



Forskningsrapport

Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse

Forskere bak rapporten:

Solveig Osborg Ose, Lin Jiang og Brita Bungum



Teknologi og samfunn
Avd. helse, Gruppe for arbeid og helse



Rapport

Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse

En gjennomgang av forskningen

EMNEORD:

- Kjønn
- Kvinner
- Arbeidshelse
- Arbeidsmarked
- Horisontal og vertikal kjønnssegregering
- Sykefravær
- Sosial ulikhet
- Familieliv
- Arbeidsmiljø
- Arbeidsbelastning

DATO

2014-04-03

FORFATTERE

Solveig Ose, Lin Jiang og Brita Bungum

OPPDRAUGSGIVER

Unio

OPPDRAUGSGIVERS REF.

Jon Olav Bjergene

PROSJEKTNR

102005678

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

146

Sammendrag

I denne rapporten har vi samlet forskningsfunn om det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse. Rapporten inneholder mange referanser til publiserte forskningsartikler fra internasjonal litteratur og fra Norge. Rapporten inneholder også en del statistikk og faktagrunnlag om det norske arbeidsmarkedet. Vi har sortert litteraturen etter hvilken arena eller nivå som studeres: individ, familie, arbeidsplass, arbeidsmarked og samfunn.

Vi konkluderer med at årsaken til at kvinner har høyere sykefravær enn menn kan finnes på alle nivåene. Kvinner har annen helse og får andre sykdommer enn menn. Kvinner mestrer stress, smerter og sykdom på en annen måte enn menn. Kvinner gjør fortsatt mest husarbeid, og har i stor grad hovedoppgaven rundt barna. Menn har i større grad kommet på banen når det gjelder barn, men det har ikke skjedd så mye med fordelingen av husarbeid. Kvinner med høy utdanning og lang arbeidstid gjør mindre husarbeid, både fordi da bidrar mannen med mer, og fordi familien i større grad kan kjøpe hjelp i hjemmet. I arbeidsmarkedet er hovedstrukturen helt tydelig, kvinner jobber i omsorgsarbeid og menn jobber med teknologi – kvinneyrkene verdsettes lavere enn mannsyrkene.

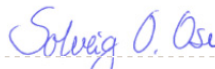
Kvinner har sterke incentiver til å bevege seg over i mannsdominerte yrker, mens menn har få incentiver til å gå inn i typiske kvinneyrker. Kvinnedominerte yrker gir generelt større belastning enn i mannsdominerte yrker, både fysisk og psykisk.

Bak kjønnsforskjellene i de enkle sykefraværstallene som jevnlig presenteres, ligger det et komplekst bilde av biologiske kjønnsforskjeller, stereotype rollemodeller, samfunnsstrukturer og et sterkt kjønnssegregert arbeidsmarkedet.

PROSJEKTLEDER

Solveig Osborg Ose, seniorforsker

SIGNATUR



KONTROLLERT AV

Marian Ådnanes, forskningsleder

SIGNATUR



GODKJENT AV

Randi E. Reinertsen, forskningssjef

SIGNATUR



RAPPORTNR

SINTEF A26056

ISBN

978-82-14-05678-5

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

Bak kjønnsforskjellene i de enkle sykefraværstallene som jevnlig presenteres, ligger det et komplekst bilde av biologiske kjønnsforskjeller, stereotype kjønnsroller, sosiale strukturer og et sterkt kjønnssegregert arbeidsmarkedet.

Kunnskapen som er nødvendig for å forstå kvinners arbeidshelse og dermed noe av kjønnsforskjellen i sykefraværet, kommer fra en rekke fagfelt og forskningstradisjoner. I denne rapporten har vi samlet kunnskap fra ulike fagfelt og gruppert litteraturen etter hvilken dimensjon vi studerer (individ, familie, arbeidsplass, arbeidsmarked og samfunn). På denne måten har vi oppdaget nye sammenhenger og konstruksjoner.

Vi har håp om at rapporten blir nyttig i videre forskning for å forstå sykefravær og tilknytning til arbeidslivet både for kvinner og menn. Vi håper også at rapporten kan bidra til at debatten rundt kvinners arbeidstilbud og sykefravær blir mer kunnskapsbasert og litt mindre preget av synsing.

Unio har tatt initiativ til prosjektet, og skaffet midler fra NAV Farve. Vi takker for et godt samarbeid med de involverte i Unio. Fagsjef/advokat Jon Olav Bjergene har vært vår kontaktperson.

Vi som har skrevet rapporten har kompetanse innen fysiologi, sosiologi og samfunnsøkonomi. Vi har også fått god hjelp av seniorforsker i Sintef, Sissel Steihaug som er allmennlege med doktorgrad i rehabilitering.

Solveig Osborg Ose
Seniorforsker, samfunnsøkonom



Trondheim 7. april 2014

Sammendrag og konklusjoner

I dag er 47 prosent av de sysselsatte i Norge kvinner. Den sterke økningen i kvinnesysselsettingen fra 1970-tallet til i dag, er et av de viktigste sosiale endringene i nyere tid. Bare de siste ti årene, tilsvarer dette en økning i antall kvinnelige sysselsatte på flere hundre millioner personer på verdensbasis. I Norge har sysselsettingsandelen blant menn gått ned med nesten 6 prosentpoeng siden begynnelsen av 1970-tallet, mens sysselsettingsandelen blant kvinner samme periode økte med 22 prosentpoeng. Dette er formidable endringer over relativt kort tid, og politikere og forskere har hatt problemer med å følge med på utviklingen.

Forskning på arbeidsliv i Norge, både fra arbeidsmedisin og andre forskningstradisjoner har i stor grad vært konsentrert rundt industriarbeidsplasser. Hele arbeidsmiljøloven er basert på forskning på industriarbeidsplasser på 60-og 70-tallet. Foreløpig er det gjort lite for å undersøke om loven gir tilstrekkelig vern for kvinne-dominerte yrkesgrupper som barne- og ungdomsarbeidere (86 prosent kvinner), hjelpepleiere og omsorgsarbeidere (90 prosent kvinner), sykepleiere (92 prosent kvinner) og førskolelærere (93 prosent kvinner). Nesten hver fjerde sysselsatte kvinne i Norge arbeider i ett av disse yrkene.

At vi ikke har gode forklaringsmodeller for å forstå årsaken til at kvinner har høyere sykefravær enn menn, handler delvis om manglende forskning på typiske kvinnearbeidsplasser og kvinneyrker. Det handler også om evnen til å forstå ulike mekanismer ut fra et flerfaglig perspektiv. Kunnskap om kvinners arbeidshelse og det kjønnsdelte arbeidsmarkedet er nødvendig for å forstå hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn. Det finnes ikke enkle forklaringsmodeller på slike komplekse problemstillinger, og jakten på enkelthypoteser som kan forklare kjønnsforskjeller i sykefraværet blir ofte preget av synsing.

Vi har samlet forskning fra et bredt forskningsgrunnlag både fra medisin, sosiologi, biologi, fysiologi og arbeidsmarkedsøkonomi. For å systematisere litteraturen har vi studert følgende nivå eller arenaer; individ, familie, arbeidsplass, arbeidsmarked og samfunn. Vi har beveget oss fra mikro til makro og gjort systematiske litteratursøk. I det følgende gjengis oppsummeringen fra de ulike kapitlene, før vi avslutter med en konklusjon.

Forhold på individnivå

Kvinner har betydelig mer yrkesrelaterte helseplager enn menn. Noe kan forklares med større belastning av arbeidet, men det er også betydelige kjønnsforskjeller i helse uavhengig av arbeidsbetingelser.

Kvinner opplever generelt mer smerte i muskler og kropp, og kvinner rammes av andre sykdommer og plager enn menn. I tillegg til større risiko for å utvikle muskel- og skjellettsykdommer og smerter, har kvinner mer hodepine og migrene. Kvinner opplever også i større grad å bli kronisk utmattet og utbrent. Kvinnekroppen gjennomgår store endringer over relativt kort tid ved svangerskap og fødsel, og smerter, sykdommer og plager knyttet til reproduksjonssystemet rammer mange kvinner.

Flere menn enn kvinner får sykdomsdiagnoser; det medisinske diagnosesystemet synes å passe bedre for menns plager enn for kvinners. Plager legen ikke finner noen forklaring på, betegnes gjerne som "subjektive", "ubestemte" eller "uforklarte" og dette indikerer at det tradisjonelle medisinske sykdomsbegrepet ikke utgjør et tilfredsstillende forklaringsgrunnlag ved disse plagene. Slike plager gis en rekke ulike medisinske betegnelser som for eksempel fibromyalgi, kroniske muskelsmerter, kronisk utmattelsessyndrom etc. og kvinners helseproblemer gis oftere slike medisinske betegnelser enn menns. Dette er diagnoser som sier mer om symptomene enn om sykdomsårsakene, og blir merkelapper for tilstander med lav medisinsk status.

Hos mange er plagene knyttet til belastningsforhold på jobben eller hjemme, og tåleevnen er svært forskjellig. Individuelle forskjeller er helt naturlig fordi sykdom og helse utformes spesifikt hos hvert individ innen deres sosiokulturelle sammenheng. Når de "ubestemte" tilstandene skal utforskes og forstås, er det nødvendig å se på biologiske, psykologiske og sosiokulturelle aspekter som deler av en helhet.

De siste 10-20 årene har det vært stor forskningsaktivitet i berøringsflatene mellom psykologi, immunologi, endokrinologi, mikrobiologi og nevrovitenskap. Nye modeller utvikles og har gjort det mulig å forstå sammensatte bilder av feil og mangler som tidligere har vært oppfattet som ulike sykdommer. Graden av helseskadelig stress, som tap av kontroll og manglende innflytelse over egen tilværelse anses å øke med avtagende rang i et sosialt hierarki. De nye modellene kan trolig bidra til å forstå de sosiale gradientene i sykkelighet og dødelighet.

Forskningen viser også at kvinner og menn har ulike mestringsstrategier både i forhold til stress og helse. Kvinner bruker trolig flere mestringsstrategier enn menn, og de ser ut til å være mer følelsesmessig orientert enn menns mestringsstrategier. Dette kan føre til at kvinner trenger lenger fravær fra jobb. Menns mestringsstrategier går mer i retning av avkobling med alkohol og gjenopptakelse av arbeid så raskt som mulig. Hvorvidt ulike mestringsstrategier handler om biologiske forskjeller, eller om vi inntar sosialt lærte roller, kan foreløpig ikke forskningen svare på.

Forhold i familien

Belastningen i hjemmet er klart større for kvinner enn menn. Kvinner med høyere utdanning, har relativt lavere arbeidsinnsats hjemme. Årsaken er både at mannen bidrar mer om kvinnen har høy utdanning, og fordi høyere inntekt muliggjør kjøp av privat hjelp i hjemmet.

Dobbeltrollehypotesen sier at kvinner har høyere sykefravær enn menn fordi de har større belastning på hjemmebane. Sannsynligvis er mennesker så tilpasningsdyktig, og har mulighet til å være det i en velferdsstat, at belastningen hjemme ikke påvirker kvinners sykefravær direkte. De som får problemer med å mestre både arbeid og hjemmearbeid, går heller ned i stillingsandel dersom økonomien og andre forhold tillater det.

Det er likevel en gruppe arbeidstakere som ikke har de samme mulighetene. Dette er trolig kvinner med relativ lav lønn som ikke har råd til å gå ned i deltidsstilling selv om belastningen blir for stor. Når vi i tillegg vet at arbeidsdelingen i hjem i husholdninger med lavere sosioøkonomisk status klart tilsier større belastning på kvinnen, da er det ikke så vanskelig å forstå statistikken som viser at lavtlønte kvinner i pleie og omsorgsyrker og i renhold er blant yrkesgruppene med høyest sykefravær.

En motsatt tanke, som har større støtte i empirien enn dobbeltrollehypotesen, er en type ekspansjonsteori av kjønn, arbeid og familie. Denne teorien bygger heller på at flere roller er en fordel heller enn en ulempe. Det er sannsynligvis en myte at rollene mor-hustru-sysselsatt er en belastning, også når det tas hensyn til at det typisk er friske kvinner som mestrer å ha flere roller (healthy worker effect).

Forhold på arbeidsplassen

Vi konkluderer med at arbeidsmiljøet har betydning for sykefraværet. Det trengs ikke flere studier for å påvise en slik sammenheng, men det er behov for å finne ut hva det er mer spesifikt i arbeidsmiljøet som påvirker helsen til ansatte. Dette vil variere fra arbeidsplass til arbeidsplass, men også mellom ulike yrkesgrupper. Det er behov for mer forskning som eksplisitt kartlegger utfordringene og som utforsker mulighetene for å redusere negativ eksponeringen særlig i kvinneyrkene. Den tradisjonelle forskningen tar i liten grad hensyn til de ulike utfordringene kvinner møter i sine yrker. For eksempel er ikke vold og trusler, sterkt lys på arbeidsplassen og øyebelastning, mye stemmebruk og stemmeproblematikk, med i de standardiserte målingene som gjøres, selv om dette er en del av hverdagen til mange ansatte i de store næringene innen helse, omsorg og sosiale tjenester.

Mobbegrepet i Norge er for snevert til å dekke viktige elementer i det psykososiale arbeidsmiljøet på arbeidsplassene. Nye begrep som det å bli hersa med, eller utilbørlig sosial dominans (professor Kjell Underlid) er sannsynligvis mye mer dekkende, og dette bør utforskes videre. Særlig viktig er det å få mer kunnskap om kvinnearbeidsplasser som til nå har fått lite plass i forskningslitteraturen om arbeidsmiljø og helse.

På tross av høyt sykefravær, har det vært lite satsning på mer kunnskap om arbeidsmiljø og tiltak på kvinnearbeidsplassene. Fortsatt er det stort potensial for forebygging av sykefravær på typiske kvinnearbeidsplasser. Det er godt mulig at det er behov for helt andre tiltak der, enn det for eksempel arbeidsmiljøloven legger vekt på. Kvinner rapporterer om betydelig større fysisk og psykisk belastninger av yrkeslivet, enn det menn gjør. Forskningen tyder også på at det psykososiale arbeidsmiljøet har enda større betydning for kvinners helse enn for menns helse, men hvilke psykososiale elementer som er viktigst, er foreløpig uklart.

Forhold i arbeidsmarkedet

47 prosent av alle sysselsatte i Norge er kvinner. Kvinner arbeider i yrker knyttet til omsorg og menn arbeider i yrker knyttet til teknologi. Omsorgsyrkene er vesentlig dårligere betalt enn teknologiyrkene. Et kjønnssegregert horisontalt arbeidsmarked er vedvarende, og til og med økende ved at utdanningsvalg fortsetter å være svært tradisjonelle for store deler av befolkningen.

Både kvinner og menn med lav utdanning har betydelig høyere sykefravær enn de med høyere utdanning. Dette kan både skyldes seleksjonseffekter inn i utdanningen (lavere sosioøkonomisk klasse velger mer tradisjonelt, og de har dårligere helse), og at yrkene som både kvinner og menn med lav utdanning får tilgang på, er mer fysisk og psykisk krevende.

At kvinner jobber deltid, særlig i offentlig sektor, handler både om at mange kvinner ønsker å jobbe deltid, men også at det i noen yrkesgrupper er for dårlig tilrettelagt for heltidsstillinger (hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, assistenter, renholdere etc). Det kan også være at mange av kvinneyrkene er for tunge til at alle klarer å jobbe heltid, men dette er det lite forsket på.

Hvor mye hver enkelt ønsker å arbeide, handler om en rekke forhold både på individnivå (evne, motivasjon, helse), på familienivå og i arbeidsmarkedet. Sannsynligvis er det riktig at det er lik lønn for likt arbeid i Norge i dag, men det er ikke lik lønn for like lang utdanning. Dette handler om hva markedet er villig til å betale for. Om det blir mangel på arbeidskraft i for eksempel omsorgstjenestene, kommer arbeidsinnvandrere og tilbyr arbeidskraft og dermed holdes lønningene nede. Slike mekanismer i den nedre delen av arbeidsmarkedet (renhold, omsorgsoppgaver uten behov for fagutdanning, assistenter etc), ved at inngangen er relativt åpen gjør tilbudssiden er fleksibel. At kvinner i betydelig grad er plassert i denne delen av arbeidsmarkedet, gjør at lønnsforskjellene mellom kvinner og menn vedvarer. Det gjør de også fordi kvinner og menn velger jobber og utdanning der arbeidsmarkedet tilsier at det er behov for dem.

Kvinner har sterke insentiver til å velge å gå inn i mannsdominerte yrker, men menn har få insentiver til å gå inn i kvinnedominerte utdanninger og yrker, og gjør det heller ikke i vesentlig grad.

Samfunnets strukturer og rammer

Institusjonalisering av omsorgsoppgaver knyttet til barn og eldre, gjorde at kvinner kunne gå ut i arbeidslivet. Samtidig var det der kvinner i stor grad begynte å arbeide, fordi det var der det var etterspørsel etter deres arbeidskraft. Dette har forsterket seg med økt sysselsetting i pleie, omsorg og sosiale tjenester for kvinner. Arbeidsmarkedet i Norge er blant de aller mest kjønnssegregerte i verden, der menn jobber i teknologiske yrker og en stor andel kvinner jobber i omsorgsykker. Dette mønsteret er også vanlig i andre land, men velferdsstaten kan ha bidratt til en enda sterkere segregering i de skandinaviske landene. Da er det den høye andelen yrkesaktive kvinner som skaper det kjønnssegregerte arbeidsmarkedet. Kvinner skapte med sitt økte arbeidstilbud, høy etterspørsel etter typiske kvinnearbeidsplasser – som de selv måtte dekke.

Kvinner med lang utdanning arbeider ofte ikke selv i typiske kvinneedominerte yrker, men er avhengig av rimelige omsorgstjenester for selv å kunne få høy avkastning av utdanningen sin. Dette kan bidra til at kvinner som har plassert seg i en annen del av arbeidsmarkedet, vil gi lite støtte til økte lønninger for kvinner i offentlige helse og velferdstjenester. Dette kan bidra til økt sosial ulikhet blant kvinner og til å opprettholde relative lave lønninger i omsorgsykker og typiske kvinneyrker.

Fedrekvoten har vist seg å være effektiv for at far skal ta større del i omsorgsarbeidet med barna, men for stor fleksibilitet kan bety makt til arbeidsgivere heller enn valgfrihet for familien.

Kjønnskvolter i bedriftsstyrer og de sterke sanksjonene som ligger bak lovendringen fra 2006, har hatt intendert effekt. Målet om 40 prosent kvinner i styrer i Allmennaksjeselskap (ASA) ble nådd to år etter loven kom. Også i private Aksjeselskap (AS), er det en økende trend med større andel kvinner i styrene, men utviklingen er mye svakere enn for ASA-styrer.

Hvordan dagens unge vil velge å innrette sine liv, kan være en dom over fortiden og en erklæring om fremtiden. Valgene som gjøres av dagens unge har spesielt viktige konsekvenser fordi dette er barn av den store "kjønnsrevolusjonen". Forskning fra USA om de unges planer og forventninger stemmer i alle fall dårlig med det medieskapte bilde av "cup-cake bakende hjemmeverende mødre." De fleste kvinner vil sannsynligvis også fremover velge å ta utdanning og være yrkesaktive, for å kunne ha egen inntekt og leve liv i økonomisk uavhengighet.

En kan likevel tenke seg en situasjon der kvinneyrkene blir så belastende, har lav status og betaler seg så dårlig, at enda flere velger å jobbe deltid eller å trekke seg ut av arbeidslivet og heller selv ta helansvar for omsorgsoppgavene i familien. Etterspørselen etter omsorgstjenester vil da gå ned, og færre kvinner blir sysselsatt.

Politikken som føres på dette området og hva partene i arbeidslivet klarer å få til, vil kanskje være avgjørende for å opprettholde dagens velferdsstat og den høye kvinnesysselsettingen.

Konklusjoner

De vanligste årsakene til sykefravær blant både kvinner og menn er muskel-skjelettlidelser og psykiske lidelser. Kvinner har større risiko for å utvikle muskel-skjelettplager, sykdommer og smerter enn menn. Angst, depresjoner og andre relativt vanlige psykiske lidelser er også konsistent funnet å ramme kvinner hyppigere enn menn. Ulik helse og ulik risiko for å utvikle sykdommer og plager, forklarer sannsynligvis det meste av kjønnsforskjellene i sykefraværet. Det er generelt godt samsvar med risiko for ulike helsetilstander og det kvinner og menn er sykemeldt for.

Kjønnsforskjeller i sykefraværet som ikke forklares av ulik helse mellom kvinner og menn, forklares med at kvinner og menn arbeider i ulike deler av arbeidsmarkedet. Kvinner jobber i større grad i yrker som gir fysisk og psykisk belastning enn menn. At kvinner og menn mestrer sykdom, smerte og dårlig arbeidsmiljø ulikt, bidrar også til å forklare at kvinner trenger lenger tid for å bli frisk etter sykdom.

Dårlige holdninger, lav arbeidsmoral, dobbeltroller eller for mange krav eller forventninger til kvinner - ser i liten grad ut til å være det som forklarer kjønnsforskjeller i sykefraværet.

Innhold

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	3
1 INNLEDNING	13
1.1 FORMÅL	13
1.2 METODE FOR LITTERATURSØK	13
1.3 FORSKNING FRA NORGE	14
1.4 KVALITATIV VERSUS KVANTITATIV FORSKNING	15
1.5 RAPPORTENS STRUKTUR	15
2 FRA KVINNEFORSKNING TIL KJØNNSFORSKNING – KJØNN SOM VARIABEL OG KJØNN SOM PERSPEKTIV	17
2.1 INNLEDNING	17
2.2 UTVIKLING I FORSTÅELSER AV KJØNN	17
2.3 DET KJØNNSDELTE ARBEIDSLIVET	19
2.4 BARN OG UNGES FORSTÅELSE AV DET KJØNNNA ARBEIDSLIVET	20
2.5 ET "MØDREVENNLIG" ARBEIDSLIV	21
2.6 FEMINISME OG MASKULISME	22
3 FORHOLD PÅ INDIVIDNIVÅ	23
3.1 INNLEDNING	23
3.2 YRKESRELATERTE HELSEPLAGER	23
3.1 KVINNERS HELSE	25
3.2.1 BIOLOGISKE OG FYSIOLOGISKE FORSKJELLER	25
3.2 SYKDOMMER SOM HYPPIGST RAMMER KVINNER	26
3.2.2 INNLEDNING	26
3.2.3 MUSKEL- OG SKJELETTPLAGER OG LIDELSER	27
3.2.4 REPRODUKSJONSSYSTEMET	29
3.2.5 PSYKISKE LIDELSER	32
3.2.6 HODEPINE	35
3.2.7 LUFTVEISSYKDOMMER	36
3.2.8 HÅNDEKSEM	37
3.2.9 KREFT	37
3.2.10 KRONISK UTMATTELSESSYNDROM (CFS)	38
3.2.11 UTBRETHET	39
3.2.12 ANNET	40
3.3 SUBJEKTIVE SYMPTOMER UTEN OBJEKTIVE FUNN	45

3.4	MESTRINGSSTRATEGIER	47
3.4.1	MESTRING AV STRESS	47
3.4.2	MESTRING AV SYKDOMMER	48
3.4.3	MESTRING AV SMERTER	50
3.5	KJØNNSFORSKJELLER I BRUK AV HELSETJENESTER	51
3.6	KVINNER OG MENNS KOMMUNIKASJON MED HELSEVESENET	51
3.7	OPPSUMMERING	52
4	FORHOLD I FAMILIEN	55
4.1	INNLEDNING	55
4.2	ARBEIDSDELING I FAMILIEN	55
4.3	FORELDREROLLEN	58
4.4	ARBEIDSTID	58
4.5	DOBBELTROLLEHYPOTEBEN	59
4.6	BETYDNING AV SOSIALT NETTVERK	61
4.7	VOLD I NÆRE RELASJONER	61
4.8	OPPSUMMERING	62
5	FORHOLD PÅ ARBEIDSPLASSEN	63
5.1	INNLEDNING	63
5.2	HAR ARBEIDSMILJØ BETYDNING FOR SYKEFRAVÆRET?	63
5.3	KJØNN ELLER YRKE?	66
5.4	FORSKNING PÅ KVINNEDOMINERTE YRKESGRUPPER	68
5.4.1	HELSEPERSONELL	70
5.4.2	FØRSKOLELÆRERE/BARNEHAGELÆRERE	73
5.4.3	BARNE- OG UNGDOMSARBEIDERE, BARNEVERNSPEDAGOGER OG ANDRE	74
5.4.4	FRISØRER	75
5.4.5	LÆRERE	76
5.5	KVINNER I MANNSDOMINERTE YRKER	77
5.5.1	INDUSTRI	77
5.5.2	POLITIET	78
5.5.3	KVINNER SOM LEDERE	79
5.6	MOBBING OG UTILBØRLIG SOSIAL DOMINANS PÅ ARBEIDSPLASSEN	79
5.6.1	MOBBING	79
5.6.2	SEKSUELL TRAKASSERING	81
5.7	FOREBYGGING	82
5.7.1	FOREBYGGING AV STRESS	84
5.7.2	FOREBYGGING AV MOBBING OG TRAKASSERING	86
5.7.3	REHABILITERING OG INTERVENSJONER PÅ ARBEIDSPLASSEN	86
5.8	OPPSUMMERING	88
6	FORHOLD I ARBEIDSMARKEDET	89

6.1	INNLEDNING	89
6.2	KVINNER YRKESDELTAELSE	89
6.3	DET KJØNNSSEGREGERTE ARBEIDSMARKEDET	89
6.3.1	HORISONTAL KJØNNSSEGREGERING	90
6.3.2	VERTIKAL KJØNNSSEGREGERING	91
6.4	SYKEFRAVÆR OG UTDANNING	92
6.5	UTDANNING- OG YRKESVALG SKAPER DET KJØNNSSEGREGERTE ARBEIDSLIVET	96
6.6	SYSSELSETTING, UTDANNING OG KJØNN	98
6.7	KVINNER OG MENNS ARBEIDSTID	100
6.7.1	DELTID SARBEID	100
6.7.2	SKIFTARBEID OG TURNUSARBEID	102
6.8	LØNNSFORSKJELLER MELLOM KVINNER OG MENN	104
6.9	OPPSUMMERING	104
7	<u>SAMFUNNETS STRUKTURER OG RAMMER</u>	107
7.1	INNLEDNING	107
7.2	LOVGIVNING	107
7.2.1	LIKESTILLINGSLOVEN	107
7.2.2	KVOTERINGSREGLER I OFFENTLIGE STYRER	107
7.2.3	KJØNNSBALANSE I BEDRIFTSSTYRENE I NORGE	108
7.2.4	FEDREKVOTEN	110
7.3	KJØNN OG SOSIAL ULIKHET	111
7.4	HVA SIER NESTE GENERASJON?	112
7.5	MENN SIN DOMINANS HINDRER UTVIKLING FOR KVINNER?	114
7.6	OPPSUMMERING	114

1 Innledning

1.1 Formål

Prosjektets formål er å samle all vital kunnskap om det kjønnssegregerte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse gjennom en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen.

Vi starter med et mikroperspektiv og ender opp med et makroperspektiv. På veien møter vi forskning fra biologi, fysiologi, medisin, sosiologi, psykologi og økonomi. Tema som dekkes er vist i feltet til høyre.

Rapporten sikter ikke inn mot en forenklet forklaringsmodell for kjønnsforskjeller i sykefravær, men vi belyser ulike tema som kan bidra til å forstå mer om mekanismene bak de observerte forskjellene. Utgangspunktet vårt er at kvinner og menn både er biologisk forskjellig, har ulike helseproblem og jobber i stor grad i ulike yrker. Med dette utgangspunktet gjennomfører vi et bredt litteratursøk på jakt etter ny nasjonal og internasjonal forskning som kan gi oss ny innsikt i hva som ligger bak kjønnsforskjellene som observeres i det norske arbeidsmarkedet.

1.2 Metode for litteratursøk

For å finne fram til relevant internasjonal forskning, har vi søkt i ulike internasjonale litteraturdatabaser. Hoveddelen av litteraturen er fremskaffet gjennom systematiske søk i "ISI Web of Science" og PubMed.

Mange ulike søkeord, i mange ulike kombinasjoner er benyttet. Søkingen er gjort i flere runder gjennom prosjektperioden. Vi startet med å søke etter artikler som systematisk hadde gått gjennom litteratur på ulike områdene vist i høyre spalte på forrige side (systematic reviews).

Rapporten dekker følgende tema:

Forhold på individnivå

- Biologiske og fysiologiske forskjeller mellom kvinner og menn
- Sykdommer
- Diagnosesystem og diffuse lidelser
- Mestringsstrategier (smerte, sykdom, dårlig arbeidsmiljø)

Forhold i familien

- Arbeidsdeling mellom menn og kvinner
- Foreldrerollen
- Dobbeltrollehypotesen
- Vold i nære relasjoner

Forhold på arbeidsplassen

- Arbeidsmiljø og helse
- Kvinneyrker og kvinner i mannsdominerte yrker
- Mobbing og utilbørlig sosial dominans
- Forebygging

Forhold i arbeidsmarkedet

- Kvinners yrkesdeltakelse
- Horisontal og vertikal segregering
- Arbeidstilbud og arbeidstid
- Lønnsforskjeller

Samfunnets strukturer og rammer

- Lovgivning (likestillingslovverk, fedrekvote og kvotering i styrer)
- Velferdsstaten og kjønnssegregering
- Menns dominans over kvinner?
- Hva sier neste generasjon?

Om vi ikke fant systematiske gjennomgang eller andre artikler som samlet forskning på et område, gikk vi videre til søk av enkeltartikler. Rapporten bygger derfor i utgangspunktet på systematiske litteratursøk, men vi har supplert med usystematiske søk underveis.

1.3 Forskning fra Norge

Når forskere i Norge publiserer i internasjonale tidsskrift, fanges de opp i de internasjonale litteraturdatabasene. Vi finner de dermed i søkeprosessen og de er med i rapporten. I tillegg produseres en del rapporter fra ulike forskningsmiljø. Vi har gått gjennom nettsidene til de relevante forskningsmiljøene, og tatt med det vi har funnet som vi har vurdert som relevant. Rapporter som ikke er tilgjengelig for nedlastning, er ikke tatt med.

Det er også noen tidsskrift som er finansiert av Norges forskningsråd, men som vi likevel må betale for tilgang til. Vi har ikke tatt med litteratur som ikke Sintef eller NTNU har hatt tilgang til. Utviklingen mot fri tilgang til forskningsresultater vil kunne øke tverrfagligheten på noen tema, mens for andre tema kan det være behov for syntetisering og integrasjon innenfor det enkelte fagfeltet (Raasch et al. 2013). Kvinners arbeidshelse og det kjønnsdelte arbeidslivet ser ut til å være et forskningsområde som krever begge deler, men problemstillingene blir lett så store at de er umulig å svare godt på kun ved bruk av kunnskap fra ett fagfelt.

Vi finner ingen forskning fra Norge som har forsøkt å forstå de observerte kjønnsforskjeller i arbeidslivet, gjennom brede og tverrfaglige forskningsprosjekt.

Det finnes likevel noen sentrale enkeltartikler også fra Norge, men stort sett inngår kjønn kun som en forklaringsvariabel i analysene, uten at interaksjonseffekter studeres.

Sykefraværsprogrammet i Norges forskningsråd finansierer nå flere pågående prosjekter som ser på kvinners sykefravær, så ny kunnskap kan etter hvert bli tilgjengelig.

I noen tilfeller fungerer offentlige utredninger som gode kunnskapsoppsummeringer av forskning og fakta fra statistikk.

Almlid-utvalget¹ samlet for eksempel en del statistikk, men tok ikke med særlig mye funn fra forskningen og kunne gått betydelig dypere til verks for å finne bedre forklaringsmodeller for hvorfor det er høyt sykefravær i pleie- og omsorgstjenester. De konkluderte enkelt med at det er høyt sykefravær i denne delen av det norske arbeidsmarkedet, fordi en så stor andel av de ansatte var kvinner.

Kvinnehelseutvalget fra 1999 gjorde en grundig jobb, og har gitt oss et godt utgangspunkt for å forstå kjønnsforskjeller i helse. De viser blant annet:

Kvinnen er forskjellig fra mannen, helt ned på cellenivå. Kvinner er gjennomgående mindre enn menn, har mindre muskelmasse, bredere bekken og større bryst. Kjønnorganene, både inni og utenpå, er ulike. Kvinner har en syklisk hormonproduksjon som er ganske forskjellig fra mannens. Ikke bare produserer hun andre hormoner, men mønsteret er forskjellig. Kvinnens biologi har et noe annerledes oppbygd forsvars- (immun-) system. Man tror at kvinnen alt i alt har et bedre immunsystem enn mannen, og et bedre smitteforsvar. Men det gjør

¹ NOU 2010: 13 Arbeid for helse: Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren.

henne også mer sårbar for sykdommer der immunologi er en del av sykdomsmekanismen, for eksempel giktssykdommene. Dessuten kan kvinners immunsystem endre seg, noe som er viktig for å kunne gjennomgå et svangerskap uten å avstøte fosteret. Likevel er ikke biologien så forskjellig at man ikke kan transplantere et mannshjerte inn i en kvinnekropp, eller at det ikke finnes kortvokste menn og høyreiste kvinner blant oss.

Fra rapport fra Kvinnehelseutvalget, 1999.

Vi kommer tilbake til denne rapporten i kapittel 3.

Hvorvidt forskningen publisert i internasjonal litteratur er overførbart til det norske arbeidslivet, er vanskelig å vurdere generelt. Vi diskuterer dette underveis i rapporten.

1.4 Kvalitativ versus kvantitativ forskning

Mange mener at kvantitativ forskning gir sikrere resultater enn resultater fra kvalitativ forskning. Dette kommer til uttrykk på mange måter, både gjennom finansiering av forskning, medieoppslag av forskningsresultat osv. Jo større utvalg, jo mer robuste resultater er lett å tenke.

Innen arbeidslivsforskning har ren kvantitativ forskning generelt store svakheter. Standardiserte målinger av arbeidsbetingelser, for eksempel fra krav-kontrollstøtte teorien, gir generelle forskningsfunn som viser at store krav og lav kontroll over eget arbeid, gir større belastning for de ansatte og høyere sykefravær. Uten å vite detaljert hvilke bestemte krav og kontrollelementer det er snakk om på ulike arbeidsplasser og i ulike yrker, er det vanskelig for arbeidsgivere og arbeidstakere å nyttiggjøre seg disse forskningsfunnene.

En kvalitativ studie av en gruppe ansatte som logger situasjoner der de opplever for stor belastning i arbeidshverdagen på en bestemt arbeidsplass, vil sannsynligvis ha større potensial for fraværsreduksjon enn å vite at høye krav og lav kontroll gir mye sykefravær.

Omfattende registerdataanalyser forklarer ofte en liten del av variasjonen i den avhengige variabelen. Resultatene av analysene brukes likevel ganske ukritisk, uten at alt det som ikke kan forklares av modellene diskuteres. Dette kan også handle om at slike analyser er imponerende, men uforståelige for mange av mottakerne.

Registerdataanalyser kan blant annet brukes til å teste ut hypoteser som oppstår i den kvalitative delen av forskningen. For å fremskaffe gode hypoteser som kan testes med kvantitative data, må også den kvalitative forskningen prioriteres.

1.5 Rapportens struktur

I neste kapittel ser vi på utviklingen i forståelse av kjønn i et arbeidslivsperspektiv. Hvorvidt observerte kjønnsforskjeller skyldes sosiale eller biologiske forhold, er et tilbakevendende tema gjennom hele rapporten.

Vi har strukturert rapporten etter innholdet i boksen på side 10, slik at hvert nivå eller arena har fått hvert sitt kapittel.

Kapittel 3, der vi tar for oss forhold på individnivå, har blitt det største kapitlet. Hovedårsaken er at helse ligger på individnivå og at vi har gått grundig gjennom kjønnsforskjellene i helse, fordi helse antas å være den viktigste forkla-

ringsvariabelen for sykefravær, både for kvinner og menn. Det er for enkelt å si at det ikke er kjønnsforskjeller i helse som forklarer sykefraværsforskjellen uten å gå grundig inn i forskningen som kan fortelle oss noe om dette. I neste kapittel ser vi på forhold rundt familien, og deretter på forhold på arbeidsplassen (kapittel 5). Deretter beveger vi oss over til arbeidsmarkedet (kapittel 6) og avslutter med noen sentrale forhold på samfunnsnivå (kapittel 7). Dermed beveger vi oss fra kvinners arbeidshelse, via det kjønns-segregerte arbeidslivet og over i samfunnets strukturer og hvordan vi kan forvente at kjønnsstrukturene i arbeidslivet endres fremover.

2 Fra kvinneforskning til kjønnsforskning – kjønn som variabel og kjønn som perspektiv

2.1 Innledning

For å få en bedre forståelse av problemstillingene i forhold til det kjønnsdelte arbeidslivet og kvinners arbeidshelse, starter vi med en gjennomgang om hvordan kjønn forstås betydning av kjønn i ulike perspektiver.

2.2 Utvikling i forståelser av kjønn

Innenfor kvinne- og kjønnsforskning har det foregått en gradvis utvikling i forståelsen av kjønn. Fra å operere med kjønn som noe entydig og klart, en variabel på lik linje med alder eller bosted, til også inkludere forståelser av kjønn som noe komplisert og flertydig.

I den tidlige fasen i den norske og nordiske kvinneforskningen, var det å synliggjøre kvinners liv og erfaringer det mest sentrale prosjektet. Den tidlige fasen var preget av sosialfilosofisk tenkning som fokuserte på kvinners rettighetskrav og på likestilling, og på å modellere forestillinger om forskjeller mellom kvinner og menn (Holter 1977). Mot slutten av 1970 tallet ble et mer kritisk kvinneperspektiv utviklet. Denne fasen var også mer empirisk orientert. Kvinners egenart var ikke noe som skulle nedtones, tvert i mot. Likeverd mellom kvinner og menn måtte ta utgangspunkt i kvinners erfaringer. Et sentralt internasjonalt

bidrag var boka "In a different voice" (1982) av Carol Gilligan, der hun identifiserer to forskjellige systemer for moralsk tenkning, en rettighetstankegang som preger guttene, og en omsorgstankegang, som preger jentene (Gilligan 1982).

Gjennom det kritiske kvinneperspektivet, kom flere sentrale bidrag som har hatt stor betydning for kunnskapsutvikling om kvinners arbeidsliv og helse. Sosiologen Kari Værness gjorde pionerarbeid ved å kartlegge kvinners ulønna omsorgsarbeid, og utviklet begrepet omsorgsrasjonalitet, et begrep som fanger opp vesentlige sider ved omsorgsarbeid (Værness 1987).

Arbeidslivsforskeren Bjørg Aase Sørensen var, i likhet med Værness, opptatt av at en ikke bare skulle belyse "elendigheten" i kvinners liv og erfaringer. Hun oppfordret til å gjøre forskning basert på kvinners verdighet (Sørensen 1977). Ut fra dette verdighetsperspektivet utviklet hun begrepet ansvarsrasjonalitet (Sørensen 1982). Ansvarsrasjonalitet (kvinner) betyr at man tenker over hva slags konsekvenser ulike virkemidler vil kunne skape for omgivelsene. Motsatsen, teknisk begrensende rasjonalitet (menn), er at man blir så teknisk målrettet, at man velger å ikke ta hensyn til hvilke konsekvenser virkemidlene skaper for

andre. Og hvis virkemidlene viser seg å få negative konsekvenser for andre, mener man seg uskyldig, så lenge konsekvensene ikke var intendert (ibid).

Den feministiske kvinneforskningen har alltid vært opptatt av å fokusere på forskjeller mellom menn og kvinner, og av hvordan kjønn kan forstås. Dette har samtidig betydd at en har utviklet begrep for å analysere akkurat dette forholdet. Kvinner er forskjellige fra menn, de tenker annerledes, har andre verdier og en annen type rasjonalitet. I den samfunnsvitenskapelige forskningstradisjonen har derfor ikke kjønnsforskjellene blitt forstått biologisk, men en har lagt vekt på at kjønn er sosialt konstruert. Derfor har begrepet "sosialt kjønn" blitt brukt, og denne forståelsen var også karakteristisk for det kritiske kvinneperspektivet.

Fra midten av 1980-tallet og fremover, tok flere feministisk orienterte forskere til orde for en mer kompleks og mindre statisk forståelse av hva kjønn betyr (Wideberg 1992, Kvande og Rasmussen 1992, Haavind 1992, Lundgren 1993).

Bakgrunnen for dette, var at man så at hva det betyr å være kvinne og mann, er noe som endrer seg kontinuerlig. Kvinner kunne ikke forstås som en ensartet gruppe, og en ble mer opptatt av at forskjellene mellom kvinner økte.

Det kritiske kvinneperspektivet og det å ensidig forstå kjønn som en variabel, som forskjell mellom kvinner og menn, ble problematisert. Herunder kom det som gjerne blir kalt "essensialisme kritikken", som pekte på farene ved at "sosialt kjønn" kunne bli like determinert som "biologisk kjønn". Hvis det mannlige blir

noe alle menn har og det kvinnelige blir noe alle kvinner har, kan dette lett føre til et essensialistisk syn på kvinner og menn (Kvande og Rasmussen 1992).

Dersom en ikke bare skulle studere kjønn som en entydig dikotomi, var det behov for nye begreper, og begrepene *kvinnelig* og *mannlig* ble tatt i bruk for å forstå kjønn som noe mer differensiert enn tidligere. Heller enn å kun studere forskjeller mellom kvinner og menn, kunne en da også studere betydningen av kjønn i ulike sammenhenger. Da ble kjønn forstått som et perspektiv, og dette ga mulighet for problematisering av tilsynelatende kjønnsnøytrale områder (Bungum 1994).

Joan Acker viste hvordan "Skill has gendered meanings" gjennom sin studie av lønssystemer bygd på arbeidsvurdering (Acker 1993, 1990) og Cockburn viste hvordan teknologi også blir forstått som kjønn (Cockburn 1985). I denne forståelsen var ikke kjønn noe statisk som var gitt en gang for alle, men som noe som stadig skapes og omdannes.

West og Zimmerman så på kjønn som ikke noe vi bare er, men noe som skapes hver dag, vi "gjør" kjønn gjennom vår daglige interaksjon og posisjonering i samfunnet (West og Zimmerman 1987)

Gjennom disse perspektivene, om at kjønn både er noe vi har, noe vi er og noe vi gjør og at hva som er kvinnelig og hva som er mannlig i stor grad er en sosial konstruksjon, kan den sterke kjønns-segregeringen i det norske arbeidslivet og mekanismene rundt dette settes i en kontekst.

Da kvinnene inntok arbeidsmarkedet, var det i stor grad i yrker som var en forleng-

else av deres arbeid i hjemmet, som omsorgs- og servicearbeid (Forseth 2002). Slik ble "kvinnearbeid" tett forbundet med ferdigheter som ble betraktet som noe kvinner har, i egenskap av å være kvinner. Sentrale emosjonelle og relasjonelle jobbkrav ble dermed tett knyttet til stereotype trekk ved kvinner. Slike historiske forhold bidrar til å "kjønnskode" yrker og posisjoner, og bidrar til reproduksjonen av den eksisterende kjønnssegregeringen av arbeidsmarkedet (Forseth 2002:336).

Videre har det i nyere perspektiver på kjønn vært fokus på hvordan virksomheter bidrar til å definere jobber på kjønne måter slik at ansatte, uavhengig av kjønn, spiller ut disse kjønnsstereotypiene (Forseth 2002). Kjønn sett som mønstre av ulikheter innebærer vanligvis kvinners underordning, enten konkret eller symbolsk, og kjønn blir dermed et maktsymbol (Forseth 2002:336). Kjønn og makt knyttes sammen gjennom kjønne prosesser som gjør at *"fordeler og ulemper, handling og følelse, betydning og identitet danner mønstre som opptrer gjennom og ved hjelp av et skille mellom mannlig og kvinnelig, maskulint og feminint"* (Acker 1993). Disse prosessene foregår på flere nivå: symbolske, strukturelle, interaksjonelle og individuelle, og til sammen utgjør de sentrale strukturer som opprettholder og reproducerer det kjønnssegregerte arbeidslivet.

Det er en fare ved at en for ensidig vektlegging av differensiering, fører til forskning som blir ufarlig i forhold til de maktforholdene som finnes og stadig vedlikeholdes.

Kjønnsperspektivet åpnet for mer komplekse og differensierte forståelser av kjønn, men vi må hele tiden være oppmerksom på at i iveren etter å nyansere og differensiere betydninger av kjønn, kan mønstre og sammenhenger forsvinner. Manglende oppmerksomhet og forskning på det kjønnssegregerte arbeidslivet de seinere årene, kan være en mulig konsekvens av dette.

2.3 Det kjønnsdelte arbeidslivet

I en artikkel i Tidsskrift for kjønnsforskning diskuteres det kjønnssegregerte arbeidslivet i Skandinavia kombinert med den høye yrkesdeltakelsen blant kvinner (Solheim og Teigen 2006). Dette har blitt fremstilt som et *likestillingsparadoks*, men forfatterne mener at hele dette spørsmålet kan snus, ved at en kan forstå det kjønnsdelte arbeidsmarkedet som et resultat av kvinners høye yrkesdeltakelse. For det første gjennom deltakelse i arbeid som tidligere ble gjort ulønnet i privatsfæren og som nå utføres som lønnsarbeid som følge av oppbyggingen av velferdsstaten og behovet for arbeidskraft til dette. Solheim og Teige sier også at det kan tenkes at arbeidsmarkedene i andre land med mindre kjønnssegregering har en sterkere mannlig norm som holder kvinner borte fra arbeidslivet, og da i særlig grad mødre. Dersom en forstår det kjønnsdelte norske arbeidsmarkedet på denne måten, fremstår ikke den høye andelen yrkesaktive kvinner som et likestillingsparadoks men snarere som et resultat av at kvinners tidligere ulønna omsorgsarbeid er blitt en offentlig oppgave i velferdsstaten (Solheim og Teige 2006:8).

Det er også slik at de nordiske landene utmerker seg i forhold til velferdsord-

ninger for arbeidstakere med små barn og at de nordiske arbeidsmarkedene derfor har en høyere andel yrkesaktive mødre enn hva som er tilfelle i mange andre sammenliknbare land (Brandth, Bungum, og Kvande 2005). Gode velferdsordninger for yrkesaktive mødre kombinert med høy kvalitet på tilsynsordninger for barn, stimulerer mødre til lønnet arbeid og dette også kan motvirke barnefattigdom (Andersen-Esping et al. 2002). Den sentrale kjønnssegregeringsdimensjonen innen det norske arbeidslivet har også handlet om den kjønnsbestemte arbeidsdelingen innen familien – og at dette "familiepremisset" har strukturert kvinners yrkestilpasning (Solheim og Teigen 2006). Vi kommer tilbake til dette i neste kapittel.

Selv om de nordiske landene har nådd langt i forhold til kvinners utdanning og yrkesaktivitet, så gjenstår problemet med det kjønnssegregerte arbeidsmarkedet som nærmest uløst. Kjønnssegregeringen i det norske arbeidslivet fører til store ulikheter i arbeidsvilkår og arbeidshelse mellom kvinner og menn som vi skal se videre i rapporten. Det paradoksale ifølge Solheim og Teige, er at en i norsk likestillingspolitikk, samfunnsdebatt og forskning ikke har vært mer opptatt av det kjønnsdelte arbeidslivet som samfunnsmessig problemområde de senere år. De mener at dette må sees i sammenheng med at norsk likestillingspolitikk stadig tydeligere er blitt preget av ad-hoc løsninger og mangel på systematisk prioritering (Skjeie og Teigen 2003). Kjønnssegregeringen fremstår langt på vei som et gitt fenomen – som et faktum så velkjent at det ikke påkaller særlig oppmerksomhet, og nettopp dette

at det er så velkjent og gitt, ser ut til å stenge for en dypere forståelse av hva dette handler om, sier Solheim og Teigen (2006:7).

Kjønnsdeling i utdanning og yrker i Norge er imidlertid blitt dokumentert og tallfestet av norsk samfunnsforskning de siste årene (Teigen 2006, Jensberg, Mandal, og Solheim 2012, Mathiesen, Buland, og Bungum 2010, Vagle og Møller 2013) og gjennom likestillingsutvalgets utredning (NOU 2011: 18 , NOU 2012:15).

En av hovedutfordringene handler om ungdoms kjønnsdelte utdanningsvalg, men det handler også om kjønnsstradisjonelle kulturer på arbeidsplassene (Mathiesen, Buland, og Bungum 2010). Teigen (2006) peker på at det er behov for "å gå bak" tallene i den eksisterende statistikken med kvalitative studier som kan gi mer innsikt i kvinner og menns utdanningsvalg. Det er også behov for forskning på organisasjonsnivå, for å få kunnskap om hvordan rekrutteringsprosesser og andre seleksjonsprosesser fungerer. Spørsmålet om rekruttering må være sentralt, men vi vil presisere at like viktig i arbeidslivet er spørsmålet om hvordan en skal klare å beholde arbeidstakere som har valgt utradisjonelt.

2.4 Barn og unges forståelse av det kjønna arbeidslivet

Mye tyder på at relativt små barn fanger opp dimensjonene som ligger i det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og som rydder ulike arbeidsoppgaver i nokså rigide feminine og maskuline kategorier. I en undersøkelse der barn og unge ble intervjuet om sine foreldres jobber og arbeidsliv, kom det tydelig frem hvordan

barn snakker ut fra erfaringsbasert kunnskap om kjønnsulikhet (Bungum 2008a). Barn fanger tidlig opp forskjellene i det kjønnsdelte arbeidslivet og forstår hvordan ulikt arbeid verdsettes i form av penger og status. I intervjuene med barn som hadde mødre i typiske kvinneyrker og fedre i typiske mannsyrker, kom det eksempelvis fram hvordan lønn- og statusforskjeller mellom far og mors yrke ga barna en klar vurdering av at far hadde en bedre og viktigere jobb enn mor (Bungum 2008b).

Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet både ivaretar og reproducerer tradisjonelle forestillinger om kjønn, om hva som er mannlig og hva som er kvinnelig. Disse forestillingene formes gjerne i tidlig barndom og er basert på de kjønnede strukturene som finnes i samfunnet rundt oss. I Norge oppdras gjerne barn til likestilling på et slags ideologisk plan som handler om rettferdighet og like muligheter for jenter og gutter. Mens enkelte foreldregrupperinger med ambisjoner om et kjønnsrettferdig samfunn på 70 og 80 tallet iherdig forsøkte å få gutter til å leke med dukker og jenter til å leke med biler, kan det synes som om dagens foreldre har resignert i forhold til dette. Samtidig kan det synes som om den kommersielle delen av barnekulturen tilbyr stadig mer kjønnssegregerte produkter.

Når en ung jente eller gutt skal velge utdanning og yrke i dag, så gjøres ikke disse valgene i et vakuum, men de foretas innenfor utdanningssystemet og arbeidsmarkedets segregerte kjønnsstrukturer. De sterke kjønnede strukturene viser i arbeid og utdanning er mønstre som ikke bare kan forstås som resultater av

individuelle og personlige valg. Dersom målsettingen er å endre de kjønnsstrukturene som finnes, er det behov for å vite mer om hva som strukturerer valgene. Vi kommer tilbake til dette i neste kapittel.

2.5 Et "mødrevennlig" arbeidsliv

Med en aldrende befolkning og et stigende behov for "flere hender i arbeid", har vi flere utfordringer for utformingen av fremtidens velferdsstat. Et mer "inkluderende arbeidsliv" har lenge vært en del av svaret. I boka *"Why we need a New Welfare State"* peker Gøsta Esping-Andersen på at den mest forebyggende strategien mot sosial ekskludering i fremtiden er å investere i barns hverdag i dag (Andersen-Esping et al. 2002). Reproduksjon av sosial ulikhet skjer for en stor del gjennom familien. Barn i fattige og ressurssvake familier har de dårligste forutsetningene for å klare seg i en fremtidig kunnskapsbasert økonomi. Gjennom en statistisk analyse av barnefattigdom i europeiske land, konkluderer han bl.a. med at; *"First and foremost, it all begins in early childhood"* (Esping-Andersen, 2002:49). Ved siden av de rent grunnleggende materielle behov vil barns muligheter til kognitiv utvikling og sosiale ferdigheter være avgjørende for hvordan de vil kunne klare seg i det fremtidige kunnskapssamfunnet, hevder Esping-Andersen.

Nå når den mannlige forsørgermodellen i all hovedsak er forlatt, avhenger barns velferd for en større del av mødrenes muligheter til en jobb som kan trygge barnas oppvekst. Esping-Andersen argumenterer for det som kan betegnes som "et mødrevennlig arbeidsliv". Et mødrevennlig

arbeidsliv som en del av en barneorientert og fremtidsrettet strategi mot en ny velferdsstat. Dersom både mødrene og fedrene skal jobbe, krever dette også at det finnes tilsynsløsninger med høy kvalitet for barna. Å sørge for at foreldre får tid nok til omsorg for barn kan også være en fremtidsrettet strategi. Samtidig sier Esping-Andersen at, hvis kognitiv stimulering er nøkkelen, må vi tenke nytt i forhold til politikken; ” *We cannot pass laws that force parents to read to their children, but we can compensate*” (Esping-Andersen, 2002:49). Ut fra dette argumenterer han også for at barnehager og skoler må ha høy kvalitet til minst mulig kostnad for foreldrene, slik at alle barn får de utviklingsmulighetene de trenger for å bli inkludert i det fremtidige kunnskapssamfunnet.

2.6 Feminisme og maskulisme

Feminismen/maskulinismens ulike politiske/ideologiske retninger. Kvinne- og kjønnsforskningen som vi har gått gjennom over, er selvsagt tett knyttet til feminismen og hva som har skjedd politisk på området. Det er vanlig å snakke om feministisk forskning og feministiske perspektiver, tilsvarende er det blitt en økende interesse for mannsforskning og maskulinitet innenfor samfunnsforskningen.

Selv om vi ikke dekker endringer i mannsrollen i særlig grad i denne rapporten, finner vi litteratur som viser at det å vokse opp som mann i dag naturlig nok ikke er det samme som å vokse opp for 30 år siden. Gutter kan oppleve å få doble forventninger mot seg på grunn av mer likestilling mellom kjønnene. Selv om kvinnene forventer at menn skal forstå hennes følelser, forventer de også at menn skal kunne reparere ting i huset og ta like stort ansvar for barnas garderobe. Warren Farrell, som er sentral i maskulismens tankegang, sier at menn har blitt diskriminert av nyere tids feminisme og tar til orde for frigjøring av menn.

I Norge ble det i 2007 satt ned et mannspanel for å skape offentlig debatt om mannens rettigheter og likestilling. Panelet kom med mange forslag, blant annet firedeling av svangerskapspermisjon, regelmessig kontroll av menns helse og landsdekkende kampanje for å endre mannsidealer.

Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet handler også om hvilke valg menn gjør, og hvordan menn velger å fordele arbeid og fritid. Da handler det også om hvilke forventninger arbeidslivet har til både menn og kvinner og hvilke stereotyper og kjønnsroller som ligger i beslutningsgrunnlaget på ulike nivå.

3 Forhold på individnivå

3.1 Innledning

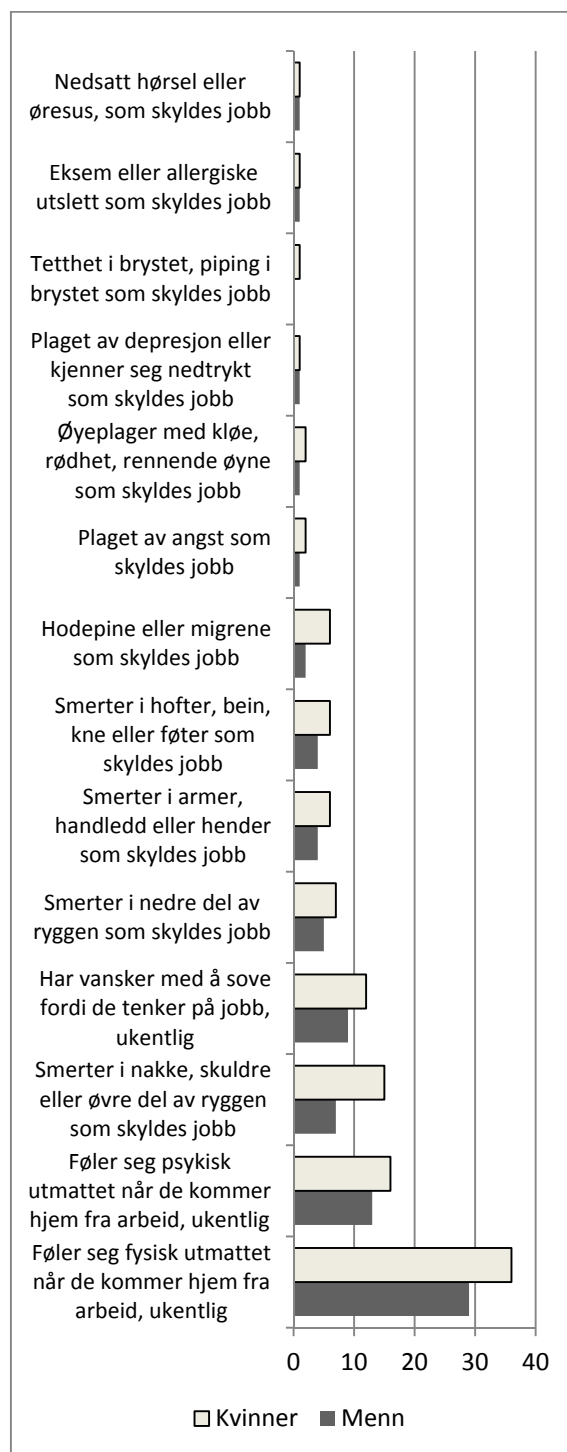
Levekårsundersøkelsen til SSB, viser at kvinner og menn har ulike yrkesrelaterte helseplager. Det er også tydelige forskjeller på hva kvinner og menn typisk blir sykmeldt for, jf. NAVs sykefraværstastikk. I dette kapittelet undersøker vi om mønstrene som observeres i disse indikatorene, kan forklares av helseforskjeller mellom kvinner og menn (kapittel 3.2).

På slutten av kapittelet har vi gått gjennom forskning på mestringsstrategier, for å finne ut om kvinner og menn mestrer sykdom og smerte på ulike måter.

3.2 Yrkesrelaterte helseplager

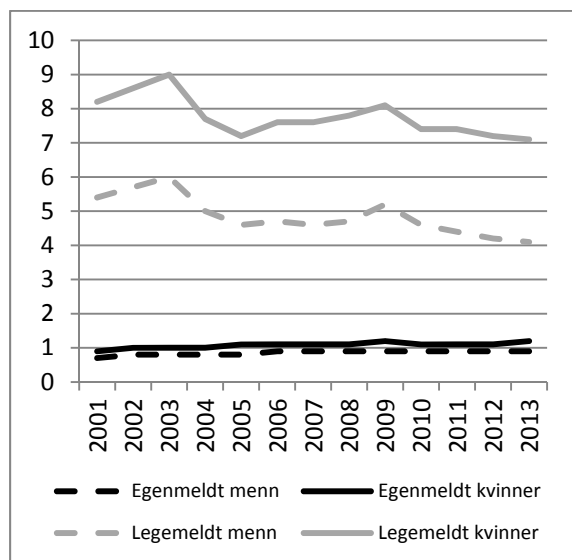
Fra levekårsundersøkelsen med arbeidsmiljø som tema, vet vi at både kvinner og menn har yrkesrelaterte helseplager. Fra figuren til høyre ser vi at kvinner i større grad oppgir å være plaget enn menn innenfor alle de kartlagte kategoriene.

En større andel av kvinnelige sysselsatte enn mannlige sysselsatte, føler seg fysisk og psykisk utmattet når de kommer hjem fra jobb, se figur. En større andel kvinner enn menn har smerter i nakke, skuldre eller øvre del av ryggen som skyldes jobb, og også oftere vansker med å sove fordi de tenker på jobb. De er betydelig vanligere for kvinner enn for menn å ha hodepine eller migrene som skyldes jobb.



Figur 3.1. Prosent av sysselsatte som opplever ulike yrkesrelaterte helseplager. Kilde: Arbeidsmiljø, levekårsundersøkelsen, SSB.

Det er ingen av de kartlagte yrkesrelater- te helseplagene som menn rapporterer hyppigere om enn kvinner. Forskjellene handler om at kvinner og menn arbeider i ulike yrker, men også at de har ulik risi- ko for å utvikle ulike sykdommer og plager.

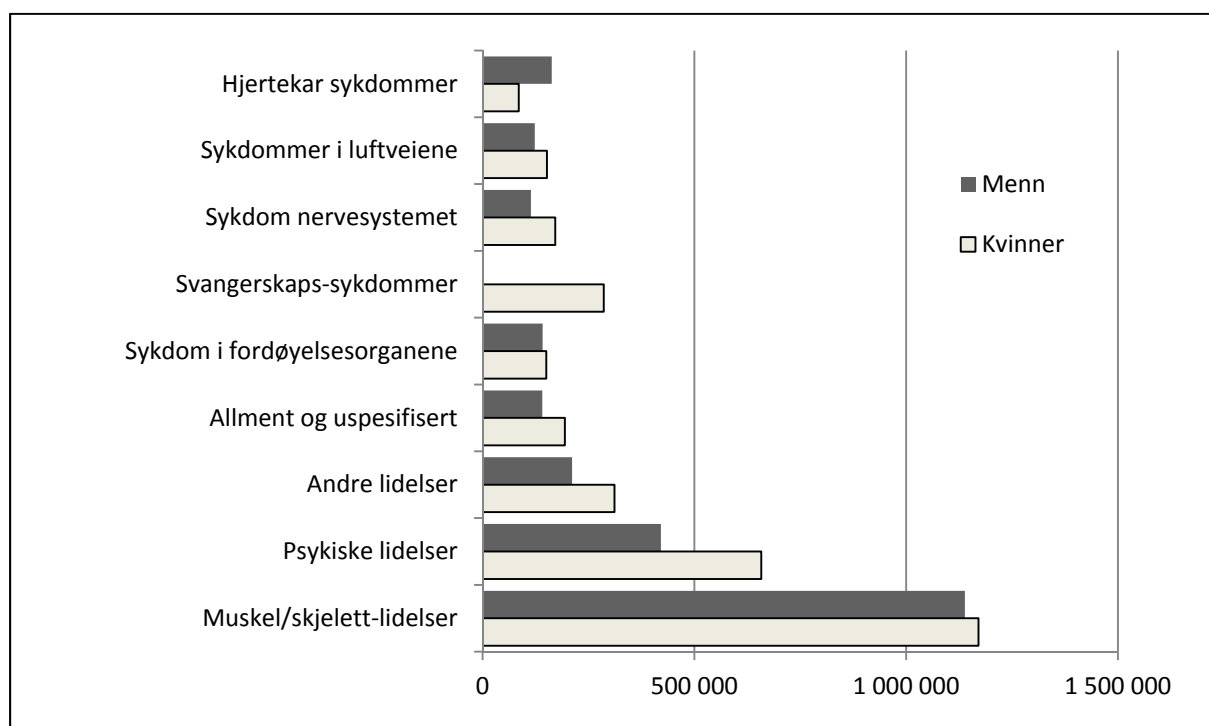


Figur 3.2. Sykefraværspersent, egenmeldt og lege- meldt, kvinner og menn (2001-2013). Kilde: SSB, nasjonal sykefraværstatistikk.

Sykefraværet blant kvinner er stabilt høyere enn for menn, se figur 3.2. Det er tendenser til økte kjønnsforskjeller i sykefraværet, og dette kommer vi tilbake til i kapittel 6.

Her er vi opptatt av hvorfor kvinner og menn er sykmeldte, og figur 3 vises antall tapte dagsverk for kvinner og menn i 3. kvartal 2013 fordelt på diagnoser. Både blant menn og kvinner er muskel- og skjelettlidelser den klart største diagnosegruppen og psykiske lidelser er klart den nest største.

Figur 3.3 undervurderer kjønnsforskjellen, fordi selv om kvinner nå utgjør 47 prosent av alle sysselsatte, er det mange kvinner som jobber deltid. Dermed har kvinner færre dager de kan være sykmeldt på. Kjønnsforskjellene i sykefraværet kommer vi tilbake til i kapittel 5 og 6. Her er vi opptatt av rene helseforskjeller og risiko for sykdommer.



Figur 3.3. Antall sykefraværsgangsverk etter diagnose, kvinner og menn. 3. kvartal 2012.

3.1 Kvinners helse

Regjeringen oppnevnte 19. september 1997 et utvalg for å utrede kvinners helse i Norge. Utgangspunktet var en erkjent mangel på kjønns spesifikk kunnskap i medisinsk, sosialfaglig og trygdefaglig praksis. Kvinnehelseutvalget² konkluderte med at kvinner har en annen anatomi og biologi enn menn, opplever andre symptomer og snakker annerledes om sykdom enn menn. Kvinner har noen andre sykdommer enn menn, og mange sykdommer arter seg ulikt hos kvinner og menn. Kvinner bruker helsetjenesten på en annen måte enn menn og gir oftere uttrykk for at helsevesenet ikke tar dem på alvor. Kvinner, også fordi det er flest av dem blant de gamle i Norge, lever med flere kroniske sykdommer.

Utvalget konkluderte med at i forhold til arbeidshelse, er det behov for en rekke helse-, miljø- og sikkerhetstiltak som tar utgangspunkt i kvinners arbeidssituasjon. De anbefalte at daværende Trygdeetat måtte skoles i kjønnsforståelse og generelt at det var nødvendig å bedre offentlige og private etaters kunnskap om kjønnsulikheter i helse

I St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, kom oppfølging av kvinnehelseutvalget, og meldingen inneholdt en egen kvinnestrategi. Basert på kunnskapsmanglene som ble avdekket av Kvinnehelseutvalget la meldingen vekt på en satsning for å styrke forskningen på en rekke områder. Regjeringen ønsket spesielt å satse på kunnskapsutvikling om sykdommer som særlig rammer kvinner.

I 2005 utarbeidet Forskningsrådet en oversikt over forskningsaktiviteten rundt kvinnehelse. De fant svak dekning av de helsespørsmålene som tradisjonell medisins har dårligst kunnskap om, og de nevnte da muskelsmertesyndrom/ fibromyalgi og helse blant minoritetskvinner. De konkluderte med at lite var skjedd på tross av Kvinnehelseutvalget og St.meld. nr. 16 (2002-2003).

Dette kapitlet har tatt utgangspunkt i relevante funn fra Kvinnehelseutvalgets rapport, og i tillegg er det gjort nye litteratursøk.

Fordi rapporten handler om kvinners arbeidshelse, fokuserer vi på sykdommer som er vanlig blant kvinner i yrkesaktiv alder og som kan være med på å forklare kjønnsforskjeller i sykefraværet.

Vi har tatt med muskel-skjelettlidelser, helsemessige forhold knyttet til kvinners reproduksjonssystem, psykiske lidelser, hodepine, luftveissykdommer, eksem, noen krefttyper, utmattelse og utbrenthet. Vi starter med å vise noen viktige biologiske forskjeller mellom kvinner og menn.

3.2.1 Biologiske og fysiologiske forskjeller

Den største biologiske forskjellen er knyttet til reproduksjonssystemet. Kvinner har menstruasjon, kan bli gravide, føde barn og kommer i menopause. Hormonproduksjonen er forskjellig hos kvinner og menn. Kvinner har en syklisk hormonproduksjon, og de produserer andre hormoner enn menn (Steiner, Dunn, og Born 2003, NOU 1999). I løpet av menstruasjon, svangerskap og menopause endres kvinners hormon-

² NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge

produksjon i eggstokkene dramatisk. Disse endringene utløser reguleringer av adrenalinhormoner i for eksempel stressrespons, og kan derfor bidra til at kvinner har høyere risiko for psykiske problemer enn menn (Steiner, Dunn, og Born 2003, Nolen-Hoeksema 2001).

Kjønns hormoner påvirker kvinners og menns kropp ulikt, fra beinvev til muskler til nevralkstruktur, og dette kan bidra til å forklare hvorfor kvinner har høyere forekomst enn menn av noen smerte-betingede sykdommer som migrene og fibromyalgi etter puberteten (Fillingim et al. 2009).

Fra et genetisk perspektiv er menn og kvinner forskjellige fordi de har ulike kromosomer. Hver celle er ulik mellom kvinner og menn og f.eks. har kvinner og menn ulike hudceller og leverceller (Gesensway 2001). Hormonelle forskjeller mellom kvinner og menn forklarer en del av ulikhetene i genuttrykk (Naganathan et al. 2002). En kombinert påvirkning av hormoner og gener gir kjønnsforskjeller i immunforsvar og inflammasjon, hjerte-/karfunksjon, hjerne, nervesystem, lungefunksjon, og bentethet (Naganathan et al. 2002, Bouman, Heineman, og Faas 2005, Berkley, Zalcman, og Simon 2006, Mendelsohn og Karas 2005, Steiner, Dunn, og Born 2003, Davies og Wilkinson 2006, Rossouw 2002, Carey et al. 2007).

I noen yrker blir arbeidstakere eksponert for ulike kjemiske stoffer i arbeidsprosessene. Kvinner og menn har ulike fysiologiske funksjoner for absorpsjon av kjemiske stoffer (Vahter et al. 2007, Arbuckle 2006, NOU 1999). Kvinners lungekapasitet er mindre, og huden er

tynnere og lettere gjennomtrengelig for stoff de får hudkontakt med (NOU 1999). I tillegg varierer opptak av kjemiske stoffer i blodet mellom kvinner og menn (ibid). Forskjeller i kroppsbygning, vevets fordeling og egenskaper bidrar til kjønnsforskjellene for opptak av kjemiske stoffer mellom kvinner og menn (ibid). Mengden av kjemiske stoffer i blodet påvirkes ved at slike stoffer omfordelles i underhuds fett, som kvinner har relativt større mengde av enn menn (ibid). Dessuten har kvinner mindre plasmavolum og lavere gjennomsnittlig organblodstrøm, og dette reduserer hastigheten og øker omfanget av distribusjon av kjemiske stoffer i kvinnekroppen (Arbuckle 2006).

Disse kjønnsforskjellene i fysiologiske funksjoner, kan bidra til høyere forekomst av sykdommer som astma og håndeksem blant kvinner som er utsatt for kronisk kontakt med vann og kjemiske stoffer (Vahter et al. 2007).

3.2 Sykdommer som hyppigst rammer kvinner

3.2.2 Innledning

Biologiske kjønnsforskjeller er en av årsakene til at kvinner og menn utvikler forskjellige sykdommer. Noen sykdommer rammer bare kvinner, noen forekommer hyppigere hos kvinner enn menn og noen forløper og/eller behandles ulikt hos menn og kvinner.

Det er også noen sykdommer som har økt mer blant kvinner enn menn de siste årene, og dette viser at biologiske forskjeller ikke forklarer alle kjønnsforskjeller i sykdommers forekomst, forløp og behandling (Bird og Rieker 1999,

Denton, Prus, og Walters 2004). Forskere påpeker at sosiale, strukturelle og psykososiale faktorer også spiller viktige roller i kvinners helse, og vi må se nærmere på sammenheng mellom biologi, fysiologi, fysisk miljø og sosiale forhold for bedre å forstå kvinners helse (Denton, Prus, og Walters 2004)

3.2.3 Muskel- og skjelettplager og lidelser

I Norge er muskel- og skjelettplager svært vanlig (se figur side 10), og dette omfatter et bredt spekter av tilstander - fra vanlige "vondter" som folk har fra tid til annen, til ulike lidelser og sykdommer. Muskel- og skjelettlidelser er den største diagnosegruppen i sykmeldingsstatistikken for både kvinner og menn, og mange har langtidssykefravær fra jobb på grunn av sykdommer eller plager i muskelskjelettsystemet (Borg, Hensing, og Alexanderson 2001). Ofte finner legen ingen fysiologiske endringer eller vevsforandringer som kan forklare smertene, og det antas at det finnes mange individuelle og komplekse årsakssammenhenger (Ihlebak et al. 2010).

Kvinner rapporterer hyppigere smerter enn menn, og angir symptomer fra flere steder på kroppen (Natvig et al. 1995, Sirnes et al. 2003, Wijnhoven, De Vet, og Picavet 2006). Antall smerteområder er assosiert med mer nedsatt funksjon, høyere sykefravær og større uføregrad (Ihlebak et al. 2010). Flere kvinner enn menn blir uføre når de er yngre enn 50 år pga. muskel- og skjelettetplager (Gjesdal, Bratberg, og Mæland 2011). Lav inntekt, plager som har dårlig prognose og langvarige plager som har blitt kronisk i ung alder, gir høyere sannsynlighet for å bli arbeidsufør (ibid). Det er altså personer i

yrker som gir lav inntekt og de som har store helseproblemer som blir ufør. Forekomst av muskel- og skjelettlidelser er for eksempel funnet å være svært høy blant hjelpepleiere i Norge (Eriksen 2003).

Vi ser nærmere på de vanligste muskel-skjelettplagene, som er ryggplager, nakkeproblemer og mer utbredte smertetilstander, som i større grad rammer kvinner enn menn.

Ryggplager

Korsryggsmerter er svært vanlig i Norge; 60-80 prosent av befolkningen vil oppleve korsryggsmerter en eller flere ganger i løpet av livet (Lærum et al. 2007).

Det er i internasjonal litteratur omdiskutert om det er kjønnskjennsforskjeller mht. ryggplager (Hooftman et al. 2004, Wijnhoven, De Vet, og Picavet 2006).

80-90 prosent av akutte korsryggplager (varighet under 6 uker) finner man vanligvis ikke årsaker til, og de går nesten alltid over av seg selv. Prognosen er best for dem som kommer seg raskt i aktivitet, selv om de fortsatt har ryggsmerter (Ihlebak et al. 2010). Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet er effektivt både for å redusere plagene og for å redusere risikoen for tilbakefall og risikoen for å utvikle kroniske smerter (Nilsen, Holtermann, og Mork 2011, NHI 2013b).

Risikofaktorer for økt sykefravær på grunn av ryggplager er spesifikke, utstrålende smerter, større funksjonell begrensning, høy alder, å være kvinne, mer sosial dysfunksjon og sosial isolasjon, tungarbeid og høyere kompensasjon ved fravær (Steenstra et al. 2005).

I den store epidemiologiske HUNT-studien fra Nord-Trøndelag fylke fra 1990-1997, ble det funnet at 21 prosent av kvinner og 26 prosent av mennene hadde kroniske korsryggsmerter (Heuch et al. 2010).

Selv om det er usikkert om prevalens av ryggplager er høyere blant kvinner enn menn, ser det ut til at sannsynligheten for å bli sykmeldt for ryggplager er høyere for kvinner.

Nakkesmerter

Smertene kan stråle ut i skulder og hele armen i form av nerverotsmerter, oftest på grunn av skiveprolaps eller trang nerverotkanal og forekommer hos 30-50 prosent av den voksne befolkning i løpet av ett år (Nygaard et al. 2010).

Nakkesmerter er en vanlig årsak til både sykefravær og uføreytelser (Brage et al. 2010).

Kvinner plages mer med nakke-skuldersmerter enn menn (Hooftman et al. 2004, Treaster og Burr 2004, Paksaichol et al. 2012)

Nakkeplager betegnes som belastningslidelser, som belastninger i arbeidet (statisk arbeid, repeterende armbevegelser, tunge løft, liten mulighet til å påvirke egen arbeidssituasjon, tidspress, lite ivaretakende arbeidsmiljø, arbeidskonflikter osv.) tungt omsorgsansvar, belastende livssituasjon (vold i nære relasjoner), tidligere traumer (overgrep, vanskjøtsel) er viktige årsaker (Nygaard et al. 2010).

I noen kvinneedominerte yrker, som sykepleie, er det ganske høy forekomst av nakkeplager, og 4-5 prosent av de som

har nakkeplager har opplevd begrensning på jobb på grunn av nakkeplager hvert år (Cote 2012). Cote gir en systematisk litteraturgjennomgang og finner at mange med nakkeplager fortsetter å jobbe, selv om de er mye plaget, og de kan derfor ha høyere risiko for å få kroniske plager (ibid).

Kvinner har høyere risiko for nakkeplager enn menn, og det kan bl.a. ha sammenheng med at kvinner lever andre liv enn menn (mer ufaglært arbeid med mindre frihet, mer omsorgsansvar etc.). Dette er med på å forklare hvorfor kvinner i større grad enn menn blir uføretrygdet pga nakkeplager og har høyere sykefravær på grunn av nakkeplager (Gjesdal, Bratberg, og Mæland 2011).

Fibromyalgi (kronisk muskelsmertesyndrom)

Mange har kroniske smerter i store deler av muskel- og skjelettsystemet, og det kan karakteriseres som kronisk utbredte muskelsmerter eller diagnostiseres som fibromyalgi (FS) (Wolfe et al. 2010). Det er fortsatt omdiskutert hvorvidt FS er et klart avgrenset syndrom eller generaliserte muskelsmerter (Tore Gran 2003). Vanligvis er fibromyalgi definert som utbredte smerter og uttalt tretthet, dårlig søvnkvalitet, manglende uthvilthet og stivhet i kroppen om morgenen, samt "tender-points" (smertefulle punkter på sener og muskulatur) (Forseth 2008). Kjennetegnet ved fibromyalgi er smerter i minst 3 av kroppens 4 kvadranter med varighet i minst 3 måneder (NOU 1999). Årsaken er omdiskutert og uavklart. Fibromyalgi var årsaken til 5,4 prosent av alle nye uføreytelser i 2006 og flesteparten er kvinner (Brage et al. 2010).

Norge er blant landene med høyest forekomst med FS, og over 90 prosent av FS-pasientene er kvinner (Forseth 2008). Det er i samsvar med resultater i mange internasjonale studier fra USA, Canada, Japan og Italia som også viser mye høyere risiko for FS blant kvinner (Hooten, Townsend, og Decker 2007). De fleste pasientene er i 40-50 årsalderen (Ihlebak et al. 2010).

De fleste som får diagnosen, har merket en stadig forverring av tilstanden og opplever at det er blitt tungt å leve med smertene (Forseth 2008).

Overvekt, lav sosioøkonomisk status, langvarig psykisk og/eller fysisk stress, langtidssmerter, ryggsmarter, mange uspesifikke symptomer og vekslende hard og løs mage er rapportert som viktige risikofaktorer for FS (Forseth 2008). En ny studie viser at det å være i arbeid, ha høy utdanning og inntekt er assosiert med lavere symptom av FS (Rakovski, Zettel-Watson, og Rutledge 2012).

Det er funnet en tydelig sammenheng mellom antall smerteområder i kroppen og sannsynlighet for uførepensjonering i nyere forskning fra Norge (Kamaleri et al. 2009). Blant folk som fortsatt er i jobb, trenger mange tilrettelegging eller må skifte arbeid (Rakovski, Zettel-Watson, og Rutledge 2012). Å fortsette i arbeidslivet gir reduserte symptom og bedre livskvalitet for folk med fibromyalgi, og bedre tilrettelegging på arbeidsplassen er derfor viktig (ibid).

3.2.4 Reproduksjonssystemet

Reproduktiv helse er en sentral del av kvinners helse og omfatter blant annet graviditet, infertilitet, spontanabort, fød-

sel (NOU 1999). Vi ser først på svangerskapsplager og konsekvenser for arbeidsdeltakelse.

Svangerskapsplager

Det å være gravid er en normal fysiologisk tilstand for kvinner, men kvinnen gjennomgår store endringer i løpet av relativt kort tid med forandringer i blod, hjerte-kar, respirasjon, nyrer og gastrointestinalsistem (Bergsjø et al. 2004). Det kan medføre en rekke plager, som økt blodtrykk, bekkenløsning, kvalme, ryggsmarter og tretthet (ibid). Andre plager i svangerskapet er kløe, prikking eller hevelse i bena, søvnløshet, sure oppstøt, hyppig vannlatning, treg mage, slitenhet og smerter i ben, rygg, hofter eller bekken. Endringer i svangerskapet kan også føre til at tidligere sykdom, skade eller lyte forverres, eller blir vanskeligere å kombinere med dagliglivets og arbeidslivets krav (NOU 1999).

Smerter i bekkenet og bekkenløsning skyldes at hormoner i svangerskapet gir økt strekkbarhet av muskulatur, bånd og sener i bekkene og fører til økt bevegelse i bekkenleddene. Man finner klinisk høvent og smertefullt vev i bløtdelene rundt bekkenet, sete og lår. Smertene er dyptsittende, til dels brått innsettende og stikkende, lokalisert til symfyse (kjønnsbeinet) og/eller begge sider av korsbenet. Bekkensmerter opptrer hyppig sammen med smerter i korsryggen (NOU 1999).

Symptomgivende bekkenløsning rammer ca. 15 til 50 prosent av alle gravide kvinner i Norge, hvorav 20 prosent trenger hjelp i form av behandling (Stuge, Hilde, og Vøllestad 2003, NOU 1999). For de

fleste vil smertene gå over av seg selv i løpet av 1-3 måneder etter fødselen, men for noen kan plagene bli langvarige og alvorlige (Robinson et al. 2006). Bekkenløsning gir flere depresjonssymptomer og har oftere har pasientene tegn på klinisk depresjon (Van De Pol et al. 2007).

Konsekvenser for arbeidsdeltakelse

Sykefravær blant gravide har i Norge økt betydelig fra starten av 90-tallet og fram til i dag (Størdal 2012, Rieck og Telle 2013). Kvalme, bekkenplager og ryggsmarter er tre vanlige svangerskaperplager som er knyttet til sykefravær blant gravide kvinner, og sykefraværet er høyere i siste periode av svangerskapet (Kærlev et al. 2004).

Omtrent en tredjedel av alle sykefravær blant kvinner i alderen 20-39 år skyldes plager i svangerskapet, hvorav rygg- og bekkenleddplager klart dominerer (Wergeland og Solvberg 2004).

En studie fra Sverige viste at 37 prosent av kvinnene som er sykmeldt pga. ryggsmarter, var gravide (Sydsjö et al. 2003).

Biologi forklarer ikke alt av kvinners svangerskapsrelaterte sykefravær. Andre faktorer fra arbeidsliv og sosiale forhold må vurderes. Svangerskapskvalme forekommer hyppigere hos kvinner som har samlivsproblemer eller har hatt psykisk sykdom eller tidligere spiseforstyrrelser (NOU 1999). Blant de yngste kvinnene som er gravide, jobber de fleste som butikkmedarbeidere, pleie- og omsorgsarbeidere og barne- og ungdomsarbeidere, derfor kan typer yrker unge kvinner velger, forklare en del høyere sykefravær blant dem (Størdal 2012).

Tungarbeid og psykososiale faktorer er funnet å være to viktige risikofaktorer for å få bekkenløsning og ryggsmarter (Albert, Korsholm, og Westergaard 2006, Wu et al. 2004, Steenstra et al. 2005). Kombinasjon av flere fysiske og psykososiale faktorer er viktig i utviklingen av bekkenløsning (Albert, Korsholm, og Westergaard 2006). I tillegg var tidligere etnisitet antatt å være en risikofaktor, men nå antas det heller å være en kulturell forskjell (Bjorklund og Bergstrom 2000).

Studier viser også at arbeidsgiver og kollegaer spiller avgjørende roller for hvordan gravide kvinner føler seg møtt, forstått og verdsatt på arbeidsplassen, og dermed motivert for å gå på jobb (Brun 2011). Holdningsendringer hos de gravide, arbeidsgiver, kollegaer og legene kan forklare en del hvorfor flere gravide kvinner er sykemeldt enn før (Størdal, 2012). En annen forklaring på at sykefraværet har økt blant gravide, kan også være at arbeidslivet i større grad tar vare på gravide kvinner nå enn tidligere, slik at færre slutter å jobbe når de blir gravide.

Det er behov for mer kvalitativ kunnskap om hvorfor gravide kvinner blir sykmeldt, og hvilken tilrettelegging som gjøres på arbeidsplassene bør evalueres.

Spontanabort og infertilitet

Spontanabort defineres som svangerskap som spontant går til grunne før fullgåtte 22 uker (Wollen og Veddeng 2009). Omtrent 50 prosent av alle graviditeter og 15 prosent av alle erkjente kliniske

svangerskap i Norge, ender i spontanabort (Wollen og Veddeng 2009).

Selv om mange kvinner kan få barn senere i livet, er spontanabort assosiert med sorg, angst, frykt for framtidig infertilitet og vanskeligheter i møte med andre gravide eller venner med babyer (Robinson 2011). Ved komplett abort kreves ingen behandling, men det må tas en utskrapning av livmoren ved ufullstendig avstøtning (Maltau 2010, Wollen og Veddeng 2009, Kutteh 2006).

Det finnes en rekke risikofaktorer for spontanabort slik som genetiske, faktorer relatert til morkaken, infeksjoner, livmormisdannelser, endokrinologiske faktorer eller immunologiske årsaker (Maltau 2010, Wollen og Veddeng 2009, Kutteh 2006). Høy alder, assistert fertilisering, flere tidligere aborter, flerlingsvangerskap, muskelknuter i livmor (myoma uteri), inneliggende spiral, kromosomavvik hos foreldre eller sykdom hos mor, øker også risikoen for spontanabort (Wollen og Veddeng 2009, Maltau 2010).

De fleste som spontanaborterer opplever normal graviditet neste gang de forsøker, men gjentatte spontanaborter kan også øke risikoen for infertilitet (ibid). Infertilitet defineres som ett års regelmessig samliv uten graviditet (NOU 1999). Prevalens av infertilitet er 10-15 prosent blant norske kvinner, og andelen som forblir barnløse er ca. fem prosent i Norge (Durin og Hentemann 2009).

Både spontanabort og infertilitet kan ha psykososiale konsekvenser, som depresjon og angst (Frost og Condon 1996, Khademi et al. 2005, Noble 2005).

Mange par som opplever infertilitet ønsker å få egne barn, og andelen som får barn etter gjennomgått *In Vitro* fertiliseringsbehandling er 50 prosent (Durin og Hentemann 2009). I tillegg vil omtrent halvparten av de ufrivillig infertile før eller senere adoptere (NOU 1999).

For ufrivillige barnløse kan dårlig sæd hos mannen være en årsak, dårlig fungerende eller manglende eggledere hos kvinner, manglende eggceller eller eggløsning, eller problemer med livmor eller livmorhalssekret (Durin og Hentemann 2009). Noen av risikofaktorene for infertilitet henger sammen med kvinners livsstil, slik som røyking, alkohol, kaffedriking, stress, yrkeseksponering som sveising og arbeid med enkelte farmakologiske produkter, seksuelt overførte sykdommer og ekstrem slanking (NOU 1999). Funn fra nye litteratursøk er i stor grad i samsvar med funnene i NOU-en.

Ny teknologi kan hjelpe par som ikke kan få egne barn til å få barn, men ikke alle lykkes. Forskning viser at både spontanabort og infertilitet er signifikant stressfremkallende hendelser for kvinner, og det kan være nødvendig med psykososial støtte under utredning og behandling (Jordan og Revenson 1999, Frost og Condon 1996). Hvordan arbeidsgiver tilrettelegger for ansatt i en slik situasjon, kan derfor ha betydning for om de ansatte blir sykemeldt eller ikke.

For yrkesaktive kvinner har arbeidsmiljøfaktorer som kjemiske eksponering, ergonomiske faktorer og psykososialt stress betydning for kvinners reproduktive helse (Figà-Talamanca 2006). Slik eksponering kan gi problemer i gravidi-

teten, med for tidlig fødsel, spontanabort, fosterdød og medfødte skader på barnet (ibid).

Menstruasjonsplager

Menstruasjon er ingen sykdom, men kvinner har større eller mindre plager når de menstruerer, slik som menstruasjonsmerter, sterk menstruasjonsblødning eller hyppig menstruasjon (Kjerulff, Erickson, og Langenberg 1996). Humørsvingninger med økt sårbarhet før menstruasjon, såkalt premenstruell tensjon, er også noe mange kvinner opplever (NOU 1999).

Det finnes ikke dokumentert forekomst av menstruasjonsplager i Norge, selv om mange antas å være plaget. I noen internasjonale studier antas det at omtrent 90 prosent av kvinnene som er i fruktbar alder har menstruasjonsplager. (Kirkpatrick, Brewer, og Stocks 1990, Braverman 2007).

De fleste plagene forsvinner etter menstruasjon, og legemidler kan dempe de fleste plagene. Hormoner, blødningsstillende midler, hormonspiral og p-piller er vanlige behandlingsmåter (Rapkin 2003, NOU 1999). Blant kvinner med premenstruell tensjon, er det påvist at kognitiv avslapningsterapi, aerobictrening samt inntak av kalsium, magnesium og vitamin B6 tilskudd kan redusere symptomene (Rapkin 2003).

Det er dokumentert at genetiske faktorer, røyking samt arbeidsrelevante faktorer slik som arbeidsstress, skiftarbeid, arbeidsbelastning, passiv tobakkseksponering og kaldt arbeidsmiljø, er hovedrisikofaktorer for menstruasjonsmerter (Smith 2008).

Menstruasjonsplager som kan forårsake sykefravær (Dean og Borenstein 2004). I tillegg opplever mange kvinner ryggmerter mens de menstruerer (Smith 2008).

3.2.5 Psykiske lidelser

Kvinner har høyere forekomst av angstlidelser og depressive lidelser enn menn (Kringlen, Torgersen, og Cramer 2001, Eaton et al. 2007). Rusrelaterte lidelser er imidlertid mer enn dobbelt så vanlig blant menn som blant kvinner (Kringlen, Torgersen, og Cramer 2001). Spiseforstyrrelsene anoreksi og bulimi forekommer hovedsakelig blant kvinner, og er nesten fraværende blant menn (Kringlen, Torgersen, og Cramer 2006, 2001).

Det er også noen kjønnsforskjeller mellom de ulike typene personlighetsforstyrrelser. Kvinner har oftere personlighetsforstyrrelser av den engstelige typen, for eksempel unnvikende eller avhengig, mens menn oftere har schizoid eller antisosial personlighetsforstyrrelse (Torgersen, Kringlen, og Cramer 2001, Lenzenweger 2008, Coid et al. 2006).

Det er omdiskutert om det eksisterer kjønnsforskjeller i risiko for schizofreni. Noen finner at det ikke er kjønnsforskjeller (Saha et al. 2005), mens andre finner en overvekt blant menn (McGrath og Sasser 2009). Dette er lidelser som relativt få rammes av, og de utgjør en svært liten andel av det totale sykefraværet.

Psykiske lidelser en viktig risikofaktor for å bli ufør (Kivimäki, Ferrie, et al. 2007).

Angst og depresjon

Angst og depresjon rammer flere kvinner enn menn og forekommer ofte samtidig (Cerdá, Sagdeo, og Galea 2008). Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptomet er angst, enten forbundet med bestemte objekter eller situasjoner (fobiske angstlidelser) eller i en mer ubestemt form preget av vedvarende bekymringer, motoriske spenninger og påvirkning av kroppslige funksjoner (generalisert angst) (ibid). Depresjon er en tilstand som er karakterisert av senket stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap eller økt tretthet. I tillegg kommer ofte svekket selvfølelse, selvbekreftelser og skyldfølelser (Verdens Helseorganisasjon 1999, Association 1994).

Svangerskap og fødsel er viktige livshendelser for kvinner, men dette kan også være årsaken til økende forekomst av angst og depresjon (Gavin et al. 2005, Leung og Kaplan 2009).

Angst og depresjon er vanlig diagnose for i legemeldte sykmeldinger (Kivimäki, Ferrie, et al. 2007). Flere kvinner har langvarige sykefravær på grunn av angst og depresjon mens flere menn får uføretelser på grunn av psykiske problemer (Bratberg, Gjesdal, og Mæland 2009).

I Norge er omtrent en fjerdedel av befolkningen rammet av en angstlidelse i løpet av livet, og ca, 15 prosent i løpet av et år (Mykletun, Knudsen, og Mathiesen 2009a). Depresjon rammer en av fem i den norske befolkning i løpet av livet og en av ti i løpet av 12 måneder (ibid). Studier viser ingen klar økning av forekomst av angst og depresjon i vestlige land de siste ti årene, men noen studier rapportert at det er en generell økning i depre-

sjon, spesielt blant middelaldrende kvinner (Compton et al. 2006, Eaton et al. 2007).

Om dette skyldes at flere i dag får en depresjonsdiagnose som ikke ville fått noen diagnose for noen år siden, eller at det er fordi flere blir undersøkt, eller om det er flere tilfeller som blir kroniske, finner vi ikke svar på i forskningslitteraturen.

Både akutt stress og kronisk stress er viktige risikofaktor for angst og depresjon (Hammen 2005). Kvinner opplever oftere enn menn alvorlig og kronisk stress, men har også flere daglige småstressende situasjoner enn menn (Almeida og Kessler 1998, McDonough og Walters 2001, Miller og Kirsch 1987, Matud 2004). I tillegg er det funnet at kvinner er mer sårbare for gjentatt stresseksposering enn menn (Schmaus et al. 2008, Penley, Tomaka, og Wiebe 2002).

Flere kvinner enn menn har langvarig sykefravær på grunn av angst og depresjon (Bratberg, Gjesdal, og Mæland 2009). I perioden fra 1994 til 2000 økte sykefraværet grunnet psykiske lidelser mest blant middelaldrende og kvinner, mens det fra 2001 til 2008 var en kraftig økning i sykefravær for lettere psykiske lidelser, spesielt blant menn (Hensing, Andersson, og Brage 2006, NAV 2009). Det antas at mer åpenhet i samfunnet om psykiske problemer har økt antall personer, særlig menn, som har søkt helsehjelp de siste årene (Hensing, Andersson, og Brage 2006). I tillegg har mange pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager depresjon som tilleggsymptom (ibid). Det er mulig at flere i dag får psy-

kisk diagnose som før ville ha fått en muskel- og skjellettdiagnose (ibid).

Sykemelding er ikke en god løsning for personer med psykiske problemer fordi det kan øke sosial isolasjon, forverre symptomer og gi mer alvorlige komplikasjoner (Mykletun, Knudsen, og Mathiesen 2009b).

Inflasjon i psykiske diagnoser?

I perioden 2000–2011 var det en sterk økning i sykefraværet på grunn av lettere psykiske lidelser (NAV, 2012). Andre psykiske lidelser var i hele perioden sjeldent årsak til sykefravær, og viste nesten ingen endring (ibid).

Følgende diagnoser er mest brukt i sykemeldinger:

- P76 Depressiv lidelse (32 %)
- P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget (23 %)
- P29 Psykiske symptomer/plager IKA (17 %)
- P03 Depresjonsfølelse (7 %)
- P74 Angstlidelse (5 %)

Tallet i parentes viser hvor stor andel av tapte dagsverk diagnosen utgjør av fraværet som skyldes "psykiske lidelser".

Rapporter fra Folkehelseinstituttet viser at det er ingenting som tyder på at den psykiske helsen i befolkningen har blitt forverret (FHI-rapport 2011:2, FHI-rapport 2009:8). Det er derfor grunn til å spørre om økning i sykefravær og uføretrygding grunnet psykiske lidelser handler om noe annet enn psykiske lidelser.

SINTEF holder for tiden på med intervjuer i NAV kontorer der vi forsøker å fin-

ne ut hvordan NAV og andre jobber med unge mennesker som har falt utenfor skole og arbeidsliv. Vi hører hyppig at NAV veiledere sier "det er noe psykisk" når de snakker om utfordringene de unge har. Vi finner at skillet mellom hva som er sosiale problemer og hva som er psykiske problemer kanskje har blitt vanskeligere. Sosiale utfordringer som mistolkes som psykiske lidelser, kan gjøre at sykdomsfokuset får større plass enn det kanskje burde. Samtidig kan man utvikle en psykisk lidelse om man går i lang tid i dårlige sosiale forhold (pengeproblemer, boligproblemer, familie- og nettverksproblemer etc).

En god del av de som er sykmeldt med psykiske diagnoser, har ikke en psykisk sykdomsdiagnose men en symptomdiagnose (se listen over). Sannsynligvis ligger det sosiale forhold bak mange av disse sykmeldingene, og vi mener det er grunn til å spørre om det er riktig at sosiale forhold ikke gir rett til sykepenger slik at folk "presses" inn i en diagnose heller enn at de får hjelp til å løse problemer de står i. Det er heller ikke full enighet blant psykiatere og psykologer om betydningen av en psykiatrisk diagnose, hvordan den kan forstås eller hvilken betydning den har som grunnlag for handling. En medisinsk modell for psykiske lidelser innebærer at sykdommer oppfattes som universelle enheter med spesifikke symptomer, tegn og årsaker, at det kan utvikles en spesifikk terapi for spesifikke enheter (diagnoser) og at diagnosen predikerer behandling.

Mange vil mene at en psykiatrisk diagnose er av en annen karakter enn en medisinsk diagnose, som for eksempel lårhalsbrudd. Ved lårhalsbrudd finnes det

en uttalt enighet om hva som er riktig operasjonsteknikk gitt bruddets art og pasientens alder, uavhengig av hva som var årsaken til bruddet. Ved en psykiatrisk diagnose er bakenforliggende faktorer avgjørende for behandlingstilnærming. Man må kjenne pasientens unike situasjon og historie - vite hva som er problemet og årsakene til problemet for å kunne tilby terapi. Derfor kan en psykiatrisk diagnose alene ikke forutsi hva som er god behandling.

En diagnose fremkommer som resultat av samhandling mellom den som diagnostiserer og den som diagnostiseres. Legens diagnostikk baserer seg på hans/hennes fortolkning av hva pasienten forteller og hvordan vedkommende fremstår og formidler seg i samhandling. Å diagnostisere er å bruke sansene og skape klarhet gjennom kunnskap. Legens/psykologens forståelse av hva psykiske lidelser er, vil være avgjørende for hans/hennes fortolkning og for om vanskene blir oppfattet som psykisk sykdom/vansker/lidelse eller som normale (og til og med hensiktsmessige og sunne) reaksjoner på spesielle utfordringer/problemer/belastninger i livet.

3.2.6 Hodepine

Hodepine rammer flest kvinner og de to vanligste formene er migrene og spenningshodepine (NHI 2013c). Migrene er anfall med ensidig, pulserende hodepine som varer 4-72 timer. Smertene er ofte ledsaget av kvalme og brekninger, lyskyhet og lysfølsomhet (ibid). Kvinner som har hyppige anfall, kan være betydelig plaget. Mange kan ha plager mellom anfallene og bekymre seg mye for neste anfall og klarer ikke å delta i arbeid eller sosial aktiviteter (ibid). I tillegg vil mig-

rene øke risikoen for slag, og mange kvinner som har migrene, har også høyere risiko til å ha angst og depresjon (Etminan et al. 2005, Lipton et al. 2000, Oedegaard et al. 2006).

Spenningshodepine eller tensjonshodepine er episodisk eller kronisk hodepine som gjerne setter inn i forbindelse med stress (NHI 2013d). 10 prosent av pasientene som lider av spenningshodepine, har også migrene (ibid). Som navnet antyder, antas denne hodepineformen å ha sammenheng med muskulære spenninger (ibid).

Hodepine forekommer dobbelt så hyppig hos kvinner som hos menn, både ut fra norske studier og internasjonale studier (Berry 2007).

Spenningshodepinen kan vare fra timer til dager (Millea og Brodie 2002). Mange kvinner har flere anfall av migrene i menstruasjonstiden, og noen blir verre av p-piller eller østrogenbehandling i overgangsalderen (NOU 1999). Under graviditet blir de fleste bedre. I årene fram mot overgangsalderen blir hodepinen ofte verre for så å avta etterpå (ibid). Spenningshodepine kan behandles med smertestillende medisin (Millea og Brodie 2002). De senere år har man blitt mer oppmerksom på medikamentavhengighet, og at det å behandle en kronisk spenningshodepine med smertestillende medisin ikke nødvendigvis er en god løsning (Hagen et al. 2012)

Psykososiale faktorer er viktig for både spenningshodepine og migrene (NOU 1999). Kvinner med migrene har oftere psykiske tilleggslidelser enn menn med migrene har (Berry 2007). Hvite kvinner

og personer med lav sosioøkonomisk status har høyere risiko for migrene (ibid). Akutt overforbruk av medisiner, koffein overforbruk, stressende livshendelser, depresjon og søvnforstyrrelser kan også framprovosere migreaneanfall (Bigal og Lipton 2006).

Konsekvenser for arbeidsdeltakelse

Flere kvinner enn menn har hodepine, og hodepine er assosiert med sykefravær blant yrkesaktive kvinner (Stovner et al. 2006, Fiane et al. 2006, Rasmussen, Jensen, og Olesen 1992)

Kvinner som har hodepine, har redusert arbeids- og sosial kapasitet, og hodepine er en belastning både for kvinnen selv og for partneren (Stovner et al. 2006). En studie fra Norge viser at pasienter med migrene i gjennomsnitt har 4,4 dager sykefravær fra jobb hvert år (Fiane et al. 2006). En dansk studie viste at spenningshodepine gir like høyt sykefravær fra jobb som migrene (Rasmussen, Jensen, og Olesen 1992).

3.2.7 Luftveissykdommer

Astma og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er to luftveissykdommer som rammer mange yrkesaktive kvinner. Med økende røyking blant kvinner, er det økende forekomst av disse to sykdommene (NOU 1999). Astma antas som den hyppigst arbeidsbetingete lungesykdommen i den vestlige verden og kan øke risiko for KOLS (Leynaert et al. 2012). Både KOLS og astma er assosiert med sykefravær og gir stor belastning på individnivå og for samfunnsøkonomien (Kauppi et al. 2010, Boot et al. 2005).

Astma

Før trodde man at fysisk aktivitet øker astma, men nå anbefales det moderat fysisk aktivitet som forebygging for astma (Strong et al. 2005).

Astma antas som en viktig årsake til sykefravær og blir underrapportert (Nathell et al. 2000). Ansatte med astma har 10 dager mer sykefravær i året, enn folk uten astma (Kauppi et al. 2010).

Studier viser at psykososiale faktorer spiller en viktig rolle for om folk med astma blir sykemeldt (Boot et al. 2004). Kvinner blir lettere påvirket av psykososiale faktorer og har derfor større sannsynlighet for sykefravær enn menn når de plages med astma (ibid). I tillegg er kvinner mer sensitive for røyking, kulde, støv og stress på arbeidsplassen (Leynaert et al. 2012). Det kan antas at kvinner får mer alvorlig astmasymptomer og høyere sykefravær enn menn (ibid). En norsk studie viser at yrkesrelevant eksponering er undervurdert for astma, særlig for kvinner (Leira, Bratt, og Slåstad 2005, Sørheim et al. 2010).

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

KOLS er et samlebegrep for tilstander med økt motstand for luftstrømmingen i lungene (NHI 2013a). KOLS utvikler seg over mange år, og de fleste som får KOLS er eldre enn 40 år (ibid). Pasienter med astma har økt risiko for å utvikle KOLS (ibid). Røyking antas som den viktigste risikofaktoren (NOU 1999). Flere kvinner røyker nå enn tidligere, derfor får flere kvinner KOLS (ibid).

En nyere, omfattende studie, hvor 12 land deltok, viste at forekomst av moderat til alvorlig KOLS var 11.8 prosent for

menn og 8.5 prosent for kvinner (Buist et al. 2007). Mange pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom får astmadiagnose eller ingen diagnose og går for lenge uten riktige tiltak (Hvidsten et al. 2010). Det er også funnet at kvinner med KOLS har høyere risiko for angst og depresjoner enn menn med sykdommen (Di Marco et al. 2006).

Røyking og høy alder er to viktige risikofaktorer (Salvi og Barnes 2009). Men andre faktorer som inneklime, yrkesrelevant eksponering, behandling av tuberkulose, uteklime, lav sosialøkonomisk status, særlig lav utdanning er regnet som viktige påvirkningsfaktorer (ibid).

3.2.8 Håndeksem

Håndeksem er den mest vanlige hudsykdommen med kløende betennelse på hendene (Thyssen et al. 2010). Tørr hud og tidligere episoder med atopisk eksem er to viktige risikofaktorer (Coenraads 2007) Langtids eksponering i vått miljø og kontakt med hudirriterende stoffer, f.eks. desinfeksjonsmidler, kan irritere huden og øke forekomsten av håndeksem (Skoet, Olsen, et al. 2004).

Flere kvinner rammes av håndeksem, særlig kvinner som jobber i kvinne-dominerte yrker, som frisører, helse og omsorgsarbeidere eller renholder (Diepgen et al. 2007). Håndeksem kan øke sykefravær og føre til jobbtap blant yrkesaktive kvinner (Cvetkovski et al. 2005).

En studie fra Sverige viser at mange av pasientene med håndeksem måtte skifte arbeid eller arbeidsmiljø (Meding et al. 2005).

I tillegg kan det å ha håndeksem være en stor psykisk belastning særlig for kvin-

ner, fordi eksem på hendene er veldig synlig for andre (Cvetkovski et al. 2005). Det begrenser kvinners sosiale aktivitet, og mange har psykososiale problemer og dårlig livskvalitet (ibid).

3.2.9 Kreft

Brystkreft er den hyppigst forekommende kreftformen og har store konsekvenser for kvinners yrkesaktivitet og livskvalitet (Franco 2012). Lungekreft er den kreftformen som har økt mest blant kvinner de siste årene, og etter år 2000 har dødeligheten av lungekreft vært høyere enn av brystkreft for kvinner i Norge (FHI 2013).

Brystkreft

Brystkreft er en ondartet svulst som oppstår i brystet (Franco 2012). Omtrent 2500 kvinner i Norge får diagnosen brystkreft årlig, og antall nye tilfeller øker raskt, ca. 4-5 prosent per år (Schlichting 2003). Halvparten av dem som rammes er i yrkesaktiv alder (ibid).

Prognosen er bedret det siste tiåret, og om lag 80 prosent er i live fem år etter at diagnosen ble stilt (Schlichting 2003). Behandlingen er i første rekke kirurgisk, med fjerning av kreftsvulsten eller hele brystet. I noen tilfeller suppleres den kirurgiske behandlingen med cellegift eller stråling. Mange kvinner blir slitne og får økte depresjonssymptomer etter operasjon og cellegift og mange kvinner klarer ikke å fortsette å jobbe etter operasjon og blir sykmeldt eller uføretrygdet (Kennedy et al. 2007).

I Norge gjennomføres mammografi på alle kvinner over 50 år nå (Schlichting 2003). Brystkreft kan derfor oppdages så tidlig som mulig (ibid). Dessuten har inn-

føringen av mammografiscreening medført økende mulighet til å tilby brystbevarende inngrep til stadig flere kvinner (ibid).

Risiko for brystkreft er nært knyttet til kvinners hormoner, kjønnsmodning og reproduksjon (NOU 1999). Tidlig innsettende menstruasjon, sen overgangsalder og å føde det første barnet i en alder senere enn 30 år gir økt risiko (ibid). Å ha en nær slektning med brystkreft er også en klar risikofaktor (Snedeker 2006). I tillegg er østrogenbruk etter overgangsalderen, P-piller, overvekt og fedme i overgangsalder, alkoholbruk, eksponering for ioniserende stråling funnet å være risikofaktorer for brystkreft. (Franco 2012).

De siste årene har det kommet noen nye studier med fokus på arbeidsrelevant risiko for brystkreft blant kvinner. Det er funnet at det å arbeide nattskift og enkelte organiske løsemidler kan påvirke forekomst av brystkreft, særlig kvinner som jobber i helsevesenet (Franco 2012, Hansen 2006, Megdal et al. 2005).

Med tidligere diagnostikk og bedre behandling for brystkreft de siste årene, har prognosen for brystkreft blitt bedre og flere kvinner kan fortsette å jobbe. (Schlichting 2003). Det er lite fokus på hva slags hjelp og tilrettelegging kvinner med brystkreft har behov for for å kunne komme tilbake på jobb (Kennedy et al. 2007).

Lungekreft

Lungekreft er en av de vanligste kreftformene vi har. I 2011 fikk 2842 mennesker diagnosen, 1618 menn og 1224 kvinner. Det er om lag 10 % av samtlige

krefttilfeller i Norge (LHL). Insidensen av lungekreft hos kvinner har økt i takt med at flere kvinner røyker (Rostad et al. 2002).

Det er funnet at kvinner har høyere genetisk mottakelighet for lungekreft enn menn og at de tåler røyking dårligere (Møllerup et al. 2006).

Lungekreft kan i stor grad forebygges ved å redusere røyking (NOU 1999). Personer med lav sosioøkonomiske status er kraftig overrepresentert blant røykerne (Lund, Lund, og Rise 2005).

3.2.10 Kronisk utmattelsessyndrom (CFS)

Kronisk utmattelsessyndrom omfatter en rekke symptomer og kjennetegnes først og fremst av en langvarig og intens utslitthet (Ranjith 2005, Wyller 2007, Norheim, Jonsson, og Omdal 2011, Afari og Buchwald 2003). Det er ikke enighet om definisjoner, etiologiske modeller (årsaker) og behandlingsmetoder for CFS. Flere studier viser at kvinner rammes oftere enn menn (Wyller 2007, Reynolds et al. 2004).

I mange studier og klinisk praksis er CFS definert som en dypt invalidiserende utmattelse, som varer i minst seks måneder med en rekke tilleggssymptomer som hodepine, sår hals, muskel- og skjelettsmerter, at man ikke er uthvilt når man våkner, hukommelsestap og konsentrasjonsproblemer (Ranjith 2005, Afari og Buchwald 2003, Fernández et al. 2009).

På grunn av forskjellige definisjoner på CFS og begrenset epidemiologiske studier av den generelle befolkningen, angis svært varierende forekomst av CFS, men de fleste studier viser at forekomst

av CFS er rundt tre ganger høyere blant kvinner enn menn (Wyller 2007, Reynolds et al. 2004). Det er også vist en høyere forekomst av CFS i utviklede land enn i utviklingsland (ibid). En studie fra Nederland viser at forekomst av CFS er underrapportert blant yrkesaktive (Huibers et al. 2004).

CFS er kronisk og plagsom (Larun og Malterud 2007). Det finnes ingen forklaring på hvorfor man får CFS og ingen medisin har god effekt (Wyller 2007). Det er stor belastning, både fysisk og psykisk, for folk som rammes av CFS, og mange pasienter får problemer med egen identitet (Larun og Malterud 2007).

På grunn av økende symptomer, blir mange pasienter med CFS langtidssykemeldte (Knudsen et al. 2011). En studie fra USA viser at ca. 25 prosent av pasienter med CFS slutter å arbeide (Reynolds et al. 2004). Flere kvinner enn menn mister arbeidskapasitet, både hjemme og på arbeidsplassen (42 prosent vs 4 prosent på hjemmebane; 63 prosent vs 32 prosent på arbeidsplassen) (ibid).

Det er ikke funnet effektive legemidler for å helbrede CFS, men kognitiv terapi og fysisk trening ser ut til å kunne bedre plagene hos noen (Wyller 2007). Det er også funnet at leger må ta hensyn til kognitive og emosjonelle faktorer når de behandler pasienter med CFS, og være oppmerksomme på at pasienters identitet kan trues (Larun og Malterud 2007). For å motivere pasienter med CFS til å komme tilbake i jobb, er det viktig å ta hensyn til pasienters kognitive og emosjonelle reaksjoner etter at de er diagnostert med sykdommen (Knudsen et al. 2011).

3.2.11 Utbrenthet

Utbrenthet brukes på en rekke symptomer med emosjonell utmattelse som den sentrale komponenten; depersonalisering og redusert personlig ytelse er også viktige symptomer (Soares, Grossi, og Sundin 2007, Khamisa, Peltzer, og Oldenburg 2013). Sykdommen antas å være et psykologisk resultat av kronisk stress (Maslach, Schaufeli, og Leiter 2001). Selv om det finnes utbrenthet i hele befolkningen, fokuserer mange studier på utbrenthet blant yrkesaktive mennesker, fordi jobb er en viktig årsak til utbrenthet (Soares, Grossi, og Sundin 2007). Forekomst av utbrenthet er uklar.

En gjennomgang av litteraturen viser at noen studier finner at flere kvinner erfarer utbrenthet, mens andre studier ikke viser noen kjønnsforskjell eller finner bare en liten forskjell (Soares, Grossi, og Sundin 2007).

Det ble tidlig funnet at forekomst av utbrenthet er ganske høy blant mennesker som jobber med mennesker (Maslach, Jackson, og Leiter 1986). Flere kvinner jobber som sykepleiere, førskolelærere, barne- og ungdomsarbeidere enn menn. De opplever mange stressende hendelser på arbeidsplassen; for eksempel, noen blir alvorlig syke eller dør, barna er utsatt for vold eller overgrep. Derfor er de mer utsatt for emosjonell utslitthet. Mange studier viser at forekomst av utbrenthet er høy i disse kvinneedominerte yrkene (Barford og Whelton 2010, Kokkinos 2007, Khamisa, Peltzer, og Oldenburg 2013).

Forskere fra Sverige har funnet at forekomst av utbrenthet er ganske høy i Sverige og flere kvinner enn menn er utbrent, uansett hvilke yrker de jobber

med (Norlund et al. 2010, Soares, Grossi, og Sundin 2007). De påpeker også at lavere alder, lav utdanning, lav sosialøkonomisk status, lang arbeidstid, høye arbeidskrav og lav arbeidskontroll er viktige risikofaktorer. Negativt arbeidsmiljø og dårlig livssituasjon gir også høyere risiko (ibid). Andre finner at personlighet spiller en viktig rolle og at personlighet forklarer i stor grad hvorfor noen lettere blir utbrent enn andre når man er utsatt for stress på arbeidsplassen (Kokkinos 2007).

Folk som er utbrente har lavere effektivitet, dårlige jobbpresentasjoner og kan bli slitne med depresjon og angst, få søvnproblemer og andre helseproblemer (Soares, Grossi, og Sundin 2007). Det er stor belastning for både personen som rammes og gir samfunnsøkonomiske kostnader pga. sykefravær (Ahola et al. 2008). Blant kvinner kan lett tilstand av utbrenthet øke sykefravær, mens alvorlig utbrenthet har mer betydning for menn (ibid).

Det er ikke noen gode legemidler mot utbrenthet (Isaksson Rø et al. 2010). Men i mange tilfeller er det funnet interaksjonen mellom arbeidsstress, personlighet og tilstand av utbrenthet (Kokkinos 2007). Derfor må forebygging på arbeidsplassen fokus på trivsel og psykososial støtte, særlig blant kvinner (Rø et al. 2008). I tillegg viser forskning at kognitiv terapi med fokus på å hjelpe folk til å bedre mestre situasjonen og tenke positivt, samt fysisk trening, har god effekt (ibid).

3.2.12 Annet

Det er også noen tabubelagte sykdommer som rammer flest kvinner, og som gir psykososial belastning. Eksempler på

slike plager er irritabel tarm, urininfeksjon (NOU 1999). Dette er plager kvinner ofte er tause om.

Irritabel tarm

Man kan ikke påvise objektive sykdomstegn, men diagnostiser irritabel tarm gjennom symptomene. Vanlig symptomer er magesmerter eller ubehag som er forbundet med uregelmessig avføring (Longstreth et al. 2006). Flere kvinner enn menn rammes (ibid). Forståelsen av lidelsene er ufullstendig og tiltak mot psykososial belastning i arbeidslivet og privat kan trolig virke forebyggende (NOU 1999).

Det finnes ingen klar årsak til irritabel tarm, men stress antas som viktig faktor (Longstreth et al. 2006).

Akutt ukomplisert blærekatarr (Urinveisinfeksjon)

Blærekatarr er en plagsom, men ufarlig sykdom som forekommer nesten utelukkende hos kvinner og opp mot hver femte av alle voksne kvinner rammes (NOU 1999). Diagnosen og behandlingen er enkel og en kort kur med et egnet antibiotikum virker og en kvinne som har hatt blærekatarr en gang, vil sjelden være i tvil ved senere episoder (ibid).

De fleste tilfellene skyldes bakterien *E. coli*, men det er lite kunnskap om hvorfor noen kvinner har hyppig blærekatarr (NHI 2010).

Urininkontinens

Urininkontinens (urinlekkasje) er definert som ufrivillig lekkasje av urin og det er flere typer urininkontinens som stressinkontinens, hasteinkontinens (urge inkontinence) og kombinert inkontinens

(Hannestad et al. 2000). Forekomst av urininkontinens er mellom 26 og 38 prosent blant nordmenn (NOU 1999) og dobbelt så mange kvinner som menn har denne plagen (ibid).

Svekket bekkenbunnsmuskulatur er den vanligste årsaken. Dette skyldes medfødt svakt bindevev i bekkenbunnen.

Fødsler, både vanlige fødsler og kompliserte fødsler, overvekt og høy alder er risikofaktorer for tilstanden (Wennberg et al. 2009). En annen norsk studie viser at genetiske faktorer kan øke risikoen for urininkontinens (Hannestad et al. 2004).

Kronisk leddgikt

Kronisk leddgikt (revmatoid artritt) fører til betennelse i ledd og en gradvis ødeleggelse av ben, brusk og leddkapsel (NOU 1999). Smerter, stivhet og funksjonsproblemer i dagliglivet er hovedsymptomer og behandling forverrer symptomene seg gradvis og det kan føre til nedsatt livskvalitet og redusert levetid (ibid). Mange studier bekrefter at sykdommen rammer flere kvinner enn menn (Uhlig og Kvien 2005, Boonen og Severens 2011, Kvien et al. 2006, Kvien et al. 1997). Kvinner med har mindre effekt av medisin mot leddgikt enn menn (Kvien et al. 2006).

Det er vist en økning av leddgikt på verdensbasis de siste årene, og det antas at 25-50 per 100 000 mennesker får diagnosen leddgikt årlig i Norge (Gabriel og Michaud 2009, Uhlig og Kvien 2005).

To nyere studier fra Sverige og Nederland viser at lav utdanning bidrar til høyere risiko for å rammes av leddgikt (Neovius, Simard, og Askling 2011,

Detaille et al. 2009). Bare menn har høyere risiko for leddgikt ved røyking, men det er usikkert om samme effekten for kvinner eksisterer (Kvien et al. 2006).

Sykefraværet blant pasienter med tidlig leddgikt er høyt (Kvien et al. 2006). Leddgikt øker også risikoen for varig uførhet, og mer enn hver tredje pasient mistet jobben i de første to årene etter diagnose på grunn av sykdommen selv eller pga depresjon (ibid). Kvinnelige pasienter er vist å ha mer redusert arbeidsproduktivitet og høyere sjanse for uførhet på grunn av sykdommen, og dette kan ha sammenheng med hvilken jobb kvinner og menn har (ibid).

Osteoporose og brudd

Osteoporose (benskjørhet) defineres som at benmassen tapes gradvis (NOU, 1999). Dette kan øke risiko for brudd, og de viktigste er hoftebrudd, ryggvirvelbrudd og håndleddsbrudd (ibid). Kvinner har ca. dobbel så høy risiko som menn for å få osteoporose (Hånes, Meyer, og Søgaard 2009). Andre risikofaktor for brudd er høy alder, fall, tidligere brudd, å være hvit europeisk eller nord-amerikansk kvinne, røyking, lav fysisk aktivitet og lav kroppsvekt. (ibid).

Hoftebrudd skjer ofte blant eldre kvinner, mens håndleddsbrudd og ryggvirvelbrudd kan skje blant yrkesaktive kvinner. Norge ligger, sammen med de andre skandinaviske land, på verdens toppen i forekomst av disse bruddene, og hyppigheten har økt over tid (ibid).

Plager i forbindelse med overgangsalder

Menopause er definert som dagen for siste menstruasjon og slutten på den pe-

rioden av livet hvor en kvinne er fruktbar (Soules et al. 2001).

I en ny norsk studie definerer forskere hetetokter som hovedsymptom på menopauseplager blant kvinner (Gjelsvik et al. 2011). Gjennom å følge et utvalg av kvinner over flere år, fant de at 2 prosent av norske kvinner i alderen 41 til 42 opplevde daglige hetetokter, andelen steg til 22 prosent i alderen 53-54 og avtok igjen til 20 prosent i alderen 55-57 (ibid).

Menopauseplager starter noen år tidligere, og plagene varer ofte en del år både før og etter menopausen (Statens Legemiddelverk 2010). Hormonbehandling ble tidligere benyttet av svært mange, men østrogenbehandling har vist seg å øke risiko for brystkreft, hjerte-/karsykdommer som blodpropp, angina, hjerteinfarkt og hjerneslag (ibid). Det finnes noen typer alternative behandlinger mot menopauseplager, men effekt av behandlingene er ikke dokumentert (ibid).

Gjelsvik og kollegaer (2011) viser at røyking og lav utdanning er to viktige risikofaktorer for menopauseplager blant kvinner. Det er også vist at stress og belastninger påvirker symptomene av menopauseplager (Alexander et al. 2007).

Kvinner lever lengre og jobber lengre enn før. Det viser at andelen kvinner i alderen mellom 55 og 64 i arbeidsmarkedet har økt fra mindre enn 40 prosent i 1990 til nesten 50 prosent i 2004 (Ghosheh, Lee, og McCann 2006). Det er lite kunnskap om hvordan kvinners arbeidshelse og livskvalitet er påvirket ved menopausestatus (ibid). Stress på ar-

beidsplassen forverrer menopauseplager blant kvinner, og bidrar til økende sykefravær eller tidligere pensjon blant kvinner i overgangsalderen (Alexander et al. 2007). Det mangler forskning om arbeidshelse blant kvinner i overgangsalderen (ibid).

Fedme og diabetes

Ifølge definisjonen av WHO, er fedme definert som en kroppsmasseindeks på 30 kg/m² eller mer (World Health Organisation 2008). Diabetes er en tilstand med økt mengde glukose (sukker) i blod og deles i to typer: diabetes type 1 (insulinavhengig) og typer 2 (ikke-insulinavhengig) (NOU 1999). En kombinasjon av arvelige anlegg og ukjent miljøfaktorer er årsaken til type 1 diabetes (Folkhelseinstituttet 2011). Overvekt, usunt kosthold og lite fysisk aktivitet er viktige årsaker til diabetes type 2 (Legato et al. 2006, Low, Chin, og Deurenberg-Yap 2009).

Kvinner kan få redusert blodsukkerregulering under graviditet og noen får alvorligere symptomer og utvikler type 2 diabetes senere (ibid). Det er vist at fedme og diabetes er risikofaktorer for sykefravær, særlig langvarig sykefravær (Neovius et al. 2009, Van Duijvenbode et al. 2009, Škerjanc 2001, Kivimäki, Vahtera, et al. 2007).

Forekomst av både fedme og diabetes har økt de siste årene på verdensbasis inkludert Norge (Low, Chin, og Deurenberg-Yap 2009, Lam og LeRoith 2012, Helsedirektoratet 2006). Det er store geografiske variasjoner i forekomst og det er også uklart om det er kjønnsforskjell i forekomst (Berghöfer et al. 2008, Low, Chin, og Deurenberg-Yap

2009, Legato et al. 2006). Men det viser seg at diabetes type 2 øker raskest blant eldre minoritetskvinner (Legato et al. 2006).

Lav sosialøkonomisk status er viktig risikofaktor for overvekt og diabetes 2 hos både menn og kvinner (Agardh et al. 2011, Giskes et al. 2010). En Engelsk studie viser at høyere yrkesstatus bidrar til lavere risiko for fedme hos kvinner, ikke hos menn (Wardle, Waller, og Jarvis 2002). Det kan forklares med at menn og kvinner velger forskjellige typer yrker, og kvinner i høyere yrkesstatus opplever mer ulemper med fedme og er mer opptatt av kroppsform (ibid). Derfor kan forebyggingstiltak for fedme bli kjønnsforskjellige i forskjellige typer yrker og yrkesstatus (ibid).

Selv om kjønnsforskjell for forekomst av fedme og diabetes er uklar, er det vist at disse to sykdommene gir forskjellige konsekvenser for kvinner enn menn (McCollum et al. 2005, Legato et al. 2006, Puhl og Heuer 2009, Metwally, Li, og Ledger 2007, McElroy et al. 2004). Fedme øker risiko for infertilitet, spontana-bort og svangerskapskomplikasjoner og er funnet å henge sammen med alvorlig depressiv lidelse blant kvinner (Metwally, Li, og Ledger 2007, McElroy et al. 2004). Forekomst av diskriminering pga. vekt på amerikanske arbeidsplasser er særlig funnet blant kvinner (Puhl og Heuer 2009). Kvinner med diabetes type 2 har høyere forekomst av fedme, høyere risiko for koronarsykdom og hypertensjon, mer alvorlig dyslipidemi (abnormal amount of lipids in the blood, dyslipidemia), dårligere prognose etter hjerteinfarkt og høyere risiko for død pga. hjerte-

og karsykdommer enn menn med diabetes type 2 (Legato et al. 2006).

I tillegg rapporterer kvinner med diabetes type 2 mer fysisk og kognitiv begrensing, og det kan påvirke oppfatning av sykdommen hos kvinner (McCollum et al. 2005). Kvinner kan møte flere problemer med å regulere sin sykdom enn menn (ibid). Derfor er det nødvendig for helsepersonell å behandle kvinnelige pasienter forskjellig fra mannlige pasienter og gi kvinnelige pasienter mer spesifikke forslag om egentrening og regulering av kosthold som tilpasser kvinnekropper (Legato et al. 2006).

Fordi konsekvenser for menn og kvinner av diabetes og fedme er ulike, er det mulig at sykefraværet blant kvinner blir høyere enn blant menn (McCollum et al. 2005, Legato et al. 2006, Puhl og Heuer 2009, Metwally, Li, og Ledger 2007, McElroy et al. 2004).

Livsstil

Det finnes lite forskning med fokus på kjønnsforskjeller i livstil som risikofaktor for sykefravær. Vi finner en studie om kjønnsforskjell i langvarig sykefravær og kobling til røyking, og denne viser at røyking gir høyere sykefravær blant kvinner enn menn (Christensen et al. 2007). Kvinner har mindre forbruk av alkohol enn menn, og alkoholforbruket er ikke et kvinneproblem (Veenstra, LIMA, og DAATLAND 2009). Andre livsstilsfaktorer har betydning for kvinners helse, for eksempel, inaktivitet, usunt kosthold, overvekt, fedme, og tobakksrøyking fordi de er viktige risikofaktorer for depresjon, lungekreft og COPD, (Legato et al. 2006, Low, Chin, og Deurenberg-Yap 2009, Bernaards et al.

2006, NOU 1999). Livsstilsfaktorene relevante for kvinners helse, men selvsagt også for menn.

En svensk undersøkelse så på kjønnsforskjeller i livsstil mellom studenter (von Bothmer og Fridlund 2005). De fant at kvinnelige studenter hadde en sunnere livsstil knyttet til alkoholbruk og kosthold enn mannlige studenter, men var mer stresset (ibid).

I både internasjonale og norske studier er kvinner funnet å være mindre fysisk aktive, særlig i anstrengende fysisk aktivitet på fritida enn menn (Azevedo et al. 2007, Burton og Turrell 2000, Rütten og Abu-Omar 2004, Vaage 2000). Mulige årsaker er at kvinner bruker mer tid på husarbeid og mangler motivasjon for fysisk aktivitet (Azevedo et al. 2007). Det er også funnet noen kjønnsforskjeller i sammenheng mellom fysisk aktivitet og arbeidsbetingelser (Lallukka et al. 2004). Kvinner med god balanse mellom arbeid og familie og driver med fysisk belastende arbeid, har mer fysisk aktivitet på fritida enn kvinnene som opplever at de blir utslitt av jobben, mens det ikke er funnet noen sammenheng mellom fysisk aktivitet og arbeidsbetingelser blant menn (ibid). Derfor er det mulig at fysisk aktivitet påvirker sykefravær blant kvinner forskjellig enn menn.

I tillegg er det funnet noen kjønnsforskjeller i spisevaner i forhold til arbeidsbetingelser (Lallukka et al. 2004). Kvinner med et psykisk anstrengende arbeid og høy kontroll over eget arbeid, har vanligvis et sunt kosthold, mens ingen sammenheng mellom arbeidsbetingelser og kosthold er funnet blant menn (ibid).

Det er likevel omdiskutert om overvekt er en risikofaktor for sykefravær (Van Duijvenbode et al. 2009, Sanz-de-Galdeano 2005). Årsaken er at sykefravær pga. overvekt ikke kan differensieres fra annet sykefravær, og annet sykefravær brukes for å dekke over sykefravær som skyldes overvekt (Sanz-de-Galdeano 2005). Men det rapporteres flere skader på arbeidsplassen blant overvektige (Ose et al. 2006). Fedme er også funnet å være en risikofaktor for sykefravær, særlig langvarig sykefravær og uførhet (Neovius et al. 2009, Van Duijvenbode et al. 2009, Schmier, Jones, og Halpern 2006).

Vi finner forskning som viser at overvekt og fedme gir ulike helsekonsekvenser for kvinner enn menn. Fordi overvektige kvinner har økt risiko for infertilitet, spontanabort, svangerskapskomplikasjoner og alvorlig depresjonslidelse, kan sykefraværet blant kvinner være høyere enn for menn pga. overvekt (Metwally, Li, og Ledger 2007, McElroy et al. 2004). I tillegg er det påvist mer diskriminering pga. fedme blant kvinner enn menn på amerikanske arbeidsplasser (Puhl og Heuer 2009), men vi finner ikke studier fra Norge eller Skandinavia. Det er mulig at yrkesaktive kvinner opplever mer psykososialt stress på arbeidsplassen enn menn grunnet fedme, og at dette bidrar til høyere sykefravær blant kvinner (ibid).

Røyking er en viktig risikofaktor for mange sykdommer blant kvinner som luftveissykdom, KOLS, lungekreft, lav fødselsvekt (Akl et al. 2010). I Norge begynte kvinner å røyke senere enn menn og andelen kvinnelige røykere er nå kommet opp på sammen nivå som for

menn de siste årene og øker forekomst av kroniske luftveisplager blant kvinner (NOU 1999).

Røyking øker risiko for langvarige sykefravær og tidlig uførepensjon for både menn og kvinner (Laaksonen et al. 2009, Lundborg 2007, Christensen et al. 2007, Husemoen et al. 2004).

Røyking er funnet å gi mer alvorlige konsekvenser for kvinner enn menn fordi kvinner som er eks-røyker og storrøyker har høyere risiko for å bli langvarig sykmeldt enn menn (Christensen et al. 2007). Blant ansatte i helsevesenet, er det særlig vist at røyking er assosiert med økt risiko for sykefraværet som skyldes ryggsmarter (Lana et al. 2005). Mulige årsaker er at røyking bidrar til patofysiologisk endring i mellomvirvelskiver og sammenhenger med osteoporose (ibid).

Studier viser at noen livsfaktorer som inaktivitet, tobakksrøyking, alkoholbruk, overvekt og fedme er viktige risikofaktorer for sykefravær og uførepensjon (Neovius et al. 2009, Van Duijvenbode et al. 2009, Škerjanc 2001, Kivimäki, Vahtera, et al. 2007, Bernaards et al. 2006, Bjørngaard et al. 2009, Vingård et al. 2005).

Livsstilsfaktorer kan altså ha ulik effekt på kvinner og menns sykefravær, selv om det ikke er betydelige kjønnsforskjeller i livsstil mellom kvinner og menn. Hvorvidt dette bidrar til å forklare hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn, er et lite utforsket felt.

3.3 Subjektive symptomer uten objektive funn

Ofte kommer pasienter til legen med plager som legen ikke forstår og ikke finner noen forklaring på, selv etter full klinisk undersøkelse og diverse tester. For at pasienten skal få en diagnose, må sykehistorie og funn stemme overens med en sykdom legen kjenner. Hvis ikke, regnes ikke tilstanden som sykdom, og pasienten får ingen diagnose eller i beste fall en symptomdiagnose, i stedet for en sykdomsdiagnose. Flere menn enn kvinner får sykdomsdiagnoser; det medisinske diagnosesystemet synes å passe bedre for menns plager enn for kvinners. Plager legen ikke finner noen forklaring på, betegnes gjerne som "subjektive", "ubestemte" eller "uforklarte". Det indikerer at det tradisjonelle medisinske sykdomsbegrepet ikke utgjør et tilfredsstillende forklaringsgrunnlag ved disse plagene. Slike plager gis en rekke ulike medisinske betegnelser som for eksempel fibromyalgi, kroniske muskelsmerter, kronisk utmattelsessyndrom, irritabel tarm, spenningshodepine og kroniske underlivssmerter (Malterud 2006). Kvinners helseproblemer gis oftere slike medisinske betegnelser enn menns. Felles for disse diagnosene er at de sier mer om symptomene enn om sykdomsårsakene, og at de blir merkelapper for tilstander med lav medisinsk status. Dette dreier seg om tilstander som gir kronisk lidelse og funksjonshemming. Vi vet en god del om årsaken til slike plager, men slike plager kan ha ulike årsaker hos ulike pasienter.

Kvinner lever andre liv enn menn, og mange har stort omsorgsansvar. Behovet for alltid å være klar til innsats kan bidra

til en "kroppslige beredskap", kroppslige vaner med spente muskler og holdt pust. Det kan medføre at noen kvinner utvikler kroniske muskelspenninger og – smerter, mens andre ser ut til å tåle liknende påkjenninger. Hos mange er plagene knyttet til belastningsforhold på jobben eller hjemme, og også her ser det ut til at tåleevnen er svært forskjellig.

Individuelle forskjeller er helt naturlig fordi sykdom og helse utformes spesifikt hos hvert individ innen deres sosiokulturelle sammenheng. Når de "ubestemte" tilstandene skal utforskes og forstås, er det nødvendig å se på biologiske, psykologiske og sosiokulturelle aspekter som deler av en helhet. Et sentralt poeng innen dette perspektivet er å forstå mennesket som selvreflekterende, et individ som selv forstår og fortolker sine erfaringer og har evne til å utforme modeller og kategorier ved hjelp av sin forestillingsevne. Getz og medarbeidere (2011) beskriver hvordan forskningsresultater fra det siste tiåret viser at erfaring – den informasjonen et individ gjennom sitt livsløp erverver seg gjennom sansning og handling – er særdeles relevant for helse og sykdom. Epigenetikk handler om hvordan arvematerialet "tilpasses" de aktuelle omgivelsene. Hvilke deler av arvematerialet som kommer til uttrykk under hvilke forhold, avhenger av erfarte og fortolkende inntrykk. Mye litteratur handler om endringer i arvematerialet i fosterlivet og tidlig barndom, men det ser ut til at slik påvirkning kan vare hele livet.

De siste 10-20 årene har det vært stor forskningsaktivitet i berøringsflatene mellom psykologi, immunologi, endokrinologi, mikrobiologi og nevrovitenskap.

Resultatene bidrar til å vise hvordan menneskets erfaring og tolkning påvirker dets biologi (Getz, Kirkengen, og E. 2011). For eksempel viser flere studier at det å ha omsorgsansvar man ikke kan komme bort fra (omsorg for kronisk sykt barn eller pårørende med Alzheimers sykdom) kan føre til endringer i det genetiske uttrykket som tolkes som for tidlig celledød. Konfliktfylte relasjoner er vist å kunne lede til nedsatt immunologisk respons på vaksine. Sterke og/eller vedvarende trusler mot et individs eksistens og integritet kan etter hvert føre til utmattelse av kroppens fleksibilitet – et fenomen som kalles allostatisk overbelastning. Fysiske påkjenninger, som under-/over-/feilernæring, forurensning, søvnmangel infeksjoner, virker via de samme fysiologiske mekanismene som psykiske belastninger, som trusler, neglekt, krenkelser eller overveldende omsorgsbyrder. Slike kroniske forstyrrelser av biologiske funksjoner bidrar, trolig også gjennom epigenetiske mekanismer, til våre store folkesykdommer: hjertekar-sykdom, overvekt, diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom, andre immunologiske sykdommer, osteoporose, depresjon, angst og andre psykiske lidelser, smertesyndromer og kronisk utmattelse.

Erfarne klinikere har lenge erkjent betydningen av grunnleggende, eksistensielle livsvilkår for sykdom og plager, men medisinen har manglet faglige begreper som har gjort det mulig å forholde seg til disse sammenhengene på en konsistent måte. En integrert teori om mennesket tar utgangspunkt i at ethvert individ er født med visse biologiske forutsetninger og blir formet av erfaring, forståelse, tolkning og handling, påvirket av fysiske

miljøfaktorer og vevd inn i relasjoner med andre i et samfunn med kulturelt konstituerte verdier (Getz, Kirkengen, og E. 2011). Med dette som utgangspunkt blir biografiske data relevante for legens møte med pasienten, for legens forståelse av kroppslige plager og for diagnostikk og behandling.

Modellen for allostatisk overbelastning muliggjør en helt ny forståelse av sammensatte bilder av feil og mangler som tidligere har vært oppfattet som ulike sykdommer. Graden av helseskadelig stress, som tap av kontroll og manglende innflytelse over egen tilværelse anses å øke med avtagende rang i et sosialt hierarki. Slik kan epigenetikken og allostasemodellen sammen trolig bidra til også å forstå de sosiale gradientene i sykkelighet og dødlighet.

3.4 Mestringsstrategier

Når vi har gått gjennom den medisinske litteraturen, finner vi både at sosiale forhold påvirker helsen, men også at kvinner og menn kan ha ulike mestringsstrategier. Vi har derfor foretatt et systematisk litteratursøk for å finne ut mer om forskningen sier om dette.

Vi finner forskning som viser kjønnsforskjeller i mestringsstrategier, både knyttet til mestring av smerter, sykdom og arbeidsrelatert stress.

Mestringsstrategier handler om spesifikk adferd og psykologisk innsats som mennesker bruker for å mestre, tolerere, eliminere og minimere stressende hendelser eller virkningen av disse (Mazzola, Schonfeld, og Spector 2011).

Innen klinisk psykologi er det også funnet at kvinner i større grad bruker emo-

sjonelle reguleringsstrategier enn menn (Nolen-Hoeksema 2001). Forfatteren mener at kvinners tendenser til grubling og emosjonelle tanker kan bidra til å forklare hvorfor kvinner har mer angst og depresjonslidelser enn menn. Menn har tendens til i større grad å bruke alkohol for å mestre, og dette kan delvis forklare hvorfor menn i større grad misbruker alkohol enn kvinner (ibid).

Ulike mestringsstrategier mellom kvinner og menn kan være en viktig faktor for å forstå hvorfor kvinner har mer sykefravær enn menn.

3.4.1 Mestring av stress

I en systematisk gjennomgang av den kvalitative litteraturen om arbeidsrelatert stress, konkluderes det med at opplevde stressfaktorer varierer både med yrke, nasjon, ansiennitet og kjønn (Mazzola, Schonfeld, og Spector 2011). De fant også at det er noen universelle stressfaktorer, som for høy arbeidsbelastning og mellommenneskelige konflikter. Litteraturen viser også at kvinner og menn reagerer ulikt på ulike stressorer og har ulike mestringsstrategier. De finner blant annet at kvinner i større grad rapporterer mer stress knyttet til mellommenneskelige forhold enn menn (Mazzola, Schonfeld, og Spector 2011).

I gjennomgangen av forskningen fant de også at kvinner i større grad enn menn opplever personlige negative hendelser på arbeidsplassen, for eksempel kritikk fra kolleger (Mazzola, Schonfeld, og Spector 2011).

De finner videre at kvinner opplever mer emosjonelt stress enn menn knyttet til ansvar for andre, mens menn er mer

opptatt av hvordan stress påvirker dem selv fysisk. I en studie som involverte fokusgruppeintervjuer, fant de at mannlige ledere har tendens til å snakke om seg selv i intervjuene, mens kvinner i større grad responderte ut i fra omsorg for andre (ibid).

De viser også til forskning som viser at mens menn i akademia i stressede situasjoner "take action", snakker kvinner i større grad med kollegaer og familie når de blir stresset (Mazzola, Schonfeld, og Spector 2011).

I en stor befolkningsundersøkelse i Canada konkluderes det at det er store forskjeller i mestringsstrategier mellom kvinner og menn med psykiske sykdommer (Wang et al. 2009). Kvinner snakket i større grad med andre og spiste mer/mindre, mens menn i større grad unngikk folk og drakk alkohol for å mestre daglig stress (ibid).

3.4.2 Mestring av sykdommer

Et selv-reguleringsperspektiv anser mennesker som aktive problemløsere, som er motivert av mål, konstant søkende etter mål-relevant informasjon, og som integrerer dette med egen kunnskap for å forme sine subjektive vurderinger av sin egen situasjon (Benyamini 2009). Denne vurderingen brukes som en guide i mestringsinnsatsen, ny informasjon innhentes og oppdaterte vurderinger gjøres osv. Dette er da en dynamisk selv-regulerende prosess som intensiveres når man utsettes for stress, for eksempel at man opplever et helseproblem (ibid).

Det er stor usikkerhet i denne litteraturen om det er kjønn i seg selv, eller om det er kjønnsroller og interaksjonene

med biologiske forskjeller som påvirker mestring og helseutfall (Benyamini 2009).

En metaanalyse av mestring av infertilitet viste at det var flere likheter enn ulikheter i mestringsstrategien mellom kvinner og menn i par (Jordan og Revenson 1999). Ulikhetene de fant, var at kvinner i større grad brukte strategier som flukt og unngåelse, men også at de i større grad enn menn hadde en positiv tilnærming til situasjonen og at de i større grad søkte sosial støtte (ibid).

Som flere kommer inn på når det gjelder kjønnsforskjeller i ulike tema, kan funnene også her kunne forklares med ulike sosialiseringprosesser for gutter og jenter, der jenter i større grad blir sosialisert til å bli mer følelsesmessig sensitiv, til å komme i kontakt med indre følelser og uttrykke følelsene sine (ibid).

En gjennomgang av litteraturen om par som opplever at en av dem får kreft, viste at det individuelle nivået på opplevd bekymring, var mer avhengig av kjønn enn av rollen de hadde (den som får kreft eller er partner til den som får kreft (Hagedoorn et al. 2008). Kvinner opplevde klart større bekymring enn menn, uavhengig av hvilken rolle de hadde i situasjonen (ibid).

En annen studie om menn som får kreft, konkluderer med at menn i større grad enn kvinner prøver å gå videre i livet etter at de får en diagnose (McCaughan og McKenna 2007). Det å fortsette å leve som vanlig kan være en mestringsstrategi for å slippe å tenke på sykdommen ved å fylle opp dagene med vanlige aktiviteter (ibid).

En annen studie blant kreftpasienter, fant at menn hadde like stor sannsynlighet for å fortelle om sykdommen til andre som kvinner (Harrison, Maguire, og Pitceathly 1995). Men de fant også at kvinner betrodde seg til en mye større sirkel av mennesker, som familie, venner og partnere – mens menn typisk betrodde seg til en person, oftest partner (ibid). Forfatterne er opptatt av at dette med sosialt nettverk er svært viktig når folk blir syke, men det har typisk vært studert blant kvinner. At menn ser ut i mindre grad å bruke det sosiale nettverket når de blir syke, har blant annet betydning for hvordan helsepersonell bidrar med informasjon (McCaughan og McKenna 2007).

En studie blant personer med leddgikt, viste at kvinner brukte et bredere spekter av mestringsstrategier enn menn (Englbrecht et al. 2012). Kvinnelige pasienter brukte mer kognitiv omstrukturering, emosjonelle uttrykk, aktiv problemløsning enn mannlige leddgiktspasienter gjorde. Forskerne foreslår at det at kvinner bruker flere strategier, kan bety at kvinner har større behov for å oppnå mestring enn det menn har (ibid).

Kanskje noen mestringsstrategier heller krever en pause fra daglige aktiviteter som jobb, og kanskje kvinner i større grad bruker denne type mestringsstrategi.

En studie fra Sverige kan kanskje belyse dette. Blant pasienter som har hatt hjerteinfarkt fant de at kvinner minimerer virkningen av sykdommen, de ventet med å oppsøke behandling og ville ikke plage andre med deres helseproblem. (Kristofferzon, Lofmark, og Carlsson

2003). Husarbeidsaktiviteter var viktige for dem i rekonvalesensperioden. Menn hadde større sannsynlighet for å involvere ektefellen, og for dem var det viktig å gjenoppta arbeid og holde seg fysisk aktiv (ibid).

En litteraturgjennomgang av mestring av kreft i tykktarm eller endetarm (kolorektal kreft), konkluderte med at det ikke finnes nok forskning og gode nok felles begreper og definisjoner til at man kan si at det er kjønnsforskjeller i blant annet ulike mestringsstrategier i denne pasientgruppen (McCaughan, Prue, og Parahoo 2009).

En studie av pasienter med depresjonslidelser, viste at oppfatningen om hva depresjon er, påvirker valg av mestringsstrategi og at det er tydelige kjønnsforskjeller i flere dimensjoner (Kelly et al. 2007). Først og fremst at kvinner bruker mer følelsesfokuserte mestringsstrategier (ibid). Det samme er funnet om angstlidelser i USA (Xu et al. 2012).

Følelsesfokuserte mestringsstrategier for folk med brystsmertor er funnet å ha sammenheng med lenger tid før behandling oppsøkes og det argumenteres for at intervensjoner bør forsøke å redusere følelsesfokuserte mestringsstrategier som distraksjon, fornektelse og ignorering av symptom (Baxter og Allmark 2013).

I forhold til diabetes type 2 er det også funnet at menn bruker færre mestringsmetoder, er mindre følelsesfokuset og mer problemløsningsorientert enn kvinner (DeCoster og Cummings 2005).

Det er også undersøkt om betydningen av sosial klasse påvirker hvilke mest-

ringsstrategier som velges. En dansk studie av kvinner og menn med muskelskjelettsmerter, viste at det mellom kvinner ikke var noen sammenheng mellom en unnvikende mestringsstrategi og sosial klasse, men at lavere sosioøkonomisk status hang sammen med mindre problemorientert mestringsstrategier (Christensen et al. 2006). De fant at blant menn var det ingen sammenheng mellom klasse og det å ha problemløsningsorientert mestringsstilnærming, men at unnvikende strategier var vanligere blant lavere sosiale klasser (ibid).

Flere studier påpeker altså at problemfokuserte mestringsstrategier (aktiv og instrumentell) gir bedre helse enn følelsesmessige strategier (affektive, unnvikende, lindrende), og at kvinner i større grad velger den siste (Ninot et al. 2006, Keogh og Denford 2009). Det er likevel ikke sikkert at dette er reelle kjønnsforskjeller, eller om menn og kvinner handler ut i fra hvordan de som stereotype kvinner og menn forventes å handle (Keogh og Denford 2009).

3.4.3 Mestring av smerter

En gjennomgang av forskningslitteraturen på kjønn og smerte, konkluderer med at epidemiologiske studier viser at kvinner har betydelig større risiko for mange kliniske smertetilstander enn menn (Fillingim et al. 2009). De finner at ulike eksperiment har vist at kvinner har større følsomhet for smerte i (varme, kulde, trykk, osv.), men det er også funnet stor variasjon mellom individ heller enn mellom kjønn (ibid).

En svensk studie så på sosioøkonomiske faktorer og smertetilstander (Bingefors og Isacson 2004). Både blant kvinner og

menn fant de at folk med lavere sosioøkonomisk status i større grad opplever smerte, men at utdanning og arbeidsløshet var viktig bare blant menn, mens økonomiske problem, deltidsarbeid og det å være gift var assosiert med smerte blant kvinner (ibid). Overvekt, tidligpensjonering, langtidssykefravær og mangel på fysisk trening, hang sammen med økt smerte både for kvinner og menn (ibid).

Denne artikkelen konkluderer med at de store kjønnsforskjellene i smerte og prevalensen av alvorligheten i selvrapportert helse, har sammenheng med biologiske forskjeller (gener og hormoner), men at den viktigste forklaringen sannsynligvis er kjønnsforskjeller i arbeid, økonomi, daglig liv, sosial liv og forventninger mellom kvinner og menn (Bingefors og Isacson 2004).

De konkluderer med at det ikke er nok å bare fokusere på arbeidsmiljøforbedring, det må også sosiale endringer til for å reduserer kjønnsforskjellene i smerte mellom kvinner og menn (ibid).

En studie av unge mennesker med kroniske smerter, viste at både gutter og jenter søkte sosial støtte for å mestre de kroniske smertene, men jenter i større grad enn gutter (Hechler et al. 2010). De fant at en reduksjon i det å søke støtte, falt sammen med redusert smerteintensitet kun for jenter. Både gutter og jenter endret mestringsadferden når behandlingene gav effekt. Forfatterne sier også at forskjellene som observeres mellom gutter og jenter i måten å mestre smerte på, kanskje kan forklares med kjønnsrolleforventninger og familieinteraksjoner (ibid).

Smerteforskning er komplisert, og sammenhengen mellom virkninger av kjønnshormoner, endogene opiodfunksjoner, genetiske faktorer, mestringsstrategier og stereotype kjønnsroller er så langt ikke forstått (Bartley og Fillingim 2013).

3.5 Kjønnsforskjeller i bruk av helsetjenester

En rapport fra SSB konkluderer på følgende måte (Sandnes 2007):

Kvinner står for over halvparten av oppholdene på somatiske sykehus. Overrepresentasjonen skyldes at kvinner i reproduktiv alder må på sykehus i forbindelse med svangerskap og fødsler, og at kvinner har høyere levealder enn menn. Flere menn enn kvinner er på sykehus med hjerte- og karsykdommer. Forskjellene er ikke så store for andre diagnoser. Fram til 15-årsalderen er det flere gutter enn jenter som legges inn på sykehus. Kvinner får flest dagbehandlinger og har flest polikliniske konsultasjoner. Menn er i flertall blant de som får dialysebehandling ved nyresvikt. Kvinner får utført flere undersøkelser og behandlinger for øyesykdommer.

Statistisk sentralbyrå 2007

I internasjonale studier finner vi ingen klare sammenhenger mellom kjønn og bruk av helsetjenester, og det spekuleres på om kjønnsforskjeller i rapporterte helseproblemer egentlig mest skyldes at kvinner har lavere sosioøkonomisk status (Ladwig et al. 2000, Joling, Groot, og Janssen 2003). Ny forskning viser at kjønnsforskjellene i sannsynlighet for å oppsøke fastlegen, i stor grad reduseres når det kontrolleres for samme sykdom (Wang et al. 2013).

3.6 Kvinner og menns kommunikasjon med helsevesenet

Det er økt fokus på å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste i

Norge.³ Begrepet "brukerorientering" innebærer blant annet en mer likeverdig vektning av brukerkunnskap og erfaringer på den ene siden, og fagkunnskap på den andre siden.

Forskning på kvinnelige og mannlige leger viser at de har ulike kommunikasjonsstiler. Både i Storbritannia, Nederland og i USA er det funnet at mannlige leger snakker på en mer autoritær måte, gir kommandoer til pasienter, avbryter mer og bruker mindre tid på pasientene, smiler og nikker mindre (Kristofferzon, Lofmark, og Carlsson 2003). Særlig kvinner kan bli passive, føyelige og mindre aktive i samtalen (ibid). Annen forskning tyder derimot på at det ikke finnes noen kjønnsspesifikk kommunikasjonsstil blant leger, men at det kanskje heller er kjønnsrollemønsteret og stereotyper for kvinner og menn som farger de subjektive vurderingene til pasientene (Kilminster et al. 2007, Shiels og Gabbay 2006, Street Jr 2002, Henderson og Weisman 2001).

Litteraturen viser at det er gjennomført ulike tiltak for å bedre kommunikasjon mellom pasient og behandler. Systematiske litteraturgjennomganger konkluderer med at ulike intervensjoner kan bedre kommunikasjonen mellom lege og pasient (Rao et al. 2007, Haywood, Marshall, og Fitzpatrick 2006, Harrington, Noble, og Newman 2004).

Hvilken kontakt de sykmeldte har med helsetjenesten, kan ha stor betydning for hvor raskt de blir friskmeldt. I en undersøkelse i Sverige mottok 10 000 personer

³ Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester

som hadde vært sykmeldt de siste 6-8 månedene et spørreskjema om møter de hadde hatt med helsevesenet (Upmark, Borg, og Alexanderson 2007). De fant at en tredjedel av kvinnene og en fjerdedel av mennene hadde opplevd negative møter med helsepersonell. De vanligste negative opplevelsene handlet om å bli behandlet med likegyldighet, mangel på respekt, at ikke fagpersonen tok seg god nok tid, ikke lyttet, ikke trodde på eller tvilte på det pasienten sa. Når de justerte for alder, etnisitet og utdanning, var kjønnsforskjellene fortsatt betydelige i andel som opplevde negative møter. Forfatterne foreslår at de subjektive opplevelsene kvinner har med helsetjenestene er viktige faktorer å ta tak i om sykefraværet skal reduseres. De foreslår også at helsepersonell bør skifte fokus mot mer myndiggjøring av pasientene, heller enn å gjøre dem usikre - for å få til bedre møter, jf. empowerment heller enn belittlement (Werner og Malterud 2005).

En norsk studie som ser på fastlegens vurdering av pasienter med subjektive og sammensatte helseplager gjennom fokusgruppeintervju med leger, konkluderer med at fastlegene opplever at disse tilfellene er spesielt vanskelige og oppleves som pasientdrevet, og utfallet er avhengig av legens holdninger, overbevisning og personlighet (Nilsen et al. 2011).

3.7 Oppsummering

Kvinner har betydelig mer yrkesrelaterte helseplager enn menn. Noe kan forklares med større belastning av arbeidet, men det er også betydelige kjønnsforskjeller i helse uavhengig av arbeidsbetingelser.

Kvinner opplever generelt mer smerte i muskler og kropp, og kvinner rammes av

andre sykdommer og plager enn menn. I tillegg til større risiko for å utvikle muskel- og skjelettsykdommer og smerter, har kvinner mer hodepine og migræne. Kvinner opplever også i større grad å bli kronisk utmattet og utbrent. Kvinnekroppen gjennomgår store endringer over relativt kort tid ved svangerskap og fødsel, og smerter, sykdommer og plager knyttet til reproduksjonssystemet rammer mange kvinner.

Flere menn enn kvinner får sykdomsdiagnoser; det medisinske diagnosesystemet synes å passe bedre for menns plager enn for kvinners. Plager legen ikke finner noen forklaring på, betegnes gjerne som "subjektive", "ubestemte" eller "uforklarte" og dette indikerer at det tradisjonelle medisinske sykdomsbegrepet ikke utgjør et tilfredsstillende forklaringsgrunnlag ved disse plagene. Slike plager gis en rekke ulike medisinske betegnelser som for eksempel fibromyalgi, kroniske muskelsmerter, kronisk utmattelsessyndrom etc. og kvinners helseproblemer gis oftere slike medisinske betegnelser enn menns. Dette er diagnoser som sier mer om symptomene enn om sykdomsårsakene, og blir merkelapper for tilstander med lav medisinsk status.

Hos mange er plagene knyttet til belastningsforhold på jobben eller hjemme og tåleevnen er svært forskjellig. Individuelle forskjeller er helt naturlig fordi sykdom og helse utformes spesifikt hos hvert individ innen deres sosiokulturelle sammenheng. Når de "ubestemte" tilstandene skal utforskes og forstås, er det nødvendig å se på biologiske, psykologiske og sosiokulturelle aspekter som deler av en helhet.

De siste 10-20 årene har det vært stor forskningsaktivitet i berøringsflatene mellom psykologi, immunologi, endokrinologi, mikrobiologi og nevrovitenskap. Nye modeller utvikles og har muliggjort forståelse av sammensatte bilder av feil og mangler som tidligere har vært oppfattet som ulike sykdommer. Graden av helseskadelig stress, som tap av kontroll og manglende innflytelse over egen tilværelse anses å øke med avtagende rang i et sosialt hierarki. De nye modellene kan trolig bidra til å forstå de sosiale gradientene i sykелighet og dødelighet.

Forskningen viser også at kvinner og menn har ulike mestringsstrategier både i forhold til stress og helseforhold. Kvinner bruker trolig flere mestringsstrategier enn menn, og de ser ut til å være mer følelsesmessig orientert enn menns mestringsstrategier. Dette kan føre til at kvinner trenger lenger fravær fra jobb. Menns mestringsstrategier går mer i retning av avkobling med alkohol og gjenopptakelse av arbeid så raskt som mulig. Hvorvidt ulike mestringsstrategier handler om biologiske forskjeller, eller om vi inntar sosialt lærte roller, kan foreløpig ikke forskningen svare på.

4 Forhold i familien

4.1 Innledning

Gjennom den industrielle revolusjonen som startet på 1700-tallet, skjedde det en tydelig arbeidsdeling mellom kvinner og menn. Kvinner fikk rollen med å gjøre jobben i hjemmet og være omsorgspersonen i familien (ubetalt arbeid), mens mannen gikk ut i betalt arbeid. At kvinner gradvis begynte i betalt arbeid, førte ikke at de sluttet med å gjøre jobben hjemme.

Mens hjemmet tradisjonelt har vært mannens sted for rekreasjon, har det vært kvinners arbeidsplass.

Horisontal segregering i arbeidsmarkedet gjør at kvinner og menn befinner seg i stor grad i ulike segmenter av markedet, og vertikal segregering med at menn sitter i høyere posisjoner, forsterker den horisontale segregeringen. Kvinner arbeider i stor grad i helse og omsorgsyrker, og har dermed en yrkesrolle som er en fortsettelse eller en forlenging av arbeidet i hjemmet. Dette er jobber som er dårligere betalt enn jobbene menn typisk har.

Vi kan lett se en situasjon der mannen er mer verdsatt i arbeidsmarkedet, og at familiens økonomiske tilpasning tilsier at kvinnen skal gjøre mest hjemme, fordi alternativinntekten til mannen er høyere.

Kvinnens rolle i familien kan påvirke kvinnens yrkesdeltakelse og hvor mye arbeidskraft hun ønsker å tilby i arbeidsmarkedet. Ønske om deltidsarbeid

er styrt av en rekke forhold, og som vi viser i kapittel 6, handler dette i større grad om familiesituasjonen for kvinner enn for menn.

I tillegg til å påvirke kvinnens tilbud av arbeidskraft, kan kvinnens rolle i hjemmet også ha betydning for sykefraværet.

Vi har i dette kapittelet primært stilt oss følgende spørsmål:

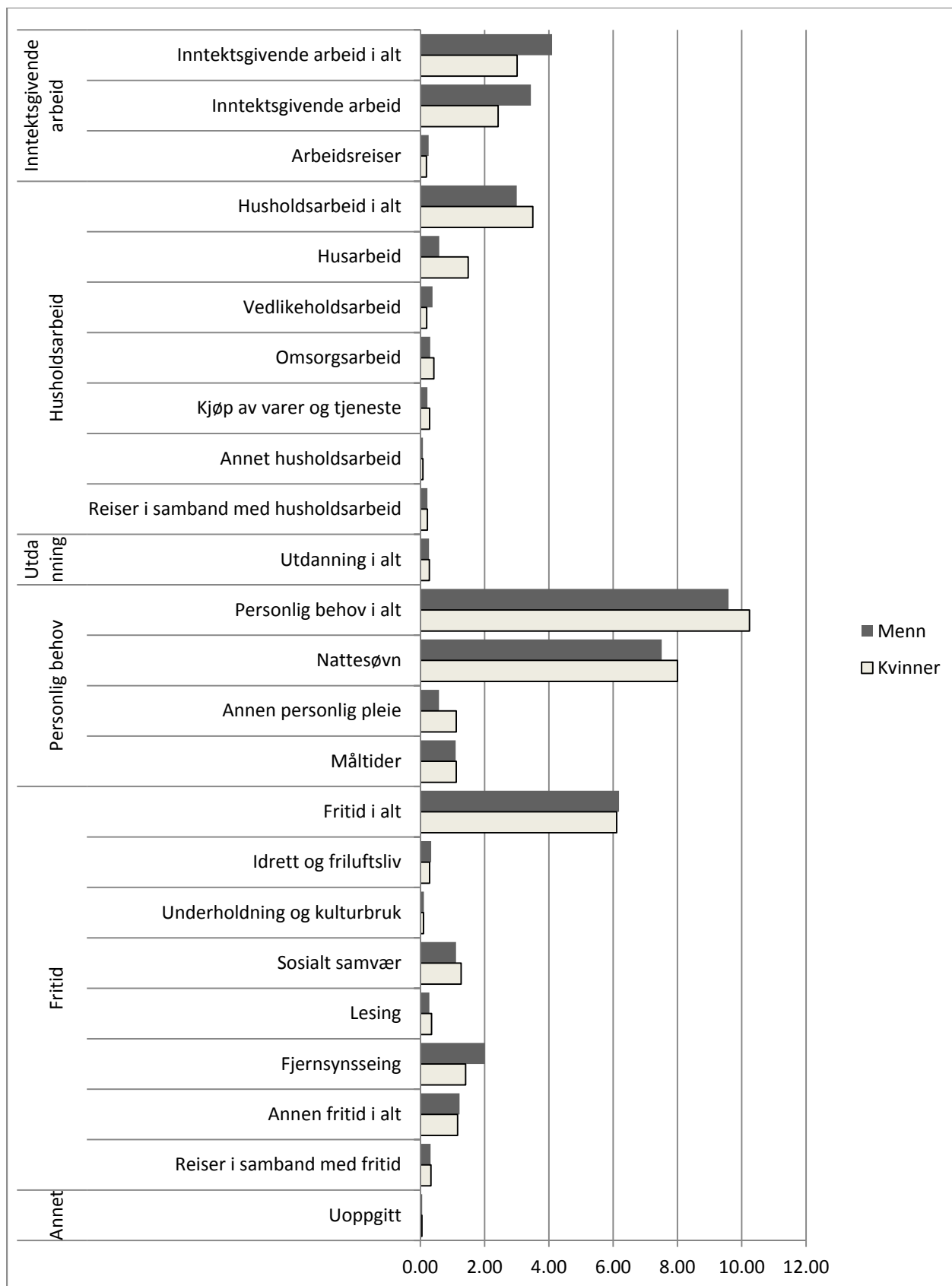
- Er belastningen i hjemmet større for kvinner enn menn?
- Påvirker belastningen i hjemmet sykefraværet?
- Kan dette forklare noe av kjønnsforskjellene i sykefraværet?

Vi starter med å se på arbeidsdelingen mellom kvinner og menn i hjemmet. Foreldrepermisjon og effekten av ulike reguleringer, diskuteres i kapittel 7.

4.2 Arbeidsdeling i familien

Likestillingsutvalget har i sin utredning (NOU 2012: 15 Politikk for likestilling), blant annet samlet forskning om arbeidsdeling i familien. Vi henviser dit for referanser og en grundigere gjennomgang.

Vi ser her nærmere på tidsbruksundersøkelsene som gjøres i SSB. Data samles inn ved at representativt utvalg av befolkningen registrerer hvordan de bruker tiden sin, og undersøkelsen er gjennomført i 1971, 1980, 1990, 2000 og 2010. Hvilke aktiviteter kvinner og menn bruker tid på i 2010, er vist på neste side.



Figur 4.1 Tidsbruk kvinner og menn. Tidsbruksundersøkelsen SSB, 2010.

Kvinner brukte 28 prosent mer tid enn menn til husholdsarbeid i 2010. Det var omvendt for inntektsarbeid; menn brukte 38 prosent mer tid på dette enn kvinner gjorde.

Det er altså ikke slik at kvinner og menn gjør like mye tid på husarbeid. Menn ser mer TV enn kvinner og kvinner bruker litt mer tid på sosialt samvær enn menn. Men utviklingen går i retning av at menn gjør mer hjemme.

SSB har sett på utviklingen fra den første kartleggingen for 40 år siden, og de finner store endringer (Vaage 2011). Andelen menn som utfører inntektsgivende arbeid en gjennomsnittsdag, har sunket fra 64 prosent til 48 prosent fra 1971 til 2010. Blant kvinner har det vært en økning fra 32 prosent til 39 prosent i den samme perioden (ibid).

Totalt sett brukte menn 47 minutter mer til husholdsarbeid per dag i 2010 enn i 1971. Blant kvinnene har det vært en nedgang på 2 timer og 5 minutter. For mennene skyldes økningen i første rekke at det er flere som tar del i denne typen arbeid, ikke at de som gjør det bruker mer tid (ibid).

Mellom 1971 og 1980 var det også en betydelig økning i andelen menn som utfører omsorgsarbeid. De siste 20 åra har denne andelen flatet ut på i overkant av 30 prosent. Blant kvinner var det også en økning i omsorgsarbeidet fra 1971 til 1990. Deretter har både andelen som gjør slikt arbeid, og tiden de bruker til det, sunket noe.

En annen undersøkelse i Norge, viser at bare ett av fire par deler husarbeidet likt mellom seg

I en rapport fra Nova presenteres resultatene fra prosjektet "Likestilling hjemme" som de har gjort i samarbeid med Institutt for samfunnsforskning (Hansen og Slagsvold 2012).

De finner at deling av husarbeid varierer med sosioøkonomisk status, men at det er hennes mer enn hans sosioøkonomiske status som har betydning: jo høyere utdanning, inntekt og yrkesklasse hun har, jo vanligere er det å dele likt. De finner at mannens yrkesklasse ikke har noen sammenheng med deling av husarbeid, og hans utdanning har bare en svak betydning. De finner også at i forhold til deling av barneomsorg, er sammenhengene med sosial klasse svakere, og hans og hennes sosioøkonomiske status har omtrent samme effekt. En annen konklusjon fra denne rapporten er at barneomsorg er mer likt fordelt mellom menn og kvinner enn husarbeid (ibid).

En annen studie fra Norge, viser at 40 prosent av parene har en relativt lik arbeidsdeling i hjemmet, og at lik fordeling var mest vanlig om foreldrene hadde høy utdanning og hadde regulær arbeidstid, og at faren er ansatt i offentlig sektor (Kitterød og Lappegard 2012). De fant at en mer tradisjonell arbeidsdeling der kvinnen gjorde mest i hjemmet, var vanligere når parene har lav utdanning, når mor har et helseproblem og når far arbeider i privat sektor (ibid).

I en tidsbrukstudie fra Australia konkluderes det med at hushold med universitetsutdannede foreldre bruker mer daglig tid med barna enn andre husholdninger (Craig 2006). De finner at både fedre og mødre med universitetsutdanning bruker mer tid på barna, inkludert

tid alene med barna, enn foreldre med lavere utdanning (Craig 2006).

En studie fra Tyskland konkluderer med at høyere utdannende kvinner utsetter å få barn ved jobbusikkerhet (målt med ledighetsrate og subjektiv opplevd usikkerhet om økonomisk situasjon og jobbsituasjonen), mens kvinner med lav utdanning responderer på en slik situasjon med å bli mødre (Kreyenfeld 2010).

Konklusjonen etter dette er at kvinner generelt gjør mer husarbeid, men at det er likere fordeling mellom par med høyere sosioøkonomisk status enn de med lav sosioøkonomisk status. Om husarbeid er en belastning eller et gode, sier ikke forskningen vi har sett på til nå noe om.

4.3 Foreldrerollen

Når vi diskuterer foreldrerollen beveger vi oss et sted mellom politikk, vitenskap, natur og kultur (Madsen 2013).

I internasjonal litteratur er det funnet at det å ha barn ikke nødvendigvis betyr at foreldrene får det bedre, mange finner også en negativ sammenheng (Umberson og Gove 1989). Andre finner at foreldre, og spesielt fedre, er mer lykkelige, har flere positive følelser og opplever større mening med livet enn de som ikke er foreldre (Nelson et al. 2013).

En litteraturgjennomgang viste at folk er lykkeligere og mer tilfredse uten barn, og at det er typisk hjemmeboende barn som reduserer velværet, særlig blant kvinner, enslige og i lavere sosioøkonomiske grupper (Hansen 2012). Forskeren fant at dette bildet ikke stemmer i Norden, her viser forskningen heller at barn ikke har en negativ påvirkning for lykke og tilfredshet, men heller en nøytral eller

positiv virkning (for kvinner). Det å være enslig eller å ha lav sosioøkonomisk status betydde heller ikke at de som hadde barn var mindre lykkelige (ibid). Dette kan ha sammenheng med at de nordiske landene har bedre ordninger for barnefamilier og at det er en likere fordeling på foreldreoppgavene mellom kvinner og menn i velferdsstatene (ibid).

Ut i fra dette kan vi kanskje konkludere med at barn er en mindre belastning for foreldrene i Norge og i andre velferdsstater, fordi vi har gode ordninger for småbarnsforeldre.

Hvorvidt ordningene knyttet til ungdom som i økende grad faller utenfor skole og arbeidsliv også blir kompensert for i velferdsstaten, kan bli et viktig forsknings-spørsmål fremover.

4.4 Arbeidstid

Det kjønnsdelte arbeidslivet gir også forskjeller i arbeidstidsordninger.

Flere menn enn kvinner har jobber med fleksibel arbeidstid, mens i de typiske kvinnejobbene innenfor service og omsorg er arbeidstiden standardisert (Lohne 2006). Mange av de tradisjonelt maskuline yrkene innenfor håndverk og industri har også standardisert arbeidstid, men i de typiske mannsjobbene finnes ingen tradisjon eller kultur for å jobbe deltid. De tunge deltidskulturene finnes i all hovedsak i de arbeidsorganisasjonene der kvinner utgjør et flertall av de ansatte. Barn og familie øker også sannsynligheten for at norske kvinner arbeider deltid, selv om flere oppgir at de gjerne skulle jobbet mer (Kjeldstad 2006).

De aller fleste som jobber deltid i Norge, kanskje så mye som 80 prosent, arbeider frivillig deltid (Nicolaisen og Bråthen 2012).

I en helt ny rapport om frivillig deltid fra AFI, finner de at kvinners deltidsvalg handler om familieøkonomi, opplevelse av egen helse, mestringsstrategier og et kulturelt mandat som legitimerer arbeidstidsreduksjon og tilbaketrekning fra arbeidsmarkedet for kvinner (Egeland og Drange 2014).

4.5 Dobbeltrollehypotesen

En del av forskningslitteraturen går i retning av at det å både være arbeidstaker og det å være mor, gir stor belastning for kvinner og at dette både kan gå ut over barna og tilstedeværelsen på jobb (dobbeltrolle).

Det er generelt funnet lite støtte til hypotesen om at kvinner har høyere sykefravær enn menn fordi de har større belastning i familielivet enn menn.

En sentral og grundig norsk artikkel konkluderte med at assosiasjonen mellom barn og sykefravær var svak, spesielt blant gifte (Mastekaasa 2000). At gifte personer med barn har mer fravær enn gifte par uten barn, handler i stor grad om luftveissykdommer. Analysene viser ingen klar effekt av utdanning på sammenhengen mellom barn og sykefravær (Mastekaasa 2000).

En flernasjonal studie som brukte tidsdagbokdata fra nesten 25 000 gifte mødre og fedre i Canada, Tyskland, Italia og Norge, viste at høyere utdannede kvinner bruker mer tid med barna enn kvinner med lavere utdanning i alle fire landene (Sayer, Gauthier, og Furstenberg 2004).

De foreslo at dette kan skyldes at høyt utdannede kvinner har andre foreldreverdier enn kvinner med lavere utdanning. Blant menn fant de at utdanning ikke hadde noen sammenheng med hvor mye tid de brukte med barna i Norge og bare en svak sammenheng i Tyskland (Sayer, Gauthier, og Furstenberg 2004). Datagrunnlaget for denne forskningen er fra 80- og 90-tallet, og disse resultatene er kanskje ikke lenger er gyldige.

Det finnes også forskning som sier at høyere utdannede kvinner kompenserer for mer tid borte fra barna på grunn av arbeid, ved å prioritere tid med barna heller enn fritidsaktiviteter og tid til søvn (Kitterød 2002).

En studie basert på norske registerdata viser at høyere utdanning og det og ha barn under 7 år, reduserer sannsynligheten for å gå fra langtidssykmelding til uføretrygd (Gjesdal og Bratberg 2002). Den "beskyttende effekten" av å ha små barn gjaldt bare for kvinner (ibid).

En studie fra Sverige konkluderer med at kvinner og menn i høye stillinger ser ut til å dele husholdningsoppgavene mer likt, og de har også råd til å leie inn noen for å delta i husholdningsoppgavene (Krantz og Lundberg 2006).

En forklaring på at dobbeltrollehypotesen har fått lite empirisk støtte, kan ha sammenheng med den store andelen kvinner som jobber deltid i Norge. Når over 40 prosent av kvinnene jobber deltid, kan det være at kvinnene som opplever at full jobb i tillegg til familie blir for krevende, har justert arbeidstilbudet sitt.

Analyser fra SSB viser at familier der begge foreldrene har en ukentlig arbeids-

tid på minst 40 timer, har hver fjerde rengjøringshjelp (Kitterød 2012).

Det er få mødre som jobber veldig mye, og en slik tilpasning er vanligst blant dem med lang utdanning. Kitterød skriver at ettersom nye generasjoner av kvinner tar stadig mer utdanning, vil vi kanskje se flere med lang arbeidstid i tiden framover, noe som kan gi økt etterspørsel etter hjelp til husarbeidet utover det partneren bidrar med. Hun skriver også at det kan bli mer sosialt akseptert å kjøpe rengjørings tjenester i tiden framover (ibid).

Ut i fra dette kan vi si at kvinner som jobber fulltid og har høy utdanning, har bedre økonomi enn deltidsarbeidende kvinner som ofte har lav utdanning, og kan i større grad kjøpe seg fri for hjemmeoppgaver som vasking. Dette kan handle om sosial ulikhet, heller enn kjønnsforskjeller. Eller kanskje sosial ulikhet innen samme kjønn, siden menns arbeidstilbud ikke i særlig grad synes å være påvirket av kvinnens arbeidstilbud.

Innen politisk sosiologi er slått fast at klasseskiller er blant de aller viktigste og robuste forskjellene i samfunnet. Det er mange analyser også fra Norge som viser at fordeling av befolkningen i ulike sosioøkonomiske klasser, er relativt stabil over tid. Vi ser her på hva dette betyr for familien og kjønnsrollene.

Særlig i skandinaviske velferdsøkonomier, er det funnet store klasseforskjeller (Svallfors 2006). Personer i lavere sosioøkonomiske klasser (særlig sterk i forhold til lav utdanning), er betydelig mer tradisjonell i kvinnesynet enn ansatte høyere klasser og at svensker og tyskere

er mer egalitære enn britiske og amerikanske arbeidstakere (ibid).

At ikke dobbeltrollehypotesen har bekreftet en generell konflikt mellom arbeid og familieliv, betyr ikke at en del av årsakene til sykefraværet, nettopp skyldes forhold i hjemmet. I en undersøkelse blant 300 sykmeldte i Trondheim kommune, fant vi at 26 prosent av de sykmeldte (27 prosent av kvinnene og 18 prosent av mennene) svarte at det helt eller delvis var forhold på hjemmebane som var årsak til sykefraværet. Utvalget var naturlig nok svært kjønnskjevt fordi det arbeider flest kvinner i kommunene og fordi kvinner er mer sykmeldt. Vi ba respondentene svare på et åpent spørsmål om årsaken, og vi finner at det handler om følgende forhold:

- Alvorlig syke foreldre
- Alvorlig syke ektefeller
- Alvorlig eller kronisk syke barn
- Samlivsbrudd/ekteskapsproblemer
- Svangerskap

Dette er typisk familierelaterte årsaker, og i dette utvalget av sykmeldte var det flere kvinner enn menn som hadde sykefravær av denne typen.

Disse funnene tyder på at antall barn ikke er en tilstrekkelig indikator for teste dobbeltrollehypotesen, og hypotesen kan foreløpig ikke sies å være forkastet.

En annen tanke, som kanskje har større støtte i empirien enn dobbeltrollehypotesen, er en type ekspansjonsteori av kjønn, arbeid og familie (Barnett 2004). Denne teorien bygger heller på at flere roller er en fordel heller enn en ulempe

og empirisk forskning støtter denne teorien. Det er sannsynligvis en myte at mor-hustru-sysselsatt er en belastning, også når det tas hensyn til at det typisk er friske kvinner som mestrer å ha flere roller (healthy worker effect) (ibid).

4.6 Betydning av sosialt nettverk

En kan tenke seg at yrkesaktive kvinner utvikler et større nettverk rundt seg enn kvinner som velger å være hjemme og oppdra barn. De fleste i samme alder som den hjemme, er yrkesaktiv. Men det kan godt være lokal variasjon der mange unge kvinner velger å være hjemmeværende.

Det finnes en del forskning som viser at sosial støtte og nettverk har betydning i forhold til å utvikle flere somatiske sykdommer (Uchino 2006, Smith og Christakis 2008), og reduserer risiko for død (Holt-Lunstad, Smith, og Layton 2010). Lite av denne litteraturen handler om kjønnsforskjeller i effekten av ulike nettverk på helse, men det å ha et stort og heterogent nettverk kan gjøre at man utvikler en omfattende kvalitetssikring for eksempel rundt egne helsebeslutninger.

At yrkesaktivitet gir et større sosialt nettverk, er kanskje særlig viktig for innvandrerkvinner.

4.7 Vold i nære relasjoner

En ny rapport "Vold og voldtekt i Norge" fremlagt av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, bygger på data fra undersøkelsen "Trygghet, vold og livskvalitet i Norge" (Thoresen og Hjemdal 2014). Undersøkelsen inngår som en del av Regjeringens handlings-

plan mot vold i nære relasjoner 2008 – 2011 «Vendepunkt», og er finansiert av Justis- og beredskapsdepartementet. I alt 2435 kvinner og 2092 menn har deltatt gjennom telefonintervjuer (ibid).

De finner at kvinner er betydelig mer utsatt for seksuelle overgrep enn menn, uansett alder, og uansett hva slags seksuelt overgrep det er snakk om. Det er nesten utelukkende menn som er overgriper. De finner at menn og kvinner rapporterte omtrent like ofte mindre alvorlig partnervold, mens det i all hovedsak var kvinner som var utsatt for den alvorlige partnervolden.

De finner også at kvinner mer enn menn utsettes for vold og seksuelle overgrep i nære relasjoner, mens menn oftere utsettes for vold fra fremmede.

Samtidig er det like mange menn som kvinner som rapporterte kontrollerende atferd fra partner. Av de som svarte ja på alvorlig partnervold, var det like mange menn som kvinner som også rapporterte kontrollerende atferd (ibid).

Det at menn har en maskulinitet som gir dem det fysiske overtaket, resulterer i at flere kvinner enn menn utsettes for vold i nære relasjoner. Kanskje kan fremtidig forskning også inkludere psykisk dominans i par, der kontrollerende adferd belyses i større grad. Hvorvidt det er menn eller kvinner som er mest kontrollerende, og hvilke konsekvenser det har for ham og henne, er kanskje fremdeles et åpent spørsmål. Kvinner har mye makt i et parforhold, særlig om det er barn involvert. De fleste barna bor fast hos mor etter et samlivsbrudd. Hva dette gjør med mannens sårbarhet i dag når menn

er mye mer involvert i omsorgen for barna fra fødselen av, har vi ikke funnet forskning på.

4.8 Oppsummering

I dette kapittelet har vi funnet at belastningen i hjemmet klart er større for kvinner enn menn. Kvinner med høyere utdanning, har lavere arbeidsinnsats hjemme, både fordi mannen bidrar mer i slike familier og fordi høyere inntekt muliggjør kjøp av privat hjelp i hjemmet.

Sannsynligvis er mennesker så tilpassningsdyktig, og har mulighet til å være det i en velferdsstat, at belastningen hjemme ikke påvirker kvinners sykefravær direkte. De som får problemer med å mestre både arbeid og hjemmearbeid,

går heller ned i stilling dersom økonomien og andre forhold tillater det.

Det er likevel en gruppe arbeidstakere som ikke har de samme mulighetene. Dette er trolig turnusarbeidende kvinner med relativ lav lønn som ikke har råd til å gå ned i lavere stilling selv om belastningen blir for stor. Når vi i tillegg vet at arbeidsdelingen i hjem i husholdninger med lavere sosioøkonomisk status klart tilsier større belastning på kvinnen, da er det ikke så vanskelig å forstå statistikken som viser at lavtlønte kvinner i helsesektoren og i renhold er blant yrkesgruppene med høyest sykefravær.

5 Forhold på arbeidsplassen

5.1 Innledning

Både kvinner og menn får mye positivt ut av det å arbeide. Dette handler om å ha selvstendig inntekt, det gir meststringsfølelse, nettverk og en rekke andre positive fordeler. I tillegg har arbeid i seg selv funnet å ha en positiv effekt på helsa vår (van der Noordt et al. 2014).

Det kan likevel være forhold på arbeidsplassen som gir belastning, som organisatoriske, psykososiale og fysiske arbeidsmiljøforhold.

Som vi så i kapittel 3.2 opplever betydelig flere kvinner enn menn å være fysisk og psykisk utmattet når de kom hjem fra jobb. Det er også mange flere kvinner enn menn som opplever smerter i armer, nakke, skuldre, rygg, hofter, hode og øyne som skyldes jobb.

Arbeidslivsforskningen har i liten grad hatt fokus på kjønnsforskjeller i arbeidsmiljø når sammenhengen mellom helse og arbeidsmiljø studeres (Artazcoz et al. 2007, Messing og Mager Stellman 2006).

I dette kapitlet undersøker vi følgende:

- Har arbeidsmiljøet betydning for sykefraværet?
- Hva vet vi om de typiske kvinneyrkene?

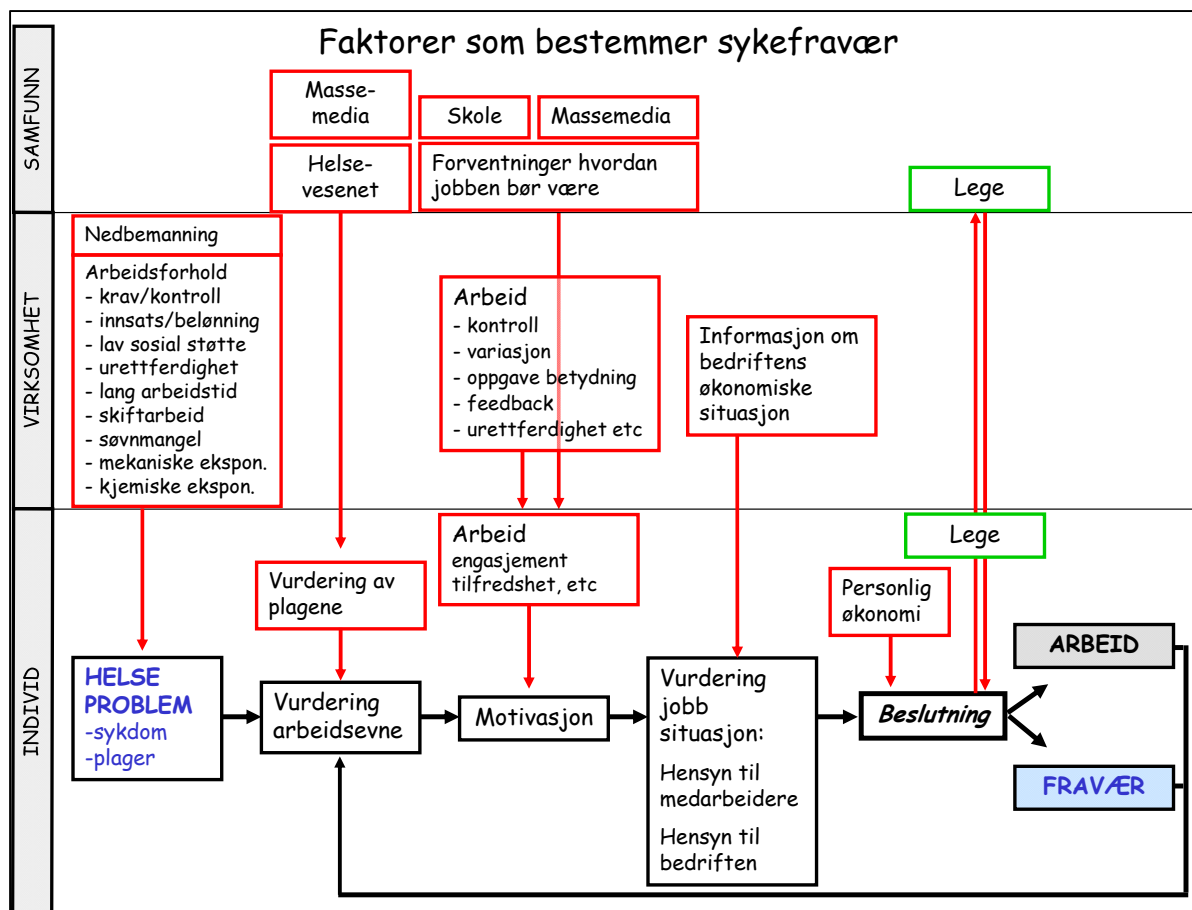
- Tar dagens forklaringsmodeller med kunnskap fra forskning på typiske kvinneyrker?

5.2 Har arbeidsmiljø betydning for sykefraværet?

De fleste er enige i at arbeidsmiljøet vi til daglig er en del av, vil påvirke vår tilbøyelighet til å ha behov for å være borte fra jobb.

Det kan både være direkte skadelige arbeidsforhold som gjør at vi blir syke og trenger tid borte fra eksponeringen, eller indirekte ved at forholdene på arbeidsplassen gjør at vi må være friskere for å faktisk kunne være på jobb. For eksempel pleie -og omsorgsarbeidere som arbeider med pasienter med dårlig immunforsvar, eller der arbeidet er så tungt at et marginalt helseproblem gir behov for å være borte. Å arbeide nært andre mennesker (pasienter, brukere, barn, ungdom og andre), gir sannsynligvis høyere psykisk belastning enn å jobbe på et kontor og ha selvstendige oppgaver der man kan ta pauser når man vil og jobbe mer i sitt eget tempo. Å jobbe i farlige arbeidsmiljø for eksempel stilarbeid, krever også bedre helsetilstand enn det som kreves for å gå på jobb på et kontor.

For å vise hvor komplekse forklaringsmodeller som er nødvendig for å forstå sykefravær, tar vi med en modell som Stami har utviklet, se neste side.



Figur 5.1. Biopsykososial sykefraværsmoell, utviklet av Professor Stein Knardahl, ved Statens arbeidsmiljø-institutt

Vi skal ikke gå grundig inn på denne modellen, men den viser at det er en rekke faktorer som på ulike måter påvirker sykefraværet og beslutningen om sykefravær.

Det er ikke store kjønnsforskjeller i andel som oppgir at de har stor risiko for andre yrkesrelaterte helseplager enn de som ble tatt med i kapittel 3, se figur på neste side.

Kvinner har høyere risiko for å utvikle belastningsskader som følge av jobben, mens flere menn enn kvinner har stor risiko for arbeidsulykker.

En noe større andel av kvinner enn menn, svarer at de ofte går på jobb selv om de var syke, og flere kvinner enn

menn svarer at årsak til sykefraværet var helseplager som skyldes jobb.

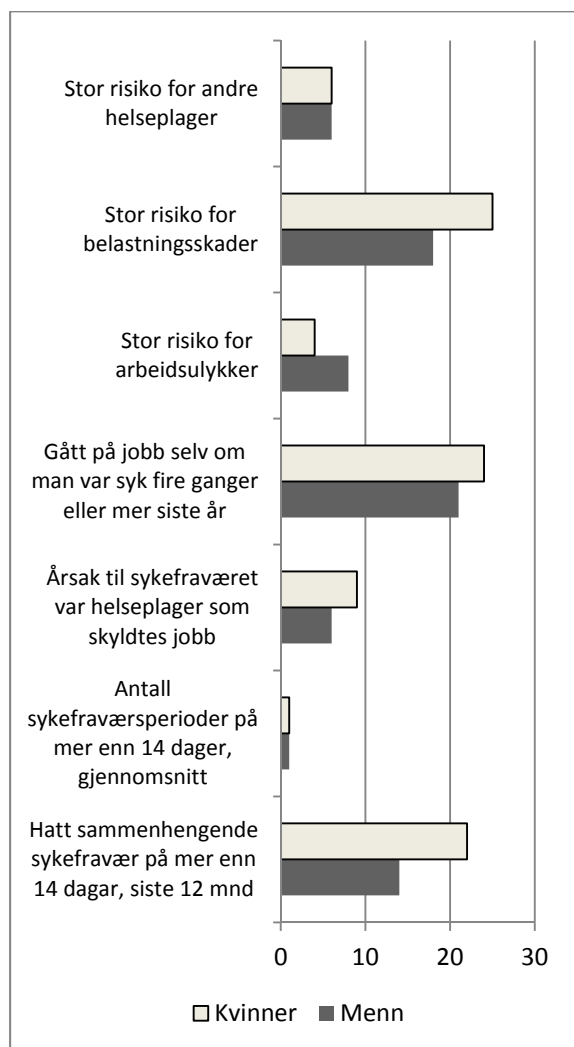
I tråd med den nasjonale fraværstatistikken, er det også betydelig mange flere kvinner enn menn som har hatt langtidsfravær fra jobben.

Rundt 9 prosent av kvinnene og 6 prosent av mennene i befolkningen svarer at de har hatt sykefravær som skyldes helseplager de hadde fått på jobb.

Det er også gjort studier som har beregnet hvor stor del av sykefraværet som skyldes forhold på arbeidsplassen.

I levekårsundersøkelsen i 2006 rapporterte 18 prosent å ha hatt minst ett sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager det siste året (Tynes, Eiken, og

Grimsrud 2008). Av disse svarte ca. 40 % at årsaken til fraværet var helseproblemer som helt eller delvis skyldtes jobben (ibid).



Figur 5.2. Prosent av sysselsatte som opplever ulike yrkesrelaterte helseplager. Kilde: Arbeidsmiljø, levekårsundersøkelsen, SSB.

I Danmark fant de også at 40 prosent sykefraværet som varer mer enn seks dager, kan tilskrives arbeidsmiljøfaktorer (Labriola, Lund, og Burr 2006).

I en undersøkelse blant 300 sykmeldte i Trondheim kommune, fant vi liknende tall (Ose og Slettebak 2013). 46 prosent av de sykmeldte svarte at forhold på arbeidsplassen var årsak til sykefraværet. Det er få menn i utvalget, men vi finner at

35 prosent av de sykmeldte mennene og 47 prosent av de sykmeldte kvinnene svarer at årsaken til at de er sykmeldt helt eller delvis skyldes forhold på arbeidsplassen. Gjennom et åpent spørsmål ba vi respondentene som svarte at forhold på arbeidsplassen helt eller delvis var årsak til sykefraværet, beskrive med egne ord hva den konkrete årsaken var: Det som gikk igjen var følgende forhold:

- Dårlig arbeidsmiljø
- Manglende tilrettelegging
- Mye sykefravær blant kolleger og stor belastning
- Arbeidskonflikt
- Tungt arbeid i svangerskap
- For mange oppgaver som skal gjøres parallelt
- Dårlig inneklima
- Mobbing
- For mange brukere per ansatt
- Barn i skole og barnehager med spesielle behov og lite ressurser/går ut over ansattes helse
- For lite pauser mellom harde arbeidsøkter gjennom dagen

Dette er det samme som vi har observert i mange kommuner. Årsakene er nesten utelukkende relatert til brudd på §4 i arbeidsmiljøloven.

I en systematisk gjennomgang av den internasjonale forskningslitteraturen om sykefravær og kjønn, konkluderes det med at kvinner har hyppigere fravær fra arbeid enn menn, men at kjønnsforskjellene varierer mellom land, mellom aldersgrupper og yrkesgrupper (Bekker, Rutte, og Van Rijswijk 2009). De etterlyser kontekst-sensitiv forskning mer fokus på forskjellen mellom korttids- og langtidsfravær. De foreslår også at det bør forskes mer på effekten av organisasjonelle og psykososiale kjønnsrelaterte

arbeidsforhold, kjønnskeivheter i diagnostisering og behandling og kjønnsforskjeller i spesifikke personrelaterte faktorer i interaksjon med kjønn og i arbeidsrelaterte hverdagsforhold (ibid).

Det er store forskjeller i sykefraværet mellom ulike yrkesgrupper. Det kan primært være to årsaker til dette:

- effekt av seleksjon inn i ulike yrker (helse, personlighet etc.)
- effekt av selve arbeidet

Krav-kontroll-støtte teorien har fått stor plass i forskningen som handler om arbeidsmiljø og helse. Modellen ble utviklet av R. Karasek med kolleger på 1980-tallet og bygger på at arbeidet har tre psykososiale dimensjoner: krav, kontroll og støtte. Modellen antar at arbeidstakere i jobber med høye krav, lav beslutningsmyndighet og lav sosial støtte har høyere risiko for både sykefravær. Karasek-modellen har dominert forskningen om arbeidsrelatert stress i 30 år.

En av kritikkene mot denne modellen, er at den antar at sammenhengene er stabile på tvers av ulike yrkesgrupper. Det er heller ikke sikkert at variablene som brukes for å kartlegge krav, kontroll og støtte er dekkende i alle yrker slik at det varierer hva som fanges opp fra ulike yrker. En annen kritikk er at sammenhengene mellom psykososialt arbeidsmiljø og andre variabler (motivasjon, belønning, karriereplaner etc), også kan variere mellom ulike yrkesgrupper.

Denne litteraturen har i liten grad fokus på kjønnsforskjeller, men antar altså implisitt at teorien gjelder på tvers av ulike yrker.

5.3 Kjønn eller yrke?

Det finnes foreløpig ikke en god samlet statistikk for sykefravær for ulike yrkesgrupper. Men vi vet at det er en del mannsdominerte yrker som i alle fall tidligere har hatt høye sykefraværstall som buss/sporvognførere, støpere, stilasbyggere og andre. Fra helse- og omsorgssektoren, vet vi at leger har lavt sykefravær, sykepleiere har middels høyt sykefravær, men sosialfaglige yrker (sosionomer, vernepleiere og barnevernspedagoger) har høyere sykefravær enn sykepleierne, Pleie- og omsorgsarbeidere og renholdere har høyest sykefravær. Innenfor alle sektorer, næringer og kanskje også alle yrkesgrupper, har kvinner betydelig høyere sykefravær enn menn.

Vi vet at arbeidsmarkedet er sterkt kjønnssegregert i både horisontal og vertikal retning. Den vertikale segregeringen innebærer at kvinner og menn innenfor ulike sektorer, næringer og yrker befinner seg i ulike stillinger og posisjoner. Dette gjør at det ikke er tilstrekkelig å bare se på yrke og studere kjønnsforskjeller ut i fra dette, man må også vite hvilken stilling og status den enkelte har i yrket sitt.

Etter en systematisk gjennomgang av litteraturen rundt kvinner og menns arbeidshelse, konkluderes det med at det er betydelige kjønnsforskjeller i arbeidsbetingelser til kvinner og menn (Campos-Serna et al. 2013). De finner at kvinnelige sysselsatte generelt opplever mer jobb-usikkerhet og lavere kontroll, de har dårligere kontraktbetingelser og dårligere selvopplevd fysisk og psykisk helse enn menn. Menn har i større grad fysisk krevende oppgaver, lavere støtte, og høyere ubalanse mellom innsats og belønning,

har høyere jobbstatus, er mer utsatt for støy og har lenger arbeidstid enn kvinner. Ulike arbeidsbetingelser kan ligge bak forskjeller i arbeidshelse mellom kvinner og menn (ibid). Om funnene er overførbare til det norske kjønnssegregerte arbeidsmarkedet, er usikkert.

En epidemiologisk studie av psykiske lidelser i Nederland, viser at ulike arbeidsbetingelser ikke kunne forklare kjønnsforskjeller i forekomst av angst og depresjonslidelser blant kvinnelige og mannlige ansatte (Plaisier et al. 2007). De studerte et utvalg av hele befolkningen og finner en betydelig høyere andel kvinner enn menn har angst- og depresjonslidelser. De konkluderer med at dette ikke kan forklares med ulike arbeidsbetingelser mellom kvinner og menn, men at det å oppleve høye psykologiske jobbkraav er en viktig arbeidsbetingelse som kan gi depressive lidelser både blant kvinner og menn, som ikke kan motvirkes kun av emosjonell støtte i jobben (ibid).

En annen studie fra Nederland undersøker om det er kjønnsforskjeller i eksponering av arbeidsmiljøfaktorer og risiko for muskel -og skjelettplager og relatert sykefravær (Hooftman et al. 2009). De kunne ikke forklare kjønnsforskjellene i andel med muskel- og skjelettplager med eksponering av ulike arbeidsbetingelser, og fant at i mange tilfeller var menn mer sårbare enn kvinner.

En omfattende systematisk litteraturogennomgang av betydningen av fleksibilitet i jobben på helse og velvære, konkluderer med at endringer som øker den ansattes kontroll og valgmuligheter (som innflytelse på arbeidstid og gradvis over-

gang til pensjon), sannsynligvis har positive helseeffekter for de ansatte (Joyce et al. 2010). De konkluderer med at endringer som er styrt av organisasjonens behov som fast arbeidstid og ufrivillig deltid, sannsynligvis har negative helseeffekter på de ansatte (Joyce et al. 2010).

Minst fleksibilitet og mest ufrivillig deltid er det i døgkontinuerlige pleie -og omsorgstjenester, og det er nettopp her sykefraværet blant noen yrkesgrupper er høyest i Norge. Så økt fleksibilitet og mer selvbestemmelse på arbeidstid, kan være et tiltak for å redusere sykefraværet i sektoren.

Rapporten Arbeid for helse – sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren (NOU 2010:13) ble lagt frem i desember 2010. Det konkluderte blant annet med at sykefraværet i helse- og omsorgssektoren først og fremst var høyt fordi det var mange kvinner som arbeidet der. De foreslo følgende tiltak for å redusere sykefraværet i sektoren:

1. Styrke kunnskap og kompetanse

- Bedre og mer meningsfull sykefraværstatistikk
- Forskning på årsaker til sykefravær og utstøting
- Satsing på systematisk utprøving og evaluering av tiltak
- Forbedre systemene for å formidle kunnskap om effektive tiltak

2. Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold

- Prosjekt med forsterket partssamarbeid
- Systematisk utviklingsarbeid
- Styrking av ledelsesfunksjonen
- Kompetanseenhet for å forebygge trusler og vold
- Kompetanseenhet for tekniske hjelpemidler
- Utvikling av medarbeidernes kompetanse
- Gode omstillingsprosesser
- Forsøk med nye turnus- og arbeidstidsordninger

3. Bedre tilrettelegging for gravide

- Informasjon til gravide og ledere om arbeid og graviditet
- Forsøk med oppfølging av gravide på arbeidsplassen
- Styrke arbeidslivskompetanse i jordmorutdanningen og andre relevante helefagsutdanninger

4. Bedre seniorpolitikk

- Planlegging av senkarriere gjennom kartlegging og individuelt tilpassede tiltak
- Langsiktig holdningsarbeid i helse- og omsorgssektoren

5. Tettere oppfølging av sykemeldte

- Styrings- og oppfølgingssystemer
- Styrking av tilretteleggingstilskuddet
- Forsøk med 365-dagers egenmelding
- Individuell oppfølging av sykemeldte
- Utrede endringer i lønnstilskuddsordningen
- Bruk av velferdspermisjoner

Vi har ikke undersøkt hvorvidt disse forslagene er fulgt opp, men sykefraværet i sektoren har i stor grad fulgt utviklingen i ellers i arbeidsmarkedet, og nivåforskjellene mellom ulike sektorer er stabile.

En omfattende studie av 36 000 kommunale arbeidstakere i Helsinki konkluderer med at yrker som kvinner og menn har, i stor grad forklarer hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn (Laaksonen et al. 2010). Både psykiske og atferdsrelaterte lidelser og muskelskjelettlidelser bidro i stor grad til denne forklaringen (ibid). Denne studien skiller seg fra de nederlandske studiene referert til over, fordi de kun ser på ansatte i kommunal sektor.

Vi finner generelt få studier som har med en kjønnsdimensjon i analyser av helsekonsekvenser og effekter av arbeidsmiljøforhold.

Det er behov for flere studier av arbeidsmiljø, kjønn og ulike yrkesgrupper for å forstå generelle forskjeller i eksponering i kvinneyrkene.

Vi har foretatt spesifikke artikkelsøk på ulike kvinnedominerte yrkesgrupper for å komme nærmere en forståelse av hvilken eksponering ansatte i typisk kvinnedominerte yrker er utsatt for. Vi vil først og fremst undersøke om det er de samme forholdene som kartlegges i for eksempel krav-kontroll-støtte litteraturen.

5.4 Forskning på kvinnedominerte yrkesgrupper

Yrker der kvinner utgjør mer enn 80 prosent av de sysselsatte, kan vi si er ekstremt kvinnedominerte yrker. De største av disse yrkene, målt etter antall sysselsatte i Norge, er barne- og ungdomsarbeidere (86% kvinner og 92000 sysselsatte), hjelpepleiere/omsorgsarbeidere (90% kvinner og 87 000 sysselsatte), sykepleiere (92% kvinner og 78 000 sysselsatte), førskolelærere (93% kvinner og 28 000 sysselsatte) og frisører (95% kvinner og 20 000 sysselsatte).

Omsorgsoppgavene i samfunnet utføres altså i stor grad av kvinner. Det har gradvis vært en profesjonalisering av oppgaver på ulike nivå, og flere fagutdanninger har blitt etablert og nye yrkesgrupper har oppstått.

Det er flere årsaker til at disse yrkene i liten grad har vært gjenstand for samme kunnskapsbaserte utvikling som mer mannsdominerte næringer, og da særlig industrinæringene:

Arbeidsmedisinsk forskning har typisk vært innrettet mot støv, støy og farlige

kjemikalier i industrisektoren. Forskningstradisjon og status på forsknings-tema påvirker hva det forskes på.

Helse, miljø og sikkerhetsarbeid (HMS) har lange tradisjoner innenfor mannsdominerte næringer som industri, olje- og gass og bygge- og anleggsvirksomhet. Innen for de typiske kvinne- og kvinnedominerte yrkene har HMS kort tradisjon, og uten samme trykk på forskning og kunnskapsutvikling, har det skjedd relativt lite på dette området de siste 20 årene. HMS er fortsatt lite systematisk diskutert ved for eksempel sykehus, sykehjem og hjemmetjenester og mange som arbeider der har ikke et forhold til begrepet (Ose et al., 2011). Sikkerhet og da særlig gjennom pasientsikkerhet er unntaket, men dette er koblet til kvalitetssystem heller enn til HMS system.

Verneorganisasjonen i virksomhetene gjennom verneombud og arbeidsmiljøutvalg, har også helt ulike tradisjoner i typiske kvinne- og kvinnedominerte og mannsdominerte næringer. I industrien er dette en svært viktig del av organisasjonen og det er utviklet stor kompetanse og effektive arenaer. I helse- og omsorgstjenestene er dette ofte dårlige utviklede områder som fungerer relativt tilfeldig. Det er sannsynligvis forskjell på sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester, men dette er det lite forsket på.

Tillitsvalgtapparatet har sannsynligvis også en annen rolle i typisk kvinne- og kvinnedominerte yrker, men det finnes foreløpig lite systematisert kunnskap om dette.

Disse og andre forhold kan bidra til at det har blitt mindre fokus på kvinners arbeidshelse enn på menns arbeidshelse.

Manglende kunnskap om hvordan sykefraværet forebygges i disse yrkene, kan derfor bidra til høyere sykefravær.

Vi har søkt etter litteratur som kan si noe om jobbtilfredshet i ulike yrker mellom kvinner og menn, men vi finner lite relevant. En studie konkluderer med at i akademiske yrker har kvinner lavere jobbtilfredshet enn menn, mens utenfor den akademiske sektoren er det kvinner som er mest tilfredse med jobben (Bender og Heywood 2006). En annen studie konkluderer omtrent motsatt (Sabharwal og Corley 2009).

En artikkel fra danske og svenske forskere ser på sammenhengen mellom psykososiale faktorer og ryggsmertor (Nielsen et al. 2009). De har inkludert fire yrkesgrupper: sykepleiere, hjelpepleiere, renholdere og industriarbeidere. De fant at en gruppesensitiv modell var bedre enn en generell modell, og konkluderte med at krav-kontroll-støtte forskningen bør ta hensyn til forskjeller mellom ulike yrkesgrupper. De fant for eksempel at sammenhengen mellom påvirkning og støtte var mye sterkere (enkel korrelasjon) blant hjelpepleiere enn blant de andre yrkesgruppene. Forskerne antyder at mer teamarbeid i helsesektoren øker kontroll og sosial støtte for hjelpepleierne. Dette er interessant fordi denne yrkesgruppen opplever høyt sykefravær, og kanskje er årsaken lav kontroll og lav opplevd støtte når arbeidet organiseres etter tradisjonelt design heller enn teamorganisering. Artikkelen henviser også til Danmark, der det i den senere tid har blitt mer vanlig med teamorganisering i helsesektoren (Nielsen et al. 2009). Vi starter med å se nærmere på kvinne- og kvinnedominert yrkesgrupper i helsearbeidere.

5.4.1 Helsepersonell

En ny studie fra Sverige inkluderer både hjelpepleiere, sykepleiere, leger og annet helsepersonell når de studerer symptom og sykefravær knyttet til luftveisproblematikk (Kim et al. 2013). De konkluderer med at en større andel helsepersonell har luftveisproblemer enn den øvrige befolkningen (hhv 4,3 prosent og 3 prosent), og at det særlig arbeidet som inkluderer vasking som gir risiko (ibid).

En studie fra Storbritannia viser at mobbing på arbeidsplassen er et vedvarende problem i helsesektoren (Carter et al. 2013). Mannlige ansatte rapporterte mer mobbing på de fleste indikatorene, med unntak av det som handler om sosial ekskludering og mer skjult mobbing (ibid). Vi kjenner ikke til at det er gjort slike studier blant norsk helsepersonell.

5.4.1.1 Sykepleiere

Av alle yrkesgrupper vi har tatt med i våre søk, finner vi klart mest forskning på sykepleiere. Årsaken til at det er forsket mye på disse, kan være at det er en yrkesgruppe som det kreves autorisasjon for å utøve, og at den dermed er lett å identifisere og sammenlikne på tvers av studier og land.

En studie av søvn og helse blant 150 norske sykepleiere ansatt i intensivavdelinger på sykehus, viste at de sover dårligere, er trøttere, mer utslitt og har mer angst og depresjoner enn gjennomsnittet i befolkningen (Bjørvatn et al. 2012).

En annen studie, basert på informasjon fra over to tusen norske sykepleiere innsamlet gjennom spørreskjema i perioden 2008-2010, finner at både psykisk og somatisk helsefungering medierer effek-

ten mellom psykososiale jobbkrav og sykefravær (Roelen et al. 2013).

Sykepleiere er i flere studier funnet i større grad å oppleve stressrelatert utbrenthet enn annet helsepersonell. En systematisk gjennomgang av litteraturen om hva som påvirker utbrenthet blant sykepleiere, konkluderer med at disse studiene i liten grad fokuserer på kausaliteten mellom ulike faktorer, og sammenhengen mellom arbeidsrelatert stress, utbrenthet, jobbtilfredshet og generell helse, er derfor fortsatt i liten grad forstått (Khamisa, Peltzer, og Oldenburg 2013).

En studie fra USA tar utgangspunkt i problemer med å få rekrutterte og beholdt sykepleiere på sykehjem, og har sett på hva som kan gjøres for å øke jobbtilfredshet på slike arbeidsplasser (Choi, Flynn, og Aiken 2012). De finner at et støttende arbeidsmiljø, involvering av sykepleiere i driftsspørsmål, støttende ledelse og tilstrekkelige ressurser, gir høyere jobbtilfredshet (ibid). Dette kan være universelle resultater som kan overføres til norske sykehjem.

En annen amerikansk studie som ser på kvinnelige sykepleieres belastning på arbeidsplassen og belastning hjemme, finner at begge deler har betydning i forhold til blodtrykk (Portela et al. 2013). De fant ingen systematisk sammenheng mellom jobb-belastning og blodtrykk, men de fant at kvinnene som var eksponert for både overbelastning i hjemmesituasjonen og i arbeidssituasjonen, hadde høyere blodtrykk når de hadde fri (ibid). Utvalget er lite, men det illustrerer at i forskning på kvinners arbeidshelse bør

inkludere informasjon om hjemmesituasjonen.

Det er forsket en del på reproduktiv helse og yrkesbetinget eksponering blant kvinner som vi var inne på i kapittel 3. I 2010 kom en systematisk litteraturgjennomgang som samlet alle tilgjengelige epidemiologiske funn om sykepleiere og svangerskapsproblematikk (Quansah og Jaakkola 2010). De finner evidens for at sykepleiere har økt risiko for problemer rundt svangerskap (spontanabort, medfødte skader på barnet) pga anestesigasser, kreftbehandling og skiftarbeid, men at styrken i sammenhengen ble svakere jo høyere kvalitet studiene hadde. De konkluderer med at det er for få studier og at studiene er for heterogene til å si hvor sikre og sterke disse sammenhengene er (ibid). En studie om premature fødsler blant et stort utvalg amerikanske sykepleiere, konkluderer med at nattarbeid kan være relatert til tidlig prematur fødsel, men ikke til prematurfødsel senere i svangerskapet (Lawson et al. 2009). De fant ikke at belastende arbeid generelt predikerte risiko for prematur fødsel (ibid). I en annen studie basert på det samme datagrunnlaget, fant forskere at noen av de yrkesmessige eksponeringene sykepleiere har, som steriliseringsmiddel, kan øke risikoen for spontanabort sent i svangerskapet, men ingen forhøyet risiko tidlig i svangerskapet (Lawson et al. 2012).

En studie om arbeidsmiljø i amerikanske sykehus blant et stort utvalg sykepleiere i som svarte på spørreskjema to tidspunkt (besvart av 42000 sykepleiere i 1999 og 25 000 sykepleiere i 2006), fant forskere at bedring i arbeidsmiljøet på sykehusnivå, gir redusert utbrenthet,

lavere turnover og øker jobbtilfredshet (Kutney-Lee et al. 2013).

Sykepleiere arbeider i stor grad turnus og det er derfor forsket en del på hva slikt skiftarbeid og hvilke konsekvenser det gir. Det er funnet at folk som arbeider turnus har mer søvnproblem enn resten av befolkningen (Härmä, 2010). Vi kommer tilbake til mer generell forskning på helsekonsekvenser av turnusarbeid i kapittel 6.7.

En studie om søvnproblematikk blant nesten 1600 norske sykepleiere, fant at hvilke type turnus de arbeidet var viktig (Flo et al. 2013). De fant blant annet at nattevakter og roterende turnus var spesielt problematisk i forhold til å få sove (insomnia). De fant ikke noen økt risiko for dagskift-insomnia blant de som arbeidet turnus (todelt- eller tredelt turnus) i forhold til de som arbeidet dagtid, men de fant at faste nattevakter hadde høyere risiko for å ikke få sove dagen de hadde fri (hviledag-insomnia), sammenliknet med både med de som arbeidet todelt- og tredelt turnus (ibid). I dette datagrunnlaget er 90 prosent av utvalget kvinner, men menn som har svart på undersøkelsen hadde høyere risiko for søvnproblemer enn kvinner (Flo et al. 2012).

De har også undersøkt om antall barn i husholdningen har sammenheng med søvnforstyrrelser, men de finner ikke en slik sammenheng for sykepleiere (ibid). Basert på det samme datagrunnlaget er sammenhengen mellom nattarbeid, angst og depresjoner, insomnia, trøtthet og utslitthet studert (Øyane et al. 2013). De finner der at sykepleiere som arbeider kun nattevakter, rapporterte om mer

søvnvansker enn sykepleiere som ikke arbeidet nattevakter. De fant også en korrelasjon mellom nattarbeid og kronisk utmattelse. Angst, depresjoner og trøtthet var ikke assosiert med nattarbeid og de fant ingen kumulativ effekt av nattarbeid de siste 12 månedene på noen av parameterne (ibid).

Dette er sannsynligvis en naturlig effekt, fordi de sykepleierne som ikke makter nattevaktene og får helseproblemer, går over i en annen turnusordning. Resultatene fra denne forskningen kan derfor bety at det er de sykepleierne som er mest egnet til å arbeide nattevakter, som gjør det – men at det uansett er en påkjenning å arbeide nattevakt. Man kan kanskje også si at påkjenningen dempes av god seleksjon av sykepleiere inn i nattevaktene.

Samme datagrunnlag er også benyttet for å se nærmere på de med kort hviletid mellom skiftene, og de finner at dette har helseeffekter (Eldevik et al. 2013). De finner at det å komme raskt tilbake til arbeidet etter et skift, er korrelert med både insomnia, trøtthet, utslitthet og andre turnusrelaterte lidelser (ibid).

Hvordan miljøet rundt oss er i arbeidstiden, kan også ha betydning for søvnkvalitet. En undersøkelse blant turnusarbeidende sykepleiere i Iran finner at arbeidsmiljøet (for eksempel sterkt lys som gir øyetrøtthet), påvirker søvnkvaliteten til nattevaktene (Azmoon et al. 2013). Dette kan tyde på at det er behov for å se nærmere på fysiske forhold med arbeidsmiljøet til sykepleiere og helsearbeidere. Ikke støy og støv som er det tradisjonelle fra industrien, men kanskje

heller lysstyrke, øyeproblematikk og annet. Vi finner lite om dette i litteraturen.

Fra levekårsundersøkelsen i Norge (SSB, 2010), vet vi at sykepleiere er en utsatt gruppe, både for trusler og vold. To av ti sykepleiere svarer i 2009 at de er blitt utsatt for vold i løpet av de siste tolv månedene.

Dette er også hyppig bekreftet i internasjonal litteratur, og årsaken til at det skjer lite endringer over tid, blir forklart med blant annet underrapportering av denne typen arbeidsmiljøproblemer (Taylor og Rew 2011)

5.4.1.2 Hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere

Dette er en stor gruppe ansatte, men vi finner ikke svært mye forskning på denne yrkesgruppen. De har også ulike titler i ulike land.

En del av litteraturen vi finner, omhandler som for sykepleiere, vold og voldstrusler blant ansatte ved sykehjem. En amerikansk studie finner at 34 prosent av hjelpepleierne rapporterte at de i det siste året hadde opplevde fysiske skader fra aggressive beboere (Tak et al. 2010). Det var mest vanlig i avdelinger med Alzheimer pasienter.

Kvinner i enkelte yrkesgrupper er altså eksponert til mye vold og trusler i arbeidet. Fafo har skrevet flere rapporter om dette, og de konkluderer blant annet med at volden kommer som følge av sykdom, avmakt og kommunikasjonsmuligheter hos pasienter og brukere (Hagen 2010).

I Norge er sammenhengen mellom sosial støtte på arbeidsplassen studert for hjelpepleiere (Eriksen 2003). De arbeids-

plassene som oppgir høyest nivå av sosial støtte på jobben, er psykiatriske enheter etterfulgt av hjemmesykepleien. Hjelpepleiere som arbeidet på sykehjem viste seg i denne undersøkelsen å oppleve lavest nivå av sosial støtte på arbeid. Resultatene viser at nivået av sosial støtte også varierer innenfor sektoren, hvor forklaringen på dette kan være forskjell i struktur i organisasjonen, personalressurser, og ulike arbeidsoppgaver (ibid).

Det er generelt blitt utført mye forskning på turnus-/skriftarbeid og arbeidstakers helse, og blant hjelpepleiere, se Eriksen (2006). Funnene støtter hypotesen om en negativ sammenheng mellom arbeidstakers helse og turnus-/skiftarbeid (ibid).

En nyere studie sammenlikner sykefravær mellom norske og danske ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester i to kommuner (Kristiansand og Aarhus) (Krane et al. 2013). De fant at kvinners sykefraværsprosent var 11,3 i Kristiansand og 7 i Aarhus, men at det i Aarhus var noe hyppigere, men kortere fraværslengde enn i Kristiansand. De foreslår derfor at hyppigere, men kortere fravær kanskje kan forebygge langvarige sykmeldinger (ibid).

5.4.2 Førskolelærere/ barnehagelærere

Høsten 2013 ble utdanningen endret fra førskolelærer-utdanningen til barnehagelærerutdanning i Norge.

Barnehageansatte, både de med førskolelærerutdanning og assistenter er utsatt for mye støy og må bruke stemmen sin mye (Södersten et al. 2002).

Det er funnet gjennom kliniske tester utført av spesialister at førskolelærere, sammenliknet med sykepleiere, har hyppigere stemmeproblemer (Sala et al. 2001). Stemmebruk og støyeksponering er nært relatert og det er vanlig å øke stemmestyrken med økende bakgrunnsstøy for å overdøve støyen (Lombard-effekten). Dette er vanlig i restauranter og barer, men forekommer også i skoler, barnehager og andre steder der folk møtes.

En observasjonsstudie av 13 førskolelærere i Sverige, viste at noen økte stemmen med økt støy, mens andre ikke gjorde det (Lindstrom et al. 2011). De konkluderte med at den store individuelle spredning indikerer at det er betydelige individuelle forskjeller i hvordan førskolelærerne reagerer på støy (ibid).

I studie sammenligner kvinnelige barnehagelærere og sykepleiere i Hellas, for å identifisere risikofaktorer for å utvikle stemmeproblemer (Helidoni et al. 2012). De fant at barnehagelærerne sang oftere, snakket med høy stemme oftere på jobb og hadde mer infeksjoner i de øvre luftveiene enn sykepleierne. Barnehagelærerne snakker også sjeldnere i telefon enn sykepleierne, de drikker mindre alkohol og vann og røyker mindre enn sykepleiere i Hellas. På en målt indeks for stemmeproblem (Voice Handicap Index, VHI-G) lå barnehagelærerne signifikant høyere enn sykepleierne. De konkluderer med at stemmeproblematikk for barnehagelærere skyldes stemmebelastende faktorer i arbeidet, mens for sykepleierne var stemmeproblematikk oftere relatert til livsstil (ibid).

En kvalitativ studie fra Frankrike basert på intervjuer med åtte kvinnelige førskolelærere i femti-årene, konkluderer med at den tette koblingen mellom rollen som kvinnelig førskolelærer og mor fører til tidligere avgang fra arbeidslivet (Cau-Bareille 2011). De antyder at den menneskelige kostnaden av jobben som førskolelærer øker med alderen, og at menopausen forsterker arbeidsrelatert utmattelse.

Vi finner ikke mye forskning på arbeidsmiljø, helse og arbeidsbetingelser blant førskolelærere og barnehageansatte. Yrkesgruppen har økt betydelig de senere år, og en stor andel er kvinner. Dette bekrefter manglende forskning på "nyere" kvinneyrker. Det er betydelige forskjeller i arbeidsmiljø i en industribedrift og i en barnehage, selv om det også er likheter. Det er den sektorspesifikke og den yrkesspesifikke anvendte forskningen som mangler. En kvalitativ studie fra Australia kan synliggjøre dette. De har latt 8 barnehageansatte registrere stressede situasjoner. De fant blant annet at tidspress og foreldrekontakt gav negative stressopplevelser (Kelly og Berthelsen 1995). Å studere arbeidsplassene mer kvalitativt for å få mer anvendbar forskning, kan ha stor verdi for yrkesgruppen.

5.4.3 Barne- og ungdomsarbeidere, barnevernspedagoger og andre

Arbeidstakere som arbeider med vanskeligstilte barn og unge i svært sårbare livsfaser, har høy risiko for emosjonell overbelastning (Krueger, 2002). En annen studie viser derimot at sannsynligheten for å bli utbrent av jobben i liten grad er knyttet til enkelte jobber og at det ikke finnes typiske risikoyrker for utbrenthet (Savicki 2003). En analyse av utbrenthet

blant de som arbeider med barn og unge, viser at det er kombinasjonen av arbeidsmiljø, personlighet og sosial støtte som predikerer utbrenthet (Barford og Whelton 2010). Her er vi inne på de to effektene som dette kapittelet startet med. Mennesker som søker seg til visse typer utdanninger og jobber, kan ha egenskaper som gjør at de er mer sårbare for eksponeringen på arbeidsplassen enn mennesker med andre egenskaper. For eksempel to unge kvinner som velger utdanning og yrker:

	Ung kvinne 1	Ung kvinne 2
Egenskaper	Føler stor omsorg for andre, er følsom og empatisk og opptatt av å hjelpe andre	Er rasjonell, systematisk og analytisk
Utdanningsvalg	Barnevernspe-dagog	Økonomi
Yrkesvalg	Jobber i barnevernet	Bankansatt

Ung kvinne 1 har egenskaper som gjør at jobben kan oppleves som emosjonelt belastende, og kanskje ha større sannsynlighet for sykefravær. De egenskapene som personen har og som bestemte yrkesvalget, kan være med på å øke risikoen for arbeidsrelatert fravær. Vi har ikke funnet noe forskning på dette, men dersom unge velger yrker "etter hjertet", med den konsekvensen at jobben blir veldig belastende, kan dette kanskje være med på å forklare hvorfor sykefraværet kan bli høyt i slike yrker. Kanskje hadde de optimale egenskapene for en slik jobb heller vært å finne hos en som har valgt å studere økonomi nettopp fordi egenskapene de har gjør at de er mer robuste for emosjonell påvirkning. Noe av sykefraværet kan kanskje forklares av slike matching-problem mellom

utdanningsvalg og egenskaper for å mestre jobben optimalt. Dette er det lite kunnskap om.

Vi finner ikke så mye forskning av kvinners og menns valg av yrker, men i USA er det funnet at kvinner verdsetter jobb-fleksibilitet høyere enn menn, mens menn er mer opptatt av pekunær eller pengemessig belønning (Bender, Donohue, og Heywood 2005). Den stabile horisontale kjønnssegregeringen i omsorg-teknologidimensjonen, samsvarer kanskje med dette.

5.4.4 Frisører

Det finnes også noe forskning på frisørers arbeidshelse. Frisører kommer i kontakt med en rekke kjemiske stoffer gjennom hårvask, farging, bleking, styling, spraying og å sette permanenter (Peters et al. 2010). En del av forskningen på frisører handler om fertilitets- og svangerskapsproblemer, uten at det er funnet tydelige sammenhenger (Rylander et al. 2002, Zhu et al. 2006, Hougaard et al. 2006). I en systematisk gjennomgang av litteraturen, konkluderes det med at det ikke kan avvises at det er en sammenheng mellom om fertilitets- og svangerskapsproblemer og eksponering, men at evidensen for denne risikoen er svak (Peters et al. 2010). De etterlyser mer forskning, fordi dette har stor interesse også i et folkehelseperspektiv.

Håndeksem er vanlig i frisøryrket, og dette skyldes at arbeidet i stor grad er manuelt kombinert med lange perioder med eksponering av våte elementer og kjemiske produkter (Lind et al. 2007). Denne store studien blant flere tusen frisører i Sverige, konkluderte med at bare 10 prosent av håndeksemtillfellene

blant frisørene kunne unngås ved at ingen med atopi (tilbøyelighet til å reagere allergisk) ble frisører (ibid). En eldre studie fra Finland viste at frisører med atopiske lidelser hadde større risiko for å utvikle hud- og åndedrettslidelser (Leino et al. 1998). Forskning på åndedrettsproblemer blant frisører på New Zealand, viste at årsakene til høyere prevalens blant frisører enn blant kontoransatte, kunne forklares med at en stor andel av frisørene i landet var røykere (Slater et al. 2000).

En annen undersøkelse sammenlikner selvrapporterte arbeidsrelaterte symptom i et utvalg på 147 frisører (86 prosent kvinner) og 67 kvinner som ikke er frisører (Bradshaw et al. 2011). De fant at frisørene rapporterte systematisk høyere nivå på muskel-skjelettproblemer (skuldersmerter, smerter i vrist og hånd, ryggsmarter og smerter i bein og føtter). De fant ikke forskjeller i andel som rapporterte om astma, brystsmarter og det å være tungpustet. De fant likevel at frisørene hostet mer (de hadde kontrollert for røyking mm) enn kvinnene i sammenligningsgruppen (ibid). Artikkelen konkluderer med at det er behov for å utvikle utdanningen og opplæringen, slik at frisørene blir mer oppmerksomme på helserisikoen i yrket.

En studie blant frisører i Tyrkia, konkluderte derimot med at frisører *har* høyere risiko for yrkesrelatert astma og risikofaktorer var særlig høy arbeidsintensivitet og atopi (Akpınar-Elci, Cimrin, og Elci 2002).

En studie blant nesten 100 frisører i Bergen og nesten 100 kontoransatte, fant at prevalensen av opplevd åndedrettssym-

ptomer siste år ikke var forskjellig mellom de to yrkesgruppene etter å ha justert for alder, røyking og atopi (Hollund et al. 2001). De finner likevel at eldre frisører hadde mer astmaliknende symptom enn sammenligningsgruppen (ibid).

En ergonomisk studie blant frisører i Taiwan viser at kvinnelige frisører hadde større anstrengelser og høyere hastighet på håndleddsbevegelsene enn mannlige frisører (Chen et al. 2010). Utvalget er lite og overføringsverdien til norske frisører er usikker, men det kan være kjønnsforskjeller i hvilken belastning kvinner og menn har i det samme yrke – sannsynligvis både fysisk og psykisk. Her mangler det mye forskning, men det er store muligheter for ergonomiske studier der kvinnelige og mannlige frisører sammenliknes for å lære mer om kjønnsforskjeller i arbeidshelse i denne yrkesgruppen. En ergonomisk studie av 20 frisører fra Sverige er interessant, men her er det bare kvinner som er undersøkt (Wahlström et al. 2010). De finner at frisørene har varierte oppgaver og at det kanskje ikke eksisterer en "typisk arbeidsdag". De mener at yrket bør kanskje ikke bør klassifiseres som et høyriskoyrke for skulder- og nakkeskader som følge av arbeid med hånden høyt hevet, fordi pauser og kontakt med kunder gjøres uten hevet arm og dette kan se ut til å gi nødvendig variasjon (ibid).

5.4.5 Lærere

I grunnskolen er 75 prosent av de ansatte kvinner (Ose et al. 2011). Forskningen vi finner på lærere, fokuserer i liten grad på kjønnsdimensjonen, og det er mange artikler som handler om stemmeproblemer, utbrenthet, stress og andre belast-

ninger av læreryrket (Bermúdez de Alvear, Barón, og Martínez-Arquero 2010, de Medeiros, Barreto, og Assunção 2008, Skaalvik og Skaalvik 2009, Fahie og Devine 2012).

En studie om stemmerelaterte lidelser blant spanske lærere, viste for eksempel at kvinner hadde større sannsynlighet for organiske skader, mens menn hadde større sannsynlighet for å få strupekatarr og andre stemmelidelser (Preciado-López et al. 2008).

Fra Finland er det funnet stemmeproblematikk blant lærere økte i perioden 1988 til 2001 (Simberg et al. 2005). Forskerne foreslår at dette kan ha sammenheng med økning i andel elever med dårlig oppførsel (ibid).

Det er lite forskning på sykefravær blant lærere, men en gjennomgang fra Arbeidstilsynet (Arbeidstilsynet 2010), viste at:

- En av tre besøkte skoler mangler rutiner som kartlegger og risikovurderer utfordringer knyttet til mellommenneskelige forhold og hvordan arbeidet er organisert og tilrettelagt.
- En av tre besøkte skoler mangler skiftlige rutiner for å melde fra om og håndtere uønskede hendelser. Det viser seg også at ansatte i skolene i flere tilfeller har manglende kjennskap til bruken av disse systemene.
- Halvparten av de besøkte skolene mangler rutiner for å håndtere eventuelle konflikter, klager fra elever og foreldre, vold, trusler og omstillinger.

Vi har tidligere observert en betydelig kvartalsvariasjon i sykefraværet til kvinnelige lærere i grunnskolen, men finner ikke samme mønsteret for menn (Ose et al. 2011). Kvinnene har typisk lavt syke-

fravær i begynnelsen av skoleåret (rett etter sommeren), men så stiger fraværet opp mot jul og er høyest i første kvartal. Deretter går fraværet ned ut over våren, og altså lavest tredje kvartal (ibid). Grunnskolelærere er en interessant yrkesgruppe, fordi kvinner og menn stort sett gjør samme jobben. Vi har ikke funnet noe forskning på dette.

5.5 Kvinner i mannsdominerte yrker

Forskning på kvinner i mannsdominerte yrker, har vist at disse kvinnene typisk føler seg isolert og opplever høyt prestasjonspress både som deltakere i en mannsdominert arbeidsgruppe, og når de skal lede en slik gruppe (McDonald, Toussaint, og Schweiger 2004). Menn opplevde det ikke i særlig grad som negativt å være i undertall (ibid).

En studie av sykefravær i Sverige, viste at kvinner i mannsdominerte yrker hadde flest tilfeller og lengst varighet på sykefravær som skyldes muskelskjelettlidelser (Leijon, Hensing, og Alexanderson 2004). Lavest sykefravær ble funnet i mer kjønnsbalanserte yrker (ibid). Andre studier viser liknende funn (Evans og Steptoe 2002).

En norsk studie på sykefravær i kvinne- og mannsdominerte yrker og arbeidsplasser, viser at sykefraværet til menn i liten grad har sammenheng med kjønnsbalansen på arbeidsplassen, mens kvinners sykefravær var høyere på kvinnedominerte arbeidsplasser (Mastekaasa 2005). Sammenhengene var svake, og resultatene støtter ikke hypotesen om at det kjønn som er i minoritet, har høyere sykefravær. Det er heller støtte til at kvinnedominerte arbeidsplasser utvikler

normer som er mer tolerant for sykefravær (ibid). Når de ser på kjønns sammensetningen i yrker og sykefravær, finner de en svak, men U-formet sammenheng – med høyest sykefravær både i sterkt mannsdominerte yrker og i sterkt kvinnedominerte yrker (ibid).

5.5.1 Industri

Store deler av den private industrisektoren, er mannsdominert.

En metaanalyse undersøker om kvinner er mer utsatt enn menn i industri der de ansatte utsettes for organisk støv (Schachter et al. 2009). De har sett på tekstilindustri, matprosessindustri (kaffe, te, krydder, tørket frukt, mel, soya) i tillegg til jordbruk. De ansatte i disse industriene hadde forhøyet forekomst av luftveisplager som kronisk hoste, mye slim, kortpusthet og nesekatarr. De fant at kvinner hadde større sannsynlighet for å utvikle symptomer i øvre luftveier (munnen, nesen, bihulene, svelget og strupehodet), mens menn hadde større sannsynlighet for å få plager i det nedre luftveissystemet (luftrøret og alle luftrørsforgreiningene). De konkluderer med at det ikke er nødvendig med en spesiell beskyttelse for kvinner i disse industriene, men at det trengs mer forskning på irritasjoner og sykdommer i de øvre luftveiene generelt (Schachter et al. 2009).

En annen meta-analyse på det samme temaet, konkluderer derimot med at kvinner hadde større sannsynlighet for å utvikle luftveisproblemer og astma enn menn i slik industri (Dimich-Ward et al. 2012).

Det er altså uklart om det er kvinner eller menn som er mest utsatt, men funnene kan tyde på at det ikke er svært store kjønnsforskjeller i risikoen for å utvikle luftveisymptom om en utsettes for organisk støv i produksjon. Risikoen er stor både for kvinner og menn.

Begge metaanalysene beskrevet over har metodiske svakheter, ikke ved at de ikke kontrollerer for røyking og annet på individnivå, men for at de ikke ser på de faktiske arbeidsoppgavene kvinner og menn har i disse industriene.

I en finsk studie av ansatte i privat industri, undersøkes forskjeller mellom menn og kvinner i kjennetegn ved jobben, fysiske og psykiske symptom og sosial støtte og tidligere sykefravær (Väänänen et al. 2003). De finner at kvinner hadde lavere jobbaufautonomi, jobb kompleksitet og sosial støtte enn menn. De jobber typisk i stillinger der det er mye repeterende arbeid (for eksempel som sekretærer) og/eller er i stillinger som dupliserer husarbeid (for eksempel vasking). De finner også at kvinner i ledelsen typisk jobber med ledelse på lavere nivå enn menn. Dermed er det mange strukturelle og organisasjonsmessige begrensninger i kvinners oppgaver og karrieremuligheter i mange private virksomheter. De fant videre at jobbaufautonomi og symptom predikerte sykefravær både blant kvinner og menn (ibid). Nå er vi inne på den vertikale kjønnssegregeringen i arbeidslivet, og dette bidrar til at det er vanskelig å sammenlikne ulike yrkesgrupper uten å kjenne til faktiske arbeidsoppgaver.

5.5.2 Politiet

I Norge er 42 prosent av de 14 300 ansatte i politiet kvinner (Prop. 1 S (2013–

2014)). Kvinners andel av gjennomsnittlig månedsfortjeneste er om lag 96 pst. av menns lønn, og det er flere kvinner enn menn som har deltidsjobb (hhv 8 og 3 prosent) (ibid). Andelen kvinnelige ledere i 2012 var 23 prosent totalt og i polititjenestemannsstillinger 18 pst., 26 pst. kvinnelige ledere i juriststillinger og 57 pst. kvinnelige ledere i administrative stillinger (ibid). Sykefraværet ligger på rundt fem prosent og det er særlig kvinner i administrative stillinger som over tid har hatt høyest fravær i etaten, og Politidirektoratet opplyses at det jobbes aktivt og forebyggende mot denne gruppen i samarbeid med bedriftshelsetjenesten og NAV arbeidslivssenter (ibid).

Det er noen studier om politiyrket og kjønnsforskjeller i internasjonal forskning, men vi finner ingen fra Norge.

En systematisk gjennomgang av litteraturen om sykefravær blant kvinner og menn blant polititjenestemenn og kvinner, fant frem til 21 relevante studier (Korlin, Alexanderson, og Svedberg 2009). Fire av disse artiklene viste sykefraværssrater for kvinner og menn. Tre av dem viste at kvinner hadde høyere sykefravær enn menn, mens den siste viste at kvinner og menn hadde ganske like sykefraværssrater (ibid).

Analyser har også vist at politikvinner bruker andre mestringsstrategier for stress enn politimenn (He, Zhao, og Archbold 2002). Mens amerikanske politikvinner ber til gud, snakker med ektefelle, slektninger og venner, gjør politimenn dette i mindre grad. Forfatterne foreslår at mestringsstiltak rettet mot jobb-familie konflikter bør involvere familie og andre (ibid). Andre foreslår at

arbeidsmiljøtiltak i politiet er nødvendig for å redusere stress (Morash, Kwak, og Haarr 2006). Andre har funnet at det ikke er særlige kjønnsforskjeller i politiet når det gjelder utbrenthet (McCarty og Garland 2007).

5.5.3 Kvinner som ledere

Kvinner og ledelse er et stort tema og forskningsfeltet er ganske uoversiktlig. Vi har fått et inntrykk av en overordnet utvikling uten at vi er helt sikre på om dette er rett. Forskning fra tidlig 90-tall viser at kvinnelige ledere var mer demokratisk enn menn, mens det senere ble mer snakk om transformasjonell (kvinner) og transaksjonell (menn). Senere ble det funnet at selv vurdering av hvilken lederstil de hadde, heller handlet om hvordan de ideelt sett ville være. Og når ansatte vurderte ledere, så de det de forventet ut i fra kjønnet til lederen. Lederen opplever seg generelt som mer effektiv enn det de ansatte mener, og dette handler om at de ansatte ikke vet alt lederne gjør. Noen studier viser at ansatte er mer fornøyd med kvinnelige ledere, mens andre finner at de ansatte helst vil ha mannlige ledere. Hvorvidt funnene er overførbare til Norge er høyst usikkert, og vi har derfor ikke med noen referanser fra disse studiene.

Dersom målet er å få flere kvinnelige ledere inn i arbeidslivet og ikke om hvilke valg kvinner og menn gjør i forhold til å ønske lederstillinger, kan dette være et viktig forskningsområde.

Den vertikale kjønnssegregeringen i arbeidslivet tilsier at kvinner er ledere på lavere nivå enn menn, uansett yrke, sektor og næring.

5.6 Mobbing og utilbørlig sosial dominans på arbeidsplassen

5.6.1 Mobbing

Mobbing på arbeidsplassen er mer enn en enkel konflikt mellom to individ (Johnson 2009). Det er et komplekst fenomen som bare kan forstås ved å undersøke både individuelle, sosiale og organisasjonsmessige faktorer. Mobbing på arbeidsplassen har i en rekke studier vist seg å påvirke både den psykiske og den fysiske helsen til ofrene, i tillegg til at det påvirker arbeidsprestasjonene (Bartlett og Bartlett 2011).

Det er problematisk å oversette "workplace bullying" til "mobbing på arbeidsplassen" fordi det ligger mye mer i det engelske begrepet "bullying" enn i det norske ordet "mobbing". Vi har ord som bølge og pøbel, men det er ofte ikke begreper som brukes i relasjon til arbeidsplassen. På norsk kunne vi inkludert begreper som "hersing" og bruk av hersketeknikker.

En ny norsk bok viser at vi kanskje til nå har manglet begrepet som er dekkende for det vi snakker om. Boka heter "Å bli hersa med: Utilbørlig sosial dominans på jobben" og er skrevet av spesialist i klinisk psykologi og professor ved Høgskulen i Bergen Kjell Underlid (Underlid 2013). Intervjuobjektene er 13 faglige faste ansatte på en høyskole som utdanner fremtidige helse- og sosialarbeidere, de fleste var kvinner og alle var over 50 år. Forfatteren forklarer at med utilbørlig sosial dominans mener en type sosial dominans som oppleves som urimelig, unødvendig, illegitim, uønsket og plag-som og som kjennes viktig personlig for den dominerte, se side 17 i boka. Forfat-

teren skriver at han forventet at blant disse godt voksne kvinnene, som var sosialisert inn i en kvinnekultur med vektlegging av myke verdier som omsorg å solidaritet, ikke var særlig grobunn for utilbørlig sosial dominans. De hadde mobbeundersøkelser fra arbeidsplassen som gav holdepunkt for at det på tross av det man skulle tro, kunne foregå slik utilbørlig sosial dominans. Denne boken anbefales til alle som er opptatt av de mellommenneskelige forholdene på arbeidsplassen og er svært relevant for temaet kvinners arbeidshelse. For å komme nærmere viktige tema innen psykososialt arbeidsmiljø, bør trolig begrepet "utilbørlig sosial dominans" få spesiell oppmerksomhet i fremtidig forskning.

En systematisk litteraturgjennomgang om forskning på "bullying" blant sykepleiere, viser at det også foregår mobbing også blant sykepleiere, men at det er behov for mer yrkesspesifikk tilnærming (Johnson 2009). Det er behov for en mer anvendt forskningstilnærming, der man også leter etter løsninger på problemene, heller enn å bare kartlegge og beskrive utfordringene som finnes. En annen artikkel som har studert mobbing blant tyrkiske sykepleiere, konkluderer med at 21 prosent av sykepleierne hadde vært utsatt for mobbeadferd på arbeidsplassen de siste 12 månedene (Yıldırım 2009). De som ble mobbet var oftere deprimerte, hadde lavere arbeidsmotivasjon, konsentrasjonsproblemer, lavere produktivitet, lavere engasjement i jobben og dårligere relasjon til pasientene, ledere og kolleger (ibid).

Hvordan man skal identifisere og håndtere mobbing på arbeidsplassen er også studert gjennom forskning på sykepleie-

re (Cleary et al. 2009). Ofte kan mobbeadferd eller mobbeaktiviteter være vanskelig å oppdage for andre. En systematisk gjennomgang av forskningen på mobbing på arbeidsplassen, henviser til forskning som har kartlagt hva som er de vanlige mobbetemaene blant sykepleiere og har satt opp følgende liste (ibid):

- få allokert en uoverkommelig arbeidsmengde
- bli ignorert eller ekskludert
- få rykter spredt om deg
- få ordre om å gjøre arbeid som er under ditt kompetansenivå
- få din profesjonelle mening ignorert
- at noen holder tilbake informasjon som er relevant for ditt arbeid
- få umulige mål eller frister
- bli ydmyket eller latterliggjort for ditt arbeid

I tillegg handler det om at noen overkontrollerer arbeidet, ikke snakker med deg, opptrer nedsettende, kritiserer og skaper syndebukker, saboterer og blir beskylt for forhold som er utenfor din kontroll (ibid).

Selv om dette er trivielle forhold som alle av oss opplever fra tid til annen, handler dette om at om du gjentagende ganger utsettes for slik adferd, påvirker dette troen på seg selv, selvtillit og evnen til å gjøre jobben. I tillegg påvirker slik adferd helsen og vår følelse av å ha det godt i livet.

Listen over illustrerer at det norske ordet "mobbing" ikke er dekkende for det vi snakker om.

Mobbing på arbeidsplassen er også studert blant barnehagelærere. I en studie blant barnehagelærere i Istanbul, Tyrkia finner de blant annet at mannlige barnehagelærere er mer utsatt for emosjonell mobbing enn kvinner, og at lærere som arbeider med kvinnelige ledere er mer utsatt for å oppleve mobbing på arbeidsplassen (Gülşen og Kılıç). Utvalget er lite (200 personer har deltatt i spørreundersøkelse), men det har brukt standardiserte spørsmål (Negative Actions Questionnaire og Organizational Behavior Scale). Vi kjenner ikke til lignende kartlegginger i norske barnehager. Generelt ser det ut til at forskningen fra barnehager i Norge i stor grad dreier seg om pedagogiske problemstillinger, og i liten grad om de ansattes mestring og helse. Vi vet at sykefraværet i barnehagene har økt gjennom hele 2000 tallet (da utbyggingen i hovedsak foregikk), og at det nå er på høyde med sykefraværet i sykehjem og hjemmetjenester. Det synes viktig å koble sammen arbeidslivsforskning og pedagogisk forskning for å videreutvikle barnehagetjenestene.

En norsk studie viste at mannlige hjelpepleiere var mer utsatt for mobbing enn deres kvinnelige kolleger. (Einarsen, Eriksen, og Matthiesen 2004)

Det er lite forskning og mange ubesvarte spørsmål rundt det som handler om mellommenneskelige forhold på arbeidsplassen. Når vi skal diskutere hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn, må vi ha kvalitative, men kvantifiserbare resultater. Om begrepet til professor Kjell Underlid ble operasjonalisert slik at det kan gjøres en epidemiologisk kartlegging, kan vi sette opp følgende forskningsspørsmål:

- Er det vanligere med utilbørlig sosial dominans i typiske kvinneyrker enn i typiske mannsdominerte yrker?
- Er kvinner mer utsatt for utilbørlig sosial dominans enn menn?
- Utføres utilbørlig sosial dominans ulikt mot kvinner og menn i samme yrke?
- Mestrer menn bedre å bli utsatt for utilbørlig sosial dominans enn kvinner?
- Kan dette forklare noe av kjønnsforskjellene i sykefraværet?

Vi finner lite forskning på kjønnsforskjeller i hvordan for eksempel det å oppleves å bli fryst ut av kolleger på arbeidsplassen. Noen studier har vist at menn tar dette tyngst, fordi de har et sterkere bånd til arbeidsplassen og arbeidslivet enn det kvinner har (Hitlan, Clifton, og DeSoto 2006). Mens andre studier har vist at kvinner blir mest påvirket av dårlige mellommenneskelige relasjoner på arbeidsplassen (Mazzola, Schonfeld, og Spector 2011).

Mobbing er ikke et begrep i arbeidsmiljøloven, men § 4-3, 3. punkt sier at arbeidstaker skal ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden. Begrepet er ikke videre definert i loven, men omfatter sannsynligvis mye av det samme som utilbørlig sosial dominans.

Trakassering er et ord mange forbinder med ganske alvorlige tilfeller av utilbørlig opptreden, og kanskje spesielt seksuell trakassering.

5.6.2 Seksuell trakassering

En undersøkelse fra STAMI og Universitetet i Bergen viser at hver sjettede norske arbeidstaker, av begge kjønn, har blitt

utsatt for seksuell trakassering i en eller annen form på arbeidsplassen (Nielsen og Einarsen 2012) De finner at kvinner er mest utsatt for psykiske plager som følge av seksuell trakassering.

Seksuell trakassering på arbeidsplassen kan variere fra slengbemerkinger til fysiske tilnærminger og overgrep, men det klare flertall av dem som opplever seksuell trakassering blir utsatt for uønskede verbale kommentarer angående kropp, klesdrakt eller livsstil, eller med annet innhold (ibid).

Funnene viser, og bekrefter mye av det vi har funnet tidligere i rapporten, at kvinner i mye større grad enn menn opplever sterk grad av ubehag og stress, og en betydelig psykisk helsefare for kvinner (ibid). Menn får i liten eller ingen grad psykiske helseplager, selv om de er like utsatt.

Internasjonale studier viser også at ansatte som utsettes for seksuell trakassering av noen i høyere stilling, er det særlig blant kvinner funnet økt stress, intensjon om å slutte i jobben og lavere jobbtilfredshet (O'Connell og Korabik 2000).

En gjennomgang av den internasjonale forskningslitteraturen om seksuell trakassering på arbeidsplassen, konkluderer med at det på tross av lovgivning, er særlig mange kvinner som utsettes for seksuell trakassering på arbeidsplassen (McDonald 2012). Det etterlyses tiltak rettet mot arbeidsplassen i tillegg til streng lovgivning for å forebygge og respondere til seksuell trakassering (ibid).

Det å oppleve ulike former for diskriminering er også funnet å påvirke både psykisk og psykisk helse (Pascoe og

Smart Richman 2009), men vi finner lite forskning om kjønnsforskjeller på denne sammenhengen.

5.7 Forebygging

Forebygging reduserer ikke sykefraværet, og ingen vet om rehabilitering virker, hevdet professor Holger Ursin til media.⁴ Han ble skuffet over resultatet da han selv kjørte forebyggende tiltak i bedrifter, og mener at forebygging hjelper bare de som fra før har best helse.

Sannsynligvis er dette riktig om en tenker forebygging som et tiltak – for eksempel trening i arbeidstiden, kostholdsveiledning på jobb etc. Men det er kanskje mulig å definere forebygging på arbeidsplassen som noe større og kanskje viktigere. Potensialet for å forebygge helseproblemer i ulike yrker antas å være betydelig. Sannsynligvis kan generell kunnskap om hva som forårsaker helseproblemer være et viktig utgangspunkt, men for å få forebyggingen målrettet nok – bør tiltakene være tilpasset arbeidsplassen og utfordringene de ulike yrkesgruppene står ovenfor.

I forhold til pasientvold på sykehjem er det for eksempel foreslått at en reduksjon i pålagt overtid vil kunne redusere pasientvold og at innsatsen bør rettes mot avdelinger med pasienter med svekkede kognitive evner som demente tilstander og Alzheimer (Tak et al. 2010).

En studie foreslår at reduksjon i arbeidskravene (job demands) og bedre tilpassning for de som har høyest risiko for å bli utsatt for mobbing, kan forebygge mob-

⁴ <http://e24.no/makro-og-politikk/forebygging-reduserer-ikke-sykefravaeret/3495377>

bing blant helsearbeidere (Ariza-Montes et al., 2013).

Generelle forebyggingstiltak som foreslås for noen yrkesgrupper, kan kanskje være gode tiltak for flere yrkesgrupper som arbeider tett med mennesker og derfor er emosjonelt belastende yrker. Beskyttende faktorer som institusjonell støtte, veiledning og videreutdanning finnes å være effektivt i mange studier (Decker, Bailey, og Westergaard 2002, Krueger 2007)

Det er stor usikkerhet knyttet til hvor overførbare forskningsresultat på arbeidsliv generelt er mellom land. En studie som sammenliknet fransk- og engelsktalende barne- og ungdomsarbeidere i Quebec i Canada, fant for eksempel at for å forebygge utbrenthet blant de fransktalende ansatte var det behov for kollektive organisasjoner, mer formalitet, mer relasjonsfokusering, mer spesialisering og lenger erfaring. De engelsktalende barne- og ungdomsarbeidere hadde på sin side mer behov for mindre formalitet, mer individfokus og karriererefokuserende organisasjoner (Mann-Feder og Savicki 2003).

En systematisk litteraturgjennomgang av intervensjonsprogrammer for å forebygge utbrenthet, konkluderer med at 80 prosent av de 25 programmene førte til reduksjon i utbrenthet (Awa, Plaumann, og Walter 2010). Personrettede intervensjoner reduserte utbrenthet på kort sikt (seks måneder eller mindre), mens kombinasjon av både personrettede og organisasjonsrettede tiltak hadde effekt som varte lenger (12 måneder og mer). I alle programmene avtok effekten over tid, og de foreslår at effekten kan for-

lenges gjennom oppfriskningstiltak (ibid). Tilsvarende effekter er funnet i tiltak for å redusere arbeidsrelatert stress (LaMontagne et al. 2007).

En amerikansk studie ser på hvordan et program på arbeidsplassen "Mindfulness-Based Stress Reduction Program" påvirker helse og velvære blant sykepleiere (Bazarko et al. 2013). De finner at sykepleierne som deltok i programmet begynte å gjøre bruk av andre strategier i de mellommenneskelige relasjonene, noen brukte meditasjon som mekanisme for å få de ansatte i team for å få mer effektiv dialog. Sykepleierne som klarte å anvende teknikkene over tid, hadde bedre nytte av programmet og flere av deltakerne gikk sammen om å videreføre en type programsamlinger etter at programmet var gjennomført og avsluttet på arbeidsplassen (ibid).

I Norge ble det i perioden 2004-2006 gjennomført et liknende program på Ressurssenteret for helsepersonell Villa Sana, for å fremme helse- og livskvalitet blant sykepleiere og for å forebygge utbrenthet, med elementer blant annet mindfulness-teknikken (Isaksson Rø et al. 2010). Deltakerne var med på et 5-dagers kurs med daglige foredrag og gruppesamlinger, der deltakerne delte erfaringer med hverandre. De oppnådde signifikant redusert emosjonell utslitthet, målt ett år etter intervensjonen med unntak av de som sto i en konflikt på arbeidsplassen (ibid).

Gravide kvinner har fått mye oppmerksomhet i sykefraværdebatten, ikke bare i Norge. I Storbritannia har de gått gjennom litteraturen for å se om det er grunnlag for å sykmelde friske gravide

kvinne fordi de har lange arbeidstimer, arbeider skift, løfter mye og har fysisk belastning (Palmer, Bonzini, og Bonde 2013). De konkluderer med at friske gravide kvinner med et uproblematisk svangerskap, kan forsikres om at foreliggende evidens ikke tilsier at de ikke skal arbeide om de har et slikt yrke. Dersom kvinnen har andre risikoer i tillegg, for eksempel vanskelige svangerskap tidligere eller det foreligger medisinske risikofaktorer, må det gjøres andre vurderinger. De sier at dersom kvinnen rådes til å ikke gå på jobb om de ellers er frisk og har et ukomplisert svangerskap, kan et slikt råd føre til engstelse og usikkerhet hos den gravide. Gravide bør også oppfordres til mer fysisk aktivitet. Disse retningslinjene er de samme som tidligere, men de mener at datagrunnlaget bak retningslinjene nå er bedre. I forhold til anbefalinger rundt løfting som gravide utfører i arbeidet, er det behov for å oppdatere retningslinjene for hva som bør unngås (MacDonald et al. 2013).

En studie blant amerikanske hjelpepleiere konkluderer med at godt løfteutstyr, god opplæring og tilstrekkelig med tid til å utføre oppgaven kan forebygge skader (D'Arcy, Sasai, og Stearns 2012).

Fysisk aktivitet på arbeidsplassen finnes ikke å ha noen tydelig effekt på ulike utfallsmål, men årsaken kan være at studiene er så forskjellige og har svake design som gjør at funn fra ulike forsøk ikke kan sammenliknes (Conn et al. 2009). Denne forskningen har i liten grad et kjønnsperspektiv. En metaanalyse konkluderer med at arbeidsplassen er en god arena for å gjøre små endringer i fysisk aktivitet, ernæring og helse for de ansatte (Hutchinson og Wilson 2012)

En systematisk gjennomgang av forskning på intervensjoner for å forebygge arbeidsuførhet (Cochrane review), konkluderer med at det er moderat-kvalitet evidens til støtte for arbeidsplassintervensjoner for å redusere sykefravær blant de med muskel-skjelettlidelser sammenliknet med "usual care" (van Oostrom et al. 2009). Det er først og fremst mangel på forskning som gjør at de ikke kan trekke noen sikker konklusjon om arbeidsplassintervensjoner har effekt eller ikke – uansett hvilken type arbeidsuførhet det er snakk om (ibid).

5.7.1 Forebygging av stress

I 2013 publiserte Kunnskapssenteret en systematisk litteraturgjennomgang av effekter av arbeidslivsbaserte tiltak for å fremme ansattes psykiske (Dalsbø TK 2013).

Konklusjonen ble som følger:

Arbeidslivsbaserte tiltak som individrettet stresshåndtering reduserer muligens risikoen for angst hos helsepersonell. Det er muligens en positiv korttidseffekt på utfallene stress og utbrenthet hos helsepersonell som fikk individrettet stresshåndtering. Vi graderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være lav. Det er usikkert om arbeidslivsbaserte tiltak som "mental image training", fysisk trening eller stresshåndteringsprogram påvirker angst, depresjon, post-traumatisk stress, stress og utbrenthet hos ansatte i politiet. Vi graderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være svært lav. Det er usikkert om fleksible arbeidsordninger, som gradvis pensjonering og ufrivillig deltidsarbeid påvirker ansattes psykiske helse. Det er også usikkert om fleksible arbeidstidsordninger reduserer stress, psykisk belastning, uro eller bedrer livskvalitet, resituering, selvbilde, søvnkvalitet og årvå-

kenhet til ansatte. Vi graderte kvaliteten på dokumentasjonen til å være svært lav. Vi fant ikke dokumentasjon og kan derfor ikke besvare spørsmålet om arbeidslivsbaserte tiltak for ansattes psykiske helse har effekt på andre utfall som mestring, daglig fungering, jobbfungering, produktivitet, fravær, arbeidsuførhet, sykefravær, uheldige hendelser og kostnader. Det er behov for flere, og mer oppdaterte systematiske oversikter over enkeltstudier.

Konklusjonen er ikke at tiltakene ikke har effekt, men at dokumentasjonsgrunnlaget er vurdert til å være av lav og svært lav kvalitet. De skriver videre:

Lav kvalitet på dokumentasjonen betyr ikke at tiltaket er uten effekt. Når dokumentasjonsgrunnlaget er av svært lav kvalitet, betyr det at det er stor usikkerhet knyttet til effektestimaterne og om de viser den faktiske effekten av tiltaket. Med forbehold kan vi si at det er flere funn i favør av de arbeidslivsbaserte tiltakene på enkelte hovedutfall og for enkelte grupper av ansatte. For eksempel fant vi at stresshåndtering reduserte risikoen for angst hos helsepersonell sammenlignet med ingen intervensjon. Fysisk trening og psykologiske tiltak reduserte risikoen for depresjon hos ansatte i politiet sammenlignet med ingen tiltak eller å stå på venteliste for å få tiltaket. Fleksibel arbeidsstart førte til bedret livskvalitet sammenlignet med fast oppstartstid. Det er svært få enkeltstudier for hver av disse sammenligningene. Nyere enkeltstudier kan ha kommet til uten at disse er fanget opp i vår rapport, som er en oversikt over systematiske oversikter.

Dette er i tråd med en omfattende gjennomgang av samme tema som ble gjort noen år tidligere (Graveling et al. 2008).

Sykefravær kan være et virkemiddel å forebygge mer alvorlige helseproblemer. Selv om forskningen har vist at mennesker med ryggsmarter bør være i aktivitet, er det ikke sikkert det samme gjelder for de med psykiske lidelser og problemer. Vi finner ikke forskning som ser på årsaken til fraværshovet og tilhørende anbefalinger for fravær fra eller nærvær på jobb.

En studie ser på ulike psykiske lidelser, varighet på sykemelding og tilfriskning (Tritt et al. 2005). De finner at pasienter med depressive lidelser og langvarig sykmelding hadde tendenser til større symptom bedring, mens pasienter med angstlidelser og langvarig sykdom tenderte til å ha økende psykiatriske symptom (ibid). Forfatterne mener det er en kompleks interaksjon mellom ulike psykiatriske diagnoser, varighet på sykmeldingen og retningene symptomene utvikler seg (ibid). Litteraturen sier lite om kjønnsforskjeller, men det ser i alle fall ut til å være viktig å differensiere mellom ulike lidelser når sykmeldingsbeslutningen gjøres. Dette taler for eksempel i mot at alle sykmeldinger i utgangspunktet bør være graderte.

Sykefraværsforskningen består i dag i stor grad av observasjonsstudier. Mangel på RCT studier og eksperimenter, fører til stor usikkerhet i politikken som føres (Axelsson og Marnetoft 2010). Slike fremtidige studier bør sannsynligvis inkludere kjønnsperspektiver både i forhold til arbeidsliv og kjønnsroller i et samfunnsperspektiv, ifølge forfatterne. Å randomisere sykmeldte til ulike tiltak kan være mer etisk forsvarlig enn å ikke gjøre det (Axelsson og Marnetoft 2010).

5.7.2 Forebygging av mobbing og trakassering

Stami har gjennom prosjektet "Jobbing uten mobbing" kommet med noen råd for å forebygge mobbing og trakassering:

1. Arbeid systematisk for å skape et godt psykososialt arbeidsmiljø
2. Utarbeid en policy/prosedyrer for hvordan trakassering, mobbing eller annen utilbørlig atferd skal forebygges, og rutiner for hvordan slike saker skal håndteres om de oppstår
3. Ha jevnlig møtefora der arbeidsmiljøet diskuteres
4. Gi ledere kompetanse i konflikthåndtering så de tør og evner å følge opp uakseptabel atferd.
5. Skap en kultur som aksepterer uenighet og diskusjon om sak, men ikke personangrep eller latterliggjøring av andres argumenter
6. Utarbeid gode informasjonsrutiner med åpenhet om ledelsens intensjoner. Dette kan redusere ryktespredning og negative fortolkninger
7. Opparbeid gode samarbeidsrelasjoner mellom ledelsen og ansattes representanter. Det bidrar til åpenhet, trygghet og erfaring i å håndtere konflikter på en konstruktiv måte
8. Arbeid for en inkluderende kultur som aksepterer at mennesker er ulike, har ulike synspunkter, evner og arbeidskapasitet
9. Unngå stress over tid. Det virker negativt på vår toleranseevne
10. Følg rutiner for sykefraværsoppfølging

5.7.3 Rehabilitering og intervensjoner på arbeidsplassen

Det å komme tilbake til arbeid etter sykdom og skade kalles i internasjonal litteratur for Return-to-Work (RTW). I Norge har noen brukt begrepet tilbakevending til arbeid, men vi bruker her RTW-begrepet.

De siste 25 årene har det vært forsket mye på RTW og dette har ført til mye bedre kunnskap om hva som påvirker RTW-prosessen og utfallet (Pransky et al. 2005). RTW litteraturen handler særlig om uspesifiserte ryggsmarter. Fra denne litteraturen vet vi for eksempel at jo lenger folk er borte fra jobben på grunn av korsryggsmarter, jo mindre sannsynlig er det at de kommer tilbake til jobb etter skade eller sykdom (Du Bois, Szpalski, og Donceel 2009).

Litteraturen har over tid beveget seg fra medisinske modeller til å heller fokusere på arbeidsplass, kulturelle, økonomiske og sosiale faktorer i RTW prosessen. En gjennomgang av litteraturen, finner over 4 500 artikler på dette området og rundt 1 100 av disse kommer fra Europa og forskningen kommer særlig fra Sverige, Nederland, Finland og Danmark (Rollin og Gehanno 2012). Vi finner mange er opptatt av de demografiske variablene som alder, kjønn, sivilstatus og utdanning, og trenden er kanskje at utfallet etter for eksempel en skade er mer avhengig av dette enn av rene medisinske faktorer

Mye av forskningen handler om nedre ryggsmarter, jf. funn i kapittel 3.

I 2011 kom en grundig systematisk litteraturgjennomgang som inkluderte 83 randomiserte forsøk rundt ikke-spesifikke smerter i nedre del av ryggen (van Middelkoop et al. 2011). De konkluderte med at evidensene for det meste fortsatt var svake. Dette gjelder både effekt av treningsterapi sammenliknet med vanlig behandling og effekt av adferdsterapi sammenliknet med behandling. Tverrfaglig behandling har større støtte i

forskningen, og de finner moderate evidens for at tverrfaglig behandling er mer effektivt enn annen behandling. Det foreligger ikke nok forskning til at de kan si noe om den kliniske effekten av ryggskoler, laserterapi, pasientutdanning, massasje, traksjon, varme og kuldeterapi og korsryggstøtte for kroniske smerter i korsryggen (van Middelkoop et al. 2011).

En tidligere litteraturgjennomgang, viste også at det er verifiserte vitenskapelig bevis for at tverrfaglig intervensjon øker sannsynligheten for å komme tilbake til arbeid etter sykmelding for de med ryggsmarter i nedre del av ryggen som varte mer enn fire uker (Norlund, Ropponen, og Alexanderson 2009). Tverrfaglig intervensjon defineres som at det er ulike fagdisipliner for yrkesrettet behandling som er involvert. Denne artikkelen sier heller ikke noe om ulikt utfall for kvinner og menn.

Det ser ut til å være godt bevist at aktivitet er effektivt med kroniske ryggsmarter i nedre del av ryggen. I en gjennomgang av 39 randomiserte kontrollerte studier, viste at det var sterk evidens for støtte til rådet om å forbli aktiv og for å gjennomføre spesifikke fysiske øvelser (Liddle, Gracey, og Baxter 2007). Kjønn er heller ikke sentral i disse gjennomgangene, men utvalgene består stort sett av både kvinner og menn. Det er derfor naturlig å anta at aktivitet ved ryggsmarter i nedre del av ryggen, er bra for både kvinner og menn.

Hvor godt disse anbefalingene er innarbeidet hos norske fastleger, er usikkert.

En systematisk litteraturgjennomgang fra 2005 konkluderer med at menn re-

turnerer til jobben signifikant raskere enn kvinner ved ryggsmarter i nedre del av ryggen (Steenstra et al. 2005). De fant også følgende faktorer gav lengre varighet på sykmeldingen: høyere invalidiseringsnivå, høyere alder, mer sosial dysfunksjon og mer sosial isolasjon, tynge arbeid og høyere kompensasjonsgrad ved fravær. Faktorer som *ikke* hadde sammenheng med lengden på sykefraværet, var historikk med ryggsmarter, jobbtilfredshet, utdanningsnivå, sivilstatus, antall personer man forsørger, røyking, arbeide mer enn 8 timers skift, yrke og størrelse på næringen og virksomheten (ibid).

En RCT studie fra Sverige konkluderer med at tverrfaglig program for å redusere sykefravær som skyldes rygg- og nakkesmarter, var mer effektivt for kvinner enn for menn (Jensen et al. 2005).

Ut i fra dette, ser det ut til at spesifikke korsryggsmarter forekommer i store deler av befolkningen, at aktivitet er bra, men at kvinner kanskje bruker lenger tid på å komme tilbake til jobb etter sykmelding.

En RCT studie fra Nederland undersøkte om intervensjoner for å redusere varighet på sykefravær som skyldes emosjonelt stress og mindre alvorlige psykiske lidelser (Brouwers et al. 2006). De finner ingen effekt, men konkluderer med at slike program trolig har større effekt på de med mer alvorlige emosjonelle problem. De sier ingenting om kjønnsforskjeller i potensiell effekt (ibid).

Specific LBP, higher disability levels, older age, female gender, more social dysfunction and more social isolation, heavi-

er work, and receiving higher compensation were identified as predictors for a longer duration of sick leave. A history of LBP, job satisfaction, educational level, marital status, number of dependants, smoking, working more than 8 hour shifts, occupation, and size of industry or company do not influence duration of sick leave due to LBP. Many different constructs were measured to identify psychosocial predictors of long term sick leave, which made it impossible to determine the role of these factors.

En av de få studiene fra Norge, finner ingen kjønnsforskjeller i sannsynligheten for å komme tilbake til jobb blant langtidssykmeldte pga psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser og andre indikatorer (Landstad, Wendelborg, og Hedlund 2009, Braathen et al. 2013). Ingen av de studiene vi finner har som formål å undersøke kjønnsforskjeller, men kjønn er typisk med som en variabel.

5.8 Oppsummering

Vi konkluderer med at arbeidsmiljøet har betydning for sykefraværet. Det trengs ikke flere studier for å påvise en slik sammenheng, men det er behov for å finne ut hva det er mer spesifikt i arbeidsmiljøet som påvirker helsen til ansatte. Dette vil variere fra arbeidsplass til arbeidsplass, men også mellom ulike yrkesgrupper. Det er behov for mer forskning som eksplisitt kartlegger utfordringene og som utforsker mulighetene for å redusere negativ eksponeringen særlig i kvinneyrkene. Den tradisjonelle

forskningen tar i liten grad hensyn til de ulike utfordringene kvinner møter i sine yrker. For eksempel er ikke vold og trusler, sterkt lys på arbeidsplassen og øyebelastning, mye stemmebruk og stemmeproblematikk, med i de standardiserte målingene som gjøres, selv om dette er en del av hverdagen til mange ansatte i de store næringene innen helse, omsorg og sosiale tjenester.

Mobbegrepet i Norge er for snevert til å dekke viktige elementer i det psykososiale arbeidsmiljøet på arbeidsplassene. Nye begrep som det å bli hersa med, eller utilbørlig sosial dominans (professor Kjell Underlid) er sannsynligvis mye mer dekkende, og dette bør utforskes videre. Særlig viktig er det å få mer kunnskap om kvinnearbeidsplasser som til nå har fått lite plass i forskningslitteraturen om arbeidsmiljø og helse.

På tross av høyt sykefravær, har det vært lite satsning på mer kunnskap om arbeidsmiljø og tiltak på kvinnearbeidsplassene. Fortsatt er det stort potensial for forebygging av sykefravær på typiske kvinnearbeidsplasser. Det er godt mulig at det er behov for helt andre tiltak der, enn det for eksempel arbeidsmiljøloven legger vekt på. Kvinner rapporterer om betydelig større fysisk og psykisk belastninger av yrkeslivet, enn det menn gjør. Forskningen tyder også på at det psykososiale arbeidsmiljøet har enda større betydning for kvinners helse enn for menns helse, men hvilke psykososiale elementer som er viktigst, er foreløpig uklart.

6 Forhold i arbeidsmarkedet

6.1 Innledning

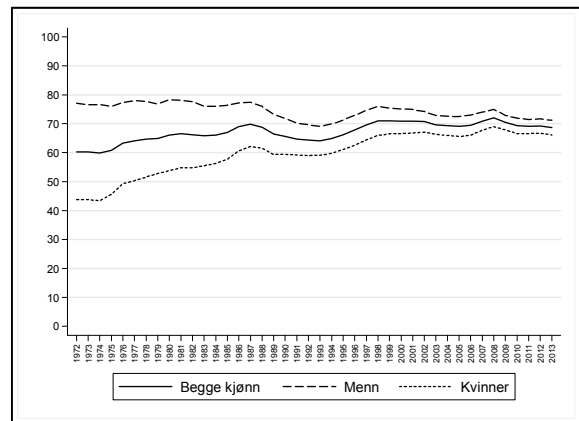
Norge og resten av Skandinavia er de mest kjønnsdelte arbeidsmarkedene blant de industrialiserte landene i verden. Samtidig regnes vi som pionerer i likestilling mellom kvinner og menn, og har en av verdens høyeste sysselsettingsandeler blant kvinner. Dette blir ofte kalt likestillingsparadokset, se mer i St.meld. nr. 8 (2008-2009).

I dette kapittelet skal vi se på forhold i arbeidsmarkedet for å forstå mekanismene i et kjønnsperspektiv. Vi beskriver det sterkt kjønnssegregerte arbeidsmarkedet i Norge og hva dette innebærer.

Vi ser også på utviklingen i sykefraværet og ser dette i sammenheng med utviklingen i sysselsetting og utdanning. Kjønnsforskjeller i arbeidstilbud og arbeidstid, diskuteres i eget delkapittel og vi avslutter med å se på utvikling i lønnsforskjeller mellom kvinner og menn.

6.2 Kvinners yrkesdeltakelse

Figur 6.1 viser utviklingen i sysselsettingsandelen for kvinner og menn i Norge. Totalt har sysselsettingsandelen økt med litt over 8 prosentpoeng fra 1972 til 2013. For menn er det en nedgang på seks prosentpoeng i perioden, mens for kvinner har sysselsettingsandelen økt med over 22 prosentpoeng.



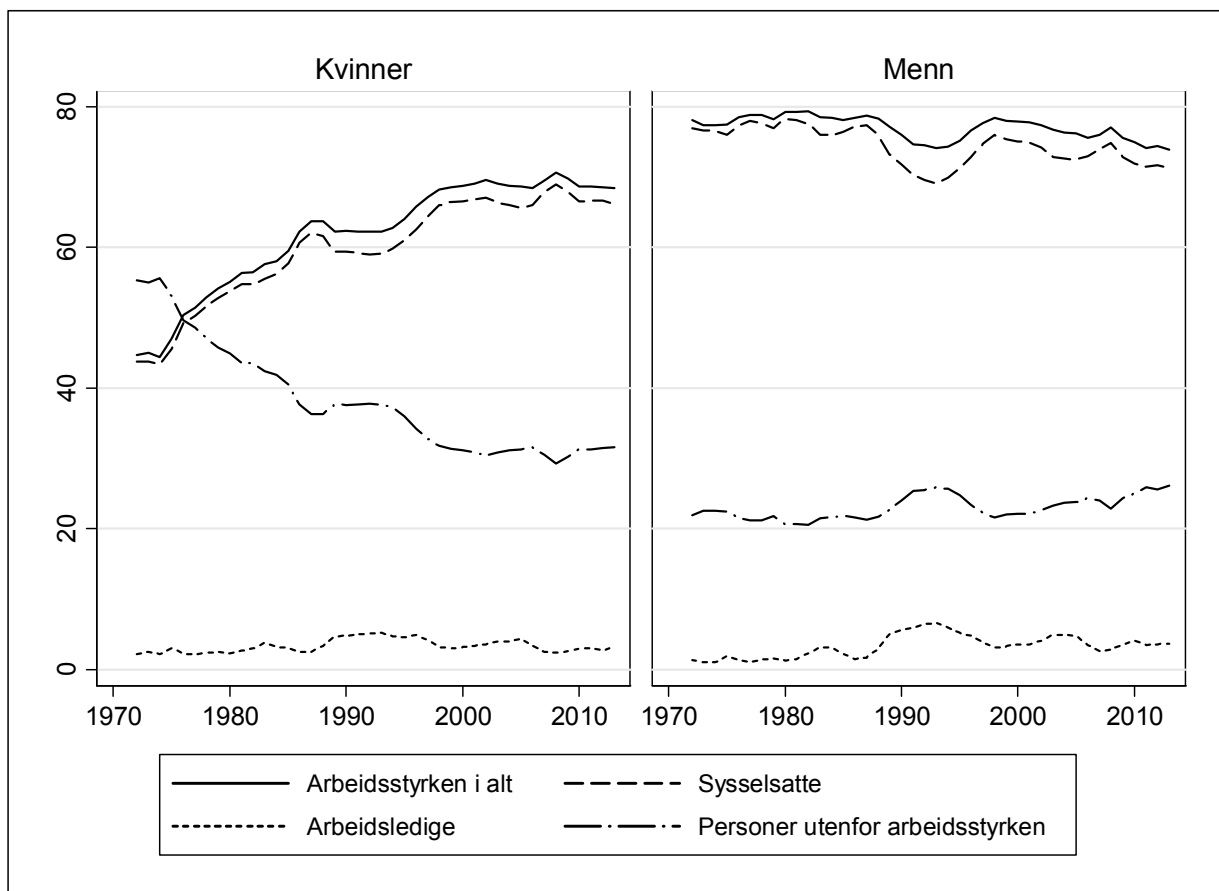
Figur 6.1 Andel av kvinner og menn som er sysselsatt. Kilde: SSB.

Figur 6.2 på neste side, viser at arbeidsledigheten i hele perioden er relativt lav, både blant kvinner og menn. Det er økende tendenser til at menn er utenfor arbeidsstyrken, mens kvinner i større og større grad er innenfor.

6.3 Det kjønnssegregerte arbeidsmarkedet

Som vi har vært inne på tidligere i rapporten, betyr horisontal kjønnssegregering i arbeidslivet at det er tydelige forskjeller i hvor kvinner og menn er sysselsatt (næringer, sektorer og yrker). I tillegg har menn og kvinner ulike posisjoner eller stillinger i arbeidslivet og dette kalles vertikal kjønnssegregering.

Forskjellene er av flere funnet å være svært stabile over tid (Jensberg, Mandal, og Solheim 2012, Reisel og Brekke 2013).



Figur 6.2 Kvinner og menns yrkesdeltakelse i Norge. Kilde: AKU, SSB.

6.3.1 Horisontal kjønnssegregering

Om vi fordeler de nærmere 2,6 millioner sysselsatte i Norge (47 prosent er kvinner) på ulike yrker, finner vi at det er mye større variasjon i yrker for menn enn for kvinner. Mens de ti største yrkene blant menn dekker 35 prosent av alle sysselsatte menn, dekker de ti største yrkene blant kvinner nesten 60 prosent av alle sysselsatte kvinner. Det er altså en mye større bredde i vanlige mannsyrker enn blant kvinner.

For å få med 80 prosent av de mannlige sysselsatte, må vi ta med hele 57 ulike

yrkesgrupper. For å få med 80 prosent av de kvinnelige sysselsatte, er det tilstrekkelig å ta med 30 yrkesgrupper. Hvorvidt dette reflekterer et mer finmasket yrkeskodeverk i yrker for menn, eller om det betyr at kvinner generelt vurderer yrkesmuligheter snevrere enn menn, er vi usikre på.

Om vi ser på de ti største yrkesgruppene blant mannlige sysselsatte (over 20 000 ansatte), er dette typiske yrker med lav kvinneandel, med noen unntak, se tabell 6.1.

Mens den største yrkesgruppen for menn er "Ingeniører mv" som omfatter seks prosent av alle mannlige ansatte, er den aller største yrkesgruppen blant kvinner "Helsefagarbeidere mv." og utgjør 11 prosent av alle sysselsatte kvinner.

Tabell 6.1 Ti største yrker blant menn målt i antall sysselsatte menn, 2012. Kilde: SSB, registerdatastatistikk.

	Andel av alle sysselsatte menn i Norge	Andel kvinner i yrket
Ingeniører mv.	6	14
Ledere for vareproduksjon og tjenesteyting	5	37
Butikkmedarbeidere mv.	5	65
Tømrere og snekkere	4	2
IKT-yrker	3	20
Sivilingeniører mv.	3	21
Salgskonsulenter	3	27
Bønder, avløsere, mv.	2	26
Ledere av administrative enheter, salg og forskning	2	38
Lastebil- og trailersjåfører	2	3
Totalt	35	13

Tabell 6.2 Ti største yrker blant kvinner målt i antall sysselsatte kvinner, 2012. Kilde: SSB, registerdatastatistikk.

	Andel av alle sysselsatte kvinner	Andel kvinner i yrket
Helsefagarbeidere mv.	11	85
Butikkmedarbeidere mv.	10	65
Barnehage- og skolefritidsassistenter mv.	7	85
Sykepleiere mv.	7	90
Kontorarbeidere mv.	5	79
Grunnskolelærere	5	74
Renholdere	4	77
Ledere for vareproduksjon og tjenesteyting	4	37
Høyere saksbehandlere i offentlig og privat virksomhet	3	60
Førskolelærere	2	93
Totalt	57	77

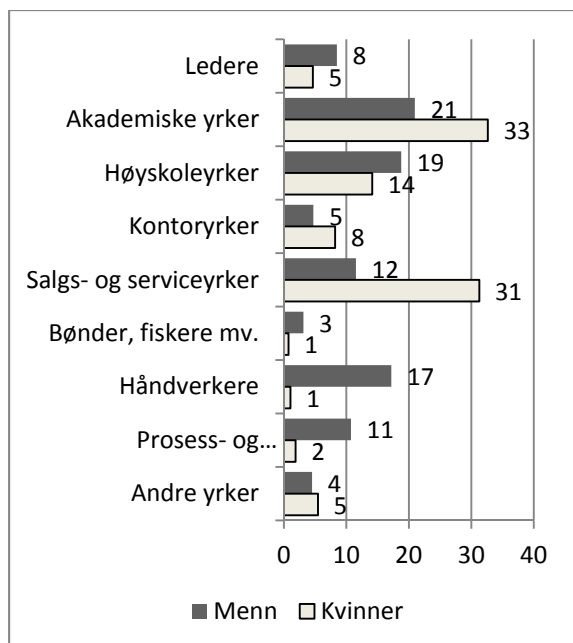
Nesten hver tredje sysselsatte kvinne jobber enten som helsefagarbeider, butikkmedarbeider, barnehage- og SFO-assistent eller renholder.⁵ Denne "fortetningen" av kvinner i typiske kvinneyrker, tilsvares altså ikke av samme type fortetning for menn.

Denne fordelingen på ulike yrkesgrupper, betyr at kvinner og menn i stor grad jobber i ulike næringer og sektorer, se vedlegg i rapporten (Ose et al. 2012). Den horisontale kjønnssegregeringen er derfor svært tydelig i det norske arbeidsmarkedet.

6.3.2 Vertikal kjønnssegregering

Vertikal kjønnssegregering vil si at menn og kvinner har ulike posisjoner og stillinger i arbeidsmarkedet, og da også innen samme yrke. Eksempelvis har menn i større grad ledende stillinger enn kvinner. I neste figur vises sysselsatte etter yrke fra Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) i SSB.

⁵ Her er det kun antall sysselsatte og ikke antall årsverk. Fordi mange kvinner jobber deltid i helsesektoren, er andelen av det reelle arbeidstilbudet på yrker litt ulikt fordelt enn det fordelingen blant sysselsatte viser, særlig blant kvinner.



Figur 6.3 Sysselsatte 15-74 år, etter kjønn, yrke. Kilde: AKU, SSB.

Reglene om kjønnsbalanse i styrer for privat eide allmennaksjeselskap trådte i kraft 1. januar 2006. Vi kommer tilbake til hva dette har betydd for kjønns sammensetningen i siste kapittel.

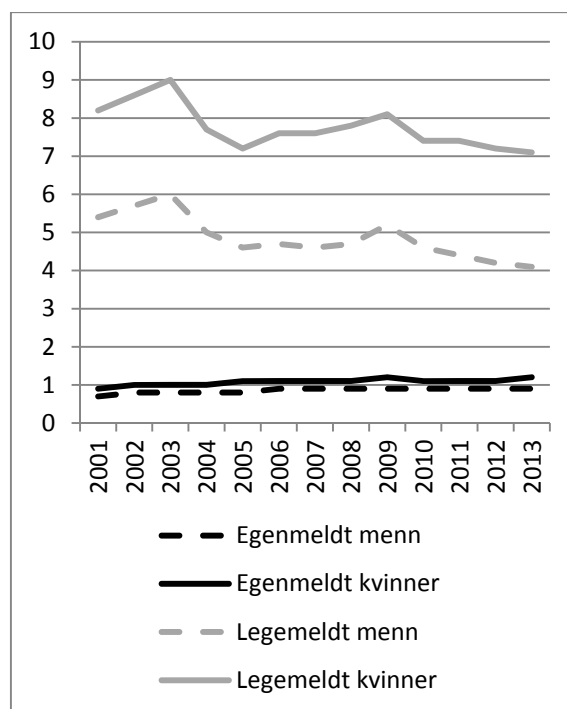
Det er funnet at menn, til og med i kvinne-dominerte yrker, avanserer raskere enn kvinner (Eagly og Carli 2007). Det er likevel usikkert om vertikal kjønnssegregering mest handler om at kvinner ikke ønsker å være ledere, eller om de har vanskeligere for å komme i lederposisjoner.

6.4 Sykefravær og utdanning

En studie av sykefraværet i Norge, utført av forskere i SSB, viser at sykefraværet blant kvinner har økt dramatisk siden slutten av 1970-tallet til i dag (Kostøl og Telle 2011). De mener at forskningslitteraturen synes å være blind for denne utviklingen og at mer kunnskap om sykefravær blant kvinner kan være nøkkelen til redusert sykefravær i Norge.

Dette inntrykket korrigeres i en artikkel som viser at en stor del av økningen i kjønnsforskjellen i sykefraværet, skyldes at kvinner og menn er annerledes fordelt på yrker nå enn på 1970-tallet (Mastekaasa 2012). Han finner også at økningen i kjønnsforskjellen som ikke kan tilskrives endret yrkesfordeling, foregikk i det alt vesentlige på 1980-tallet og avviser dermed at kjønnsforskjellen i sykefravær er kontinuerlig økende (Mastekaasa 2012).

En annen artikkel fra SSB viser også at siden 2001, har sykefraværet for kvinner ligget mellom 50 og 60 prosent høyere enn for menn, men at kvinner i alle aldersgrupper har høyere sykefravær enn menn (Berge 2010).



Figur 6.4 Sykefraværprosent kvinner og menn, egenmeldt og legemeldt, 2001-2013. Kilde: SSB

Figuren over viser en noe sterkere nedgang i sykefraværet de siste årene i sykefraværet for menn enn for kvinner.

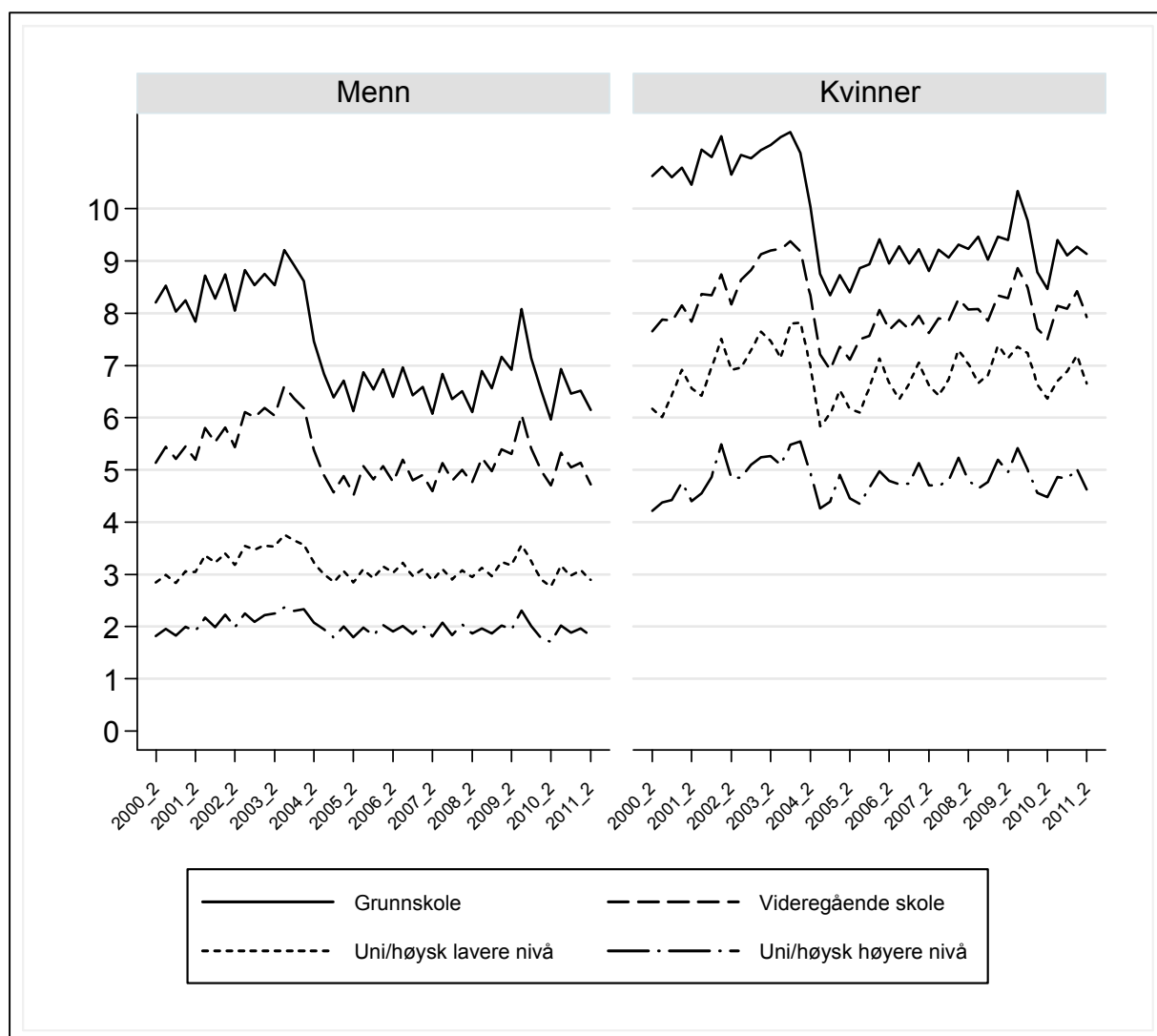
Analysen av sykefraværet i perioden 1999-2003 viste at økningen i sykefraværet ikke kunne forklares med at befolkningen generelt hadde mer helseproblemer, men at det heller kan skyldes endringer i arbeidslivet og endrede tolkninger, toleranse og holdninger rundt subjektive plager (Ihlebaek, Brage, og Eriksen 2007).

Hvor høy sannsynlighet den enkelte arbeidstaker har for å ha sykefravær, er som vist i figuren fra Stami i begynnelsen av kapittel 5, sammensatt og komplekst.

På aggregert nivå blir bildet veldig tydelig. Jo høyere utdanning man har, jo lavere er sannsynligheten for å ha sykefravær. Dette skyldes igjen flere forhold:

- Seleksjon inn i utdanningsnivå
- Hvilke jobber man får med gitt utdanningsnivå.

Fra figuren under, ser vi at mønsteret er akkurat det samme for kvinner som for menn, men at kvinner systematisk har høyere legemeldt sykefravær på alle utdanningsnivå.



Figur 6.5 Legemeldt sykefravær for kvinner og menn, etter nivå på utdanningen. 2000-2011.

Årsaken til at de med høyere utdanning har lavere sykefravær enn de med lavere utdanning, kan skyldes mange forhold:

- Jo bedre utdanning, jo bedre jobb (mer fleksibilitet, høyere lønn, mindre fysisk krevende arbeid, bedre arbeidsmiljø etc)
- Jo høyere utdanning, jo større valgmuligheter på arbeidsmarkedet og kan få til bedre match mellom jobbkrav og helse
- Jo bedre utdanning, jo bedre helse
 - Det er lettere å ta utdanning om helsa er god
 - Jo høyere utdanning, jo mindre risikofylt helseadferd (utdanning påvirker tenkning og beslutningsmønster, investerer mer i helse fordi fremtiden er mer verdt – økt nåverdi av fremtidig livsløpsnytte)
 - Høyere status i samfunnet gir bedre helse (lavere status, lavere kontroll over eget liv)
 - Bedre nettverk gir bedre helse (høyt utdannet, bedre nettverk som gir finansiell, fysisk og emosjonell støtte)
 - Høyere inntekt gir bedre helse (kan kjøpe innovative helsetjenester tidligere)

Den fundamentale hypotesen om sykdom og utdanning, er at utdanning tilfører et individ en rekke viktige ressurser som penger, kunnskap, prestisje, makt og fordelaktige sosiale betingelser som kan brukes for å oppnå en helsefordel (Link og Phelan 1995).

I det følgende ser vi på forskningen som finnes på dette området, for å se hvilke av disse sammenhengene som er bekreftet fra forskningen.

Kvinnens økte utdanning gjør at kvinner er eldre før de føder barn, og at bedre utdannede kvinner har større sannsyn-

lighet for å forfølge karrierer med brattere karrierestige (Mills et al. 2011).

Både i Norge, Sverige og Finland er det funnet at lavere utdanning gir høyere risiko for å bli uføretrygdet både for kvinner og menn (Samuelsson et al. 2012, Bruusgaard, Smeby, og Claussen 2010, Ropponen et al. 2011).

En annen norsk studie av uføre konkluderer med at det er høy dødelighet blant de som er uføretrygdet, og at medisinske betingelser hadde større betydning blant kvinners dødelighet, mens lav sosioøkonomisk status var viktigere blant menn (Gjesdal et al. 2008).

I Norge er det også undersøkt om sannsynlighet for å bli uføretrygdet har sammenheng med familiesituasjon, selvopplevd helse og arbeidsforhold (Haukenes et al. 2012). Forfatterne konkluderer med at slike faktorer ikke kan forklare hvorfor kvinner har høyere sannsynlighet for å bli uføretrygdet, men når de tar hensyn til utdanning, finner de at disse faktorene forklarer kjønnsforskjellene blant de med høyere utdanning, men ikke blant de med lavere utdanning (Haukenes et al. 2012).

Fordi kvinner har dårligere sosioøkonomisk status enn menn (kvinner har generelt dårligere betalte jobber), som er innsatsfaktorer i helse, kan helsen til kvinner avhenge mer av utdanning enn hos menn. Forskning på dette viser at jo høyere utdanning, jo bedre helse – både blant kvinner og menn (Ross, Masters, og Hummer 2012). De har sett på både egenvurdert helse og på dødelighet, og finner at effekten av utdanning på egenvurdert helse er størst blant kvinner,

men at effekten av utdanning på dødelighet er størst blant menn. Menn har høyere dødelighet, men forskjellen mellom menn og kvinner avtar med økt utdanning. Kjønnsforskjellene i både egenvurdert helse og i dødelighet blir altså betydelig mindre jo høyere utdanning (Ross, Masters, og Hummer 2012).

En studie fra Sverige, som har fulgt en kohort i 27 år, finner at høyere utdanning reduserer sannsynligheten for å ha helseskadelig adferd (røyking, drikking, snus og inaktivitet) gjennom livet (Brannlund, Hammarstrom, og Strandh 2013). Den generelle utdanningseffekten på helseadferd var sterkere for menn enn kvinner. At helseskadelig adferd blant menn forekommer dobbelt så hyppig som hos kvinner, kan påvirke resultatene fordi utvalget av kvinner med risikofylt helseadferd blir lavt. Forfatterne foreslår at sosiale faktorer knyttet til kjønn og ulikheter i belønning fra arbeid mellom kvinner og menn kan ha betydning, men at det ikke er forsket på dette (ibid).

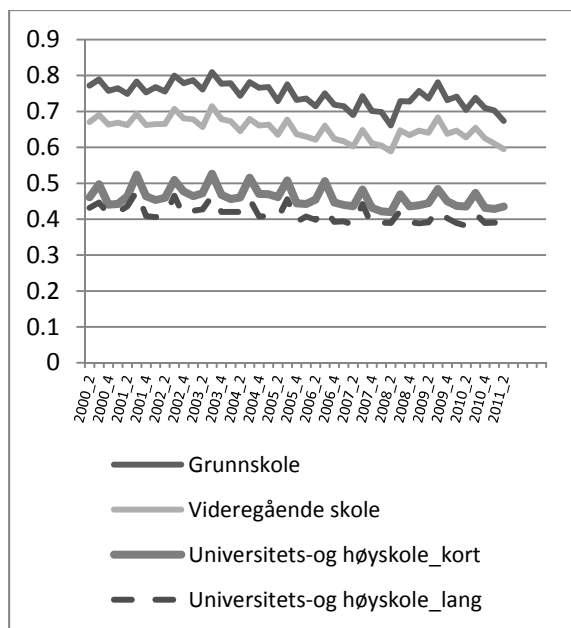
Forskning fra Nederland på store utvalg som undersøker ansattes behov for rekonvalesens etter arbeid (målt med Need for Recovery after Work scale (NFR)), viser at det er høy NFR blant høyt utdannede kvinner og særlig de mellom 50 og 64 år i forhold til menn (Verdonk et al. 2010). Denne kjønnsforskjellen tolker de som arbeid koster mer eller krever større innsats for høyt utdannede kvinner, enn for høyt utdannede menn (ibid).

En studie fra Finland på et stort utvalg kommunalt ansatte i Helsinki viste at lav utdanning, yrkesgruppe og individuell inntekt førte til 2 -3 ganger høyere sykefravær både blant kvinner og menn (Piha

et al. 2007). De fant at det var særlig i perioden med avtagende arbeidsledighet og oppbemanning i kommunen de sosioøkonomiske forskjellene i sykefraværet oppsto ved at de med lavere sosioøkonomisk status da fikk en sterk økning i sykefraværet. Dette kan indikere at endrede arbeidsmarkedsbetingelser og seleksjon har ugunstig effekt i grupper med lavere sosioøkonomisk status (ibid). I en senere studie konkluderte de samme forskerne med at det var særlig utdanning og yrkesgruppe som predikerte sykefravær, og ikke inntekt (Piha et al. 2010).

Vi finner ikke forskning som kan si noe om kjønnsforskjellene i sykefraværet øker eller avtar med høyere utdanningsnivå. Nasjonal fraværstatistikk fra SSB, viser at menn sitt legemeldte sykefravær utgjør omtrent 60 prosent av kvinners legemeldte fravær. I figuren under har vi dividert menns fravær på kvinners fravær (tallene i forrige figur). 0,5 på Y-aksen betyr da at menns fravær er halvparten av kvinners fravær i samme utdanningsgruppe, mens 1 på Y-aksen betyr at sykefraværet er likt mellom kvinner og menn.

Noe overraskende finner vi at den relative kjønnsforskjellen i sykefraværet er størst i blant de med høyere utdanning. Selv om klart fraværet totalt er mye lavere blant de med høyere utdanning, utgjør her menn sitt fravær godt under halvparten av kvinners fravær, målt etter legemeldt sykefraværspersent.



Figur 6.6 Menns andel av kvinners legemeldte sykefravær etter utdanning, SSB.

Hva dette skyldes, er umulig å finne ut gjennom å studere den statistikken som i dag er tilgjengelig.

Dette er i tråd med funnene fra Nederland beskrevet over, om at arbeid koster mer eller krever større innsats for høyt utdannede kvinner, enn for høyt utdannede menn (Verdonk et al. 2010).

6.5 Utdanning- og yrkesvalg skaper det kjønnssegregerte arbeidslivet

Frihet til å gjøre egne valg blir gjerne betraktet som et minimum hvis vi vil vise at vi har innflytelse over egne liv. I følge sosiologen Nicolas Rose (1999) lever vi i en tid der "frihet" er blitt prinsippet for svært mange ulike drømmer og prosjekt (Rose 1999). Frihetsbegrepet har stor appell og kobles derfor sammen med andre positive ladede begreper som selvbestemmelse og ansvarliggjøring. På bakgrunn av dette, er det grunn til å spørre hvorfor så mange jenter og gutter følger tradisjonelle kjønne mønstre

hva angår utdanning og yrkesvalg i Norge? Det finnes mange ulike forståelser og innfallsvinkler til dette. Og det er stor uenighet. Biologiske forklaringer kan vektlegge kjønnsulikhet i valg av utdanning som et resultat av jenters og gutters medfødte egenskaper, mens sosiologiske forklaringer i større grad vektlegger det sosiale miljø, sosiale forventninger og internalisering av etablerte normer om hva som passer best for gutter og jenter.

Uavhengig av hva vi velger å legge mest vekt på av "født sånn" eller "blitt sånn", har en i norsk sammenheng en politisk overordnet målsetting om likestilling mellom kvinner og menn. Fortsatt er det slik at kvinner tjener mindre enn menn i Norge, og det forklares i hovedsak med at kvinner og menn arbeider i ulike yrker, se kapittel 6.8. De typiske kvinneyrkene er lavere lønnet og mange kvinner arbeider dessuten deltid. En måte å få bukt med de store kjønnsforskjellene i lønn, er selvsagt å heve lønnen i typiske kvinne-dominerte yrker, en annen og samtidig strategi, kan være å endre jenter og gutters utdanningsvalg.

Valg av yrker og utdanning er en sentral del av unge menneskers vei mot voksenlivet. Valgene som tas er særlig viktige fordi de legger sterke føringer på individenes livssituasjoner, sosiale status og økonomi senere i livet (Karlsen Bæck 2006) At ungdom gjør bevisste utdannings- og yrkesvalg, må derfor sees som et viktig mål, både for ungdommen som enkeltindivid, men også for samfunnet. Kjønn ser ut til å være en av de viktigste individuelle markørene som systematisk påvirker hvordan ungdom gjør sine yrkesvalg (Mathiesen, Buland, og Bungum 2010).

Norsk ungdomsforskning har i liten grad studert skolen som arena for identitetsbygging (Andreassen 2008). Samtidig viser forskning at ungdom i stor grad oppfatter skolen som viktig i livet (Heggen og Øia 2005, Osborne 2003). Skolen er viktig for ungdom, og oppfattes som en institusjon som er sentral i forhold til det "å bli noe". Forskning fra Storbritannia viser imidlertid at det å bli noe, og hva man ønsker å bli, kan variere avhengig de unges sosiale bakgrunn (Furlong og Cartmel 2007). Klasse, kjønn og etnisitet er med på å påvirke de unges vei mot identitet og voksenlivet.

Flere studier har sett på hvordan kjønn påvirker unges valg, og hva som kan gjøres for å stimulere til mer utradisjonelle valg. Noen har vært inne på at dette krever en helhetlig tenkning mht tiltak og tilrettelegging, fra skole til arbeidsliv. I denne tiltakskjeden spiller skolens rådgivertjeneste en sentral rolle (Vagle og Møller 2013, Buland 2011). Flere har også vært inne på at det er nødvendig å starte informasjons- og rådgivningsarbeid systematisk og tidlig, om en skal oppnå resultater på dette området (Buland 2011, Mathiesen, Buland, og Bungum 2010, Buland og Havn 2001).

Evalueringen av rådgivertjenesten i norsk skole (Buland, mfl 2011), viste at kjønn ikke var et tema eller problemstilling for et flertall av utdanning- og yrkesrådgivere i skolen, gjennomgående var svært lite fokus på kjønn og utdanningsvalg i skolen (ibid).

Det er også funnet at jenter i en alder av 14 år som går på skoler med høy andel jenter, gjør mer utradisjonelle utdanningsvalg enn jenter i samme alder som

går på skole med flere gutter (Schneeweis og Zweimüller 2012).

Når det gjelder fagfelt, nærmer kvinnene seg mennene ved at en høy andel kvinner nå velger utdanninger som jus, medisin og økonomi. Mennene nærmer seg i mindre grad kvinnenenes tradisjonelle fag som sykepleie (Bakken 2009).

Dette er også i tråd med internasjonal forskning. Generelt går kvinner i større grad enn tidligere inn i typiske mannsyrker, men fordi den devaluerte verdien av kvinners arbeid endres lite over tid, har kun kvinner insentiver til å gå inn i typiske mannsyrker, mens menn har få insentiver til å gå inn i typiske kvinneyrker (England 2010). Kvinner fra middelklassen gjør i større grad utdannings og karrierevalg som gir gjør at de beveger seg oppover i systemet, mens arbeiderklasse kvinner velger trygge, typiske kvinneyrker for å få økonomisk stabilitet (ibid).

Mønsteret er overraskende stabilt mellom land, og en studie av 8 europeiske land, inkludert Norge, viste at kjønns-segregeringen tydelig går i to retninger. (Barone 2011). Forfatterne finner tydelige skiller i alle landene mellom kjønn i retning omsorg for kvinner og teknologi for menn og at utviklingen synes å ha stoppet opp eller stabilisert seg på et nivå som er relativt likt mellom landene (ibid). Samme stabilitet og avtakende endring også blant kvinner, finner England, 2010. Barone (2011) finner at dimensjonen omsorg-teknologi forklarer mer enn 90 prosent av kjønns-segregeringen i de landene som var studert (Ita-

lia, Spania, Norge, Tyskland, Østerrike, Nederland, Finland og Tsjeckia).

6.6 Sysselsetting, utdanning og kjønn

I dette delkapittelet ser vi på sysselsetningsutviklingen for kvinner og menn etter type utdanning.



Figur 6.7 Andel kvinner og menn med universitets- og høyskoleutdanning.

Figur 6.7 viser at allerede ved tusenårsskiftet, hadde flere kvinner enn menn universitets og høyskoleutdanning.

I det følgende bruker vi tall fra sysselsetningsstatistikk fra registerdata med informasjon om utdanning og fagretning (SSB).

Det følger nå tre figurer:

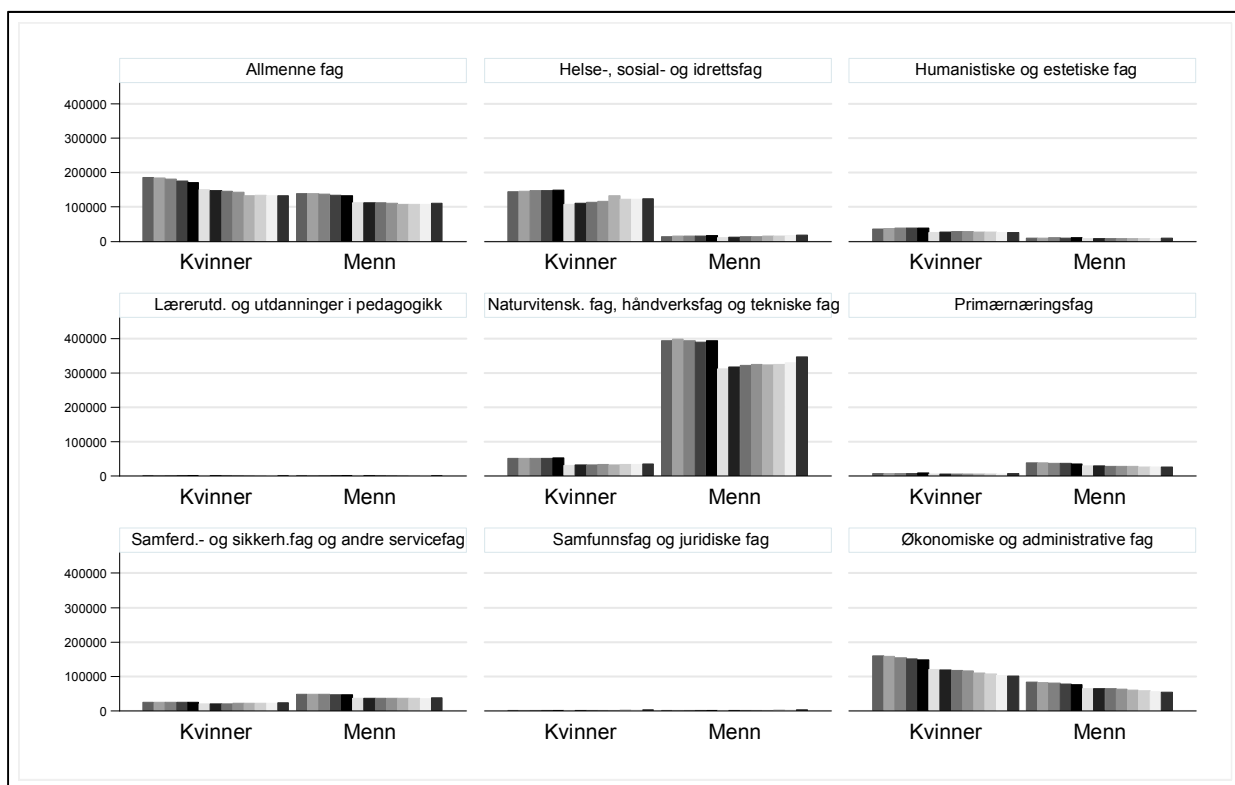
- Sysselsetting etter kjønn og fagretning, videregående skolenivå (figur 6.8)
- Sysselsetting etter kjønn og fagretning, kort høyskole eller universitetsnivå (figur 6.9).
- Sysselsetting etter kjønn og fagretning, lang høyskole eller universitetsnivå (figur 6.10)

I 2006 ble det endringer i statistikken, ved at aldersgrensen for å bli regnet som sysselsatte senket fra 16 til 15 år.

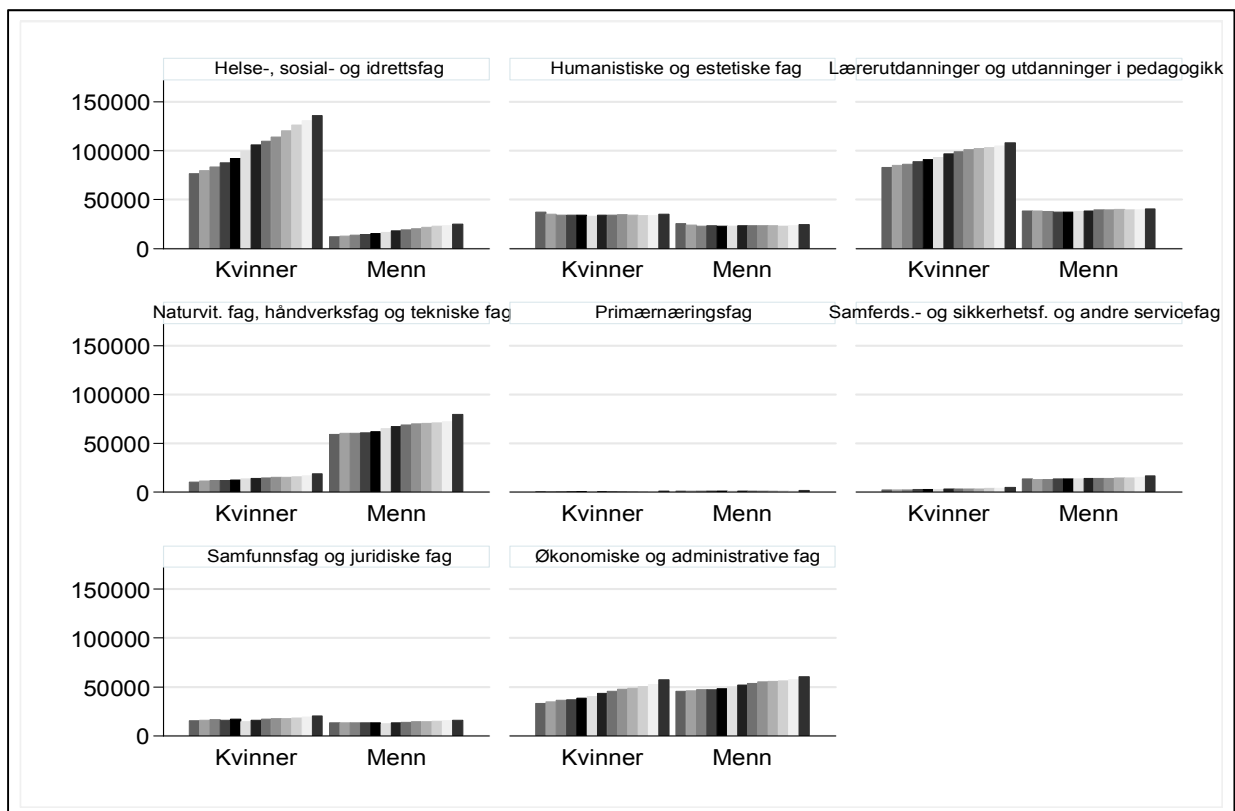
Fra figur 6.8 ser vi at det er tydelig kjønnsforskjeller i hvilken utdanning de som er sysselsatt med utdanning på videregående skolenivå.⁶ Det er tydelig nedgang i sysselsettingen blant kvinner i allmenne fag, men en økning i kvinnelige sysselsatte med helse og sosialfaglige videregående utdanning. Sysselsatte menn øker jevnt innen naturvitenskaplige fag, håndverksfag og tekniske fag. Antall kvinner som velger denne retningen på dette nivået, er relativt stabil.

De neste figurene viser også en sterk økning i helse- og sosialfaglig retning for kvinner, men også at kvinnelige sysselsatte med lærerutdanning og pedagogisk utdanning øker. Det er også en økning blant menn med helse-, sosial- og idrettsfag, men det er få menn i forhold til kvinner. Sysselsatte med økonomisk og administrative fag med kort høyskole- eller universitetsutdanning, fordeler seg relativt likt på menn. Den sterkeste økningen blant menn, er igjen innen naturvitenskaplige fag, håndverksfag og tekniske fag.

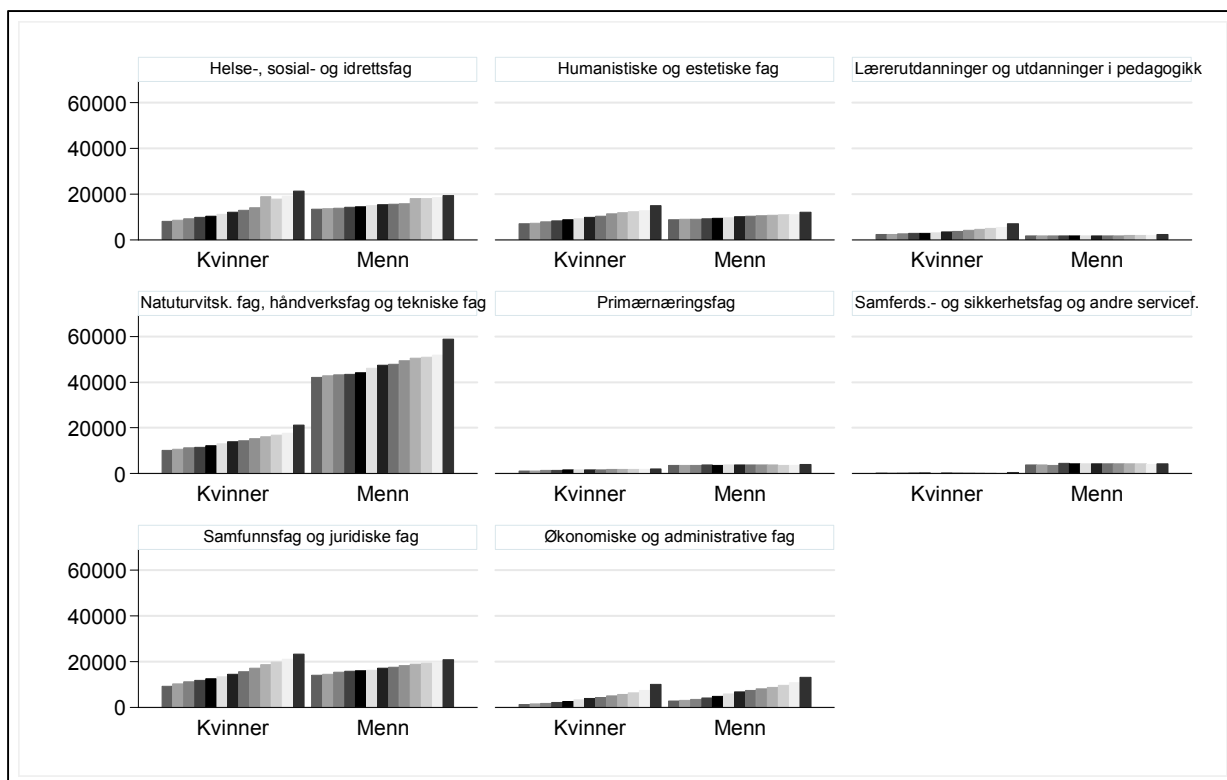
Kjønnsforskjellene blant de med lenger høyskole og universitetsutdanning, består også særlig i at menn er sysselsatt i jobber som krever utdanning i naturvitenskapelige fag, håndverksfag og tekniske fag, mens kvinner er spredt på flere fagområder. Kvinnelige sysselsatte med lang høyskoleutdanning eller universitetsutdanning i samfunnsfag og juridiske fag, har nå passert menn i antall (figur 6.10).



Figur 6.8 Antall sysselsatte etter utdanning, kjønn og retning, 2000-2012. Videregående skolenivå.



Figur 6.9 Antall sysselsatte etter utdanning, kjønn og retning, 2000-2012. Kort høyskole og universitetsnivå.



Figur 6.10 Antall sysselsatte etter utdanning, kjønn og retning, 2000-2012. Lang høyskole og universitetsnivå.

6.7 Kvinner og menns arbeidstid

I dette delkapittelet ser vi på deltidsarbeid, skiftarbeid og turnusarbeid.

6.7.1 Deltidsarbeid

41 prosent av kvinner arbeider deltid, mot 13 prosent menn (Næsheim og Villund 2013).

Figur 6.11 viser at trenden er at kvinner i større grad jobber deltid, mens menn i mindre grad jobber deltid.

Hvorfor kvinner og menn velger å jobbe deltid er gjennomgått av i en rapport fra SSB (Kjeldstad 2004). Vi tar med Kjeldstad sin beskrivelse av funnene:

I den grad menn jobber deltid, er det overveiende selvvalgt kort deltid, oftest blant ungdom under utdanning eller i tidlig alderdom som supplement til pensjonsinntekter. Rapporten viser at prosess-

ene bak kvinners deltidsarbeid skiller seg mindre entydig fra prosessene bak heltidsarbeid enn tilfellet er for menn. Selvvalgt lang deltid er kvinnetilpasningen fremfor noen, og det er særlig gifte kvinner med barn som jobber lang deltid. Videre er de undersysselsatte, det vil si de som jobber deltid, men ønsker mer arbeid, ofte lavt utdannede kvinner. Deltidsarbeidet er for en stor del, både for kvinner og menn, konsentrert i bestemte yrker og sektorer av arbeidsmarkedet. Det er aller mest deltid i yrker uten krav til utdanning, i små bedrifter og blant midlertidig ansatte. Særlig gjelder dette ufrivillig deltid/undersysselsetting. Men for menn er deltidsarbeidsmarkedet i langt større grad aldersstrukturert enn tilfellet er for kvinner. Det gjelder både tilbud og etterspørsel, det vil si at menn som ønsker deltid er enten unge eller gamle, og firmaer som etterspør menn i deltidsarbeid, er særlig orientert mot å rekruttere de samme gruppene.

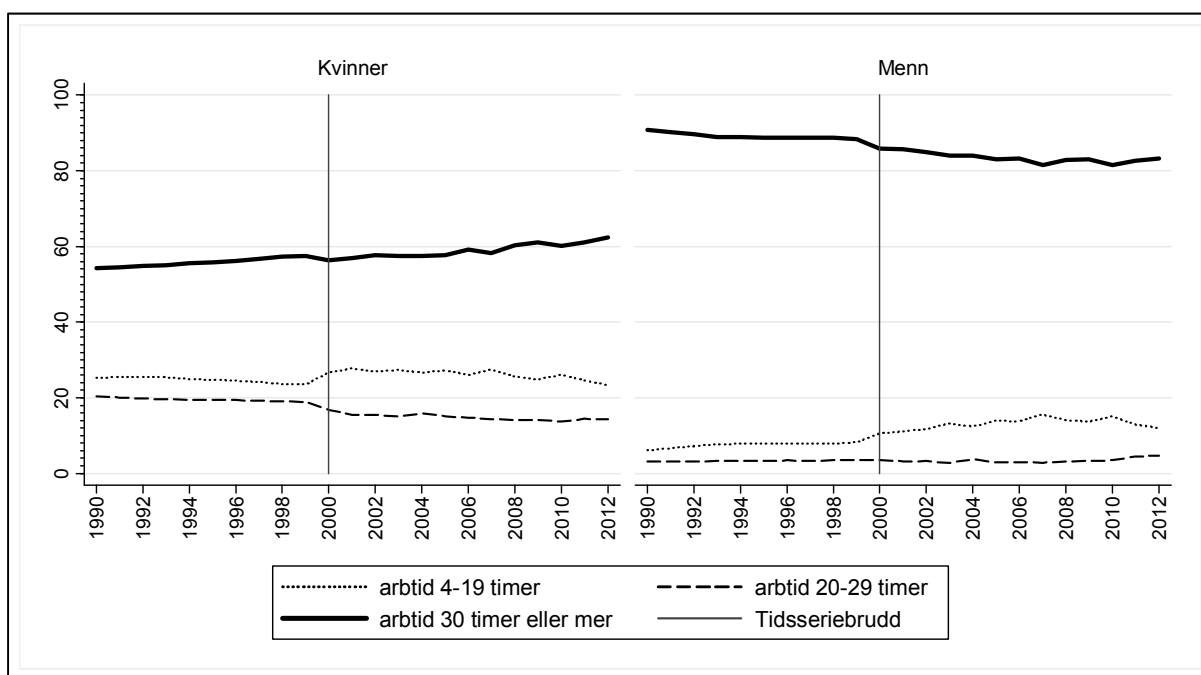
Kvinnens deltid er mer sammensatt og vanskeligere å forklare enn menns deltidsarbeid. I motsetning til for menn, har omsorgsrelasjoner og omsorgsforpliktelser stor betydning for valget

mellom heltid og deltid for kvinner. Og i motsetning til for gifte menn, er dessuten ektefellens arbeidstid av stor betydning for arbeidstiden til gifte kvinner. For befolkningen som helhet, men i særdeleshet for personer med familieforpliktelser, står betydningen av kjønn i særstilling når vi skal forklare deltidsarbeidet. Til tross for at vi finner en viss positiv sammenheng mellom ektefellers arbeidstid, det vil si en tendens i retning av lik arbeidstid ektefeller imellom, viser analysen at for de parene som praktiserer forskjellig arbeidstid ektefellene imellom, er det et systematisk kjønnsdelt mønster. Å ha barn under 16 år mer enn doubler deltidstilbøyeligheten for kvinner. For menn innebærer samliv redusert deltid, men ellers har familiekjennetegn liten betydning for deres arbeidstid. For kvinner har utdanningsnivået stor betydning for arbeidstiden. De med lavest utdanning jobber i størst grad deltid.

Det gjelder også i noen grad for menn, men for gifte menn har utdanningsnivået liten betydning. For gifte kvinner øker deltidstilbøyeligheten når ektefellen har høy inntekt, mens gifte menn stort sett jobber heltid uansett ektefellens økonomiske bidrag. Fordeling av arbeidstiden ektefeller imellom ser i liten grad ut til å være et resultat av økonomisk begrunnede forhandlinger i husholdet.

Om rapporten: Kvinner og menn i deltidarbeid - Fordeling og forklaringer, SSB. (Kjeldstad, 2004).

Vi savner informasjon om helse, men dette ligger sannsynligvis ikke i datagrunnlaget. Vi har indikasjoner på at en stor del av kvinner som arbeider deltid, har justert arbeidstiden på grunn av helseforhold.



Figur 6.11 Andel arbeidstakere 16-74 år etter arbeidstid, 1990-2012.

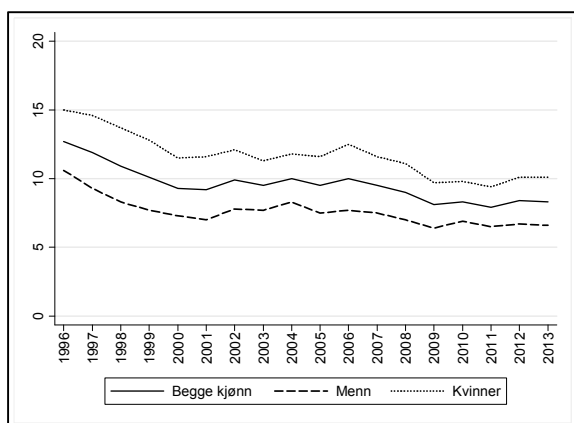
Vi savner informasjon om helse, men dette ligger sannsynligvis ikke i datagrunnlaget. Vi har indikasjoner på at en stor del av kvinner som arbeider deltid, har justert arbeidstiden på grunn av helseforhold.

Gjennom en spørreundersøkelse med svar fra nesten 10 000 hjelpepleiere, fant vi at 24 prosent av de som arbeider deltid gjør det fordi de ikke får større stilling (ufrivillig deltid), mens 17 prosent svarer at jobben er for slitsom til at de makter større stilling. 11 prosent jobber deltid fordi de har omsorg for barn (Ose et al.

2011). Det er mange som oppgir flere årsaker til at de jobber deltid, og det er derfor et ganske sammensatt bilde, i alle fall blant hjelpepleiere ansatt i norske kommuner.

En rapport fra Fafo som inneholder analyser av paneldata fra Arbeidskraftundersøkelsen, viser at flere kvinner enn menn er undersysselsatt og har ufrivillig deltid (Svalund 2011). De finner også at kvinner i større grad er fastlåst i ufrivillig deltid enn menn. Typiske kvinne-dominerte yrkesgrupper som hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, assistenter, renholdere, kantine -og serveringsansatte, barne- og ungdomsarbeidere er i større grad undersysselsatt eller ufrivillig deltidssysselsatt i lenger perioder (ibid).

Vi vet også at flere kvinner enn menn er midlertidig ansatte.



Figur 6.12 Midlertidig ansatte, etter kjønn og alder

6.7.2 Skiftarbeid og turnusarbeid

I 2013 var det 28 prosent av de sysselsatte kvinnene og 21 prosent av de sysselsatte mennene som arbeider skift/turnus, se figur 6.13.

71 prosent av skiftarbeidere er menn og 88 prosent av disse arbeider heltid. 74 prosent av turnusarbeidere er kvinner og

51 prosent av disse arbeider deltid (Andersen, Køber, og Rønning 2008).

Som vi så i kapittel 5.4 finnes det en del forskning på sykepleiere og skiftarbeid, men det finnes også en mer generell litteratur. Denne viser blant annet at skiftarbeid er korrelert med en rekke negative helseeffekter og konsekvenser for psykososial velvære; arbeid/familie konflikt, økt tretthet/fatigue, problemer med å adapting og re-adapting til nattarbeid, økt risk for hjerte-karsykdommer, mage-tarm problemer og kreft (Merkus et al. 2012).

De ser også på forholdet mellom skiftarbeid og sykefravær, og konkluderer med at dette er avhengig av type skiftordning. Forskerne konkluderer med at type skiftordning må være med i analysene som gjøres på skiftordninger og sykefravær (ibid).

En systematisk litteraturgjennomgang fra forskere i Bergen tar for seg individuelle forskjeller i toleransen for skiftarbeid (Saksvik et al. 2011). Etter at de har tatt for seg 60 relevante artikler, finner de høyere skifttoleranse (evnen til å tilpasse seg skiftarbeid) blant unge, menn, de som får lav skår på "morningsness" (mest opplagt om morgenen), høy fleksibilitet, lav skår på matthet, lav skår på neurotisme (angst, sinne, misunnelse, depressiv), høy skåre på ekstroverte og intern lokasjon av kontroll i tillegg til noen genetiske disposisjoner (ibid). De konkluderer med at det er lite forskning på personlighet og toleranses for skiftarbeid.

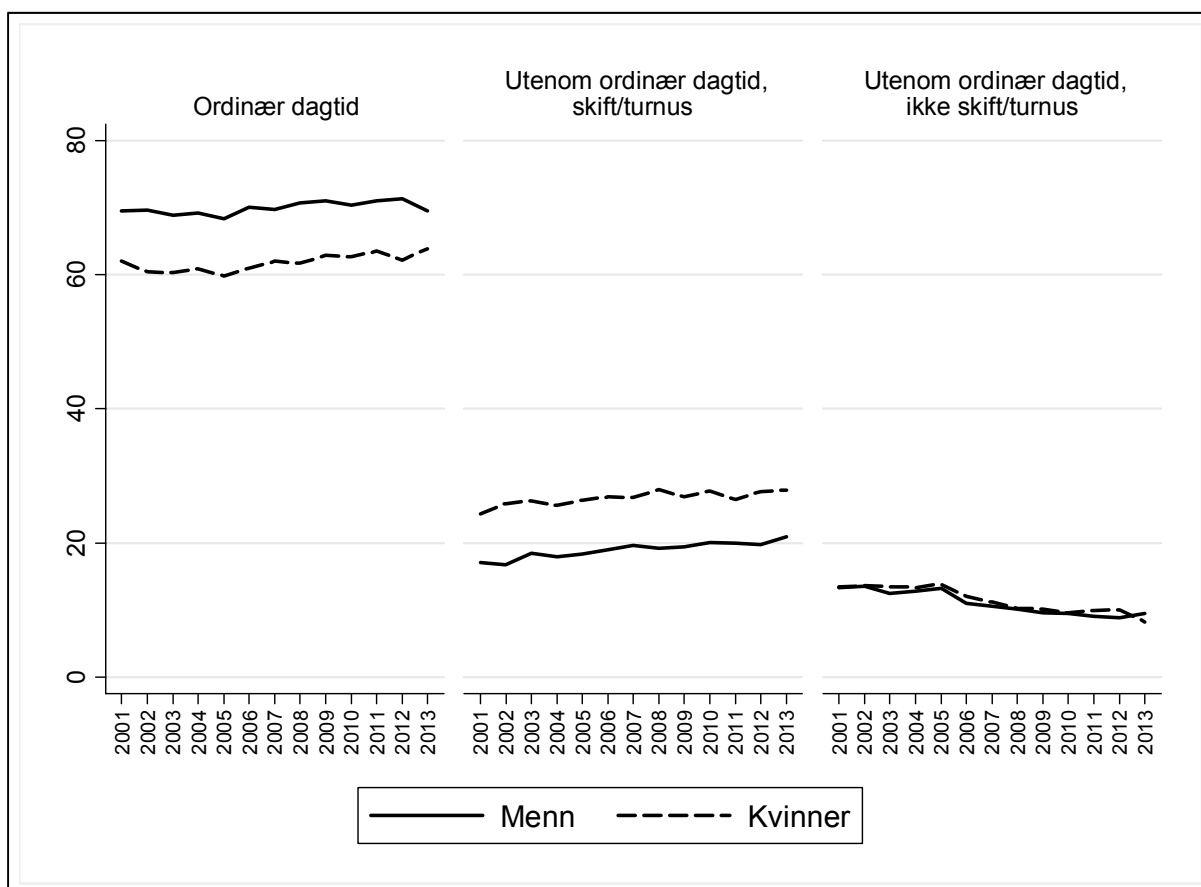
En systematisk litteraturgjennomgang av effekten på nattarbeid på kvinners re-

produktive helse, konkluderer med at forskningen foreløpig ikke kan konkludere på dette (Chau, West, og Mapedzahama 2013).

Det har lenge vært spekulert på om det er en sammenheng mellom brystkreft og nattarbeid, men etter en systematisk litteraturgjennomgang, konkluderes det med at det ikke foreligger tilstrekkelig bevis for en slik sammenheng (Ijaz et al. 2013). En annen systematisk gjennomgang av dette temaet, konkluderte at det var svake bevis for en slik sammenheng. (Kamdar et al. 2013). En tredje litteraturgjennomgang konkluderte med at det er en sammenheng mellom nattarbeid og brystkreft i vestlige land, men at det må mer forskning til for å forstå hvilke bio-

molekulære mekanismer som er involvert i patogenesen i kreften som er diagnostisert i pasienter som arbeider nattarbeid (Leonardi et al. 2012).

En systematisk litteraturgjennomgang av skiftarbeid og risiko for tidlig fødsel og lav fødselsvekt konkluderer med at risikoen er lav (Bonzini et al. 2011). De påpeker også at risikoen, selv om den er liten, kan være overestimert pga publisjonsskjevheter (at funn som viser økt risiko har større sannsynlighet for å bli publisert enn de som ikke finner en sammenheng) og at de store studiene finner ikke-positive sammenhenger i større grad enn de mindre studiene (Bonzini et al. 2011).



Figur 6.13 Ansatte i hovedarbeidsforhold, etter arbeidstidsordning

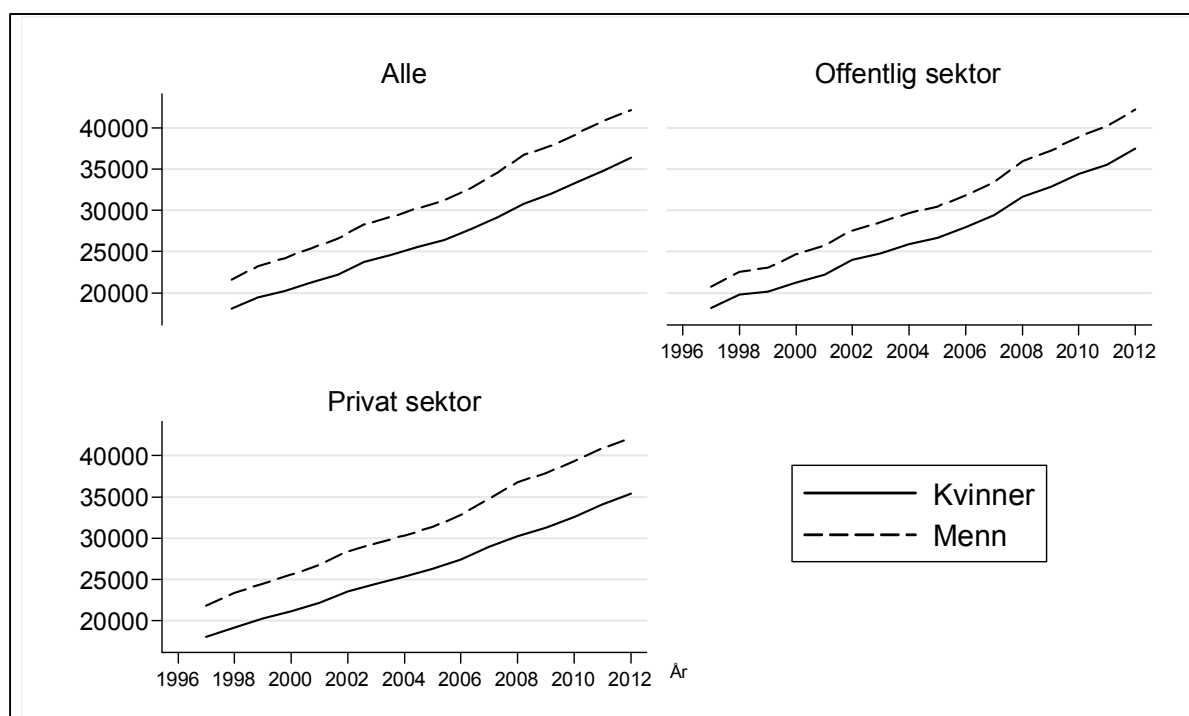
6.8 Lønnsforskjeller mellom kvinner og menn

Det er tre hovedforklaringer som antas å ligge bak lønnsforskjellene mellom kvinner og menn (Barth og Dale-Olsen 2004):

- At kvinner og menn har ulik arbeidstid
- Avlønning i kvinneyrker er klart lavere enn avlønninger i mannsyrker

- Menn har høyere stillinger, selv innenfor samme yrke

Det er funnet at det bare er små forskjeller mellom kvinner og menn med samme kvalifikasjoner i samme stilling og at det etter 1985 ikke har foregått noen systematisk reduksjon i timelønnsforskjellene mellom kvinner og menn (ibid).



Figur 6.14 Gjennomsnittlig månedslønn for heltidsekvivalenter, etter kjønn, sektor. Kilde: SSB.

Figuren over viser månedslønn regnet om til heltidsekvivalenter⁷ for kvinner og menn i offentlig og privat sektor.

Vi kan se tendenser til økte lønnsforskjeller mellom kvinner og menn både i of-

fentlig og privat sektor. Dette skyldes i stor grad at kvinner og menn velger ulike utdanninger og yrker og at bevegelsen går i retning av enda tydeligere omsorgsteknologi differensiering jf. kapittel 6.6.

6.9 Oppsummering

47 prosent av alle sysselsatte i Norge er kvinner. Kvinner arbeider i yrker knyttet til omsorg og menn arbeider i yrker knyttet til teknologi. Omsorgsyrkene er vesentlig dårligere betalt enn teknologiyrkene. Et kjønnssegregert horisontalt arbeidsmarked er vedvarende og til og med

⁷ I statistikken blir ansatte med en arbeidstid på mindre enn 33 timer per uke eller med stillingsandel på mindre enn 100 prosent definert som deltidsansatte. For å kunne sammenligne lønn mellom hel- og deltidsansatte omregnes lønna til de deltidsansatte til hva den ville vært hvis de jobbet heltid. Månedslønn omfatter avtalt lønn, uregelmessige tillegg og bonuser. Overtidsgodtgjørelser er ikke medregnet i månedslønna

økende ved at utdanningsvalg fortsetter å være svært tradisjonelle for store deler av befolkningen.

Både kvinner og menn med lav utdanning har betydelig høyere sykefravær enn de med høyere utdanning. Dette kan både skyldes seleksjonseffekter inn i utdanningen (lavere sosioøkonomisk klasse velger mer tradisjonelt), og at yrkene som både kvinner og menn med lav utdanning får tilgang på, er mer fysisk og psykisk krevende.

At kvinner jobber deltid, særlig i offentlig sektor, handler både om at mange kvinner ønsker å jobbe deltid, men også at det i noen yrkesgrupper er for dårlig tilrettelagt for heltidsstillinger (hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, assistenter, renholdere etc). Det kan også være at mange av kvinneyrkene er for tunge til at alle klarer å jobbe heltid, men dette er det lite forsket på.

Hvilke tilbud av arbeidskraft den enkelte av oss vil tilby, handler om en rekke forhold både på individnivå (evne, motivasjon, helse), på familienivå og i arbeidsmarkedet. Sannsynligvis er det riktig at det er lik lønn for likt arbeid i Norge i dag, men det er ikke lik lønn for like lang utdanning. Dette handler om hva markedet er villig til å betale for. Om det blir mangel på arbeidskraft i for eksempel

omsorgstjenestene, kommer arbeidsinnvandrere som holder lønningene nede. Slike mekanismer i den nedre delen av arbeidsmarkedet, ved at inngangen er relativt åpen slik at tilbudssiden er fleksibel, gjør at lønnsforskjellene mellom kvinner og menn vedvarer. Det gjør de også fordi kvinner og menn velger jobber og utdanning der arbeidsmarkedet tilsier at det er behov for dem.

Kvinner har sterke insentiver til å velge å gå inn i mannsdominerte yrker, men menn har ingen insentiver til å gå inn i kvinnedominerte utdanninger og yrker, og gjør det heller ikke i vesentlig grad.

7 Samfunnets strukturer og rammer

7.1 Innledning

Strukturer i samfunnet gir muligheter for individuelle beslutninger, men setter også noen grenser for individenes valg. At vi har et kjønnssegregert arbeidsmarkedet, der kvinner og menn arbeider i ulike sektorer og yrker, er et resultat av forhold både på individnivå og samfunnsnivå.

I dette kapittelet starter vi med å se på hva lovgivningen har bidratt med for å oppnå mer likestilling i arbeidslivet. Kvoteringsordninger har vært et mye brukt virkemiddel i norsk likestillingspolitikk, og vi ser nærmere på effekten av disse.

7.2 Lovgivning

Likestillingsbegrepet er sterkt utvidet i forhold til hva likestilling handlet om tidligere, og likestillings- og diskrimineringslovgivningen omhandler i dag følgende lover:

- Kjønnslikestilling (1978)
- Lov om etnisk diskriminering m.v. (2005)
- Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (2008)
- Lov om forbud mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (2013)

I vår sammenheng er det særlig kjønnslikestillingsloven fra 1978 som er relevant.

7.2.1 Likestillingsloven

Lov om likestilling mellom kjønnene (likestillingsloven) fra 1978 trådte i kraft den 15. mars 1979. Loven var et resultat av en to hundreårig rettighetskamp, godt hjulpet av en generell liberalisering av økonomien (Danielsen, Larsen, og Owesen 2013). Vi skal ikke gå nærmere inn på denne historien her, men denne boken gir en samlet framstillingen av norsk likestillingshistorie (ibid).

I løpet av 1970-årene fikk likestilling mellom kjønnene en plass i politikken og i tillegg til likestillingsloven kom andre viktige lover som lov om selvbestemt abort (1978), lov om barnehager (1975), lov om arbeidsmiljø (1977), der kvinner blant annet fikk utvidet adgangen til permisjon ved svangerskap og fødsel.

Likestillingsloven skulle også sikre at kvinner og menn ble gitt like muligheter til utdanning, arbeid og faglig utvikling. Etter mye diskusjon fikk denne loven form som en kjønnsnøytral forbudslov, heller enn en lov for særlig å fremme kvinners stilling.

7.2.2 Kvoteringsregler i offentlige styrever

I 1981 fikk loven for første gang en bestemmelse med kvoteringsregler for sammensetningen av offentlige styrever, råd og utvalg. Bestemmelsen ble endret og skjerpet flere ganger og i 1988 ble regelen endret til minst 40 prosent av hvert kjønn (§ 21 i likestillingsloven).

Lovforslaget om krav til kjønnsrepresentasjon i bedriftsstyrer ble første gang fremmet i forbindelse med en større revisjon av likestillingsloven i 1999, og planlagt som en utvidelse av § 21. Bakgrunnen for denne diskusjonen var det sterke fokuset kvinner og ledelse hadde hatt i den likestillingspolitiske debatten (Teigen 2011).

Bondevik I-regjeringen fremmet forslaget i 1999, Stoltenberg I-regjeringen trakk forslaget fordi det var behov for mer utredning i 2000 og sendte ut et nytt forslag om kjønnsbalanse i styrene til allmennaksjeselskapet på høring i 2001. Nå ble det foreslått at hvert kjønn skulle være representert med minst 40 prosent, ikke 25 som tidligere for å harmonisere med kravet stilt i paragraf 21 i likestillingsloven.

Det nye lovforslaget var nå koblet fra likestillingslovgivningen og foreslått som en ny paragraf i selskapsloven og forslaget var nå å begrense kravet til privateide allmennaksjeselskaper. Private aksjeselskaper ville ikke bli regulert, som tilfellet ville ha vært med det første kvoteringsforslaget fra 1999.

Bondevik II-regjeringen la frem forslaget i juni 2003 (Ot. prp. nr. 97 (2002-2003)). I desember 2003 ble vedtaket om krav til kjønnsbalanse i allmennaksjeselskapenes (ASA) styrer, samt i styrene for statlige og interkommunale selskap, vedtatt av et bredt flertall i Stortinget (Teigen 2009:94, 101). I 2008 og 2009 ble hhv samvirkeforetak og kommunale aksjeselskap også omfattet av lovgivningen.

Dermed gjelder kravet om 40 prosent kvinner i styrene tilsvarende for offentlige heleide foretak (statsforetak), interkommunale selskaper, store samvirkeforetak og aksjeselskaper som er mer enn 2/3-deler kommunalt eid.

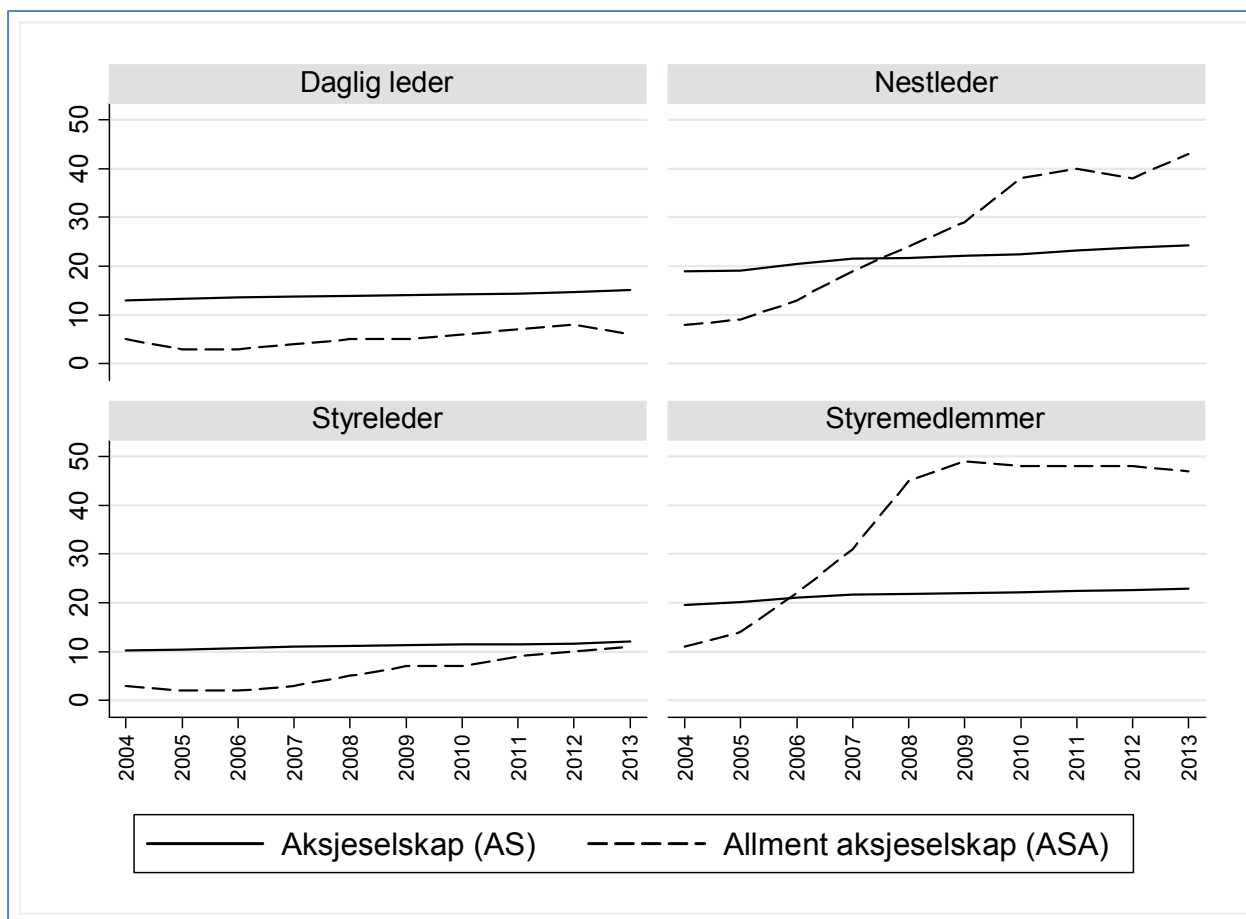
Reglene om kjønnskvalitering i ASA-styrene vekker stor internasjonal interesse. Flere land i EU som Frankrike og Belgia og delvis Spania går i samme retning som Norge, med kjønnskvaliteringslover for å øke kvinneandelen i bedriftsstyrer.

7.2.3 Kjønnsbalanse i bedriftsstyrene i Norge

SSB produserer og publiserer statistikken "Styre og ledelse". Statistikken bygger på Bedrifts- og foretaksregisteret (BoF), rolleopplysningene i Enhetsregisteret (ER), befolkningsstatistikksystemet (BeReg), Nasjonal udnanningsdatabase (NUDB) og Arbeidsgiver-arbeidstaker registeret (Aa-reg).

Gjennom denne statistikken kan man dermed enkelt følge utviklingen i kjønns-sammensetningen i styrene i de ulike selskapsformene.

Figuren viser tydelig en sterk effekt av kvoteringsreglene i ASA-selskapene. Den mer marginale økningen i AS-selskapene, impliserer tydelig at det i stor grad er kvoteringsreglene for ASA-selskapene, som har påvirket utviklingen.



Figur 7.1 Andel kvinner etter rolle og selskapsform, 2004-2013. SSB.

I ASA-ene ble målet om 40 prosent av begge kjønn nådd i 2008, men det er også en jevn vekst i andel kvinner i AS.

Forskningen omkring kjønnsmangfold i bedriftsstyrer har i hovedsak tatt virksomhetens perspektiv, et eierstyringsperspektiv (Corporate Governance) (Terjesen, Sealy, og Singh 2009). Man har sett på effekter av økende kvinneandel på styrets arbeid og beslutninger (Nielsen og Huse 2010), og på bedriftens resultater, som for eksempel markedsverdi (Nygaard 2011) eller innovasjon (Miller og Triana 2009). Studier innenfor dette perspektivet fokuserer oftest på å registrere forskjeller mellom virksomheter som har en eller flere kvinner i sine styrer (Adams og Ferreira 2009), evt. en kritisk masse (Torchia, Calabro, og Huse

2011, Elstad og Ladegard 2012), og de som ikke har noen kvinner. Tanken bak er at kvinner bidrar med noe spesielt til styrene og derigjennom til virksomhetene. Funnene her er ikke konsistente (Terjesen, Sealy, og Singh 2009, Fanto, Solan, og Darley 2011, Lawal 2012), men økt kjønnsbalanse i et styre kan ha positive effekter på beslutningsprosesser og klima i styret (Miller og Triana 2009, Nielsen og Huse 2012).

En ny studie finner blant annet at norske firma som er omfattet av kvoteringsregelen og har minst 40 prosent kvinner i styret, foretar færre nedbemanningen enn sammenliknbare bedrifter, men de har høyere lønnskostnader og lavere profitt på kort sikt (Matsa og Miller 2013).

Når det gjelder effekter i samfunnet, næringslivet som helhet, og kvinners deltakelse i økonomiske beslutningsprosesser generelt, finner vi lite empirisk forskning. Vi finner imidlertid klare trekk på at den norske kvoteringsloven har skapt endringer i diskusjoner og lovgivning omkring eierstyring, særlig i europeiske land, men også i andre vestlige økonomier (Branson 2012). Slik sett har reformen åpenbart skapt politiske endringer som kan bidra til å øke kvinneandelen i styrer ytterligere.

7.2.4 Fedrekvoten

Allerede i 1978 ble det innført lik rett til foreldrepermisjon for både far og mor. I praksis var det likevel vanlig at kvinnen tok ut hele fødselspermisjonen. I 1993 ble foreldrepengeperioden utvidet med fire uker forbeholdt fedre. Begrunnelsen var ønske om at flere menn skulle ta del i foreldrepermisjonen. Utviklingen har vært som følger

- 1993: Fedrekvoten på fire uker ble innført
- 2005: Fedrekvoten økte fra fire til fem uker
- 2006: Fedrekvoten økte fra fem til seks uker
- 2009: Fedrekvoten økte fra seks til ti uker
- 2011: Fedrekvoten økt fra ti til tolv uker
- 2013: Foreldrepermisjonen økte med to uker, slik at fedrekvoten er 14 uker
- 2014: Dagens regjering foreslår å redusere fedrekvoten fra 14 til ti uker fra 1. juli 2014.

Fedrekvoten i 1993 ble lansert som et virkemiddel for at far skulle få muligheter til å tidlig å knytte bånd til sine barn, og en underliggende antakelse var at

mødre og ferde var like gode omsorgspersoner (Madsen 2013).

Analysen som sammenlikner fedre som har barn som er født før og etter endringer i lengden på foreldrepermisjonen, viser at fedre mottar foreldrepenger i eksakt det antall uker som er forbeholdt far (Fougner 2012). Ved hver utvidelse av fedrekvoten har fedrenes uttak av foreldrepenger økt tilsvarende (ibid).

Analysene viste også at når fedrekvoten økte, ble kvoten ofte delt opp og dette kan skyldes både at det er vanskelig å være lenge borte fra arbeidet sammenhengende, og/eller at det er hensiktsmessig for familien å la far ta ut foreldrepenger når mor har ferie og fridager (ibid).

Fleksibiliteten i fedrekvoten ble innført i 2007. Fra at permisjon som måtte tas ut sammenhengende i fulltid, ga den nye ordningen mange kombinasjonsmuligheter. Far kan jobbe deltid, ta permisjon en dag i uka, eller noen timer hver dag.

De som har forsket mye på dette i Norge, konkluderer med at denne fleksibiliteten ikke nødvendigvis er et gode (Brandth og Kvande 2013). De fant at fedre som benyttet seg av fleksibiliteten og utsatte eller tok deltidspolisjon, ikke følte at de mestret farsrollen og ikke fikk så god kontakt med barnet. De fant også at det ofte er arbeidsgiveren som nyter godt av fleksibiliteten, fordi den er en invitasjon til forhandling med arbeidsgiver (ibid).

En stor studie fra Storbritannia har vist at dersom far tar ut farspermisjon og er hjemme med barnet, er det større sann-

synlighet for at de senere er sterkt involvert i barnets oppdragelse (Tanaka og Waldfogel 2007).

Hvorvidt dette er en kausaleffekt eller en seleksjonseffekt ved at fedre som tar ut permisjon er mer interessert i barna sine enn de som ikke gjør det, har vi ikke funnet noen forskning på.

Flere er inne på den klassesdelingen som kanskje har blitt forsterket mellom kvinner gjennom kvinners sterkt økte sysselsettingsgrad. Kvinner med høy utdanning har svært høy arbeidsmarkedsdeltakelse og har reelle valgmuligheter, uavhengig av likestillingspolitikken som føres (Korpi, Ferrarini, og Englund 2013). Den største effekten av likestillingspolitikken kommer blant kvinner uten universitetsutdanning (ibid). Som vi så i kapittel 4, er det mest likestilling i hjem der foreldre har høy utdanning.

Debatten i Norge rundt fedrekvoten handler stadig om hva som er best for barnet (Madsen 2013). Noen medisinerer og psykologer advarer mot at ideologisk likestillingspolitikk skal gå ut over barna (amming og emosjonell trygghet fås hos mor), mens mer progressivt tenkende psykologer og kjønnsforskere argumenterer for at barnas beste er at far også er til stede i tidlig alder (ibid).

Analysene fra Norge tyder på at fedrekvoten generelt er et treffsikkert virkemiddel for at far skal kunne ta en større del av omsorgsoppgavene for barna. Kvoten er i stor grad tatt ut, men en for fleksibel ordning gjør at det blir vanskeligere å prioritere permisjonene for mennene. Enda mer fleksibilitet, vil kunne bety at

det blir færre menn som tar ut fedrekvoten.

7.3 Kjønn og sosial ulikhet

Innen politisk sosiologi er slått fast at klasseskiller er blant de aller viktigste og robuste forskjellene i samfunnet (Svallfors, 2006).

Særlig i skandinaviske velferdsøkonomier, er det funnet store klasseforskjeller.

En svensk studie tar for seg både sosioøkonomiske faktorer, livsstilsfaktorer når de ser på kvinner og menns selvurderte helse (Molarius et al. 2007). De gjennomførte en stor befolkningsundersøkelse der over 46 000 mennesker fylte ut et spørreskjema om blant annet selvopplevd helse. De fant at 7 prosent av mennene og 9 prosent av kvinnene vurderte sin egen helse til å være dårlig. Det var høyest forekomst av dårlig helse blant de som hadde opplevd økonomiske problemer (problemer med å betale regninger), som hadde lav sosial støtte rundt seg og blant de som hadde pensjonert seg fra arbeidslivet tidlig. De fant også at lav utdanning var korrelert med dårlig selvurdert helse blant menn, men ikke blant kvinner. De som var fysisk inaktiv, undervektig eller overvektig, hadde dårligere helse og viktige arbeidsbetingelser som hadde sammenheng med dårlig selvurdert helse var misfornøyd med jobben, lav jobbkontroll og bekymring for å miste jobben. Fordi dette er en tverrsnittsstudie kan de ikke si noe om hva som er determinanter for dårlig helse og hva som er konsekvenser av dårlig helse (ibid).

Personer i lavere sosioøkonomiske klasser (særlig sterk i forhold til lav utdanning), er betydelig mer tradisjonell i kvinnesynet enn ansatte høyere klasser (Svallfors, 2006).

Gjennom arbeidet med denne rapporten, har det blitt mer og mer tydelig at den sosioøkonomiske statusen kvinner har, i stor grad styrer deres mulighet til å delta i arbeidsmarkedet på like vilkår som menn. Kvinner fra lavere sosioøkonomiske klasser plasseres seg i lavinntektsdelen av arbeidslivet, mens kvinner fra høyere lag i samfunnet plasserer seg mer likt med menn.

Det er også flere i internasjonal litteratur som har begynt å se på at velferdsstaten ikke har samme positiv effekt for alle kvinner. I en analyse av lønnsforskjeller studeres lønnsgapet mellom kvinner og menn i yrker som krever høy utdanning og yrker fra lav utdanning (Mandel 2012). Politikk for å få kvinner ut i arbeid, kan ha bidratt til lavere lønn for kvinner enn menn (ibid).

Årsaken er at når kvinner gikk ut i arbeidslivet, økte etterspørselen etter arbeidskraft som kunne gjøre omsorgsoppgavene. I velferdsstaten ble dette offentlig oppgaver. Slike offentlige omsorgstjenester har dermed en dobbel påvirkning på kvinner, både fordi de muliggjorde deltakelse i arbeidslivet for kvinner, men også at denne økte etterspørselen gjorde at kvinner begynte nettopp i disse jobbene (ibid).

Lange permisjonstider og mye deltidsarbeid for kvinner, gir også en kostnad som påvirker muligheten til å komme inn i

bedre karrierer som gir høyere inntekt (ibid).

I land der det er vanskelig for kvinner å jobbe fordi det ikke er gode velferdsordninger, blir det en liten eksklusiv gruppe kvinner som makter dette, og lønnsgapet mellom kvinner og menn blir mindre tydelig. Når statlig politikk støtter at kvinner skal ut i arbeid jf. velferdsstaten, øker gruppen kvinner i arbeid og kvaliteten av jobbene reduseres slik at kjønnsgapet økes. Dette kalles av noen for inklusjon-ulikhet dilemmaet (Pettit og Hook 2009).

En kan også tenke seg at siden en del kvinner arbeider utenfor typiske kvinneyrker, vil kvinneyrkene ha relativt liten støtte fra andre yrkesaktive kvinner fordi de da selv vil måtte kunne betale mer for tjenestene de er avhengig av for å kunne være i jobb (omsorg og aktivitet for eldre).

På denne måten kan utbyggingen av velferdsstaten og offentlig politikk ha bidratt til at kvinner i stor grad fått de samme omsorgsoppgaver i yrkeslivet, som kvinner tidligere hadde i hjemmet og i familien.

7.4 Hva sier neste generasjon?

I dagens moderne samfunn med to yrkesaktive heller enn en i hver familie, flere som bor alene med eller uten barn, flere par av same kjønn - beveger vi bort fra den typiske "homemaker/ breadwinner" familien (Gerson 2009).

Kathleen Gerson, en amerikansk professor i sosiologi, påpeker i artikkelen at selv om det har vært store endringer i familielivet, henger det igjen gammel-dagse kjønnsroller både i arbeidslivet og

i familielivet. Arbeidsgivere premierer de som kan gi mest av tiden sin til jobben, og kvinner møter store forventninger til en sterk foreldrerolle og troen på et permanent ekteskap står sterkt (ibid).

Gerson beskriver at spenningen mellom endringene i folks liv og motstandsdyktige institusjoner, har skapt personlige dilemmaer både for kvinner og menn. Selv om barn i økende grad er avhengig av mors inntekt, er det kvinner som er hovedansvarlig for omsorgen for barna. Og uansett hvor mye menn ønsker å være involverende fedre, vil deres suksess i arbeidsmarkedet være det som gjør dem attraktive som ektefelle og som definerer deres sosiale status (ibid).

Professoren skriver videre at det er dagens unge som kan endre dilemmaene som både kvinner og menn i dag opplever. Hver generasjons valg reflekterer både en dom over fortiden og en erklæring om fremtiden, men at valgene som gjøres av dagens unge har spesielt viktige konsekvenser fordi dette er barn av den store "kjønnsrevolusjonen". Hun og kolleger har intervjuet 120 unge mennesker, som utgjør et bredt utvalg unge som har vokst opp i ulike familiekonstellasjoner. Hun finner blant annet at halvparten av de som har vokst opp med en mor som ikke er yrkesaktiv, hadde ønsket at mor var yrkesaktiv. Åtte av ti unge som hadde vokst opp med yrkesaktiv mor, synes dette var det beste alternativet. At begge foreldrene var i arbeid, var ingen garanti for at familielivet fungerte godt for barna, men det ser ut som at bedre økonomi og større nettverk kan være klare fordeler med at mor jobber.

Dette er en kvalitativ studie som på en god måte studerer de unges opplevelser av å vokse opp i ulike familiestrukturer. Når de blir spurt om hvilke planer de selv har for fremtiden, er det hele 95 prosent som ønsker et livslangt intimt bånd med samme partner. Dette på tross av at de har vokst opp i en tid med høye skilsmisserater. Tre av fire av de som vokste opp i familier der begge foreldre var yrkesaktiv, ønsker at deres ektefelle både skal ha inntekt og ha omsorgsoppgaver. To av tre unge som har vokst opp i mer tradisjonelle hjem med mor hjemmeværende, ønsket også at begge skulle dele på oppgavene når de etablerte seg, og hele ni av ti som har vokst opp med aleneforsørger ønsket at begge skulle jobbe (ibid). De unge ønsker altså at begge skal jobbe og fordele hjemmeoppgavene likt mellom seg, og unge kvinner vil heller være trygg basert på egen inntekt, enn avhengig av en mann som forsørger seg.

Som forfatteren også er inne på, er ikke dette i tråd med de som fremstiller unge kvinner som "cup-cake bakende" glansbilder av hjemmeværende mødre. De unge kvinnene som har vokst opp med endrede familiesammensetninger og som har sett ustabile ekteskap, vil i større grad skape seg en uavhengighet av ekte mannen med å ha eget arbeid.

Om dette er stemmer for de unge generelt, vil utviklingen vi har sett særlig fra 1970-tallet til i dag fortsette i årene som kommer og flere kvinner tilbyr sin arbeidskraft for å være økonomisk uavhengig.

Vi finner ikke tilsvarende studier fra Norge eller fra Skandinavia, men sannsynligvis er det likheter.

7.5 Menn sin dominans hindrer utvikling for kvinner?

Flere har hevdet at menn som gruppe vil forsøke å hindre at kvinner skal få likeverdig plass i arbeidslivet, og at det derfor er nødvendig med politisk innsats å øke statusen på kvinneyrker (Reskin 1988). Årsaken er at de privilegerte gruppene alltid vil kjempe for å beholde sine privilegier, i denne sammenheng mennene (ibid).

Andre sier at på tross av at menn, gjennom sine ulike roller, har lagt hindringer i veien for kvinner til å få en likeverdig rolle, går vi mot et mer likestilt samfunn der kvinner får en likeverdig rolle i økonomien (Jackson 1998). Mannlige arbeidsgivere har hindret kvinner gode jobber og høye lønninger, mannlige ansatte har lagt hindringer for at kvinner skal innta deres yrker, ektemenn har hindret kvinner i å ha en karriere og fedre undergraver ambisiøse døtre (ibid).

Situasjonen i dag er heller ifølge Jackson (1998) at økonomiske interesser har blitt løsrevet fra mannens makt, ved at arbeidsgivers økonomiske interesser går foran interessen om å bevare en dominerende mannsrolle, menn får mindre økonomisk makt over sin ektefelle, og de har også mindre interesse av denne makten fordi begge får det bedre av høyere familieinntekt. Menn har altså mistet muligheten, viljen og ønsket om å holde kvinner utenfor arbeidslivet, og derfor går vi ifølge forfatteren mot et mer likestilt samfunn (ibid).

Andre igjen, har vært mer opptatt av hvorfor kvinner ikke i større grad har lederstillinger og toppstillinger i arbeidslivet enn de faktisk har. En forklaring er

at "glasstaket"⁸ utgjør barrierer på ulike nivå i organisasjonen på vei mot toppen (Eagly og Carli 2007). Et ensidig fokus på dette toppskiktet, kan ifølge forfatterne, gjøre at fokuset forsvinner på veggene som hindrer kvinner i å nå opp. De sier at et bedre begrep enn glasstak er labyrint, som metafor for den komplekse veien kvinner må gå for å nå målet de strever mot for å bli ledere (ibid).

7.6 Oppsummering

Institusjonalisering av omsorgsoppgaver knyttet til barn og eldre, gjorde at kvinner kunne gå ut i arbeidslivet. Samtidig var det der kvinner i stor grad begynte å jobbe for det var der det var etterspørsel etter deres arbeidskraft. Dette har forsterket seg, og arbeidsmarkedet vårt er blant de aller mest kjønnssegregerte i verden, der menn jobber i teknologiske yrker og en stor andel kvinner jobber i omsorgsykker. Dette mønsteret er også vanlig i andre land, men velferdsstaten kan ha bidratt til en enda sterkere segregering i de skandinaviske landene enn ellers. Da er det den høye andelen yrkesaktive kvinner som skaper det kjønnssegregerte arbeidsmarkedet. Kvinner skapte med sitt økte arbeidstilbud, høy etterspørsel etter typiske kvinnearbeidsplasser – som de selv måtte dekke.

Kvinner med lang utdanning arbeider ofte ikke selv i typiske kvinnedominerte yrker, men er avhengig av rimelige omsorgstjenester for å selv kunne få høy avkastning av utdanningen sin. Dette kan bidra til at kvinner som har plassert seg i en annen del av arbeidsmarkedet, vil gi

⁸ Det mye brukte begrepet i litteraturen "glass ceiling" henviser til barrieren for kvinner for å få toppstillingene i store virksomheter.

lite støtte til økte lønninger for kvinner i offentlige velferdstjenester. Dette kan bidra til økt sosial ulikhet blant kvinner og til å opprettholde relative lave lønninger i omsorgsykker.

Fedrekvoten har vist seg å være effektiv for at far skal ta større del i omsorgsarbeidet med barna, men for stor fleksibilitet kan bety makt til arbeidsgivere heller enn valgfrihet for familien.

Kjønnskvolter i bedriftsstyrer og de sterke sanksjonene som ligger bak lovendringen i 2006, har hatt intendert effekt. Målet om 40 prosent kvinner i styrer i Allmenn aksjeselskap (ASA) ble nådd bare to år etter loven kom. Også i private Aksjeselskap (AS), er det en økende trend med større andel kvinner i styrene, men utviklingen er mye svakere enn i ASA-styrer.

Hvordan dagens unge vil velge å innrette sine liv, kan være en dom over fortiden og en erklæring om fremtiden. Valgene som gjøres av dagens unge har spesielt

viktige konsekvenser fordi dette er barn av den store "kjønnsrevolusjonen". Forskning fra USA om de unges planer og forventninger stemmer i alle fall dårlig med det medieskapte bilde av "cup-cake bakende hjemmeverende mødre." De fleste kvinner vil sannsynligvis også fremover velge å ta utdannelse og være yrkesaktive, for å kunne ha egen inntekt og leve liv i økonomisk uavhengighet.

En kan likevel tenke seg en situasjon der kvinneyrkene blir så belastende, har lav status og betaler seg dårlig, at enda flere velger å jobbe deltid eller å trekke seg ut av arbeidslivet og heller selv ta helomsorg for omsorgsoppgavene i familien. Etterspørselen etter omsorgstjenester vil da gå ned, og færre kvinner blir sysselsatt.

Politikken som føres på dette området og hva partene i arbeidslivet klarer å få til, vil kanskje være avgjørende for å opprettholde dagens velferdsstat og den høye kvinnesysselsettingen.

Referanser

- Acker, Joan. 1990. "Hierarchies, jobs, bodies: A theory of gendered organizations." *Gender & society* nr. 5:390-407.
- Acker, Joan. 1993. *Å kjønne organisasjonsteori. I: Nytt om kvinneforskning*. Oslo: 1/93.
- Adams, R. B., og D. Ferreira. 2009. "Women in the boardroom and their impact on governance and performance." *Journal of Financial Economics* nr. 94 (2):291-309. doi: 10.1016/j.jfineco.2008.10.007.
- Afari, Niloofar, og Dedra Buchwald. 2003. "Chronic fatigue syndrome: a review." *American Journal of Psychiatry* nr. 160 (2):221-236.
- Agardh, Emilie, Peter Allebeck, Johan Hallqvist, Tahereh Moradi, og Anna Sidorchuk. 2011. "Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis." *International Journal of Epidemiology* nr. 40 (3):804-818.
- Ahola, Kirsi, Mika Kivimäki, Teija Honkonen, Marianna Virtanen, Seppo Koskinen, Jussi Vahtera, og Jouko Lönnqvist. 2008. "Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees." *Journal of Psychosomatic Research* nr. 64 (2):185-193. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.06.022>.
- Akl, Elie A, Swarna Gaddam, Sameer K Gunukula, Roland Honeine, Philippe Abou Jaoude, og Jihad Irani. 2010. "The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review." *International Journal of Epidemiology* nr. 39 (3):834-857.
- Akpınar-Elci, Muge, Arif Hikmet Cimrin, og Omur Cinar Elci. 2002. "Prevalence and Risk Factors of Occupational Asthma Among Hairdressers in Turkey." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* nr. 44 (6):585-590.
- Albert, Hanne B, Lars Korsholm, og Jes G Westergaard. 2006. "Risk factors in developing pregnancy-related pelvic girdle pain." *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* nr. 85 (5):539-544.
- Alexander, Jeanne Leventhal, Lorraine Dennerstein, Nancy Fugate Woods, Bruce S McEwen, Uriel Halbreich, Krista Kotz, og Gregg Richardson. 2007. "Role of stressful life events and menopausal stage in wellbeing and health."
- Almeida, David M, og Ronald C Kessler. 1998. "Everyday stressors and gender differences in daily distress." *Journal of personality and social psychology* nr. 75 (3):670.
- Andersen-Esping, G, D Gallie, A.C Hemerijck, og J Myles. 2002. *Why we need a new welfare state*: Oxford University Press.
- Andersen, Arne, Tonje Køber, og Elisabeth Rønning. 2008. *Skift og turnus – omfang og mønster., Rapporter 2008/28.*: Statistisk sentralbyrå.
- Andreassen, I.H., Hovdenak, S.S. & Swahn, E. 2008. *Utdanningsvalg – identitet og karriereveiledning*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Arbeidstilsynet. 2010. STATUSRAPPORT 2009. Arbeidstilsynet prosjekt i skolesektoren.
- Arbuckle, Tye E. 2006. "Are there sex and gender differences in acute exposure to chemicals in the same setting?" *Environmental research* nr. 101 (2):195-204.
- Artazcoz, Lucía, Carme Borrell, Imma Cortàs, Vicenta Escribà-Agüir, og Lorena Cascant. 2007. "Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research." *Journal of epidemiology and community health* nr. 61 (Suppl 2):ii39-ii45.

- Association, American Psychiatric. 1994. "Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-IV Author: American Psychiatric Association, Publisher: America."
- Awa, Wendy L., Martina Plaumann, og Ulla Walter. 2010. "Burnout prevention: A review of intervention programs." *Patient Education and Counseling* nr. 78 (2):184-190. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008>.
- Axelsson, I., og S. U. Marnetoft. 2010. "Benefits and harms of sick leave: lack of randomized, controlled trials." *International Journal of Rehabilitation Research* nr. 33 (1):1-3. doi: 10.1097/MRR.0b013e32833638b9.
- Azevedo, Mario Renato, Cora Luiza Pavin Araújo, Felipe Fossati Reichert, Fernando Vinholes Siqueira, Marcelo Cozzensa da Silva, og Pedro Curi Hallal. 2007. "Gender differences in leisure-time physical activity." *International Journal of Public Health* nr. 52 (1):8-15.
- Azmoon, Hiva, Habibollah Dehghan, Jafar Akbari, og Shiva Sourì. 2013. "The Relationship between Thermal Comfort and Light Intensity with Sleep Quality and Eye Tiredness in Shift Work Nurses." *Journal of environmental and public health* nr. 2013.
- Bakken, Frøydis. 2009. "Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet i Norge." *Arbeid og velferd* nr. Nr 4 // 2009.
- Barford, SeanW, og WilliamJ Whelton. 2010. "Understanding Burnout in Child and Youth Care Workers." *Child & Youth Care Forum* nr. 39 (4):271-287. doi: 10.1007/s10566-010-9104-8.
- Barnett, R. C. 2004. "Women and multiple roles: Myths and reality." *Harvard Review of Psychiatry* nr. 12 (3):158-164. doi: 10.1080/106732204904702418.
- Barone, Carlo. 2011. "Some Things Never Change: Gender Segregation in Higher Education across Eight Nations and Three Decades." *Sociology of Education* nr. 84 (2):157-176. doi: 10.1177/0038040711402099.
- Barth, Erling, og Harald Dale-Olsen. 2004. "Lønnsforskjellene mellom kvinner og menn i et 30 års perspektiv." *Søkelys på arbeidsmarkedet* (21 (2004)).
- Bartlett, James E., og Michelle E. Bartlett. 2011. "Workplace Bullying: An Integrative Literature Review." *Advances in Developing Human Resources* nr. 13 (1):69-84. doi: 10.1177/1523422311410651.
- Bartley, EJ, og RB Fillingim. 2013. "Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings." *British journal of anaesthesia* nr. 111 (1):52-58.
- Baxter, S. K., og P. Allmark. 2013. "Reducing the time-lag between onset of chest pain and seeking professional medical help: a theory-based review." *Bmc Medical Research Methodology* nr. 13. doi: 1510.1186/1471-2288-13-15.
- Bazarko, Dawn, Rebecca A Cate, Francisca Azocar, og Mary Jo Kreitzer. 2013. "The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting." *Journal of workplace behavioral health* nr. 28 (2):107-133.
- Bekker, M. H. J., C. G. Rutte, og K. Van Rijswijk. 2009. "Sickness absence: A gender-focused review." *Psychology Health & Medicine* nr. 14 (4):405-418. doi: 10.1080/13548500903012830.
- Bender, Keith A, Susan M Donohue, og John S Heywood. 2005. "Job satisfaction and gender segregation." *Oxford economic papers* nr. 57 (3):479-496.
- Bender, Keith A, og John S Heywood. 2006. "Job satisfaction of the highly educated: The role of gender, academic tenure, and earnings." *Scottish Journal of Political Economy* nr. 53 (2):253-279.

- Benyamini, Y. 2009. "Stress and Coping with Women's Health Issues A Review from a Self-Regulation Perspective." *European Psychologist* nr. 14 (1):63-71. doi: 10.1027/1016-9040.14.1.63.
- Berge, Christoffer. 2010. "Uendret sykefravær siden 2001: sykefravær, egen-og legemeldt."
- Berghöfer, Anne, Tobias Pischon, Thomas Reinhold, Caroline M Apovian, Arya M Sharma, og Stefan N Willich. 2008. "Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review." *BMC Public Health* nr. 8 (1):200.
- Bergsjø, Per, Jan Martin Maltau, Kåre Molne, og Britt-Ingjerd Nesheim. 2004. *Obstetrik og gynekologi*: Gyldendal Akademisk.
- Berkley, Karen J, Steven S Zalcman, og Viviana R Simon. 2006. "Sex and gender differences in pain and inflammation: a rapidly maturing field." *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology* nr. 291 (2):R241-R244.
- Bermúdez de Alvear, RM, Francisco Javier Barón, og Antonio Ginés Martínez-Arquero. 2010. "School teachers' vocal use, risk factors, and voice disorder prevalence: guidelines to detect teachers with current voice problems." *Folia Phoniatrica et Logopaedica* nr. 63 (4):209-215.
- Bernaards, CM, MP Jans, SG Van den Heuvel, IJ Hendriksen, IL Houtman, og PM Bongers. 2006. "Can strenuous leisure time physical activity prevent psychological complaints in a working population?" *Occupational and environmental medicine* nr. 63 (1):10-16.
- Berry, Peggy A. 2007. "Migraine disorder: workplace implications and solutions." *AAOHN journal : official journal of the American Association of Occupational Health Nurses* nr. 55 (2):51-6.
- Bigal, Marcelo E., og Richard B. Lipton. 2006. "Modifiable Risk Factors for Migraine Progression." *Headache: The Journal of Head and Face Pain* nr. 46 (9):1334-1343. doi: 10.1111/j.1526-4610.2006.00577.x.
- Bingefors, K., og D. Isacson. 2004. "Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain--a gender perspective." *Eur J Pain* nr. 8 (5):435-50. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.01.005S1090-3801(04)00019-9 [pii].
- Bird, Chloe E., og Patricia P. Rieker. 1999. "Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health." *Social Science & Medicine* nr. 48 (6):745-755. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00402-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00402-X).
- Bjorklund, K, og S Bergstrom. 2000. "Is pelvic pain in pregnancy a welfare complaint?" *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* nr. 79:24.
- Bjorvatn, Bjørn, Sandra Dale, Ruth Hogstad-Erikstein, Eldbjørg Fiske, Ståle Pallesen, og Siri Waage. 2012. "Self-reported sleep and health among Norwegian hospital nurses in intensive care units." *Nursing in Critical Care* nr. 17 (4):180-188. doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00504.x.
- Bjørngaard, Johan Håkon, Steinar Krokstad, Roar Johnsen, Anita Oxaas Karlsen, Kristine Pape, Morten Støver, Erik Sund, og Steinar Westin. 2009. "Epidemiologisk forskning om uførepensjon i Norden." *Norsk epidemiologi* nr. 19 (2).
- Bonzini, M., K. T. Palmer, D. Coggon, M. Carugno, A. Cromi, og M. M. Ferrario. 2011. "Shift work and pregnancy outcomes: a systematic review with meta-analysis of currently available epidemiological studies." *BJOG* nr. 118 (12):1429-37.
- Boonen, Annelies, og Johan L Severens. 2011. "The burden of illness of rheumatoid arthritis." *Clinical rheumatology* nr. 30 (1):3-8.

- Boot, Cécile R, Jan H Vercoulen, Joost W van der Gulden, Bart van den Borne, Karin H Orbon, Chris van Weel, og Hans Th Folgering. 2005. "Sick leave in workers with asthma and COPD: the role of attitudes, perceived social norms and self efficacy." *Patient Education and Counseling* nr. 58 (2):192-198.
- Boot, CRL, JWJ van der Gulden, KH Orbon, JHMM Vercoulen, R Akkermans, C Van Weel, og HTM Folgering. 2004. "Asthma and chronic obstructive pulmonary disease: differences between workers with and without sick leave." *International Archives of Occupational and Environmental Health* nr. 77 (5):357-362.
- Borg, Karin, Gunnel Hensing, og Kristina Alexanderson. 2001. "Predictive factors for disability pension—an 11-year follow up of young persons on sick leave due to neck, shoulder, or back diagnoses." *Scandinavian Journal of Public Health* nr. 29 (2):104-112.
- Bouman, Annechien, Maas Jan Heineman, og Marijke M Faas. 2005. "Sex hormones and the immune response in humans." *Human Reproduction Update* nr. 11 (4):411-423.
- Braathen, T. N., S. Brage, G. Tellnes, og M. Eftedal. 2013. "Psychometric properties of the readiness for return to work scale in inpatient occupational rehabilitation in Norway." *J Occup Rehabil* nr. 23 (3):371-80. doi: 10.1007/s10926-012-9414-9.
- Bradshaw, L, J Harris-Roberts, J Bowen, S Rahman, og D Fishwick. 2011. "Self-reported work-related symptoms in hairdressers." *Occupational Medicine* nr. 61 (5):328-334.
- Brage, Søren, Camilla Ihlebæk, Bård Natvig, og Dag Bruusgaard. 2010. "Muskel-og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser." *Tidsskrift for Den norske legeförening* nr. 130 (23):2369.
- Brandth, B, og E Kvande. 2013. *Fedrekvoten og den farsvennlige velferdsstaten*, : Universitetsforlaget 2013.
- Brandth, Berit, Brita Bungum, og Elin Kvande. 2005. *Valgfrihetens tid: omsorgspolitik for barn møter det fleksible arbeidslivet*: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brannlund, A., A. Hammarstrom, og M. Strandh. 2013. "Education and health-behaviour among men and women in Sweden: A 27-year prospective cohort study." *Scandinavian Journal of Public Health* nr. 41 (3):284-292. doi: 10.1177/1403494813475531.
- Branson, Douglas M. 2012. "An Australian perspective on a global phenomenon: Initiatives to place women on corporate boards of directors." *SSRN-id2064087*.
- Bratberg, Espen, Sturla Gjesdal, og John Gunnar Mæland. 2009. "Sickness absence with psychiatric diagnoses: Individual and contextual predictors of permanent disability." *Health & Place* nr. 15 (1):308-314. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.06.004>.
- Braverman, Paula K. 2007. "Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder." *Journal of pediatric and adolescent gynecology* nr. 20 (1):3-12.
- Brouwers, Evelien PM, Bea G Tiemens, Berend Terluin, og Peter FM Verhaak. 2006. "Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial." *General Hospital Psychiatry* nr. 28 (3):223-229.
- Brun, Liv Settli. 2011. "Vi er jo ikke syke: Gravide, yrkesaktive kvinners virkelighet i spennet mellom medisinsk diagnose og levd erfaring."
- Bruusgaard, Dag, Lisbeth Smeby, og Bjørgulf Claussen. 2010. "Education and disability pension: A stronger association than previously found." *Scandinavian Journal of Public Health* nr. 38 (7):686-690. doi: 10.1177/1403494810378916.

- Buist, A Sonia, Mary Ann McBurnie, William M Vollmer, Suzanne Gillespie, Peter Burney, David M Mannino, Ana Menezes, Sean D Sullivan, Todd A Lee, og Kevin B Weiss. 2007. "International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study." *The Lancet* nr. 370 (9589):741-750.
- Buland, T, og V Havn. 2001. «Du trenger ikke være så steintøff for å velge utradisjonelt...» Sluttrapport fra evalueringen av «Beviste utdanningsvalg». . I *SINTEF-rapport STF38 A01503*. Trondheim: SINTEF Teknologiledelse, IFIM.
- Buland, Trond, Ida Holth Mathiesen, Bjørg Eva Aaslid, Halvdan Haugsbakken, Brita Bungum og Siri Mordal. 2011. "På vei mot framtida – men i ulik fart? Sluttrapport fra evaluering av skolens rådgivning" redigert av SINTEF-rapport A18112. Trondheim.
- Bungum, Brita. 2008a. *Barndommens tid og foreldres arbeidsliv: En sosiologisk studie av barn og yrkesaktive mødre og fedres perspektiv på arbeids- og familieliv*, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU.
- Bungum, Brita. 2008b. "Med nøkkelen rundt halsen-barns opplevelser av mødres og fedres arbeidsliv." *Sosiologisk Tidsskrift* nr. 2.
- Bungum, Brita 1994. Effektivisering av omsorg Kjønnsperspektiv på omstilling av offentlig omsorgsarbeid. En rapport fra LOS prosjektet: Mulighetsstrukturer i offentlige og private foretak. Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Universitetet i Trondheim
- Burton, Nicola W, og Gavin Turrell. 2000. "Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity." *Preventive medicine* nr. 31 (6):673-681.
- Campos-Serna, J., E. Ronda-Perez, L. Artazcoz, B. E. Moen, og F. G. Benavides. 2013. "Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review." *International journal for equity in health* nr. 12. doi: 5710.1186/1475-9276-12-57.
- Carey, Michelle A, Jeffrey W Card, James W Voltz, Samuel J Arbes Jr, Dori R Germolec, Kenneth S Korach, og Darryl C Zeldin. 2007. "It's all about sex: gender, lung development and lung disease." *Trends in Endocrinology & Metabolism* nr. 18 (8):308-313.
- Carter, Madeline, Neill Thompson, Paul Crampton, Gill Morrow, Bryan Burford, Jan Illing, og Christopher Gray. 2013. "Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting." *BMJ Open* nr. 3 (6).
- Cau-Bareille, Dominique. 2011. "Factors influencing early retirement in a female-dominated profession: Kindergarten teacher in France." *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* nr. 40:15-30.
- Cerdá, Magdalena, Aditi Sagdeo, og Sandro Galea. 2008. "Comorbid forms of psychopathology: key patterns and future research directions." *Epidemiologic Reviews* nr. 30 (1):155-177.
- Chau, Y. M., S. West, og V. Mapedzahama. 2013. "Night Work and the Reproductive Health of Women: An Integrated Literature Review." *J Midwifery Womens Health* nr. 17 (10):12052.
- Chen, Hsieh-Ching, Cha-Mei Chang, Yung-Ping Liu, og Chih-Yong Chen. 2010. "Ergonomic risk factors for the wrists of hairdressers." *Applied Ergonomics* nr. 41 (1):98-105.
- Choi, JiSun, Linda Flynn, og Linda H Aiken. 2012. "Nursing practice environment and registered nurses' job satisfaction in nursing homes." *The Gerontologist* nr. 52 (4):484-492.

- Christensen, Karl B, Thomas Lund, Merete Labriola, Ute Bültmann, og Ebbe Villadsen. 2007. "The impact of health behaviour on long term sickness absence: results from DWECS/DREAM." *Ind Health* nr. 45 (2):348-51.
- Christensen, U., L. Schmidt, C. O. Hougaard, M. Kriegbaum, og B. E. Holstein. 2006. "Socioeconomic position and variations in coping strategies in musculoskeletal pain: a cross-sectional study of 1,287 40- and 50-year-old men and women." *J Rehabil Med* nr. 38 (5):316-21. doi: 10.1080/16501970600766467.
- Cleary, M., G. E. Hunt, G. Walter, og M. Robertson. 2009. "Dealing with bullying in the workplace: toward zero tolerance." *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* nr. 47 (12):34-41. doi: 10.3928/02793695-20091103-03.
- Cockburn, Cynthia. 1985. *Machinery of dominance*. London: Pluto Press.
- Coid, Jeremy, Min Yang, Peter Tyrer, Amanda Roberts, og Simone Ullrich. 2006. "Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain." *The British Journal of Psychiatry* nr. 188 (5):423-431.
- Compton, Wilson, Kevin Conway, Frederick Stinson, og Bridget Grant. 2006. "Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002." *American Journal of Psychiatry* nr. 163 (12):2141-2147.
- Conn, Vicki S, Adam R Hafdahl, Pamela S Cooper, Lori M Brown, og Sally L Lusk. 2009. "Meta-analysis of workplace physical activity interventions." *American Journal of Preventive Medicine* nr. 37 (4):330-339.
- Cote, J. N. 2012. "A critical review on physical factors and functional characteristics that may explain a sex/gender difference in work-related neck/shoulder disorders." *Ergonomics* nr. 55 (2):173-182. doi: 10.1080/00140139.2011.586061.
- Craig, Lyn. 2006. "Parental education, time in paid work and time with children: an Australian time-diary analysis." *The British journal of sociology* nr. 57 (4):553-575.
- Cvetkovski, RS, KJ Rothman, Jørn Olsen, B Mathiesen, L Iversen, JD Johansen, og T Agner. 2005. "Relation between diagnoses on severity, sick leave and loss of job among patients with occupational hand eczema." *British Journal of Dermatology* nr. 152 (1):93-98.
- D'Arcy, Laura P., Yasuko Sasai, og Sally C. Stearns. 2012. "Do assistive devices, training, and workload affect injury incidence? Prevention efforts by nursing homes and back injuries among nursing assistants." *Journal of Advanced Nursing* nr. 68 (4):836-845. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05785.x.
- Dalsbø TK, Dahm KT, Austvoll-Dahlgren A, Knapstad M, Gundersen M, Reinart LM 2013. Arbeidslivsbaserte tiltak for psykisk helse hos ansatte. I *Kunnskapssenteret*.
- Danielsen, Hilde, Eirinn Larsen, og Ingeborg W. Ovesen. 2013. *Norsk likestillingshistorie 1814-2013*. Redigert av Fagbokforlaget.
- Davies, William, og Lawrence S Wilkinson. 2006. "It is not all hormones: alternative explanations for sexual differentiation of the brain." *Brain research* nr. 1126 (1):36-45.
- de Medeiros, Adriane Mesquita, Sandhi Maria Barreto, og Ada Ávila Assunção. 2008. "Voice Disorders (Dysphonia) in Public School Female Teachers Working in Belo Horizonte: Prevalence and Associated Factors." *Journal of Voice* nr. 22 (6):676-687. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.03.008>.
- Dean, Bonnie B, og Jeff E Borenstein. 2004. "A prospective assessment investigating the relationship between work productivity and impairment with premenstrual

- syndrome." *Journal of occupational and environmental medicine* nr. 46 (7):649-656.
- Decker, James T, Tammy Lynn Bailey, og Nikki Westergaard. 2002. "Burnout among childcare workers." *Residential Treatment for Children & Youth* nr. 19 (4):61-77.
- DeCoster, Vaughn A, og Sherry Cummings. 2005. "Coping with type 2 diabetes: Do race and gender matter?" *Social Work in Health Care* nr. 40 (2):37-53.
- Denton, Margaret, Steven Prus, og Vivienne Walters. 2004. "Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health." *Social Science & Medicine* nr. 58 (12):2585-2600.
- Detaille, S. I., Y. F. Heerkens, J. A. Engels, J. W. J. van der Gulden, og F. J. H. van Dijk. 2009. "Common prognostic factors of work disability among employees with a chronic somatic disease: a systematic review of cohort studies." *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* nr. 35 (4):261-281.
- Di Marco, Fabiano, Massimo Verga, Manuela Reggente, Francesca Maria Casanova, Pierachille Santus, Francesco Blasi, Luigi Allegra, og Stefano Centanni. 2006. "Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity." *Respiratory medicine* nr. 100 (10):1767-1774.
- Diepgen, Thomas L, Tove Agner, Werner Aberer, John Berth-Jones, Frederic Cambazard, Peter Elsner, John McFadden, og Pieter Jan Coenraads. 2007. "Management of chronic hand eczema." *Contact dermatitis* nr. 57 (4):203-210.
- Dimich-Ward, Helen, Kris Beking, Anne DyBuncio, Moira Chan-Yeung, Weiwei Du, Barbara Karlen, Pat G Camp, og Susan M Kennedy. 2012. "Occupational exposure influences on gender differences in respiratory health." *Lung* nr. 190 (2):147-154.
- Du Bois, M., M. Szpalski, og P. Donceel. 2009. "Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain." *Spine J* nr. 9 (5):350-9. doi: 10.1016/j.spinee.2008.07.003S1529-9430(08)00726-2 [pii].
- Durin, VV, og MA Hentemann. *Generell veileder i gynekologi: Infertilitet*. Legeforeningen 2009. Tilgjengelig fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/veileder-i-generell-gynekologi-2009/infertilitet/>.
- Eagly, A. H., og L. L. Carli. 2007. "Women and the labyrinth of leadership." *Harv Bus Rev* nr. 85 (9):62-71, 146.
- Eaton, WW, A Kalaydjian, DO Scharfstein, B Mezuk, og Y Ding. 2007. "Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981-2004." *Acta Psychiatrica Scandinavica* nr. 116 (3):182-188.
- Egeland, C, og I Drange. 2014. *Frivillig deltid - kun et spørsmål om tid?, AFI-rapport 4/2014*.
- Einarsen, S., W. B. Eriksen, og S. B. Matthiesen. 2004. "Gender minority as a risk factor for exposure to bullying at work." *International Journal of Psychology* nr. 39 (5-6):393-393.
- Eldevik, Maria Fagerbakke, Elisabeth Flo, Bente Elisabeth Moen, Ståle Pallesen, og Bjørn Bjorvatn. 2013. "Insomnia, Excessive Sleepiness, Excessive Fatigue, Anxiety, Depression and Shift Work Disorder in Nurses Having Less than 11 Hours in-Between Shifts." *PLoS One* nr. 8 (8):e70882.
- Elstad, Beate, og Gro Ladegard. 2012. "Women on corporate boards: key influencers or tokens?" *Journal of Management & Governance* nr. 16 (4):595-615.
- England, Paula. 2010. "The Gender Revolution: Uneven and Stalled." *Gender & Society* nr. 24 (2):149-166. doi: 10.1177/0891243210361475.
- Englbrecht, Matthias, Laure Gossec, Anita DeLongis, Marieke Scholte-Voshaar, Tuulikki Sokka, Tore K. Kvien, og Georg Schett. 2012. "The Impact of Coping Strategies on

- Mental and Physical Well-Being in Patients with Rheumatoid Arthritis." *Seminars in Arthritis and Rheumatism* nr. 41 (4):545-555. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2011.07.009>.
- Eriksen, Willy. 2003. "The prevalence of musculoskeletal pain in Norwegian nurses' aides." *International archives of occupational and environmental health* nr. 76 (8):625-630.
- Etminan, Mahyar, Bahi Takkouche, Francisco Caamaño Isorna, og Ali Samii. 2005. "Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies." *Bmj* nr. 330 (7482):63.
- Evans, Olga, og Andrew Steptoe. 2002. "The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male-and female-dominated occupational groups." *Social Science & Medicine* nr. 54 (4):481-492.
- Fahie, Declan, og Dymrna Devine. 2012. "The Impact of Workplace Bullying on Primary School Teachers and Principals." *Scandinavian Journal of Educational Research* (ahead-of-print):1-18.
- Fanto, James A., Lawrence M. Solan, og John M. Darley. 2011. "Justifying Board Diversity." *North Carolina Law Review* nr. 89:901-936.
- Fernández, Alfredo Avellaneda, Álvaro Pérez Martín, Maravillas Izquierdo Martínez, Mar Arruti Bustillo, Francisco Javier Barbado Hernández, Javier de la Cruz Labrado, Rafael Díaz-Delgado Peñas, Eduardo Gutiérrez Rivas, Cecilia Palacín Delgado, og Javier Rivera Redondo. 2009. "Chronic fatigue syndrome: aetiology, diagnosis and treatment." *BMC psychiatry* nr. 9 (Suppl 1):S1.
- FHI. *Fakta om kreft-forekomst og dødelighet* 2013. Tilgjengelig fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6183&MainContent_6263=6464:0:25,6188&List_6212=6218:0:25,6185:1:0:0::0:0.
- Fiane, I, ME Haugland, LJ Stovner, J-A Zwart, G Bovim, og K Hagen. 2006. "Sick leave is related to frequencies of migraine and non-migrainous headache—The HUNT Study." *Cephalalgia* nr. 26 (8):960-967.
- Figà-Talamanca, Irene. 2006. "Occupational risk factors and reproductive health of women." *Occupational Medicine* nr. 56 (8):521-531.
- Fillingim, Roger B, Christopher D King, Margarete C Ribeiro-Dasilva, Bridgett Rahim-Williams, og Joseph L Riley III. 2009. "Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings." *The Journal of Pain* nr. 10 (5):447-485.
- Flo, Elisabeth, Ståle Pallesen, Nils Magerøy, Bente Elisabeth Moen, Janne Grønli, Inger Hilde Nordhus, og Bjørn Bjorvatn. 2012. "Shift work disorder in nurses—assessment, prevalence and related health problems." *PLoS One* nr. 7 (4):e33981.
- Flo, Elisabeth, Ståle Pallesen, Torbjørn Åkerstedt, Nils Magerøy, Bente Elisabeth Moen, Janne Grønli, Inger Hilde Nordhus, og Bjørn Bjorvatn. 2013. "Shift-related sleep problems vary according to work schedule." *Occupational and Environmental Medicine* nr. 70 (4):238-245.
- Folkhelseinstituttet. 2011. *Fakta og helsestatistikk om diabetes-Type 1 diabetes*. Forlkhelseinstituttet 2011 [cited 08.07 2011]. Tilgjengelig fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5862&MainContent_6263=6464:0:25,5863&List_6212=6218:0:25,7330:1:0:0::0:0.
- Forseth, Karin Øien. 2008. "Fibromyalgi." *Norsk epidemiologi* nr. 18 (1).

- Forseth, Ulla. 2002. *Maktspill i moderne servicearbeid, Ellingsæter AL og J. Solheim, red: Den usynlige hånd. Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.*
- Fougner, E. 2012. "Fedre tar ut hele fedrekvoten – også etter at den ble utvidet til ti uker." *Arbeid og velferd* nr. Nr 2 // 2012.
- Franco, Giuliano. 2012. "Occupation and breast cancer: fitness for work is an aspect that needs to be addressed." *La Medicina del lavoro* nr. 104 (2):87-92.
- Frost, Mary, og John T Condon. 1996. "The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature." *Australasian Psychiatry* nr. 30 (1):54-62.
- Furlong, A, og F Cartmel. 2007. *Young People and Social Change: New Perspectives. Second edition.* Berkshire: Mc Graw Hill.
- Gabriel, Sherine E, og Kaleb Michaud. 2009. "Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases." *Arthritis Res Ther* nr. 11 (3):229.
- Gavin, Norma I, Bradley N Gaynes, Kathleen N Lohr, Samantha Meltzer-Brody, Gerald Gartlehner, og Tammeka Swinson. 2005. "Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence." *Obstetrics & Gynecology* nr. 106 (5, Part 1):1071-1083.
- Gerson, Kathleen. 2009. "Changing Lives, Resistant Institutions: A New Generation Negotiates Gender, Work, and Family Change." *Sociological Forum* nr. 24 (4).
- Gesensway, Deborah. 2001. "Reasons for sex-specific and gender-specific study of health topics." *Annals of Internal Medicine* nr. 135 (10):935-938.
- Getz, Linn , A.L. Kirkengen, og Ulvestad E. 2011. "Menneskets biologi – mettet med mening " *Tidsskr Nor Legeforen* (131):683-7.
- Ghosheh, NS, S Lee, og D McCann. 2006. Condition of work and Employment for older workers in industrialised countries: Understanding the issues. Conditions of work programme series No. 15. Geneva, Switzerland: International labour office.
- Gilligan, Carol. 1982. *In a different voice:* Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Giskes, Katrina, Mauricio Avendaño, J Brug, og AE Kunst. 2010. "A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults." *Obesity reviews* nr. 11 (6):413-429.
- Gjelsvik, Bjørn, Elin O. Rosvold, Jørund Straand, Ingvild Dalen, og Steinar Hunskaar. 2011. "Symptom prevalence during menopause and factors associated with symptoms and menopausal age. Results from the Norwegian Hordaland Women's Cohort study." *Maturitas* nr. 70 (4):383-390. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.09.011>.
- Gjesdal, Sturla, og Espen Bratberg. 2002. "The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits Results from a multiregister based, prospective study in Norway 1990–1995." *The European Journal of Public Health* nr. 12 (3):180-186.
- Gjesdal, Sturla, Espen Bratberg, og John G Mæland. 2011. "Gender differences in disability after sickness absence with musculoskeletal disorders: five-year prospective study of 37,942 women and 26,307 men." *BMC musculoskeletal disorders* nr. 12 (1):37.
- Gjesdal, Sturla, John Gunnar Mæland, Pia Svedberg, Jan Hagberg, og Kristina Alexanderson. 2008. "Role of diagnoses and socioeconomic status in mortality among disability pensioners in Norway—a population-based cohort study." *Scand J Work Environ Health* nr. 34 (6):479-82.

- Graveling, RA, JO Crawford, H Cowie, C Amati, og S Vohra. 2008. "A review of workplace interventions that promote mental wellbeing in the workplace." *Edinburgh, Scotland, Institute of Occupational Medicine*.
- Gülşen, Ass Prof Dr Celal, og Merve Akyol Kılıç. "PERCEPTION OF PRE-SCHOOL TEACHERS TO MOBBING IN TERMS OF EFFECT ON ORGANIZATIONAL BEHAVIOR."
- Haavind, Hanne. 1992. Kvinners utviklingsmuligheter i verden i forandring. I 1/92 *Skriftserie Senter for kvinneforskning Oslo*.
- Hagedoorn, M., R. Sanderman, H. N. Bolks, J. Tuinstra, og J. C. Coyne. 2008. "Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects." *Psychological Bulletin* nr. 134 (1):1-30. doi: 10.1037/0033-2909.134.1.1.
- Hagen, Inger Marie. 2010. *Vold og trusler om vold i offentlig sektor II. Mellom kallsetikk og HMS – en intervjuundersøkelse., Fafo-rapport 2010/37*.
- Hagen, K., M. Linde, T. J. Steiner, L. J. Stovner, og J. A. Zwart. 2012. "Risk factors for medication-overuse headache: an 11-year follow-up study. The Nord-Trøndelag Health Studies." *Pain* nr. 153 (1):56-61. doi: 10.1016/j.pain.2011.08.018S0304-3959(11)00511-2 [pii].
- Hammen, Constance. 2005. "Stress and depression." *Annu. Rev. Clin. Psychol.* nr. 1:293-319.
- Hannestad, Yngvild S, Rolv Terje Lie, Guri Rortveit, og Steinar Hunskaar. 2004. "Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study." *BMJ: British Medical Journal* nr. 329 (7471):889.
- Hannestad, Yngvild S, Guri Rortveit, Hogne Sandvik, og Steinar Hunskaar. 2000. "A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence:: The Norwegian EPINCONT Study." *Journal of clinical epidemiology* nr. 53 (11):1150-1157.
- Hansen, J. 2006. "Risk of breast cancer after night- and shift work: current evidence and ongoing studies in Denmark." *Cancer Causes Control* nr. 17 (4):531-7.
- Hansen, Thomas. 2012. "Parenthood and Happiness: a Review of Folk Theories Versus Empirical Evidence." *Social Indicators Research* nr. 108 (1):29-64. doi: 10.1007/s11205-011-9865-y.
- Hansen, Thomas , og Britt Slagsvold. 2012. *(red) Likestilling hjemme, NOVA Rapport 8/2012*.
- Harrington, J., L. M. Noble, og S. P. Newman. 2004. "Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies." *Patient Educ Couns* nr. 52 (1):7-16. doi: S073839910300017X [pii].
- Harrison, Judy, Peter Maguire, og Carolyn Pitceathly. 1995. "Confiding in crisis: gender differences in pattern of confiding among cancer patients." *Social Science & Medicine* nr. 41 (9):1255-1260.
- Haukenes, Inger, Sturla Gjesdal, Guri Rortveit, Trond Riise, og John G Mæland. 2012. "Women's higher likelihood of disability pension: the role of health, family and work. A 5–7 years follow-up of the Hordaland Health Study." *Bmc Public Health* nr. 12 (1):720.
- Haywood, K., S. Marshall, og R. Fitzpatrick. 2006. "Patient participation in the consultation process: a structured review of intervention strategies." *Patient Educ Couns* nr. 63 (1-2):12-23. doi: S0738-3991(05)00314-9 [pii] 10.1016/j.pec.2005.10.005.

- He, Ni, Jihong Zhao, og Carol A Archbold. 2002. "Gender and police stress: The convergent and divergent impact of work environment, work-family conflict, and stress coping mechanisms of female and male police officers." *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management* nr. 25 (4):687-708.
- Hechler, Tanja, Joachim Kosfelder, Silja Vocks, Theresa Mönninger, Markus Blankenburg, Michael Dobe, Alexander L. Gerlach, Heide Denecke, og Boris Zernikow. 2010. "Changes in Pain-Related Coping Strategies and Their Importance for Treatment Outcome Following Multimodal Inpatient Treatment: Does Sex Matter?" *The Journal of Pain* nr. 11 (5):472-483. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2009.09.002>.
- Heggen, K. , og T. Øia. 2005. *Ungdom i endring. Mestring og marginalisering*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Helidoni, M., T. Murry, G. Chlouverakis, A. Okalidou, og G. Velegrakis. 2012. "Voice Risk Factors in Kindergarten Teachers in Greece." *Folia Phoniatrica et Logopaedica* nr. 64 (5):211-216.
- Helsedirektoratet. 2006. Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2006. Oslo, Norge: Sosial- og helsedirektoratet.
- Henderson, J. T., og C. S. Weisman. 2001. "Physician gender effects on preventive screening and counseling: an analysis of male and female patients' health care experiences." *Med Care* nr. 39 (12):1281-92.
- Hensing, Gunnel, Lena Andersson, og Sören Brage. 2006. "Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution." *BMC medicine* nr. 4 (1):19.
- Heuch, Ingrid, Knut Hagen, Ivar Heuch, Øystein Nygaard, og John-Anker Zwart. 2010. "The impact of body mass index on the prevalence of low back pain: the HUNT study." *Spine* nr. 35 (7):764-768.
- Hitlan, Robert T, Rebecca J Clifton, og M Catherine DeSoto. 2006. "Perceived Exclusion in the Workplace: The Moderating Effects of Gender on Work-Related Attitudes and Psychological Health." *North American Journal of Psychology* nr. 8 (2).
- Hollund, BE, BE Moen, SH Lygre, E Florvaag, og E Omenaas. 2001. "Prevalence of airway symptoms among hairdressers in Bergen, Norway." *Occupational and Environmental Medicine* nr. 58 (12):780-785.
- Holt-Lunstad, Julianne, Timothy B Smith, og J Bradley Layton. 2010. "Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review." *PLoS medicine* nr. 7 (7):e1000316.
- Holter, Harriet. 1977. *Kvinneforskning: Historisk utvikling og aktuelle motsetninger I Berg, A. M. m. fl., red., I kvinners bilde*. Oslo: Pax forlag
- Hooftman, W. E., A. J. van der Beek, P. M. Bongers, og W. van Mechelen. 2009. "Is there a gender difference in the effect of work-related physical and psychosocial risk factors on musculoskeletal symptoms and related sickness absence?" *Scand J Work Environ Health* nr. 35 (2):85-95. doi: 1316 [pii].
- Hooftman, W. E., M. N. M. van Poppel, A. J. van der Beek, P. M. Bongers, og W. van Mechelen. 2004. "Gender differences in the relations between work-related physical and psychosocial risk factors and musculoskeletal complaints." *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* nr. 30 (4):261-278.
- Hooten, W Michael, Cynthia O Townsend, og Paul A Decker. 2007. "Gender differences among patients with fibromyalgia undergoing multidisciplinary pain rehabilitation." *Pain medicine* nr. 8 (8):624-632.

- Hougaard, KS, H Hannerz, Jens Peter Bonde, H Feveile, og H Burr. 2006. "The risk of infertility among hairdressers. Five-year follow-up of female hairdressers in a Danish national registry." *Human Reproduction* nr. 21 (12):3122-3126.
- Huibers, MJH, IJ Kant, GMH Swaen, og SV Kasl. 2004. "Prevalence of chronic fatigue syndrome-like caseness in the working population: results from the Maastricht cohort study." *Occupational and environmental medicine* nr. 61 (5):464-466.
- Husemoen, Lise Lotte N, Merete Osler, Nina S Godtfredsen, og Eva Prescott. 2004. "Smoking and subsequent risk of early retirement due to permanent disability." *The European journal of public health* nr. 14 (1):86-92.
- Hutchinson, A. D., og C. Wilson. 2012. "Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies." *Health Promot Int* nr. 27 (2):238-49. doi: 10.1093/heapro/dar035dar035 [pii].
- Hvidsten, Sophie Charlotte, Lene Storesund, Tore Wentzel-Larsen, Amund Gulsvik, og Sverre Lehmann. 2010. "Prevalence and predictors of undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease in a Norwegian adult general population." *The clinical respiratory journal* nr. 4 (1):13-21.
- Hånes, Hanna, Haakon E Meyer, og Anne Johanne Sjøgaard. *håndleddsbrudd er ofte en følge av beinskjørhet kombinert med fall. Hvert år er det anslagsvis 15 000 voksne nordmenn som brykker håndleddet.* 2009. Tilgjengelig fra <http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List 6212&Main 6157=6261:0:25,5840&MainContent 6261=6464:0:25,5841&List 6212=6218:0:25,5850:1:0:0::0:0>.
- Ihlebaek, Camilla, Soren Brage, og Hege R Eriksen. 2007. "Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003." *Occupational Medicine* nr. 57 (1):43-49.
- Ihlebak, Camilla, Søren Brage, Bård Natvig, og Dag Bruusgaard. 2010. "Forekomst av muskelog skjelettlidelser i Norge." *Tidsskrift for den Norske legeforening* nr. 130 (23):2365.
- Ijaz, S., J. Verbeek, A. Seidler, M. L. Lindbohm, A. Ojajarvi, N. Orsini, G. Costa, og K. Neuvonen. 2013. "Night-shift work and breast cancer--a systematic review and meta-analysis." *Scand J Work Environ Health* nr. 39 (5):431-47.
- Isaksson Rø, Karin E, Tore Gude, Reidar Tyssen, og Olaf G Aasland. 2010. "A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: one-year follow-up study." *Patient Education and Counseling* nr. 78 (2):191-197.
- Jackson, Robert Max. 1998. *Destined for Equality: The Inevitable Rise of Women's Status*. Cambridge: Harvard University Press.
- Jensberg, Heidi, Roland Mandal, og Erling Solheim. 2012. Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet 1990-2010. Kontinuitet eller endring? I *Sintef. Teknologi og samfunn*. Trondheim.
- Jensen, Irene B, Gunnar Bergström, Therese Ljungquist, og Lennart Bodin. 2005. "A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain." *Pain* nr. 115 (3):273-283.
- Johnson, S. L. 2009. "International perspectives on workplace bullying among nurses: a review." *International Nursing Review* nr. 56 (1):34-40. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00679.x.
- Joling, Catelijne, Wim Groot, og Peter PM Janssen. 2003. "Waiting for the doctor: gender differences in the timing of an intervention by the occupational physician." *Journal of Occupational Rehabilitation* nr. 13 (1):45-61.

- Jordan, Caren, og Tracey A Revenson. 1999. "Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis." *Journal of behavioral medicine* nr. 22 (4):341-358.
- Joyce, K., R. Pabayo, J. A. Critchley, og C. Bamba. 2010. "Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). doi: Cd00800910.1002/14651858.CD008009.pub2.
- Kamaleri, Yusman, Bård Natvig, Camilla M Ihlebaek, og Dag Bruusgaard. 2009. "Does the number of musculoskeletal pain sites predict work disability? A 14-year prospective study." *European Journal of Pain* nr. 13 (4):426-430.
- Kamdar, BirenB, Anal Tergas, FarrahJ Mateen, NeilH Bhayani, og Jiwon Oh. 2013. "Night-shift work and risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis." *Breast Cancer Research and Treatment* nr. 138 (1):291-301. doi: 10.1007/s10549-013-2433-1.
- Karlsen Bæck, Unn Doris. 2006. "Kjønnforskjeller og yrkespreferanser. Opprettholdelsen av kvinners kulturelle mandat." *Tidsskrift for ungdomsforskning* nr. 6 (1):47-66.
- Kauppi, Paula, Paula Salo, Riina Hakola, Jaana Pentti, Tuula Oksanen, Mika Kivimäki, Jussi Vahtera, og Tari Haahtela. 2010. "Allergic rhinitis alone or with asthma is associated with an increased risk of sickness absences." *Respiratory medicine* nr. 104 (11):1654-1658.
- Kelly, Alison L., og Donna C. Berthelsen. 1995. "Preschool teachers' experiences of stress." *Teaching and Teacher Education* nr. 11 (4):345-357. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0742-051X\(94\)00038-8](http://dx.doi.org/10.1016/0742-051X(94)00038-8).
- Kelly, M. A., S. M. Sereika, D. R. Battista, og C. Brown. 2007. "The relationship between beliefs about depression and coping strategies: gender differences." *Br J Clin Psychol* nr. 46 (Pt 3):315-32. doi: 10.1348/014466506x173070.
- Kennedy, Fehmidah, Cheryl Haslam, F Munir, og Joanna Pryce. 2007. "Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer." *European journal of cancer care* nr. 16 (1):17-25.
- Keogh, Edmund, og Sarah Denford. 2009. "Sex differences in perceptions of pain coping strategy usage." *European Journal of Pain* nr. 13 (6):629-634. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.07.002>.
- Khademi, Afsaneh, Ashraf Alleyassin, Marzieh Aghahosseini, Fatemeh Ramezanzadeh, og Ali A Abhari. 2005. "Pretreatment Beck Depression Inventory score is an important predictor for post-treatment score in infertile patients: a before-after study." *BMC psychiatry* nr. 5 (1):25.
- Khamisa, Natasha, Karl Peltzer, og Brian Oldenburg. 2013. "Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review." *International journal of environmental research and public health* nr. 10 (6):2214-2240.
- Kilminster, S., J. Downes, B. Gough, D. Murdoch-Eaton, og T. Roberts. 2007. "Women in medicine - is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine." *Medical Education* nr. 41 (1):39-49. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02645.x.
- Kim, Jeong-Lim, Kjell Torén, Susanna Lohman, Linda Ekerljung, Jan Lötval, Bo Lundbäck, og Eva Andersson. 2013. "Respiratory Symptoms and Respiratory-Related Absence from Work among Health Care Workers in Sweden." *Journal of Asthma* nr. 50 (2):174-179.

- Kirkpatrick, Mary K, Jo Ann Brewer, og Barbara Stocks. 1990. "Efficacy of self-care measures for perimenstrual syndrome (PMS)." *Journal of Advanced Nursing* nr. 15 (3):281-285.
- Kitterød, R. H. 2012. "Rengjøringshjelp som avlastning i barnefamilier - Fortsatt få som tar seg råd til vaskehjelp." *Samfunnsspeilet*, 2012/4.
- Kitterød, R. H., og T. Lappegard. 2012. "A Typology of Work-Family Arrangements Among Dual-Earner Couples in Norway." *Family Relations* nr. 61 (4):671-685. doi: DOI 10.1111/j.1741-3729.2012.00725.x.
- Kitterød, Ragni Hege. 2002. "Mothers' Housework and Childcare: Growing Similarities or Stable Inequalities?" *Acta Sociologica* 2002 45: 127.
- Kivimäki, M, J Vahtera, J Pentti, M Virtanen, M Elovainio, og H Hemingway. 2007. "Increased sickness absence in diabetic employees: what is the role of co-morbid conditions?" *Diabetic Medicine* nr. 24 (9):1043-1048.
- Kivimäki, Mika, Jane E Ferrie, Jan Hagberg, Jenny Head, Hugo Westerlund, Jussi Vahtera, og Kristina Alexanderson. 2007. "Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population." *Journal of Epidemiology and Community Health* nr. 61 (10):915-920.
- Kjeldstad, R. 2006. "Hvorfor deltid?" *Tidsskrift for samfunnsforskning* 2006-4.
- Kjeldstad, Randi og Erik Nymoen. 2004. "Kvinner og menn jobber deltid av forskjellige årsaker." *SSB rapport* nr. 2004/29.
- Kjerulff, Kristen H, Beth A Erickson, og Patricia W Langenberg. 1996. "Chronic gynecological conditions reported by US women: findings from the National Health Interview Survey, 1984 to 1992." *American Journal of Public Health* nr. 86 (2):195-199.
- Knudsen, Ann Kristin, Max Henderson, Samuel B Harvey, og Trudie Chalder. 2011. "Long-term sickness absence among patients with chronic fatigue syndrome." *The British Journal of Psychiatry* nr. 199 (5):430-431.
- Kokkinos, Constantinos M. 2007. "Job stressors, personality and burnout in primary school teachers." *British Journal of Educational Psychology* nr. 77 (1):229-243. doi: 10.1348/000709905X90344.
- Korlin, J., K. Alexanderson, og P. Svedberg. 2009. "Sickness absence among women and men in the police: A systematic literature review." *Scandinavian Journal of Public Health* nr. 37 (3):310-319. doi: 10.1177/1403494808098508.
- Korpi, Walter, Tommy Ferrarini, og Stefan Englund. 2013. "Women's Opportunities under Different Family Policy Constellations: Gender, Class, and Inequality Tradeoffs in Western Countries Re-examined." *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* nr. 20 (1):1-40. doi: 10.1093/sp/jxs028.
- Kostøl, Andreas Ravndal, og Kjetil Telle. 2011. "Sykefraværet i Norge de siste tiårene. Det handler om kvinnene."
- Krane, L., N. Fleten, C. M. Stapelfeldt, C. V. Nielsen, C. Jensen, R. Johnsen, og T. Braaten. 2013. "Comparison of sick leave patterns between Norway and Denmark in the health and care sector: A register study." *Scandinavian Journal of Public Health* nr. 41 (7):684-691. doi: Doi 10.1177/1403494813491030.
- Krantz, G., og U. Lundberg. 2006. "Workload, work stress, and sickness absence in Swedish male and female white-collar employees." *Scandinavian Journal of Public Health* nr. 34 (3):238-246. doi: 10.1080/14034940500327372.
- Kreyenfeld, Michaela. 2010. "Uncertainties in female employment careers and the postponement of parenthood in Germany." *European Sociological Review* nr. 26 (3):351-366.

- Kringlen, Einar, Sverre Torgersen, og Victoria Cramer. 2001. "A Norwegian psychiatric epidemiological study." *American journal of psychiatry* nr. 158 (7):1091-1098.
- Kringlen, Einar, Sverre Torgersen, og Victoria Cramer. 2006. "Mental illness in a rural area." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* nr. 41 (9):713-719.
- Kristofferzon, M. L., R. Lofmark, og M. Carlsson. 2003. "Myocardial infarction: gender differences in coping and social support." *Journal of Advanced Nursing* nr. 44 (4):360-374. doi: 10.1046/j.0309-2402.2003.02815.x.
- Krueger, Mark. 2007. "Four areas of support for child and youth care workers." *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* nr. 88 (2):233-240.
- Kutney-Lee, Ann, Evan S. Wu, Douglas M. Sloane, og Linda H. Aiken. 2013. "Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: An analysis of panel data." *International Journal of Nursing Studies* nr. 50 (2):195-201. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.014>.
- Kutteh, William H. 2006. Recurrent pregnancy loss. Paper presentert ved Seminars in Reproductive Medicine.
- Kvande, E, og B Rasmussen. 1992. Fra kvinner og ledelse til kjønn og organisasjoner. Kvinneperspektiv på LOS-forskningen LOS notat:3.
- Kvien, Tore K, Anne Glennas, Ole G Knudsrød, Liv M Smedstad, Petter Mowinckel, og Øystein Forre. 1997. "The prevalence and severity of rheumatoid arthritis in Oslo." *Scandinavian journal of rheumatology* nr. 26 (6):412-418.
- Kvien, Tore K, Till Uhlig, SIGRID ØDEGÅRD, og Marte S Heiberg. 2006. "Epidemiological Aspects of Rheumatoid Arthritis." *Annals of the New York academy of Sciences* nr. 1069 (1):212-222.
- Kærlev, Linda, Lene B Jacobsen, Jørn Olsen, og Jens Peter Bonde. 2004. "Long-term sick leave and its risk factors during pregnancy among Danish hospital employees." *Scandinavian Journal of Public Health* nr. 32 (2):111-117.
- Laaksonen, M, K Piha, P Martikainen, O Rahkonen, og E Lahelma. 2009. "Health-related behaviours and sickness absence from work." *Occupational and environmental medicine* nr. 66 (12):840-847.
- Laaksonen, Mikko, Ame Mastekaasa, Pekka Martikainen, Ossi Rahkonen, Kustaa Piha, og Eero Lahelma. 2010. "Gender differences in sickness absence-the contribution of occupation and workplace." *Scandinavian journal of work, environment & health*:394-403.
- Labriola, M., T. Lund, og H. Burr. 2006. "Prospective study of physical and psychosocial risk factors for sickness absence." *Occup Med (Lond)* nr. 56 (7):469-74. doi: kql058 [pii] 10.1093/occmed/kql058.
- Ladwig, Karl-Heinz, Birgitt Marten-Mittag, Bertold Formanek, og Gerhard Dammann. 2000. "Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population." *European Journal of Epidemiology* nr. 16 (6):511-518. doi: 10.1023/A:1007629920752.
- Lallukka, Tea, Sirpa Sarlio-Lähteenkorva, Eva Roos, Mikko Laaksonen, Ossi Rahkonen, og Eero Lahelma. 2004. "Working conditions and health behaviours among employed women and men: the Helsinki Health Study." *Preventive medicine* nr. 38 (1):48-56.
- Lam, David W, og Derek LeRoith. 2012. "The worldwide diabetes epidemic." *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity* nr. 19 (2):93-96.
- LaMontagne, Anthony D, Tessa Keegel, Amber M Louie, Aleck Ostry, og Paul A Landsbergis. 2007. "A systematic review of the job-stress intervention evaluation

- literature, 1990–2005." *International Journal of Occupational and Environmental Health* nr. 13 (3):268-280.
- Lana, A Torres, A Cabrera de León, MT Garcia, og A Aguirre Jaime. 2005. "Smoking and sickness absence among public health workers." *Public health* nr. 119 (2):144-149.
- Landstad, B. J., C. Wendelborg, og M. Hedlund. 2009. "Factors explaining return to work for long-term sick workers in Norway." *Disabil Rehabil* nr. 31 (15):1215-26. doi: 10.1080/09638280802510999909461622 [pii].
- Larun, Lillebeth, og Kirsti Malterud. 2007. "Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: A synthesis of qualitative studies." *Patient education and counseling* nr. 69 (1):20-28.
- Lawal, Bello. 2012. "Board dynamics and corporate performance: review of literature, and empirical challenges." *International Journal of Economics and Finance* nr. 4 (1):22-35.
- Lawson, Christina C., Carissa M. Rocheleau, Elizabeth A. Whelan, Eileen N. Lividoti Hibert, Barbara Grajewski, Donna Spiegelman, og Janet W. Rich-Edwards. 2012. "Occupational exposures among nurses and risk of spontaneous abortion." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* nr. 206 (4):327.e1-327.e8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2011.12.030>.
- Lawson, Christina C., Elizabeth A. Whelan, Eileen N. Hibert, Barbara Grajewski, Donna Spiegelman, og Janet W. Rich-Edwards. 2009. "Occupational factors and risk of preterm birth in nurses." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* nr. 200 (1):51.e1-51.e8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.006>.
- Legato, Marianne J, Andrea Gelzer, Robin Goland, Susana A Ebner, Sabitha Rajan, Victor Villagra, og Mark Kosowski. 2006. "Gender-specific care of the patient with diabetes: review and recommendations." *Gender Medicine* nr. 3 (2):131-158.
- Leijon, Margareta, Gunnel Hensing, og Kristina Alexanderson. 2004. "Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses: association with occupational gender segregation." *Scandinavian Journal of Public Health* nr. 32 (2):94-101.
- Leino, Timo, Lauri Tammilehto, Maija Hytönen, Eeva Sala, Harri Paakkulainen, og Lasse Kanerva. 1998. "Occupational skin and respiratory diseases among hairdressers." *Scandinavian journal of work, environment & health*:398-406.
- Leira, Håkon Lasse, Unni Bratt, og Siri Slåstad. 2005. "Notified cases of occupational asthma in Norway: exposure and consequences for health and income." *American journal of industrial medicine* nr. 48 (5):359-364.
- Lenzenweger, Mark F. 2008. "Epidemiology of personality disorders." *Psychiatric Clinics of North America* nr. 31 (3):395-403.
- Leonardi, G. C., V. Rapisarda, A. Marconi, A. Scalisi, F. Catalano, L. Proietti, S. Travali, M. Libra, og C. Fenga. 2012. "Correlation of the risk of breast cancer and disruption of the circadian rhythm (Review)." *Oncol Rep* nr. 28 (2):418-28.
- Leung, Brenda M. Y., og Bonnie J. Kaplan. 2009. "Perinatal Depression: Prevalence, Risks, and the Nutrition Link—A Review of the Literature." *Journal of the American Dietetic Association* nr. 109 (9):1566-1575. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2009.06.368>.
- Leynaert, Bénédicte, Jordi Sunyer, Raquel Garcia-Esteban, Cecilie Svanes, Deborah Jarvis, Isa Cerveri, Julia Dratva, Thorarinn Gislason, Joachim Heinrich, og Christer Janson. 2012. "Gender differences in prevalence, diagnosis and incidence of allergic and non-allergic asthma: a population-based cohort." *Thorax* nr. 67 (7):625-631.

- Liddle, S. D., J. H. Gracey, og G. D. Baxter. 2007. "Advice for the management of low back pain: a systematic review of randomised controlled trials." *Man Ther* nr. 12 (4):310-27. doi: S1356-689X(07)00035-5 [pii] 10.1016/j.math.2006.12.009.
- Lind, Marie-Louise, Maria Albin, Jonas Brisman, Kerstin Kronholm Diab, Linnéa Lillienberg, Zoli Mikoczy, Jörn Nielsen, Lars Rylander, Kjell Torén, og Birgitta Meding. 2007. "Incidence of hand eczema in female Swedish hairdressers." *Occupational and Environmental Medicine* nr. 64 (3):191-195.
- Lindstrom, Fredric, Kerstin Persson Waye, Maria Södersten, Anita McAllister, og Sten Ternström. 2011. "Observations of the relationship between noise exposure and preschool teacher voice usage in day-care center environments." *Journal of Voice* nr. 25 (2):166-172.
- Link, B. G., og J. Phelan. 1995. "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease." *Journal of Health and Social Behavior*:80-94.
- Lipton, RB, SW Hamelsky, KB Kolodner, TJ Steiner, og WF Stewart. 2000. "Migraine, quality of life, and depression A population-based case-control study." *neurology* nr. 55 (5):629-635.
- Lohne, Y. 2006. "Lettere for fedre å ta seg fri fra jobb." *SSB- magasinet, Omsorg og arbeidsliv*.
- Longstreth, George F, W Grant Thompson, William D Chey, Lesley A Houghton, Fermin Mearin, og Robin C Spiller. 2006. "Functional bowel disorders." *Gastroenterology* nr. 130 (5):1480-1491.
- Low, Serena, Mien Chew Chin, og Mabel Deurenberg-Yap. 2009. "Review on epidemic of obesity." *Annals Academy of Medicine Singapore* nr. 38 (1):57.
- Lund, Marianne, Karl Erik Lund, og Jostein Rise. 2005. "MEDISIN OG VITENSKAP-Sosiale ulikheter og roykeslutt blant voksne." *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 125 (5):564-570.
- Lundborg, Petter. 2007. "Does smoking increase sick leave? Evidence using register data on Swedish workers." *Tobacco control* nr. 16 (2):114-118.
- Lundgren, Eva. 1993. *Det får da være grenser for kjønn: Voldelig empiri og feministisk teori*: Universitetsforlaget.
- Lærum, E, JI Brox, K Storheim, A Espeland, EH Haldorsen, J Munch-Ellingsen, og E Werner. 2007. "Nasjonale kliniske retningslinjer for korsryggsmerter med og uten nerverotaffeksjon." *Book Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggsmerter med og uten nerverotaffeksjon*.
- MacDonald, Leslie A., Thomas R. Waters, Peter G. Napolitano, Donald E. Goddard, Margaret A. Ryan, Peter Nielsen, og Stephen D. Hudock. 2013. "Clinical guidelines for occupational lifting in pregnancy: evidence summary and provisional recommendations." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* nr. 209 (2):80-88. doi: 10.1016/j.ajog.2013.02.047.
- Madsen, OleJacob. 2013. "Parenthood in Norway: Between Politics and Science." I *Challenging Popular Myths of Sex, Gender and Biology*, redigert av Malin Ah-King, 89-99. Springer International Publishing.
- Maltau, JM. 2010. "Spontan abort og ektopisk graviditet." *Bergsjø P., Maltau JM, Molne K og Nesheim B. I,(red). Obstetikk og gynekologi* nr. 2.
- Malterud, Kirsti. . 2006. "Subjektive symptomer uten objektive funn." I *Legekunst i praksis*, redigert av Malterud. Oslo: Universitetsforlaget.

- Mandel, Hadas. 2012. "Winners and Losers: The Consequences of Welfare State Policies for Gender Wage Inequality." *European Sociological Review* nr. 28 (2):241-262. doi: 10.1093/esr/jcq061.
- Mann-Feder, Varda, og Victor Savicki. 2003. "Burnout in Anglophone and Francophone Child and Youth Workers in Canada: A Cross-Cultural Comparison." *Child and Youth Care Forum* nr. 32 (6):337-354. doi: 10.1023/B:CCAR.0000004506.61091.f3.
- Maslach, Christina, Susan E Jackson, og Michael P Leiter. 1986. "Maslach burnout inventory."
- Maslach, Christina, Wilmar B Schaufeli, og Michael P Leiter. 2001. "Job burnout." *Annual review of psychology* nr. 52 (1):397-422.
- Mastekaasa, Arne. 2000. "Parenthood, gender and sickness absence." *Social Science & Medicine* nr. 50 (12):1827-1842. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00420-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00420-7).
- Mastekaasa, Arne. 2005. "Sickness absence in female-and male-dominated occupations and workplaces." *Social Science & Medicine* nr. 60 (10):2261-2272.
- Mastekaasa, Arne. 2012. "Kvinner og menns sykefravær - en stadig økende forskjell?" *Søkelys på arbeidslivet* nr. 01-02/2012:10.
- Mathiesen, I. H., T. Buland, og B Bungum. 2010. *Kjønn i skolens rådgivning - et glemt tema?, SINTEF-rapport A13924*. Trondheim.
- Matsa, David A., og Amalia R. Miller. 2013. "A Female Style in Corporate Leadership? Evidence from Quotas." *American Economic Journal: Applied Economics* nr. 5 (3):136-69. doi: doi: 10.1257/app.5.3.136.
- Matud, M. Pilar. 2004. "Gender differences in stress and coping styles." *Personality and Individual Differences* nr. 37 (7):1401-1415. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>.
- Mazzola, Joseph J., Irvin Sam Schonfeld, og Paul E. Spector. 2011. "What Qualitative Research has Taught us about Occupational Stress." *Stress and Health* nr. 27 (2):93-110. doi: 10.1002/smi.1386.
- McCarty, William P, og Brett E Garland. 2007. "Occupational stress and burnout between male and female police officers: are there any gender differences?" *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management* nr. 30 (4):672-691.
- McCaughan, Eilis, og Hugh McKenna. 2007. "Information-seeking behaviour of men newly diagnosed with cancer: a qualitative study." *Journal of Clinical Nursing* nr. 16 (11):2105-2113.
- McCaughan, Eilis, Gillian Prue, og Kader Parahoo. 2009. "A systematic review of quantitative studies reporting selected patient experienced outcomes, with a specific focus on gender differences in people with colorectal cancer." *European Journal of Oncology Nursing* nr. 13 (5):376-385. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2009.04.001>.
- McCollum, Marianne, Laura B. Hansen, Lisa Lu, og Patrick W. Sullivan. 2005. "Gender differences in diabetes mellitus and effectson self-care activity." *Gender Medicine* nr. 2 (4):246-254. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1550-8579\(05\)80054-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1550-8579(05)80054-3).
- McDonald, P. 2012. "Workplace Sexual Harassment 30 Years on: A Review of the Literature." *International Journal of Management Reviews* nr. 14 (1):1-17. doi: 10.1111/j.1468-2370.2011.00300.x.
- McDonald, Theodore W, Loren L Toussaint, og Jennifer A Schweiger. 2004. "The influence of social status on token women leaders' expectations about leading male-dominated groups." *Sex Roles* nr. 50 (5-6):401-409.

- McDonough, Peggy, og Vivienne Walters. 2001. "Gender and health: reassessing patterns and explanations." *Social Science & Medicine* nr. 52 (4):547-559.
- McElroy, Susan L, Renu Kotwal, Shishuka Malhotra, Erik B Nelson, Paul E Keck, og Charles B Nemeroff. 2004. "Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional." *J Clin Psychiatry* nr. 65 (5):634-651.
- McGrath, John J, og Ezra S Sasser. 2009. "New directions in the epidemiology of schizophrenia." *Medical Journal of Australia* nr. 190 (4):S7.
- Meding, B, R Lantto, G Lindahl, K Wrangsjö, og B Bengtsson. 2005. "Occupational skin disease in Sweden—a 12-year follow-up." *Contact Dermatitis* nr. 53 (6):308-313.
- Megdal, Sarah P., Candyce H. Kroenke, Francine Laden, Eero Pukkala, og Eva S. Schernhammer. 2005. "Night work and breast cancer risk: A systematic review and meta-analysis." *European Journal of Cancer* nr. 41 (13):2023-2032. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2005.05.010>.
- Mendelsohn, Michael E, og Richard H Karas. 2005. "Molecular and cellular basis of cardiovascular gender differences." *Science* nr. 308 (5728):1583-1587.
- Merkus, S. L., A. van Drongelen, K. A. Holte, M. Labriola, T. Lund, W. van Mechelen, og A. J. van der Beek. 2012. "The association between shift work and sick leave: a systematic review." *Occupational and Environmental Medicine* nr. 69 (10):701-712. doi: 10.1136/oemed-2011-100488.
- Messing, Karen, og Jeanne Mager Stellman. 2006. "Sex, gender and women's occupational health: The importance of considering mechanism." *Environmental Research* nr. 101 (2):149-162. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2005.03.015>.
- Metwally, M, TC Li, og WL Ledger. 2007. "The impact of obesity on female reproductive function." *Obesity Reviews* nr. 8 (6):515-523.
- Millea, Paul J, og Jonathan J Brodie. 2002. "Tension-type headache." *American family physician* nr. 66 (5):797-806.
- Miller, Suzanne M, og Nicholas Kirsch. 1987. "Sex differences in cognitive coping with stress."
- Miller, T., og M. D. Triana. 2009. "Demographic Diversity in the Boardroom: Mediators of the Board Diversity-Firm Performance Relationship." *Journal of Management Studies* nr. 46 (5):755-786. doi: 10.1111/j.1467-6486.2009.00839.x.
- Mills, Melinda, Ronald R Rindfuss, Peter McDonald, og Egbert te Velde. 2011. "Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives." *Human Reproduction Update* nr. 17 (6):848-860.
- Molarius, Anu, Kenneth Berglund, Charli Eriksson, Mats Lambe, Eva Nordström, Hans G Eriksson, og Inna Feldman. 2007. "Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden." *The European Journal of Public Health* nr. 17 (2):125-133.
- Mollerup, Steen, Gisle Berge, Rita Bæra, Vidar Skaug, Alan Hewer, David H Phillips, Lodve Stangeland, og Aage Haugen. 2006. "Sex differences in risk of lung cancer: expression of genes in the PAH bioactivation pathway in relation to smoking and bulky DNA adducts." *International journal of cancer* nr. 119 (4):741-744.
- Morash, Merry, Dae-Hoon Kwak, og Robin Haarr. 2006. "Gender differences in the predictors of police stress." *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management* nr. 29 (3):541-563.
- Mykletun, Arnstein, Ann Kristin Knudsen, og Kristin Schjelderup Mathiesen. 2009a. "Psyriske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv." Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Mykletun, Arnstein, Ann Kristin Knudsen, og Kristin Schjelderup Mathiesen. 2009b. "Psyriske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv."
- Naganathan, Vasi, Alex Macgregor, Harold Snieder, Tuan Nguyen, Tim Spector, og Philip Sambrook. 2002. "Gender differences in the genetic factors responsible for variation in bone density and ultrasound." *Journal of Bone and Mineral Research* nr. 17 (4):725-733.
- Nathell, L., P. Malmberg, B. LundbÄck, og Å Nygren. 2000. "Is asthma underestimated as a cause of sick leave?" *Respiratory Medicine* nr. 94 (10):977-982. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/rmed.2000.0870>.
- Natvig, Bård, Inge Nessjø, Dag Bruusgaard, og Olav Rutle. 1995. "Musculoskeletal symptoms in a local community." *European Journal of General Practice* nr. 1 (1):25-28.
- NAV. 2009. Utviklingen i sykefravær, 4. kvartal 2008, NAV, Editor. redigert av Arbeids-og velferdsdirektoratet/Statistikk og utredning: Oslo. Oslo, Norge.
- Nelson, S. Katherine, Kostadin Kushlev, Tammy English, Elizabeth W. Dunn, og Sonja Lyubomirsky. 2013. "In Defense of Parenthood: Children Are Associated With More Joy Than Misery." *Psychological Science* nr. 24 (1):3-10. doi: 10.1177/0956797612447798.
- Neovius, Kristian, K Johansson, M Kark, og M Neovius. 2009. "Obesity status and sick leave: a systematic review." *Obesity reviews* nr. 10 (1):17-27.
- Neovius, Martin, Julia F Simard, og Johan Askling. 2011. "Nationwide prevalence of rheumatoid arthritis and penetration of disease-modifying drugs in Sweden." *Annals of the rheumatic diseases* nr. 70 (4):624-629.
- NHI. *Urinveisinfeksjon hos kvinner* 2010. Tilgjengelig fra <http://nhi.no/sykdommer/nyrer-urinveier/urinveisinfeksjoner/urinveisinfeksjon-hos-kvinner-2604.html?page=2>.
- NHI. *Kols* 2013a. Tilgjengelig fra <http://nhi.no/sykdommer/lunger/kols/kols-2138.html?page=2>.
- NHI. *Lave ryggsmarter* 2013b. Tilgjengelig fra <http://nhi.no/sykdommer/muskel-skjelett/rygg-nakke-bryst/lave-ryggsmarter-2721.html>.
- NHI. *Migrene* 2013c. Tilgjengelig fra <http://nhi.no/foreldre-og-barn/ungdom/sykdommer/migrene-oversikt-2443.html>.
- NHI. *Spenningshodepine* 2013d. Tilgjengelig fra <http://nhi.no/foreldre-og-barn/ungdom/sykdommer/spenningshodepine-2461.html>.
- Nicolaisen, Heidi, og Kjetil Bråthen. 2012. *Frivillig deltid - en privatsak?, Fafo-rapport 2012/49*
- Nielsen, Karina, Karen Albertsen, Sten-Olof Brenner, Lars Smith-Hansen, og Christian Roepdorff. 2009. "Comparing working conditions and physical and psychological health complaints in four occupational groups working in female-dominated workplaces." *International Archives of Occupational and Environmental Health* nr. 82 (10):1229-1239. doi: 10.1007/s00420-009-0464-z.
- Nielsen, M. B., og S. Einarsen. 2012. "Prospective relationships between workplace sexual harassment and psychological distress." *Occupational Medicine-Oxford* nr. 62 (3):226-228. doi: DOI 10.1093/occmed/kqs010.
- Nielsen, S., og M. Huse. 2010. "Women director's contribution to board decision-making and strategic involvement: The role of equality perception." *European Management Review* nr. 7 (1):16-29.

- Nielsen, S., og M. Huse. 2012. "The Contribution of Women on Boards of Directors: Going beyond the Surface." *Corporate Governance-an International Review* nr. 18 (2):136-148.
- Nilsen, Stein, Erik Lønnmark Werner, Silje Maeland, Hege Randi Eriksen, og Liv Heide Magnussen. 2011. "Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints." *Scandinavian journal of primary health care* nr. 29 (1):7-12.
- Nilsen, Tom Ivar Lund, Andreas Holtermann, og Paul J Mork. 2011. "Physical exercise, body mass index, and risk of chronic pain in the low back and neck/shoulders: longitudinal data from the Nord-Trøndelag Health Study." *American journal of epidemiology* nr. 174 (3):267-273.
- Ninot, G., M. Fortes, M. Poulain, A. Brun, J. Desplan, C. Prefaut, og A. Varray. 2006. "Gender difference in coping strategies among patients enrolled in an inpatient rehabilitation program." *Heart & Lung* nr. 35 (2):130-136. doi: DOI 10.1016/j.hrtlng.2005.09.004.
- Noble, Rudolf E. 2005. "Depression in women." *Metabolism* nr. 54 (5, Supplement):49-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.metabol.2005.01.014>.
- Nolen-Hoeksema, Susan. 2001. "Gender differences in depression." *Current directions in psychological science* nr. 10 (5):173-176.
- Norheim, Katrine B, Grete Jonsson, og Roald Omdal. 2011. "Biological mechanisms of chronic fatigue." *Rheumatology* nr. 50 (6):1009-1018.
- Norlund, Anders, Annina Ropponen, og Kristina Alexanderson. 2009. "Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain." *Journal of Rehabilitation Medicine* nr. 41 (3):115-121.
- Norlund, Sofia, Christina Reuterwall, Jonas Höög, Bernt Lindahl, Urban Janlert, og Lisbeth S Birgander. 2010. "Burnout, working conditions and gender-results from the northern Sweden MONICA Study." *Bmc Public Health* nr. 10 (1):326.
- NOU 2011: 18. Struktur for likestilling Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- NOU 2012:15. Politikk for likestilling Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- NOU. 1999. Kvinners helse i Norge. redigert av Sosial-og helsedepartementet. Oslo: Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning.
- Nygaard, Knut. 2011. "Forced board changes: Evidence from Norway." *Department of Economics, NHH* nr. Sam Discussion papers (5).
- Nygaard, Øystein P, Magne Rø, Tor Inge Andersen, og John-Anker Zwart. 2010. "Nakkesmerter med og uten nerverotsaffeksjon." *Tidsskrift for den Norske legeforening* nr. 130 (22):2252.
- Næsheim, Helge, og Ole Villund. 2013. "Sysselsetting – deltid blant kvinner og menn. Deltidsarbeid – blir forskjellene utjevnet?" *Samfunnsspeilet 2/2013*.
- O'Connell, Colleen E., og Karen Korabik. 2000. "Sexual Harassment: The Relationship of Personal Vulnerability, Work Context, Perpetrator Status, and Type of Harassment to Outcomes." *Journal of Vocational Behavior* nr. 56 (3):299-329. doi: <http://dx.doi.org/10.1006/jvbe.1999.1717>.
- Oedegaard, KJ, D Neckelmann, A Mykletun, AA Dahl, JA Zwart, K Hagen, og OB Fasmer. 2006. "Migraine with and without aura: association with depression and anxiety disorder in a population-based study. The HUNT Study." *Cephalalgia* nr. 26 (1):1-6.

- Osborne, M. m.fl. 2003. *A world of difference? Comparing learners across Europe*: Open University Press.
- Ose, S.O., S. L. Kaspersen, S. Haus-Reve, R. Mandal, H. Jensberg, og Lippestad J.W. 2012. *Sykefravær – gradering og tilrettelegging*, SINTEF A22397.
- Ose, S.O., og R. Slettebak. 2013. Trondheim kommunes arbeid med oppfølging av sykmeldte: Et følgeforskningsprosjekt. I *Rapport A25013*. Trondheim: SINTEF.
- Ose, SO, H Jensberg, R E Reinertsen, M Sandsund, og JM Dyrstad. 2006. Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. Trondheim, Norge: SINTEF Rapport a325.
- Ose, Solveig Osborg, Ingunn Brattlid, Silje Haus-Reve, Roland Mandal, og Anne Mette Bjerkan. 2011. Inkluderende arbeidsliv i kommunene - Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester. I *Rapport A18235*. Trondheim: SINTEF.
- Paksaichol, A., P. Janwantanakul, N. Purepong, P. Pensri, og A. J. van der Beek. 2012. "Office workers' risk factors for the development of non-specific neck pain: a systematic review of prospective cohort studies." *Occupational and Environmental Medicine* nr. 69 (9):610-618. doi: 10.1136/oemed-2011-100459.
- Palmer, K. T., M. Bonzini, og J. P. Bonde. 2013. "Pregnancy: occupational aspects of management: concise guidance." *Clin Med* nr. 13 (1):75-9.
- Pascoe, Elizabeth A, og Laura Smart Richman. 2009. "Perceived discrimination and health: a meta-analytic review." *Psychological bulletin* nr. 135 (4):531.
- Penley, Julie A, Joe Tomaka, og John S Wiebe. 2002. "The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review." *Journal of behavioral medicine* nr. 25 (6):551-603.
- Peters, C., M. Harling, M. Dulon, A. Schablon, J. T. Costa, og A. Nienhaus. 2010. "Fertility disorders and pregnancy complications in hairdressers - a systematic review." *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* nr. 5. doi: 2410.1186/1745-6673-5-24.
- Pettit, B. , og J.L. Hook. 2009. *Gendered tradeoffs: Family, social policy, and economic inequality in twenty-one countries*. New York: Russell Sage Foundation.
- Piha, Kustaa, Mikko Laaksonen, Pekka Martikainen, Ossi Rahkonen, og Eero Lahelma. 2010. "Interrelationships between education, occupational class, income and sickness absence." *The European Journal of Public Health* nr. 20 (3):276-280.
- Piha, Kustaa, Pekka Martikainen, Ossi Rahkonen, Eva Roos, og Eero Lahelma. 2007. "Trends in socioeconomic differences in sickness absence among Finnish municipal employees 1990—99." *Scandinavian Journal of Public Health* nr. 35 (4):348-355.
- Plaisier, Inger, Jeanne G. M. de Bruijn, Ron de Graaf, Margreet ten Have, Aartjan T. F. Beekman, og Brenda W. J. H. Penninx. 2007. "The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees." *Social Science & Medicine* nr. 64 (2):401-410. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.09.008>.
- Portela, Luciana Fernandes, Lucia Rotenberg, Ana Luiza Pereira Almeida, Paul Landsbergis, og Rosane Harter Griep. 2013. "The Influence of Domestic Overload on the Association between Job Strain and Ambulatory Blood Pressure among Female Nursing Workers." *International journal of environmental research and public health* nr. 10 (12):6397-6408.
- Pransky, G., R. Gatchel, S. J. Linton, og P. Loisel. 2005. "Improving return to work research." *J Occup Rehabil* nr. 15 (4):453-7. doi: 10.1007/s10926-005-8027-y.

- Preciado-López, Julián, Carmen Pérez-Fernández, Miguel Calzada-Uriondo, og Pilar Preciado-Ruiz. 2008. "Epidemiological Study of Voice Disorders Among Teaching Professionals of La Rioja, Spain." *Journal of Voice* nr. 22 (4):489-508. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.11.008>.
- Prop. 1 S (2013–2014). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) FOR BUDSJETTÅRET 2014. I *Tilråding fra Justis- beredskapsdepartementet 27. september 2013, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II)*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
- Puhl, Rebecca M., og Chelsea A. Heuer. 2009. "The Stigma of Obesity: A Review and Update." *Obesity* nr. 17 (5):941-964. doi: 10.1038/oby.2008.636.
- Quansah, R., og J. J. Jaakkola. 2010. "Occupational Exposures and Adverse Pregnancy Outcomes Among Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of Womens Health* nr. 19 (10):1851-1862. doi: 10.1089/jwh.2009.1876.
- Raasch, C., V. Lee, S. Spaeth, og C. Herstatt. 2013. "The rise and fall of interdisciplinary research: The case of open source innovation." *Research Policy* nr. 42 (5):1138-1151. doi: DOI 10.1016/j.respol.2013.01.010.
- Rakovski, Carter, Laura Zettel-Watson, og Dana Rutledge. 2012. "Association of employment and working conditions with physical and mental health symptoms for people with fibromyalgia." *Disability and Rehabilitation* nr. 34 (15):1277-1283.
- Ranjith, G. 2005. "Epidemiology of chronic fatigue syndrome." *Occupational Medicine* nr. 55 (1):13-19.
- Rao, J. K., L. A. Anderson, T. S. Inui, og R. M. Frankel. 2007. "Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence." *Med Care* nr. 45 (4):340-9. doi: 10.1097/01.mlr.0000254516.04961.d500005650-200704000-00011 [pii].
- Rapkin, Andrea. 2003. "A review of treatment of premenstrual syndrome & premenstrual dysphoric disorder." *Psychoneuroendocrinology* nr. 28, Supplement 3 (0):39-53. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00096-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00096-9).
- Rasmussen, Birthe Krogh, Rigmor Jensen, og Jes Olesen. 1992. "Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study." *Journal of epidemiology and community health* nr. 46 (4):443-446.
- Reisel, Liza, og Idunn Brekke. 2013. *Kjønnssegregering i utdanning og arbeidsliv Status og årsaker*. Redigert av Institutt for samfunnsforskning, Rapport (2013: 004).
- Reskin, B. F. 1988. "Bringing the men back in: Sex differentiation and the devaluation of women's work." *Gender & Society* nr. 2 (1):58-81.
- Reynolds, Kenneth J, Suzanne D Vernon, Ellen Bouchery, og William C Reeves. 2004. "The economic impact of chronic fatigue syndrome." *Cost effectiveness and resource allocation* nr. 2 (1):4.
- Rieck, Karsten Marshall Elseth, og Kjetil Telle. 2013. "Sick leave before, during and after pregnancy." *Acta Sociologica* nr. 56 (2):117-137.
- Robinson, Gail Erlick. 2011. "Dilemmas related to pregnancy loss." *The Journal of nervous and mental disease* nr. 199 (8):571-574.
- Robinson, Hilde Stendal, Anne Eskild, Eli Heiberg, og Malin Eberhard-Gran. 2006. "Pelvic girdle pain in pregnancy: the impact on function." *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* nr. 85 (2):160-164.
- Roelen, Corné, Willem Rhenen, Wilmar Schaufeli, Jac Klink, Nils Magerøy, Bente Moen, Bjørn Bjorvatn, og Ståle Pallesen. 2013. "Mental and physical health-related

- functioning mediates between psychological job demands and sickness absence among nurses." *Journal of Advanced Nursing*.
- Rollin, L., og J. F. Gehanno. 2012. "Research on return to work in European Union countries." *Occup Med (Lond)* nr. 62 (3):210-5. doi: 10.1093/occmed/kqr207kqr207 [pii].
- Ropponen, Annina, Karri Silventoinen, Pia Svedberg, Kristina Alexanderson, Karoliina Koskenvuo, Antti Huunan-Seppälä, Markku Koskenvuo, og Jaakko Kaprio. 2011. "Health-related risk factors for disability pensions due to musculoskeletal diagnoses: A 30-year Finnish twin cohort study." *Scandinavian Journal of Public Health* nr. 39 (8):839-848.
- Rose, Nikolas. 1999. *Governing the soul: the shaping of the private self*. London: Free Associations Books.
- Ross, CatherineE, RyanK Masters, og RobertA Hummer. 2012. "Education and the Gender Gaps in Health and Mortality." *Demography* nr. 49 (4):1157-1183. doi: 10.1007/s13524-012-0130-z.
- Rossouw, Jacques E. 2002. "Hormones, genetic factors, and gender differences in cardiovascular disease." *Cardiovascular research* nr. 53 (3):550-557.
- Rostad, Hans, Anne Naalsund, Jarle Norstein, Randi Jacobsen, og TM Aalokken. 2002. "Er behandlingen av lungekreft i Norge god nok?" *TIDSSKRIFT-NORSKE LAEGEFORENING* nr. 122 (23):2258-2262.
- Rylander, L, A Axmon, K Toren, og M Albin. 2002. "Reproductive outcome among female hairdressers." *Occupational and Environmental Medicine* nr. 59 (8):517-522.
- Rütten, Alfred, og Karim Abu-Omar. 2004. "Prevalence of physical activity in the European Union." *Sozial- und Präventivmedizin* nr. 49 (4):281-289. doi: 10.1007/s00038-004-3100-4.
- Rø, Karin E Isaksson, Tore Gude, Reidar Tyssen, og Olaf G Aasland. 2008. "Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study." *BMJ: British Medical Journal* nr. 337.
- Sabharwal, Meghna, og Elizabeth A. Corley. 2009. "Faculty job satisfaction across gender and discipline." *The Social Science Journal* nr. 46 (3):539-556. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soscij.2009.04.015>.
- Saha, Sukanta, David Chant, Joy Welham, og John McGrath. 2005. "A systematic review of the prevalence of schizophrenia." *PLoS medicine* nr. 2 (5):e141.
- Saksvik, I. B., B. Bjorvatn, H. Hetland, G. M. Sandal, og S. Pallesen. 2011. "Individual differences in tolerance to shift work - A systematic review." *Sleep Medicine Reviews* nr. 15 (4):221-235. doi: 10.1016/j.smrv.2010.07.002.
- Sala, Eeva, Anneli Laine, Susanna Simberg, Jaana Pentti, og Jouko Suonpää. 2001. "The Prevalence of Voice Disorders Among Day Care Center Teachers Compared with Nurses: A Questionnaire and Clinical Study." *Journal of Voice* nr. 15 (3):413-423. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0892-1997\(01\)00042-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0892-1997(01)00042-X).
- Salvi, Sundeep S, og Peter J Barnes. 2009. "Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers." *The lancet* nr. 374 (9691):733-743.
- Samuelsson, Åsa, K Alexanderson, A Ropponen, P Lichtenstein, og P Svedberg. 2012. "Incidence of disability pension and associations with socio-demographic factors in a Swedish twin cohort." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* nr. 47 (12):1999-2009.
- Sandnes, T. 2007. Helse og bruk av helsetjenester – forskjeller mellom kvinner og menn. I *Rapporter 2007/37*: Statistisk sentralbyrå 2007.
- Sanz-de-Galdeano, Anna. 2005. The obesity epidemic in Europe. IZA Discussion Papers.

- Savicki, Victor. 2003. "A Cross-cultural Study of Burnout and Job Roles." *SOCIAL WORK IN EUROPE* nr. 10 (1):41-48.
- Sayer, Liana C, Anne H Gauthier, og Frank F Furstenberg. 2004. "Educational differences in parents' time with children: Cross-national variations." *Journal of Marriage and Family* nr. 66 (5):1152-1169.
- Schachter, E. N., E. Zuskin, E. L. Moshier, J. Godbold, J. Mustajbegovic, J. Pucaric-Cvetkovic, og A. Chiarelli. 2009. "Gender and respiratory findings in workers occupationally exposed to organic aerosols: A meta analysis of 12 cross-sectional studies." *Environmental Health* nr. 8. doi: 110.1186/1476-069x-8-1.
- Schlichting, Ellen. 2003. "Moderne brystkreftbehandling." *TIDSSKRIFT-NORSKE LAEGEFORENING* nr. 123 (12):1651-1651.
- Schmaus, Brian J., Kimberly K. Laubmeier, Virginia M. Boquiren, Michele Herzer, og Sandra G. Zakowski. 2008. "Gender and stress: Differential psychophysiological reactivity to stress reexposure in the laboratory." *International Journal of Psychophysiology* nr. 69 (2):101-106. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2008.03.006>.
- Schmier, Jordana K, Mechelle L Jones, og Michael T Halpern. 2006. "Cost of obesity in the workplace." *Scandinavian journal of work, environment & health* nr. 32 (1):5-11.
- Schneeweis, Nicole, og Martina Zweimüller. 2012. "Girls, girls, girls: Gender composition and female school choice." *Economics of Education Review* nr. 31 (4):482-500. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.econedurev.2011.11.002>.
- Shiels, Christopher, og Mark Gabbay. 2006. "The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence." *Family practice* nr. 23 (2):246-252.
- Simberg, Susanna, Eeva Sala, Kirsti Vehmas, og Anneli Laine. 2005. "Changes in the Prevalence of Vocal Symptoms Among Teachers During a Twelve-Year Period." *Journal of Voice* nr. 19 (1):95-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2004.02.009>.
- Sirnes, Eivind, Erlend Sodal, Eha Nurk, og GS Tell. 2003. "Forekomst av muskelog skjelettplager i Hordaland." *TIDSSKRIFT-NORSKE LAEGEFORENING* nr. 123 (20):2855-2860.
- Skaalvik, Einar M., og Sidsel Skaalvik. 2009. "Does school context matter? Relations with teacher burnout and job satisfaction." *Teaching and Teacher Education* nr. 25 (3):518-524. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tate.2008.12.006>.
- Škerjanc, Alenka. 2001. "Sickness absence in diabetic employees." *Occupational and environmental medicine* nr. 58 (7):432-436.
- Skjeie, Hege , og Mari Teigen. 2003. *Menn i mellom. Mannsdominans og likestillingspolitikk*.: Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Slater, T, L Bradshaw, D Fishwick, S Cheng, M Kimbell-Dunn, R Erkinjuntti-Pekkanen, J Douwes, og N Pearce. 2000. "Occupational respiratory symptoms in New Zealand hairdressers." *Occupational Medicine* nr. 50 (8):586-590.
- Smith, D. R. 2008. "Menstrual disorders and their adverse symptoms at work: An emerging occupational health issue in the nursing profession." *Nursing & Health Sciences* nr. 10 (3):222-228. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00391.x.
- Smith, Kirsten P, og Nicholas A Christakis. 2008. "Social networks and health." *Annu. Rev. Sociol* nr. 34:405-429.
- Snedeker, Suzanne M. 2006. "Chemical exposures in the workplace: effect on breast cancer risk among women." *AAOHN journal : official journal of the American Association of Occupational Health Nurses* nr. 54 (6):270-9; quiz 280-1.

- Soares, JF, G Grossi, og Örjan Sundin. 2007. "Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors." *Archives of women's mental health* nr. 10 (2):61-71.
- Solheim, J. , og M. Teigen. 2006. Det kjønnssegregerte arbeidslivet – likestillingens snublestein? I :Tidsskrift for kjønnsforskning. I Oslo:Kilden informasjons- og dokumentasjonssenter for kvinne- og kjønnsforskning i Norge.
- Soules, Michael R, Sherry Sherman, Estella Parrott, Robert Rebar, Nanette Santoro, Wulf Utian, og Nancy Woods. 2001. "Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW)." *Climacteric* nr. 4 (4):267-272.
- Statens Legemiddelverk. *Østrogens used in the menopause (G03C and G03F)*. Statens Legemiddelverk 2010. Tilgjengelig fra <http://www.legemiddelforbruk/no/15.03.2010>.
- Steenstra, I. A., J. H. Verbeek, M. W. Heymans, og P. M. Bongers. 2005. "Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature." *Occupational and Environmental Medicine* nr. 62 (12):851-860. doi: 10.1136/oem.2004.01.015842.
- Steiner, Meir, Edward Dunn, og Leslie Born. 2003. "Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond." *Journal of Affective Disorders* nr. 74 (1):67-83. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00432-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00432-9).
- Stovner, Lars Jacob, J-A Zwart, Knut Hagen, GM Terwindt, og J Pascual. 2006. "Epidemiology of headache in Europe." *European journal of neurology* nr. 13 (4):333-345.
- Street Jr, Richard L. 2002. "Gender differences in health care provider-patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation?" *Patient Education and Counseling* nr. 48 (3):201-206. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00171-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00171-4).
- Strong, William B, Robert M Malina, Cameron JR Blimkie, Stephen R Daniels, Rodney K Dishman, Bernard Gutin, Albert C Hergenroeder, Aviva Must, Patricia A Nixon, og James M Pivarnik. 2005. "Evidence based physical activity for school-age youth." *The Journal of pediatrics* nr. 146 (6):732-737.
- Stuge, Britt, Gunvor Hilde, og Nina Vøllestad. 2003. "Physical therapy for pregnancy-related low back and pelvic pain: a systematic review." *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* nr. 82 (11):983-990.
- Størdal, Ingvild Madland. 2012. "Utviklingen i sykefraværet blant gravide fra 1985 og frem til i dag."
- Svallfors, Stefan. 2006. *The moral economy of class : class and attitudes in comparative perspective, Studies in social inequality*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Svalund, J. 2011. *Undersysselsetting og ufrivillig deltid. Varighet og veien videre: Fafo-rapport 2011*:34.
- Sydsjö, Adam, Kristina Alexanderson, Monir Dastserri, og Gunilla Sydsjö. 2003. "Gender differences in sick leave related to back pain diagnoses: influence of pregnancy." *Spine* nr. 28 (4):385-389.
- Södersten, Maria, Svante Granqvist, Britta Hammarberg, og Annika Szabo. 2002. "Vocal Behavior and Vocal Loading Factors for Preschool Teachers at Work Studied with Binaural DAT Recordings." *Journal of Voice* nr. 16 (3):356-371. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0892-1997\(02\)00107-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0892-1997(02)00107-8).
- Sørensen, Bjørg Aase 1977. *Arbeidskvinner og verdighet I Berg, A.M. m.fl. (red.) I Kvinners bilde*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Sørensen, Bjørg Aase 1982. *Ansvarsrasjonalitet_: Om mål og midddel tenking blant kvinner I Holter,H.(red.) Kvinner i felleskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørheim, Inga-Cecilie, Ane Johannessen, Amund Gulsvik, Per S Bakke, Edwin K Silverman, og Dawn L DeMeo. 2010. "Gender differences in COPD: are women more susceptible to smoking effects than men?" *Thorax* nr. 65 (6):480-485.
- Tak, SangWoo, Marie Haring Sweeney, Toni Alterman, Sherry Baron, og Geoffrey M Calvert. 2010. "Workplace assaults on nursing assistants in US nursing homes: A multilevel analysis." *Journal Information* nr. 100 (10).
- Tanaka, Sakiko, og Jane Waldfogel. 2007. "EFFECTS OF PARENTAL LEAVE AND WORK HOURS ON FATHERS' INVOLVEMENT WITH THEIR BABIES." *Community, Work & Family* nr. 10 (4):409-426. doi: 10.1080/13668800701575069.
- Taylor, J. L., og L. Rew. 2011. "A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department." *Journal of Clinical Nursing* nr. 20 (7-8):1072-1085. doi: DOI 10.1111/j.1365-2702.2010.03342.x.
- Teigen, Mari. 2006. Det kjønnsdelte arbeidslivet. I *En kunnskapsoversikt*. Rapport ISF.
- Teigen, Mari. 2011. "Kvoteringsstradisjon og styringsekspansjon." *t idsskrift for kjønnsforskning* nr. Årgang 35, nr 2/2011, s 84–101.
- Terjesen, S., R. Sealy, og V. Singh. 2009. "Women Directors on Corporate Boards: A Review and Research Agenda." *Corporate Governance-an International Review* nr. 17 (3):320-337. doi: 10.1111/j.1467-8683.2009.00742.x.
- Thoresen, S., og O.K. Hjemdal. 2014. *Vold og voldtekt i Norge, Rapport nr 1/2014: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S*.
- Thyssen, Jacob P, Jeanne D Johansen, Allan Linneberg, og Torkil Menné. 2010. "The epidemiology of hand eczema in the general population–prevalence and main findings*." *Contact Dermatitis* nr. 62 (2):75-87.
- Torchia, M., A. Calabro, og M. Huse. 2011. "Women Directors on Corporate Boards: From Tokenism to Critical Mass." *Journal of Business Ethics* nr. 102 (2):299-317. doi: 10.1007/s10551-011-0815-z.
- Tore Gran, Jan. 2003. "The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain." *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* nr. 17 (4):547-561.
- Torgersen, Svenn, Einar Kringlen, og Victoria Cramer. 2001. "The prevalence of personality disorders in a community sample." *Archives of general psychiatry* nr. 58 (6):590-596.
- Treaster, D. E., og D. Burr. 2004. "Gender differences in prevalence of upper extremity musculoskeletal disorders." *Ergonomics* nr. 47 (5):495-526. doi: 10.1080/00140130310001638171.
- Tritt, Karin, Helen Schneider, Robert K Bidmon, Marius Nickel, Peter Leiberich, Peter Joraschky, og Thomas H Loew. 2005. "Do patients with different psychiatric diagnoses require different strategies for certifying sick leave?-first indications from a prospective study." *Croat Med J* nr. 46 (2):308-314.
- Tynes, T, T Eiken, og TK et al Grimsrud. 2008. Arbeidsmiljø og helse – slik norske yrkesaktive opplever det. Resultater fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse for 2006. I *STAMI-rapport* Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Uchino, Bert N. 2006. "Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes." *Journal of behavioral medicine* nr. 29 (4):377-387.
- Uhlig, Till, og Tore K Kvien. 2005. "Is rheumatoid arthritis disappearing?" *Annals of the rheumatic diseases* nr. 64 (1):7-10.

- Umberson, Debra, og Walter R. Gove. 1989. "Parenthood and Psychological Well-Being: Theory, Measurement, and Stage in the Family Life Course." *Journal of Family Issues* nr. 10 (4):440-462. doi: 10.1177/019251389010004002.
- Underlid, Kjell. 2013. *Å bli hersa med: utilbørleg sosial dominans på arbeidsplassen*: Gyldendal akademisk.
- Upmark, M., K. Borg, og K. Alexanderson. 2007. "Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare: a study of long-term sickness absentees." *Scand J Public Health* nr. 35 (6):577-84. doi: 779795711 [pii]10.1080/14034940701362194.
- Vaage, Odd Frank. 2000. "Kultur-og fritidsaktiviteter." *Om idrett*.
- Vaage, Odd Frank. 2011. *Tidene skifter: Tidsbruk 1971-2010, Statistiske analyser*: Statistisk sentralbyrå.
- Vagle, I, og E Møller. 2013. Jenter i Bil og Elektro 2008 – 2012– Et bedriftsutviklingsprosjekt
- Vahter, Marie, Michael Gochfeld, Barbara Casati, Mona Thiruchelvam, Agneta Falk-Filippson, Robert Kavlock, Erminio Marafante, og Deborah Cory-Slechta. 2007. "Implications of gender differences for human health risk assessment and toxicology." *Environmental Research* nr. 104 (1):70-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2006.10.001>.
- Van De Pol, Geerte, H Jorien Van Brummen, Hein W Bruinse, A Peter M Heintz, og C VAN DER VAART. 2007. "Pregnancy-related pelvic girdle pain in the Netherlands." *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* nr. 86 (4):416-422.
- van der Noordt, M., H. Ijzelenberg, M. Droomers, og K. I. Proper. 2014. "Health effects of employment: a systematic review of prospective studies." *Occup Environ Med*. doi: 10.1136/oemed-2013-101891oemed-2013-101891 [pii].
- Van Duijvenbode, DC, MJM Hoozemans, MNM Van Poppel, og KI Proper. 2009. "The relationship between overweight and obesity, and sick leave: a systematic review." *International Journal of Obesity* nr. 33 (8):807-816.
- van Middelkoop, Marienke, Sidney M Rubinstein, Ton Kuijpers, Arianne P Verhagen, Raymond Ostelo, Bart W Koes, og Maurits W van Tulder. 2011. "A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain." *European Spine Journal* nr. 20 (1):19-39.
- van Oostrom, Sandra H, Maurice T Driessen, HC De Vet, Renée-Louise Franche, Eva Schonstein, Patrick Loisel, Willem van Mechelen, og Johannes R Anema. 2009. "Workplace interventions for preventing work disability." *Cochrane Database Syst Rev* nr. 2.
- Veenstra, Marijke, IVAR ANDREAS LIMA, og SVEIN OLAV DAATLAND. 2009. *Helse, helseatferd og livsløp*. Oslo: NOVA.
- Verdens Helseorganisasjon. 1999. *ICD-10 Psykiske lideslser og afterdsforstyrrelser*: Gyldendal Akademisk.
- Verdonk, Petra, Wendela E Hooftman, Marc JPM van Veldhoven, Louise RM Boelens, og Lando LJ Koppes. 2010. "Work-related fatigue: the specific case of highly educated women in the Netherlands." *International Archives of Occupational and Environmental Health* nr. 83 (3):309-321.
- Vingård, Eva, Per Lindberg, Malin Josephson, Margaretha Voss, Bodil Heijbel, Lars Alfredsson, Stefan Stark, og Åke Nygren. 2005. "Long-term sick-listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors: a three-year follow-up study." *Scandinavian journal of public health* nr. 33 (5):370-375.

- von Bothmer, M. I., og B. Fridlund. 2005. "Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students." *Nurs Health Sci* nr. 7 (2):107-18. doi: NHS227 [pii]10.1111/j.1442-2018.2005.00227.x.
- Værness, K. 1987. On the rationality of caring. I: A. Showstack Sasson (red.) *Women and the State. The shifting boundaries of public and the private*. London: Unwin Hyman.
- Väänänen, Ari, Salla Toppinen-Tanner, Raija Kalimo, Pertti Mutanen, Jussi Vahtera, og José M Peiró. 2003. "Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector." *Social Science & Medicine* nr. 57 (5):807-824.
- Wahlström, Jens, Svend Erik Mathiassen, Per Liv, Pernilla Hedlund, Christina Ahlgren, og Mikael Forsman. 2010. "Upper arm postures and movements in female hairdressers across four full working days." *Annals of occupational hygiene* nr. 54 (5):584-594.
- Wang, JianLi, Leslie-Anne Keown, Scott B Patten, Jeanne A Williams, Shawn R Currie, Cynthia A Beck, Colleen J Maxwell, og Nady A El-Guebaly. 2009. "A population-based study on ways of dealing with daily stress: comparisons among individuals with mental disorders, with long-term general medical conditions and healthy people." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* nr. 44 (8):666-674.
- Wang, Y., K. Hunt, I. Nazareth, N. Freemantle, og I. Petersen. 2013. "Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data." *BMJ Open* nr. 3 (8):e003320. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003320bmjopen-2013-003320 [pii].
- Wardle, Jane, Jo Waller, og Martin J Jarvis. 2002. "Sex differences in the association of socioeconomic status with obesity." *American journal of public health* nr. 92 (8):1299-1304.
- Wennberg, Anna-Lena, Ulla Molander, Magnus Fall, Christer Edlund, Ralph Peeker, og Ian Milsom. 2009. "A Longitudinal Population-based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Women." *European Urology* nr. 55 (4):783-791. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2009.01.007>.
- Wergeland, E, og T Solvberg. 2004. *Fraværshov i graviditeten: er dagens bruk av trygdemidler og regelverk den beste*. Oslo, Norge: Institutt for allmen og samfunnsmedisin.
- Werner, A., og K. Malterud. 2005. ""The pain isn't as disabling as it used to be": how can the patient experience empowerment instead of vulnerability in the consultation?" *Scand J Public Health Suppl* nr. 66:41-6. doi: K7X03M05HJ3G6071 [pii]10.1080/14034950510033363.
- West, Candace, og Don H Zimmerman. 1987. "Doing gender." *Gender & society* nr. 1 (2):125-151.
- Wideberg, Karin 1992. *Teoretisk verktøykasse – angrepsmåter og metoder I: Taksdal og Wideberg (red.) Forståelser av kjønn i samfunnsvitenspens fag og kvinneforskning* Ad Notam.
- Wijnhoven, Hanneke AH, Henrika CW De Vet, og H Susan J Picavet. 2006. "Prevalence of musculoskeletal disorders is systematically higher in women than in men." *The Clinical journal of pain* nr. 22 (8):717-724.
- Wolfe, Frederick, Daniel J Clauw, Mary-Ann Fitzcharles, Don L Goldenberg, Robert S Katz, Philip Mease, Anthony S Russell, I Jon Russell, John B Winfield, og Muhammad B Yunus. 2010. "The American College of Rheumatology preliminary diagnostic

- criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity." *Arthritis care & research* nr. 62 (5):600-610.
- Wollen, AL, og A Veddeng. *Generell veileder i gynekologi: Spontan abort*. Legeforeningen 2009. Tilgjengelig fra <http://www.legeforeningen.no/id/157786.0>.
- World Health Organisation. 2008. *Fact sheet: obesity and overweight*. 2008 [cited 11 June 2008]. Tilgjengelig fra http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
- Wu, WH, OG Meijer, K Uegaki, JMA Mens, JH Van Dieen, PIJM Wuisman, og HC Östgaard. 2004. "Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence." *European Spine Journal* nr. 13 (7):575-589.
- Wyller, Vegard Bruun. 2007. "The chronic fatigue syndrome—an update." *Acta Neurologica Scandinavica* nr. 115 (s187):7-14.
- Xu, Y., F. Schneier, R. G. Heimberg, K. Princisvalle, M. R. Liebowitz, S. Wang, og C. Blanco. 2012. "Gender differences in social anxiety disorder: results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions." *J Anxiety Disord* nr. 26 (1):12-9. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.08.006S0887-6185(11)00141-1 [pii].
- Yıldırım, D. 2009. "Bullying among nurses and its effects." *International Nursing Review* nr. 56 (4):504-511. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00745.x.
- Zhu, Jin Liang, Mogens Vestergaard, Niels Henrik Hjollund, og Jørn Olsen. 2006. "Pregnancy outcomes among female hairdressers who participated in the Danish National Birth Cohort." *Scandinavian journal of work, environment & health*:61-66.
- Øyane, Nicolas MF, Ståle Pallesen, Bente Elisabeth Moen, Torbjörn Åkerstedt, og Bjørn Bjorvatn. 2013. "Associations between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses." *PLoS One* nr. 8 (8):e70228.

Bak kjønnsforskjellene i de enkle sykefraværstallene som jevnlig presenteres, ligger det et komplekst bilde av biologiske kjønnsforskjeller, samfunnsstrukturer og et sterkt kjønnssegregert arbeidsmarked.

Kunnskapen som er nødvendig for å forstå kvinners arbeidshelse og dermed noe av kjønnsforskjellen i sykefraværet, kommer fra en rekke fagfelt og forskningstradisjoner. I denne rapporten har vi samlet kunnskap fra ulike fagfelt og gruppert litteraturen etter hvilken dimensjon vi studerer (individ, familie, arbeidsplass, arbeidsmarked og samfunn).

De vanligste årsakene til sykefravær blant både kvinner og menn er muskel-/skjelettlidelser og psykiske lidelser. Kvinner har større risiko for å utvikle muskel- og skjelettplager, sykdommer og smerter enn menn. Angst, depresjoner og andre relativt vanlige psykiske lidelser er også konsistent funnet å ramme kvinner hyppigere enn menn. Ulik helse og ulik risiko for å utvikle sykdommer og plager, forklarer sannsynligvis det meste av kjønnsforskjellene i sykefraværet. Det er generelt godt samsvar med risiko for ulike helsetilstander og det kvinner og menn er sykemeldt for.

Kjønnsforskjeller i sykefraværet som ikke forklares av ulik helse mellom kvinner og menn, forklares med at kvinner og menn arbeider i ulike deler av arbeidsmarkedet. Kvinner jobber i større grad i yrker som gir fysisk og psykisk belastning enn menn. At kvinner og menn mestrer sykdom, smerte og dårlig arbeidsmiljø ulikt, bidrar også til å forklare at kvinner trenger lenger tid for å bli frisk etter sykdom.



SINTEF

Teknologi og samfunn
Avd. helse, Gruppe for arbeid og helse
Postboks 4760 Sluppen
7465 Trondheim
www.sintef.no/helse



NTNU

Det skapende universitet