har vært størst. Endret finansiering av svangerskapsrelatert fravær bidrar med å forklare noe av utviklingen på 2000-tallet, men ikke at veksten startet alt tidlig på 1990-tallet. Mekanismene bak denne utviklingen er altså ikke tilstrekkelig forstått. Men siden kvinner er gravide bare en liten del av sitt yrkesaktive liv, utgjør økningen i graviditetsrelatert sykefravær likevel bare en mindre andel av økningen i kjønnsforskjellen i sykefravær.

## Konklusjon

Det har lenge vært en betydelig kjønnsforskjell i sykefravær i Norge. Kjønnsforskjellen økte mest fra midten av 70-tallet til midten av 80-tallet. De siste ti årene har den vært avflatende. Det høye sykefraværet i Norge er mer påfallende enn kjønnsforskjellen i sykefraværet, som vi også finner i mange andre land. Seleksjon til kvinne- og mannsyrker ser ikke ut til å kunne forklare kjønnsforskjellen i sykefravær. Forskning fra Sverige viser at kvinners sykefravær øker når de blir mødre, og at den mest fundamentale endringen inntreffer ved første barn. 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, men mekanismene i denne er ikke godt nok forstått. Møtet etterlyser mer og bedre forskning – kvalitativ og kvantitativ – for å bringe ny kunnskap om betydningen av familie og familiedanning for sykefraværet. Kjønnsforskjeller i helseplager, eller respons på disse, har vært mindre studert, men pågående studier antyder at kjønnsforskjell i helseplager ikke kan forklare kjønnsforskjell i sykefravær.

## Veien videre

Ekspertgruppen mente at det ikke er tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å gi råd om tiltak for reduksjon i kjønnsforskjellen i sykefraværet. Verken kjønnsforskjellen eller økningen i denne er et særnorsk fenomen, og finnes i vestlige land vi normalt sammenligner oss med. Det er heller ikke internasjonalt demonstrert noen effektiv løsning på utfordringen med den økende kjønnsforskjellen i sykefravær.

Av forklaringene som ble gjennomgått i gruppen var det særlig dobbeltarbeidshypotesen som mange festet lit til. Dette er bl.a. støttet av forskning som viser at kjønnsforskjellen er størst i reprodusiv fase, samt at sykefraværet øker etter barnefødsler mer for kvinner enn for menn. Det var imidlertid skepsis til den enkle varianten av dobbeltarbeidshypotesen som fokuserer på at kjønnsforskjellen i sykefravær kan forklares med enkle tidsregnskap hvor vi teller opp hvor mange timer menn og kvinner i sum produserer av lønnsarbeid og arbeid i hjemmet. Mekanismene er ikke godt dokumentert, og gruppen mente man burde undersøke roller, holdninger og identitet knyttet til dobbeltarbeidshypotesen.

I tillegg til dette, på helt generelt grunnlag, mente gruppen at det er nødvendig med økt anvendelse av store randomisert kontrollerte effektstudier, både når det gjelder kjønnsforskjeller i sykefravær og for sykefraværsforskningen generelt.



## Summary in English

*By Arnstein Mykletun and Kjell Vaage*

### Mandate and working methods

This research meeting was arranged by Arnstein Mykletun (Department of Public Mental health, Norwegian Institute of Public Health) and Kjell Vaage (Department of Economics, University of Bergen) on behalf of the Norwegian Ministry of Labour (Arbeidsdepartementet (AD)).

The mandate for the meeting was to gather perspectives on gender differences in sickness absence based on published and ongoing research.

We refer to the contract (in Norwegian) for details regarding the mandate:

”Oppdragers beskrivelse av oppdraget, punkt 3 Om oppdraget: Forskningsprosjektet skal identifisere problemstillinger som det kan forskes på for å søke å forklare kjønnsforskjellen i sykefraværet. Dette innebærer at forprosjektet skal identifisere kunnskapshull i eksisterende forskning, og skissere mulige metodiske tilnærminger for å tette disse hullene....”

A two-day seminar was arranged, and well established researchers with different professional backgrounds were invited to present their own research. After each presentation, time for discussion was allowed, and on the last day of the meeting, a summary of the discussion was presented.

The invitation for this meeting was restricted to established researchers with an expressed interest for the topic. Participants included Alf Erling Risa, Arne Mastekaasa, Astrid Grasdahl, Dag Bruusgaard, Harald Dale-Olsen, Jan Erik Askildsen, Jon Petter Nossen, Kjetil Telle, Knut Røed, Per Johannson, Petter Kristensen, Simen Markussen, Søren Brage, Kjell Vaage and Arnstein Mykletun. Benedicte Carlsen, Solveig Ose, Gunnel Hensing, Hans Tore Hansen, John Gunnar Mæland, Kirsti Malterud, Kjell Salvanes, Mari Rege og Morten Palme were invited, but did not have the opportunity to participate. Miriam Evensen and Katrin Hagen took

minutes from the meeting. Participants from the Ministry of Labor included Rune Aslaksen, Hanne Haugen and Bent-Ole Grooss.

The different presentations focused on causes of sickness absence, and the contributors' backgrounds included economics, sociology and public health. Some contributions also focused on the causes of gender differences in other related social insurances, such as disability pension, health problems, and risk factors for sickness absence. Both published findings and works-in-progress were discussed, in addition to theoretical perspectives and hypotheses. The meeting concluded with a summary of the discussion, which is given below.

### **Is there a gender gap in sickness absence, and is this gap special for Norway?**

There was a consensus in the meeting that the high general level of sickness is more of a concern than the gender differences in sickness absence in Norway. In most countries with high labor force participation, women have higher sickness absence than men. This gender difference is only slightly higher in Norway than in other countries. There is a need to differentiate between causes of gender difference in sickness absence and causes of the increase in sickness absence. The gender difference in sickness absence increased mostly in the late 1970s and during the first part of the 1980s. This coincides with the period in which women fully entered the labor market. Before the late 1970s, the gender gap in sickness absence was rather miniscule, which might imply that women up until then were mainly employed in occupations with low levels of sickness absence. Adjusted for occupation, one analysis suggests the gender difference is more or less stable over this period. The increase in gender difference in sickness absence was slower after the late 1980s, but still slightly on the increase in Norway. Different occupations for men and women cannot explain neither the gender difference in sickness absence, nor the increase in this gender difference.

### **Working conditions: Are women employed in more unhealthy jobs?**

A hypothesis which has been thoroughly studied suggests that women have higher sickness absence because they more often hold jobs which physically or mentally deteriorate the employer's health. This hypothesis has considerable support politically and in the population

and is frequently mentioned in the media. It has, however, in multiple well conducted studies not been supported empirically. Women in occupations dominated by men, and men in occupations dominated by women, have sickness absence levels corresponding to their gender than to their occupation. The gender differences in sickness absence are explained by adjusting characteristics related to the occupation.

### **Double burden: is higher sickness absence among women due to the double burden?**

The double burden hypothesis was also discussed in the meeting. The increase in the female work participation was strongest in the 1970s and 1980s, and has been stable during the recent years. However, the share of women who work fulltime and the share of women in higher education have continually increased. Women who combine fulltime work and have small children are potentially more at risk of having increased sickness absence than men.

The double burden hypothesis emphasizes that the combined burden of increased labor force participation and continued involvement in domestic work increases sickness absence in women. There was considerable support for this hypothesis in the meeting, but explanation relating solely to total time spent on labor and domestic work is unlikely to explain the gender difference (and increase in gender difference) in sickness absence.

Participants in the meeting suggested alternative mechanisms in the double burden hypothesis relating to gender differences in role expectations and responsibilities. Although the expert group agreed that the double burden explanation may contribute to higher levels sickness absence among women, it does not provide a complete explanation, nor are the mechanisms linking double burden to higher levels of sickness absence fully understood.

### **Gender differences in norms and priorities within working life and at home**

A third explanation has to do with gender differences in preferences for domestic or paid work. Within a traditional gender perspective, women who have had children may regard

their spare time as being more valuable. In this perspective, gender differences in priorities between men and women are emphasized, and the hypothesis is that when women have children, they will prioritize family life and leisure time more than engaging in paid labor and having a career. It is well documented that women reduce their engagement in paid work as the number of children increases, while men react the opposite way. It is also well documented that sickness absence reduces future wages, but more so for men than women. There are no empirical studies for whether women have a lower threshold for sickness absence after they have had children.

### **Are the gender differences in sickness absence due to gender differences in health problems?**

Women are on average higher consumers of health services than men, and they live longer. The conjecture about whether the higher incidence of symptoms and problems among women could explain the higher levels of sickness absence has not been thoroughly examined. Work in progress was presented in this meeting suggesting that a higher report of symptoms among women accounts for very little of the higher levels of sickness absence. Another question is whether women more easily obtain certified sickness absence or disability pensions for the same health problems as men. This has been examined in several empirical studies, and there is little evidence for different thresholds for sickness absence. However, this strain of research still requires further examination.

### **Pregnancy related sickness absence**

There has been much attention to pregnancy related sickness absence, which since 1993 has increased even faster than the sickness absence for non-pregnant women. The average age of the first-birth mothers has increased during the period in question, but this appears to have little influence on the sickness absence: the increase is actually biggest for the youngest mothers. Some of the increase after 2001 may be attributed to changes in the sickness benefit system, but this cannot explain the growth during the 1990ies. Hence, the mechanism behind this development is not sufficiently understood. However, as women are pregnant only a short proportion of their working life, the increase in pregnancy related

sickness absence can explain only a limited proportion of the gender difference in sickness absence.

## Conclusion

Over the last decade, a higher level of sickness absence in women has been seen in Norway. The gender differences increased the most from the mid 1970s to the mid 1980s. Over the last decade, the differences have leveled off. The high level of general sickness absence in Norway is more of a concern than the gender difference in sickness absence, which is prevalent in many other western countries as well. The sorting of men and women into different occupations does not seem to explain the gender gap in sickness absence. The rate of women's sickness absences increases with motherhood, and this increase is most prevalent after the first child is born. However, it is not yet certain whether this increase is due to a greater workload, change in preferences or other explanations. We cannot rule out the double burden hypothesis, but the mechanisms contained within this explanation are not fully understood. The meeting calls for research, both qualitative and quantitative, on mechanisms relating to the double burden hypothesis. Gender differences in health and the reactions to this are poorly understood, but there is little evidence that gender difference in health problems explains the gender difference in sickness absence.

## Further research

The expert group concluded that there was not sufficient evidence for any advice on policy on how to reduce gender difference in sickness absence. Neither the gender difference in sickness absence, nor the increase in this gender difference, is a phenomenon unique for Norway, and is present in western countries commonly used for comparison with Norway. We are aware of no other country with high female participation in the labor force where the gender difference in sickness absence has been effectively handled.

Among explanations discussed by the group, the double burden hypothesis received some support. This is based on research indicating that the gender difference in sickness absence

is largest in reproductive phase of life, and that sickness absence increases more after child birth in mothers than in fathers. There was, however, considerable skepticism whether the mechanism underlying this is a straight forward higher sum of working hours plus hours spent on homework in women than in men. The mechanisms underlying the double burden hypothesis are poorly understood, and there were suggestions among the group to explore roles, attitudes and identity related to the double burden hypothesis.

The group also highlighted the need for large scale randomized controlled trials in the area of sickness absence research, both for better understanding of gender difference in sickness absence, but more importantly, for sickness absence research in general.

## Referat av presentasjonene i ekspertmøtet

*Forfattet av Miriam Evensen og Katrin Hagen, under veiledning av Kjell Vaage og Arnstein Mykletun*

Utviklingstrekk, samt nivå- og fordeling av sykefraværet mellom ulike demografiske grupper har i mange år stått høyt på den politiske agendaen. Sykefravær koster, både for den enkelte og for samfunnet. I den siste tiden har det vært rettet særlig fokus mot kvinners høye sykefravær, og dette var bakgrunnen for et ekspertmøte om kjønnsforskjeller i sykefravær som ble avholdt i Oslo i november 2011. Konferansen varte i to dager, og ekspertgruppen besto av forskere med bakgrunn fra økonomi, sosiologi, samfunnsmedisin og samfunnspsykologi. I tillegg overvar representanter fra arbeidsdepartementet konferansen. Vi gir her et kort referat fra konferansen. Vi tar utgangspunkt i hvilke temaer som ble diskutert og presentert på møtet, og dette referatet er ikke en uttømmende gjennomgang av forskningslitteraturen på feltet. Vi vil supplere med forskning fra andre kilder der det er nødvendig og vi har basert oss noe på allerede eksisterende oppsummeringer fra henholdsvis Markussen (2007) og Kostøl og Telle (2011).

På ekspertmøtet ble særlig seks forhold diskutert: 1) utviklingstrekk i sykefraværet, 2) internasjonale sammenlikninger og trender, 3) dobbeltarbeidshypotesen, 4) graviditet og helse, 5) forhold ved arbeidsplassen, samt 6) kjønnsforskjell i helseplager som er vanlige årsaker til sykefravær.

### Utviklingstrekk i sykefraværet

Har det vært en økning i sykefravær over tid i Norge, og er dette særlig et norsk fenomen? Det kan være vanskelig å si hvorvidt det samlede sykefraværet har økt betydelig eller ikke, (hvis man sammenlikner NHO statistikk og NAV tall) mens det er liten tvil om at kvinners sykefravær har økt. Tall på sykefravær for Arbeidskraftsundersøkelsene (AKU) fra SSB, konstaterer at sykefraværet har økt drastisk for kvinner, om lag 77 % fra begynnelsen av 70-tallet og til i dag. Dale Olsen og Markussen (2009) finner at endret alderssammensetning, næringsstilhørighet og utdanningsnivå ikke kan forklare økningen i kvinners fravær. Dale Olsen og Markussen

(2009) vektlegger også at til tross for at menns sykefravær ikke har økt betydelig, så skulle det idet man tar hensyn til de demografiske og næringsmessige endringer, ha blitt redusert, noe det altså ikke har. I AKU i 1972 oppgav om lag 2,75 prosent av kvinner og 2,9 prosent menn at de hadde vært borte fra jobb med sykdom sist uke. I 2009 er dette gått opp til 4,9 prosent for kvinner mens det var 2,8 prosent for menn.

Kjetil Telle innledet med at sykefraværet er høyere i dag enn på 1970 tallet, og at denne utviklingen trolig ikke kan tilskrives sykdom i snever forstand. Sykefraværet varierer også med demografiske og geografiske kjennetegn, eksempelvis har lavt utdannede personer høyere sykefravær enn høyt utdannede personer, og sykefraværet er høyt i de nordlige fylkene, og lavt i de sørvestlige fylkene. Kvinner har ca. 60 % høyere sykefravær enn menn, og denne forskjellen eksisterer på tvers av de fleste sektorer og yrker.

Sykefraværet varierer også mellom næringer. Ujustert sykefraværstatistikk på legemeldt sykefravær fra NAV og SSB fra 3. kvartal 2009 viser at helse- og omsorgssektoren har høyest fraværspersent av alle næringer med 8,8 %. Med sykefraværspersent forstås tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk. Rundt 80 % av sysselsatte i helse og omsorgssektoren er kvinner, mot ca. 40 % kvinner i andre næringer. Justert for kjønn endres sykefraværspersenten til 7,5 %. Sykefraværet i helse- og omsorgssektoren varierer også mellom helsesektorens ulike yrker, der renholdere, omsorgsarbeidere, vernepleiere, kontormedarbeidere, kjøkkenassistenter og sykepleiere representerer yrkene med høyest sykefraværspersent på omkring 9 til 11 %. Leger, psykologer, mellomledere, ingeniører, fysioterapeuter og andre med høyere universitetsutdannelse har mye lavere sykefraværspersent på omkring 4,0 til 6,5 %.

Telle spør om forskjeller i utviklingen i kvinners og menns sykefravær kan belyse årsakene til dagens sykefravær. Han viser til AKU som har sykefraværdata på individnivå siden 1972 og som er et representativt utvalg sysselsatte fra hele befolkningen. AKU-tallene viser en jevn stigning i kvinners sykefravær siden 1979, mens menns sykefravær forblir stabilt i det samme tidsrommet. Telle søker å besvare hvilke endringer i samfunn og arbeidsliv som kan forklare denne utviklingen. En plausibel årsaksforklaring er kvinners "doble byrde", der kvinner har gått fra full jobb i hjemmet i 1979 til full jobb i hjemmet i tillegg til full sysselsetting i



arbeidslivet de siste 20 årene. Andelen sysselsatte kvinner med barn er imidlertid bare noe høyere i dag enn i 1979, i tillegg finner man få ulikheter i sykefraværet til kvinner med-, og uten barn. Sosiale interaksjonseffekter og normer er andre plausible årsaksforklaringer. Hesselius, Johansson og Nilsson . (2009) finner tegn på store smitteeffekter i sykefraværskulturer, og et gjenstående spørsmål gjelder da sannsynligheten for at en eventuell normutgliding over tid, kun påvirker kvinnene? Graviditet interagerer med alder eller holdninger nevnes også som plausibel årsaksforklaring. Telle understreker at årsaksforklaringer som omhandler kjønn (graviditet, holdninger, doble byrde, tripple byrde) fremtrer som viktige elementer å undersøke nærmere, da gjerne gjennom solide kvalitative design, eller gjennom kontrollerte randomiserte studier.

Knut Røed tok for seg de lange trendene i sykefraværsutvikling ved å se på sysselsatte fra 1972 til 2007. Han bruker tall fra Arbeidskraftundersøkelsen (AKU). Tidsperioden som undersøkes kjennetegnes av store strukturelle endringer innenfor både næring og sysselsetting. Hovedbildet fra Røeds presentasjon er at menn har en stabil yrkesdeltakelse i perioden 1972-2007, mens kvinners yrkesdeltakelse/sysselsetting gjennomgår en dramatisk økning i samme periode. Røed dekomponerte risiko for langtidsfravær (14/16+) i alder, tid, og fødselskohort, hvor han benyttet fasteffekt modellering. For menn finner man da stigning i fraværet de første årene, fulgt av en avflatning etterfulgt av stigning. For kvinner finner man en forhøyet risiko i aldersspennet der man vanligvis får barn.

Videre finner Røed en generell økning i sykefravær for alle kohorter. Veksten i sykefraværet kommer altså ikke fra nyere kohorter, men skyldes snarere et mer generelt trekk. Det er altså ingen holdepunkter for å hevde at senere kohorter har mer fravær. Røed finner at kvinner har høyere sannsynlighet for å starte et legemeldt fravær, sammenliknet med menn. Det er mindre kjønnsforskjeller i det egenmeldte fraværet, samt i lengden på fravær. Dette kan indikere ulike tilbøyeligheter i helseatferd mellom kjønnene, der kvinner har lavere terskel enn menn for å oppsøke lege. Det kan eventuelt også skyldes at leger har ulik sykmeldingspraksis for kvinner og menn.

Også Mastekaasa tok for seg utviklingen i kjønnsforskjellene, basert på hans nye studie av AKU-data for perioden 1974 til 2010. I tråd med tidligere analyser dokumenterer han at

relativ risiko for kvinner sammenlignet med menn stiger med ca 60 % i perioden, noe som først og fremst kan tilskrives økt sykefravær for kvinner. Forskjellen utviklet seg dramatisk i siste halvdel av 70-tallet og første halvdel av 80-tallet, og har deretter vært relativt stabilt. Dette bildet endres lite selv om man kontrollerer for alder og utdanning. Et viktig trekk ved utviklingen fremkommer derimot når det kontrolleres for yrke: Det viser seg at kjønnsforskjellene da blir betraktelig mer stabile. Yrkessammensetningen på 70-80-tallet viser seg å være spesiell på den måten at kvinner da arbeidet i yrker som var mindre assosiert med sykefravær. Perioden faller sammen med kvinnenes inntog i yrkeslivet. Det betyr at kvinner i stor grad ble sysselsatt i yrker med høyt sykefravær. Når kvinners yrkesdeltaking stabiliserte seg, skjedde det samme med relativ sykefraværingsrisiko. I dag bidrar yrke lite til å forklare kjønnsforskjellene i fraværet, men det synes å ha vært en nøkkelforklaring under de store strukturendringene på 70- og 80-tallet. Tar vi hensyn til dette, bør vi nedjustere forestillingen om økte kjønnsforskjeller de siste årene, hevdet Mastekaasa. Forskjellene er store, men det påfallende er at de har vært der hele tiden.

### Internasjonale trender og sammenlikninger

Hvor spesielt er så Norge? Mastekaasa presenterte forskning på kjønnsforskjeller i sykefravær sammenliknet med andre europeiske land og utviklingen 1974-2010. Han benyttet data fra EU Labour Force Survey (EULFS): Arbeidskraftundersøkelser i EU-landene samt fra Norge og Island (Eurostat). Til sammen var 24 land inkludert i analysene, hvorav antall observasjoner var fra 30000 til 2000000. Som ellers ved bruk av AKU-data defineres sykefravær som å ha vært borte hele referanseuka grunnet (egen) sykdom. Dette kan tolkes som andel av alle årets uker man er borte grunnet sykdom. Populasjonen som undersøkes, er de som har vært i arbeid i referanseuka, samt de som har hatt sykefravær, begrenset til aldersgruppen 20-59 år.

Mastekaasa viste at Norge er ikke er på toppen sammenliknet med andre land hvis man ser på relativ risiko for kvinner sammenliknet med menn. For eksempel har både Sverige og Irland større kjønnsforskjeller i sykefravær. Ser man imidlertid på sykefraværets generelle, absolutte nivå, plasseres norske menn og kvinner helt i toppsjiktet. Videre har Mastekaasa benyttet fasteffekter for næring og yrke, dvs. at han sammenlikner menn og kvinner i

samme yrke i samme næring for å se hvor mye fordelingen på yrke og næring har å si. Han finner at forskjellen innad i yrkene er større enn forskjellen på totalt nivå, men for Norge betyr dette lite, sammenliknet med for eksempel Tyskland. Disse funnene tyder på at det totale nivået på sykefraværet er viktigere enn kjønnsforskjellene. Norge ligger altså høyt, men ikke på topp og utgjør altså ikke et ekstremland når det kommer til kjønnsforskjeller i sykefravær.

Per Johansson presenterte funn fra en svensk rapport om kvinner og menns sykefravær (Angelov, Johansson, Lindahl og Lindtröm 2010). Johansson og kollegaer har studert utviklingen i sykefraværet i Sverige over en 30 års periode. De viser til at et høyt sykefravær for kvinner er et internasjonalt fenomen. Studien finner også en kobling mellom høy sysselsetting blant kvinner og høyt sykefravær blant kvinner. Johansson sammenlikner f. eks Sverige og Tyskland i perioden 1985-2007: i Sverige er 80 % av kvinnene sysselsatte og sykefraværet er 40 % høyere blant kvinner enn blant menn. I Tyskland er 50-60 % av kvinnene sysselsatte og det er ingen særlige kjønnsforskjeller i andelen sykefravær. Hvis man ser på utviklingen av sykefraværet i Sverige over tid, ser man at det har variert relativt mye for både kvinner og menn. Men mens kjønnsforskjellene i begynnelsen av 80-tallet var små, har kvinner i dag klart høyere fravær enn menn. I samme periode har det vært en markant økning av kvinner som jobber heltid, dette gjelder særlig kvinner med barn i førskolealder.

Johansson presenterte rapportens analyser basert på detaljerte individdata for perioden 1981-2008, hvor administrative registerdata kombineres med stikkprøvedata fra SCB. Utfallsvariablene er forekomsten av dager med utbetalt sykepenger. For å kunne gjøre konsistente sammenligninger over tid, fokuseres det på sykefravær lengre enn 30 dager. I tillegg til de demografiske og sosioøkonomiske variablene fra de administrative registrene, har forfatterne også tilgang til selvopplevd helse fra stikkprøvedataene.

Johansson undersøker om forekomsten av de som rapporterte om dårlig helse har økt blant kvinner, men resultatene indikerer at kjønnsforskjellen har økt mest for kvinner med henholdsvis middels og god helse. Johansson tar disse funnene til inntekt for at det først og fremst ikke er helseforskjeller, men kjønnsforskjeller i normer som kan være en forklaringsfaktor for høyere sykefravær blant kvinner.

Johansson undersøker også sammensetningseffekter. Sammensetningen har forandret seg på flere områder i løpet av analyseperioden, først og fremst er det flere kvinner i dag som arbeider heltid enn på begynnelsen av 80-tallet. Alle variablene (alder, utdanning, inntekt, barn, stillingsbrøk, type jobb, selvopplevd helse m.m.) inkluderes i regresjonsanalyser både separat og i interaksjon med kjønn. Variablene forklarer samlet sett en stor del av utviklingen i kjønnsforskjell når det gjelder sykepenger. Noen av funnene er at utdanningsnivå har noe forskjellig effekt for kvinner og menn: utdanningsnivå reduserer sykefravær for menn, men ikke for kvinner. Derimot viser resultatene at høy sosioøkonomisk status reduserer sykefraværet for både menn og kvinner. Samtidig vises det til at sykefraværet er lavere både for menn og kvinner blant yrkeskategorier som krever høy utdanning. Johansson tolker dette som at flere kvinner muligens er ansatt i jobber de egentlig er overkvalifiserte til, og som igjen kan føre til høyere sykefravær. For eksempel kan det være at kvinner i en viss periode prioriterer familielivet, og nedprioriter karriere. Dette kan innebære mer mistriivsel på jobb. Det å kombinere barn og karriere kan også tenkes å være særlig vanskelig for kvinner med høy utdanning, ettersom disse kvinnene har tid og ressurskrevende jobber og kanskje samtidig ikke minsker nivået på standarden på tjenestene de leverer overfor familien.

Kvinner er overrepresentert i enkelte bransjer og underrepresentert i andre. Hvis kvinner selekteres til bransjer med generelt dårligere arbeidsmiljø, eller arbeidsplasser hvor det er vanskelig å arbeide ved sykdom, eller i bransjer hvor terskelen for sykefravær generelt er lavere så kan dette føre til forskjeller i sykefravær. Johansson undersøker derfor sykefravær i ulike bransjer. De finner lite støtte for at kjønnssegregering driver kjønnsforskjellene i sykefravær, fordi forskjellene i menn og kvinners sykefravær øker i alle bransjer. De finner heller ikke støtte til en hypotese om at kvinner jobber i mer fraværsfremmende jobber, eller at det er særlige normforskjeller innen ulike bransjer.

Når det gjelder å få barn, finner de derimot sterke effekter. Før første barn finnes det ingen forskjeller i menn og kvinners sykefravær. Etter første barn har derimot kvinner dobbelt så mange sykefraværsdager som sin samboer, og denne forskjellen forblir slik inntil barnet er 15 år. Analysen gir ikke noe svar på hva som forklarer dette mønsteret. Johansson lanserte

noen tolkninger, som at kvinners dobbeltarbeid gjør at kvinner blir viktigere for familien enn menn og det er derfor viktigere for kvinner å holde seg friske. Kvinner investerer dermed mer i helse og har dermed en lavere terskel for å sykemelde seg. Det er mulig at normer i forbindelse med graviditet og barn har endret seg over tid. Det å bli foreldre kombinert med å være i jobb gir altså et høyt sykefravær for kvinner, både på kort- og på lang sikt. Men jo likere parene var før barnefødselen, for eksempel målt i inntekt, jo mindre synes denne effekten å være. Johansson avsluttet med en oppfordring om at framtidig forskning burde se på hvilke prosesser som ligger bak dette.

### Dobbeltarbeidshypoteser

Et forhold som har blitt undersøkt av flere, er om dobbeltarbeid forbundet med å kombinere yrkesdeltakelse og omsorg for barn fører til mer sykefravær blant kvinner. Kombinasjonen av både inntektsgivende arbeid, og arbeid i hjemmet kan føre til en overbelastning (psykisk eller fysisk) slik at kvinner generelt får et høyere sykefravær. Astrid Grasdahl presenterte et pågående forskningsprosjekt om kvinners yrkesdeltakelse, familieomsorg og sykefravær. Hun argumenterte for at det tradisjonelle kjønnsrollemønstret fortsatt rår grunnen. Innenfor et tradisjonelt kjønnsrolleperspektiv ventes kvinners preferanser for fritid å forsterkes når de får barn. Jobbkariere settes helt eller delvis på vent og insentiver til å unngå (lengre) sykefravær er svakere. Kvinner tar generelt også hovedansvaret for husarbeid og omsorgsoppgaver, noe som samlet sett kan medføre høy samlet arbeidsbyrde. Til sammen kan dette gi forhøyet risiko både for korte og lengre sykefravær. Ut fra dette vil man kunne forvente at flere barn fører til mer sykefravær for kvinner, men ikke for menn. I forskningslitteraturen er dette blitt undersøkt i relativt stort omfang, men resultatene spriker til dels (Allebeck og Mastekaasa 2004). Grasdahl gikk gjennom tidligere forskning på området for norske forhold. For eksempel fant Mastekaasa (2000) svake effekter på sykefravær av antall barn. Et viktig metodisk aspekt når man studerer forskjeller i sykefravær mellom kvinner med og uten barn er seleksjonsproblematikk. Kvinner som får barn, kan for eksempel velge å trekke seg helt eller delvis ut av arbeidslivet når de får barn. Det kan også være at de kvinnene som velger å få barn og samtidig ha en karriere har noen spesielle kjennetegn som samvarierer med ellers lavt sykefravær. Bratberg, Dahl og Risa (2002) har

undersøkt dette, og finner at arbeidsdeltakelsen avtar med antall barn. Ved å kontrollere for seleksjon finner de også at kvinner med barn har (noe) høyere sykefravær enn barnløse kvinner.

Til forskjell fra tidligere studier kan man nå analysere registerdata over relativt lange tidsrom, i Grasdals tilfelle for perioden 1992-2007. Man kan i tillegg studere kvinners (og menns) arbeidsmarkedsdeltakelse og sykefravær gjennom hele småbarnsperioden og følge de samme individene til barna blir ungdommer. Paneldata åpner også for alternative metoder for å håndtere seleksjon. Grasdals undersøker hvorvidt flere barn og kombinasjonen av høy yrkesdeltakelse (full tid) og barn fører til mer sykefravær. Sykefravær er da målt som antall sykefraværsdager erstattet av NAV (kun sykefravær som løper lenger enn arbeidsgiverperioden). Utvalget er kvinner, alder 25-54, født i Norge og ikke ufør per 1992. Konklusjonen er at for kvinner fører flere barn til mer sykefravær. Særlig kombinasjonen fulltidsarbeid og omsorg for små barn øker kvinners sykefravær. Kombinasjon full jobb og barn kan bidra til å forklare både kjønnsforskjell og (i alle fall noe av) veksten vi ser i kvinners sykefravær over tid.

## Graviditet og helse

Markussen peker også på at kvinner har høyere sykefravær enn menn i alle aldre, og denne kjønnsforskjellen er spesielt markant i reproduktiv alder. På bakgrunn av NAV-data fra 2005 finner Markussen at det diagnostisk sett finnes små forskjeller i hva menn og kvinner sykemeldes for, med graviditet som unntak. Når det gjelder de diagnosegruppene som hyppigst utløser sykemelding, eksisterer det få ulikheter i alvorlighetsgrad. Varigheten på en sykemelding er heller ikke særlig forskjellig for kvinner og menn. Kvinner har imidlertid høyere sannsynlighet enn menn for å starte et legemeldt fravær.

Svangerskapsrelatert sykefravær kan etter deres analyser forklare mye av kjønnsforskjellene i sykefravær. Markussen finner at det i perioden 1993-2005 har vært en kraftig økning i sykefraværsrate blant gravide. Parallelt ser man altså en økning i andel av sysselsatte med sykefravær. AKU-tall fra 1972-2007 viser at andelen kvinner med sykefravær øker mer i perioden fra 1972 til 2007 enn for menn. Videre viser Markussen at sykefraværsraten for

kvinner endres lite etter som man kontrollerer for alder, næring og utdanning, men for menn så faller sykefraværsraten noe ved kontroller.

Markussen viser til studier som finner at sykefravær har en kausal negativ effekt på en persons lønnsutvikling, og at denne effekten er større for menn enn for kvinner (Ichino og Moretti 2009, Markussen 2010). Disse studiene hevder at menns lønnsnivå er mer påvirket av sykefravær enn kvinners, og at denne ulikheten minker med alder (Ichino og Moretti, 2009, Markussen 2010). Dersom fravær er et tegn på produktivitet og det er mer støy i dette for kvinner enn for menn, kan *statistisk diskriminering* bidra til å forklare både lønnseffektene og fraværsforskjeller.

Petter Kristensen presenterte et innlegg om kjønnsforskjeller i sykefravær i ung voksen alder. Han benyttet individdata på alle fødte i Norge, mellom 1967-1976 (N=626 928; 35-44) og deres foreldre. Ved siden av registerdata fra forløpsdatabasen kan man også legge til livsløpsperspektivet. Kristensen og kollegaer har derfor benyttet informasjon fra to store helseundersøkelser: Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag og Mor Barn undersøkelsen. Generelt har kvinner en fraværsrate på 31,7 mot 12,6 for menn. Med fraværsrate forstås her antall fravær ut over arbeidsgiverperioden per 100 sysselsettingsår. De har videre sett på sykefraværsrate mellom menn og kvinner etter reproduksjonshistorie. De finner størst forskjell i sykefraværsrate mellom kvinner og menn som er vordende foreldre i perioden 2000 til 2003, med en rateforskjell på 28,6. Til sammenlikning er rateforskjellen mellom alle menn og kvinner 19,1. De finner at økt sykefravær i forbindelse med svangerskap og fødsel forklarer 38 % av den samlede kjønnsforskjellen i befolkningen. De ser også på rateforskjell etter familietype, antall barn, kjønnsdominans i utdanningen, arbeidstid per uke, utdanningsnivå, samt forelderens utdanningsnivå. Generelt er det slik at de additive kjønnsforskjellene er omtrent på samme nivå, uansett nivå på fraværsforekomst. Variasjon i dette mønsteret indikerer at hypotesen om "den doble byrde" og mer fraværsfremmende arbeid for kvinner kan forklare en mindre del av kjønnsforskjellen. Økt fravær knyttet til svangerskap og fødsel forklarer mye, men langt fra hele kjønnsforskjellen. Andre ting som kan tenke og spille en rolle er for eksempel forskjeller i morbiditet, helseatferd, normer, samspill og sosial interaksjon. Betydning av forhold tidlig i livet kan støtte en slik forklaring.

## Forhold ved arbeidsplassen – kvinner i mer fraværsfremmende jobber?

Det er blitt hevdet at forhold ved arbeidsplassen som for eksempel lav kontroll over eget arbeid og samtidig høye krav, kan være belastende for arbeidstaker og dermed øke risikoen for sykefravær. Dette er særlig studert av Karasek (1979) i hans kravkontrollteori.

Mastekaasa og Olsen (1998) har undersøkt hvorvidt kvinner er i mer belastende jobber og at det kan forklare noe av kjønnsforskjellene i sykefraværet. Ved å sammenlikne kvinner og menn i samme type jobber (stillingskategori samt arbeidsplass) finner de ingen støtte til denne hypotesen. En nyere studie tar for seg samme problematikken. Melsom og Mastekaasa 2011 (under review) undersøker hvorvidt kjønnsforskjeller i sykefravær endres når man sammenlikner menn og kvinner som jobber i like yrkeskategorier. De bruker data fra European Labor Force Survey for en rekke land. De undersøker også hvorvidt kjønnsforskjeller i sykefravær er relatert til kjønnssegregeringen i arbeidsmarkedet, altså hvorvidt sykefravær mellom kjønn varierer systematisk i mannsdominerte, kvinnedominerte og mer kjønnsnøytrale arbeidsplasser. Studien viser at kjønnsforskjellen ikke reduseres når man sammenlikner menn og kvinner som har samme yrker, noe som strider mot forestillingen at kvinner jobber i mer fraværsfremmende jobber enn menn. Forskjellene i sykefraværet mellom menn og kvinner ser heller ikke ut til å variere med kjønnssegregeringen på arbeidsplassen.

## Symptombelastninger og forskjeller i diagnoser

Arnstein Mykletun påpeker at folkehelseutfordringer vanskelig kan forklare økningen i samlet sykefravær, da folkehelsen har vært i gradvis positiv utvikling på de fleste områder (Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport 2010:2). Antall mottakere av uføretrygd i yrkesaktiv befolkning har økt for både kvinner og menn i perioden 1979 til 2009. I samme periode finner man en stabil økning i sykefraværsprosent for kvinner, mens sykefraværsprosenten for menn har vært stabil. Legemeldt sykefravær for kvinner, både korttids- og langtidssykefravær er av generelt lenger varighet sammenliknet med menn. Ulik varighet kan forklare mellom 20 og 25 % av kjønnsforskjellene.



Dag Bruusgaard hadde en grundig gjennomgang av betydningen av subjektive helseplager og antall smerteområder for sykefravær. Hans data er basert på Ullensakerundersøkelsen (1990-2011), og data er innsamlet i allmennpraksis.

Menn og kvinner ble i Bruusgaards studie bedt om å registrere hvor mange steder de har hatt smerter siste uke. Både kvinner og menn rapporterer flest smerter i nedre rygg, nakke, hode og skuldre, men kvinner rapporterer i høyere grad enn menn smerter på flere ulike steder sammenliknet med menn. Etter 4 års oppfølging, fremkommer det at arbeidsevne blant pasienter med lokaliserte korsryggsmerter, er tilsvarende arbeidsevnen til pasienter som ikke har rapportert smerte. Pasienter med utbredte smerter flere steder viser en dramatisk forverring gjennom oppfølgingsperioden, og ca 26 % av disse blir uføretrygdet i løpet av oppfølgingstidsrommet.

Bruusgaard finner også en sterk lineær sammenheng mellom antall smertepunkter og nedgang i selvrapportert funksjon, samt mellom antall smertepunkter og rapporterte symptomer. Eksempelvis vil pasienter som rapporterer flere enn 20 plager, rapportere dårligere funksjon enn pasienter som rapporterer 19 plager. Menn rapporterer gjennomgående mindre funksjonsnedsettelse enn kvinner. Antall symptomer synes også å være en viktig dimensjon, der kvinner gjennomgående rapporterer høyere antall smerteområder og høyere antall øvrige symptomer sammenliknet med menn.

Også i befolkningsbaserte studier finner vi at kvinner rapporterer flere symptomer av fysisk og psykisk art som er assosiert med høyt sykefravær. Data fra HUSK-studien (Helseundersøkelsen i Hordaland 1997-99) viser at kvinner har 62 % høyere risiko for å bli sykemeldt i løpet av oppfølgingsperioden sammenliknet med menn. Men kanskje noe overraskende viser en pågående studie Mykletun presenterte på konferansen at denne høyere forekomsten av helseplager blant kvinner enn menn likevel bare kan forklare en liten andel av kjønnsforskjellen i sykefravær i HUSK studien.

## Refereanseliste

Angelov, Johansson, Lindahl og Lindström (2011): Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Rapport.

<http://www.ifau.se/Upload/pdf/se/2011/r11-02-Kvinnors-och-mans-sjukfranvaro.pdf>

Allebeck og Mastekaasa (2004): Risk factor for sick leave-general studies *Scandinavian journal of public health* 2004 32:49

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

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

Ichini og Moretti (2009): [Biological Gender Differences, Absenteeism, and the Earnings Gap](#), *American Economic Journal: Applied Economics*, American Economic Association, vol. 1(1), p 183-218,.

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

Kristensen P, Bjerkedal T (2009). Kjønnforskjeller og sosiale ulikheter i sykefravær 2000-03 blant fødte i Norge, 1967-76. *Norsk Epidemiologi* 2009; 19(2): 179-191.

Kostøl & Telle (2011): Sykefraværet i Norge de siste 10 årene: det handler om kvinnene. *Samfunnsøkonomen* nr 1, 2011

Markussen (2007): Økonomisk sykefraværsforskning: hva vet vi og hvor bør vi gå?, *Søkelys på arbeidslivet* , Nr 1, årgang 24, s. 63-81

Markussen, S. (2010): The individual cost of sick leave, *Working paper Frischsenteret*, January 2010.

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

Mastekaasa, A. (2000): Parenthood, gender and sickness absence, *Social Science & Medicine*, 50, 1827–1842.

Nasjonalt folkehelseinstitutt: Folkehelse rapport 2010 Helsetilstanden i Norge. Rapport 2010:2