

HAR KVINNER HØYERE SYKEFRAVÆR FORDI DE OFTERE ER SYKE?

Av Ivar Lima¹

Sammendrag

Kvinner har i gjennomsnitt betydelig høyere legemeldt sykefravær enn menn, også når en ser bort fra sykefraværet til gravide. Selv om det er forsket mye på kjønnsforskjellen i sykefravær, er mye av forskjellen fortsatt uforklart. Forskning har blant annet avkreftet at kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes at kvinner jobber i mer belastende yrker.

I denne artikkelen spør vi om noe av forklaringen på kvinners høyere sykefravær er at kvinner oftere har plager eller sykdommer som medfører arbeidsuførhet. For å svare på dette undersøker vi hvilke diagnoser som bidrar mest til kjønnsforskjellene i sykefravær i Norge, og ser deretter på hva medisinske og epidemiologiske studier fra Norge og andre land forteller om kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko for disse diagnosene.

Vi finner at kjønnsforskjellen i sykefravær i stor grad skyldes at kvinner oftere enn menn er sykmeldt med diagnoser som kvinner har større sykdomsrisiko for enn menn. Dette gjelder blant annet sykdommer og lidelser som klinisk depresjon og angstlidelser, nakke- eller skuldersmerter, kronisk tretthetssyndrom, fibromyalgi, migrene og hodepine, betennelsestilstander og auto-immune lidelser. Vi finner også at flere kvinner enn menn er sykmeldt med kreft, og at dette bidrar til kvinners høyere sykefravær.

Kjønnsforskjellene i mange av disse lidelsene, som for eksempel depresjon, angstlidelser og migrene, oppstår i ung alder, før man etablerer familie og før man begynner å jobbe i lønnet arbeid. Dette indikerer at deler av kjønnsforskjellene i helse handler om lidelser som kvinner rammes oftere av uavhengig av arbeidsliv og familieliv, og at kjønnsforskjellene i sykefravær delvis kan forklares med universelle kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko.

<https://doi.org/10.60847/NAV.4659>

¹ Takk til Sigrid Lande som har bidratt med innspill til både analyser, tidligere forskning og språk. Takk til Ola Thune i Statistikkseksjonen som har tilrettelagt data og som har gitt innspill til hvordan data best kan organiseres. Takk til Søren Brage for kommentarer til utkast, og til Åshild Kalstø og Lamija.

Bakgrunn og problemstilling

Kvinner har i gjennomsnitt et betydelig høyere sykefravær enn menn, også når en ser bort fra det høye sykefraværet til kvinner som er gravide. Denne kjønnsforskjellen i sykefravær gjelder, med noe variasjon, også andre europeiske land (Mastekaasa og Melsom 2014) og i USA (Angelov mfl. 2018). Mens det er liten kjønnsforskjell i Østerrike og Tyskland, er forskjellen stor i Norge, Sverige og Irland. I Norge ser vi også at kvinner betydelig oftere enn menn mottar langvarige helseytelser som arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

Samfunnsforskere har lenge interessert seg for kjønnsforskjellen i sykefravær og i mottak av langvarige helseytelser. Flere studier tar utgangspunkt i det kjønns-segregerte arbeidsmarkedet i Norge, og undersøker om kvinner er mer sykmeldt fordi de typiske kvinneyrkene medfører større arbeidsmiljøbelastninger. En annen populær forklaring er dobbeltarbeidshypotesen. Hypotesen går ut på at yrkesaktive mødre opplever større samlet belastning fordi de i større grad enn menn har ansvar for familie, hjem og barn, noe som medfører mer sykefravær blant kvinner.

I en gjennomgang av den etter hvert omfattende forskningen om kjønnsforskjeller i sykefravær avkrefter Mastekaasa (2016) begge disse hypotesene som viktige forklaringer på kjønnsforskjellen i sykefravær. En rekke grundige registerstudier har vist at kjønnsforskjellen i sykefravær ikke blir mindre når en tar hensyn til at menn og kvinner jobber i ulike yrker (Mastekaasa 2016), og at kjønnsforskjellen i sykefravær dermed ikke skyldes at kvinner jobber i mer belastende yrker (Mastekaasa og Dale-Olsen 2000). Og selv om det er en viss støtte for dobbeltarbeidshypotesen, blir mye av kjønnsforskjellen stående uforklart. Mastekaasa konkluderer med at kjønnsforskjellene i sykefravær for det meste må skyldes forhold utenfor familieliv og arbeidsmiljø, og viser til at flere kjønnsforskjeller i helse oppstår i ung alder, det vil si før både familieetablering og jobb. Videre hevder han at viktige forklaringsfaktorer på kvinners høyere sykefravær kan være «enten forskjeller i biologi eller i den tidlige sosialiseringen av gutter og jenter...» (Mastekaasa, 2016, s. 126).

Problemstilling

I denne artikkelen tar vi utgangspunkt i at samfunnsforskningen har funnet lite støtte for de vanligste sosiale forklaringene på kjønnsforskjellene i sykefravær. Vi spør om kvinners høyere sykefravær kan forklares med kjønnsforskjeller i helse, i form av at kvinner oftere rammes av ulike sykdommer og lidelser. For å svare på dette skal vi gi en beskrivende analyse av hvilke diagnoser og diagnosegrupper som bidrar mest til kjønnsforskjellene i sykefraværet. For diagnosene som bidrar mest, vil vi undersøke om vi finner samme kjønnsforskjeller i diagnose i andre typer kilder og i andre industrialiserte land. Vi ser da hovedsakelig på to typer kilder: 1) epidemiologiske studier i et utvalg av befolkningen basert på intervju eller selvrappotering, og 2) registerdata om kjønnsforskjeller i andelen som blir behandlet for gitte lidelser i somatisk og psykiatrisk helsevesen. I Norge ser vi også på kjønnsforskjeller i resepter fra reseptregisteret. Felles for alle disse kildene er at de gir informasjon om kjønnsforskjeller i sykdommer og lidelser, uten at det direkte er knyttet til trygdeordningen sykepenger. Hvis vi finner liknende kjønnsforskjeller i lidelser blant forskjellige land, viser det at kjønnsforskjellene er universelle, noe som også kan indikere at kjønnsforskjellene i lidelser har en biologisk komponent. Motsatt vil stor variasjon i kjønnsforskjeller mellom land indikere at forskjellene i større grad skyldes samfunnsgitte årsaksfaktorer som arbeidsliv, sosialt eller kulturelt betingede faktorer. I diskusjonen om kjønnsforskjeller i helse vil vi også støtte oss på kunnskap fra det siste Kvinnehelsesutvalget (NOU 2023:5). Analysen kan også bidra til å belyse sykdomsbildet blant norske arbeidstakere og kjønnsforskjeller i helse mer generelt.

Tidligere forskning

Svangerskap, omsorg for barn og holdninger til sykefravær

I vår gjennomgang av forskningslitteraturen finner vi i større grad enn Mastekaasa (2016) at samfunnsforskningen nå har noen empiriske funderte forklaringer på kjønnsforskjellen i sykefravær. Kvinners graviditet er en viktig årsak til kjønnsforskjellen i sykefravær. Det skyldes hovedsakelig at graviditet er en stor belastning for kroppen, og belastningen og sykefra-

været øker desto lengre ut i svangerskapet en kommer (Nossen og Helde, 2016, s. 129, Stami²). I 2017 forklarte graviditet 20 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær (Nossen 2019), og er en viktig forklaringsvariabel.

Flere studier finner også at kjønnsforskjellene i sykefravær øker når par får barn (Angelov mfl. 2018, Lima 2018 og Bratberg mfl. 2002), mens én studie ikke finner en slik sammenheng (Rieck og Telle 2013)³. Lima (2018) finner for eksempel at sykefraværet øker både blant kvinner og menn når de får sitt første barn, men at sykefraværet øker mest for kvinner. Effekten ser ut til å være størst når barnet er i barnehagealder (Lima 2018). Et flertall av studiene gir støtte til hypotesen om at noe av kjønnsforskjellen i sykefravær er relatert til det å ha omsorg for barn. Hva som er årsaken til dette er likevel usikkert. Noen kvinner kan få dårligere helse eller skader etter svangerskap og fødsel. Dobbeltarbeidshypotesen, altså det at yrkesaktive mødre opplever en større konflikt mellom arbeidsliv og familieliv, er en annen mulig forklaring. En systematisk kunnskapsoppsummering om dobbeltarbeidshypotesen konkluderer med at kvinner generelt opplever noe større konflikt mellom arbeidsliv og familieliv enn menn, og gir dermed støtte til at det kan være en forklaring på noe av kjønnsforskjellen i sykefravær (Nilsen mfl. 2017). Angelov mfl. (2020) forsøker å teste ut ulike hypoteser om årsaken til at kvinners sykefravær øker når de blir mødre. De finner ingen indikasjoner på at mødre får dårligere helse, men finner støtte for at noen mødre får en lavere terskel for å bruke sykmelding for å ha tid til å prioritere barn og familieliv.

Mødres sykefravær blir mer påvirket av barns sykdom enn det fedrenes blir. En norsk studie viser at det å få barn med medfødte alvorlige tilstander fører til økt sykefravær hos mor, men ikke hos far (Brekke mfl. 2017). Helde (2018) finner at kvinner som mottar pleiepenge har betydelig høyere sykefravær enn kvinner generelt, mens det er liten forskjell mellom mannlige pleiepengemottakere og andre menn. Det er

også betydelig flere kvinner enn menn som mottar pleiepenge, og en senere reform medførte en ytterligere økning i kjønnsforskjellene i mottak av pleiepenge (Helde 2023).

Det er også empirisk støtte for at kjønnsforskjellene i sykefravær kan skyldes holdningsforskjeller. Undersøkelser viser at befolkningen har aksept for å bruke sykefravær i vanskelige livssituasjoner som strengt tatt ikke gir rett til sykepenge, og at kvinner uttrykker noe større aksept for å sykmelde seg i slike situasjoner enn menn (Holbæk-Hanssen 2020). Kvinner aksepterer oftere og lengre sykmelding ved større negative livshendelser som samlivsbrudd, ved dødsfall i nær familie og ved barns sykdom, men også ved dårlig arbeidsmiljø eller stort press på jobben (Holbæk-Hanssen 2020). Hellevik mfl. (2019) finner at kjønnsforskjellene i holdninger er mindre dersom fraværet skyldes omsorgsansvar: også mannlige arbeidstakere aksepterer i stor grad sykefravær som egentlig skyldes omsorg for barn, mens kjønnsforskjellene er størst knyttet til arbeidsrelatert fravær. De finner også at det å være hjemme fra jobben selv om man er frisk nok til å gå på jobb, er det eneste, av en rekke normbrudd, som kvinner aksepterer mer enn menn (Hellevik mfl. 2019). Denne holdningsforskjellen er også stabil over tid. Det er usikkert hvor mye holdningsforskjeller har å si for kjønnsforskjellen i sykefravær, men det er mulig at de forklarer en god del (Hellevik mfl. 2019).

Kjønnsforskjeller i helse

Innen medisinsk forskning har det de senere år vært en økende interesse for betydningen av biologiske kjønnsforskjeller for helse og sykdom (Massey mfl. 2021). Ifølge Massey (mfl. 2021) bidrar kjønnsforskjeller i menneskets biologi til betydelige kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko. Dette tas også opp av Kvinnehelseutvalget. Utvalget påpeker at forskjeller i gener og hormoner «gir ulikheter i biologisk sårbarhet for å utvikle sykdom» (NOU 2023:5, s. 49). Ifølge utvalget er kunnskapen om biologiske kjønnsforskjeller i helse ufullstendig, men de viser til at det er godt etablert kunnskap om kjønnsforskjeller for «nevrodegenerative sykdommer, autoimmune sykdommer og hjerte- og karsykdommer». Utvalget trekker også frem at det er dokumentert systematiske kjønnsforskjeller innen flere muskel- og skjelettli-

² <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/sykefravaer-blant-gravide/>

³ Alle disse studiene ser bort fra sykefravær under påfølgende svangerskap.

delder og psykiske lidelser. «Mens menn viser mer risikoatferd og har høyere forekomst av avhengighet og selvmord, har kvinner høyere grad av depresjon og generalisert angstlidelse» (NOU 2023: 53). Slike forskjeller kan ifølge utvalget knyttes til biologiske kjønnsforskjeller som «anatomi og fysiologi» eller for eksempel kjønnsforskjeller i personlighetstrekk. Kvinner skårer systematisk høyere enn menn på personlighetstrekket nevrotisisme, og dette beskrives som en mulig årsak til at kvinner oftere rammes av angst og depresjon.

I en rekke studier fra forskjellige land er det rapportert om store kjønnsforskjeller i andelen som rammes av ulike lidelser (Brown mfl. 2022, NOU 2023:5). Innen psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser blir gutter og menn oftere diagnostisert med autisme, ADHD, alkoholisme og schizofreni, mens jenter og kvinner oftere blir diagnostisert med depresjon, angst og anoreksi. Insidensratene, altså andelen nye tilfeller av en sykdom i befolkningen, er også forbausende like i forskjellige land for en rekke psykiske lidelser. Autism forekommer sjelden på tvers av land, og det er gjennomgående 4 til 5 ganger så mange gutter og menn med diagnosen i forhold til kvinner (Brown mfl. 2022). Kvinner rammes betydelig oftere enn menn av autoimmune lidelser som blant annet leddgikt, multippel sklerose, lupus og Sjögrens syndrom. Dette er bare noen eksempler på en rekke av dokumenterte kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko som en finner i medisinske kilder.

To norske utvalgsundersøkelser ser på om kjønnsforskjellene i sykefravær kan forklares med kjønnsforskjeller i selvrapportert helse (Smeby mfl. 2009, Østby mfl. 2018). Den mest grundige av disse er Østby mfl. (2018) som måler helse med bruk av omfattende og spesifikke spørsmål om somatiske og psykisk lidelser. De finner betydelige og signifikante kjønnsforskjeller i selvrapportert helse, og disse forklarer til sammen 24 prosent av kvinners høyere sykefravær (Østby mfl. 2018). Denne sammenhengen gjelder også med kontroll for ulike mål på arbeidsmiljøfaktorer. De lidelsene som forklarer mest av forskjellen er søvnproblemer, muskel- og skjelettlidelser og psykiske helseplager. Dette er en av få studier som dokumenterer direkte at kjønnsforskjeller i

helse kan være en viktig årsak til kjønnsforskjeller i sykefravær.

Det er noen tidligere studier som har sett på sammenhengen mellom kjønnsforskjeller i sykefravær og diagnoser. Nossen (2019) har undersøkt kjønnsforskjeller i organkapitler etter ICPC-2. Han finner at kvinner har høyere sykefravær enn menn i alle organkapitler med unntak av hjerte- og karlidelser. Han finner videre at kapitlet psykiske lidelser har størst betydning for kjønnsforskjellen i sykefravær. Østbakken (2013) undersøker kjønnsforskjeller i varigheten på sykefravær innen ulike diagnoser. Hun finner at kvinner jevnt over har lengre varighet på sykefraværene enn menn for de fleste diagnoser, selv med kontroll for yrke, næring, sosial bakgrunn og antall barn. Tellnes (1989) beskriver kjønnsforskjeller i antall tapte dagsverk på grunn av sykefravær fordelt på diagnosegrupper med registerdata fra Buskerud i 1985. Også i 1985 hadde kvinner noe høyere sykefravær enn menn, men forskjellen var langt mindre enn den vi ser i dag. De fem diagnosene som bidro mest til sykefraværet i 1985 var i rangert rekkefølge rygg syndrom uten utstråling, fibromyalgi⁴, influensa, betennelser i ledd og slimposer (bursitt/tendinitt/synovitt) og depresjon. Av disse hadde kvinner betydelig høyere sykefravær knyttet til fibromyalgi og depresjon.

Data og metode

Datagrunnlaget i denne analysen er sykefravær dataene som utarbeides av NAV og SSB. Siden tema for artikkelen er kjønnsforskjeller i diagnoser, inkluderer vi kun det legemeldte sykefraværet og ikke det egenmeldte.

Vi bruker sykefraværprosenten når vi ser på kjønnsforskjeller i sykefravær. Sykefraværprosenten er tapte dagsverk grunnet legemeldt sykefravær dividert med avtalte dagsverk. Mange er delvis sykmeldt, og sykefraværprosenten tar hensyn til det. Vi skal også se på to komponenter av sykefraværet: antall personer med legemeldt sykefravær, og varigheten i antall

⁴ Nonarticular rheumatism – gruppen inneholder fibromyalgi, men også noen andre diagnoser

ICPC – den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsehelsetjenesten

Alt legemeldt sykefravær skal sertifiseres av en lege eller annen sykmelder som skal sette en diagnose på sykmeldingsblanketten. Fastleger koder etter ICPC-2 standarden, mens spesialister oftest bruker en langt mer detaljert standard som heter ICD-10. ICPC står for International Classification of Primary Care. Hvis diagnosen er satt av en spesialist i ICD-10 vil allmennlegen oversette diagnosen til ICPC ved forlengelse av sykmeldingen. En undersøkelse basert på data fra legekontor i 2013 viser godt samsvar mellom legens journalnotater og ICPC diagnosen for 85 prosent av konsultasjonene (Sporaland mfl. 2019).

Det har skjedd flere viktige endringer i verktøyene for diagnosesetting i perioden vi studerer noe som sannsynligvis har påvirket diagnosesettingen:

- 1992 – ICPC 1 innføres. «En grunnleggende tanke bak ICPC-kodeverket er at det skal være enkelt og oversiktlig og reflektere de vanligste tilstandene i allmennpraksis.» (Hetlevik mfl. 2023)
- 2002 – ICPC-1 versjon 1.4 innføres. Fordobling av søkeord i søkeordlisten, mer konsise korttekster, fjernet uaktuelle koder, termer fornorsket og harmonisert med ICD-10. Oppgraderingen skulle bidra til å gjøre: «ICPC mer egnet til klinisk bruk og heve presisjonsnivået i diagnoseregistreringen»
- 2004 ICPC-2 innføres. Innholdet i enkelte av kodene ble endret med ICPC-2, og en skal derfor være forsiktig

med å sammenligne enkeltdiagnoser før og etter 2004.

I juli 2002 ble det innført en utvidet elektronisk søkeordliste som inneholdt langt flere søkeord, og som skulle gjøre det lettere for allmennleger å finne rett ICPC diagnose. Frem til 2003 brukte norske fastleger ICPC-1 standarden. I 2004 ble ICPC-2 standarden innført i primærhelsetjenesten (Fosseng, 2004). Ved innføringen av ICPC-2 i 2004 ble det gitt kriterier for koding av de fleste diagnoser, samt at alle diagnosene ble koblet til spesialisthelsetjenestens ICD-10 diagnoser (Sundar 2002). Det er grunn til å anta at flere av disse endringene har medført mer enhetlig diagnostisering i primærhelsetjenesten.

ICPC er inndelt i 17 organkapitler. Hvert organkapittel er videre inndelt i symptomer og plager (kode 1–29) og sykdomsdiagnoser (kode 70–99). På ICPC-2 kodekortene angis følgende: «Legen skal primært kode sykdomsdiagnosen (nummer 70–99) dersom det ut fra klinisk vurdering er mulig å stille sykdomsdiagnose. Dersom dette ikke er mulig, skal legen sekundært angi kode for pasientens symptomer eller plager (nummer 1–29)».

ICPC-2 består av 728 diagnoser mot omtrent 22 000 diagnoser i ICD-10. Sammenlignet med ICD-10 er ICPC-2 kodene lite spesifikke, og gir mindre nøyaktig informasjon om helsestilstanden til den enkelte.

dager. Når vi ser på varigheten, justerer vi for grade-ring. For å få med et representativt utvalg av sykefraværstilfeller ser vi på sykefravær som blir avsluttet i løpet av ett kalenderår, inkludert sykefraværene som startet året før. Sykefraværstallene vil dermed ikke samsvare helt med offisiell statistikk, men vil gi et riktig bilde av størrelsen på kjønnsforskjellene både når det gjelder varighet og tilfeller.

Siden vi er interessert i diagnosene ser vi på det totale antallet fraværsdager for en person med en bestemt diagnose – altså hvor mange dager med fravær sykdommen eller skaden medførte for hver person i løpet av ett år – selv om det var flere sykefraværstilfeller med samme diagnose. Diagnoser kodet etter ICD-10 er omkodet til ICPC-2.

Siden det er godt dokumentert at svangerskap forklarer en del av kjønnsforskjellene, har vi valgt å ekskludere gravide fra analysen. Gravide er fjernet både fra sykefraværstallene og ved beregningen av mulige dags-

verk (nevner). Identifikasjon av de gravide er basert på opplysninger om levendefødte barn fra folkeregisteret. Svangerskap som avbrytes eller ender med dødsfødsel fanges dermed ikke opp. Vi har imidlertid også fjernet alt sykefravær knyttet til organkapitlet W Svangerskap, fødsel og familieplanlegging, som vil fange opp noe av sykefraværet knyttet til svangerskap som ble avbrutt.

Sykefraværet i dette utvalget (gravide er ekskludert) var totalt på 3,4 prosent, mens de 50 diagnosene vi har med i vår analyse utgjør et sykefravær på 2,5 prosent. Det betyr at vi med disse diagnosene undersøker kjønnsforskjellene i 72 prosent av sykefraværet for utvalget.

En viktig størrelse i denne artikkelen er diagnosenes relative bidrag i å forklare kjønnsforskjellen i sykefravær. I dette utvalget har kvinner 1,59 prosentpoeng (60 %) høyere sykefravær enn menn. En diagnoses bidrag til kjønnsforskjellen beregnes slik:

(kvinnens sykefraværspersent for diagnose – menns sykefraværspersent for diagnose)/1,59 * 100.

Hvis kvinner for eksempel har 0,2 prosentpoeng høyere sykefravær for en gitt diagnose blir regnestykket slik: $0,2/1,59*100=12,6\%$.

Sykefraværet ble sterkt påvirket av koronapandemien (Nossen 2022). Vi ønsker å studere kjønnsforskjellene i et normalår, og analyserer sykefravær som ble avsluttet i 2019, det siste året før pandemien brøt ut. Siden artikkelen kun tar for seg diagnoser blant sykmeldte, vil utvalget bestå av menn og kvinner som er i jobb når de blir syke. Vi vil dermed kun beskrive kjønnsforskjeller i diagnoser som bidrar til arbeidsuførhet blant sysselsatte. Andelen av befolkningen som mottar arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd øker sterkt med alder, og de som kan motta sykepenger blir dermed en mer selektert gruppe med økende alder.

Generelle utviklingstrekk

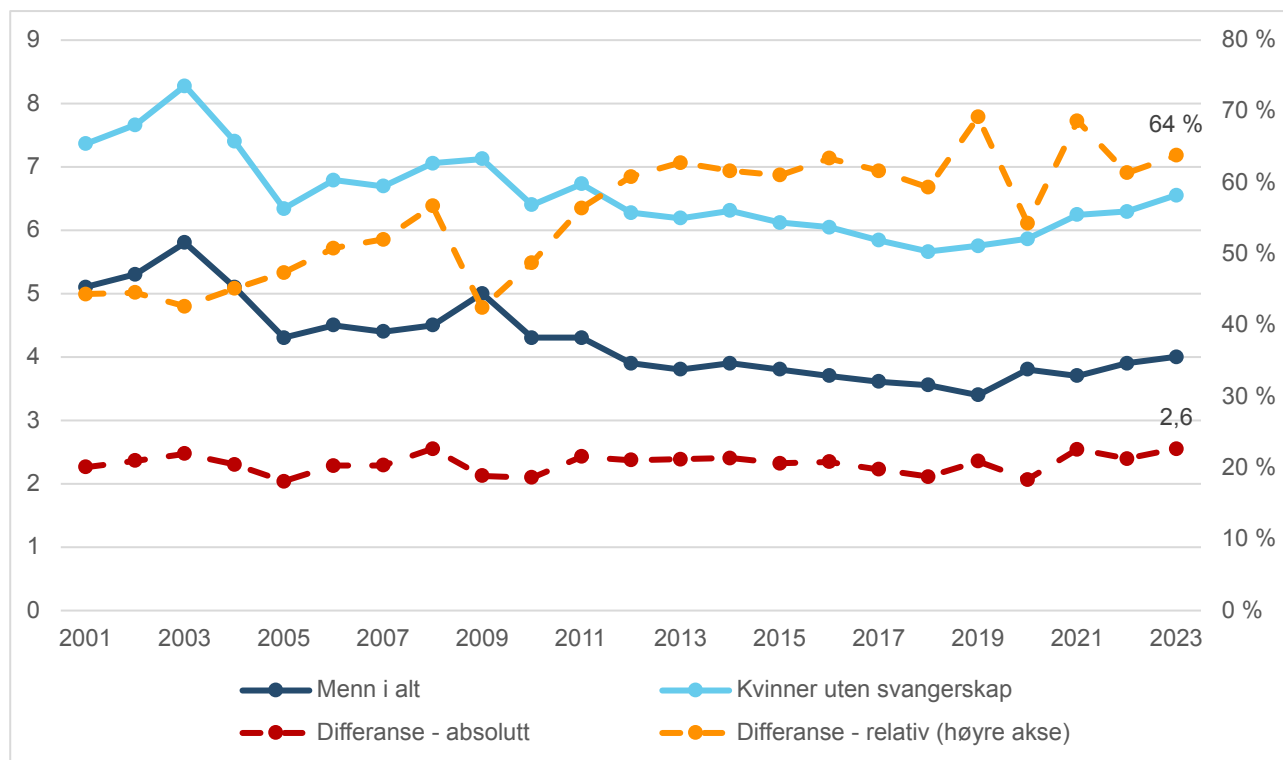
Nedgang i sykefraværet frem til 2018, men økning i den relative kjønnsforskjellen

I perioden fra 2003 til 2018 sank sykefraværet for både menn og kvinner (figur 1 – svangerskapsrelatert sykefravær er tatt ut), og deler av nedgangen kan knyttes til sykefraværereformen i 2004 (Markussen 2010). I starten av perioden hadde kvinner rundt 45 prosent mer sykefravær enn menn, men denne relative forskjellen økte betydelig fra 2009, og har fra 2012 holdt seg på rett over 60 prosent. Den absolutte forskjellen (i prosentpoeng) var stort sett stabil på rett over 2 prosentpoeng i perioden frem til 2019, men har økt noe etter pandemien i 2020.

Kapitlet psykiske lidelser betyr nå mest for kjønnsforskjellene

Sykefraværereformen i 2004, med innføring av krav om gradert sykefravær, medførte en stor nedgang i tapte dagsverk for kapitlet muskel- og skjelettlidelser

Figur 1. Sykefraværspersenten etter kjønn (uten gravide) samt absolutte kjønnsforskjeller (venstre akse) og relativ kjønnsforskjell i sykefraværet (høyre akse). Legemeldt sykefravær. 3.kvartal. Prosent

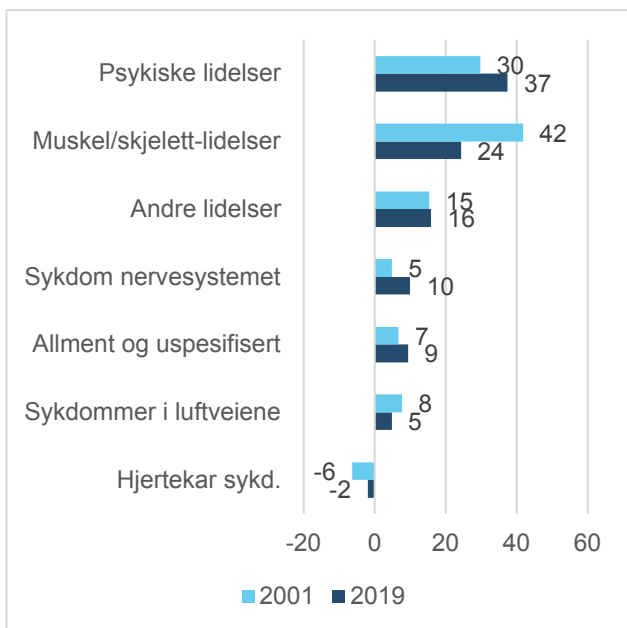


Kilde: NAV

(Nossen 2022). Denne nedgangen fortsatte over tid. Siden har kapitlet vist en fortsatt synkende tendens for kvinner, mens de har økt litt igjen for menn. Sykefravær som gjelder kapitlet psykiske lidelser lå forholdsvis stabilt i årene 2012 – 2018, men det har deretter økt noe. Både blant menn og kvinner har vært en halvering i sykefraværet knyttet til kapitlet hjerte- karsykdommer fra 2001 og frem til i dag, og en viss nedgang i sykefraværet knyttet til kategorien «alle andre diagnosekapitler».

Samlet sett har det vært relativt store endringer i sykefraværet knyttet til de ulike organkapitlene i perioden vi studerer. Det viser at både nivået på sykefraværet og sykdomsdiagnosene ikke er statiske fenomen, og at det påvirkes av en rekke ulike forhold. Noe av endringen kan sannsynligvis forklares med endret bruk av diagnosekoder ved såkalte sammensatte lidelser uten objektive funn (Borchgrevink mfl. 2009, Mæland mfl. 2012), eller endringer i hvilke diagnoser som benyttes når fastlegen vet at sykefraværet skyldes reaksjoner på negative livshendelser. Endringene kan også forklares med sykefraværereformen i 2004 som medførte stor økning i bruk av gradert sykmelding, noe som

Figur 2. Organkapitlenes bidrag til å forklare kjønnsforskjellene i legemeldt sykefravær. Alt sykefravær i kapittel W Svangerskap, fødsel og familieplanlegging er tatt ut. Prosent



flere studier har dokumentert har en positiv effekt, i form av redusert sykefravær (Hernæs 2020. Nedgangen i sykefraværet over tid kan også forklares med «generelle faktorer som bedring av folkehelsen og arbeidsmiljøet» (Nossen 2022).

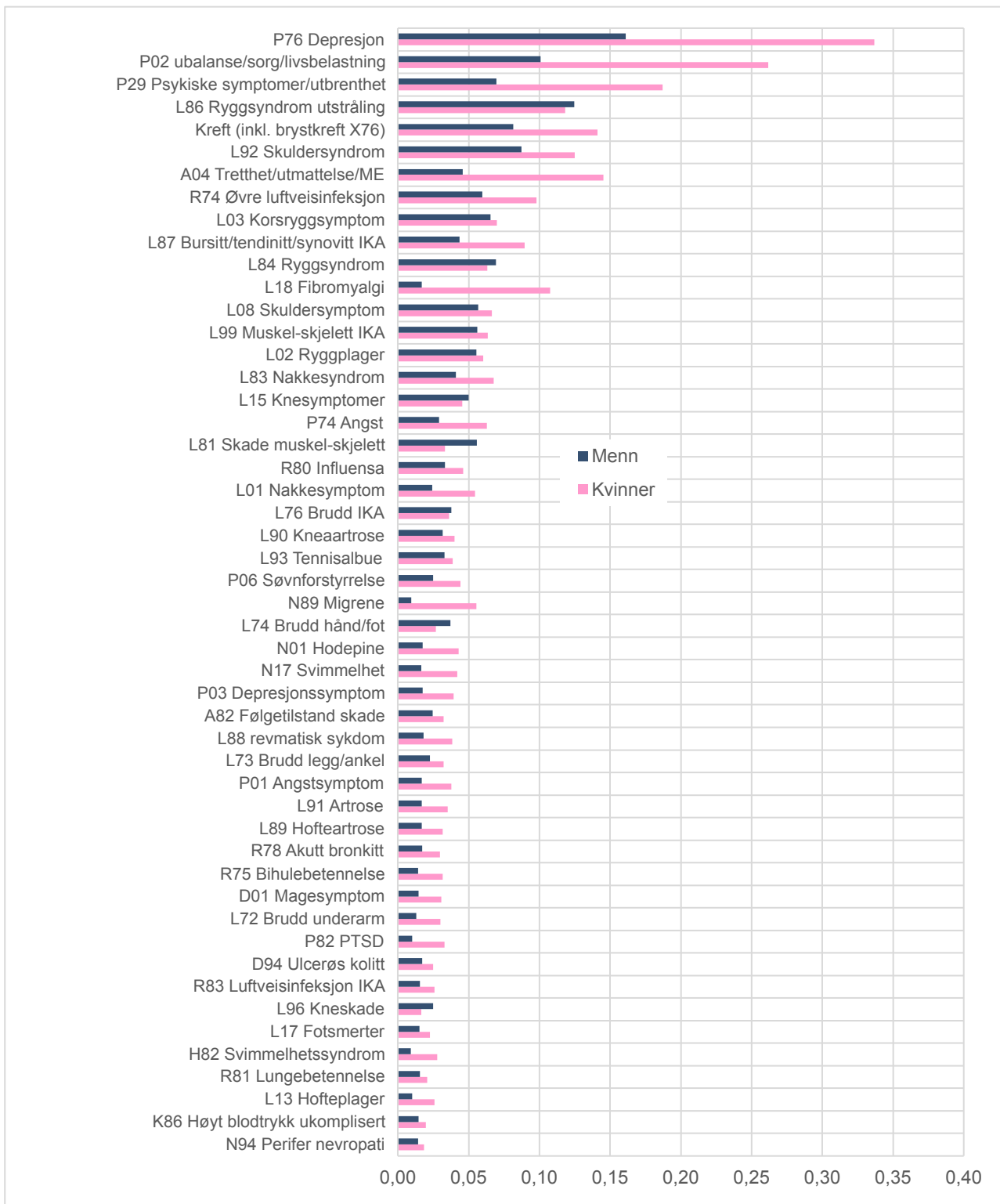
Det har skjedd flere endringer i hvilke organkapitler som bidro mest til kjønnsforskjellen i når vi sammenligner 2001 med 2019 (figur 2). Den største endringen er at kapitlet muskel- og skjelettlidelser har gått fra å forklare klart mest av kjønnsforskjellen, til nest mest, og langt mindre enn kapitlet psykiske lidelser. Dette skyldes bare i liten grad en økning i sykefraværet knyttet til psykiske lidelser, og først og fremst en stor nedgang i sykefravær knyttet til kapitlet muskel- og skjelettlidelser. I tillegg ser vi at sykdom i nervesystemet bidrar dobbelt så mye til kjønnsforskjellen i sykefravær i 2019 som i 2001. Kapitlet allment og uspesifisert bidrar mer til kjønnsforskjellen i sykefraværet i 2019, mens den relative kjønnsforskjellen i hjertekarsykdommer er redusert.

Kjønnsforskjeller i diagnoser og diagnosegrupper

I figur 3 viser vi kjønnsforskjellene i sykefraværet for de 50 diagnosene som bidro mest til sykefraværet i 2019 for begge kjønn, rangert fra mest sykefravær (topp) til minst (bunn). For å gjøre tolkningen enklere viser vi også en figur der vi har slått sammen flere diagnoser som naturlig hører sammen (figur 4). Disse kaller vi diagnosegrupper. Tolkningen av resultatene er strukturert ut fra disse diagnosegruppene. Vi starter med å kommentere diagnosegruppen som bidrar mest til kvinners høyere sykefravær, og avslutter med å kommentere de som bidrar minst, eller der menn har høyere sykefravær. Av plasshensyn har vi unnlatt å kommentere noen av diagnosene som medfører lite sykefravær for begge kjønn.

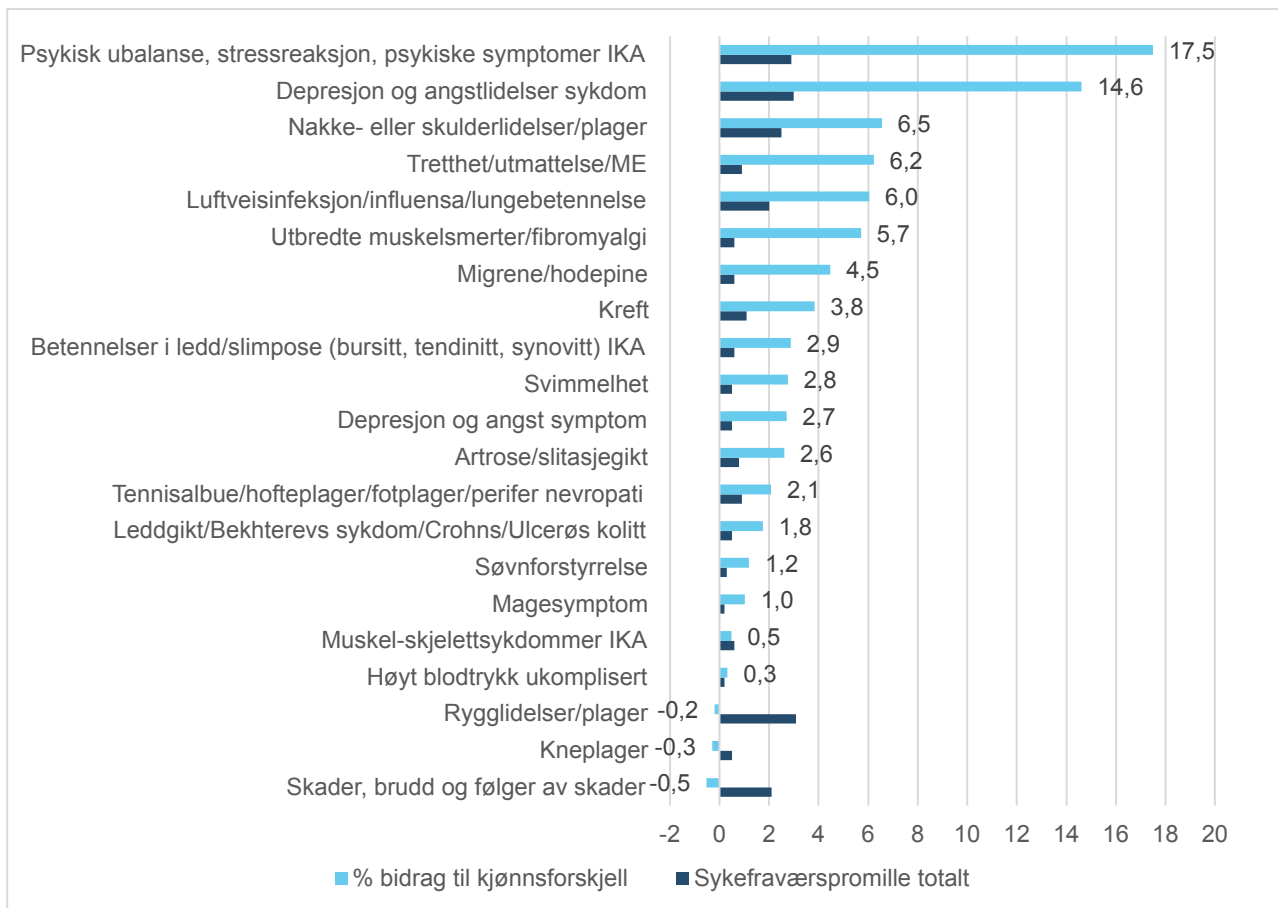
Sykefraværet påvirkes både av hvor mange som blir sykmeldt, varigheten på sykefraværet, og i hvilken grad den sykmeldte er delvis i jobb (gradert sykefravær). I tolkningen av kjønnsforskjellene bruker vi informasjon om kjønnsforskjeller i varighet og andel sykmeldte for enkelt diagnoser (tabell v1), noe som gir oss svar på om kjønnsforskjellene skyldes at flere

Figur 3. Sykefraværprosenten for de 50 diagnosene som medførte mest sykefravær avsluttet i 2019, rangert etter størrelse. Etter kjønn (uten gravide). Sykefraværprosenten



Kilde: NAV

Figur 4. Diagnosegrupper bidrag til kjønnsforskjellen i sykefravær og den totale sykefraværspromille for hver gruppe. Sykefraværstilfeller avsluttet i 2019 uten gravide. Prosent (kjønnsforskjellen) og promille (sykefraværet)



Kilde: NAV

kvinner er sykmeldt eller om det skyldes at kvinner har lengre fravær med samme diagnose. Med oss i tolkningen har vi også tall for utviklingen i sykefraværet knyttet til hver enkelt diagnose over tid (tabell v2). Store endringer over tid knyttet til mer uspesifikke symptomdiagnoser kan blant annet indikere endringer i hvilke diagnoser leger benytter ved sykmelding av samme tilstand, og trenger ikke å være et uttrykk for reelle endringer i yrkesaktives helsetilstand. Mer stabilt sykefravær knyttet til mer spesifikke diagnoser indikerer derimot en mer konsistent praksis i legenes diagnosesetting over tid, samt at sykdomsbyrden i den yrkesaktive befolkningen er ganske konstant over tid (tabell 1).

Kreftdiagnoser i ICPC-2

Kreft er kodet med følgende diagnoser: A79, B72-B74, D74-D77, F74, H75, K72, L71, N74, R84-R85, S77, T71, T73, U75-U77, W72, X75-X77, Y77-Y78⁵

⁵ Se <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj/aar/2015-06-12?fane=om>

Psykiske symptomer, stressreaksjon og utmattelse

I 2019 bidro de tre diagnosene utmattelse/unormal tretthet (A04), psykisk ubalanse situasjonsbetinget

Tabell 1. Sykefraværspromillen for diagnosegrupper etter kjønn, alder og totalt. Uten gravide

	Kvinner			Menn			Alle		
	16-39 år	40-69 år	Totalt	16-39 år	40-69 år	Totalt	Totalt	% av sykefravær	Tapte dagsverk
Depresjon og angstlidelser sykdom	4,7	4,1	4,3	1,9	2,0	2,0	3,0	8,9	1 635 536
Depresjon og angst symptom	1,0	0,6	0,8	0,4	0,3	0,3	0,5	1,6	287 405
Psykisk ubalanse, stressreaksjon, psykiske symptomer	4,0	4,8	4,5	1,5	1,9	1,7	2,9	8,6	1 584 079
Tretthet/utmattelse/ME	1,3	1,5	1,5	0,4	0,5	0,5	0,9	2,6	484 778
Kreft	0,4	2,2	1,4	0,2	1,3	0,8	1,1	3,2	595 225
Rygglidelser/plager	2,4	3,6	3,1	2,6	3,6	3,1	3,1	9,2	1 692 722
Nakke- eller skulderlidelser/plager	1,6	4,2	3,1	1,1	2,9	2,1	2,5	7,5	1 378 188
Kneplager	0,3	0,6	0,5	0,4	0,6	0,5	0,5	1,4	258 787
Tennisalbue/hofteplager/fotplager /perifer nevropati	0,6	1,4	1,1	0,5	0,9	0,7	0,9	2,6	470 418
Betennelser i ledd/slimpose (bursitt, tendinit, synovitt)	0,6	1,1	0,9	0,4	0,5	0,4	0,6	1,9	344 463
Leddgikt/Bekhterevs sykdom/Crohns/Ulcerøs kolitt	0,4	0,8	0,6	0,2	0,4	0,4	0,5	1,4	256 569
Skader, brudd og følger av skader	1,2	2,6	2,1	2,1	2,2	2,2	2,1	6,2	1 144 238
Artrose/slitasjegikt	0,1	1,7	1,1	0,1	1,1	0,7	0,8	2,5	451 769
Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi	0,7	1,4	1,1	0,1	0,2	0,2	0,6	1,7	306 802
Muskel-skjelettsykdommer IKA	0,4	0,8	0,6	0,4	0,7	0,6	0,6	1,7	320 638
Migrene/hodepine	1,0	1,0	1,0	0,3	0,3	0,3	0,6	1,7	315 681
Svimmelhet	0,5	0,8	0,7	0,2	0,3	0,3	0,5	1,3	243 684
Luftveisinfeksjon/influensa/lungebetennelse	2,5	2,5	2,5	1,7	1,4	1,6	2,0	5,8	1 070 181
Magesymptom	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,6	116 626
Høyt blodtrykk ukomplisert	0,0	0,3	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,5	90 539
Søvnforstyrrelse	0,4	0,5	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	1,0	180 328
Totalt 50 diagnoser	24,4	36,8	31,7	14,9	21,8	18,7	24,5	72,2	13 228 657
Totalt alt sykefravær	33,5	49,2	42,8	21,3	31,4	26,9	33,9	100,0	18 344 058

Kilde: NAV

(P02) og psykiske symptomer IKA⁶ (P29) til omtrent 24 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær (figur 4). Det skyldes at over 2 ganger så mange kvinner som menn er sykmeldt med disse diagnosene, mens vi finner bare mindre kjønnsforskjeller i varigheten. Over

tid har det vært en sterk økning i sykefravær med diagnosene psykisk ubalanse situasjonsbetinget (P02) og psykiske symptomer IKA (P29) (tabell v2), som i stadig større grad også bidrar til kjønnsforskjellen i sykefravær. P29 inkluderer blant annet stressreaksjon og utbrenthet. Sykefraværet knyttet til A04 utmattelse og unormal tretthet har derimot vært ganske stabilt, men med en sterk økning i 2022 som trolig skyldes koronapandemien og long covid (se Moberg og

⁶ IKA er forkortelse for ikke klassifisert annet sted. I ICPC er dette betegnelse på sekke diagnoser som inneholder en rekke forskjellige diagnoser som ikke er kodet andre steder.

Kabashi 2023). Vi nevner disse tre sammen fordi de alle er symptomdiagnoser, og fordi de alle i *noen* grad kan forstås som reaksjoner på livshendelser, livssituasjon eller annen ytre påvirkning. De tre diagnosene har også delvis overlappende diagnostiske kriterier.

Vi vil i utgangspunktet ikke knytte disse diagnosene til kjønnsforskjeller i *sykdomsrisiko*. Vi kan anta at sykefravær knyttet til dobbeltbyrde i småbarnsfasen, eller sykefravær knyttet til det å ha omsorg for barn med fysiske eller psykiske lidelser, for eksempel kodes med P02 eller P29. Kvinner gir uttrykk for større aksept enn menn i å bruke sykefravær ved negative livshendelser eller ved dårlig arbeidsmiljø på jobben (Holbæk-Hanssen, 2020), og det kan også tenkes å bidra til at kvinner er mer enn dobbelt så ofte sykmeldt på grunn av P02 eller P29. Mæland mfl. (2012) påpeker at mange pasienter på fastlegekontoret har sammensatte lidelser med flere forskjellige symptomer. I sykefraværstatistikken er det derimot bare registrert en hoveddiagnose, og pasientene med sammensatte lidelser blir borte i statistikken. En forklaring på økningen i bruken av disse diagnosene kan være at legene over tid har endret hvilke diagnoser de setter i møte med pasienter med sammensatte lidelser, og at de nå i større grad bruker P02 og P29, der de før brukte nakke- og skulderdiagnoser, som vi ser

Alle disse tre diagnosene er sammensatte, og inkluderer både uspesifikke symptomer og mer spesifikke lidelser eller tilstander. A04 inkluderer for eksempel både kronisk tretthetssyndrom (ME), postviralt tretthetssyndrom og annen tretthet eller utmattelse (fatigue) av ukjent årsak. Hovedsymptomet ved kronisk tretthetssyndrom er langvarig utmattelse, men i diagnosen inngår også flere andre symptomer som for eksempel søvnproblem, utbredte muskelsmerter og redusert konsentrasjonsevne⁷. Det er ikke medisinsk enighet om hva som er forklaringen på symptomene. Det er heller ingen konsensus om hva som er de diagnostiske kriteriene, noe som blant annet har medført at ulike studier har kommet til forskjellige prevalenstall⁸

.....
⁷ <https://www.helsenorge.no/sykdom/skader-og-sykdommer-i-hjernen/cfs-me/>

⁸ Prevalens er det totale antallet personer som har en sykdom på et gitt tidspunkt.

(Jonsjö 2019). Samtidig er det et syndrom som det blir rapportert om i mange forskjellige land, og det rapporteres videre om at kvinner rammes omtrent 3 ganger så ofte som menn (Jonsjö 2019, s. 5). I en registerstudie basert på data fra den norske spesialisthelsetjenesten fant en at syndromet rammer 3 ganger så mange norske kvinner som menn, og at det blant kvinner er mange i 30-39 årsalderen som rammes (Bakken mfl. 2014). Noe av kvinners høyere sykefravær knyttet til A04 skyldes kronisk tretthetssyndrom, men det er ukjent hvor mye.

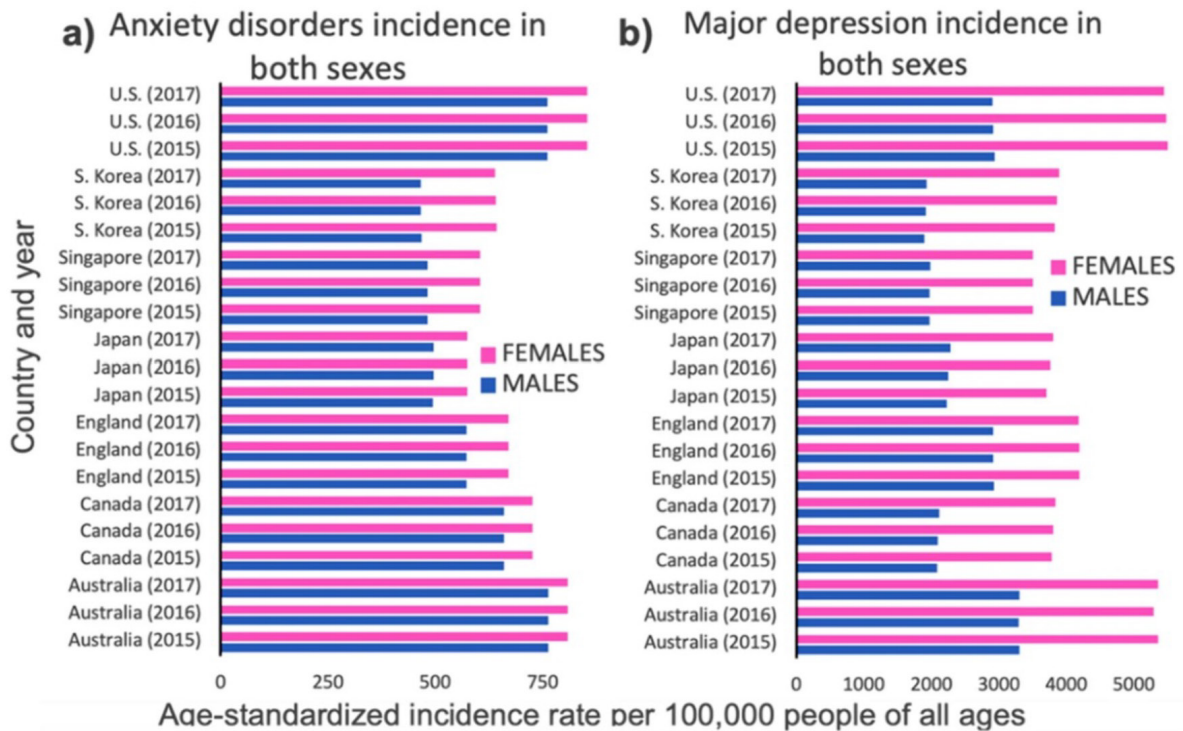
Depresjon og angst

Depresjon er den diagnosen som bidro mest til sykefraværet både blant menn og kvinner i 2019 (figur 3), og sykefraværet knyttet til denne diagnosen har vært nokså stabilt de siste tyve årene (tabell v2). Også i 1985 var depresjon en av diagnosene som medførte flest tapte dagsverk, og omtrent dobbelt så mye blant kvinner som menn (Tellnes 1989). I 2019 var over 20 000 sysselsatte kvinner sykmeldt med klinisk depresjon (P76), mot omtrent 12 000 menn, noe som utgjør 1,9 ganger flere kvinner enn menn blant sysselsatte⁹. Angstlidelser er mindre vanlig som sykefraværsgrunn, men kvinner er også sykemeldt dobbelt så ofte med disse diagnosene. Sykefravær med angstlidelser og depresjon er langvarige og med tilnærmet lik varighet for kjønnene (tabell v1), og kvinners høyere sykefravær skyldes i hovedsak at flere kvinner enn menn sykmeldes med disse diagnosene. Klinisk depresjon og angstlidelser bidrar til omtrent 15 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær.

I ICPC-2 er depresjon én diagnose, P76, mens ICD-10 har fire hovedtyper som skiller mellom ulik alvorlighetsgrad. De er mild depresjon, moderat depresjon, dyp depresjon og dyp depresjon med psykose. Data fra helseregistre viser at klinisk depresjon er den klart mest utbredte psykiske sykdommen både globalt (Whiteford mfl. 2013, Brown mfl. 2022, figur 5) og i Norge. Dette finner en også i land med svakere velferdsstat og hvor kjønnene er mindre likestilte enn Norge. En fersk gjennomgang av data fra flere land

.....
⁹ Det er færre sysselsatte kvinner enn menn. For å regne ut forholdstallet blant sysselsatte har jeg dividert antallet sykmeldte for hvert kjønn med andelen sysselsatte i befolkningen.

Figur 5. Aldersstandardiserte insidensrater for angst og depresjon i utvalgte land med pålitelige helseregistre. Etter kjønn. Originalfigur er figur 4 i Brown mfl. (2022), og gjengitt med lisens fra *Creative Commons Attribution 4.0*. Figur er beskåret og utelater tre andre mindre prevalente diagnoser. Rate per 100 000



Kilde: Brown mfl. 2020, figur 4

med pålitelige helseregistre, viser at en finner de samme kjønnsforskjellene i insidensen¹⁰ av depresjon (Brown mfl. 2022) i landene. I snitt rammes kvinner 1,8 ganger så ofte av depresjon som menn. Det er omtrent samme forholdstall som vi ser for depresjon på sykefravær i Norge. Det støttes også av tall fra det norske reseptregisteret som viser at det er 1,9 ganger flere kvinner enn menn som har resept på antidepressive medisiner i aldersgruppen 30-59 år. Forskning viser videre at forekomsten av depresjon er høy blant middelaldrende i yrkesaktiv alder. Siden kvinner har betydelig større risiko for depresjon, og gitt at sykdommen ofte medfører arbeidsuførhet, er det forventet at kvinner skal ha betydelig mer sykefravær knyttet til denne diagnosen.

¹⁰ Insidens betyr antall nye tilfeller, her antall nye personer som blir diagnostisert med depresjon i løpet av ett år

Det er interessant å merke seg at andelen sykmeldte med angstlidelser¹¹ er langt lavere enn sykmeldte med depresjon, slik vi skulle forvente ut fra prevalenstallene i figur 6. Forskjellen skyldes hovedsakelig at langt færre er sykmeldt med angst, men også at disse sykefraværene varer kortere i gjennomsnitt. Vi finner imidlertid betydelig større kjønnsforskjeller i sykefraværet knyttet til angstlidelser enn det vi ser fra helseregistrene i land som USA, Japan og England (figur 6). Metastudier som oppsummerer funn fra epidemiologiske studier i mange forskjellige land finner imidlertid at angstsymptom er omtrent like utbredt som

¹¹ Ifølge Solem, Nilsen og Vogel (2016) kan generalisert angst, panikk lidelse, spesifikke fobier, posttraumatisk stresslidelse og tvangslidelser alle regnes som angstlidelser. I ICPC er generalisert angst og panikk lidelse kodet i P74 angst, mens tvangslidelser og fobiene som blant annet sosial angst, finner en i P79 fobi/obsessiv-kompulsiv lidelse. P79 er langt ned på listen over de største sykefraværsmessige diagnoser, og det ser dermed ut til at det er generalisert angst, panikk lidelse og posttraumatisk stresslidelse som bidrar mest til sykefraværet innen angstlidelser.

depresjonssymptom i befolkningen, og at kvinner har omtrent dobbelt så høy forekomst av angstsymptomer som menn (Remes mfl. 2016, Steel mfl. 2014, McLean mfl. 2011). Ifølge McClean mfl. (2011) er høyere forekomst av angstlidelser hos kvinner gjennom livsløpet en av de best dokumenterte funnene i epidemiologien om psykiske lidelser.

Migrene og hodepine

I 2019 var det fire ganger så mange sysselsatte kvinner som menn sykemeldt med migrene, og migrene var den sykefraværsmeldingen med størst relativ kjønnsforskjell i forekomst. Kvinner som var sykemeldt med migrene hadde i snitt betydelig flere sykefraværsdager enn menn sykemeldt med diagnosen. Blant kvinner var medianen 10 dager, mens snittet var på hele 42 dager. Blant menn var varigheten på henholdsvis 5 og 28 dager (tabell v1). At gjennomsnittsvarigheten er så mye høyere enn medianen viser at mange med migrene har korte sykefravær, men at en mindre gruppe av migrenepasienter er hardere rammet. Flere med migrene har kortvarige, men hyppige sykefravær (Delalic m.fl. 2024). Kvinner hadde også betydelig mer sykefravær med diagnosen N01 hodepine, men kjønnsforskjellen er mindre enn for migrene. Totalt sett bidrar migrene og hodepine til 4,5 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær, og er den 7. viktigste av diagnosegruppene (figur 5). Over tid har sykefraværet knyttet til både migrene og hodepine økt betydelig, og dette er en viktig årsak til at N-kapitlet nå betyr mer for kjønnsforskjellen i sykefravær.

I den medisinske litteraturen om både migrene og hodepine er det konsensus om at flere kvinner enn menn rammes (Vetvik og MacGregor 2016). En finner en betydelig overvekt av kvinner både i studier basert på pasienter i spesialisthelsetjenesten (Verhagen mfl. 2023) og i studier basert på selvrapporing (Stovner mfl. 2018, Stewart mfl. 2008). Flere artikler rapporterer om et forholdstall mellom kvinner og menn på 3:1 etter fylte 20 år, og med høy prevalens blant folk i yrkesaktiv alder. I en oppsummeringsstudie om migrene påpeker forskerne at kvinner med migrene rapporterer om sterkere symptom enn menn, i form av lengre og mer hemmende anfall (Vetvik og MacGregor 2016), noe som kan forklare at kvinner med migrene har omtrent dobbelt så lang sykefravær-

svarighet som menn med migrene. Kjønnsforskjellen i andelen med migreneanfall er stor allerede i slutten av tenårene, og kan dermed ikke forklares med dobbeltarbeid i småbarnsfasen eller med forskjeller i arbeidsmiljøbelastninger (Stewart mfl. 2008). Forskningen peker derimot på effekter av kvinnelige kjønnshormon som årsak til at kvinner oftere rammes av migrene (Vetvik og MacGregor 2016, s. 6), og migreneanfall blant kvinner tenderer mot å følge menstruasjonssyklusen. Tall fra reseptregisteret viser at over 4 ganger så mange kvinner som menn i yrkesaktiv alder tar migrenemedisiner, og at kvinner i aldersgruppen 45-49 år topper statistikken.

Svimmelhet

Det er to svimmelhetsdiagnoser blant de 50 største sykefraværsmeldingene; sykdomsdiagnosen H82 svimmelhetssyndrom og symptomdiagnosen N17 svimmelhet IKA. Disse to diagnosene utgjør bare 1,3 prosent av det totale sykefraværet, men forklarer likevel 2,8 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær (tabell 1). Det skyldes at 2,5 ganger så mange kvinner som menn er sykemeldt med disse diagnosene, mens varigheten er ganske lik for begge kjønn.

I en oppsummeringsstudie rapporteres det om at kvinner har mellom 2 til 3 ganger så stor risiko for å rammes av en av de vanligste svimmelhetslidelsene¹² (Neuhauser 2016). En svensk studie basert på selvrapporing av svimmelhetssymptom, finner at symptomene er utbredt i befolkningen, og at kvinner rammes omtrent dobbelt så ofte som menn (Mendel mfl. 2010). Andelen som plages med svimmelhet øker med alderen. De fleste undersøkelser om prevalensen av svimmelhet er basert på selvrapporing. Forskjellen kan derfor skyldes skjevhet i utvalg eller at kvinner og menn svarer forskjellig. En registerstudie fra Taiwan viser imidlertid at 2 ganger så mange kvinner som menn har kontakt med helsevesenet på grunn av svimmelhet. Videre finner forskerne at kjønnsforskjellen er stor i alle aldersgrupper, inkludert i alderen 30-59 år (Lai mfl. 2011).

.....
¹² Vestibulær balanseforstyrrelse

Søvnforstyrrelse

I 2019 var omtrent 10 000 personer sykmeldt med P06 søvnforstyrrelse, og sykefraværet knyttet til denne diagnosen har økt siden 2001. Det er flere somatiske og psykiske lidelser som også har søvnproblemer som symptom, men om diagnosen P06 står det som et krav at «at både lege og pasient mener at problemet ikke er forårsaket av en annen lidelse, men er en egen tilstand.» (ICPC-2, s. 196). Kvinner var 1,6 ganger så ofte sykmeldt med søvnforstyrrelse i 2019, og diagnosen bidrar til 1,2 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær. Sykefravær med denne diagnosen er blant de med kortest varighet, med omtrent samme varighet for begge kjønn (tabell v1).

Studier fra en rekke ulike land, som Japan, Nederland, Storbritannia og USA viser entydig at «kvinner rapporterer om dårligere søvnkvalitet og mer søvnproblemer enn menn», noe som også nylig ble funnet i en norsk studie gjennomført i 2022 (Saxvig mfl. 2023). I en annen norsk undersøkelse blant yrkesaktive foreldre svarte 25 prosent av kvinnene og 15 prosent av mennene at de har «søvnløshet som går ut over arbeidsevnen» (Østby mfl. 2018). At kvinner i yrkesaktiv alder oftere har søvnproblemer støttes av data fra reseptregisteret som viser at 1,8 ganger flere kvinner enn menn i yrkesaktiv alder har resept på sovemidler, og kjønnsforskjellen i andelen med resept på sovemidler øker med alderen.

Forskerne påpeker at det kan være flere årsaker til mer søvnproblemer blant kvinner enn menn, og de viser blant annet til at kvinner kan være særlig utsatt for søvnproblemer i svangerskapet og ved omsorg for spedbarn. En annen forklaring som nevnes er biologiske forskjeller knyttet til kjønnshormoner, og undersøkelser viser at søvnproblemer øker blant kvinner når de nærmer seg overgangsalderen (Nowakowski mfl. 2013).

Kreft

Menn rammes oftere av kreft enn kvinner, og internasjonalt rapporteres det om at menn har omtrent to ganger så høy risiko for å dø av kreft (Klein og Flanagan 2016). I Norge hadde menn 30 prosent høyere risiko

for å få kreft enn kvinner i 2022¹³. Det er derfor noe overraskende at kvinner har høyere sykefravær på grunn av kreft enn menn. I 2019 bidro kreft til 3,7 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær, og det skyldes hovedsakelig at det var 1,5 ganger flere kvinner enn menn som var sykmeldt med kreftdiagnoser. Noe lengre varighet blant kvinner bidrar også til kjønnsforskjellen i sykefraværet (median varighet for kvinner: 88 dager, menn: 77 dager, tabell v1). Kreft utgjorde 3,2 prosent av det totale sykefraværet i 2019 (tabell 1), og er den diagnosen som er knyttet til lengst sykefravær for begge kjønn.

Forklaringen på at kvinner har mer sykefravær med kreft er at kvinner i *yrkesaktiv* alder har betydelig høyere risiko for å få kreft enn menn i samme alder, og særlig i alderen 40-54 år¹⁴. Dette snur i 60-årene, og i befolkningen over 70 år er krefttrisikoen betydelig høyere blant menn enn blant kvinner. Brystkreft¹⁵ er den klart vanligste diagnosen blant kvinner som er sykemeldt med en kreftdiagnose, og står for halvparten av sykefraværet i gruppen.

Autoimmune lidelser og betennelser

I ICPC-2 er autoimmune lidelser blant annet kodet med L88 revmatisk sykdom og D94 kronisk enteritt/ulcerøs kolitt¹⁶. L88 inkluderer blant annet leddgikt, som oftest rammer kvinner, men også Bekhterevs sykdom som oftere rammer menn. Kvinner har over dobbelt så høyt sykefravær med L88 som menn, og det skyldes først og fremst at kvinner er 2,1 ganger så ofte sykmeldt. Det er langt mindre kjønnsforskjell for ulcerøs kolitt, med 1,2 ganger flere kvinner sykmeldt. Til sammen forklarer de to diagnosene 1,8 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær.

.....
¹³ <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/kreft/?term=>

¹⁴ Se Kreftregisterets statistikkbank med insidenstall fordelt på kjønn og aldersgrupper https://sb.kreftregisteret.no/?sub=incidence_table&lang=no

¹⁵ Brystkreft hos kvinner er kodet med X76. X er diagnoser som kun rammer kvinner. Menn kan også en sjelden gang rammes av brystkreft, og da er det kodet i Y

¹⁶ Flere andre autoimmune sykdommer som for eksempel lupus (SLE) og Sjøgrens syndrom, som forekommer langt hyppigere blant kvinner enn blant menn, er plassert i sekke kategorien Muskel- skjelett IKA (L99 ikke klassifisert annet sted). Denne inneholder også en rekke andre diagnoser, både skader og sykdommer, og er lite informativ.

Internasjonale studier viser at kvinner oftere rammes av autoimmune sykdommer enn menn (Brown mfl. 2022, Klein og Flanagan 2016). Det er enighet om at dette skyldes kjønnsforskjeller i immunforsvaret. Kvinner har et sterkere immunforsvar som beskytter bedre mot infeksjonssykdommer, men som også medfører at kvinner er mer utsatt for lidelser der immunforsvaret angriper friske celler (Klein og Flanagan 2016).

Bursitt/synovitt/tendinit IKA (L87) er ulike former for betennelser i ledd, og er den 10. største sykefraværdsdiagnosen. Den bidrar til 2,9 prosent av kjønnsforskjellen. Det skyldes både at kvinner er nesten 3 ganger så ofte sykmeldt med L87, og at det er vesentlig lengre varighet blant kvinner. Felles for alle disse tre formene for betennelsestilstander er at de kan være forårsaket av både belastningsskader og revmatiske lidelser¹⁷.

Utbredte muskelsmerter og fibromyalgi

Det er 3,4 ganger så mange kvinner som menn sykmeldt med utbredte muskelsmerter og fibromyalgi (L18), og kvinner har i tillegg over dobbelt så lang varighet knyttet til diagnosen med en median på 22 dager blant kvinner. Diagnosen bidrar til å forklare 5,7 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær og var den sjetteste høyest rangerte av diagnosene i 2019.

Hovedsymptomet på fibromyalgi er utbredte smerter. Det er også vanlig med andre symptomer som «utmattelse, mageproblemer, søvnproblemer og tretthet»¹⁸. Flere av symptomene overlapper med kronisk tretthetssyndrom/ME (NOU 2023:5, s. 135). Diagnosen stilles ved beskrivelse av symptomer, og når en ikke kan finne noen medisinsk forklaring på dem. I Kvinnehelseutvalgets utredning er fibromyalgi nevnt som en av flere lidelser under overskriften «medisinsk uforklarte plager og symptomer» (NOU 2023:5, s. 161).

Konsensus fra internasjonale studier om fibromyalgi er at kvinner rammes langt oftere enn menn. Ifølge Ruschak mfl. (2023) er mellom 80 til 96 prosent av de

som rammes av tilstanden er kvinner. En oppsummeringsstudie som inkluderer studier fra blant annet land som Brasil, Bangladesh, Malaysia og Portugal finner en høyere prevalens av fibromyalgi blant kvinner i alle land, og med gjennomsnittlig 3 ganger så høy forekomst blant kvinner (Queiroz 2013). Tall fra amerikanske sykehus at 88 prosent av de som var innlagt med fibromyalgi er kvinner (Haviland, Przekop og Banta 2011), og med høy andel innleggelser blant kvinner i alderen 40-64 år.

Slitasjegikt

Slitasjegikt heter artrose i medisinsk terminologi¹⁹. Ifølge WHO er det en av de viktigste årsakene til nedsett funksjonsevne blant de som er 60 år og eldre, men slitasjegikt kan også ramme yngre. Det viktigste symptomet på slitasjegikt er smerter i ledd, ofte begrenset til for eksempel hofte eller kne, men det gir også flere andre symptomer som «hevelser, stivhet, innskrenket bevegelsesutslag, fatigue og funksjonsnedsettelse» (Opheim 2021, s. 9). I 2019 utgjorde sykefraværet knyttet til slitasjegikt 2,5 prosent av alt sykefravær, og sykefraværet har vært tilnærmet stabilt over tid. Blant de under 40 år er det nesten ikke sykefravær knyttet til slitasjegikt og heller ikke noen kjønnsforskjell, mens blant de over 40 år er det en betydelig årsak til sykefravær (tabell 1), og med mer sykefravær blant kvinner. Det er relativt få sykmeldt med slitasjegikt, men sykefraværsvaregheten er ofte lang, særlig for hofteleddartrose med en medianvarighet på 84 dager (i 2019). Diagnosegruppen bidrar til 2,6 prosent av kjønnsforskjellen, og det skyldes i hovedsak at det er 1,5 ganger flere kvinner som er sykmeldt med slitasjegikt. Kvinner sykmeldt med artrose hadde i snitt også noe lengre sykefravær enn menn.

Studier fra flere forskjellige land viser at kvinner rammes noe oftere enn menn av artrose, og særlig etter 50-årsalderen, noe som blir sett i sammenheng med kvinners overgangsalder. Det er også indikasjoner på at tilstanden rammer kvinner hardere enn menn (Ferre mfl. 2019). Det har vært vanskelig å finne internasjonale studier som rapporterer om kjønnsforskjeller i

¹⁷ <https://www.revmatiker.no/diagnose/bursitt/?#section1>

¹⁸ <https://www.niams.nih.gov/health-topics/fibromyalgia>

¹⁹ På engelsk heter det osteoarthritis

artroseprevalens for folk i yrkesaktiv alder. Registerdata fra norske sykehus viser at 1,3 ganger så mange kvinner som menn i 40-59 årsalderen ble behandlet for artrose, og 1,5 ganger så mange i aldersgruppen 60-69 år²⁰.

Muskel- og skjelettplager

Rygglidelser (L86, L03, L84 og L02) er den av diagnosegruppene som medfører mest sykefravær og utgjorde 9,2 prosent av alt fravær i 2019 (tabell 1). Menn og kvinner omtrent like mye sykefravær knyttet til rygglidelser. Dette gjenspeiles i at omtrent like mange menn som kvinner i alderen 20-59 år var innlagt på sykehus med rygglidelser i 2019²¹. Over tid har det blitt langt mindre sykefravær knyttet til rygglidelse²². Smerter og plager i kne er også knyttet til betydelig sykefravær i Norge, om enn langt mindre enn rygg, og her finner vi også omtrent likt sykefravær mellom kjønnene. Dette nyanserer den generelle observasjonen av at kvinner har høyere sykefravær innen muskel- og skjelettlidelser enn menn.

Lidelser og plager i nakke, skulder og hofte er også vanlige årsaker til sykefravær, og på alle disse tre områdene er det betydelig høyere sykefravær blant kvinner enn blant menn. De tre diagnosegruppene utgjorde 7,5 prosent av alt sykefravær og bidro totalt til 7,6 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær. Smerter eller plager i nakken bidrar mest og hofteplager minst. Kvinners høyere sykefravær på disse tre områdene skyldes i hovedsak at det er betydelig flere kvinner som er sykmeldt, og det gjelder særlig hofteplager og nakkeplager.

Selvrapporing av smerter i befolkningsstudier viser lignende kjønnsforskjeller i muskel- og skjelettplager som avdekkes i sykefraværdataene. En surveyundersøkelse fra Nederland viser at smerter i korsryggen er mest utbredt, og der finner de ingen kjønnsforskjell (Wijnhoven de Vet og Picavet 2006). Skuldersmerter og nakkesmerter er på henholdsvis andre og tredje

plass i utbredelse, og for begge er det signifikant flere kvinner enn menn som rapporterer om plager. Hofte-smerter er langt mindre vanlig, men rapporteres omtrent 2,5 ganger så ofte blant kvinner. Også i danske og norske surveyundersøkelser rapporterer kvinner betydelig oftere om nakkesmerter, mens det er mindre kjønnsforskjeller i rapportering av ryggsmarter (Sundhedsstyrelsen 2018, s. 42)²³. Alt i alt er det grunnlag for å hevde at kjønnsforskjellene i sykefravær knyttet til smerter og plager i ulike deler av muskel- og skjelettsystemet i stor grad gjenspeiler kjønnsforskjeller i hyppigheten av slike plager i befolkninger.

Luftveislidelser

I antall personer med legemeldt sykefravær er de ulike smittsomme luftveislidelser (øvre luftveisinfeksjon, influensa, akutt bronkitt, bihulebetennelse, luftveisinfeksjon IKA, lungebetennelse) den klart største diagnosegruppen på listen (tabell v1). Sykefravær med luftveislidelser er kortvarige med medianvarighet på mellom 4 og 9 dager. Luftveislidelser var knyttet til 5,8 prosent av sykefraværet, og bidro til 6 prosent av kjønnsforskjellen. Det høyere sykefraværet blant kvinner skyldes i all hovedsak at betydelig flere kvinner var sykmeldt med disse diagnosene, og størst relativ forskjell er det for sykefravær med bihulebetennelse med 2,1 ganger flere kvinner sykmeldt. I den sammenheng vil vi vise til at det var en dobling i sykefraværet med bihulebetennelse blant førstegangs fødende kvinner etter at barnet nådde barnehagealder (Lima 2018, tabell 6).

På dette området er det grunn til å anta typiske kvinneyrker er en viktig forklaring på kjønnsforskjellen, og særlig knyttet til det å jobbe i barnehage og i grunnskolen. 9 av 10 ansatte i barnehage er kvinner, mens det gjelder 7 av 10 ansatte i grunnskolen. Små barn har dårligere immunforsvar, og barn som går i barnehage er ofte rammet av forkjølelse, halsbetennelse og ørebetennelse. Dette utgjør en stor smittekilde for de ansatte. At kvinner oftere jobber innen helse- og omsorgsykker, kan også medføre at de har økt behov

²⁰ Ssb.no tabell 10261

²¹ Ssb.no tabell 10261 – pasienter på somatiske sykehus totalt med rygglidelser i aldersgruppene 20-59 år

²² Reduksjon i ryggsyndrom med og uten utstråling, samt i ryggplager, men en økning i korsryggsymptom

²³ <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/veileder-i-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/muskel-og-skjelettplager/generelt/forekomst>

for sykemelding ved smittsomme sykdommer for å beskytte pasienter fra smitte.

En oppsummeringsstudie om kjønnsforskjeller i luftveislidelser konkluderer med at kvinner oftere rammes av øvre luftveisinfeksjoner, og særlig bihulebetennelse, betennelse i mandlene og ørebetennelse. Menn rammes derimot oftere av nedre luftveisinfeksjoner som lungebetennelse og akutt bronkitt (Falagas mfl. 2007). Forskerne påpeker at disse forskjellene kan skyldes biologi, og at for eksempel høyere forekomst av bihulebetennelse blant kvinner kan forklares med forskjeller i anatomi. Men kjønnsforskjellene kan også skyldes ulik livsstil og ulik eksponering for smitte. Betydelig flere menn enn kvinner ble alvorlig syke og døde av covid-19 (Kharroubi og Diab-El-Harake 2022), noe som blant annet forklares med kjønnsforskjeller i immunforsvaret. En studie fra Nederland viser at betydelig flere kvinner enn menn oppsøker allmennleger med symptomer på luftveislidelser (Groeneveld mfl. 2020). Forfatterne påpeker at både kan skyldes ulik sykdomsrisiko mellom kjønnene, men at det også kan skyldes at kvinner oftere går til lege når de får luftveislidelser. For luftveislidelser viser altså forskningen om kjønnsforskjeller i risiko et sammensatt bilde.

Bruddskader, knusningsskader og amputasjoner

Også ulike skader²⁴ bidrar til en betydelig andel av sykefraværet i Norge (6,2 prosent av sykefraværet), og innen denne diagnosegruppen har menn noe høyere sykefravær enn kvinner. Menn er oftere sykmeldt innen nesten alle skadediagnoser på listen, med unntak av brudd i underarm (tabell v1). Det er særlig stor overvekt av menn med sykmelding innen L81 skade muskel-skjelett, med 1,6 ganger flere menn enn kvinner. Diagnosen (L81) inkluderer blant annet dyptliggende fremmedlegeme, større indre blødninger som følge av skade og traumatisk amputasjon. Dette gjenspeiler at menn er mer utsatt for alvorlige ulykker både i jobb og på fritiden frem til 60 årsalderen, med

størst kjønnsforskjell i alderen 20-39 år²⁵. I aldersgruppen 16-39 år har menn 1,8 ganger mer sykefravær på grunn av skader enn kvinner. Blant de over 40 år har kvinner litt mer sykefravær på grunn av skader enn menn (tabell 1).

Oppsummering og drøfting

Utgangspunktet for denne artikkelen er at kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn, og at forskning har vist at det ikke kan forklares med at kvinner jobber i yrker som fører til høyere sykefravær. Forklaringen må ligge et annet sted, og i denne artikkelen har vi undersøkt om kvinners høyere sykefravær skyldes kjønnsforskjeller i helse. For å svare på dette spørsmålet har vi beskrevet kjønnsforskjeller i sykefravær med ulike diagnoser som utgangspunkt. Videre har vi undersøkt om vi finner liknende kjønnsforskjeller i helse fra andre kilder og andre land. Artikkelen har altså *kjønnsforskjeller* i fokus, og all drøfting handler om gjennomsnittsforskjeller mellom kjønnene. Slike gjennomsnittsforskjeller i sykefravær skal ikke tolkes som at det gjelder alle menn og kvinner, og vi vil minne om at det er store individuelle forskjeller i sykefraværet innad i hvert kjønn.

Vi har vist at en ganske betydelig andel av kjønnsforskjellen i sykefravær gjelder lidelser som kvinner oftere rammes av enn menn. Dette gjelder flere forskjellige lidelser og sykdommer som angstlidelser og depressive lidelser, migrene og hodepine, svimmelhet, kronisk tretthetssyndrom, revmatiske sykdommer, betennelser i ledd og slimposer, fibromyalgi, slitasjegikt, og smerter og plager i nakke, skulder og hofter, samt søvnforstyrrelser. Vi finner også at kreft bidrar til høyere sykefravær blant kvinner, til tross for at menn har større risiko for å rammes av en kreftsykdom. Forklaringen på det er at kvinner har betydelig høyere risiko for å få en kreftdiagnose før fylte 60 år, noe som skyldes høy forekomst av brystkreft blant kvinner i yrkesaktiv alder. Samlet sett finner vi støtte for at en betydelig del av kvinners høyere sykefravær kan forklares med at kvinner i yrkesaktiv alder oftere

²⁴ Gruppen inneholder kun de diagnosene som er på listen over de femti største, og har ikke med alle skadediagnosene på ICPC-2.

²⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personskadedata-2022/aktivitet-i-personskadedata/kontaktarsak> . Kjønnsforskjellen i skader har imidlertid blitt redusert over tid.

rammes av disse sykdommene. Dette samsvarer med Østby mfl. (2018) som måler helsen til et utvalg yrkesaktive menn og kvinner med barn i skolealder, og finner at kjønnsforskjeller i helse er en viktig forklaring på kjønnsforskjellene i sykefravær.

Et avgjørende poeng er at vi har funnet dokumentasjon på at kvinner har betydelig høyere risiko for mange av disse lidelsene i forskjellige land og med data fra ulike kilder. Vi finner de samme forskjellene i utvalgsundersøkelser med selvrapportert helse, i registerdata om bruk av helsetjenester og i de norske og svenske reseptregistrene. At forekomsten av ulike diagnoser er lik også på tvers av land med ulik kultur og ulik grad av likestilling, sannsynliggjør at de er universelle, og må forstås uavhengig av insentivene i den norske sykepengeordningen og av særtrekk ved norsk kultur. Kjønnsforskjellene innen både psykiske lidelser, migrene, revmatiske lidelser og enkelte muskel- og skjelettlidelser oppstår i ung alder, og før man stifter familie eller er i jobb. Universelle kjønnsforskjeller kan indikere en biologisk komponent, og innen flere av lidelsene vi har beskrevet er det dokumentasjon på biologiske kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko (NOU 2023:5, s. 50). Det skal samtidig understrekes at det på flere områder er manglende kunnskap om årsakene til kjønnsforskjeller i lidelser (NOU 2023: 5, s. 50).

Vi ser samtidig at menn har noe høyere sykefravær på grunn av skade. Dette er som forventet, siden betydelig flere menn enn kvinner i yrkesaktiv alder er utsatt for skader. En årsak til det er at menn oftere er utsatt for arbeidsulykker. Ryggliidelser er en viktig årsak til sykefravær i Norge, og innen denne diagnosegruppen har menn og kvinner omtrent like høyt sykefravær. Dette bidrar til å nyansere den generelle observasjonen av at kvinner er mer sykmeldt med muskel- og skjelettlidelser.

Depresjon (P76) er den diagnosen som medførte mest sykefravær i 2019, og slik har det vært i hele perioden fra 2002 til 2022. Det er også den diagnosen som bidrar mest til at kvinner har høyere sykefravær enn menn i 2019. Det skyldes at nesten dobbelt så mange kvinner som menn sykmeldes med depresjon, mens det er bare er små kjønnsforskjeller i hvor mange

dager de er borte fra jobb. Klinisk depresjon og angstlidelser forklarer til sammen 14,6 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær. Det er godt dokumentert at kjønnsforskjellene i både depresjon og angst oppstår allerede i tidlig i tenårene (Lewis mfl. 2020), og *forskjellen* kan dermed ikke forklares med kjønnsforskjeller i arbeidsmiljøbelastninger eller dobbeltarbeid i småbarnsfasen. Både depresjon og angstlidelser er forårsaket av «et komplekst samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer» (Nysæther og Walvig 2016, s. 123). Genetisk arv er en viktig forklaring på om en er disponert for å få depresjon eller angstlidelser²⁶, mens stressende livshendelser kan være en utløsende faktor (Nysæther og Walvig 2016). Personlighetstrekket nevrotisme er assosiert med økt risiko for depresjon og angstlidelser, og en forklaring er at kvinner er mer utsatt for disse lidelsene fordi de i *gjennomsnitt* skårer høyere enn menn på nevrotisme (NOU 2023:5, s. 53 og McClean mfl. 2011).

Selv om vi har sannsynliggjort at kjønnsforskjeller i sykefraværet knyttet til flere spesifikke diagnoser kan forklares med at flere kvinner rammes av disse lidelsene, kan det også være andre faktorer som bidrar til at kvinner har høyere sykefravær med disse diagnosene. For eksempel finner vi at kvinner i gjennomsnitt har noe lengre sykefravær for nesten samtlige diagnoser vi har undersøkt, inkludert 4 av de 5 største luftveissykdommene. En registeranalyse viser at dette også gjelder ved kontroll for blant annet yrke, inntekt og antall barn (Østbakken 2013). En tolkning av dette er at kvinner rammes hardere av omtrent samtlige sykdommer, og trenger lengre fravær av rent helsemessige årsaker. For noen sykdommer, som migrene, er det dokumentert at kvinner rammes hardere enn menn. Vi har ikke undersøkt hva forskningen sier om kjønnsforskjeller i alvorlighetsgrad for alle de ulike diagnosene, men det er lite sannsynlig at kvinner rammes hardere av samtlige lidelser vi ser på. En annen tolkning er at menn og kvinner reagerer ulikt ved samme lidelse, noe som også kan sees i lys av at kvinner har større aksept for mer langvarige sykefravær i ulike situasjoner (Hellevik mfl. 2019). Det kan tolkes

²⁶ Tvillingstudier viser at genetisk arv forklarer halvparten av variasjonen i depresjon (Nysæther og Walvig 2016, s. 124).

som at sykmeldte menn i gjennomsnitt forsøker å komme seg tilbake i jobb raskere, eller at kvinner prioriterer egen helse litt høyere, og i større grad venter til de er friskere før de returnerer til jobb. Det kan også tenkes at noe av forskjellen skyldes at helsepersonell i snitt gir kvinner litt lengre sykmelding enn menn, eller at arbeidsgivere har ulike forventninger til når menn og kvinner skal returnere til arbeid etter et sykefravær.

Kvinner har langt høyere sykefravær knyttet til mer uspesifikke symptomdiagnoser som gjelder livsbelastninger, tretthet, utbrenthet og stressreaksjon. En mulig forklaring kan være at kvinner opplever større belastninger enn menn når de kombinerer arbeidsdelaktelse med familieforpliktelser, og særlig omsorg for små barn, samt at kvinner har lavere terskel enn menn for å sykmelde seg ved ulike belastende livssituasjoner.

Det at deler av kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes kjønnsforskjeller i sykdom og lidelser - forskjeller som ofte oppstår allerede i ungdomsalderen - betyr ikke at forskjellene er statiske eller umulige å gjøre noe med. Sykefraværet blant menn knyttet til hjerte- og karlidelser er for eksempel halvert i perioden, noe som blant annet skyldes store fremskritt i den medisinske behandlingen av disse sykdommene samt stor nedgang i andelen dagligrøykere i befolkningen. Regelverksendringene i 2004 med krav om å oftere benytte gradert sykemelding medførte reduksjon i sykefraværet for begge kjønn, og særlig fravær knyttet til kapitlet muskel- og skjelettlidelser, men det medførte ikke reduserte kjønnsforskjeller (Markussen 2010, Brage og Kann 2006). En betydelig forbedring i behandlingen av depresjon og angstlidelser ville sannsynligvis ha medført både redusert sykefravær generelt og mindre kjønnsforskjeller.

Referanser

Angelov, Nikolay, Per Johansson og Erica Lindahl (2018). «Sick of family responsibilities?». *Empirical Economics*, 58:777-814

Bakken, Inger Johanne, Kari Tveito, Nina Gunnes, Sara Ghaderi, Camilla Stoltenberg, Lill Trogstad, Siri Eldvik Håberg og Per Magnus (2014). «Two age

peaks in the incidence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a population-based registry study from Norway 2008-2012». *BMC Medicine*, 12:167

Borchgrevink, Petter C., Olav Magnus S. Fredheim, Egil A. Fors, Karen Hara, Are Holen og Tore C. Stiles (2009). «Hva er sammensatte lidelser?» *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 129: 1368

Brage, Søren og Kann, Inger Cathrine (2006). «Fastlegers sykmeldingspraksis II: Regelendringer og legeprogrammet». Rapport 06/2006. Oslo: Rikstrykdeverket

Brage, Søren, Jon Petter Nossen og Ola Thune (2013). «Flere blir sykmeldt for symptomer og plager». *Arbeid og Velferd* 2/2013, 88-98

Bratberg, Espen, Svenn-Åge Dahl og Alf Erling Risa (2002) «'The Double Burden': Do Combinations of Career and Family Obligations Increase Sickness Absence among Women?». *European Sociological Review*, 18: 2, 233-249.

Brekke, Idunn, Elena Albertini Früh, Lisbeth Gravdal Kvarme og Henrik Holmstrøm (2017). «Long-time sickness absence among parents of pre-school children with cerebral palsy, spina bifida and Down's syndrome: a longitudinal study». *BMC Pediatrics*, 17, 1-7.

Brown, C. Michelle, Queenie Wong, Aditi Thakur, Karun Singh og Rama S. Singh (2022). «Origin of Sex-Biased Mental Disorders: Do Males and Females Experience Different Selective Regimes?». *Journal of Molecular Evolution*. Publisert på nett 12.9.2022

Delalic, Lemija, Ingunn Helde og Jon Petter Nossen (2024). Kommer.

Falagas, Matthew E., Eleni G. Mourtzoukou og Konstantinos Z. Vardakas (2007). «Sex differences in the incidence and severity of respiratory tract infections». *Respiratory Medicine*, 101(9), 1845-1863

- Ferre, Isabella M., Mackenzie A. Roof, Afshin A. Anoushiravani, Amy S. Wasterlain, og Claudette Lajam (2019). «Understanding the Observed Sex Discrepancy in the Prevalence of Osteoarthritis». *The Journal of Bone and Joint Surgery* 7(9)
- Groeneveld, Johanna M., Aranka V. Ballering, Kees van Boven, Reinier P Akkermans, Tim C Olde Hartman og Annemaie A Uijen (2020). «Sex differences in incidence of respiratory symptoms and management by general practitioners». *Family Practice*, 631-636
- Haviland, Mark G., Jim E. Banta og Peter Przekop (2011). «Fibromyalgia: prevalence, course, and co-morbidities in hospitalised patients in the United States, 1999-2007». *Clinical and Experimental Rheumatology* 29(6), 79-87
- Helde, Ingunn (2018). «NAV's støtteordninger for syke barn – hva vet vi om barna og deres foreldre?». *Arbeid og velferd*, 2/2018
- Helde, Ingunn (2023). «Pleiepengeordningen ble utvidet: antall brukere mer enn doblet». *Arbeid og Velferd*, 2/2023
- Hellevik, Tale, Ottar Hellevik og Kjersti Misje Østbakken (2019). «Kan det godtas å være hjemme fra jobben selv om en strengt tatt er frisk nok til å gå? Kjønnsforskjeller i syns på «uberettiget» sykefravær». *Søkelys på arbeidslivet*, 26(1-2), 79-99
- Hjelmstedt, Sofia, Annika Lindahl Norberg, Scott Montgomery, Ida Hed Myrberg og Emma Hovén (2017) «Sick leave among parents of children with cancer – a national cohort study». *Acta Oncologica*, 56:5, 692–697
- Holbæk-Hanssen, Jørgen Daroische (2020). «Holdninger til sykefravær: Hva mener befolkningen?». *Arbeid og Velferd* 1/2020
- Jonsjö, Martin (2019). *Sickness and behavior in ME/CFS (Chronic fatigue syndrome)*. Ph. D thesis, Department of Physiology & Pharmacology, Karolinska Institutet, Sweden
- Kharroubi, Samer A. og Diab-El-Harake, Marwa (2022). «Sex-differences in COVID-19 diagnosis, risk factors and disease comorbidities: A large US-based cohort study». *Frontiers in Public Health*, 10
- Klein, Sabra L. og Flanagan, Katie L (2016). «Sex differences in immune responses». *Nature Reviews Immunology*, 16, 626–638
- Lai, Ying-Ta, Ting-Chuan Wang, Li-Ju Chuang, Ming-Hsu Chen og Pa-Chun Wan (2011). «Epidemiology of Vertigo: A National Survey». *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 145(1)
- Lima, Ivar Andreas Åsland (2018). «Kjønnsforskjeller i sykefraværet øker når par får barn». *Arbeid og Velferd* 1/2018
- Lewis, Andrew, J Jonathan H. Sae-Koew, John W. Toumbourou og Bosco Rowland (2020) «Gender differences in trajectories of depressive symptoms across childhood and adolescence: A multi-group growth mixture model». *Journal of Affective Disorders*, 260(1), 463-472
- MacClean, Carmen P., Anu Asnaani, Brett T. Litz og Stefan G. Hofmann (2011). «Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness». *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035
- Massey, Susan Christine, Paula Whitmire, Tatum E. Doyle, Joseph E. Ippolito, Maciej M. Mrugala, Leland S. Hu, Peter Canoll, Alexander R. A. Anderson, Melissa A. Wilson, Susan M. Fitzpatrick, Margaret M. McCarthy, Joshua B. Rubin og Kristin R. Swanson (2021). «Sex Differences in Health and Disease: a review of biological sex differences relevant to cancer with a spotlight on glioma». *Cancer Letters*, 498(1), 178–187.
- Mastekaasa, Arne og Olsen, Karen Modesta (1998). «Gender, Absenteeism, and Job Characteristics: A Fixed Effects Approach». *Work and Occupation* 25(2)

- Mastekaasa, Arne og Dale-Olsen, Harald (2000). «Do Women or Men Have the Less Healthy Jobs? An analysis of Gender Differences in Sickness Absence». *European Sociological Review* 16(3), 267-286
- Mastekaasa, Arne og Melsom, Anne May (2014). «Occupational segregation and gender differences in sickness absence: Evidence from 17 European countries». *European Sociological Review*, 30(5)
- Mastekaasa, Arne (2016). «Kvinner og sykefravær». *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2)
- Markussen, Simen (2010). «2004: Da sykefraværet falt som en stein». *Samfunnsøkonomen* 3/2010
- Mendel, Barbro, Johan Bergenius og Ann Langius-Eklöf (2010). «Dizziness: A common, troublesome symptom but often treatable». *Journal of Vestibular Research* 20(5), 391-398
- Moberg, Lene Lehmann og Kabashi, Saranda (2023). «Sykefravær etter covid-19. Sammenheng mellom covid-19 og trøtthet og slapphet». *Arbeid og velferd* 2/2023
- Neuhauser, Hannelore (2016). Chapter 5 – The epidemiology of dizziness and vertigo. I: *Handbook of Clinical Neurology*, Joseph M. Furman og Thomas Lempert (red.), 137, 67-82
- Nilsen, Wendy, Anna Skipstein, Kristian A. Østby og Arnstein Mykletun (2017). «Examination of the double burden hypothesis—a systematic review of work–family conflict and sickness absence». *European Journal of Public Health*, 27(3), 465-471
- NOU 2023: 5. Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet
- Nossen, Jon Petter (2019) «Kjønnsforskjellen i sykefravær: Hvor mye er det mulig å forklare med registerdata?». *Arbeid og velferd*, 4/2019, 59–80.
- Nossen, Jon Petter (2022). «Legemeldt sykefravær før og under koronapandemien: Hva driver utviklingen?». *Arbeid og velferd*, 3/2022.
- Nowakowski, Sara, Jessica Meers og Erin Heimbach (2013). «Sleep and Women’s Health». *Sleep Medicine Research*, 2013 4(1), 1-22.
- Nysæther, Tor Erik og Walvig, Hans Jørgen (2016). *Stemmingslidelser. I: Hagen, Roar og Kennair, Leif Edward Ottesen (red) Psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Opheim, Ingjerd (2021). «Sammenheng mellom røntgenologisk artrose og selvrapportert smerte, symptomer og stivhet». Masteroppgave i fysioterapi, fordypning i muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager (MUSSP). OsloMet: Fakultet for helsevitenskap
- Queiros, Luiz Paulo (2013). «Worldwide Epidemiology of Fibromyalgia». *Current Pain & Headache Reports*, 17(6)
- Remes, Olivia, Carol Brayne, Rianne van der Linde og Louise Lafortune (2016). «A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations». *Brain and Behavior*, 6(7)
- Rieck, Karsten Marshall Elseth og Kjetil Telle (2013) «Sick leave before, during and after pregnancy». *Acta Sociologica*, 56(2), 117–137.
- Ruschak, Ilga, Pilar Montesó-Curto, Lluís Rosselló, Carina Aguilar Martín, Laura Sánchez-Montesó og Loren Toussaint (2023). «Fibromyalgia Syndrome Pain in Men and Women: A Scoping Review». *Healthcare* 11(2)
- Saxvig, Ingvild West, Bjørn Bjorvatn og Siri Waage (2023). «Habitual Sleep Patterns and Chronic Sleep Problems in Relation to Sex, Age, and Circadian Preference in a Population-Based Sample of Norwegian Adults». *Clocks & Sleep* 2023, 5, 21–33.

- Smeby Lisbeth, Dag Bruusgaard og Bjørgulf Clausen (2009)*. «Sickness absence: could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health?» *Scandinavian Journal of Public Health* 2009;37:674–81.
- Sporaland, Geir Lindquist, Gunnar Mouland, Bjørn Bratland, Ellen Rygh og Harald Reiso (2019)*. «Allmennlegers bruk av ICPC-diagnoser og samsvar med journalnotatene». *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 139
- Steel, Zachary, Claire Marnane, Changiz Iranpour, Tien Chey, John W. Jackson, Vikram Patel og Derrick Silove (2014)*. «The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013». *International Journal of Epidemiology* 43(2), 476-493
- Sundar, Tom (2002)*. «Nyfrisert ICPC gir rett diagnose raskere». *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 2002 122:1414-5
- Sundhetsstyrelsen 2018. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/danskernes-sundhed-den-nationale-sundhedsprofil-2017>
- Tellnes, Gunnar (1989)*. «Days Lost by Sickness Certification». *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 7(4), 245-251
- Verhagen, Iris E., Britt W. H. van der Arend, Daphne S. van Casteren, Saskia le Cessie, Antoinette MaassenVanDenBrink og Gisela M. Terwindt (2023)*. «Sex differences in migraine attack characteristics: A longitudinal E-diary study». *Headache* 63(3)
- Vetvik, Kjersti Grøtta og MacGregor, Anne E. (2016)* «Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine». *Lancet Neurology* 16(1), 76-87
- Whiteford, Harvey A (2013)*. «Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010». *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586
- Wijnhoven, H. A. H., de Vet, H. C. W., & Picavet, H. S. J. (2006)*. «Prevalence of Musculoskeletal Disorders is Systematically Higher in Women Than in Men». *The Clinical Journal of Pain*, 22(8), 717–724
- Østbakken, Kjersti Misje (2013). Essays on determinants of sickness absence: Wage policies, workplace effects, and gender differences. PhD thesis, Department of Economics, University of Oslo
- Østby, Kristian Amundsen, Arnstein Mykletun og Wendy Nilsen (2018)*. «Explaining the gender gap in sickness absence». *Occupational Medicine*, 68(5)

Vedlegg

Tabell v1. Varighet i antall dager justert for gradering, og antall sykmeldte for enkeltdiagnoser for sykefravær avsluttet i 2019, uten gravide. Etter kjønn og med kjønnsforskjeller i forekomst (K:M), samt den enkelte diagnoses bidrag i prosent til å forklare kjønnsforskjellen sykefraværet (% forkl).

	Kvinner			Menn			Forskjell	
	Varighet			Varighet				
	Gj.snitt	p50	Antall	Gj.snitt	p50	Antall	K:M	% forkl
P76 Depresjon	100,4	53	20 208	96,7	52	12 010	1,9	11,0
P02 ubalanse/sorg/livsbelastning	37,5	17	32 803	34,3	15	16 399	2,2	10,1
P29 Psykiske symptomer/utbrenthet	55,4	23	17 267	48,8	21	8 606	2,2	7,4
A04 Tretthet/utmattelse/ME	47,6	16	16 189	40,3	14	6 901	2,6	6,2
L18 Fibromyalgi	73,6	22	9 307	36,2	9	3 042	3,4	5,7
Kreft	142,9	88	6 358	129,2	77	4 643	1,5	3,7
L87 Bursitt/tendinit/synovitt IKA	50,1	16	9 729	38,9	13	6 770	1,6	2,9
N89 Migrene	41,8	10	6 914	28,7	5	1 863	4,2	2,9
R74 Øvre luftveisinfeksjon	6,4	4	48 140	5,9	4	36 410	1,5	2,4
L92 Skulderysindrom	70,7	27	10 132	73,9	29	8 180	1,4	2,4
P74 Angst	82,6	36	4 655	79,6	33	2 545	2,1	2,1
L01 Nakkesymptom	33,1	11	8 100	31,4	10	4 586	2,0	1,9
L83 Nakkesyndrom	67,5	25	5 683	73,9	31	3 817	1,7	1,7
N01 Hodepine	27,7	8	7 416	25,2	6	3 989	2,1	1,6
N17 Svimmelhet	31,1	10	6 564	31,1	9	3 071	2,4	1,6
P82 PTSD	122,4	67	1 785	123,9	63	647	3,1	1,4
P03 Depresjonssymptom	51,0	23	4 021	49,1	21	2 202	2,0	1,4
P01 Angstsymptom	59,8	23	3 635	52,6	19	2 060	2,0	1,3
L88 revmatisk sykdom	86,8	34	2 877	84,8	32	1 502	2,1	1,3
P06 Søvnforstyrrelse	34,8	14	5 987	34,6	13	4 186	1,6	1,2
H82 Svimmelhetssyndrom	40,4	13	3 407	36,6	12	1 458	2,6	1,2
L91 Artrose	95,7	44	2 385	81,7	37	1 472	1,8	1,1
R75 Bihulebetennelse	8,4	5	12 661	9,0	5	6 461	2,2	1,1
L72 Brudd underarm	54,1	39	2 750	52,1	38	1 480	2,1	1,1
D01 Magesymptom	18,5	6	7 526	17,7	6	4 301	2,0	1,0
L13 Hofteplager	46,6	15	3 004	43,4	14	1 453	2,3	1,0
L89 Hofteartrose	120,8	84	1 597	101,1	65	1 168	1,5	0,9
R80 Influensa	7,5	5	20 377	6,6	4	18 717	1,2	0,8
R78 Akutt bronkitt	8,6	5	11 997	7,6	5	8 646	1,6	0,8
R83 Luftveisinfeksjon IKA	7,9	4	10 964	7,4	4	8 039	1,5	0,7
L73 Brudd legg/ankel	77,8	51	2 216	72,9	52	1 943	1,3	0,6
L08 Skulderysindrom	43,4	14	8 063	46,3	15	7 582	1,2	0,6
L90 Kneartrose	106,6	63	2 350	109,5	63	2 081	1,3	0,5
A82 Følgetilstand skade	64,8	31	2 813	71,2	32	2 405	1,3	0,5
D94 Ulcerøs kolitt	74,2	28	1 916	62,3	27	1 722	1,2	0,5

	Kvinner			Menn			Forskjell	
	Varighet			Varighet				
	Gj.snitt	p50	Antall	Gj.snitt	p50	Antall	K:M	% forkl
L99 Muskel-skjelett IKA	63,6	25	5 914	58,6	24	6 183	1,1	0,5
L17 Fotsmerter	29,7	10	3 885	24,9	8	3 467	1,3	0,5
L93 Tennisalbue	54,2	21	3 721	53,6	21	3 654	1,1	0,4
K86 Høyt blodtrykk ukomplisert	40,5	16	2 363	42,6	16	2 106	1,3	0,3
R81 Lungebetennelse	14,5	9	5 606	13,2	8	5 231	1,2	0,3
L03 Korsryggsymptom	31,6	11	11 280	28,5	10	13 140	1,0	0,3
L02 Ryggplager	31,5	10	9 785	28,9	10	11 191	1,0	0,3
N94 Perifer nevropati	49,7	24	2 040	62,8	28	1 501	1,5	0,3
L76 Brudd IKA	47,0	20	4 042	37,7	18	5 791	0,8	-0,1
L15 Knesymptomer	36,9	13	6 311	38,6	13	7 782	0,9	-0,3
L84 Ryggsyndrom	33,8	10	9 956	29,8	10	13 597	0,8	-0,4
L86 Ryggsyndrom utstråling	68,7	27	9 856	65,5	27	12 596	0,9	-0,4
L96 Kneskade	84,9	51	1 120	88,9	58	1 831	0,7	-0,5
L74 Brudd hånd/fot	41,4	25	3 179	43,7	29	4 959	0,7	-0,7
L81 Skade muskel-skjelett	39,9	13	4 203	46,4	17	7 341	0,6	-1,4

Kilde: Nav

Tabell v2. Andelen av sykefraværet til de femti største sykefraværsmessige diagnosene i 2019, og utviklingen i andelen av sykefraværet til disse diagnosene over tid. Alle tilfeller avsluttet i året, uten gravide.
 Sykefraværsprosenten

	2002	2008	2019	2022
N94 Perifer nevropati	0,23	0,35	0,48	0,33
K86 Høyt blodtrykk	0,77	0,68	0,49	0,42
L13 Hofteplager	0,43	0,36	0,50	0,60
H82 Svimmelhetssyndrom	0,37	0,31	0,51	0,48
R81 Lungebetennelse	0,72	0,64	0,52	0,33
L17 Fotsmerter	0,35	0,49	0,55	0,64
R83 Luftveisinfeksjon IKA	0,39	0,68	0,59	0,78
P82 PTSD	Annen kode	0,15	0,59	0,80
D94 Ulcerøs kolitt	0,38	0,47	0,61	0,55
L72 Brudd underarm	0,52	0,53	0,61	0,57
L96 Kneskade	0,58	0,55	0,62	0,63
D01 Magesymptom	0,49	0,74	0,64	0,69
R75 Bihulebetennelse	0,78	0,83	0,65	0,52
R78 Akutt bronkitt	0,83	0,76	0,67	0,66
L89 Hofteartrose	0,59	0,37	0,69	0,64
L91 Artrose	0,42	0,45	0,73	0,61
P01 Angstsymptom	0,45	0,33	0,77	0,84
L73 Brudd legg/ankel	0,74	0,76	0,79	0,72
L88 revmatisk sykdom	1,13	0,76	0,79	0,68
P03 Depresjonssymptom	2,98	1,66	0,80	0,99
N17 Svimmelhet	0,57	0,80	0,82	0,81
A82 Følgetilstand skade	0,22	0,61	0,82	0,76
N01 Hodepine	0,67	0,93	0,84	1,04
N89 Migrene	0,36	0,45	0,88	1,04
X76 Brystkreft	0,58	0,64	0,94	0,81
L74 Brudd hånd/fot	0,71	0,94	0,96	0,88
P06 Søvnforstyrrelse	0,26	0,55	0,98	0,95
L90 Kneaartrose	0,59	0,55	1,04	0,91
L93 Tennisalbue	Annen kode	1,37	1,04	0,83
L76 Brudd IKA	1,04	1,06	1,09	1,02
L01 Nakkesymptom	0,88	1,81	1,11	1,05
R80 Influensa	1,56	1,11	1,15	0,85
P74 Angst	0,83	1,03	1,29	1,26
L81 Skade muskel-skjelett	0,91	1,32	1,35	1,24
L15 Knesymptomer	1,21	1,50	1,41	1,63
L83 Nakkesyndrom	4,52	2,03	1,55	1,20
L18 Fibromyalgi	0,86	1,73	1,67	1,53
L02 Ryggplager	2,64	2,21	1,70	2,21
L99 Muskel-skjelett IKA	1,97	1,53	1,75	1,53
L08 Skulderysymptom	0,88	1,43	1,80	1,97

	2002	2008	2019	2022
L87 Bursitt	Annen kode	2,15	1,88	1,82
L84 Ryggsyndrom	5,49	2,89	1,96	1,73
L03 Korsryggsymptom	Annen kode	2,20	1,99	1,88
R74 Øvre luftveisinfeksjon	1,61	1,89	2,26	3,13
A04 Slapphet/trett	1,89	2,47	2,64	4,12
L92 Skuldersyndrom	4,17	3,97	3,06	2,36
P29 Psykiske symptomer/utbrenthet	0,56	2,80	3,58	4,42
L86 Ryggsyndrom utstråling	4,74	4,02	3,59	3,15
P02 ubalanse/sorg/livsbelastning	2,81	4,59	5,06	5,85
P76 Depresjon	7,63	6,72	7,04	6,25

Kilde: NAV