



Kvinner i Norge har omtrent 60 prosent høyere sykefravær enn menn

*Psykologi og samfunn, denne siden*



Jo mer terapeuter tviler på kompetansen sin, desto høyere allianseskårer oppnår de fra pasientene

*Doktorgrader, side 596*



Personar som har vore utru og synest at løyndomen er tung å bera, anslår fysiske utfordringar som meir krevjande enn dei som lever godt med sidespranget sitt

*Forskingsnotisar, side 597*



Utviklingspsykologiske laboratorieeksperiment let seg oftast ikkje gjenskapa i den verkelege verda

*Forskingsnotisar, side 597*



**Arnstein Mykletun, Miriam Evensen, Katrin Hagen, Kjell Vaage**

► Psykologi og samfunn

## Hvorfor øker kjønnsforskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn?

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

Hva er årsaken til at kvinner har høyere sykefravær enn menn, og at denne kjønnsforskjellen gradvis øker? Selv om

dette er en problemstilling med relevans for mange land, er spørsmålene stadig ikke besvart. De mest omtalte hypotesene handler om kvinnehelse, arbeidsmiljø og dobbeltarbeid.

**FAKTA: KJØNNSFORSKJELLER I SYKEFRAVÆR**

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

**Kvinnehelsehypotesen**

Kan det være så enkelt at kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes at kvinner har

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

*Miriam Evensen er PhD-stipendiat ved Folkehelseinstituttet.*

*Katrin Hagen blir våren 2012 ferdig med sin psykologutdanning ved Universitetet i Bergen.*

*Kjell Vaage er professor ved Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen og leder av Gruppe for trygdeøkonomi samme sted.*



**HETETOKT:** Kjønnforskjellen i sykefravær har økt de siste 30 årene. Men det er ikke noe som tyder på at kvinners psykiske og psykosomatiske helse har blitt dårligere relativt til menns. At kvinner generelt har flere helseplager kan altså ikke forklare den økende kjønnforskjellen. Illustrasjon: YAY Micro

dårligere helse enn menn? Ifølge beregninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) vil dagens 40-årige kvinner leve omtrent 4 år lenger enn jevnaldrede menn, men kvinnene har likevel flere helseplager og går hyppigere til lege og psykolog mens de lever.

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

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

### Arbeidsmiljøhypotesen

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

Ut fra den offentlige debatten ser det ut til at denne hypotesen har mange tilhengere. Men den får liten støtte i norsk og internasjonal forskning: Kvinner i typiske mannsyrker og menn i typiske kvinneyrker har et sykefraværsmønster som typisk korresponderer med deres kjønn snarere

enn med deres yrke (Mastekaasa & Olsen, 1998; Mastekaasa & Dale-Olsen, 2000).

### Dobbeltarbeidshypotesen

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

### Internasjonalt problem

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

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

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

### Referanser

- Angelov, N., P. Johansson, et al. (2011). *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
- Bratberg, E., S. A. Dahl, et al. (2002). 'The double burden' - Do combinations of career and family obligations increase sickness absence among women? *European Sociological Review*, 18(2): 233-249.
- Head, J., J. E. Ferrie et al. (2008). Diagnosis-specific sickness absence as a predictor of mortality: the Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal*, 337(7674): 7.
- Johnson, J. V., E. M. Hall et al. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular-disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 15(4): 271-279.
- Kostøl, A. R. & K. Telle (2011). Sykefraværet i Norge de siste tiårene: Det handler om kvinnene. *Samfunnsøkonomen* (1).
- Marmot, M. G., H. Bosma et al. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 350(9073): 235-239.
- Mastekaasa, A. & H. Dale-Olsen (2000). Do women or men have the less healthy jobs? An analysis of gender differences in sickness absence. *European Sociological Review*, 16(3): 267-286.
- Mastekaasa, A. & K. M. Olsen (1998). Gender, absenteeism, and job characteristics - A fixed effects approach. *Work and Occupations*, 25(2): 195-228.
- Mykletun, A., H. R. Eriksen et al. (2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærversereform*. Arbeidsdepartementet, Oslo, Arbeidsdepartementet
- Mykletun, A., A. K. Knudsen et al. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo, Folkehelseinstituttet, 8.
- Mykletun, A., S. Overland et al. (2006). A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *American Journal of Psychiatry*, 163(8): 1412-1418.
- OECD (2006). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Norway, Poland and Switzerland*. C. Prince. Paris, Organisation for Economic Corporation and Development.
- Overland, R., S. Overland et al. (2008). Verifiability of diagnostic categories and work ability in the context of disability pension award: A survey on «gatekeeping» among general practitioners in Norway. *Bmc Public Health*, 8: 9.
- Sanne, B., A. Mykletun et al. (2005). Testing the job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study. *Occupational Medicine-Oxford*, 55(6): 463-473.

## DOKTORGRADER

**Helene A. Nissen-Lie** forsvarte 12. desember 2011 avhandlingen *Psychotherapists' self-perceptions: Their relationship to the processes and outcomes of psychotherapy* for ph.d.-graden ved Universitetet i Oslo  
**Kontakt:** h.a.nissen-lie@psykologi.uio.no

### Kvaliteten på psykoterapeuter

Nissen-Lie undersøkte om psykoterapeuters selvpålevelse og vurdering av seg selv som terapeut påvirker pasientens endring og deres opplevelse av terapeutiske allianse. Ett funn var at jo mer terapeuter tviler på sin kompetanse, desto høyere allianseskårer oppnår de fra pasientene, og desto mer nedgang i interpersonlige problemer rapporterer pasientene. Og jo mer terapeutene strever med å like, respektere og følelsesmessig tåle pasientene sine, dess svakere allianse rapporterer pasientene. Flere funn tyder på at terapeutens selvforståelse preger behandlingsprosessen og terapieresultatet. Forskjellen i terapieffekt mellom terapeuter er betydelig. ●

**Ylva Østby** forsvarte 30. november 2011 sin avhandling *Memory and the developing brain: short-term and long-term memory function and the heterogeneity of brain maturation* for ph.d.-graden ved Universitetet i Oslo  
**Kontakt:** ylva.ostby@gmail.com

### Hjerne og hukommelse gjennom oppveksten

Ylva Østbys avhandling binder for første gang sammen ny informasjon om hjerneutvikling med ulike sider ved hukommelse. Funnene viste at evnen til å bevare et minne over tid var relativt ferdig utviklet i sen barndom. Derimot blir evnen til å gjenhente minner, enten etter kort eller lang tid, stadig bedre opp gjennom ungdomsårene. Også arbeidshukommelsen utvikler seg jevnt gjennom sen barndom og ungdomstid. To utviklingsprosesser – reduksjon av grå substans i hjernebarken og modning av fiberbanene som forbinder hjerneområder med hverandre – er like viktige for å utvikle godt arbeidsminne. ●