

## **Kortrapport**

# **Inkluderende arbeidsliv i ulike bransjer (S-2763)**

**Hovedorfattere:** Line Foss, Knut Skyberg

**Prosjektleder:** Knut Skyberg, forskningssjef/ dr. med.

**Prosjektansvarlig:** Statens arbeidsmiljøinstitutt v/ direktør Pål Molander

**Prosjektperiode:** 01.08.2010 – 25.06.2013

**Finansiering:** NHOs Arbeidsmiljøfond

**Kontaktperson:** Line Foss/Knut Skyberg,

Statens arbeidsmiljøinstitutt, Avdeling for Arbeidsmedisin og epidemiologi,

Pb 8149 Dep, 0033 Oslo

tlf: 23 19 51 00, e-post: [line.foss@stami.no/knut.skyberg@stami.no](mailto:line.foss@stami.no/knut.skyberg@stami.no)

**Emneord:** Inkluderende arbeidsliv, sykefravær

STAMI Rapport nr. 6, Årgang 14, 2013, ISSN 1502-0932

## Sammendrag

Det er behov for økt kunnskap om årsaker til sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Hovedmålet med forskningen i dette prosjektet var å studere sammenhenger mellom IA-programmet og langtidssykefravær (> 8 uker) (LS). I tillegg ønsket vi å identifisere betydningen av psykososiale og fysiske arbeidsforhold og bransjespesifikke arbeidsmiljøbelastninger for sykefraværskisikoen.

Dataene er tilgjengelige offentlige registre kombinert med data fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) fra 2000-2001. Studiepopulasjonen i undersøkelsen var 10 995 yrkesaktive personer som hadde deltatt i helseundersøkelsen. De offentlige registrene var Forløpsdatabasen for Trygd (FD-Trygd), Bedrifts- og Foretaksregisteret (BoF), Nasjonal Utdanningsdatabase (NUDB) og NAVs IA-register. Vi beregnet risiko for langtidssykefravær (LS), definert som minst ett sykefravær på minst 8 uker i oppfølgingsperioden, som varte fra 2001 til 2005. Alle analyser ble gjort separat for kvinner og menn.

Vi fant at kvinner hadde en høyere risiko for langtidsfravær enn menn, men kjønnsespesifikke forskjeller mellom ikke-IA- ansatte og IA-gruppene var generelt små. Totalt, 43,2% / 41,6% av kvinnene og 22,3% / 24,3% av mennene (IA / ikke-IA, henholdsvis) hadde minst ett LS i oppfølgingsperioden. Blant kvinner i IA-bedrifter, sammenlignet med ikke- IA- bedrifter, jobbet en større andel i helsesektoren (38,5% vs 21,4%), hadde skift eller nattarbeid (19,3% vs 9,2%), eller tungt fysisk arbeid (15,8% vs 9,1%), mens en lavere andel var 60 år (19,6% vs 25,5%). Det var også systematiske forskjeller mellom IA- og ikke-IA gruppene i disse variablene for menn. Kvinner som arbeidet i helsesektoren hadde høyest LS-risiko. For menn med IA sysselsetting, ble den høyeste LS-risikoen observert i sekundærnæringen, i tung tertiær industri og i helsesektoren. For menn i ikke-IA gruppen hadde næringen tung tertiær høyest LS-risiko etterfulgt av sekundærnæringen og utdanningssektoren. Å ha skiftarbeid, nattarbeid eller roterende skift økte LS-risikoen og økningen var sterkest for menn i ikke-IA-gruppen. LS-risikoen for personer med tungt fysisk arbeid og arbeid med mye gåing og løfting var 30% høyere hos kvinner og mer enn fordoblet hos menn sammenlignet med kvinner og menn med stillesittende arbeid.

I en multivariat modell, var statistisk signifikante risikofaktorer for LS følgende; lav utdanning (sterkest hos menn), skiftarbeid / nattarbeid eller å jobbe roterende skift (sterkest hos menn i ikke-IA-gruppen), og tungt fysisk arbeid eller arbeid som involverer mye gåing og løfting (kun for menn og sterkest i ikke- IA gruppen). Studien kunne likevel ikke vise signifikant lavere risiko for langtidsfravær for ansatte i IA-bedrifter, men dette kan forklares med at bransjene ikke fordeler seg tilfeldig på ansatte i IA-bedrifter og ikke-IA-bedrifter.

Undersøkelsen ble basert på tilgjengelige registre (Forløpsdatabasen for Trygd (FD-Trygd), Bedrifts- og Foretaksregisteret (BoF), Nasjonal Utdanningsdatabase (NUDB) og NAVs IA-register) koblet til data (10 995 personer) fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO). Individdatatene hadde en oppfølgingstid på fem år, 2001-2005.

Prosjektgruppen har vært Line Foss (stipendiat), Knut Skyberg (forskningsjef /dr.med., STAMI), Bjørgulf Claussen (Prof. dr.med., UiO), Petter Kristensen (Prof. dr.med., STAMI/UiO), Ingrid Sivesind Mehlum (Avdelingsoverlege, STAMI) og Hans Magne Gravseth (Lege i spesialisering, STAMI).

### *Problemstilling*

Hovedmålet med forskningen i dette prosjektet var å studere sammenhenger mellom IA-programmet og langtidssykefravær (> 8 uker) (LS). I tillegg ønsket vi å identifisere betydningen av psykososiale og fysiske arbeidsforhold og bransjespesifikke arbeidsmiljøbelastninger for sykefraværskrisikoen.

## **Resultater**

Totalt 3663 ansatte opplevde minst ett LS i løpet av oppfølgingsperioden (33%). Tabell 1 viser 5-års risiko for LS etter alder, utdanning, næringsgruppe og arbeidsrelaterte faktorer, fordelt på kjønn og IA-tilhørighet. Kvinner hadde en høyere LS-risiko enn menn, men kjønnsspesifikke forskjeller mellom IA-gruppene var generelt små. For menn var det en sterk, positiv sammenheng mellom alder og LS-risiko, mens for kvinner, var det 30-åringene som hadde høyest risiko. En stor andel av fravær blant de yngste kvinnene var svangerskapsrelatert. Det var en sterk utdanningsgradient for begge kjønn, men utdanningsgradienten var mer uttalt for menn.

Blant kvinner i IA-bedrifter, sammenlignet med ikke-IA-bedrifter, jobbet en større andel i helsesektoren (38,5% vs 21,4%), hadde skift eller nattarbeid (19,3% vs 9,2%), eller tungt fysisk arbeid (15,8% vs 9,1%), mens en lavere andel var 60 år (19,6% vs 25,5%). Det var også systematiske forskjeller mellom IA- og ikke-IA-gruppene i disse variablene for menn.

Kvinner som arbeidet i helsesektoren hadde høyest LS-risiko. For menn med IA-syssetting, var den høyeste LS-risikoen observert i sekundærnærings, i tung tertiær industri og i helsesektoren. For menn i ikke-IA-gruppen hadde tung tertiærnærings høyest LS-risiko etterfulgt av sekundærindustrien og utdanningssektoren.

Å ha skiftarbeid, nattarbeid eller roterende skift økte LS-risikoen og økningen var sterkest for menn i ikke-IA-gruppen. LS-risikoen for personer med tungt fysisk arbeid og arbeid med mye gåing og løfting var 30% høyere hos kvinner og mer enn fordoblet hos menn sammenlignet med kvinner og menn med stillesittende arbeid.

**Tabell 1.** Risiko for langtidsfravær (> 8 uker) (LS) for 10 995 deltagere i Helseundersøkelsen i Oslo i oppfølgingstiden 2011-2005, fordelt på IA-tilhørighet (IW) og kjønn i henhold til utvalgte determinanter.

	Women (N=5706)				Men (N=5289)			
	IW (N=2733)		Non- IW (N=2973)		IW (N=2058)		Non- IW (N=3231)	
	Per cent of total	LS risk	Per cent of total	LS risk	Per cent of total	LS risk	Per cent of total	LS risk
Total	100	0.432	100	0.416	100	0.223	100	0.243
Age								
30	31.0	0.485	30.9	0.459	31.1	0.138	29.9	0.174
40	26.0	0.389	22.3	0.374	24.9	0.223	21.7	0.254
45	23.4	0.399	21.2	0.374	23.2	0.262	19.4	0.254
60	19.6	0.444	25.5	0.437	20.8	0.312	29.0	0.300
Education*								
1	5.3	0.507	8.8	0.502	6.7	0.449	8.2	0.395
2	20.3	0.459	23.3	0.457	12.9	0.342	17.1	0.326
3	16.8	0.472	20.3	0.43	19.6	0.278	25.8	0.281
4	37.2	0.441	33.0	0.39	30.9	0.171	28.8	0.176
5	17.7	0.313	11.3	0.304	27.1	0.117	16.3	0.110
Missing	2.7	0.479	3.4	0.470	2.8	0.345	3.7	0.378
Industrial classification								
Secondary industry	3.7	0.363	6.1	0.383	7.7	0.302	13.9	0.267
Tertiary industry (heavy)	9.1	0.430	17.5	0.437	16.4	0.260	20.3	0.290
Office work	24.3	0.386	23.4	0.407	33.8	0.172	26.9	0.157
Teaching sector	7.7	0.386	11.6	0.391	7.4	0.203	4.7	0.255
Health sector	38.5	0.484	21.4	0.447	16.3	0.262	7.7	0.222
Missing	16.7	0.416	20.1	0.402	18.3	0.223	26.5	0.287
Shift work, night work or rotating hours?								
No	66.7	0.392	76.9	0.392	65.9	0.192	73.2	0.215
Yes	19.3	0.530	9.2	0.511	18.2	0.261	10.1	0.374
Missing	14.0	0.483	13.9	0.488	15.8	0.307	16.7	0.289
Physical job demands								
Mainly sedentary	50.9	0.383	53.4	0.380	56.0	0.162	53.7	0.176
Involving significant walking	18.9	0.462	22.7	0.432	16.7	0.271	16.3	0.294
Heavy physical work or work involving significant walking and lifting	15.8	0.506	9.1	0.507	11.1	0.364	12.8	0.403
Missing	14.3	0.483	14.8	0.469	16.3	0.287	17.1	0.288

\*Level of education was collapsed into five categories: Primary education/Lower secondary (1) Upper secondary education, basic (2) Upper secondary, final year/post-secondary non-tertiary education (3) First stage of tertiary education, undergraduate level (4) First stage of tertiary education, graduate level/postgraduate education (5)

I denne studien ble deltakerne kategorisert i en IA- og en ikke-IA-gruppe. Prinsipielt er dette en dynamisk variabel, siden folk bytter jobb, og arbeidsplasser kan endre IA-tilhørighet over tid. Vi prøvde derfor å gjøre IA-variabelen dynamisk; til en tidsavhengig variabel ved å klassifisere alle sykemeldinger som IA-fravær eller ikke-IA-fravær. Vi hadde datoen for bedriftenes inngåelse av IA-avtalen, men en alvorlig begrensning var at den tidligste datoen for registrerte inngåtte avtaler var i mars 2003. Alle bedrifter som inngår avtalen i perioden 2001 - mars 2003 har fått registrert (den tekniske) datoen mars 2003 i NAVs IA-register. Av denne grunn kunne vi ikke kategorisere sykefravær i denne perioden (frem til mars 2003) på en vitenskapelig forsvarlig måte. Vi konstruerte derfor en forenklet semidynamisk IA-variabel og delte studiepersonene i tre grupper: de som var ansatt i en IA-virksomhet gjennom hele perioden, de som aldri var ansatt i en IA-virksomhet, og til slutt de som var ansatt i en IA-

virksomhet deler av perioden. I disse IA-analysene analysene fjernet vi alle personer i aldersgruppen 60 år. Disse personene hadde ikke besvart alle spørsmål om egen helse og arbeidsmiljø. Vi kunne derfor ta med flere av helse- og arbeidsmiljøvariablene fra spørreskjemaundersøkelsen i disse analysene. Vi finner her svært liten forskjell i sykefraværskisikoen for de ulike IA-kategoriene, men noe mer utslag for menn enn for kvinnene. I tabell 2 er det gjort analyser av 5-års risiko, fordelt på denne semidynamiske IA-tilhørigheten.

**Tabell 2.** Risiko for langtidsfravær (LS) for deltagere i Helseundersøkelsen i Oslo i oppfølgingstiden mars 2003 – Desember 2005, fordelt på dynamisk IA-tilhørighet i henhold til ulike determinanter. N=6698

	Women (N=3698) % LS			Men (N=3300) % LS		
	Never IWL	Partly IWL	IWL	Never IWL	Partly IWL	IWL
Age						
30	31.4	34.2	36.6	10.2	8.0	11.0
40	24.0	25.4	23.9	13.5	14.9	12.3
45	28.8	26.8	22.6	15.8	18.8	9.0
Education*						
1	29.1	35.1	30.8	19.7	32.7	30.4
2	32.9	32.5	32.1	24.3	27.9	12.5
3	28.9	33.7	24.6	13.7	18.3	12.7
4	27.8	30.7	30.7	9.1	8.3	8.6
5	20.8	17.3	22.9	5.6	4.3	6.0
Missing	38.2	20.9	37.5	21.6	22.2	30.0
Occupation (EG-scheme)						
Higher service class	24.5	20.9	21.4	8.3	9.3	1.0
Lower service class	27.7	27.3	20.0	9.5	8.8	6.5
Routine non-manual	28.0	31.4	30.6	13.6	10.0	10.8
Self employed	33.3	11.4	16.7	13.0	20.0	11.1
Technician/Supervisors	42.9	37.5	20.0	17.3	22.6	14.3
Skilled manual workers	21.7	31.8	.0	16.0	21.3	27.3
Unskilled manual workers	53.1	36.5	35.0	29.2	31.4	19.1
Missing	28.6	30.1	32.1	12.9	14.8	23.7
Industrial classification						
Secondary industry	28.8	36.2	26.1	16.5	14.1	20.8
Tertiary industry (heavy)	31.4	28.1	27.9	13.2	21.4	15.1
Office work	26.4	24.5	28.6	9.0	8.6	6.5
Teaching sector	27.5	23.4	25.0	13.6	7.8	0.0
Health sector	31.6	30.9	33.6	15.0	16.1	15.4
Missing	25.3	32.0	17.6	14.0	12.7	13.8
Work-related health problems						
No	23.5	22.5	19.4	8.9	7.7	4.7
Yes	30.1	31.5	30.6	14.7	15.9	10.8
Missing	32.9	32.9	37.3	15.3	19.2	25.4
Support from superior						
Good	26.0	27.6	24.8	11.1	11.1	7.9
Poor	37.2	37.7	45.2	17.3	14.8	8.9
Missing	33.3	30.1	35.1	15.7	20.8	25.0
Job security						
Good	27.3	27.5	26.4	11.2	16.1	12.1
Poor	30.5	37.4	30.5	19.6	11.1	7.1

Missing	32.2	30.1	34.2	15.0	19.7	25.0
Job control						
Good	26.1	26.7	23.5	10.9	9.0	6.0
Poor	32.0	33.4	32.8	17.4	20.7	13.7
Missing	32.1	30.3	37.9	15.8	19.5	24.2
Shift work, night work or rotating hours?						
No	26.5	26.5	23.8	24.1	18.4	11.9
Yes	37.6	36.2	36.0	10.4	9.9	7.1
Missing	32.9	30.7	36.8	15.4	19.3	24.6
Description of work						
Mainly sedentary	25.7	26.0	22.0	8.9	8.4	5.1
Involving lot of walking	30.6	31.3	31.9	15.1	15.8	14.8
Involving lot of walking & lifting	33.1	33.1	37.5	21.6	23.0	11.9
Heavy physical work	0	100.0	0	25.7	27.8	100.0
Missing	32.4	30.7	37.3	16.2	19.2	23.9
General health						
Very good	19.8	23.0	16.6	8.6	5.3	4.2
Good	28.7	29.2	31.6	12.0	13.1	11.1
Poor	48.5	40.0	43.1	28.1	29.9	26.2
Missing	33.3	42.9	33.3	0.0	44.4	33.3
Mental distress						
No	26.7	27.7	26.0	11.7	12.1	8.3
Yes	46.1	38.2	41.7	25.0	31.4	22.2
Missing	32.8	38.9	56.3	22.4	18.8	47.1
Muskel-og skjelett plager?						
Ingen smerteområder	20.3	22.8	19.5	10.1	9.9	5.4
1-2 smerteområder	27.1	26.2	31.8	12.4	12.4	9.3
3 eller flere smerteområder	38.5	38.9	32.2	20.9	22.1	20.8
Missing	37.0	44.0	44.4	6.1	14.8	57.1
Total	28.3	29.0	28.2	12.7	13.3	10.8

\*Level of education was collapsed into five categories: Primary education/Lower secondary (1) Upper secondary education, basic (2) Upper secondary, final year/post-secondary non-tertiary education (3) First stage of tertiary education, undergraduate level (4) First stage of tertiary education, graduate level/postgraduate education (5)

## Konklusjoner og anbefalinger

Studien har avdekket individ- og arbeidsmiljøfaktorer av betydning for langtidsfravær. Blant kvinner i IA-bedrifter, sammenlignet med ikke-IA-bedrifter, jobbet en større andel i helsesektoren, hadde skift eller nattarbeid, eller tungt fysisk arbeid, mens en lavere andel var 60 år. Det var også systematiske forskjeller mellom IA- og ikke-IA-gruppene i disse variablene for menn. Kvinner som arbeidet i helsesektoren hadde høyest LS- risiko. For menn med IA-syssetning, ble den høyeste LS-risikoen observert i sekundærnæringen, i tung tertiær industri og i helsesektoren.

Å ha skiftarbeid, nattarbeid eller roterende skift økte LS-risikoen og var sterkest for menn i ikke-IA-gruppen. LS-risikoen for personer med tungt fysisk arbeid og arbeid med mye gåing og løfting var 30% høyere hos kvinner og mer enn fordoblet hos menn sammenlignet med kvinner og menn med stillesittende arbeid.

De fleste bedrifter i offentlige bransjer, blant annet helsesektoren, er IA-virksomheter. Noen IA bedrifter kan ha nivåer av høyt sykefravær fordi arbeidsmengden er mer krevende, noe som kan ha ført til større interesse i IA-avtalen. Vi har trolig elementer av omvendt kausalitet i at høye sykefravær i en bedrift kan ha fungert som et insentiv til å delta i IA-programmet. Dette er en plausibel tolkning, spesielt i tilfeller der avtalen har blitt inngått sent i oppfølgingsperioden (2001-2005). IA-deltakelse varierer etter næring. På denne måten kan også industrien og industrispesifikke arbeidsmiljøbelastninger fungere som en tilsløringsfaktor i assosiasjonene mellom IA-deltakelse og LS. I tillegg er det grunn til å tro at ikke alle bedrifter med en IA-avtale har nådd IA-intensjonene i avtalen, og at mange ikke-IA-virksomheter kan ha implementert sykefravær og oppnådd en reduksjon i fraværet. Flere tiltak som har oppstått i kjølvannet av IA-avtalen er rettet mot hele arbeidslivet, for eksempel nye sykefraværsregler, opplæring av leger og mer dialog mellom arbeidsgivere og sykmeldte. Sykefraværarbeid har også fått mer oppmerksomhet i samfunnet som helhet etter at IA-avtalen ble gjennomført, noe som har påvirket oppfølgingsarbeidet for fraværsoppfølging i hele arbeidsmarkedet. Disse utfordringene kan trolig forklare flere av de manglende kontrastene mellom IA- og ikke-IA-gruppen.

Det er viktig å kunne avdekke hva som fremmer gode arbeidsplasser og hvilke forhold i arbeidsmiljøet som fører til dårlig helse og fravær. Bedre tilrettelegging for gravide arbeidstakere kan redusere disses høye sykefravær. Den sosiale gradienten er fortsatt sterk, og forebyggende tiltak bør særlig settes inn mot ufaglært manuelt arbeid og mot grupper med lav utdanning forøvrig. Det er særlig de med kort utdanning og rutinemessig, manuelt arbeid som er mest utsatt for store arbeids- og helsebelastninger. Forebyggende arbeidsmiljøarbeid og bedre tilrettelegging, særlig i yrker/bransjer og på arbeidsplasser med tungt fysisk arbeid, skift- og nattarbeid er viktig.

## **Erfaringsspredning**

Resultater fra prosjektet vil inngå i erfaringsspredningen på Statens arbeidsmiljøinstituttets temaområder: Helsefremmende arbeidsplasser og Inkluderende arbeidsliv. Dette betyr at vi vil formidle prosjektets resultater ved Statens arbeidsmiljøinstituttets egne og andre konferanser, seminarer og kurs, rettet mot BHT, fagbevegelsen, bransjeorganisasjoner, allmennheten og media. Prosjektet vil delta i forskningssamarbeid og ved vitenskapelige samlinger. Prosjektet har deltatt på flere forskningsmøter om sykefravær og utstøting fra arbeidslivet i løpet av prosjektperioden.