

Siv Øverås

Kjønnsforskjeller i sykefravær

En gjennomgang av noen sentrale aspekter ved kvinners sykefravær

Siv Øverås

Kjønnsforskjeller i sykefravær

En gjennomgang av sentrale aspekter ved kvinners sykefravær

© Forskningsstiftelsen Fafo 1997
ISSN 0804-5135

Innhold

Forord	5
1 Innledning	6
Bakgrunn	6
Problemstillinger	6
Notatets disposisjon	7
Kilder	7
2 Hovedtrekk ved kvinners sykefravær	9
Utviklingstrekk 1980-1995	9
Fraværslivå	11
3 Forklaringer på kvinners sykefravær	13
3.1 Biologiske og medisinske forklaringer	13
3.2. Sosiokulturelle forklaringer	17
4 Avslutning	21
Referanser	22

Forord

Dette notatet er blitt til som en del av et større prosjekt om sykepenger og sykefravær som Fafo utfører på oppdrag fra LO. Hensikten med notatet er å sammenfatte relevant kunnskap om kvinners sykefravær og de aspekter som er mer eller mindre framme i forskningen på dette området.

Notatet bygger delvis på to notater som tidligere er publisert fra prosjektet, Fafo-notat 1996:4 «Sykefravær og arbeidslinja» og 1996:10 «Sykefravær: Hva koster det og hvor mange er de?», samt rapporten «Fravær i arbeid», alle forfattet av Axel West Pedersen. I tillegg anvendes kunnskaper fra et notat om sysselsetting, sykefravær og sykkelighet i perioden 1980 til 1995, av Espen Dahl. Dette er under publisering.

Både Axel West Pedersen og Espen Dahl har gitt verdifulle innspill til notatet, Espen i startfasen og Axel gjennom helse arbeidet med notatet. Jeg vil også benytte anledningen til å takke Dagfinn Lund, Kalle Seip og Nina-M. K. Skalle i LO for fine innspill i notatets slutfase. En takk også til Agneta Kolstad i Fafos Publikasjonsavdeling for god hjelp i en hektisk innspurt. Feil og mangler står alene forfatteren for.

Oslo, oktober 1997

Siv Øverås

1 Innledning

Menn har gjennomgående mindre sykefravær enn kvinner, noe som ofte uttrykkes ved å påpeke at kvinner har høyere fravær enn menn. Dermed gjøres kvinners fravær til et problem, og underforstått framstilles en målsetting om å redusere alt «overskuddsfravær» (les unødvendig) blant kvinner. Mye forskning, med og uten dette eksplisitte utgangspunkt, har forsøkt å forklare denne kjønnsforskjellen, noen bidrag ved å se på totalfordelinger i populasjonen arbeidstakere, andre er mer avgrensede studier av særtrekk ved kvinners arbeid, arbeidssituasjon, arbeidsmiljø, sykelighet og hjemmesituasjon, og eventuelle koblinger mellom disse. Ambisjonene i det meste av norsk fraværskforskning har vært å si noe om årsaksprosesser som fører til at arbeidstakere er borte fra jobben, og å forklare forskjellen mellom grupper, mellom menn og kvinner, mellom arbeidere og funksjonærer, mellom unge og eldre og så videre.

I dette notatet fokuserer vi på deler av samfunnsforskningens forklaringer på kvinners sykefravær. Formålet med dette er tosidig: for det første å presentere et utvalg av de funn og forklaringer som denne forskningen tilbyr, for det andre å diskutere noen alternative forståelser til denne forskningens hovedperspektiver. Gjennom denne presentasjonen søker vi å løfte fram noen av de aspekter ved kvinners livs- og arbeidssituasjon som vi synes fortjener mer oppmerksomhet. Mange av dem er fortsatt «ubesvarte» spørsmål i diskusjonen av kvinners sykefravær, selv om de ganske klart er sentrale i forståelsen av og forklaringer på kvinners sykefravær.

Bakgrunn

Kjønn er fremdeles en sentral ulikhetsdimensjon, og anses av mange samfunnsforskere å være en av de nye konfliktdimensjoner. Innenfor kvinne- og kjønnsforskningen har man inntil de seneste årene vært mest opptatt av å studere sosial ulikhet mellom kvinner og menn, dvs. forhold som skaper og reproducerer ulikhet langs kjønnsdimensjonen.

Dette notatet retter fokus mot kvinners sykefravær, på bakgrunn av to utviklingstrekk: for det første at kvinners sykefravær er høyere enn menns, og tilsynelatende uavhengig av om fraværet totalt går opp eller ned. For det andre de tendenser som peker i retning av at forskjellene i kvinners og menns sykefravær har blitt større på 1990-tallet (se for øvrig Pedersen 1997). Vårt utgangspunkt er delvis en problematisering av rimeligheten i å forstå og forklare kvinners fravær med utgangspunkt i menns fravær.

Problemstillinger

Vi retter oppmerksomheten mot forskningsbidrag som tematiserer de strukturelle, kulturelle og individuelle aspektene ved kvinners sykefravær og jobbrelevante helseproblemer, og mot hvilke betydningsfulle egenskaper og kjennetegn ved kvinners arbeidssituasjon, hjemmesituasjon og helsetilstand som kan forklare ulikhetene i sykefravær. Vi drøfter problemstillinger og tilnæringsmåter som preger forskning om kvinners sykefravær, og sier noe om hvilke spørsmål som gjenstår å besvare. Vi håper med dette å sette en del spørsmål

og aspekter ved kvinners helseproblemer på dagsorden. På denne måten ønsker vi både å vise bredden i tilnærmingene, og å synliggjøre relevante aspekter ved kvinners sykefravær.

Det er tendenser til at kvinner har økende risiko for langtidsfravær, sammenlignet med menn. Hvordan kan det forklares? Er det for eksempel en sammenheng mellom denne utviklingen og gjennomføringen av arbeidslinja, i den forstand at den fører til at kvinner med helseproblemer i større grad enn før går ut og inn av arbeidsmarkedet over tid før de til slutt ender opp som uføre? Hvilke forskjeller og likheter er det mellom kvinner og menn som kan bidra til å forklare dette fenomenet? Har menn diagnoser og yrker som gjør det «lettere» å diagnostisere dem ut av arbeidsmarkedet? Er det ulike oppfølging av kvinner og menn med langtidsfravær fra trygdekontor og arbeidsgiver?

Hva vet vi om årsakene til kvinners sykefravær? Vi vet at kvinner føder barn, og i mye større grad enn menn kombinerer omsorgen for dem med lønnsarbeid. Hvilken sammenheng er det mellom kvinners biologiske posisjon som fødende og ammende, og deres sykefravær? Hvilken sammenheng er det mellom vårt sterkt kjønnsdelte arbeidsmarked og det faktum at kvinner har høyere fravær enn menn? Hva betyr ulik utdanning, ulik jobb og ulike arbeidsoppgaver? Har kvinner og menn ulike sykdommer og helseplager, i den forstand at menns helseplager er lettere «å jobbe med» enn kvinners? Eller har menn mindre fravær fordi de i større grad enn kvinner dør av sine sykdommer? Hvilke sammenhenger er det mellom jobb og helseplager? Har menn større frihet og selvbestemmelse i sine jobber slik at de for det første trives bedre på jobben, og for det andre har større muligheter til selv å justere sine ytelser etter dagsform og yteevne? Reagerer kvinner og menn ulikt på samme type helseproblemer? Hvilken rolle spiller eventuelt medisinsens forståelse av sykdom for de registrerte kjønnsforskjeller i sykkelighet og sykefravær?

Dette er mange og relevante spørsmål i forhold til vår problemstilling. Vi tar her ikke mål av oss til å besvare disse spørsmålene, kun til å belyse noen sentrale aspekter ved dem, der vi har tilstrekkelig kunnskap til å gjøre dette. Fenomenet sykefravær er komplekst, og det trengs ulike innfallsvinkler både i årsaksanalyser og mer individbaserte forståelser av befolkningsgruppers fravær. Her rekker ikke ambisjoner og tid lenger enn til å belyse noen av aspektene over, mens andre forblir spørsmål som fortsatt representerer utfordringer for sykefraværskforskningen. Vi ønsker både å belyse sentrale aspekter ved kvinner og menns sykefravær, men også å stille spørsmål vi tror er viktige i dagens situasjon med økt kvinnelig sysselsetting, arbeidslinja og stadig flere eldre arbeidstakere.

Notatets disposisjon

Notatet er delt inn i tre deler. I tillegg til dette innledende kapitlet, gir vi i del 2 en kort presentasjon av sykefraværsutviklingen og nivået på kvinners og menns sykefravær. Vi ser på utviklingsmønster og hva som kjennetegner sykefraværet per i dag. Deretter drøftes i del 3 noen sentrale aspekter ved forskningen på området, hvor vi samtidig diskuterer ulikheten i og særtrekk ved kvinners og menns sykefravær.

Kilder

Notatet er en gjennomgang av sentrale funn i et utvalg av tilgjengelig statistikk og forskningslitteratur om sykefraværet i Norge i perioden 1980-1996. Våre problemstillinger tar utgangspunkt i det faktum at kvinner har høyere registrert fravær enn menn. Dette fenomenet søker vi her å belyse både gjennom kvantitative og kvalitative betraktninger.

Våre kunnskaper både om sykefraværets utbredelse, utvikling og årsaker er imidlertid noe usikre. Per 1997 har vi fire kilder for denne: NHOs sykefraværstatistikk, Rikstrygdeverkets oversikt over erstattede sykepengedager (fravær utover 14 dager), Kommunenes Sentralforbunds registrering av sykefravær av kommunalt ansatte, og til slutt Administrasjonsdepartementets oversikt over statsansattes sykefravær. Disse fire kildene til sammen gjør det mulig å danne seg et bilde av sykefraværets omfang. Vi har ikke oversikt over hvor stort fraværet er i den yrkesaktive delen av befolkningen, i arbeidslivets ulike sektorer, bransjer og næringer, og vi kjenner heller ikke den eksakte fordelingen mellom korttids- og langtidsfravær. I tillegg er det svært komplisert å si noe om eventuelle samspillseffekter mellom endringer i kriterier for tildeling av sykepenger, rehabilitering og uføretrygd. Det neste vi kan være sikre på er at samspillseffekter er der.

Sykefraværforskningen har i hovedsak bestått av studier av sammenhenger mellom fravær og andre variable som f.eks. alder, utdanning, yrke og kjønn. Denne forskningen har to typer data, registerdata og intervjudata, men spesielt når det gjelder kvinners jobbrelevante sykdoms- og belastningsplager, finnes det også en del kvalitative studier (Johannisson 1993, Grimsmo 1996, Sørensen og Grimsmo 1996, Lilleaas 1995, Kvande 1994, Brandt 1986). Vi presenterer hovedfunnene i et utvalg av disse.

I notatet anvendes hovedsakelig data fra Rikstrygdeverkets registrering av erstattede sykepengedager ¹, NHOs oversikter over antall fraværsdager i prosent av mulige arbeidsdager², samt Statistisk sentralbyrås data over selvrapporert sykkelighet og sykefravær (Levekårsdata 1995 og 1996).

¹ Rikstrygdeverkets registre over utbetalte sykepenger er sammen med NHOs fraværstatistikk hovedkilden for beskrivelse av fraværutvikling og fraværnivå i Norge. I tillegg gir også RTV statistikk, informasjon og diagnoser ved sykefravær, fordelt på kjønn og alder. Dette kommer vi tilbake til senere. Problemet er at RTV kun registrerer fravær utover arbeidsgiverperioden, mens fravær kortere enn 14 dager ikke fanges opp i det hele tatt. Dessuten er heller ikke statsansatte med i RTV registre, fordi sykepengerne til disse arbeidstakergruppene ikke betales over Forlketrygdens budsjetter (Pedersen 1996:4). Administrasjonsdepartementet har imidlertid siden 1991 begynt å føre statistikk over fraværet i statlige virksomheter.

² Styrken til NHO-statistikken er at den gir en god og forholdsvis detaljert beskrivelse av fraværets omfang og utvikling, blant de bedrifter som er med (Pedersen 1996:4). Det er imidlertid en forholdsvis begrenset del av norsk arbeidsliv som dekkes av statistikken. For de bedrifter som er med, gir statistikken en fullstendig oversikt både av korttids- og langtidsfraværet

2 Hovedtrekk ved kvinners sykefravær

Utviklingen i sykefraværet og årsakene til denne er et stadig tilbakevendende tema i norsk offentlig debatt, en debatt som intensiveres i perioder med økende fravær (Olsen og Mastakaasa 1996). I tillegg til svingninger over tid, har ulikhetene i kvinners og menns fraværsmønster og fraværsnivå påkalt stor offentlig interesse de siste årene. Vi vil i det følgende presentere hovedtrekk ved utviklingen i perioden 1980-1996, samt se på sentrale ulikhetsdimensjoner ved fraværsnivået slik de framstår i 1996.

All statistikk og forskning viser at kvinner har høyere sykefravær enn menn. Slik sykefravær registreres, kan dette enten bety at kvinner har *lengre* sykefravær enn menn, eller at *flere* kvinner enn menn har sykefravær, eller at kvinner *oftere* er syke enn menn. Vi vil diskutere disse tre dimensjonene ved sykefraværsmønsteret blant kvinner og menn.

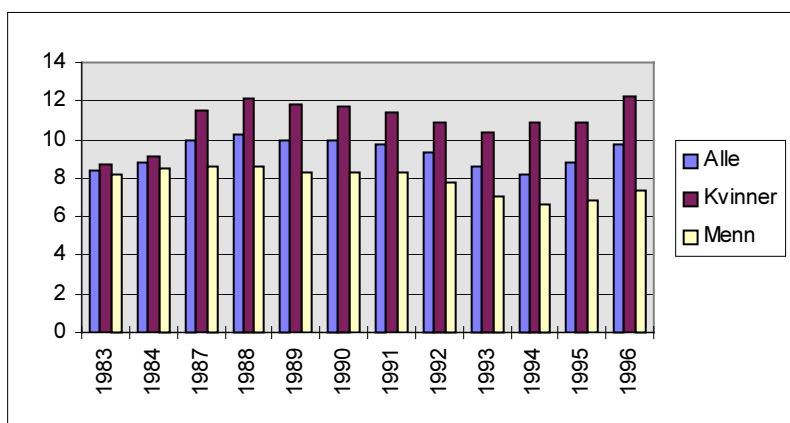
Utviklingstrekk 1980-1995

De siste 20-30 årene har det vært til dels store svingninger i sykefraværet i Norge. Holder vi oss til perioden 1980-1996, viser både RTVs og NHOs statistikk den samme utviklingen, nemlig at det totale sykefraværet økte fram til 1988, for deretter å synke fram til 1994. Ifølge NHOs fraværstatistikk har det vært en nedgang både for samtlige grupper arbeidstakere og for kvinner og menn i perioden fram til 1994. Både sykefraværet og utgiftene til sykelønn nådde et historisk lavpunkt i dette året. Deretter viser statistikken en økning både i 1995 og i 1996 i de aller fleste sektorer av det norske arbeidsmarkedet. Fortsatt er imidlertid fraværet ved inngangen til 1997 lavt i forhold til det nivået fraværet normalt har hatt de siste 20-30 årene (Pedersen 1996a). Blant mannlige og kvinnelige arbeidere innen NHO-området ligger det samlede fraværet i 1996 henholdsvis 14 og 13 prosent lavere enn i 1989 (Pedersen 1997).

Når det gjelder utviklingen i kvinner og menns sykefravær i perioden 1980-1996, er det to tendenser som er slående. For det første at selv om fraværsnivået varierer over tid og mellom ulike grupper av arbeidstakere, så foregår endringen parallelt både mellom kvinner og menn, mellom arbeidere og funksjonærer og mellom ansatte i offentlig og privat sektor (Pedersen 1997). Selv om kvinnelige arbeidere i gjennomsnitt har fire ganger høyere fravær enn mannlige funksjonærer (i 1996), så faller og stiger fraværet i stor grad parallelt, spesielt i perioden 1989-1996 (Pedersen 1997).

Ikke desto mindre ser vi av figuren under at det har i hele perioden vært forskjeller i kvinner og menns fravær. Hvorfor var forskjellene mindre i 1983 enn i 1996? Mest sannsynlig kan dette forklares med at det i 1983 i større grad enn i dag, var de friskeste og yngste kvinnene som var yrkesaktive. Langt færre kvinner var sysselsatte på den tiden. I tillegg er en økende andel av kvinnelige arbeidstakere sysselsatte i serviceyrker, med til dels skriftarbeid, hardt fysisk arbeid, liten frihet i arbeidet samt et sterkt element av tjenerskapsrollen i forhold til klientene. Det moderne tjenerskap er brukt om betegnelse på den relasjonen mange av disse kvinnene jobber i (Sørensen og Grimsmo 1996).

Figur 1. Erstattede sykepengedager per sysselsatt arbeidstaker (unntatt statsansatte). Kvinner og menn 1983-1996. Rikstrygdeverket.



Tabell 1. Sykefravær i prosent av mulige arbeidsdager blant kvinnelige og mannlige arbeidere og funksjonærer i NHOs medlemsbedrifter. 1979-1996.

	KVINNER		MENN	
	arbeidere	funksjonærer	arbeidere	funksjonærer
1979	12	4,4	8,9	3
1980	11,9	4,4	8,8	2,9
1981	12,3	4,2	8,9	3
1982	12,4	4,1	8,8	3
1983	11,8	4,3	8,6	3,1
1984	12,4	4,4	8,8	3,3
1985	13,2	4,6	9,2	3,4
1986	13,4	4,6	9,4	3,6
1987	13,2	4,8	8,8	3,4
1988	13,1	4,9	8,6	3,4
1989	12,1	4,4	7,7	2,9
1990	11,8	4,7	7,8	2,9
1991	11,1	4,3	7,2	2,9
1992	10,4	4,2	6,8	2,8
1993	10	4,2	6,5	2,6
1994	9,5	3,9	6,1	2,4
1995	10,2	4,4	6,4	2,6
1996	10,5	4,7	6,6	2,7

Den andre tendensen som framgår av denne statistikken, er at forskjellen i antall erstattede fraværsdager per arbeidstaker ser ut til å være økende mellom kvinner og menn (Pedersen 1997). I perioden 1989-1994 var reduksjonen i menns fravær større enn blant kvinnene, og økning i sykefraværet de siste par årene har vært større blant kvinner enn blant menn. Denne utviklingen skyldes i stor grad at forskjellene i risiko for langtidsfravær mellom kvinner og menn er økende (Rikstrygdeverket). Ifølge RTVs statistikk hadde kvinnene i 1996 hele 65 prosent høyere fravær enn menn (Pedersen 1997)³.

³ NHOs statistikk viser ikke samme økning i kjønnsforskjellene, kvinner har her et fravær som er stabilt 50-60 prosent høyere enn menns.

Analysen av fraværsutviklingen etter 1990 viser at reduksjonen i det totale fraværet mellom 1990 og 1993 primært var knyttet til et fall i antall fraværstilfeller, mens det i samme periode bare var en moderat reduksjon i den gjennomsnittlige fraværslengden (Bjerkedal m.fl. 1994). Dette gjelder også fra 1994 til 1995, hvor en økning i antall fraværstilfeller dominerer over en svakere tendens til fall i den gjennomsnittlige fraværslengden (Rikstrygdeverket 1996 og Pedersen 1997).

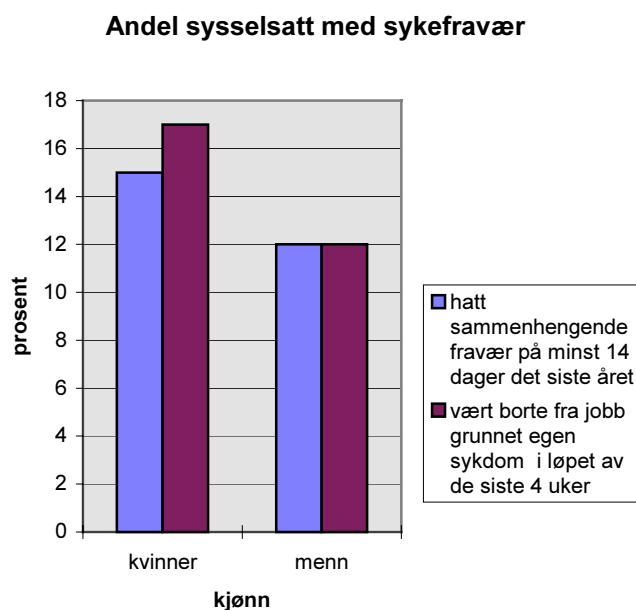
Beregninger viser videre at 63 prosent av tilveksten i antall fraværstilfeller mellom 1993 og 1995 stammer fra en markant økning i antall fraværstilfeller knyttet til personer som har mer enn ett fraværstilfelle i løpet av året (Tuhus og Kolstø 1996, Pedersen 1997). Gjengangerne stod for nærmere 20 prosent av det totale antall fraværsk dager blant lønntakere med avsluttede sykepengetilfeller i 1995 (Rikstrygdeverket 1996 og Pedersen 1997).

Dette antyder en stigende tendens til konsentrasjon av fraværet på et mindre antall lønntakere. Fafos beregninger viser at de fem prosent av lønntakerne med det høyeste antall fraværsk dager til sammen står for vel 80 prosent av de samlede sykepengeutbetalingene (Pedersen 1997). Andelen kvinner med lange og flere langtidsfravær har økt.

Fraværslivå

Kvinner har som gruppe høyere fravær enn menn. Hva betyr så det mer konkret? Dette innebærer at antall erstattede sykepenge dager i 1995 var 60 prosent høyere for kvinner enn for menn. Det er særlig hyppigheten av langtidsfravær (fravær utover arbeidsgiverperioden) som er høyere blant kvinner, mens lengden på hvert enkelt fravær er (marginalt) lengre for menn enn for kvinner (West Pedersen 1997). På individnivå er det altså flere kvinner enn menn med langtidsfravær, samtidig som risikoen for flere langtidsfravær har økt blant kvinnene. Resultatene av disse to tingene er at relativt flere kvinner med langtidsfravær totalt sett har færre fraværsk dager per år enn menn. Menn med langtidsfravær har ikke mange lange fravær, men ett fravær med relativt mange fraværsk dager.

Figur 2. Andel av sysselsatte kvinner og menn med sykefravær. Levekårsundersøkelsen 1996. Statistisk sentralbyrå. Prosent.



Kilde: SSBs Levekårsundersøkelse 1996

Ser vi på figuren over, viser den de samme tendenser som Rikstrygdeverkets statistikk, nemlig at kvinner har høyere sykefravær, både målt som sammenhengende fravær på minst 14 dager det siste året, og som fravær grunnet egen sykdom i løpet av de siste fire uker.

Hvordan skal disse tendensene forklares? Hva er det som gjør at flere kvinner enn menn har langtidsfravær, mens hvert enkelt langtidsfravær blant menn er litt lengre enn blant kvinnene? Hvordan kan kjønnsforskjellene i fraværnivået forklares? Har det skjedd noe med alderssammensetningen blant de yrkesaktive kvinnene? Er det noe ved de typiske kvinneyrker og kvinnearbeidsplasser, og de typiske mannsyrker og mannsarbeidsplasser som har endret seg?

Tabell 2. Forholdet mellom kvinner og menns sykefravær i ulike aldersgrupper. Menns fravær er satt til 100. Levekårsundersøkelsen 1996.

Andel sysselsatte som har...	Alle	16-24 år	25-44 år	45-54 år	55-66 år
hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager i løpet av det siste året	125	110	120	160	90
vært borte fra jobben grunnet egen sykdom i løpet av de siste 4 ukene	140	90	160	150	110

Beregnet etter data fra SSBs Levekårsundersøkelse 1996.

Denne oversikten viser to ting. For det første at kvinner gjennomgående har større risiko for langtidsfravær enn menn, og for det andre at menn systematisk er hyppigere borte fra jobben enn kvinner. Dette gjelder for alle aldersgrupper. Grunnen til at disse data ikke er helt i samsvar med de tendenser vi tidligere har vist, er at her kommer også korttidsfraværet med. Nye og interessante kjønnsforskjeller kommer dermed fram.

3 Forklaringer på kvinners sykefravær

I dette kapitlet skal vi fokusere på mulige årsaker til kvinners sykefravær. Sykefraværsforskningen har vært drevet innenfor flere fag og disipliner, men spesielt i medisin, sosiologi, organisasjonspsykologi og økonomi (Olsen og Mastekaasa 1996). Denne forskningen har i stor grad vært undersøkelser statistiske sammenhenger mellom sykefravær og andre variable, som alder, kjønn, jobbegenskaper og utdanning. De siste årene har det imidlertid også kommet flere kvalitative hvor fokus spesifikt har vært kvinners belastninger.

På bakgrunn av at kvinner har høyere rapportert sykefravær enn menn, er det naturlig at det har vært brukt mye tid og krefter på å forklare hva som kan ligge til grunn for disse kjønnsforskjellene. Grovt sett kan kjønnsforskjeller i sykefravær forklares ut fra tre forhold. For det første det vi kan kalle biologisk-medisinske forklaringer. For det andre sosio-kulturelle forklaringer, og til slutt de metodiske og måletekniske forklaringsfaktorene. Vi vil se på hvilke biologiske, medisinske, sosiale og kulturelle forskjeller mellom kvinnelige og mannlige lønsmottakere som på ulike måter, og i ulik grad, kan forklare de ulikheter i sykefraværet som vi presenterte i kapittel 2.

Sykefravær kan ses på som konsekvens av sykdom, og sykdom og sykefravær som resultat av samspill mellom biologiske og sosiale faktorer, med en rekke årsaker og konsekvenser. Både kvinners sykdom og sykdommer, deres livs- og arbeidssituasjon, samt den måten sykdom registreres og rapporteres, er alle mer og mindre sentrale aspekter i konstruksjonen av kjønnsforskjeller i sykefraværet, og dermed sentrale momenter i fortolkningen av hva som gjør at kvinner og menn tilsynelatende lider av og rapporterer om ulike helseplager, og i ulik grad, og at deres helseplager får ulike konsekvenser i forhold til sykefravær (Botten 1993, Johannisson 1996).

Når man leter etter forklaringer på kvinners sykefravær, kommer man vanskelig utenom en diskusjon av sykdom som sosialt fenomen. Et menneskets helsetilstand er til enhver tid både en subjektiv opplevelse, en biologisk (medisinsk) tilstand og en sosial rolle. Synet på sykdom i et samfunn er som oftest en del av samfunnets mer generelle kultur. Deler av sykefraværsforskningen retter i tillegg oppmerksomheten mot sykdommens sosiale innhold, mot ulike gruppers måte å definere og reagere på sykdom og dårlig helse på, og mot medisinsens rolle som sosial institusjon i samfunnet. Ved å innføre et tredje aspekt ved sykdom, det sosiale og kulturelle, viser det seg at også de medisinske og individuelle sykdomsbegreper blir mer problematiske (Svensson 1993). Her vil vi problematisere relasjonene mellom disse ulike perspektivene på sykdom og sykefravær, og se hvilke mulige forklaringer de tilbyr i forhold til kvinners sykefravær.

3.1 Biologiske og medisinske forklaringer

Fra flere land er det rapportert at kvinner er sykere og bruker helsetjenester oftere enn menn (Botten 1993). En mulig innfallsvinkel til kvinners høyere sykefravær, kan derfor være å se på i hvilken grad kvinners biologiske særtrekk kan forklare deres sykdom og sykdommer, og derigjennom noe av kjønnsforskjeller i sykefravær. Kjønn ses her som en biologisk egenskap

(i engelskspråklig faglitteratur brukes benevnelsen «sex differences» om det biologiske kjønn, og «gender» som betegnelse på det sosiale kjønn). Vi vil diskutere hvordan kvinners og menns ulike biologiske egenskaper eventuelt kan ha kjønnsespesifikk betydning som risiko for sykdom og sykefravær. Dette gjelder ikke bare i forhold til kjønnsbestemte sykdommer, som helseplager i forbindelse med graviditet og fødsel, men også genetiske forskjeller.

Fra 1980 til 1996 har det vært kun små endringer i befolkningens helsetilstand, men andelen som har langvarig sykdom har økt, fra 47 prosent i 1980 til 54 prosent i 1995. Dette er ikke særlig overraskende tatt i betraktning endringer i befolkningens alderssammensetning. Det er til dels stor uenighet om befolkningen har fått bedre eller dårligere helse. Både Helse- og Levekårsstudier slår imidlertid fast at vi som folk ikke er sykere, men at sykdomsbildet har endret seg. I forhold til sykefravær er imidlertid ikke populasjonen hele befolkningen, men aldersgruppen 16-66 år, den såkalte yrkesaktive delen av befolkningen. Vi har i det foregående vist at det er flere kvinner enn menn med lange fravær, og at det blant disse kvinnene er mange gjengangere. Det kan altså se ut til at en liten andel kvinner har tiltagende helseproblemer. Hvilke biologisk-medisinske forskjeller og likheter er det mellom kvinner og menn som eventuelt kan forklare noe av ulikhetene i deres fraværsmønster?

Selv om både kvinner og menn blir sykere jo eldre de blir, har kvinner i alle aldre flere sykdommer enn menn (SSBs Helse- og Levekårsundersøkelser). Hvilke sykdommer har kvinner og menn felles, og hvilke er kjønnsespesifikke?

Tabell 3: Forholdet mellom kvinners og menns sykkelighet i en del diagnosekategorier, i ulike aldersgrupper. Menns sykkelighet er satt til 1. Levekårsundersøkelsen 1991 og 1995. SSB.

	1991	1991	1995	1995
	25-44 år	45-66 år	25-44 år	45-66 år
Nervøse lidelser	0.8	1,3	1.5	1.3
Hjerte-kar	1.1	1,0	1.3	1.2
Hud	1.5	1,3		
Muskel-skjelett	1.1	1,5	1,1	1.3
Åndedrett	1.0	1,0	0,8	

Noen sykdommer er helt åpenbart kjønnsespesifikke, som for eksempel svangerskaps- og fødselsrelaterte problemer blant kvinner. I en problematisering av hvorfor kvinner har høyere fravær enn menn, kan fravær med disse diagnoser med fordel holdes utenfor. Dersom hensikten er å studere hvilke belastninger og helseplager kvinner har og utsettes for, og hvordan disse eventuelt skal imøtekommes, vil imidlertid disse sykdommene være helt sentrale.

Går vi tilbake til kvinners sykkelighet, ser vi av tabellen over at kvinner ifølge Levekårsundersøkelsene er mer utsatt både for nervøse lidelser, muskel- skjelettsykdommer og hjerte- karsykdommer enn menn (Levekårsundersøkelsene SSB 1991 og 1995). Helseundersøkelsene bekrefter dette bildet, og viser i tillegg at kvinner i større grad enn menn har kroniske lidelser (Helseundersøkelsene SSB,1985 og 1995). Dette er også de dominerende diagnoser i sykefraværstatistikken.

Kvinnens oversykkelighet kan et godt stykke på vei tilskrives to sykdomsgrupper, nemlig psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Sammen med sykdommer i relasjon til svangerskap, fødsel og prevensjon, er det dette som i hovedsak forklarer kvinners oversykkelighet. Det er interessante funn som tyder på at kjønnsforskjellene i sykefravær

reduseres med 40-50 prosent ved å holde forplantnings- og fødselsrelatert sykefravær utenfor statistikken (Brage 1997). Dette er på mange måter svært underkommuniserte forhold i relasjon til kvinners sykefravær, samtidig som svangerskap og fødsel definerer kvinner i alle kulturer til alle tider. Selv om graviditet og fødsel, abort og prevensjonsbruk, som oftest finner sted i en livsfase og i en alder da kvinnene er på sitt friskeste, innebærer disse livshendelsene den klart største helsetrussel for kvinner i ung alder (Sundby 1993). Endringer i kvinners forhold til reproduksjon og samliv, arbeidsliv og hjemmeliv er til sammen med på å endre vilkårene både for de fertile kvinnene og for småbarnsmødrene og også senere i disse kvinners liv.

I dag kombinerer kvinner stadig mer krevende jobber og stadig lengre arbeidsdager med graviditet, fødsel og kombinasjon småbarnsmødre og full jobb. Det er spesielt i gruppen småbarnsmødre at økningen i heltidssysselsettingen kom på 1980-tallet.

En annen innfallsvinkel til kvinners såkalte oversykelighet, kan illustreres ved å fokusere på menns overdødelighet. Dødeligheten generelt viser et klart kjønns spesifikt mønster, noe vi ser gjenspeilet i forventet levealder. Alle de vanligste dødsårsakene rammer menn mer enn kvinner (Botten 1993). I Norge (og i resten av den vestlige verden) er i dag ulykker den vanligste dødsårsaken hos personer under 40 år, og det er langt flere menn enn kvinner som dør (Sahlén 1993). Vi ser av tabell 4 at selv om det er flere menn som rammes av hjerte- karsykdommer per år (insidens), er det totalt flere kvinner enn menn med slike diagnoser (prevalens). Kvinner lever (lengre) med sine lidelser, mens menn i mye større grad dør av dem (i ung alder).

Tabell 4. Forholdet mellom kvinner og menns dødelighet i utvalgte diagnosegrupper, i ulike aldersgrupper. Kvinners dødelighet er satt til 1.

	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	75?
Lungekraft	0,3	1,8	1,7	2,4	3,5	5,4
Hjerneslag	0,6	1,3	0,5	2,2	1,4	1,2
Hjerteinfarkt	8,0	5,5	6,1	3,7	2,6	1,6
Trafikkulykker m. motorkjøretøy	3,3	4,0	4,4	1,5	1,3	3,2
Fallulykker	8,0	5,0	1,8	2,2	1,7	0,9
Selvmord	3,5	1,8	2,3	2,7	2,5	3,5
Kreft i tynntarm	0,0	0,5	1,6	1,5	1,4	1,3
Lungebetennelse	1,2	0,0	1,3	1,1	1,8	1,1

Kilde: Øverås 1995

I tillegg til ulike sykdommer og generell ulik sykkelighet, vil ulik dødelighet og dødsårsaker ha en viss forklaringsverdi i forhold til kvinners høyere sykefravær. Dødelighet uttrykker utfallet av dødelige sykdommer, og er derfor en speiling av slike sykdommer (Botten 1993). Også dødeligheten viser et klart kjønns spesifikt mønster. Alle de vanligste dødsårsakene rammer mest menn, og menn har høyere dødelighet enn kvinner i alle aldersgrupper (Øverås 1995). Dette resulterer blant annet i at kvinner har en forventet levealder på 81 år, mens den for menn er 75 år. Nå ser det imidlertid ut til at økningen av kvinners levealder har stagnert, muligens som konsekvens av endringer i kvinners livsstil og jobbtilknytning. Ikke desto mindre står kjønnsforskjeller i dødelighet og dødsårsaker fortsatt i kontrast både til kjønnsforskjeller i sykkelighet og sykdomsmønster, og i forhold til bruk av helsetjenester.

Noe av menns dødelighet kan forklares med biologi og genetiske egenskaper, blant annet gjelder dette ved hjerteinfarkt og infeksjonssykdommer. I tillegg er det selvfølgelig sannsynlig at kvinners tendenser til å oppsøke lege ved symptomer, ofte vil kunne redde dem

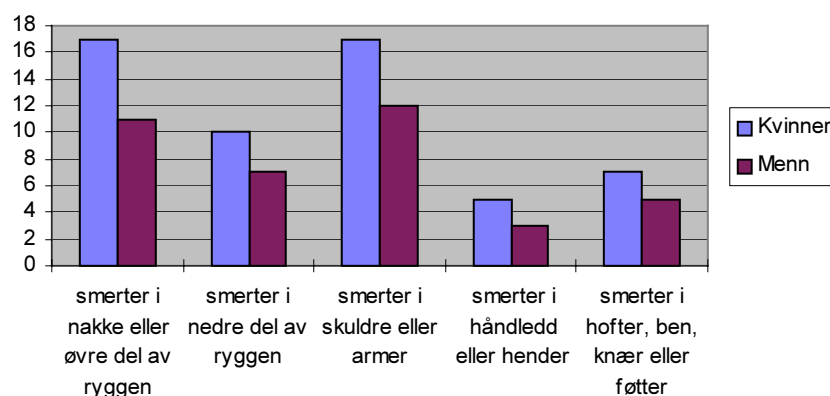
fra å utvikle alvorligere grader av sykdommer. Det spekuleres blant annet i disse dager på om hjerteinfarkt egentlig er en infeksjonssykdom, som eventuelt kan behandles med antibiotika (Aftenposten 21.09.97). Når det gjelder forekomst av sykdom, viser det seg altså at selv når sykdommer knyttet til prevensjon, svangerskap og fødsel holdes utenfor statistikken, viser kvinner er overhyppighet av sykkelighet.

Dersom vi går tilbake til sykkeligheten, og ser på utviklingen over tid, viser statistikken at det har vært en økning både i forekomsten av muskel- og skjelettlidelser blant kvinner, og av sykefravær med denne diagnosen. Det har det imidlertid også vært blant menn. Ser man på statistikken over langtidssykemeldte, er muskel- og skjelettlidelser oppgitt som årsak til om lag en tredel av alle sykemeldinger for både kvinner og menn i aldersgruppen 20-29 år, og nærmere halvparten av langtidssykemeldingene for 40-49 åringene av begge kjønn (Gram 1994).

3.2. Sosiokulturelle forklaringer

I 1995 gjennomførte Statistisk sentralbyrå en Levekårsundersøkelse blant norske arbeidstakere blant annet om deres helsesituasjon og arbeidsmiljø. Mange av de med muskel- og skjelettsykdommer og plager mener selv at disse skyldes deres nåværende arbeidssituasjon (US 8/97), og vi ser av figuren under at det er flere kvinner enn menn som hevder dette. Hvilke særtrekk har kvinners arbeid og arbeidssituasjon som eventuelt kan forklare utbredelsen av disse helseplagene, og som gjør at kvinner lider av dem i større grad enn menn?

Figur 3. Andel av sysselsatte kvinner og menn i ulike aldersgrupper med muskel- og skjelettplager som helt eller delvis skyldes nåværende jobb. Prosent. 1996



Kilde: SSBs Levekårsundersøkelse 1996

Innenfor et perspektiv som fokuserer det på de ulike påkjenninger kvinner og menn utsettes for, fordi de har ulik livsstil, ulike omsorgsoppgaver, ulik utdanning, ulike jobber og ulike posisjoner i arbeidsorganisasjonen. Disse modellene søker å forklare kjønnsmessige ulikheter ut fra trekk ved kvinner i en sosiokulturell sammenheng (på engelsk «gender»).

Selv om kvinner og menn har en likere livsstil i 1997 enn i 1977, så knytter de to kjønn fortsatt sentrale verdier og normer til ulike arenaer som hjem, fritid og arbeid. Kvinnelighet og mannlighet bekreftes gjennom valg av interesser og verdivalg. Mye av menns overdødelighet og ulykker er forklart med menns forhold til og større aksept for risikoadferd enn kvinner (Botten 1993). Spesielt gjelder dette i forhold til for eksempel alkoholbruk, voldsbruk og innblanding i fartsulykker. Forskjeller i fravær kan i henhold til dette perspektivet best forstås gjennom en synliggjøring av de ulike sosiale forhold kvinner og menn omgir seg med og i, og at dette fører både til ulike forventninger, belastninger og muligheter.

Kvinnene har i løpet av de siste 20-30 årene beveget seg fra den private til den offentlige arena. Mer enn 79 prosent av kvinnene er yrkesaktive, og over halvparten i hel stilling. I 1970 var for eksempel bare 53 prosent av kvinnene yrkesaktive (Kjeldstad 1994). Hvilke typer belastninger medfører dette for kvinnene?

I alle samfunn vi kjenner har kjønn fungert som et prinsipp for fordeling av arbeid og inntekt og har på den måten vært avgjørende for kvinner og menns livsløp og sosiale stilling (Øverås 1995). Norge har et svært kjønnsdelt arbeidsmarked. Kvinner og menn velger ulik utdanning, de jobber i ulike bransjer og næringer, de ansettes i ulike type jobber og de ansatte i ulike posisjoner i arbeidsorganisasjonen. Fraværskforskningen i Norge har også vært særlig opptatt av arbeidsmiljøets betydning for fraværet (Hatland 1994). Enkelte forskere hevder at jo mindre forskjellene i kvinner og menns arbeidsmiljø og deres opplevelse av arbeidsmiljøet er, jo mindre forskjell er det på sykeligheten hos kvinner og menn. Statistikk viser for eksempel at menn i kvinneyrker (pleie- og omsorg) har det største sykefraværet. Jevnt over har både kvinnelige og mannlige funksjonærer på mellomnivå og høyere nivå færre helseproblemer enn arbeidere/lavere funksjonærer og selvstendige (Øverås 1995).

En rekke studier viser at det er en sammenheng mellom yrke og helseproblemer (Borgan og Kristoffersen 1986), og disse viser at arbeid både beskytter mot sykdom og er årsak til sykdom. Dårlig fysisk, organisatorisk eller sosialt arbeidsmiljø kan være sykdomsframkallende, og gjøre det vanskeligere for personer som allerede har helseproblemer i fungere i arbeidssituasjonen (Mastakaasa 1993).

Tradisjonelt har kvinner og menn hatt svært forskjellig tilknytning til arbeidslivet. Kvinners og menns forhold til den offentlige og private arene har dermed vært, og er til dels fortsatt svært ulik. Dette gir kvinner og menn forskjellige referansepunkter, og ulike goder og byrder i forhold til de belastninger som knyttes til forpliktelser i henholdsvis privatsfæren og den offentlige sfære. Hvilke synlige og usynlige belastninger følger med kvinners dobbeltkjøring mellom lønnsarbeid og omsorgsarbeid? Bekymringen for og ansvaret for hus og barn og hjem; hvilken innflytelse har dette på kvinners helse?

Den såkalte arbeidsmiljøforskningen inndeles gjerne etter hvilke deler av arbeidsmiljøet det fokuserer på; fysisk eller psykososialt arbeidsmiljø, eller fysisk og organisatorisk arbeidsmiljø. Med det psykososiale/organisatoriske arbeidsmiljøet siktes det til hvordan arbeidet og arbeidstiden er organisert og tilrettelagt, som for eksempel grad av frihet, selvbestemmelse og fleksibilitet i arbeidet. I Norge har det de senere årene vært gjennomført flere slike studier, og mye av kvinneforskningen har foregått innenfor denne tilnærmingen (Sørensen og Grimsmo 1996, Lilleaas 1995).

Forskningen om arbeidsmiljø og sykefravær har tradisjonelt i første rekke fokusert på egenskaper ved arbeidsmiljøet som belastninger, hvor tesen er at store fysiske og psykiske belastninger fører til høyere fravær (Brandt 1989, Forseth 1995).

Kvinnene er oftere i rene rutinejobber som innebærer stor grad av ensformig arbeid og liten mulighet til å styre arbeidsdagen selv, og kvinnelige arbeidere har trolig mer ensidig belastende arbeid enn menn (Sandaa 1988, Endresen 1991). De helsemessige konsekvensene av monotone og gjentatte arbeidsoperasjoner, og de som er knyttet til en organisatorisk underordnet posisjon, rammer dermed særlig kvinner, siden de oftere enn menn er i en slik arbeidssituasjon (Sørensen 1987). Menn har jevnt over en friere stilling på arbeidsplassen, større muligheter til å påvirke arbeidstempo og mer varierte arbeidsoppgaver enn kvinner (Gram 1994, Levekårsundersøkelsen 1996).

Ifølge Levekårsundersøkelser har mange sysselsatte kvinner liten mulighet til selvbestemmelse og egenstyring i arbeidet. Kvinner har mindre muligheter både til å bestemme hvilke arbeidsoppgaver som skal gjøres, og å kunne planlegge sine egne arbeidsoppgaver (Ukens statistikk 8/97). Mange av disse kvinnene har heller ikke anledning til selv å bestemme når og om de skal ta pause i arbeidet. I en slik situasjon vil for eksempel nedsatt funksjons- og yteevne være dårlig forenlig med vedkommendes arbeidssituasjon, og

gjøre at mindre helseplager fører til fravær. En slik arbeidssituasjon vil også gjøre det vanskeligere å komme tilbake etter sykeleie, og det virker rimelig å anta at dette vil ha effekt på fraværslengde. Dette blir imidlertid spekulasjoner.

En undersøkelse blant svenske arbeidere viser at en stor andel av lønsmottakerne ikke kan regulere sitt eget arbeid, men at de tvert i mot er utsatt for en stor grad av jobbkontroll (Litske 1996). De hevder videre at en kombinasjon av begrenset autonomi og store krav potensielt fører til høyt stress. Dette er samtidig en beskrivelse av en typisk arbeidssituasjon for mange kvinner. Svært mange kvinner har (fremdeles) liten selvbestemmelse. Det likestillingspolitisk interessante med undersøkelsen over er at den viser at kortere arbeidstid potensielt medfører større tidspress som igjen kan medføre mer stress, som over tid vil kunne ha negative helsekonsekvenser. Dette er selvfølgelig mest aktuelt for kvinnene, og spesielt kvinner som har hovedansvaret hjemme i tillegg til sin egen jobb. Dette kan videre kobles til funn fra et prosjekt om 6-timersdagen i Oslo, hvor man ikke kunne finne at en slik nedsettelse av arbeidstiden hadde noen effekt på sykefraværet (Fafø 1997). Kanskje skyldes manglende nedgang i sykefraværet blant disse kvinnene, at deres primære belastninger ligger i kombinasjonen jobb og familie og en skjev arbeidsdeling mellom mor og far i forhold til husarbeid og omsorgsoppgaver, og at det viktigste tiltaket for å bedre og forebygge kvinners sykefravær er å endre arbeidsdelingen i hjemmet til småbarnsforeldre. Kanskje må også arbeidsgivere i større grad ta ansvar for å finne bedre løsninger på konflikten mellom kvinners arbeidsliv og hjemmeliv. Mange kvinner velger deltid i et forsøk på å skape seg mer tid, men nyere forskning tyder altså på at dette ikke senker stressnivået blant kvinnene, kanskje fordi mennene tar mindre del i arbeidet hjemme jo færre timer kvinnene jobber ute (Litske 1996, Andersen 1997).

Godt og dårlig arbeidsmiljø er ikke likt fordelt mellom ulike grupper arbeidstakere, og heller ikke mellom kvinner og menn som gruppe. Kvinner og menn har også til dels svært ulik lønn, mange kvinner er for eksempel lavtlønte. Mye tyder på at det kan være en sammenheng mellom dårlig privatøkonomi og helseproblemer. Ifølge Pedersen har mottakere av sykepenger i gjennomsnitt et relativt lavt inntektsnivå, og blant disse er det en sterk overrepresentasjon av kvinner. Tabell 1.1. viser at 62 prosent av den gruppen som står for 80 prosent av fraværet (5 prosent av lønnstakerne) er kvinner.

Tabell 5. Kvinneandel og inntektsnivå (sykepengegrunnlag) blant mottakere og ikke-mottakere av sykelønn. 1995

	5 prosent med høyest fravær	Resterende mottakere av sykepenger	Lønnstakere som helhet
Kvinneandel i prosent	62	58	48
Inntektsnivå	150 000	161 000	197 000

Kilde: Pedersen 1997

En annen studie har påvist at 2/3 av kjønnsforskjellene i det muskel- og skjelettrelaterte sykefraværet blir borte når man kontrollerer for inntektsavhengige faktorer (Brage 1997). Som vi har vist tidligere utgjør denne diagnosen en stor andel av det totale fraværet blant kvinner, faktisk en stadig større andel også. Selv om det har skjedd en nedgang i andelen kvinner med lav lønn, er det fortsatt flere kvinnelige enn mannlige lavtlønte, og for noen utarbeidende mødre vil de økonomiske problemene i tillegg til det å skulle få tiden til å strekke til være ganske enorme. I 1995 gjaldt dette for 34 prosent av kvinnene og 19 prosent av mennene (Levekårsundersøkelsen 1995). Det var også flere kvinner enn menn som samme år

rapporterte om betalingsproblemer. Kan inntektsavhengige faktorer også forklare noe av kjønnsforskjellene i fravær grunnet psykiske lidelser og andre helseproblemer?

Vi har nå sett på sykefravær som et biologisk fenomen, og som et arbeidsrelatert fenomen. Hvilke andre forklaringer har vi på ulikheter i sykighet og sykefravær? Hva synliggjøres gjennom et kvinneperspektiv på det medisinske blikk og på medisineres diagnostisering av plager, sykdommer og kjønn? I hvilken grad kan kvinners sykefravær sies å være konstruert?

Den norske legen Kirsti Malterud framhever at den medisinske diagnose er endepunktet for en kunnskapsutviklende prosess der menneskelig samhandling, persepsjon og tolkning utgjør sentrale elementer (Malterud 1995). Hun hevder at kjønn og makt gir sentrale, men ofte usynlige, bidrag til diagnostiseringsprosessen, og dermed også til produktet - diagnosen. Dette kan vi imidlertid overse dersom vi velger å se på diagnosen primært som et biologisk faktum, og ikke som et samhandlingsprodukt. Malteruds alternativ er å oppfatte den medisinske diagnose som en sosial konstruksjon, og den kliniske kunnskapen som et samhandlingsprodukt, og i de tilfeller pasienten er en kvinne og legen en mann, er både legen og det medisinske kunnskapsgrunnlag han forvalter selvstendige aktører i prosessen fram mot kunnskap som gjør krav på å være objektiv. Dette gir interessante perspektiver på grunner til at kvinner og menn i ulik grad oppsøker lege, og til dels får ulike diagnoser. Ikke minst er dette interessante momenter i forhold til utviklingen i kvinners langtidsfravær. I hvilken grad kan «kommunikasjons- og troverdighets-problemer» forklare kjønnsforskjellene i gjengangerproblematikken, at det er flere kvinner enn menn med flere lange fravær i løpet av året?

Foucault skriver om utviklingen av det medisinske kunnskapsfelt at profesjonens egne interesser historisk sett har hatt sterk innflytelse angående hva slags kunnskap som er gyldig (Foucault 1973). Empiriske studier viser at legens fortolkning av pasientens symptomer er kjønnnet, i den forstand at de tillegges forskjellig betydning alt etter som pasienten er en mann eller ei kvinne. Psykiske årsaker ble signifikant oftere oppgitt som årsak der legen trodde at pasienten var en kvinne (Malterud 1996).

Kvinner og menn utsettes for ulike belastninger, men mye tyder også på at de reagerer og fortolker belastninger på ulik måte. For eksempel gjelder dette fortolkninger av kroppslige symptomer, hvor det har vært hevdet at kvinner er mer vare for kroppslige endringer og ubehag, og lettere opplever seg som syke. Studier av data fra Helseundersøkelsen viste for eksempel at kvinner i større grad enn menn fikk kroppslige, fysiske symptomer ved psykiske påkjenninger og opplevelser (Falkum 1991). Dette kan være en forklaring på hvorfor kvinner oppsøker og etterspør helsetjenester i større grad enn menn. Dessuten står nok sykerollen mindre i motsetning til kvinnerollen enn til manssrollen.

Studier har vist at kvinner og menn reagerer ulikt på de belastninger de utsettes for. Kvinner har en tendens til i større grad enn menn å reagere på psykiske belastninger med å bli deprimerte. Menn på sin side viser større grad av aggressivitet og bruk av alkohol ved psykiske belastninger (Botten 1993). Det ene betegnes sykdom, det andre sosialt avvik.

Ved tildeling av uføretrygd, diagnostisering og tildeling av sykelønn: hvordan defineres hva som er «ekte» sykdom, hva som er subjektive symptomer og objektiv sykdom? Hvorfor har kvinner flere «ubestemte» plager enn menn? (Aftenposten 20.09.97).

I vårt samfunn er ikke alle diagnoser like mye verdt. Innen det medisinske kunnskapsfeltet finner vi også et hierarki hvor ulike sykdommer kan plasseres etter sin status (Album 1991).

4 Avslutning

Kvinner har generelt høyere sykefravær enn menn, og flere kvinner enn menn har gjentatte lange sykefravær (mer enn 14 dager). Det er imidlertid tendenser til at menn med lange fravær i gjennomsnitt har marginalt flere fraværsdager per fraværstilfelle enn kvinner med lange fravær (West Pedersen 1997).

Å forstå de kjønnsmessige ulikheter i sykefraværskisik og faktisk sykefravær med utgangspunkt i henholdsvis biologiske og sosiokulturelle forklaringer, gir få entydige resultater. Vi vet at kvinner er mer syke i medisinsk forstand enn menn, og at noe av denne oversykkeligheten blir borte når det kontrolleres for sykdommer i forbindelse med svangerskap, fødsel og prevensjon. Men ikke alt. Mye tyder også på at kvinners fortolkning av kroppslige forandringer og ubehag som sykdom, sannsynligvis forklarer noe av denne overhyppigheten. Vi vet også at menn i større grad enn kvinner dør av sine sykdommer, og at kvinner lever med sine, og at derfor også flere kvinner enn menn lider av kroniske sykdommer. Vi vet at noe av kjønnsforskjellene i fravær kan forklares med at kvinner har dårligere organisatorisk arbeidsmiljø enn menn. At de har liten selvbestemmelse og egenstyring i arbeidet, samt at mange av dem jobber i skiftarbeid, og mange med lav lønn. Det er fortsatt flere kvinner enn menn som er lavtlønte.

En god del av den kvantitative forskningen ser ut til å konkludere med det de skulle forklare, nemlig at forskjellen ligger hos/i/blant kvinnene selv. Det meste av denne forskningen konkluderer også med at sykefravær er et problem, og siden kvinner har høyere fravær enn menn gjøres dette direkte og indirekte til et kvinneproblem. Dette er lite tilfredsstillende, og vitner om at mye gjenstår i sykefraværskforskningen. Vi har vært inne på at kvinners høyere fravær, både sammenlignet med menn, og i løpet av de to siste årene, kan være en positiv mestringsstrategi. Mye gjenstår imidlertid i forhold til å se sammenhenger mellom kjønn og arbeid, mellom helse og sykdomsadfærd og ikke minst av forholdet mellom egenopplevde helseplager og medisinsens forståelse av og definisjoner av sykdom. Mye gjenstår også når det gjelder eventuelle forskjeller i de konsekvenser ulike sykdommer og helseplager har i forhold til å få behandling, få oppfølging fra trygdekontor og arbeidsgiver, få tilbud om rehabilitering og tilpasset arbeidstrening. Mye tyder på at kvinner er i en jobb- og lønnsituasjon (?) som gjør at mange med store helseproblemer går inn og ut av jobb og sykemeldinger over relativt lang tid, uvisst av hvilken grunn.

På hvilke sosiale og kulturelle pilarer hviler legenes diagnostisering av pasientene? Hvordan speiles sosiale forhold som for eksempel klasseposisjoner og kjønnsstilhørighet i legenes tenkning og i helsevesenets tildelingskriterier?

Referanser

Album, Dag (1993): Om sykdommers prestisje. Medisinsk forklaring og kulturelle tolkninger.

I: «*Dei vil alltid klaga og syta*» Fagkritisk blikk på kunnskapsproduksjon om kvinneliv og sykdom. Arbeidsnotat 1, Norges forskningsråd, avd. NAVF, Sekretariatet for kvinneforskning.

Andersen, Else Marie (1997): Danske kvinder med dobbelt stress. *Arbeidsmiljø* 6/97

Bjørnskau, Torkel (1997): *6-timers-dag i omsorgsykker. En evaluering av forsøket i Oslo kommune.* Fafo-rapport 232

Botten, Grete (1993): Kjønnulikheter i sykkelighet og dødelighet i Schei, Botten og Sundby (red): *Kvinnemedisin.* Ad Notam Gyldendal. Oslo

Brage, Søren m.fl.(1997): *The Gender gap in musculoskeletal-related long term sickness absence in Norway.* Institute of General Practice and Community Medicine, UiO, Oslo

Brandt, Ellen (1989):

Dahl, Espen (1996): *Nytter det å følge opp sykemeldte?* Fafo-notat 1996:3

Dahl, Espen (1997): *Syssetting, sykefravær og sykkelighet.* Fafo-notat 1997:10

Ellingssæter, Anne Lise (1995): Ulikheter i de postindustrielle samfunnet: Klasse, kjønn og generasjon. *Sosiologisk Tidsskrift.* Oslo

Endresen, Eli H. (1991): *Stormarked som arbeidsplass.* Inst. for forebyggende medisin. UiO.

Forseth, Ulla (1995):

Foucault, Michel (1973): *Galskapens historie i opplysningens tidsalder.* Gyldendal. Oslo

Gram, Nina (1994): *Føle det på kroppen. Belastningslidelser - samfunn - tiltak.* Kommuneforlaget. Oslo

Grimsmo, Arne m.fl. (1992): *Det moderne tjenerskap: varm på beina, kald i hjertet? Noen sider ved arbeidsmiljøet i tjenesteyting.* Arbeidsforskningsinstituttet, Rapport 12. Oslo

Grimsmo, Asbjørn (1996): Norsk arbeidsmiljø i en endringstid. En rapport fra Statistisk sentralbyrås Arbeidslivsundersøkelser 1989 og 1993. AFI-Rapport nr.4/96. Oslo

Hatland, Aksel, Stein Kuhnle og Tor Inge Romøren (1996): *Den norske velferdsstaten.* Ad Notam Gyldendal. Oslo

Johannisson, Karin (1994): Det mørke kontinentet. Kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet. Adventura.

- Kjeldstad, Randi (1993): *Feminisering av fattigdommen i Kjønn - likhet og ulikhet*. Statistisk sentralbyrå. Oslo 1996
- Klassekampen 6. februar 1997: LO går baklengs inn i framtida. Intervju med Ebba Wergeland
- Lilleaas, Ulla Britt (1995): *Når forskjellen blir synlig - kvinner med kroniske muskelsmerter i et kjønnsrolleperspektiv*. Arbeidsnotat 8, Senter for Kvinneforskning, Oslo.
- Litske, Henrik (1996): Europa mere stresset. *Arbeidsmiljø* 12/96
- Malterud, Kirsti (1993): Vanlige helseplager for kvinner, i Schei, Botten og Sundby (red): *Kvinnemedisin*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- Malterud, Kirsti (1994): Klinisk kunnskap om kvinners «ubestemte» plager - ulike perspektiver for innsyn og utsyn. I: *Kroppen som informasjonssystem - en vei til ny kunnskap om kvinners helse?* Arbeidsnotat nr. 2. Sekter for kvinneforskning, UiO.
- Mastakaasa, Arne (1990): Kjønnforskjeller i sykefravær: Betydningen av omsorgsoppgaver og jobbegenskaper. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. Årgang 31, 531-554
- Mastakaasa, Arne (1993): Sykefravær i et kjønnsdelt arbeidsmarked. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*. Årgang 34. Oslo
- NHOs fraværstatistikk 1995 og 1996
- NOU 1991:10: *Flere gode levekår for alle*. Forebyggingsstrategier.
- Olsen, Karen M. og Arne Mastekaasa (1996): *Sykefravær i staten. En analyse av individdata*. ISF-Rapport 9/96. Oslo
- Olsen, Karen M. og Arne Mastekaasa (1997): *Forskning om sykefravær - en oppsummering og vurdering av perioden 1980 - 96*. ISF-Rapport 3/97. Oslo
- Pedersen, Axel West(1996a): *Sykefraværet og arbeidslinja*. Fafo-notat 1996:4
- Pedersen, Axel West (1996b): *Sykefravær: Hva koster det og hvor mange er de?* Fafo-notat 1996:10
- Pedersen, Axel West(1997): *Fravær i arbeid. Utviklingen i sykefraværet på 90-tallet*. Fafo-rapport 218
- Rikstrygdeverket(1994): Trygdestatistisk Årbok
- Rikstrygdeverket (1994): *Sykefravær i ulike næringer - med hovedvekt på året 1992*. Rapport nr. 6/94
- Rikstrygdeverket(1995): Trygdestatistisk Årbok
- Sahlin, Ylva (1993): Kjønn, bevegelse og skader i Schei, Botten og Sundby (red): *Kvinnemedisin*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- Schei, Berit, G. Botten, J. Sundby (red.) (1993): *Kvinnemedisin*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- St.meld. nr.35 (1994-95): *Velferdsmeldingen*. Sosial- og helsedepartementet
- Sandaa, Astrid (1988): *Det lønner seg også i fiskeindustrien. En analyse av forebygging av belastningslidelser blant kuttere og pakkere i fiskefiletindustrien*. Fysioterapihøgskolen i Oslo.

- Sundby, J. (1993): Fra uønskede svangerskap til redsel for barnløshet i Schei, Botten og Sundby (red): *Kvinnemedisin*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- Svensson, Roland (1993): *Samhälle, medicin, vård. En introduktion till medicinsk sociologi*. Studentlitteratur. Lund
- Sørensen, Bjørg Aase og Asbjørn Grimsmo (1996): 'Varme' og 'kalde' konflikter i arbeidslivet. Motsetningsforhold i sosiologisk belysning. *Sosiologi i dag* nr 2. Novus Forlag. Oslo
- Statistisk sentralbyrå (1992): Levekårsundersøkelsen 1991. Norges offisielle statistikk
- Statistisk sentralbyrå (1996): Levekårsundersøkelsen 1995. Norges offisielle statistikk
- Statistisk sentralbyrå (1997): Mange kvinner har fremdeles liten selvbestemmelse. Ukens statistikk nr. 8/97. Sosialt Utsyn 1993. Statistisk sentralbyrå. Oslo
- Øverås, Siv (1995): *Helseboka 1995. Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge*. Statistiske analyser, Statistisk sentralbyrå. Oslo

Kjønnforskjeller i sykefravær



Forskningstiftelsen Fafo
Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
<http://www.fafo.no>

Fafo-notat 1997:18
Bestillingsnummer 890