



FAKTABOK OM ARBEIDSMILJØ OG HELSE 2015

STATUS OG UTVIKLINGSTREKK

Denne rapporten er skrevet av:

Prosjektansvarlig

Cecilie Aagestad, seniorrådgiver

Tore Tynes, forskningssjef

Tom Sterud, forsker

Håkon A. Johannessen, forsker

Hans Magne Gravseth, overlege

Eva K. Løvseth, seniorrådgiver

Jose Hernán Alfonso, LIS lege arbeidsmedisin

Steinar Aasnæss, avdelingsdirektør

Det redaksjonelle arbeidet ble avsluttet

Mai. 2015

STAMI-rapport
Årg. 16, Nr. 3 (2015)
ISSN: 1502-0932
Dato: 28.05.2015

INNHold

1	Innledning	26
1.1	Kvalitetssikring av indikatorene i overvåkingssystemet	27
1.2	Datakilder	30
1.3	Yrkes- og næringsinndelingen	34
2	Utviklingstrekk i norsk arbeidsliv	38
2.1	Næringsutvikling – hvor jobber vi og med hva?	41
2.2	Sysselsetting	48
2.3	Arbeidsmiljøets betydning for sosiale ulikheter i helse	52
2.4	Yrkesdeltakelse blant personer med redusert funksjonsevne	54
2.5	Yrkesdeltakelse blant innvandrere	56
3	Arbeidstid og psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø	62
3.1	Arbeidstid og Arbeid–familie–balanse	63
3.2	Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø	70
3.3	Oppsummering	87
4	Arbeid og helse	90
4.1	Helseproblemer i arbeidsstyrken	91
4.2	Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager	93
4.3	Arbeidsrelaterte psykiske plager og lidelser	109
4.4	Arbeidsrelatert hørselskade og øresus	118
4.5	Arbeidsrelaterte hudplager og -sykdommer	124
4.6	Arbeidsrelaterte luftveisplager og -sykdommer	132
4.7	Arbeidsskader	147
4.8	Sykefravær - uføretrygd	154
4.9	Oppsummering	171
5	Identifisering av utsatte grupper	178
5.1	Risikoutsatte yrkesgrupper	179
5.2	Kvinner og arbeidshelse	185
5.3	Unge yrkesaktive	191
5.4	Midlertidig ansatte	199
6	Et godt arbeidsmiljø	204
7	Referanser	210
8	NOA yrkesgrupper	218
9	Liste over tabeller	232
10	Liste over figurer	234

FORORD

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) ble i 2006 gitt i oppgave av daværende Arbeids- og sosialdepartementet å etablere en enhet som skulle samtolke og formidle etterspurt og anvendbar faktakunnskap om arbeidsmiljø og -helse, som et supplement til STAMIs forskningsaktiviteter. Slik så Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) dagens lys. Siden den gang har NOA vokst til å bli en solid faglig aktør i norsk arbeidsliv.

I løpet av disse årene har også STAMIs utvikling vært meget god, og det bredere perspektivet som NOA-etableringen innebar har i stor grad bidratt til STAMIs positive utvikling som en solid premissleverandør av kunnskap om arbeidsmiljø og helse.

De viktigste målgruppene for NOAs arbeid er sentrale myndigheter, tilsynsmyndigheter, og ikke minst arbeidslivets parter. Kort sagt alle som jobber med å fremme god forebygging og arbeidshelse i norsk arbeidsliv vil ha nytte av NOAs overvåkingsmateriale i sitt arbeid. Pålitelig faktainformasjon danner grunnlaget for all effektiv forebygging både nasjonalt og lokalt på den enkelte arbeidsplass. NOA skal bidra med kunnskap som skal brukes til å identifisere og prioritere områder med utviklingspotensial, gjennom å følge utviklingen i arbeidsmiljøet i Norge over tid. Å kunne enes om et felles faktagrunnlag er et godt utgangspunkt for myndighetenes og partenes prioriterings- og forbedringsarbeid.

I 2015 utgir NOA den tredje Faktaboka om arbeidsmiljø og helse. Faktaboka 2015 er et resultat av flere års arbeid med utvikling og forbedring av registre og datakilder, som bidrar til at vi nå kan presentere en Faktabok som bedre enn noen gang kan gi et samlet og kvalitetssikret bilde av status og trender innen arbeidsmiljø og helse i Norge. Faktaboken i et trykket format gir et overordnet bilde over arbeidsmiljøtilstanden i norsk arbeidsliv. Faktaboken peker på hovedutfordringer og bidrar i det overordnede prioriteringsarbeidet, men NOAs datakilder åpner også for en mer brukertilpasset og detaljert tilnærming gjennom mer spesifiserte datauttrekk. Derfor relanserer STAMI samtidig med lanseringen av Faktaboka 2015 instituttets elektroniske verktøy for arbeidsmiljøfakta, som skal gi tilgang til brukervennlig, mer detaljerte og bakenforliggende data. Verktøy for arbeidsmiljøfakta finner dere på www.noa.stami.no.

Det er en krevende oppgave å utvikle et overvåkingssystem som baserer seg på mange datakilder fra ulike registre og dataeiere hvor dataene også ofte i utgangspunktet er utarbeidet til andre formål enn arbeidsmiljøovervåking. Vi er meget takknemlig for det gode samarbeidet vi har med våre dataleverandører og ser frem til et fortsatt positivt samarbeid. Vi takker også våre medlemmer i NOAs faglige råd for verdifulle bidrag til utvikling av NOA og til kvalitetssikring av Faktaboka 2015. Og ikke minst vil vi rette en stor takk til NOAs medarbeidere for det solide arbeidet med utarbeidelse av Faktaboka 2015 og utviklingen av verktøy for arbeidsmiljøfakta.

Oslo, 18.05.2015



Pål Molander

Direktør Statens arbeidsmiljøinstitutt

SAMMENDRAG

I 2013 var det 2,7 millioner yrkesaktive i Norge. Andelen av befolkningen i arbeidsstyrken er blant den høyeste i OECD-området, og den har økt fra 61 prosent i 1972 til 71 prosent i 2013. Norske yrkesaktive trives og er motivert på jobb, men det er ikke dermed sagt at alle har et fullt ut forsvarlig arbeidsmiljø i betydningen at de ikke utsettes for helseskadelige påvirkninger.

I faktaboken gir vi kunnskap om status og trender for sentrale arbeidsrelaterte helseutfordringer med tilhørende relevante risikofaktorer med dokumentert betydning for arbeidshelsen. Selv om mange indikatorer viser at norske yrkesaktive har generelt gode arbeidsforhold og at utviklingen i norsk arbeidsmiljø går i positiv retning er det ikke slik at uheldige arbeidsforhold forsvinner fra norsk arbeidsliv, og vi ser også at det foreligger særlige utfordringer i enkelte yrker og næringer

De største helseutfordringene i Norge både når det gjelder omfang og kostnader i form av redusert helse, sykefravær og uførhet er knyttet til muskel- og skjelettplager og psykiske helseplager. Seks av ti legemeldte sykefraværsværker skyldes muskel- og skjelettplager og psykiske plager.

Muskel- og skjelettplager er om lag like utbredt i dag som for tjue år siden og det er ingen holdepunkter for at forekomsten av psykiske plager og lidelser verken har avtatt eller økt i Norge i løpet av de siste tiårene. Nærmere halvparten av alle som rapporterer om slike plager oppgir at plagene helt eller delvis skyldes jobben, og internasjonale og nyere norske studier viser at både psykososiale og mekaniske faktorer i arbeidsmiljøet spiller en vesentlig rolle.

Selvrapporterte arbeidsrelatert luftveisplager er mindre utbredt enn for tjue år siden, men det er symptomer fra lunger og luftveier som oftest utredes ved de arbeidsmedisinske avdelingene i Norge. Beregninger viser at om lag 20 prosent av all lungekreft blant menn i Norge, og mellom 10 og 20 prosent av KOLS-tilfellene skyldes eksponeringer i arbeidet.

Hudplager oppgis å være om lag like utbredt i dag som for tjue år siden mens arbeidsrelaterte plager avtar. Ser vi på utviklingstrekk i eksponeringen for hudirriterende stoffer de siste ti årene, er det ingen endring i andelen som oppgir hudkontakt med oljer /smøremidler eller hyppig kontakt med vann, mens eksponering for rengjøringsmidler/avfettingsmidler har avtatt.

Selv om den totale eksponeringen for sterk støy er betydelig redusert de siste årene er det fortsatt slik at støyskader er den arbeidsrelaterte sykdommen som hyppigst blir meldt til Arbeidstilsynet.

Arbeidsskader antas å utgjøre ca. 12 prosent av alle skadetilfeller i Norge, og det er særlig høy skaderisiko blant unge menn. Tallet på arbeidsskadedødsfall har gått betydelig ned i et lengre tidsperspektiv, men denne nedgangen ser ut til å ha flatet ut i løpet av det siste tiåret.

UTVIKLINGSTREKK I NORSK ARBEIDSLIV

Gradvise endringer i næringsstrukturen (hva man jobber med og hvordan) og endringer i yrkesbefolkningens sammensetning vil kunne ha betydning for hvilke utfordringer man står overfor når det gjelder utviklingen av norsk arbeidsmiljø. Nye jobber skapes, og eksisterende jobber får nytt innhold. Vitenskapelig og teknologisk utvikling innenfor både vare- og tjenesteproduksjon har bidratt til at hele økonomien i større grad er blitt kunnskapsbasert, og individuell kompetanse har blitt viktigere enn noen gang. Industriarbeidere er blitt operatører, og saks- og kundebehandlere jobber nå ved dataskjerm og tastatur. Ny teknologi er blitt tatt i bruk i alle deler av arbeidslivet og har bidratt til at mange manuelle arbeidsoppgaver har forsvunnet. Både innenfor industrien og pleie- og omsorgssektoren har tekniske nyvinninger bidratt til at de tyngste og mest rutinepregede arbeidsoppgavene er blitt redusert eller har forsvunnet. Samtidig har utbredelsen av arbeid med datamaskiner og terminaler ført med seg nye utfordringer. Komplekse samhandlinger mellom mennesker og maskiner innenfor stadig flere områder kan også øke risikoen for menneskelige feil og ulykker innenfor enkelte bransjer. Automatisering av manuelle oppgaver har ført til mer stillesittende arbeid og mindre fysisk aktivitet og bevegelse.

Næringsutvikling – hvor jobber vi og med hva?

Tre av fire jobber nå i det som gjerne omtales som tjenesteytende sektor. Samlet har sysselsettingen i tertiærnæringene eller de tjenesteytende næringene vokst fra 750 000 på begynnelsen av 1960-tallet til dagens 2 100 000, noe som utgjør vel 77 prosent av alle sysselsatte. Denne sektoren består av mange og svært ulike næringer, som for eksempel varehandel, hotell og restaurant, transport, finansielle tjenester og turisme. Men den største tjenesteytende sektoren er likevel offentlig forvaltning – det vil si kommunal og statlig forvaltning – med sosiale tjenester, helsevesen, undervisning og administrasjon. Antall sysselsatte i helse- og omsorgssektoren er mer enn femdoblet i samme periode og omfatter nå 560 000, noe som utgjør 20 prosent av samlet sysselsetting. I noen mindre næringer har veksten vært enda større: Forretningsmessig tjenesteyting (som blant annet omfatter arbeidsformidling, reisebyråer og rengjøringsvirksomhet) har vokst fra 13 000 til 130 000, dvs. en tidobling. Også omsetning og drift av fast eiendom har hatt en tilsvarende vekst. I en stor sektor som undervisning har antall sysselsatte vokst på linje med gjennomsnittet for alle tertiærnæringene, med vel 100 prosent. Men noen tjenesteytende næringer har også hatt en sysselsettingsnedgang: Post- og distribusjonsvirksomhet har de siste 20 årene mistet nesten halvparten av de sysselsatte. Dette har selvfølgelig sammenheng med fremveksten av IKT-sektoren og bruken av ny teknologi, både i næringslivet og i husholdningene.

I et arbeidsmiljøperspektiv har disse endringene i næringsstrukturen interessante implikasjoner. Økt sysselsetting innenfor tjenesteytende sektor innebærer relativt sett at færre arbeidere blir utsatt for farlige kjemiske stoffer og hardt fysisk arbeid, samtidig som det er stadig flere som utfører arbeidet i direkte kontakt med kunder og brukere. Tjenesteytende oppgaver og større kundeorientering kjennetegner nå arbeidshverdagen for mange, noe som gjør at personlige egenskaper og sosiale ferdigheter kan bli konkurransefortrinn i mange virksomheter. Samtidig har kravene om mestring, engasjement og involvering økt. Økningen i antall ansatte i offentlig pleie- og omsorgssektor har imidlertid samtidig bidratt til en økning av kvinnelige yrkesaktive med fysisk tungt arbeid i de tjenesteytende næringene.

Høy sysselsetting og kjønnsdelt arbeidsliv

I 2013 var antallet yrkesaktive 2,7 millioner, noe som tilsvarer vel 50 prosent av befolkningen. Andelen av befolkningen i arbeidsstyrken er blant den høyeste i OECD-området, og den har økt fra 61 prosent i 1972 til 71 prosent i 2013. I denne perioden har antall personer i arbeidsstyrken økt med over 700 000 (Statistikkbanken, SSB). Denne økningen skyldes dels vekst i andelen av befolkningen som er i yrkesaktiv alder, og dels økt yrkesdeltakelse blant kvinner. Fra begynnelsen av 70-tallet og frem til i dag har antall yrkesaktive kvinner økt med over 80 prosent. Antall yrkesaktive menn har til sammenlikning økt med litt under 20 prosent, mens yrkesdeltakelsen blant menn har gått litt ned. Nedgangen har vært størst blant menn over 60 år. I 1980 var vel halvparten av menn i alderen 60–74 år yrkesaktive, men i 2005 var bare 38 prosent i denne aldersgruppen yrkesaktive.

Sysselsettingen i Norge er spesielt høy blant kvinner og eldre. Statistikk fra Eurostat viser at yrkesdeltakelsen for personer mellom 20 og 64 år i Norge i 2013 var om lag 11 prosentpoeng høyere enn i EU (EU 28). Blant kvinner i samme aldersgruppe var sysselsettingen om lag 14,4 prosentpoeng høyere enn EU-snittet, og blant alle sysselsatte i aldersgruppen 55–64 år var sysselsettingen mer enn 20 prosentpoeng høyere.

Den høye forekomsten av deltidsarbeid er et særtrekk ved det norske arbeidsmarkedet. Data fra den europeiske arbeidsmiljøundersøkelsen EWCS 2010 viser at 27 prosent av norske sysselsatte rapporterer at de arbeider deltid, mens tilsvarende tall for EU generelt er 17 prosent. Norske data viser at andelen menn som rapporterer å jobbe deltid, har økt fra om lag 10 prosent i 1996 til nærmere 14 prosent i 2013. Blant kvinner har andelen blitt redusert noe den siste tiden. I 1996 jobbet om lag 45 prosent av alle yrkesaktive kvinner deltid. I 2013 er denne andelen redusert til 38 prosent (Statistikkbanken, SSB).

Stabil yrkesdeltakelse blant funksjonshemmede

Redusert funksjonsevne eller funksjonshemming er i arbeidskraftundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå (SSB) definert ved at den spurte selv vurderer det slik at han eller hun har fysiske eller psykiske helseproblemer av mer varig karakter (seks måneder eller mer), som kan medføre begrensninger i hverdagen. Om lag 15,4 prosent av befolkningen i alderen 15–66 år oppga i 2014 å ha en funksjonshemming. Det tilsvarer om lag 539 000 personer (AKU 2. kvartal 2014). Til sammen var 232 000 funksjonshemmede i arbeid i 2014, noe som tilsvarer om lag 43 prosent. Andelen funksjonshemmede i arbeid har variert mellom 41 og 45 prosent i perioden fra 2006 til i dag. Blant personer med funksjonshemming var sysselsettingen 31,5 prosentpoeng lavere enn sysselsettingen i hele yrkesbefolkningen (43 % i aldersgruppen 15–66 år mot 75 % i hele befolkningen). Av de 304 000 ikke-sysselsatte funksjonshemmede var det 85 000, eller 28 prosent, som uttrykte ønske om arbeid i andre kvartal 2014. Andelen med ønske om arbeid blant funksjonshemmede har ligget på om lag samme nivå de siste seks årene.

Økning i antallet sysselsatte med innvandrerbakgrunn

De siste ti årene har også antall yrkesaktive personer med innvandrerbakgrunn økt betraktelig. Ved inngangen til 2014 var det 759 000 innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Norge, som utgjorde 14,9 prosent av hele befolkningen. 633 000 av disse var innvandrere som var født i utlandet, mens 126 000 var norskfødte med innvandrerforeldre.

Antall sysselsatte i hele landet økte med 122 000 fra 2009 til 2013. Av disse var nærmere 107 000 innvandrere. Denne befolkningsgruppen stod dermed for nærmere 90 prosent av sysselsettingsveksten. Innvandrere fra EØS-landene bidro mest til denne veksten. I 2013 utgjorde innvandrere (dvs. personer som er født i utlandet av utenlandskfødte foreldre, og som er registrert bosatt i Norge), 13,7 prosent av arbeidsstyrken. Sysselsettingsprosenten for innvandrere var om lag 63,1 prosent i 2013. I hele den norske befolkningen i samme aldersgruppe – altså 15–74 år – lå andelen sysselsatte på 68,6 prosent.

Arbeidsinnvandrere på korttidsopphold

I fjerde kvartal 2003 utgjorde ikke-registrerte bosatte lønnstakere om lag 1,1 prosent av alle sysselsatte. I fjerde kvartal 2013 var tallet nærmere 3,3 prosent. Med andre ord utgjorde lønnstakere på korttidsopphold en tre ganger så stor andel av alle sysselsatte i 2013 enn i 2003. Tallet har vært jamt stigende over denne tiårsperioden. Om man ser hele året 2013 under ett, var det totalt om lag 163 000 lønnsinntakere som ikke var registrert bosatt i Norge i 2013. Dette tilsvarer om lag 5,9 prosent av alle sysselsatte personer (bosatte sysselsatte og ikke-bosatte lønnsinntakere) i 2013. Snaut 60 000 lønnstakere på korttidsopphold hadde

bakgrunn fra et nordisk land i 2013, mens i overkant av 61 000 kom fra EU-land i Øst-Europa. Totalt kom om lag tre av fire lønnstakere på korttidsopphold fra disse landene. I alt 22,9 prosent av lønnstakerne på korttidsopphold jobbet i bygge- og anleggsnæringen, mens 10,8 prosent jobbet i industrien. Av de 19,3 prosent som arbeidet i næringen utleie av arbeidskraft, var det mange som var utleid til bygge- og anleggsnæringen. Fordelingen på ulike næringer er om lag som året før.

Økende arbeids- og tjenestemobilitet over landegrensene og utvidelsen av EØS har satt søkelyset på arbeidsvilkårene for utenlandske arbeidstakere i Norge, og behovet for å iverksette tiltak for å sikre at disse får de samme lønns- og arbeidsvilkårene som norske arbeidstakere. Kunnskapen om arbeidsvilkår blant arbeidsinnvandrere er mangelfull og vanskelig å kartlegge. Likevel finnes kilder som kan si oss noe om temaet. Arbeidstilsynet har i 2013 styrket tilsynet mot sosial dumping. Forhold relatert til sosial dumping kontrollert i 5165 tilsyn, nesten en fordobling fra 2012. I om lag 2900 tilsyn er det gitt minst en reaksjon, og det er gitt totalt 5759 reaksjoner i tilsynene.

ARBEIDSTID OG PSYKOSOSIALT OG ORGANISATORISK ARBEIDSMILJØ

Et systematisk arbeid rettet mot psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer innebærer både å fremme positive faktorer (positive utfordringer, meningsfullt arbeid, medbestemmelse og sosial støtte, anerkjennelse og belønning) og å redusere forekomsten av kjente risikofaktorer (for stort arbeidspress, lange arbeidsuker, ugunstige arbeidstidsordninger, usikkerhet knyttet til endringer og omstillinger, samt vold, mobbing og trakassering). Kunnskap om hvilke psykososiale og organisatoriske faktorer som virker inn på helse og sikkerhet på arbeidsplassen, gir et godt utgangspunkt for arbeidet med å skape et helsefremmende arbeidsliv.

Arbeidstid har betydning for helse, balanse mellom jobb og privatliv og velferd. Tilfredshet med balansen mellom jobb og privatliv er ifølge en fersk OECD-rapport et veldig viktig aspekt ved folks trivsel og tilfredshet med livet. Skiftarbeid og lange arbeidsuker er viktige risikofaktorer i dagens arbeidsmiljø og er knyttet til alvorlige helseproblemer. I 2013 rapporterte nærmere én av fire at de jobbet skift eller turnus. Andelen ansatte som oppgir at de jobber natt i hovedarbeidsforholdet, har gått noe ned de siste femten årene. Totalt rapporterer om lag 17,1 prosent av alle yrkesaktive å ha jobbet natt i løpet av en 4 ukers periode i hoved- eller biarbeidsforholdet. Dette tilsvarer om lag 450 000 personer. Prosentandelen som jobber lange arbeidsuker (45 t eller mer per uke), har gått noe ned, fra i overkant av 14 prosent i 2000 til nærmere 12 prosent i 2013. Antallet personer som jobber lange uker, har vært relativt stabilt i samme periode, i overkant av 300 000. Tall fra LKU 13 viser at om lag 13,4 prosent opplever at kravene på jobben går ut over privatlivet nokså ofte eller svært ofte. Det vil si at om lag 340 000 yrkesaktive personer ofte opplever dette problemet.

Generelt tegner norske yrkesaktive et positivt bilde av det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet. I løpet av perioden 1989 -2013 har det vært en positiv utvikling i andelen som opplever dårlige forhold mellom ledere og ansatte, dårlige muligheter for faglig utvikling og utnyttelse av egne ferdigheter. Samtidig er det en del utfordringer knyttet til høye jobbkraav og lav jobbkontroll, seksuell trakassering, mobbing og vold og trusler om vold i enkelte yrkesgrupper. Slike utfordringer finner vi særlig i visse yrkesgrupper i helse-, omsorgs- og sosialsektoren, utdanningssektoren og servicesektoren.

Det er dokumentert at høye jobbkraav kombinert med liten mulighet til å styre egen arbeidshverdag øker risikoen for en rekke helseproblemer, spesielt hjerte- og karsykdommer blant menn og depresjon og rygg- og nakkesmerter blant både

menn og kvinner. I 2013 fant vi at rundt 16 prosent, dvs. om lag 400 690 sysselsatte, befant seg i en arbeidssituasjon kjennetegnet av høye jobbkraav i kombinasjon med lav jobbkontroll. Denne kombinasjonen er mer utbredt blant kvinner (22 %) enn menn (11 %) og er særlig utbredt i helse- og omsorgsyrker og i servitør- og kundeserviceyrker.

Totalt sett oppgir 7,5 prosent, dvs. om lag 203 000 yrkesaktive, at de det siste året har vært utsatt for vold eller trusler om vold. Forekomsten er særlig høy blant vernepleiere, sosionomer, sykepleiere, helse- og omsorgsarbeidere, men også i yrkesgruppen politi/vakt er vold og trusler om vold utbredt. Totalt sett oppgir 4,7 prosent, dvs. om lag 123 000 yrkesaktive, at de det siste året har vært utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet, kommentarer eller liknende på arbeidsplassen. Vold og trusler om vold, og seksuell trakassering er mer utbredt blant kvinner enn menn. I 2013 oppga totalt sett 3 prosent, dvs. 78 300 sysselsatte, at de hadde blitt mobbet på arbeidsplassen. Forekomsten av mobbing i norsk arbeidsliv er relativt stabil i perioden 1989–2013.

ARBEID OG HELSE

Muskel- og skjelettplager

Muskel- og skjelettplager er om lag like utbredt i dag som for tjue år siden. Om lag sju av ti yrkesaktive rapporterer om smerter i løpet av en måned. Om vi ser på de mer alvorlige plagene, så oppgir 27 prosent av alle yrkesaktive at de er ganske eller svært plaget av smerter i løpet av en måned, og om lag halvparten svarer at disse plagene helt eller delvis skyldes jobben. Dette vil si at om lag 380 000 opplever å være ganske eller svært plaget av arbeidsrelaterte smerter i løpet av en måned. Kvinner rapporterer en tydelig høyere forekomst av nakke- og skuldersmerter, og hodepine er dobbelt så vanlig blant kvinner som blant menn. Det fremkommer mindre forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder andre typer muskel- og skjelettplager. Generelt ser det ut til at forekomsten av muskel- og skjelettplager øker noe med økende alder. Personer med utdanning på ungdomsskolenivå rapporterer nærmere 50 prosent høyere forekomst av ryggsmertter, armsmerter og smerter i bena enn personer som har 4 års utdanning eller mer på universitet eller høyskole. Når det gjelder andelen av nakke-/skuldersmerter, armsmerter og hodesmerter som tilskrives jobben er det ingen vesentlige forskjeller mellom utdanningsgruppene. For ryggplager og bensmerter er det imidlertid langt vanligere blant yrkesaktive med kortere utdanning å tilskrive disse plagene til jobben.

I jobbsammenheng har forskning dokumentert at både mekaniske og psykososiale forhold har betydning for omfanget og intensiteten av slike plager. For enkelte mekaniske faktorer, som å løfte i ubekvemme stillinger og arbeide med hendene løftet i skulderhøyde, har eksponeringen gått ned de siste tjue årene, mens arbeid sittende på huk eller stående på knærne har vært relativt stabilt i samme periode. Arbeid som medfører gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser og stående arbeid, utgjør de absolutt vanligste mekaniske eksponeringene, og prosentandelen som oppgir dette, har vært relativt stabil de siste tjue årene. Et gjennomgående trekk for mange mekaniske eksponeringer er at andelen som oppgir å være eksponert, er større blant unge (17–24 år) enn blant eldre yrkesaktive. Det er en klar sammenheng mellom utdanningslengde og mekanisk eksponering. Med unntak av arbeid med dataskjerm og tastatur rapporterer yrkesaktive med utdanning på ungdomsskolenivå eller lavere klart høyest forekomst for samtlige mekaniske eksponeringer. Forskjellen mellom kvinner og menn er mindre påfallende

Arbeidsrelaterte psykiske plager og lidelser

Psykisk helse har stor betydning for deltakelsen i arbeidslivet. I 2012 utgjorde personer med psykiske lidelser 28 prosent av alle nye mottakere av uførepensjon, og 20 prosent av alt legemeldt sykefravær i 2014 skyldtes psykiske lidelser. Det er ingen holdepunkter for at forekomsten av psykiske plager og lidelser verken har avtatt eller økt i Norge i løpet av de siste tiårene. Data fra LKU-A-13 viser at om lag 15 prosent av alle yrkesaktive rapporterer psykiske plager i løpet av siste måned. I underkant av halvparten oppgir at plagene har sammenheng med arbeidet. Andelen yrkesaktive med betydelige psykiske plager er 10 prosent, noe som tilsvarer i overkant av 250 000 personer. Data fra Norsk pasientregister viser at om lag 5 prosent av de yrkesaktive i aldersgruppen 33–42 år (i 2009) ble utredet og behandlet for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten i perioden 2008–2010. Om lag 11 prosent oppgir søvnvansker som helt eller delvis skyldes jobben, mens én av fem rapporterer at de føler seg psykisk utmattet etter jobb én dag i uken eller oftere. Ny norsk forskning har vist at om lag en fjerdedel av alle tilfellene med psykiske plager blant yrkesaktive kan tilskrives psykososiale og organisatoriske risikofaktorer som lav selvbestemmelse i arbeidssituasjonen, rollekonflikt, høye emosjonelle krav, mobbing/trakassering og jobbusikkerhet. LKU-A-13 viser at det er særlig yrkesaktive i grunnskolesektoren og helse-, omsorgs- og sosialsektoren som i størst grad oppgir å være utsatt for psykososiale risikofaktorer i arbeidsmiljøet, og som samtidig oppgir høy andel med psykiske plager.

Arbeidsrelatert hørselsskade og øresus

Vedvarende eksponering for støynivåer på ≥ 85 dB(A) og/eller eksponering for impulslyd på ≥ 130 dB(C) vil henholdsvis overbelaste sansecellene i øret eller umiddelbart slite cellene i stykker. Skadde sanseceller eller sanseceller som har mistet evnen til å omsette mekaniske svingninger til nerveimpulser kan ikke erstattes. Hørselstapet blir dermed permanent. Støyskader er den arbeidsrelaterte sykdommen som hyppigst blir meldt til Arbeidstilsynet og Petroleumstilsynet, og prosentandelen som oppgir å være plaget av nedsatt hørsel eller øresus har ikke endret seg på de ti siste årene. Data fra LKU-A-13 viser at om lag 11 prosent av alle yrkesaktive oppgir plager relatert til nedsatt hørsel eller øresus, noe som tilsvarer 280 000 yrkesaktive. Om lag 30% av disse oppgir at plagene har sammenheng med arbeidet. Data fra LKU-A-13 viser at cirka 9 prosent av alle yrkesaktive oppgir å være eksponert for sterk støy en fjerdedel av arbeidsdagen eller mer, noe som tilsvarer 236 000 yrkesaktive. Det er en reduksjon på fem prosentpoeng sammenliknet med andelen som oppga å være støyutsatt i 1996. Andelen eksponerte og andelen med plager oppgis å være høy innenfor næringene bygge- og anleggsvirksomhet, industri, utvinning av råolje- og naturgass, kraft-/vannforsyning, transport/lagring og jord-/skogbruk og fiske.

Arbeidsrelaterte hudplager og -sykdommer

Mange typer arbeid, både i hjemmet og på arbeidsplasser, kan gi hudplager. Faktorer i arbeidsmiljøet som kontakt med kjemiske stoffer og fysiske og mekaniske eksponeringer kan forårsake hudplager og sykdommer. Den mest vanlig arbeidsrelaterte hudsykdommen er kontakteksem og den vanligste lokalisasjonen er hendene. Andelen yrkesaktive som rapporterer arbeidsrelaterte hudplager i form av eksem, hudkløe eller utslett er noe redusert de siste 20 årene. Om lag en av 10 yrkesaktive rapporterer om hudplager i 2013 og en av fem av disse, dvs. om lag 53 000 personer, oppgir at plagene helt eller delvis skyldes jobben. Legers innmelding av arbeidsrelatert sykdom i hud og underhud har avtatt i perioden 2000–2013. Halvparten av meldte tilfeller gjelder personer under 35 år og det er omtrent like mange kvinner som menn. En av 1000 av yrkesaktive i aldersgruppen 33–42 år som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten i 2008–2010, ble behandlet for kontakteksem, mens legemeldt sykefraværstilfeller grunnet huddiagnoser på 17 dager eller mer utgjorde i underkant av fem per 1000 sykefraværstilfeller, tilsvarende i underkant av 10 000 tilfeller. Yrker som er mest utsatt for arbeidsrelaterte hudplager eller -sykdommer er i hovedsak mekaniker, frisør, renholder, vaktmester, bygg- og anleggsyrker, helse- og omsorgsykker, bonde/fisker og kokk/kjøkkenassistent.

Ser vi på utviklingstrekk i eksponeringen for hudirriterende stoffer de siste ti årene, er det ingen endring i andelen som oppgir hudkontakt med oljer /smøremidler eller hyppig kontakt med vann. Når det gjelder rengjøringsmidler/avfettingsmidler, ser vi en liten nedgang. Kvinner oppgir i noe høyere grad at de blir eksponert for rengjøringsmidler/desinfeksjonsmidler enn menn og dobbelt så ofte at de utsettes for vann på huden en fjerdedel av arbeidsdagen eller mer. Menn oppgir fire ganger mer hudkontakt med løsemidler/avfettingsmidler enn kvinner og nesten syv ganger mer kontakt med oljer/smøremidler. Generelt avtar eksponeringene med alder og økende lengde på utdanning. Yrker som eksponeres sammenfaller med yrkene som har mest arbeidsrelaterte hudplager og -sykdommer.

Arbeidsrelaterte luftveisplager og - sykdommer

Luftveissymptomer og -sykdommer er vanlig i befolkningen. Symptomer som hoste, tetthet og piping i brystet kan være en del av bildet vi ser ved kroniske luftveissykdommer og noen av plagene kan henge sammen med innånding av forurenset luft i arbeidssituasjonen. Andelen yrkesaktive som rapporterer luftveisplager, er avtakende, og i 2013 oppga fem prosent at de var litt plaget eller mer av tetthet/ pipelyder i brystet siste måned. Én av syv av disse, tilsvarende 17 500 yrkesaktive, oppgir at plagene helt eller delvis skyldes jobben. Høyest forekomst av luftveisplager rapporteres av renholdere, sjåførere og industrioperatører mens rapportering av arbeidsrelaterte plager er høyest i bygge- og anleggsvirksomhet. Det er ingen vesentlig forskjell mellom kvinner og menn som oppgir at de har luftveisplager, men plagene øker med alder og avtar med økende utdanningsnivå. Meldte tilfeller av arbeidsrelatert KOLS til RAS-registeret fra 2005-2013, viser at det rammer eldre menn i industriyrker og i bygge- og anleggsyrker. Arbeidsrelatert astma i samme tidsperiode er mer jevnt fordelt på alle aldersgrupper, og én av tre er kvinner. Vi ser også at nye tilfeller av asbestindusert kreft avtar for de under 66 år men øker fortsatt for de over 67 år.

Andelen som oppgir at de eksponeres for støv/røyk/gass og damp i sin arbeidssituasjon har gått ned de siste 20 årene. Ser vi på de som oppgir eksponering ved innånding i 2013, så oppgis det generelt mest eksponeringen blant de yngste og blant de med lavest utdanning. Eksponering for støv, røyk, eksos, gass, damp og kjemikalier er mest utbredt i yrker innenfor bygge- og anleggsvirksomhet og industriyrker, og eksponeringen oppgis å være tre til fire ganger høyere for menn enn for kvinner. Selv om passiv røyking er redusert etter endring av røykeloven, opplever fortsatt om lag 220 000 personer daglig tobakksrøyk fra

andres røyking i sitt arbeid. Dette gjelder spesielt bygge- og anleggsarbeidere, pleie- og omsorgsarbeidere og vakt/politi.

Arbeidsskader

En viktig indikator for risikonivået i arbeidslivet er arbeidsskader som medfører død. I et langsiktig perspektiv, hvis man går flere tiår tilbake, har det vært en klar nedgang. Omtrent siden årtusenskiftet ser det imidlertid ut til at denne nedgangen har stoppet opp, med enkelte svingninger fra år til år. Dertil er det noe usikkerhet knyttet til registreringen av arbeidsskadedødsfall. Gjennomsnittsriskoen for alle næringer er beregnet til 1,5 døde per 100 millioner arbeidstimer. Risikoen innenfor fiskerinæringen er mer enn 15 ganger høyere enn dette. Dødsrisikoen er høy også innenfor jordbruk og skogbruk, og deretter følger skipsfart og transport/lagring. I perioden 2009–2014 var kun 9 prosent av de omkomne innenfor Arbeidstilsynets myndighetsområde (landbasert virksomhet) kvinner.

Ved hjelp av en spørreundersøkelse (AKU-tillegget 2013 fra SSB) kan vi beregne at om lag 84 000 personer ble utsatt for arbeidsskade i 2013. Tar vi hensyn til at enkelte blir utsatt for mer enn ett skadetilfelle, kan det årlige antallet arbeidsskader beregnes til ca. 105 000. Det mest skadeutsatte yrket er politi/vakt o.l., med en årlig skaderisiko på mer enn 11 prosent. Enkelte bygg- og anleggsyrker har en risiko på rundt 10 prosent, mens primæryrkene som gruppe har en gjennomsnittlig årlig risiko på 7 prosent. Relativt høy skaderisiko finner vi også blant kokker/kjøkkenassistenter, i industrien og blant pleie- og omsorgsarbeidere. Det er videre en klar overhyppighet av skader blant utenlandske arbeidstakere.

Sykefravær

Sykefravær og avgang fra jobb grunnet helseproblemer er sammensatte fenomener som påvirkes av sosiale, økonomiske og individuelle forhold. Sykdom, skade og subjektive helseplager påvirker åpenbart arbeidsevnen og muligheten for å være i jobb, men behovet for å være borte fra jobb på grunn av sykdom vil i de fleste tilfeller også avhenge av arbeidsplassen, arbeidsoppgavene og mulighetene for tilrettelegging.

Tall fra NAV som måler tapte dagsverk på grunn av egen sykdom, i prosent av avtalte dagsverk (sykefraværsprosenten), viser at det har vært en positiv utvikling i sykefraværet fra 2001 (7,4 %) til 2014 (6,4 %). Det egenmeldte fraværet har vært stabilt rundt 1 % i samme periode. Seks av ti legemeldte sykefraværingsdagsverk er knyttet til muskel- og skjelettplager og psykiske plager. Data fra LKU viser at i

perioden 1993-2013 har andelen som oppgir et legemeldt sykefravær på 14 dager eller mer variert, og at det har vært en liten nedgang både blant menn og kvinner i løpet av siste treårsperiode. I LKU 2013 svarer 16 prosent at de har hatt minst ett legemeldt sykefravær på 14 dager eller mer det siste året. Blant disse rapporterer om lag 37 prosent at fraværet er forårsaket av helseproblemer som helt eller delvis skyldes jobben. Sykefraværet er generelt høyere hos kvinner enn hos menn. Bygningsarbeidere og renholdere er de yrkesgruppene som rapporterte høyest arbeidsrelatert legemeldt fravær, henholdsvis 15 og 13 prosent, sammenliknet med 6 prosent for alle yrkesaktive. Ser vi på legemeldt fravær registrert i NAV, finner vi høyest andel fraværstilfeller hos kvinnelige elektrikere, elektromontører og telemontører, tett fulgt av kvinnelige førere (buss/bane), skipsbefal og flygere samt kvinnelige vei-/anleggs-/stein-/murararbeidere. Blant menn er det flest tilfeller blant frisører, fulgt av sosionomer, vernepleiere, barnevernspedagoger og renholdere. Lavest forekomst finner vi for kvinner i gruppen servicepersonell (hotell/restaurant) og mellomledere. Blant menn er det gruppene advokat/jurist/dommer og sivilingeniør, planlegger og realfagsutdannet som har lavest forekomst.

Bruk av maksimale sykepengerettigheter

Dersom en sykemeldt person ikke har kommet tilbake i arbeid innen ett år, er sykepengerettighetene brukt opp. Oppbrukte sykepengerettigheter er ofte et varsel om at man er på vei ut av arbeidslivet. Antallet som opplever at sykepengene opphører på grunn av oppbrukte sykepengerettigheter, har vært relativt stabilt de siste årene. I aldersgruppen 16–69 år gjaldt det i 2010 ca. 47 500 personer, i 2011 knapt 42 000, mens det både i 2012 og 2013 gjaldt temmelig nær 40 000. Ser vi på oppbrukte sykepengerettigheter etter kjønn og næring, ligger transport og lagring høyest på statistikken for kvinner, etterfulgt av forretningsmessig tjenesteyting, helse- og sosialtjenester og industri. Også for menn ligger transport og lagring høyest, etterfulgt av overnattings- og serveringsvirksomhet og bygg- og anleggsvirksomhet.

Forekomsten av oppbrukte sykepengerettigheter er blant kvinner høyest i yrket fører (buss/bane), skipsbefal og flyger, hvor forekomsten i 2013 var 40 per 1000 arbeidstakere per år. Deretter følger sjåfør, mannskap (bil/anlegg/skip) (39) og renholder (35). Gjennomsnittet for alle yrker er for kvinner 23 per 1000 per år. For menn ligger renholder høyest med en forekomst på 26 per 1000 per år, fulgt av sjåfør/mannskap (bil/anlegg/skip) (25) og frisør (23). Gjennomsnittstallet for menn for alle yrker er 13 per 1000 arbeidstakere per år.

Uføretrygd

I perioden 2010–2014 har forekomsten av uføretrygding blant norske yrkesaktive vært relativt stabil. Det var riktignok en forbigående nedgang i 2013, men i 2014 er det en betydelig oppgang, mye på grunn av at mange har gått den maksimale tiden på 4 år på arbeidsavklaringspenger. Høyest forekomst av nye uføre i 2013 blant kvinner finner vi i jordbruk, skogbruk og fiske med en forekomst på 20 per 1000 yrkesaktive per år, fulgt av kvinner i transport/lagring (18), kvinner i forretningsmessig tjenesteyting (17) og kvinner i industri (15). Høyest forekomst blant menn finner vi innenfor helse- og sosialtjenester med en forekomst på 12 per 1000 yrkesaktive per år, fulgt av transport/lagring (11), jordbruk/skogbruk/fiske og forretningsmessig tjenesteyting, begge med en forekomst på ca. 10 per 1000 yrkesaktive per år. Gjennomsnittlig forekomst hos kvinner og menn er henholdsvis 13 og 9 per 1000 yrkesaktive pr år.

Arbeidsmedisinske utredninger

I 2009 ble det ved STAMI opprettet et nasjonalt anonymt register over alle pasienter som blir utredet ved landets seks arbeidsmedisinske avdelinger. Stort sett har det her blitt registrert 1300–1400 pasienter årlig, med en overvekt av menn (ca. 75 prosent). Mer enn halvparten av pasientene har symptomer i luftveiene. Hoveddiagnosen ble i 2013 vurdert å være sannsynlig arbeidsrelatert i 43 prosent av sakene, men den arbeidsrelaterte andelen var lavere blant kvinner enn blant menn (39 % mot 44 % sannsynlig arbeidsrelatert). Dette henger sammen med yrkesfordelingen. Håndverkere var en stor gruppe, og nesten alle var menn. I nesten halvparten av sakene som gjaldt håndverkere, ble hoveddiagnosen vurdert som sannsynlig arbeidsrelatert. Omtrent en tredjedel av sakene blant kvinner gjaldt yrker innenfor salg, service og omsorg. I denne gruppen ble kun 35 prosent vurdert å ha sannsynlig arbeidsrelatert hoveddiagnose.

IDENTIFISERING AV UTSATTE GRUPPER

Enkelte bransjer og ulike undergrupper av yrkesaktive antas å ha særlige utfordringer knyttet til arbeidsmiljø og/eller helse. I dette kapittelet har vi sammenstilt data om arbeidsmiljø, helse og sykefravær fra ulike datakilder med det formål å identifisere næringer og yrkesgrupper hvor man står overfor de mest sammensatte arbeidsmiljøutfordringene, samt å belyse eventuelle arbeidsmiljø- og helseutfordringer blant unge arbeidstakere, hos kvinner sammenliknet med menn og blant midlertidig ansatte. Et viktig forbehold i denne sammenstillingen av informasjon om både arbeidsmiljøeksponeringer og helseeffekter er at den ikke er egnet til å si noe sikkert om mulige årsakssammenhenger mellom de påvirkninger og helseplager det er spurt om. Samtidig er det viktig å påpeke at resultatet nødvendigvis vil påvirkes av hvilke faktorer som har blitt målt og lagt til grunn. Det kan åpenbart også finnes både alvorlige og utbredte problemer i en del yrker og undergrupper som er vanskelig å identifisere i det som foreligger av datamaterialer. Mulighetene til å gjøre grundige statistiske analyser vil være begrenset p.g.a. få individer og dermed liten statistisk styrke.

Risikoutsatte yrkesgrupper

Innenfor enkelte yrkesgrupper ser vi en opphopning av selvrapporterte helseplager. Grovt sett kan vi dele yrkesaktive med en overhyppighet av plager inn i to grupper. På den ene siden har vi kvinne-dominerte yrker innen helse- og sosialsektoren som pleie- og omsorgsarbeidere, sykepleiere og barnehage/-skoleassistenter. På den andre siden ser vi en overhyppighet av helseplager innen mannsdominerte faglærte og ufaglærte manuelle yrker innen bygge- og anleggsvirksomhet, industri, samt transport og lagring.

Innenfor de kvinne-dominerte yrkene i helse- og sosialsektoren ser vi en overhyppighet av muskel- og skjelettplager, hodepine, hudplager, mageplager, psykiske plager, fysisk og psykisk utmattelse og legemeldt sykefravær. Yrkesaktive innen disse yrkene oppgir også i større grad enn gjennomsnittet å være utsatt for faktorer i arbeidsmiljøet som kan gi slike plager, blant annet psykososiale faktorer som lav selvbestemmelse i arbeidssituasjonen; kombinasjonen høye krav og lav selvbestemmelse; ubalanse mellom innsats og belønning; rollekonflikt; høye emosjonelle krav; mobbing; vold og trusler om vold. Organisatoriske faktorer som nattarbeid er også utbredt innen sektoren. Ser vi på mekaniske faktorer er det særlig ubekvemme løft, arbeid på huk/knær og stående arbeid som er utbredt.

Yrkesaktive innen sektoren oppgir også i større grad enn gjennomsnittet for alle yrkesaktive å være eksponert for rengjørings-/desinfeksjonsmidler og biologisk materiale.

Innenfor de mannsdominerte manuelle yrkene ser vi særlig en overhyppighet av muskel- og skjelettplager, hudplager, nedsatt hørsel, fysisk utmattelse og arbeidsskader. Yrkesaktive innen disse yrkene oppgir også i større grad enn gjennomsnittet å være utsatt for faktorer i arbeidsmiljøet som kan gi slike plager, blant annet mekaniske faktorer som arbeid på huk/knær, ubekvemme løft og arbeid med hender over skulderhøyde. Yrkesaktive innen disse yrkene oppgir også å være mer eksponert for hudkontakt med avfettings-/løsemidler, samt støy og vibrasjoner. I hovedsak oppgis det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet å være godt innenfor disse yrkesgruppene, med unntak av en overhyppighet av mobbing, lange arbeidsuker og nattarbeid innenfor enkelte typiske bygge- og anleggsyrker.

Arbeidsmiljø og helse blant midlertidige ansatte

I Norge er det i en internasjonal målestokk en liten andel av de yrkesaktive som er i midlertidige ansettelsesforhold. I 1996 var den oppgitte andelen med midlertidig ansettelse 12,7 prosent. I den siste femårsperioden har andelen vært i overkant av 8 prosent. Vikariater utgjør den største gruppen av midlertidige ansettelser. Midlertidig ansettelser er mer utbredt blant kvinner enn blant menn og forekommer oftere i de yngste aldersgruppene.

Blant midlertidig ansatte er det mer utbredt å mangle skriftlig arbeidskontrakt (13,2 % mot 3,5 % blant fast ansatte) og mindre vanlig å være fagorganisert (43 % mot 58 % blant fast ansatte). Midlertidig ansatte oppgir også i langt større grad enn fast ansatte at de ikke vet om virksomheten har verneombud, tillitsvalgt representant, arbeidsmiljøutvalg og bedriftshelsetjeneste. Det er ikke store forskjeller i arbeidsmiljø blant fast og midlertidig ansatte, men det forekommer noe forskjeller både når det gjelder psykososialt og kjemisk/fysisk arbeidsmiljø. Midlertidig ansatte rapporterer noe høyere forekomst av angst- og depresjonsplager, men det er små og ikke-signifikante forskjeller når det gjelder muskel- og skjelettplager og andre typer fysiske plager.

Kjønn og arbeidshelse

Man vet fortsatt for lite om forskjellene mellom menn og kvinners arbeidshelse og i hvilken grad eventuelle kjønnsforskjeller i sykdom og sykefravær kan knyttes til ulik arbeidsmiljøeksponering. Kjønnsforskjeller i arbeidsmiljøeksponering og arbeidshelse ser ikke ut til å ha endret seg nevneverdig i perioden 2000–2013. Kjønnsforskjellene i sykefravær over 14 dager og selvrapportert arbeidsrelatert sykefravær over 14 dager ser også ut til å være stabilt i samme periode. Sammenlignet med menn er det mer vanlig blant kvinner å bli utsatt for vold og seksuell trakassering, høye emosjonelle krav samt høye jobbkraav med samtidig lav kontroll. Biologisk eksponering er også mer vanlig blant kvinner, det samme gjelder hudkontakt med vann og dårlig innelima. For mekanisk eksponering er kjønnsforskjellen mindre. Ser vi på helseutfall er kvinner mer plaget av arbeidsrelatert hodepine og arbeidsrelaterte nakke-/skuldersmerter. I en nylig publisert studie fra STAMI ble det konkludert med at en betydelig del av den forhøyede risikoen for legemeldt sykefravær vi ser blant kvinner kan forklares av kjønnsforskjell i opplevelsen av det psykososiale arbeidsmiljøet. Mekanisk eksponering bidrar ikke til å forklare forskjellen. Arbeidsmiljøets betydning for kjønnsforskjeller i sykefraværet underbygges av nyere studier fra både Danmark og Finland.

Sykefravær under graviditet

Sykefravær blant gravide i tredje trimester kan være en indikator på (manglende) tilrettelegging i arbeidet. Blant alle arbeidstakere som var gravide i fjerde kvartal 2012, var det 90 tilfeller av legemeldt sykefravær på én dag eller mer per 100 arbeidstakere. Høyest andel fravær finner vi i gruppene pleie- og omsorgsarbeider, selger (engros/dør/telefon), sykepleier, barne-/ungdomsarbeider, dagmamma og renholder.

Unge yrkesaktive og arbeidshelse

Unge arbeidstakere er en sammensatt gruppe, og tilknytningen til arbeidslivet er varierende. Mange er fortsatt under utdanning og har en løsere tilknytning til arbeidslivet, mens andre arbeider som lærlinger eller er fast ansatt og heltidsarbeidende. De fleste unge arbeidstakere arbeider i yrker med lavere krav til utdanning, hvor yrkesaktive gjennomgående er mer utsatt for ulike belastninger i arbeidsmiljøet.

Blant unge yrkesaktive i alderen 17–24 år er det mer vanlig å være midlertidig ansatt, mangle arbeidskontrakt og være uorganisert. Opplevd skaderisiko og forekomst av skader på jobb er høyere blant unge yrkesaktive. Kombinasjonen av

høye jobbkraav og lav jobbkontroll samt å være utsatt for en rekke mekaniske, fysiske og kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet er mer utbredt blant menn i den yngste aldersgruppen. Forskjellene er mer uttalt når vi sammenlikner arbeidsmiljøforhold mellom unge menn og menn i øvrig aldersgruppe i bygg og anlegg. Blant unge kvinner er risikoen for tunge løft i ubekvemme stillinger, arbeid med armene over hodet samt på huk eller knær høyere enn blant øvrige kvinner. En noe forhøyet risiko for psykiske plager observeres blant unge kvinner sammenliknet med øvrige kvinner når vi ser hele yrkespopulasjonen under ett. Både blant unge kvinner og menn er risikoen for selvrapportert muskel-/skjelett plager og legemeldt sykefravær lavere.

ET GODT ARBEIDSMILJØ

Generelt er norske yrkesaktive fornøyd med jobben sin, og ni av ti svarer at de alt i alt er svært godt fornøyd med jobben. Denne andelen varierer noe mellom yrkesgruppene. Aller mest fornøyd er gruppen lektor/pedagog, der ca 97 prosent oppgir å være svært eller ganske fornøyd tett fulgt av yrkesgruppen profesjonell kunstner. På tre av de fire neste plassene følger ulike lederyrker, og innimellom disse finner vi også yrkesgruppen fysioterapeut og lignende.

Men selv om norske arbeidstakere trives på jobb, så er det ikke dermed sagt at de har et godt arbeidsmiljø. Et tilsynelatende paradoks er at en arbeidstaker som rapporterer å ha et godt arbeidsmiljø når det gjelder tilhørighet, tilfredshet, motivasjon og engasjement i jobben samtidig opplever å være utsatt for mange uheldige arbeidsmiljøpåvirkninger på jobb. Et eksempel er yrkesgruppen bonde/fisker. Når det gjelder tilhørighet til yrke så er det denne yrkesgruppen som skårer høyest (95%), yrkesgruppen ligger godt over gjennomsnittet når det gjelder tilfredshet og motivasjon. Yrket har også høy grad av jobbkontroll (selvbestemmelse) i arbeidet. Hvis man ser på det totale eksponeringsbildet for særlig fysiske, mekaniske og kjemiske risikofaktorer er det muligens det mest belastende yrket. På helseutfallssiden er bildet mer varierende. Yrkesgruppen har lite psykiske plager og hodepine, men ligger over gjennomsnittet når det gjelder arbeidsskader og de fleste muskel- og skjelettplager.

ENGLISH SUMMARY

A total of 2.7 million people were in work in Norway in 2013. The proportion of the working age population in the labor force is among the highest in the OECD area, and it has increased from 61 percent in 1972 to 71 percent in 2013. Norwegian employees are satisfied with their jobs and motivated at work. Nevertheless, high scores on job satisfaction and motivation does not necessarily imply that everyone has a fully healthy environment at work in terms of absence of real or perceived work environmental hazards.

The Factbook provides information about the status quo and current trends in respect of a number of work environmental hazards documented to have an impact on health. Even though several indicators suggest that the working environment for Norwegian employees is changing for the better, work environmental challenges and threats to health are still present in certain professions and sectors.

The major health challenges facing the Norwegian working life in terms of both scope and costs, is the high level of musculoskeletal disorders and mental health complaints and disorders. Six in ten cases of doctor-reported sickness absence spells are due to musculoskeletal complaints and mental health issues.

The prevalence of musculoskeletal- and mental health complaints and disorders has not changed during the past 20 years. Almost half of all employees who report symptoms of musculoskeletal disorders or mental health problems attribute these complaints fully or partially to their jobs, and both international and recently published Norwegian studies show that both psychosocial and

mechanical factors in the work environment contribute to the development of these disorders and complaints.

Self-reported work-related respiratory symptoms are less prevalent today than for twenty years ago, but symptoms in the lungs and airways are still the most common reason for assessment by the occupational medicine departments in Norway. Estimates show that about 20 percent of all lung cancer among men in Norway and between 10 and 20 percent of COPD cases are caused by exposures at work.

Moreover, skin disorders is reported to be about as prevalent today as it was twenty years ago and if we look at trends in exposure to irritant substances in the past decade, there is no change in the percentage who report skin contact with oils / lubricants or frequent contact with water.

Although exposure to work-related loud noise is significantly declining in recent years, noise damage is still the work-related illness most frequently reported to the Labour Inspectorate.

Occupational injuries is reported to account for approximately 12 percent of all injury cases in Norway, and the risk of work-related injury is particularly high among young men. The number of Fatal Occupational Injuries have decreased in a long-term perspective, but this decline seems to have leveled out during the last decade.

KEY TRENDS IN THE NORWEGIAN LABOUR MARKET

Gradual changes in the employment structure (what people do for a living, and how they do it) along with changes in the make-up of the workforce will have an effect on Norway's working environment challenges. New jobs are created, and the nature of existing jobs is changing. Scientific and technological developments in both goods and services production have contributed to making the economy more knowledge-based, and individual skills are more important than ever before. Industrial workers have become operators, and case handlers and customer services agents now work with computer screens and keyboards. New technology has been adopted in almost every segment of the labour market and has contributed to the disappearance of many manual roles. Technological innovation in both manufacturing and health and social care is partly responsible for the decline or disappearance of the most physically demanding and routine tasks. At the same time the proliferation of computers and terminals has given rise to new challenges. Complex interaction between man and machine in a growing number of areas can also increase the risk of human error and accidents in certain sectors. Automation of manual tasks has resulted in more stationary work and less physical activity and movement.

Business development – where are we working, and what are we doing?

Three in four people now work in what is often referred to as the services sector. Total employment in the tertiary sector (or services industries) has risen from 750,000 at the start of the 1960s to 2,100,000 today, accounting for just over 77 per cent of the entire workforce. The sector is made up of many and very different industries, including retail, hospitality, transport, financial services and tourism. The biggest services industry, however, is the public sector – that is local and central government – encompassing social services, healthcare, education and administration. The number of employees in the health and social care sector has increased more than fivefold over the same period and now stands at 560,000, equivalent to 20 per cent of the entire labour force. The increase has been even greater in some smaller industries: the business services sector (which includes recruitment, travel agencies and cleaning services) has grown from 13,000 to 130,000, i.e. tenfold. Property sales and management has seen similar growth. In a large sector such as education, the number of employees has grown by just over 100 per cent – in line with the average across all the tertiary industries. Some services industries have seen a fall in employment, however: the post and

distribution sector has lost almost half its workforce over the last 20 years. This is of course linked to the emergence of the ICT sector and the use of new technology both in business and in the home.

From a working environment perspective, these changes in the employment structure have interesting implications. Relatively speaking, the increase in employment in the services sector means that fewer workers are exposed to hazardous chemicals and hard physical work, while a growing number of employees have direct contact with customers and users. Services provision and increased customer focus are now part of the working day for many people, which means that personal characteristics and social skills can represent a competitive advantage for many enterprises. At the same time employees are increasingly expected to perform, show commitment and get involved. The increase in employment in the public health and social care sector has nonetheless contributed to a rise in the number of female employees engaged in physically demanding work in the services industries.

High employment and gender-specific work

In 2013 the number of people in work stood at 2.7 million. The proportion of people in work is amongst the highest in the OECD, and it has increased from 61 per cent in 1972 to 71 per cent in 2013. During this period the workforce increased by more than 700,000 people. The increase is due in part to a larger proportion of the population being of working age as well as to growing labour force participation rates amongst women. Since the early 70s until the present day the number of women in work has risen by more than 80 per cent. In comparison the number of men in work has increased by just under 20 per cent, while the participation rate amongst men has fallen slightly. The greatest decline is seen amongst men aged over 60. In 1980 just over half of men aged 60–74 were in employment, while in 2005 only 38 per cent of men in this age group were in work.

Employment is particularly high amongst women and older people in Norway. Statistics from Eurostat show that the participation rate amongst people aged between 20 and 64 in Norway in 2013 was around 11 percentage points higher than in the EU (EU 28). Employment amongst women in the same age group was around 14.4 percentage points higher than the EU average, while it was more than 20 percentage points higher for everyone in the 55–64 age group.

One particular trait of the Norwegian labour market is the high prevalence of part-time work. Data from the European Working Conditions Survey (EWCS) 2010 shows that 27 per cent of Norwegians in work report that they are working part-time, while the corresponding figure for the EU is 17 per cent. Norwegian data shows that the proportion of men reporting part-time work has increased from around 10 per cent in 1996 to almost 14 per cent in 2013. The proportion of women reporting part-time work has fallen slightly in recent years. In 1996 around 45 per cent of all working women worked part time. By 2013 this figure had fallen to 38 per cent.

Stable participation rate amongst disabled people

Reduced functional ability or disability are defined in Statistics Norway's Labour Force Survey by asking the respondents to state whether they have a physical or mental health condition of a long-lasting nature (six months or longer) that may disadvantage them in their day-to-day life. Around 15.4 per cent of the population aged 15–66 said they had a functional disability in 2014. This represents around 539,000 people. The proportion of disabled people in work has varied between 41 and 45 percent in the period between 2006 and the present day. A total of 232,000 disabled people were in work in 2014 (43 percent). Employment amongst people with disabilities was 31.5 percentage points lower than amongst the general population (43 per cent in the 15–66 age group compared with 75 per cent for the population as a whole). Of the 304,000 disabled people not in work, 85,000 (28 per cent) stated that they wished to work in Q2 2014. The proportion of disabled people who want to work has remained fairly stable in the last six years.

Increase in the number of people in work with an immigrant background

The number of people in work with an immigrant background has increased significantly in the last few decades. At the start of 2014 there were 759,000 immigrants and Norwegian-born people with immigrant parents, making up 14.9 per cent of the entire population. Of these, 633,000 were born abroad, while 126,000 were born in Norway to immigrant parents.

The number of people in work across the country grew by 122,000 between 2009 and 2013. Of these, almost 107,000 were immigrants. This group therefore accounted for almost 90 per cent of the increase in employment. Immigrants from the EEA were behind most of this growth. In 2013 immigrants (i.e. people born abroad to parents born abroad who are registered as resident in Norway) accounted for 13.7 per cent of the workforce. The employment rate

amongst immigrants was around 63.1 per cent in 2013. For the Norwegian population as a whole in the same age group (15–74) the employment rate was 68.6 per cent.

Short-term migrant workers

In Q4 2003 non-resident wage earners made up around 1.1 per cent of the labour force. In Q4 2013 the figure was almost 3.3 per cent. In other words, the number of short-term migrant workers as a proportion of the entire labour force was three times greater in 2013 than in 2003. This figure rose steadily over that decade. Looking at 2013 as a whole, around 163,000 wage earners were not registered as resident in Norway. This equated to around 5.9 per cent of the working population (resident people in work and non-resident wage earners) in 2013. In 2013 there were just under 60,000 short-term migrant workers from other Nordic countries, while more than 61,000 came from EU countries in Eastern Europe. In total around three in four short-term migrant workers came from these countries. A total of 22.9 per cent of short-term migrant workers worked in building and construction, while 10.8 per cent worked in manufacturing. Of the 19.3 per cent working for recruitment agencies, many were contracted to the building and construction industry. The distribution of wage earners across different industries is similar to that of last year.

Increasing mobility of labour and services across national borders and the expansion of the EEA have put the spotlight on working conditions for foreign employees in Norway and on the need to take steps to ensure that these workers can enjoy the same pay and working conditions as Norwegian workers. Knowledge of working conditions amongst labour migrants is inadequate and difficult to pinpoint. However, there are sources providing some information about the topic. In 2013 the Norwegian Labour Inspection Authority redoubled its monitoring efforts to stop social dumping. Issues surrounding social dumping were addressed during 5,165 inspections, almost twice as many as in 2012. Around 2,900 inspections gave rise to sanctions, and around 5,759 sanctions were issued during these inspections.

WORKING HOURS AND THE PSYCHOSOCIAL AND ORGANIZATIONAL WORKING ENVIRONMENT

A systematic effort aimed at psychosocial and organizational working environment factors involves promoting positive factors (positive challenges, meaningful work, co-determination and social support, recognition and reward) while also reducing known risk factors (excessive work pressure, long working weeks, detrimental working time arrangements, uncertainty surrounding change and reorganisation, as well as violence, bullying and harassment). Awareness of which psychosocial and organizational factors impact on health and safety in the workplace is a good starting point for creating a healthy workplace.

Working hours have an impact on health, work–life balance and well-being. According to a recent OECD report, satisfaction with work–life balance is a very important element in people's well-being and life satisfaction. Shift work and long working weeks are important risk factors in the modern working environment, and they are linked to serious health problems. In 2013 almost one in four reported that they are working shifts or on rotation. The proportion of employees saying they work nights in their main job has fallen slightly in the last fifteen years. In total 17.1 per cent of people in work say they have worked nights during a 4-week period in their main or secondary job. This represents around 450,000 people. The percentage of people working long weeks (45 hours or longer) has fallen somewhat, from just in excess of 14 per cent in 2000 to just under 12 per cent in 2013. The number of people working long weeks remained relatively stable in the same period at just over 300,000. Figures from the 2013 Survey on Living Conditions show that 13.4 per cent of people find that work demands quite often or very often impact on their home life. This means that around 340,000 people in work often experience this problem.

Norwegian people in work generally paint a positive picture of the psychosocial and practical working environment. The period 1989–2013 saw a decrease in the proportion of people experiencing poor relationships between managers and employees, inadequate opportunities for professional development and utilisation of own skills. At the same time there are challenges relating to high work pressure and low levels of monitoring, sexual harassment, bullying, violence and threats of violence within certain professions. Such challenges are particularly prevalent in

professions in the health, social care and social services sectors, as well as in the education and services sectors.

It has been documented that high work pressure combined with limited opportunities for employees to take control of their working day increase the risk of suffering a range of health problems, especially cardiovascular disease amongst men and depression and back and neck pain amongst both men and women. In 2013 we found that around 16 per cent, that is approximately 400,690 workers, were in jobs with high work pressure combined with low levels of decision control. This combination is more common amongst women (22 per cent) than men (11 per cent) and is particularly widespread in the health and social care professions and amongst waiter staff and customer services employees.

A total of 7.5 per cent, i.e. around 203,000 workers, say they have been subjected to violence or threats of violence in the past year. It is particularly endemic amongst occupational therapists, social workers, nurses and health and social care workers, but police officers / security guards are also frequently exposed to violence and threats of violence. A total of 4.7 per cent, i.e. around 123,000 people in work, say they have been subjected to unwanted sexual attention, comments or similar in the workplace in the past year. Violence and threats of violence along with sexual harassment are more common amongst women than amongst men. In 2013 a total of 3 per cent, i.e. 78,300 workers, said they had been bullied in the workplace. The prevalence in Norway of bullying in the workplace remained relatively stable in the period 1989–2013.

WORK AND HEALTH

Musculoskeletal disorders

Musculoskeletal disorders are about as common today as they were twenty years ago. Around seven in ten people in work report aches and pains during any one month. If we look at the more serious conditions, 27 per cent of the working population say they are somewhat or very much affected by aches and pains during any one month, and around half say these complaints are entirely or partially caused by their work. This means that around 380,000 people are somewhat or very much affected by work-related pains during any one month. The prevalence of musculoskeletal disorders appears to increase slightly with age. Women report significantly higher occurrences of neck and shoulder pain, and headaches are twice

as common amongst women as amongst men. The differences between men and women are smaller in terms of other types of musculoskeletal disorders. People with lower secondary education as their highest qualification report almost 50 per cent more instances of back pain, arm pain and leg pain than do people with four years or more of higher education. There are no substantial differences between education groups with regard to instances of neck/shoulder pain, arm pain and headaches attributed to work. In the case of back and leg pains, however, workers with fewer years of education are much more likely to ascribe these to their job.

In terms of work, research has documented that both mechanical and psychosocial factors have an impact on the extent and intensity of such health complaints. Exposure to certain mechanical factors, such as lifting in awkward positions and working with the hands at shoulder height, has fallen over the past twenty years, while working while crouching or kneeling has remained relatively stable over the same period. Work involving repetitive and monotonous hand or arm movement and working while standing up represent the most common mechanical exposures by far, and the percentage of people saying they are exposed to these factors has remained relatively stable over the past twenty years. A common factor in many types of mechanical exposure is that the percentage of those who say they are exposed is greater amongst young people (17–24) than amongst older workers. There is a clear link between levels of education and mechanical exposure. With the exception of work involving computer screens and keyboards, workers with lower secondary education or lower as their highest qualification report by far the highest frequency of mechanical exposure. The difference between men and women is less conspicuous.

Work-related mental health issues and conditions

Mental health is a key factor for participation in working life. In 2012 people with mental health conditions accounted for 28 per cent of all new disability pension recipients, and 20 per cent of all doctor-reported sickness absence in 2014 was caused by mental health conditions. There is nothing to suggest that the prevalence of mental health issues and conditions has increased or decreased in Norway in the last few decades. Data from the 2013 Survey on Living Conditions shows that around 15 per cent of the working population reported mental health issues in the last month. Just under half say their problems were work-related. The proportion of people in work suffering from significant mental health issues stands at 10 per cent, equivalent to just over 250,000 people. Around 11 per cent cite sleeping problems entirely or partially caused by their work, while one in five say they feel mentally

exhausted after work at least one day a week. New Norwegian research has found that around one quarter of all cases of mental problems amongst the working population can be attributed to psychosocial and organisational risk factors at work such as low levels of decision latitude, role conflicts, high emotional demands, bullying/harassment and lack of job security. The 2013 Survey on Living Conditions found that people working in primary and lower secondary education, health, social care and social services are especially likely to say they are exposed to psychosocial risk factors in their working environment while also reporting a high prevalence of mental health issues.

Work-related hearing damage and tinnitus

Prolonged exposure to noise levels ≥ 85 dB(A) and/or exposure to impulse noise levels ≥ 130 dB(C) will respectively put excess strain on the sensory cells in the ear or immediately destroy these cells. Damaged sensory cells or sensory cells that have lost their ability to transduce mechanical vibrations into nerve impulses cannot be replaced. The hearing loss thus becomes permanent. Noise-induced injury is the occupational illness most frequently reported to the Norwegian Labour Inspection Authority and the Petroleum Safety Authority, and the percentage of people who say they suffer from hearing loss or tinnitus has not changed in the last decade. Data from the 2013 Survey on Living Conditions shows that around 11 per cent of the labour force, that is 280,000 people, suffer from various forms of hearing loss or tinnitus. Around 30 per cent of them say their complaints are work-related. The 2013 Survey on Living Conditions also found that around 9 per cent of the working population, that is 236,000 people, say they are exposed to loud noise for around a quarter of the working day or longer. This is a reduction of 5 percentage points since 1996. The proportion of people exposed to noise and of people reporting problems with their hearing has been found to be high in building and construction, manufacturing, crude oil and natural gas exploitation, power/water supply, transport/warehousing, agriculture, forestry and fisheries.

Work-related skin complaints and disorders

Many types of work, both at home and at work, can cause skin complaints. Working environment factors such as contact with chemicals and physical and mechanical exposure can result in skin complaints and disorders. The most common occupational skin disease is contact dermatitis, usually on the hands. The proportion of people in work who report work-related skin complaints in the form of dermatitis, itching or rashes has fallen slightly over the past 20 years. Around one in 10 people in work reported skin complaints in 2013, and one in five of these, i.e.

around 53,000 people, said the complaints were entirely or partially caused by their work. Reporting by doctors of work-related skin and subcutaneous diseases fell in the period 2000–2013. Half of the reported cases concerned people under the age of 35, and the cases were relatively evenly split between women and men. One in 1000 working people in the 33–42 age group treated by the specialist health service in 2008–2010 were treated for contact dermatitis, while doctor-reported sickness absence due to skin diagnoses lasting 17 days or longer accounted for just under 5 in 1,000 sickness absences – equivalent to 10,000 cases. The professions most prone to work-related skin complaints or disorders are primarily mechanics, hairdressers, cleaners, caretakers, building and construction workers, health and social care workers, farmers/fishermen and chefs / kitchen assistants.

If we look at how exposure to skin irritants has changed in the last decade, there is no change in the proportion of people reporting skin contact with oils/lubricants or frequent contact with water. There is a slight decline with regard to cleaning/degreasing agents. Women are slightly more likely than men to report exposure to cleaning/disinfecting agents and twice as likely to report skin contact with water for a quarter of the working day or longer. Men report four times as much skin contact with solvents/degreasers as women and almost seven times more contact with oils/lubricants. Generally speaking, exposure declines with age and higher levels of education. The professions most at risk are the same as those most likely to report work-related skin complaints and disorders.

Work-related respiratory complaints and diseases

Respiratory symptoms and diseases are common. Coughing, tightness and wheezing in the chest can be clinical symptoms of chronic respiratory diseases, and some of the complaints can be linked to the inhalation of polluted air in the workplace. The proportion of the labour force reporting respiratory complaints is falling, and in 2013 five per cent said they had been slightly affected by tightness/wheezing in the chest in the last month. One in seven of these, that is 17,500 people in work, said their complaints were entirely or partially caused by their work. The highest prevalence of respiratory complaints is found amongst cleaners, drivers and industrial operators, while reporting of work-related complaints is highest in the building and construction industry. There are no significant differences between men and women reporting respiratory complaints, but the prevalence of such complaints increases with age and falls with higher levels of education. Reported cases of work-related COPD between 2005 and 2013 indicate that the condition affects older men working in manufacturing and in the

building and construction industry. Work-related asthma over the same period is more equally divided between different age groups, and one in three sufferers is female. We are also seeing that new cases of asbestos-induced cancer are on the decline amongst those under the age of 66, while the number of cases continues to increase amongst those older than 67.

The proportion of people saying they are exposed to dust/smoke/gas/fumes in the workplace has fallen over the past 20 years. Looking at people reporting exposure through inhalation in 2013, younger people and those with the lowest levels of education are generally more likely to report exposure. Exposure to dust, smoke, exhaust, gas, steam and chemicals is most widespread in professions in the building and construction industry and amongst industrial workers, and it is three to five times higher amongst men than amongst women. Although passive smoking has fallen as a result of changes in the smoking ban, around 220,000 people continue to be exposed to secondary tobacco smoke every day at work. This particularly affects building and construction workers, health and social care workers and security guards / police officers.

Occupational injuries

One key indicator of risk levels in the workplace is occupational injuries leading to death. In a long-term perspective, going back several decades, there has been a marked decline. However, around the turn of the millennium this decline appears to have stopped, with some fluctuations from year to year. There is some uncertainty associated with the recording of deaths caused by occupational injury. The average risk in all sectors is estimated at 1.5 deaths per 100 million hours worked. The risk in the fishing industry is more than 15 times higher than the average. The risk of death is also high in agriculture and forestry, followed by shipping and transport/warehousing. In the period 2009–2014 females accounted for only 9 per cent of deaths in industries under the Labour Inspection Authority's jurisdiction (onshore industries).

By looking at Statistics Norway's Labour Force Survey appendix from 2013, we can estimate that around 84,000 people suffered occupational injury in 2013. Taking into account the fact that some may suffer more than one injury, the annual number of occupational injuries can be estimated at around 105,000. The profession most prone to injury is police officers / security guards, with an annual injury risk of more than 11 per cent. Some building and construction professions have an injury risk of around 10 per cent, while the primary sector sees an average annual risk of 7

per cent. There is also a relatively high risk of injury amongst chefs / kitchen assistants, in manufacturing, and amongst health and social care workers. Furthermore, there is a clear over-representation of foreign workers in the injury statistics.

Sickness absence

Sickness absence and termination of employment due to health problems are complex phenomena impacted by social, economic and individual circumstances. Illness, injury and subjective health complaints clearly affect people's capacity for work and their ability to remain in work, but the need to stay away from work due to illness will in most cases also depend on the place of work, the job in question, and the scope for adaptation.

Figures from the Norwegian Labour and Welfare Administration on working days lost due to illness as a percentage of the contractual number of working days (the sickness absence rate) show a positive trend, with sickness absence falling from 7.4 per cent in 2001 to 6.4 per cent in 2014. Self-reported sickness absence remained stable at around 1 per cent in the same period. Data from the Survey on Living Conditions in the period 1993–2013 shows variations in the proportion of people on doctor-reported sick leave lasting 14 days or longer and that there has been a slight decline amongst both men and women over the last three years. In the 2013 Survey on Living Conditions 16 per cent say they have been on doctor-reported sick leave lasting 14 days or longer at least once in the past year. Of these, around 37 per cent report that the sickness absence was caused by health problems entirely or partially caused by their work. Sickness absence rates are generally higher amongst women than amongst men. Building workers and cleaners are the professions reporting the highest levels of work-related doctor-reported sickness absence at 15 and 13 per cent respectively compared with 6 per cent for the working population as a whole. Looking at doctor-reported sickness absence registered with the Norwegian Labour and Welfare Administration, the highest instances of sickness absence can be found amongst female electricians, electrical technicians and telecoms engineers, closely followed by female drivers (bus/rail), ship's officers and aircraft pilots as well as female road workers, construction workers, stonemasons and bricklayers. As for men most cases are found amongst hairdressers followed by social workers, occupational therapists, child protection officers and cleaners. The lowest prevalence for women is amongst service personnel (hospitality) and middle managers. In terms of men the lowest proportion is found amongst solicitors/legal

practitioners/judges and civil engineers, planners and those with science qualifications.

Maximum sick pay entitlement

If a person on sick leave does not return to work within a year, they will no longer be entitled to sick pay. When someone exhausts their sick pay entitlement it is often a sign that they are withdrawing from working life altogether. The number of people finding that their sick pay is stopped because they have exhausted their sick pay entitlement has remained fairly stable in recent years. In the 16–69 age group this applied to around 47,500 people in 2010, just under 42,000 in 2011, while in both 2012 and 2013 the figure was close to 40,000. When looking at people exhausting their sick pay entitlement by gender and industry, we find that transport and warehousing tops the statistics for women, followed by business services, healthcare and manufacturing. For men, too, transport and warehousing tops the list, followed by hospitality and building and construction.

The proportion of women exhausting their sick pay entitlement is highest amongst drivers (bus/rail), ship's officers and aircraft pilots, with 40 per 1,000 wage earners per annum in 2013. Next come drivers, crew (vehicles/plants/vessels) (39) and cleaners (35). The average for women across all professions is 23 per 1,000 wage earners per annum. For men, cleaners top the list with 26 per 1,000 wage earners per annum, followed by drivers/crew (vehicles/plants/vessels) (25) and hairdressers (23). The average amongst men in all professions is 13 per 1,000 wage earners per annum.

Incapacity benefit

The proportion of people in work receiving incapacity benefit was relatively stable in the period 2010–2014. There was indeed a transient decline in 2013, but 2014 saw a substantial increase, largely because many people had received a work assessment allowance for the maximum period of four years. The highest prevalence of women receiving incapacity benefit for the first time can be found in the agriculture, forestry and fisheries industries with 20 per 1,000 workers per annum, followed by women working in transport/warehousing (18), women working in business services (17) and women working in manufacturing (15). The highest prevalence amongst men is in healthcare and social services at 12 per 1,000 workers per annum, followed by transport/warehousing (11), agriculture/forestry/fisheries and business services, both at around 10 per 1,000

workers per annum. The average amongst both men and women is 13 and 9 respectively per 1,000 workers per annum.

Surveys on occupational medicine

In 2009 STAMI established a national, anonymous register of all patients being investigated at Norway's six occupational medicine departments. The register generally records 1,300–1,400 patients every year with men being in the majority (around 75 per cent). More than half of the patients have respiratory symptoms. In 2013 the main diagnosis was found to be most likely work-related in 43 per cent of the cases, although the work-related ratio was lower amongst women than amongst men (39 per cent compared with 44 per cent likely to be work-related). This is due to the occupational distribution. Tradespeople represent a particularly large group, and almost all of them were male. In almost half of the cases involving tradespeople the main diagnosis was deemed to be most likely work-related. Around one third of cases involving women concerned professions in the sales, services and care sectors. In this group only 35 per cent were given a likely work-related main diagnosis.

IDENTIFYING VULNERABLE GROUPS

Some sectors and certain sub-groups of workers are thought to face particular challenges relating to the working environment and/or health. In this chapter we have compiled data on the working environment, health and sickness absence from different sources with a view to identifying the sectors and professions facing the most complex working environment challenges and to highlighting any working environment and health challenges amongst young workers, amongst women versus men, and amongst temporary employees. One important proviso with regard to this compilation of data on working environment exposure and health effects is that it is not suited to draw definite conclusions about potential relative causality between the exposures and the health complaints being addressed. Similarly, it is important to stress that the results will be influenced by the factors being measured and applied. Clearly there may be both serious and commonplace problems within certain professions and sub-groups that are difficult to identify from the available data. The scope for carrying out thorough statistical analyses will be limited due to few subjects and subsequently little statistical leverage.

Professions at risk

Within certain professions we are seeing an accumulation of self-reported health complaints. We can broadly divide the working population suffering an excessive frequency of complaints into two groups. On the one hand there are female-dominated professions in the health and social care sector such as healthcare workers, nurses and kindergarten/classroom assistants. On the other we have an excessive frequency of health complaints in male-dominated skilled and unskilled manual jobs in building and construction, manufacturing, transport and warehousing.

In the female-dominated professions in the health and social care sector there is an excessive frequency of musculoskeletal disorders, headaches, skin complaints, stomach complaints, mental health issues, physical and mental exhaustion and doctor-reported sickness absence. Workers in these professions are also more likely than the average worker to be exposed to working environment factors that may give rise to such complaints, including psychosocial factors such as low decision latitude; the combination of high job demands and low levels of decision latitude; imbalance between effort and reward; role conflicts; high emotional demands; bullying; violence and threats of violence. Organisational factors such as night-time work are also commonplace in the sector. Particularly prevalent mechanical factors are awkward lifting, working while crouching/kneeling or standing up. Workers in the sector are also more likely than the average worker to report exposure to cleaning/disinfecting agents and biological material.

In the male-dominated manual professions there is a particularly excessive frequency of musculoskeletal disorders, skin complaints, hearing loss, physical exertion and occupational injuries. Workers in these professions are also more likely than the average worker to be exposed to working environment factors that may give rise to such complaints, including mechanical factors such as working while crouching /kneeling, awkward lifting and working with the hands above shoulder height. Workers in these professions also report being more exposed to skin contact with degreasers/solvents as well as noise and vibrations. The psychosocial and organizational working environment is generally reported to be good in these professions, with the exception of an excessive frequency of bullying, long working weeks and night-time work in certain typical building and construction jobs.

Working environment and health amongst temporary employees

By international standards only a small proportion of Norwegian workers are in temporary employment. In 1996 the reported proportion of workers in temporary employment was 12.7 per cent. In the last five years the figure has been just over 8 per cent. Workers providing temporary cover for employees on leave account for the largest group of temporary employees. Temporary employment is more common amongst men than amongst women and is more widespread in the youngest age groups.

Amongst temporary employees it is more common not to have a written contract of employment (13.2 per cent compared with 3.5 per cent for permanent employees), and they are less likely to be members of a trade union (43 per cent compared with 58 per cent of permanent employees). Temporary employees are also far more likely than permanent employees to report that they do not know whether their employer has a health and safety officer, employee representative, working environment committee or occupational health service. There are no significant differences between permanent and temporary employees in respect of the working environment, but there are some variations with regard to the psychosocial and chemical/physical working environment. Temporary employees are slightly more likely to report anxiety and depression, while there are only minor and insignificant differences with regard to musculoskeletal disorders and other types of physical complaints.

Gender and occupational health

We still do not know enough about differences in men's and women's occupational health and about the degree to which any gender differences relating to illness and sickness absence can be linked to different types of working environment exposure. Gender differences in working environment exposure and occupational health do not appear to have changed much in the period 2000–2013. Differences between the genders in relation to sickness absence lasting longer than 14 days and self-reported work-related sickness absence lasting longer than 14 days also appear to have remained stable in the same period. Compared with men, women are more likely to be exposed to violence and sexual harassment, high emotional pressure as well as high work pressure combined with low levels of monitoring. Biological exposure is also more common amongst women. The same applies to skin contact with water and a poor indoor climate. The gender difference is less noticeable when it comes to mechanical exposure. Looking at the health effects, women are more prone to work-related headaches and neck/shoulder pains. A recently published

STAMI study concluded that a significant element of the heightened risk of doctor-reported sickness absence amongst women can be explained by differences in the way the two genders perceive the psychosocial working environment. Mechanical exposure does not help explain the differences. The impact of the working environment on gender differences in sickness absence levels is reiterated in studies carried out in both Denmark and Finland.

Sickness absence during pregnancy

Sickness absence amongst pregnant women in the third trimester can be an indicator of (inadequate) adaptation in the workplace. Amongst all pregnant workers in the fourth quarter of 2012 there were 90 cases of doctor-reported sickness absence lasting one day or longer for every 100 workers. The highest proportion of sickness absence can be found amongst health and social care workers, sales staff (wholesale/door-to-door/telephone), nurses, childcare/youth workers, childminders and cleaners.

Young people in work and occupational health

Young workers are a mixed group, and their involvement in working life varies. Many of them are still in education and have a more fleeting connection with the labour market, while others are working as apprentices or permanently employed in full-time positions. Most young wage earners are employed in professions requiring lower levels of education in which employees are generally more exposed to various working environment factors.

Young workers in the 17–24 age group are more likely to be in temporary employment, to not have a contract of employment, and to not be trade union members. The perceived risk of injury and the frequency of occupational injuries are higher amongst young wage earners. The combination of high work pressure and low levels of monitoring along with exposure to a range of mechanical, physical and chemical working environment factors are more common amongst men in the youngest age group. The risks relating to heavy lifting in awkward positions, working with the arms above the head and working while crouching or kneeling are higher amongst young women than amongst other women. There is a slightly higher risk of mental health issues amongst younger women than amongst the female working population as a whole. Both young women and young men are less likely to report musculoskeletal complaints and be on doctor-reported sick leave.

A GOOD WORKING ENVIRONMENT

Norwegian people in work are generally satisfied with their job, and nine in ten say that all in all they are very satisfied with their job. This figure varies slightly from profession to profession. The most satisfied group are qualified teachers, around 97 per cent of whom say they are very or quite satisfied, followed by professional artists. In three of the next four positions follow various management professions along with physiotherapists and related professions.

Although the Norwegian workforce enjoy their jobs, it is not a given that their working environment is good. Workers who are exposed to multiple adverse working environment factors may perceive their working environment to be good. One example of this is farmers/fishermen. This group scores the highest (95 per cent) and is well above the average in terms of both satisfaction and motivation. This profession also offers a high degree of self-determination. Looking at overall exposure of physical, mechanical and chemical risk factors in particular, this is perhaps the most vulnerable profession. In terms of health effects, the picture is more nuanced. This profession suffers few mental health issues and headaches but is above average with regard to occupational injury and most musculoskeletal disorders.

1 INNLEDNING

Arbeidet har en sentral plass i fellesskapet og er viktig for enkeltindividene. For de fleste av oss er arbeidet ikke bare et levebrød, men en arena som har betydning for fremtidsutsikter, sosial kontakt og generell tilfredshet med livet. De fleste av oss har behov for å bli sett, satt pris på og føle at vi er til nytte. Samtidig kan arbeidssituasjonen i en del tilfeller forårsake eller medvirke til sykdom og skade. Sviktende helse kan også oppstå uavhengig av arbeidet, og når personlige forutsetninger i form av helse eller kompetanse ikke svarer til kravene som arbeidsplassen stiller, kan arbeidsmiljøet oppleves som særlig belastende.

For fellesskapet, for arbeidsgivere og for de yrkesaktive er det gunstig at arbeidskraften og kompetansen kommer til nytte, og det er bred enighet om at alle yrkesaktive så langt som mulig bør beskyttes mot skadelig påvirkning. Et systematisk arbeid rettet mot arbeidsmiljøet innebærer både å fremme positive faktorer (positive utfordringer, meningsfullt arbeid, medbestemmelse og sosial støtte, anerkjennelse og belønning) og å redusere forekomsten av kjente risikofaktorer (kjemiske, biologiske, fysiske, mekaniske, psykososiale og organisatoriske). For å ivareta disse hensynene trengs det kunnskap om arbeidsmiljø og helse og om sammenhengen mellom dem. Slik kunnskap kan vi opparbeide oss gjennom systematisk innhenting og bearbeiding av data. Overvåking og forbedring av arbeidsmiljøet er derfor viktig både for å hindre skadelig påvirkning og for å fremme helse og inkludering.

Formålet med overvåkingssystemet generelt og faktaboken spesielt er å beskrive status og utviklingstrekk i arbeidsmiljøet. Det gjøres ved å utnytte tilrettelagte data fra mange ulike datakilder, både spørreskjemabaserte og registerbaserte. NOA samarbeider med en rekke dataleverandører (SSB, NAV, Arbeidstilsynet, Petroleumsstilsynet osv.) for å kunne øke nytteverdien av eksisterende datakilder slik at de også tjener overvåkingssystemet på arbeidsmiljøområdet. Pålitelig faktainformasjon danner grunnlag for all effektiv forebygging både nasjonalt og lokalt på den enkelte arbeidsplass. Faktaboken bidrar med kunnskap som brukes til å identifisere og prioritere innsatsområder for videreutvikling av et godt arbeidsmiljø, gjennom å følge arbeidsmiljøet i Norge over tid. Samtidig er det hele tiden en utfordring for overvåkingssystemet å fremskaffe data om nye grupper yrkesaktive.

Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015 er nummer tre i rekken av faktabøker. Flere datakilder har kommet på plass, og denne publikasjonen gir en bredere fremstilling av arbeidsmiljø- og helsetilstanden blant norske yrkesaktive enn det som tidligere har vært publisert.

Kapittel 1 beskriver kvalitetssikringen som ligger til grunn for indikatorene som presenteres i faktaboken. Det gis en beskrivelse av datakilder samt hvilken yrkes- og næringsinndeling som benyttes i kartleggingen av arbeidsmiljø og helse blant norske yrkesaktive.

Kapittel 2 er et bakgrunnskapittel. Her beskrives noen sentrale utviklingstrekk i arbeidslivet, hvordan nærings sammensetningen har endret seg de siste tiårene, samt hvordan det ser ut i dag. Videre beskrives yrkesdeltakelsen i norsk arbeidsliv generelt, blant personer med funksjonsnedsettelse, blant norske yrkesaktive med innvandrerbakgrunn, samt blant arbeidsinnvandrere.

Kapittel 3 er et eksponeringskapittel og gir en beskrivelse av arbeidstid, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø. Dette er arbeidsmiljøfaktorer som har betydning for en rekke helseutfall som beskrives i kapittel 4.

Kapittel 4 er hovedkapittelet i faktaboken. Kapitlet gir en beskrivelse av følgende helseutfall; muskel-skjelett plager, psykiske plager, sykdommer i luftveier/lunge, hud, skader, samt sykefravær og uførhet. Helseutfallene presenteres sammen med kjente eksponeringsforhold som i forskningslitteraturen er dokumentert å ha en sammenheng med helseplagen/sykdommen.

Kapittel 5 Formålet med dette kapittelet er å kartlegge i hvilke næringer og yrkesgrupper man står overfor de mest sammensatte arbeidsmiljøutfordringene, samt å belyse eventuelle arbeidsmiljø- og helseutfordringer blant unge arbeidstakere, hos kvinner sammenliknet med menn og blant midlertidig ansatte.

Kapittel 6 Norske arbeidstakere trives på jobb. I dette kapitlet diskuteres det om tilfredshet, tilhørighet og motivasjon i jobben sier noe om arbeidsmiljøet er godt, eller mindre godt?

I vår nettside «Verktøy for arbeidsmiljøfakta, NOA», presenteres indikatorene i faktaboken og kontinuerlig oppdaterte data til stor nytte i det forebyggende arbeidsmiljø arbeidet

1.1 KVALITETSSIKRING AV INDIKATORENE I OVERVÅKINGSSYSTEMET

DOKUMENTASJON AV ARBEIDSRELATERTE ÅRSAKER TIL SYKDOM, HELSEPLAGER OG SKADER

I Faktabok om arbeidsmiljø og helse sammenstiller vi informasjon om eksponering og helseutfall. Arbeidsmiljø- og helseindikatorer som inngår i NOAs overvåkingssystem er kunnskapsbaserte, og tar utgangspunkt i vitenskapelige dokumenterte sammenhenger mellom risikofaktorer i arbeidsmiljøet og helseutfall (se nedenfor). Et viktig forbehold i denne sammenstillingen av informasjon om eksponering og helseutfall er at hovedformålet med boken er å gi en deskriptiv fremstilling av forekomsten av potensielt sykdomsfremmende faktorer i norsk arbeidsliv, samt forekomsten av «arbeidsrelaterte» helseplager, sykdommer og skader. Med andre ord er ikke formålet å dokumentere årsakssammenhenger mellom gitte arbeidsmiljøeksponeringer og helseutfall ved bruk av epidemiologiske metoder som beskrevet nedenfor. Det betyr også at man må tolke resultatene i boken med nøkternhet; dvs. selv om dataene viser opphopning av både risikofaktorer og helseplager innen gitte yrker, er ikke analysene i denne boken egnet til å si noe sikkert om årsakssammenhenger.

Hva menes med at en arbeidsmiljøfaktor har en dokumentert effekt på helsen? I epidemiologien er det korte svaret at en faktor er en årsak til sykdom hvis den øker *sannsynligheten* for at sykdom inntreffer (1). Som et eksempel sammenliknet Andersen og Berge (2) forekomsten av nese- og bihulekreft blant arbeidere eksponert for nikkelstøv med forekomsten av denne krefttypen i den øvrige befolkningen, som man antok var ueksponert. Forskerne fant at forekomsten av kreft i nese og bihule var 18 ganger hyppigere blant nikkelarbeiderne enn i den øvrige befolkningen. Med viktige forbehold vil vi i dette eksempelet kunne si at eksponering for nikkelstøv er en årsak til kreft i nese og bihulene. Vi må ta forbehold fordi sammenhengen som vi observerer, nemlig at økt hyppighet av et fenomen (nikkelstøv) tenderer å etterfølges av økt hyppighet av et annet fenomen (kreft), også kan skyldes *tilfeldig variasjon, systematisk skjevhet (bias), konfundering og reversert kausalitet* (1). I vårt eksempel betyr dette at nikkelstøv er en årsak til kreft i nese og bihulene hvis vi kan utelukke at sammenhengen kan skyldes disse fire andre alternative forklaringene.

Det kan oppstå mønstre ved ren tilfeldighet. Hvis vi gjør en observasjon av en gruppe yrkesaktive hvor de som starter på jobb klokken åtte om morgenen, rapporterer betydelig mer muskel- og skjelettplager enn de som starter på jobb klokken halv åtte, kan funnet være et resultat av ren slump. Hadde vi studert denne sammenhengen i hele populasjonen, ville vi sannsynligvis funnet at det ikke forelå en slik sammenheng. For å utelukke slike tilfeldige mønstre anvendes statistiske tester som angir hvor sannsynlig det er at observasjonen kan forklares ved tilfeldighet.

Systematisk skjevhet viser til mangler ved hvordan studien er bygget opp og gjennomført. For eksempel kan man i studier basert på selvrapportert eksponering og/eller utfall få systematiske skjevheter dersom spørsmålene misforstås slik at vi enten får konsistent under- eller overrapportering av en gitt type eksponering eller et helseutfall (missklassifikasjon). En annen vanlig skjevhet oppstår hvis yrkesaktive med mest plager velger å ikke delta i studien (seleksjonsskjevhet). Da vil man risikere at de som deltar i studien, ikke er representative for den populasjonen vi ønsker å si noe om, og vi vil sannsynligvis underestimere sammenhengen mellom en gitt eksponering og sykdom. Systematisk skjevhet kan i hovedsak ikke rettes opp ved statistiske metoder og er således en mer alvorlig trussel mot studiens sannhetsverdi enn tilfeldig variasjon eller tilfeldige målefeil. Høy svarprosent og valideringsstudier, dvs. å teste ut om spørsmålene blir forstått som tilsiktet, er derfor viktig i studier basert på selvrapportering. Imidlertid kan missklassifikasjon også oppstå i studier som anvender «objektive» måleinstrumenter – som ved blodtrykksmålinger.

Konfundering viser til variabler som påvirker både eksponeringsvariabelen og utfallsvariabelen, men som selv ikke er en del av årsakskjeden mellom eksponeringen og utfallet, dvs. at konfunderingsvariabelen ikke er en konsekvens av eksponeringen. Som eksempel kan vi tenke oss at vi finner en statistisk sammenheng mellom røyking og leverskade (3). Imidlertid vet vi fra tidligere studier at alkohol også er en kjent risikofaktor for leverskade. Vi bør da stille oss spørsmålet om sammenhengen mellom røyking og leverskade kan skyldes at røykere som gruppe har et høyere alkoholkonsum enn ikke-røykere. Hvis effekten av røyking opphører ved at vi tar hensyn til alkoholkonsum i de statistiske analysene, vil vi kunne slutte at sammenhengen mellom røyking og leverskade er konfundert (falsk), og skyldes at alkoholkonsum er assosiert med både røykevaner og risiko for leverskade. Som i eksempelet ovenfor kan konfundering føre til at den antatte sammenhengen opphører, men konfundering kan også vise til at effekten av

en gitt eksponering avtar. Et eksempel er relasjonen mellom støveksposering i arbeidsmiljøet og nedsatt lungefunksjon. Siden tobakksrøyking kan være mer utbredt blant støveksposerte arbeidere enn i den øvrige befolkningen, og røyking er en kjent årsak til nedsatt lungefunksjon, kan vi overestimere sammenhengen mellom støveksposering og nedsatt lungefunksjon dersom vi ikke tar hensyn til røyking. Utvikling av sykdom er ofte en kompleks prosess hvor en rekke genetiske og miljømessige faktorer spiller inn. I observasjonsstudier er det derfor nær umulig å ta hensyn til alle tenkelige faktorer som kan påvirke sammenhengen mellom eksponering og helse.

Reversert kausalitet viser til at virkning (sykdom) kommer før årsak i tid (eksponering). For at sykdom skal kunne være et resultat av skadelige faktorer i arbeidsmiljøet, er det logisk at man først må ha blitt utsatt for slike faktorer før sykdom kan bli en konsekvens. I praksis kan det imidlertid vise seg å være vanskelig å påvise at eksponeringen inntraff før sykdommen var et faktum. Et eksempel er jobberelatert mobbing og risiko for psykiske plager. I en oppfølgingsstudie fant Finne og medarbeidere (4) at yrkesaktive som oppga å være mobbet ved studiens start, hadde en forhøyet hyppighet av betydelige psykiske plager ved måletidspunktet to år senere. Imidlertid undersøkte Finne og medarbeidere om det også kunne være slik at de som oppga psykiske problemer ved studiens start, i større grad oppga å bli mobbet ved måletidspunktet to år senere, noe de også fant belegg for. Forskerne konkluderte med at relasjonen mellom mobbing og psykiske plager er en ond sirkel hvor det er vanskelig å bestemme hva som startet det hele. Et annet eksempel er den påviste sammenhengen mellom å miste jobben og risikoen for svekket helse. Studier har nemlig også vist at sammenhengen kan være som følger: Svekket helse gir økt risiko for å miste jobben (5).

GRUNNLAGET FOR NOAS INDIKATORER

NOA utvikler indikatorer basert på tilgjengelige datakilder. Det viktigste kriteriet for utvikling og valg av indikatorer er sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse, dvs. at valgte eksponeringsindikatorer skal ha dokumentert betydning for helsen, og valgte utfallsindikatorer skal helt eller delvis kunne ha sammenheng med risikofaktorer i arbeidsmiljøet. I tillegg er NOAs indikatorer grunnlagt i følgende kriterier: (i) risikoestimatets styrke, dvs. hvor sannsynlig det er at eksponering gir helseutfall i kraft av plager, sykdom og skader, (ii) eksponeringsfaktorens forekomst, (iii) helseutfallenes alvorlighet og (iv) i hvilken grad forebygging er mulig. En samlet vurdering av disse kriteriene er avgjørende for utvelgelse av indikatorer. Det kan for eksempel være gode grunner til å overvåke en eksponeringsfaktor selv om den er lite utbredt i norsk arbeidsliv, nettopp fordi den er forbundet med svært høy risiko for alvorlig sykdom – for eksempel eksponering for asbest og risiko for brysttinnkreft. Andre arbeidsmiljøfaktorer kan ha stor utbredelse, som lav selvbestemmelse i arbeidssituasjonen, men gi relativt lav risiko for sykdom. Likevel vil det være viktig å overvåke en slik faktor, siden eksponeringsfaktorer som relativt sett gir lav risiko for utvikling av sykdom, likevel kan medføre at en betydelig andel utvikler sykdom grunnet det høye antallet som er eksponert for faktoren. NOAs egen forskningsvirksomhet på representative utvalg av den norske yrkesbefolkningen, annen norsk arbeidsmiljøforskning og internasjonal forskning ligger til grunn for indikatorutviklingen.

I hvilken grad helseplager, sykdom og skader i yrkespopulasjonen kan tilskrives ugunstige faktorer i arbeidsmiljøet, er et helt sentralt spørsmål som ligger til grunn for NOAs utvikling av indikatorer og NOAs arbeidsmiljøovervåking. Som en tilnærming til dette spørsmålet beregner NOA gjennom forskningsvirksomhet tilskrivbar risiko i yrkespopulasjonen, dvs. at en tar hensyn til både hvor stor andel av yrkespopulasjonen som er eksponert for en gitt arbeidsmiljøfaktor, og sannsynligheten for å utvikle sykdom gitt at man er eksponert. Tilskrivbar risiko er et mål som kan brukes for å anslå hvor mye sykdom som kan forebygges ved å redusere forekomsten av arbeidsmiljøfaktoren. Tabell 1.1.1 gir en oversikt over utvalgte arbeidsmiljøfaktorens betydning for helseutfall. Estimaten kan tolkes som et teoretisk maksimumspotensial for forebygging: Vi ser av tabellen at ved å eliminere forekomsten av mobbing og trakassering i arbeidsmiljøet, vil man samtidig redusere andelen i yrkespopulasjonen som har psykiske plager, med 4 prosent.

1.1.1 Utvalgte arbeidsmiljøfaktorerets betydning for helseutfall (tilskrivbar risiko)

INDIKATOR	RYGG- SMERTER	NAKKE- /SKULDER- SMERTER	HODEPINE	PSYKISKE PLAGER	SYKE- FRAVÆR	AVGANG FRA JOBB	ARBEIDS- SKADER	HUDPLAGER
Mekanisk eksponering	26 %	12 %			25 %	38 %		
Arbeid på huk/kne	6 %				2 %			
Ugunstige løft	8 %	6 %			2 %			
Arbeid med bøyd nakke		6 %			5 %	11 %		
Stående arbeid	12 %				8 %	21 %		
Helkroppsvibrasjon						3 %		
Tungt fysisk arbeid						3 %		
Gjentatte arm-/håndbevegelser					8 %			
Psykososiale faktorer	17 %	11 %	27 %	25 %	15 %	26 %		
Høye jobbkrav	12 %	8 %						
Lav kontroll	5 %			5 %				
Høye krav/lav kontroll							11 %	
Emosjonelle krav				7 %	6 %		14 %	
Lav lederstøtte		3 %			6 %	7 %		
Rollekonflikt			11 %	6 %	5 %		14 %	
Mobbing			4 %	4 %				
Monotont arbeid						19 %		
Dårlig sosialt klima			5 %					
Organisatoriske faktorer			7 %	4 %				
Nedbemanning			7 %					
Jobbusikkerhet				4 %				
Kjemisk eksponering								
Vann på huden								4 %
Rengjørings- og desinfeksjonsmidler								3 %

1.2 DATAKILDER

En hovedoppgave for NOA er å beskrive nasjonal status for arbeidsmiljø og arbeidshelse samt utviklingstrender. Dette gjøres ved å utnytte tilrettelagte data fra mange og ulike datakilder, både spørreskjemabaserte og registerbaserte. Samtidig er det hele tiden en utfordring for overvåkingssystemet å fremskaffe opplysninger om nye grupper av yrkesaktive i det norske samfunnet. Arbeidsinnvandrere er en gruppe som til dels faller utenfor noen av datakildene. Det er også vanskelig å skaffe nye og bedre data som gjør det mulig å beskrive forekomsten av arbeidsrelaterte sykdommer og arbeidsskader i norsk arbeidsliv på en tilfredsstillende måte.

Blant de tilgjengelige datakildene er det noen som gir opplysninger om helseeffekter som med stor sannsynlighet er arbeidsrelaterte. Dette gjelder registrene for arbeidsskader, dødsulykker og arbeidsrelaterte sykdommer (Arbeidstilsynet, Petroleumstilsynet). Selv for disse registrene er det imidlertid en utfordring å sikre at registrene er komplette. Andre kilder inneholder helsedata uten andre opplysninger om arbeidsrelasjon enn yrkes- eller næringskoder, for eksempel NAVs registre over sykefravær og uførepensjoner. Andre registre igjen, for eksempel Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister, Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister, mangler også yrkes- og næringskoder. Som et viktig supplement til registerdataene gir befolkningsundersøkelsene, som levekårsundersøkelsene fra SSB, oss mulighet til å tegne et representativt bilde av arbeidsmiljøtilstanden i Norge basert på hva de yrkesaktive selv oppgir. Undersøkelsene kan gi et godt bilde av forekomsten av sykdom og plager i befolkningen, men gir mindre presis informasjon om sykdom og diagnoser.

LEVEKÅRSUNDERSØKELSEN OM ARBEIDSMILJØ FRA STATISTISK SENTRALBYRÅ

Levekårsundersøkelsene om arbeidsmiljø (LKU) er intervjuundersøkelser som SSB foretar hvert tredje år i et representativt utvalg av den norske befolkningen. Undersøkelsen gjennomføres i utgangspunktet hvert tredje år, første gang i 1989 og siden i 2000, 2003, 2006, 2009 og 2013. Den har et omfattende sett av variabler:

fysisk og organisatorisk arbeidsmiljø, arbeidsskader, sykefravær og helseproblemer, næring, yrke, bedriftsstørrelse og andre bakgrunnsvariabler mv. Opplysninger om blant annet inntekt, utdanning og fødeland er hentet fra registre. Fra og med 2006 ble undersøkelsen utvidet på permanent basis og er nå etablert som arbeidsmiljøkohort (paneldesign), dvs. det er de samme personene som blir spurt hver gang. Resultatene i LKU 2013 bygger på svar fra mer enn 8000 yrkesaktive. Selv om deltakerne er delt inn etter yrkesgrupper og vi dermed får et begrenset antall i hver yrkesgruppe, har LKU 2013 stor utsagnskraft og antas å gi et pålitelig bilde av hvordan norske yrkesaktive opplever arbeidsmiljøet. Svarprosenten i LKU 2013 var på 53,1 og har vist en synkende tendens de senere år. I 2009 var den på 61, og i 2006 var svarprosenten 69. Den fallende svarprosenten utgjør et problem, da mye tyder på at dette frafallet ikke er tilfeldig. Frafallet vil typisk være størst i ulike svakere grupper, som for eksempel lavt utdannede. Paneldesignet gjør dessuten at de som faller ut av arbeidslivet, for eksempel på grunn av kroniske sykdommer og plager, også faller ut av undersøkelsen. Begge mekanismer gjør at undersøkelsen kan gi et bedre bilde av arbeidsmiljøtilstanden enn den i realiteten er. Frisører er eksempel på et yrke som av ulike grunner har relativt stor avgang i ung alder. I LKU 2013 har antallet frisører blitt betydelig færre enn det var i 2009. Vi har derfor ikke kunnet forsvare å opprettholde frisør som eget «NOA-yrke». Dette er en av grunnene til at vi har omarbeidet yrkesinndelingen (Se vedlegg 1). Datasettet er utstyrt med vektorer som forsøksvis veier opp for at svarprosenten varierer med kjønn, alder, utdanningsnivå, familiestørrelse og kommunistørrelse, og det er i hovedsak vektete resultater som blir presentert. LKU 2013 er den største og viktigste enkeltstående datakilden i faktaboken.

ARBEIDSKRAFTUNDERSØKELSEN FRA STATISTISK SENTRALBYRÅ

Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) er en kontinuerlig pågående undersøkelse som foretas av SSB. Et representativt utvalg av den norske befolkningen i alderen 15–74 år, i alt ca. 24 000 personer, trekkes ut til å svare på et intervju om forskjellige sider ved arbeidsforholdet sitt. Formålet med undersøkelsen er at den skal fungere som en referansekilde som gir informasjon om utviklingen i sysselsetting og arbeidsledighet, om nærings- og yrkesstruktur, om ulike befolkningsgruppers tilknytning til arbeidsmarkedet og om arbeidstidsordninger m.m. Hvert intervjuobjekt deltar i alt åtte ganger i løpet av åtte påfølgende kvartaler, og utvalget fornyes med en åttendedel hvert kvartal. SSB kobler til informasjon om blant annet næring, yrke og utdanning. Svarprosenten ligger på om lag 90. AKU er hjemlet i statistikkloven, og respondentene har svarplikt. AKU er, i likhet med LKU,

forsynt med vekter. Ved bruk av vektene kan man estimere nasjonale tall. Dette er gjort noen steder i faktaboken, selv om det alltid vil være en viss usikkerhet knyttet til frafallet.

Hvert år har AKU en tilleggsundersøkelse med en rekke spørsmål i tråd med krav fra Eurostat. I 2013 dreide denne tilleggsundersøkelsen seg om arbeidsrelatert skade og sykdom, og i overkant av 12 000 personer besvarte disse spørsmålene. Noen hovedfunn fra denne undersøkelsen blir også presentert i faktaboken.

ARBEIDS- OG VELFERDSFORVALTNINGEN

Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) består av den statlige arbeids- og velferdsetaten og deler av kommunenes sosialtjenester. NAV har vært vår kilde til opplysninger om sykefravær, oppbrukte sykepengere rettigheter og uførepensjon. Sykefraværregisteret inneholder opplysninger om legemeldt sykefravær blant arbeidstakere, mens dataene om uførepensjon også dekker selvstendig næringsdrivende.

Vi har tidligere presentert statistikk fra NAV over godkjente yrkessykdommer, en svært sentral indikator. NAV er imidlertid for tiden ikke i stand til å levere oppdatert informasjon på dette området.

ARBEIDSTILSYNET

Arbeidstilsynet er en statlig etat underlagt Arbeids- og sosialdepartementet. Etatens oppgave er å føre tilsyn med at virksomhetene følger arbeidsmiljølovens krav. Fra Dokumentasjons- og analyseavdelingen i Direktoratet for arbeidstilsynet har vi mottatt data om arbeidsskadedødsfall, data fra Register for arbeidsrelatert sykdom (RAS – se nedenfor), herunder oversikt over legetyper som melder til dette registeret, samt data om Arbeidstilsynets tilsynsvirksomhet i virksomhetene. Arbeidstilsynets Godkjenningssenhet for bedriftshelsetjenesten er kilden til data om godkjente bedriftshelsetjenester. Vi har tidligere presentert data fra Arbeidstilsynets yrkesskaderregister. Dette registeret ble imidlertid av ulike grunner lagt ned i 2013.

RAS er et register over legemeldte arbeidsrelaterte sykdomstilfeller. Siden 1977 har registrering av arbeidsrelaterte sykdommer vært hjemlet i arbeidsmiljøloven § 5-3, som sier at «enhver lege som igjennom sitt arbeid får kunnskap om at arbeidstaker

lider av yrkessykdom som er likestilt med yrkesskade etter folketrygdloven § 13-4, eller annen sykdom som legen antar skyldes arbeidstakers arbeidssituasjon, skal gi skriftlig melding om det til Arbeidstilsynet». Registeret gir tilgang til data om arbeidsrelaterte helseskader fra en upartisk (ikke arbeidsgiver eller arbeidstaker) og kvalifisert (behandler lege) kilde. Meldingene gir beskrivelser av kjente og mindre kjente risikoforhold i arbeidsmiljøet som kan være utløsende årsak til sykdom. Meldingenes verdi ligger i detaljeringsgrad, ikke i kompletthet, da det er betydelig underreportering. RAS kan derfor normalt ikke brukes til å trekke kvantitative slutninger (slutninger om mengde). Det gjelder både mellom bransjer og mellom ulike sykdommer (diagnosegrupper). Tallene sier kun hvor mange tilfeller som blir registrert, ikke hvor mange som i virkeligheten blir syke. Noen bransjer kan ha bedre overvåking av arbeidstakernes helse enn andre bransjer.

PETROLEUMSTILSYNET, LUFTFARTSTILSYNET OG SJØFARTSDIREKTORATET

Petroleumstilsynet har et tilsvarende register som RAS-registeret. Disse statlige etatene har tilsynsansvar for henholdsvis petroleumsvirksomhet, luftfart og sjøfart. Etatene har vært vår kilde til informasjon om arbeidsskadedødsfall innenfor disse tilsynsområdene.

PRODUKTREGISTERET

Produktregisteret er myndighetenes register over farlige kjemikalier i Norge og driftes av Miljødirektoratet. Opplysningene i registeret brukes bl.a. til myndighetenes kontroll med kjemikalier, risikoanalyser knyttet til kjemiske stoffer og i forbindelse med akutte hendelser.

STAMIS OVERSIKT OVER ARBEIDSMEDISINSKE UTREDNINGER

STAMI har i samarbeid med landets fem øvrige arbeidsmedisinske avdelinger fra 2009 opprettet en anonym oversikt over utredningssaker for alle pasienter som er utredet ved avdelingene. STAMI har ansvar for driften av denne oversikten og utarbeider årlige rapporter basert på den registrerte virksomheten.

NORSK PASIENTREGISTER

Norsk pasientregister (NPR) samler inn data fra innlagte og poliklinisk behandlede pasienter ved alle sykehus i Norge. Registeret er personidentifiserbart, og det kan kobles til andre registre. Det er for eksempel mulig å koble til yrkesopplysninger fra Arbeidstaker- og arbeidsgiverregisteret. Vi presenterer data om sykehusbehandlinger etter yrke for visse diagnoser for personer født i perioden 1967–1976.

På sikt vil NPR også kunne bli en viktig kilde til informasjon om arbeidsskader. Personskaderegistreringen er under implementering ved sykehusene, men det er fortsatt ikke mulig å presentere komplette nasjonale data.

KREFTREGISTERET

Kreftregisteret, Institutt for populasjonsbasert kreftforskning, ble opprettet i 1951 og er et av de eldste nasjonale kreftregistrene i verden. Kreftregisteret er en del av Helse Sør-Øst RHF og er organisert som selvstendig institusjon under Oslo universitetssykehus HF, med eget styre.

Tallene fra Kreftregisteret gjelder forekomsten av den sterkt arbeidsrelaterede kreftdiagnosen mesoteliom.

DATAKILDER SOM IKKE ER BENYTTET:

DØDSÅRSAKSREGISTERET

Alle dødsfall meldes av lege, som fyller ut en dødsmelding. Dødsmeldingene samles i Dødsårsaksregisteret, som koder opplysningene etter et internasjonalt system og bestemmer dødsårsaken som brukes i dødsårsaksstatistikken (underliggende dødsårsak). Registeret gir oss muligheter til å følge utviklingen i dødelighet for blant annet hjerteinfarkt, kreft, ulykker og selvmord. Ulykkesdødsfallene er imidlertid mangelfullt registrert, idet ca. 90 prosent av dem er registrert med «ukjent aktivitet». Vi har tidligere brukt dette registeret som en kilde til statistikk over arbeidsskadedødsfall, men på grunn av den dårlige kvaliteten har Dødsårsaksregisteret nå sluttet å publisere disse dataene. Det er Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) som både eier og driver Dødsårsaksregisteret.

Datakildene omtalt nedenfor er ikke benyttet i Faktaboka. Oppdaterte data fra disse kildene presenteres i sin helhet på nettsiden vår «Verktøy for arbeidsmiljøfakta» www.noa.stami.no

STATENS STRÅLEVERN

Statens strålevern er landets fagmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet. Strålevernet sorterer under Helse- og omsorgsdepartementet, men skal betjene alle departementer i spørsmål som angår stråling.

EXPO

Eksponeringsmålingene som er registrert i EXPO, begrenser seg til de analysene som blir utført på laboratoriene på STAMI, styrt av forskningsprosjekter, etterspørsel fra markedet samt fokuset på kampanjer som utføres av Arbeidstilsynet. Det arbeides med å gjøre EXPO til en nasjonal database over kjemiske arbeidsmiljømålinger, med systematisk innsamling av målinger som utføres på norske arbeidsplasser uavhengig av hvor de er analysert.

KRIMINALSTATISTIKK FRA STATISTISK SENTRALBYRÅ

SSB er vår kilde til data om arbeidsmiljøkriminalitet, som er en del av deres kriminalstatistikk. Kriminalstatistikken gir et bilde av den registrerte kriminalitetens omfang og karakter. Den viser tallet på forbrytelser og forseelser som blir anmeldt og etterforsket, samt antall straffereaksjoner.

GIFTINFORMASJONEN

Giftinformasjonen er det nasjonale rådgivnings- og kompetanseorganet for akutte forgiftninger og forgiftningsfare. Giftinformasjonen var tidligere en avdeling i Helsedirektoratet, men fra og med 2015 er enheten underlagt Nasjonalt folkehelseinstitutt. I faktaboken presenterer vi Giftinformasjonens opplysninger om forgiftninger i arbeidslivet.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO)

International Labour Organization er den internasjonale arbeidsorganisasjonen. Den er underlagt FN og har hovedkvarter i Genève i Sveits. Organisasjonen står blant annet bak en rekke konvensjoner om arbeidsmiljø og arbeidshelse.

FORKORTELSER

AKU- Arbeidskraftundersøkelsen
EWCS- European Working Conditions Survey
ILO- International Labour Organization
LKU- Levekårsundersøkelsen
NAV- Arbeids- og velferdsforvaltningen
NOA- Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø
NPR- Norsk pasientregister
QPS nordic- Nordic Questionnaire for psychological and social factors at work
RAS- Register for arbeidsrelatert sykdom
RNNP- Risikonivå i norsk petroleumsvirksomhet
SSB- Statistisk sentralbyrå
STAMI- Statens arbeidsmiljøinstitutt

BEGRENSNINGER VED DATAENE

Faktaboken presenterer data fra en rekke ulike datakilder. Dataene blir hovedsakelig presentert ved bruk av deskriptiv statistikk, som frekvenstabeller og krystabeller. De viktigste variablene som utfallsmålene ses opp mot, er kjønn, yrke, aldersgruppe og næring. Der det er aktuelt (dvs. der det er brukt data fra LKU eller AKU) er det vektete resultater som presenteres. Av personvern hensyn presenteres ikke resultater hvor det er mindre enn fire personer som ligger til grunn. Det betyr at dersom det er 0, 1, 2 eller 3 personer i for eksempel ett spesielt yrke som svarer bekræftende på en spesifikk eksponering, fjernes dette yrket fra fremstillingen (figuren eller tabellen).

SELVRAPPORTERTE DATA

I tillegg til registerdata (for eksempel fra NAV) og tilsynsdata (for eksempel Arbeidstilsynet) gjør Faktaboken utstrakt bruk av selvrapporterte data, hvor også eventuell vurdering av plagers arbeidsrelasjon er selvvalgt. Noen mener dette vil føre til en overvurdering av sammenhengen med arbeidet. Dette er imidlertid undersøkt vitenskapelig i en studie der selvrapportering ble sammenlignet med legevurdering for personer med smerter i nakke/skulder eller arm (Mehlum et al. 2009). Selvrapportering ble funnet å gi et rimelig godt mål på hvor stor andel av helseproblemene som er arbeidsrelatert, men dette vil kunne variere med type helseproblem og kriteriene for å vurdere arbeidsrelasjonen. Yrkesaktives subjektive oppfatning av sitt eget arbeidsmiljø er viktig, blant annet fordi slike oppfatninger kan være avgjørende for hvilke stressreaksjoner og helserelaterte konsekvenser arbeidsmiljøforholdene vil kunne medføre.

TVERRSNITTSSTUDIER

Denne typen undersøkelser (som LKU) er også et typisk eksempel på en tverrsnittsstudie, dvs. en undersøkelse hvor man spør om en rekke forskjellige forhold vedrørende både eksponering (arbeidsmiljø) og utfall (helseeffekter) på ett og samme tidspunkt. Slike undersøkelser kan brukes til å gi en indikasjon på om det er de samme gruppene som opplever størst eksponering i arbeidsmiljøet, som også opplever mest plager med helsen. De kan imidlertid ikke si noe om årsakssammenhenger. Belastende miljøfaktorer og kroppslige eller psykiske plager kan gjensidig påvirke måten man opplever slike forhold på, og dermed også resultatene i undersøkelsen. Det kan for eksempel hende at personer som har fysisk tungt arbeid, i større grad enn andre vil peke på jobben som årsak til sine muskel- og skjelettsmerter. Ved vurdering av årsakssammenhenger bør det samles inn mål på eksponeringer og mål på helseeffekter fra uavhengige kilder og til ulike tidspunkt. Det kan derfor være lurt ved lesing av Faktaboken å se resultatene fra de ulike datakildene opp mot hverandre.

STATISTISK USIKKERHET

Det vil alltid være større eller mindre grad av statistiske feilmarginer knyttet til resultatene. Generelt gjelder regelen: Jo større utvalg man har, jo mindre er de statistiske feilmarginene i resultatet. Når vi for eksempel rapporterer landsomfattende tall fra registerdata, vil usikkerheten være svært liten og mest avhengig av kvaliteten på registeret. Også når nasjonal forekomst blir estimert ut fra hele LKU-utvalget, vil anslaget være nokså presist. Når vi bryter ned materialet på for eksempel yrker, øker usikkerheten for resultatet. Det er vanlig å beregne slik usikkerhet statistisk og oppgi et mål for usikkerheten. Et konfidensintervall omfatter et sett av verdier som vi kan være rimelig sikre på at inneholder den sanne verdien. Det er mest vanlig å benytte et 95prosent konfidensintervall. En vanlig fortolkning er at dette intervallet inneholder det sanne tallet for den generelle yrkesbefolkningen med 95 prosent sannsynlighet. Det er dermed en liten sannsynlighet for at et konfidensintervall som blir beregnet i et enkelt utvalg, ikke vil inkludere et resultat som er sant for den populasjonen man uttaler seg om. Vi har valgt ikke å oppgi slike mål i våre figurer og tabeller.

1.3 YRKES- OG NÆRINGSINDELINGEN

I det forebyggende arbeidet på overordnet nivå (myndigheter, tilsynsetater, fagforeninger og arbeidsgiverorganisasjoner) er det vanlig å dele inn de yrkesaktive etter yrke og/eller næring. NOA jobber for at de relevante nasjonale helseregistrene skal få koblet til informasjon om yrke og næring fra NAVs arbeidstaker- og arbeidsgiverregister.

Yrke tar utgangspunkt i enkeltindividenes arbeidsoppgaver, utdanning og erfaring, mens næring er en inndeling av virksomhetene eller arbeidsgiverne etter hva slags varer eller tjenester de leverer.

Våre behov er rettet mot forhold i arbeidslivet som virker inn på helsen. Det dreier seg om en lang rekke faktorer, fra mellommenneskelige og organisatoriske forhold til fysiske og kjemiske forhold. For å oppnå størst mulig klarhet i beskrivelsen av miljøforholdene er det et mål å se på mest mulig ensartede grupper. En del av miljøfaktorene er nært knyttet til arbeidsoppgaver, kundeforhold, produksjon og tekniske forhold ved bygninger, maskiner og hjelpemidler. Næringslivet er i stadig endring med flytting, nedlegging eller oppdeling av store organisasjoner eller med nyordninger knyttet til innkjøp av tjenester og produksjonsoppgaver. I mange tilfeller vil arbeidsoppgavene fortsatt bli utført av norske yrkesaktive, med mindre de blir automatisert eller flyttet utenlands.

Vi har derfor vurdert det som sannsynlig at yrkesgruppene forblir mer uendret i det lange løp enn bransjene og næringsgruppene. I presentasjonene fra LKU 2013 har vi lagt størst vekt på yrkesbetegnelsene, fordi vi derved får gruppert deltakere med mer ensartet arbeidsmiljø enn det vi ville fått ved å dele inn etter næring. Opplysning om næringstilhørighet vil gis som supplerende opplysning, og for enkelte datakilder hvor yrkesopplysning ikke er tilgjengelig, som for eksempel på kjemi- og biologiområdet, vil eksponerte yrkesaktive i hovedsak beskrives i næringsgrupper.

YRKESINDELING

Det er verdt å legge merke til at SSB har innført et revidert yrkeskodeverk siden forrige gang faktaboken ble gitt ut. Årsaken er at ILO har revidert sin «International Classification of Occupations» fra 1988. Den nye utgaven, som ble lansert i 2008, har fått navnet ISCO-08. Hovedbegrunnelsen for å revidere den internasjonale standarden var at det har skjedd store endringer i arbeidslivet de siste 20 årene, blant annet har det vært en kraftig økning av yrker innenfor IKT. På bakgrunn av dette ble det besluttet å gi ut en ny norsk standard for yrkesklassifisering basert på ISCO-08. Denne har fått navnet STYRK-08.

Det er gjort en del endringer både i grupperingene og plasseringene av enkeltyrker i den nye standarden sett i forhold til den gamle. Bare om lag halvparten av enkeltyrkene er beholdt. De andre er splittet opp i ett eller flere enkeltyrker eller gruppert sammen med andre yrker. I tillegg er det lagt til en del nye yrker som ikke fantes i den gamle standarden. Disse endringene er såpass store at det ikke var mulig å opprettholde inndelingen i de 47 «NOA-yrkene» fra forrige faktabok. Som tidligere nevnt er dessuten svarprosenten i Levekårsundersøkelsen fallende, og dette har gått mer ut over enkelte yrkesgrupper enn andre.

Vi har derfor gått gjennom og revidert vår yrkesinndeling. Antall deltakere i LKU 2013 er en begrensende faktor, da det er grenser for hvor små gruppene kan være. Vi har derfor prøvd å holde tallet på yrkesaktive i hver gruppe høyere enn 100, eller i alle fall over 50. Vi endte opp med 46 yrkesgrupper (se vedlegg 1).

Enkelte dataleverandører benytter imidlertid fortsatt den gamle yrkesinndelingen som følge av at registrene ennå ikke har tatt SSBs 2008 i bruk. Derfor vil enkelte av presentasjonene våre være i henhold til de 47 «gamle» NOA-yrkene, som beskrevet i forrige faktabok. Dette gjelder blant annet data fra NAV og fra Norsk pasientregister.

Detaljerte opplysninger om hvilke yrkeskoder som inngår i hver yrkesgruppe, er gitt i vedlegg 1.
Fordeling av yrker etter næring, kjønn og alder er gitt i figurene 2.1.2, 2.2.2 og 2.2.3.

NÆRINGSINDELING

Det har ikke skjedd noe nytt med næringsinndelingen siden sist. Vår inndeling i næringsgrupper baserer seg fortsatt på Standard for næringsgruppering (SN2007), som bygger på tilsvarende standard fra EU (NACE Rev. 2). Vi har gjennomgående delt næringene på hovedgruppenivå i kodesettets struktur. Enkelte data presenteres etter den forrige næringsinndelingen SN2002, dersom de er levert i denne formen av dataleverandøren.

Fordeling av næring etter yrke er gitt i figur 2.1.2

Siden det for noen datakilder på kjemi- og biologiområdet ikke er mulig å trekke ut data for eksponerte yrker, vil eksponeringsopplysningene innenfor disse fagfeltene i hovedsak beskrives i næringsgrupper. Næringsgruppeinndelingen i disse kapitlene vil skille seg fra næringsgruppeinndelingen i andre deler av denne faktaboken, i hovedsak ved at *industri* er delt opp i undergrupper. Det er lagt større vekt på å få næringsgrupper som eksponeres, enn å få grupper som gir et tilstrekkelig antall intervjuobjekter i LKU, så noen av næringsgrupperingene måtte slås sammen for å kunne presentere levekårsdata.

2 UTVIKLINGSTREKK



2 UTVIKLINGSTREKK I NORSK ARBEIDSLIV

Arbeidslivet er i kontinuerlig endring og kjennetegnes av både små, gradvise og store, omfattende endringer som over tid påvirker både nærings- og yrkesstrukturen, arbeidsmåter og arbeidsinnhold samt hvordan folk har det på jobb og forholdet mellom jobb og privatliv. Mange opplever krav om stadige omstillinger og krav om å sette seg inn i ny teknologi. Samtidig preges det norske arbeidsmarkedet av stor grad av stabilitet. Sysselsettingen er høy, og arbeidsledigheten er lav, og i motsetning til i mange andre land har andelen midlertidig ansatte i Norge vært stabil eller noe nedadgående gjennom det siste tiåret. I europeisk sammenheng er norske yrkesaktive også blant dem som i minst grad rapporterer om frykt for å miste jobben.

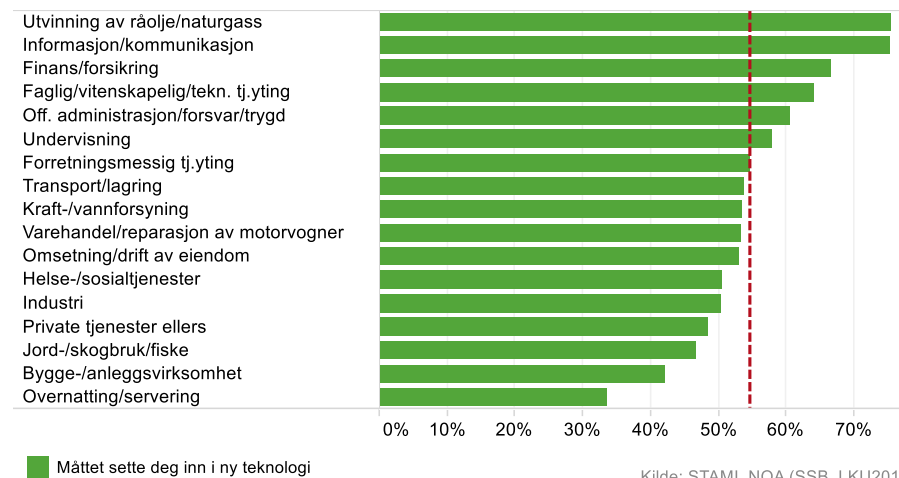
Endringer knyttet til den internasjonale arbeidsdelingen, utviklingen av moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi, økt konkurranse og tilhørende krav til omstillinger er forhold som har hatt og som fortsatt vil ha stor betydning for norsk arbeidsliv og dermed også for norske yrkesaktives arbeidsforhold, arbeidsmiljø, trivsel og helse. Gradvise endringer i næringsstrukturen (hva man jobber med og hvordan) og endringer i yrkesbefolkningens sammensetning vil kunne ha betydning for hvilke utfordringer man står overfor når det gjelder utviklingen av norsk arbeidsmiljø. Nye jobber skapes, og eksisterende jobber får nytt innhold. Samtidig er det viktig å erkjenne at i mange yrker vil mye bli ved det samme, eller utviklingen vil gå saktere. Således står samfunnet i dag overfor både nye og etablerte utfordringer på arbeidsmiljø- og helseområdet.

Ny teknologi basert på elektronisk databehandling og kommunikasjon via Internett og mobiltelefoni har forandret arbeidsdagen for svært mange. Vitenskapelig og teknologisk utvikling innenfor både vare- og tjenesteproduksjon har bidratt til at hele økonomien i større grad er blitt kunnskapsbasert, og individuell kompetanse har blitt viktigere enn noen gang. Industriarbeidere er blitt operatører, og saks- og kundebehandlere jobber nå ved dataskjerm og tastatur. Ny teknologi er blitt tatt i bruk i alle deler av arbeidslivet og har bidratt til at mange manuelle arbeidsoppgaver har forsvunnet. Både innenfor industrien og pleie- og omsorgssektoren har tekniske nyvinninger bidratt til at de tyngste og mest

rutinepregede arbeidsoppgavene er blitt redusert eller har forsvunnet. Samtidig har utbredelsen av arbeid med datamaskiner og terminaler ført med seg nye utfordringer. Komplekse samhandlinger mellom mennesker og maskiner innenfor stadig flere områder kan også øke risikoen for menneskelige feil og ulykker innenfor enkelte bransjer. Automatisering av manuelle oppgaver har ført til mer stillesittende arbeid og mindre fysisk aktivitet og bevegelse.

I LKU 2013 har man stilt spørsmål om innføring av teknologi og administrative systemer som den spurte mener krever opplæring. Blant norske yrkesaktive oppga i alt 55 prosent at de har måttet sette seg inn i ny teknologi eller administrative systemer i løpet av de siste tolv månedene. Innføring av ny teknologi er utbredt i alle næringer. Mest utbredt er det i næringene råolje/naturgass og informasjon/kommunikasjon, hvor tre av fire rapporterer at de har måttet sette seg inn i ny teknologi. I den andre enden av skalaen finner vi at ca. én av tre innenfor overnatting/servering det siste året har måttet forholde seg til ny teknologi som krever opplæring.

1.3.1 Prosentandel som rapporterer at de siste år har måttet sette seg inn i ny teknologi som krever opplæring, etter næring



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013)

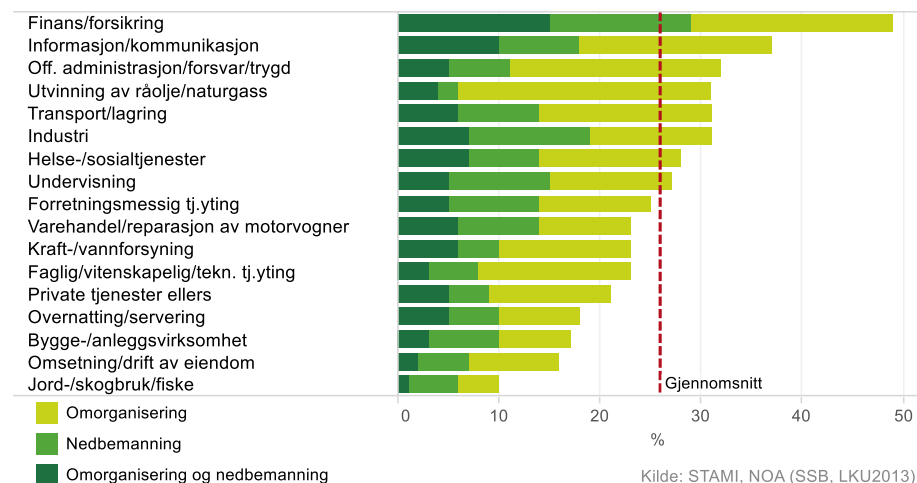
Ny teknologi påvirker ikke bare produktiviteten og produksjons- og arbeidsmåtene, men skaper også nye utfordringer knyttet til økte muligheter for kontroll fra arbeidsgivers side. Det finnes en rekke typer kontrolltiltak som omfatter alt fra adgangskontroll, arbeidstidsregistrering og kontroll av produksjon til kameraovervåking, kontroll av aktivitet på pc, Internett og e-post, men også helsekontroller, ransaking og kroppsvitasjoner. En arbeidsgiver som iverksetter kontrolltiltak, må ha en saklig begrunnelse og tiltaket må være egnet til å avdekke de forholdene eller å forebygge den risikoen man ønsker å fjerne. Tradisjonelle tiltak som adgangskontroll, arbeidstidsregistrering og kontroll av produksjon vil lett anses som saklige og forholdsmessige. Sikkerhets- og helsemessige forhold kan for eksempel begrunne behov for kontrolltiltak i form av kameraovervåking av områder hvor ansatte jobber alene på kveldstid. Et flyselskap kan ha saklig grunn til å teste flygerne for rusmidler og en barnehage til å sjekke vandelen til personalet. Samtidig er det også slik at ansatte har rett til personvern og privatliv også på jobb, og kontrolltiltak som er saklig grunnlagt, skal ikke utgjøre en uforholdsmessig belastning for arbeidstakeren. Et vesentlig punkt i arbeidsmiljøloven når det gjelder kontrolltiltak i virksomheten, er drøfting, informasjon og evaluering av tiltakene med arbeidstakernes tillitsvalgte. I LKU 2013 er norske yrkesaktive for første gang stilt spørsmål om ulike overvåkingstiltak.

1.3.1 Teknologi og overvåking av norske yrkesaktive (SSB, LKU 2013)

	ANDEL SOM SVARER JA	ANDEL SOM SVARER VET IKKE
Overvåking av telefonsamtaler	3,0	2,9
Overvåking av din e-post	4,6	5,0
Overvåking av hvilke Internett-sider du besøker	10,6	6,2
Kameraovervåking av områdene der du arbeider	17,4	1,1
Mobile kontrollteknologier for å overvåke deg utenfor fast arbeidssted, f.eks. GPS, elektronisk kjørebok	4,1	1,0
Fingeravtrykk/ansiktsgjenkjenning eller liknende ved adgangskontroll, pålogging eller tidsregistrering	9,6	,5
Fastsatte mål og registrering av hvor mye du gjør i hver arbeidsøkt	14,4	,7

Nye rammebetingelser med større konkurranse innebærer at mange virksomheter må omstille seg for å delta på det nasjonale og internasjonale markedet, og i mange virksomheter har eierens forventninger om avkastning vært en viktig pådriver for både omstrukturering, flytting av produksjon og nedskjæring. Kundernes forventninger om lave priser, større variasjon og mer valgfrihet har også bidratt til å øke betydningen av spesialisering når det gjelder produkter og produksjonsmåter, i tillegg til at det har økt betydningen av bedriftsspesifikk kompetanse. Alle disse faktorene kan medvirke til høyt omstillingspress i yrkeslivet. For samfunnet og den enkelte virksomhet kan omstillinger bidra til at ressursene brukes mer effektivt slik at verdiskapingen øker. Samtidig er det også slik at større omstillinger og endringsprosesser kan ha både økonomiske og menneskelige omkostninger og påvirke helse og trivsel både blant enkeltindivider og større grupper av mennesker. Omstillinger er ikke noe nytt i norsk arbeidsliv, og de kan innebære alt fra mindre justeringer til omfattende endringer med oppsigelser, utflagging, oppdeling og sammenslåing av selskaper

1.3.2 Prosentandel som rapporterer om omorganisering/nedbemanning i egen avdeling, etter næring



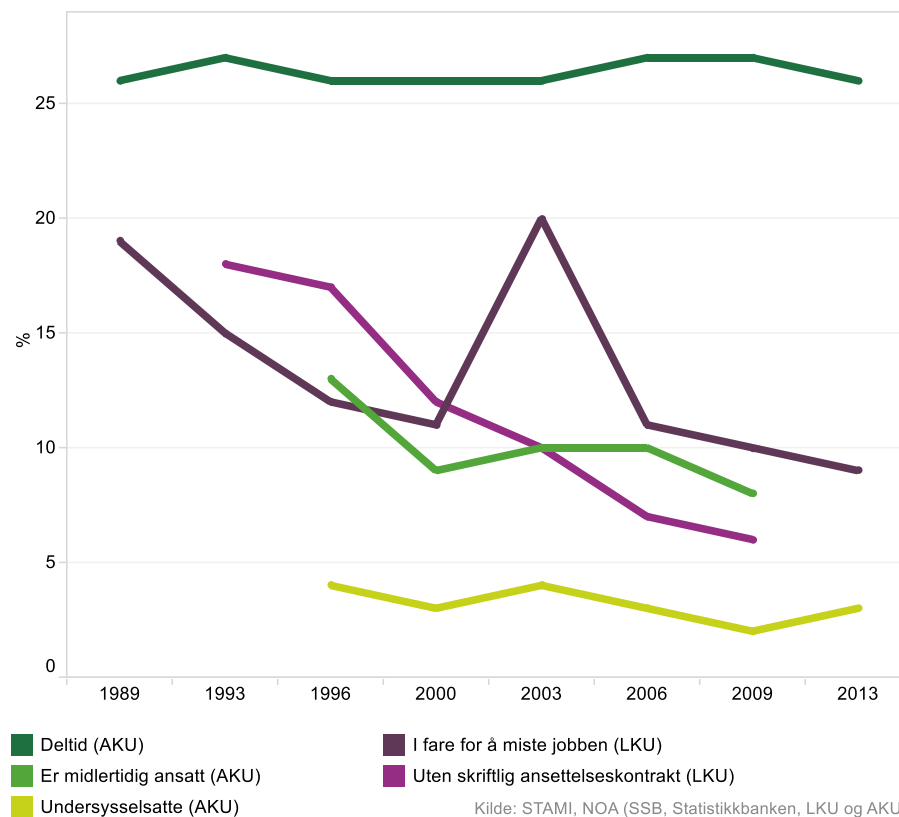
Større variasjon knyttet til ansettelsesformer, arbeidstider og arbeidsmåter er trekk ved det som ofte omtales som *det fleksible arbeidslivet*. Bedriftene ønsker gjerne å skifte ut eller redusere arbeidsstokken i tråd med endringer i markedet, for eksempel ved å bruke innleid arbeidskraft og eksterne leverandører. Beskrivelser av det nye, fleksible arbeidslivet har ofte tatt utgangspunkt i antakelsen om at man vil se fremveksten av et todelt arbeidsmarked der en stor stab blir erstattet av en liten kjerne av fast ansatte, som deretter suppleres med innleid arbeidskraft, midlertidig ansatte, deltidsansatte, vikarer og konsulenter, selvstendige kontraktører og tjenesteleverandører. Utbredelsen av midlertidige ansettelser har økt de siste tiårene i mange europeisk land. Selv om midlertidige ansettelser er et sentralt trekk ved arbeidsmarkedet i de fleste OECD-land, er det likevel ikke slik at faste ansettelser synes å være på vikende front. I 2001 utgjorde midlertidige ansettelser om lag 13 prosent av alt betalt arbeid i Europa og 7 prosent i Nord-Amerika. I 2012 var de tilsvarende tallene 14 prosent og 7,6 prosent. Tabell 1.3.2 er hentet fra Eurostats arbeidsmarkedsstatistikk (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/labour-market>) og viser utviklingen i bruk av midlertidige ansettelser siste tiårsperiode for noen utvalgte land.

1.3.2 Midlertidige ansettelser* i EU-landene 2003–2013 (Eurostat)

	2003	2005	2007	2009	2011	2013
EU (28 land)	12,7	14,0	14,6	13,6	14,0	13,7
EU (17 land)	14,5	16,0	16,5	15,3	15,7	15,1
Danmark	9,3	9,8	9,1	8,7	8,8	8,8
Sverige	15,1	16,0b	17,5	15,3	17,0	16,9
Finland	16,3	16,5	15,9	14,6	15,6	15,5
Norge	9,5	9,5	9,6	8,1	8,0	8,4

Basert på tilgjengelig nasjonal statistikk er det lite som tyder på at vi har fått noen økning i bruken av midlertidige ansettelser i Norge. I motsetning til i mange andre land har andelen midlertidig ansatte i Norge vært stabil eller noe nedadgående gjennom det siste tiåret. I samme tidsperiode det har også vært en vesentlig nedgang i andelen yrkesaktive som jobber uten skriftlig ansettelseskontrakt. Det er ingen generell trend i retning av mer eller mindre jobbusikkerhet i Norge, og i europeisk sammenheng er norske yrkesaktive også blant dem som i minst grad rapporterer om frykt for å miste jobben. Også andelen på deltid har vært relativt stabil de siste tiårene på omkring 26–27 prosent.

1.3.3 Midlertidige ansettelser, arbeidskontrakter, jobbusikkerhet, deltid og undersysselssetting, etter tid.



2.1 NÆRINGSUTVIKLING – HVOR JOBBER VI OG MED HVA?

Sysselsettingen i ulike næringer har endret seg betydelig de siste tiårene. Antallet sysselsatte i de tjenesteytende næringene er mer enn doblet siden 1970. Men noen næringer har vokst langt mer. Antall sysselsatte i helse- og omsorgssektoren er mer enn femdoblet i samme periode og omfatter nå 560 000, noe som utgjør 20 prosent av samlet sysselsetting. I noen mindre næringer har veksten vært enda større: Forretningsmessig tjenesteyting (som blant annet omfatter arbeidsformidling, reisebyråer og rengjøringsvirksomhet) har vokst fra 13 000 til 130 000 sysselsatte, dvs. en tidobling. Også omsetning og drift av fast eiendom har hatt en tilsvarende vekst. I en stor sektor som undervisning har antall sysselsatte vokst på linje med gjennomsnittet for alle tertiærnæringene, med vel 100 prosent. Men noen tjenesteytende næringer har også hatt en sysselsettingsnedgang: Post- og distribusjonsvirksomhet har de siste 20 årene mistet nesten halvparten av de sysselsatte. Dette har selvfølgelig sammenheng med fremveksten av IKT-sektoren og bruken av ny teknologi, både i næringslivet og i husholdningene.

I et arbeidsmiljøperspektiv har disse endringene i næringsstrukturen interessante implikasjoner. Økt sysselsetting innenfor tjenesteytende sektor innebærer relativt sett at færre arbeidere blir utsatt for farlige kjemiske stoffer og hardt fysisk arbeid, samtidig som det er stadig flere som utfører arbeidet i direkte kontakt med kunder og brukere. Tjenesteytende oppgaver og større kundeorientering kjennetegner nå arbeidshverdagen for mange, noe som gjør at personlige egenskaper og sosiale ferdigheter kan bli konkurransefortrinn i mange virksomheter. Samtidig har kravene om mestring, engasjement og involvering økt. Økningen i antall ansatte i offentlig pleie- og omsorgssektor har imidlertid samtidig bidratt til en økning av kvinnelige yrkesaktive med fysisk tungt arbeid i de tjenesteytende næringene.

I 1950 var over 20 prosent sysselsatt i jordbruket – i 2013 er andelen under 2 prosent. I 1950 ble alt tømmeret felt og kvistet manuelt med sag og øks, men etter hvert overtok motorsagen. I dag er det hogstmaskinene som dominerer, og sysselsettingen i skogbruket er dermed blitt kraftig redusert. Omkring 1950 var det om lag 100 000 fiskere i Norge, i 2012 var antallet 12 000. Av disse hadde 9800 fiske som hovedyrke. Oppdrettsnæringen sysselsetter vel 5700 personer fordelt på 1200 oppdrettsanlegg, men den økonomiske betydningen er langt større.

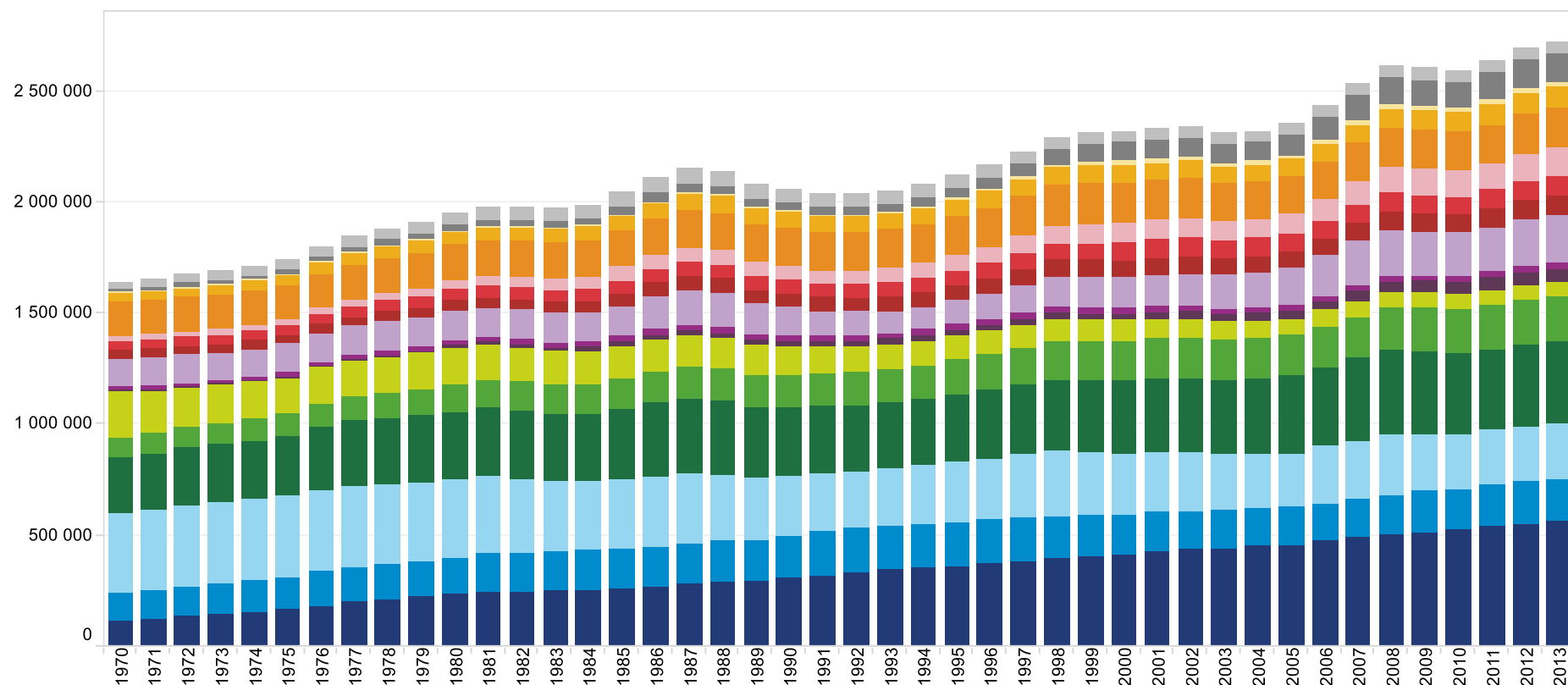
Sekundærnæringene (industri og bergverksdrift, oljeutvinning, bygg og anlegg og kraft- og vannforsyning) har om lag like mange sysselsatte i dag som for 40 år siden og sysselsetter i dag 510 000 personer. Relativt sett er det imidlertid langt færre

sysselsatte i næringen enn for 40 år siden. Fra å utgjøre nesten en tredjedel av alle sysselsatte frem til omkring 1970 utgjør sekundærnæringene i dag om lag 20 prosent. Om vi kun ser på antallet arbeidsplasser i industri og bergverksdrift, så er disse redusert med nesten en tredjedel – fra 387 000 i toppåret 1974 til om lag 256 000 sysselsatte i dag. Sysselsatte i industrien utgjør i dag under 10 prosent av alle sysselsatte. Til tross for en nedgang i sysselsettingen har produksjonsverdien i industrien økt og er nå på 800 milliarder kroner. Et generelt høyt aktivitetsnivå på norsk sokkel gjør at norsk industri nå ofte omtales som todelt: Sterk vekst de siste årene i petroleumsrelaterte investeringer har gitt en betydelig sterkere vekst i bedrifter i oljerelatert industri enn i industrien forøvrig. Fra den spede begynnelsen i 1972 økte sysselsettingen i olje- og gassutvinningen gradvis frem til dagens 31 000 sysselsatte. I tillegg kommer 30 000 sysselsatte i ulike tjenester knyttet til petroleumsindustrien. Næringen utgjør i underkant av 3 prosent av totalt antall sysselsatte i Norge.

Tre av fire jobber nå i det som gjerne omtales som tjenesteytende sektor. Samlet sett har sysselsettingen i tertiærnæringene eller de tjenesteytende næringene vokst fra 750 000 på begynnelsen av 1960-tallet til dagens 2 100 000, noe som utgjør vel 77 prosent av alle sysselsatte. Denne sektoren består av mange og svært ulike næringer, som for eksempel varehandel, hotell og restaurant, transport, finansielle tjenester og turisme. Men den største tjenesteytende sektoren er likevel offentlig forvaltning – det vil si kommunal og statlig forvaltning – med sosiale tjenester, helsevesen, undervisning og administrasjon. Det som kalles IKT-sektoren, omfatter en rekke næringer som hovedsakelig driver med informasjons- og kommunikasjonsteknologi som produksjon av datamaskiner og datautstyr, handel med IKT, telekommunikasjon og konsulentvirksomhet. Denne sektoren går altså på tvers av en tradisjonell næringsinndeling og omfatter produksjon av både varer og tjenester. Sysselsettingen i IKT-sektoren var økende frem til 2001 og har siden sunket noe til dagens 75 000 sysselsatte. Om vi også tar med den såkalte innholdssektoren, som omfatter forlagsvirksomhet, informasjonstjenester, radio og TV samt film og video, er i dag 100 000 personer sysselsatt i IKT-sektoren.

Antall sysselsatte i offentlig forvaltning økte kraftig frem til begynnelsen av 1990-tallet, og den sysselsetter i dag i overkant av 800 000, sammenliknet med bare 200 000 i 1962. To tredjedeler av offentlig ansatte arbeider i kommuneforvaltningen. På grunn av statens overtakelse av de fylkeskommunale sykehusene fant det sted en markert sysselsettingsvekst i statlig forvaltning i 2002. Det er først og fremst innenfor helse- og sosialomsorg og utdanning at det har vært en sterk vekst de siste årene. Svakest har veksten vært i offentlig administrasjon.

2.1.1 Sysselsettingens fordeling etter næring siden 1970 (normalårsverk /1000)



Kilde: STAMI, NOA (SSB, Nasjonalregnskapet)

- | | | |
|--|--|---|
| ■ Finansierings- og forsikringsvirksomhet | ■ Informasjon og kommunikasjon | ■ Undervisning |
| ■ Forretningsmessig tjenesteyting | ■ Overnattings- og serveringsvirksomhet | ■ Varehandel og reparasjon av motorvogner |
| ■ Boligtjenester, omsetning og drift av fast eiendom | ■ Bygge- og anleggsvirksomhet inkl. bergverksdrift | ■ Industri |
| ■ Kultur, underholdning og annen tjenesteyting | ■ Elektrisitets-/gass-/vannforsyning, avløp/renovasjon | ■ Offentlig administrasjon og forsvar |
| ■ Transport og distribusjonsvirksomhet | ■ Utvinning av råolje og naturgass, inkl. tjenester | ■ Helse- og omsorgstjenester |
| ■ Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting | ■ Jordbruk, skogbruk, fiske, fangst og akvakultur | |

Næring etter yrke

Næringslivet er i stadig endring, med nedbygging og omorganisering av offentlige etater, arbeidsoppgaver som fordeles til underleverandører, oppkjøp, endring av satsingsområder, nedlegging og nyetablering. Langt på vei må likevel de samme arbeidsoppgavene utføres, så fremt de ikke blir automatisert eller flyttet utenlands. Man kan derfor anta at yrkesgruppene i det lange løp endrer seg mindre enn bransjer, selskaper og næringsgrupper. Yrket sier også mer om hvilke typer arbeidsoppgaver som blir utført i gruppen.

For å gi en oversikt over hvordan yrkesgruppene fordeler seg på ulike næringsgrupper, har vi tatt for oss deltakerne i LKU 2013 og sett hvordan 46 yrkesgrupper fordeler seg etter 17 næringsgrupper, slik disse blir definert av SSB basert på den nye næringskodeinndelingen (figur 2.1.2). Enkelte yrkesgrupper jobber i all hovedsak innenfor én næringsgruppe. For eksempel finner man igjen de fleste helsearbeiderne i næringsgruppen helse- og sosialtjenester, og butikkmedarbeiderne i næringsgruppen varehandel/repasasjon av motorvogner. Så godt som samtlige lærergrupper arbeider i næringsgruppen undervisning. De fleste i yrkesgruppen sjåføryrker jobber innenfor transport/lagring og informasjon/kommunikasjon, mens prosessoperatører/operatører er ansatt i industrien. Videre er primærnæringen samlet med hensyn til både yrke og næring (yrkesaktive innenfor landbruk, fiske eller oppdrett).

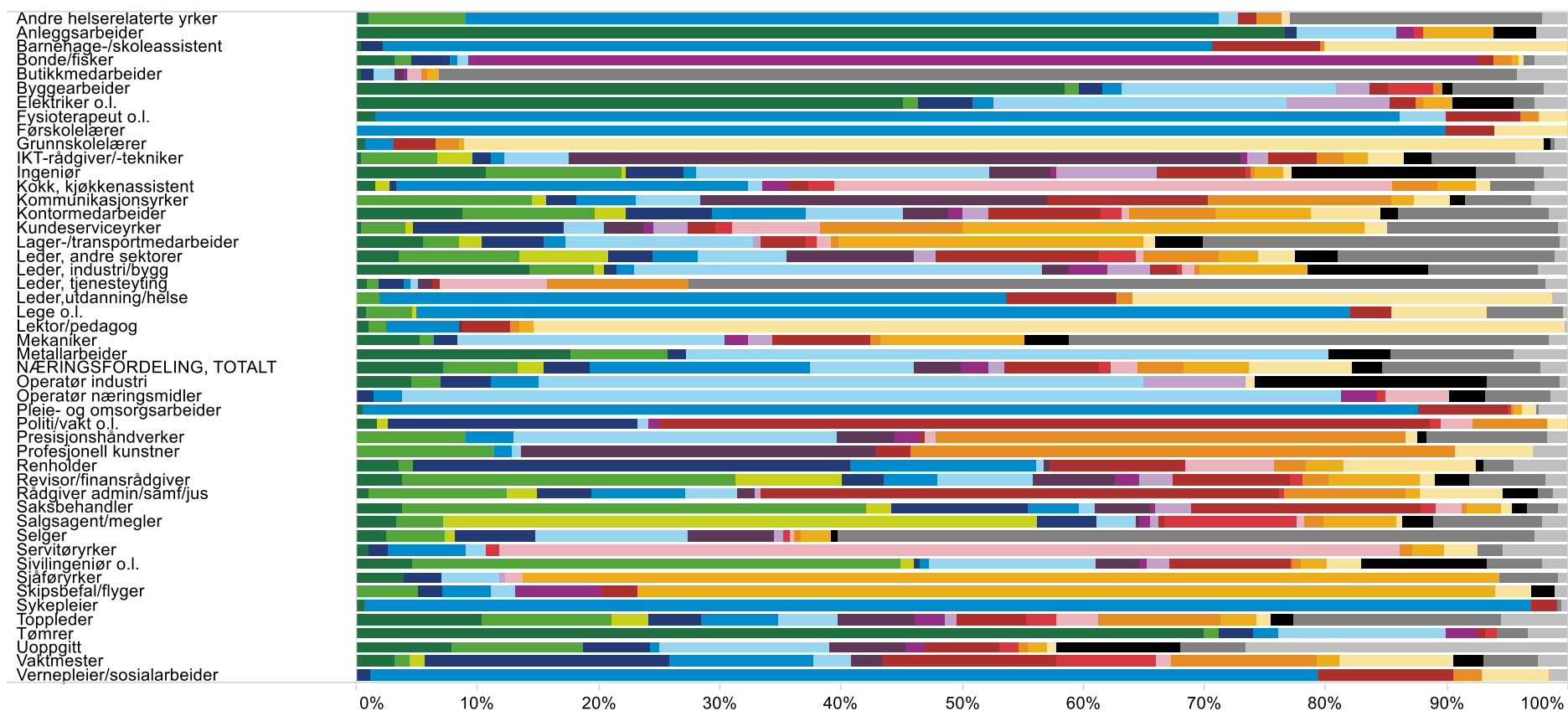
Generelt er det likevel slik at de fleste yrkesgruppene fordeler seg over to eller flere næringsgrupper, og for om lag halvparten av yrkesgruppene eksisterer det ingen næringsgruppe som omfatter så mye som halvparten av de yrkesaktive. Dette gjelder for eksempel renholdsyrket. Det er ingen næring som ansetter mer enn 31 prosent av renholderne, og de øvrige i denne yrkesgruppen er spredt på 14 næringer. Tilsvarende ser man også i yrkesgruppen sjåfør, mannskap (bil/anlegg/skip). Blant ufaglærte er det ingen enkelt næring som sysselsetter mer enn 10 prosent.

Om vi tar utgangspunkt i næringsinndelingen, ser vi at de fleste næringsgruppene har ansatte fra et stort antall ulike yrkesgrupper. For de fleste formål blir det dermed vanskelig å snakke om arbeidsmiljøeksponering og arbeidsrelatert helse innenfor én næring, i og med at man snakker om yrkesaktive med vidt forskjellige arbeidsoppgaver. Når man ønsker å kartlegge arbeidsmiljøet innenfor en næring, kan det derfor være fornuftig å rette oppmerksomheten mot spesifikke yrkesgrupper innenfor næringene.

Innenfor den mest homogene næringen, jordbruk, skogbruk og fiske, er om lag 76 prosent kategorisert innenfor yrkesgruppen sysselsatt i landbruk/fiske/oppdrett. Innenfor næringsgruppen finansierings- og forsikringsvirksomhet jobber om lag 50 prosent i yrkesgruppen salgsagent/innkjøper/megler. Innenfor helse- og sosialtjenester jobber 26 prosent som pleie- og omsorgsarbeidere, 15 prosent som sykepleiere og 13 prosent som barnehage-/skoleassistent. Innenfor næringen undervisning jobber om lag én av tre som grunnskolelærere og i underkant av én av tre som lektorer/pedagoger, innenfor informasjon og kommunikasjon jobber om lag 41 prosent som IKT-rådgiver/-tekniker, og innenfor næringen overnatting og servering jobber om lag 39 prosent som servitører og 24 prosent som kokk eller kjøkkenassistenter. Innenfor bygg og anlegg jobber om lag én av fem som tømrer/trearbeider, mens andre store yrkesgrupper er anleggsarbeidere (16 %), elektrikere (12 %) og byggearbeidere (13 %).

For de øvrige næringene ser vi et enda mer differensiert bilde med hensyn til mangfoldet av yrkesgrupper som utgjør næringen. Innenfor industrinæringen er det ingen enkelt yrkesgruppe som utgjør mer enn 11 prosent av næringsgruppen. Et tilsvarende bilde ser man også innenfor næringsgruppene kraft-/vannforsyning, faglig/vitenskapelig/teknisk tjenesteyting, forretningsmessig tjenesteyting og offentlig administrasjon/forsvar/trygd. Presisjons håndverkere utgjør den største gruppen innenfor næringen private tjenester ellers (16 %). Her finner vi blant annet mange frisører.

2.1.2 Prosentandel av de yrkesaktive fordelt på 18 næringsgrupper etter yrke



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013)

Bygge-/anleggsvirksomhet
Faglig/vitenskapelig/tekn. tj.yting
Finans/forsikring
Forretningsmessig tj.yting
Helse-/sosialtjenester

Industri
Informasjon/kommunikasjon
Jord-/skogbruk/fiske
Kraft-/vannforsyning
Off. administrasjon/forsvar/trygd

Omsetning/drift av eiendom
Overnatting/servering
Private tjenester ellers
Transport/lagring
Undervisning

Utvinning av råolje/naturgass
Varehandel/reparasjon av motorvogner
Uoppgitt

Bedrifts-, foretaks- og eierstruktur

Både størrelsen på bedriften i betydningen hvor mange som jobber der, og eierskapsformen kan ha innvirkning på arbeidsforholdene og på aktiviteten i det forebyggende arbeidet. Større virksomheter vil typisk ha mange ansatte med svært ulike arbeidsoppgaver og arbeidsmiljøer. Mange beslutningsledd og stor avstand til øverste ansvarlige person kan gjøre det utfordrende å jobbe med arbeidsmiljø på en systematisk måte innenfor virksomheten, men større virksomheter har ofte mer ressurser og bedre HMS-styringssystemer. Små bedrifter vil i mange tilfeller ha mindre ressurser til å jobbe systematisk med HMS og kan være mer utsatt for påvirkning fra eierstruktur. Hvorvidt små virksomheter er en del av en større organisasjon, og om de er offentlig eller privat eid, kan dermed ha betydning.

Det foreligger ingen entydig definisjon av små og mellomstore virksomheter. Små og mellomstore virksomheter omtales ofte som foretak med under 100 ansatte, men ofte bestemmes størrelsesinndelingen ut fra hvilke formål man ønsker å belyse. I en arbeidsmiljøkontekst er det rimelig å ta utgangspunkt i arbeidsmiljøloven for å bestemme kriteriene for hva som kjennetegner små og mellomstore virksomheter. Arbeidsmiljøloven gjelder for virksomheter som sysselsetter arbeidstakere og setter plikten til å ha verneombud og arbeidsmiljøutvalg ved henholdsvis 10 og 50 ansatte.

Det etableres kontinuerlig nye virksomheter i Norge. Levetiden er kortest for enkeltpersonforetakene og virksomheter med få ansatte. Av aksjeselskapene som ble etablert i 2006, var 46 prosent fortsatt i drift i 2011, mens bare 238 prosent av enkeltpersonforetakene overlevde i samme periode. Sannsynligheten for at et foretak overlever, øker med foretakets størrelse i etableringsåret. Av foretakene som hadde fem eller flere sysselsatte i 2006, var 65 prosent fortsatt aktive i 2011, mens bare 31 prosent av foretakene med mindre enn fem sysselsatte i etableringsåret overlevde i fem år. Av alle nyetablerte foretak som hadde sysselsatte i 2006, var 57 prosent fortsatt i drift fem år senere.

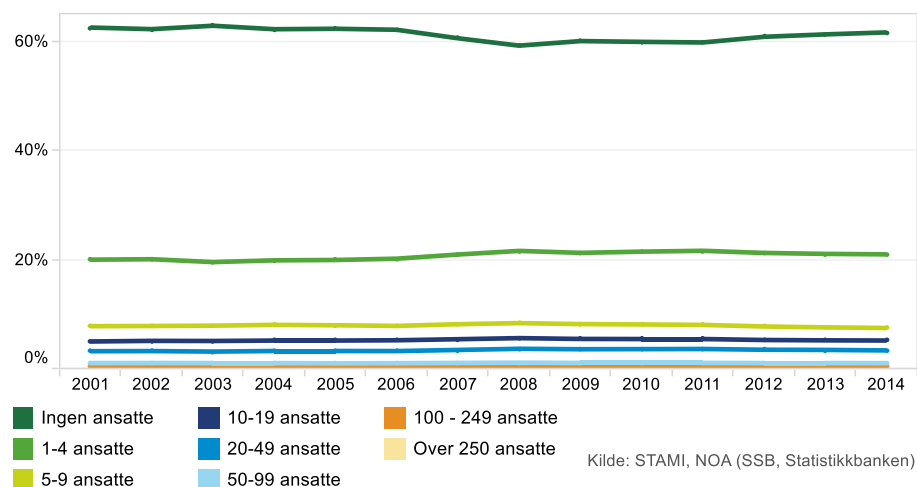
SSB har ingen entydig avgrensning av små og mellomstore bedrifter. SSBs statistikk er delt inn etter størrelsessegmenter (én–fire ansatte, fem–ni ansatte osv.) som gjør det mulig å tilpasse statistikken etter hvilken grense som er ønsket. Som tabellen viser, er de aller fleste virksomheter i Norge små, om lag ni av ti virksomheter har mindre enn 10 ansatte. Om vi derimot ser på andelen ansatte, så jobber om lag én av fire i virksomheter med under 10 ansatte og om lag 55 prosent i virksomheter med under 50 ansatte.

2.1.1 Virksomhetsstørrelse basert på antall ansatte, etter næring (SSB, Statistikkbanken 2009)

	INGEN ANSATTE	1–4 ANSATTE	5–9 ANSATTE	10–49 ANSATTE	50+ ANSATTE
Alle næringer	322 784	110 725	39 744	6 317	8 294
Jordbruk, skogbruk og fiske	58 561	6 957	672	499	16
Bergverksdrift og utvinning	683	269	117	249	126
Industri	9 480	4 626	1 948	4 200	951
Kraftforsyning	815	262	136	421	72
Vannforsyning, avløp og renovasjon	863	385	247	549	50
Bygge- og anleggsvirksomhet	37 585	14 362	4 557	6 393	586
Varehandel, reparasjon av motorvogner	25 964	20 783	12 902	12 424	556
Transport og lagring	13 318	7 363	1 736	2 369	484
Overnattings- og serveringsvirksomhet	5 082	4 214	2 145	3 228	225
Informasjon og kommunikasjon	12 723	4 302	969	1 719	306
Finansiering og forsikring	1 810	1 091	548	847	165
Omsetning og drift av fast eiendom	43 794	7 212	808	481	20
Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	33 141	13 822	2 461	2 894	343
Forretningsmessig tjenesteyting	14 576	4 830	1 421	2 857	657
Offentlig administrasjon og forsvar	338	1 571	1 134	2 604	583
Undervisning	9 111	1 848	859	4 766	1 117
Helse- og sosialtjenester	24 148	9 028	4 685	14 533	1 870
Kultur, underholdning og fritid i alt	18 661	2 295	717	1 036	91
Personlig tjenesteyting	11 191	5 376	1 660	1 045	76
Lønnet arbeid i private husholdninger	27	8	1	0	0
Internasjonale organer	1	5	4	1	0
Uoppgitt	912	116	17	2	0

Ved inngangen til 2014 var det ifølge SSB 526 703 bedrifter i Norge. Om lag 60 prosent av disse hadde ikke ansatte, men det var store variasjoner mellom næringer. Innenfor primærnæringene (jordbruk, skogbruk, fiske) var 88 prosent av bedriftene uten ansatte, i bygg og anlegg var andelen om lag 60 prosent, mens det innenfor offentlig administrasjon og forsvar kun var 5 prosent. Blant aksjeselskapene hadde 40 prosent ingen ansatte og 46 prosent mellom én og ni ansatte. Nærmere tre av fire enkeltpersonforetak har mellom én og ni ansatte. Om vi begrenser oss til virksomheter med ansatte, så har 74 prosent av alle bedrifter med ansatte færre enn 10 ansatte, mens 97 prosent har færre enn 50 ansatte. Om lag 2 prosent av alle virksomheter med ansatte har flere enn 100 ansatte.

2.1.3 Virksomheter etter antall ansatte og tid



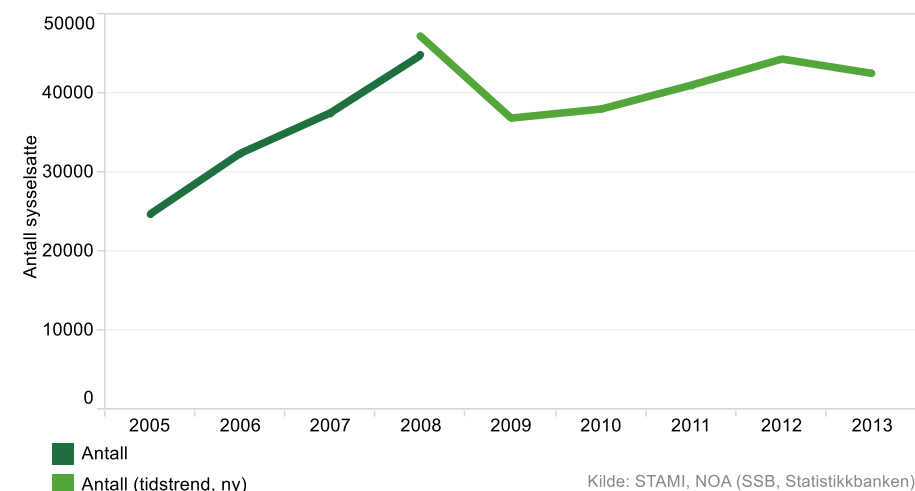
Basert på data fra LKU 2013 har vi sett hvordan størrelsen på arbeidsplassen varierer fra yrkesgruppe til yrkesgruppe i Norge. Sett under ett fordeler yrkesbefolkningen seg ganske jevnt mellom bedrifter med ulik størrelse. En overvekt av de yrkesaktive jobber i bedrifter med færre enn 50 ansatte (57 %). Omtrent 22 prosent er ansatt i bedrifter med 200 ansatte eller flere. Blant sysselsatte i primærnæringene og kunstnere finner vi en høy andel som jobber i enkeltmannsforetak, henholdsvis 44 og 37 prosent mot 5 prosent i yrkesbefolkningen totalt. Andre yrkesaktive som overveiende jobber i mindre bedrifter (under 10 ansatte), er presisjons håndverkere, tømrere,

butikkmedarbeidere, sjåførere og ledere innenfor tjenesteyting. I den andre enden av skalaen ser vi at yrkesgrupper innenfor rådgivning, industri, helsevesen og transport hovedsakelig er organisert i virksomheter med 50 eller flere ansatte.

Utleie av arbeidskraft, bruk av vikarer mv.

Beregninger fra SSB viser at den næringsgruppen som har hatt størst vekst de siste årene, er forretningsmessig tjenesteyting og eiendomsdrift, herunder særlig næringen utleie av arbeidskraft. I perioden 2007–2008 utgjorde for eksempel denne næringen alene over en tredjedel av den samlede sysselsettingsveksten i Norge. Mange av dem som blir registrert i denne statistikken, er imidlertid lønnstakere på korttidsopphold i Norge.

2.1.4 Antall sysselsatte i næringsgruppen utleie av arbeidskraft 2005–2013



Utleiebedrifter driver tjenester knyttet til utleie av permanent eller midlertidig arbeidskraft til oppdragsgiver. Lønn betales av utleier. Det innebærer at arbeidstakerne blir regnet som yrkesaktive i utleiebedriftene. Bedrifter innenfor formidling av arbeidskraft driver tjenester knyttet til rekruttering, dvs. utvelgelse og ansettelse av personale for oppdragsgiver på permanent eller midlertidig basis. Tjenestene kan tilbys arbeidsgiver eller potensiell arbeidstaker og kan for eksempel omfatte utarbeidelse av stillingsbeskrivelse og CV, utvelgelse og testing av søkere, sjekk av referanser osv. Arbeidskraften som blir formidlet, mottar ikke lønn fra

formidlingsbedriftene og er dermed heller ikke å betrakte som sysselsatt i næringen.

Konsern

Konserndannelser er blitt et vanligere trekk i arbeidslivet, både i Norge og i utlandet, og det finnes etter hvert også flere store, internasjonale konserner som har virksomhet i Norge. Et morselskap utgjør sammen med ett eller flere datterselskaper et konsern. Et aksjeselskap er morselskap hvis det på grunn av avtale eller som eier av aksjer eller selskapsandeler har bestemmende innflytelse over et annet selskap, jf. aksjeloven § 1-3. I overkant av én million arbeidstakere i Norge er ansatt i konserner. Dette utgjør nesten halvparten av alle yrkesaktive i Norge. Definisjonen av konsern som benyttes av SSB, innebærer at det skal være over 50 prosent direkte eller indirekte eierskap i et underliggende selskap for at en konsernknytning skal dannes. De aller fleste foretak som inngår i konserner, er aksjeselskaper, og disse sysselsetter til sammen omtrent 900 000 personer. Definisjonen til SSB samsvarer imidlertid ikke med aksjelovens definisjon. Dette er imidlertid det beste anslaget som finnes, sett i forhold til lovens definisjon.

I alt 89 prosent av alle norske foretak med over 100 sysselsatte tilhører et konsern. 20 prosent rapporterer at de selv er morselskap, og 69 prosent sier at de er et datterselskap i et konsern. Mer enn halvparten av datterselskapene har norsk morselskap, og en tredjedel har konsernledelsen i et EU-land. Kun 13 prosent av datterselskapene i Norge har konsernledelsen i et land utenfor EU. Bare ett av ti foretak med over 100 sysselsatte rapporterer at de ikke er med i et konsern, mens nesten ni av ti foretak har en konserntilhørighet. Dette knyttes til globaliseringen av det norske næringslivet. Både norske foretak med utenlandske datterselskap og norske foretak med utenlandske morselskap har mer aktive økonomiske bevegelser over landegrensene(6).

Franchisevirksomhet

Franchise er et fransk begrep som beskriver avgifts- eller tollfrihet, og som også angir privilegier mer generelt. For arbeidsmarkedet beskriver franchise en forretningsmodell der en person med en forretningsidé lisensierer varemerker, produkter og forretningsmetoder til en forretningsutøver (franchisetaker) mot en avtalefestet avgift. Franchising er et omseggripende fenomen også i Norge, mye etter modell fra USA, der det er beregnet at franchisedrift allerede ved årtusenskiftet sto for rundt halvparten av detaljhandelen.

Franchise er trolig en voksende forretningsform i Norge. Det finnes ingen offisielle oversikter over utbredelsen av franchisesystemer eller andre samarbeidsformer mellom virksomheter. På bakgrunn av franchiseundersøkelsen i 2004 (Effectum

Franchise Consulting) og Norsk Franchise Forums kjennskap til området legges det til grunn at det finnes ca. 300 franchisesystem i Norge i dag, med til sammen ca. 25 000 lokale franchisetakere og mellom 70 000 og 100 000 ansatte i Norge. Handel og Kontor opererer med de samme tallene. Franchiseundersøkelsen viser at antall virksomheter som benytter franschisemetoden, økte med over 30 prosent i perioden 1998–2004, og at antall franchisetakere økte med over 50 prosent. Undersøkelsen viser videre at detaljhandelen er det største området for franchise i Norge, med en andel på omkring 40 prosent. Økningen i denne perioden skyldes blant annet vekst i Rema 1000 og Rimi samt at «Post i butikk» omfatter 1175 enheter som regnes som franchisetakere. Den relative veksten har likevel vært størst innenfor forretningsdrift rettet mot andre næringsdrivende og «personlige tjenester».

Forskning som setter søkelyset på arbeidstakerne, er så å si fraværende. I norsk sammenheng finnes det ikke systematisk kunnskap om arbeidsvilkår innenfor franchising. Samtidig er det klare oppfatninger av at franchising representerer en lite attraktiv del av arbeidsmarkedet, ettersom denne delen av arbeidsmarkedet er preget av ufaglært arbeid, stor gjennomtrekk, deltidsarbeid og generelt dårlige arbeidsvilkår. En motsatt tilnærming legger vekt på at franchising medfører større profesjonalisering og større sjanse for å overleve som bedrift enn en uavhengig aktør, noe som kan forventes å ha positive konsekvenser for arbeidstakerne (7).

Kjedevirksomhet

Konsernutvalget (8) la i sin beskrivelse av kjeder vekt på at kjedevirksomheten har fellestrekk med franchising. Også deltakerne i en kjede opptrer under samme navn, med samme profil, vareutvalg osv. Kjededemlemmene er vanligvis næringsdrivende i samme omsetningsledd, typisk detaljister som er likeverdige i samarbeidet. Deltakerne vil ofte opprette et særskilt kjedeselskap som de utøver sin innflytelse i kjeden gjennom. Kjedesamarbeidet representerer i alminnelighet en svakere integrasjon for deltakerne enn det som er tilfelle i et franchiseforhold. Franchise- og kjedevirksomhet har økt i omfang og blitt en vanlig måte å organisere driften på. Det medfører at beslutninger som påvirker arbeidsmiljøet, i større grad enn tidligere tas andre steder enn hos arbeidsgiver.

2.2 SYSSELSETTING

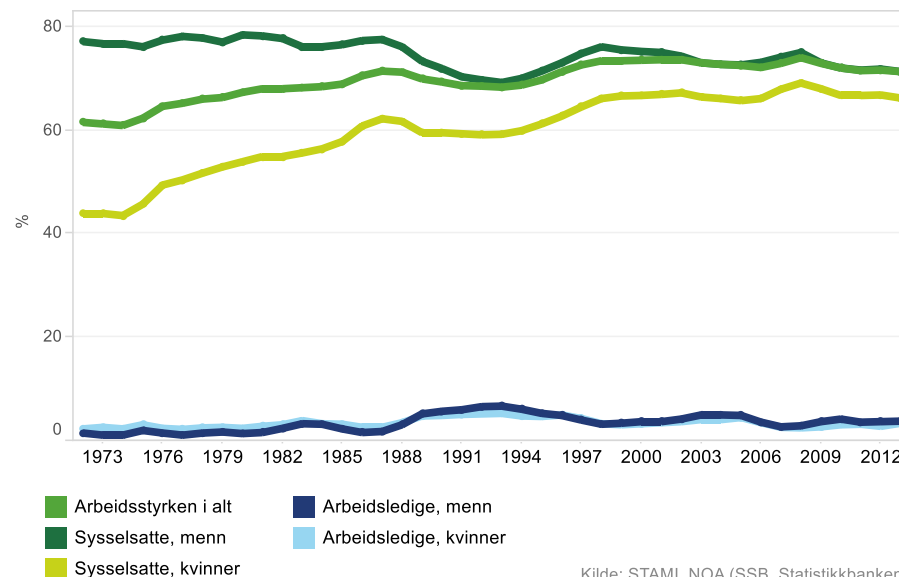
I et sammenliknende perspektiv er Norge i verdenstoppen når det gjelder sysselsetting. Sysselsettingen i Norge er spesielt høy blant kvinner og eldre. Statistikk fra Eurostat viser at yrkesdeltakelsen for personer mellom 20 og 64 år i Norge i 2013 var om lag 11 prosentpoeng høyere enn i EU (EU 28). Blant kvinner i samme aldersgruppe var sysselsettingen om lag 14 prosentpoeng høyere enn EU-snittet, og blant alle sysselsatte i aldersgruppen 55–64 år var sysselsettingen mer enn 20 prosentpoeng høyere.

2.2.1 Sysselsetting og arbeidstid * i EU-landene 2003–2013 (Eurostat)

	TIMER PER UKE, FULLTID	TIMER PER UKE, DELTID	DELTID (%)	SYSSELSETTING, TOTALT (20–64)	SYSSELSETTING, KVINNER (20–64) ÅR	SYSSELSETTING (55–64)	MIDLERTIDIG
EU (28 land)	41,5	20	20,4	68,4	62,6	50,2	13,7
EU (17 land)	41,3	20	22,4	67,7	62	50	15,2
Danmark	38,8	18,4	25,4	75,6	72,4	61,7	8,8
Sverige	40,8	23,7	26,2	79,8	77,2	73,7	16,9
Finland	40	19,4	15,1	73,3	71,9	58,5	15,5
Norge	39	19,5	27,9	79,6	77,1	71,1	8,4

I 2013 var antallet yrkesaktive 2,7 millioner, som tilsvarer vel 50 prosent av befolkningen. Andelen av befolkningen i arbeidsstyrken er blant den høyeste i OECD-området, og den har økt fra 61 prosent i 1972 til 71 prosent i 2013. I denne perioden har antall personer i arbeidsstyrken økt med over 700 000 (Statistikkbanken, SSB). Denne økningen skyldes dels vekst i andelen av befolkningen som er i yrkesaktiv alder, og dels økt yrkesdeltakelse blant kvinner. Fra begynnelsen av 70-tallet og frem til i dag har antall yrkesaktive kvinner økt med over 80 prosent. Antall yrkesaktive menn har til sammenlikning økt med litt under 20 prosent, mens yrkesdeltakelsen blant menn har gått litt ned. Nedgangen har vært størst blant menn over 60 år. I 1980 var vel halvparten av menn i alderen 60–74 år yrkesaktive, mens bare 38 prosent i denne aldersgruppen var yrkesaktive i 2005.

2.2.1 Personer etter arbeidsstyrkestatus, kjønn, alder, tid og statistikkvariabel



Arbeidsledigheten i Norge er også lav sammenliknet med andre land. Mens gjennomsnittlig ledighet i OECD i 2008 var 6 prosent, var den i Norge under halvparten av dette: 2,6 prosent. Tallet på arbeidsledige i Norge falt i den siste konjunkturoppgangen etter 2005 og nådde en bunn sommeren 2008. Siden har arbeidsledigheten økt, og i juni 2013 var den 3,5 prosent (AKU, sesongkorrigert). Fra begynnelsen av 1970-årene og frem til lavkonjunkturen i 1983–1984 holdt arbeidsledigheten seg stabilt på i underkant av 2 prosent av arbeidsstyrken, og hele tiden var den om lag 1 prosent høyere for kvinner enn for menn. Da ledigheten steg på 1980-tallet, jevnet kjønnsforskjellene seg ut, og fra 1988 til 1995 var arbeidsledigheten høyere for menn. Senere ble forskjellene mindre, men de har økt noe de siste årene.

ET KJØNNSDELTA ARBEIDSLIV – DELTIDARBEIDENDE KVINNER

Fra midten av 1970-tallet og frem til 1986 økte kvinners yrkesaktivitet markert. I 2013 var 68 prosent av kvinnene og 74 prosent av mennene i alderen 15–74 år i arbeidsstyrken. Til tross for økende utdanningsnivå er både menns og kvinners yrkesvalg fortsatt nokså tradisjonelle. Typiske kvinneyrker er førskole- og grunnskolelærere, pleie- og omsorgsarbeidere, sykepleiere og renholdere. Typiske mannsyrker er håndverkere, bygge- og anleggsarbeidere, sjåfør og ingeniører. I noen yrker, for eksempel rådgiver admin/samf/jus, lektor/pedagog, salgsagent/megler, kommunikasjonsyrker og revisor/finansrådgiver, finner vi omtrent like mange menn og kvinner. Om lag en tredjedel av alle sysselsatte arbeider i dag i offentlig virksomhet. Dette gjelder hele 48 prosent av kvinnene, men bare 19 prosent av mennene. Kvinnene er i stor grad ansatt i kommunene, mens mennene er mer likelig fordelt på stat og kommune.

Den høye forekomsten av deltidsarbeid er et særtrekk ved det norske arbeidsmarkedet. Data fra den europeiske arbeidsmiljøundersøkelsen EWCS (EWCS 2010) viser at 27 prosent av norske sysselsatte rapporterer at de arbeider deltid, mens tilsvarende tall for EU generelt er 17 prosent. Norske data viser at andelen menn som rapporterer å jobbe deltid, har økt fra om lag 10 prosent i 1996 til nærmere 14 prosent i 2013. Blant kvinner har andelen gått ned noe den siste tiden. I 1996 jobbet om lag 45 prosent av alle yrkesaktive kvinner deltid. I 2013 er denne andelen redusert til 38 prosent (Statistikkbanken, SSB). Generelt har kvinner, og da særlig de som ser seg selv som hovedsakelig yrkesaktive, gradvis økt arbeidstiden over de siste ti årene, og både heltid og lang deltid er blitt mer vanlig. Kvinner med kortere utdanning arbeider oftere deltid enn andre kvinner. I den grad menn jobber deltid, er det overveiende selvvalgt kort deltid, oftest blant ungdom under

utdanning eller i tidlig alderdom som supplement til pensjonsinntekter. Kvinners deltidsarbeid er mer sammensatt, og det å ha barn under 16 år mer enn dobler sannsynligheten for deltid blant kvinner. Om lag åtte av ti kvinner som jobber deltid, er fornøyd med dette (9).

Arbeidsgivers bruk av deltidsstillinger varierer etter sektor og yrkesgrupper. Deltidsarbeid er mest utbredt i yrkesgruppene pleie- og omsorgsarbeider, butikkmedarbeider, servitøryrker, renholder og barnehage-/skoleassistent. Her er deltidsandelen mellom 65 og 48 prosent, og mange jobber kort deltid i disse yrkene. Halvparten av alle med kort deltid (under 20 time per uke) jobber innenfor næringsgruppene helse- og sosialtjenester og varehandel og reparasjon av motorvogner. Om vi inkluderer undervisning, ser vi at nærmere to av tre som jobber lang deltid (mellom 20 og 37 timer per uke) er i disse tre næringsgruppene.

UNDERSYSSELSETTING

SSBs definisjon av *undersysselsatte* omfatter deltidssysselsatte som ønsker og har forsøkt å få lengre arbeidstid, og som kan starte med det innen en måned. Omfanget av undersysseletting varierer med konjunkturene på om lag samme måte som arbeidsledigheten. I 2004–2005 var undersysselettingen for kvinner og menn samlet på 4,3 prosent, eller i alt om lag 98 000 personer. Den er etter dette blitt redusert for så å øke igjen etter 2008. Per 2013 utgjorde antall undersysselsatte 66 000 personer, dvs. om lag 2,4 prosent av alle sysselsatte og 8,9 prosent av alle deltidssysselsatte. Flertallet av de undersysselsatte er kvinner, noe som må sees i sammenheng med den høye andelen kvinner som jobber deltid. Av de 59 000 undersysselsatte i tredje kvartal i 2014 var 44 000 kvinner. Den totale tiden som de undersysselsatte ønsket å arbeide ekstra i tredje kvartal i 2014, tilsvarer 22 000 heltidsjobber. Hvis man samtidig legger til de arbeidstimene som de arbeidsledige ønsket å jobbe, tilsvarer det et tilbud på 111 000 heltidsjobber, en økning på 8 000 fra tredje kvartal året før.

Yrke og kjønn

Selv om det i dag er nesten like mange kvinner som menn i jobb, er arbeidsmarkedet fortsatt kjønnsdelt. Denne delingen avspeiler ikke bare forskjeller i arbeidsoppgaver og rollemønster på samme arbeidsplass, men også historiske og til dels vedvarende ulikheter når det gjelder yrkesvalg og tradisjoner.

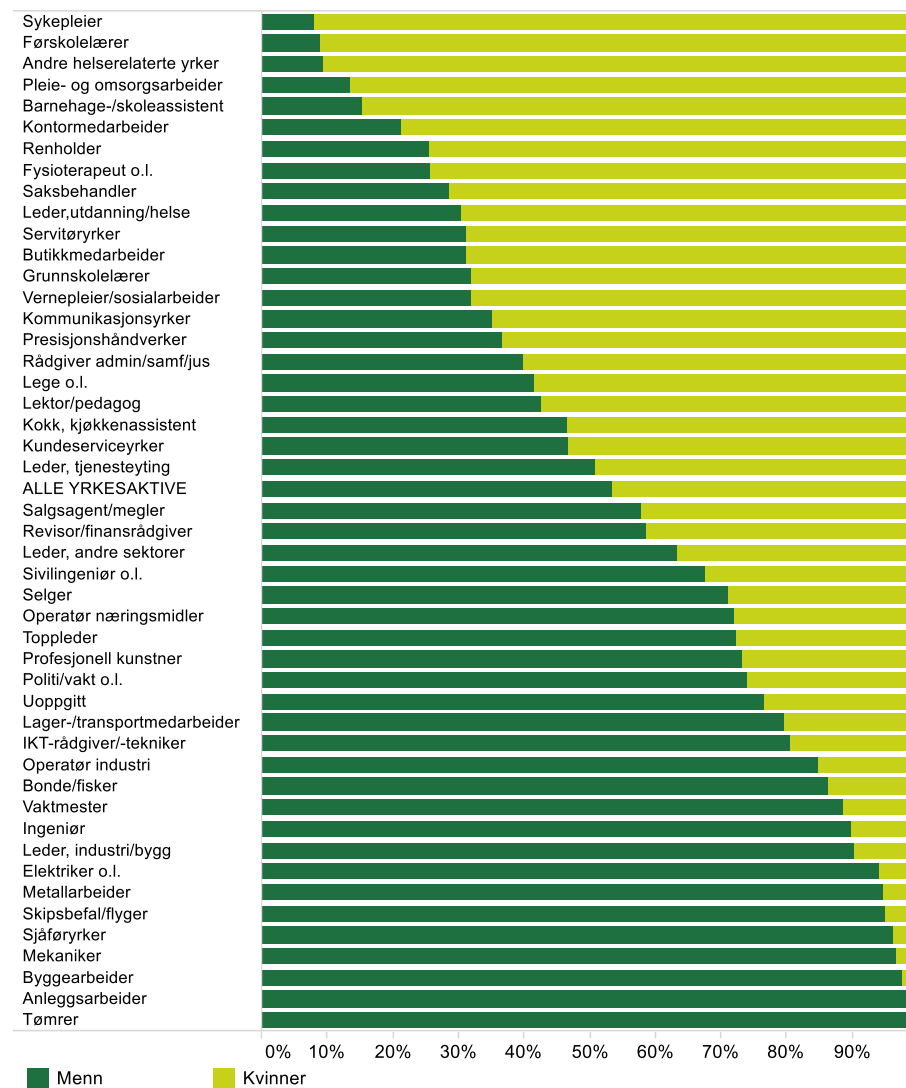
Kjønnsdelingen i arbeidslivet gjør at menn og kvinner gjerne må takle ulike arbeidsmiljøutfordringer, avhengig av yrke og hvilke arbeidsoppgaver de utfører. Det er også stadig flere unge kvinner som venter med å få barn til de er ferdig med utdanningen. Dette fører til at en krevende fase i arbeidslivet faller sammen med en travel småbarnsfase i mange unge familier. Forsøket på å forene arbeidslivets krav og familielivets plikter kan dermed bli en ekstra utfordring.

I hele yrkesbefolkningen er det omtrent like mange kvinner og menn, men kjønnsfordelingen er ujevn i mer enn halvparten av yrkesgruppene (Figur 2.2.2). Kun sju yrkesgrupper fremstår med det vi kan kalle en nokså jevn kjønnsfordeling, dvs. at fordelingen av kvinner og menn er mellom 40 og 60 prosent. Vi har seks typiske kvinneyrker og femten typiske mannsyrker, dvs. at det er mer enn 80 prosent av det ene kjønnnet.

Figur 2.2.2 viser fordelingen av kvinner og menn i de 46 yrkesgruppene som vi rapporterer fra, og vi ser at omsorgsykker i helse- og sosialsektoren, renholdere, førskolelærere og enkelte tjenesteytende yrker topper listen over kvinne-dominert arbeid. I den andre enden av skalaen ligger mannsdominerte yrker innenfor bygg- og anleggsslag, transport, metallarbeid og industri.

I underkant av åtte av ti menn oppgir at deres nærmeste overordnede er en mann, mens seks av ti kvinner oppgir at deres nærmeste leder er av samme kjønn. Et annet spørsmål som sier noe om kjønnsfordelingen på arbeidsplassen, er hvorvidt kollegaene som utfører omtrent samme type arbeid, hovedsakelig er menn eller kvinner, eller om det er mer likt fordelt. Om lag to av tre menn og kvinner oppgir at det er en overvekt av deres eget kjønn som gjør samme oppgaver som de selv på arbeidsplassen. Én av ti oppgir at det er flere av det motsatte kjønn som gjør samme oppgaver som dem selv, og en av fem oppgir at det er omtrent likt.

2.2.2 Prosentvis fordeling av kvinner og menn i yrkesgruppene



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU 2013)

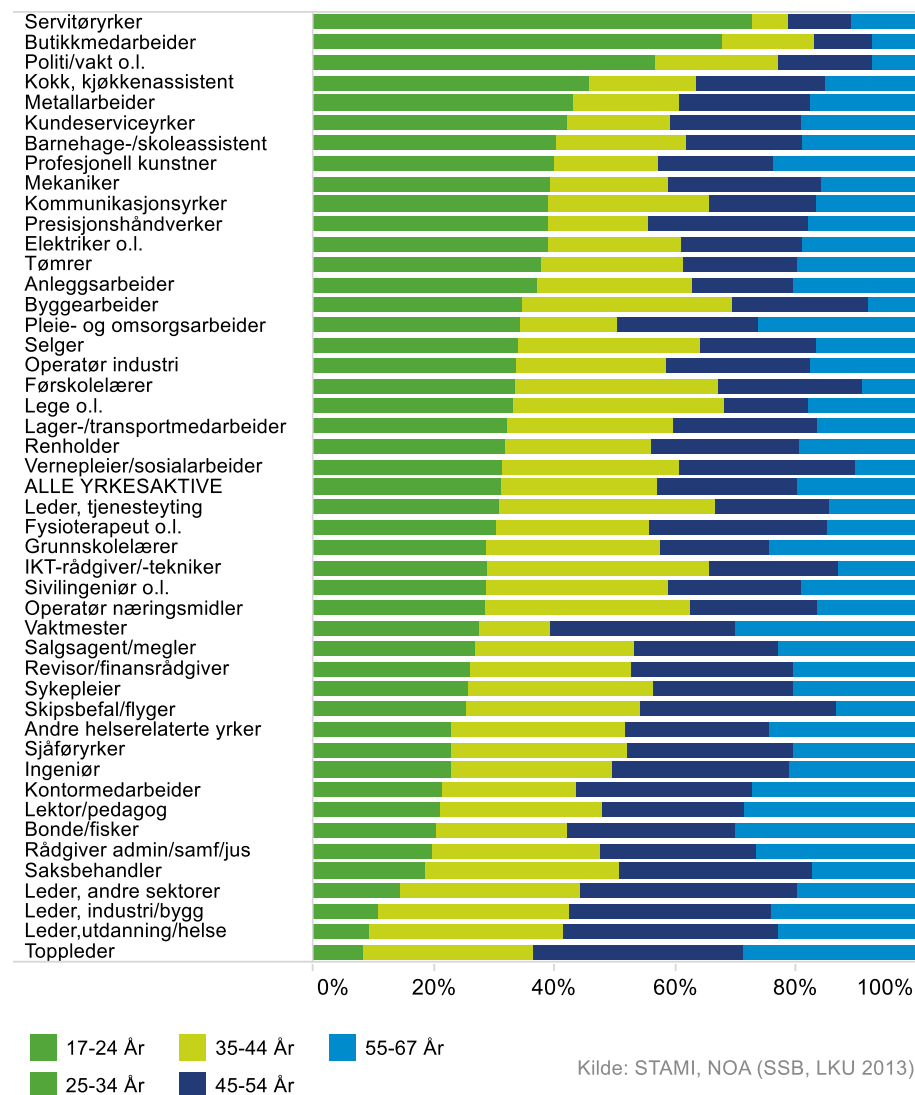
Yrke og alder

Over lengre tid har tendensen gått i retning av at stadig flere slutter i arbeid før de har nådd den formelle pensjonsalderen. Fra 2009 til 2030 vil tallet på personer i aldersgruppen 55–66 år øke med 28 prosent (10). De eldste i denne aldersgruppen har i dag relativt lav yrkesdeltakelse. Med utsikt til mangel på arbeidskraft i fremtiden er det rimelig å gå ut fra at virksomhetene må føre en personalpolitikk som er egnet til å rekruttere, utvikle og holde på kompetente arbeidstakere.

Det er flere forhold som kan virke inn på aldersfordelingen i de ulike yrkene. Krav til utdanning og erfaring gjør at flere av de som starter yrkeskarrieren i relativt ung alder, får sin første jobb innenfor manuelt eller ufaglært arbeid. Yrker som stiller større krav til forkunnskaper, gir eldre yrkesaktive et fortrinn. Strenge fysiske krav kan derimot gjøre at unge og spreke arbeidssøkere blir foretrukket fremfor eldre, og det kan få følger både for rekrutteringen til yrket og for avgangen fra yrket. I tillegg kan populariteten til de ulike yrkene være tids-, generasjons- og aldersavhengig. Også i svarfordelingen mellom yrkesgruppene i LKU 2013 kan aldersfordelingen tenkes å ha betydning. Yngre og eldre arbeidstakere blir kanskje ulikt behandlet og får forskjellige arbeidsoppgaver på arbeidsplassen. Deres erfaringsbakgrunn og fysiske og mentale forutsetninger er dessuten ulike, og opplevelsen av arbeidssituasjonen kan variere med alderen.

Aldersfordelingen varierer fra yrkesgruppe til yrkesgruppe. Andelen unge (17–24 år) er det som varierer mest mellom yrkesgruppene: fra 0 til 47 prosent. I hele yrkesbefolkningen er andelen unge 11 prosent. Om lag halvparten av de yngste mennene (17–24 år) arbeider som butikkmedarbeidere, håndverkere, mekanikere, bygg- og anleggsarbeidere og vakt- og sikkerhetsansatte. Blant de yngste kvinnene (17–24 år) arbeider halvparten i butikkyrker, med pleie- og omsorgsarbeid, som servitør, som kokk og kjøkkenassistent, med barn og unge, i renholdsyrket og i læreryrket. Den eldste aldersgruppen (55–67 år) har en andel som svinger mellom 7 og 30 prosent, med et snitt på 20 prosent for alle yrkesaktive sett under ett. Eldre yrkesaktive menn (55–67 år) er noe overrepresentert blant topledere, rådgivere innenfor admin/samf/jus og lektorer/pedagoger og bønder og fiskere og vaktmestere. Den eldste gruppen kvinnelige yrkesaktive (55–67 år) er noe overrepresentert blant pleie- og omsorgsarbeidere, lektorer/pedagoger, kontoransatte og blant rådgivere innenfor admin/samf/jus.

2.2.3 Prosentvis fordeling av ulike aldersgrupper i yrkesgruppene



2.3 ARBEIDSMILJØETS BETYDNING FOR SOSIALE ULIKHETER I HELSE

Sosial ulikhet er et forskningsfelt hvor man ser på fordelingen av goder og onder i samfunnet og hvordan denne fordelingen systematisk er knyttet til grupperes sosiale posisjon i samfunnet. Et gode kan for eksempel være inntekt, utdanning eller jobb, mens onder for eksempel kan være dårlig helse, arbeidsløshet eller marginalisering. Sosial posisjon kan måles på ulike måter som utdanningslengde, yrke eller inntekt

De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste tiårene, men det er fortsatt slik at helsen varierer mye mellom ulike sosioøkonomiske grupper, dvs. etter inntekt, utdanning og yrkesstatus. Siden 1970-tallet har man sett et fall i dødelighet og forlenget levealder for dem med utdanning utover grunnskole og de med inntekt over gjennomsnittet. Dødeligheten har imidlertid endret seg lite blant grupper med lav utdanning og lav inntekt. Generelt er det likevel forskjeller på alle nivåer, dvs. at de som er aller øverst, i gjennomsnitt har litt bedre helse enn dem som ligger litt lavere, som igjen har litt bedre helse enn dem som ligger litt lavere enn dem igjen osv. (11).

Hva som er de mest sentrale årsakene til disse gjennomgripende mønstrene, er et sammensatt spørsmål. Det dreier seg ikke nødvendigvis om enkle årsakssammenhenger, og er det er åpenbart ikke slik at helseforskjellene ville ha blitt borte over natten dersom alle fikk like lang universitets- eller høyskoleutdanning. Snarere det slik at de sosiale forskjellene er uttrykk for tilgang til en rekke ressurser – materielle som psykososiale – som igjen har betydning for helse og trivsel. Forskning har avdekket en lang rekke slike ressurser som har direkte eller indirekte helsemessig betydning. Noen faktorer – som arbeid og arbeidsmiljø – påvirker helsen på mange og innfløkte måter. Andre faktorer, som tobakk eller mosjon, påvirker helsen på enklere og mer direkte måter.

Utdanning er trolig den enkeltfaktoren som har mest å si når det gjelder å komme i arbeid, og nesten tre ganger så mange nordmenn har nå universitets- og høyskoleutdanning som i 1980. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning har nærmere 30 prosent høyere yrkesdeltakelse enn personer med ungdomsskole. Noe av dette kommer av alderssammensetningen, siden prosentandelen med lengre utdanning er lavere i eldre kohorter. Kvinner med lengst utdanning har 33 prosent høyere deltakelse i arbeidslivet enn kvinner med lavest utdanning, mens forskjellen

mellom menn er 26 prosent. Norge er det OECD-landet som har minst forskjell i yrkesdeltakelse mellom kvinner og menn med høyere utdanning (10).

Helseforskjellen mellom de som er i arbeid, og de som ikke er i arbeid, er betydelig. Å være uten arbeid øker risikoen for å ha en langvarig lidelse omtrent tre ganger for menn og opp mot fire ganger for kvinner. En viktig forklaring på den dårligere helsen blant folk utenfor arbeidsmarkedet er åpenbart at nedsatt helse i mange tilfeller er uforenelig med kravene som stilles i en jobb, men det kan heller ikke utelukkes at sammenhengen også skyldes at det å slutte å jobbe fører til en forverring av helsen. Det er imidlertid ikke ett entydig svar på om det er helseskadelig å miste jobben eller å slutte å jobbe. For eksempel er det ikke slik at det å forlate arbeidsmarkedet frivillig gjennom avtalefestet pensjon påvirker dødeligheten, mens flere studier har funnet at det å måtte forlate jobben på grunn av nedbemanning, påvirker dødeligheten negativt. En metaanalyse av sammenhengen mellom arbeidsledighet og mental helse konkluderer med at det foreligger en klar sammenheng mellom arbeidsledighet og utvikling av depresjon, og det finnes studier som viser at det å komme tilbake til jobb kan være gunstig for helsen, forutsatt at det er en god og trygg jobb (175). Motsatt er det studier som viser at det å slutte i jobben kan gi en helsegevinst dersom man opplever jobben som en psykisk eller fysisk påkjenning (12).

Selv om arbeidsmiljøet i Norge karakteriseres som godt og er blitt bedre på de fleste norske arbeidsplasser, er det fortsatt forskjeller mellom yrker og utdanningsgrupper som kan omtales som sosiale ulikheter i arbeidsmiljøet. Arbeidstakere med kortere utdanningslengde har ofte mer belastende arbeid, blant annet i form av tungt fysisk arbeid og belastende arbeidsstillinger, høyere nivåer av fysiske og kjemiske eksponeringer samt mindre selvbestemmelse og mer ensidig arbeid.

Det er vanskelig å gi et enkelt svar på hvilke arbeidsforhold som har størst betydning for sosiale ulikheter i helse, og ulike studier kan gi ganske forskjellige resultater avhengig av hvilke grupper man studerer, og hvilke helseutfall man ser på.

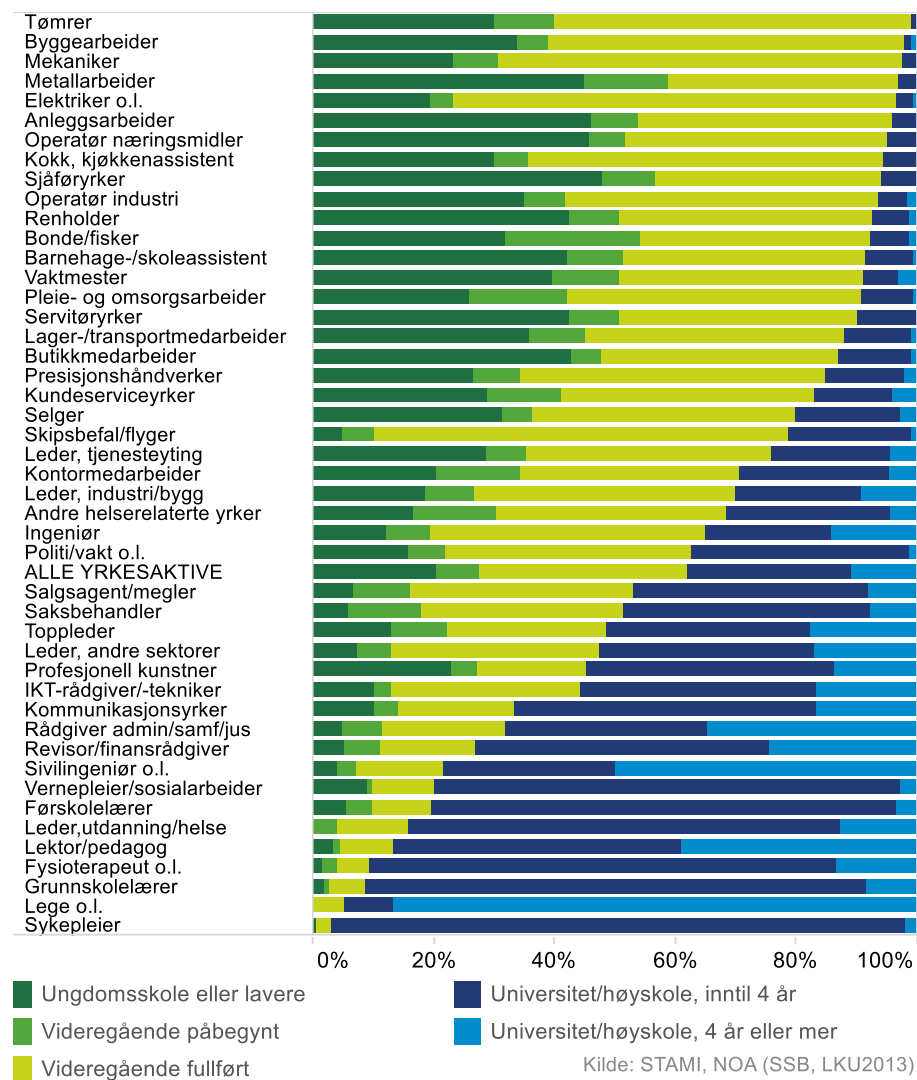
Utdanning, yrke og sosial ulikhet

For psykiske lidelser og hjerte- og karsykdommer er det først og fremst aspekter ved det psykososiale arbeidsmiljøet forhold som er studert og vist å ha effekt. For generell helse, muskel- og skjelettplager, sykefravær og uførepensjonering har man funnet at både fysiske og psykososiale faktorer kan være av betydning. Jobbkontroll er en risikofaktor som går igjen for mange helseutfall og kan også ha betydning for andre typer eksponeringer. Har man en viss grad av selvbestemmelse, kan man også justere og tilpasse arbeidet, for eksempel ved å ta pauser, variere arbeidet eller utsette noe til neste dag. I studier som inkluderer både fysiske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer, har det ofte vist seg å være vanskelig å skille effektene av disse to hovedfaktorene fra hverandre, siden de som har tungt fysisk arbeid og er eksponert for støy og støv, ofte er de samme som har lav jobbkontroll(13). I en studie basert på norske levekårsdata (SSB) undersøkte man hvorvidt psykososiale og mekaniske faktorer i arbeidssituasjonen kunne forklare det høyere nivået av sykefravær blant yrkesaktive med kortere utdanningslengde. Studien anslo at nærmere 41–44 prosent av utdannings-forskjellene blant menn og 31–54 prosent av utdanningsforskjellene blant kvinner kunne forklares med forskjeller knyttet til arbeidsmiljøet. Ensidig arbeid, tungt fysisk arbeid, arbeid i knestående stilling og løft i ubekvem stilling er de mest betydningsfulle faktorene i arbeidsmiljøet (14).

I faktaboken benyttes gjennomgående yrke som en indikator på arbeidsmiljø, men yrke kan også sees som en indikator på sosial posisjon, selv om det ikke har samme hierarkiske struktur som for eksempel lønn eller utdanningslengde. Utdanningsnivå og yrke henger imidlertid nøye sammen (figur 2.3.1), og flere steder i denne boken kommenteres forskjeller i eksponering eller helseutfall ut fra utdanningsnivå i tillegg til yrke.

Utdanningsnivået varierer også sterkt mellom bransjer. Innenfor undervisning, offentlig administrasjon, finanstjenester og informasjon/kommunikasjon har mellom 54 og 77 prosent av arbeidstakerne universitets- eller høyskoleutdanning. Industri, varehandel og bygg og anlegg, overnatting/servering, transport/lagring, bygge-/anleggsvirksomhet og jord-/skogbruk/fiske har mindre innslag av slik utdanning (mellom 22 % og 8 %), men høyere innslag av arbeidstakere med fagutdanning

2.3.1 Prosentvis fordeling av utdanningsgrupper, etter yrke

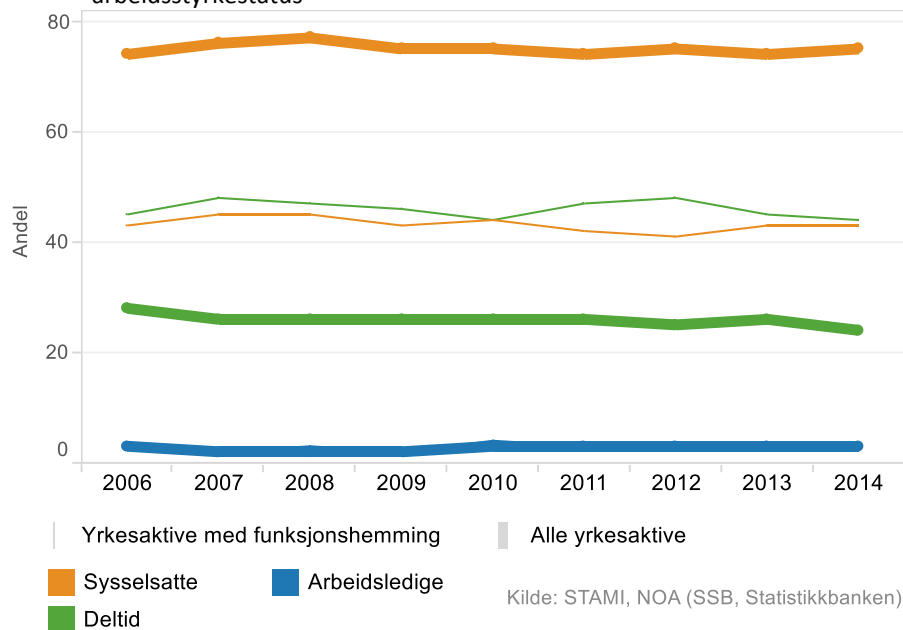


2.4 YRKESDELTAKEELSE BLANT PERSONER MED REDUSERT FUNKSJONSEVNE

Det at man har et helseproblem, betyr ikke nødvendigvis at man ikke kan arbeide. Hvorvidt man er i stand til å arbeide, bestemmes blant annet av personens egen vurdering av plager, men også kompetanse og yteevne sett i forhold til de kravene arbeidet stiller. Det er godt dokumentert at spesifikke forhold i arbeidssituasjonen har stor betydning for helsen, både for sykdom og subjektive helseplager som for eksempel muskel- og skjelettsmerter. Slike arbeidsfaktorer vil også spille inn med tanke på i hvilken grad helseproblemet påvirker arbeidsevnen.

Redusert funksjonsevne eller funksjonshemning er i AKU definert ved at den spurte selv vurderer det slik at han eller hun har fysiske eller psykiske helseproblemer av mer varig karakter (seks måneder eller mer), som kan medføre begrensninger i hverdagen.

2.4.1 Prosentandel av yrkesaktive med funksjonshemning, etter arbeidsstyrkestatus



Om lag 15 prosent av befolkningen i alderen 15–66 år oppga i 2014 å ha en funksjonshemning. Det tilsvarer om lag 539 000 personer (AKU 2. kvartal 2014). Til sammen var 232 000 funksjonshemmede i arbeid i 2014, noe som tilsvarer om lag 43 prosent. Andelen funksjonshemmede i arbeid har økt fra 41 til 45 prosent i perioden fra 2006 til i dag.

Blant personer med funksjonshemning var sysselsettingen 32 prosent lavere enn sysselsettingen i hele yrkesbefolkningen (43 % i aldersgruppen 15–66 år mot 75 % i hele befolkningen). Forskjellen mellom hvor mange som er yrkesaktive blant funksjonshemmede og befolkningen totalt, er minst blant de yngste. I alderen 15–24 år er differansen 13 prosent, mens den ligger mellom 30 og 39 prosent i aldersgruppene over dette. Blant de eldste, dvs. i aldersgruppen 60–66 år, er imidlertid differansen redusert til 26 prosent.

I løpet av de to siste årene har det vært en økende andel som arbeider heltid blant de funksjonshemmede. Andelen med deltidsjobb er likevel fortsatt mye høyere enn blant de sysselsatte totalt. I 2014 var 44 prosent av de sysselsatte funksjonshemmede deltidsarbeidende, mot 24 prosent av de sysselsatte i alt. Andelen sysselsatte med funksjonshemning som jobbet deltid, var 25 prosent blant menn og 59 prosent blant kvinner. Tilsvarende tall blant alle sysselsatte var 13 og 37 prosent. Også for de sysselsatte totalt har heltidsandelen økt de to siste årene.

Av de 304 000 ikke-sysselsatte funksjonshemmede var det 85 000, eller 28 prosent, som uttrykte ønske om arbeid i andre kvartal i 2014. Dette er på samme nivå som i aldersgruppen 15–66 år i befolkningen som helhet. Ikke alle som ønsker arbeid, blir regnet som arbeidsledige. Betingelser om aktiv søking og rask tilgjengelighet på arbeidsmarkedet må være oppfylt. Av de 85 000 funksjonshemmede med ønske om arbeid ble 18 prosent (15 000) klassifisert som arbeidsledige. Til sammenlikning var det 250 000 ikke-sysselsatte i hele befolkningen som ønsket arbeid, og av dem ble 36 prosent (91 000) regnet som ledige. Andelen med ønske om arbeid blant funksjonshemmede har ligget på om lag samme nivå de siste seks årene, tatt i betraktning den statistiske usikkerheten som er knyttet til tallene (SSB: Funksjonshemmede, arbeidskraftundersøkelsen, 2014, 2. kvartal).

Personer med langvarige helseproblemer og redusert funksjonsevne

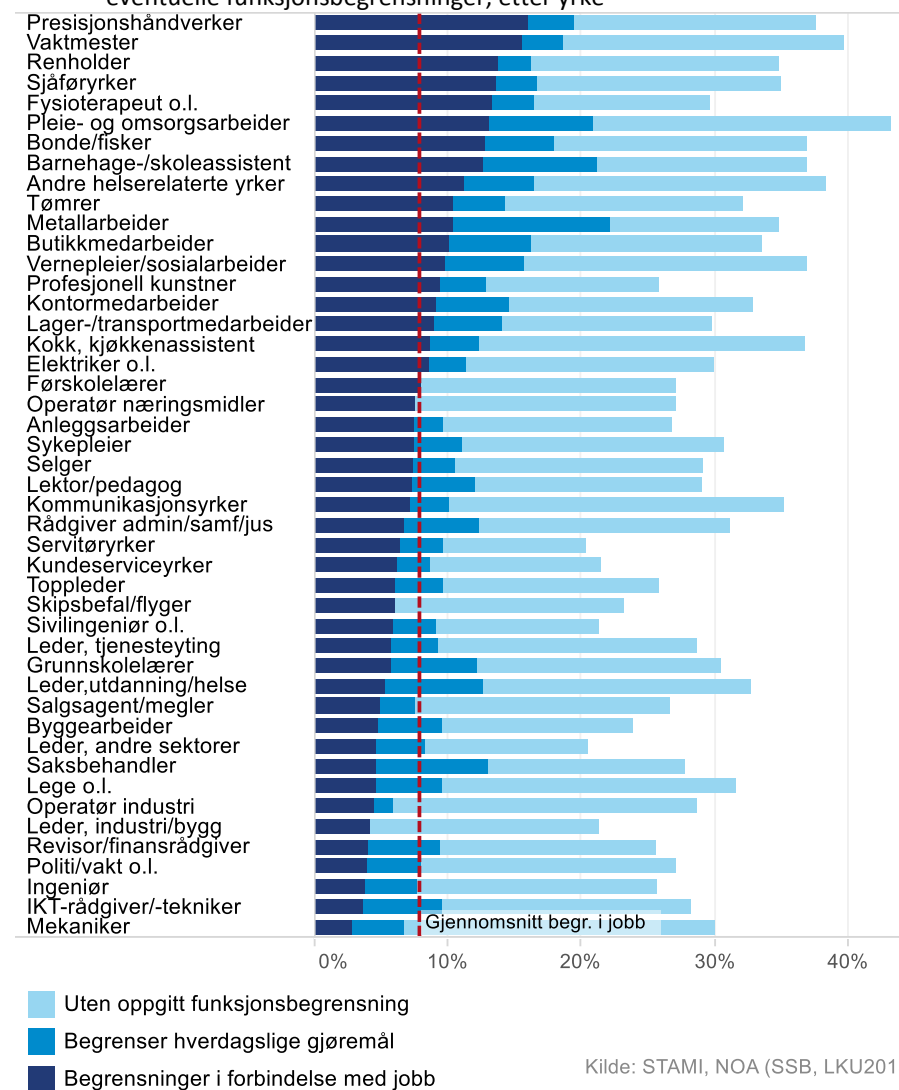
Fig 2.4.2 viser andelen yrkesaktive som rapporterer om langvarig sykdom, helseproblemer, funksjonshemming eller plage som følge av skade, kategorisert etter yrke. Denne gruppen yrkesaktive er videre delt inn i tre grupper: (i) personer som ikke oppgir aktivitetsbegrensninger, (ii) personer som opplever begrensninger under daglige gjøremål, og (iii) personer som også opplever at den kroniske tilstanden begrenser hvor lenge de kan jobbe og/eller hva slags arbeidsoppgaver de kan utføre.

Spørsmål som ble stilt i LKU 2013:

- Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer (sykdommer eller problemer som er sesongbetonte eller kommer og går, og som har varighet av minst seks måneder)?
- Har du funksjonshemming eller har du plager som følger av skade? Vi tenker også på plager som kommer og går.
- Skaper langvarige sykdommer eller helseproblemer/funksjonshemninger eller plager begrensninger når det gjelder å utføre alminnelige hverdagsaktiviteter?
- Vil du si at sykdommen eller funksjonshemmingen din begrenser hva slags type arbeidsoppgaver du kan utføre i din jobb eller hvor mye du kan arbeide?

Blant alle yrkesaktive oppgir om lag 31 prosent at de har en langvarig sykdom eller funksjonshemming, og det tilsvarer om lag 780 000 personer. I alt 8 prosent oppgir at helsetilstanden har begrenset hvor lenge de kan jobbe og hva slags arbeidsoppgaver de kan utføre. Det vil si at om lag 200 000 personer har en kronisk helsetilstand eller funksjonshemming som begrenser arbeidsevnen. Andelen som opplever redusert arbeidsevne, er noe større blant kvinner (10 % mot 6 % blant menn) og øker med økende alder, fra 4 prosent i den yngste aldersgruppen til 11 prosent i den eldste aldersgruppen. Når det gjelder utdanning, er andelen som opplever redusert arbeidsevne, høyere blant yrkesaktive som ikke har fullført videregående (10 %) enn blant yrkesaktive med mer enn 4-års utdanning på høyskole/universitet (3 %). Redusert arbeidsevne finner man innenfor primærnæringsyrkene og blant frisører, renholdere og servicepersonell innenfor hotell og restaurant, der mellom 16 og 18 prosent opplever dette. Blant de fem minst utsatte gruppene varierte andelen fra 2 (lege, psykolog, tannlege, farmasøyt, veterinær) til 4 prosent (øvrige yrker med høyere universitetsutdanning).

2.4.2 Prosentandel som oppgir langvarig sykdom eller funksjonshemming og eventuelle funksjonsbegrensninger, etter yrke



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013)

2.5 YRKESDELTAKEELSE BLANT INNVANDRERE

De siste tiårene har også antall yrkesaktive personer med innvandrerbakgrunn økt betraktelig. Ved inngangen til 2014 var det 759 000 innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Norge, dvs. 14,9 prosent av hele befolkningen. Av disse var 633 000 innvandrere som var født i utlandet, mens 126 000 var norskfødte med innvandrerforeldre.

Antall sysselsatte i hele landet økte med 122 000 fra 2009 til 2013. Av disse var nærmere 107 000 innvandrere. Denne befolkningsgruppen sto dermed for nærmere 90 prosent av sysselsettingsveksten. Innvandrere fra EØS-landene bidro mest til denne veksten. I 2013 utgjorde innvandrere (dvs. personer som er født i utlandet av utenlandskfødte foreldre, og som er registrert bosatt i Norge) 13,7 prosent av arbeidsstyrken.

Sysselsettingsprosenten for innvandrere var om lag 63 prosent i 2013. I hele den norske befolkningen i samme aldersgruppe – altså 15–74 år – lå andelen sysselsatte på 69 prosent. Det er altså en forskjell i sysselsettingsprosenten på ca. seks prosent mellom innvandrere og hele befolkningen når vi holder oss til alderspopulasjonen 15–74 år som er mest brukt innenfor arbeidsmarkedsstatistikk. Ser vi på de mest yrkesaktive aldersgruppene, kommer det imidlertid frem større forskjeller, som for eksempel 12 prosent for aldersgruppen 25–39 år og 13 prosent for dem mellom 40 og 54 år. Blant innvandrerne i aldersgruppen 15–74 år var 68 prosent av mennene og 58 prosent av kvinnene sysselsatte i fjerde kvartal i 2013. I befolkningen totalt var forskjellen mindre mellom kjønnene. Her var 71 prosent menn og 66 prosent kvinner sysselsatte.

Blant innvandrere fra EØS-området er tilgang til arbeid en viktig årsak til innvandringen, noe som gir seg utslag i et høyt sysselsettingsnivå. I fjerde kvartal i 2013 var sysselsettingsandelen for disse gruppene som følger: 76,3 prosent for nordiske innvandrere, 72,9 prosent for innvandrere fra EU-land i Øst-Europa og 70,7 prosent for innvandrere fra Vest-Europa. Dernest kom innvandrere fra Nord-Amerika og Oseania med en andel på 66 prosent sysselsatte. Innvandrere fra Sør- og Mellom-Amerika og Øst-Europa utenom EU lå ganske likt, med rundt 63 prosent sysselsatte. Gruppen fra Asia lå en del lavere med 55,2 prosent, mens innvandrere fra Afrika hadde 41,9 prosent sysselsatte. Disse nivåforskjellene har vært relativt stabile, uavhengig av konjunktorene på arbeidsmarkedet. Gruppene fra Asia og Afrika har et større

innslag av flyktninger med kortere botid i Norge enn andre grupper. I særlig grad gjelder dette den afrikanske gruppen. Lengre botid i Norge høyner sysselsettingsnivået i de fleste innvandrergrupper, men forskjellene gruppene imellom utjevnes likevel ikke. Også blant dem med botid på over 10 år ligger de afrikanske innvandrerne lavest med en sysselsettingsandel langt under gjennomsnittet for innvandrere. Dessuten er sysselsettingsnivået blant kvinner fra enkelte land i Asia og Afrika svært lavt uavhengig av botid. Dette trekker også gjennomsnittet ned i disse gruppene (Registerbasert sysselsettingsstatistikk for innvandrere, SSB).

2.5.1 Sysselsatte i alt og sysselsatte innvandrere (15–74 år) i 4. kvartal 2013, etter verdensregion (absolutte tall og i prosent) (SSB, Registerbasert sysselsettingsstatistikk)

	ABSOLUTTE TALL (1000)	PROSENT	BOSATT UNDER 4 ÅR	BOSATT 4–6 ÅR	BOSATT 7 ÅR OG MER
Hele befolkningen	2 619 000	69			
Befolkningen ekskl. innvandrere	2 260 579	70			
Innvandrere i alt	358 421	63			
Norden	47 824	76	81	81	73
Vest-Europa utenom Norden	41 390	71	64	77	72
EU-land i Øst-Europa	102 846	73	70	77	75
Øst-Europa utenfor EU	30 079	63	55	67	64
Nord-Amerika og Oseania	6 621	66	57	76	69
Asia	91 173	55	41	59	59
Afrika	26 794	42	24	50	51
Sør- og Mellom-Amerika	11 694	63	52	67	67

Det er noen likhetstrekk mellom sysselsettingen i befolkningen som helhet og blant innvandrere når det gjelder fordeling på næringsgrupper. Blant annet ser vi at helse- og sosialtjenester sysselsetter flest uansett bakgrunn når vi forholder oss til hovedgruppene. Det er også ganske lik fordeling når det gjelder industri, transport og lagring. I mange næringer ser vi imidlertid at innvandrerne er overrepresentert. Dette gjelder særlig innenfor rengjøringsvirksomhet, hvor 4 prosent av innvandrerne jobber mot i underkant av 1 prosent av hele yrkesbefolkningen. Innvandrere er også klart overrepresentert innenfor næringene overnattings- og serveringsvirksomhet, forretningsmessig tjenesteyting, annen landtransport med passasjerer og utleie av arbeidskraft.

2.5.2 Prosentandel av sysselsatte i alt og sysselsatte innvandrere (15–74 år) i 4. kvartal 2013, etter yrke (SSB, Registerbasert sysselsettingsstatistikk)

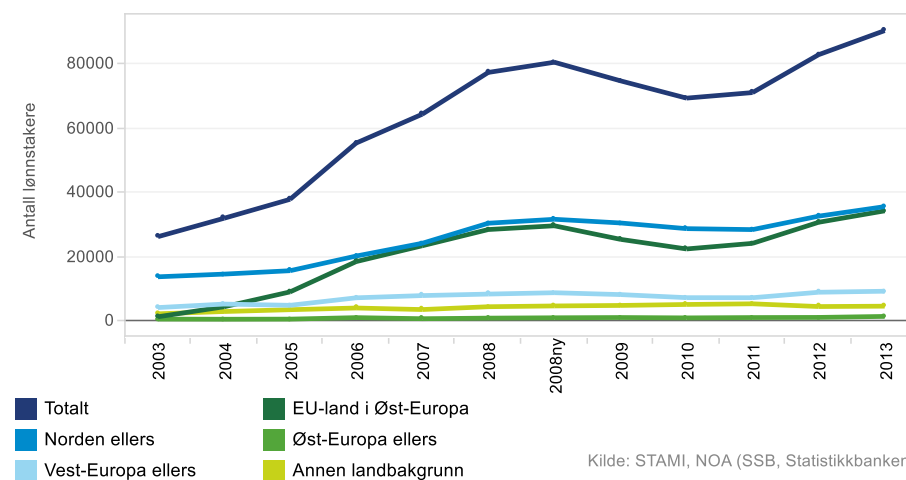
	Andel (%) av sysselsatte i hele befolkningen	Andel (%) av sysselsatte innvandrere i alt
Alle næringer		
Jordbruk, skogbruk og fiske	2,4 %	1,3 %
Bergverksdrift og utvinning	2,4 %	1,9 %
Industri	8,5 %	9,4 %
Elektrisitet, vann og renovasjon	1,1 %	0,6 %
Bygge- og anleggsvirksomhet	7,7 %	9,2 %
Varehandel, motorvognrep.	13,4 %	9,8 %
Annen landtransport med passasjerer	1,1 %	2,1 %
Transport og lagring	5,3 %	5,4 %
Overnattingsvirksomhet	1,0 %	2,6 %
Serveringsvirksomhet	2,1 %	5,5 %
Informasjon og kommunikasjon	3,4 %	2,3 %
Finansiering og forsikring	1,8 %	0,6 %
Teknisk tjenesteyting, eiendomsdrift	6,1 %	4,9 %
Forretningsmessig tjenesteyting	4,9 %	10,5 %
Utleie av arbeidskraft	1,5 %	3,6 %
Rengjøringsvirksomhet	0,9 %	3,9 %
Offentlig administrasjon, forsvar, sosialforsikring	5,9 %	2,1 %
Undervisning	7,6 %	4,9 %
Helse- og sosialtjenester	19,1 %	16,0 %
Personlig tjenesteyting	3,6 %	2,9 %
Uoppgitt	0,5 %	0,6 %

YRKESDELTAELSE BLANT INNVANDRERE SOM IKKE ER BOSATT I NORGE

Etter EU-/EØS-utvidelsen i 2004 har antallet arbeidsinnvandrere på korttidsopphold i Norge økt. De fleste arbeidsinnvandrerne kommer fra de nye EU-landene. Tradisjonelt er det svenske arbeidsinnvandrere som har utgjort den største utenlandske gruppen i Norge, men de siste årene har arbeidsinnvandrere fra Polen gått forbi i antall. Arbeidsinnvandringen har gitt et viktig bidrag til sysselsettingsveksten og har bidratt til å dempe presset i det norske arbeidsmarkedet, spesielt i byggebransjen og deler av industrien, men også i deler av de tjenesteytende næringene. Mange arbeidsinnvandrere, særlige fra EU-land i Øst-Europa, er ansatt i konjunkturutsatte næringer, herunder byggebransjen.

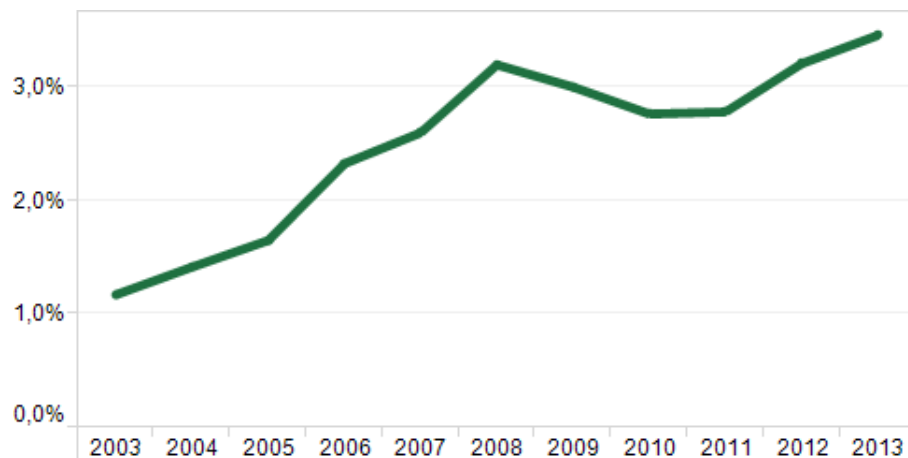
Arbeidsinnvandrerne tilfører det norske samfunnet viktig kompetanse og bidrar til å dekke arbeidskraftmangel i flere sektorer. Samtidig kan kortvarige arbeidsopphold gjøre det vanskelig å dokumentere arbeidsforhold og -betingelser blant visse arbeidstakergrupper i Norge, særlig i bransjer der bruk av slik arbeidskraft er utbredt. Med korttidsopphold menes opphold under seks måneder, slik at personen ikke blir registrert som bosatt i det sentrale folkeregisteret.

2.5.1 Lønnskakere som ikke er registrert bosatt, etter landbakgrunn



I fjerde kvartal 2003 utgjorde ikke-registrerte bosatte lønnstakere om lag 1,1 prosent av alle sysselsatte. I fjerde kvartal 2013 var tallet nærmere 3,3 prosent. Med andre ord utgjorde lønnstakere på korttidsopphold en tre ganger så stor andel av alle sysselsatte i 2013 sammenliknet med i 2003. Tallet har vært jamt stigende over denne tiårsperioden.

2.5.2 Sysselsatte på korttidsopphold som andel av alle sysselsatte



Kilde: STAMI, NOA (SSB, Statistikkbanken)

Totalt var det 90 248 lønnstakere på korttidsopphold i Norge i fjerde kvartal i 2013. Tallet omfatter personer som arbeider i Norge uten at de er registrert som bosatt her ifølge folkeregisteret. Dette gjelder blant annet personer som pendler til arbeidet i Norge for lengre eller kortere perioder av gangen. Selv om en person er i Norge på korttidsopphold, kan vedkommende altså arbeide i Norge i flere år. I alt 34 253 lønnstakere på korttidsopphold hadde bakgrunn fra EU-land i Øst-Europa. Det er en vekst på 11,6 prosent fra fjerde kvartal i 2012. Fra land i Norden økte antallet lønnstakere på korttidsopphold med 9,1 prosent, til 35 572 personer i fjerde kvartal i 2013. Av disse var 27 598 fra Sverige. I alt 22,9 prosent av lønnstakerne på korttidsopphold jobbet i bygge- og anleggsnæringen, mens 10,8 prosent jobbet i industrien. Av de 19,3 prosentene som arbeidet innenfor næringen utleie av arbeidskraft, var mange utleid til bygge- og anleggsnæringen. Fordelingen på ulike næringer er om lag som året før.

Om man ser helet året 2013 under ett, var det totalt om lag 163 000 lønsmottakere som ikke var registrert som bosatt i Norge i 2013. Dette tilsvarer om lag 5,9 prosent av alle sysselsatte personer (bosatte sysselsatte og ikke-bosatte lønsmottakere) i 2013. Snaut 60 000 lønnstakere på korttidsopphold hadde bakgrunn fra et nordisk land i 2013, mens i overkant av 61 000 kom fra EU-land i Øst-Europa. Totalt kom om lag tre av fire lønnstakerne på korttidsopphold fra disse landene. I 2013 var 20 prosent av lønnstakerne på korttidsopphold ansatt i bedrifter som leide ut arbeidskraft. Deretter kom næringene bygg og anlegg (19 %) og industri (10 %). Innenfor næringsgruppen formidling og utleie av arbeidskraft tilsvarte antallet ikke-bosatte yrkesaktive om lag 40 prosent av alle yrkesaktive som var registrert som bosatt.

2.5.3 Lønnstakere som ikke er registrert bosatt, etter næring (SN2007; SSB, 2013)

	ARBEIDSINNVANDRERE ETTER NÆRING (1000)	ARBEIDSINNVANDRERE (%) ETTER NÆRING
Alle næringer	163 104	100
Jordbruk, skogbruk og fiske	9 746	6,0 %
Bergverksdrift og utvinning	7 635	5,0 %
Industri	15 817	10,0 %
Bygg og anlegg, elektrisitet, vann og renovasjon	31 794	19,0 %
Varehandel, reparasjon av motorvogner	8 895	5,0 %
Transport og lagring	9 187	6,0 %
Overnattings- og serveringsvirksomhet	10 141	6,0 %
Informasjon, kommunikasjon, finans og forsikring	2 561	2,0 %
Teknisk tjenesteyting, eiendomsdrift	9 135	6,0 %
Forretningsmessig tjenesteyting	5 520	3,0 %
Formidling og utleie av arbeidskraft	32 882	20,0 %
Off. adm., forsvar, sosialforsikring	875	1,0 %
Undervisning	2 322	1,0 %
Helse- og sosialtjenester	10 810	7,0 %
Personlig tjenesteyting	2 876	2,0 %
Uoppgitt	2 908	2,0 %

ARBEIDSVILKÅRENE FOR UTENLANDSKE ARBEIDSTAKERE I NORGE

Økende arbeids- og tjenestemobilitet over landegrensene og utvidelsen av EØS har satt søkelyset på arbeidsvilkårene for utenlandske arbeidstakere i Norge og behovet for å iverksette tiltak for å sikre at disse får samme lønns- og arbeidsvilkår som norske arbeidstakere.

I diskusjonen om useriøse virksomheter er blant annet lønn, arbeidskontrakter, arbeidstid, helse, miljø og sikkerhet viktige temaer. Ettersom arbeidsmarkeds-kriminalitet utelukkende handler om brudd på norske lover, kategoriserer denne rapporten de omtalte aktørene som kriminelle heller enn useriøse, fordi sistnevnte begrep henviser til etikk og moral fremfor lovbrudd. Useriøsitet nevnes ofte i samme forbindelse som sosial dumping. Det siste er et begrep som i hovedsak brukes i forbindelse med utenlandske arbeidstakere, særlig arbeidstakere fra de nye EU-/EØS-landene.

I handlingsplanen mot sosial dumping definerte man sosial dumping slik: «når utenlandske arbeidstakere utsettes for brudd på helse-, miljø- og sikkerhetsregler, herunder regler om arbeidstid og krav til bostandard, og når de tilbys lønn og andre ytelser som er uakseptabelt lave sammenliknet med hva norske arbeidstakere normalt tjener, eller som ikke er i tråd med gjeldende allmenngjøringsforskrifter der slike gjelder». Dette omfatter blant annet brudd på arbeidsmiljøloven og allmenngjøringsloven. Begrepet sosial dumping blir normalt også brukt der det avdekkes vesentlig lavere lønninger enn det som er normalt i Norge, selv om dette skjer på områder uten allmenngjøring. Sosial dumping omfatter derfor utnyttelse av utenlandsk arbeidskraft som av mange oppfattes som uetisk, men som ikke er i strid med loven.

Det er vanskelig å anslå omfanget av ulovlig arbeid som inkluderer svart arbeid, ulovlig tjenesteyting og bruk av ulovlig arbeidskraft, det eksisterer ingen fullstendig oversikt over hvor mange utlendinger som befinner seg i Norge uten lovlig opphold, som ikke har fått oppholdstillatelse, eller som har blitt her lenger enn hva som er lovlig. Ulovlig arbeid knytter seg trolig også i stor grad til utlendinger som i utgangspunktet har lovlig opphold i Norge gjennom EØS-samarbeidet. Ettersom mange av disse arbeider uten at det er knyttet til arbeidsmarkeds-kriminalitet, vil statistikken over antallet EØS-borgere med opphold i Norge antakelig være lite egnet til å belyse omfanget av arbeidsmarkeds-kriminaliteten blant dem, selv om

visse nasjonaliteter gjerne forbindes mer med sosial dumping og arbeidsmarkeds-kriminalitet enn andre. Det er få anmeldelser av brudd på allmenngjøringsloven. Men enda viktigere er det at sakene ikke blir avdekket, blant annet fordi arbeidsgiverne skjuler de reelle forholdene for kontrollstatene (ikke minst ved å oppgi uriktig informasjon), samtidig som arbeidstakerne ikke anmelder og generelt ikke ønsker å bidra til at sakene avdekkes (15).

Kunnskapen om arbeidsvilkår blant arbeidsinnvandrere er mangelfull og vanskelig å kartlegge. Likevel finnes kilder som kan si oss noe om temaet. Arbeidstilsynet har i 2013 styrket tilsynet mot sosial dumping. Som tabellen viser, er forhold relatert til sosial dumping kontrollert i 5165 tilsyn, en nesten fordobling fra 2012. I om lag 2900 tilsyn er det gitt minst én reaksjon, og det er gitt totalt 5759 reaksjoner i tilsynene.

2.5.4 Tilsyn mot sosial dumping 2008–2013 (Arbeidstilsynet)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tilsyn	2064	2416	2930	2651	2767	5165
Tilsyn med reaksjon	1532	1640	1969	1858	2046	2890
Reaksjoner	4063	3831	4205	3997	4616	5759

Innenfor den målrettede aktiviteten gjennomføres det flest tilsyn i bygg- og anleggsnæringen og overnattings- og serveringsnæringen. Billeie og bemanningsforetak følger deretter. I 2013 er det gitt reaksjon i 67 prosent av tilsynene. De fleste reaksjoner er hjemlet i arbeidsmiljøloven og forskriftene. Brukte hjemler er ID-kort i bygg- og anleggsbransjen, kapittel 10 om arbeidstid og kapittel 14 om arbeidskontrakter, samt en rekke HMS-relaterte hjemler. Hjemlene i allmenngjøringsloven er knyttet til utlevering av opplysninger, lønn og ytelser i henhold til allmenngjøringsforskriften og forskrift om påseplikt for oppdragsgiver. Hjemlene i utlendingsloven knytter seg til opphold for arbeid for arbeidstakere fra land utenfor EØS og brukes til å hente inn opplysninger og påse at lønns- og arbeidsvilkår er i samsvar med vilkårene i oppholdstillatelsen.

TILSTANDSVURDERING FRA PRIORITERTE NÆRINGER

En stor del av tilsynet er ført i den uorganiserte og mindre delen av byggenæringen, inkludert privatmarkedet, og Arbeidstilsynet rapporterer om et stort innslag av farlige arbeidsforhold og sterke indikasjoner på ulike skatte- og avgiftsunndragelser. Mange av virksomhetene er mobile og er ofte borte før tilsynssakene er avsluttet. Slike mobile utenlandske virksomheter utgjør en særlig stor utfordring, men også i den organiserte delen av bransjen avdekkes jevnlig tilfeller med grove brudd på allmenngjøringsforskriften og arbeidsmiljøloven, selv om mange entreprenører legger stor vekt på seriøsitet og systematisk oppfølging av sikkerhet og seriøsitet hos underentreprenører. Arbeidstilsynet rapporterer at de fleste tilfellene skjer der hvor det er lange leverandørkjeder, og særlig der det brukes utenlandske virksomheter.

2.5.5 Nasjonal tilsynsaktivitet mot sosial dumping, etter hovednæring (Arbeidstilsynet)

HOVEDNÆRING	TILSYN	TILSYN MED REAKSJON	REAKSJONER	REAKSJONS-PROSENT
Bygge- og anleggsvirksomhet	800	543	1 105	68 %
Overnattings- og serveringsvirksomhet	471	347	1 220	74 %
Varehandel, reparasjon av motorvogner	142	87	177	61 %
Forretningsmessig tjenesteyting	128	87	176	68 %
Industri	69	43	110	62 %
Transport og lagring	50	19	26	38 %
Udefinert	36	17	47	47 %
Omsetning og drift av fast eiendom	30	22	49	73 %
Jordbruk, skogbruk og fiske	29	22	52	76 %
Andre	51	26	46	51 %
Totalsum	1 798	1 212	3 007	67 %

I 2013 rapporteres det at flere virksomheter har fått pålegg om manglende ID-kort enn i 2012. Det er gitt over 900 slike pålegg. Arbeidstilsynet erfarer at manglende ID-kort er en god indikasjon på useriøsitet, svart aktivitet og liten vilje til å følge regelverket. Arbeidstilsynet rapporterer om en økende tendens til misbruk av ID-kortene og at de i tilsynet inndrar flere kort som er utgått eller er fra tidligere arbeidsgiver. Det rapporteres også om flere tilfeller hvor arbeidstakere deler ett eller et par kort og om andre tegn på misbruk av ordningen.

I bransjene renhold, hotell og restaurant, transport, landbruk og industri har omfanget av arbeidsinnvandring økt mye de siste årene. Arbeidstilsynets tilsynserfaringer indikerer at en del av bransjene tilbyr arbeidstakerne lønns- og arbeidsvilkår som er vesentlig dårligere enn det som er normalt i Norge.

Arbeidstilsynet gjennomførte 500 tilsyn spesifikt innrettet mot sosial dumping i utelivsbransjen i 2013. Det Arbeidstilsynet typisk finner i tilsynene i utelivsbransjen, er manglende arbeidsavtaler eller arbeidsavtaler med mangelfullt innhold, manglende registrering av arbeidstid på hver enkelt arbeidstaker, manglende tilknytning til bedriftshelsetjeneste, kritikkverdige boforhold og manglende utbetaling av overtid. Næringsmiddelindustrien og særlig fiskeindustrien har svært mange utenlandske arbeidstakere som ofte er formidlet av utenlandske bemanningsforetak som spesialiserer seg på næringen. Næringen er ulykkesutsatt, og Arbeidstilsynet får mange meldinger om personskader. I tilsynet avdekkes problemer knyttet til arbeidstid, sikkerhet og forebyggende arbeid, opplæring og i noen tilfeller også innkvartering. Enkelte virksomheter har organisert seg slik at produksjonen er tjenesteutsatt til en eller flere underleverandører med utenlandsk arbeidskraft. Arbeidstilsynet rapporterer også at noen virksomheter ser ut til å ha endret innleiekontrakter til entreprisekontrakter for å unngå likebehandlingsprinsippet. I landbruket er tilsyn mot sosial dumping gjennomført under innhøstingsperioden fra mai til september. Årets tilsyn har avdekket tilfeller av ulovlig lave lønninger og brudd på reglene om arbeidstid, arbeidskontrakter, arbeidslokaler og innkvartering. I transportnæringen er det primært mindre biler på mer lokale oppdrag som er fulgt opp i 2013. Problemstillingene vi møter i en del virksomheter, er manglende eller ufullstendige arbeidskontrakter, brudd på arbeidstidsbestemmelsene, manglende overtidsbetaling i tillegg til manglende oppfølging av HMS.

3 ARBEIDSTID OG PSYKOSOSIALT OG ORGANISATORISK ARBEIDSMILJØ



3 ARBEIDSTID OG PSYKOSOSIALT OG ORGANISATORISK ARBEIDSMILJØ

Norge kommer positivt ut sammenliknet med de fleste europeiske land når det gjelder det psykososiale arbeidsmiljøet. Situasjonen i Norge kjennetegnes av relativt høye krav i jobben kombinert med forholdsvis gode muligheter til å påvirke egen arbeidshverdag og stor grad av sosial støtte fra nærmeste leder og kollegaer. Norge er også blant de landene hvor flest yrkesaktive oppgir at de har mulighet for faglig utvikling. Samtidig fremkommer det noen utfordringer. I løpet av de siste 15 årene har det vært rapportert om økt jobbintensitet i EU, og Norge er blant de landene som skårer høyest på jobbintensitet i undersøkelsen. En noe større andel opplever også at de blir utsatt for vold fra pasienter, klienter eller liknende (EWCS 2005, 2010). Samtidig er det fortsatt slik at det blant norske yrkesaktive er klare forskjeller mellom ulike yrkesgruppene i type og mengde eksponering. LKU 2013 gir oss mulighet til å kartlegge disse forskjellene på en oversiktlig måte.

Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø er et vidt begrep som omfatter flere dimensjoner. For det første rettes oppmerksomheten mot den enkeltes arbeid og hvordan organiseringen av arbeidet påvirker den yrkesaktive, om arbeidet virker berikende og gir faglig og personlig vekst, eller om det virker lite motiverende og nedbrytende. For det andre omfatter det de mer uformelle sosiale relasjonene på arbeidsplassen og om relasjonene er gode eller mindre gode for alle eller noen. Det gjelder trivsel og klima, konflikter og isolasjon. Til slutt omfatter det også samspillet mellom arbeidsoppgaver og person, eller det vi kan kalle organisering – om denne styrker eller minsker kontakt og samvirke mellom kollegaer, om den gir gode eller mindre gode ledelsesrelasjoner. Begrepet organisatoriske betingelser brukes ofte også i begrenset betydning om strukturelle og formelle forhold på arbeidsplassen, som ansvarsforhold, størrelsen på enheter og grupper, team, arbeidstid, skiftordninger og formelle veier for kommunikasjon. I de fleste tilfeller vil det være glidende overganger mellom organisatoriske forhold og psykologiske og sosiale

forhold. Vi vil derfor i det følgende ikke gjøre noe skarpt skille mellom disse dimensjonene.

Et systematisk arbeid rettet mot psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer innebærer både å fremme positive faktorer (positive utfordringer, meningsfullt arbeid, medbestemmelse og sosial støtte, anerkjennelse og belønning) og å redusere forekomsten av kjente risikofaktorer (for stort arbeidspress, lange arbeidsuker, ugunstige arbeidstidsordninger, usikkerhet knyttet til endringer og omstillinger, samt vold, mobbing og trakassering). Kunnskap om hvilke psykososiale og organisatoriske faktorer som virker inn på helse og sikkerhet på arbeidsplassen, gir et godt utgangspunkt for arbeidet med å skape et helsefremmende arbeidsliv.

Arbeidstid og psykososiale og organisatoriske faktorer har som nevnt betydning for en rekke helseutfall. En sammenlikning av overvåkingssystemer i flere europeiske land har vist at der er rimelig stor enighet om de mest sentrale indikatorene som overvåker psykososiale og organisatoriske risikofaktorer i arbeidet (16). Dette kapittelet gir en nærmere beskrivelse av sentrale risikofaktor som er felles for flere av helseutfallene som beskrives i kapittel 4.

- 1 Arbeidstid og balanse mellom arbeid og privatliv
- 2 Jobbkraft og jobbkraftkontroll
- 3 Emosjonelle krav
- 4 Rollekraftkonflikt
- 5 Lederstøtte
- 6 Mobbing
- 7 Seksuell trakassering
- 8 Vold og trusler om vold
- 9 Innsats-/belønning ubalanse
- 10 Omorganisering
- 11 Nedbemanning
- 12 Jobbusikkerhet

Vi beskriver først noen utviklingstrekk de siste årene, før vi presenterer en tilstandsbeskrivelse av hver av disse faktorene for norske yrkesaktive generelt, for kvinner og menn i ulike aldersgrupper, i ulike utdanningsgrupper og for 46 yrkesgrupperinger. For enkelte av faktorene presenteres også tall for næring, der det er relevant. For ytterligere informasjon om fordeling på bedriftsstørrelse og sektor henvises leseren til overvåkingsverktøyet.

3.1 ARBEIDSTID OG ARBEID-FAMILIE-BALANSE

I 2013 rapporterte nærmere én av fire at de jobbet skift eller turnus. Andelen ansatte som oppgir at de jobber natt i hovedarbeidsforholdet, har gått noe ned de siste femten årene. Totalt rapporterer om lag 17,1 prosent av alle yrkesaktive å ha jobbet natt i løpet av en 4 ukers periode i hoved- eller biarbeidsforholdet. Dette tilsvarer om lag 450 000 personer. Prosentandelen som jobber lange arbeidsuker, har gått noe ned, fra i overkant av 14 prosent i 2000 til nærmere 12 prosent i 2013. Antallet personer som jobber lange uker, har vært relativt stabilt i samme periode, i overkant av 300 000. Tall fra LKU 2013 viser at om lag 13,4 prosent opplever at kravene på jobben går ut over privatlivet nokså ofte eller svært ofte. Det vil si at om lag 340 000 yrkesaktive personer ofte opplever dette problemet.

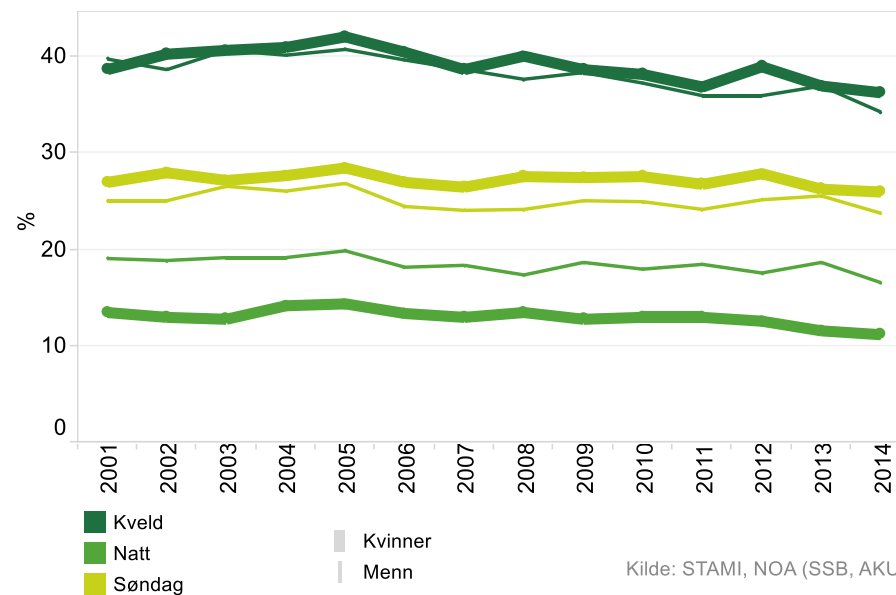
Arbeidstid har betydning både for helse, balanse mellom jobb og privatliv og velferd. Daglig, ukentlig, årlig og kumulativ arbeidstid over yrkesforløpet påvirker individers, virksomheters og nasjoners inntekt og velferd. Tilfredshet med balansen mellom jobb og privatliv er ifølge en fersk OECD-rapport et veldig viktig aspekt ved folks trivsel og tilfredshet med livet (174).

Skiftarbeid og lange arbeidsuker er viktige risikofaktorer i dagens arbeidsmiljø. Skiftarbeid har vært diskutert som et folkehelseproblem i over 100 år, men selv i dag er antakelsen om en mulig årsakssammenheng mellom skiftarbeid og de store kroniske sykdommene under debatt. Flere systematiske litteraturgjennomganger har konkludert med at skiftarbeid medfører økt risiko for dårligere søvn og tretthet og arbeidsulykker (17), hjerte- og karsykdommer;(18), type 2-diabetes og metabolsk syndrom(19) og psykiske plager (17). Lange arbeidsuker er i flere studier vist å være en risikofaktor for hjerte- og karsykdommer, depresjon, søvnforstyrrelser og yrkesrelatert trafikksikkerhet (20-22). På den annen side er det studier som viser at muligheten til å påvirke arbeidstiden er knyttet til bedre fremtidig helse og senere pensjonering, og at tilpasset arbeidsplanlegging kan endre helsesrisikoen knyttet til skiftarbeid (23).

ULIKE ARBEIDSTIDSORDNINGER I NORGE

De siste to tiårene er den gjennomsnittlige faktiske arbeidstiden redusert med omtrent 0,9 timer blant alle yrkesaktive. Blant menn har den faktiske ukentlige arbeidstiden gått ned med omtrent 2,1 timer fra 1996 til 2013, mens den faktiske arbeidssiden blant kvinner har økt med 0,9 timer i samme periode (Statistikkbanken, SSB). I 2013 var den faktisk arbeidstiden blant menn 37,5 timer. Arbeidstiden var lavest i aldersgruppen 15–25 år, hvor man finner mange som jobber deltid, og noe lavere i den eldste aldersgruppen. Blant kvinner var den gjennomsnittlige arbeidstiden 30,1 timer, og den laveste ukentlige arbeidstiden ser vi blant unge kvinner. Om vi kun ser på yrkesaktive som var fulltidsansatte i 2013, var den gjennomsnittlige ukentlige arbeidstiden henholdsvis 40,2 og 36,6 timer for menn og kvinner.

3.1.1 Ansatte som jobber utenom ordinær dagtid i hovedarbeidsforholdet, etter kjønn



Andelen som arbeider i en skift- eller turnusordning i Norge, er høyere enn i mange andre land, og omfanget av skift- og turnusarbeid har økt jevnt de siste årene. Den relativt høye andelen sysselsatte som arbeider innenfor pleie og omsorg i Norge, bidrar trolig til dette. Størst økning ser vi i helse- og omsorgsbransjen og i varehandelen. I 2013 jobbet 24,7 prosent skift eller turnus (i alt 545 000 personer), mot om lag 20,6 prosent i 2001. Økningen har vært lik for menn og kvinner. I 2013 rapporterte 28 prosent av kvinner og 21 prosent av menn at de jobbet skift eller turnus. Andelen ansatte som oppgir at de jobber natt i hovedarbeidsforholdet, har gått noe ned de siste femten årene, fra om lag 16,1 prosent i 2001 til 15,1 prosent i 2013 ifølge tall fra SSB. Totalt rapporterer om lag 17,1 prosent av alle yrkesaktive å ha jobbet natt i løpet av en 4 ukers periode i hoved- eller biarbeidsforholdet. Dette tilsvarer om lag 450 000 personer. Nattarbeid er mer utbredt blant menn enn blant kvinner (21 % mot 13 %), og prosentandelen som oppgir å jobbe natt, avtar med økende alder.

3.1.1 Ulike arbeidstidsordninger blant yrkesaktive etter kjønn og alder (SSB, AKU 2013)

	ALDERS-GRUPPE	FAKTISK ARBEIDSTID	DELTID	LANGE ARBEIDSTID	SKIFTARBEID	NATTARBEID
Menn	15–24 år	32	38	11	29	25
	25–34 år	38	11	17	28	26
	35–44 år	39	5	19	22	21
	45–54 år	40	6	20	19	20
	55–74 år	36	19	16	16	16
	Totalt	38	13	17	22	21
Kvinner	15–24 år	23	62	2	46	17
	25–34 år	32	29	7	33	17
	35–44 år	32	31	7	24	11
	45–54 år	32	31	8	27	12
	55–74 år	30	44	6	25	9
	Totalt	30	37	6	30	13

Om lag 12 prosent av alle yrkesaktive jobber 45 timer eller mer per uke, men dette er mer utbredt blant menn enn blant kvinner. 73 prosent jobber heltid, og kvinner står for 75 prosent av deltidsarbeidet. Deltidsarbeid er mest utbredt blant de yngste yrkesaktive, men også blant de eldste yrkesaktive er andelen deltidsarbeidende

større enn i øvrige aldersgrupper. Arbeid utenom ordinær arbeidstid er mer vanlig for deltidsansatte enn for heltidsansatte. Både blant menn og kvinner arbeider om lag én av fire av de heltidsansatte utenom ordinær arbeidstid, mens flere enn én av to arbeider utenom ordinær arbeidstid blant de deltidsansatte. Noe av forklaringen på dette er at deltidsarbeid som foregår på andre tidspunkt enn vanlig arbeidstid, er hensiktsmessig for unge personer som kombinerer arbeid og studier. Deltid og skiftarbeid er mer utbredt blant yrkesaktive med kortere utdanning, mens lange arbeidsuker er mest utbredt blant yrkesaktive med lengst utdanning.

I 2013 arbeidet om lag én av tre ansatte (761 000 personer) utenom vanlig dagtid (mandag–fredag 06.00–18.00) i hovedjobben. Andelen som jobber utenom dagtid, har gått noe ned blant kvinner og vært stabil blant menn sammenliknet med for ti år siden. Tall fra AKU 2013 viser at 36,1 prosent av kvinnene arbeider utenom vanlig dagtid. Dette er en noe større andel enn for menn, hvor 30,5 prosent arbeider utenom dagtid. En forklaring på dette er at kvinner dominerer som arbeidstakere i helse- og sosialnæringen, som er preget av mye arbeid også utover dagtid. I denne næringen arbeidet 51 prosent av arbeidstakerne utenom dagtid i 2013.

3.1.2 Ulike arbeidstidsordninger blant yrkesaktive etter utdanningslengde (SSB, AKU 2013)

	FAKTISK ARBEIDSTID	DELTID	LANGE ARBEIDSTID	SKIFTARBEID	NATTARBEID
Ungdomsskole	33	34	11	31	18
Videregående påbegynt	34	33	11	27	14
Videregående fullført	35	25	12	31	20
Universitet eller høyskole inntil 4 år	35	22	11	23	16
Universitet eller høyskole over 4 år	38	10	18	10	13
Totalt	35	25	12	26	17

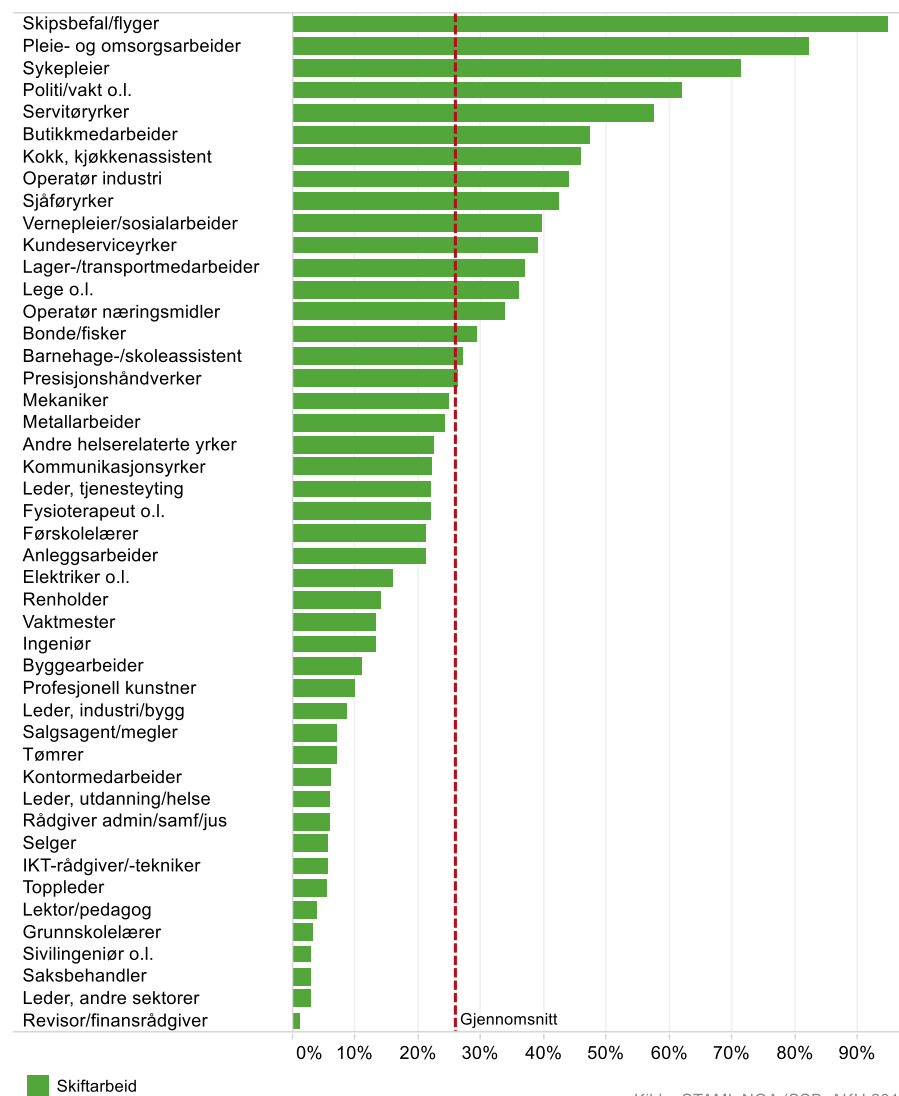
Skift og turnus

En nylig publisert metaanalyse fant støtte for at skift- og nattarbeid gir økt risiko for hjerte- og karrelaterte sykdommer (18), men tidligere systematiske litteraturgjennomganger har påpekt at resultatene ikke er helt entydig (24). Flere nyere studier viser også at skiftarbeidere har økt risiko for metabolsk syndrom, som er en fellesbetegnelse for en samling risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2 (19). Skiftarbeidere synes også å ha økt risiko for plager og sykdommer i mage og tarm og diabetes, men det mangler tilstrekkelig dokumentasjon på at det er nattarbeidet i seg selv som er direkte årsak (25, 26). Fedme blant skiftarbeidere har vært diskutert som en viktig årsak til at disse arbeidstakerne har økt forekomst av hjerte- og karsykdommer og diabetes. Årsakssammenhengen er komplisert, men omfatter endret metabolisme (stoffskifte) på grunn av døgnrytmeforstyrrelser (27). Brystkreft er den mest studerte kreftformen, og de fleste studier av nattarbeid og brystkreft viser en økt risiko ved nattarbeid. Nye studier viser økt brystkreftisiko blant kvinner som har jobbet mange år i skiftordninger med mange netter i strekk. Tidligere har man i enkeltstudier funnet en sammenheng mellom skift- og nattarbeid og kreft i tykktarm, livmorslimhinne og prostata, men det foreligger fortsatt begrenset med dokumentasjon på betydningen av skift- og nattarbeid for ulike kreftformer.

Har du skift- eller turnusarbeid??

Data fra AKU 2013 viser at om lag én av fire yrkesaktive har en arbeidstidsordning som innebærer skift- eller turnusarbeid (figur 3.1.2). Dette tilsvarer om lag 615 000 personer. Skift- og turnusarbeid innebærer som hovedregel at man må jobbe på kveldstid mellom og i helgene, inkludert søndag (henholdsvis om lag 85 % og 70 % rapporterer dette). For mange innebærer det også at man må jobbe om natten. Nærmere halvparten av alle som jobber skift eller turnus, rapporterer at de jobber natt. Ulike skift- og turnusordninger er noe mer utbredt blant kvinner enn menn og blant yngre yrkesaktive. Skift- og turnusarbeid er mest utbredt innenfor følgende yrkesgrupper: skipsbefal/flyger, pleie- og omsorgsarbeider, sykepleier, politi/vakt og servitøryrker.

3.1.2 Prosentandel som rapporterer å jobbe skift eller turnus, etter yrke



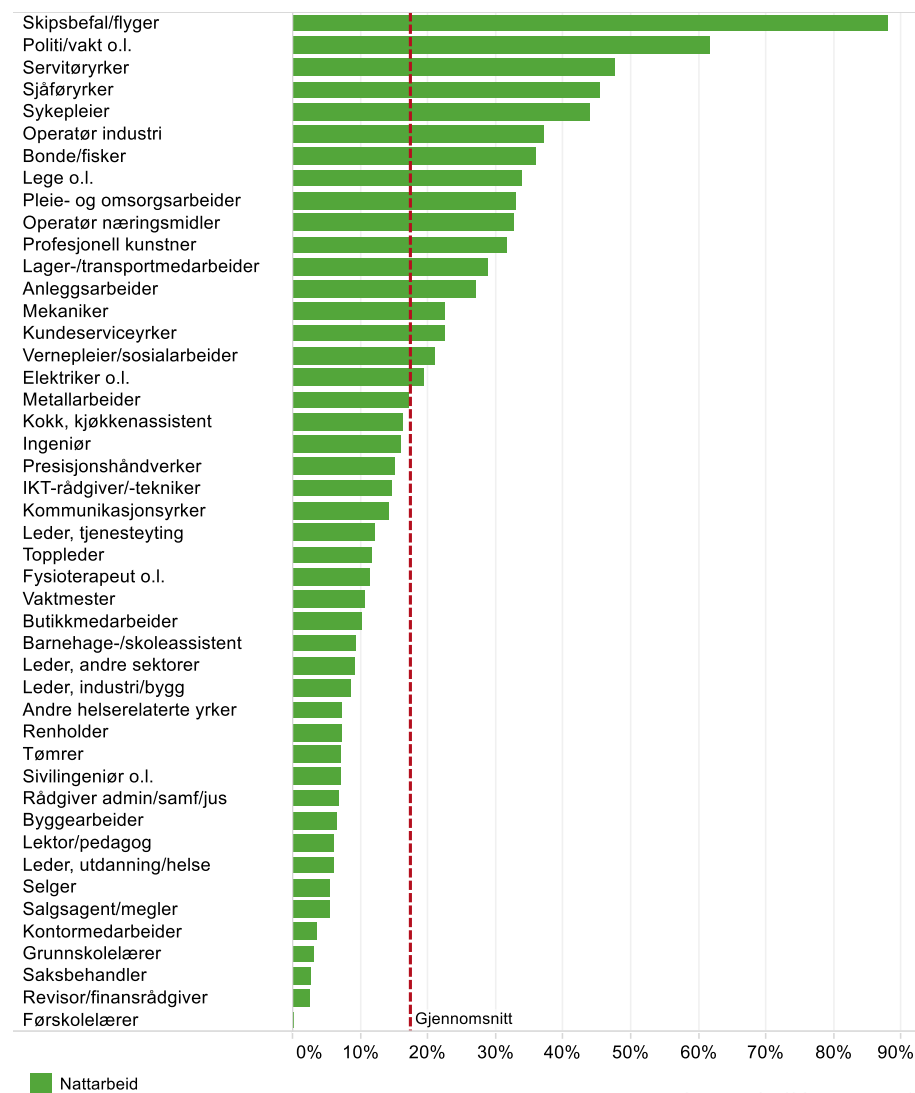
Nattarbeid

Søvnforstyrrelser er den vanligste konsekvensen av endret døgnrytme og er den enkeltfaktoren som har størst betydning for de problemer skiftarbeidere har. Tidlig start på morgenskiftet og hyppige lange arbeidsuker øker risikoen. Det er dokumentert at natt- og skiftarbeid øker risikoen for forkortet søvn, nedsatt yteevne og høyere ulykkesrisiko. Ulykkesrisikoen er særlig knyttet til nattskift, og risikoen synes å øke med antall påfølgende dager på skift og ved skift som varer lenger enn åtte arbeidstimer. Hvilken virkning det å ta pauser har på forekomsten av ulykker, er lite studert, men det finnes indikasjoner på at ulykkesrisikoen øker for hver halvtime som har gått siden forrige pause (17, 22). Søvmangel og for lite søvn kan gi økt risiko for depresjon og psykiske plager, men det foreligger få studier som har undersøkt sammenhengen mellom skiftarbeid og depresjon over tid. Studiene viser at psykiske plager øker sannsynligheten for at man søker seg vekk fra skiftarbeid, men det synes ikke å foreligge tilstrekkelig dokumentasjon for å hevde at skiftarbeid i seg selv er en risikofaktor for psykiske helseproblemer (28, 29).

Må du utføre deler av arbeidet om natten, dvs. mellom 22.00 og 06.00?

Andelen ansatte som oppgir at de jobber natt i hovedarbeidsforholdet, har gått noe ned de siste femten årene, fra om lag 16,1 prosent i 2001 til 15,1 prosent i 2013 ifølge tall fra SSB. Totalt rapporterer om lag 17,1 prosent av alle yrkesaktive å ha jobbet natt i løpet av en 4 ukers periode i hoved- eller biarbeidsforholdet. Dette tilsvarer om lag 450 000 personer. Nattarbeid er mer utbredt blant menn enn blant kvinner (21 % mot 13 %), og prosentandelene som oppgir å jobbe natt, avtar med økende alder. Nattarbeid er mest utbredt innenfor disse yrkesgruppene: skipsbefal/flyger, politi/vakt o.l., servitøryrker, sjåføryrker og sykepleier, hvor mellom 88 og 44 prosent oppgir at de jobbet natt (figur 3.1.3). Nattarbeid er mer utbredt i statlig sektor (26 %) enn i kommunal (14 %) og privat sektor (17 %). På yrkesnivå ser vi at pleie- og omsorgsarbeidere oftere jobber natt i statlig sektor enn i kommunal og privat sektor (52 % mot henholdsvis 31 % og 29 %). Tilsvarende tall ser vi også for sykepleiere (57 % i statlig sektor mot henholdsvis 32 % og 27 % i kommunal og privat sektor) og leger (50 % i statlige sektor mot henholdsvis 14 % og 22 % i kommunal og privat sektor).

3.1.3 Prosentandel som rapporterer å jobbe natt, etter yrke.



Lange arbeidsuker

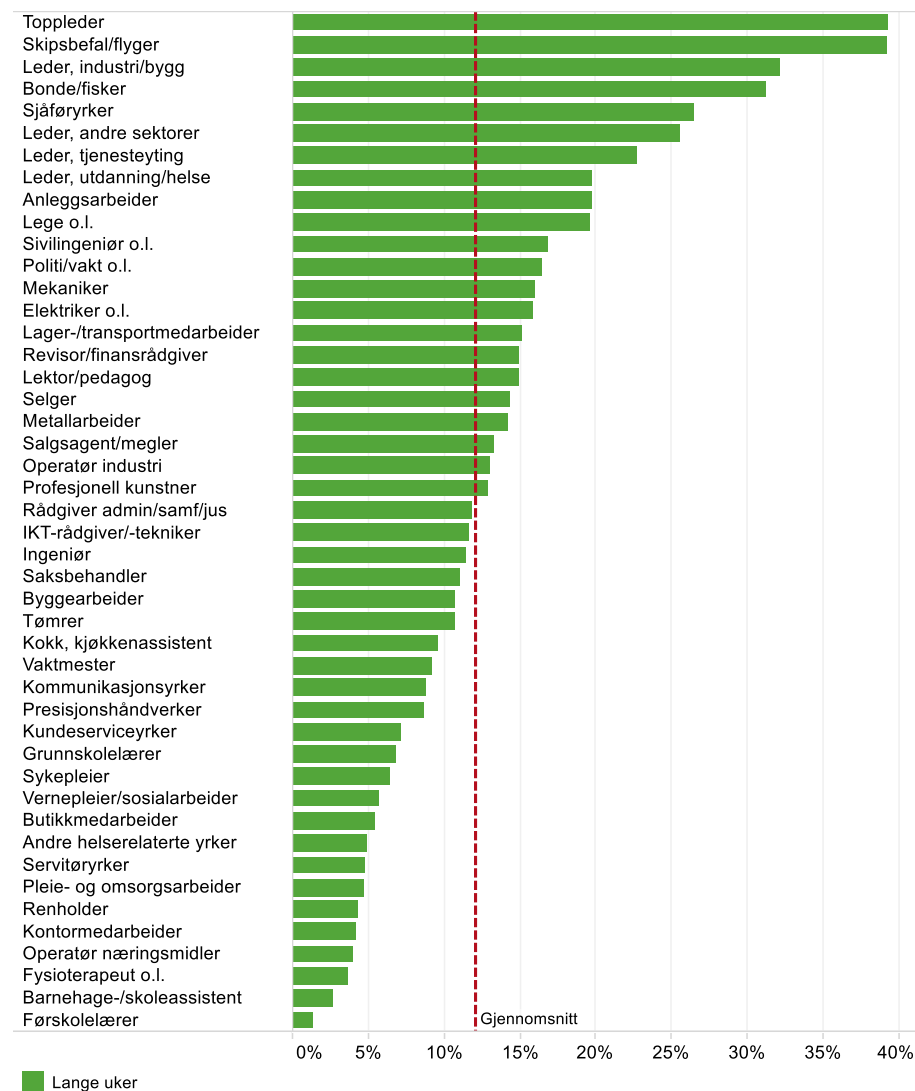
En rekke studier har dokumentert at lange arbeidsdager er assosiert med økt risiko for arbeidsskader, og dette underbygges av observasjoner av at yteevnen blir gradvis redusert ved arbeid utover normal arbeidstid. Studier indikerer at risikoen øker ved arbeid utover åtte timer per dag, men effekten er tydeligst ved lange arbeidsøkter utover tolv timer. I slike tilfeller er det studier som viser en dobling av ulykkesrisikoen (22). Flere studier har vist at lange arbeidsøkter øker risikoen for hjerte- og karsykdommer. I en nyere metaanalyse av sammenhengen mellom lang arbeidstid og hjerte- og karsykdommer har man beregnet at lange arbeidsuker gir om lag 40 prosent økt risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer. Ny forskning tyder på at lange arbeidsøkter også øker risikoen for dødelighet av hjerte- og karsykdommer (21). Lange arbeidsuker er også funnet å gi økt risiko for å utvikle depressive symptomer og angst (20).

Hvor mange timer per uke arbeider du vanligvis i alt i ditt hovedyrke/biyrke?

Lange arbeidsuker = faktisk arbeidstid per uke på 45 timer eller mer
Hvis antall timer er over 38: Er noe av dette timer som du får overtidbetaling for, eller timer som skal avspaseres?

Prosentandelen som har lange arbeidsuker, har gradvis gått noe ned de siste 10–15 årene. Tall fra AKU viser at i overkant av 14 prosent jobbet lange arbeidsuker i 2000. I 2006 og 2009 var andelen i overkant av 13 prosent, mens den har vært nærmere 12 prosent de siste årene. Antallet personer som jobber lange uker, har vært relativt stabil i samme periode, i overkant av 300 000 personer. Ifølge tall fra AKU jobbet ca. 12 prosent av alle yrkesaktive, eller nærmere 315 000 personer, 45 timer eller mer per uke i 2013. Lange arbeidsuker er nesten tre ganger så utbredt blant menn som blant kvinner (17 % mot 6 %). Lange arbeidsuker er noe mindre utbredt blant de yngste og eldste yrkesaktive og er klart mest utbredt blant yrkesaktive som har mer enn 4 års utdanning på høyskole eller universitet. Det er særlig blant kvinner vi ser denne utdanningsforskjellen. Data fra AKU 2013 viser at lange arbeidsuker er mest vanlig blant ulike grupper av ledere, men også blant skipsbefal/flygere, i primæryrkene og i ulike sjåføryrker (figur 3.1.4).

3.1.4 Prosentandel som rapporterer å jobbe lange uker (45 timer eller mer), etter yrke



Kilde: STAMI, NOA (SSB, AKU 2013)

ARBEID OG PRIVATLIV

Arbeidstiden påvirker både tiden og overskuddet vi har til å takle plikter og forventninger på hjemmebane. Lange arbeidsuker og overtid betyr mye for hvorvidt vi opplever konflikt mellom arbeids- og familielivet. Motsatt har deltiden sammenheng med redusert arbeid-familie-konflikt, særlig for kvinner. Dessuten vil både familiens samlede arbeidstid, reisevei til og fra jobb og familiesituasjonen kunne virke inn på om man klarer å tilpasse kravene på jobben til privatlivet. Flere studier viser at kvinner og menn som må arbeide utenom standard arbeidstid (kl. 08.00 til 18.00), har større problemer med å kombinere arbeid og familie enn dem som arbeider innenfor normalarbeidsdagen. Fleksibel arbeidstid ser derimot ut til å virke positivt på opplevelsen av arbeid-familie-konflikten, uten at bildet er helt entydig (30). Fleksibel arbeidstid kan anses som et gode i arbeidslivet fordi det gir mulighet for å tilpasse arbeidstiden etter egne behov. På den andre siden kan fleksibiliteten gjøre det vanskelig å sette klare grenser for når, hvor og hvor mye man skal jobbe.

I LKU 2013 ble det stilt noen nye spørsmål som omhandler bruk av ny teknologi og i hvilken grad man jobber hjemmefra utenom arbeidstiden. De færreste sysselsatte blir daglig kontaktet per telefon av noen fra arbeidsplassen utenom arbeidstid med henvendelser eller forespørsler som er knyttet til arbeidet (kun 5 %, 7 % blant menn og 3 % blant kvinner).

Spørsmål stilt i LKU 2013

- Hvor ofte hender det at kravene på jobben forstyrrer ditt hjemmeliv og familieliv?
- Hvor ofte blir du kontaktet per telefon av noen fra arbeidsplassen din utenom arbeidstid, med henvendelser eller forespørsler knyttet til arbeidet ditt?
- Hvor ofte leser og svarer du på arbeidsrelatert e-post utenom arbeidstid? Vil du si hver dag, et par dager i uken, en dag per uke, et par dager i måneden, sjelden eller aldri?
- Hvor ofte holder du deg oppdatert på elektronisk informasjon fra bedriften utenom arbeidstid, for eksempel i form av blogger, sosiale medier, vaktlister og annet?

Ledere skilte seg ut fra andre yrkesgrupper når det gjelder kveldsjobbing. Nær halvparten av ledere leser og svarer daglig på arbeidsrelatert e-post, og rundt én av tre holder seg daglig oppdatert på elektronisk informasjon utenom arbeidstid. Lederne oppgir i større grad enn sysselsatte som helhet at kravene på jobb virker forstyrrende på familieliv og hjemmelivet generelt. Det er likevel verdt å merke seg at en mindre andel opplever at jobben forstyrrer hjemmelivet enn andelen som forholder seg til arbeidet utenom arbeidstid. Jobben kan også virke forstyrrende på hjemmelivet for andre yrkesgrupper. Én av fem sysselsatte i jordbruk, skogbruk og fiske og innenfor juridiske, samfunnsvitenskapelige og humanistiske yrker opplever at jobben forstyrrer livet hjemme (Statistikkbanken, SSB).

3.1.3 Bruk av ny teknologi et par dager i uken eller oftere, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)

	ALDERSGRUPPE	KONTAKTET UTENOM ARBEIDSTID, ET PAR DAGER I UKEN	ARBEIDSRELATERT E-POST UTENOM ARBEIDSTID, ET PAR DAGER I UKEN	ARBEIDSRELATERT ELEKTRONISK INFORMASJON UTENOM ARBEIDSTID, ET PAR DAGER I UKEN	KRAV PÅ JOBB FORSTYRRER PRIVATLIVET, OFTE ELLER ALLTID
Menn	17-24	14,5	13,9	22,4	4,7
	25-34	23,7	35,6	30,6	14,5
	35-44	25,4	43,9	33,3	16,9
	45-54	25,5	41,4	32	16,5
	55-67	23	35,8	27,3	12,4
	Totalt	23,5	37	30,1	14,2
Kvinner	17-24	10,1	9,7	21,9	7
	25-34	15,3	25,6	25	14,4
	35-44	16	30,9	26,2	17,4
	45-54	12,4	24,5	21,9	11,1
	55-67	9,8	20,7	17,6	9,2
	Totalt	13,2	23,9	22,8	12,5

Kravene på jobben forstyrrer privatlivet

Det er mer vanlig å lese og svare på arbeidsrelatert e-post utenom arbeidstid, og 18 prosent gjør dette hver dag (22 % blant menn og 13 % blant kvinner).

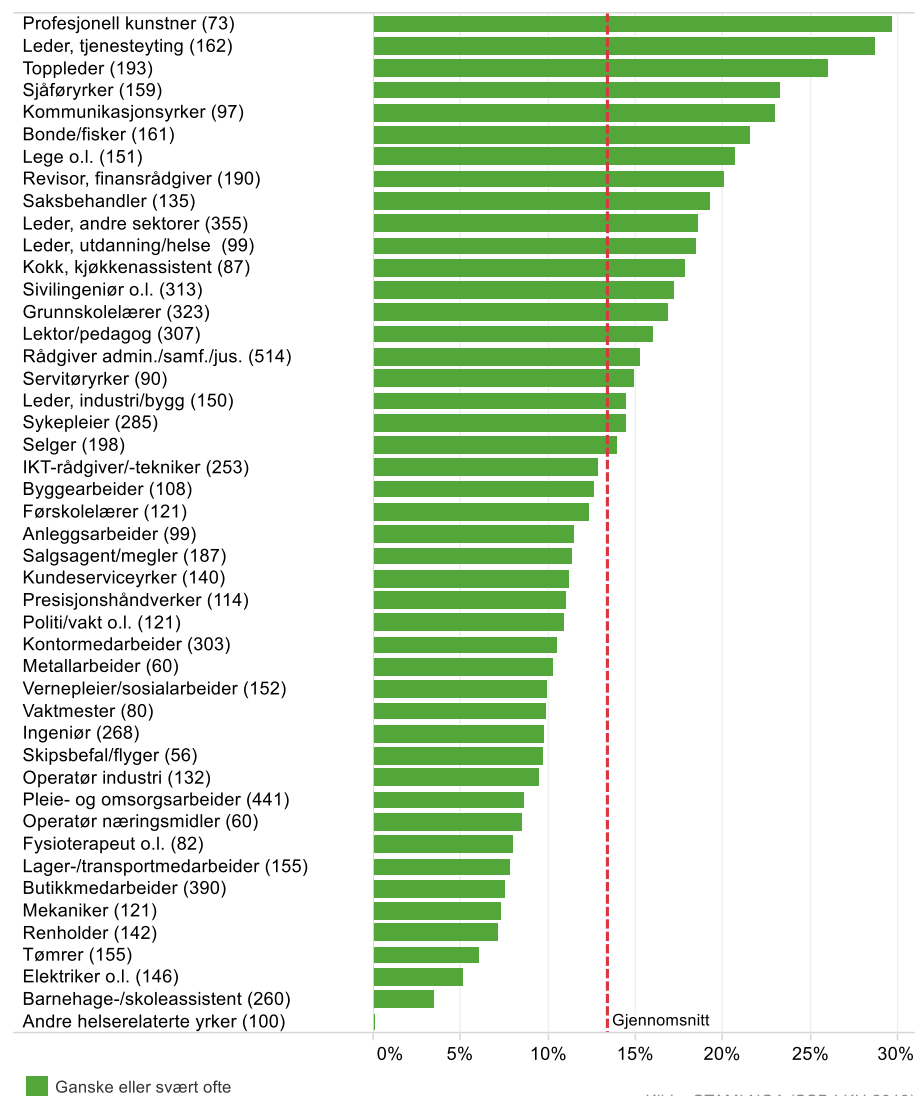
16 prosent holder seg daglig oppdatert på annen elektronisk informasjon, slik som blogger, sosiale medier, vaktlistor og annet. Det er første gang vi spør arbeidstakere om de forholder seg til e-post og annen elektronisk informasjon utenom arbeidstid, og vi vet derfor ikke hvordan dette har utviklet seg.

Langt flere opplever at de blir kontaktet utenom arbeidstid, eller at de forholder seg til jobben via ny teknologi på fritiden minst et par ganger i uken (tabell 3.1.3). Nesten dobbelt så mange menn opplever at de blir kontaktet utenom arbeidstid, og langt flere menn enn kvinner besvarer e-post eller forholder seg til arbeidsrelatert elektronisk informasjon utenom arbeidstid. Det er imidlertid mindre forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder opplevelsen av at kravene på jobben forstyrrer privatlivet. De yngste yrkesaktive (17–24 år) rapporterer i minst grad at de blir kontaktet utenom arbeidstid og at de besvarer arbeidsrelatert e-post utenom arbeidstid.

Hvor ofte hender det at kravene på jobben forstyrrer ditt hjemmeliv og familieliv?

I LKU 2013 går det frem at 13,4 prosent opplever at kravene på jobben går utover privatlivet nokså ofte eller svært ofte (figur 3.1.5). Det vil si at om lag 340 000 yrkesaktive personer ofte opplever dette problemet. Tar vi med dem som av og til opplever dette, er andelen 37 prosent. Opplevelsen av at kravene på jobben går ut over privatlivet, er noe mer utbredt i yrkesgrupper som kjennetegnes av lange arbeidsuker og arbeid på tidspunkt som ikke er lett å forene med hjemme- og familieliv. I de ti yrkesgruppene hvor det i størst grad rapporteres at kravene på jobben går utover privatlivet, er det mellom 20 og 30 prosent som opplever dette ganske eller svært ofte.

3.1.5 Prosentandel som rapporterer at kravene på jobben går utover privatlivet, etter yrke



Kilde: STAMI NOA (SSB LKU 2013)

3.2 PSYKOSOSIALT OG ORGANISATORISK ARBEIDSMILJØ

Generelt tegner norske yrkesaktive et positivt bilde av det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet. I løpet av perioden 1989 -2013 har det vært en positiv utvikling i andelen som opplever dårlige forhold mellom ledere og ansatte, og færre oppgir dårlige muligheter for faglig utvikling og utnyttelse av egne ferdigheter. Samtidig er det en del utfordringer knyttet til høye jobbkrav og lav jobbkontroll, seksuell trakassering, mobbing og vold og trusler om vold i enkelte yrkesgrupper. Slike utfordringer finner vi særlig i visse yrkesgrupper i helse-, omsorgs- og sosialsektoren, utdanningssektoren og servicesektoren.

I dette kapittelet gis det en beskrivelse av utvalgte psykososiale og organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet. Faktorene som beskrives, har i internasjonal litteratur vist seg å ha betydning for en rekke helseutfall, som muskel- og skjelettplager, psykiske plager, sykefravær og avgang fra jobb. I hvilken grad de samme faktorene viser seg å ha betydning for helseutfall i den norske yrkespopulasjonen, har i mindre grad vært studert. NOA har i løpet av perioden fra forrige faktabok i 2011 utarbeidet flere publikasjoner, hvor vi har studert de psykososiale faktorene målt i LKU opp mot nevnte helseutfall. Artiklene, basert på LKU-data, underbygger at psykososiale forhold på arbeidsplassen er av betydning både for arbeidsrelaterte helseplager, men også for det legemeldte sykefraværet i den norske yrkespopulasjonen. Vi er derfor rimelig sikre på at de faktorene som omtales i kapittelet, bør vektlegges i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet.

I artiklene er det benyttet samlemål (se faktaboks). Faktorene er identifisert ved hjelp av faktoranalyse og tilfredsstillende krav til reliabilitet. Flere av spørsmålene og enkelte av skalaene (rollekonflikt) er basert på spørsmål fra QPS – nordic (31), som er en validert spørreskjemaundersøkelse som måler psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet. En nærmere beskrivelse av hvordan samlemålene er konstruert, er tilgjengelig i Aagestad et al. (32). For en oversikt over hvordan enkeltspørsmålene som inngår i hvert av samlemålene, er fordelt på kjønn, alder, utdanning, yrke og næring, henvises leseren til verktøy for arbeidsmiljøfakta.

Jobbkrav

Hvor ofte har du for mye å gjøre?

Hvor ofte er det nødvendig å arbeide i et høyt tempo?

Jobbkontroll

I hvilken grad kan du selv bestemme ditt eget arbeidstempo?

I hvilken grad kan du selv bestemme hvordan du skal gjøre arbeidet?

I hvilken grad kan du selv bestemme hvilke oppgaver du får?

I hvilken grad kan du selv påvirke beslutninger som er viktige for det arbeidet du gjør?

Rollekonflikt

Hvor ofte mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere?

Hvor ofte må du gjøre ting som du mener burde ha vært gjort annerledes?

Hvor ofte får du oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem?

Emosjonelle krav

I hvilken grad må du i arbeidet forholde deg til sterke følelser som for eksempel sorg, sinne, fortvilelse, oppgitthet eller liknende hos kunder, klienter eller andre som ikke er ansatt på din arbeidsplass?

I hvilken grad må du i arbeidet skjule negative følelser som for eksempel sinne, irritasjon, oppgitthet eller liknende overfor kunder, klienter eller andre som ikke er ansatt på arbeidsplassen?

Støttende lederskap

Om du trenger det, hvor ofte kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra din nærmeste sjef?

Blir dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef?

Behandler din nærmeste sjef de ansatte rettferdig og upartisk?

Innsats-belønning-ubalanse

Størrelsen på lønnen er riktig i forhold til innsatsen og det jeg presterer på jobben.

Sett i forhold til innsatsen og det jeg presterer, får jeg den respekten og anerkjennelsen jeg fortjener i jobben.

Mobbing

Hender det at du selv blir utsatt for plaging eller ubehagelig erting av arbeidskamerater?

Hender det at du selv blir utsatt for plaging eller ubehagelig erting av overordnede?

Seksuell trakassering

Hender det at du selv blir utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet, kommentarer eller liknende på arbeidsplassen?

Vold og trusler om vold

Har du i løpet av de siste 12 månedene blitt utsatt for vold på arbeidsplassen som førte til

- synlige merker eller kroppsskader?

- usynlige merker eller kroppsskader?

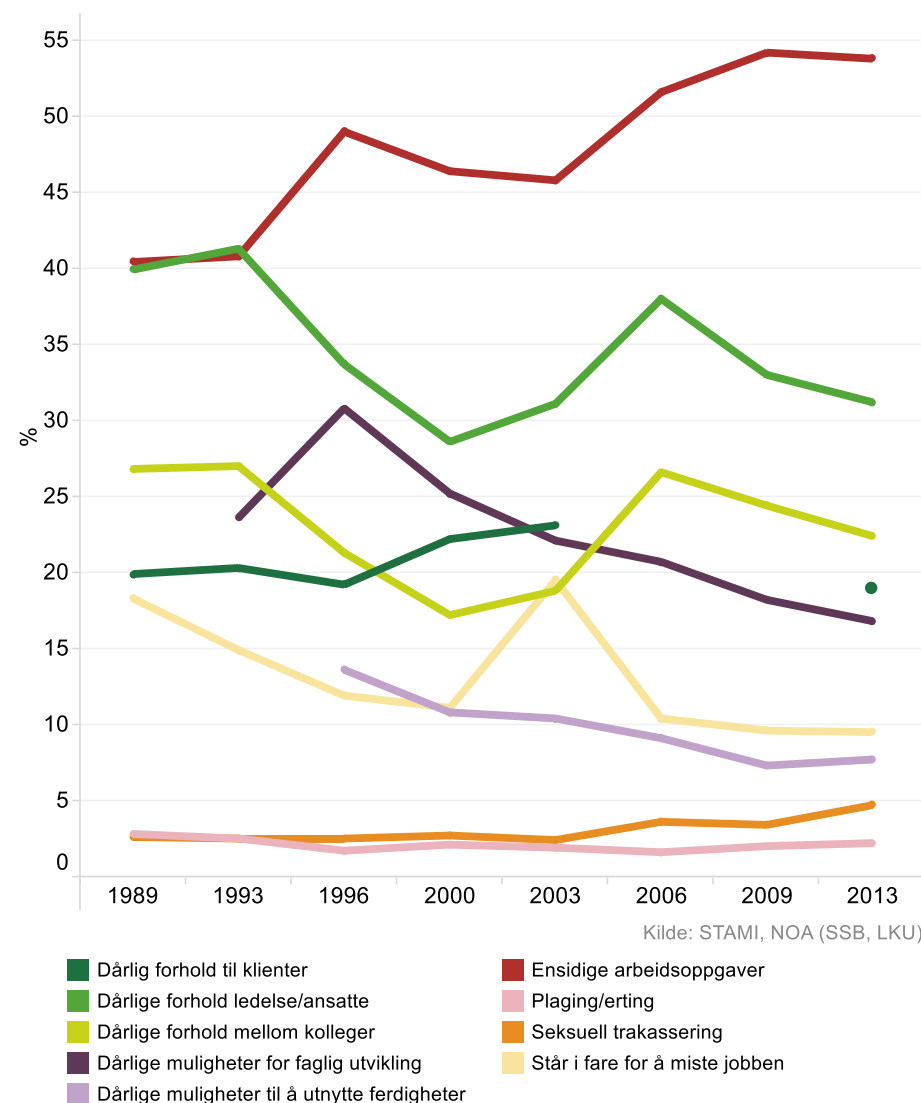
Har du i løpet av de siste 12 månedene blitt utsatt for trusler på arbeidsplassen som var så alvorlige at du ble redd?

TRENDER I UTVALGTE PSYKOSOSIALE ARBEIDSMILJØFAKTORER

Trender som gjelder psykososiale arbeidsmiljøfaktorer, kan rapporteres kun for enkelte utvalgte faktorer, siden mange av spørsmålene om psykososiale forhold i levekårsundersøkelsene har blitt endret siden 1989. Av den grunn har vi begrenset mulighet til å trekke sikre konklusjoner om utviklingen i det psykososiale arbeidsmiljøet i Norge. Enkelte linjer kan vi likevel se. Figur 3.2.1 viser at det har vært en positiv utvikling innenfor noen psykososiale faktorer de siste årene. Den andelen som mener de har dårlige muligheter for faglig videreutvikling, har gått tydelig ned, og det samme ser vi når det gjelder muligheter til å utnytte egne ferdigheter i jobben. Det er også en positiv utvikling i andelen som opplever dårlige forhold mellom ledelse og ansatte, mellom ansatte og til klienter. Andelen som oppgir at de blir utsatt for plaging og erting på jobb, har vært relativt konstant siden 1989, samtidig som det er en økende tendens til å bli utsatt for seksuell trakassering, vold og trusler om vold. Andelen som oppgir at de står i fare for å miste jobben har vært stabil rundt 10 prosent i perioden 2006-2013. Ensidige og gjentatte arbeidsoppgaver en fjerdedel av arbeidstiden eller mer har økt fra om lag 40 prosent i 1989 til om lag 53 prosent i 2013.

Endringer i arbeidsmarkedet, økt globalisering, endret næringsstruktur med høy sysselsetningsvekst innenfor helse- og sosialsektoren og servicesektoren, og nye måter å organisere arbeidet på, vil kunne føre til endringer i det psykososiale arbeidsmiljøet. Det foreligger imidlertid få studier som har sett på endringer i det psykososiale arbeidsmiljøet over tid, og konklusjonene avhenger av hvilke faktorer som inngår i studiene, og hvilken populasjon studiene omfatter. En svensk studie rapporterte en økning i jobbusikkerheten blant funksjonær fra 2007 til 2009 (33). En dansk studie av et representativt utvalg yrkesaktive i perioden 1997-2005 rapporterte en positiv utvikling når det gjaldt støtte fra nærmeste leder og ledelseskvalitet, men konkluderte med at utviklingen i all hovedsak var negativ og gikk i retning av høyere jobbkrav, mindre innflytelse på jobben (liten grad av kontroll), mer rollekonflikt, mindre rolleklarhet, økt konfliktnivå og dårlig sosial støtte fra kollegaer (34). En arbeidsmiljøundersøkelse blant yrkesaktive i 30 europeiske land rapporterte en negativ utvikling når det gjaldt utviklingsmuligheter, selvbestemmelse (jobbkontroll) og jobbusikkerhet og en positiv utvikling i arbeid-familie-balansen i perioden 2005-2010. I studien varierte utviklingstrekkene i det psykososiale arbeidsmiljøet mellom sektorer og land. For Norge ble det imidlertid ikke funnet noen endringer i det psykososiale arbeidsmiljøet som var signifikant forskjellige fra endringer observert i gjennomsnittet for alle deltagende land (35).

3.2.1 Trender i utvalgte psykososiale arbeidsmiljøfaktorer i perioden 1989-2013



En beskrivelse av det psykososiale arbeidsmiljøet i Norge basert på LKU sier noe om forskjeller og likheter i psykososial eksponering mellom ulike yrker, næringer og sektorer i norsk arbeidsliv, men for å få kjennskap til om arbeidsmiljøet i Norge sett under ett kan betegnes som godt eller mindre godt, er det nyttig å se om bildet samsvarer eller avviker fra det man har observert i land det kan være relevant å sammenlikne seg med. Den eneste arbeidsmiljøundersøkelsen som gjennomføres i alle EU-land og Norge, er den europeiske arbeidsmiljøundersøkelsen EWCS (The European Working Conditions Survey). Norge deltok i 2000, 2005 og 2010 og vil delta for fjerde gang i 2015. Basert på undersøkelsen i 2010 tegnes det et positivt bilde av psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøforhold i Norge sammenliknet med EU. I overkant av ni av ti i Norge og åtte av ti i EU er fornøyd med arbeidsforholdene på jobben. Generelt deler Norge flere likhetstrekk i det psykososiale arbeidsmiljøet med de øvrige nordiske landene og Nederland.

Sammen med Sverige, Finland og Danmark er Norge blant de landene som har høyest forekomst av organisatoriske endringer, som innføring av nye prosesser, ny teknologi eller vesentlige omstruktureringer. Samtidig er norske yrkesaktive også blant dem som i størst grad opplever at de deltar i utviklingen av organisasjonen de arbeider i, og at de er med på å bestemme målene for eget arbeid. Et særtrekk for Norge er at vi i mindre grad enn mange EU-land har vært rammet av den globale finanskrisen. I motsetning til i flere sør- og østeuropeiske land har andelen yrkesaktive økt, og arbeidsledigheten vært stabil i løpet av femårsperioden fra 2005 til 2010. Sammenliknet med EU-gjennomsnittet (16 %) er andelen som opplever jobbusikkerhet i Norge, lavere (10 %).

En mer generell beskrivelse av arbeidsmiljøet i Europa viser en trend i retning av økte jobbkrav. Norske yrkesaktive opplever høyere intensitet (krav til tempo og mengde) i arbeidet, men samtidig også mer selvbestemmelse (kontroll) knyttet til egen arbeidssituasjon. Emosjonelle krav knyttet til kunde-/klientkontakt i arbeidet er mer utbredt i Norge, og åtte av ti opplever å være styrt av direkte krav fra kunder og klienter og liknende. I EU opplever syv av ti det samme (36).

I et europeisk perspektiv er vold og trusler om vold definert som en fremvoksende risikofaktor og noe som særlig angår kvinner (37). Vold eller trusler om vold kan dreie seg om slag, spark, dytting, lugging eller andre fysiske angrep på egen person, eller trusler om slike handlinger. Det er vel dokumentert at vold kan føre til fysiske skader. Tidligere studier har også vist at yrkesaktive som opplever vold og trusler om vold, har høyere risiko for muskel- og skjelettplager (38) og psykiske helseplager (39). Muskel- og skjelettplager og psykiske plager fører ofte til langvarig sykefravær og står for en stor del av det legemeldte sykefraværet i Norge. Flere studier har funnet at vold og trusler om vold er en risikofaktor for sykefravær, og i en nylig publisert studie av helse- og sosialarbeidere i Norge ble det beregnet at et sykefraværnivå på 21 dager eller mer kan reduseres med inntil 13 prosent ved å arbeide forebyggende mot vold og trusler om vold på arbeidsplassen (40). Dette samsvarer rimelig godt med funn i en liknende dansk studie (41).

I studiene basert på LKU har vi studert en rekke psykososiale faktorer med betydning for helseutfallene som beskrives i kapittel 4. Flere av de psykososiale risikofaktorene som omtales i dette kapittelet, har i internasjonal litteratur så vel som i våre egne studier basert på LKU vist seg å ha betydning for følgende helseplager:

- muskel- og skjelettplager i nakke og skulder
- muskel- og skjelettplager i nedre del av ryggen
- hodepine
- psykiske helseplager
- ulykker
- legemeldt sykefravær
- avgang fra jobb

3.2.1 Prosentandel som rapporterer psykososial eksponering, etter alder og kjønn (SSB, LKU 2013)

	MENN						KVINNER					
	17-24	25-34	35-44	45-54	55-67	Totalt	17-24	25-34	35-44	45-54	55-67	Totalt
Høye jobbkrav	48	60	62	59	51	57	53	69	68	67	60	65
Lav jobbkontroll	34	22	16	16	17	19	46	31	28	29	30	32
Høye jobbkrav og lav jobbkontroll	15	13	9	10	8	11	26	22	21	21	20	22
Høy rollekonflikt	8	11	9	8	5	8	6	14	11	9	6	10
Høye emosjonelle krav	12	13	11	9	6	10	21	28	24	23	20	23
Lav lederstøtte	7	10	8	11	8	9	9	9	10	11	12	10
Innsats/belønning ubalanse	6	11	7	10	9	9	8	14	15	17	14	14
Vold og trusler om vold	5	6	5	4	2	5	13	11	11	11	9	11
Seksuell trakassering	3	3	2	1	1	2	14	11	8	6	3	8
Mobbing	3	4	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3
Omorganisering egen avdeling	7	20	20	21	19	19	9	19	23	21	23	20
Nedbemanning egen avdeling	7	12	13	15	13	13	10	13	15	16	14	14
Jobbusikkerhet	11	10	8	8	9	9	10	13	11	9	7	10

Kombinasjonen av høye jobbkrav og lav jobbkontroll, høye emosjonelle krav, ubalanse mellom innsats og belønning, vold og trusler om vold er mer utbredt blant kvinner enn menn. Unge yrkesaktive er mer utsatt for høye jobbkrav i kombinasjon med lav jobbkontroll, og denne kombinasjonen er særlig utbredt blant yrkesaktive med utdanning på ungdomsskolenivå.

3.2.2 Prosentandel som rapporterer psykososial eksponering, etter utdanning (SSB, LKU 2013)

	UNGDOMSSKOLE ELLER LAVERE	VIDEREGÅENDE PÅBEGYNT	VIDEREGÅENDE FULLFØRT	HØYSKOLE/UNIV ERSITET INNTIL 4 ÅR	HØYSKOLE/UNIV ERSITET 4 ÅR ELLER MER	TOTALT
Høye jobbkrav	54	54	59	66	71	61
Lav jobbkontroll	35	26	25	22	13	25
Høye jobbkrav og lav jobbkontroll	20	16	15	16	11	16
Høy rollekonflikt	7	5	8	11	10	9
Høye emosjonelle krav	14	11	14	23	13	16
Lav lederstøtte	12	11	11	8	7	10
Innsats/belønning ubalanse	8	9	9	10	7	9
Vold og trusler om vold	7	7	7	11	3	8
Seksuell trakassering	6	3	5	5	2	5
Mobbing	4	2	3	3	3	3
Omorganisering egen avdeling	14	18	18	23	25	19
Nedbemanning egen avdeling	12	14	14	15	12	14
Jobbusikkerhet	11	9	9	9	7	9

Seksuell trakassering er mer utbredt blant unge kvinner. Omorganisering er mer utbredt blant yrkesaktive med høyere utdanning, og med unntak av den yngste aldersgruppen er nedbemanning og omorganisering jevnt fordelt i de ulike aldersgruppene. Jobbusikkerhet rapporteres i høyere grad av yrkesaktive med utdanning på ungdomsskolenivå.

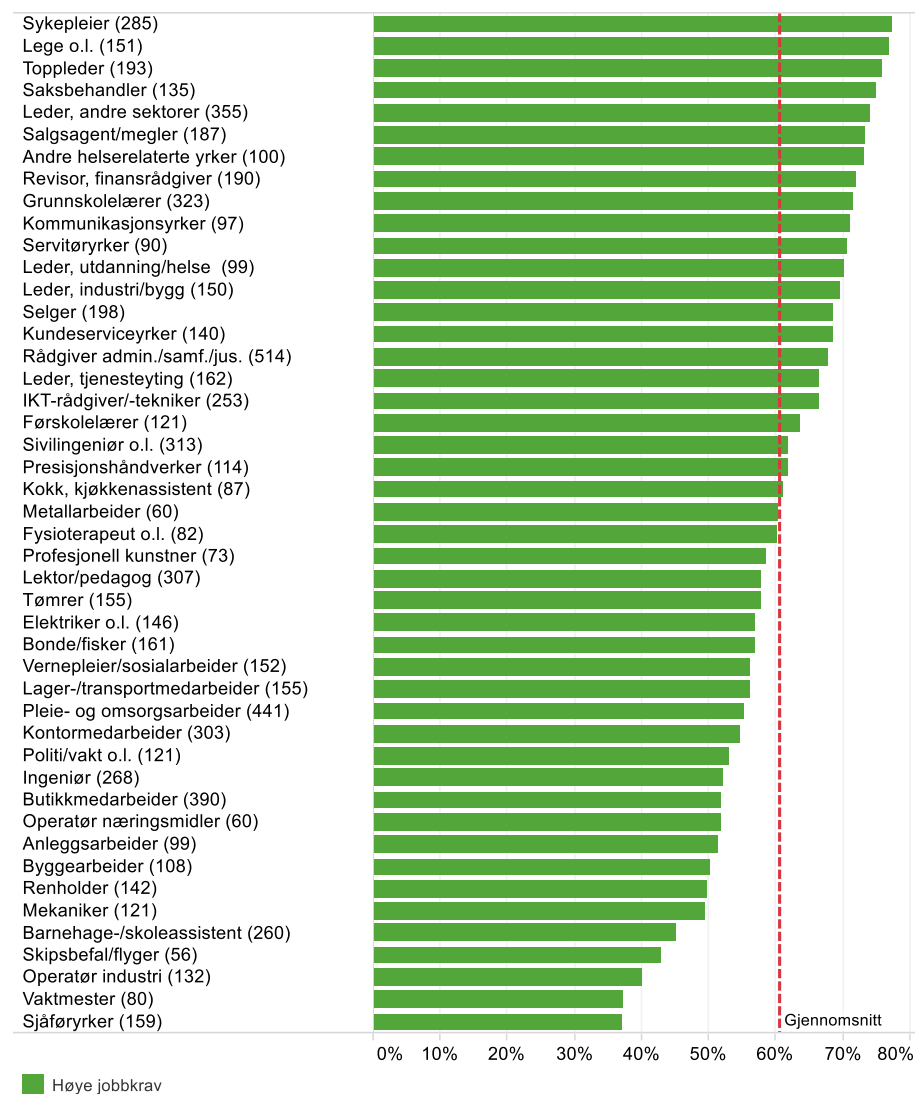
Jobbkrav

De psykologiske jobbkravene vi eksponeres for i arbeidet, er sentrale elementer i det psykososiale arbeidsmiljøet og kan ha betydning for både jobbtilfredshet og helse. Kvantitative jobbkrav refererer til aspekter ved jobben som dreier seg om krav til tempo og arbeidsmengde (42). Hvorvidt kravene oppleves som høye eller lave, er imidlertid avhengig av individets subjektive opplevelse av kravene og evne til å håndtere disse. Høye jobbkrav kan bli en utfordring ved høy intensitet over lengre tid, men et visst press og nye utfordringer er en viktig del av det som for mange virker motiverende i jobben.

I hvilken grad høye kvantitative krav har betydning for ulike helseutfall, varierer mellom studier. Norske studier av hele yrkespopulasjonen rapporterer at høye kvantitative jobbkrav var assosiert med ryggsmarter (43) og nakke- og skuldersmerter (44). I en annen norsk studiepopulasjon av om lag 3574 norske yrkesaktive ble høye jobbkrav assosiert med hodepine (45), men ikke med ryggsmarter (46) og nakke- og skuldersmerter (47). Det er ikke dokumentert at høye jobbkrav har en sammenheng med en forhøyet risiko for sykefravær (48), og en slik sammenheng ble heller ikke funnet i en studie av den norske yrkesbefolkningen (32).

I 2013 oppga omlag 61 prosent, dvs. over 1 500 000 sysselsatte, at de opplever høye jobbkrav i form av stor arbeidsmengde og høyt tempo. For å bli definert inn i kategorien høye jobbkrav må respondenten ha svart «i svært høy grad» på minst ett av de to spørsmålene (se faktaboks s 70). Høye jobbkrav er mer utbredt blant kvinner (65 %) enn menn (57 %) og i aldersgruppen 25–54 år hos begge kjønn. Høye jobbkrav ser ut til å være utbredt blant mange yrkesaktive, både i ulike utdanningsgrupper og i ulike yrkesgrupper. Likevel ser det ut til å være noe mer utbredt i yrker med krav til høyere utdanning, som sykepleiere, leger, ulike lederyrker, saksbehandlere og salgsagenter/meglere.

3.2.2 Prosentandel av alle yrkesaktive som rapporterer høye jobbkrav, etter yrke



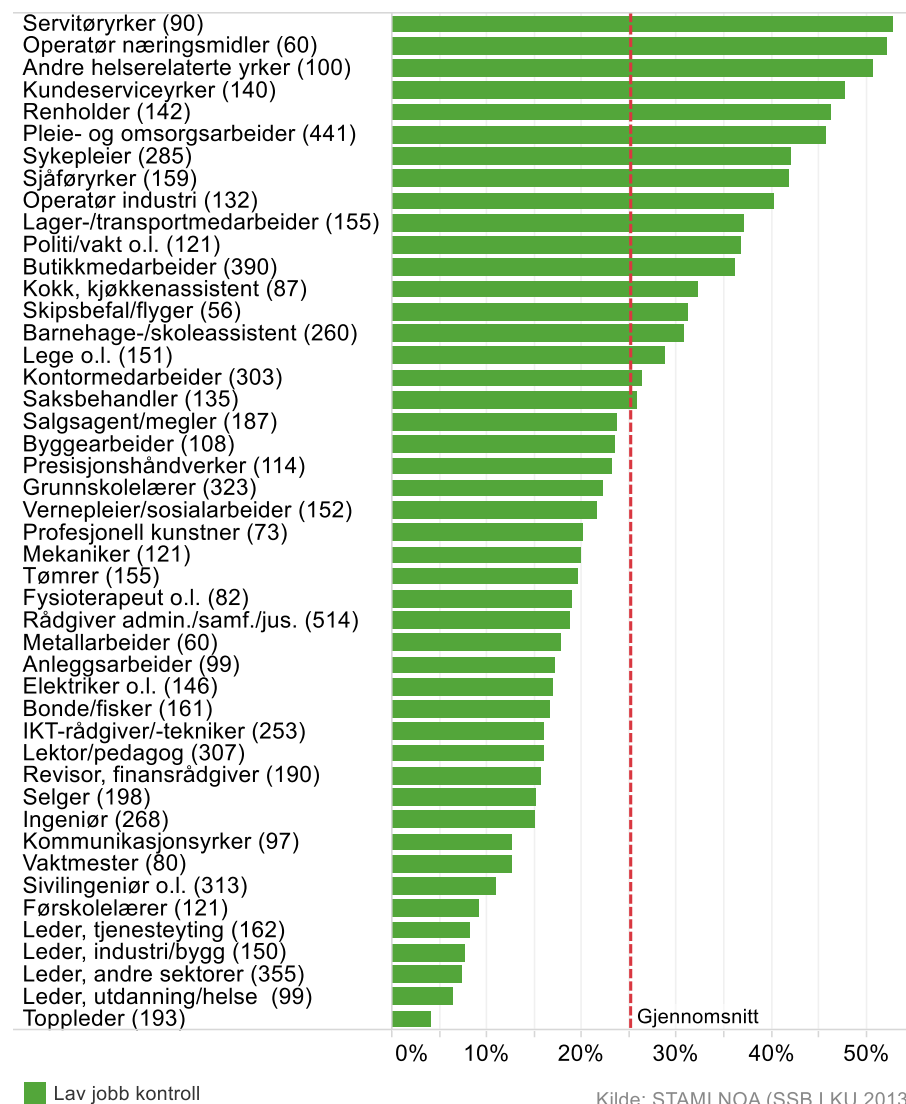
Jobbkontroll (selvbestemmelse)

Ifølge arbeidsmiljøloven skal det i utforming av den enkeltes arbeid legges vekt på å gi arbeidstakeren mulighet til selvbestemmelse, innflytelse og faglig ansvar. Jobbkontroll omtales ofte som selvbestemmelse i jobben og muligheten til å delta i planleggingen av hvordan arbeidsoppgavene skal utføres (31). Muligheter til å påvirke beslutninger som er viktige for eget arbeid, gjør oss bedre rustet til å takle de utfordringene vi møter. I to norske studier fant forskerne at kontroll over beslutninger om eget arbeid er forbundet med lavere risiko for nakkesmerter (47) og ryggsmarter (46).

I flere studier basert på LKU har vi sett på hvilken betydning lav jobbkontroll har for ulike helseplager og sykefravær. Lav jobbkontroll er rapportert å være en risikofaktor for ryggsmarter (43) og psykiske plager (49). Slike helseplager kan igjen føre til sykefravær. En kunnskapsoppsummering om risikofaktorer for sykefravær fra 2004 konkluderte med at jobbkontroll var den mest robuste psykososiale risikofaktoren (48). I en norsk studie ble lav jobbkontroll (menn) forbundet med høyere risiko for langtidssykemelding diagnostisert med en muskel- og skjelettlidelse (50).

I 2013 oppga totalt 25 prosent, dvs. om lag 634 000 sysselsatte, at de opplever lav jobbkontroll i form av at de i liten grad selv kan bestemme tempo, hvordan arbeidet skal utføres, og hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres, eller påvirke beslutninger. For å bli definert inn i kategorien lav jobbkontroll, måtte respondenten ha svart i liten, eller svært liten grad på minst to spørsmål (se faktaboks s. 70). Lav jobbkontroll er mer utbredt blant kvinner (32 %) enn menn (19 %) og i den yngste aldersgruppen (17–24 år) hos begge kjønn. Yrkesgruppene der mellom 40 og 59 prosent oppgir lav jobbkontroll, er representert av helse- omsorgsyrker og serviceyrker, men også av operatører i industriyrker. Førstnevnte gruppe er styrt av krav fra kunder/klienter og pasienter, mens sistnevnte gruppe er styrt av hastigheten til en maskin eller en pågående arbeidsprosess, med mindre muligheter til selv å bestemme tempo, arbeidsmengde med mer. I motsatt ende av skalaen finner vi flere ulike typer lederyrker, men også førskolelærere. I mange tilfeller har førskolelærere en lederrolle i en barnehage, og på lik linje med øvrige ledere har de stor innflytelse på organiseringen av arbeidet.

3.2.3 Prosentandel av alle yrkesaktive som rapporterer lav jobbkontroll, etter yrke



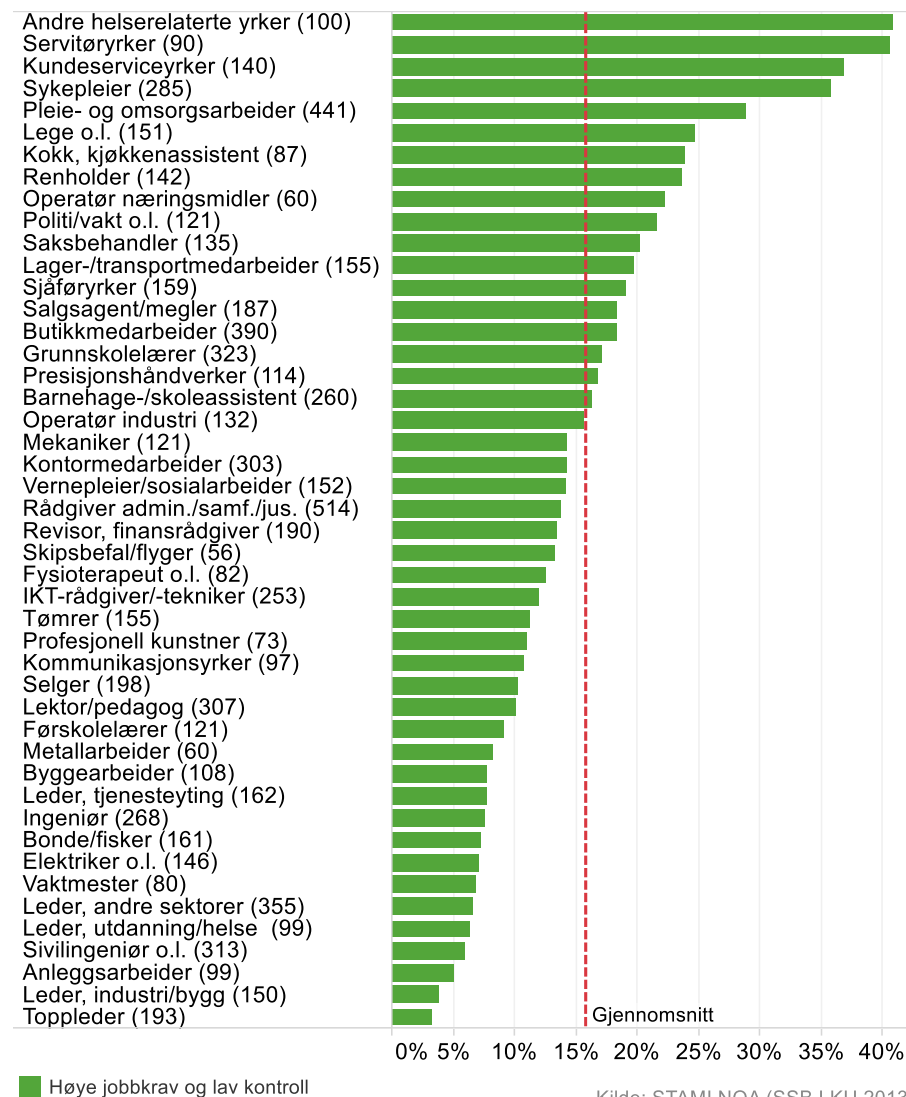
Høye jobbkrev og lav jobbkontroll (belastende arbeidssituasjon)

Krav-kontroll-modellen (51) retter oppmerksomhet mot arbeidsrammene og planleggingen av innholdet i arbeidet. Ifølge modellen får man vekst og utvikling i arbeidssituasjonen når moderat høye krav og utfordringer blir kombinert med varierte arbeidsoppgaver og muligheter for selv å styre egen arbeidshverdag (høy grad av kontroll). Motsatt forteller modellen oss at en passiv arbeidssituasjon, der kravene er lave og kontrollen liten, vil kunne føre til at man lærer lite, og over tid kan det igjen føre til at evnen til å mestre nye utfordringer blir redusert. En lite belastende arbeidssituasjon er gunstig ut fra et helseperspektiv, og det er dokumentert at høye jobbkrev kombinert med liten mulighet til å styre egen arbeidshverdag øker risikoen for en rekke helseproblemer, spesielt hjerte- og karsykdommer blant menn og depresjon og rygg- og nakkesmerter blant både menn og kvinner (52-54).

I en ny studie fra STAMI ble høye jobbkrev i kombinasjon med lav jobbkontroll identifisert som en risikofaktor for ulykker (55). Mens lav jobbkontroll er ansett å være en dokumentert risikofaktor for sykefravær, er bildet ikke like entydig når det gjelder lav jobbkontroll kombinert med høye jobbkrev. En norsk studie med et utvalg på 7346 personer i alderen 40–47 år, rapporterte at denne kombinasjonen økte risikoen for legemeldt sykefravær på 16 dager og mer, også etter å ha tatt hensyn til mentale og fysiske helseplager målt på undersøkelsens starttidspunkt (56).

I 2013 fant vi at om lag 16 prosent, dvs. om lag 400 700 sysselsatte, befant seg i en arbeidssituasjon kjennetegnet av høye jobbkrev i kombinasjon med lav jobbkontroll. Denne kombinasjonen er mer utbredt blant kvinner (22 %) enn menn (11 %) og i den yngste aldersgruppen (17–24 år) hos begge kjønn. Høye jobbkrev og lav jobbkontroll er mest utbredt blant de med lavere utdanning (20 %). Tilsvarende rapporterer omkring 11 prosent det samme i gruppen med høyest utdanning. Høye jobbkrev og lav jobbkontroll er særlig utbredt i helse- og omsorgsykker og i servitør- og kundeserviceyrker.

3.2.4 Prosentandel som rapporterer høye jobbkrev og lav jobbkontroll, etter yrke



Emosjonelle krav

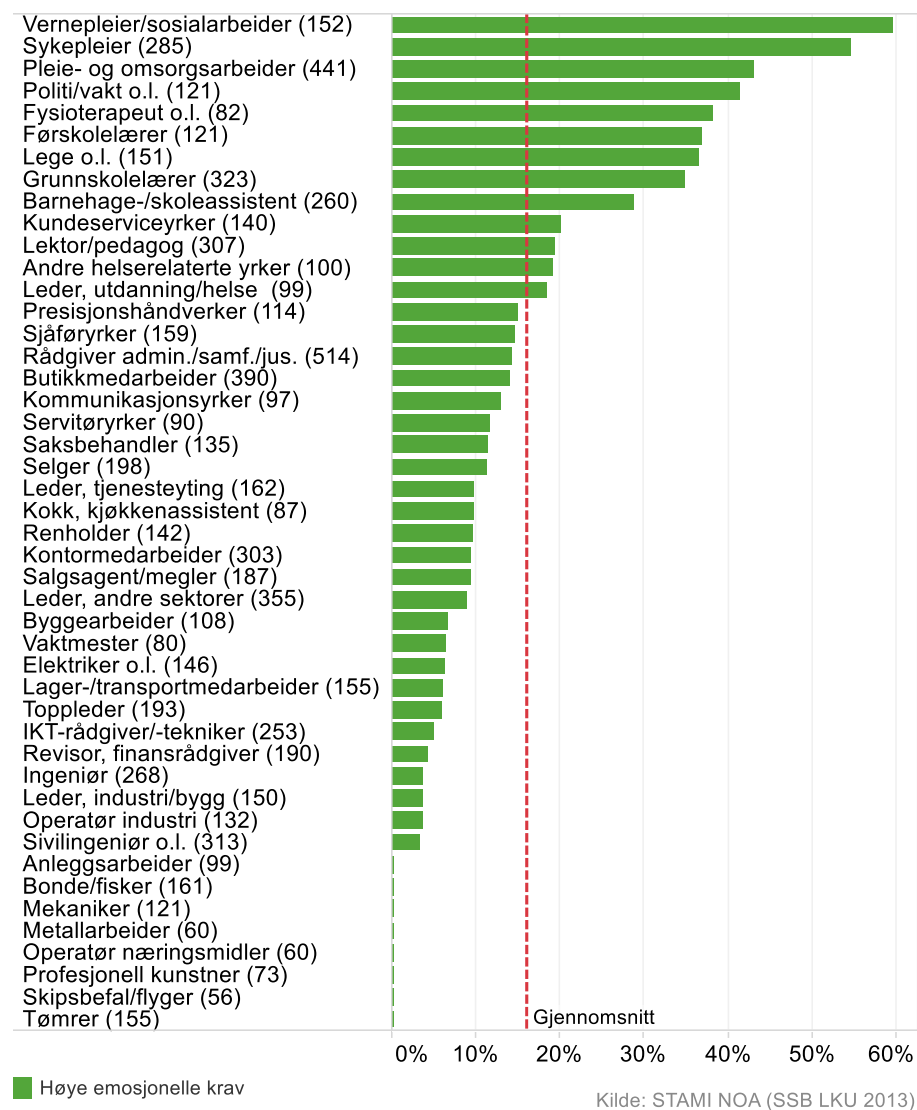
Arbeid som innebærer direkte kontakt med kunder, klienter og pasienter, kan være emosjonelt belastende. De som har denne type arbeid, må ofte bruke egne følelser for å skape en stemning som gir fornøyde kunder eller klienter. Kunde-/klientkontakt stiller krav om smil, høflighet, engasjement og empati, uavhengig av den ansattes dagsform og humør.

Emosjonelle krav i seg selv behøver ikke nødvendigvis å ha en negativ innvirkning på helsen. En antakelse er at det er i situasjoner hvor den yrkesaktive over tid opplever å undertrykke egne følelser i møte med krav fra kunder, klienter og pasienter, at slike krav påvirker helsen. En slik ubalanse mellom faktiske følelser og uttrykte følelser kalles gjerne for emosjonell dissonans. Fortsatt er det begrenset med studier på emosjonelle krav og helsekonsekvenser, samtidig som emosjonelle krav ventelig vil øke i omfang med en stadig større andel sysselsatte innenfor helse- og sosialsektoren og tjenesteytende sektor.

I flere studier basert på levekårsdataene har vi undersøkt om og i hvilken grad emosjonelle krav har betydning for ulike typer helseutfall blant norske yrkesaktive. Studiene rapporterer at ansatte som opplever høye emosjonelle krav i arbeidet, har en forhøyet risiko for arbeidsulykker (55) og psykiske helseplager (49). I en studie av legemeldt sykefravær ble det rapportert om lag 30 prosent høyere risiko for et høyt sykefraværnivå blant dem som rapporterer høye emosjonelle krav i jobben, sammenliknet med dem som i mindre grad rapporterer slike krav (32). Emosjonelle krav er mer utbredt blant kvinner enn menn og bidrar til å forklare en del av det høyere sykefraværnivået blant kvinner (57).}

I 2013 oppga 16 prosent, dvs. om lag 406 700 sysselsatte, at de opplever høye emosjonelle krav i arbeidet. Emosjonelle krav er langt mer utbredt blant kvinner (23 %) enn menn (10 %) og særlig blant kvinner i aldersgruppen 25–34 år. Emosjonelle krav på jobb er noe mer utbredt blant yrkesaktive med inntil 4 års høyskole- eller universitetsutdanning. Flere enn 40 prosent i helse- og sosialyrker, men også politi/vakt o.l., opplever en høy grad av emosjonelle krav i jobben.

3.2.5 Prosentandel som rapporterer høye emosjonelle krav, etter yrke



Rollekonflikt

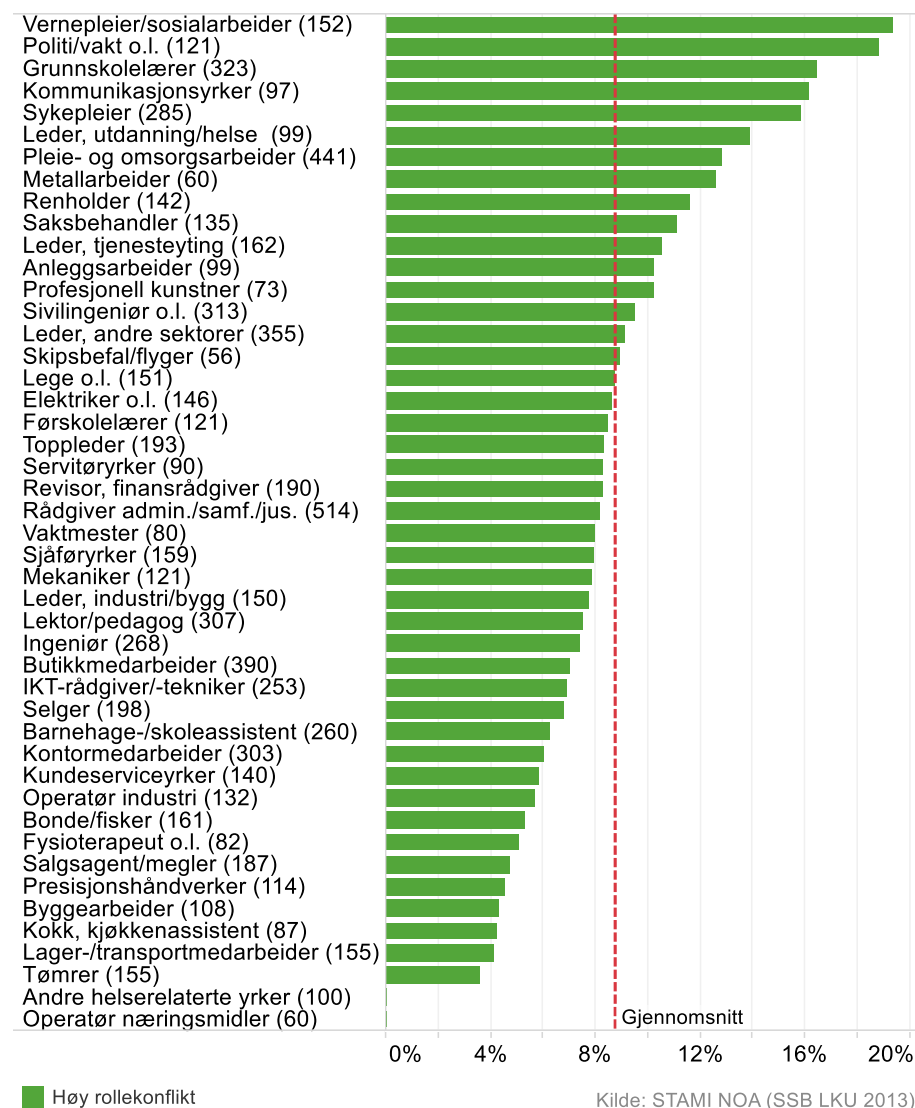
Rollekonflikt oppstår når man får motstridende forespørsler fra to eller flere personer, som kan føre til en opplevelse av å bli dratt i ulike retninger i utførelsen av en arbeidsoppgave. Rollekonflikter tar ofte en eller flere av tre ulike former: En intrasenderkonflikt oppstår når den ansatte får motstridende krav til utførelse av en arbeidsoppgave. Et eksempel er prosjektmedarbeideren som opplever at det stilles ulike krav fra prosjektleder og leder til hvordan jobben skal utføres. En intersenderkonflikt forekommer når en person opplever å måtte prioritere mellom ulike roller fordi kravene er for store til å utfylle begge. En tredje form for rollekonflikt forekommer når en person opplever å måtte utfylle flere enn bare én rolle i en organisasjon (31).

I løpet av det siste tiåret har det blitt en økende interesse for å studere rollekonflikt og faktorens betydning for jobbtillfredshet, helseplager og sykefravær. Studier har identifisert rollekonflikt som en risikofaktor for muskel- og skjelettplager i nakke (47) og rygg (43, 46) og for hodepine (45, 58). Enkelte studier har også funnet sammenhenger mellom rollekonflikt og nedsatt jobbtillfredshet, utbrenthet (59) og psykiske plager (4, 49). Fysiske og mentale helseplager kan igjen føre til sykefravær, og rollekonflikt har blitt identifisert som en risikofaktor for sykefravær (40 dager+) i den norske yrkespopulasjonen (32), noe som samsvarer godt med liknende studier av sykefravær i den danske yrkespopulasjonen (60, 61).

I 2013 oppga 9 prosent, dvs. om lag 223 170 sysselsatte, at de opplever høy grad av rollekonflikt i arbeidet. For å bli definert inn i kategorien høy rollekonflikt, måtte respondenten ha svart av og til, eller ofte på minst to av spørsmålene som inngår (se faktaboks s. 70). Rollekonflikt er noenlunde likt fordelt hos kvinner (10 %) og menn (8 %) og er mest utbredt i aldersgruppen 25–34 år hos begge kjønn.

Rollekonflikter på jobb er noe mer utbredt blant høyskole- og universitetsutdannede. Flere enn 15 prosent i yrkesgruppene vernepleier/sosialarbeider, politi/vakt og liknende, grunnskolelærere, kommunikasjonsyrker, sykepleier og leder innenfor utdanning/helse rapporterer høy grad av rollekonflikt på jobb.

3.2.6 Prosentandel som opplever høy grad av rollekonflikt, etter yrke



Lederstøtte

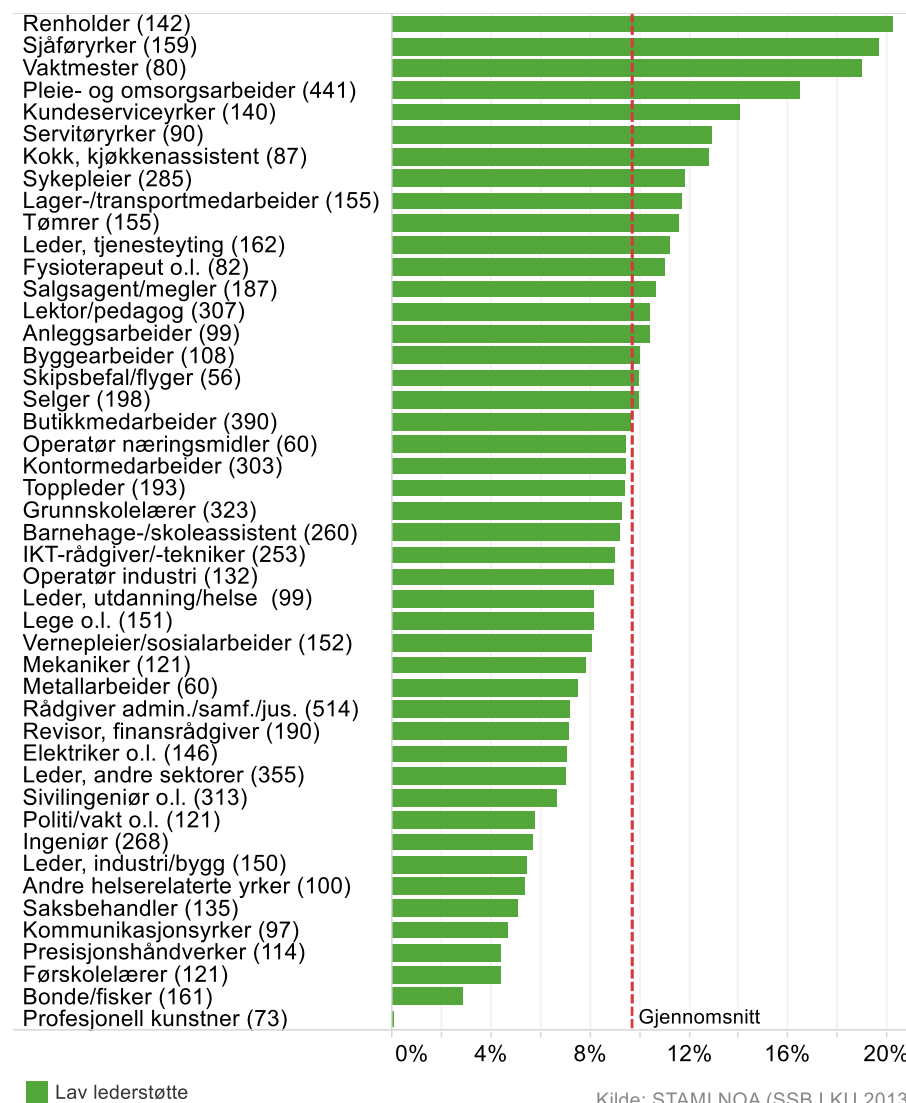
En leder er ofte den mest fremtredende personen i en avdeling eller virksomhet og har dermed også sterk innvirkning på de ansatte. Et lite støttende lederskap er preget av manglende støtte og hjelp i arbeidet, at arbeidsresultatene i liten grad blir verdsatt, og at lederen i liten grad behandler de ansatte rettferdig og upartisk.

Nye studier fra STAMI viser at sosial støtte fra nærmeste leder og rettferdig lederskap har en beskyttende effekt mot psykiske plager (4), og at rettferdig lederskap har en beskyttende effekt mot smerter i nedre del av ryggen (46). Et lite støttende lederskap er rapportert å være en risikofaktor for nakke- og skuldersmerter (44) og avgang fra jobb (62). Lav støtte fra leder har i to norske oppfølgingsstudier blitt assosiert med langtidssykefravær diagnostisert med en muskelskjelettlidelse(50), og mental lidelse(63). I en nylig publisert studie ble det rapportert at yrkesaktive som opplever et lite støttende lederskap, hadde omkring 50 prosent høyere risiko for et høyt legemeldt sykefravær(40 dager+), enn yrkesaktive som rapporterer mer støttende lederskap (32).

I 2013 oppga nærmere 10 prosent, dvs. om lag 246 000 sysselsatte, at de opplever lite støttende lederskap i arbeidet. For å bli definert inn i kategorien lite støttende lederskap, måtte respondenten ha svart av og til, eller ofte på minst to av spørsmålene (faktaboks s.70) Lite støttende lederskap er rimelig likt fordelt blant kvinner (10 %) og menn (9 %) og er jevnt fordelt i de ulike aldersgruppene. Lite støttende lederskap er noe mer utbredt blant yrkesaktive med lavere utdanning. Flere enn 15 prosent blant renholdere, i sjåføryrker, blant vaktmestere og pleie- og omsorgsarbeidere opplever lite støttende lederskap. De tre førstnevnte gruppene arbeider ofte alene, og har på grunn av arbeidets utforming sånn sett ofte mindre kontakt med nærmeste leder.

I ledelseslitteraturen defineres ulike typer lederstiler som i større eller mindre grad inkluderer elementer av støttende lederskap. I en ny publikasjon har forskere fra STAMI og Universitetet i Bergen studert forholdet mellom konstruktiv ledelse, laissez-faire-ledelse og tyrannisk ledelse og ansattes trivsel på jobb og funnet sammenhenger mellom ledelse og trivsel på både på kort og lang sikt (64).

3.2.7 Prosentandel som opplever lite støttende lederskap, etter yrke



Mobbing

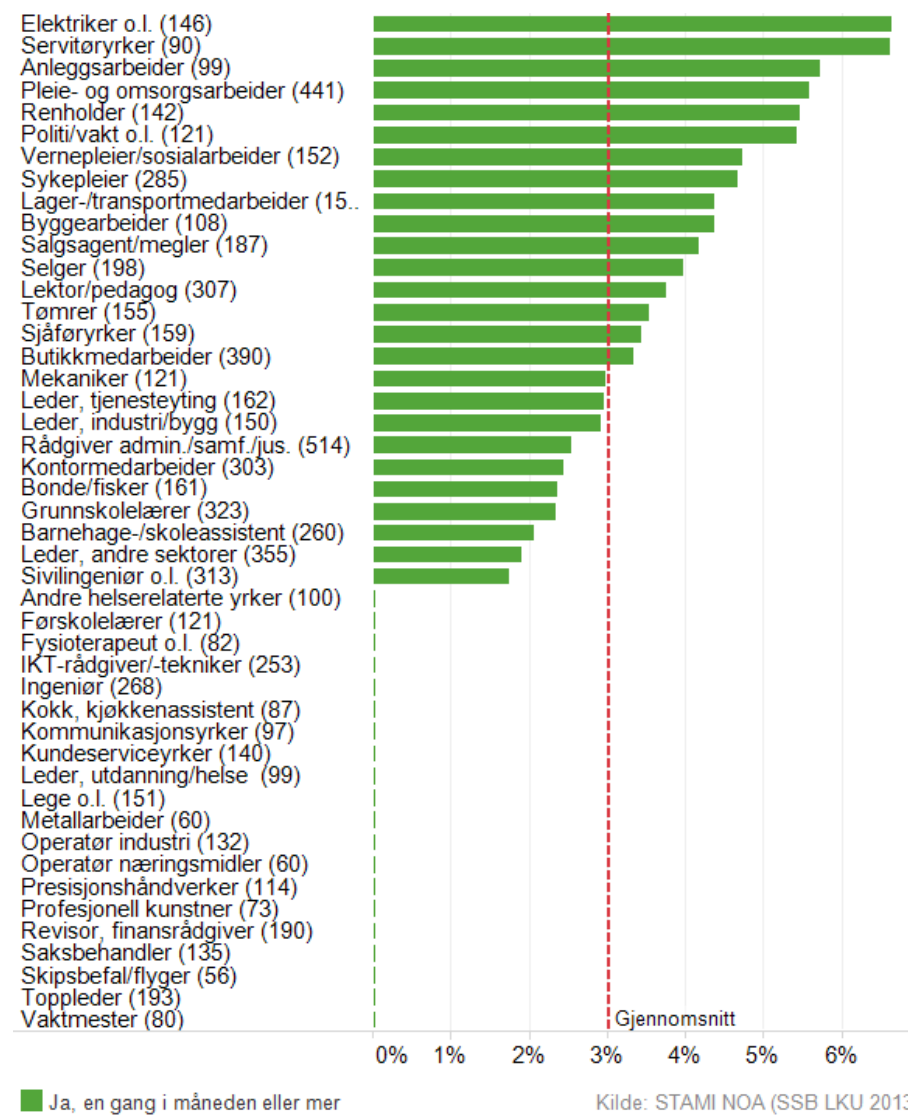
Trakassering og mobbing dreier seg om vedvarende negative handlinger mot ett eller flere individer som, reelt eller opplevd, er underlegne i den aktuelle situasjonen.

Mobbing og trakassering er uønskede handlinger med store negative konsekvenser for den enkelte og for arbeidsfellesskapet. Personer som har opplevd mobbing, rapporterer høyere forekomst av ulike typer stressrelaterte symptomer, som angst- og depresjonssymptomer, søvnproblemer, hodepine og mageproblemer. På grunnlag av symptombildet hos dem som er særlig hardt rammet, er det blitt hevdet at noen ofre kan lide av posttraumatiske lidelser. For noen blir konsekvensen at de ikke klarer å komme tilbake til arbeidslivet. Selv om forskningen på feltet viser til at det er sammenheng mellom mobbing og helseproblemer, er det foreløpig ikke funnet en like tydelig sammenheng mellom mobbing og økt sykefravær (65).

De fleste studiene på feltet er tverrsnittstudier, noe som innebærer at mobbing og helse er målt samtidig. Slike studier gir ikke informasjon om langtidseffekter og forholdet mellom årsak og virkning. Så langt foreligger det få studier på feltet med objektive utfall som for eksempel registerbasert sykefravær (66)

I 2013 oppga totalt sett 3 prosent, dvs. 78 300 sysselsatte, at de hadde blitt mobbet på arbeidsplassen. Av disse opplevde 2,2 prosent å bli mobbet av kollegaer en gang i måneden eller mer, mens 1,5 prosent opplevde å bli mobbet av leder. Forekomsten av mobbing i norsk arbeidsliv er relativt stabil i perioden 1989–2013. Samlet sett ser mobbing ut til å være nokså jevnt fordelt når det gjelder både kjønn og alder, men er noe mer utbredt blant dem med lavere utdanning. Yrkesaktive i håndverksyrker, helse- og sosialyrker, politi/vakt og servitøryrker opplever noe mer mobbing enn gjennomsnittet for alle yrkesaktive.

3.2.8 Prosentandel som rapporterer at de blir mobbet på jobb, etter yrke



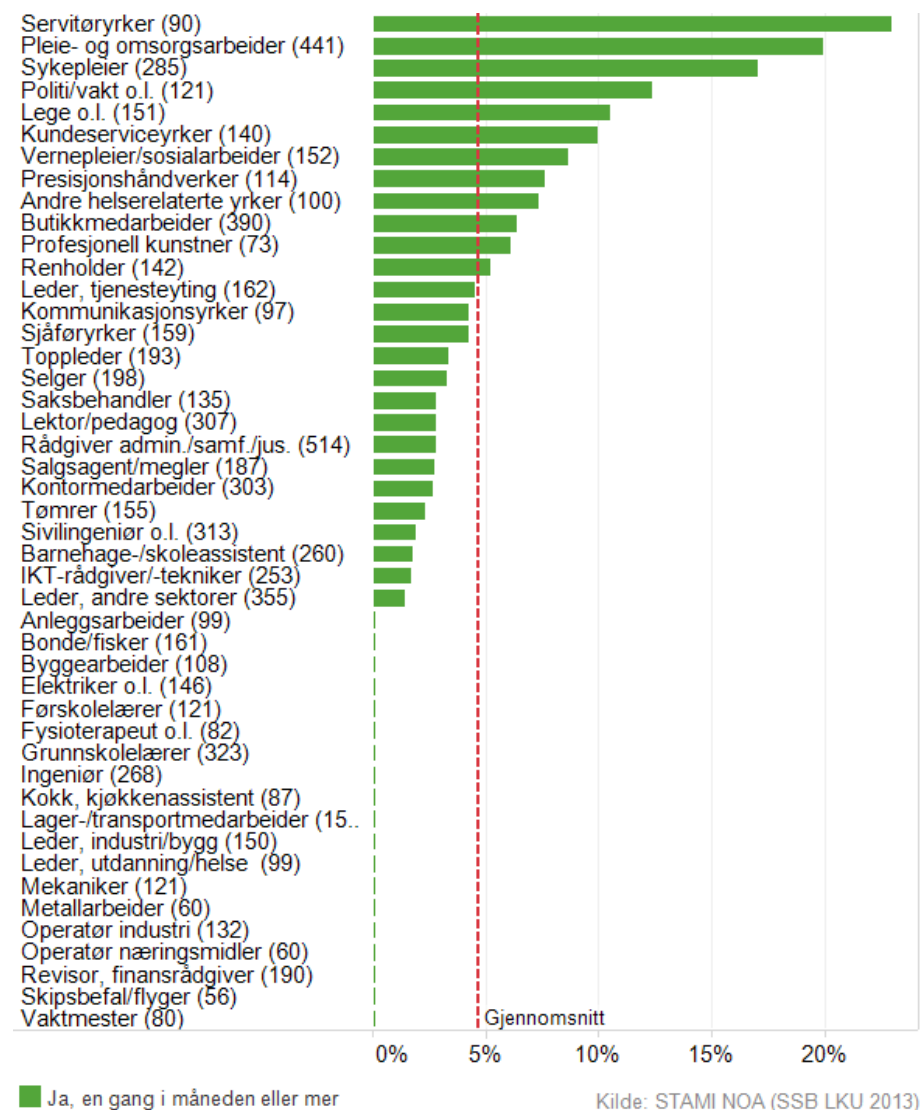
Seksuell trakassering

Seksuell trakassering defineres som uønsket seksuell oppmerksomhet som oppleves som krenkende for den enkelte. Seksuell trakassering på arbeidsplassen kan variere fra slengbemerkninger til fysiske tilnærminger og overgrep, men ifølge studier på feltet har flertallet av dem som opplever seksuell trakassering, blitt utsatt for uønskede verbale kommentarer om kropp, klesdrakt eller livsstil.

Seksuell trakassering på jobb er forbundet med nedsatt trivsel, redusert engasjement i jobben, avgang fra yrke, mentale og fysiske helseplager og symptomer på posttraumatisk stresslidelse ifølge en oversiktsartikkel fra 2007 (67). Det foreligger imidlertid få norske studier på feltet. I en norsk oppfølgingsstudie fra 2012 fant man at menn og kvinner i like stor grad opplevde seksuelt krenkende utsagn og handlinger på jobb, men at det forelå kjønnsforskjeller i forholdet mellom seksuell trakassering på arbeidsplassen og psykiske stressfaktorer. Kvinner i studien rapporterte i mye større grad enn menn at gjentatt trakassering skapte en sterk grad av ubehag og stress. Studien viste også at menn, men ikke kvinner, med psykiske plager hadde økt sannsynlighet for å rapportere å være utsatt for seksuell trakassering på et senere tidspunkt. Psykiske plager ser ut til å være en risikofaktor for opplevelsen av et dårlig arbeidsmiljø og trakassering blant menn (68).

Totalt sett oppgir 4,7 prosent, dvs. om lag 123 000 yrkesaktive, at de en gang i måneden eller mer er utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet, kommentarer eller liknende på arbeidsplassen. I perioden 1989–2013 har andelen som oppgir at de utsettes for uønsket seksuell oppmerksomhet, variert mellom 2 og 3–4 prosent. Ser vi alle yrkesaktive under ett, er det flere kvinner (8 %) enn menn (2 %) som utsettes, og yrkesaktive kvinner i den yngste aldersgruppen (17–24 år) er særlig utsatt (14 %). Forekomsten er høy i servitøryrker, blant helsepersonell, men også i yrkesgruppen kundeserviceyrker er uønsket seksuell oppmerksomhet utbredt.

3.2.9 Prosentandel som rapporterer at de utsettes for seksuell trakassering på jobb, etter yrke



Vold og trusler om vold

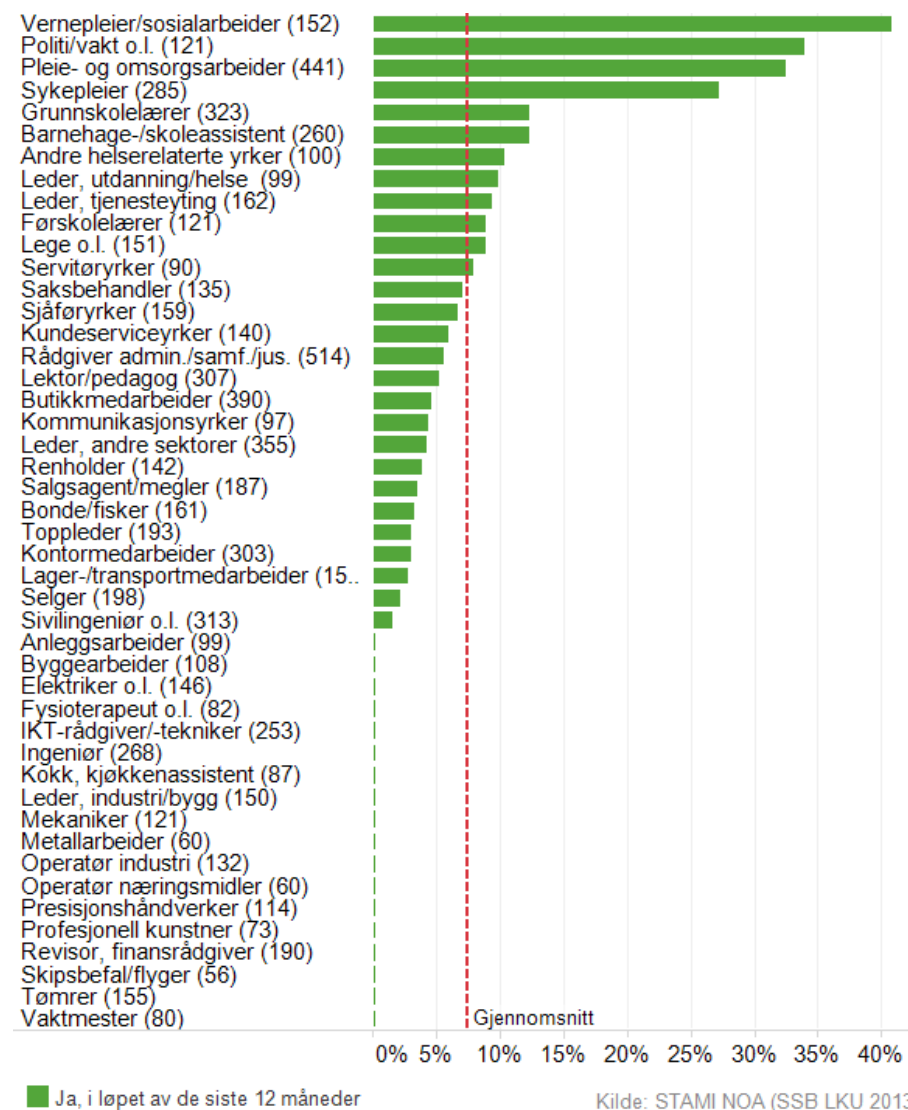
Ifølge arbeidsmiljøloven skal arbeidstakere ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden, og de skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre. I en ny norsk oppfølgingsstudie av kvinner i helse og sosialyrker fant forskerne at de som opplevde vold og trusler om vold på jobben hadde 70 prosent høyere risiko for legemeldt sykefravær (21 dager +) (40).

Totalt sett oppgir 7,5 prosent, dvs. om lag 203 000 yrkesaktive, at de det siste året har vært utsatt for vold eller trusler om vold, og 2,6 prosent sier at de har vært utsatt for vold som ga synlige merker. Ytterligere 4 prosent sier at de har vært utsatt for vold som ikke har gitt synlige merker, og 4,2 prosent oppgir at de har blitt utsatt for trusler om vold. Andelen som utsettes for vold og trusler om vold i arbeidet, har variert mellom 4 og 6 prosent i perioden fra 1989 og frem til 2006. I 2009 ble spørsmålene i levekårsundersøkelsen endret, og tallene for perioden 2009–2013 tyder på at det har vært en moderat økning av vold og trusler i norsk arbeidsliv.

Ser vi alle yrkesaktive under etter, er det flere kvinner (10,9 %) enn menn (4,6 %) som utsettes for vold og trusler om vold på arbeidsplassen. Forekomsten er særlig høy blant vernepleiere, sosionomer, sykepleiere, helse- og omsorgsarbeidere, men også i yrkesgruppen politi/vakt er vold og trusler om vold utbredt. Yrkesaktive innenfor helse og omsorg, offentlig forvaltning og undervisning er særlig utsatt for vold og trusler om vold. Videre rapporterer kommuneansatte å være mer utsatt enn yrkesaktive i øvrige sektorer.

Kvinner er mer utsatt enn menn for vold og trusler i arbeidet, men ser vi nærmere på kjønnsforskjeller i ulike yrker, viser LKU at det er en større andel menn enn kvinner blant vernepleiere, sosionomer og sykepleiere som utsettes for vold og trusler om vold i arbeidet. Det kan antakelig forklares med at menn i disse yrkesgruppene fortrinnsvis arbeider innenfor psykiatri eller i barnevernsinstitusjoner hvor vold og trusler om vold er mer utbredt.

3.2.10 Prosentandel som siste 12 måneder har opplevd vold eller trusler om vold på jobb, etter yrke



Ubalanse mellom innsats og belønning

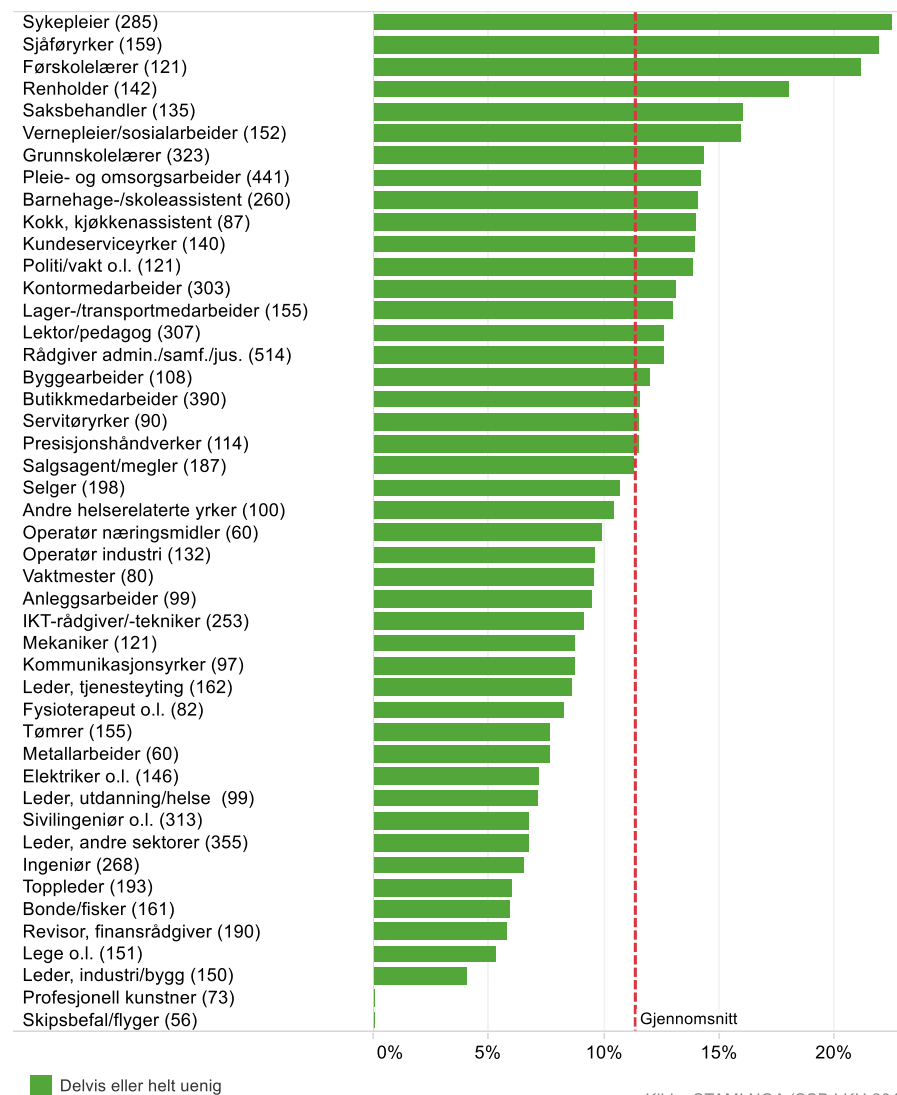
Innsats/belønning-modellen tar for seg arbeidet som en kontraktfestet bytteprosess, hvor innsatsen blir kompensert i form av en tilfredsstillende belønning. Et godt arbeidsmiljø kjennetegnes ifølge modellen av at det er balanse mellom den innsatsen som legges ned i arbeidet, og den belønningen som mottas i form av lønn, anerkjennelse og statuskontroll (jobbsikkerhet, karrieremuligheter og uttelling for utdanning) (69). Modellen ble i utgangspunktet utviklet for å identifisere risikofaktorer i arbeidsmiljøet med betydning for hjerte og karsykdommer, og mange av studiene på feltet har dette som utfall. En permanent opplevelse av utilstrekkelig belønning og verdsettelse er dokumentert å øke risikoen for hjerte-/karsykdommer (70, 71).

Flere store epidemiologiske studier har identifisert innsats- belønning- ubalanse som en risikofaktor for helse relatert atferd knyttet til overvekt, røyking, høyt alkoholforbruk og inaktivitet (72-74). Innsats-belønning- ubalanse er videre dokumentert å ha en sammenheng med depresjon (75). I hvilken grad indikatoren har en sammenheng med sykefravær er i mindre grad dokumentert og så langt foreligger det få studier. Innsats-belønning- ubalanse er mer utbredt blant kvinner enn menn, og en ubalanse mellom innsats og belønning i form av lønn, er funnet å bidra til å forklare en del av det høyere sykefraværet blant norske kvinner (57).

Senere års arbeidsmiljøkartlegginger i Norge har i stor grad vært basert på krav/kontroll modellen og i mindre grad på forskning og kartlegging av innsats- / belønning modellen

I 2013 oppga 11 prosent, dvs. om lag 289 105 sysselsatte, at de opplever en ubalanse mellom den innsatsen de legger ned i arbeidet, og den belønningen de mottar i form av anerkjennelse eller lønn. Innsats-belønning-ubalanse er mer utbredt blant kvinner (14 %) enn menn (9 %) og særlig blant kvinner i aldersgruppen 45-54 år. Yrkesgrupper hvor flere enn én av fem oppgir ubalanse mellom innsats og belønning, er sykepleier, sjåføryrker og førskolelærer.

3.2.11 Prosentandel som opplever ubalanse mellom innsats og belønning, etter yrke



Kilde: STAMI NOA (SSB LKU 2013)

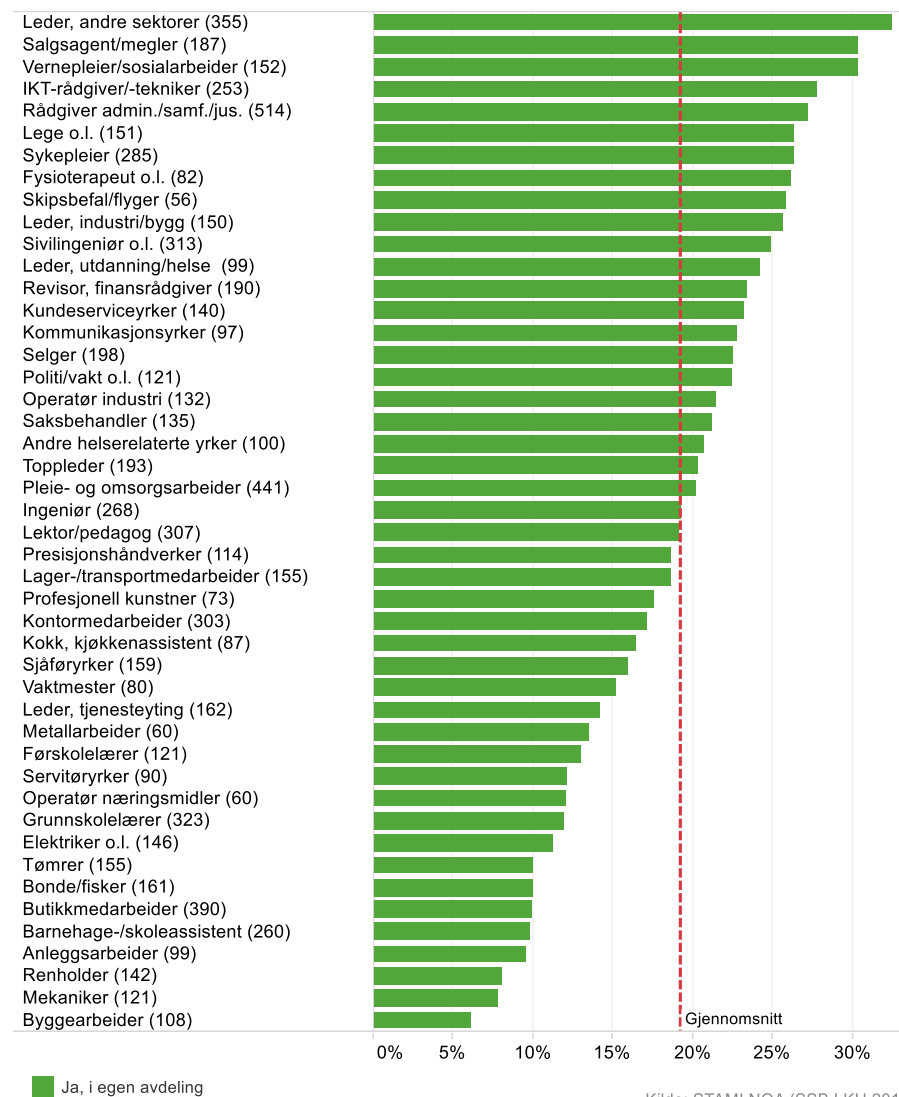
Omorganisering

I et arbeidsmiljøperspektiv kan større endringer sees som en kritisk hendelse som kan utløse usikkerhet og utrygghet hos de ansatte, og omstillinger uten nedbemanning er funnet å gi økt risiko for langtidsfravær og varig utstøting til ulike trygdeytelser blant hjelpe- og sykepleiere (76). Opplevelsen av usikkerhet kan imidlertid reduseres ved å gi ansatte mulighet og ressurser til å medvirke ved endringer på arbeidsplassen, både individuelt og kollektivt. Det foreligger mye forskning som har dokumentert at opplevelsen av kontroll er en av de viktigste betingelsene for å kunne mestre potensielt stressfulle hendelser på en god måte. De fleste av oss har behov for en viss forutsigbarhet, vi behøver informasjon nok til å være rimelig trygge på at vi kan planlegge på litt sikt. Data fra LKU 2013 viser at om lag 18 prosent av norske yrkesaktive opplever at de i liten eller ingen grad får informasjon om viktige beslutninger, endringer og fremtidsplaner i virksomheten der de jobber. I alt 44 prosent opplever at de i høy grad får den informasjonen de trenger.

Har bedriften gjennomført omorganiseringer som har berørt arbeidssituasjonen, men som ikke medførte nedbemanning, i løpet av de tre siste årene?

I alt 24 prosent (nærmere 700 000 personer) rapporterer om omorganisering som har berørt egen arbeidssituasjon, men som ikke medførte nedbemanning, i løpet av treårsperioden 2010–2013. Dette er en liten nedgang fra foregående treårsperiode (28 %). Om lag 19 prosent rapporterte om omorganisering i egen avdeling (figur 3.2.12), og litt under halvparten av disse personene (44 %) oppgir at omorganiseringen hadde stor betydning for egen arbeidssituasjon. Omorganisering er om lag like utbredt blant menn og kvinner og er noe mindre utbredt blant av de yngste yrkesaktive. Yrkesaktive med utdanning på høyskole- eller universitetsnivå opplever oftere omorganisering enn yrkesaktive med kortere utdanningslengde. Blant yrkesaktive som rapporterer om omorganisering, oppgir i overkant av sju av ti personer at de er helt eller delvis enig i at de hadde mulighet til å snakke med nærmeste leder om konsekvensene av endringen, eller at det ikke var behov for det (4 %). Én av tre oppgir at de er delvis eller helt uenige i at deres ønsker og innspill ble tatt hensyn til i prosessen.

3.2.12 Prosentandel som rapporterer om omorganisering i egen avdeling, etter yrke



Nedbemanning

Omstillinger med nedbemanning er assosiert med dårligere selvopplevd helse og er vist å kunne føre til økt bruk av medikamenter, økt risiko for muskel- og skjelettplager samt økt risiko for fremtidig uførepensjon (77). Norske studier har vist at nedbemanning gir økt risiko for uføretrygging (78). Det er også påvist at nedbemanning kan føre til økt generell dødelighet og økt dødelighet som følge av hjerte- og karsykdommer (79, 80).

Har bedriften der du nå arbeider, gjennomført nedbemanning i løpet av de tre siste årene?

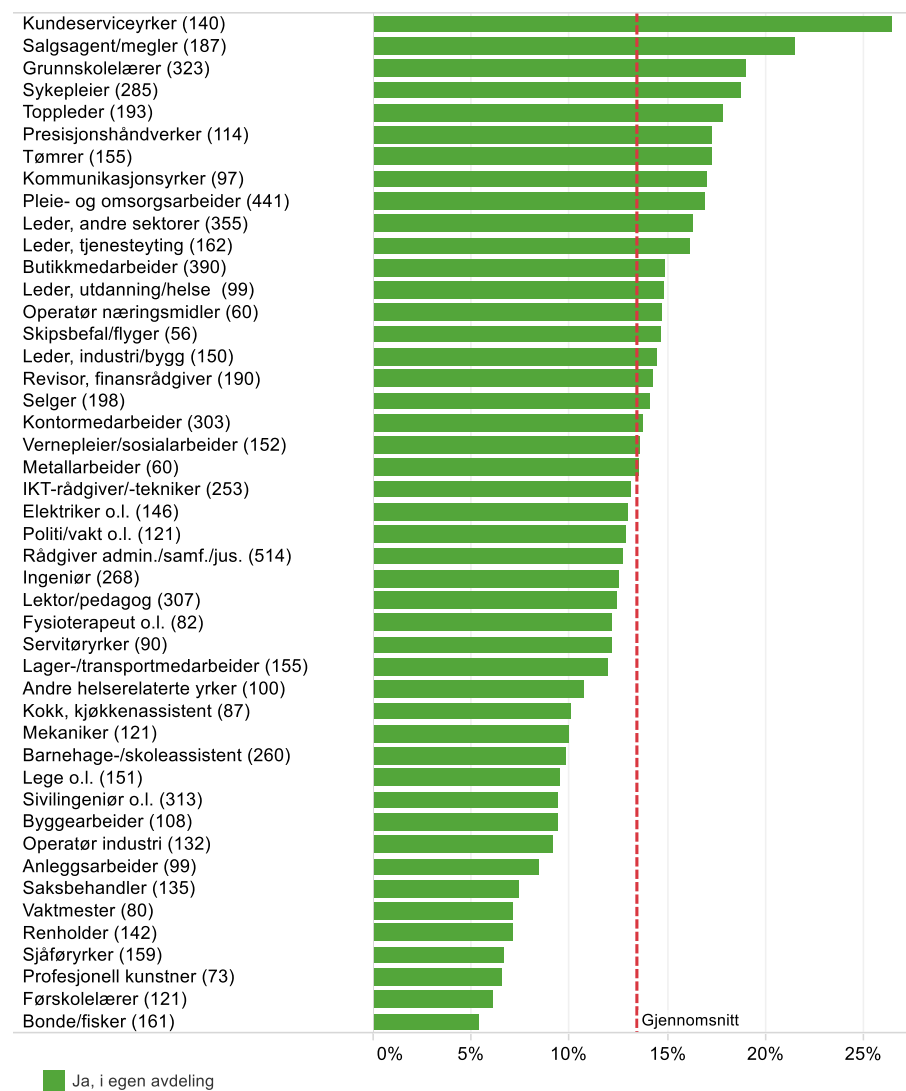
Jeg har hatt anledning til å snakke med min nærmeste leder om hvilke konsekvenser endringen får for meg. (Helt uenig, delvis uenig, både og, delvis enig eller helt enig.)

Mine ønsker og innspill har blitt tatt hensyn til i planleggingen og gjennomføringen av endringen. (Helt uenig, delvis uenig, både og, delvis enig eller helt enig.)

Data fra LKU 2013 viser at 13,5 prosent, dvs. nærmere 340 000 personer, opplevde nedbemanning i egen avdeling i løpet av treårsperioden 2010–2013. I de foregående levekårsundersøkelsene fra 2006 og 2009 har dette tallet vært noe høyere, nærmere 18 prosent. Nedbemanning forekommer i alle yrkesgrupper. Høyest forekomst rapporteres i kundeserviceyrker og blant salgsganter/meglere (figur 3.2.13).

Blant dem som rapporterer om nedbemanning i egen avdeling i 2013, oppgir om lag 31 prosent at nedbemanningen har hatt stor betydning for egen arbeidshverdag. Tre av fire personer som har opplevd nedbemanning i egen avdeling, oppgir at de er helt eller delvis enig i at de har fått mulighet til å snakke med nærmeste overordnede om konsekvensene av nedbemanningen. Om lag 16 prosent er uenig i at de har fått denne muligheten. To av fem er helt eller delvis enig i at deres innspill har blitt tatt hensyn til i prosessen. Én av fire er uenig i denne påstanden.

3.2.13 Prosentandel som rapporterer om nedbemanning i egen avdeling, etter yrke



Jobbusikkerhet

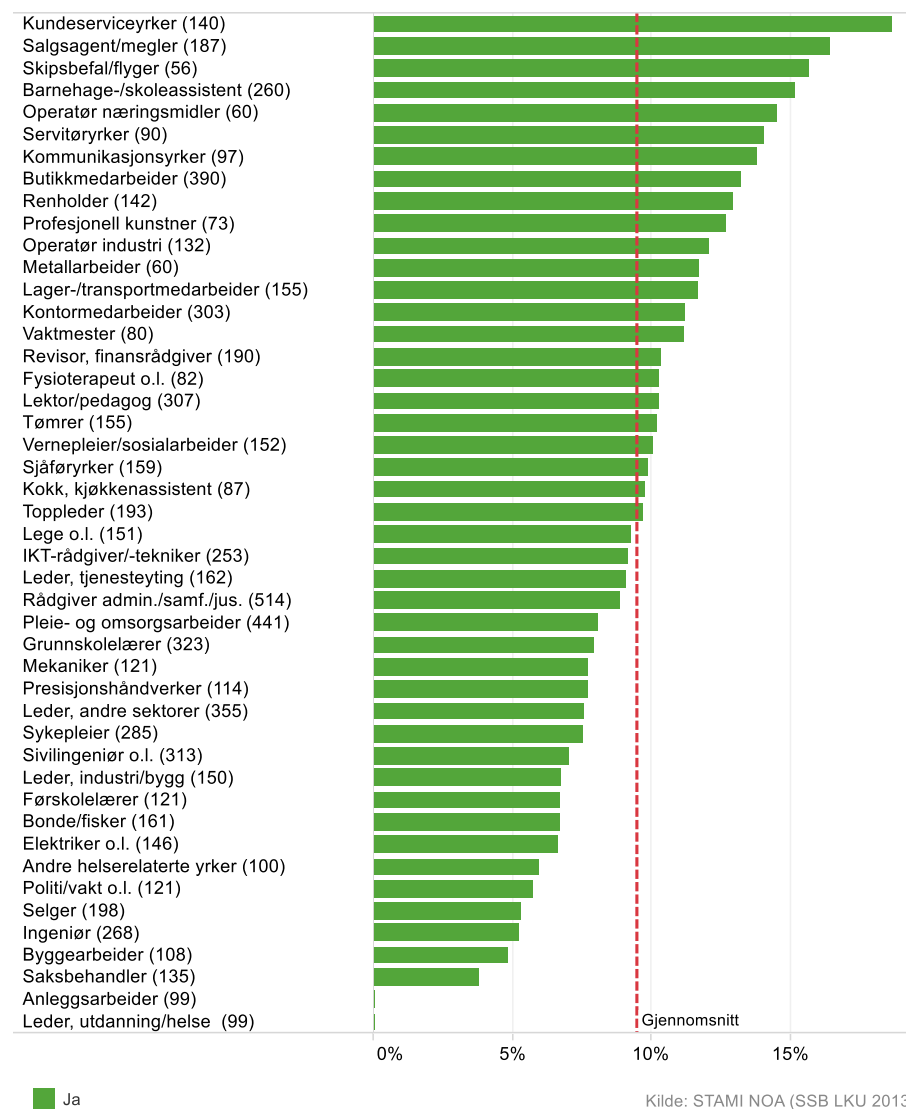
Jobbusikkerhet har tradisjonelt vært knyttet til midlertidig ansatte, deltidsarbeidende og sesongarbeidere. I et arbeidsmarked preget av hyppige omstillingsprosesser i form av tjenesteutsetting, sammenslåinger, nedleggelse og nedbemanning har jobbusikkerhet blitt et fenomen som favner videre. For mange handler ikke jobbusikkerhet bare om usikkerheten knyttet til nåværende jobb (jobbusikkerhet), men om ansettelsesusikkerhet i videre forstand, dvs. sannsynligheten for å kunne finne en tilsvarende betalt jobb som den man har.

Jobbusikkerhet blant de ansatte kan påvirke både virksomheten og den enkelte arbeidstakeren. Mye forskning har dokumentert en sammenheng mellom jobbusikkerhet og lav jobbtillfredshet, intensjoner om å slutte og lav tillit og følelse av forpliktelse overfor den virksomheten man jobber for. Jobbusikkerhet er også en dokumentert risikofaktor når det gjelder søvnforstyrrelser og psykiske plager (49, 77, 81).

Mener du at du står i fare for å miste arbeidet ditt på grunn av nedlegging, innskrenking eller andre årsaker i løpet av de nærmeste tre årene?

I LKU 2013 svarer om lag 9,4 prosent, dvs. om lag 240 000 personer, at de opplever jobbusikkerhet. Andelen som opplever jobbusikkerhet, har vært rimelig stabil på om lag 10 prosent siden 2006. Jobbusikkerhet forekommer i alle yrkesgrupper. Andelen som opplever dette, varierer fra 18 prosent i kundeserviceyrker til 1 prosent blant ledere innenfor utdanning/helse. Blant kvinner er opplevelsen av jobbusikkerhet størst i aldersgruppen 25–34 år og lavest i aldersgruppen 55–67 år, henholdsvis 13 og 7 prosent. Blant menn er forskjellen mindre, med høyest nivå i den yngste aldersgruppen (11 %). Opplevelsen av jobbusikkerhet er noe større blant personer med ungdomsskoleutdanning enn blant yrkesaktive med mer enn 4 års høyskole- eller universitetsutdanning, henholdsvis 11 og 7 prosent.

3.2.14 Prosentandel som rapporterer jobbusikkerhet, etter yrke



3.3 OPPSUMMERING

ARBEIDSTID OG ARBEID-FAMILIE-BALANSE

- Arbeidstid har betydning både for helse, balanse mellom jobb og privatliv og velferd. Skiftarbeid som inkluderer nattarbeid og lange arbeidsuker er viktige risikofaktorer i dagens arbeidsmiljø og er knyttet til alvorlige helseproblemer og økt risiko for arbeidsskader.
- I 2013 rapporterer nærmere én av fire at de jobbet skift eller turnus. Andelen ansatte som oppgir at de jobber natt i hovedarbeidsforholdet, har gått noe ned de siste femten årene.
- Totalt rapporterer om lag 17 prosent av alle yrkesaktive å ha jobbet natt i løpet av en 4 ukers periode i hoved- eller biarbeidsforholdet. Dette tilsvarer om lag 450 000 personer.
- Prosentandelen som jobber lange arbeidsuker (45 t eller mer per uke), har gått noe ned, fra i overkant av 14 prosent i 2000 til nærmere 12 prosent i 2013. Antallet personer som jobber lange uker, har vært relativt stabilt i samme periode, i overkant av 300 000.
- Lange arbeidsuker, overtid og arbeid på ugunstige tidspunktet betyr mye for hvorvidt vi opplever konflikt mellom arbeids- og privatlivet. Også utbredelsen av ny teknologi reiser nye problemstillinger knyttet til det å sette grenser for når, hvor og hvor mye man skal jobbe.
- Om lag 13,4 prosent opplever at kravene på jobben går ut over privatlivet nokså ofte eller svært ofte. Det vil si at om lag 340 000 yrkesaktive personer ofte opplever dette problemet.

PSYKOSOSIALT OG ORGANISATORISK ARBEIDSMILJØ

- Lav jobbkontroll (selvbestemmelse) er en risikofaktor for ryggsmertner, psykiske plager og sykefravær. I LKU 2013 oppgir 25 prosent, tilsvarende om lag 634 000 sysselsatte at de i liten grad har selvbestemmelse i jobben. Lav selvbestemmelse er særlig utbredt i servitøryrker, operatør næringsmidler og i andre helserelaterte yrker.
- Rundt 16 prosent, tilsvarende om lag 400 690 sysselsatte rapporterer at de har en belastende arbeidssituasjon i form av høye jobbkrav i

kombinasjon med lav jobbkontroll. En slik arbeidssituasjon er særlig utbredt i helse og sosialyrker, og i servitør og kundeserviceyrker.

- Arbeid som innebærer direkte kontakt med kunder, klienter og pasienter, kan være emosjonelt belastende. Det er begrenset med studier på feltet, men i nylig publiserte studier har høye emosjonelle krav i arbeidet blitt assosiert med forhøyet risiko for arbeidsulykker, psykiske helseplager og legemeldt sykefravær. 16 % oppga at de har høye emosjonelle krav i arbeidet, og emosjonelle krav i arbeidet er langt mer utbredt blant kvinner enn menn.
- Rollekonflikt (motstridende forespørsler) på jobb er en risikofaktor for muskelskjelett plager, psykiske plager og sykefravær. I LKU 2013 oppgir nærmere 9 prosent, dvs. om lag 223 170 sysselsatte, at de opplever høy grad av rollekonflikt i arbeidet.
- Sosial støtte fra leder har vist seg å ha en beskyttende effekt mot psykiske plager. Tilsvarende har et lite støttende lederskap betydning for nakke-/skuldert smerter, avgang fra jobb og legemeldt sykefravær. Nærmere en av ti, tilsvarende om lag 246 000 yrkesaktive rapporterer at de opplever lite støttende lederskap
- Personer som har opplevd mobbing rapporterer høyere forekomst av stressrelaterte symptomer og helseplager. Forekomst av mobbing har vært relativt stabil i perioden 1989-2013. I LKU 2013 oppgir 3 %, tilsvarende 78300 at de blir mobbet på arbeidsplassen.
- Seksuell trakassering på jobb er forbundet med nedsatt trivsel, engasjement i jobben, avgang fra yrke og både mentale og fysiske helseplager. I 2013 oppga rundt 4,7 % seksuell trakassering på jobb. Seksuell trakassering er langt mer utbredt blant kvinner (7,8 %) enn menn (2%). Kvinner i den yngste aldersgruppen 17-24 år (13,5%), er særlig utsatt. I perioden 1989-2013 har andelen som oppgir at de utsettes for seksuell trakassering variert mellom 2 til 3-4 prosent. I perioden 2009 - 2013 er observert en moderat økning.
- I en nylig publisert studie av kvinner i helse og sosial yrker i Norge, ble vold og trusler om vold assosiert med en forhøyet risiko for høyt legemeldt sykefravær. Totalt sett oppgir 7,5 prosent, tilsvarende om lag 203 000 yrkesaktive at de i løpet av siste år har vært utsatt for vold og trusler om vold. I perioden 1989-2013 ser det ut til å være økende tendens i retning av mer vold og trusler om vold i norsk arbeidsliv.

- Innsats-/belønning ubalanse, dvs at det foreligger en ubalanse mellom den innsatsen som legges ned i arbeidet, og den belønningen som mottas i form av lønn og annerkjennelse. En permanent opplevelse av en slik ubalanse er dokumentert å ha betydning for hjerte og karsykdommer og depresjon. I 2013 oppga i overkant av 11 prosent, tilsvarende om lag 289 000 en innsats-/belønning ubalanse og forekomsten en høyere blant kvinner og særlig utbredt blant sykepleiere, i sjåføryrker, blant førskolelærere og renholdere.
- **Omstillinger, nedbemanninger og jobbusikkerhet** er risikofaktorer for psykiske plager, muskel- og skjelettplager, hjerte- og karsykdom og uførepensjonering.
- I alt 24 prosent (nærmere 700 000 personer) rapporterer om omorganisering som har berørt egen arbeidssituasjon, men som ikke medførte nedbemanning, i løpet av treårsperioden 2010–2013.
- I alt 13,5 prosent, dvs. nærmere 340 000 personer, opplevde nedbemanning i egen avdeling i løpet av samme periode.
- Om lag 18 prosent av norske yrkesaktive opplever at de i liten eller ingen grad får informasjon om viktige beslutninger, endringer og fremtidsplaner i virksomheten der de jobber. Nærmere tre av fire personer som har opplevd nedbemanning eller omorganisering i egen avdeling, oppgir at de er helt eller delvis enig i at de har fått mulighet til å snakke med nærmeste overordnede om konsekvensene av endringen.
- Det er ingen generell trend i retning av mer eller mindre jobbusikkerhet i Norge. I LKU 2013 svarer om lag 9,4 prosent, dvs. om lag 240 000 personer, at de opplever jobbusikkerhet.

4 ARBEID OG HELSE



4 ARBEID OG HELSE

Det å være i arbeid kan bidra til å forebygge sykdom og skape god helse, men for noen kan faktorer i arbeidsmiljøet medvirke til sykdom og uførhet. I 2014 registrerte NAV om lag 484 000 legemeldte sykefraværstilfeller. Sykemeldingsdiagnose er en viktig kilde til å identifisere mulige risikofaktorer i arbeidsmiljøet. Muskel/skjelett-lidelser og psykiske lidelser utgjør nærmere 60 prosent av sykefraværstiltfellene. Legger vi så til sykdommer i luftveiene, hudplager, hørselsskader og øresus samt skader som følge av arbeidsulykker får vi et godt bilde av de helseplagene hvor ulike forhold i arbeidssituasjonen kan være en årsak. For hver av disse gruppene av helseplager vil tilhørende dokumenterte risikofaktorer i arbeidsmiljøet beskrives og risikoutsatte grupper fordelt etter kjønn, alder, utdanning og yrkesgrupper identifiseres. På denne måten bidrar denne Faktaboken til å adresseres de viktigste risikofaktorene for arbeidsrelaterte helseplager i den norske yrkesbefolkningen. Et slikt kunnskapsgrunnlag vil kunne bidra til en bedre prioritering i det forebyggende arbeidet og til et mer effektivt HMS arbeid.

Arbeidet har en sentral plass i samfunnet, og det å være i jobb har betydning for fremtidsutsikter, sosial kontakt og generell tilfredshet med livet. Samtidig kan risikofaktorer i arbeidsmiljøet i en del tilfeller forårsake eller medvirke til sykdom og skade, og vi bruker da begreper som arbeidsrelatert eller yrkesbetinget. Noen vil omtale et helseproblem som arbeidsrelatert dersom sykdommen eller plagen *skyldes* arbeidet og ikke ville ha oppstått hvis ikke personen hadde vært i arbeid. Andre kan mene at sykdommen er arbeidsrelatert dersom arbeidet har *forverret* allerede eksisterende plager. Andre igjen kaller det arbeidsrelatert dersom sykdommen eller plagen er *uforenlig med* arbeidet, slik at personen må være sykmeldt. Skader som oppstår på jobb, og en del utvalgte sykdommer kan godkjennes som yrkesskade og yrkessykdom i henhold til NAVs regelverk. Slik godkjenning gir bedre økonomiske rettigheter. Statistikk over NAVs godkjente

yrkessykdommer er imidlertid ikke tilgjengelig. Leger skal melde arbeidsrelaterte sykdommer til Arbeidstilsynet, men meldingen er mangelfull og mørketallene betydelige.

Helsen vil være med på å bestemme arbeidsevnen, men samtidig vil samspillet mellom arbeidsevnen og kravene i jobben ha betydning for om man kan arbeide. Sykefravær og avgang fra arbeidslivet kan være et resultat av at arbeidsevnen blir redusert på grunn av sykdom og helseproblemer, men kan også følge av nye og økte krav i jobben hos personer med uendret arbeidsevne. Det er mange forhold på arbeidsplassen som har betydning både for helsen og for om helseproblemene faktisk fører til fravær. Gjennom langsiktig, forebyggende arbeidsmiljø- og sikkerhetsarbeid på arbeidsplassen vil man kunne bidra til å redusere risikoen for helseproblemer i yrkesbefolkningen. Med en samtidig tilrettelegging for yrkesaktive med helseproblemer, uavhengig av om problemene skyldes arbeidet eller andre forhold, vil en styrket arbeidsmiljøinnsats i virksomhetene også kunne bidra til å forebygge sykefravær og uførepensjonering.

Dette kapittelet er et hovedkapittel i faktaboken hvor vi har valgt å ta utgangspunkt i det vi anser som de mest utbredte og alvorlige arbeidsrelaterte helseplagene og lidelsene i yrkesbefolkningen. For hver av helseplagene vil tilhørende dokumenterte risikofaktorer i arbeidsmiljøet beskrives og risikoutsatte grupper fordelt etter kjønn, alder, utdanning og yrkesgrupper identifiseres. Indikatorene som presenteres skal så langt det er mulig gir informasjon om dokumenterte arbeidsrelaterte sammenhenger som har betydning for folkehelsen. En underliggende premisse er at dette er sammenhenger som har et potensiale for forebygging.

Innledningsvis presenterer vi resultater fra spørsmål stilt til hele arbeidsstyrken om helse generelt og arbeidshelse. Følgende helseutfall ledsages av beskrivelse hvor relevante eksponeringsforhold er tatt med: muskel- og skjelettplager, psykiske plager, hørselsskade, hudplager, luftveisplager, arbeidsskader samt sykefravær/uførepensjonering. De fleste indikatorene presenteres fordelt på våre 46 yrkesgrupper basert på SSBs standard for yrkesklassifisering 2008, og der det foreligger data beskriver vi utviklingstrekk over tid. For hver av helseplagene vil tilhørende dokumenterte risikofaktorer i arbeidsmiljøet beskrives og risikoutsatte grupper fordelt etter kjønn, alder, utdanning og yrkesgrupper identifiseres. Data fra NAV er fortsatt basert på SSBs standard for yrkesklassifisering 1998 og vi presenterer derfor NOA's tidligere 47 yrkesgrupper i disse figurene.

4.1 HELSEPROBLEMER I ARBEIDSSTYRKEN

Før vi ser på utvalgte plager og diagnoser i større detalj, vil vi vise resultater fra LKU 2013 og AKU-tillegget 2013 der det er stilt spørsmål om helse generelt og om arbeidshelse både til yrkesaktive og ikke-yrkesaktive. Dette for å gi et samlet bilde av utbredelsen av helseproblemer i arbeidsstyrken. I LKU 2013 ble det stilt et spørsmål om langvarige sykdommer eller helseproblemer og med langvarig mener man seks måneder eller lenger. Svarfordelingen på spørsmålet vises i tabell 4.1.1. Nær 30 prosent av yrkesaktive menn oppga dette mot 57 prosent av de ikke-yrkesaktive. Tilsvarende tall for kvinner var 22 og 48 prosent.

Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer? Vi tenker også på sykdommer eller problemer som er sesongbetonte eller kommer og går. Betingelse er at de har vart eller forventes å vare i minst seks måneder.

4.1.1 Prosentandel som har en langvarig sykdom eller helseproblem, etter alder og kjønn (SSB, LKU 2013)

	ALDERSGRUPPE	YRKESAKTIVE	IKKE I JOBB
Menn	17-24	21	27
	25-34	24	48
	35-44	27	61
	45-54	31	81
	55-67	38	68
	Totalt	29	57
Kvinner	17-24	16	25
	25-34	18	40
	35-44	20	65
	45-54	26	75
	55-67	27	58
	Totalt	22	48

I 2013 hadde SSBs årlige arbeidskraftundersøkelse en tilleggsmulig om arbeidsskader og arbeidsrelatert sykdom (AKU-tillegget). Her ble et landsomfattende, representativt utvalg på vel 12 000 personer (både yrkesaktive og ikke-yrkesaktive) spurt om de siste 12 måneder har hatt et fysisk eller psykisk helseproblem som enten skyldes eller blir forverret av arbeidet.

Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt noen fysiske eller psykiske helseproblemer som enten skyldes eller har blitt forverret av arbeidet ditt?

Svarfordelingen blant de yrkesaktive etter alder og kjønn vises i tabell 4.1.2

4.1.2 Prosentandel av de yrkesaktive som de siste 12 månedene har hatt fysiske eller psykiske helseproblemer som enten skyldes eller har blitt forverret av arbeidet, etter alder og kjønn (SSB, AKU-tillegg 2013)

ALDERSGRUPPE	KVINNER	MENN	BEGGE KJØNN
16-24 år	10	6	8
25-34 år	13	8	10
35-44 år	15	9	12
45-54 år	14	10	12
55-67 år	14	9	11
Totalt	13	9	11

Ca. 11 prosent oppga at de hadde minst ett arbeidsrelatert helseproblem. Blant de som ikke var yrkesaktive (ikke i jobb), var andelen 16 prosent (tabell 4.1.3). Hos menn økte forekomsten nokså jevnt med alderen, fra 6 prosent i den yngste aldersgruppen til 10 prosent i den nest eldste aldersgruppen og 9 prosent i den eldste (tabell 4.1.2). Hos kvinner var forekomsten lavest i den yngste aldersgruppen på 16-24 år (8 %) og i den nest yngste på 25-34 år (10 %). I de to eldste aldersgruppene var andelen om lag 11 prosent.

Videre ble det spurt om hva slags helseproblem dette var, og her var det mulig å svare ja på mer enn ett svaralternativ, dvs. det var mulig å nevne flere helseproblemer.

I tabell 4.1.3 viser vi svarfordelingen.

4.1.3 Prosentandel med ulike typer helseproblemer de siste 12 månedene (SSB, AKU-tillegg 2013)

TYPE HELSEPROBLEM	YRKESAKTIVE	IKKE I JOBB
Problemer med nakke, skuldre, armer eller hender	4,6	7,2
Problemer med hofter, knær, ben eller føtter	1,7	5,1
Ryggproblemer	3,3	6,2
Pusteproblemer eller lungesykdom	0,2	1,2
Eksem, hudkløe eller utslett	0,1	0,6
Nedsatt hørsel eller tinnitus (øresus)	0,2	0,5
Stress, depresjon eller angst	1,9	2,5
Søvnproblemer	0,6	1,1
Hodepine, migrene eller anstrengte øyne	0,6	0,8
Hjerte- eller karsykdommer	0,1	0,7
Infeksjonssykdom	0,1	0,1
Sykdommer i mage, lever, nyre eller fordøyelsessystemet	0,2	0,4
Andre helseproblemer	0,9	3,2
Andel med minst ett problem	10,8	15,9

Som vi ser av tabellen, er muskel- og skjelettproblemer mest vanlig både blant yrkesaktive og ikke-yrkesaktive, mens forekomsten av alle slike plager er høyest blant de ikke-yrkesaktive. Gjennomgående ser vi at de ikke-yrkesaktive har høyere forekomst av samtlige helseproblemer enn ikke-yrkesaktive, med unntak av infeksjonssykdommer, der andelen som svarer at de har hatt dette i løpet av de siste 12 månedene, er lik.

Det er førskolelærere som i størst grad oppgir at de har hatt minst ett arbeidsrelatert helseproblem de siste 12 månedene med en andel på 18 prosent, fulgt av pleie- og omsorgsarbeidere (17 %), kokker/ kjøkkenassistenter og sykepleiere (begge 16 %). Revisorer/finansrådgivere og ledere innenfor tjenesteyting kommer best ut med en andel på 5 prosent, fulgt av leger og liknende, ledere innenfor industri/bygg og toppledere, alle med en forekomst på 6 prosent.

4.2 ARBEIDSRELATERTE MUSKEL- OG SKJELETTPLAGER

Muskel- og skjelettplager er om lag like utbredt i dag som for tjue år siden. Om lag sju av ti yrkesaktive rapporterer om smerter i løpet av en måned. Ser vi på de mer alvorlige plagene, oppgir 27 prosent av alle yrkesaktive at de er ganske eller svært plaget av smerter i løpet av en måned, og om lag halvparten svarer at disse plagene helt eller delvis skyldes jobben. Dette vil si at om lag 380 000 opplever å være ganske eller svært plaget av arbeidsrelaterte smerter i løpet av en måned. I jobbsammenheng er både mekaniske og psykososiale forhold vist å ha betydning for omfanget og intensiteten av slike plager. For noen mekaniske faktorer som å løfte i ubekvemme stillinger og arbeide med hendene løftet i skulderhøyde har eksponeringen gått ned de siste tjue årene, mens arbeid sittende på huk eller stående på knærne har vært relativt stabil i samme periode. Arbeid som medfører gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser og stående arbeid, utgjør de absolutt vanligste mekaniske eksponeringene, og prosentandelen som oppgir dette, har vært relativt stabil de siste tjue årene. Det foreligger begrenset med data på utviklingen når det gjelder psykososiale arbeidsfaktorer.

Muskel- og skjelettplager er en fellesbetegnelse på smerter, ubehag eller nedsatt funksjon i knokler, ledd, muskler, sener eller nerver. De fleste mennesker opplever muskel- og skjelettplager fra tid til annen, og slike plager er en vanlig årsak til arbeidsfravær. Muskel- og skjelettlidelser var hoveddiagnosen i 36 prosent av de sykefraværstilfellene som ble dekket av folketrygden i tredje kvartal i 2013. Blant mottakere av uføretrygd (2012) var muskel- og skjelettlidelser årsaken i 30 prosent av tilfellene.

Årsakene til langvarige smerter i muskel- og skjelettsystemet er ofte sammensatte. Derfor er det viktig å ta i betraktning den enkeltes totale situasjon for å avgjøre om arbeidet er en årsak til muskel- og skjelettlidelse. Begrepet arbeidsrelateret betyr at jobbforhold på en eller annen måte er knyttet til smertene. I noen tilfeller er det god dokumentasjon på at et spesifikt arbeidsforhold, dvs. eksponering, kan være en

utløsende årsak. Ved tungt fysisk arbeid og belastninger som overstiger vevets kapasitet, kan sener, ledd og muskler skades direkte. Akutte plager og smerter skyldes vanligvis skade eller vedvarende mekanisk belastning. Skader kan være delvis avrivning av en del av et leddbånd eller en muskel, og selv en svært liten avrivning kan gi blødning, sterke smerter og betennelsesreaksjoner. Selv om det som regel er vanskelig å utgjøre hva som utløser smertene, foreligger det god dokumentasjon på at både mekaniske og psykososiale risikofaktorer har betydning både for nye og tilbakevendende eller vedvarende muskel- og skjelettplager og smerte.

Mekanisk eksponering på arbeidsplassen har betydning for utviklingen av muskel- og skjelettplager (53, 82). Tunge løft kan utløse plutselige rygg smerter, og vedvarende statiske muskelsammentrekninger kan føre til betennelsesreaksjoner og smerte i muskelen som benyttes. Statisk og tungt manuelt arbeid, for eksempel med armene hevet, kan gi tilstander i muskler og sener i skulderen hvor blodgjennomstrømningen blir hindret og man får mangel på oksygen. Ved arbeid med mange repetisjoner og ved vedvarende trykk kan det bli betennelse i seneskjeder og slimposer som sørger for at senene kan beveges i forhold til vevet rundt. Lettere påkjenninger som for eksempel ved ensidig mekanisk gjentakelsesarbeid kan også bidra til at det oppstår smerter i muskler, sener, senefester og komponenter i bindevev.

Mekaniske (ergonomiske) risikofaktorer

- Statistiske belastninger som arbeid med fremoverbøyd hode og gjentatte og ensidige skulderbevegelser gir økt risiko for nakkesmerter.
- Arbeid med armene hevet uten støtte, spesielt over skulderhøyde, kan forårsake senebetennelse i skulderen.
- Kraftfullt og repetitivt arbeid øker risikoen for tennissalbue og senebetennelse i underarm/håndledd.
- Løft med vridning og stående arbeid er forbundet med korsryggsmerter.
- Arbeid i knestående stilling og stillestående arbeid over lengre perioder gir økt risiko for smerter og også slitasjegikt i knær og hofter.

Psykososiale faktorer på arbeidsplassen er særlig funnet å ha betydning for nakke- og skuldersmerter og korsryggsmerter (83, 84). Psykososiale arbeidsforhold, for eksempel stort arbeidspress eller lav innflytelse på arbeidet, kan bidra til at fysisk belastende arbeidsoppgaver ikke nødvendigvis kan planlegges og utføres på en forskriftsmessig måte, eller til at man ikke får tilstrekkelige pauser. Ugunstige psykososiale arbeidsforhold kan også medføre psykofysiologiske stressreaksjoner,

som kan føre til muskelspenninger og redusert blodtilførsel til musklene, som igjen kan øke risikoen for smerter. Oftest oppleves slike smerter som muskelsmerter, og det er i musklene man oftest har lett etter årsaksforklaringer. På tross av mye forskning vet man ennå ikke sikkert hva som kan gi opphav til kroniske muskelsmerter. En utbredt antakelse er at det er muskelaktivitet som er ansvarlig for smertene. Den mest utbredte hypotesen er at vedvarende muskelspenninger gjør at oksygen-, energi- og/eller blodtilførselen blir utilstrekkelig sett i forhold til muskelens behov. Man antar at dette fører til at det dannes stoffer som aktiverer kroppens smertenerver, eller til at muskelceller skades, uten at man helt kan forklare hva det er i muskler eller sener eller andre vev som gir opphav til selve smerten.

Psykososiale risikofaktorer:

- Høye kvantitative krav, dvs. en arbeidssituasjon som består av tidspress og krav til effektivitet og tempo og/eller storarbeidsmengde
- Lav kontroll, dvs. en arbeidssituasjon hvor man opplever liten grad av selvbestemmelse og innflytelse over egne arbeidsoppgaver og arbeidsmåter
- Monoton arbeid, dvs. en arbeidssituasjon hvor man opplever at man i stor grad må gjøre de samme oppgavene eller arbeidsoperasjonene over tid
- Lite støttende ledelse, dvs. en arbeidssituasjon hvor man opplever manglende støtte, tilbakemelding, likebehandling og tillit fra ens nærmeste leder
- Rollekonflikt, dvs. en arbeidssituasjon hvor man opplever at man ofte må forholde seg til ulike forventninger og krav som er motstridende og vanskelig å forene

De to største diagnosegruppene ved muskel- og skjelettplager er nakke- og skuldersmerter og korsryggsmerter. I flere nyere publikasjoner fra STAMI har man sett på betydningen av både mekaniske og psykososiale faktorer i jobbsammenheng for utviklingen av nakke-, skulder- og ryggsmerter. Arbeidsrelaterte risikofaktorer for nakke- og skuldersmerter ble undersøkt i en av studiene som baserte seg på landsrepresentative paneldata fra LKU 2006 og LKU 2009. Studien viste at høye kvantitative jobbkrav og lav kontroll var de viktigste psykososiale risikofaktorene for korsryggsmerter i hele yrkesbefolkningen. Kvantitative krav kan defineres som en arbeidssituasjon med høyt tidspress og krav til effektivitet og tempo og/eller storarbeidsmengde. Lav kontroll kjennetegner en arbeidssituasjon hvor man opplever liten grad av selvbestemmelse og innflytelse over egne arbeidsoppgaver og arbeidsmåter. De viktigste mekaniske risikofaktorene for korsryggsmerter var løft i ubekvemme stillinger, arbeid i knestående stilling eller på huk og stående

arbeid mesteparten av arbeidsdagen. Studien anslår at nærmere 42 prosent av tilfellene med moderate til alvorlige korsryggsmerter var relatert til eksponering på jobb (43). I en annen STAMI-studie av 3574 arbeidstakere i ulike organisasjoner fant man at 7 av 14 psykososiale faktorer viste en sammenheng med alvorlighetsgraden av ryggsmerter to år etter. De viktigste faktorene var opplevelse av selvbestemmelse i jobben, bemyndigende ledelse og at man opplevde nærmeste leder som rettferdig. Rollekonflikt og forutsigbarhet i jobben hadde også betydning (46).

Tre nyere studier fra STAMI har sett på betydningen av mekaniske og psykososiale faktorer i jobbsammenheng for utviklingen av nakke- og skuldersmerter. Basert på landsrepresentative paneldata fra LKU 2006 og LKU 2009 fant man at høye jobbkrav og lite støttende ledelse samt arbeid med bøyde nakke og løft i ubekvemme stillinger var de viktigste risikofaktorene i hele yrkesbefolkningen. Til sammen forklarte disse faktorene om lag 23 prosent av alle tilfellene med moderate til alvorlige nakke- og skuldersmerter (44). En av studiene benyttet objektive mål for å vurdere varigheten av arbeid med armene hevet over 60 grader og over 90 grader i løpet av arbeidsdagen. Resultatene viser at økende grad av arbeid med armene hevet og økende varighet av denne belastningen i løpet av arbeidsdagen var assosiert med skuldersmerter (85). I den siste studien fant man at en rekke psykososiale faktorer kan være medvirkende årsaker til nakkesmerter. En av de viktigste faktorene for nakkesmerter i denne studien var rollekonflikt. I studien fant man også at de som rapporterte at de hadde ledere som støttet selvstendighet og initiativ, hadde lavere risiko for nakkesmerter. Kontroll over beslutninger om eget arbeid var også forbundet med lavere risiko for nakkesmerter (47).

I mange yrker vil den enkelte arbeidstaker ofte bli utsatt for flere former for eksponering samtidig. Samtidig forekomst av flere mekaniske eksponeringer er vist å kunne øke risikoen vesentlig for ulike typer muskel- og skjelettplager. Flere tilstedeværende risikofaktorer vil naturlig nok hver for seg bidra til denne økte risikoen, men noen studier indikerer at det er tilstedeværelsen av minst to faktorer som gir økt risiko. Repeterte bevegelser (både bøye- og strekkebevegelser) og vridninger i håndleddet samt trykk fra underlaget øker risikoen for håndleddet). Kombinasjonen av å løfte og bære tungt og å arbeide i fremoverbøyd stilling er vist å gi betydelig økt risiko for sykemelding på grunn av korsryggsmerter, sammenliknet med dem som hadde liten fysisk eksponering (53). Psykososiale faktorer antas å ha betydning både for smertenes forløp og varighet og ser også ut til å ha betydning for lengden av sykefraværet relatert til muskel- og skjelettplager.

I LKU 2013 er det stilt fem spørsmål om smerte. For hvert spørsmål blir de som rapporterer at har opplevd smerte siste måned, også spurt om de mener at plagen helt eller delvis skyldes jobben. Data fra LKU 2013 viser at om lag 69 prosent svarer bekreftende på at de har vært litt eller mer plaget av smerter på minst ett av disse spørsmålene, og 38 prosent rapporterer at smertene helt eller delvis er arbeidsrelaterte smerter. Om vi ser på de mer alvorlige smertene (ganske eller svært plaget), rapporterer om lag 27 prosent at de er ganske eller svært plaget av smerter i løpet av en måned, og 15 prosent rapporterer at de er ganske eller svært plaget av arbeidsrelaterte smerter. Dette vil si at om lag 380 000 opplever å være ganske eller svært plaget av arbeidsrelaterte smerter i løpet av en måned.

Spørsmål stilt i LKU 2013

Har du i løpet av den siste måneden vært svært plaget, vært ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av

1 smerter i nakken, skuldre eller øvre del av ryggen?

Hvis svaret er ja: Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?

2 smerter i korsryggen eller nedre del av ryggen?

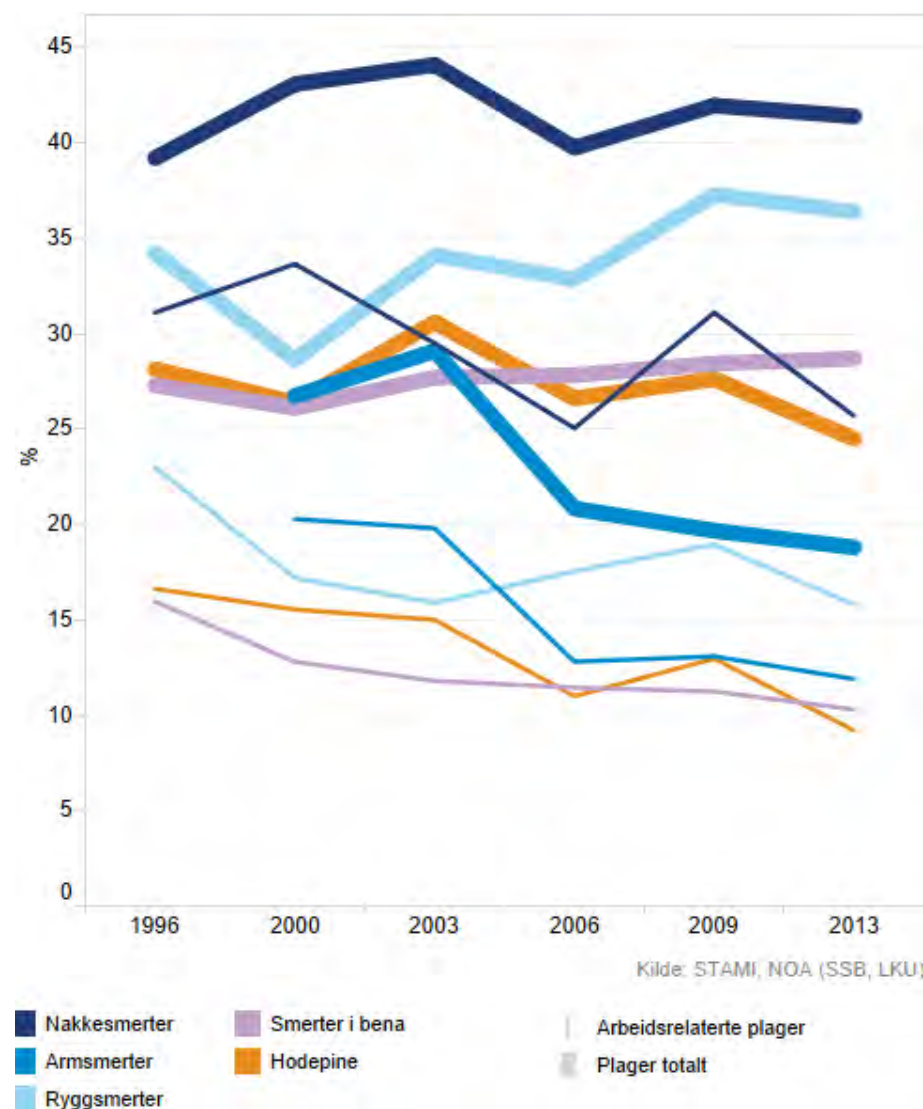
3 smerter i hofter, ben, knær eller føtter?

4 smerter i armer, håndledd (alternativt albue, underarm) eller hender?

5 hodepine eller migrene?

Når vi ser på andelen av hele yrkesbefolkningen som rapporterer at de har vært litt, ganske eller svært plaget av ulike typer muskel- og skjelettplager, ser vi at slike plager er om lag like utbredt i dag som for tjue år siden (figur 4.2.1). Unntaket er armsmerter, hvor det har vært en nedgang. Om vi begrenser oss til å se på de plagene som de spurte selv mener skyldes jobben, ser det ut til at det har vært en nedgang i andelen som rapporterer om arbeidsrelaterte plager, særlig når det gjelder armsmerter.

4.2.1 Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært plaget av smerter (totalt og arbeidsrelatert), etter tid



Av tabell 4.2.1 ser vi at kvinner rapporterer en tydelig høyere forekomst av arbeidsrelaterte nakke- og skuldersmerter enn menn (32 % mot 21 %). Også arbeidsrelatert hodepine er dobbelt så vanlig blant kvinner som blant menn. Det fremkommer imidlertid relativt små forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder andre typer arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager, men vi ser at kvinner rapporterer noe høyere forekomst av både ryggsmarter, armsmerter og bensmerter totalt sett.

4.2.1 Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært litt, ganske eller svært plaget av smerter (totalt og arbeidsrelatert), etter alder og kjønn (SSB, LKU 2013)

		NAKKE- /SKULDER- SMERTER		RYGG- SMERTER		ARM- SMERTER		BEN- SMERTER		HODE- SMERTER	
		Arb	Tot	Arb	Tot	Arb	Tot	Arb	Tot	Arb	Tot
Menn	17-24	12	26	10	24	5	10	10	23	5	16
	25-34	20	32	16	29	9	13	11	24	7	19
	35-44	19	33	15	34	11	18	8	25	7	20
	45-54	24	39	17	40	14	20	12	28	7	18
	55-67	22	36	13	37	13	21	11	30	4	13
	Totalt	21	34	15	34	11	17	10	26	6	17
Kvinner	17-24	22	44	17	38	5	9	12	28	11	35
	25-34	28	46	14	38	10	15	7	25	16	38
	35-44	34	52	16	39	12	21	8	29	15	38
	45-54	36	53	18	38	17	26	12	33	11	29
	55-67	34	51	18	43	17	28	15	41	7	22
	Totalt	32	50	17	39	13	21	10	31	12	33

Generelt ser det ut til at forekomsten av muskel- og skjelettplager øker med økende alder. Nakke- og skuldersmerter øker noe med økende alder blant både menn og kvinner. Ryggsmarter er litt mindre utbredt blant de yngste mennene, men er tilnærmet like utbredt i alle aldersgrupper blant kvinner. Forekomsten av smerter i armene er klart lavere i de to yngste aldersgruppene blant både menn og kvinner og øker med økende alder. Sammenhengen mellom alder og smerter i armene er noe sterkere for kvinner. Et liknende mønster ser vi også når det gjelder smerter i bena.

Hodepine forekommer oftere blant yngre kvinner, men er ikke relatert til alder blant menn.

Tabell 4.2.2 viser at personer med utdanning på ungdomsskolenivå rapporterer nærmere 50 prosent høyere forekomst av ryggsmarter, armsmerter og smerter i bena enn personer som har 4 års utdanning eller mer på universitet eller høyskole. Personer med utdanning på videregående nivå eller lavere rapporterer også høyere forekomst av smerter i nakke/skulder og arm, men forskjellene er her betydelig mindre, og det er ingen forskjell i forekomsten av migræne eller hodepine. Når det gjelder andelen av nakke-/skuldersmerter, armsmerter og hodesmerter som tilskrives jobben er det ingen vesentlige forskjeller mellom utdanningsgruppene. For ryggplager og bensmerter er det imidlertid langt vanligere blant yrkesaktive med kortere utdanning å tilskrive disse plagene til jobben.

4.2.2 Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært litt, ganske eller svært plaget av smerter (totalt og arbeidsrelatert), etter utdanning (SSB, LKU 2013)

	NAKKE-/ SKULDER- SMERTER		RYGG- SMERTER		ARM- SMERTER		BEN- SMERTER		HODE- SMERTER	
	Arb	Tot	Arb	Tot	Arb	Tot	Arb	Tot	Arb	Tot
Ungdomsskole	27	43	21	41	14	22	14	31	9	25
Videregående påbegynt	28	45	18	39	16	26	14	36	6	17
Videregående fullført	27	43	18	39	13	20	13	32	9	24
Høyskole/universitet inntil 4 år	24	40	10	34	8	15	5	25	11	28
Høyskole/universitet 4 år eller mer	21	35	8	27	9	14	2	20	9	22
Totalt	26	41	16	36	12	19	10	29	9	25

Nakke- og skuldersmerter

Smerter i nakke og skuldre er vanlige, og de kan ha mange og sammensatte årsaker. I jobbsammenheng er det dokumentert at vedvarende statiske belastninger av nakkemuskulaturen, spesielt repetitive skulderbevegelser, arbeid med løftede armer uten støtte og arbeid med foroverbøyd hode over lengre tid gir økt risiko for nakke- og skuldersmerter (53, 86). Det er også dokumentert at høye kvantitative krav på jobben kan øke risikoen for nakkesmerter (87). Nyere norske studier viser at både rollekonflikt støttende ledelse og kontroll over beslutninger og egen arbeidssituasjon har betydning for nakke- og skuldersmerter (44, 47).

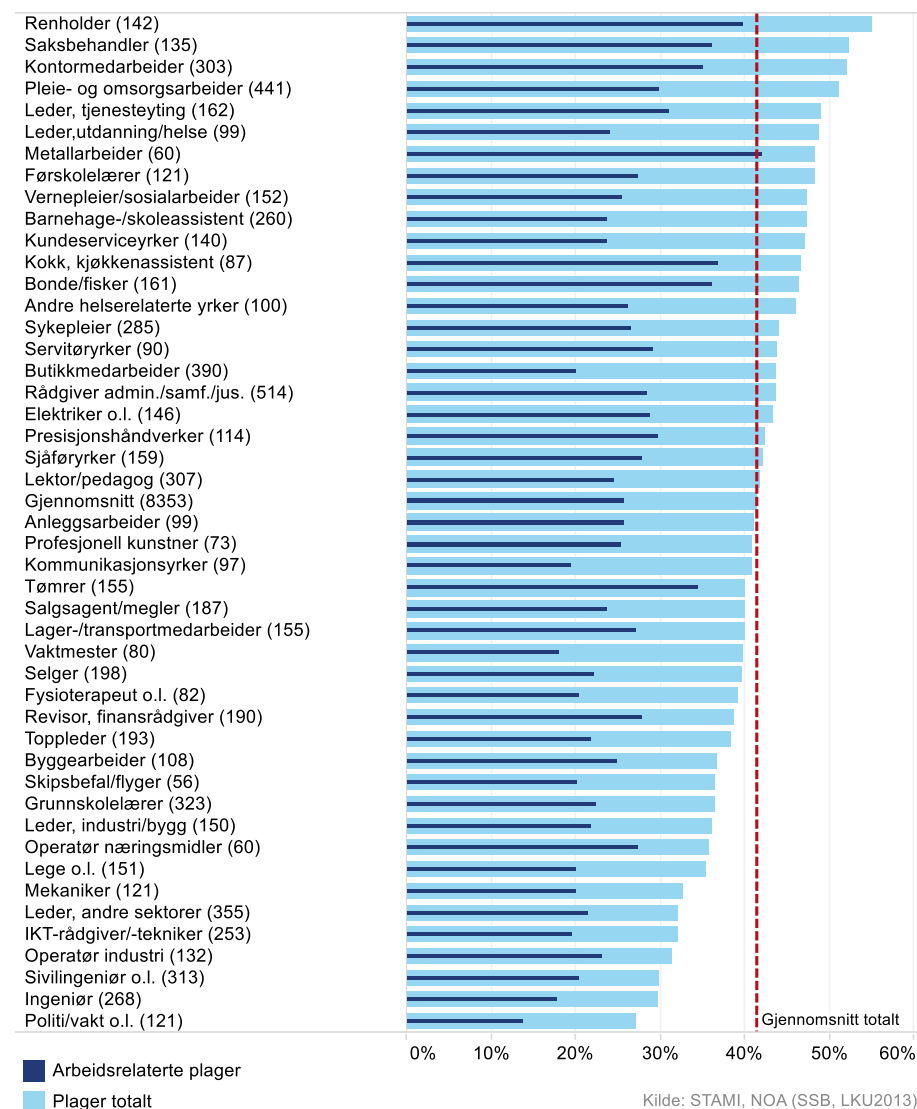
Har du i løpet av den siste måneden vært svært plaget, vært ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av smerter i nakken, skuldre eller øvre del av ryggen?

Hvis svaret er ja: Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?

Forekomsten av nakke- og skuldersmerter er om lag like utbredt i dag som for 15 år siden. To av fem opplever smerter i nakke, skuldre eller øvre del av ryggen i løpet av en måned, og mer enn 60 prosent av disse rapporterer at plagene helt eller delvis skyldes nåværende jobb. Dette innebærer at om lag 645 000 personer har slike arbeidsrelaterte plager i løpet av en måned. Ser vi på de mer alvorlige jobbrelaterte smertene, oppgir om lag 9 prosent eller nærmere 223 000 at de er ganske eller svært plaget. Nakke- og skuldersmerter er langt mer utbredt blant kvinner enn menn. Andelen som rapporterer om arbeidsrelaterte nakke- og skuldersmerter, er henholdsvis 32 og 21 prosent. Dette tilsvarer om lag 380 000 kvinner og 280 000 menn.

Totalt rapporterer mellom 24 og 54 prosent om nakke- og skuldersmerter, avhengig av yrke. Yrkesgrupper som skiller seg ut med høy forekomst av nakke- og skuldersmerter både totalt og arbeidsrelatert er renholder, saksbehandler og kontormedarbeider samt leder innenfor tjenesteyting og pleie- og omsorgsarbeider. Også metallarbeider, kokk, kjøkkenassistent, bonde/fisker og tømmer rapporterer om arbeidsrelaterte nakke- og skuldersmerter.

4.2.2 Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært plaget av smerter i nakke, skuldre og øvre del av ryggen, etter yrke



Smerter i korsryggen eller nedre del av ryggen

Ryggplager er en vanlig årsak til sykemelding og uførepensjon i Norge. Det er mange ulike årsaker til ryggplager, fra medfødte misdannelser og skjev rygg til ulykker med direkte brudd og leddskader. I jobbsammenheng er både mekaniske og psykososiale faktorer vist å ha betydning for utvikling av ryggsmertesmerter. Mekaniske eksponeringer som gir økt risiko for ryggsmertesmerter og sykefravær på grunn av slike plager, er tunge løft og arbeidsoperasjoner med samtidig løft, foroverbøyd stilling og rotasjon (53, 88). Høye kvantitative krav, liten grad av selvbestemmelse i jobben og ensidige arbeidsoppgaver har vist seg å være blant de viktigste psykososiale risikofaktorene for ryggsmertesmerter (83, 84). Mange typer ryggplager kan imidlertid bedres ved tilpasset fysisk aktivitet og trening.

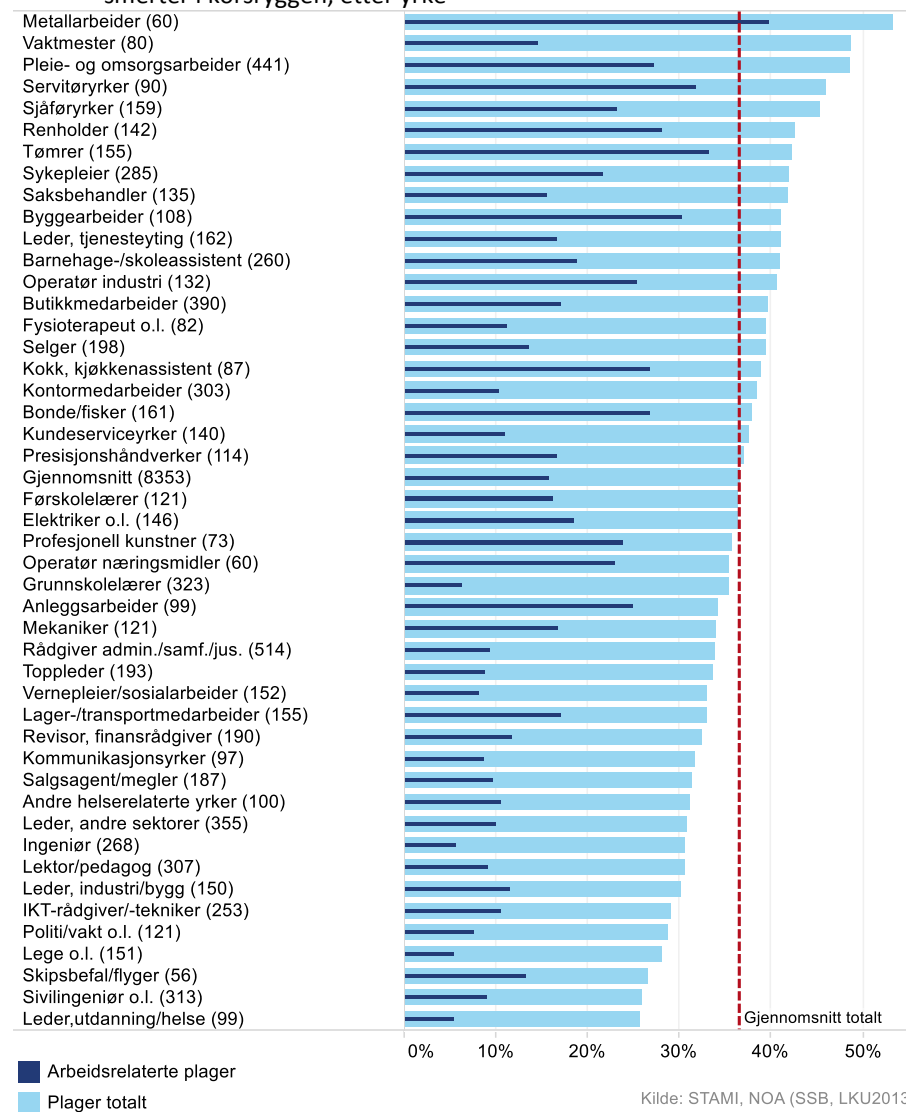
Har du i løpet av den siste måneden vært svært plaget, vært ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av smerter i korsryggen eller nedre del av ryggen?

Hvis svaret er ja: Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?

I underkant av to av fem norske yrkesaktive opplever smerter i korsrygg eller nedre del av ryggen i løpet av en måned. Dette tilsier at om lag 925 000 yrkesaktive rapporterer dette. Om lag to av fem som oppgir slik plager, rapporterer at smertene helt eller delvis skyldes nåværende jobb. Dette innebærer at om lag 395 000 personer har slike arbeidsrelaterte plager i løpet av en måned. Ser vi på de mer alvorlige jobbrelaterte smertene, oppgir om lag 5 prosent eller nærmere 117 000 at de er ganske eller svært plaget.

Totalt sett oppgir mellom 52 og 22 prosent at de plages av smerter ryggen, avhengig av yrkesgruppe. Høyest nivå ser vi blant metallarbeidere. Andre yrkesgrupper med høy totalforekomst av plager er pleie- og omsorgsarbeider, sykepleier, vaktmester, servitøryrker, sjåføryrker, tømrrer og renholder, hvor mellom 40 og 47 prosent opplever slike plager. Yrkesaktive som rapporterer om mest arbeidsrelaterte plager, finner vi i yrkesgruppene metallarbeider, tømrrer, servitøryrker, byggarbeider, renholder og pleie- og omsorgsarbeider, hvor mellom 40 og 28 prosent rapporterer om arbeidsrelaterte korsryggsmertesmerter.

4.2.3 Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært plaget av smerter i korsryggen, etter yrke



Smerter i armer, håndledd eller hender

Smerter i armene kan være sterkt invalidiserende og ha sammenheng både med fysisk overbelastning, spenningstilstander og sykdommer, skader eller tilstander som påvirker nerver eller ledd. Det finnes god dokumentasjon på at risikoen for plager i arm og hånd øker ved samtidig repetisjon og kraftbruk i manuelt arbeid. For eksempel er manuell bruk av 1 kg minst 10 ganger per time vist å gi økt risiko for nerveinneklemmingssyndrom (radial tunnel syndrom), og kombinasjonen av slike krav og plager kan gjøre det vanskelig å utføre jobben. Bruk av pekeverktøy mer enn 30 timer og tastatur mer enn 15 timer ukentlig kan gi økt risiko for smerter i underarm/hånd. Imidlertid har fordelingen av arbeidsperioder og pauser betydning for om man utvikler smerter (53).

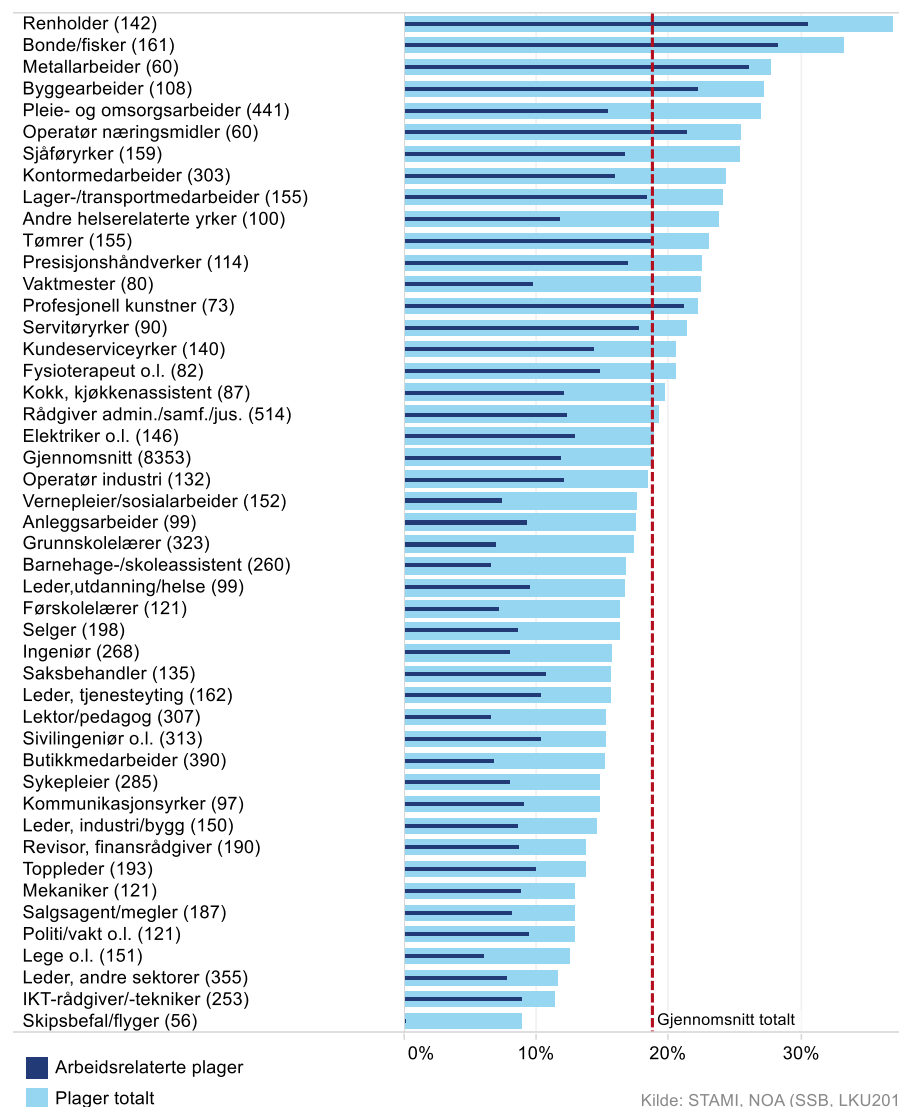
Én av fem yrkesaktive har smerter i armer eller hender i løpet av en måned. Om lag 60 prosent som oppgir slike plager, mener at de helt eller delvis skyldes jobben. Dette innebærer at i alt om lag 300 000 rapporterer om arbeidsrelaterte smerter i armer og hender i løpet av en måned. Ser vi på de mer alvorlige jobbrelaterte smertene, oppgir 4 prosent eller om lag 94 000 personer at de er ganske eller svært plaget.

Har du i løpet av den siste måneden vært svært plaget, vært ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av smerter i armer, håndledd (alternativt albue, underarm) eller hender?

Hvis svaret er ja: Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?

Andelen med smerter i armer eller hender den siste måneden varierer fra 10 til over 30 prosent mellom yrkesgruppene. Flere av yrkesgruppene der slike plager er mest utbredt, er også de gruppene hvor størst andel sier at smertene helt eller delvis skyldes jobben. De fire yrkesgruppene som rapporterer om mest arbeidsrelaterte smerter i armene totalt sett, er også de yrkesgruppene som rapporterer høyest forekomst av arbeidsrelaterte smerter i armene: renholder, bonde/fisker, metallarbeider og byggearbeider. I disse gruppene rapporterer mellom 27 og 36 prosent om plager med smerter i armene, og mer enn 80 prosent av disse plagene tilskrives helt eller delvis jobben.

4.2.4 Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært plaget av smerter i albue, underarm eller hender, etter yrke



Smerter i hofter, ben, knær eller føtter

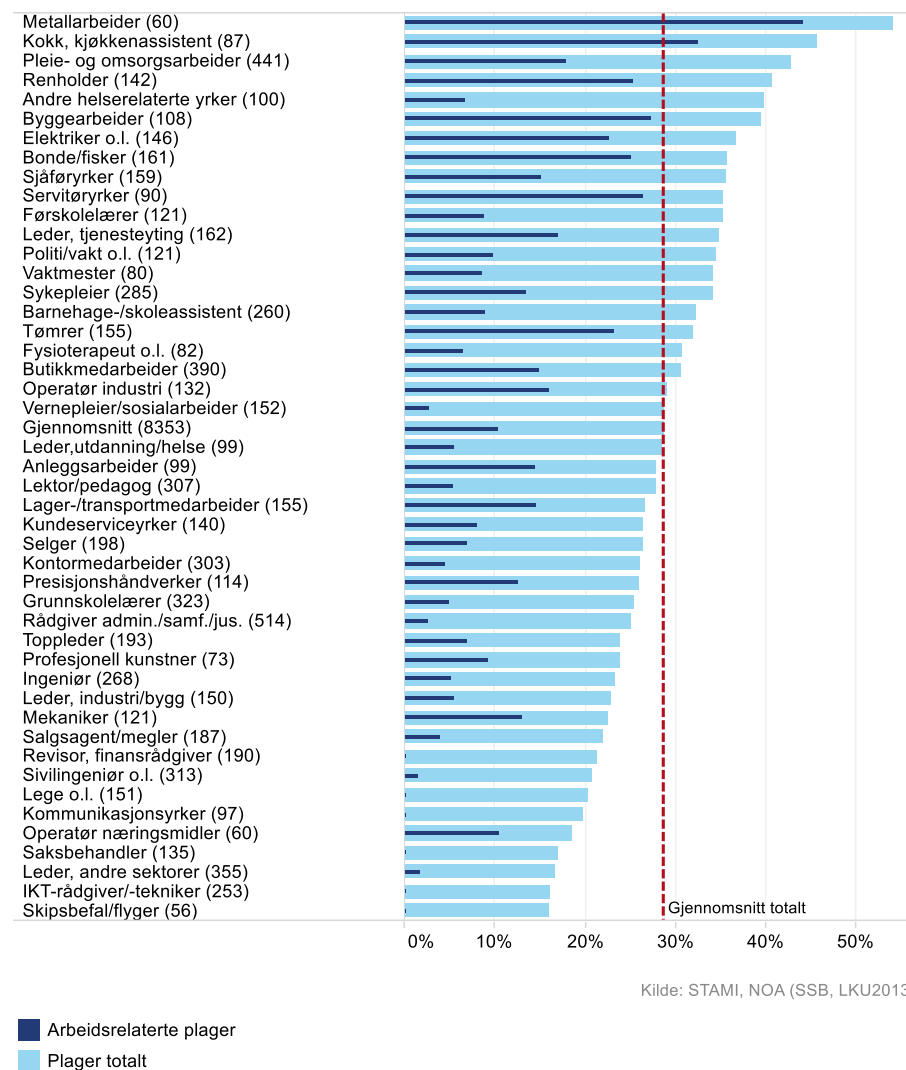
Kneleddene har en komplisert oppbygning og bærer hele kroppen når vi står og går. Knærne er derfor utsatt for store belastninger. I kneleddet finnes ben og brusk, leddhinner, menisker, leddbånd og slimposer i tillegg til at det er omgitt av sener og muskler. Alle disse strukturene kan gi opphav til smerter i kneet. Arbeidsfaktorer som er dokumentert å gi økt risiko for slitasjegikt i knærne, er arbeid i knestående stilling og stillestående arbeid over lengre perioder. Tunge løft, spesielt kombinasjonen av tunge løft og kneling, over lengre tid gir også økt risiko for slitasjegikt i knær og hofter (53).

I alt 29 prosent, dvs. nærmere 720 000 personer, av norske yrkesaktive har smerter i hofter, ben, knær eller føtter i løpet av en måned. I underkant av 40 prosent av disse opplever smerter som de helt eller delvis tilskriver nåværende jobb. Dette innebærer at i overkant av hver tiende arbeidstaker, dvs. om lag 260 000 personer, har slike plager som de mener helt eller delvis skyldes nåværende arbeid. Ser vi på de mer alvorlige jobberelaterte smertene, oppgir i underkant av 4 prosent eller om lag 95 000 å være ganske eller svært plaget.

Har du i løpet av den siste måneden vært svært plaget, vært ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av smerter i hofter, ben, knær eller føtter?
Hvis svaret er ja: Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?

Totalt sett oppgir mellom 53 og 15 prosent at de plages av smerter i hofter, ben, knær eller føtter, avhengig av yrkesgruppe. Yrkesgruppene som rapporterer om mest arbeidsrelaterte smerter i bena totalt sett, er også de yrkesgruppene som har høyest forekomst av smerter i bena som de tilskriver jobben. I yrkesgruppene metallarbeider, kokk, kjøkkenassistent, renholder, byggearbeider, servitøryrker og bonde/fisker rapporterer mellom 53 og 35 prosent slike plager og nærmere 70 prosent av plagene tilskrives jobben. Pleie- og omsorgsarbeider er en annen yrkesgruppe med høy totalforekomst av bensmerter, og i underkant av halvparten av plagene tilskrives jobben.

4.2.5 Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært plaget av smerter i hofter, ben, knær eller føtter, etter yrke



Hodepine

Hva som gir hodepine eller migrene, kan variere fra person til person. Både for mye og for lite søvn kan utløse migrene, og det samme kan kosthold og levevaner og mye mas på jobben. Migrene kan også opptre samtidig med spenningshodepine. Spenningshodepine kan utløses av ulike belastninger, fra sykdom, tungt arbeid og uheldige arbeidsstillinger til opplevelsen av urimelige krav og annet psykisk press. Et dårlig inneklima kan også være en medvirkende faktor.

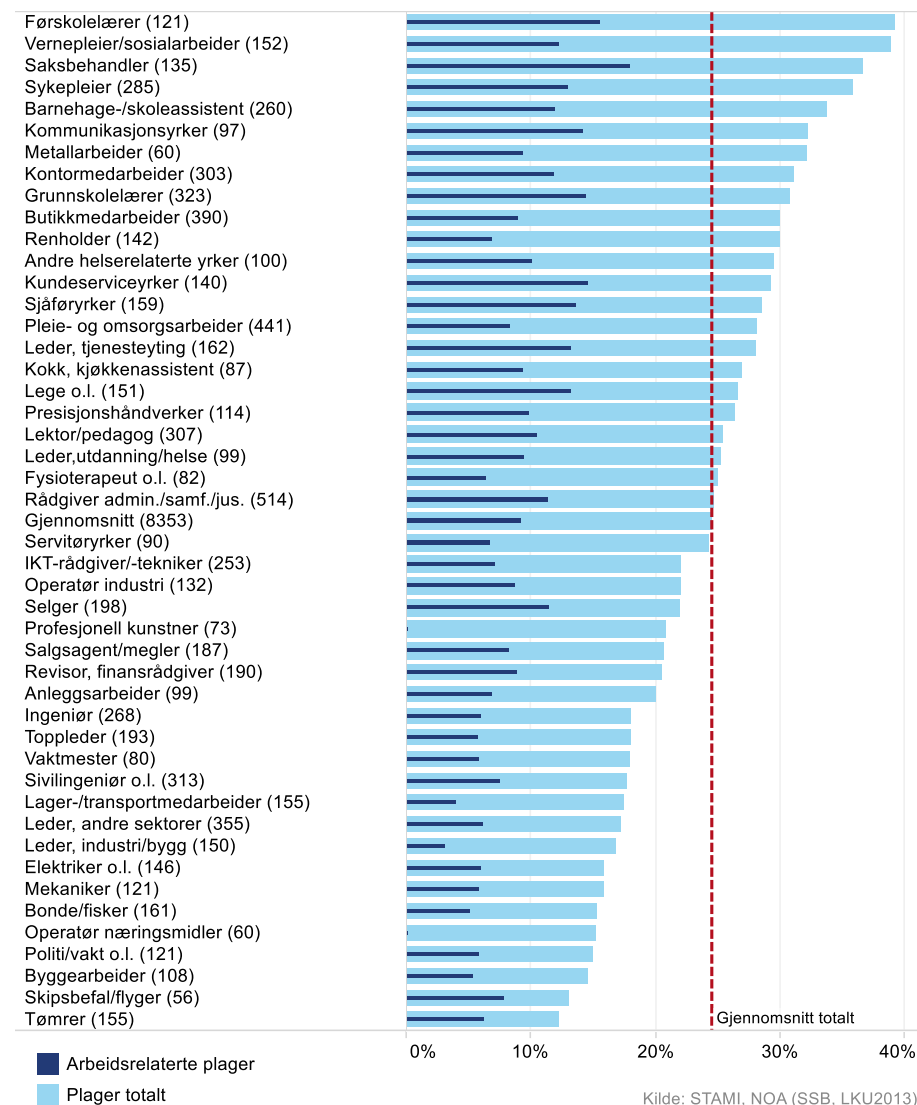
To nyere studier fra STAMI viser en sammenheng mellom hodepine og sider ved det psykososiale arbeidsmiljøet. Basert på landsrepresentative paneldata fra LKU 2006 og LKU 2009 fant man at hodepine var henholdsvis nær tre og fire ganger mer vanlig blant dem som i stor grad opplevde rollekonflikt og mobbing/trakassering. Forfatterne fant også en sammenheng med selvrapportert dårlig sosialt klima og nedbemanning. Om lag en fjerdedel av de rapporterte plagene kunne tilskrives disse fire faktorene (58). I den andre studien fant man at 7 av 14 psykososiale faktorer vist en sammenheng med alvorlighetsgraden av hodepine to år etter. De viktigste faktorene var opplevelse av høye kvantitative krav, høy grad av rollekonflikt, lav kontroll over avgjørelser knyttet til eget arbeid og lav kontroll over intensiteten i arbeidet (45).

Har du i løpet av den siste måneden vært svært plaget, vært ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av hodepine eller migrene?

Hvis svaret er ja: Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?

I underkant av én av fire yrkesaktive opplever hodepine i løpet av en måned, og om lag 40 prosent av dem angir at dette skyldes jobben. Når vi kun ser på hodepinen som helt eller delvis tilskrives jobb, opplever om lag én av ti slik hodepine. Dette innebærer at 230 000 personer opplever dette i løpet av en måned. Hodepine er langt mer utbredt blant kvinner enn menn. Andelen som rapporterer om arbeidsrelaterte hodesmerter, er henholdsvis 13 og 6 prosent. Dette tilsvarer om lag 156 000 kvinner og 80 000 menn. Andelen som opplever hodepine i løpet av en måned variere fra 11 til 39 prosent i ulike yrkesgrupper. Flere av yrkesgruppene som ligger høyt både med hensyn til total og arbeidsrelatert hodepine, er ulike yrker innenfor helsesektoren og utdanning.

4.2.6 Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært plaget av hodepine eller migrene, etter yrke



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013)

Legemeldt sykefravær ved muskel- og skjelettdiagnoser

Fig 4.2.7 viser forekomsten av sykefraværstilfeller som skyldes muskel- og skjelettlidelser, på 17 dager eller mer blant arbeidstakerne i 2013. Yrkeskodene avviker noe fra yrkeskodene som presenteres for LKU 2013, og noen yrkesgrupper er derfor ikke direkte sammenliknbare. Det overordnede bildet er likevel at det er et stort sammenfall når vi sammenlikner yrkesgrupper med høy forekomst av selvrapporterte muskel- og skjelettplager og yrkesgrupper med høy forekomst av legemeldt sykefravær med muskel- og skjelettdiagnose.

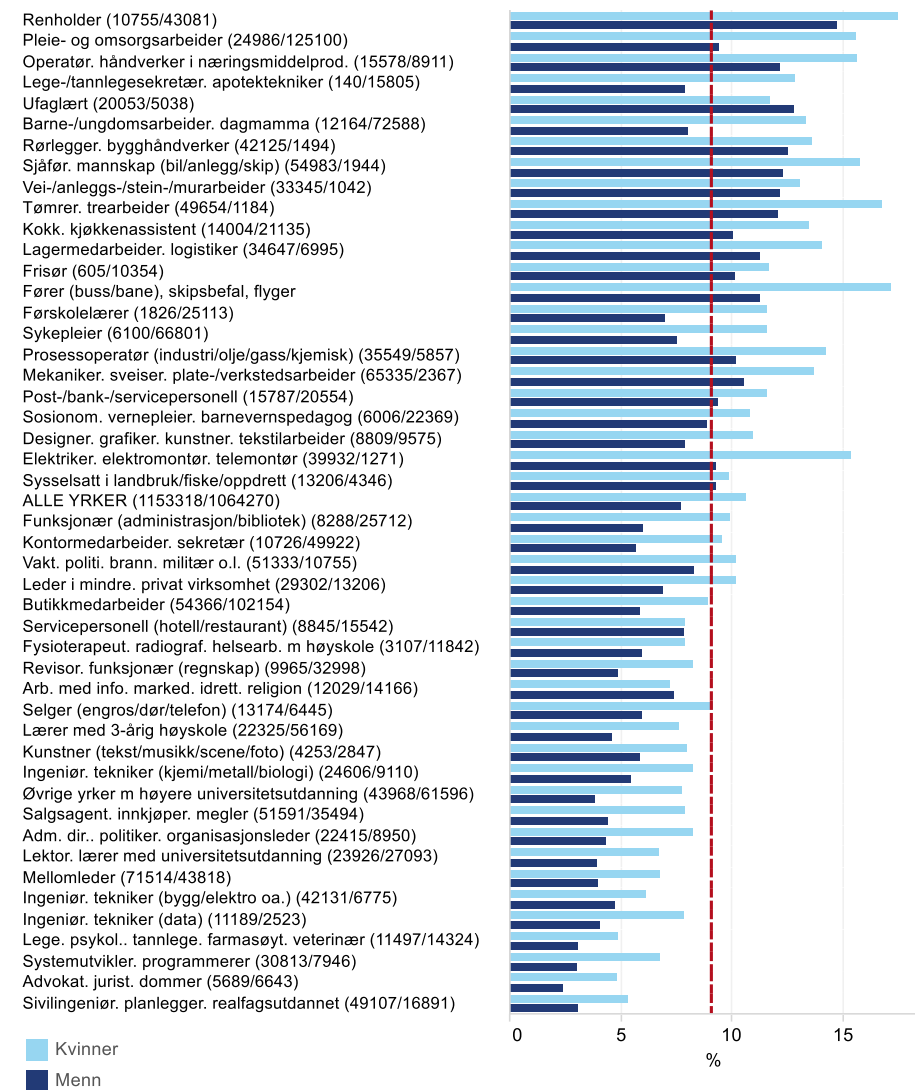
Kvinner har gjennomgående høyere muskel- og skjelettfrafravær enn menn (11 % mot 6 %). I aldersspennet 16 til 34 år er det ingen vesentlig kjønnsforskjell i muskel- og skjelettfrafraværet på 17 dager eller mer. Det er først og fremst i aldersgruppen 45–69 år at vi ser en klar kjønnsforskjell.

Høyest frafravær totalt sett finner vi i flere kvinnedominerte yrkesgrupper som renholder og pleie- og omsorgsarbeider, lege- og tannlegesekretær og barne- og ungdomsarbeider, hvor mellom 80 og 99 prosent er kvinner, men også i flere mannsdominerte yrkesgrupper som rørlegger, sjåfør/yrker og vei-/anleggs-/stein-/murarbeider, hvor kvinneandelen er under 5 prosent.

Kvinner har gjennomgående høyere muskel- og skjelettfrafravær enn menn. Unntakene er de ufaglærte og yrkesgruppen som arbeider med info, marked, idrett og religion, der menn har høyere forekomst enn kvinner. I gruppene servicepersonell (hotell/restaurant), sysselsatt i landbruk/fiske/oppdrett, vei-/anleggs-/stein-/murarbeider og rørlegger/bygghåndverker er forekomsten nokså lik for menn og kvinner. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst i yrkesgruppene systemutvikler/programmerer, advokat/jurist/dommer og i øvrige yrkesgrupper med høyere universitetsutdanning, der forekomsten blant kvinner er om lag dobbelt så høy. I de øvrige yrkesgruppene har kvinner mellom 20 og 80 prosent høyere sykefravær enn menn.

Blant kvinner er forekomsten av sykefravær lavest i gruppene advokat/jurist/dommer, lege/psykolog/tannlege/farmasøyt/veterinær, servicepersonell (hotell/restaurant) og sivilingeniør/planlegger/realfagsutdannet. Blant menn er det gruppene advokat/jurist/dommer, systemutvikler/programmerer og sivilingeniør/planlegger/realfagsutdannet som har lavest forekomst.

4.2.7 Forekomst av legemeldt sykefravær 17 dager eller mer, muskel og skjelettdiagnoser, etter kjønn og yrke (antall menn/kvinner)



Kilde: STAMI, NOA (NAV 2013)

Oppbrukte sykepengerettigheter ved muskel- og skjelettdiagnoser

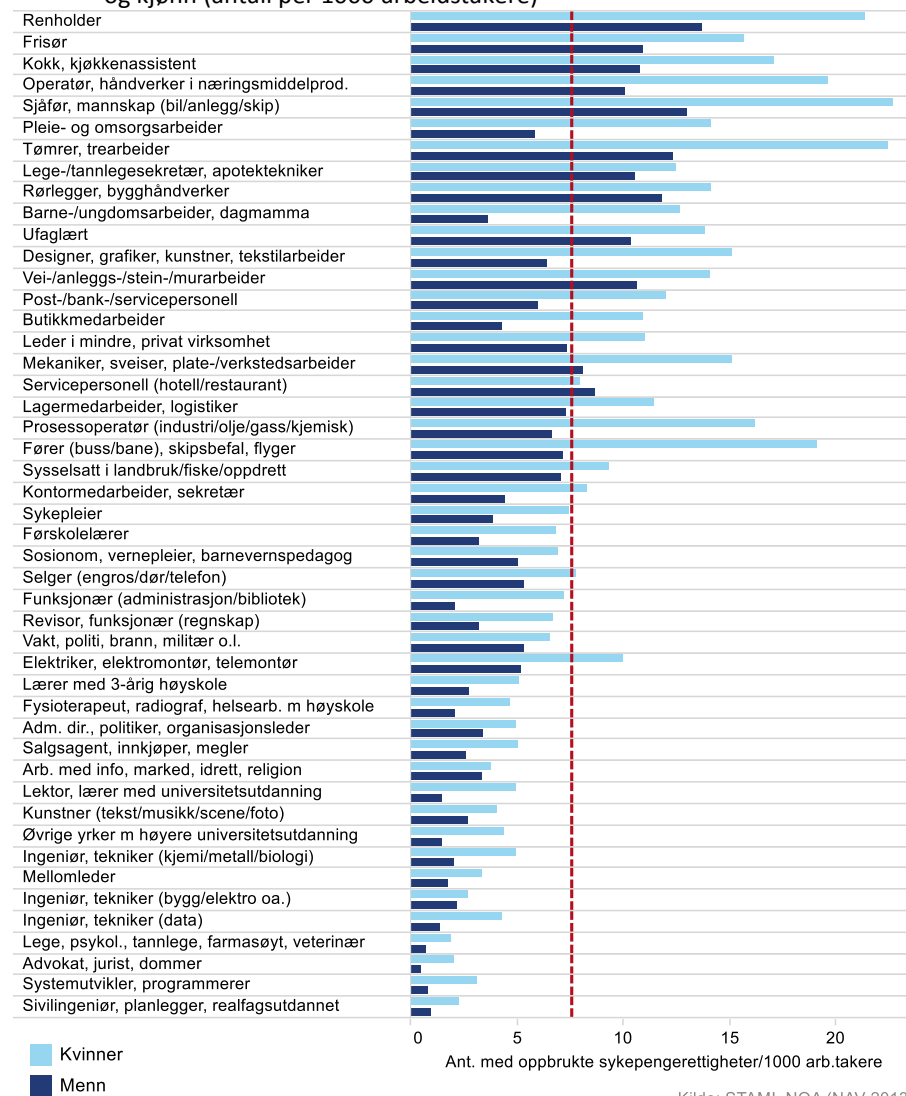
Oppbrukte sykepengerettigheter er ofte et varsel om at man er på vei ut av arbeidslivet. Et typisk trygdeforløp for en uføremottaker starter ofte med en periode med sykepenger. Dersom personen ikke har kommet tilbake i arbeid innen ett år, er sykepengerrettighetene brukt opp. Men ikke alle som har brukt opp rettighetene, går ut av arbeidslivet. Mange går etter et år med sykepenger over på arbeidsavklaringspenger (som har erstattet de tidligere ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad), og disse vil kunne komme tilbake i arbeid på et senere tidspunkt. Som hovedregel kan det ikke gis arbeidsavklaringspenger i mer enn 4 år, men stønadsperioden vil variere fra person til person.

Figur 4.2.8 viser forekomsten av oppbrukte sykepengerettigheter ved muskel- og skjelettdiagnoser etter kjønn og yrke i 2013. Samlet sett er forekomsten for denne diagnosegruppen 7,6 per 1000 arbeidstakere. Yrkesgruppene renholder, frisør, kokk, kjøkkenassistent, operatør, håndverker i næringsmiddelproduksjon, samt sjåfør, mannskap, utgjør de fem yrkesgruppene med høyest totalforekomst, og både menn og kvinner i disse yrkesgruppene ligger langt over gjennomsnittet for alle yrkesaktive. Lavest ligger for begge kjønn lege/psykolog/tannlege/farmasøyt/veterinær og advokat/jurist/dommer.

For menn ligger renholder høyest med en forekomst på 14, fulgt av sjåfør/mannskap (bil/anlegg/skip), tømmer/trearbeider og rørlegger/bygghåndverker, alle med en forekomst rundt 12–13 per 1000. For kvinner ligger gruppen sjåfør/mannskap (bil/anlegg/skip) høyest, med en forekomst på 23 per 1000 arbeidstakere, fulgt av tømmer/trearbeider (22) og renholder (21).

Kvinner har høyere forekomst enn menn i alle yrker, bortsett fra blant servicepersonell (hotell/restaurant). Størst forskjell mellom kjønnene er det i yrkene fører (buss/bane)/skipsbefal/flyger og tømmer/trearbeider, der et betydelig høyere antall kvinner enn menn med denne diagnosegruppen har brukt opp sykepengerrettighetene.

4.2.8 Oppbrukte sykepengerettigheter, muskel- og skjelettdiagnoser, etter yrke og kjønn (antall per 1000 arbeidstakere)



MEKANISKE EKSPONERINGER

Det er i utgangspunktet sunt å bruke kroppen og bevege seg, men når belastningen blir for stor eller for ensidig, kan det oppstå helseplager. Manuell håndtering av utstyr, uheldige arbeidsstillinger, repetitive bevegelser og tungt fysisk arbeid er eksempler på mekaniske arbeidsmiljøeksponeringer som forekommer på en rekke arbeidsplasser. Hvor godt ulike mennesker tåler slike eksponeringer, avhenger blant annet av individenes varierende styrke og fysiske forutsetninger.

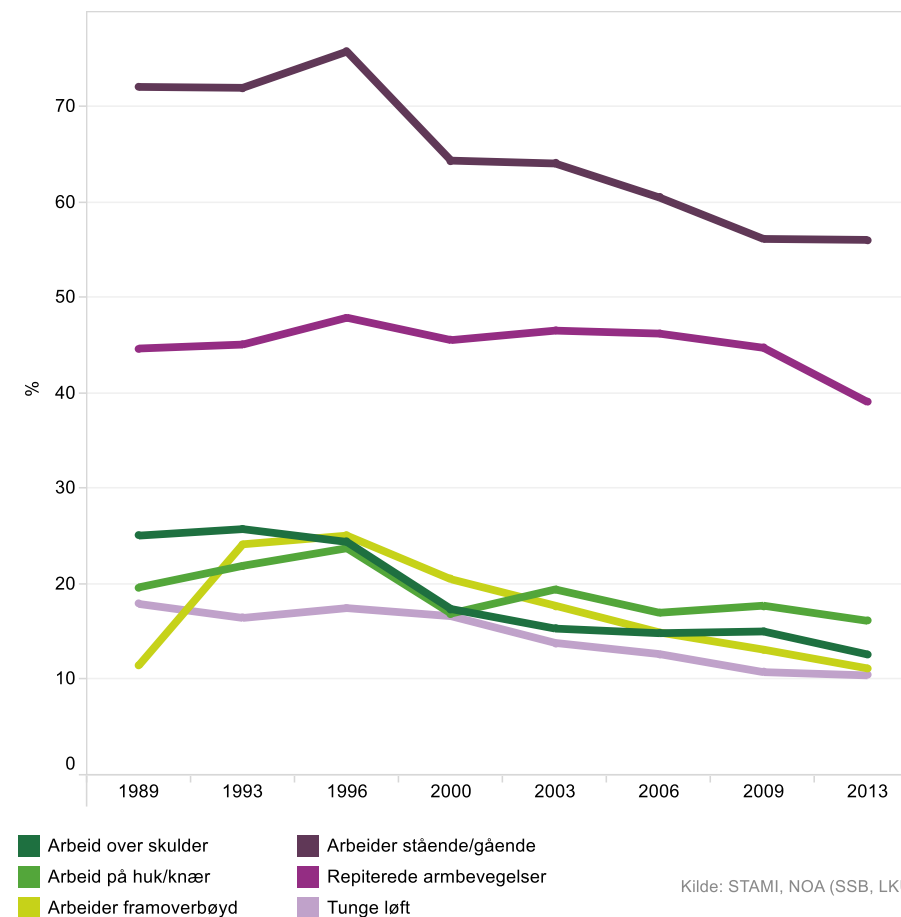
Mekaniske krav i arbeidet kan være uforenlige med nedsatt funksjonsevne uavhengig av årsak. Vi vet blant annet at den fysiske yteevnen minsker og faren for belastningsskader øker når vi blir eldre. Tilrettelegging av arbeidsplassen, bedre arbeidsteknikk og styrket fysisk kapasitet kan bidra til å redusere de negative effektene av ensidig og tungt fysisk arbeid. Mekaniske eksponeringer på jobb kan bidra til arbeidsrelaterte muskel- og skjelettsmerter, og det er godt dokumentert at slik eksponering i noen tilfeller kan være en vesentlig medvirkende årsak til smertene. Det er også dokumentert en sammenheng mellom ryggsmarter og arbeidsmiljøfaktorer som manuell materialhåndtering, tunge løft (vektmoment), fremoverbøyde/roterende arbeidsstillinger med store utslag og tungt fysisk arbeid. Kjente risikofaktorer for smerter i overarmene og hendene er hyppig gjentatte bevegelser, bruk av mye kraft og vibrasjonseksponering.

Tungt fysisk arbeid blir definert som arbeid som krever bruk av moderat til stor kraft, er energikrevende og involverer bruk av mer enn en kroppsdel. Tungt fysisk arbeid over flere år kan øke faren for skulder-, rygg-, hofte- og kneleddsplager. De som har tungt fysisk arbeid, har også større uførisiko, uten at vi vet sikkert hvilken faktor i det tunge arbeidet som er avgjørende. Ved tungt arbeid er enkeltpersonens kapasitet av spesielt stor betydning.

Blant alle yrkesaktive har andelen som oppgir at de må løfte i ubekvemme stillinger en fjerdedel av dagen, gått noe ned over de siste tjue årene (figur 4.2.9). Det samme ser vi også når det gjelder andelen som rapporterer å arbeide med hendene løftet i skulderhøyde. Andelen yrkesaktive som arbeider sittende på huk eller stående på knærne, har vært relativt stabil de siste tjue årene. Arbeid som medfører gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser, utgjør en av de absolutt vanligste mekaniske eksponeringene, og prosentandelen som oppgir at de har arbeid som medfører gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser har vært relativt stabil de siste tjue årene. Blant alle yrkesaktive har andelen som oppgir at de har stående/gående gått

noe viser figuren. Adelen som oppgir å gjøre dette mesteparten av arbeidsdagen har vært mer stabil. I 2006 ble spørsmålet endret fra "stående/gående" til "stående". Om lag én av fire oppgir at de står oppreist tre fjerdedeler av tiden eller mer (ikke vist).

4.2.9 Prosentandel av alle yrkesaktive som rapporterer mekanisk eksponeringer i perioden 1989–2013 (1/4 av arbeidsdagen)



Tabell 4.2.3 viser forekomsten av mekanisk eksponering for ulike aldersgrupper blant menn og kvinner. Et gjennomgående trekk for mange mekaniske eksponeringer er at andelen som oppgir å være eksponert, er større blant unge (17–24 år) enn blant eldre yrkesaktive. Særlig ser vi en slik forskjell for stående arbeid, arbeid med hendene over skulderhøyde og arbeid der man sitter på huk eller på knærne, men også når det gjelder tunge løft og løft i ubekvemme stillinger. Noe av forskjellen i arbeidsmiljø kan skyldes at mange fortsetter utdanningen frem til 25-årsalderen, og at de som begynner i arbeid før, gjerne velger yrker der kravene til utdanning er lave. Blant de yngste kvinnene har seks av ti sitt virke som butikkmedarbeider, pleie- og omsorgsarbeider, barnehage-/skoleassistent eller servitør. Unge menn er også overrepresentert i mange av de samme yrkesgruppene som unge kvinner, men mange jobber særlig i ulike håndverksyrker, som lagermedarbeidere, industriarbeidere eller i vakt- og sikkerhetsyrker.

4.2.3 Mekanisk eksponering, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)

		ARBEID STÅENDE (3/4 DAGEN)	ARBEID PÅ HUK/KNE	LØFT I UBEKVEMME STILLINGER	LØFT 20 KG ELLER MER DAGLIG	ARBEID MED HENDENE OVER SKULDERHØYDE	ARBEID MED HODET BØYD FREMOMER	GJENTATTE ARM- /HÅNDBEVÆGELSER
Menn	17–24	46	27	15	41	27	15	41
	25–34	24	18	13	27	14	17	42
	35–44	17	13	9	22	10	14	39
	45–54	16	14	12	22	12	14	38
	55–67	15	11	9	19	10	14	35
	Totalt	20	15	11	24	13	15	39
Kvinner	17–24	51	24	21	23	19	16	36
	25–34	29	16	15	17	10	18	36
	35–44	19	13	10	14	8	17	39
	45–54	21	13	10	13	9	19	40
	55–67	24	10	10	15	7	19	37
	Totalt	26	14	12	15	10	18	38

Forskjellen mellom kvinner og menn er mindre påfallende, selv om tunge løft er klart mer vanlig blant menn. En noe større andel menn rapporterer å arbeide med hendene over skulderhøyde, mens kvinner i noe større grad rapporterer å arbeide med hodet bøyd fremover. Kvinner har noe oftere stående arbeid som innebærer at de må stå mesteparten av arbeidsdagen, mens menn i noe større grad sitter mesteparten av arbeidsdagen. Hovedsakelig skyldes dette at menn og kvinner jobber i forskjellige yrker, men det kan også være kjønnsforskjeller i samme yrkesgruppe.

4.2.4 Mekanisk eksponering etter utdanningslengde (SSB, LKU 2013)

	ARBEID STÅENDE (3/4 DAGEN)	ARBEID PÅ HUK/KNE	DAGLIG LØFT 20 KG ELLER MER	LØFT I UBEKVEMME STILLINGER	ARBEID MED HENDENE OVER SKULDERHØYDE	ARBEID MED HODET BØYD FREMOMER	GJENTATTE ARM- /HÅNDBEVÆGELSER
Ungdomsskole eller lavere	38	25	31	20	21	19	44
Videregående påbegynt	25	16	25	14	11	19	39
Videregående fullført	28	20	26	15	16	18	40
Universitet/høyskole 4 år	17	9	13	8	6	14	33
Universitet/høyskole 4 år+	4	2	4	2	3	12	39
Totalt	23	15	20	12	11	16	38

Utdanningslengde har betydning for yrkesvalg. Mange yrkesaktive med utdanning på ungdomsskolenivå eller videregående nivå jobber i ulike ufaglærte eller faglærte manuelle yrker og serviceyrker. I flere av disse yrkene finner man en relativt høy forekomst av flere mekaniske eksponeringer. Som forventet ser vi også at det er en klar sammenheng mellom utdanningslengde og mekanisk eksponering (tabell 4.2.4). Med unntak av arbeid med dataskjerm og tastatur rapporterer yrkesaktive med utdanning på ungdomsskolenivå eller lavere klart høyest forekomst på samtlige mekaniske faktorer, etterfulgt av yrkesaktive med utdanning på videregående nivå og med inntil 4 års høyskole- eller universitetsutdanning. Yrkesaktive som har mer enn 4 års høyskole- eller universitetsutdanning, rapporterer generelt om lav forekomst av mekaniske eksponeringer, men de rapporterer i størst

grad av alle utdannings-grupper å arbeide med dataskjerm og tastatur og har i større grad sittende arbeid.

Arbeid med hodet fremoverbøyd

I 2013 oppga om lag 17 prosent av alle yrkesaktive at de jobbet med hodet bøyd fremover en fjerdedel av arbeidstiden, mens andelen som oppgir å gjøre dette halvparten av arbeidstiden eller mer, er 12 prosent. Det tilsvarer henholdsvis 424 000 og 304 000 personer.

Arbeider du med hodet bøyd fremover?

Arbeid med hodet fremoverbøyd er klart mest utbredt blant metallarbeidere, og nærmere halvparten av metallarbeidere rapporterer dette (figur 4.2.10). Blant de andre yrkesgruppene som er mer utsatt enn gjennomsnittet, varierer andelen fra om lag 18 prosent blant ansatte i kundeserviceyrker til om lag 33 prosent blant byggarbeidere. Det er generelt mange utsatte yrker i verksteds-, bygg- og anleggsbransjen, i helsevesenet og i ulike typer serviceyrker.

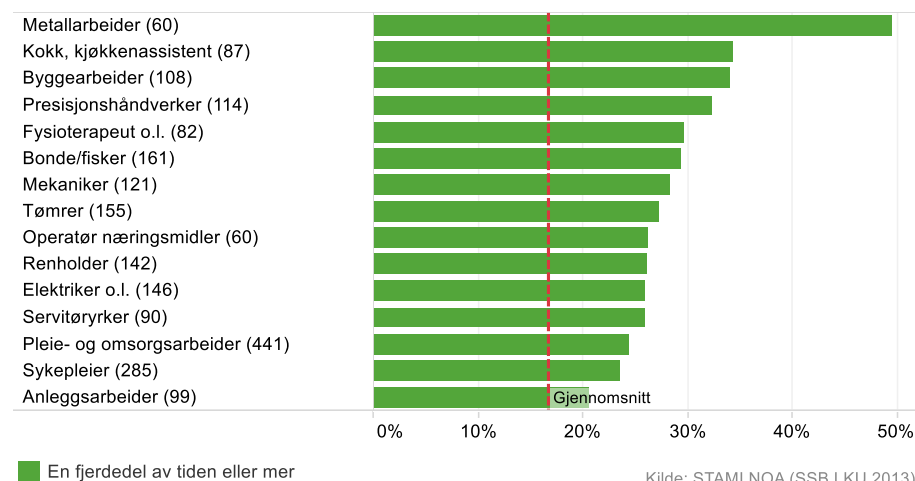
Gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser

Arbeid som medfører gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser, utgjør en av de absolutt vanligste mekaniske eksponeringene, og prosentandelen som oppgir at de har arbeid som medfører gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser mesteparten av arbeidsdagen, har vært relativt stabil de siste tjue årene.

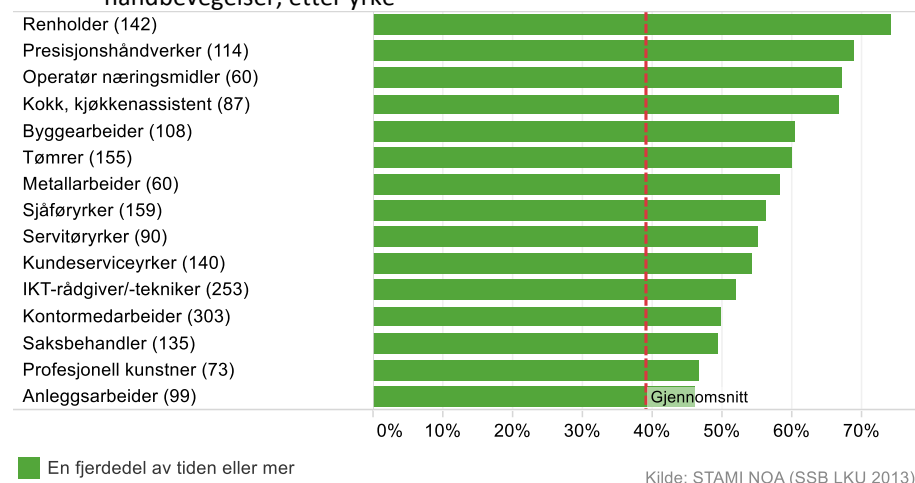
Arbeider du med gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser?

I 2013 rapporterte 39 prosent at de var utsatt for dette en fjerdedel av tiden eller mer, noe som tilsvarer i underkant av én million yrkesaktive (figur 4.2.11). Slike repetitive bevegelser er like utbredt blant menn som kvinner og varierer i liten grad på tvers av alders- og utdanningsgrupper. Renholdere, presisjonshåndverkere, operatører i næringsmiddelproduksjon og kokk/kjøkkenassistenter er de mest utsatte yrkesgruppene. Repetitive hånd-/armbevegelser forekommer også i manuelle yrker og i ulike typer kundeservice- og kontoryrker.

4.2.10 Prosentandel som oppgir å arbeide med hodet bøyd fremover, etter yrke



4.2.11 Prosentandel som oppgir at de arbeider med gjentatte, ensidige arm- eller håndbevegelser, etter yrke



Arbeid med løftede armer

De siste 20 årene har det vært en svak nedgang i den andelen som rapporterer å arbeide med hendene løftet i skulderhøyde halvparten av arbeidsdagen eller mer. I 2013 oppga nærmere 13 prosent av de yrkesaktive (om lag 320 000 personer) at de var utsatt for dette en fjerdedel av tiden eller mer.

Arbeider du med hendene løftet i høyde med skuldrene eller høyere?

Tømrere og byggearbeidere er de som i størst grad rapporterer å jobbe med armene løftet over skulderhøyde (figur 4.2.12). Yrkesaktive i disse yrkene er nærmere fem ganger oftere utsatt for denne eksponeringen enn alle yrkesaktive sett under ett. Innenfor følgende yrker er andelen ansatte som arbeider med løftede armer, to til tre ganger større enn blant alle yrkesaktive: metallarbeider, presisjonshåndverker, mekaniker, renholder, operatør næringsmidler, lager-/transportmedarbeider, butikkmedarbeider og bonde/fisker.

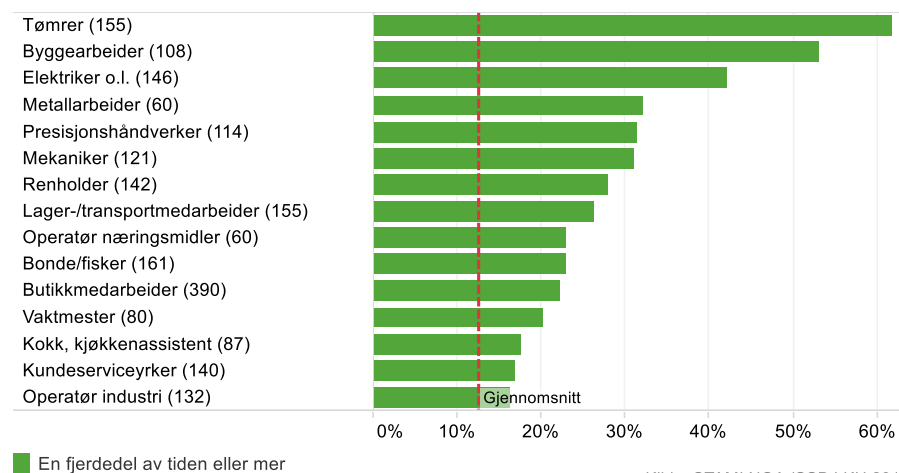
Stående arbeid

Blant alle yrkesaktive har andelen som oppgir at de har stående/gående arbeid mesteparten av arbeidsdagen, vært relativt stabil de siste tjue årene. I 2013 ble det kun stilt spørsmål om stående arbeid. Om lag én av fire oppgir at de står oppreist tre fjerdedeler av tiden eller mer, og det vil si at nærmere 630 000 personer står nesten hele arbeidsdagen.

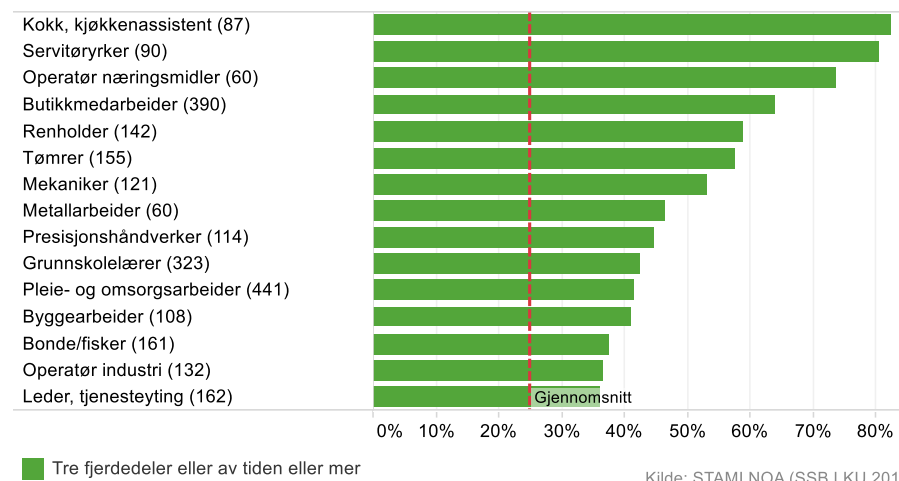
Arbeider du stående?

Det er sju grupper som skiller seg ut ved at mange står oppreist nesten hele arbeidsdagen, og blant dem varierer andelen mellom 52 prosent (mekaniker) og 82 prosent (kokk/kjøkkenassistent), men det å arbeide stående mesteparten av dagen er vanlig i mange yrkesgrupper (figur 4.2.13).

4.2.12 Prosentandel som oppgir å arbeide med hendene løftet i skulderhøyde



4.2.13 Prosentandel som oppgir å jobbe stående, etter yrke



Løft i ubekvemme stillinger

Blant alle yrkesaktive har andelen som oppgir at de må løfte i ubekvemme stillinger mesteparten av dagen, gått noe ned over de siste tjue årene. Om lag 13 prosent av de yrkesaktive sier at de løfter i ubekvemme stillinger en fjerdedel av dagen eller mer. Dette tilsvarer om lag 327 000 personer.

Må du løfte i ubekvemme stillinger?

Vi ser at det er stor forskjell mellom yrkesgruppene med hensyn hvor ofte man må foreta slike løft. De elleve mest utsatte yrkesgruppene har en forekomst som er to til fire ganger høyere enn blant alle yrkesaktive sett under ett. I yrker hvor løft i ubekvemme stillinger forekommer oftest, finner vi både typiske mannsdominerte og kvinnedominerte yrker. Det dreier seg om arbeid innenfor byggfag, pleie- og omsorgssektoren, i barnehage og i primærnæringene. Mellom 24 og 45 prosent av de yrkesaktive i disse gruppene oppgir at de må løfte i ubekvemme stillinger minst en fjerdedel av arbeidsdagen.

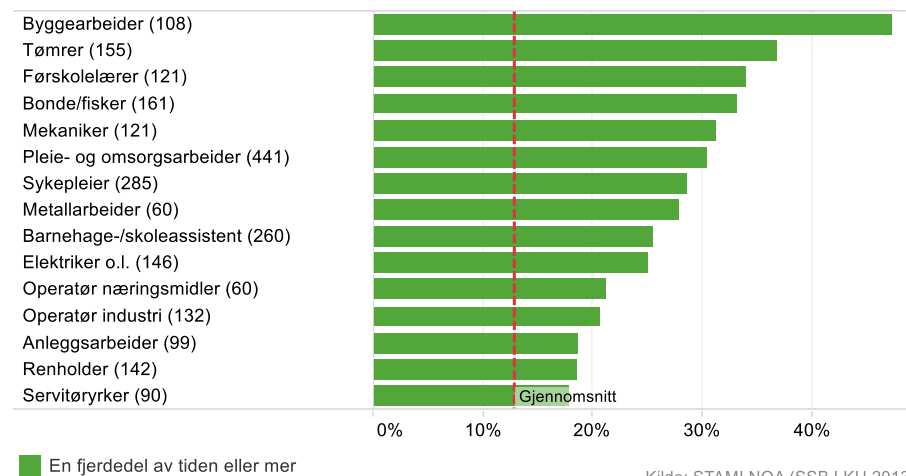
Arbeid på huk eller knær

Andelen yrkesaktive som arbeider sittende på huk eller stående på knærne, har vært relativt stabil de siste tjue årene. I 2013 rapporterer om lag 16 prosent at de jobber slik en fjerdedel av tiden eller mer. Det tilsvarer omtrent 406 000 personer.

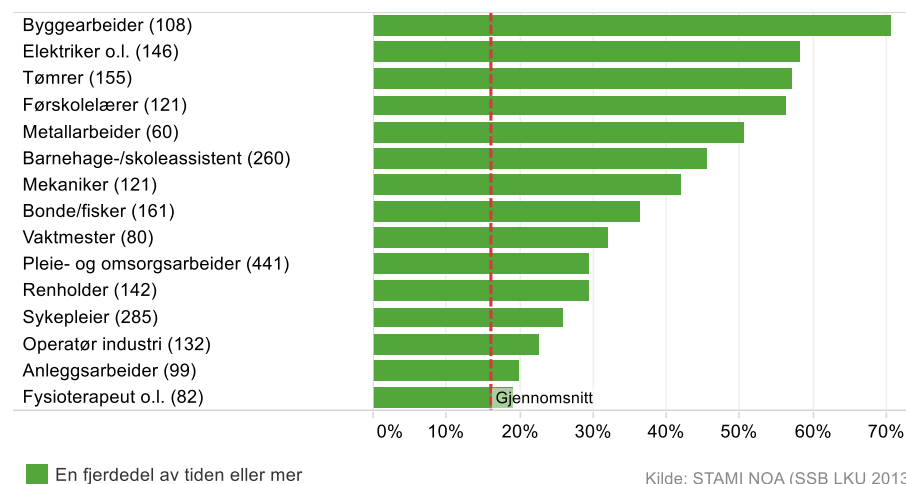
Må du sitte på huk eller stå på knærne når du arbeider?

Slike arbeidsposisjoner er utbredt i en rekke mannsdominerte manuelle yrker som byggearbeider, elektriker o.l., tømrer, førskolelærer og metallarbeider, hvor mellom fem og sju av ti rapporterer å arbeide i posisjoner på huk eller knær en fjerdedel av tiden eller mer (figur 4.2.15). De mest utsatte kvinnedominerte yrkene er førskolelærere og barnehage-/skoleassistenter. Henholdsvis om lag 55 og 43 prosent av personellet i disse gruppene utfører arbeid på huk eller knær en fjerdedel av tiden eller mer.

4.2.14 Prosentandel som oppgir at de må løfte i ubekvemme stillinger, etter yrke



4.2.15 Prosentandel som oppgir at de arbeider på huk eller knær, etter yrke

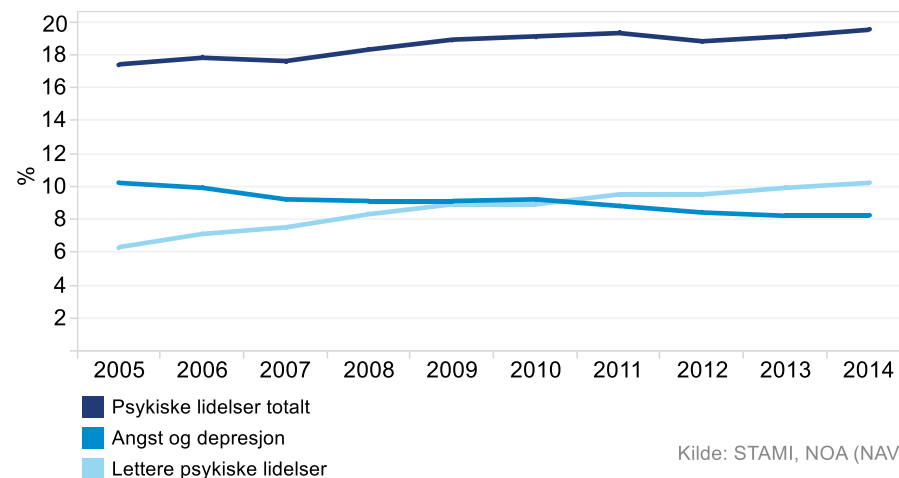


4.3 ARBEIDSRELATERTE PSYKISKE PLAGER OG LIDELSER

Psykisk helse har stor betydning for yrkesdeltakelse, sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Forekomsten av psykiske plager blant yrkesaktive har vært stabil de to siste tiårene. Om lag 15 prosent av alle yrkesaktive oppgir psykiske plager i løpet av den siste måneden. I underkant av halvparten oppgir at plagene har sammenheng med arbeidet. Andelen yrkesaktive med betydelige psykiske plager er 10 prosent, noe som tilsvarer i overkant av 250 000 personer. Psykiske plager oppgis å være mest utbredt blant yrkesaktive med lav utdanning og er mer utbredt blant kvinner enn menn. Imidlertid er det flere menn enn kvinner som oppgir at plagene har sammenheng med arbeidet. I jobbsammenheng er det i all hovedsak psykososiale faktorer som har vist seg å ha betydning for psykiske plager. Sammenliknet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive oppgis både risikofaktorer og psykiske plager å være mest utbredt blant yrkesaktive innenfor grunnskolesektoren og helse-, omsorgs- og sosialsektoren.

Psykisk helse kan i vid forstand defineres som en persons evne til å mestre tanker, følelser, atferd og omgang med andre og til å tilpasse seg endringer og håndtere motgang. Psykiske plager og lidelser er symptomer som påvirker denne evnen. God psykisk helse omfatter mer enn fravær av psykiske plager og lidelser (89). Psykisk helse benyttes gjerne som et samlebegrep hvor psykisk velvære, psykiske plager og psykiske lidelser inngår (89). Psykisk velvære viser til følelser av tilfredshet, mening og lykke. Psykiske plager relateres ofte til lettere symptomer på angst og depresjon, mens psykiske lidelser betegner tilstander hvor bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt, og omfatter diagnoser fra enkle fobier til alvorlige tilstander som schizofreni og bipolar lidelse. Med få unntak vil psykiske lidelser oppleves som mer belastende enn psykiske plager. Psykiske plager og lidelser kan knyttes til nedarvet sårbarhet, akutte kriser, oppvekstvilkår, sosiale relasjoner og situasjonen på arbeidsplassen. Ofte er psykiske plager og lidelser et resultat av flere av disse risikofaktorene, noe som kan gjøre det vanskelig å påvise de uavhengige effektene av de enkelte faktorene.

4.3.1 Legemeldt sykefravær grunnet psykiske lidelser som prosentandel av det totale sykefraværet (sykefraværdsdagverk 3. kvartal 2005–2014)



Psykiske lidelser er et utbredt folkehelseproblem. Om lag halvparten av den norske befolkningen vil rammes i løpet av livet, og omtrent én av tre i løpet av ett år (90). Studier viser at forekomsten av psykiske lidelser i Norge er om lag lik som i andre vestlige land, og det er ingen sterke holdepunkter for at forekomsten av psykiske lidelser verken har avtatt eller økt i Norge i løpet av de siste tiårene (90).

Psykisk helse har stor betydning for deltakelsen i arbeidslivet. I 2012 utgjorde personer med psykiske lidelser 28 prosent av alle nye mottakere av uførepensjon (NAV), og 20 prosent av alt legemeldt sykefravær i 2014 skyldtes psykiske lidelser (figur 4.3.1). Figur 4.3.1 viser en betydelig økning i sykefraværet grunnet lettere psykiske lidelser. I 2011 ble lettere psykiske lidelser, i hovedsak situasjonsbetings psykisk ubalanse og uspesifiserte psykiske symptomer og plager, den største undergruppen av psykiske lidelser i sykefraværssammenheng (91).

ARBEIDSMILJØFAKTORER OG PSYKISKE PLAGER OG LIDELSER

Yrkesdeltakelse er en viktig arena for sosial tilhørighet og ofte en sentral kilde til identitetsdannelse, personlig vekst og vennskap og til at man når grunnleggende sosiale og materielle mål også på andre områder i livet. Utførelse av arbeidsoppgaver i et kollegialt fellesskap med tilbakemeldinger og vurderinger av ens yrkesopptreden kan derfor ha innvirkning på følelsesliv og selvforståelse. Hvordan arbeidet er organisert, og hvordan utfordringer knyttet til arbeidsoppgaver og mellommenneskelig samhandling løses, kan således også ha konsekvenser for de yrkesaktives velvære og psykiske helse.

En sentral og mye studert modell for sammenhengen mellom psykososialt arbeidsmiljø og helse er utviklet av sosiologen Robert Karasek (51). I korte trekk forutsier modellen at arbeidstakere som opplever høye krav i kombinasjon med lav selvbestemmelse i arbeidssituasjonen, har økt risiko for å utvikle stressrelaterte lidelser og sykdommer som hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettlidelser og depresjon. Senere utviklet sosiologen Johannes Siegrist (69) en komplementær modell som forutsier at arbeidstakere som opplever at jobben krever store anstrengelser samtidig som belønningen er lav, vil ha større risiko for å utvikle stressrelaterte lidelser og sykdommer. Det finnes et solid empirisk grunnlag for at begge modellene evner å predikere stressrelaterte lidelser og sykdommer (75, 92, 93). Imidlertid gir ingen av modellene en forklaring på hva som kan være mekanismen mellom psykososiale stressorer i arbeidsmiljøet og risikoen for helseskade.

Teorien om allostatisk belastning («allostatic load») tilbyr en slik sannsynlig forståelsesramme for hvorledes psykososiale og organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet kan medføre psykiske lidelser og helseskade generelt (94). I møte med arbeidssituasjoner som oppfattes særlig krevende, vil kroppen skille ut hormoner (adrenalin/noradrenalin) som øker hjerteaktiviteten (puls/blodtrykk) og hormoner (glukortikoider som kortison) som omdanner fett og proteiner til sukker for å mobilisere energi. Denne stressmekanismen er nødvendig for at mennesket skal kunne mestre utfordringer og farer i livet, og som en kortvarig stressrespons er ikke denne psykofysiologiske aktiveringen skadelig for kroppen. Etter akutte stressrespons vil kroppen igangsette prosesser som restituerer og gjenoppretter balansen i det psykofysiologiske systemet. Det er disse prosessene som termen allostase viser til. Imidlertid kan hyppig gjentakende aktivering og/eller

vedvarende aktivering føre til allostatisk overbelastning og således mangelfull kroppslig restitusjon. Som eksempel vil man i en arbeidssituasjon kjennetegnet ved høye jobbkrav og manglende ressurser til å innfri kravene, kunne oppleve betydelige stressreaksjoner, og dersom situasjonen vedvarer og bekymringstanker oppstår også etter endt arbeid, vil kroppslig slitasje og eventuell helseskade kunne oppstå. Manglende restitusjon etter stressrespons og vedvarende høye nivåer av stresshormoner i kroppen vil kunne påvirke strukturer i hjernen (atrofi) og er vist å være assosiert med sykdommer som depresjon (95-98).

Arbeidsrelaterte risikofaktorer for psykiske plager og lidelser

- Høye kvantitative krav, dvs. en arbeidssituasjon som består av tidspress og krav til effektivitet og tempo og/eller stor arbeidsmengde
- Lav kontroll, dvs. en arbeidssituasjon hvor man opplever liten grad av selvbestemmelse og innflytelse over egne arbeidsoppgaver og arbeidsmåter
- Høye krav i kombinasjon med lav selvbestemmelse («job strain»)
- Innsats-belønning-ubalanse, dvs. en opplevelse av ubalanse mellom den innsatsen man legger i arbeidet og den belønningen man mottar i form av anerkjennelse eller lønn
- Rollekonflikt, dvs. en arbeidssituasjon hvor man opplever at man ofte må forholde seg til forventninger og krav som er motstridende og vanskelig å forene
- Emosjonelle krav, dvs. en arbeidssituasjon som innebærer direkte kontakt med kunder, klienter og pasienter, og hvor man må forholde seg til følelser som sinne, sorg, fortvilelse, oppgitthet eller liknende
- Lav sosial støtte, dvs. manglende hjelp og støtte fra kollegaer og leder i sammenheng med jobbutførelsen
- Mobbing, dvs. vedvarende negative handlinger mot ett eller flere individer som, reelt eller opplevd, er underlegne i den aktuelle situasjonen
- Jobbusikkerhet, dvs. opplevelsen av å stå i fare for å miste jobben av grunner som nedlegging, innskrenking eller andre årsaker som at man er midlertidig ansatt

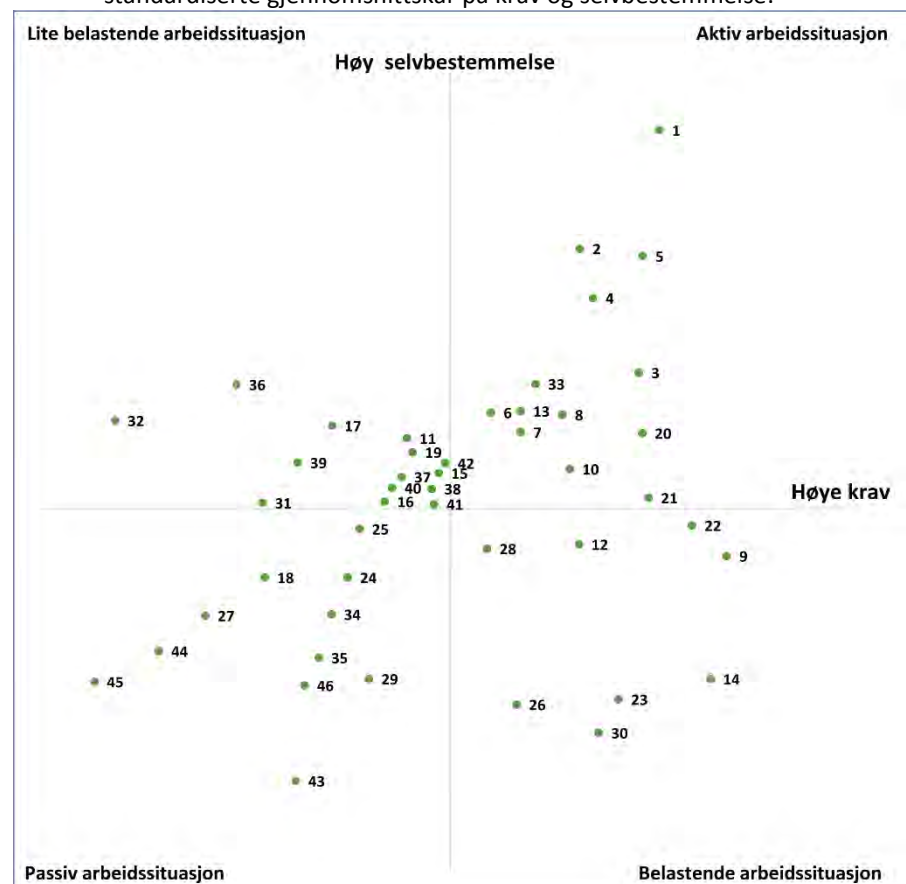
I en systematisk kunnskapsoppsummering fra 2006 fant Stansfeld og medarbeidere at de mest robuste og konsistente arbeidsmiljørelaterte risikofaktorene for utbredte psykiske lidelser var henholdsvis høye jobbkrav i kombinasjon med lav selvbestemmelse og innsats-belønning-ubalanse. Videre konkluderte Stansfeld og medarbeidere at det forelå en moderat dokumentasjon for at faktorene lav

selvbestemmelse, høye psykologiske krav, lav sosial støtte og jobbusikkerhet var assosiert med økt risiko for utvikling av utbredte psykiske lidelser (75). I en nylig publisert oppfølgingsstudie av et stort representativt utvalg av den norske yrkespopulasjonen fant Johannessen og medarbeidere at psykiske plager kunne knyttes til opplevd rollekonflikt, høye emosjonelle krav, lav selvbestemmelse, mobbing og trakassering samt jobbusikkerhet (49). Om lag en fjerdedel av plagene kunne tilskrives disse risikofaktorene i arbeidsmiljøet. I en annen stor norsk oppfølgingsstudie fant Finne og medarbeidere at den mest robuste risikofaktoren for psykiske plager var opplevd rollekonflikt, mens lederstøtte, rettferdig lederskap og positive utfordringer i jobben var de mest robuste beskyttelsesfaktorene (4).

Data fra LKU 2013 viser at kombinasjonen høye jobbkrav og lav selvbestemmelse er særlig utbredt blant yrkesaktive i grunnskolesektoren og helse-, omsorgs- og sosialsektoren, men også i yrkesgruppene servitører, kokk/kjøkkenassistenter, saksbehandlere og i kundeserviceyrker (figur 4.3.2) (se også kapittel 3). Når det gjelder innsats-belønning-ubalanse, oppgis denne risikofaktoren i høyest grad av typiske yrker innenfor grunnskolesektoren og helse-, omsorgs- og sosialsektoren. Andre yrker som skårer høyt på denne faktoren, er sjåførere, renholdere og saksbehandlere. Risikofaktorene høye emosjonelle krav og rollekonflikt er særlig utbredt i yrker i grunnskolen, helse-, omsorgs- og sosialsektoren samt i politi og vaktyrker. Rollekonflikt er også utbredt blant ledere innenfor helse- og utdanningssektoren og blant yrkesaktive i kommunikasjonsyrker. LKU 2013 viser at sosial støtte målt som lav lederstøtte i størst grad oppgis blant renholdere, sjåførere, vaktmestere og pleie- og omsorgsarbeidere. Mobbing er mest utbredt blant yrkesaktive innenfor helse-, omsorgs- og sosialsektoren og i bygg- og anleggsvyrker. Vi ser også at yrkesaktive i servitøryrker, politi- og vaktyrker, lager- og transport samt renholdere og selgere oppgir mer mobbing enn gjennomsnittet for alle yrkesaktive. Jobbusikkerhet oppgis å være mest utbredt blant yrkesaktive i yrker kategorisert som kundeservice, salgsagent/megler, skipsbefal/flyger samt barnehage-/skoleassistent.

Når vi tolker figur 4.3.2 og benytter yrkenes gjennomsnittsskår til å skille mellom de fire jobbtypene, vil fordelingen av yrkesgrupper kun være basert på den relative plasseringen i forhold til andre yrkesgrupper. Plasseringen av en yrkesgruppe sier dermed mest om forholdene som blir rapportert av gruppen, sammenliknet med resten av gruppene, og mindre om hvorvidt krav- og kontrollnivåene i den yrkesgruppen er høye eller lave i seg selv.

4.3.2 Yrkesgrupper i fire ulike typer arbeidssituasjoner, etter gruppenes standardiserte gjennomsnittsskår på krav og selvbestemmelse.



1=Toppleder	2=Leder, tjenesteyting	3=Leder, utdanning/helse	4=Leder, industri/bygg	5=Leder, andre sektorer	6=Sivilingeniør o.l.
7=IKT-rådgiver/tekniker	8=Revisor, finansrådgiver	9=Lege o.l.	10=Rådgiver admin./samf./jus.	11=Lektor/pedagog	12=Grunnskolelærer
13=Førskolelærer	14=Sykepleier	15=Fysioterapeut o.l.	16=Vernepleier/sosialarbeider	17=Ingeniør	18=Skipsbefal/flyger
19=Profesjonell kunstner	20=Kommunikasjonsyrker	21=Salgsagent/megler	22=Saksbehandler	23=Andre helserelaterte yrker	24=Lager-/transportarbeider
25=Kontorarbeider	26=Kundeserviceyrker	27=Barnehage-/skoleassistent	28=Kokk, kjøkkenassistent	29=Pleie- og omsorgsarbeider	30=Servitøryrker
31=Mekaniker	32=Vaktmester	33=Selger	34=Butikkmedarbeider	35=Politij/vakt o.l.	36=Bonde/fisker
37=Elektriker o.l.	38=Tømrer	39=Byggearbeider	40=Anleggsarbeider	41=Metallarbeider	42=Presisjons håndverker
43=Operatør næringsmidler	44=Operatør industri	45=Sjåfør yrker	46=Renholder		

Psykiske plager

Figur 4.3.3 viser at nær én av fem i yrkesaktiv alder rapporterer å være litt eller mer psykisk plaget i løpet av den siste måneden. Tilsvarende estimat for andelen plaget blant yrkesaktive er om lag 15 prosent, noe som tilsvarer i overkant av 380 000 yrkesaktive. I underkant av halvparten, eller 175 000 yrkesaktive, oppgir at disse plagene helt eller delvis har sammenheng med arbeidssituasjonen. Figur 4.3.3 viser at andelen yrkesaktive som oppgir psykiske plager, har vært relativt stabil i perioden 1996–2013.

Har du i løpet av den siste måneden vært svært plaget, ganske plaget, litt plaget eller ikke vært plaget av i) nedtrykthet, depresjon? ii) nervøsitet, angst eller rastløshet?

Hvis svaret er ja: Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?

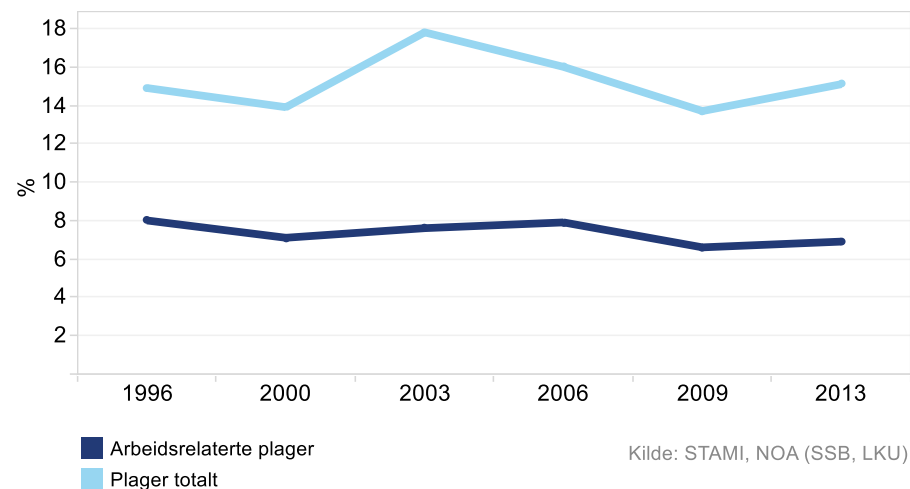
Psykiske plager er definert som litt eller mer plaget grunnet i) nedtrykthet, depresjon og/eller ii) nervøsitet, angst eller rastløshet

Tabell 4.3.1 viser at andelen som oppgir å være psykisk plaget, er om lag 30 prosent høyere blant yrkesaktive kvinner enn blant yrkesaktive menn. Om lag 40 prosent av de yrkesaktive kvinnene med psykiske plager oppgir at plagene har sammenheng med arbeidet. Den tilsvarende andelen blant yrkesaktive menn er 50 prosent. For både kvinner og menn er plagene mest utbredt blant de to yngste aldersgruppene.

Prosentandel yrkesaktive med betydelige psykiske plager

Forskning har vist at dersom man i survey-undersøkelser måler psykisk helse med validerte instrumenter som Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25>1.75), vil 50–60 prosent av respondentene som skårer over terskelverdien, oppfylle diagnostiske kriterier for en eller flere psykiske lidelser ved et klinisk intervju (99). Målt på denne måten viser LKU-H 2012 at andelen yrkesaktive med betydelige psykiske plager er 10 prosent (95 % KI=9 – 11), noe som tilsvarer i overkant av 250 000 yrkesaktive.

4.3.3 Prosentandel yrkesaktive med psykiske plager totalt og psykiske plager tilskrevet arbeidet



4.3.1 Prosentandel yrkesaktive som oppgir psykiske plager siste måned, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)

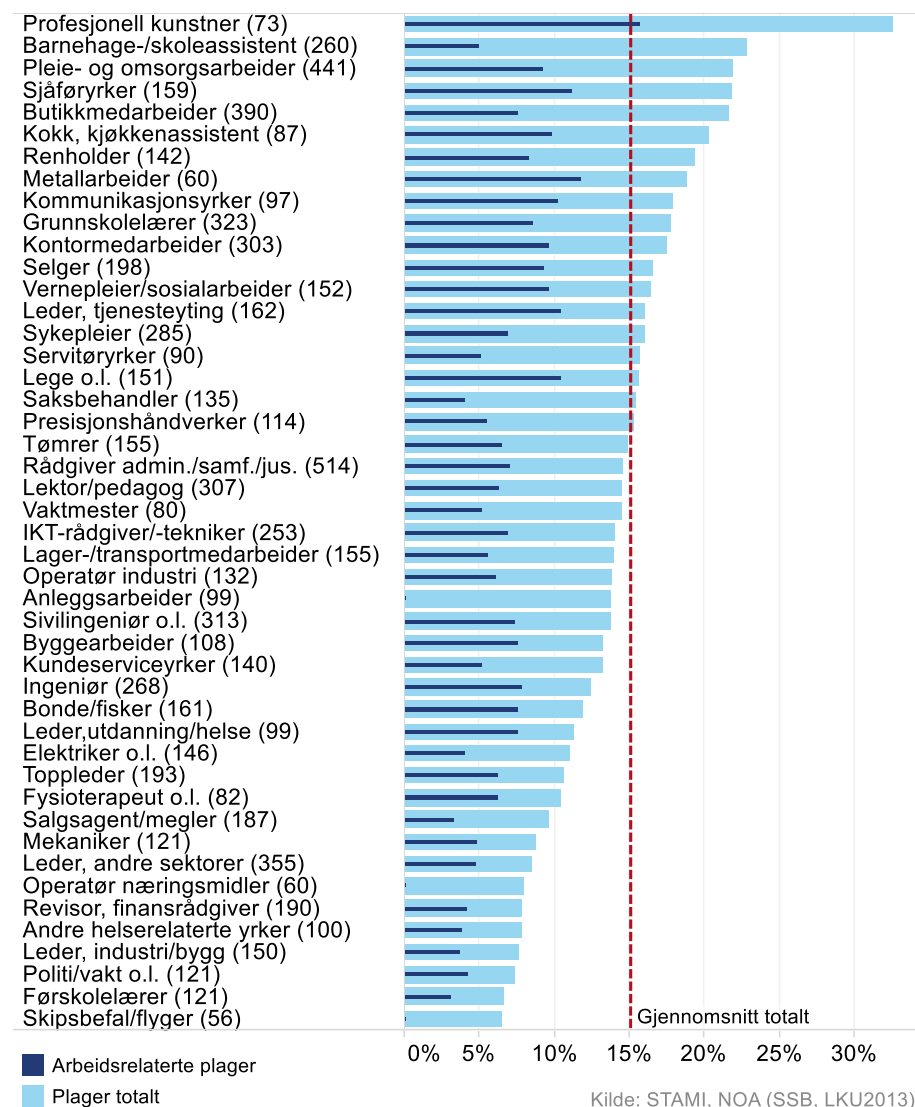
	ALDER	PSYKISKE PLAGER	ARB. RELATERTE PSYKISKE PLAGER
Menn	17–24	14	8
	24–34	17	7
	35–44	13	7
	45–54	12	8
	55–67	11	6
	Totalt	13	7
Kvinner	17–24	23	6
	24–34	18	8
	35–44	15	7
	45–54	17	6
	55–67	15	6
	Totalt	17	7

4.3.2 Prosentandel yrkesaktive som oppgir psykiske plager siste måned, etter kjønn og utdanning (SSB, LKU 2013)

	UTDANNING	PSYKISKE PLAGER	ARB. RELATERTE PSYKISKE PLAGER
Menn	Ungdomsskole eller lavere	18	8
	Videregående påbegynt	12	6
	Videregående fullført	12	6
	Universitet el. høyskole inntil 4 år	14	8
	Universitet el. høyskole 4 år<	11	6
	Totalt	13	7
Kvinner	Ungdomsskole eller lavere	20	8
	Videregående påbegynt	15	7
	Videregående fullført	19	7
	Universitet el. høyskole inntil 4 år	15	7
	Universitet el. høyskole 4 år<	16	8
	Totalt	17	7

Tabell 4.3.2 viser at psykiske plager blant både yrkesaktive menn og kvinner oppgis hyppigst i gruppen med lavest utdanning. Sammenliknet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive viser figur 4.3.4 at andelen som oppgir psykiske plager, er høyere i yrker innenfor grunnskolesektoren og helse-, omsorgs- og sosialsektoren. Andelen er også høyere blant sjåførere, kokker/kjøkkenassistenter, butikkmedarbeidere, renholdere og metallarbeidere. Høyest andel med psykiske plager oppgis av profesjonelle kunstnere.

4.3.4 Prosentandel med psykiske plager, etter yrke



Psykisk utmattelse

Om lag 19 prosent av alle yrkesaktive oppgir at de føler seg psykisk utmattet etter endt arbeidsdag en gang i uken eller mer. Figur 4.3.6 viser at andelen er høyere enn gjennomsnittet for flere yrkesgrupper innenfor helse- og sosialtjenester og undervisningssektoren. Andre yrkesgrupper som oppgir nivåer over snittet, er sjåførere og saksbehandlere. Psykisk utmattelse kan gi økt risiko for psykiske lidelser (100), muskel- og skjelettlidelser (101) og arbeidsulykker (55, 102).

Hender det at du føler deg psykisk utmattet når du kommer hjem fra arbeid?

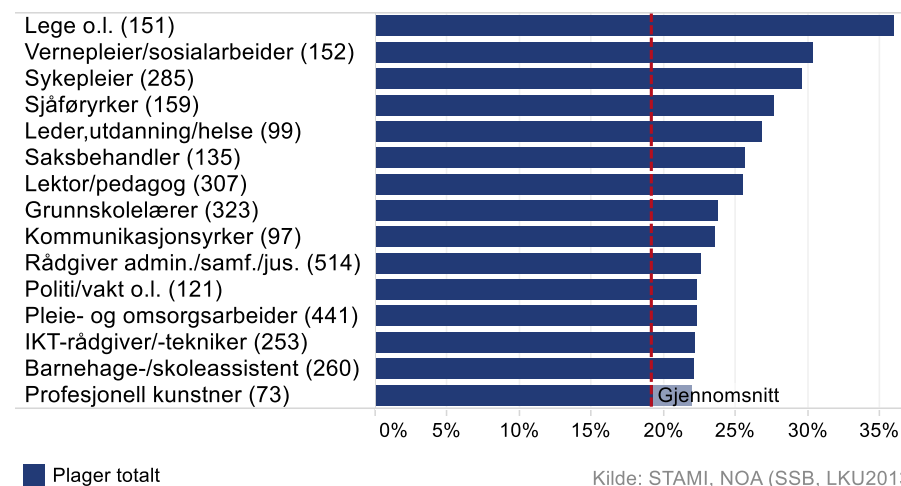
Svaralternativer:

Daglig, et par dager i uken, ca. en gang i uken, et par ganger i måneden, sjeldnere eller aldri

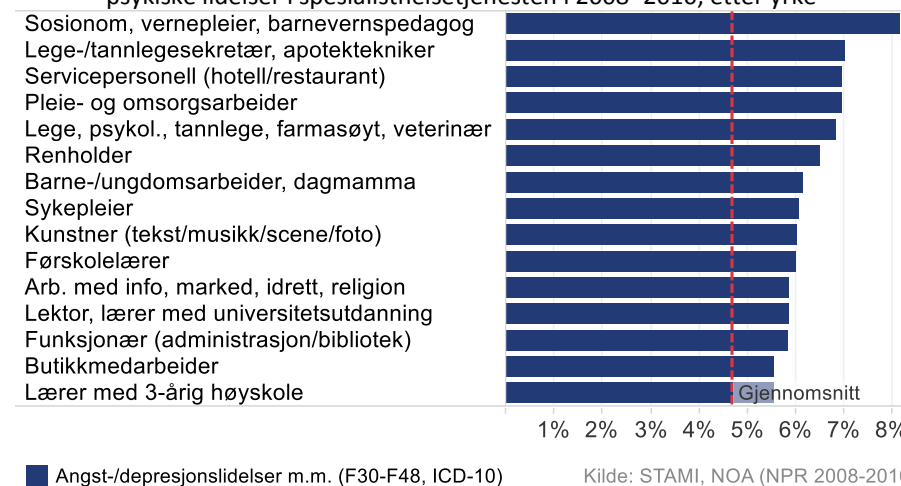
Yrkesaktive utredet og behandlet for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten

Data fra Norsk pasientregister viser at om lag 5 prosent av de yrkesaktive i aldersgruppen 33–42 år (i 2009) ble utredet og behandlet for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten i perioden 2008–2010. Figur 4.3.6 viser at andelen som fikk spesialistbehandling eller utredning, var mest utbredt i yrker innenfor helse-, omsorgs- og sosialsektoren. Andelen var også høyere for servicepersonell i hotell- og restaurantbransjen, renholdere og kunstnere. Vi ser også at andelen er høyere enn gjennomsnittet for enkelte yrker innenfor undervisningssektoren. Sammenlikner vi de selvrapporterte dataene fra LKU-A 2013 ovenfor med registerdataene fra Norsk pasientregister, ser vi et sammenfallende mønster knyttet til opphopning i enkelte yrkesgrupper.

4.3.5 Prosentandel som oppgir å være psykisk utmattet etter jobb én dag i uken eller mer, etter yrke



4.3.6 Prosentandel av yrkesaktive født 1967–1976 som fikk behandling for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten i 2008–2010, etter yrke



Legemeldt sykefravær, psykiske lidelser

Når det gjelder legemeldt fravær på 17 dager eller mer ved psykiske diagnoser er forekomsten samlet sett høyest i gruppen sosionom, vernepleier, barnevernspedagog (10,7 %), fulgt av førskolelærer (8,1 %) og sykepleier (7,2 %).

Blant kvinner er forekomsten av denne diagnosen også høyest i gruppen sosionom, vernepleier, barnevernspedagog (11,1 %), fulgt av fører (buss/bane), skipsbefal, flyger, (9,5 %), selger (engros/dør/telefon) (9,2 %) og førskolelærer (8,3 %).

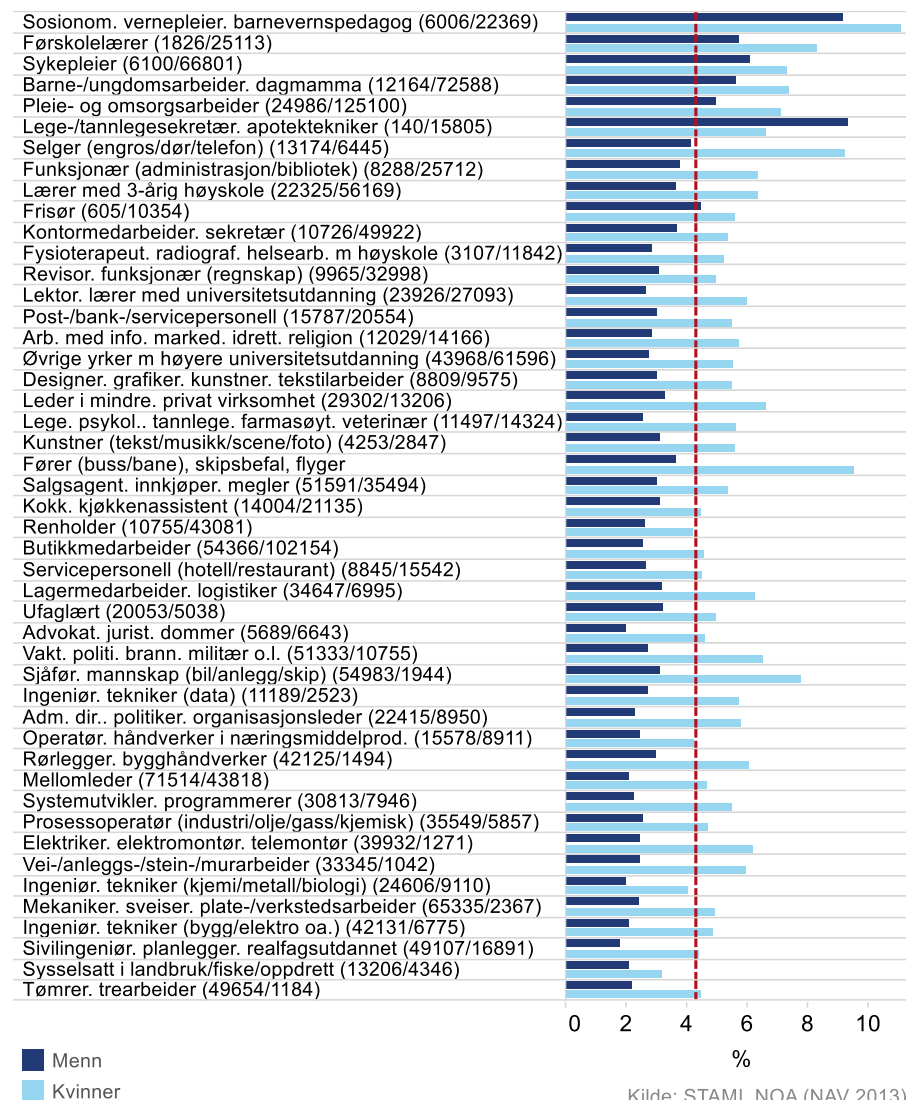
Blant menn er det lege-/tannlegesekretær, apotektekniker (9,3 %) som har høyest forekomst av fravær på 17 dager eller mer, men dette er en liten gruppe på kun 140 personer med sykepengeretter. Deretter følger gruppen sosionom, vernepleier, barnevernspedagog (9,2 %), sykepleier (6,1 %) og førskolelærer (5,7 %).

Lavest forekomst samlet sett finner vi i gruppen tømrrer, trearbeider (2,3 %), fulgt av sysselsatte i landbruk/fiske/oppdrett (2,4 %) og gruppen sivilingeniør, planlegger, realfagsutdannet (2,5%). Blant kvinner er forekomsten lavest blant sysselsatte i landbruk/fiske/oppdrett (3,2%), fulgt av gruppen ingeniør, tekniker (kjemi/metall/biologi) (4,1%) og renholdere (4,2%). Blant menn er det gruppen sivilingeniør, planlegger, realfagsutdannet (1,8%) fulgt av gruppen advokat/jurist/dommer (2,0%) og gruppen ingeniør, tekniker (kjemi/metall/biologi) (2,0%). som har lavest forekomst.

Med unntak av gruppen lege-/tannlegesekretær, apotektekniker har kvinner gjennomgående høyere fravær med psykiske diagnoser enn menn.

Forskjellen mellom menn og kvinner er størst i gruppen fører (buss/bane), skipsbefal, flyger der forekomsten blant kvinner er 2,6 ganger høyere sammenlignet med menn. For adm. dir., politikere, organisasjonsledere, gruppene sivilingeniør, planlegger, realfagsutdannet, elektriker, Elektromontør, telemontør, sjåfør, mannskap (bil/anlegg/skip) og til siste systemutvikler er forekomsten 2,5 ganger høyere sammenlignet med menn.

4.3.7 Forekomst av legemeldt sykefravær, 17 dager eller mer, ved psykiske diagnoser, i 2013, etter kjønn og yrke (tall i parentes: antall menn/kvinner)



Kilde: STAMI, NOA (NAV 2013))

Oppbrukte sykepengerettigheter, psykiske lidelser

Figur viser forekomsten av oppbrukte sykepengerettigheter ved psykiske diagnoser etter kjønn og yrke i 2013.

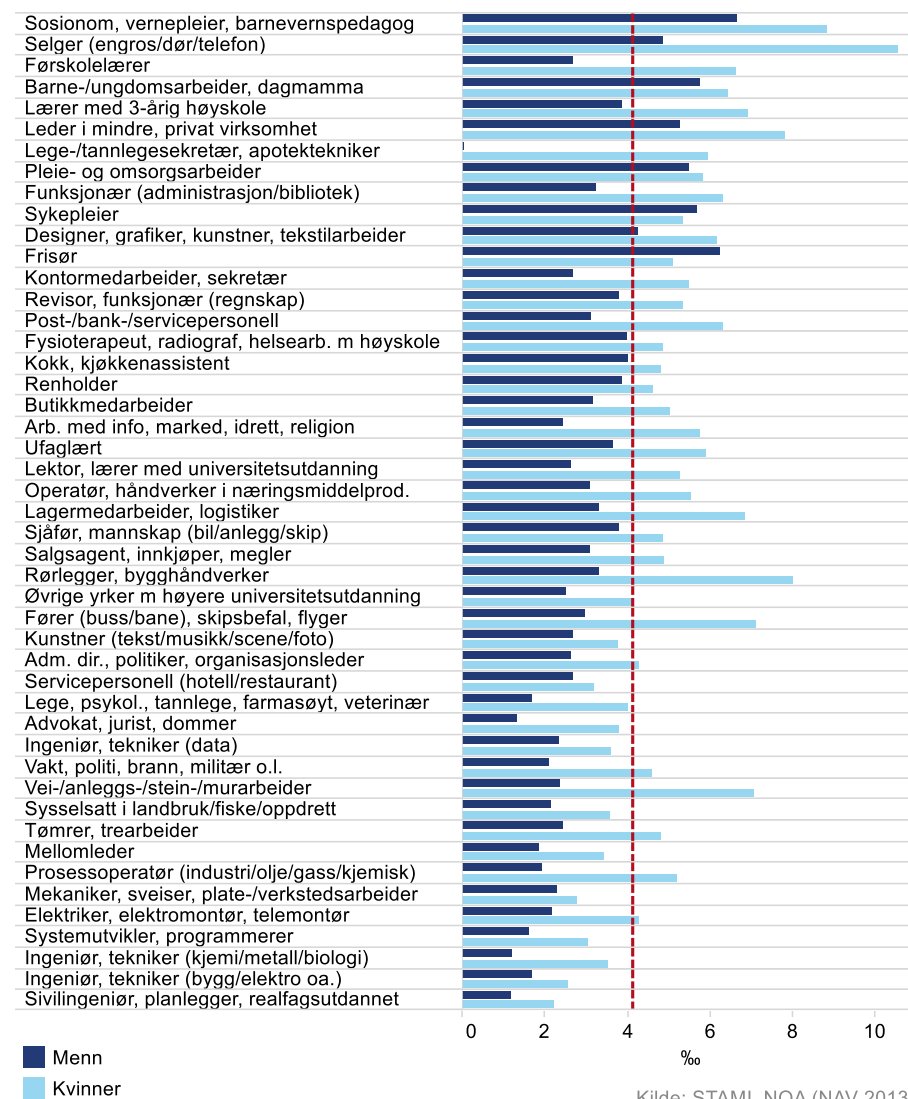
Vi har ingen informasjon om hvorvidt forhold på jobben er en medvirkende årsak til det lange sykefraværet. Når vi viser forekomsten etter yrke, kan yrkesopplysningen være et samlet mål på eksponeringsforhold av betydning for helse i den aktuelle yrkesgruppen og gi en mulig pekepinn på om arbeidsforhold kan ha vært medvirkende.

Blant kvinner er det høyest forekomst i yrket selger (engros/dør/telefon), med ca. 11 per 1000, fulgt av yrkene sosionom/vernepleier/barnevernspedagog og rørlegger/bygghåndverker. Forekomsten er lavest i ulike ingeniøryrker. Også blant menn ligger ingeniøryrker lavest, mens forekomsten er høyest i yrket sosionom/vernepleier/barnevernspedagog, fulgt av frisør og barne-/ungdomsarbeider/dagmamma.

I to yrker er forekomsten høyere blant menn enn blant kvinner, nemlig sykepleier og frisør. Ellers er forekomsten høyere blant kvinner.

Størst forskjell mellom kjønnene er det i yrkesgruppene lege-/tannlegeseekretær/apotektekniker og selger (engros/dør/telefon).

4.3.8 Oppbrukte sykepengerettigheter ved psykiske diagnoser i 2013, etter yrke og kjønn (antall per 1000 arbeidstakere)



Søvnvansker

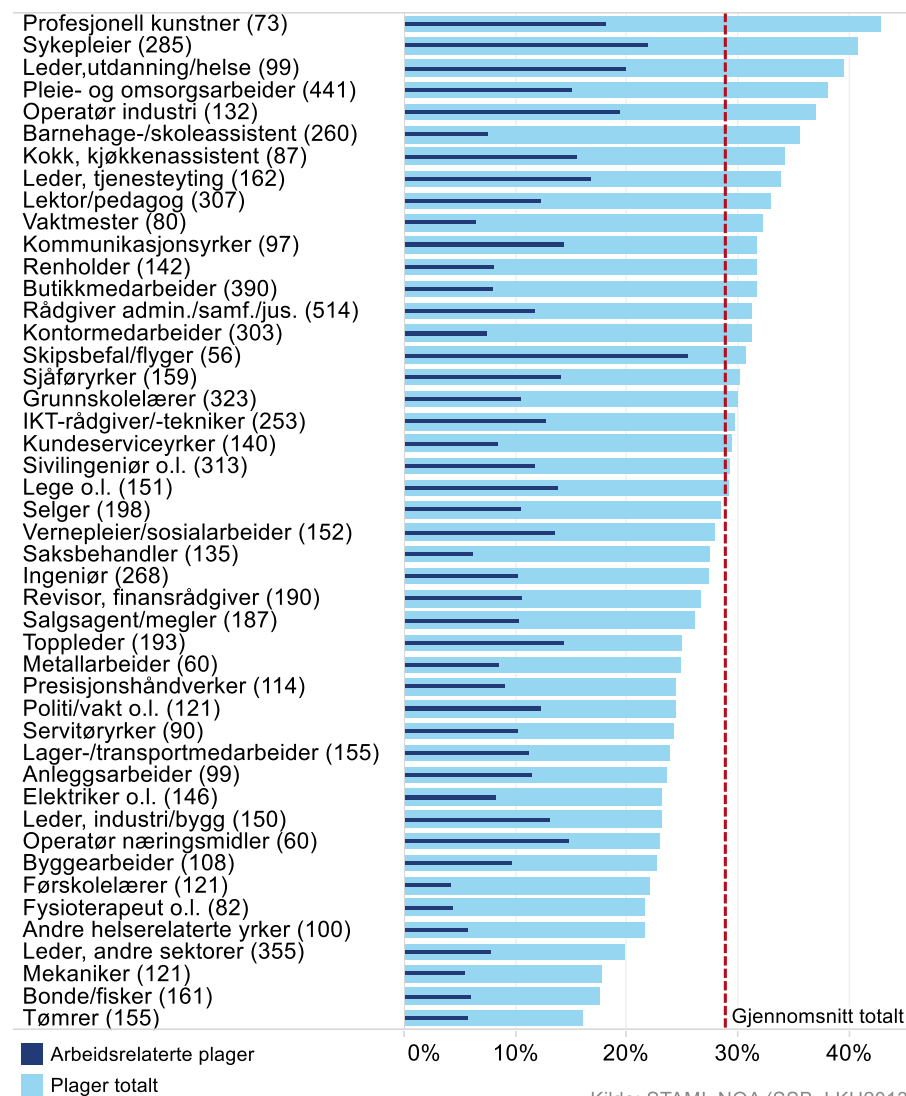
Søvn er den viktigste restitusjonsmekanismen for mennesker. Søvnforstyrrelser, forstått som dårlig eller lite søvn grunnet innsøvningsvansker, urolig nattesøvn eller tidlig oppvåkning, er i seg selv en uønsket tilstand, men søvnforstyrrelser er også assosiert med psykisk (103, 104) og somatisk sykdom (104), arbeidsskader (105), sykefravær (106) og uføretrygd (107). Døgnrytmeendringer kan medføre søvnforstyrrelser, og arbeidstidsordninger som nattarbeid, men også kveldsarbeid og arbeid som starter før kl. syv på morgenen, er assosiert med økt risiko for søvnforstyrrelser (17, 108). Psykososiale risikofaktorer i arbeidsmiljøet som høye jobbkraav, høye jobbkraav i kombinasjon med lav selvbestemmelse og innsatsbelønning-ubalanse er også funnet å ha betydning for søvnforstyrrelser (108). En mulig mekanisme er vedvarende høye psykofysiologiske reaksjoner utløst av psykososiale stressorer og vedlikeholdt av bekymringstanker (allostatisk belastning).

Har du i løpet av den siste måneden vært svært plaget, ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av søvnvansker, for eksempel problemer med innsøvn, for tidlig oppvåkning eller at du får for lite søvn?

Hvis svaret er ja: Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?

Om lag 30 prosent av alle yrkesaktive oppgir litt plaget eller mer av søvnvansker i løpet av siste måned. Av disse oppgir 38 prosent at vanskene helt eller delvis har sammenheng med arbeidet, noe som utgjør 280 000 yrkesaktive. Sammenliknet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive er andelen som oppgir søvnvansker, høyere i yrker innenfor grunnskolesektoren og helse-, omsorgs- og sosialsektoren. Vi ser også at profesjonelle kunstnere, industrioperatører samt kokker og kjøkkenassistenter oppgir søvnvansker i større grad enn gjennomsnittet. Ledere innenfor helse og utdanning samt ledere innenfor tjenesteyting oppgir også verdier over gjennomsnittet.

4.3.9 Prosentandel som oppgir søvnvansker i løpet av siste måned, etter yrke



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013)

4.4 ARBEIDSRELATERT HØRSELSKADE OG ØRESUS

Støyskader er den arbeidsrelaterte sykdommen som hyppigst blir meldt til Arbeidstilsynet og Petroleurstilsynet, og prosentandelen som oppgir å være plaget av nedsatt hørsel eller øresus, har ikke endret seg de ti siste årene. Om lag 11 prosent av alle yrkesaktive oppgir plager relatert til nedsatt hørsel eller øresus, noe som tilsvarer 280 000 yrkesaktive. Om lag 30 prosent av disse oppgir at plagene har sammenheng med arbeidet. Om lag 9 prosent av alle yrkesaktive oppgir å være eksponert for sterk støy en fjerdedel av arbeidstiden eller mer, noe som tilsvarer 236 000 yrkesaktive. Yngre yrkesaktive oppgir å være mer eksponert for sterk støy enn eldre yrkesaktive. Høy andel eksponerte og høy andel med plager oppgis av personer i typiske yrker innenfor næringene bygge- og anleggsvirksomhet, industri, utvinning av råolje- og naturgass, kraft-/vannforsyning, transport/lagring og jord-/skogbruk og fiske.

Hørsel er mulig når øret omdanner lydbølger til elektriske nervesignaler. Øret fanger opp lydbølger som trommehinnen omsetter til mekaniske bevegelser. Tre knokler i mellomøret leder bevegelsene til sneglehuset i det indre øret hvor en bindevevsmembran blir satt i svingninger i takt med lydbølgene. Sansecellene, som er små flimmerhår, hviler på denne membranen og stimuleres av svingningene. Ved stimulering omdanner sansecellene mekanisk energi til elektriske impulser. Impulsene eller nervesignalene overføres til hørselsnerven og videre til hjernen hvor signalene tolkes som sanseintrykk. Hørselstap oppstår når sansecellene mister evnen til å omsette mekaniske svingninger til nerveimpulser. Ved langvarig eksponering for høy lyd vil sansecellene overbelastes, og flere av cellene vil gradvis begynne å fungere dårligere for deretter å dø. Sansecellene kan også umiddelbart slites i stykker ved kraftige og kortvarige lydimpulser. Skadde sanseceller kan ikke erstattes, og dermed blir hørselstapet permanent.

Hørselskadelig lyd bestemmes av lydbølgens eller lydtrykkvariasjonens styrke og varighet. Lydens styrke bestemmes av trykkvariasjonenes størrelse og måles i

desibel (dB), mens trykkvariasjonenes hyppighet måles i hertz (Hz), som svingninger per sekund. Et menneske med normal hørsel vil kunne oppfatte lyder i

4.4.1 Hørselstap og funksjon (WHO, 1991)

Grad av hørselstap	Hørselstap 0,5–4 kHz Beste øre	Beskrivelse
Normal hørsel	≤25 dB	Ingen eller små hørselsproblemer, kan høre visking
Lett hørselstap	26–40 dB	Kan høre eller repetere ord ved normal tale i 1 m avstand
Moderat hørselstap	41–60 dB	Kan høre eller repetere ord når folk snakker høy i 1 m avstand
Betydelig hørselstap	61–80 dB	Kan oppfatte noen ord når folk roper inn i øret
Alvorlig hørselstap / døvhet	≥81 dB	Hører eller forstår ikke når folk roper inn i øret

frekvensområdet 20 Hz (bass) til 20 000 Hz (diskant). Menneskets øre er mest følsom i frekvensområdet 3–4 kHz, hvor lyd med styrke fra 0 dB (høreterskelen/svakest hørbar lyd) til 120 dB er hørbar. Lydtrykk som overstiger 120 dB, vil oppfattes mer som smerte enn lyd. For å ta hensyn til ørets frekvensfølsomhet måles lyd med veiekurver. Veiekurven «A» er mest vanlig, hvor talefrekvensene (0,5–4 kHz) tillegges mest vekt. Som lydtrykket måles også hørselstapet i desibel med et angitt frekvensområde. Et betydelig hørselstap innebærer at man ikke er i stand til å oppfatte lyd med en styrke som er lavere enn 61 dB i talefrekvensområdet (tabell 4.4.1)

I arbeidsmiljølovens forskrift om tiltaksverdier og grenseverdier for fysiske arbeidsmiljøfaktorer heter det at øvre verdi for daglig (8 timer) eksponering for kontinuerlig lyd ikke skal overskride et A-veid lydtrykk på 85 dB. Videre heter det at øvre verdi for impulslyd ikke skal overstige et C-veid lydtrykk på 130 dB.

Forskning har vist at vedvarende eksponering for lydnivåer på 85 dB(A) eller mer, gir hørselsskade, og eksponering for impulslyd på 130 dB(C) kan gi umiddelbar og kronisk skade på hørselen i form av hørselstap og øresus. Hørselsskadens alvorlighet ved kontinuerlig støyeksponering vil variere avhengig av desibelnivået og antall år man er eksponert. Ved 40 års eksponering på nivåer rundt grenseverdien 85 dB(A) vil hørselstapet på gruppenivå være relativt begrenset, dvs. et forventet tap på om lag 5 dB i frekvensområdet 3–5 kHz (109). Tapet vil imidlertid være betydelig ved 40 års eksponering på nivåer rundt 100 dB(A), dvs. et forventet tap på 30–40 dB i tilsvarende frekvensområde. Ved støyeksponering over flere tiår vil det meste av hørselstapet oppstå i løpet av de første 10–15 årene.

Arbeidsrelaterte risikofaktorer for hørselstap

- **impulsstøy ≥130 dB(C)**
- **kontinuerlig støy ≥85 dB(A)**

Populasjonsstudier har vist at økende alder er den viktigste risikofaktoren for hørselstap (109). Internasjonale og norske normalverdier for hørselstap blant ueksponerte individer viser et forventet aldersbetinget hørselstap blant menn i 60-årene på 30–40 dB i frekvensområdet 3–6 kHz. Tilsvarende verdier for kvinner er i overkant av 20 dB. Imidlertid er den individuelle variasjonen betydelig. Støyeksponering er den best dokumenterte risikofaktoren for hørselstap i arbeidsmiljø sammenheng. Amerikansk forskning har estimert at om lag 10 prosent av hørselstapet i populasjonen kan tilskrives arbeidsrelatert støyeksponering (110). Impulsstøy er vist å være mer skadelig enn kontinuerlig støy. Eksponering for kjemikalier (løsemidler og bly) er også vist å kunne gi nedsatt hørsel, og samtidig eksponering for støy og vibrasjoner er vist å kunne gi en forsterkende hørselsskadelig effekt.

En gjennomgang av forskningslitteraturen gir indikasjon på at omfanget av hørselsskadelig støy og hørselsskader er avtakende i den vestlige verden (109). Likevel er omfanget av meldte støyskader stabilt i Fastlands-Norge og øker offshore.

Lyd kan betraktes som et fysisk fenomen, dvs. som energi i form av små trykkvariasjoner som forplanter seg som trykkbølger i luft eller et annet medium. Når disse bølgene fanges opp av øret og trommehinnen, omsettes trykkvariasjonene til en mekanisk bevegelse og danner grunnlaget for sanseintrykk. Støy er definert subjektivt som uønsket lyd, og hørselsskadelig støy viser til vedvarende eksponering for et A-veid lydtrykk på ≥85 dB (kontinuerlig støy) samt sterk og kortvarig C-veid lyd på ≥130 dB (impulsstøy).

Lydenergi eller lydtrykk i luft angis i desibel ($10 \cdot \log A/B$) med en fast referanse («micropascal»). Desibelskalaen er logaritmisk og fungerer slik at en fordobling av lydeffekten tilsvarer en økning på 3 desibel. Lydeffekten av 83 desibel er for eksempel dobbelt så høy som effekten av 80 desibel.

For å vurdere hørselen i en populasjon må man ha et sammenlikningsgrunnlag, dvs. normaldata (109). STAMI har nylig utviklet en regnearkmetode som gjør dette enkelt. Regnearket finner du på internett: (111).

4.4.2 Eksempler på lydstyrken til ulike lydkilder

LYDKILDE	DESIBEL (A)
Skyting	120+
Sirkelsag	105–115
Tung lastebil (10 m)	80–90
Normal samtale (1 m)	50–60
Stille soverom	20–30
Rasling i løv	10–20

Forekomst av nedsatt hørsel eller øresus blant yrkesaktive

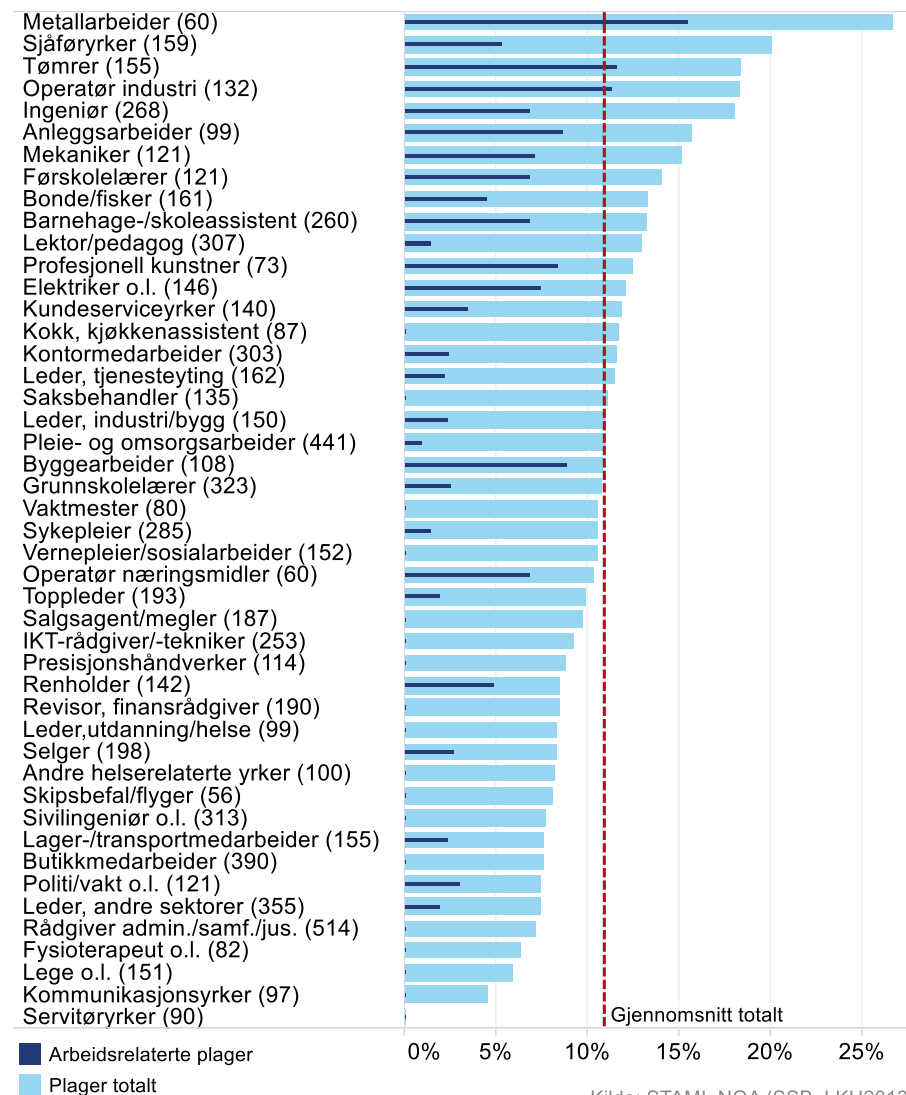
Prosentandelen som oppgir plager knyttet til nedsatt hørsel eller øresus, er den samme i dag som for ti år siden. LKU 2013 viser at om lag 11 prosent av alle yrkesaktive oppgir å være litt eller mer plaget av nedsatt hørsel eller øresus i løpet av siste måned, noe som tilsvarer i underkant av 280 000 yrkesaktive. Om lag 30 prosent oppgir at disse plagene har sammenheng med arbeidet, noe som tilsvarer i overkant av 80 000 yrkesaktive. Det er om lag 40 prosent flere menn enn kvinner som oppgir å være plaget av nedsatt hørsel eller øresus (tabell 4.4.3). Andelen som tilskriver plagene arbeidssituasjonen, er også høyere blant menn. For både menn og kvinner er andelen som er plaget, høyest i de to eldste aldersgruppene og blant yrkesaktive i utdanningsgruppen som har påbegynt, men ikke fullført videregående utdanning (tabell 4.4.3 og 4.4.4).

Har du i løpet av den siste måneden vært svært plaget, ganske plaget, litt plaget eller ikke vært plaget av nedsatt hørsel, slik at det er vanskelig å følge en samtale når flere deltar, eller vært plaget av øresus?

Hvis svaret er ja: Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?
(Svaralternativer: ja/nei)

LKU 2013 viser at nedsatt hørsel eller øresus er mest utbredt blant yrkesaktive innenfor næringene jord-/skogbruk og fiske, kraft-/vannforsyning, industri, bygge- og anleggsvirksomhet og transport/lagring, hvor andelen plagede er 20 prosent eller høyere sammenliknet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive. Ser vi på yrkesnivå, oppgir særlig metallarbeidere, sjåførere, tømrere, industrioperatører og anleggsarbeidere å være mer plaget enn gjennomsnittet for alle yrkesaktive (figur 4.4.3).

4.4.1 Andel yrkesaktive som oppgir nedsatt hørsel eller øresus siste måned, etter yrke

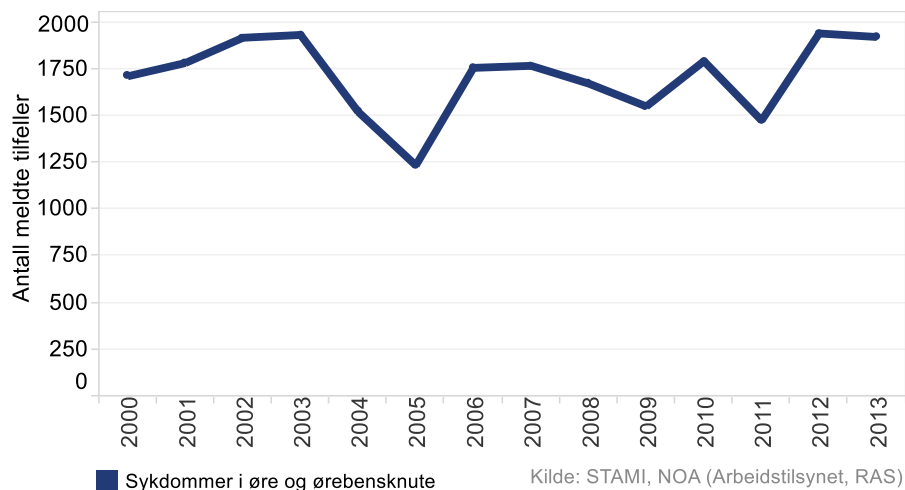


Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013)

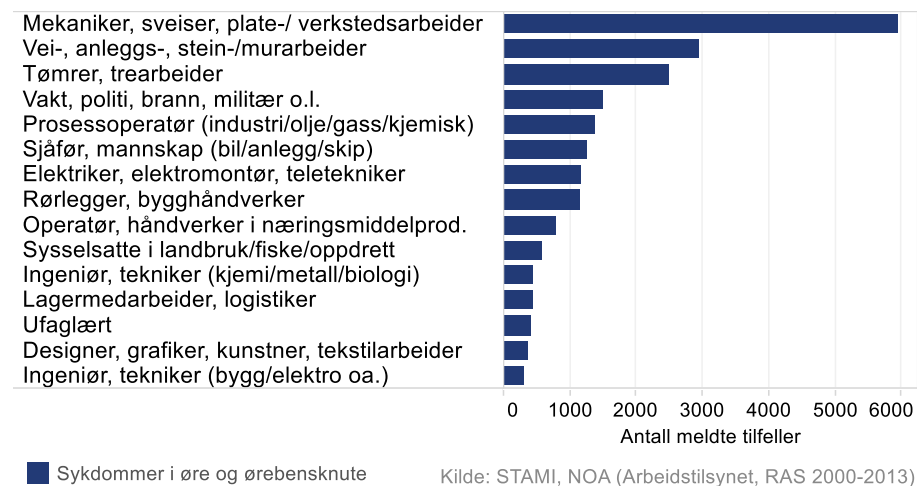
Legers melding av arbeidsrelaterte støyskader

Nedsatt hørsel og øresus er den yrkessykdommen som hyppigst blir meldt til Arbeidstilsynet og til Petroleumstilsynet. Ca. 60 prosent av alle meldingene til Arbeidstilsynet er relatert til støy, og i 2013 mottok Arbeidstilsynet i underkant av 2000 og Petroleumstilsynet om lag 600 meldinger om arbeidsrelatert hørselsskade (109). Figur 4.4.2 viser at det ikke har vært en nedgang i antall tilfeller av legemeldte støyskader til arbeidstilsynet i perioden 2000 til 2013. Sammenfallende med de selvrapporterte dataene fra LKU 2013 ovenfor, viser figur 4.4.3 at støyskademeldingene gjelder personer i typiske yrker innenfor næringene jord-/skogbruk og fiske, kraft-/vannforsyning, industri, bygge- og anleggsvirksomhet og transport/lagring (figur 4.4.4). Flest meldte støyskader gjelder yrkesaktive menn i aldersgruppen 45-64 år. Men vi ser også et betydelig antall støyskademeldinger knyttet til yngre yrkesaktive (figur 4.4.3).

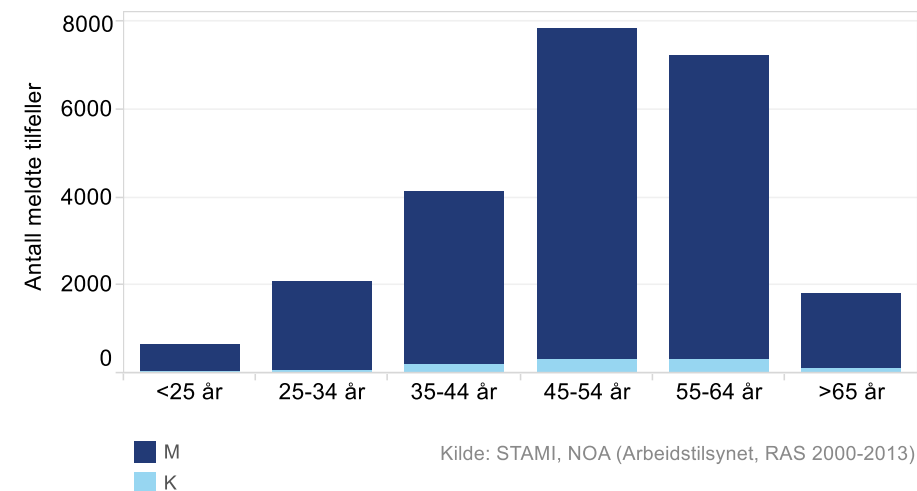
4.4.2 Antall tilfeller av arbeidsrelaterte støyskader meldt av leger til Arbeidstilsynet



4.4.3 Antall tilfeller av arbeidsrelaterte støyskader meldt av leger til Arbeidstilsynet, etter yrke.



4.4.4 Antall tilfeller av arbeidsrelaterte støyskader meldt av leger til Arbeidstilsynet, etter kjønn og alder.



Forekomst av potensiell hørselsskadelig støy i arbeidslivet

Om lag 9 prosent av alle yrkesaktive oppgir å være eksponert for sterk støy en fjerdedel av arbeidsdagen eller mer, noe som tilsvarer 236 000 yrkesaktive. Tabell 4.4.3 viser at menn oppgir mer enn dobbelt så ofte som kvinner å være utsatt for sterk støy. For både menn og kvinner er andelen som oppgir å være støyutsatt, høyest i de to yngste aldersgruppene. Tabell 4.4.4 viser en klar tendens til at menn med utdanning på videregående nivå eller lavere oppgir å være mest støyutsatt. For kvinner oppgis den høyeste andelen støyutsatte blant dem med utdanning på ungdomsskole eller lavere.

Er du i ditt daglige arbeid utsatt for så sterk støy at man må stå inntil hverandre og rope for å bli hørt?

4.4.3 Eksponering for sterk støy og nedsatt hørsel eller øresus, etter kjønn og alder (%) (SSB, LKU 2013)

	ALDER	UTSATT FOR STERK STØY	PLAGET AV NEDSATT HØRSEL ELLER ØRESUS	ARB. RELATERTE PLAGER
Menn	17-24	16	5	2
	24-34	14	7	3
	35-44	12	9	4
	45-54	11	15	5
	55-67	12	24	7
	Totalt	13	13	4
Kvinner	17-24	10	5	1
	24-34	7	5	2
	35-44	4	6	2
	45-54	5	10	2
	55-67	4	18	3
	Totalt	6	9	2

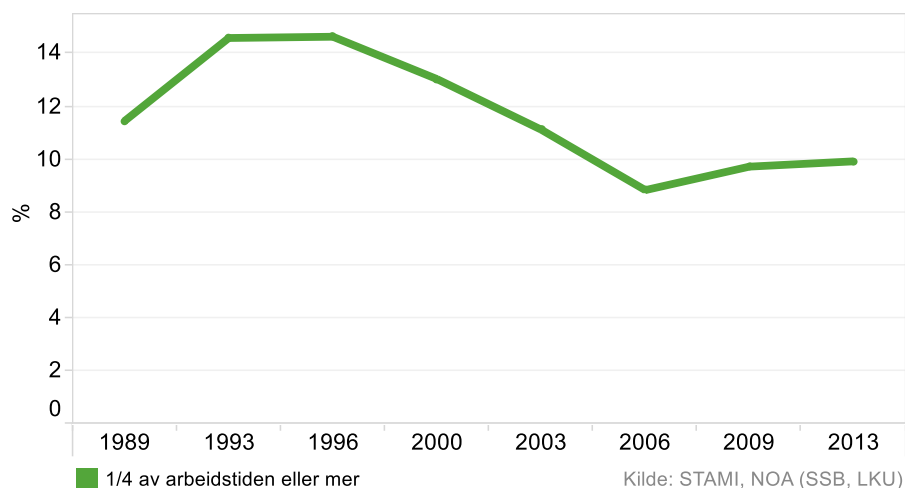
4.4.4 Eksponering for sterk støy og nedsatt hørsel eller øresus, etter kjønn og utdanning (SSB, LKU 2013)

	UTDANNING	UTSATT FOR STERK STØY	PLAGET AV NEDSATT HØRSEL ELLER ØRESUS	ARB. RELATERTE PLAGER
Menn	Ungdomsskole eller lavere	16	12	5
	Videregående påbegynt	14	20	6
	Videregående fullført	18	14	6
	Universitet el. høyskole inntil 4 år	4	11	1
	Universitet el. høyskole 4 år<	1	10	1
	Totalt	13	13	4
Kvinner	Ungdomsskole eller lavere	8	10	3
	Videregående påbegynt	5	18	3
	Videregående fullført	6	8	2
	Universitet el. høyskole inntil 4 år	5	8	2
	Universitet el. høyskole 4 år<	2	4	1
	Totalt	6	9	2

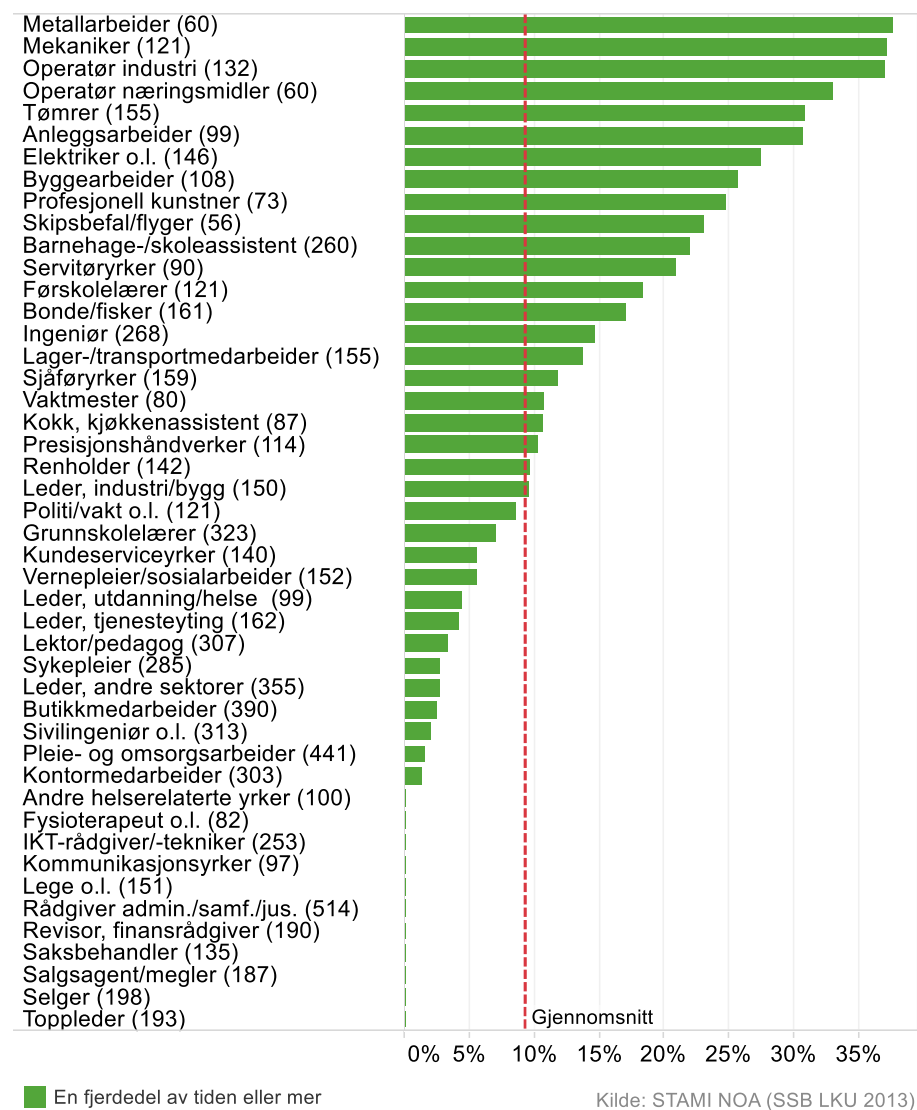
Figur 4.4.5 viser at prosentandelen som oppgir å være utsatt for sterk støy, har blitt redusert med om lag 5 prosentpoeng siden 1996. I industrialiserte land er det holdepunkter for å hevde at støyeksposeringen de siste tiårene har blitt vesentlig redusert som følge av et bedret regelverk og mer utbredt bruk av verneutstyr (109).

LKU 2013 viser at en høy andel eksponerte finnes innenfor næringene bygge- og anleggsvirksomhet, industri, utvinning av råolje- og naturgass og innenfor jord-/skogbruk og fiske, hvor om lag dobbelt så mange som gjennomsnittet oppgir sterk støyeksposering en fjerdedel av dagen eller mer. Ser vi på yrkesnivå, oppgir industrioperatører, metallarbeidere, mekanikere, næringsmiddeloperatører, anleggsarbeidere, tømrere og elektrikere å være mer enn tre ganger så utsatt for sterk støy enn gjennomsnittet for alle.

4.4.5 Prosentandel som oppgir å være utsatt for sterk støy en fjerdedel av dagen eller mer



4.4.6 Prosentandel eksponert for sterk støy, etter yrke



4.5 ARBEIDSRELATERTE HUDPLAGER OG -SYKDOMMER

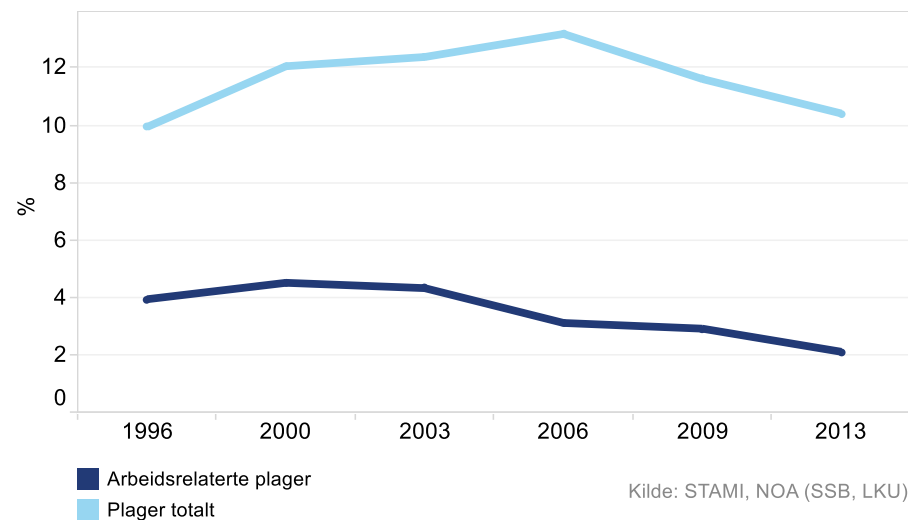
Hudplager blant yrkesaktive oppgis å være om lag like utbredt i dag som for 20 år siden. Samtidig er det en nedgang i andelen som oppgir at plagene er arbeidsrelatert. I overkant av 10 prosent av de yrkesaktive oppgir å ha hudplager i 2013, og en av fem av disse, om lag 53 000 personer, oppgir at plagene helt eller delvis skyldes forhold på jobben. Antall tilfeller av sykdom i hud og underhud meldt til RAS-registeret har avtatt i perioden 2000-2013, og tall fra NAV viser at det var i underkant av 10 000 legemeldte sykefraværstilfeller på 17 dager eller mer med huddiagnoser i 2013. Hudkontakt med oljer, smøremidler, vann, rengjøringsmidler og avfettingsmidler kan gi hudplager. Andelen som oppgir hudkontakt med oljer, smøremidler og hyppig kontakt med vann har vært relativt stabil de siste 10 årene, mens andelen som oppgir hudkontakt med rengjøringsmidler og avfettingsmidler totalt sett har avtatt. I 2013 oppgir én av fire at de utsettes for hyppig hudkontakt med vann og hudkontakt med rengjørings-/desinfeksjonsmidler, mens én av ti utsettes for hudkontakt med oljer/smøremidler og avfettings-/løsemidler.

Huden er kroppens største organ og er vår kontaktflate mot omgivelsene. Mange typer eksponering både i hjemmet og på arbeidsplasser kan gi hudplager. Faktorer i arbeidsmiljøet som kontakt med kjemiske stoffer og fysiske og mekaniske eksponeringer kan forårsake hudplager og -sykdommer. Herunder kan nevnes vann, rengjøringsmidler, metaller (nikkel, krom), løsemidler/avfettingsmidler, biologisk materiale, tørr luft, kulde, varme og friksjon. Hudplager- og sykdommer kan anses som arbeidsrelaterte når eksponeringen på jobb helt eller delvis er årsak til lidelsen eller forverrer en tilstand som var der uavhengig av arbeidet. Psoriasis er et eksempel på en hudsykdom som kan forverres av eksponeringer på jobb.

Den mest vanlig arbeidsrelaterte hudsykdommen er kontakteksem. Den vanligste lokalisasjonen er hendene, men hudplager kan også oppstå i ansiktet og/eller på andre deler av kroppen (112). Noen eksponeringer på jobb kan også føre til

elveblest (urtikaria), som er en reaksjon som kommer ganske raskt (minutter-timer) etter kontakt med ulike histaminrike matvarer og kjemiske tilsetningsstoffer og forsvinner når eksponeringen opphører. Forekomsten og årsakene til arbeidsrelaterte hudsykdommer i Norge er fortsatt lite studert, men data om arbeidsrelaterte hudplager fra forskjellige registre tyder på at kjemiske eksponeringer i arbeidsmiljøet kan gi hudsykdom. For å forebygge hudplager er det nødvendig med flere epidemiologiske studier på populasjonsnivå og blant utvalgte yrkesgrupper (både onshore og offshore) (113).

4.5.1 Trend i forekomsten av hudplager (litt plaget eller mer siste måned) i perioden 1996–2013 (prosentandel av alle yrkesaktive)



Figur 4.5.1 viser trenden i forekomst av selvrappporterte hudplager i perioden 1996–2013. Vi ser at total forekomst av hudplager økte i perioden 1996–2006 for deretter å avta. Totalt sett oppgis det like mye hudplager i dag som for 20 år siden. Andelen som oppgir arbeidsrelaterte plager avtar. Denne nedgangen kan skyldes en reell nedgang, men det kan også skyldes at de med hudplager skifter yrke, blir langtidssykemeldt eller går ut av arbeidslivet. Det kan også skyldes paneldesignet innført i LKU i 2006 eller lavere svarprosent i undersøkelsen.

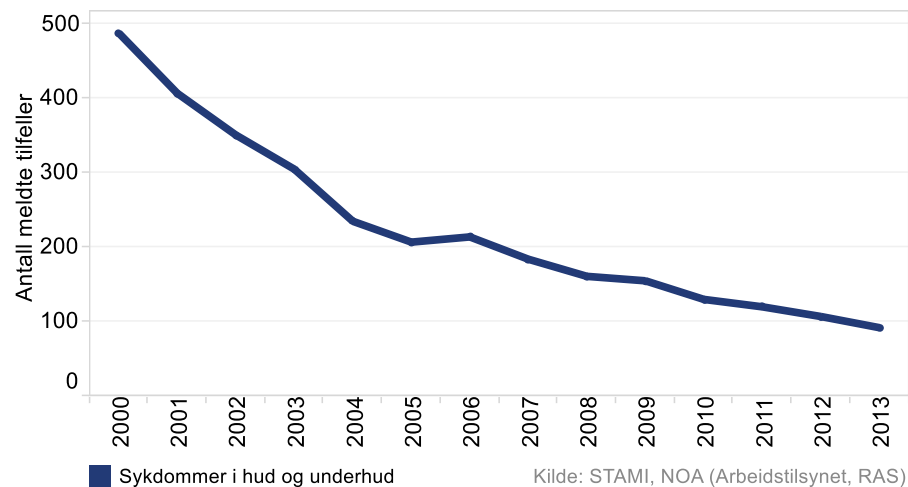
4.5.1 Prosentandel som oppgir å være litt plaget eller mer av hudplager, etter alder og kjønn (SSB, LKU 2013)

		HUDPLAGER, TOTALT	HUDPLAGER, ARBEIDS-RELATERT
Kvinner	17-24 år	11	3,9
	25-34 år	11	2,0
	35-44 år	11	2,1
	45-54 år	12	2,7
	55-67 år	10	0,9
	Totalt	11	2,2
Menn	17-24 år	9	2,0
	25-34 år	11	2,5
	35-44 år	10	1,9
	45-54 år	10	1,9
	55-67 år	10	1,9
	Totalt	10	2,0

Av tabell 4.5.1 ser vi at kvinner og menn rapporterer likt når det gjelder forekomst av hudplager totalt og arbeidsrelaterte hudplager. Forekomsten ser også ut til å være den samme i alle aldersgrupper, både blant menn og kvinner. Det er imidlertid en tendens til høyere rapportering av arbeidsrelaterte hudplager blant de yngste kvinnene. Det er også en tendens til at forekomsten av arbeidsrelaterte plager er størst for menn med kun ungdomsskole eller mindre (tabell ikke vist).

Basert på en analyse av LKU-paneldata med oppfølging av fysisk og kjemisk eksponering fra 2006 til 2009, ble det funnet at vann på huden, rengjøringsmidler, varme, tørr luft og organisk støv var risikofaktorer for selvrapporterte hudplager (114). 16 prosent av hudplagene kunne tilskrives disse eksponeringsfaktorene. I en annen analyse der LKU-A 2009 ble koblet til sykefraværdata fra NAV og analysert for tilsvarende eksponering, fant vi at de viktigste risikofaktorene for langtids-sykefravær hos menn var hudkontakt med rengjøringsmidler og avfall, mens det var vann for kvinner. 15 prosent av fraværet kunne tilskrives disse hudeksponeringene.

4.5.2 Antall tilfeller av arbeidsrelaterte sykdommer i hud og underhud meldt av leger til arbeidstilsynet, etter kjønn og år



Figur 4.5.2 viser antall tilfeller av legemeldt arbeidsrelatert sykdom i hud og underhud som er meldt til RAS-registeret i Arbeidstilsynet. Vi ser at antall meldinger har avtatt fra nær 500 i 2000 til under 100 i 2013. En tidel av meldingene om arbeidsrelatert sykdom som sendes til RAS-registeret, gjelder hudsykdommer. Man antar at innmeldingene til registeret representerer en betydelig underrapportering. Du kan lese mer om dette temaet i en nylig publisert norsk vitenskapelig artikkel (115).

Plager relatert til eksem, hudkløe og utslett

Om lag 10 prosent av alle yrkesaktive oppgir at de er litt plaget eller mer av eksem, hudkløe eller utslett, noe som tilsvarer vel 250 000 yrkesaktive. Blant disse oppgir om lag én av fem at plagene helt eller delvis skyldes jobben (53 000).

Yrkesgruppene som i størst grad rapporterer hudplager (figur 4.5.3), er profesjonelle kunstnere, kontormedarbeidere og metallarbeidere. Ser vi derimot på arbeidsrelaterte hudplager, er det bygge- og anleggsarbeidere, vaktmestere, bønder/fiskere, kokker/kjøkkenassistenter og renholdere som har høyest forekomst (om lag 5 %).

Basert på næringsgrupper er det de som jobber innenfor jord-/skogbruk/fiske, overnatting/servering og helse- og sosialtjenester som har høyest forekomst av arbeidsrelaterte hudplager (3–4 %).

Har du i løpet av den siste måneden vært plaget av eksem, hudkløe eller utslett? Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?

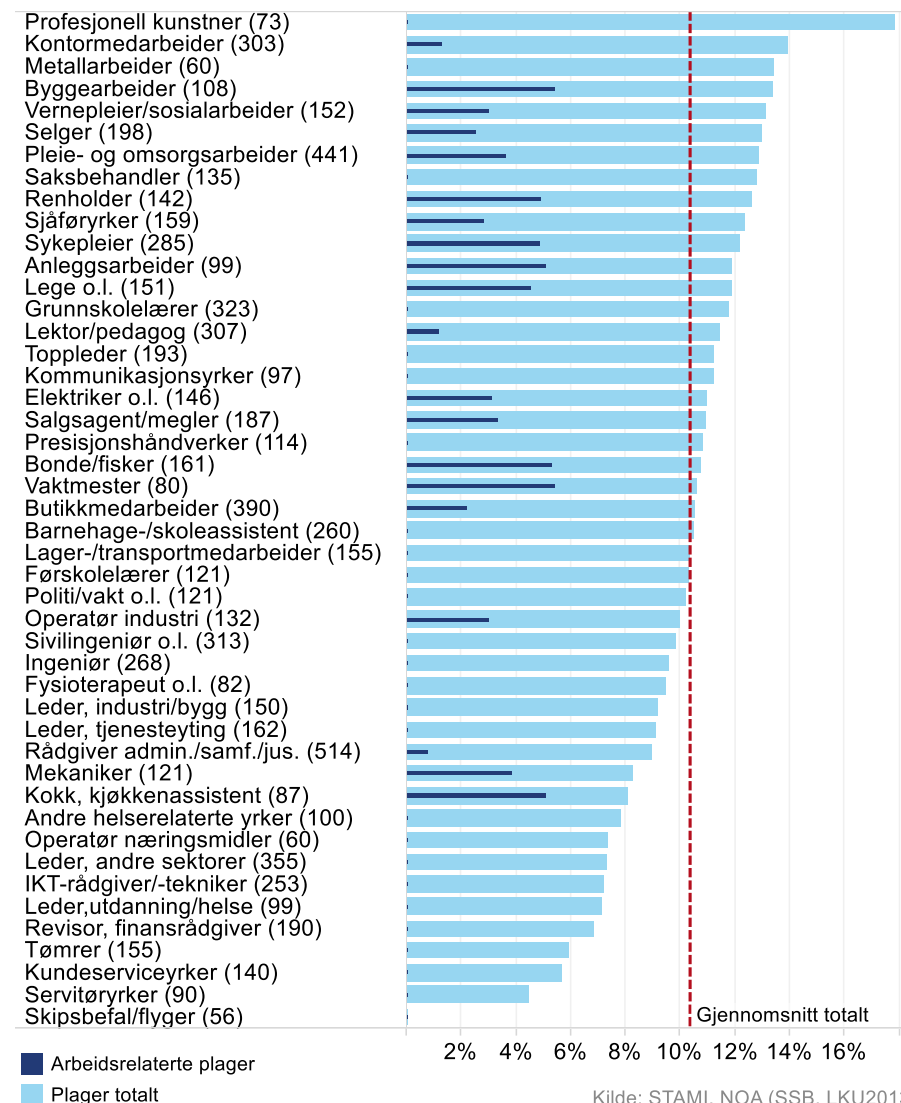
Hvis svaret er ja: Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?

Det er små forskjeller mellom kjønn, utdanningsnivåer og aldersgrupper når det gjelder hudplager (tabell 4.5.1).

Sammenholder vi resultatene med tabell 4.5.2 som viser hudeksponering for ulike kjemikalier, ser vi en tendens til sammenheng mellom høyere forekomst av eksponering for rengjøringsmidler/desinfeksjonsmidler og vann på huden flere ganger i timen og høyere forekomst av arbeidsrelaterte hudplager blant de yngste kvinnene. Tilsvarende sammenheng ser vi ikke for menn.

Resultatet fra en spørreskjemaundersøkelse (Risikonivå i norsk petroleumsvirksomhet) gjennomført blant ansatte som jobber offshore, for 2005–2011 viste at 6 prosent av ansatte rapporterte å ha vært ganske/svært plaget av arbeidsrelaterte hudsymptomer de tre siste månedene. Arbeidsrelaterte hudplager var også det hyppigste rapporterte helseproblemet relatert til kjemisk eksponering.

4.5.3 Prosentandel som oppgir å være litt plaget eller mer av hudplager, etter yrke



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013)

Legers melding av arbeidsrelatert hudsykdom

Ved en gjennomgang av 3142 meldte arbeidsrelaterte hudsykdommer til Arbeidstilsynets register for arbeidsrelaterte sykdommer (RAS) i perioden 2000–2013 (115) var vel halvparten av tilfellene menn. Nesten halvparten av sykdomstilfellene gjaldt yngre arbeidstakere under 35 år. Kun 10 prosent var over 55 år. Yrkesgrupper med flest meldte tilfeller var mekanikere/sveisere, pleie- og omsorgsarbeidere, frisører, kokker og kjøkkenassistenter og bygge- og anleggsarbeidere. De vanligst rapporterte yrkesgruppene arbeidet med vannbaserte rengjøringsmidler, kjemiske stoffer, metaller, petroleumsbaserte produkter, lim, epoksy, plast- og gummiprodukter, sement, betong og planter. Data om arbeidsrelatert sykdom fra RAS-registeret gir ikke et fullstendig bilde, og man må tolke slike data med forsiktighet på grunn av underrapportering (115).

De mest vanlige arbeidsrelaterte hudsykdommene er allergisk og irriterende (toksik) kontakteksem. Begge typene kan forårsakes av direkte kontakt mellom huden og et stoff.

Irritativ (toksik) kontakteksem oppstår etter gjentatt og lengre tids påvirkning av hudirriterende stoffer ved at de ødelegger hudens beskyttelsesbarriere slik at huden blir irritert, rød og sprukket og lettere mottakelig for ytre påvirkning.

Allergisk kontakteksem forårsakes av allergifremkallende kjemiske stoffer (allergener) som trenger gjennom huden og påvirker forsvarssystemet.

Urtikaria eller elveblest forårsaket av arbeidsrelaterte faktorer forekommer. Dette er et kløende utslett som består av vabler/blemmer av ulik form som varer fra minutter til timer.

I perioden 2000–2012 ble det meldt 805 tilfeller av arbeidsrelatert hudsykdom til Petroleumstilsynet, og av disse var 89 prosent menn. 96 prosent av de meldte sykdommene dreide seg om kontakteksem (dermatitt). De fem yrkesgruppene med fleste meldinger var oljearbeidere, boredekkarbeidere, forpleiningsassistenter, mekanikere og dekkarbeidere.

4.5.4 Antall legemeldte tilfeller av arbeidsrelatert hudsykdom, fordelt på yrker og kvinner (K) og menn (M)



Kilde: STAMI, NOA (Arbeidstilsynet, RAS 2000-2013)

Hudsykdom behandlet i spesialisthelsetjenesten

Det kroniske forløpet av arbeidsrelaterte hudsykdommer som i hovedsak utgjør irritativ og allergisk kontakteksem av hendene, kan føre til uheldige samfunnsøkonomiske konsekvenser i form av krevende medisinske utredninger, langtidssykefravær, uførhet og/eller omskolering.

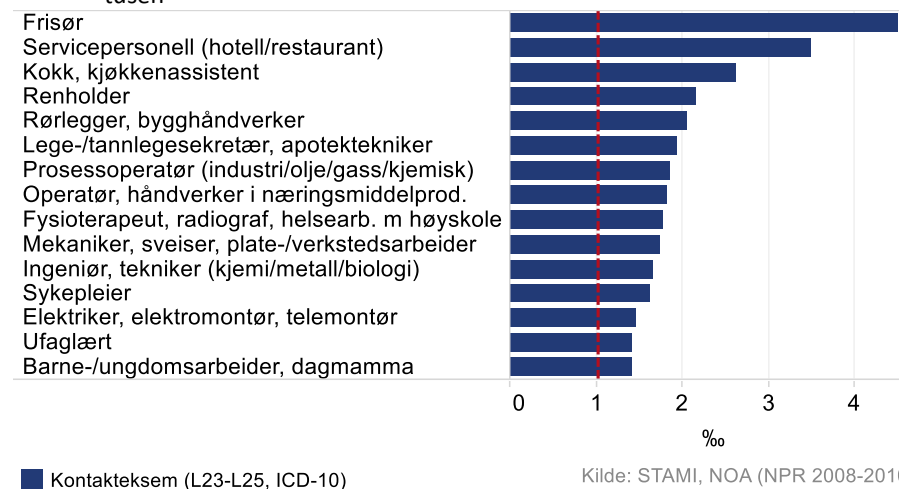
Basert på data fra Norsk pasientregister ble en pr. 1000 (1 ‰) av de yrkesaktive i aldersgruppen 33–42 år (i 2009) utredet og behandlet i spesialisthelsetjenesten for kontakteksem i perioden 2008–2010. Yrkene som oftest ble behandlet, var frisører (5 ‰), servicepersonell (hotell/restaurant) og kokker og kjøkkenassistenter (begge 3 ‰), renholdere, rørleggere og bygghåndverkere, lege- og tannlegesekretærer, apotekteknikere og prosessoperatører (alle 2 ‰).

Sykefravær med huddiagnoser

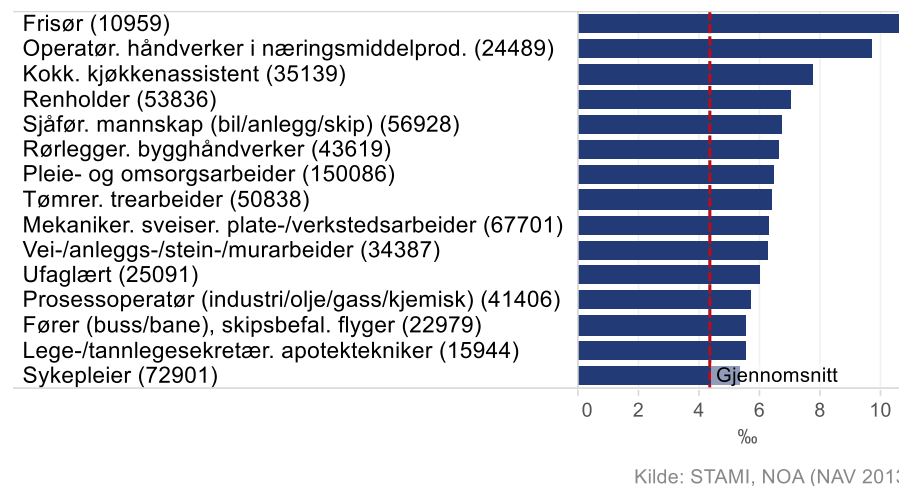
Ser vi på forekomsten av legemeldte sykefraværstilfeller på 17 dager eller mer med huddiagnoser i 2013, ligger gjennomsnittet for alle arbeidstakere på i underkant av fem pr. 1000 (4,4 ‰). Dette tilsvarer i underkant av 10 000 sykefraværstilfeller. Frisørene har flest tilfeller (11 ‰), fulgt av operatører og håndverkere i næringsmiddelproduksjon (10 ‰) og kokker og kjøkkenassistenter (8 ‰). Renholdere har også høy forekomst (7 ‰).

Det er ikke uventet at disse gruppene ligger høyt. Frisører er en yrkesgruppe med stor avgang i yngre år, blant annet som følge av hudproblemer knyttet til eksponeringer på jobb. Frisører eksponeres mye for vann og ulike kjemikalier som kan gi håndeksem, og de er også mer utsatt for å få elveblest (urtikaria) som følge av eksponering for persulfater, naturlig gummi latex protein, hydrolysert hveteprotein og tilsetningsstoffer i hårfarge (116). De tre øvrige nevnte yrkene med høy forekomst er alle våtyrker der arbeidstakeren i stor grad utsettes for håndkontakt med vann, rengjøringsmidler og hanskebruk, en type eksponering som over tid kan gi tørr og irritert hud med påfølgende utvikling av eksem.

4.5.5 Kontakteksem blant yrkesaktive født 1967–1976 behandlet i spesialisthelsetjenesten i 2008–2010, etter yrke, 15 på topp, antall pr. tusen



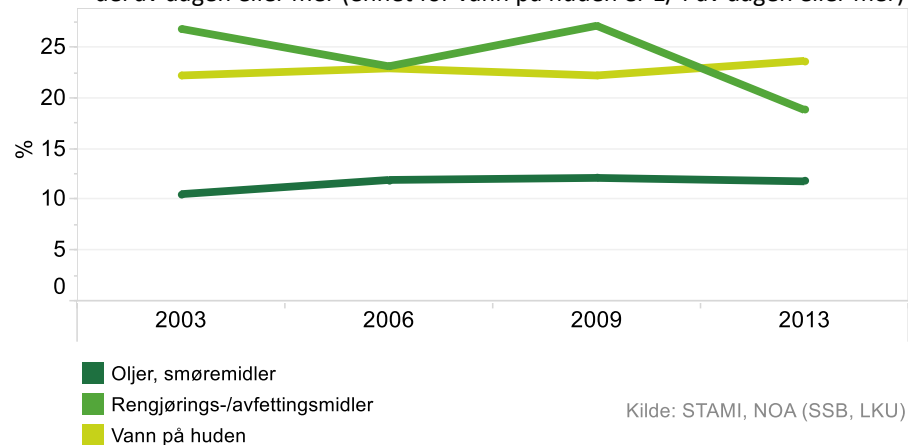
4.5.6 Promilleandel med sykefravær 17 dager eller mer med huddiagnoser i 2013, etter yrker. Antall arbeidstakere i parentes.



RISIKOFAKTORER FOR HUDPLAGER OG SYKDOMMER

Som figur 4.5.7 viser, er andelen som de siste 10 årene oppgir at de i sitt daglige arbeid utsettes for hyppig hudkontakt med vann stabil (22 - 24 %). Andelen som oppgir hudkontakt med oljer/smøremidler er også stabil (11-12 %). Trenden for de som oppgir at de har hudkontakt med rengjørings-/avfettingsmidler har variert over tid, men totalt har andelen eksponerte avtatt (fra 27 % i 2003 til 19 % i 2013). Kvinner oppgir i større grad at de blir eksponert for rengjøringsmidler/desinfeksjonsmidler og de oppgir også at de blir utsatt for vann på huden flere ganger i timen mer enn menn. Hudkontakt med løsemidler/avfettingsmidler og oljer/smøremidler rapporteres fire til fem ganger hyppigere for menn enn for kvinner (tabell 4.5.2). Når det gjelder eksponering for rengjørings-/desinfeksjonsmidler, er yngste aldersgruppe betydelig mer utsatt enn de eldre, både blant kvinner og menn, og forskjellen mellom de yngste og de eldste er større blant kvinner enn blant menn. Andelen som oppgir hudkontakt med avfettingsmidler/løsemidler og oljer/smøremidler er relativt lik i de ulike aldersgruppene, men eksponering oppgis hyppigere blant de yngste. Når det gjelder eksponering etter utdanningsnivå, viser tabell 4.5.3 at eksponering til hud generelt er avtakende med økende utdanningsnivå. Blant menn oppgis det langt høyere eksponering blant de som har fullført videregående eller mindre utdanning.

4.5.7 Prosentandel som oppgir hudkontakt med hudirriterende stoffer en liten del av dagen eller mer (enhet for vann på huden er 1/4 av dagen eller mer)



4.5.2 Prosentandel som oppgir ulike hudeksponeringer i en liten del av tiden eller mer, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)

		AVFETTINGS- /LØSEMIDLER	OLJER, SMØREMIDLER	RENGJØRINGS- /DESINFEKSIONS- MIDLER	VANN PÅ HUDEN*
Kvinner	17-24 år	7	5	44	49
	25-34 år	5	3	30	32
	35-44 år	3	2	26	27
	45-54 år	3	2	26	30
	55-67 år	3	3	23	31
	Totalt	4	3	28	32
Menn	17-24 år	18	24	31	28
	25-34 år	16	21	25	19
	35-44 år	15	18	20	14
	45-54 år	17	21	21	16
	55-67 år	13	17	18	12
	Totalt	16	20	22	16

*: En fjerdedel av tiden eller mer

4.5.3 Prosentandel som oppgir ulike hud-eksponeringer en liten del av tiden eller mer, etter utdanning og kjønn (SSB, LKU 2013)

		AVFETTINGS- /LØSEMIDLER	OLJER, SMØREMIDLER	RENGJØRINGS- /DESINFEKSIONS- MIDLER	VANN PÅ HUDEN*
Kvinner	Ungdomsskolenivå eller lavere	7	5	36	41
	Videregående, påbegynt	3	4	26	38
	Videregående, fullført	5	3	33	37
	Universitet/høyskole, inntil 4 år	2	1	25	26
	Universitet/høyskole, 4 år eller mer	3	-	12	12
	Totalt	4	3	28	32
Menn	Ungdomsskolenivå eller lavere	21	26	29	22
	Videregående, påbegynt	21	27	27	20
	Videregående, fullført	21	28	26	19
	Universitet/høyskole, inntil 4 år	5	5	12	9
	Universitet/høyskole, 4 år eller mer	3	2	9	8
	Totalt	16	20	22	16

*: En fjerdedel av tiden eller mer

Vann på huden

Hyppig kontakt med vann, for eksempel ved gjentatt håndvask, fører til mikroskopiske forandringer i hudstrukturen som igjen kan svekke hudens beskyttelsesfunksjon. Dette gjør det lettere for toksiske substanser og/eller kjemiske stoffer, eksempel allergener som kan finnes i rengjøringsprodukter, å penetrere huden (117). Hudkontakt med vann utenom arbeid kan også ha negative effekter på huden (118).

Får du i ditt daglige arbeid vann på huden flere ganger i timen? Ta også med håndvask. Det skal også svares ja selv om det brukes hansker.

Om lag 24 prosent av alle yrkesaktive oppgir at de har vann på huden flere ganger i timen en fjerdedel av arbeidsdagen eller mer. Dette tilsvarer 610 000 yrkesaktive. Andelen er dobbelt så høy for kvinner som for menn. Blant kokker og kjøkkenassistent er andelen 85 prosent. Deretter følger yrkene servitøryrker (80 %), sykepleiere og pleie- og omsorgsarbeidere (begge 77 %) og renholdere (75 %).

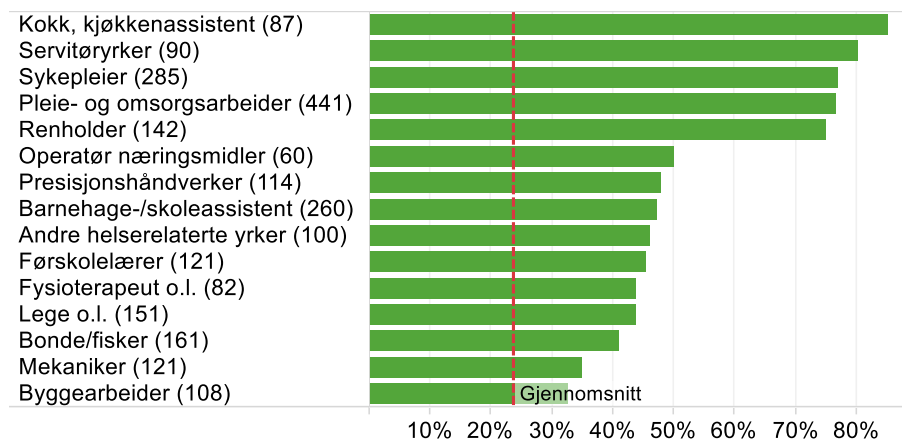
Rengjøringsmidler og desinfeksjonsmidler

Rengjøringsmidler skal fjerne smuss, skitt og fett, mens desinfeksjonsmidler skal fjerne eller drepe mikroorganismer. Sterke kjemikalier som kan løse opp hudens naturlige fettlag og deretter svekke den viktige beskyttelsesfunksjon som huden har. Rengjøringsmidler brukes ofte sammen med vann som igjen kan irritere huden og føre til toksisk kontakteksem. I tillegg inneholder produktene ofte duftstoffer eller andre tilsetningsstoffer som kan ha allergifremkallende egenskaper.

Er du i ditt daglige arbeid utsatt for hudkontakt med rengjøringsmidler eller desinfeksjonsmidler?

Andelen som er utsatt for rengjøringsmidler, er høyest blant kokker/kjøkkenassistenter (78 %), fulgt av renholdere, sykepleiere og pleie- og omsorgsarbeider (henholdsvis 71%, 62 % og 59 %).

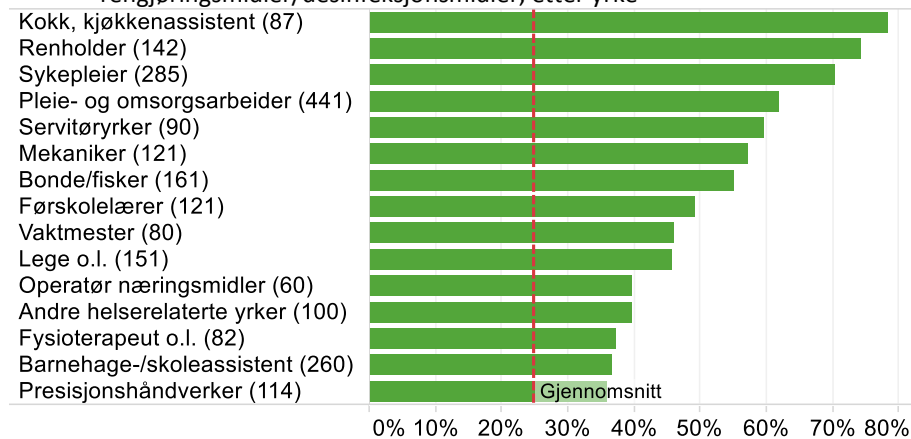
4.5.8 Prosentandel som oppgir å ha vann på huden flere ganger i timen en fjerdedel av tiden eller mer, etter yrke



■ En fjerdedel av tiden eller mer

Kilde: STAMI NOA (SSB LKU 2013)

4.5.9 Prosentandel som oppgir å være utsatt for hudkontakt med rengjøringsmidler/desinfeksjonsmidler, etter yrke



■ En liten del av tiden eller mer

Kilde: STAMI NOA (SSB LKU 2013)

Oljer, smøremidler og skjærevæsker

Oljer, smøremidler og skjærevæsker kan i seg selv gjøre huden tørr og irritert, og dessuten kan de inneholde tilsetningsstoffer som kan føre til for eksempel allergier. Enkelte innholdsstoffer kan trenge gjennom huden og tas opp i blodbanen. Det er derfor viktig å bruke hansker når man jobber med slike stoffer.

Er du i ditt daglige arbeid utsatt for hudkontakt med oljer, smøremidler eller skjærevæsker? Det skal også svares ja selv om det brukes hansker.

Andelen som oppgir at de blir utsatt oljer og smøremidler, er 12 prosent, dvs. om lag 300 000 individer. Yrkesgruppene som oppgir betydelig høy eksponering, er mekanikere (83 %), anleggsarbeidere (56 %), bønder/fiskere (53 %), metallarbeidere (51 %). Deretter kommer operatører i industrien (43 %) og elektrikere (32 %).

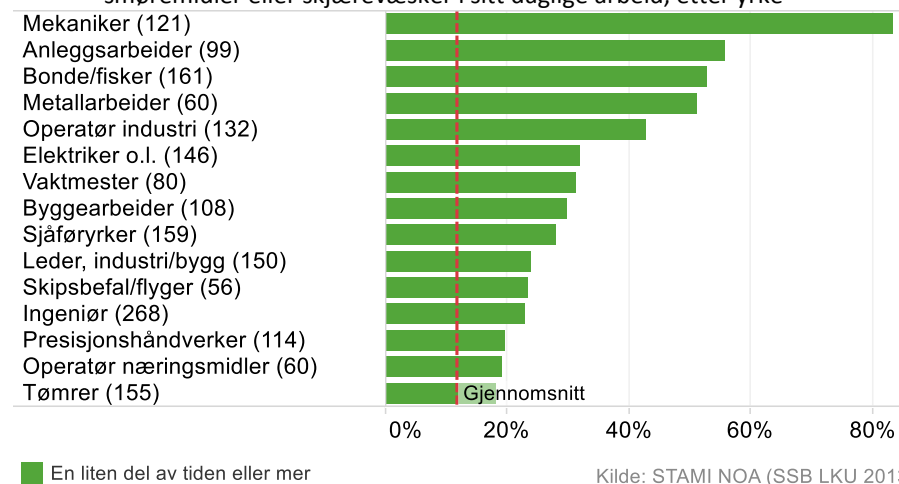
Løsemidler og avfettingsmidler

Løsemidler skal løse opp andre liknende stoffer, og avfettingsmidler skal fjerne fettstoffer, gjerne fra fett- eller oljeholdige produkter. I kontakt med huden bidrar disse stoffene i hovedsak til å ødelegge hudens beskyttende lag av fett. Enkelte produkter kan også inneholde stoffer som kan trenge gjennom huden og tas opp i blodbanen. I noen tilfeller kan dette forårsake annen skade andre steder i kroppen.

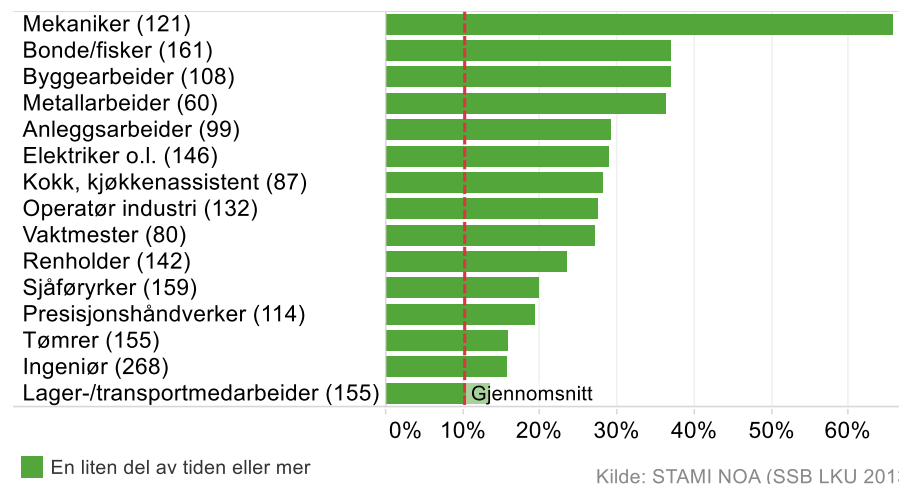
Er du i ditt daglige arbeid utsatt for hudkontakt med løsemidler eller andre avfettingsmidler?

Andelen som oppgir at de blir utsatt for løse- og avfettingsmidler, er 10 prosent, noe som tilsvarer 250 000 individer. Yrkesgruppene som oppgir betydelig høy eksponering, er mekanikere (66 %), bønder/fiskere, byggarbeidere og metallarbeidere (alle 37 %). Deretter kommer anleggsarbeidere og elektrikere (29 %).

4.5.10 Prosentandel som oppgir å være utsatt for hudkontakt med oljer, smøremidler eller skjærevæsker i sitt daglige arbeid, etter yrke



4.5.11 Prosentandel som oppgir hudkontakt med løsemidler/avfettingsmidler i sitt daglige arbeid, etter yrke



4.6 ARBEIDSRELATERTE LUFTVEISPLAGER OG -SYKDOMMER

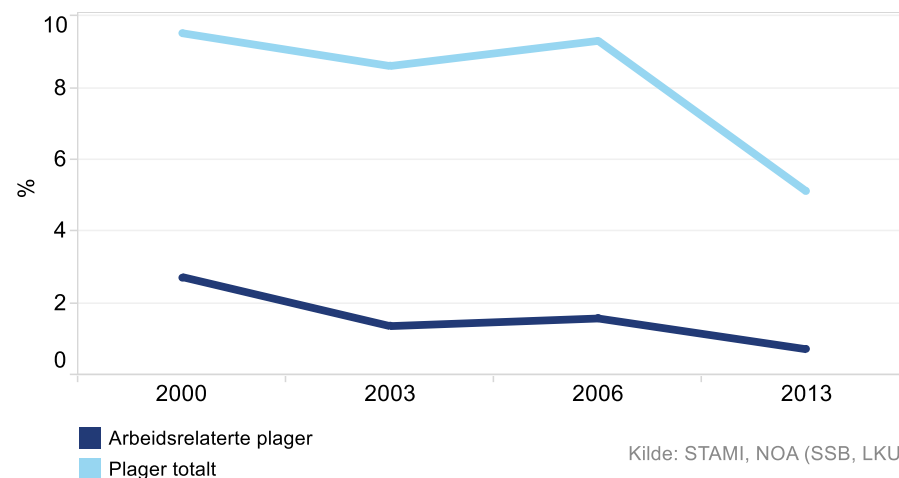
Andelen yrkesaktive som oppgir at de har luftveisplager avtar, og i 2013 oppga fem prosent at de var litt eller mer plaget av tetthet eller piping i brystet siste måned. Én av sju av disse, dvs. 17 500 yrkesaktive, oppgir at plagene helt eller delvis skyldes forhold på jobben. Høyest andel av arbeidsrelaterede plager rapporteres i bygge- og anleggsnæringen. Det er små forskjeller mellom kvinner og menn som oppgir at de har luftveisplager, men rapporterte plager øker med alder og avtar med økende utdanningsnivå. Årlig tilfeller av arbeidsrelatert sykdom i åndedrettssystemet meldt til RAS-registret avtar. Videre ser vi at tilfeller av arbeidsrelatert KOLS primært er meldt for eldre menn i industriyrker og bygg og anlegg. Tilfeller av arbeidsrelatert astma er meldt for alle aldersgrupper, og én av tre er kvinner. Risikofaktorer for luftveisplager og -sykdommer er blant annet innånding av støv, røyk, gass og damp. LKU viser at andelen som oppgir denne typen eksponering i arbeidsmiljøet avtar. Vi ser også at andelen eksponerte avtar med økende lengde på utdanningen. Eksponering for støv, røyk, gass og kjemikalier rapporteres hyppigst i bygge- og anleggsvirksomhet og i industriyrker, og oppgis å være tre–fire ganger høyere for menn enn for kvinner.

Luftveissymptomer og -sykdommer er vanlig i befolkningen, fra barneårene til pensjonistalderen. Symptomer som hoste, tetthet og piping i brystet kan være en del av bildet vi ser ved kroniske luftveissykdommer. Noen av plagene kan henge sammen med innånding av forurenset luft i arbeidssituasjonen. Eksponeringer i arbeidslivet kan også føre til sykdommer som bare gir seg til kjenne mange år senere, dvs. at sykdommer som oppdages nå, kan ha sin årsak i eksponeringer som skjedde for flere tiår siden. Disse sykdommene er vanskeligere å kartlegge fordi folk kan ha skiftet jobb eller gått av med pensjon, og fordi det ofte er dårlig dokumentert hvilke påvirkninger den enkelte har vært utsatt for gjennom arbeidslivet.

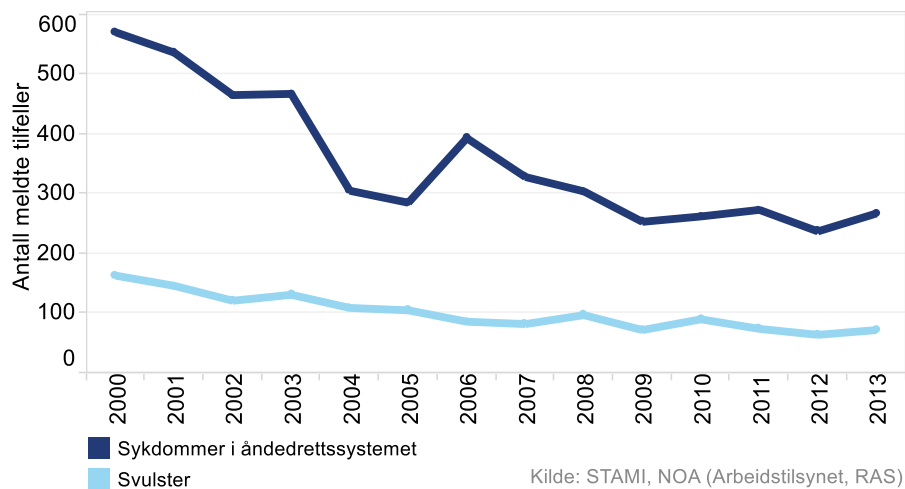
Sammenhengen mellom eksponering og utfall kan også skyldes flere forhold, ikke bare eksponeringer på jobb. Først i dette kapitlet gir vi en beskrivelse av utsatte grupper for luftveisplager og -sykdommer, deretter gir vi en beskrivelse av målbare risikofaktorer.

Som vi ser av figur 4.6.1, avtar andelen av norske yrkesaktive som oppgir luftveisplager i form av tetthet og/eller pipelyder i brystet. I perioden 2000–2006 lå andelen med luftveisplager på mellom åtte og ni prosent, og i 2013 er den fem prosent. Nedgangen kan skyldes godt forebyggende arbeid, men det skal ikke utelukkes at nedgangen kan være forårsaket av at arbeid som kan gi luftveisplager, i større grad utføres av personer som ikke inkluderes i datautvalget (for eksempel utenlandske arbeidstakere). Forholdet kan også skyldes at arbeidsplasser med mye støv/gass er flyttet ut av landet. Sist, men ikke minst, kan paneldatadesignet i LKU fra 2006 gi et frafall av tilfeller blant de yrkesaktive på grunn av sykemelding eller avgang fra yrke. (I 2009 var spørsmålsstillingen annerledes og er derfor ikke inkludert i figuren).

4.6.1 Prosentandel som oppgir at de er litt plaget eller mer av luftveisplager, per år



4.6.2 Antall tilfeller av sykdommer i åndedrettet og svulster meldt av leger til Arbeidstilsynet, per år



Vi ser også at antall tilfeller av sykdommer i åndedrettet og svulster meldt til Arbeidstilsynets RAS-register, er halvert siden 2000 (figur 4.6.2). I perioden 2000–2013 ble det meldt inn i underkant av 5000 sykdomstilfeller i åndedrettssystemet og 1400 tilfeller av svulster fra leger til Arbeidstilsynet. De fleste tilfellene av svulster har vært lokalisert i åndedrettssystemet. Nesten alle disse tilfellene av svulster rammet menn og over halvparten var over 65 år. Det er viktig å være klar over at antall tilfeller av arbeidsrelatert sykdom er antatt å være langt høyere, fordi kun et fåtall leger melder inn til RAS-registeret.

Symptomer fra lunger/luftveier utredes oftest ved de arbeidsmedisinske avdelingene i Norge, og lunger/luftveier var i 2013 primært symptomorgan i mer enn halvparten av sakene. Luftveissykdom ble diagnostisert som hoveddiagnose i hver tredje utredning, vanligst var astma og KOLS. I tillegg kommer tilfeller av lungekreft og asbestindusert kreftsykdom (mesoteliom). Haldorsen og medarbeider har beregnet at 20 prosent av all lungekreft blant menn i Norge kunne tilskrives yrke etter justering for røykevaner (119).

4.6.1 Prosentandel som oppgir å være litt plaget eller mer av luftveisplager, etter kjønn og utdanning (SSB, LKU 2013)

		LUFTVEISPLAGER, TOTALT	LUFTVEISPLAGER, ARBEIDSRELATERT
Kvinner	17–24 år	3,6	-
	25–34 år	3,8	-
	35–44 år	4,9	0,5
	45–54 år	5,5	0,7
	55–67 år	8,2	1,1
	Totalt	5,3	0,6
Menn	17–24 år	3,8	-
	25–34 år	2,8	-
	35–44 år	5,0	0,7
	45–54 år	5,0	0,6
	55–67 år	7,4	1,5
	Totalt	4,9	0,8

- :Sensur grunnet mindre enn 4 respondenter

4.6.2 Prosentandel som oppgir å være litt plaget eller mer av luftveisplager, etter kjønn og utdanning (SSB, LKU 2013)

		LUFTVEISPLAGER, TOTALT	LUFTVEISPLAGER, ARBEIDSRELATERT
Kvinner	Ungdomsskole eller lavere	8,1	1,0
	Videregående påbegynt	6,3	-
	Videregående fullført	4,6	0,4
	Høgskole/universitet lavere grad	4,4	0,7
	Høgskole/universitet høyere grad	3,9	-
	Totalt	5,3	0,6
Menn	Ungdomsskole eller lavere	7,7	1,1
	Videregående påbegynt	6,0	1,7
	Videregående fullført	4,8	0,9
	Høgskole/universitet lavere grad	3,7	-
	Høgskole/universitet høyere grad	2,4	-
	Totalt	4,9	0,8

- :Sensur grunnet mindre enn 4 respondenter

Luftveisplager

Andelen av de yrkesaktive som oppgir at de siste måned har vært plaget av tetthet eller piping i brystet, var i 2013 fem prosent, tilsvarende 130 000 personer. Én av sju av disse oppgir at plagene er arbeidsrelaterte, tilsvarende 17 500 personer.

Har du i løpet av den siste måneden vært plaget av tetthet/piping i brystet?

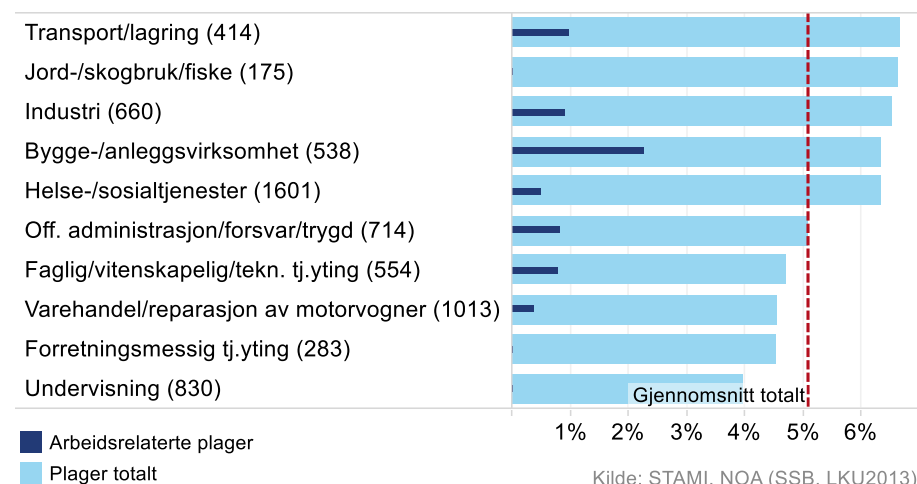
Hvis svaret er ja: Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?

Andelen som rapporterer luftveisplager øker med alderen og er dobbelt så vanlig blant de eldste som blant unge arbeidstakere. Plagene er mest utbredt blant de som har minst utdanning, både for plager totalt og arbeidsrelaterte plager og luftveisplager avtar med økende lengde på utdanning. Det er liten forskjell mellom andel menn og andel kvinner som rapporterer plager, men av de som har plager oppgis plagene hyppigere å være arbeidsrelatert av menn (en av seks) i forhold til kvinner (en av ni).

Figur 4.6.3 viser forekomst av luftveisplager etter næring. Næringsgruppene som utpeker seg, er transport/lagring, jord-/skogbruk/fiske, industri, bygge-/anleggsvirksomhet og helse-/sosialtjenester. Andelen arbeidsrelaterte plager er imidlertid høyest i bygg-/anleggsvirksomhet, hvor én av tre oppgir at luftveisplagene er arbeidsrelaterte. Arbeidsrelaterte plager rapporteres oftere i virksomheter med kun én ansatt uten at de totale luftveisplagene er mer utbredt i denne gruppen.

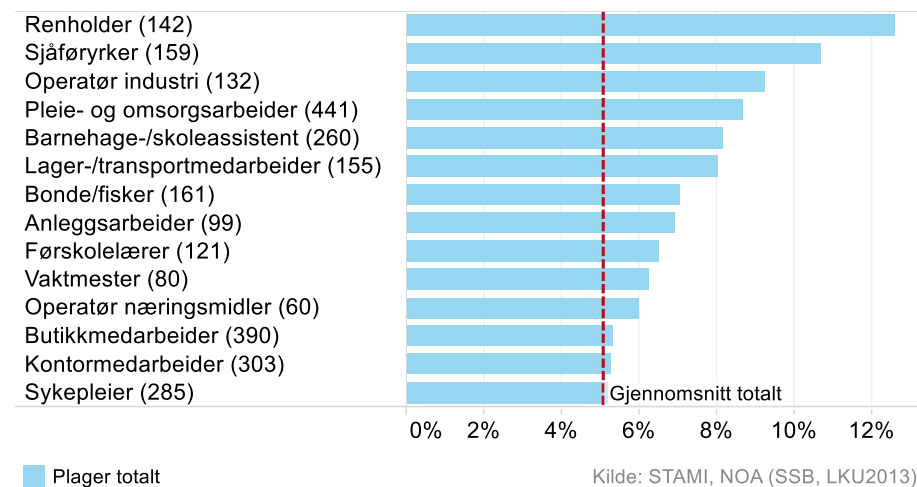
Figur 4.6.4 viser de yrkesgruppene som oppgir å ha mest plager totalt er renholdere (13%), sjåføryrker (11%), operatører i industrien (9 %) og i omsorgsyrker (8-9 %). Arbeidsrelaterte plager for yrkesgrupper er ikke mulig å rapportere på grunn av for lavt antall respondenter.

4.6.3 Prosentandel som oppgir at de er litt plaget eller mer av luftveisplager, etter næring



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013)

4.6.4 Prosentandel som oppgir at de er litt plaget eller mer av luftveisplager, etter yrke



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013)

Astma

I en nylig publisert oversiktsartikkel er arbeidsbetinget astma definert som astma hos voksne oppstått på grunn av sensibiliserende substanser (allergisk arbeidsrelatert astma) eller gjennom ikke-immunologiske mekanismer (irritantastma). I enkelte tilfeller foreligger det klinisk klare holdepunkter for sensibilisering, men mekanismen er ukjent og virker uavhengig av eller i tillegg til reaksjon. Astma kan også forverres av faktorer i arbeidsmiljøet, slik som irriteranter og regnes derfor også som arbeidsrelatert (120).

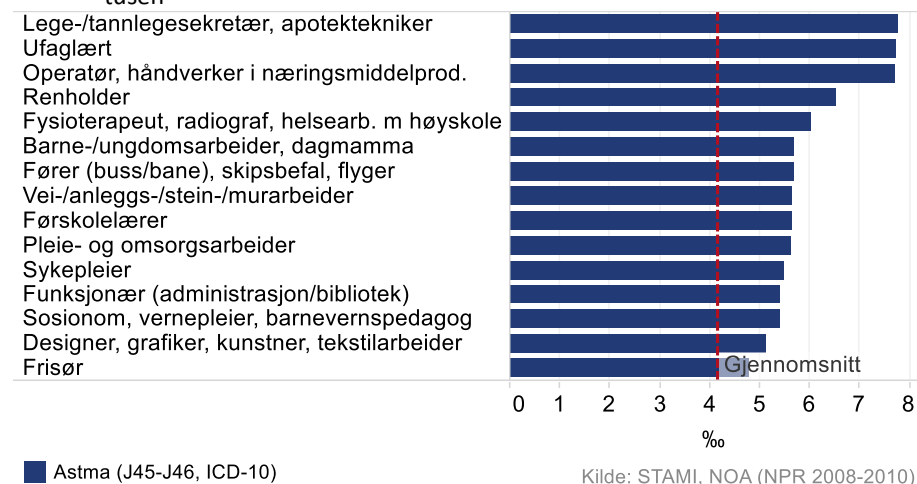
Astma er en kronisk betennelsestilstand i luftveiene. Betennelsen gjør at luftveiene blir overfølsomme, og dermed kan faktorer som røyk, sterke lukter, støvpartikler, anstrengelse og kulde utløse anfall med hoste og pustebesvær.

Ca. 10–15 % av tilfellene som oppstår i voksen alder, kan tilskrives eksponering på jobb. Astma er i dag den hyppigste arbeidsbetingede lungesykdommen i vestlige land. Vel 350 forskjellige eksponeringer er kjent som årsaker til allergisk arbeidsrelatert astma (120).

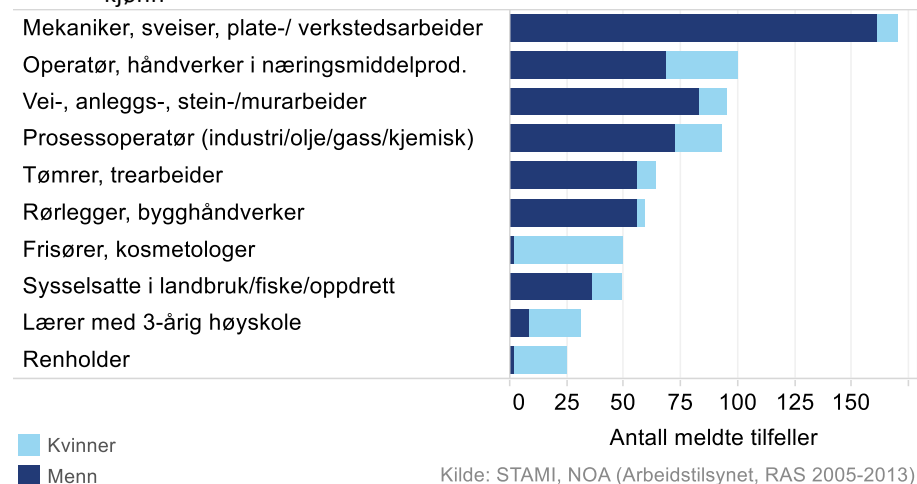
Data fra Norsk pasientregister, figur 4.6.5, viser at 0,4 prosent av yrkesaktive som var født i perioden 1967–76 (33–42 år i 2009), ble behandlet for astma i spesialisthelsetjenesten i 2008–2010. Blant disse er det flest som arbeider som lege-/tannlegeseekretær, apotektekniker, ufaglært, operatør i næringsmiddelindustrien og renholder.

I perioden 2005–2013 er det meldt inn 1028 arbeidsrelaterte astmadiagnoser i RAS-register. Halvparten gjelder arbeidstakere under 45 år, og 33 prosent er kvinner (se figur 4.6.9). De fleste berørte kvinnene har yrker som frisør/kosmetolog, operatør i næringsmiddelproduksjon, renholder og pleie- og omsorgsyrker. Eksponeringsfaktorer for kvinner er i ett av tre tilfeller gitt som ulike kjemiske stoffer (hårpleieprodukter, rengjøringsmidler), men også støv, biologisk materiale og inneklima er meldt inn. Når det gjelder menn, er yrkesgruppene som er hyppigst registrert med astmadiagnoser mekaniker, sveiser, plate-/verkstedarbeider, vei-, anleggs-, sten- og murarbeider og operatør i næringsmiddelproduksjon. Eksponeringsfaktorer for menn i ett av tre tilfeller er ulike støvtyper (blant annet mel) og i ett av fire tilfeller er kjemiske stoffer eksponeringsfaktor (for eksempel isocyanat, epoksy).

4.6.5 Astma blant yrkesaktive født 1967–1976 behandlet i spesialisthelsetjenesten i 2008–2010, etter mest utsatte yrker, antall pr. tusen



4.6.6 Yrkene med flest legemeldte tilfeller av astma (J45-46, ICD-10), fordelt på kjønn



KOLS

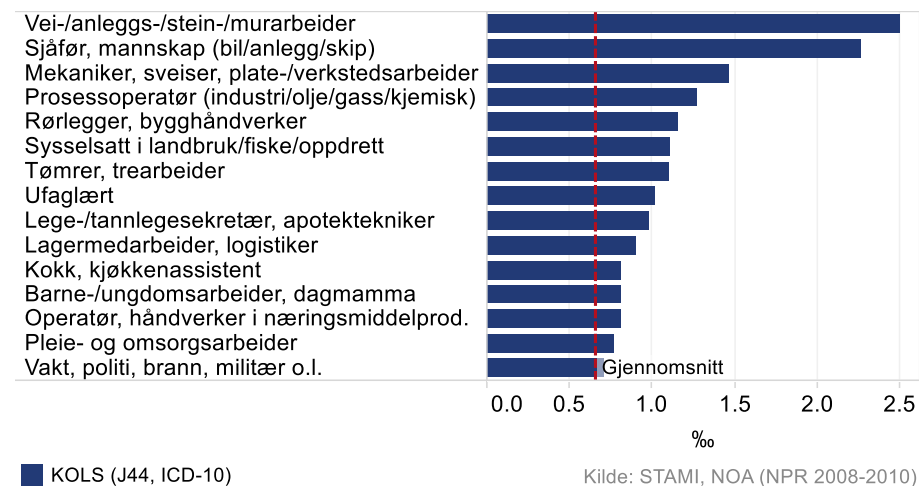
Den vanligste årsaken til kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er røyking. Arbeidsrelatert KOLS oppstår ved eksponering for skadelige partikler og gasser på jobb, også hos ikke-røykere. Det er ofte vanskelig å skille om årsaken til sykdommen skyldes røyking eller stoffer man utsettes for i arbeidet. Videre kan det være vanskelig å kartlegge sammenhengen mellom arbeidsmiljøpåvirkninger og KOLS på grunn av sykdommens lange utviklingstid og fordi man ofte mangler oversikt over tidligere eksponering. Det er per i dag tilstrekkelig kunnskap for å kunne si at en rekke organiske og uorganiske eksponeringer på jobb kan gi KOLS.

Anleggsarbeidere og spesielt tunnelarbeidere er en gruppe som er godt studert i Norge. Arbeidsforholdene er preget av store mengder støv, gass og partikler, som blant annet frigjøres ved sprengning av fjell. Det blir også generert støv ved fjellboring, betongsprøyting og ved transportoperasjoner. Dieseldrevne maskiner, som brukes i de fleste anleggsprosesser, produserer karbonmonoksid, nitrogendioksid, forskjellige hydrokarboner og dieselpartikler. Slike arbeidsforhold, der arbeiderne i stor grad eksponeres for støv og gass, gir en økt risiko for utvikling av KOLS (121), noe som også kommer godt frem i dataene fra Norsk pasientregister og RAS. Nyere studier viser økt risiko for KOLS ved eksponering for kvarts ved dagens eksponeringsnivåer og for ansatte i sementproduksjon og smelteverk, mens sammenhengen er mer usikker for brannmenn og ansatte i nitratgjødselproduksjon (121).

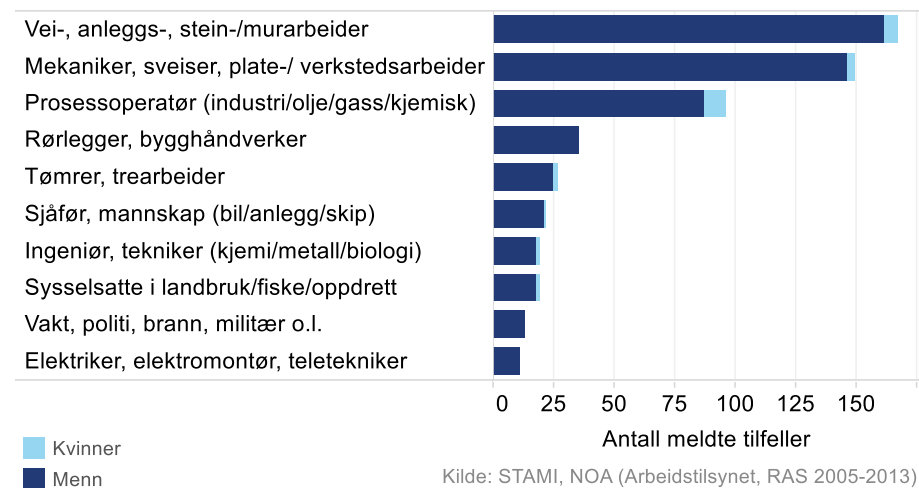
KOLS kjennetegnes ved varig nedsatt lungefunksjon. Luftveiene er trange, og det er tungt å puste. KOLS brukes som en samlebetegnelse for kronisk bronkitt og emfysem med tilhørende luftstrømsobstruksjon. Disse tilstandene forekommer ofte samtidig og lar seg vanskelig atskille.

Studier fra andre land viser at om lag 25 prosent av pasientene med KOLS er aldri-røykere. Det er kjent at 15–20 prosent av alle KOLS-tilfeller i Europa og USA er arbeidsrelatert, og at det er en additiv effekt av røyking og eksponering på jobb. Beregninger viser at det vil oppstå 3000 nye tilfeller og død om lag 200 personer som følge av arbeidsrelatert KOLS i Norge hvert år.

4.6.7 KOLS blant yrkesaktive født 1967–1976 behandlet i spesialisthelsetjenesten i 2008–2010, etter mest utsatte yrker, antall pr. tusen



4.6.8 Yrker med flest legemeldte tilfeller av KOLS (J44, ICD-10), fordelt på kjønn (2005-2013)

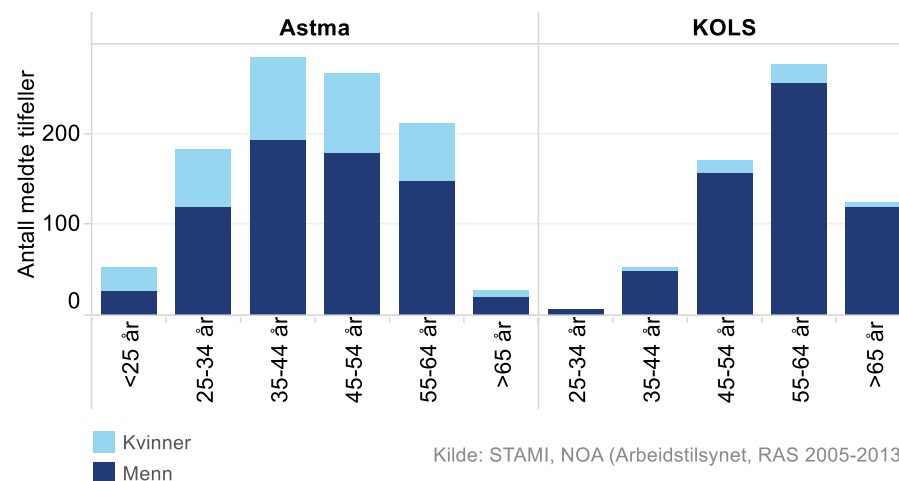


Data fra Norsk pasientregister viser at 0,7 pr. 1000 yrkesaktive født i perioden 1967–76, dvs. de som var 33–42 år i 2009, fikk behandling for KOLS-diagnoser i spesialisthelsetjenesten i 2008–2010 (figur 4.6.7). Av disse pasientene arbeider de fleste i mannsdominerte yrker som vei-/anleggs-/stein-/murarbeider, sjåfør, mannskap (bil/anlegg/skip), mekaniker, sveiser, plate-/og verkstedarbeider, prosessoperatør og rørlegger, bygg-håndverkere og sysselsatte i landbruk/fiske og oppdrett.

I perioden 2005–2013 er det meldt inn 632 tilfeller av KOLS-diagnoser i RAS-registeret (figur 4.6.8). Yrkesgruppene som er hyppigst registrert, er vei-/anleggs-/stein-/murarbeider, mekaniker, sveiser, plate-/verkstedarbeider og prosessoperatør (industri/olje/gass/kjemisk). Eksponeringsfaktorer er i ett av tre tilfeller oppgitt å være støv (for eksempel uorganisk støv, kvarts, metallstøv, organisk støv og sement/betong). I ett av fem tilfeller er sveiserøyk/-gass den oppgitte eksponeringsfaktoren, mens ett av ti tilfeller har asbestfibre som eksponeringsfaktor. Resten av tilfellene har eksponeringsfaktorer som kjemikalier, gass, damp og eksos.

I figuren har vi sett på astma og KOLS etter kjønn og alder i RAS-registeret. Arbeidsrelatert astma er innrapportert i alle aldersgrupper, hvorav 93 % er 25–64 år, mens arbeidsrelatert KOLS har høyest forekomst i blant de over 45 år (90 % av tilfellene). Vi ser også av figuren at meldte tilfeller av arbeidsrelatert KOLS i hovedsak dreier seg om menn (93%), mens en av tre av de meldte tilfellene av arbeidsrelatert astma gjelder kvinner.

4.6.9 Antall tilfeller av arbeidsrelatert astma og arbeidsrelatert KOLS meldt av leger til Arbeidstilsynet, eller alder og kjønn.



Asbestrelatert kreft

Fortsatt utredes det pasienter ved arbeidsmedisinske avdelinger som har vært eksponert for asbest, se figur 4.8.10. I Kreftregisteret er det registrert 1979 tilfeller av mesoteliom i perioden 1957-2012, hvorav 84 prosent av tilfellene gjelder menn. Asbest er den viktigste årsaken til mesoteliom og i 2012 ble det registrert 80 nye tilfeller i Norge. Det har vært forventet en nedgang av forekomsten av denne krefttypen på grunn av asbestforbudet som kom for 30 år siden, men antallet tilfeller ser fortsatt ut til å stige. Ser man på insidensrater per 100 000 personår og kjønn, avtar raten for menn, men den er fortsatt stigende for kvinner. Ser man på aldersspesifikke insidensrater for menn, ser man at raten går ned for de under 66 år, mens den fortsatt stiger for de over 67 år. Det er kun sporadiske tilfeller blant personer under 45 år.

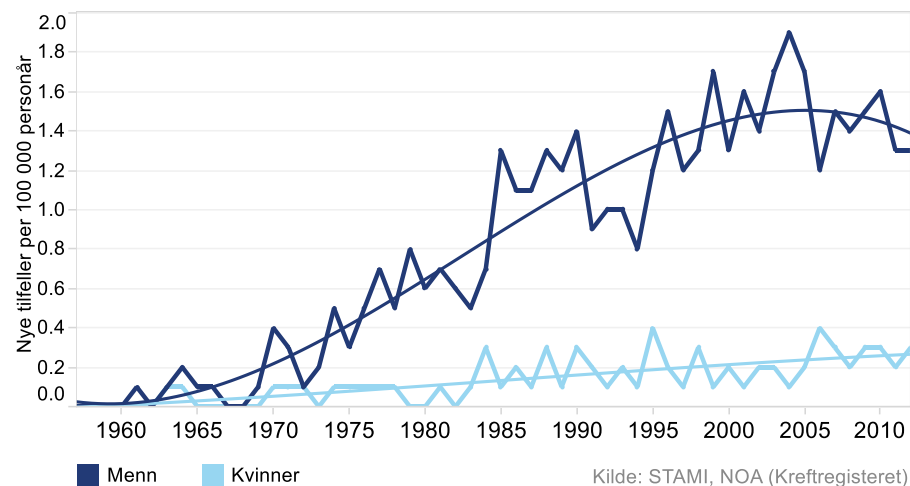
Mesoteliom, eller brysthinnekreft, er en sjelden kreftsykdom. Om lag 70 prosent av mesoteliomtilfellene kan tilskrives asbesteksponering. Mesoteliom har lang latenstid fra eksponering til det oppstår kreft (30–40 år), så tilfellene som oppstår i dag, skyldes eksponering langt tilbake i tid.

All bruk og håndtering av asbest har vært forbudt i Norge siden midten av 80-tallet. Arbeidstakere med spesiell opplæring kan settes til arbeid med riving, reparasjoner og vedlikehold av asbestholdig materiale samt håndtering av asbestholdig avfall. Alle virksomheter som skal utføre arbeid med asbestholdig materiale, skal ha tillatelse fra Arbeidstilsynet.

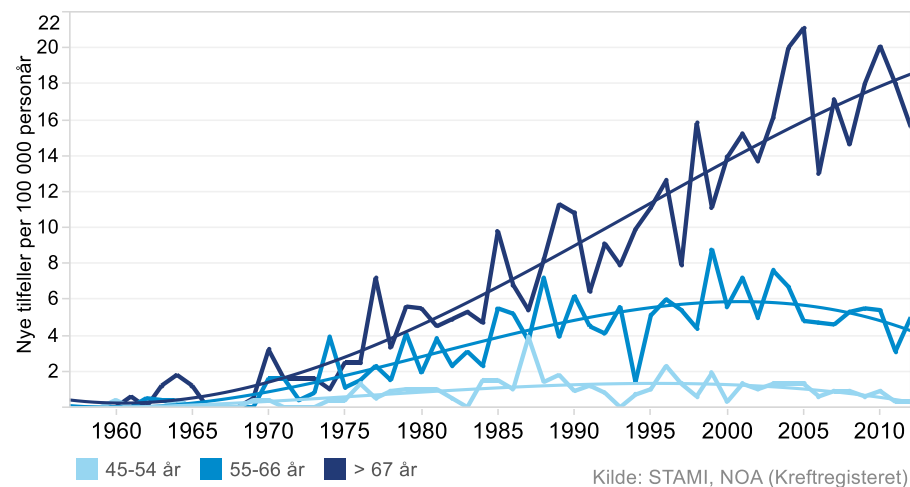
I perioden 2000–2013 er det meldt inn 2348 sykdomstilfeller i RAS-registeret der asbestfibre er oppgitt som arbeidsmiljøfaktor. Tilfellene gjelder nesten utelukkende menn over 45 år, og halvparten var over 65 år da sykdommen ble meldt inn. Som forventet er trenden sterkt fallende for antall innmeldinger. De diagnosene som er hyppigst meldt inn, er ondartet svulst i bronkier og lunger, mesoteliom, pleuraplaque, pleurafortykkelse og asbeststose.

Asbest kan også gi lungekreft og det er beregnet at om lag 85 tilfeller av lungekreft blant menn kunne vært unngått årlig dersom historisk asbesteksponering på jobb ikke hadde forekommet (122).

4.6.10 Mesoteliomtilfeller (diagnoseår) gitt som insidensrater per 100 000 personår, per kjønn



4.6.11 Mesoteliomtilfeller (diagnoseår) gitt som aldersspesifikke insidensrater per 100 000 personår for menn, etter aldersgruppe



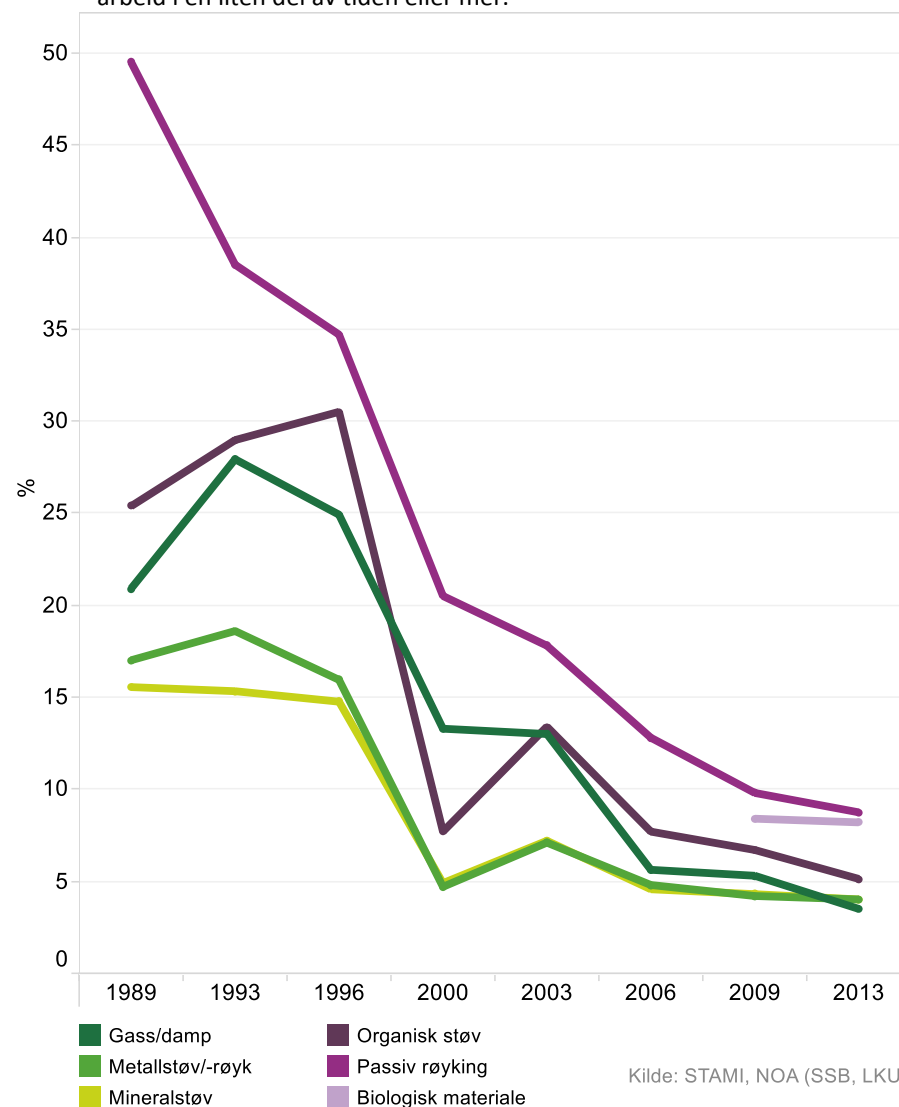
RISIKOFAKTORER FOR LUFTVEISPLAGER OG - SYKDOMMER

Innånding av støv, røyk, kjemikalier og andre potensielt helseskadelige stoffer fra arbeidsatmosfæren kan forårsake ulike helseplager og sykdommer som for eksempel hoste, astma, KOLS, løsemiddelskader og enkelte krefttyper. Risikoen for helseeffekt avhenger blant annet av de iboende egenskapene til stoffene som pustes inn, partikkeltyper og -størrelse samt omfanget av eksponeringen. I tillegg er individuell mottakelighet (sårbarhet) en faktor.

Andelen som oppgir at de tydelig kan se eller lukte støv, røyk, gass eller damp i arbeidssituasjonen, har gått ned de siste 20 årene (se fig. 4.6.12). I 2013 ser vi at eksponeringer for ulike målte faktorer kun oppleves av noen få prosent av de yrkesaktive. Deler av denne nedgangen kan være et resultat av godt forebyggende arbeid, men en medvirkende forklaring kan være at yrker som daglig opplever disse eksponeringsfaktorene, i dag innehas av utenlandske arbeidstakere på korttidsopphold, og disse er ikke med i datautvalget for LKU arbeid. En annen forklaring kan være utflagging av industribedrifter der eksponeringen for kjemikalier tradisjonelt har vært høy. Imidlertid ser vi at eksponeringen fortsatt er høy i enkelte yrkesgrupper, og hvem dette gjelder beskrives på de neste sidene.

Tabell 4.6.3 viser at andelen menn som oppgir eksponering for kjemikalier/gass/damp og støv/røyk/eksos er om lag tre til fire ganger høyere enn andelen for kvinner. Samtidig som vi ser at andelen er høyere blant de yngste og dette er mest uttalt blant menn. Videre ser vi av tabell 4.6.4 at andelen eksponerte avtar med økende lengde på utdanningen. Ser vi på andelen som rapporterer passiv røyking i sitt arbeid, er det små kjønnsforskjeller, men også her er det de yngste som er mest utsatt. Vi ser også at andelen er relativt høy for kvinner med universitet/høyskole inntil 4 år.

4.6.12 Prosentandel som kan se/lukte kjemiske eksponeringsfaktorer i sitt daglige arbeid i en liten del av tiden eller mer.



4.6.3 Prosentandel av alle yrkesaktive som opplever ulike eksponeringsforhold, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)

		INNÅNDING KJEMIKALIER/ GASS/DAMP	INNÅNDING STØV/RØYK/EKSOS	PASSIV RØYKING
Kvinner	17–24 år	8	7	9
	25–34 år	7	7	8
	35–44 år	6	6	8
	45–54 år	5	7	7
	55–67 år	5	7	8
	Totalt	6	7	8
Menn	17–24 år	23	30	14
	25–34 år	21	25	12
	35–44 år	18	25	8
	45–54 år	20	26	9
	55–67 år	16	23	7
	Totalt	19	25	9

Noe av forskjellen i arbeidsmiljø kan skyldes at mange fortsetter utdanningen frem til 25-årsalderen, og at de som begynner i arbeid før, gjerne velger yrker der kravene til utdanning er lave. Blant de yngste kvinnene har seks av ti sitt virke som butikkmedarbeider, pleie- og omsorgsarbeider, barnehage-/skoleassistent eller servitør. Unge menn er også overrepresentert i mange av de samme yrkesgruppene som unge kvinner. Mange jobber også i ulike håndverksyrker, på lager eller i industrien. Det faktum at menn og kvinner innehar ulike yrker kan forklare at kvinner ikke opplever noen forskjell over alder når det gjelder passiv røyking (helseurker). Utdanningslengde har også betydning for yrkesvalg. Mange yrkesaktive med kortere utdanning jobber i ulike ufaglærte eller faglærte manuelle yrker og serviceyrker med til dels høy forekomst kjemisk eksponering.

4.6.4 Prosentandel som opplever ulike eksponeringsforhold, etter kjønn og utdanning (SSB, LKU 2013)

		INNÅNDING KJEMIKALIER/ GASS/DAMP	INNÅNDING STØV/RØYK/EKSOS	PASSIV RØYKING
Kvinner	Ungdomsskolenivå eller lavere	9	9	10
	Videregående, påbegynt	6	11	9
	Videregående, fullført	6	8	10
	Universitet/høyskole, inntil 4 år	5	4	7
	Universitet/høyskole, 4 år eller mer	5	2	2
	Totalt	6	7	8
Menn	Ungdomsskolenivå eller lavere	25	35	15
	Videregående, påbegynt	26	34	11
	Videregående, fullført	23	34	9
	Universitet/høyskole, inntil 4 år	7	8	5
	Universitet/høyskole, 4 år eller mer	5	4	2
	Totalt	19	25	9

Innånding av støv, røyk og eksos

Ser vi på innånding av støv, røyk og eksos i arbeidsatmosfæren, oppleves dette av 17 prosent av de yrkesaktive, hvorav 25 prosent er menn og 7 prosent kvinner. Eksponeringen er høyere for dem som ikke har utdanning ut over videregående skole (22 - 24 %), mens de med høyskole og universitet eksponeres langt mindre (3 -6 %). De mest utsatte yrkesgruppene er bygge- og anleggsvirker, mekaniker, metallarbeider, bonde/fisker og sjåføryrker. Ser vi på næringsgrupper, oppgir 57 prosent innenfor jord-/skogbruke og fiske eksponering, fulgt av bygg- og anleggsvirksomhet og transport/lagring med henholdsvis 43 og 37 prosent.

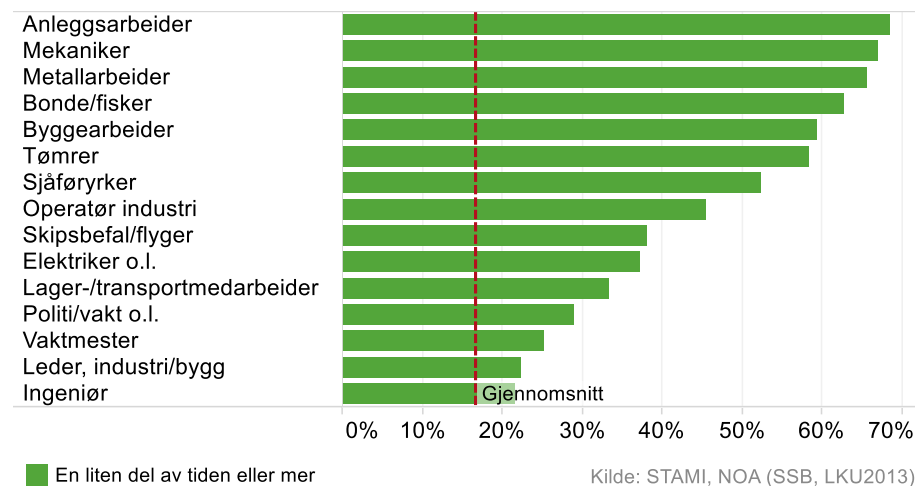
Kan du i din arbeidssituasjon tydelig se i lufta eller lukte:

- mineralstøv, f.eks. fra stein, kvarts, sement, asbest eller mineralull?
- støv eller røyk fra metaller, f.eks. sveiserøyk, bly, krom, nikkel, sink, aluminium, kobber eller tinnstøv?
- organisk støv, f.eks. fra tekstiler, tre, mel, tøy eller dyr?

Kan du i din arbeidssituasjon lukte eller puste inn eksos fra maskiner/kjøretøy eller røyk fra forbrenning?

Eksponering for støv og røyk kan bidra til ulike negative helsekonsekvenser for de eksponerte. Hvilke helseeffekter som følger av eksponeringen, avhenger av partiklenes størrelse og deres kjemiske sammensetning. I tillegg har individuell følsomhet betydning for hvilken effekt en eksponering kan gi. Å puste inn partikler i seg selv, uavhengig av partiklenes kjemiske sammensetning, er luftveisirriterende og kan sees i sammenheng med luftveisplager som astma og KOLS. De senere år har det også fremkommet kunnskap om at slik eksponering øker risikoen for hjerte- og karlidelser. Hvis aerosolene som innåndes, i tillegg har en kjemisk sammensetning som kan påvirke enkelte av kroppens organer, er det godt dokumentert at risikoen for enkelte kreftformer, hormonforandringer eller nevrologiske skader øker. Støvet størrelse og form har stor betydning for hvor i kroppen det ender opp etter at vi har pustet det inn. Mye vil deponeres allerede i munnen og vil spytt ut eller svelges. Men de minste partiklene vil kunne pustes helt ned i lungene og ut i alveolene og bli tilgjengelige i blodbanen. Dieselpartikler regnes også som en betydelig risikofaktor for lungekreft. I arbeidslivet er det mange bransjer og arbeidsplasser med mulig forurensning av dieseleksos, herunder

4.6.13 Prosentandel som oppgir at de kan se/lukte mineralstøv, metallstøv/-røyk, organisk støv eller lukte/puste inn eksos/røyk i arbeidet, etter yrke



industriarbeidsplasser med dieselmotorer og annet utstyr drevet av dieselmotorer, tunneldrift, gruvedrift, smelteverk, skipsfart, garasjer og bilverksteder m.m.

Det er utført en rekke forskningsprosjekter som tar for seg innånding av støv og røyk i norsk arbeidsmiljø. STAMI forsker blant annet på effekt-biomarkører, markører som tidlig varsler helseskade, blant annet i tilknytning til tunneldrivere som eksponeres for mineralstøv, sveisere som utsettes for sveisestøv, arbeidere som utsettes for tjærestoffer eller dieseleksos, og arbeidere ved kloakkrensingsanlegg som alle eksponeres for bioaerosoler i sine yrker. I disse prosjektene ser STAMI på biomarkører for risikofaktorer for hjerte- og karlidelser, lungekreft og ulike luftveisplager. Alle disse helseeffektene er alvorlige, med potensiell uførhet og tapte leveår som utfall. Kreftregisteret har også lang tradisjon for å bidra til forskning på området yrke og kreft og eksponering for asbest, silisiumkarbid og ulike metaller har vært viktig tema.

Innånding av kjemikalier, gasser og damp

Enkelte arbeidstakere er utsatt for eksponering for farlige kjemikalier i sitt arbeid. Avhengig av den kjemiske sammensetningen kan stoffene være helseskadelige, for eksempel slimhinneirriterende og/eller allergifremkallende, hormonhermende, arvestoffskadelig eller de kan medføre kreftfare.

Ser vi på kun kjemiske stoffer i produkter, så ble det registrert 7344 ulike stoffer som inngår i deklarasjonspliktige produkter i Produktregisteret i 2013. Selv om ikke alle disse stoffene har helseskadelige egenskaper, kan det være verdt å merke seg at kun 11 prosent av disse har en harmonisert merking og i underkant av fire prosent har en norsk grenseverdi for forurensning i arbeidsatmosfæren.

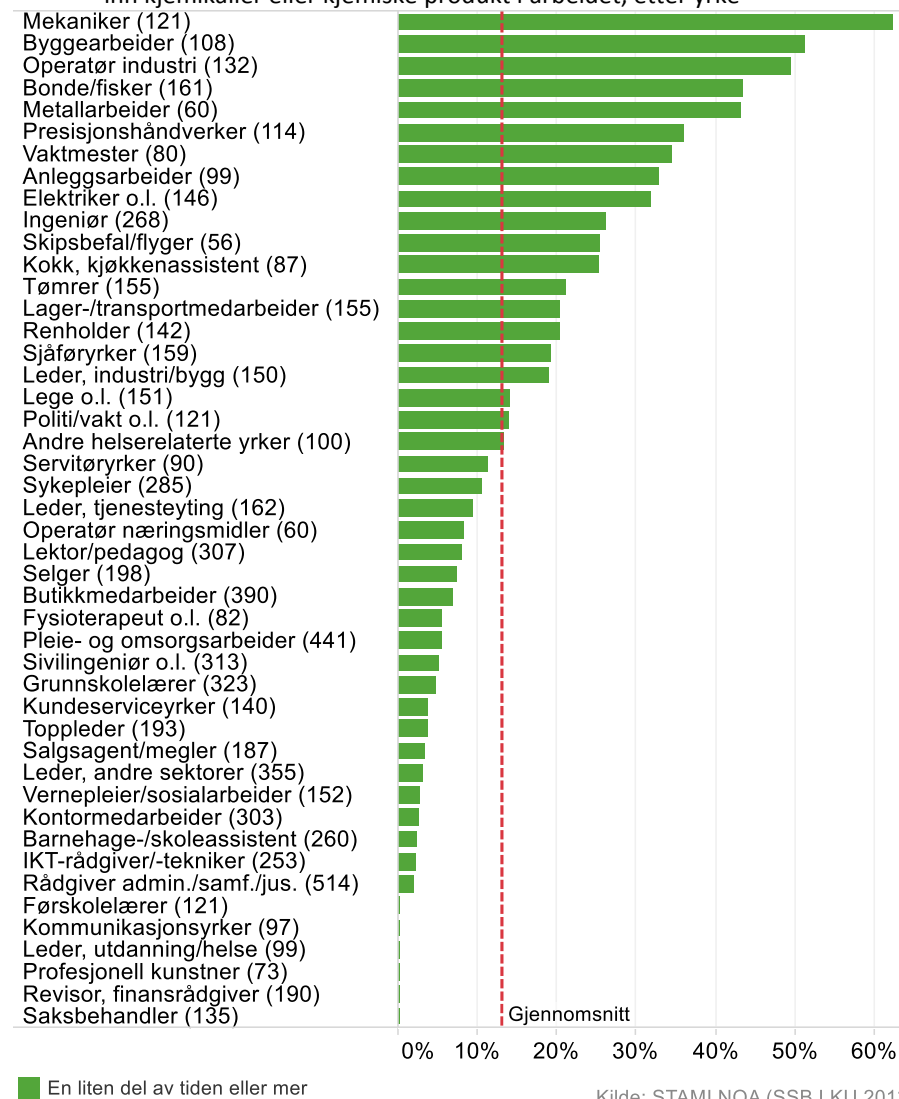
En del stoffer finner vi som gasser eller damper i arbeidsatmosfæren. Mange gasser kan kondensere til ørsmå dråper (aerosol) når temperaturen synker. Væsker som sprøytes i finfordelt form, kan medføre stor fordampning og innånding. Gasser og damper forekommer hyppigst der det utvikles høy varme, eller der man bruker stoffer som fordamper lett.

Kan du i din arbeidssituasjon

- lukte eller puste inn kjemikalier eller kjemiske produkter, f. eks. løsemidler, oljer, drivstoff, maling, lim eller plantevernmidler?
- tydelig se i lufta eller lukte gass/damp, f. eks. ammoniakk, saltsyre, klor, nitrøse oksyder, formaldehyd, het vanddamp eller svovelsgasser?

Som vi ser av figur 4.6.14, så rapporteres innånding av gass, damp og kjemikalier av 13 prosent av de yrkesaktive, tilsvarende om lag 330 000 personer. Svært mange yrkesgrupper oppgir ingen eller liten andel eksponering, mens blant yrkesgrupper som mekaniker, byggarbeider og operatør i industri er det om lag halvparten som oppgir at de kan se/lukte/puste inn kjemikalier/gass/damp i sin arbeidssituasjon. Som tabell 4.6.3 og 4.6.4 viser, er det i hovedsak menn som har videregående skole eller lavere utdanning som oppgir hyppigst eksponering.

4.6.14 Prosentandel som oppgir at de kan se/lukte gass/damp eller lukte/puste inn kjemikalier eller kjemiske produkt i arbeidet, etter yrke



Passiv røyking

Hovedregelen i tobaksskadeloven er at lufta i lokaler og transportmidler der allmennheten har adgang, skal være røykfri. For arbeidstakere innebærer loven at alle ekspedisjonslokaler, alle arbeidsrom hvor to eller flere arbeider, samt alle korridorer, trappeoppganger, toaletter og heiser på arbeidsplassen skal være frie for røyk. Tobaksskadeloven gjelder ikke i private hjem eller i beboelsesrom i institusjon, noe som kan medføre at blant annet hjemmehjelpere og de som arbeider i institusjoner, kan bli utsatt for passiv røyking i sitt arbeid. Arbeid på bygg- og anleggsplasser foregår ofte i uteområder, noe som gjør det vanskeligere å håndheve røykeforbud.

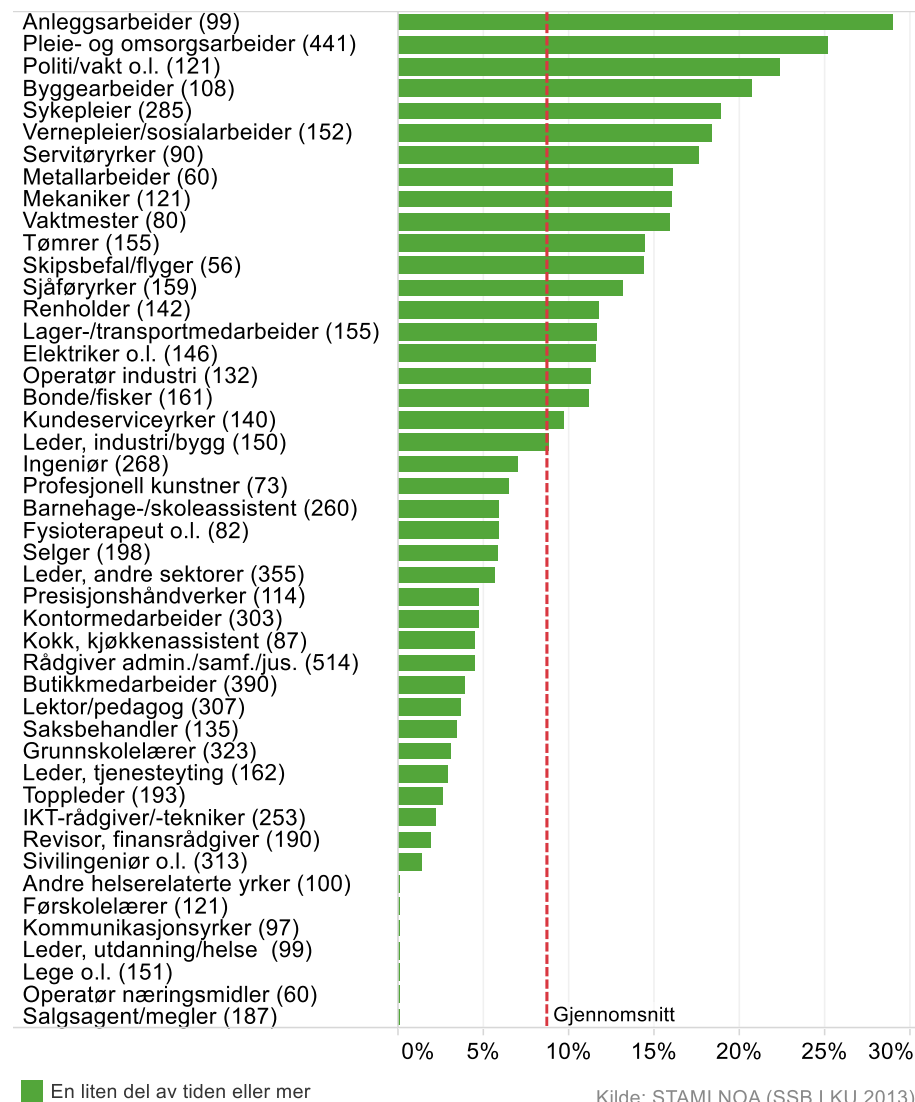
Passiv røyking er å puste inn luft med tobakksrøyk. Ved passiv røyking blir man utsatt for de samme helseskadelige stoffene som ved aktiv røyking, og innånding kan være irriterende for slimhinnene, svekke infeksjonsforsvaret og medføre skade både på kort og lang sikt.

Det er utført prosjekter hvor lungefunksjon hos ansatte på serveringssteder er undersøkt. Resultatene viste bedring i lungefunksjonen når eksponering for passiv røyking var forsvunnet (123). Eksponeringen blant servitøryrker har gått ned, men vi ser av figuren at 18 prosent fortsatt oppgir at de utsettes for andres tobakksrøyk i sitt daglige arbeid.

Kan du i ditt daglig arbeid tydelig se i lufta eller lukte tobakksrøyk fra andres røyking?

Om lag 9 prosent av alle yrkesaktive, tilsvarende 220 000 personer, oppgir at de utsettes for andres tobakksrøyk i sitt daglige arbeid. I 1989 oppga 50 prosent det samme. Hele 70 prosent av disse oppgir at de ikke røyker selv. Det er liten forskjell mellom kjønn som utsettes for passiv røyking, men yngre opplever mer eksponering enn eldre, og eksponering avtar med økende lengde på utdannelsen. Denne forskjellene er større for menn enn for kvinner. Den mest utsatte yrkesgruppen er anleggsarbeider, hvor én av tre oppgir å daglig være utsatt for andres røyking. Deretter følger pleie- og omsorgsarbeider og politi/vakt o.l., hvor om lag én av fire oppgir å være eksponert.

4.6.15 Prosentandel som oppgir at de kan se/lukte tobakksrøyk fra andres røyking i sitt daglige arbeid, etter yrke



Kontakt med biologisk materiale

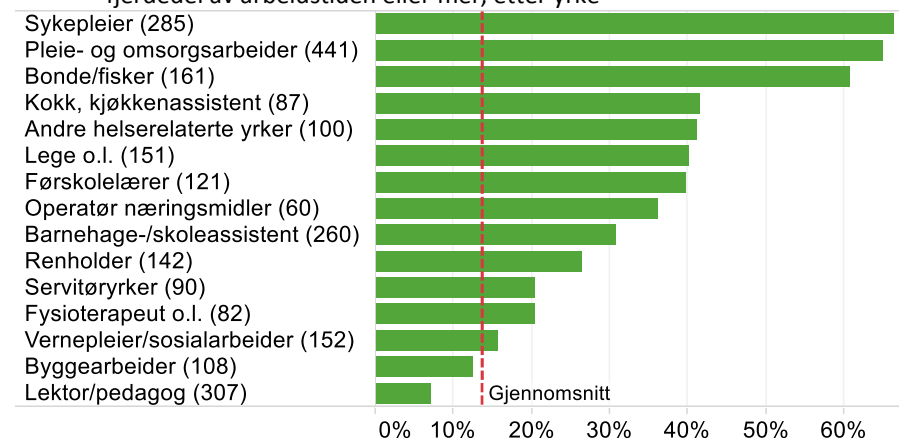
Om lag 14 prosent av alle yrkesaktive, tilsvarende 350 000 personer, oppgir at de utsettes for kontakt med biologisk materiale i en fjerdedel av arbeidsdagen eller mer. Som vi ser av figur 4.6.16 gjelder dette særlig helserelaterte yrker og omsorgsykker, men også bonde/fiskere, renholdere, de som arbeider med mat og næringsmidler og bygningsarbeidere. Det er omtrent tre ganger så mange kvinner som menn som oppgir at de eksponeres.

Er du i ditt daglige arbeid utsatt for biologisk materiale som for eksempel

- blod, spytt, avføring, urin, biologisk vev eller brukt medisinsk engangsutstyr?
- kloakk, slam, kompost, husholdningsavfall eller liknende?
- levende eller døde dyr eller fisk?

Kontakt med kroppsvæsker, -vev og brukt medisinsk engangsutstyr, noe som kan medføre smitterisiko, omfatter i hovedsak kvinner i helserelaterte yrker og omsorgsykker. Kontakt med levende og døde dyr, fisk og skalldyr, som kan inneholde ulike allergener, rapporteres av bonde/fisker, kokk/kjøkkenassistent og operatører innen næringsmidler, og det er dobbelt så vanlig blant menn enn blant kvinner. Kontakt med kloakk, slam, kompost og husholdningsavfall kan både forårsake smitte og kontakt med mikroorganismer som kan gi plager og sykdommer i luftveiene. Eksponering rapporteres fra servitører, kokk/kjøkkenassistenter, helserelaterte yrker, renholdere og vaktmestere. Det er utført studier om helse- og arbeidsforhold ved behandling av kommunalt avløpsvann, kartlegginger av helse- og eksponeringsforhold ved renseanlegg og pumpestasjoner og eksponering og helseeffekter på luftveier og sentralnervesystemet ved håndtering av avløpsvann (124). Det er også utført studier av arbeidsmiljø og kartlegging av helseisiko ved kildesortering og komposteringsanlegg. Funn fra disse studiene viser at eksponering for mikroorganismer og mikrobielle komponenter generert i dette arbeidsmiljøet i hovedsak vil gi plager i luftveiene, alt fra lette irritasjonsplager, til mer alvorlige luftveisplager som astma, allergi, luftveisobstruksjon og utvikling av KOLS. I miljøer hvor arbeidere håndterer kloakk og septik, rapporteres også mage- og tarmplager som kvalme og diaré. Disse arbeiderne rapporterer også plager fra sentralnervesystemet som hodepine, uvanlig trøtthet og konsentrasjonsvansker (125, 126).

4.6.16 Prosentandel som oppgir å være utsatt for biologisk materiale (samlet) i en fjerdedel av arbeidstiden eller mer, etter yrke



■ En fjerdedel av tiden eller mer

Kilde: STAMI NOA (SSB LKU 2013)

4.6.5 Prosentandel som oppgir å være utsatt for biologisk materiale i en fjerdedel av arbeidstiden eller mer (SSB, LKU 2013)

		BIO. MATER. (SAMLET)	FISK/DYR	KLOAKK/KOMPOST	KROPPSVÆSKER/-VEV
Kvinner	Ungdomsskolenivå eller lavere	21	3	6	17
	Videregående, påbegynt	23	3	3	21
	Videregående, fullført	23	2	4	20
	Universitet/høyskole, inntil 4 år	20	1	2	19
	Universitet/høyskole, 4 år eller mer	10	2	1	9
	Totalt	20	2	4	18
Menn	Ungdomsskolenivå eller lavere	10	7	3	4
	Videregående, påbegynt	11	7	4	5
	Videregående, fullført	8	5	3	3
	Universitet/høyskole, inntil 4 år	5	1	1	4
	Universitet/høyskole, 4 år eller mer	6	1	-	5
	Totalt	8	4	3	4

Informert om risiko ved håndtering av helsefarlige stoffer

Det er krav til arbeidsgiver om å gi informasjon og sørge for opplæring ved arbeid med kjemikaler. Kjemikaler er definert som grunnstoffer, kjemiske forbindelser eller blandinger av slike, enten de forekommer i naturlig tilstand eller er industrielt fremstilt eller brukes eller frigjøres, ved enhver arbeidsoperasjon, uavhengig av om fremstillingen er tilsiktet eller ikke. Dette gjelder uavhengig av om kjemikaliene er tilgjengelige på markedet eller ikke.

Hvor godt informert er du blitt om risiko ved håndtering av ulike helsefarlige stoffer eller materialer du jobber med?

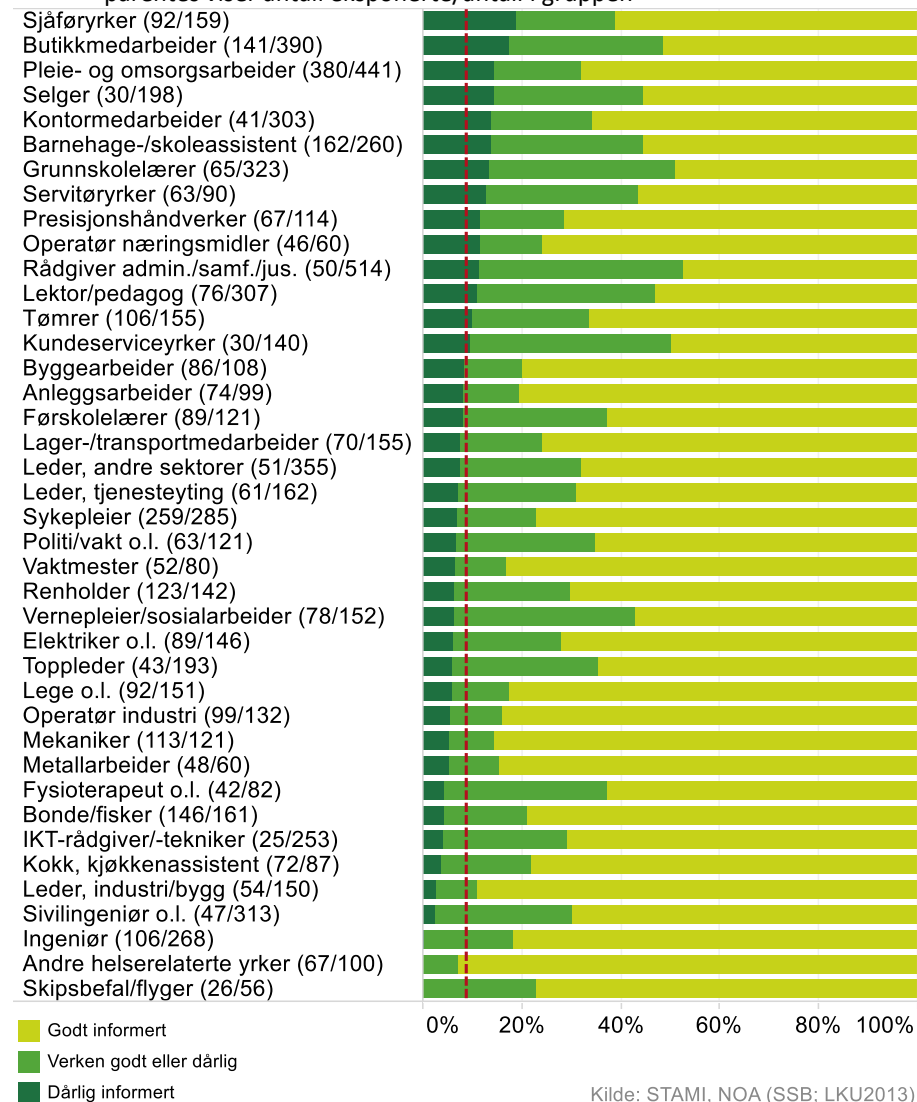
Utvalg: De som er utsatt for hudkontakt med kjemikalier eller vann, de som kan tydelig se/lukte støv, røyk, gasser, damp, eksos eller kjemikalier eller de som har kontakt med biologisk materiale

Av de som oppgir at de er eksponert for potensielt helseskadelige stoffer og materialer på jobben, oppgir syv av 10 at de er godt eller svært godt informert om risiko ved håndtering.

En av 10 av de som er eksponert, oppgir derimot at de er dårlig eller svært dårlig informert om risiko ved håndtering, og kvinner rapporterer dette mer enn menn. Som vi ser av figur 4.6.17, er andelen som er dårlig informert størst i yrkesgrupper som sjåføryrker (19 %), butikkmedarbeidere (17%) og pleie- og omsorgsarbeidere (14%). Andelen er også størst for de under 35 år og de som kun har ungdomsskole.

Antall innen hver yrkesgruppe som har oppgitt at de er eksponert for helsefarlige stoffer og materialer og antall intervjuobjekt totalt er gitt i figuren.

4.6.17 Prosentandel av eksponerte som oppgir ulik grad av informasjon om risikoen ved håndtering av de helsefarlige stoffene de jobber med. Tallene i parentes viser antall eksponerte/antall i gruppen



Kilde: STAMI, NOA (SSB; LKU2013)

Beskyttet mot eksponering for helsefarlige stoffer

Arbeidsgiver skal sørge for at helse- og sikkerhetsrisiko som er forårsaket av kjemikalier fjernes eller reduseres til et fullt forsvarlig nivå. Når det ikke på annen måte kan tas forholdsregler for å oppnå tilstrekkelig vern om liv eller helse, skal arbeidsgiver sørge for at tilfredsstillende personlig verneutstyr stilles til arbeidstakers rådighet, at arbeidstaker gis opplæring i bruken av utstyret og at det tas i bruk. Arbeidstaker skal bruke påbudt verneutstyr, vise aktsomhet og ellers medvirke til å hindre ulykker og helseskader.

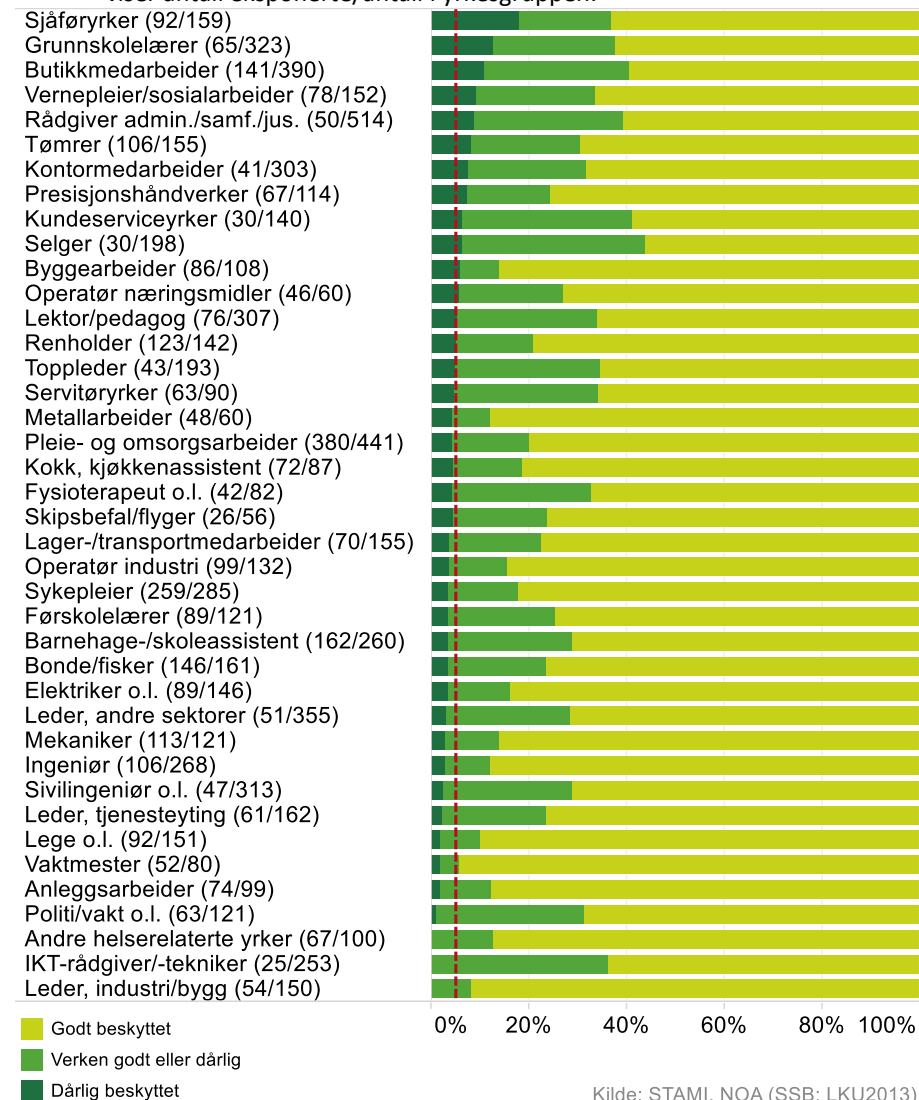
Hvor godt beskyttet er du mot eksponering for de helsefarlige stoffene og materialene du håndterer i ditt arbeid? Beskyttelse kan f.eks. være lukkede systemer, avtrekk eller bruk av påbudt verneutstyr.

Utvalg: De som er utsatt for hudkontakt med kjemikalier eller vann, de som kan tydelig se/lukte støv, røyk, gasser, damp, eksos eller kjemikalier eller de som har kontakt med biologisk materiale

Av de som oppgir at de er eksponert for potensielt helseskadelige stoffer og materialer på jobben oppgir tre av fire at de er godt eller svært godt beskyttet mot eksponering i form av for eksempel lukkede systemer, avtrekk eller bruk av påbudt verneutstyr. Samtidig oppgir en av 20 at de er dårlig eller svært dårlig beskyttet mot eksponering for de helskadelige stoffene og materialene de håndterer. Som vi ser av figur 4.6.18 er andelen størst i yrkesgruppene sjåføryrker (18%), grunnskolelærere (13%) og butikkmedarbeidere (11%).

Antall innen hver yrkesgruppe som har oppgitt at de er eksponert for helsefarlige stoffer og materialer og antall intervjuobjekt totalt er gitt i figuren.

4.6.18 Prosentandel av eksponerte som oppgir ulik grad av beskyttelse ved håndtering av de helsefarlige stoffene de jobber med. Tallene i parentes viser antall eksponerte/antall i yrkesgruppen.



Kilde: STAMI, NOA (SSB; LKU2013)

4.7 ARBEIDSSKADER

Arbeidsskader antas å utgjøre ca. 12 prosent av alle skadetilfeller i Norge. Arbeidsskader rammer ofte unge mennesker, og det er særlig høy skaderisiko blant unge menn. Håndverkere og ansatte i primærnæringene er mest utsatt. Det er tegn som kan tyde på at tallet på arbeidsskader med fravær er synkende, men det kan se ut som om nedgangen i tallet på arbeidsskadedødsfall har stanset opp. Behovet for forebygging er stadig stort.

Arbeidsgiver plikter i henhold til folketrygdlovens § 13-14 å sende melding til NAV når en arbeidstaker blir påført en skade eller sykdom som kan gi rett til yrkesskadedekning. Tidligere sendte NAV en kopi av disse skjemaene til Arbeidstilsynet. Lenge lå tallet på meldte skadetilfeller på ca. 20 000–25 000 årlig. Så begynte dette tallet å dale kraftig, uten at dette reflekterte en tilsvarende reell nedgang i forekomsten.

Arbeidstilsynet besluttet å legge ned sitt skaderegister 1. september 2013. På lang sikt er målet å få til en elektronisk innrapportering. Som en midlertidig løsning i påvente av dette skanner NAV sine skjemaer og sender dem til SSB. Også dette systemet har sine utfordringer og svakheter, og det er ennå ikke publisert noen data derfra. Vi kan derfor ikke presentere noen data over meldte arbeidsskader.

En alternativ datakilde til arbeidsskader kunne være Norsk pasientregister (NPR). Alle somatiske sykehus som mottar skadetilfeller, har plikt til å rapportere til NPR på fastsatt skjema om visse omstendigheter omkring skadetilfellet, inklusive om det er en arbeidsskade. I 2013 ble det på landsbasis sendt inn slike skjema for ca. 37 prosent av alle behandlede skadetilfeller. Over halvparten av alle rapportene kom fra Oslo skadelegevakt. I alt ca. 9000 arbeidsskader ble registrert. Komplettheten er fortsatt for dårlig til å kunne gi et pålitelig bilde av forekomsten av arbeidsskader, men på sikt vil også NPR kunne bli en viktig informasjonskilde. Selv om komplettheten ikke skulle bli optimal, kan det tenkes at man kan identifisere visse sykehus med bra rapportering, som kan fungere som grunnlag for landsrepresentative

ARBEIDSSKADEDØDSFALL

Et arbeidsskadedødsfall blir definert som en arbeidsskade som fører til at den skadde dør innen ett år etter at ulykken skjedde. Dette er en viktig indikator for risikonivået i arbeidslivet. I et langsiktig perspektiv, dvs. hvis vi ser flere tiår tilbake, har det vært en klar nedgang. Siden millenniumskiftet har imidlertid nivået vært relativt stabilt, med enkelte svingninger fra år til år.

Det finnes ikke noe nasjonalt register som inneholder samtlige arbeidsskadedødsfall i Norge. Innenfor sine respektive tilsynsområder registrerer de fire tilsynsmyndighetene Arbeidstilsynet, Petroleumstilsynet, Sjøfartsdirektoratet og Luftfartstilsynet arbeidsskadedødsfall blant ansatte med norskregistrerte arbeidsgivere, uavhengig om den omkomne er bosatt i landet eller ikke. Dødsårsaksregisteret registrerer dødsfall innenfor alle disse områdene, også dødsfall som skjer i utlandet. Siden 2012 er også personer som ikke er bosatt i Norge, blitt inkludert. På grunn av betydelig underrapportering har imidlertid Dødsårsaksregisteret sluttet å publisere statistikk over arbeidsskadedødsfall.

Figuren viser en sammenstilling over registrerte arbeidsskadedødsfall hos de fire tilsynsmyndighetene de siste årene. Antallet varierer litt fra år til år, men ligger stort sett i området mellom 50 og 65. I 2014 var tallet 51. I 2011 hadde 11 av dødsfallene tilknytning til terrorhandlingene 22. juli. Man kan også merke seg at det ikke har vært dødsfall innenfor Petroleumstilsynets tilsynsområde siden 2009.

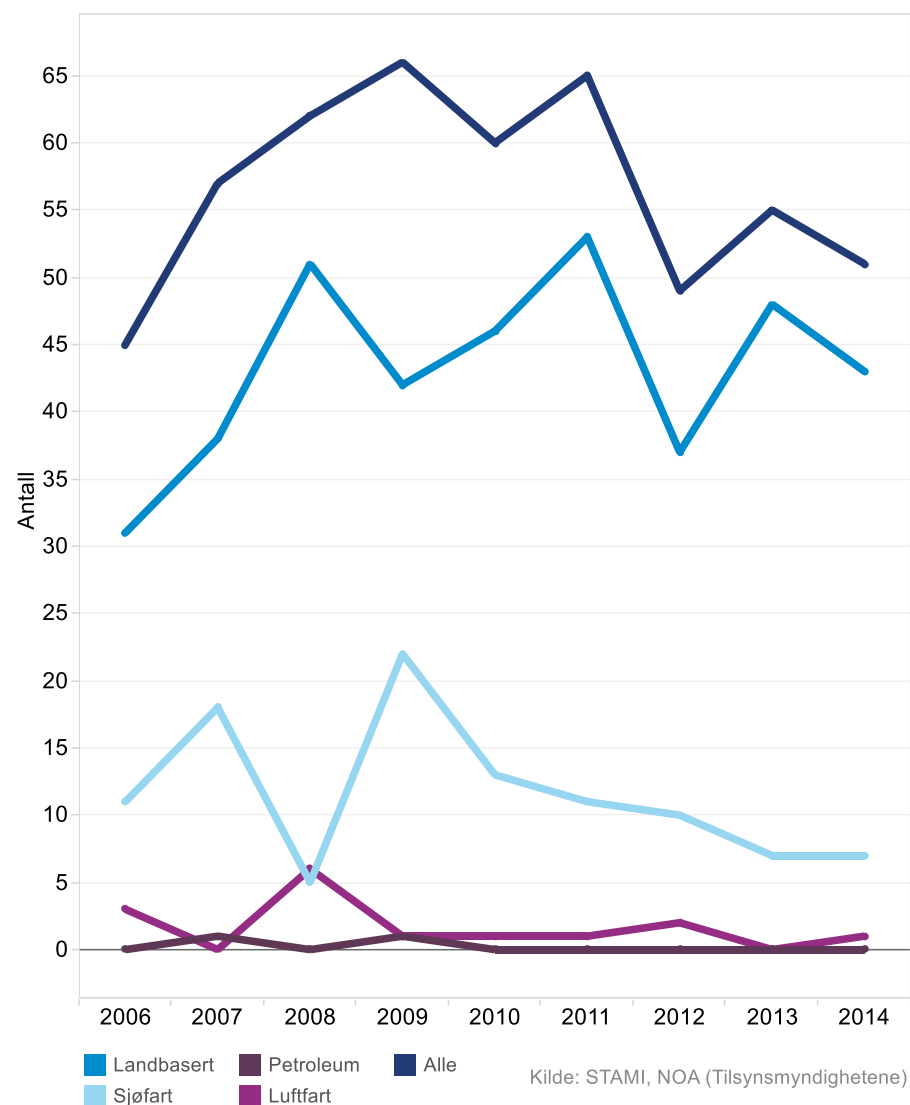
I alt 13 av de 43 som i 2014 omkom i landbasert arbeidsliv (dvs. Arbeidstilsynets tilsynsområde), var utenlandske arbeidstakere. Dette innebærer en klart forøket risiko sammenliknet med norske arbeidstakere. Dette er også tidligere dokumentert i en rapport fra Arbeidstilsynet (127).

Det er nesten bare menn som omkommer i arbeidsulykker. Arbeidstilsynet har gjort en egen analyse av arbeidsskadedødsfall for perioden 2009–2014(128). Innenfor Arbeidstilsynets tilsynsområde var kun 9 prosent av de omkomne kvinner (23 av 268) i denne perioden. Kvinner omkommer i hovedsak ikke i «klassiske» arbeidsulykker. Majoriteten av kvinnedødsfallene i perioden (ca. 80 %) hadde tilknytning til vold/terror eller transportulykker. Av de 11 arbeidsskadedødsfallene 22. juli 2011 gjaldt 7 kvinner.

Gjennomsnittsalderen for de omkomne var ca. 45 år, med et spenn på 18 til 82 år. Arbeidsskadedødsfall har typisk en overrisiko i aldersgruppen over 55 år. Jordbruk skiller seg ut som en næring med en høy andel eldre omkomne (35 % er over 65 år).

Analysen av registreringen av dødsulykker i Norge har vist at det er mangler ved rapporteringen (129). Arbeidstilsynets dødsårsaksstatistikk har utfordringer knyttet til manglende innmelding fra arbeidsgiver, og underrapporteringen gjelder særlig dødsfall etter veitrafikk-/transportulykker. En sentral årsak til det kan være at mange slike dødsfall blir vurdert som trafikkdødsfall og ikke også som arbeidsskadedødsfall. Det gjør at bakenforliggende årsaker som kan knyttes til arbeidet, for eksempel trøtthet etter lang arbeidstid, blir undervurdert som ulykkesårsak. Arbeidstilsynet har imidlertid lagt vekt på å forbedre registerets kompletthet, særlig med tanke på transportulykker, og det antas at den er høyere enn tidligere. Man har også en utfordring knyttet til personer som ikke omkommer umiddelbart i ulykken. Som nevnt skal dødsfall innen ett år registreres som arbeidsskadedødsfall. Dødsårsaksregisteret i SSB på sin side er avhengig av legenes utfylling av de papirbaserte dødsmeldingene. Erfaringen viser at årsaken til dødsfallet sjelden blir fylt ut, og ulykkesdødsfall er ofte registrert med ukjent aktivitet. Det er beregnet at Dødsårsaksregisteret bare fanger opp 50–60 prosent av arbeidsskadedødsfallene som burde ha vært registrert der, og de har som nevnt sluttet å publisere statistikk over arbeidsskadedødsfall. Komplettheten i registrene til Petroleumsstilsynet, Sjøfartsdirektoratet og Luftfartstilsynet er ikke kjent.

4.7.1 Antall arbeidsskadedødsfall 2006–2014, etter tilsynsområde.



Arbeidsskadedødsfall etter næring

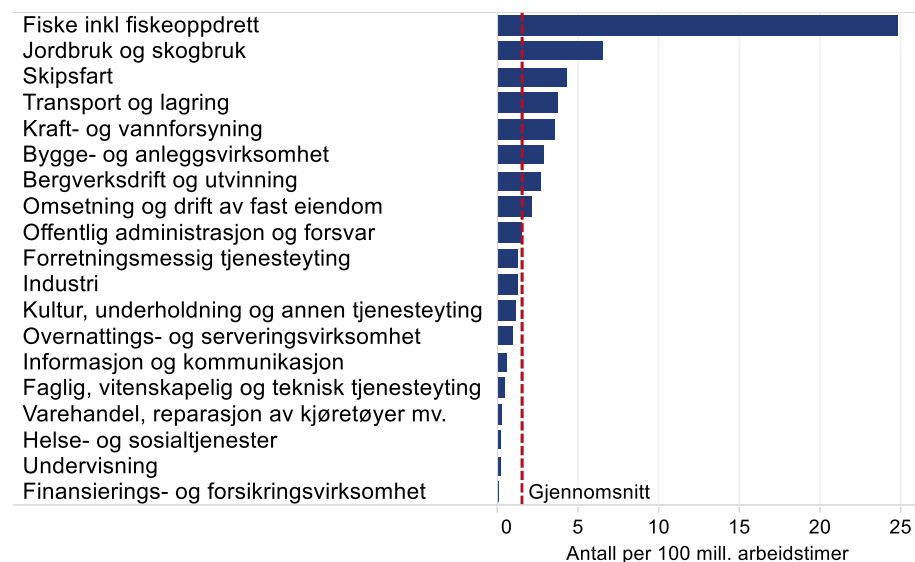
Figuren 4.7.2 viser risikoen for dødsfall i ulike næringer i Norge, målt som antall døde etter arbeidsskader per 100 millioner arbeidstimer i perioden 2010–2013. Antall arbeidstimer i de enkelte næringene er hentet fra SSBs nasjonalregnskap, mens antall dødsfall kommer fra tilsynsmyndighetenes registre.

Gjennomsnittsrisikoen for alle næringer er 1,5 dødsfall per 100 millioner arbeidstimer. Risikoen innenfor fiskerinæringen er mer enn femten ganger høyere enn dette. Dødsrisikoen er relativt høy også innenfor jordbruk/skogbruk, og deretter følger skipsfart, transport/lagring og kraft- og vannforsyning. I alt var det 229 registrerte arbeidsskadedødsfall i perioden. Til sammenlikning var det 232 i fireårsperioden før (2006–2009), og gjennomsnittlig risiko for alle næringer var da 1,6 dødsfall per 100 millioner arbeidstimer. Tallene er med andre ord forbløffende stabile.

Den relativt høye risikoen innenfor bergverksdrift og utvinning kan delvis tilskrives én enkelthendelse: Gisselaksjonen i In Amenas i Algerie i januar 2013 krevde livet til fem norske Statoil-ansatte. Disse er kodet i denne næringen, og de utgjør til sammen omtrent halvparten av alle dødsfallene i næringen i løpet av fireårsperioden. Næringen offentlig administrasjon og forsvar er preget av flyulykken på Kebnekaise i 2012, hvor fem norske offiserer omkom, og av hendelsene 22. juli 2011. Alle de seks arbeidsskadedødsfallene i Regjeringskvartalet var tilknyttet denne næringen.

Arbeidstilsynet har gjort egne analyser av arbeidsskadedødsfallene i de fire næringene med flest antall dødsfall innenfor eget tilsynsområde: bygg og anlegg, industri, landbruk og transport (128). Analysene viser at «avvikssituasjoner» som vedlikeholdsarbeid, feilsøking, reparasjon og liknende er involvert i en stor andel av ulykkene. Slike arbeidsoperasjoner gjøres mer sjelden, ofte av personer som ikke jobber med den spesifikke maskinen eller utstyret til vanlig, og slike arbeidsoperasjoner er oftest avgrenset i tid. Mange ulykker både i industri og jordbruk skjer i forbindelse med slikt arbeid. Også innenfor bygg og anlegg skjer flere ulykker som følge av avvik fra planen, ved at man må gjøre noe ekstra eller gjøre ting på en annen måte enn planlagt. Kjøretøy er også involvert i mange arbeidsskadedødsfall i alle disse næringene.

4.7.2 Arbeidsskadedødsfall per 100 millioner arbeidstimer, etter næring



Kilde: STAMI, NOA (Tilsynsmyndighetene, SSB, Nasjonalregnskapet 2010-2013)

Store kjøretøy er involvert i nesten alle anleggsulykkene, og andelen er stor også i transport og i jordbruk. Analysene viser videre at det ofte er menneskelige feil blant de utløsende årsaksforholdene. De bakenforliggende årsakene er imidlertid i hovedsak organisatoriske og tekniske. Mangelfull/manglende risikovurdering/planlegging og manglende barrierer er forhold som utpeker seg i flere næringer. Større fokus på barrierer og barrierestyring, bedre risikovurderinger og mer fokus på avvikssituasjoner er forhold som trekkes frem for å redusere risikoen for arbeidsskadedødsfall.

Ikke-dødelige arbeidsskader

I 2013 hadde SSBs årlige Arbeidskraftundersøkelse en tilleggsmodul om arbeidsskader (AKU-tillegget). Her ble et landsomfattende, representativt utvalg på vel 12 000 personer stilt følgende spørsmål:

Har du i løpet av de siste 12 månedene blitt skadet i en ulykke på arbeidsplassen eller i forbindelse med arbeidet?

Av de spurte svarte 3,1 prosent bekreftende på spørsmålet. Det tilsvarer omtrent 84 000 personer på landsbasis. Tar vi hensyn til at enkelte blir utsatt for mer enn ett skadetilfelle, kan det årlige antallet arbeidsskader beregnes til ca. 105 000. Ca. 25 000 personer hadde arbeidsskade som medførte sykefravær på fire dager eller mer, og 53 prosent av de skadde var menn.

Tabell 4.7.1 viser forekomst av arbeidsskade etter aldersgruppe og kjønn. Hos menn avtar skaderisikoen med alderen. Hos kvinner er bildet noe mindre tydelig, men det er den samme tendensen også her. Skaderisikoen er høyest blant unge menn og unge kvinner. En tilsvarende undersøkelse, med det samme spørsmålet, ble gjennomført i 2007. Også da var årlig gjennomsnittlig skaderisiko 3,1 prosent, og det var samme aldersprofil. Kjønnforskjellene var imidlertid litt større den gangen (63 % av de skadde var menn).

4.7.1 Årlig risiko for arbeidsskade i prosent, etter alder og kjønn (SSB, AKU-tillegg 2013)

ALDERSGRUPPE	MENN	KVINNER	TOTALT
16-24 år	6,9	4,5	5,7
25-34 år	4,0	3,0	3,6
35-44 år	3,0	1,4	2,3
45-54 år	2,6	2,4	2,5
55-74 år	2,0	2,5	2,2
16-74 år	3,4	2,6	3,1

De hyppigste skadetyperne er ifølge AKU-tillegget fall, kutt/stikk, akutt fysisk overbelastning og truffet av gjenstand. Disse skadetyperne utgjorde til sammen nærmere 60 prosent av alle skader. Ca. 8 prosent av de skadde oppga å ha blitt skadet i en voldshandling, mens om lag 4 prosent oppga at de ble skadet i en trafikkulykke i forbindelse med arbeid. Det er visse kjønnsforskjeller når det gjelder skadetype. Fall, truffet av gjenstand, kutt/stikk og klemskader forekommer alle hyppigst blant menn, mens det er noe flere kvinner enn menn som oppgir skadetyperne akutt overbelastning og skadet i en voldshandling. I motsetning til forrige gang denne undersøkelsen ble gjennomført, ble det i siste runde av AKU-tillegget ikke spurt om arbeidsreiseskader.

Det har vært noe oppmerksomhet knyttet til stikkskader fra brukt medisinsk utstyr. Personer eksponert for dette kan teoretisk bli utsatt for smitte, hvorav hepatitt B og C samt HIV har vært mest omtalt. Smitterisikoen er imidlertid svært lav. I yrkesmessig sammenheng er det de som jobber i helsevesenet, som er mest utsatt, men skadene kan også ramme for eksempel avfallshåndterere. Ifølge AKU-tillegget 2013 kan man grovt anslå at dette årlig rammer et par tusen personer i helsevesenet.

Også i LKU 2013 blir det spurt om arbeidsskader. Her er imidlertid spørsmålsstillingen annerledes enn i AKU-tillegget nevnt ovenfor.

Har du i løpet av de siste 12 måneder vært utsatt for skader som skyldtes arbeidsulykke, og som medførte sykefravær utover ulykkesdagen?

Her vil man forvente lavere forekomst enn i AKU-tillegget, siden det blir presisert at skaden skal ha medført sykefravær utover ulykkesdagen. Dette gjenspeiles også i svarene: Den årlige forekomsten i LKU 2013 er 1,7 prosent, mens den altså var 3,1 prosent i AKU-tillegget. I LKU kan vi også studere langtidstrener, siden det samme spørsmålet har vært stilt siden 1989. I mesteparten av perioden lå tallet rundt 3 prosent (men i LKU 2006 ble det ikke rapportert på dette spørsmålet). LKU 2009 viste 2,1 prosent, og i siste undersøkelse var tallet altså 1,7 prosent. Også i AKU-tilleggene ser man en svak indikasjon på at forekomsten av fraværsskader er synkende.

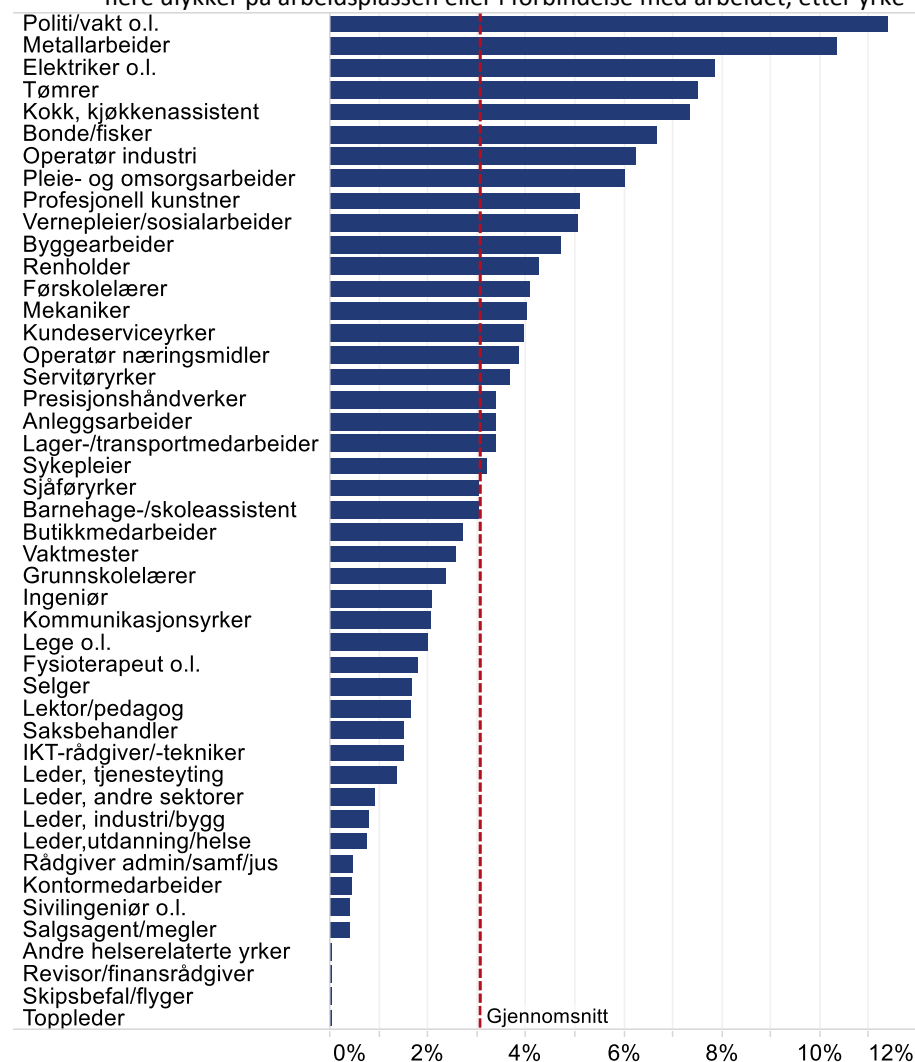
Arbeidsskader etter yrke

Figur 4.7.3 viser årlig skaderisiko etter yrke i henhold til AKU-tillegget 2013. Det mest skadeutsatte yrket er politi/vakt o.l., med en årlig skaderisiko på mer enn 11 prosent, tett fulgt av metallarbeidere. Videre følger to håndverkeryrker samt kokk/kjøkkenassistent. Relativt høy skaderisiko finner vi også i primærnæringen, i industrien og blant pleie- og omsorgsarbeidere. Fire yrker har ingen rapporterte skadetilfeller: andre helserelaterte yrker, toppleder, revisor/finansrådgiver og skipsbefal/flyger.

Om lag halvparten av skadetilfellene førte til sykefravær. Andelen skader som medfører fravær, varierer noe fra yrke til yrke, og fraværsskader forekommer oftest i yrket metallarbeider, der tallet er 7,2 prosent. Deretter følger tømrer, renholder, politi/vakt o.l. og bonde/fisker, med årsforekomst for fraværsskade på 3,5–4 prosent. Det er forøvrig metallarbeider som er det mest skadeutsatte yrket også i LKU 2013 (som bare spør etter fraværsskade), med en forekomst på 6,7 prosent. Deretter følger politi/vakt o.l., mekaniker, renholder, byggarbeider og bonde/fisker. Det er altså god overensstemmelse mellom disse to undersøkelsene på dette punktet.

I en nylig publisert artikkel basert på arbeidsskadene i LKU 2009, som særlig ser på psykososiale risikofaktorer for arbeidsskader, viste høy rollekonflikt seg å være assosiert med en tredoblet risiko for arbeidsskade, mens emosjonelle krav og kombinasjonen høye krav og lav selvbestemmelse hver var assosiert med en dobling av risikoen (55). Det ble beregnet at hver enkelt av disse tre risikofaktorene har en PAR i området mellom 11 og 14 prosent. Dette er justert for kjønn, alder, yrke, skiftarbeid og fysisk arbeid. Det ble konkludert med at strategier som har som formål å bedre det psykososiale arbeidsmiljøet, kan ha stor betydning i det ulykkesforebyggende arbeid.

4.7.3 Prosentandel som i løpet av det siste året er skadet som følge av en eller flere ulykker på arbeidsplassen eller i forbindelse med arbeidet, etter yrke



Kilde: STAMI, NOA (SSB, AKU-tillegg 2013)

Opplevd skaderisiko

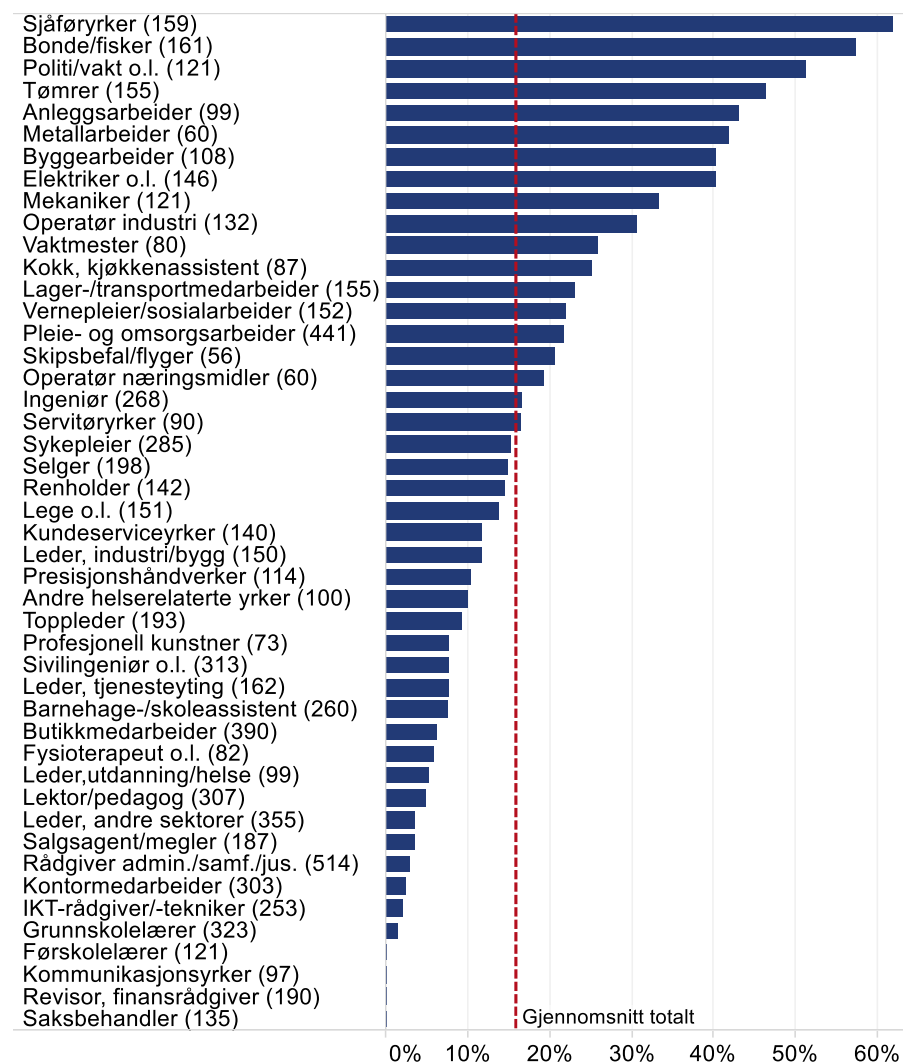
Det å arbeide i et miljø der risikoen for skade er (eller blir oppfattet som) stor, kan oppleves belastende. I LKU 2013 blir respondentene bedt om å vurdere hvor stor risikoen er for å bli utsatt for en arbeidsskade.

Hvordan vurderer du risikoen for at du skal bli utsatt for arbeidsulykker? Er den stor, middels eller liten?

I alt 3,3 prosent av de spurte vurderer risikoen som stor, mens 12,4 prosent oppgir middels skaderisiko. Det er altså om lag 16 prosent som oppfatter skaderisikoen som forhøyet, mens 84 prosent oppgir liten skaderisiko. Disse tallene er for øvrig nær identiske med LKU 2009. Noe flere menn enn kvinner opplever forhøyet skaderisiko (22 % mot 9 %), og den opplevde skaderisikoen avtar jevnt med alderen. Yrkesfordelingen fremgår av figur 4.7.4. I tre av yrkesgruppene oppgir over halvparten av de spurte middels eller høy skaderisiko: sjåføryrker, bonde/fisker og politi/vakt o.l. Også på de nærmeste plassene følger mannsdominerte, manuelle yrker, hovedsakelig med tilknytning til områdene bygg og anlegg, transport og industri.

Blant menn som vurderer skaderisikoen som stor, er den årlige forekomsten av arbeidsskader 8,6 prosent, mens den er 0,8 prosent blant menn som oppgir liten skaderisiko. De tilsvarende tallene for kvinner er 16,8 og 0,8 prosent. Gjennomsnittlig forekomst av arbeidsskader hos menn og kvinner i LKU 2013 er henholdsvis 1,9 og 1,5 prosent. Det er stort sett de samme yrkene som rapporterer høye nivåer av arbeidsskader og risiko for arbeidsskader. Det er imidlertid enkelte avvik. Yrkesaktive i sjåføryrker kan se ut til å overvurdere skaderisikoen, mens profesjonelle kunstnere er eksempel på det motsatte – selvurdert skaderisiko blir oppfattet på et lavt nivå, mens reell skaderisiko ligger relativt

4.7.4 Prosentandel som vurderer risikoen for å bli utsatt for arbeidsskade som middels eller stor, etter yrke



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013)

Arbeidsskader blant utenlandske arbeidstakere

Som nevnt tidligere har utenlandske arbeidstakere en forøket arbeidsskaderisiko. Antallet sysselsatte innvandrere har økt betydelig de siste 10–12 årene og vil trolig fortsette å øke i årene fremover. Mange av innvandrerne arbeider i næringer som tradisjonelt har mange alvorlige skader og arbeidsskadedødsfall.

Vi har ikke god informasjon om landbakgrunn i LKU eller AKU, men Arbeidstilsynet har gjort analyser av dette på bakgrunn av deres egne data over alvorlige skader (inkl. dødsulykker) meldt i henhold til arbeidsmiljølovens § 5-2 (127). Utenlandske arbeidere ble her definert som sysselsatte innvandrere som er registrert som bosatt (*innvandrere* defineres som en person som er bosatt i Norge og født i utlandet av to utenlandskfødte foreldre), pluss lønntakere på korttidsopphold (personer som forventes å oppholde seg mindre enn seks måneder i Norge, som dermed ikke er registrert som bosatt).

Hovedresultatet var at risikoen for alvorlig skade var 46 prosent høyere blant utenlandske arbeidstakere enn blant norske, og risikoen for arbeidsskadedødsfall var 26 prosent høyere for utenlandsk arbeidskraft. Det antas videre at underrapporteringen av skader trolig er større blant utenlandske arbeidstakere enn blant norske. Forskjellene i risiko er derfor trolig større enn det som fremkommer. I alt 494 ikke-dødelige og 31 dødelige skadetilfeller blant utenlandske arbeidstakere inngikk i studien. De skadde utlendingene kom fra 59 forskjellige land, men Polen hadde den klart største andelen, med 34 prosent. Deretter fulgte Sverige og Litauen, med henholdsvis 12 og 10 prosent.

Utenlandske arbeidstakere hadde forhøyet skaderisiko i nesten alle næringer. Flest skadetilfeller ble observert i bygge- og anleggsvirksomhet og i industrien, men den relative forskjellen var størst innenfor næringen arbeidskrafttjenester (utleie av arbeidskraft). Her var skaderisikoen nesten fire ganger så høy blant utenlandske som blant norske arbeidstakere. Dette blir forklart med at det trolig er systematiske forskjeller i hvor norske og utenlandske arbeidstakere blir leid ut. De utenlandske blir trolig oftest leid ut til forholdsvis skadeutsatte jobber i blant annet bygg og anlegg og industri, mens de norske trolig i større grad blir leid ut til kontorarbeidsplasser.

Rapporten peker på flere mulige forklaringer til overhyppigheten. For det første kan det være slik at de utenlandske arbeidstakerne arbeider mer, noe som imidlertid ikke kan bekreftes på grunn av manglende tilgang til data om arbeidstider for de ulike gruppene. En annen mulig forklaring er at utenlandske arbeidstakere jobber i farligere yrker og næringer. I det nevnte materialet er det ikke informasjon om yrke, kun om næring. Overhyppigheten av utenlandske arbeidstakere er særlig stor i den skadeutsatte bygg- og anleggsbransjen, men også innenfor arbeidskrafttjenester. Dessuten hadde som nevnt utenlandske arbeidstakere forhøyet skaderisiko i nesten alle næringer. Dette kan tyde på at utlendinger har farligere arbeidsoppgaver innenfor samme næring, som antydnet i avsnittet om utleid arbeidskraft over.

Man fant indikasjoner på at andelen som jobbet overtid på skadetidspunktet, var omtrent dobbelt så stor for de utenlandske som for de norske skadde. Dessuten var det 22 prosent av de skadde utenlandske arbeidstakerne som ikke behersket arbeidsstedets språk. Dette vanskeliggjør kommunikasjon og kan utgjøre en sikkerhetsrisiko. Det var også flere utenlandske enn norske arbeidstakere som ikke hadde gjennomført sikkerhetsopplæring (henholdsvis 28 % og 16 % av de skadde), noe som er alvorlig. Imidlertid var det en litt større andel av de norske som ikke hadde brukt verneutstyr. Dette overraskende funnet kan skyldes at arbeidsgiverne er mer fokusert på å sørge for at de utenlandske arbeidstakerne bruker verneutstyr enn de norske.

4.8 SYKEFRAVÆR - UFØRETRYGD

I løpet av perioden 2010-2013, har det legemeldte sykefraværet gått noe ned. Om lag 23 prosent av de yrkesaktive har et legemeldt sykefravær 17 dager eller mer i 2013. Risikoen for sykefravær er høyere blant kvinner enn menn i alle aldersgrupper og for alle varigheter. I aldersgruppen 25 – 34 år forklarer svangerskapsrelatert sykefravær om lag 50 prosent av forskjellen i sykefraværet mellom kvinner og menn. Høyest andel fraværstilfeller samlet sett finner vi i gruppene sosionom, vernepleier, barnevernspedagog (39 %) og førskolelærere (37 %). Andelen langtidssykemeldte som ikke kommer tilbake i arbeid, kan brukes som en indikator på avgang fra yrkeslivet. Av de som hadde et langtidsfravær (definert som mer enn 13 ukers varighet) i 2012, var 27 prosent ute av arbeid ett år senere. I 2013 hadde 18 per 1000 yrkesaktive brukt opp sykepengere rettighetene og 23 888 nye uførepensjonister ble registrert.

I et internasjonalt perspektiv er Norge det landet med høyest utgifter til sykelønn sammenliknet med øvrige OECD land. Sykefravær og uførhet genererer betydelige kostnader for den enkelte og samfunnet. Imidlertid viser tall fra NAV som måler tapte dagsverk på grunn av egen sykdom, i prosent av avtalte dagsverk (sykefraværsprosenten), at det har vært en positiv utvikling i sykefraværet fra 2001 (7,4 %) til 2014 (6,4 %) (Perioden IA- avtalen har vært gjeldende). Det egenmeldte fraværet har vært stabilt rundt 1 % i samme periode. I 2014 utgjorde muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser nærmere 60 prosent av det legemeldte sykefraværet. Det forekommer visse kjønnsforskjeller i hvilke sykdommer menn og kvinner blir sykmeldt for. Muskel- og skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til sykefravær, og menn er i hovedsak mer sykmeldt for dette enn kvinner. Menn er spesielt mer sykmeldt for ryggproblemer. Psykiske lidelser er svært utbredt, og en tredjedel av den norske befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. I gjennomsnitt er kvinner mer sykmeldt for psykiske lidelser enn menn, og det er i kategorien lettere psykiske lidelser at forskjellen er størst. Kvinner lider oftere av depresjoner og angst, og bruker mer psykofarmaka eller andre typer beroligende medisin. Motsatt er det dobbelt så mange menn som er sykmeldt for hjerte- og

karsykdommer selv om forekomsten av sykdommen er lik for begge kjønn. En av årsakene til at dette er at menn rammes ca.10 år tidligere enn kvinner. Det vil si at flere arbeidsføre menn får hjerte-karsykdommer (Kilde Nav-notat: Utviklingen i sykefraværet, 1. kvartal 2014). Per 31. mars 2013 var det 305 886 personer som mottok uførepensjon (tabell). Sammenlignet med samme tidspunkt i 2012 er det 2 100 færre uførepensjonister – en nedgang på 0,7 prosent. Til sammenligning var andelen uføre i befolkningen på 10,4 prosent i 2006. Andelen sank fram til 2009 for deretter å ha holdt seg relativt stabil på 9,5 prosent fram.

4.8.1 Antall tapte dagsverk per 1000, 4 kv 2006-2014 (NAV)

	2006	2009	2012	2013	2014
Antall tapte dagsverk per 1000	6209	7 378	6 689	6 551	6 743
Tapte dagsverk i %	100	100	100	100	
Allment og uspesifisert	5,4	5,9	6,3	6,1	6,6
Sykdom fordøyelses organene	4,6	4,3	5,2	5,2	5,2
Hjertekar sykd.	5,1	4,5	4,4	4,2	4
Muskel/skjelett-lidelser	40,3	39	38,8	39,7	38,6
... herav rygglidelser	10,9	10,3	9,8	9,9	9,8
... herav nakke/skulder/arm	9,9	9,7	9,6	9,8	9,5
Sykdom nervesystemet	4,7	4,8	5,1	5,3	5,4
Psykiske lidelser	18	19	18,8	19,3	20
... herav lettere psykiske lid	7,4	9	9,7	10,2	10,7
... herav angst/depressive lid	9,8	9,1	8,2	8,2	8,3
Sykdommer i luftveiene	7,9	8,9	7,4	5,9	6,2
Svangerskaps-sykdommer	5,4	5,3	5,1	5,2	4,9
Andre lidelser	8,8	8,3	8,8	9	9,1
I alt	100	100	100	100	100

4.8.2 Personer (18-67 år) med uførepensjon pr. 31.03.2004 – 31.03.2013. Antall kvinner og menn og som andel av befolkningen (NAV)

	2006	2009	2012	2013	2014
Totalt, antall	297 485	296 300	309 885	305 886	311 875
Totalt, andel	10,4	9,7	9,5	9,7	9,5
Kvinner (antall)	169 391	168 436	177 730	176 137	180 644
Kvinner (andel)	12,0	11,3	11,0	11,3	11,1
Menn (antall)	128 094	127 864	132 155	129 749	131 231
Menn (andel)	8,8	8,2	8	8,1	7,9

Sykefravær og avgang fra jobb grunnet helseproblemer er sammensatte fenomener som påvirkes av sosiale, økonomiske og individuelle forhold. Sykdom, skade og subjektive helseplager påvirker åpenbart arbeidsevnen og muligheten for å være i jobb, men behovet for å være borte fra jobb på grunn av sykdom vil i de fleste tilfeller også avhenge av arbeidsplassen, arbeidsoppgavene og mulighetene for tilrettelegging. Mange forhold på arbeidsplassen er vist å ha betydning for utvikling av helseplager og kan ha betydning for om helseproblemene fører til uførhet. Det er ikke enkelt å anslå hvor stor andel av sykefraværet som er arbeidsrelatert, blant annet fordi det fortsatt finnes få undersøkelser som omhandler dette temaet. Sykefravær eller avgang fra yrket grunnet helseproblemer kan være arbeidsrelatert enten fordi personen har problemer med å utføre arbeidet på grunn av sykdom, det vil si at vedkommende har "helserelaterte arbeidsproblemer", eller fordi eksponeringer på jobb fører til sykdom, skade eller plager som innebærer at personen må holde seg borte fra arbeidet. For yrkesaktive med helseproblemer kan arbeidskrav og arbeidsmiljøforhold være medvirkende til at de blir sykmeldt. Også personens (og helsevesenets) oppfatning av arbeidsevne og jobbkrav kan ha betydning for det arbeidsrelaterte sykefraværet

Forskningen viser at det å utsettes for mekaniske arbeidsfaktorer, dvs. arbeidsoperasjoner som innebærer stor kraftbruk, repeterende bevegelser og ugunstige arbeidsstillinger, gir økt risiko for å utvikle vedvarende muskelskjelettplager (53)). I den grad slike arbeidsbelastninger direkte bidrar til plagene omtaler vi dette som et arbeidsrelatert helseproblem som igjen kan føre til arbeidsuførhet. Samtidig vil det i mange tilfeller også være slik at vedvarende muskelskjelettplager uansett årsak kan være vanskelig å forene med en jobb som innebærer mange mekaniske belastninger. I slike tilfeller kan vi si at man har et

helserelatert arbeidsproblem som kan føre til arbeidsuførhet i visse typer yrker, mens man kanskje fint kunne ha fortsatt å jobbe på en kontorarbeidsplass med gode muligheter for tilpasning. Flere studier har vist at tungt fysisk arbeid gir økt risiko for uførhet (130-132), Andre mekaniske faktorer som langvarig stående arbeid (133), helkroppsvibrasjon (134) og arbeid i ukomfortable stillinger (135) er og funnet å ha betydning for uførhet.

Mekaniske (ergonomiske) risikofaktorer

- Tungt fysisk arbeid og helkroppsvibrasjon
- Statiske belastninger slik som arbeid med framoverbøyd hode og gjentatte og ensidige arm- og skulderbevegelser
- Løft med vridning, og arbeid i knestående stilling
- Stående arbeid mesteparten av arbeidsdagen

Psykososialt arbeidsmiljø omfatter en rekke faktorer knyttet til arbeidets organisering og innhold, samt de mer uformelle sosiale relasjonene på jobben, som kan påvirke individet gjennom psykologiske prosesser. Psykososiale faktorer har betydning for kroppslige og mentale helseplager (75, 136), motivasjon og trivsel (137), som igjen kan påvirke arbeidsevnen, arbeidsmotivasjonen og hvorvidt man klarer å stå i jobben med ulike plager. Lav kontroll på jobben, altså få valgmuligheter og liten innflytelse på egen arbeidssituasjon, er den best dokumenterte psykososiale risikofaktoren for sykefravær og arbeidsuførhet i forskningslitteraturen, (48). Flere studier har og funnet at kombinasjonen av høye krav og lav kontroll gir økt risiko for uførhet (138-141), og det foreligger studier som indikerer at bade nedbemanninger og større omstillinger kan ha betydning for uførhet (142).

Psykososiale risikofaktorer

- Lav kontroll, dvs. en arbeidssituasjon hvor man opplever liten grad av selvbestemmelse og innflytelse over egne arbeidsoppgaver og arbeidsmåter
- Lav kontroll kombinert med høye kvantitative krav, dvs. en arbeidssituasjon som består av tidspress og krav til effektivitet og tempo og/eller storarbeidsmengde.
- Monoton arbeid, dvs. en arbeidssituasjon hvor man opplever at man i stor grad må gjøre de samme oppgavene eller arbeidsoperasjonene over tid
- Lite støttende ledelse, dvs. en arbeidssituasjon hvor man manglende støtte, tilbakemelding, likebehandling og tillit fra ens nærmeste leder

Tre nyere fra STAMI har sett på betydningen av selvrapportert eksponering for mekaniske og psykososiale faktorer i jobbsammenheng for legemeldt sykefravær og

selv-rapportert avgang fra jobb grunnet helseproblemer. I den første studien fant man at om lag en av fire tilfeller med høyt sykefraværnsnivå i løpet av ett år kunne forklares av mekanisk arbeidseksponering. Stående arbeid og hånd-/arm repetisjon er utbredte mekaniske arbeidseksponeringene i norsk arbeidsliv og forklarte en betydelig andel av tilfellene med høy sykefraværnsnivå. Risikoen for høyt sykefraværnsnivå var om lag dobbelt så høy blant yrkesaktive som rapporterte at de mesteparten av arbeidsdagen var utsatt for ubekvemme løft eller arbeid i framoverbøyd stilling sammenliknet med de som i liten eller ingen grad var utsatt for dette. Andre mekaniske risikofaktorer for høyt sykefraværnsnivå var arbeid med bøyde nakke mesteparten av arbeidsdagen og knestående arbeid. I en tilsvarende studie, ble det beregnet at om lag 15 prosent av tilfellene med høyt sykefraværnsnivå i løpet av ett år kunne forklares av selvrapportert eksponering for psykososiale risikofaktorer. De viktigste risikofaktorene var rollekonflikt, lite støttende lederskap og høy grad av eksponering for emosjonelle krav. Risikoen for høy sykefraværnsnivå var mellom 30-60 prosent høyere blant de som var høyt eksponert sammenliknet med de som var lavest eksponert for disse tre faktorene(32). Den tredje studien benyttet data fra Statistisk Sentralbyrå sine levekårsundersøker om arbeidsmiljø fra 2006 og 2009, hvor man har fulgt nesten 7000 yrkesaktive over tre år, for å studere nærmere betydningen av psykososiale og mekaniske faktorer i arbeidsmiljøet for selvrapportert arbeidsuførhet i den generelle yrkesbefolkningen i Norge. I studien anslår vi at arbeidsmiljøet hadde en betydning for nærmere 45 prosent av dem som sluttet å jobbe på grunn av egne helseproblemer eller sykdom i løpet av treårsperioden (arbeidsuførhet). De viktigste psykososiale risikofaktorer var ensidig arbeid, lite støttende ledelse og mobbing/trakassering. De viktigste mekaniske risikofaktorer var stående arbeid, nakkefleksjon, tungt fysisk arbeid og helkroppsvibrasjon (Sterud, 2013).

SELVRAPPORTERT SYKEFRAVÆR OG SYKENÆRVÆR

LKU 2013 gir oss opplysninger om det selvrapporterte sykefraværet som varer 14 dager eller mer. Av figuren ser vi at andelen av alle yrkesaktive som oppgir å ha hatt minst ett slikt fravær, har variert i perioden 1993–2013, og at det har vært en liten nedgang både blant menn (fra 14 % til 12 %) og kvinner (fra 21 % til 19 %) i løpet av siste treårsperiode.

Det høyeste fraværet ser vi blant kvinner i aldersgruppene 25–44 og 45–66 år, mens kvinner i aldersgruppen 17–24 år rapporterer et fravær som er på linje med fraværet blant menn. Fraværet i den yngste aldersgruppen, og særlig blant de yngste kvinnene, har gått ned siste treårsperiode (fra 13 % til 6 %). Fraværet både blant menn og kvinner øker med alderen, og blant kvinner i aldersgruppen 45–66 år har det vært en liten økning i perioden 2009–2013.

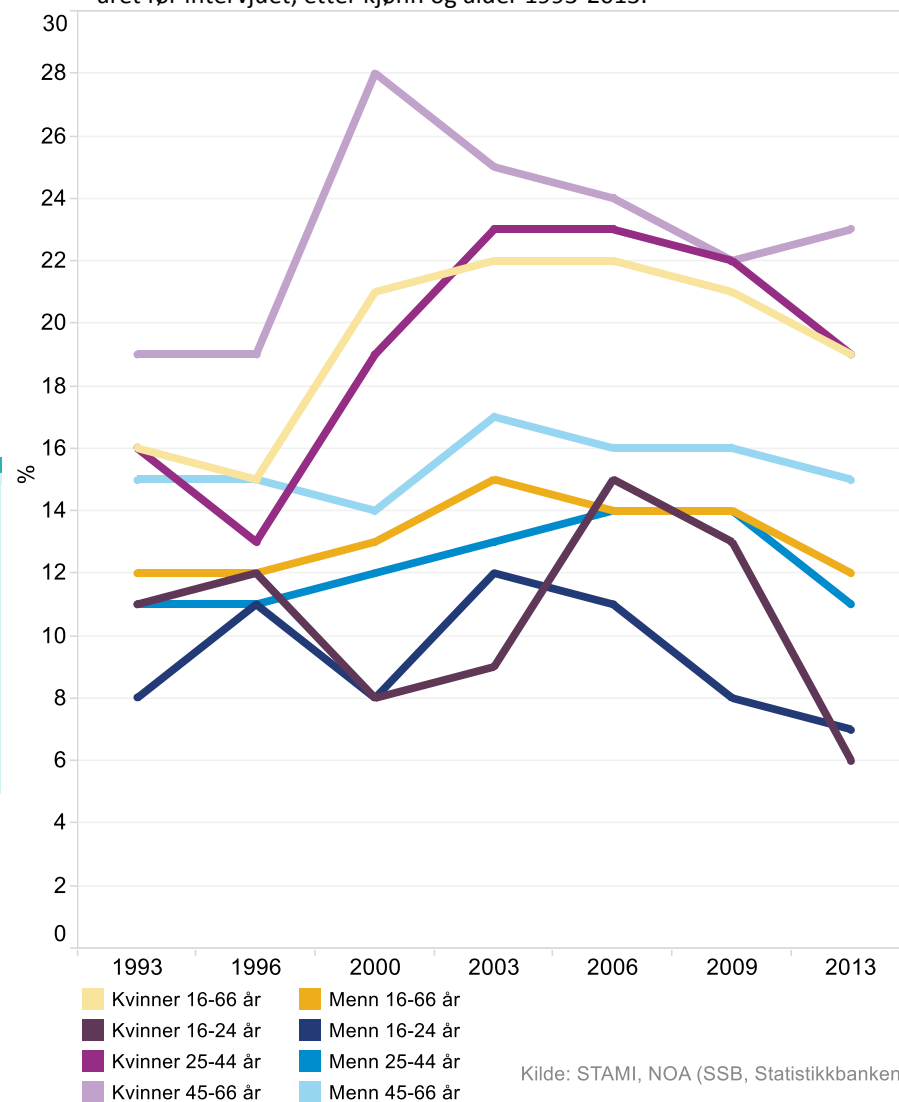
Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager?

Var årsaken til fraværet helseproblemer som helt eller delvis skyldtes jobben din?

Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt sykefravær med egenmelding? Var årsaken til fraværet helseproblemer som helt eller delvis skyldtes jobben din?

Hvor mange ganger i løpet av siste 12 månedene har det hendt at du har gått på jobb selv om du var så syk at du egentlig burde ha holdt deg hjemme?

4.8.1 Trender i selvrapportert legemeldt sykefravær på 14 dager eller mer siste året før intervjuet, etter kjønn og alder 1993-2013.



4.8.3 Prosentandel av alle yrkesaktive som oppgir at de har hatt arbeidsrelatert-/ikke arbeidsrelatert legemeldt/egenmeldt sykefravær/sykenærvær siste 12 måneder, etter utdanning (SSB, LKU 2013)

	ARB.REL. SYKFR.	IKKE ARB,REL SYKFR.	EGENM. ARB.REL. SYKEFR.	EGENM. IKKE ARB.REL SYKEFR.	SYKE- NÆRVÆR
Ungdomsskole eller lavere	9	10	8	29	54
Videregående påbegynt	7	16	5	29	50
Videregående fullført	7	10	5	34	55
Høyskole	4	10	5	43	56
Universitet	2	7	4	46	53

Andelen som rapporterer om arbeidsrelatert fravær, er om lag 9 prosent blant dem med ungdomsskole, mens andelen er 2 prosent blant dem med universitetsutdannelse. Totalfraværet er høyere blant personer med kortere utdanning – henholdsvis 23 og 18 prosent blant yrkesaktive uten fullført videregående og med ungdomsskole mot henholdsvis 14 og 9 prosent blant personer med inntil fire og mer enn 4 år på universitet eller høyskole.

Blant yrkesaktive med og uten fullført videregående var andelen henholdsvis 38 og 40 prosent egenmeldt sykefravær, mot henholdsvis 50 og 44 prosent blant personer med inntil fire og mer enn 4 år på universitet eller høyskole. Egenmeldt sykefravær som tilskrives jobben, er mest utbredt blant personer med utdanning i inntil 4 år på universitet eller høyskole (7 %) og minst utbredt blant personer med mer enn 4 år på universitet eller høyskole (5 %).

4.8.4 Prosentandel av alle yrkesaktive som oppgir at de har hatt arbeidsrelatert-/ikke arbeidsrelatert legemeldt/egenmeldt sykefravær/sykenærvær siste 12 måneder, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)

		ARB.REL. SYKFR.	IKKE ARB,REL SYKFR.	EGENM. ARB.REL. SYKEFR.	EGENM. IKKE ARB.REL SYKEFR.	SYKE- NÆRVÆR
Menn	17-24	3	5	4	27	41
	25-34	6	6	5	40	57
	35-44	4	6	5	37	57
	45-54	6	8	4	29	53
	55+	7	10	3	22	46
	Totalt	5	7	4	32	52
Kvinner	17-24	1	6	6	32	48
	25-34	7	11	8	47	65
	35-44	8	13	7	41	61
	45-54	7	12	8	40	57
	55-66	8	18	5	37	52
	Totalt	7	12	7	42	58

Selvrapportert sykefravær

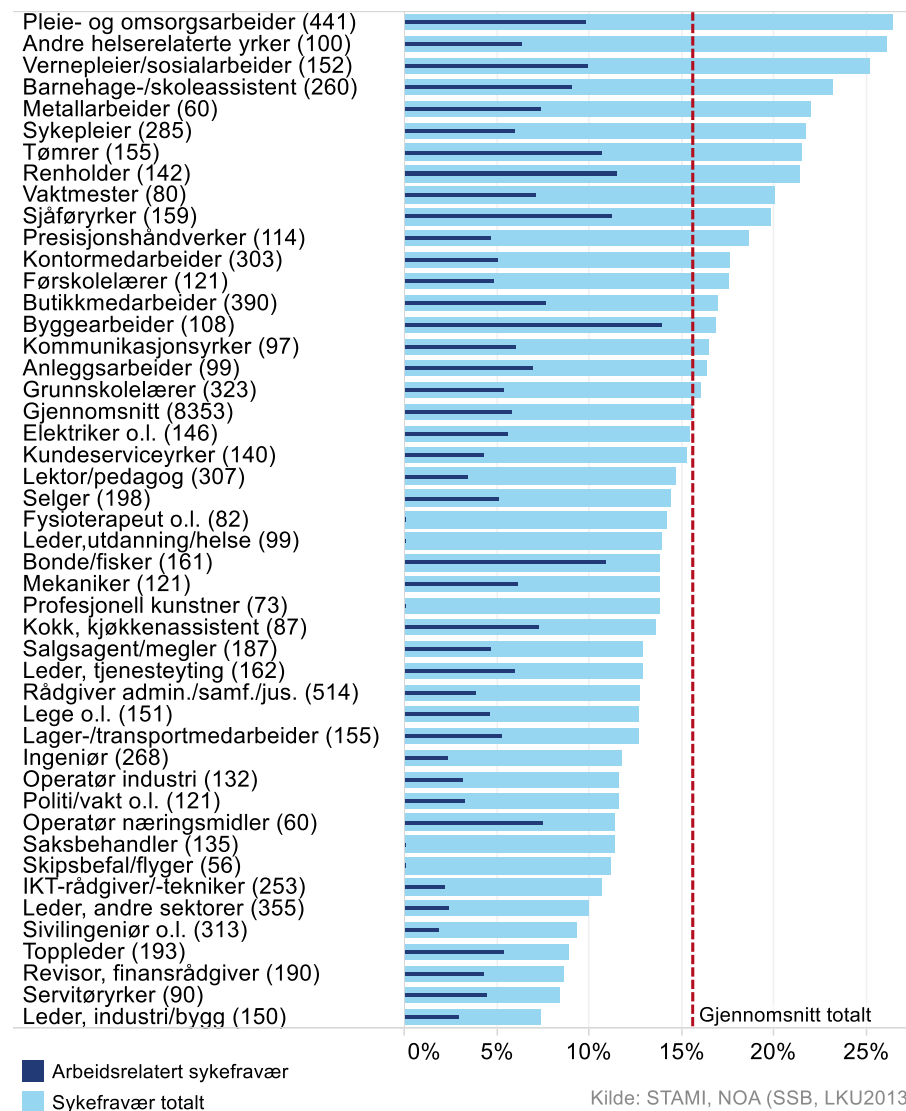
I LKU 2013 oppgir om lag 15,9 prosent av de yrkesaktive at de har hatt minst ett legemeldt sykefravær på 14 dager eller mer det siste året. Blant disse rapporterer om lag 37 prosent at fraværet var forårsaket av helseplager som helt eller delvis skyldtes jobben.

I figur 4.8.2 presenterer vi andelen som rapporterer minst ett fravær på 14 dager eller mer, i de ulike yrkesgruppene. Figuren viser fordelingen av arbeidsrelatert versus ikke-arbidsrelatert fravær i hver enkelt yrkesgruppe. Øverst i figuren finner du yrkesgruppene med høyest andel arbeidsrelatert fravær. Bygningsarbeidere og renholdere er de yrkesgruppene som rapporterte høyest arbeidsrelatert legemeldt fravær, med henholdsvis 15 og 13 prosent, sammenliknet med 6 prosent for alle yrkesaktive. Andre yrker med forholdsvis høyt arbeidsrelatert fravær var sjåføryrker, bonde/fisker, tømrer, vernepleier/sosialarbeider, pleie- og omsorgsarbeider, barnehage-/skoleassistent. I disse yrkene er andelen med minst ett arbeidsrelatert legemeldt fravær på 14 dager eller mer mellom 10 og 12 prosent.

Det høyeste totalfraværet ser vi i flere yrkesgrupper innenfor helse- og sosialsektoren, hvor mer enn 26 prosent rapporterer minst ett fravær på 14 dager eller mer, sammenliknet med nærmere 16 prosent blant alle yrkesaktive.

Kategorisert etter næringsgruppe finner vi det høyeste arbeidsrelaterte fraværet innenfor primærnæringene og omsetning og drift av eiendom, der 10 prosent oppgir slikt fravær.

4.8.2 Prosentandel som oppgir at de har hatt minst ett sykefravær på mer enn 14 dager siste året før intervjuet, etter yrke



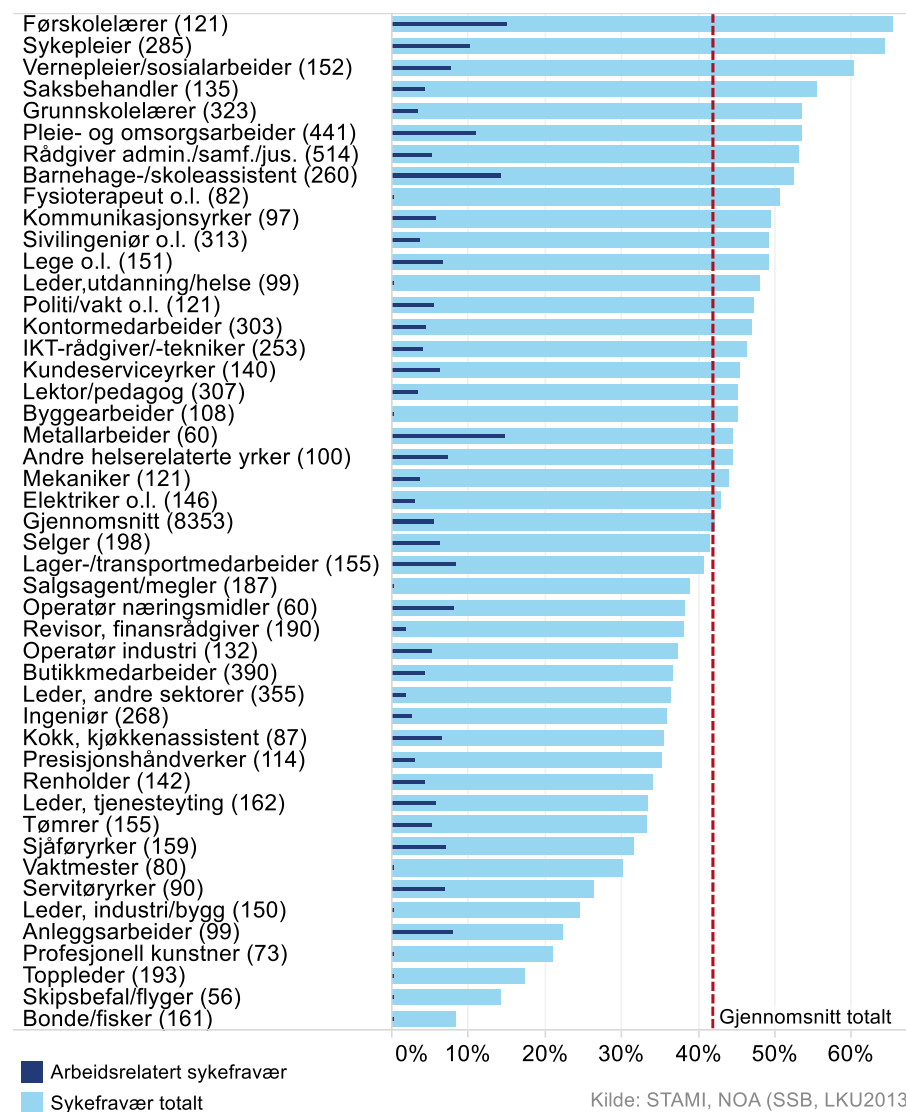
Egenmeldt sykefravær

Egenmelding kan brukes i opptil tre dager fire ganger i løpet av en 12 måneders periode. I virksomheter med IA-avtale kan arbeidstakeren bruke egenmelding i til sammen 24 kalenderdager i løpet av en 12 måneders periode, men egenmelding kan ikke benyttes i mer enn åtte dager per fraværstilfelle. I LKU 2013 oppgir nærmere 45 prosent at de hadde minst ett egenmeldt sykefravær det siste året. Blant disse rapporterer om lag 5 prosent at fraværet var forårsaket av helseplager som helt eller delvis skyldtes jobben. I figur 4.8.3 presenterer vi den andelen som rapporterte minst ett egenmeldt fravær, i de ulike yrkesgruppene. Figuren viser fordelingen av arbeidsrelatert versus ikke-arbeidsrelatert fravær i hver yrkesgruppe. Øverst i figuren finner vi gruppene med mest arbeidsrelatert fravær. Den høyeste andelen arbeidsrelatert egenmeldt fravær finner vi blant metallarbeidere, barnehage-/skoleassistenter og førskolelærere, hvor ca. 15 prosent rapporterer minst ett slikt fravær i løpet av året. Yrkesgruppen lager-/transportarbeider, sykepleier, pleie-/omsorgsarbeider ligger alle over 10 prosent, mot ca. 5 prosent arbeidsrelatert egenmeldt fravær for alle yrkesaktive.

Det høyeste ikke-arbeidsrelaterte egenmeldte fraværet finner vi blant førskolelærere og flere yrkesgrupper innenfor helse- og sosialsektoren, som også har det høyeste egenmeldte fraværet totalt sett (65 % mot 45 % blant alle yrkesaktive.)

Med en næringstilnærming finner vi den høyeste forekomsten av minst ett egenmeldt fravær innenfor offentlig administrasjon / forsvar / trygd, helse-/sosialtjenester og undervisning, hvor mellom 50 og 55 prosent rapporterer dette, sammenliknet med 45 prosent for alle næringer sett under ett. Det arbeidsrelaterte egenmeldte fraværet er høyest innenfor næringsgruppen helse- og sosialtjenester (11 %).

4.8.3 Prosentandel som oppgir at de har hatt et arbeidsrelatert/ikke-arbeidsrelatert egenmeldt sykefravær siste året før intervjuet, etter yrke



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013)

Sykenærvær

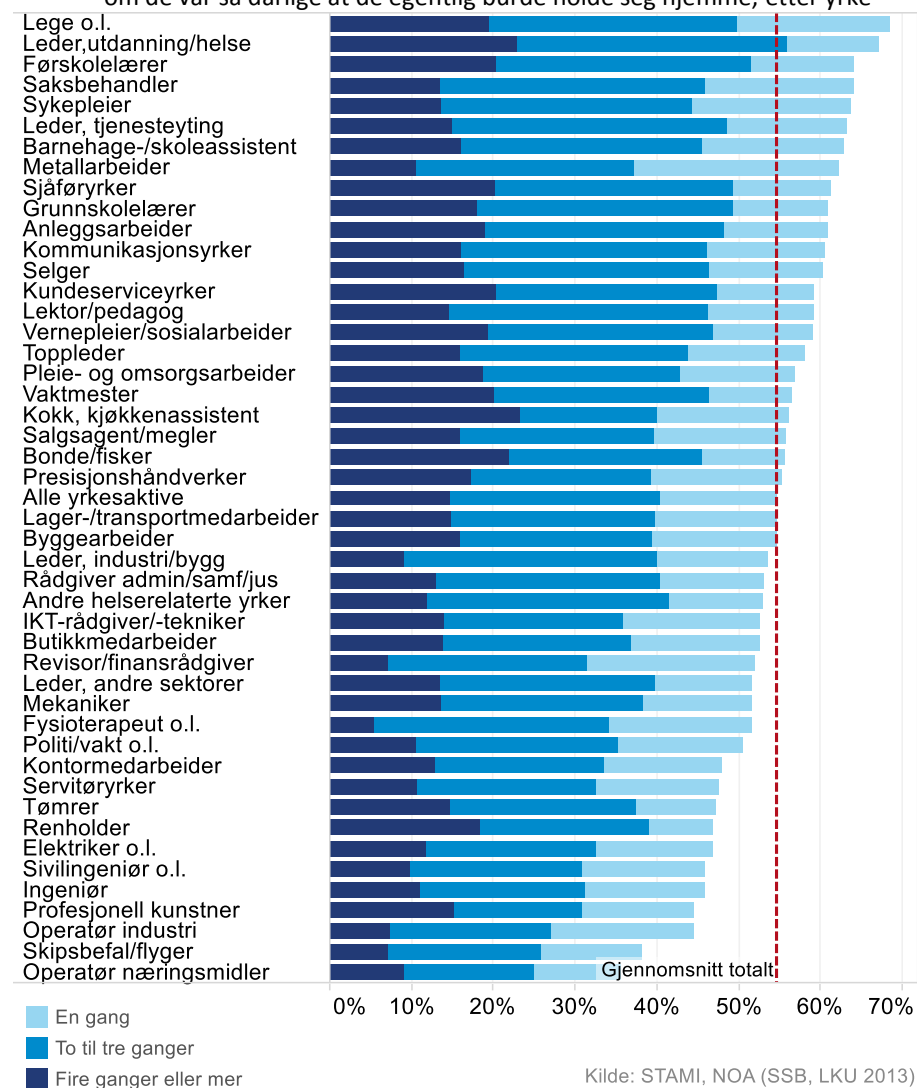
Med sykenærvær menes at den yrkesaktive går på jobb til tross for at vedkommende er syk. Høyt sykenærvær har gjerne blitt brukt som en forklaring på et lavt sykefravær. Det er mange årsaker til at noen mener de er «friske nok» til å gå på jobb til tross for at de er syke. I tillegg til individuelle faktorer som holdninger, motivasjon, trivsel, tilhørighet og selvsagt typen helseproblem vil rent økonomiske faktorer som sykkelønsordninger ha betydning for sykenærvær.

Sykenærvær har blitt assosiert med en økt risiko for hjerte- og karsykdommer (Kivimaki 2005) og redusert mental helse (143, 144). I en dansk oppfølgingsstudie fant man at respondenter med åtte sykenærverende dager eller flere i løpet av et år, hadde 2,5 ganger høyere risiko for utvikling av depresjon to år senere. I studien ble det tatt hensyn til en rekke helse- og livsstilsfaktorer (145). Flere studier rapporterer også at sykenærvær er en risikofaktor for et fremtidig sykefravær (146-148). Sykenærvær er langt mindre studert enn sykefravær, og dokumentasjonen på mulige helseeffekter er fortsatt mangelfull.

Blant alle yrkesaktive oppgir litt over halvparten at de i løpet av siste år har gått på jobb selv om de var så dårlige at de heller burde ha holdt seg hjemme. Sykenærvær er noe mer utbredt blant kvinner (58 % mot 52 % blant menn), og noe mindre utbredt blant de yngste (44,5 %) og eldste (49,5 %) sammenliknet med øvrige aldersgrupper. Sykenærvær er et relativt vanlig fenomen i alle yrkesgrupper, men det ser ut til at flere av de samme yrkesgruppene, med unntak av leger og ledere innenfor utdanning/helse, som rapporterer forholdsvis høyt legemeldt og egenmeldt sykefravær, også i større grad rapporterer at de i løpet av de siste månedene har gått på jobb selv om de burde vært hjemme.

I de fem gruppene som i størst grad rapporterer om sykenærvær, varierer andelen fra 68,5 prosent blant leger til 63 prosent blant sykepleiere og ledere innenfor tjenesteyting. I de øvrige yrkene som ligger over gjennomsnittet, varierer andelen mellom 54 og 62 prosent. I yrkesgruppene som rapporterer lavest forekomst av sykenærvær, er andelen rundt 36 prosent.

4.8.4 Prosentandel som i løpet av de siste 12 månedene har gått på jobb selv om de var så dårlige at de egentlig burde holde seg hjemme, etter yrke



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU 2013)

Legemeldt sykefravær – registerdata fra NAV

I dette avsnittet viser vi totalfraværet på 17 dager eller mer samt fravær med muskel- og skjelettdiagnoser og psykiske diagnoser med samme varighet. Sistnevnte diagnoser vises både fordelt på kjønn og alder og etter yrke. NAV har ikke tatt i bruk den nye yrkesstandarden (Standard for yrkesklassifisering, STYRK-08). Yrkeskodene som vi presenterer her, er dermed de samme som i forrige faktabok (Faktabok 2011) og sammenfaller ikke med yrkeskodene som presenteres for LKU 2013.

Det totale fraværet har vært relativt stabilt både for menn og kvinner. Forekomsten er høyere for kvinner enn for menn i alle aldre og for alle varigheter. I gjennomsnitt er forekomsten ca. 70 prosent høyere for kvinner enn for menn. Den store forskjellen i aldersgruppen 25–34 år skyldes omfanget av svangerskapsrelatert sykefravær i denne aldersgruppen. Dette fraværet utgjør nærmere 50 prosent av fraværet i denne gruppen når vi ser på legemeldt fravær på én dag eller mer.

4.8.5 Prosentandel legemeldt sykefravær på 17 dager eller mer i perioden 2010–2013, etter alder og kjønn (NAV)

Alder	2010			2011			2012			2013		
	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle
16–24	12	18	15	12	18	15	11	17	14	11	16	14
25–34	15	37	26	15	37	25	14	35	24	14	35	24
35–44	18	32	25	18	33	25	17	32	24	16	31	23
45–54	19	30	25	19	31	25	18	30	24	18	30	24
55–69	22	31	26	22	32	27	21	31	26	21	31	26
16–69	18	31	24	17	31	24	17	30	23	16	30	23

Det samme mønsteret ser vi også for fravær med muskel- og skjelettdiagnose. Forekomsten er samlet sett gjennomgående noe høyere blant kvinner enn blant menn for alle årene, og det er særlig kvinner i aldersgruppen 45–69 år som bidrar til kjønnsforskjellen.

4.8.6 Prosentandel legemeldt sykefravær på 17 dager eller mer ved muskel- og skjelettdiagnoser i perioden 2010–2013, etter alder og kjønn (NAV)

Alder	2010			2011			2012			2013		
	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle
16–24	6	5	6	6	5	5	6	5	5	6	5	5
25–34	7	9	8	7	9	8	7	8	7	7	8	7
35–44	9	11	10	8	11	10	8	11	9	8	10	9
45–54	9	14	11	9	14	11	9	13	11	9	13	11
55–69	9	15	12	9	15	12	9	14	11	9	14	11
16–69	8	11	10	8	11	10	8	11	9	6	11	9

Forekomsten av fravær ved psykiske diagnoser er gjennomgående samlet sett dobbelt så høy blant kvinner som blant menn for alle årene, og kvinner i alle aldersgrupper bidrar i samme grad til denne kjønnsforskjellen.

4.8.7 Prosentandel legemeldt sykefravær på 17 dager eller mer ved psykiske diagnoser i perioden 2010–2013, etter alder og kjønn (NAV)

Alder	2010			2011			2012			2013		
	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle
16–24	2	4	3	2	4	3	2	4	3	2	3	3
25–34	3	7	5	3	7	5	3	7	5	3	7	5
35–44	4	8	6	4	8	6	3	8	6	3	8	5
45–54	3	6	5	3	6	5	3	6	4	3	6	4
55–69	3	5	4	2	5	4	2	5	3	2	5	3
16–69	3	6	5	3	6	5	3	6	4	3	6	4

Legemeldt sykefravær- kjønn og yrke

Figur 4.7.5 viser forekomsten av sykefraværstilfeller på 17 dager eller mer blant arbeidstakerne i 2013. Det er antall fraværstilfeller som er målt, ikke antall personer. Imidlertid er det grunn til å anta at det ikke er veldig mange personer som i løpet av et år påbegynner flere fravær på 17 dager eller mer. Høyest andel fraværstilfeller samlet sett finner vi i gruppene sosionom, vernepleier, barnevernspedagog (38,7 %) og førskolelærere (36,8 %).

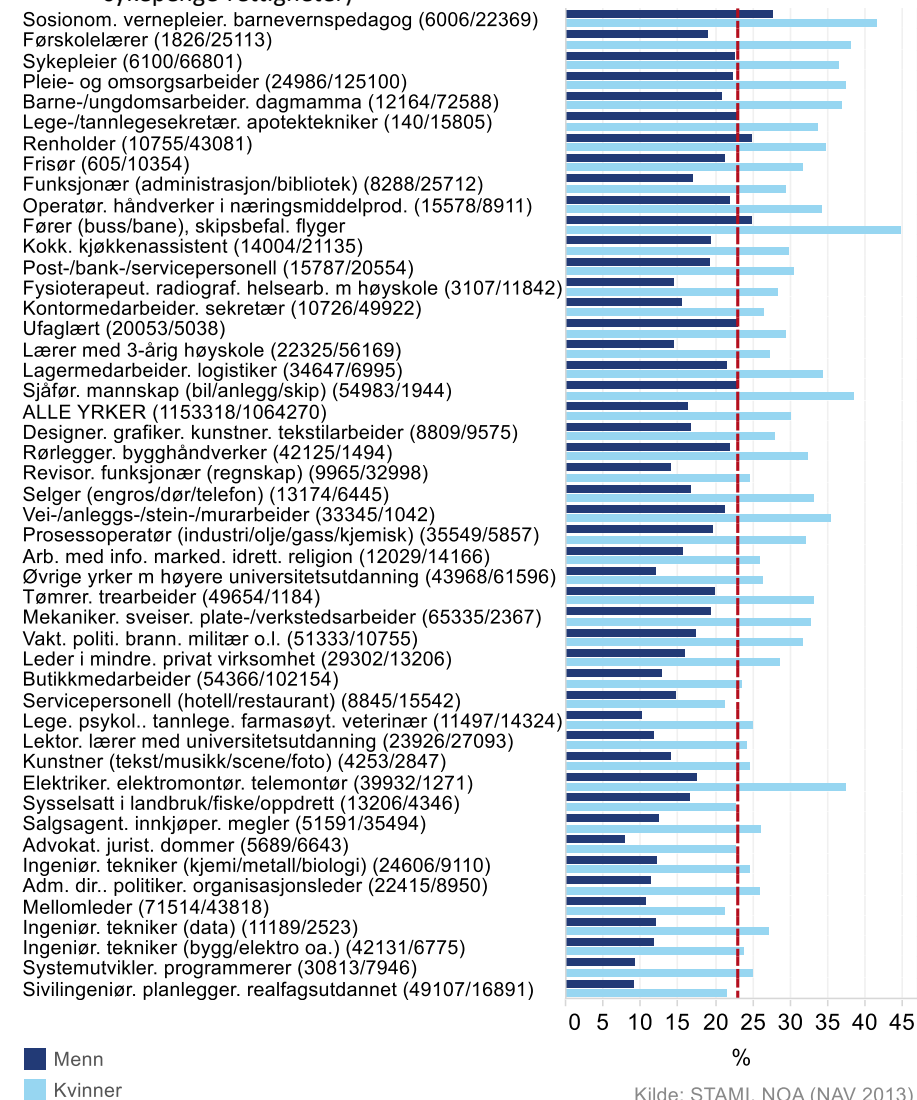
Kvinner har gjennomgående høyere fravær enn menn i alle grupper, og forekomsten er høyest i gruppen fører (buss/bane), skipsbefal, flyger (44,7 %), fulgt av sosionom, vernepleier, barnevernspedagog (41,7 %). Blant menn er det renholdere (24,9 %) og gruppen fører (buss/bane), skipsbefal, flyger (24,8 %) som topper listen.

Lavest forekomst samlet sett finner vi blant sivilingeniør, planlegger, realfagsutdannet (12,2 %), fulgt av systemutvikler, programmerer (12,5 %). Blant kvinner er forekomsten lavest i gruppene servicepersonell (hotell/restaurant) og mellomledere (begge 21,4 %). Blant menn er det gruppene advokat, jurist, dommer (7,8 %) og sivilingeniør, planlegger, realfagsutdannet (9,0 %) som har lavest forekomst.

Gruppen pleie- og omsorgsarbeidere er en av dem som har høyest forekomst både blant menn og kvinner, men kvinnene har nesten 50 prosent høyere fravær enn mennene.

Forskjellen mellom menn og kvinner er minst i gruppene ufaglært og sysselsatt i landbruk/fiske/oppdrett, servicepersonell (hotell/restaurant) og renholder, der forekomsten blant kvinner er mellom 25 og 40 prosent høyere. Størst er forskjellen i gruppen advokat, jurist, dommer, der forekomsten blant kvinner ligger 2,9 ganger høyere, og i gruppen systemutvikler, programmerer, hvor kvinner har 2,7 ganger høyere forekomst av fravær enn

4.8.5 Forekomst av legemeldt sykefravær, 17 dager eller mer, etter kjønn og yrke, sortert etter totalforekomst (tall i parentes: antall menn/kvinner med sykepenge-rettigheter)



Kilde: STAMI, NOA (NAV 2013)

Langtidssykemeldtes retur til arbeidslivet

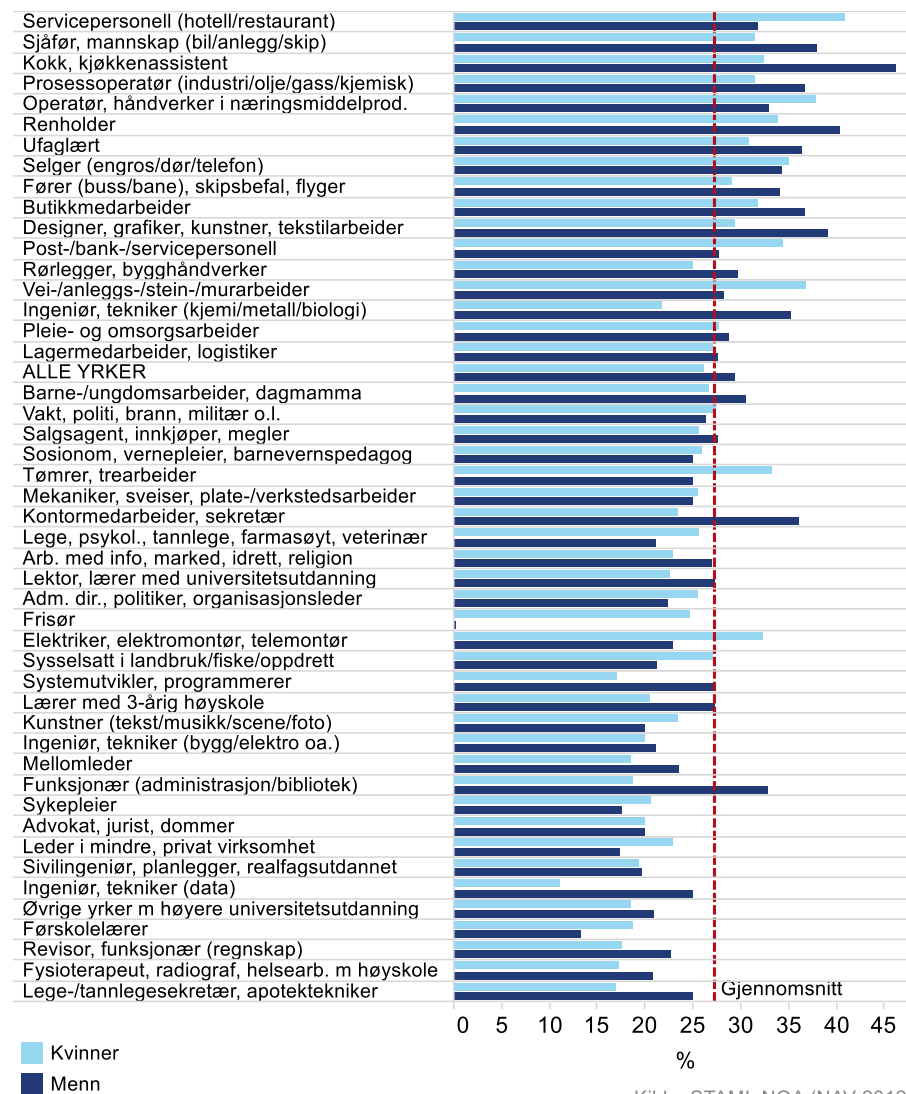
Vi vet at jo lenger et sykefravær varer, desto mindre sannsynlig er det at personen vil vende tilbake til arbeidslivet. Langtidsfravær kan knyttes til både oppbrukte sykepengerettigheter, uførepensjonering og arbeidsledighet. Andelen langtidsykemeldte som ikke kommer tilbake i arbeid, kan brukes som en indikator på avgang fra status som yrkesaktiv.

Data fra NAV viser at av dem som hadde langtidsfravær (definert som mer enn 13 ukers varighet) i 2012, var 27 prosent ute av arbeid ett år senere. De som ikke var i arbeid, fordelte seg på blant annet arbeidsavklaringspenger, uførepensjon og arbeidsledighet. Ser vi på tallene for kvinner og menn hver for seg, viser det seg at andelen som ikke er tilbake i jobb, er litt høyere for menn enn for kvinner (henholdsvis 29 % og 26 %).

Figur 4.8.6 viser andelen som ikke er i arbeid ett år etter langtidsfravær, fordelt på yrke og kjønn. Vi ser at andelen varierer noe fra yrke til yrke, selv om forskjellene kanskje ikke er så store som man kunne frykte. Samlet for begge kjønn er andelen som ikke er tilbake i arbeid, størst i yrkesgruppen servicepersonell (hotell/restaurant), fulgt av sjåfør, mannskap (bil/anlegg/skip), kokk/kjøkkenassistent, operatøryrker samt renholdere og ufaglærte. Generelt gjelder dette relativt lett utbyttbar arbeidskraft. I motsatt ende av skalaen er det i hovedsak lederyrker og yrker med høye utdanningskrav, dvs. yrker hvor det er vanskeligere å erstatte medarbeiderne. Imidlertid er andelen aller minst i yrket lege-/tannlegesekretær, apotektekniker. Dette er et litt overraskende funn som kan skyldes tilfeldige svingninger fra år til år.

Blant menn er de tre yrkene med størst andel utenfor arbeid kokk/kjøkkenassistent, renholder samt designer/grafiker/kunstner/tekstilarbeider. Tilsvarende for kvinner er yrkene servicepersonell (hotell/restaurant), operatør/håndverker i næringsmiddelproduksjonen samt vei-/anleggs-/stein-/murarbeider.

4.8.6 Andel langtidsykemeldte (> 13 uker) i 2012 som ikke er i arbeid ett år etter, etter yrke og kjønn



OPPBRUKTE SYKEPENSERETTIGHETER

Oppbrukte sykepengerettigheter er ofte et varsel om at man er på vei ut av arbeidslivet. Et typisk trygdeforløp for en uføremottaker starter ofte med en periode med sykepenger. Dersom personen ikke har kommet tilbake i arbeid innen ett år, er sykepengerettighetene brukt opp.

Ikke alle som har brukt opp rettighetene, går ut av arbeidslivet. Mange går etter et år med sykepenger over på arbeidsavklaringspenger (som har erstattet de tidligere ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønning), og disse vil kunne komme tilbake i arbeid på et senere tidspunkt. For å motta stønad er det et krav at den enkelte skal bidra aktivt i prosessen med å komme tilbake i arbeid. Det er også noen som har direkte overgang fra sykepenger til uføreytelse. Videre er det noen som aldri kommer inn i arbeidslivet, men som er arbeidsledige og/eller mottar sosialhjelp i forholdsvis lange perioder før de går over til uføreytelse. Hvor lenge en person får arbeidsavklaringspenger vil avhenge av behovet for å være i arbeidsrettet aktivitet. Som hovedregel kan det ikke gis arbeidsavklaringspenger i mer enn 4 år, men stønadsperioden vil variere fra person til person. I særlige tilfeller kan stønadsperioden forlenges utover 4 år. Mange med oppbrukte sykepengerettigheter går etter hvert over på uførepensjon, men det kan ofte ta tid.

Som indikator er oppbrukte sykepengerettigheter mindre avhengig av regelverk og administrative rutiner og praksis enn tallene for nye uførepensjonerte, som utgjør bare en del av dem som har brukt opp rettighetene. Indikatoren kan imidlertid bli påvirket av endringer i sykepengereglene. Antall personer som har sluttet å motta sykepenger på grunn av oppbrukte sykepengerettigheter, har de siste årene ligget rundt 40 000. I 2010 var antallet i aldersgruppen 16–69 år ca. 47 500, i 2011 knapt 42 000 og i både 2012 og 2013 var det temmelig nær 40 000.

I det følgende presenterer vi antall personer med oppbrukte sykepengerettigheter per 1000 yrkesaktive med sykepengere rettigheter. Dette vil gi tall som ikke er påvirket av endringer i sysselsettingen fra år til år.

I 2013 hadde 18 per 1000 yrkesaktive brukt opp sykepengerettighetene (se tabellen nedenfor). Tallet er, som for sykefraværet generelt, noe høyere for kvinner enn for menn, og som ventet stiger tallene med alderen for begge kjønn. Tallet på menn som har brukt opp sykepengerettighetene, viste en nedgang fra 2010 til 2013, fra 18 til 13, og for kvinner var tilsvarende tall 27 og 23. Ser man på perioden 2007–2013, var 2010 et toppår, mens de laveste tallene er å finne i 2012 og 2013. Om lag 60 prosent av dem som har brukt opp sykepengerettighetene, finner vi i aldersgruppen 45–69 år.

4.8.8 Oppbrukte sykepengerettigheter 2010-2013, etter alder og kjønn (antall per 1000 med sykepengerettigheter) (NAV)

Alder	2010			2011			2012			2013		
	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle
16-24	6	7	6	5	5	5	3	5	4	4	5	4
25-34	13	19	16	10	17	13	9	15	12	9	15	11
35-44	16	27	21	13	23	18	11	22	16	11	22	16
45-54	20	29	24	16	27	21	15	25	20	15	25	20
55-69	33	44	38	28	40	34	26	40	32	25	40	32
16-69	18	27	22	15	24	19	13	23	18	13	23	18
Antall nye tilfeller	20 134	27 451	47 585	16 974	24 962	41 936	15 446	24 320	39 766	15 762	24 388	40 150

Oppbrukte sykepengerettigheter etter yrke og kjønn

Figur 4.8.7 viser forekomsten av oppbrukte sykepengerettigheter etter kjønn og yrkesgruppe i 2013. Blant kvinner har gruppen fører (buss/bane), skipsbefal, flyger høyest forekomst, med 40 per 1000 arbeidstakere per år, fulgt av sjåfør/mannskap (bil/anlegg/skip), renholder og tømrrer/trearbeider. For menn ligger renholdere høyest, med en forekomst på 26 per 1000 per år, fulgt av sjåfør/mannskap (bil/anlegg/skip) og frisører. Tallene er påvirket av alderssammensetningen i yrkesgruppene, og bildet må derfor tolkes med forsiktighet. I motsatt ende av statistikken, med lavest forekomst, ligger for kvinner yrkesgruppene sivilingeniør/planlegger/realfagsutdannet og advokat/jurist/dommer, begge med rundt 10 per 1000 per år. Disse yrkesgruppene ligger også lavest for menn, sammen med systemutvikler/programmerer.

Kvinner har høyere forekomst enn menn i alle yrkesgrupper, men forskjellen er svært liten i yrkesgruppen servicepersonell (hotell/restaurant). Yrkesgruppene med størst kjønnsforskjeller er fører (buss/bane), skipsbefal, flyger, med forekomst på henholdsvis 40 og 20 per 1000 arbeidstakere per år, og prosessoperatør (industri/olje/gass/kjemisk), med henholdsvis 30 og 14 per 1000 arbeidstakere per år. Ser vi på oppbrukte sykepengerettigheter etter kjønn og næring, finner vi at både kvinner og menn har høyest forekomst innenfor transport og lagring. Likevel er totalforekomsten høyest innenfor helse- og sosialtjenester, med 24 per 1000 med oppbrukte sykepengerettigheter. Dette skyldes at totalforekomsten innenfor transport og lagring i stor grad bestemmes av mennenes fravær, mens det er motsatt innenfor helse- og sosialsektoren. Forretningsmessig tjenesteyting og industri er de øvrige næringene som ligger over gjennomsnittet for kvinner. For menn er det kun transport og lagring som har en rate på over 20 per 1000 med oppbrukte sykepengerettigheter. Videre følger overnattings- og serveringsvirksomhet, bygg- og anleggsvirksomhet og forretningsmessig tjenesteyting. Lavest forekomst finner man blant begge kjønn innenfor bergverksdrift og utvinning samt informasjon og kommunikasjon. Forekomsten er høyere blant kvinner enn blant menn innenfor alle næringer. Størst forskjell, med en ratedifferanse på mer enn 10 per 1000 med oppbrukte sykepengerettigheter, er det innenfor næringene off. adm./forsvar/sosialforsikring, helse- og sosialtjenester, undervisning samt forretningsmessig tjenesteyting.

4.8.7 Oppbrukte sykepengerettigheter i 2013, etter yrke og kjønn (antall per 1000 arbeidstakere)



UFØRETRYGD

Uførepensjonering kan sees på som en av flere indikatorer for avgang fra arbeidslivet. Yrkespesifikke uførerater ville være det beste målet for å vurdere eventuell arbeidsrelasjon, men fortsatt mangler yrke for de fleste tilfellene hos NAV. Yrke sier mer om arbeidsforholdene enn næring, men vi har også denne gang måttet bruke næringsspesifikke rater. Også disse kan si noe om hvilke konsekvenser sykdom og helsesvikt har på utøvelsen av forskjellige typer arbeid. Vi har ikke tilgang til uførediagnoser i de dataene vi presenterer her, men studier av uførepensjoneringsrater fordelt på næring, kjønn og alder kan bidra med kunnskap om hvorfor flere arbeidstakere blir uføre i noen næringer enn andre.

Uføreraten stiger med alderen, og alderssammensetningen i en næring vil derfor også ha betydning for uførepensjoneringen i næringen. Man må også ta eventuelle endringer i regelverk og administrative rutiner i betraktning, da uførepensjonering er sterkt avhengig av dette.

Utviklingen i uførepensjon henger også sammen med utviklingen i sykepenge og arbeidsavklaringspenger. Begge disse ytelsene er tidsbegrensede. Sykepenge kan mottas i maksimalt ett år, mens arbeidsavklaringspenger kan mottas i inntil 4 år. Dersom verken behandling eller tiltak fører frem og arbeidsevnen anses som varig nedsatt, vil en søknad om uførepensjon være aktuell. Helt nye tall fra første til fjerde kvartal 2014 viser at 86,5 prosent av nye uførepensjonister går på arbeidsavklaringspenger forut for uførepensjoneringen, mens kun 6 prosent kommer fra sykepenge (Ellingsen 2014). Denne andelen øker med alder, da det blant eldre vil være flere som ikke blir vurdert som aktuelle for å gå inn i et arbeidsavklaringsløp. I aldersgruppen 65–66 år kommer 23 prosent av nye uførepensjonister direkte fra sykepenge.

Høye uførerater for enkelte diagnoser kan være både en *konsekvens* av at visse tilstander er vanskelige å forene med næringens arbeidsforhold, og en *følge* av høy *prevalens* (forekomst) av disse tilstandene innenfor næringen, for eksempel fordi arbeidsforholdene øker risikoen for tilstandene. Bedre arbeidsforhold vil kunne redusere både prevalens og konsekvens.

De siste årene har tallet på nye uføre ligget rundt 30 000. Ordningen med tidsbegrenset uførestønad, som ble innført i 2004, ble avviklet i 2010. Mange av disse gikk da over på arbeidsavklaringspenger. Denne ytelsen ble innført samtidig

som tidsbegrenset uførestønad ble avviklet, og man kan altså motta arbeidsavklaringspenger i maksimalt 4 år. Tallet på nye uføre hadde en forbigående nedgang i 2013 (siste årgang som presenteres her), men i 2014 var det mange som hadde mottatt arbeidsavklaringspenger i 4 år. I 2014 ser vi derfor igjen en vekst i tallet på nye uførepensjonister.

Tabell 4.8.9 viser raten av nye tilfeller av uføre etter kjønn og alder blant arbeidstakere med sykepenge rettigheter i perioden 2010–2013, gitt som antall nye tilfeller per 1000 personer med sykepenge rettigheter. Ratene stiger kraftig med alder, og den er høyere blant kvinner enn blant menn. I den yngste aldersgruppen, 18–24 år, er imidlertid raten litt høyere blant menn. Det er ikke en ny trend at unge menn har større uføretilbøyelighet enn kvinner. For dem mellom 18 og 24 år har man sett dette de siste 20 årene. Etter 2000–2004 har man sett dette også for uføre på slutten av 20-årene, og uføreandelen er nå høyere for menn enn for kvinner i alle årsklassene under 30 år (149).

4.8.9 Antall nye uførepensjonister 2010–2013, etter alder og kjønn (antall per 1000 med sykepenge rettigheter) (NAV)

Alder	2010			2011			2012			2013		
	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle
18–24	5	4	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5
25–34	3	3	3	4	4	4	4	5	4	3	4	4
35–44	5	8	6	7	12	9	7	13	10	5	10	8
45–54	12	19	15	14	23	19	14	23	18	10	17	14
55–66	36	42	39	30	39	35	24	34	29	20	28	24
18–66	12	15	14	12	17	15	11	17	14	9	13	11
Antall nye tilfeller	12 838	15 394	28 232	13 221	17 684	30 905	12 149	17 109	29 258	9 969	13 919	23 888

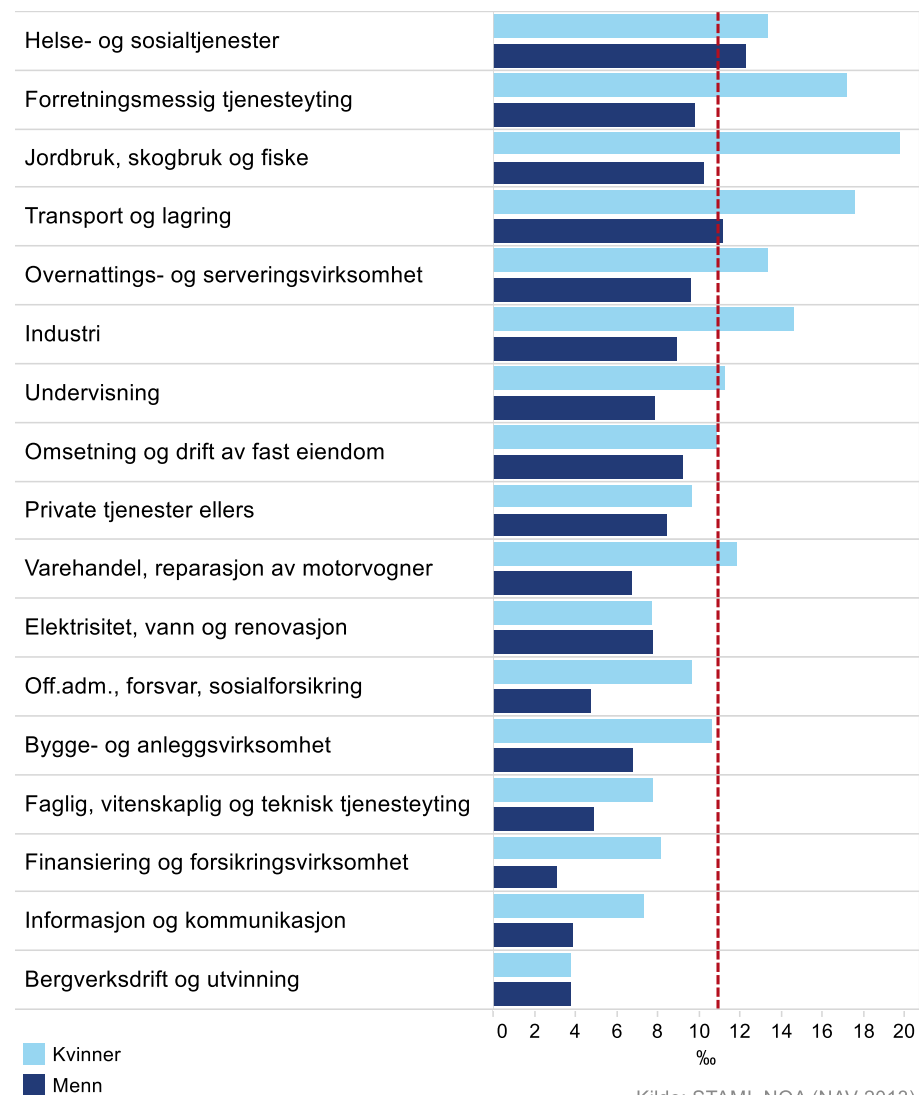
Uføre etter kjønn og næring

Vi skal i det følgende se nærmere på de 23 888 nye uførepensjonistene i 2013, fordelt på kjønn og næring. Det var 2427 personer med uoppgitt næring, og disse er ikke tatt med i fremstillingene. Dette gjelder i hovedsak unge som ikke har vært i arbeid og går rett på uførepensjon, og selvstendig næringsdrivende, der NAV ikke har tilgjengelige næringsdata.

Figur 4.8.8 viser forekomsten blant yrkesaktive hvor opplysninger om siste næring er tilgjengelige. Blant kvinner er forekomsten høyest innenfor næringen jordbruk, skogbruk og fiske, med ca. 20 per 1000. Dette er også næringen med størst forskjell mellom kjønnene, da raten hos menn bare ligger på ca. 10. Deretter følger transport/lagring, forretningsmessig tjenesteyting og industri. Blant menn er forekomsten høyest innenfor helse- og sosialtjenester, med en rate på ca. 12 per 1000, fulgt av transport/lagring og jordbruk, skogbruk og fiske. Næringen med lavest forekomst blant kvinner er bergverksdrift og utvinning, mens det er finansiering og forsikringsvirksomhet blant menn. Innenfor næringene elektrisitet, vann og renovasjon samt bergverksdrift og utvinning er forekomsten omtrent lik blant begge kjønn. Innenfor de øvrige næringene er forekomsten høyest blant kvinner.

NAV har tidligere presentert næringsvise data om innvilget uføretrygd på grunnlag av en godkjent yrkesskade. Dette er dessverre ikke lenger tilgjengelig.

4.8.8 Antall nye uføre per 1000 med sykepengerettigheter i 2013, etter kjønn og næring (sortert etter totalforekomst for begge kjønn)



Kilde: STAMI, NOA (NAV 2013)

Oppbrukte sykepengerettigheter og uføretrygding – en sammenlikning

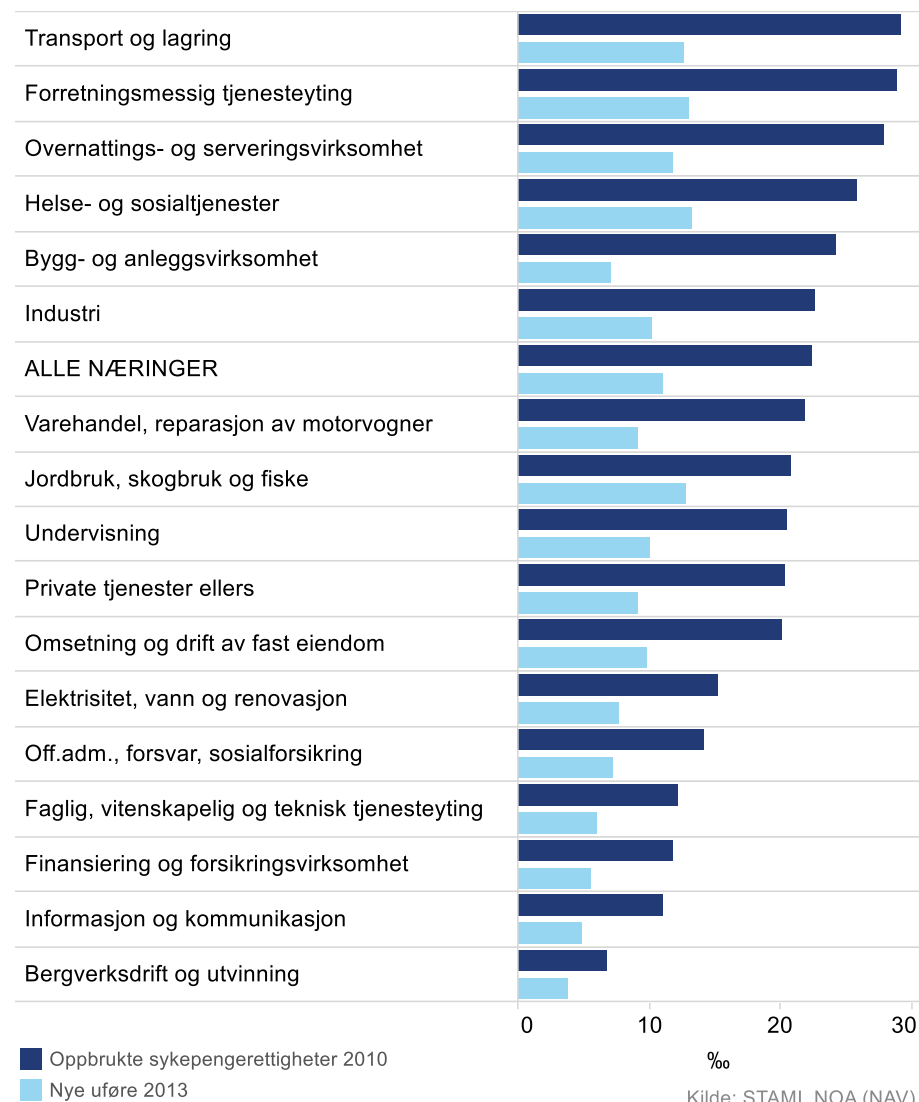
En person som har brukt opp sykepengerettighetene sine, går gjerne over på arbeidsavklaringspenger, og det er også en betydelig andel av de som er på arbeidsavklaringspenger som ender opp med uføretrygd. Det kan derfor være av interesse å sammenlikne forekomsten av oppbrukte sykepengerettigheter med uføretrygding en tid etter.

Arbeidsavklaringspenger ble som nevnt innført i 2010. Det ideelle hadde derfor vært å studere uføretrygding i 2014 (siden man kan gå på arbeidsavklaringspenger i maksimalt 4 år). Men vi har dessverre ikke fått detaljerte data om uføretrygding i 2014, og vi bruker derfor 2013 i stedet.

Figuren viser ratene for oppbrukte sykepengerettigheter i 2010 og ratene for uførepensjonering i 2013. Man ser for det første at forekomsten for oppbrukte sykepengerettigheter er større enn forekomsten for uførepensjonering innenfor alle næringer. En liten del av dette skyldes at de to målene har forskjellig nevner: Uføre inkluderer, i motsetning til dem med oppbrukte sykepengerettigheter, også selvstendig næringsdrivende. Den absolutte forskjellen er størst innenfor næringen bygg- og anleggsvirksomhet, fulgt av transport og lagring. Det kan imidlertid være vel så interessant å se på forholdet mellom de to størrelsene, og man finner da gjennomgående at forekomsten av oppbrukte sykepengerettigheter i 2010 for de fleste næringene er omtrent dobbelt så høy som forekomsten for uførepensjonering i 2013. Også den relative forskjellen er størst innenfor bygg- og anleggsvirksomhet, der raten for oppbrukte sykepengerettigheter er 3,4 ganger så høy som raten for uførepensjonering, med et nokså stort sprang ned til varehandel/reparasjon av motorvogner, hvor forholdet er ca. 2,4. Minst relativ forskjell er det innenfor jordbruk, skogbruk og fiske, hvor ratene for oppbrukte sykepengerettigheter ligger ca. 60 prosent høyere enn uføreraten tre år senere.

I sum er det en nokså nær korrelasjon mellom disse to størrelsene. Vi har imidlertid ikke data som viser i hvor stor grad det er de samme personene som brukte opp sykepengerettighetene i 2010, som ble uføretrygdet i 2013.

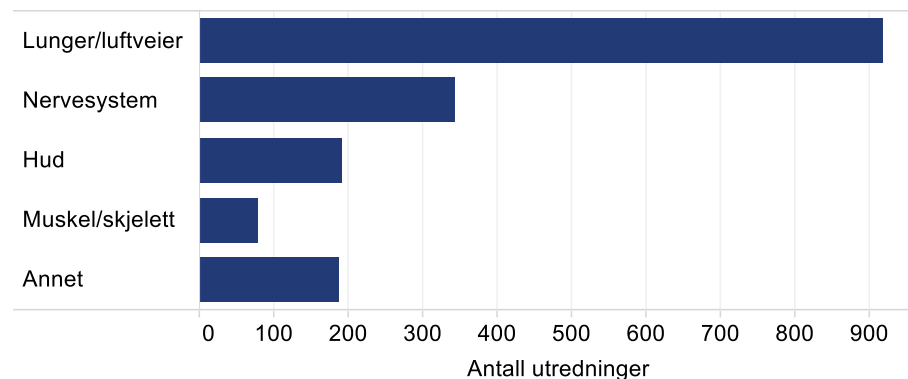
4.8.9 Forekomst av oppbrukte sykepengerettigheter i 2010 og nye uføre i 2013, etter næring (oppgitt som antall per 1000)



PASIENTER UTREDET VED DE ARBEIDSMEDISINSKE AVDELINGENE

I 2009 ble det opprettet en nasjonal, anonym oversikt over alle pasienter som blir utredet ved de seks arbeidsmedisinske avdelingene i landet. Det er STAMI som koordinerer datainnlegging i og rapportering fra dette registeret, som ble etablert for å få bedre og mer løpende oversikt over pasientutredninger knyttet til spesielle risikoforhold i norsk arbeidsliv. Selv om dette er en selektert pasientgruppe, sier det noe om hva slags tilstander som til enhver tid blir utredet med tanke på mulig yrkesskadeerstatning. I årene 2010–2012 ble det registrert ca. 1300–1400 pasienter årlig. I 2013 steg tallet til ca. 1600, noe som kan skyldes etterslep på registreringer ved en av avdelingene. Ca. 75 prosent av utredningene gjelder menn, og mange pasienter er relativt gamle, siden utredningene for en stor del gjelder tilstander med lang eksponeringstid. 61 prosent av pasientene i 2013 var over 50 år. Relevante eksponeringsfaktorer blir registrert, og i 2013 var irritanter/allergener hyppigste eksponering. Dette var den viktigste eksponeringen i ca. 18 prosent av tilfellene. Andre vanlige eksponeringsfaktorer var asbest, toksiske gasser og røyk samt annet uorganisk støv. Disse kan forårsake blant annet luftveissykdommer.

4.8.10 Pasienter utredet ved arbeidsmedisinske avdelinger 2013, etter henvisningsårsak etter symptomorgan.



Kilde: STAMI, NOA (Pasientutredningsregisteret 2013)

Til tross for at bruk av asbest har vært forbudt siden 1980-tallet i Norge, Asbest er fortsatt en av de vanligste eksponeringene blant pasienter som utredes, noe som skyldes lang latenstid for utvikling av kreft.

Andelen løsemiddeleksponerte pasienter er imidlertid blitt gradvis redusert. Bare 12 prosent hadde organiske løsemidler som viktigste eksponering i 2013, mot henholdsvis 16, 18 og 23 prosent i årene 2012, 2011 og 2010. Det fremgår også at ergonomiske og psykososiale belastninger er svært sjeldne eksponeringsfaktorer i disse pasientutredningene.

Symptomer fra lunger/luftveier er fortsatt vanligst og var i 2013 primært symptomorgan i mer enn halvparten av sakene. Luftveissykdom ble diagnostisert som hoveddiagnose i 525 saker (33 %), og vanligst var astma og KOLS, med henholdsvis 228 og 148 saker. I tillegg kommer en del tilfeller av lungekreft (211 tilfeller) og mesoteliom (kreft i brysthinnen) (12 tilfeller).

Ca. en femtedel av alle henviste pasienter hadde symptomer fra nervesystemet, og i 95 saker (6 %) ble det diagnostisert sykdom i nervesystemet som hoveddiagnose. I tråd med nedgangen i antall løsemiddelutredninger har pasientvurderinger med nervesystemet som primært symptomorgan gått ned fra ca. en tredjedel de to første årene til ca. en femtedel i 2013. Diagnosen toksisk encefalopati ble stilt i 36 av sakene i 2013. Med dette fortsetter nedgangen fra de siste årene: I 2010, 2011 og 2012 var det henholdsvis 65, 53 og 47 saker. Denne utviklingen er sannsynligvis en følge av utfasing av løsemidler.

For alle pasienter blir det vurdert om tilfellet er arbeidsrelatert eller ikke. Samlet for hele pasientmaterialet ble i 2013 hoveddiagnosen vurdert å være sannsynlig arbeidsrelatert i 43 prosent av sakene, mulig arbeidsrelatert i 26 prosent og lite eller ikke sannsynlig arbeidsrelatert i 32 prosent. Andel sannsynlig arbeidsrelatert har ligget relativt stabilt rundt 39–43 prosent i årene 2009–2012. Det er imidlertid kjønnsforskjeller, og den arbeidsrelaterte andelen er lavere blant kvinner enn blant menn (39 % mot 44 % sannsynlig arbeidsrelatert).

En mulig årsak til den observerte kjønnsforskjellen kan være yrkesfordelingen. Håndverkere var en stor gruppe i registeret, de utgjorde 40 prosent av sakene (636 totalt), og nesten alle var menn. I totalt 48 prosent av saker som gjaldt håndverkere, ble hoveddiagnosen vurdert som sannsynlig arbeidsrelatert. Det største yrkesfeltet blant kvinner var salgs-, service- og omsorgsykker (29 % av alle kvinner). I denne yrkesgruppen var andelen saker hvor tilstanden ble vurdert å være sannsynlig arbeidsrelatert, så vidt lav 35 prosent.

4.9 OPPSUMMERING

Muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager omfatter en lang rekke ulike tilstander som har det til felles at de er forbundet med smerte og eventuelt nedsatt funksjon knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer er den vanligste årsaken til sykefravær og uføretrygd.

Forekomst

– De fleste av oss vil i løpet av livet ha sykdommer eller plager knyttet til muskel- og skjelettapparatet. Basert på tall fra LKU 13 (SSB) finner vi at muskel- og skjelettplager er om lag like utbredt i dag som for tjue år siden:

- To av fem opplever smerter i nakke, skuldre eller øvre del av ryggen i løpet av en måned og ca. 60 prosent oppgir at plagene helt eller delvis skyldes nåværende jobb.
- To av fem opplever smerter i korsrygg eller nedre del av ryggen i løpet av en måned, og ca 40 prosent oppgir at plagene helt eller delvis skyldes nåværende jobb.
- Én av tre rapporterer å ha smerter i hofter, ben, knær eller føtter i løpet av en måned, og i underkant av 40 prosent oppgir at dette skyldes jobben
- Én av fem yrkesaktive har smerter i armer eller hender i løpet av en måned, om lag 60 prosent som oppgir at plagene helt eller delvis skyldes jobben.
- Én av fire yrkesaktive opplever hodepine i løpet av en måned, og om lag 40 prosent av dem oppgir at plagene skyldes jobben.

– Det er et stort sammenfall når vi sammenlikner yrkesgrupper med høy forekomst av selvrapporterte muskel- og skjelettplager og yrkesgrupper med høy forekomst av legemeldt sykefravær med muskel- og skjelettdiagnose.

Risikofaktorer

– I jobbsammenheng er både mekaniske og psykososiale forhold på arbeidsplassen vist å ha betydning for omfanget og intensiteten av slike plager.

– For noen mekaniske risikofaktorer som å løfte i ubekvemme stillinger og arbeide med hendene løftet i skulderhøyde har eksponeringen gått ned de siste tjue årene, mens arbeid sittende på huk eller stående på knærne har vært relativt stabil i samme periode. Arbeid som medfører gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser og stående arbeid, utgjør de absolutt vanligste mekaniske

eksponeringene, og prosentandelen som oppgir dette, har vært relativt stabil de siste tjue årene.

– Psykososiale faktorer på arbeidsplassen som høye kvantitative krav, lav kontroll, monotont arbeid, lite støttende ledelse og rollekonflikt, er særlig funnet å ha betydning for nakke- og skuldersmerter og korsryggsmerter. Det foreligger begrenset med data på utviklingen når det gjelder psykososiale arbeidsfaktorer.

– I tre studier basert på landsrepresentative paneldata fra LKU 2006 og LKU 2009 har vi sett nærmere på risikofaktorer for ryggsmerter, nakke- og skuldersmerter og hodepine blant norske yrkesaktive:

- Ryggsmerter. Høye kvantitative jobbkrav og lav kontroll, samt løft i ubekvemme stillinger, arbeid i knestående stilling eller på huk og stående arbeid mesteparten av arbeidsdagen var de viktigste risikofaktorene. Til sammen forklarte disse faktorene om lag 42 prosent av tilfellene med moderate til alvorlige korsryggsmerter.
- Nakke og skuldersmerter. Høye jobbkrav og lite støttende ledelse samt arbeid med bøyde nakke og løft i ubekvemme stillinger var de viktigste risikofaktorene. Til sammen forklarte disse faktorene om lag 23 prosent av alle tilfellene med moderate til alvorlige nakke- og skuldersmerter
- Hodepine eller migrene. Rollekonflikt, mobbing/trakassering, dårlig sosialt klima og nedbemanning var de viktigste risikofaktorene for hodepine. Om lag en fjerdedel av de rapporterte plagene kunne tilskrives disse fire faktorene

Psykiske plager relateres til lettere symptomer på angst og depresjon, mens psykiske lidelser betegner tilstander hvor bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt, og omfatter diagnoser fra enkle fobier til alvorlige tilstander som schizofreni og bipolar lidelse. Med få unntak vil psykiske lidelser oppleves som mer belastende enn psykiske plager. Psykisk helse har stor betydning for yrkesdeltagelse. I 2012 utgjorde personer med psykiske lidelser 28 prosent av alle nye mottakere av uførepensjon, og 20 prosent av alt legemeldt sykefravær i 2014 skyldtes psykiske lidelser.

Forekomst

– Psykiske lidelser er et utbedt folkehelseproblem. Om lag halvparten av befolkningen vil i løpet av livet rammes av en psykisk lidelse, og én av tre vil rammes i løpet av et år. Det er ingen sterke holdepunkter for at psykiske lidelser verken har avtatt eller økt i Norge i løpet av de siste tiårene. I jobbsammenheng viser overvåkingsdataene følgende:

- Om lag 15 prosent av alle yrkesaktive oppgir i løpet av én måned å være litt eller mer psykisk plaget, noe som tilsvarer i overkant av 380 000 yrkesaktive
- I underkant av halvparten, eller 175 000 yrkesaktive, oppgir at disse plagene helt eller delvis har sammenheng med arbeidssituasjonen
- Andelen yrkesaktive som oppgir psykiske plager har vært relativt stabil i perioden 1996-2013
- Psykiske plager er mer utbredt blant yrkesaktive kvinner enn menn. Imidlertid oppgir flere menn enn kvinner at plagene har sammenheng med arbeidet
- Psykiske plager blant både yrkesaktive menn og kvinner oppgis hyppigst i gruppen med lavest utdanning og i de to yngste aldersgruppene
- Andelen som oppgir psykiske plager er høyere i yrker innenfor grunnskolesektoren og helse-, omsorgs- og sosialsektoren. Andelen er også høyere blant sjåførere, kokker/kjøkkenassistenter, butikkmedarbeidere, renholdere og metallarbeidere. Høyest andel med psykiske plager oppgis av profesjonelle kunstnere.
- Data fra Norsk pasientregister viser at om lag 5 prosent av de yrkesaktive i aldersgruppen 33–42 år (i 2009) ble utredet og behandlet for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten i perioden 2008–2010
- Andelen som fikk spesialistbehandling eller utredning, var mest utbredt i yrker innenfor helse-, omsorgs- og sosialsektoren. Andelen var også høyere for servicepersonell i hotell- og restaurantbransjen, renholdere og kunstnere.
- Om lag 19 prosent av alle yrkesaktive oppgir at de føler seg psykisk utmattet etter endt arbeidsdag en gang i uken eller mer
- Om lag 30 prosent av alle yrkesaktive oppgir søvnvansker i løpet av siste måned. Av disse oppgir 38 prosent at vanskene helt eller delvis har sammenheng med arbeidet, noe som utgjør 280 000 yrkesaktive

Risikofaktorer

– Psykiske plager og lidelser kan knyttes til nedarvet sårbarhet, akutte kriser, oppvekstvilkår, sosiale relasjoner og situasjonen på arbeidsplassen. I jobbsammenheng har vitenskapelige studier funnet at følgende psykososiale og organisatoriske faktorer er av betydning for utvikling av utbredte psykiske plager og lidelser:

- Høye kvantitative krav, dvs. en arbeidssituasjon som består av tidspress og krav til effektivitet og tempo og/eller stor arbeidsmengde
- Lav kontroll, dvs. en arbeidssituasjon hvor man opplever liten grad av selvbestemmelse og innflytelse over egne arbeidsoppgaver og arbeidsmåter
- Høye krav i kombinasjon med lav selvbestemmelse («job strain»)
- Innsats-belønning-ubalanse, dvs. en opplevelse av ubalanse mellom den innsatsen man legger i arbeidet og den belønningen man mottar i form av anerkjennelse eller lønn
- Rollekonflikt, dvs. en arbeidssituasjon hvor man opplever at man ofte må forholde seg til ulike forventninger og krav som er motstridende og vanskelig å forene
- Emosjonelle krav, dvs. en arbeidssituasjon som innebærer direkte kontakt med kunder, klienter og pasienter, og hvor man må forholde seg til følelser som sinne, sorg, fortvilelse, oppgitthet eller liknende
- Lav sosial støtte, dvs. manglende hjelp og støtte fra kollegaer og leder i sammenheng med jobbutførelsen
- Mobbing, dvs. vedvarende negative handlinger mot ett eller flere individer som, reelt eller opplevd, er underlegne i den aktuelle situasjonen
- Jobbusikkerhet, dvs. opplevelsen av å stå i fare for å miste jobben av grunner som nedlegging, innskrenking eller andre årsaker som at man er midlertidig ansatt

I en nylig publisert oppfølgingsstudie av et stort representativt utvalg av den norske yrkespopulasjonen fant Johannessen og medarbeidere at psykiske plager kunne knyttes til opplevd rollekonflikt, høye emosjonelle krav, lav selvbestemmelse, mobbing og trakassering samt jobbusikkerhet. Om lag en fjerdedel av plagene kunne tilskrives disse risikofaktorene i arbeidsmiljøet. I en annen stor ny norsk oppfølgingsstudie fant Finne og medarbeidere at den mest robuste risikofaktoren for psykiske plager var opplevd rollekonflikt, mens lederstøtte, rettfærdig lederskap og positive utfordringer i jobben var de mest robuste beskyttelsesfaktorene.

Hørselsskade og øresus er den best dokumenterte helseeffekten av yrkesmessig støyeksponering og skyldes skade på sneglehuset i det indre øret. Støyskader er den arbeidsrelaterede sykdommen som hyppigst blir meldt til Arbeidstilsynet: Ca. 60 prosent av alle meldingene er relatert til støy, og i 2013 mottok Arbeidstilsynet i underkant av 2000 meldinger om arbeidsrelatert hørselsskade. Det har ikke vært en nedgang i antall tilfeller av legemeldte støyskader i perioden 2000 til 2013.

Forekomst

Uavhengig av støyeksponering vil de fleste av oss i større eller mindre grad oppleve hørselstap i løpet av livet. Internasjonale og norske normalverdier for hørselstap blant ueksponerte individer, viser et forventet aldersbetinget hørselstap blant menn i 60 årene på 30-40 dB i frekvensområdet 3-6 kHz. Tilsvarende verdier for kvinner er i overkant av 20 dB. Amerikansk forskning har estimert at om lag 10 prosent av hørselstapet i populasjonen kan tilskrives arbeidsrelatert støyeksponering. Tall fra LKU-A-13 (SSB) viser at andelen i Norge som oppgir plager knyttet til nedsatt hørsel eller øresus er den samme i dag som for ti år siden:

- Om lag 11 prosent av alle yrkesaktive oppgir å være litt eller mer plaget av nedsatt hørsel eller øresus i løpet av siste måned, noe som tilsvarer i underkant av 280 000 yrkesaktive
- Om lag 30 prosent oppgir at disse plagene har sammenheng med arbeidet, noe som tilsvarer i overkant av 80 000 yrkesaktive
- Både andelen med plager totalt og andelen som tilskriver plagene arbeidet er langt høyere blant menn enn kvinner
- For både menn og kvinner er andelen som er plaget, høyest i de to eldste aldersgruppene og blant yrkesaktive i utdanningsgruppen som har påbegynt, men ikke fullført videregående utdanning

Risikofaktorer

- Vedvarende eksponering for lydnivåer på ≥ 85 dB(A)
- Eksponering for impulslyd på ≥ 130 dB(C)
- LKU-A-13 (SSB) viser at prosentandelen som oppgir å være utsatt for sterk støy har blitt redusert med om lag fem prosentpoeng siden 1996

– Høy andel utsatt for støyeksponering og høy andel med plager oppgis av personer i typiske yrker innenfor næringene bygge- og anleggsvirksomhet, industri, utvinning av råolje- og naturgass, kraft-/vannforsyning, transport/lagring og jord-/skogbruk og fiske.

Arbeidsrelaterede hudplager og -sykdommer er tilstander der eksponeringen på jobb helt eller delvis forårsaker lidelsen, eller når forhold på jobben forverrer en tilstand. Kontakteksem er den vanligste arbeidsrelaterede hudlidelsen og er hyppigst lokalisert til hendene og/eller underarmene.

Forekomst

- En av 10 opplever hudplager i form av eksem, hudkløe eller utslett og hudplager er omtrent like utbredt nå som for 20 år siden. Andelen som oppgir arbeidsrelaterede plager avtar i samme periode. En av fem oppgir i 2013 at plagene helt eller delvis skyldes nåværende jobb.
- Legers innmeldinger av arbeidsrelatert hudsykdom til RAS-registeret avtar. Halvparten av tilfellene meldt i perioden 2000-2013 gjelder personer under 35 år.
- I underkant av 10 000 tilfeller av legemeldt sykefravær over 17 dager skyldtes huddiagnoser i 2013.
- Det er små forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder forekomst av hudplager og -sykdom, men det er store kjønnsforskjeller innen utsatte yrkesgrupper.

Risikofaktorer

- Hyppig hudkontakt med vann kan svekke hudens beskyttelsesfunksjon. En av fire oppgir at de utsettes for vann på huden flere ganger i timen i $\frac{1}{4}$ av arbeidsdagen eller mer i sitt daglige arbeid og eksponeringen er like utbredt nå som for 10 år siden
- Hudkontakt med rengjøringsmidler, desinfeksjonsmidler, avfettingsmidler og løsemidler kan være avfettende eller irriterende og kan ødelegge hudens beskyttende lag av fett. Produktene kan også inneholde stoffer som er allergifremkallende. Andelen som utsettes en liten del av arbeidsdagen eller mer er lavere i 2013 i forhold til 2003. En av fire oppgir at de utsettes for rengjøringsmidler eller desinfeksjonsmidler i en liten del av arbeidsdagen eller mer, mens en av 10 oppgir at de utsettes for avfettingsmidler eller løsemidler
- Hudkontakt med oljer, smøremidler eller skjærevæsker kan gjøre huden tørr og irritert og produktene kan også inneholde allergener. En av 10 oppgir at de utsettes for oljer, smøremidler eller skjærevæsker i en liten del av arbeidsdagen eller mer og eksponeringen er like utbredt nå som for 10 år siden

- I en studie basert på landsrepresentative paneldata fra LKU2006 og LKU2009 ble det funnet at vann på huden, rengjøringsmidler varme, tørr luft og organisk støv var risikofaktorer for selvrapporterte hudplager.

Utsatte yrkesgrupper (plager, sykdom og eksponering) er bygge- og anleggsarbeidere, mekaniker, kokk/kjøkkenassistent, servitøryrker, renholder, frisør, sykepleier, pleie og omsorgsarbeider, bonde/fisker, vaktmester, operatør i næringsmiddelindustri og operatør industri.

Arbeidsrelaterte luftveisplager og -sykdommer er tilstander der eksponeringen på jobb helt eller delvis forårsaker lidelsen, eller når forhold på jobben forverrer en tilstand. Symptomer som hoste, tetthet og piping i brystet kan være en del av kroniske luftveissykdommer forårsaket av innånding av forurenset luft i arbeidssituasjonen.

Forekomst

- I 2013 oppgir fem prosent å være litt eller mer plaget av piping/tetthet i brystet siste måned og andelen er halvert siden år 2000. En av syv av disse oppgir at plagene helt eller delvis skyldes nåværende jobb. Andelen som rapporterer luftveisplager er relativt likt mellom kvinner og menn, men andelen øker med alderen og avtar med økende lengde på utdannelsen.
- Legers innmelding av arbeidsrelatert sykdom i åndedrettet er halvert siden år 2000. Blant innmeldte tilfeller av arbeidsrelatert astma er en av tre kvinner og halvparten er under 45 år. Blant innmeldte tilfeller av arbeidsrelatert KOLS er nesten alle tilfellene menn over 45 år.
- Over halvparten av utredninger som utføres ved landets arbeidsmedisinske avdelinger har symptomer fra lunger/luftveier.
- Nye tilfeller av mesoteliom stiger fortsatt, men tilfellene er avtagende blant personer under 67 år.

Risikofaktorer

Risikoen for helseeffekt avhenger blant annet av de iboende egenskapene til stoffene som pustes inn, partikkeltyper og -størrelse samt omfanget av eksponeringen. I tillegg er individuell mottakelighet (sårbarhet) en faktor. Andelen som oppgir at de tydelig kan se eller lukte støv, røyk, gass eller damp i arbeidssituasjonen har vært avtakende de siste 20 årene, men enkelte grupper oppgir at de er utsatt for ulike risikofaktorer:

- Innånding av gass/damp eller kjemikalier rapporteres av 13 prosent av de yrkesaktive, men blant menn som kun har fullført videregående skole eller mindre utdanning rapporteres dette blant en av fire.
- Innånding av støv/røyk/eksos rapporteres av 17 prosent av de yrkesaktive, men blant menn som kun har fullført videregående skole eller mindre, rapporteres dette blant en av tre.
- Passiv røyking rapporteres av ni prosent, men er noe høyere blant de som kun har fullført videregående skole eller mindre utdanning.

Yrkesgrupper som oppgir eksponering for støv/røyk/gass/eksos/kjemikalier er bygge- og anleggsarbeidere, mekaniker, metallarbeider, bonde/fisker og operatør industri. Passiv røyking oppleves i høy andel blant bygge- og anleggsarbeidere, pleie- og omsorgsyrker og av vakt/politi.

Kontakt med biologisk materiale kan medføre blant annet smitterisiko og ulike plager og sykdommer i hud og i luftveier. Om lag 14 prosent av alle yrkesaktive oppgir at de utsettes for kontakt med biologisk materiale i en fjerdedel av arbeidsdagen eller mer. Det er om lag tre ganger så mange kvinner som menn som oppgir dette.

Forebygging

- Syv av 10 oppgir at de er godt informert om risiko ved håndtering av helsefarlige stoffer og materialer som de jobber med. En av 10 oppgir at de er dårlig informert.
- Tre av fire oppgir at de er godt beskyttet for del helsefarlige stoffene og materialene de håndterer i sitt arbeid. En av 20 oppgir at de er dårlig beskyttet.

Arbeidsskader

Arbeidsskader rammer ofte unge mennesker, og det er særlig høy skaderisiko blant unge menn og utenlandske arbeidstakere. Håndverkere og ansatte i primærnæringene er mest utsatt. Det er tegn som kan tyde på at tallet på arbeidsskader med fravær er synkende, men tallet på arbeidsskadedødsfall har flatet ut. Behovet for forebygging er stadig stort.

Forekomst

Data fra de fire tilsynsmyndighetene viser at 52 personer døde som følge av en arbeidsskade i 2014. I alt 13 av de 43 som i 2014 omkom i landbasert arbeidsliv (dvs. Arbeidstilsynets tilsynsområde), var utenlandske arbeidstakere. Dette innebærer en klart forøket risiko sammenliknet med norske arbeidstakere.

- Det er nesten bare menn som omkommer i arbeidsulykker. Innenfor Arbeidstilsynets tilsynsområde var kun 9 prosent av de omkomne kvinner (23 av 268) i perioden 2009-2014
- Gjennomsnittsrisikoen for alle næringer er 1,5 dødsfall per 100 millioner arbeidstimer. Risikoen innenfor fiskerinæringen er mer enn femten ganger høyere enn dette. Dødsrisikoen er relativt høy også innenfor jordbruk/skogbruk, og deretter følger skipsfart, transport/lagring og kraft- og vannforsyning
- Data fra AKU-tillegget i 2013 viser at 3,1 prosent av alle yrkesaktive oppgir arbeidsskader i løpet av de siste 12 måneder, noe som tilsvarer omtrent 84 000 personer. Tar vi hensyn til at enkelte blir utsatt for mer enn ett skadetilfelle, kan det årlige antallet arbeidsskader beregnes til ca. 105 000
- De hyppigste skadetyperne er ifølge AKU-tillegget fall, kutt/stikk, akutt fysisk overbelastning og truffet av gjenstand. Disse skadetyperne utgjorde til sammen nærmere 60 prosent av alle skader
- Ca. 8 prosent av de skadde oppga å ha blitt skadet i en voldshandling, mens om lag 4 prosent oppga at de ble skadet i en trafikkulykke i forbindelse med arbeid
- LKU-A-13 viser at 1,7 prosent av alle yrkesaktive har i løpet av de 12 siste månedene vært utsatt for en arbeidsskade som har medført sykefravær

Det mest skadeutsatte yrket er politi/vakt o.l., med en årlig skaderisiko på mer enn 11 prosent, tett fulgt av metallarbeidere. Videre følger to håndverkeryrker samt kokk/kjøkkenassistent. Relativt høy skaderisiko finner vi også i primærnæringen, i industrien og blant pleie- og omsorgsarbeidere.

Sykefravær-uføretrygd

Sykefravær og avgang fra jobb grunnet helseproblemer er sammensatte fenomener som påvirkes av sosiale, økonomiske og individuelle forhold. Sykdom, skade og subjektive helseplager påvirker åpenbart arbeidsevnen og muligheten for å være i jobb, men behovet for å være borte fra jobb på grunn av sykdom vil i de fleste tilfeller også avhenge av arbeidsplassen, arbeidsoppgavene og mulighetene for tilrettelegging.

Forekomst

- I perioden 2001-2014 har det vært en positiv utvikling i sykefraværsprosenten fra 7,4 % til 6,4 %.
- Det egenmeldte fraværet har vært stabilt rundt 1 % i samme periode.
- I LKU 2013 oppgir om lag 15,9 prosent av de yrkesaktive at de har hatt minst ett legemeldt sykefravær på 14 dager eller mer det siste året. Blant disse rapporterer om lag 37 prosent at fraværet var forårsaket av helseplager som helt eller delvis skyldtes jobben.
- I 2014 utgjorde muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser nærmere 60 prosent av det legemeldte sykefraværet.
- Data fra NAV viser at forekomsten av legemeldte sykefravær, er høyere for kvinner enn for menn i alle aldre og for alle varigheter. I gjennomsnitt er forekomsten ca. 70 prosent høyere for kvinner enn for menn.
- Den store forskjellen i sykefraværet mellom kvinner og menn i aldersgruppen 25–34 år skyldes omfanget av svangerskapsrelatert sykefravær i denne aldersgruppen. Dette fraværet utgjør nærmere 50 prosent av fraværet i denne gruppen når vi ser på legemeldt fravær på én dag eller mer.
- Sammenliknet med samme tidspunkt i 2012 er det 2 100 færre uførepensjonister i 2013 – en nedgang på 0,7 prosent.

Høyest andel fraværstilfeller på 17 dager eller mer finner vi i gruppen sosionom, vernepleier, barnevernspedagog og førskolelærer.

Risikofaktorer

Tre nyere studier fra STAMI har sett på betydningen av selvrapportert eksponering for mekaniske og psykososiale faktorer i jobbsammenheng for legemeldt sykefravær og selv-rapportert avgang fra jobb grunnet helseproblemer. I den første studien fant man at om lag en av fire tilfeller med høyt sykefravær i løpet av ett år kunne forklares av mekanisk arbeidseksponering:

- Stående arbeid
- Hånd-/arm repetisjon
- Ubekvemme løft
- Arbeid i framoverbøyd stilling
- Arbeid med bøyd nakke mesteparten av arbeidsdagen
- Knestående arbeid

I en tilsvarende studie, ble det beregnet at om lag 15 prosent av tilfellene med høyt sykefravær i løpet av ett år kunne forklares av selvrapporerte eksponering for psykososiale risikofaktorer:

- Høye emosjonelle krav i jobben
- Høy rollekonflikt
- Lav støtte fra leder

I den tredje studien ble det rapportert at om lag 45 % av avgang fra jobb skyldes psykososiale og mekaniske risikofaktorer som; ensidig arbeid, lite støttende ledelse og mobbing/trakkassering stående arbeid, nakkefleksjon, tungt fysisk arbeid og helkroppsvibrasjon

5 IDENTIFISERING AV UTSATTE GRUPPER



5 IDENTIFISERING AV UTSATTE GRUPPER

Enkelte bransjer og yrker har særlige utfordringer knyttet til arbeidsmiljø og/eller helse. I tillegg vil det også være ulike grupper av yrkesaktive som i større eller mindre grad står overfor ulike typer utfordringer. Formålet med dette kapittelet er å kartlegge i hvilke næringer og yrkesgrupper man står overfor de mest sammensatte arbeidsmiljøutfordringene, samt å belyse eventuelle arbeidsmiljø- og helseutfordringer blant unge arbeidstakere, hos kvinner sammenliknet med menn og blant midlertidig ansatte.

Både internasjonalt og i Norge har det blitt hevdet av unge arbeidstakere ofte er mer utsatt for risikofaktorer i arbeidet enn eldre, og ofte gjelder dette unge i yrker innenfor bygg- og anleggsbransjen og helsesektoren (164). Kjønnsgdelingen i arbeidslivet er også ofte gjenstand for debatt. Menn og kvinner må gjerne takle ulike arbeidsmiljøutfordringer, avhengig av yrke og hvilke arbeidsoppgaver de utfører, og i forskningslitteraturen har man siden 1970–80-tallet diskutert paradokset knyttet til at menn har kortere levealder enn kvinner, mens kvinner i større grad synes å være rammet av sykdom og helseplager (150-152). Sammenliknet med mange andre risikofaktorer på arbeidsmiljøfeltet foreligger det et ganske begrenset omfang av studier og kunnskap om uheldige helsekonsekvenser knyttet til midlertidige ansettelsesforhold. Usikkert inntektsgrunnlag, dårligere belønning i form av mindre sikkerhet, dårligere opplærings- og forfremmelsesmuligheter samt eksponering for andre arbeidsbetingelser og arbeidsforhold enn i faste arbeidsforhold kan også antas å bidra til dårligere helse blant midlertidig ansatte (77), men dette er i liten grad belyst med norske data. Med dette som bakteppe har vi derfor gjennomført en mer systematisk sammenlikning av disse gruppene av yrkesaktive basert på norske data.

Basert på data fra levekårsundersøkelsene om hvordan de yrkesaktive selv opplever arbeidsmiljøet og egen helse, samt data om sykefravær og oppbrukte sykepengerettigheter fra NAV og erfaringer fra de ulike tilsynene kan man finne

frem til hvilke næringer, yrkesgrupper og undergrupper av yrkesaktive som har særlige utfordringer. En slik sammenstilling av arbeidsmiljøeksponeringer, helseplager og nivået av sykefravær og uføretrygding kan gi en indikasjon på hvilke yrker, bransjer og undergrupper som har særlige utfordringer, enten de er knyttet til arbeidsmiljø, helse eller begge aspekter. Fremstillingen gir ikke nødvendigvis hele bildet av situasjonen, og resultatet vil nødvendigvis påvirkes av hvilke faktorer som har blitt målt og lagt til grunn. Det kan finnes både alvorlige og utbredte problemer i en del yrker og undergrupper som ikke kommer frem, og det kan være undergrupper som kan være betydelig mindre eller mer utsatt enn resten. Enkelte arbeidsmiljøfaktorer er mer alvorlige enn andre, men rammer kanskje få personer. Andre arbeidsmiljøfaktorer har igjen mindre alvorlige helsemessige konsekvenser for den enkelte, men kan få store konsekvenser siden mange utsettes for dem. Et tredje viktig moment er at man ved å rangere og fremheve noen grupper, kan risikere å danne et kunstig skille ettersom forskjellen mellom de mest utsatte og de nest mest utsatte ikke nødvendigvis trenger å være stor.

Et viktig forbehold i denne sammenstillingen av informasjon om eksponering og helseeffekter er at den ikke er egnet til å si noe sikkert om mulige årsakssammenhenger mellom de påvirkninger og helseplager det er spurt om. For å vurdere årsakssammenhenger bør mål på belastning og mål på helseplager samles inn fra uavhengige kilder og på forskjellig tidspunkt, fordi belastende miljøfaktorer og kroppslige eller psykiske plager gjensidig kan påvirke måten disse forholdene rapporteres på.

5.1 RISIKOUTSATTE YRKESGRUPPER

OPPHOPNING AV HELSEPLAGER I NÆRINGER OG YRKESGRUPPER

I dette delkapittelet vil vi forsøke å identifisere risikoutsatte næring – og yrkesgrupper med utgangspunkt i helseplager rapportert i LKU, sammenstilt med eksponeringsforhold i yrkesgruppen. I et arbeidsmiljøperspektiv er det ikke alltid slik at høy forekomst av risikofaktorer i arbeidsmiljøet nødvendigvis vil tilsvare høy forekomst av helseplager, høyt sykefravær eller tidlig avgang på yrkesnivå. En viktig grunn til dette er at ulike seleksjonsmekanismer kan påvirke hvorvidt mennesker jobber i yrker med høy eller lav arbeidsbelastning. På den ene siden vil individer med god helse kunne være mer tilbøyelige til å søke og bli værende i jobber med vanskelige eller tøffe arbeidsvilkår, særlig om man blir godt kompensert, for eksempel i form av høy lønn. Mennesker med god helse vil også i større grad tåle mindre gunstige arbeidsvilkår og ha lavere sannsynlighet for å forlate jobber med stor arbeidsbelastning. I den grad slike prosesser er viktige, vil man ikke finne en klar sammenheng mellom belastende jobber og høy forekomst av helseplager og sykefravær. En motsatt seleksjon vil finne sted hvis de mest ressurssterke individene tok de beste og minst belastende jobbene. De med redusert helse og arbeidsevne vil da kunne ende opp med de jobbene som gir størst risiko for dårlig helse og sykefravær. Også kjønns-, alders- og utdanningssammensetning innenfor ulike yrker, næringer og grupper av yrkesaktive vil kunne påvirke resultatet. Ofte vil overhyppigheten av helseplager i enkelte yrkesgrupper kunne være et resultat av en kombinasjon av flere av de nevnte faktorene.

Innenfor samme næring vil det være mange ulike yrkesgrupper med til dels svært ulike arbeidsoppgaver. Derfor kan det være problematisk å studere arbeidsmiljøet som en samlet størrelse i en enkelt næring, da viktige arbeidsmiljøeksponeringer og helseproblemer i enkelte yrkesgrupper kan maskeres i et gjennomsnitt for næringen sett under ett. Ved analyser av dataene fra LKU ser vi at det er en opphopning av selvrapporterte helseplager i typiske yrkesgrupper innenfor enkelte næringer, som i helse-/sosialtjenester, jord/skogbruk/fiske, bygge-/anleggsvirksomhet, transport/lagring samt overnatting/servering (tabell 5.1.1).

Tabellene i dette kapittelet viser relativ risiko for selvrapporterte helseplager basert på data fra LKU-A-13. En relativ risiko på 2 indikerer en fordoblet sannsynlighet for en gitt helseplage innen en gitt næring (tabell 5.1.1) eller yrkesgruppe (tabellene 5.1.2 - 5.1.6) sammenlignet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive. En relativ risiko på 0,50 indikerer en halvert risiko for helseplager sammenlignet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive.

5.1.1 Opphopning av selvrapporterte helseplager i næringer (relativ risiko)(SSB, LKU 2013)

	HELSE-/SOSIAL- TJENESTER	FISKE SKOGBRUK/ JORD/ JORD/ SKOGBRUK/ FISKE	BYGGE- /ANLEGG- VIRKSOMHET	TRANSPORT/ LAGRING	OVERNATTING/ SERVERING
Bensmerter	1,20	1,22	1,13	0,96	1,26
Ryggsmerter	1,13	1,09	1,05	1,00	1,10
Nakkesmerter	1,14	1,10	0,94	0,96	1,16
Armsmerter	1,09	1,80	1,18	1,09	1,10
Luftveisplager	1,25	1,30	1,25	1,31	0,77
Hudplager	1,13	1,01	0,80	0,98	0,55
Øyeplager	1,11	0,39	0,70	1,14	0,93
Nedsatt hørsel	1,02	1,47	1,28	1,21	0,48
Hodepine	1,27	0,74	0,71	0,91	0,91
Mageplager	1,18	0,69	0,73	1,19	0,86
Søvnvansker	1,12	0,70	0,75	0,98	1,01
Psykiske plager	1,13	0,82	0,68	0,59	1,18
Fysisk utmattelse	1,21	1,21	1,14	1,09	1,27
Psykisk utmattelse	1,22	0,49	0,72	1,03	0,94
Egenmeldt sykefravær	1,30	0,19	0,85	0,75	0,75
Legemeldt sykefravær	1,47	0,81	0,98	1,03	0,76
Sykenærsvær	1,10	1,11	1,13	0,92	0,92
Opplevd skaderisiko	0,84	3,45	2,29	2,15	1,16
Arbeidsskade	1,32	3,20	1,37	1,68	1,81

OPPLEVD HELSETILSTAND OG ARBEIDSMILJØ BLANT YRKESAKTIVE INNENFOR HELSE- OG SOSIALTJENESTER

Næringen er sterkt kvinnedominert med i overkant av 421 000 kvinner av totalt 517 000 registrerte sysselsatte i fjerde kvartal i 2013 (SSB). Nær 70 prosent av både kvinner og menn i denne næringen er i aldersgruppen 25–54 år. LKU-A 2013 viser at de fleste yrkesaktive innenfor næringen tilhører yrkesgruppene pleie- og omsorgsarbeider (27 %), sykepleier (15 %) og barnehage-/skoleassistent (13 %). Deretter følger vernepleier/sosialarbeider (7 %), leger o.l. (7 %) og førskolelærere (6 %).

Sammenliknet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive oppgir både pleie- og omsorgsarbeidere og sykepleiere høy eksponering for en rekke potensielt helseskadelige psykososiale og organisatoriske faktorer. Særlig høye verdier oppgis for vold og trusler om vold, mobbing og emosjonelle krav. Yrkesgruppene oppgir også lav selvbestemmelse i arbeidet samt kombinasjonen høye krav og lav selvbestemmelse. Nattarbeid er også langt mer utbredt i disse yrkesgruppene enn for gjennomsnittet for alle yrkesaktive. Sykepleiere skiller seg fra pleie- og omsorgsarbeidere ved at de også oppgir høy grad av rollekonflikt og ubalanse mellom innsats og belønning. Når det gjelder mekaniske eksponeringer, oppgis det i begge yrkesgrupper særlig høye verdier for ubekvemme løft, men også arbeid på huk/knær og stående arbeid. Yrkesgruppene oppgir også i høy grad eksponering for rengjørings-/desinfeksjonsmidler og biologisk materiale.

Yrkesgruppen barnehage-/skoleassistent skårer over gjennomsnittet på en rekke psykososiale og organisatoriske faktorer. Dette gjelder særlig vold og trusler, emosjonelle krav og jobbusikkerhet. Ser vi på mekaniske eksponeringer, oppgir yrkesgruppen høye verdier for arbeid på huk/knær og ubekvemme løft. Yrkesgruppen er også i høy grad eksponert for støy, biologisk materiale og rengjørings-/desinfeksjonsmidler.

Sammenliknet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive oppgir disse tre yrkesgruppene høye verdier for en rekke potensielt helseskadelige faktorer i arbeidsmiljøet. Eksponeringene er i samsvar med en overhyppighet av en rekke helseplager som vi kan se i tabell 5.1.2.

5.1.2 Selvrapporterte helseplager i typiske yrker innenfor helse- og sosialnæringen (relativ risiko) (SSB, LKU 2013)

	PLEIE- OG OMSORGSARBEIDER		SYKEPLEIER		BARNEHAGE-/SKOLE-ASSISTENT	
	Tot.	Arb.	Tot.	Arb.	Tot.	Arb.
Bensmerter	1,49	1,73	1,19	1,30	1,12	0,87
Ryggsmerter	1,33	1,73	1,15	1,37	1,12	1,20
Nakkesmerter	1,24	1,16	1,07	1,03	1,14	0,92
Armsmerter	1,44	1,29	0,79	0,67	0,89	0,56
Luftveisplager	1,71	0,62	1,02	1,61	1,60	0,76
Hudplager	1,24	1,74	1,18	2,32	1,01	0,53
Øyeplager	1,12	0,70	0,83	1,19	1,51	0,85
Nedsatt hørsel	1,01	0,29	0,97	0,45	1,22	2,18
Hodepine	1,15	0,91	1,46	1,42	1,38	1,30
Mageplager	1,42	1,24	0,97	1,52	1,67	1,31
Søvnvansker	1,32	1,35	1,41	1,97	1,23	0,68
Psykkiske plager	1,45	1,32	1,06	1,00	1,51	0,72
Fysisk utmattelse	1,34	-	1,28	-	1,42	-
Psykisk utmattelse	1,16	-	1,54	-	1,15	-
Egenmeldt sykefravær	1,27	2,03	1,53	1,90	1,25	2,64
Legemeldt sykefravær	1,70	1,70	1,39	1,04	1,48	1,58
Sykenærsvær	1,05	-	1,10	-	1,12	-
Opplevd skaderisiko	1,37	-	0,97	-	0,47	-
Arbeidsskade	2,24	-	0,86	-	1,03	-

OPPLEVD HELSETILSTAND OG ARBEIDSMILJØ BLANT YRKESAKTIVE INNENFOR BYGG OG ANLEGG

Næringen er sterkt mannsdominert med i overkant av 191 000 menn av totalt 208 320 registrerte sysselsatte i fjerde kvartal i 2013 (SSB). Om lag 65 prosent av både kvinner og menn i denne næringen er i aldersgruppen 25–54 år. LKU-A 2013 viser at de fleste yrkesaktive innenfor næringen tilhører yrkesgruppene tømrer (21 %), anleggsarbeider (16 %) og byggarbeider (13 %).

Disse tre yrkesgruppene har nesten lik eksponeringsprofil knyttet til kjemiske og fysiske faktorer i arbeidsmiljøet. Sammenliknet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive oppgir alle de tre yrkesgruppene høy eksponering knyttet til innånding av støv, røyk og eksos, innånding av damp, gass og kjemikalier, hudkontakt med avfettings-/løsemidler samt støy og vibrasjoner.

Både yrkesgruppen tømrer og byggarbeider oppgir høye verdier av samtlige mekaniske eksponeringsfaktorer i arbeidsmiljøet, men særlig arbeid på huk/knær, ubekvemme løft og arbeid med hender over skulderhøyde. Anleggsarbeiderne oppgir mekaniske eksponeringsverdier som er noe høyere enn gjennomsnittet for alle yrkesaktive.

Når det gjelder det psykososiale- og organisatoriske arbeidsmiljøet, er utfordringen for disse tre yrkesgruppene knyttet til en overhyppighet av mobbing. Anleggsarbeiderne oppgir i tillegg et høyt nivå av lange arbeidsuker, nattarbeid og ensidig arbeid.

Tabellen viser at disse tre yrkesgruppene oppgir en overhyppighet av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager, luftveisplager, hudplager, nedsatt hørsel og legemeldt sykefravær. Vi ser også at opplevd skaderisiko og arbeidsskader er mer hyppig i disse yrkene enn for gjennomsnittet for alle yrkesaktive.

5.1.3 Selvrapporterte helseplager i typiske yrker innenfor bygg og anlegg (Relativ risiko)(SSB, LKU 2013)

	TØMRER		ANLEGGSS- ARBEIDER		BYGGARBEIDER	
	Tot	Arb	Tot	Arb	Tot	Arb
Bensmerter	1,11	2,24	0,97	1,40	1,37	2,64
Ryggsmerter	1,16	2,11	0,94	1,57	1,13	1,92
Nakkesmerter	0,97	1,34	0,99	1,00	0,89	0,97
Armsmerter	1,22	1,59	0,93	0,78	1,45	1,87
Luftveisplager	1,01	1,46	1,36	4,04	0,78	2,32
Hudplager	0,57	0,47	1,15	2,43	1,29	2,60
Øyeplager	0,57	1,14	0,83	1,51	0,52	0,92
Nedsatt hørsel	1,69	3,68	1,44	2,74	1,00	2,82
Hodepine	0,50	0,68	0,82	0,75	0,59	0,58
Mageplager	0,38	0,34	0,48	0,42	0,64	1,71
Søvnvansker	0,55	0,52	0,82	1,02	0,79	0,87
Psykiske plager	0,99	0,94	0,91	0,15	0,88	1,09
Fysisk utmattelse	1,39	-	0,97	-	1,21	-
Psykisk utmattelse	0,47	-	0,76	-	0,69	-
Egenmeldt sykefravær	0,79	1,00	0,53	1,49	1,07	0,59
Legemeldt sykefravær	1,38	1,85	1,05	1,22	1,08	2,42
Sykenærvar	0,93	-	1,17	-	0,99	-
Opplevd skaderisiko	2,93	-	2,73	-	2,55	-
Arbeidsskade	1,59	-	1,20	-	2,81	-

OPPLEVD HELSETILSTAND OG ARBEIDSMILJØ BLANT YRKESAKTIVE INNENFOR TRANSPORT/LAGRING OG JORD/SKOGBRUK/FISKE

Næringen transport/lagring er sterkt mannsdominert med nær 113 000 menn av totalt 142 430 registrerte sysselsatte i fjerde kvartal 2013 (SSB). I underkant av 70 prosent av både kvinner og menn i denne næringen er i aldersgruppen 25-54 år. LKU viser at det i næringen er flest yrkesaktive innen kategorien sjåføryrker (34%), mens nær 10 prosent er sysselsatt som Lager/transportmedarbeider.

Sammenlignet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive, er det særlig innen potensielt ugunstige organisatoriske- og psykososiale arbeidsmiljøbetingelser hvor sjåførere oppgir høye verdier. Det gjelder spesielt nattarbeid og lange arbeidsuker, men også ensidige arbeidsoppgaver, dårlige utviklingsmuligheter, lav selvbestemmelse og innsats-/belønningsubalanse. Ser vi på kjemiske og fysiske faktorer, så finnes det utfordringer knyttet til eksponering for avfettings-/løsemidler, innånding av kjemikalier/gass/damp og vibrasjoner. Sjåførere oppgir også høyere verdier enn gjennomsnittet for mekaniske faktorer som ubekvemme løft og repetitive armbevegelser. Ser vi på Lager-/transportmedarbeidere oppgis det særlig høye verdier for faktorene nattarbeid, vibrasjoner, og arbeid over skulderhøyde.

Tabell 5.1.4 viser at sjåførere oppgir en overhyppighet av muskel- og skjelettplager, luftveisplager, fysisk og psykisk utmattelse, psykiske plager og arbeidsskader. Lager-/transportmedarbeidere oppgir i langt mindre grad helseplager enn sjåførere, men oppgir en overhyppighet av armsmerter, luftveisplager og fysisk utmattelse.

LKU viser at nær åtte av ti i næringen jord/skogbruk/fiske er sysselsatt som bonde/fisker. Næringen sysselsetter om lag 50 000 menn og 14 000 kvinner. For både menn og kvinner er det en overvekt av sysselsatte i aldersgruppen 40-66 år. Med unntak av lange arbeidsuker, oppgir bønder og fiskere et særlig godt psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø. Imidlertid oppgis det høyere verdier enn gjennomsnittet for nær samtlige kjemiske, fysiske og mekaniske eksponeringer. Det oppgis en overhyppighet av muskel- og skjelettplager, nedsatt hørsel, luftveisplager og arbeidsskader (Tabell 5.1.4).

5.1.4 Selvrapporterte helseplager i typiske yrker innenfor sjåføryrker, transport/lagring og bonde/fisker (relativ risiko)(SSB, LKU 2013)

	SJÅFØRYRKER		LAGER/ TRANSPORT- MEDARBEIDER		BONDE/FISKER	
	Tot.	Arb.	Tot.	Arb.	Tot.	Arb.
Bensmerter	1,24	1,47	0,93	1,41	1,24	2,42
Ryggsmerter	1,24	1,47	0,91	1,09	1,04	1,70
Nakkesmerter	1,02	1,08	0,96	1,05	1,12	1,41
Armsmerter	1,35	1,40	1,28	1,54	1,77	2,38
Luftveisplager	2,10	3,42	1,58	0,87	1,38	0,74
Hudplager	1,19	1,35	1,00	0,43	1,04	2,54
Øyeplager	1,13	1,22	1,12	1,09	0,30	0,36
Nedsatt hørsel	1,85	1,69	0,70	0,75	1,23	1,42
Hodepine	1,17	1,48	0,71	0,44	0,62	0,55
Mageplager	1,23	2,35	0,89	0,89	0,63	0,64
Søvnvansker	1,04	1,27	0,83	1,00	0,61	0,53
Psykiske plager	1,44	1,60	0,93	0,80	0,79	1,08
Fysisk utmattelse	1,57	-	1,19	-	1,25	-
Psykisk utmattelse	1,44	-	0,68	-	0,47	-
Egenmeldt sykefravær	0,75	1,32	0,97	1,55	0,20	0,30
Legemeldt sykefravær	1,27	1,96	0,81	0,92	0,89	1,90
Sykenærsvær	1,22	-	0,97	-	1,12	-
Opplevd skaderisiko	3,91	-	1,46	-	3,62	-
Arbeidsskade	2,46	-	1,06	-	2,62	-

OPPLEVD HELSETILSTAND OG ARBEIDSMILJØ BLANT YRKESAKTIVE INNENFOR OVERNATTING/SERVERING

I fjerde kvartal 2013 (SSB) var i overkant av 35 000 menn og 50 000 kvinner sysselsatt i næringen. For både menn og kvinner er en overvekt av disse i aldersgruppen 25–39 år. LKU-A 2013 viser at de fleste yrkesaktive innenfor næringen tilhører yrkesgruppene servitøryrker (39 %), kokk-/kjøkkenassistent (24 %) og renholder (6 %).

Yrkesaktive i både renholds- og servitøryrker oppgir en betydelig høyere grad av eksponering for flere psykososiale risikofaktorer som lav selvbestemmelse, høye krav i kombinasjon med lav kontroll og mobbing enn gjennomsnittet for alle yrkesaktive. En høy andel servitører og renholdere oppgir også organisatoriske risikofaktorer som jobbusikkerhet, ensidig arbeid og dårlige utviklingsmuligheter. En betydelig andel servitører arbeider også om natten. Kokker/kjøkkenassistenter oppgir i større grad enn gjennomsnittet at de er utsatt for høye krav i kombinasjon med lav kontroll, samt dårlige utviklingsmuligheter.

Sammenliknet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive oppgir alle disse tre yrkesgruppene høye verdier for nesten samtlige mekaniske eksponeringer. Stående arbeid er den mest utbredte eksponeringen.

Når det gjelder kjemisk eksponering, er renholdere særlig eksponert for rengjørings-/desinfeksjonsmidler og avfettings-/løsemidler, men oppgir også høye verdier for innånding av gass, røyk og eksos og damp, gass og kjemikalier. Servitører og kokker/kjøkkenassistenter er også mer eksponert for disse kjemiske faktorene enn gjennomsnittet. I tillegg oppgir servitører eksponering for passiv røyking og støy.

Tabellen viser at det er en overhyppighet av muskel- og skjelettlidelser blant yrkesaktive i disse tre yrkene. Renholdere har også mer hudplager, luftveisplager, arbeidsskader og legemeldt sykefravær enn gjennomsnittet for alle yrkesaktive.

5.1.5 Selvrapporterte helseplager i typiske yrker innenfor overnatting/servering (relativ risiko)(SSB, LKU 2013)

	SERVITØRYRKER		KOKK, KJØKKENASSISTENT		RENHOLDER	
	Tot.	Arb.	Tot.	Arb.	Tot.	Arb.
Bensmerter	1,23	2,56	1,60	3,14	1,42	2,44
Ryggsmerter	1,26	2,02	1,07	1,69	1,17	1,78
Nakkesmerter	1,06	1,14	1,13	1,43	1,33	1,55
Armsmerter	1,14	1,50	1,05	1,02	1,97	2,57
Luftveisplager	0,56	0,00	0,92	1,78	2,48	2,79
Hudplager	0,43	1,19	0,78	2,43	1,22	2,34
Øyeplager	0,86	0,33	0,44	0,26	0,71	1,06
Nedsatt hørsel	0,29	0,76	1,08	0,00	0,78	1,54
Hodepine	0,99	0,74	1,10	1,02	1,22	0,75
Mageplager	0,68	0,00	0,94	1,04	1,00	0,34
Søvnvansker	0,84	0,91	1,18	1,39	1,10	0,73
Psyriske plager	1,04	0,74	1,34	1,42	1,28	1,19
Fysisk utmattelse	1,37	-	1,15	-	1,35	-
Psyisk utmattelse	0,88	-	0,78	-	0,91	-
Egenmeldt sykefravær	0,62	1,28	0,84	1,19	0,81	0,81
Legemeldt sykefravær	0,54	0,78	0,87	1,26	1,37	1,99
Sykenærsvær	0,80	-	1,00	-	0,96	-
Opplevd skaderisiko	1,04	-	1,59	-	0,92	-
Arbeidsskade	0,68	-	0,80	-	3,09	-

OPPLEVD HELSETILSTAND OG ARBEIDSMILJØ BLANT METALLARBEIDERE, INDUSTRIOPERATØRER OG KONTORMEDARBEIDERE

Av grunner nevnt innledningsvis kan viktige arbeidsmiljøeksponeringer og helseproblemer i enkelte yrkesgrupper maskeres i et gjennomsnitt for næringen sett under ett. Uavhengig av næring, ser vi at yrkesaktive kategorisert som metallarbeidere, industrioperatører og kontormedarbeidere også oppgir mer helseplager enn gjennomsnittet for alle yrkesaktive.

LKU-13 viser at 95 prosent av metallarbeiderne er menn, og flest metallarbeidere finnes innen næringene industri, bygg og anlegg og utvinning av råolje/naturgass. Sammenlignet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive ser vi at arbeidsmiljøet til metallarbeiderne er kjennetegnet av eksponering for kjemiske faktorer som innånding av støv/røyk/eksos, innånding av kjemikalier/gass/damp, samt hudkontakt med avfettings-/løsemidler. Fysiske faktorer som vibrasjoner og støy oppgis også å være utbredt. Metallarbeiderne oppgir videre i langt større grad enn gjennomsnittet å være eksponert for samtlige mekaniske arbeidsmiljøfaktorer. Metallarbeidere oppgir en overhyppighet av muskel- og skjelettplager, hudplager, nedsatt hørsel, legemeldt sykefravær og en særlig høy risiko for arbeidsskader.

LKU-13 viser at 85 prosent av industrioperatørene er menn, og flest industrioperatører finnes innen næringene utvinning av råolje/naturgass, kraft-/vannforsyning og industri. Sammenlignet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive ser vi at arbeidsmiljøet til industrioperatører har en lik profil som metallarbeiderne når det gjelder eksponering for kjemiske og fysiske faktorer. Ulikt metallarbeiderne oppgir industrioperatørene nattarbeid som en særlig utbredt faktor. Industrioperatørene oppgir en overhyppighet av luftveisplager, nedsatt hørsel, søvnevansker og arbeidsskader.

LKU-13 viser at 85 prosent av kontormedarbeiderne er kvinner, og kontormedarbeiderne er representert i samtlige næringer. Arbeidsmiljøet oppgis å være kjennetegnet av en høyere eksponering enn gjennomsnittet for ensidige arbeidsoppgaver, dårlige utviklingsmuligheter, jobbusikkerhet, samt repetitive armbevegelser. Kontormedarbeiderne oppgir en overhyppighet av nakke- og armsmerter, hudplager, øyeplager, hodepine, psykiske plager og legemeldt sykefravær.

5.1.6 Selvrapporterte helseplager blant metallarbeidere, industrioperatører og kontormedarbeidere (relativ risiko)(SSB, LKU 2013)

	METALLARBEIDERE		INDUSTRI- OPERATØRER		KONTOR- MEDARBEIDERE	
	Tot	Arb	Tot	Arb	Tot	Arb
Bensmerter	1,89	4,28	1,01	1,55	0,91	0,42
Ryggsmerter	1,46	2,52	1,11	1,61	1,05	0,65
Nakkesmerter	1,17	1,63	0,76	0,90	1,26	1,36
Armsmerter	1,48	2,19	0,98	1,01	1,30	1,34
Luftveisplager	0,91	2,74	1,81	2,35	1,04	1,08
Hudplager	1,30	1,31	0,96	1,43	1,35	0,62
Øyeplager	1,04	0,89	0,70	1,04	1,11	1,81
Nedsatt hørsel	2,46	4,92	1,69	3,61	1,07	0,78
Hodepine	1,31	1,02	0,90	0,95	1,27	1,30
Mageplager	1,86	2,70	0,77	0,61	1,01	0,39
Søvnvansker	0,86	0,76	1,28	1,74	1,08	0,67
Psykiske plager	1,25	1,71	0,92	0,88	1,15	1,38
Fysisk utmattelse	1,28	-	0,95	-	0,77	-
Psykisk utmattelse	0,91	-	0,59	-	1,03	-
Egenmeldt sykefravær	1,06	2,74	0,88	0,99	1,11	0,83
Legemeldt sykefravær	1,41	1,29	0,74	0,55	1,13	1,87
Sykenærvær	0,90	-	0,66	-	0,83	-
Opplevd skaderisiko	2,64	-	1,94	-	0,16	-
Arbeidsskade	4,05	-	1,88	-	0,14	-

5.2 KVINNER OG ARBEIDSHELSE

Sammenlignet med menn er det mer vanlig blant kvinner å bli utsatt for vold og seksuell trakassering, høye emosjonelle krav samt høye jobbkrav med samtidig lav kontroll. Biologisk eksponering er også mer vanlig blant kvinner, det samme gjelder hudkontakt med vann og dårlig inneklima. Ser vi på helseutfall er kvinner mer plaget av arbeidsrelatert hodepine og arbeidsrelaterte nakke-/skuldersmerter. I en nylig publisert studie fra STAMI ble det konkludert med at en betydelig del av den forhøyede risikoen for legemeldt sykefravær vi ser blant kvinner kan forklares av kjønnsforskjell i opplevelsen av det psykososiale arbeidsmiljøet. Mekanisk eksponering bidrar ikke til å forklare forskjellen. Arbeidsmiljøets betydning for kjønnsforskjeller i sykefraværet underbygges av nyere studier fra både Danmark og Finland.

Sysselsettingen blant kvinner i Norge er høy, og sammenliknet med andre land er forskjellen mellom kvinners og menns yrkesdeltakelse liten. Fra begynnelsen av 1970-tallet og frem til slutten av 1980-tallet økte kvinners yrkesaktivitet betraktelig, mens den holdt seg ganske stabil for menn. Mens 44 prosent av kvinnene var i lønnet arbeid i 1972, er andelen i dag oppe i 68 prosent. Under den økonomiske lavkonjunkturen fra slutten av 1980-tallet og frem til 1993 var andelen yrkesaktive kvinner forholdsvis stabil, mens den falt noe for menn. I samme periode gikk sysselsettingen for menn noe ned. I dag er derfor nesten like mange kvinner som menn i jobb, men arbeidsmarkedet er fortsatt til dels kjønnsdelt. Denne delingen avspeiler ikke bare forskjeller i arbeidsoppgaver og rollemønstre på samme arbeidsplass, men også historiske og til dels vedvarende ulikheter når det gjelder yrkesvalg og tradisjoner. Kjønnsdelingen i arbeidslivet gjør at menn og kvinner gjerne må takle ulike arbeidsmiljøutfordringer, avhengig av yrke og hvilke arbeidsoppgaver de utfører. Det er også stadig flere unge kvinner som venter med å få barn til de er ferdig med utdanningen. Dette fører til at en krevende fase i arbeidslivet faller sammen med en travel småbarnsfase i mange unge familier.

Forsøket på å forene arbeidslivets krav og familielivets plikter kan dermed bli en ekstra utfordring.

I hele yrkesbefolkningen er det som nevnt omtrent like mange kvinner og menn, men kjønnsfordelingen er ujevn i mer enn halvparten av yrkesgruppene. 48 prosent av kvinnene og 19 prosent av mennene jobber i dag i offentlig virksomhet, en andel som har holdt seg stabil de siste årene. Kvinner er i stor grad ansatt i kommunene, mens menn er jevnere fordelt på stat og kommune.

Kun sju yrkesgrupper fremstår med det vi kan kalle en jevn kjønnsfordeling, dvs. at fordelingen av kvinner og menn er mellom 40 og 60 prosent. Vi har fem typiske kvinneyrker og 14 typiske mannsyrker der det er mer enn 80 prosent av det ene kjønnnet. Figur 2.2.2 i kapittel 2 viser fordelingen av kvinner og menn i de 46 yrkesgruppene som vi rapporterer fra, og av figuren ser vi at omsorgsykker innenfor helse- og sosialsektoren, renholdere, lærere og enkelte tjenesteytende yrker topper listen over kvinne-dominerte yrker. I den andre enden av skalaen ligger mannsdominerte yrker innenfor bygg- og anleggsgfag, transport, metallarbeid og industri.

Et annet spørsmål som sier noe om kjønnsfordelingen på arbeidsplassen, er hvorvidt kollegaene som utfører omtrent samme type arbeid, hovedsakelig er menn eller kvinner, eller om det er mer likt fordelt. Om lag to av tre menn og kvinner oppgir at det er en overvekt av deres eget kjønn som gjør samme oppgaver som de selv på arbeidsplassen. Én av ti oppgir at det er flere av det motsatte kjønn som gjør samme oppgaver som dem selv, og nær én av fem oppgir at det er omtrent likt. I de 14 mannsdominerte yrkene oppgir mellom 77 og 97 prosent at kollegaene som gjør tilsvarende arbeid, hovedsakelig er menn, og i de mest typiske kvinneyrkene sier mellom 84 og 92 prosent at kollegaene med tilsvarende arbeidsoppgaver hovedsakelig er kvinner. I de sju yrkene med jevn kjønnsfordeling oppgir mellom 14 og 41 prosent at det er jevn fordeling av menn og kvinner som utfører omtrent samme slags arbeid som dem selv.

Kjønnsforskjeller i eksponering

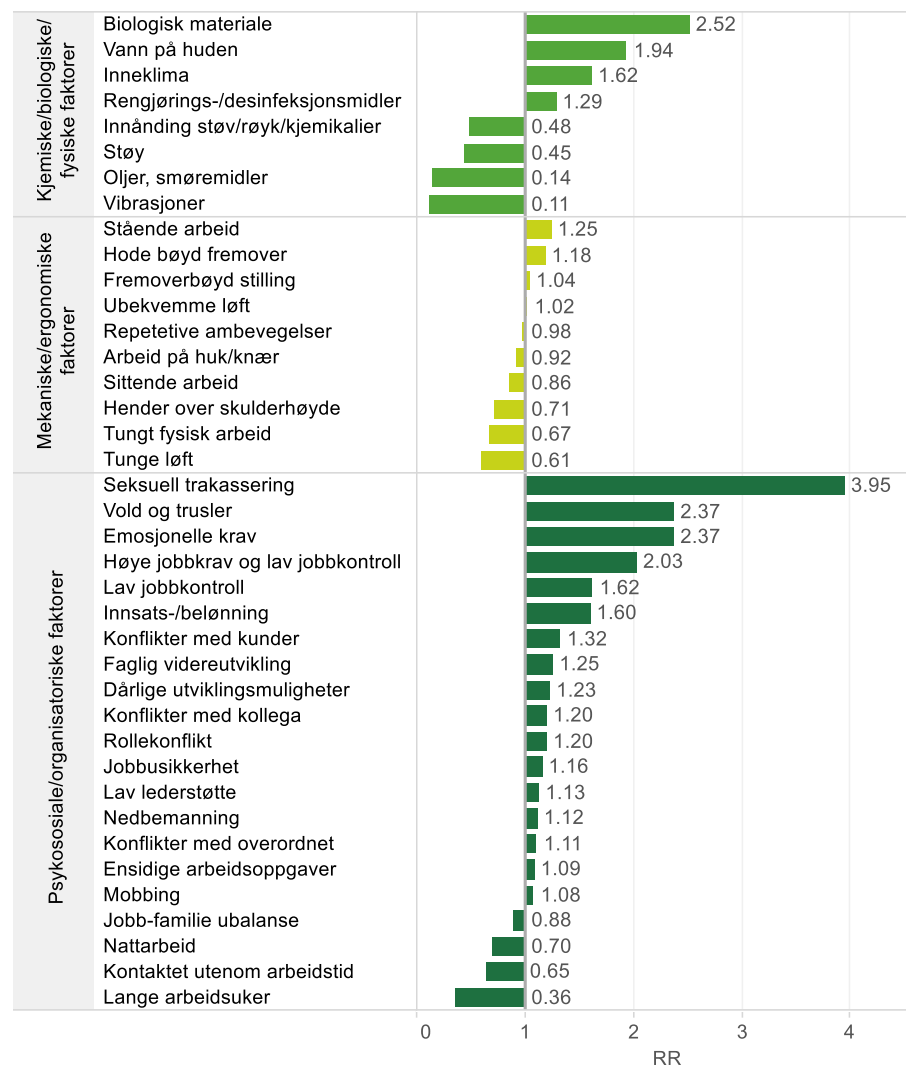
Studier har sett på betydningen av arbeidsmiljøeksponering for ulike helseutfall. I en systematisk litteraturstudie fra 2013 om ulikheter i arbeidsmiljøeksponering og arbeidshelse mellom kjønnene fant Campos-Serna og medarbeidere (152) at kvinner i større grad enn menn opplevde jobbusikkerhet, lav kontroll og uheldige sider ved det psykososiale arbeidsmiljøet. Kvinner rapporterte også om dårligere fysisk og mental helse enn menn. I motsetning til kvinner rapporterte menn i større grad eksponering for lange arbeidsuker, hardt fysisk arbeid, støy, ubalanse mellom innsats og belønning og lav sosial støtte. Denne litteraturstudien var basert på 30 studier fra europeiske land. Studien bærer preg av enkelte metodiske svakheter, blant annet en subjektiv vurdering av studienes kvalitet. I en europeisk sammenheng er vold og trusler om vold blitt definert som en fremvoksende risikofaktor i arbeidslivet og noe som særlig rammer kvinner.

Ser vi på data fra LKU arbeidsmiljø ser kjønnsforskjeller i arbeidsmiljøeksponering ikke ut til å ha endret seg nevneverdig i perioden 2000–2013. Figur 5.2.1 viser kvinners eksponering for ulike arbeidsmiljøfaktorer sammenliknet med menn. En relativ risiko (RR) på 2 betyr at kvinner er dobbelt så eksponert eller har dobbelt så mye helseproblemer som menn.

Ser vi på opplevelsen av psykososiale forhold, oppgir kvinner at de gjennomgående er mer utsatt enn menn på de fleste indikatorer vi har tatt med i figuren. Unntakene er lange arbeidsuker der andelen blant menn er 12 prosent mot 3 prosent blant kvinner, kontakt utenom arbeidstid (36 % mot 23 %) og nattarbeid (10 % mot 7 %). Kvinner opplever i større grad enn menn vold og trusler om vold (6 % mot 2,3 %), emosjonelle krav (25 % mot 10 %) og ubalanse mellom innsats og belønning (31 % mot 19 %). Når det gjelder konflikter, lav lederstøtte, jobbusikkerhet, stress på jobben og rollekonflikt, er kjønnsforskjellen mindre.

Når det gjelder mekaniske og fysiske eksponeringer, er kvinner mer eksponert for stående arbeid (28 % mot 22 %) og arbeid med hode bøyd forover (18 % mot 15 %), mens menn er mer utsatt for støy (13 % mot 6 %), arbeid over hodehøyde (15 % mot 10 %) og sittende arbeid (46 % mot 39 %). Kjemisk eksponering er gjennomgående mer vanlig blant menn enn kvinner, men kvinner er mer eksponert for vann på huden enn menn (32 % mot 16 %). Kvinner er også mer utsatt for biologisk eksponering (20 % mot 8 %).

5.2.1 Relativ risiko for selvrapportert arbeidsmiljøeksponering i 2013 blant kvinner sammenliknet med menn



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU2013)

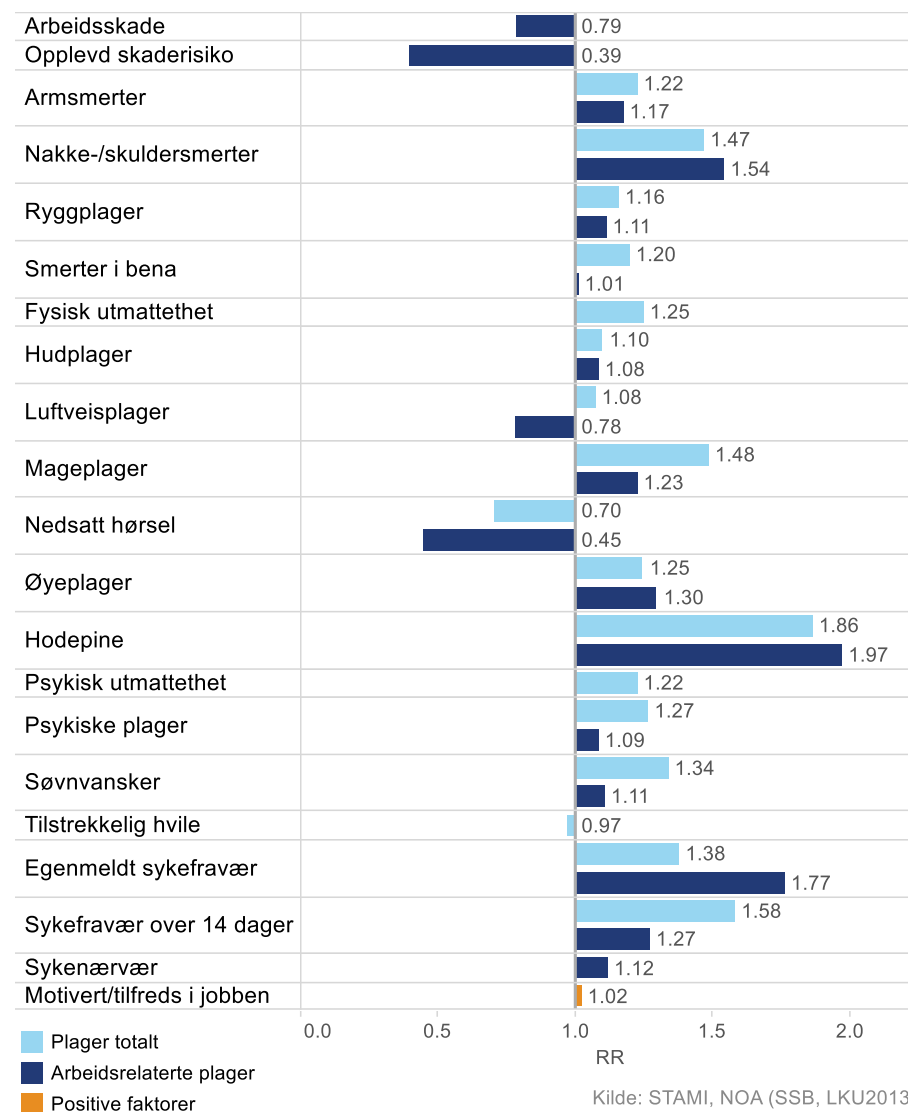
Kjønnsforskjeller i helse

I forskningslitteraturen har man siden 1970–80-tallet diskutert paradokset knyttet til at menn har kortere levealder enn kvinner, mens kvinner i høyere grad synes å være utsatt for sykdom og helseplager. Nyere forskning setter imidlertid spørsmålsteget ved dette paradokset (150-152). Basert på et landsrepresentativt utvalg av finske innbyggere i perioden 1986–1994 fant Lahelma og medarbeidere et mer nyansert mønster knyttet til menns og kvinners helse (150). Funnene tydet på små kjønnsforskjeller med unntak av symptomer knyttet til mentale og somatiske plager, samt funksjonshemming i aldersgruppen over 50 år, hvor kvinner var overrepresentert. Når det gjaldt indikatoren opplevd helse, fant forskerne imidlertid at menn i større grad enn kvinner rapporterte dårlig helse. Også på indikatoren langvarig funksjonsnedsettende sykdom fant forskerne at menn var overrepresentert.

I sum konkluderte forskerne at mønsteret med overhyppighet av dårlig helse blant kvinner endres til overhyppighet av dårlig helse blant menn når utfallet er mer alvorlig sykdom blant gruppen over 50 år. De observerte kjønnsforskjellene var stabile i studieperioden på åtte år. I en stor representativ studie fra Storbritannia konkluderte Arber at det er små selvrapporterte helseforskjeller mellom menn og kvinner i aldersgruppen over 60 år, også når det gjelder mer langvarige og alvorlige sykdomstilstander (151).

Ser vi på data fra LKU arbeidsmiljø ser kjønnsforskjeller i arbeidshelse ikke ut til å ha endret seg nevneverdig i perioden 2000–2013. Ser vi på status i 2013 har kvinner nær dobbelt så mye arbeidsrelatert hodepine som menn (12 % mot 6 %). Arbeidsrelaterte nakke-/skuldersmerter har kvinner en halv gang så mye av (32 % mot 20 %) det samme gjelder mageplager totalt (11 % mot 7 %). I tillegg har kvinner høyere arbeidsrelatert egenmeldt (7% mot 4% for menn) og arbeidsrelatert legemeldt sykefravær (7 % mot 5 %) og de føler seg mer fysisk (37 % mot 30 %) og psykisk slitne (21 % mot 17 %) ukentlig. Når det gjelder motivert/tilfreds i jobben er det ingen kjønnsforskjell.

5.2.2 Selvrapportert arbeidsmiljøeksponering og helseutfall blant kvinner sammenliknet med menn



Skandinavisk forskning om arbeidsmiljøets betydning for kvinners høyere sykefraværsliv

I løpet av de siste to tiårene er det publisert en håndfull prospektive studier som har sett på om forskjeller knyttet til arbeidsforhold eller yrkesmessig eksponering kan forklare den risikoen for legemeldt sykefravær blant kvinner. Laaksonen og medforfattere (153); (154) så på sykefraværet blant kommunalt ansatte i Helsinki. I den første studien fant forfatterne at selvrapportert eksponering for fysiske arbeidskrav, men ikke psykososiale arbeidsforhold, forklarte en betydelig del av kvinners høyere fravær av både kortere og lengre varighet (justert for alder og sosioøkonomisk status). I den andre studien fant de samme forfatterne at 33–50 prosent av den forhøyede risikoen for sykefravær blant kvinner kunne forklares med at kvinner og menn jobbet i forskjellige yrkerforskjeller. I en studie av den yrkesaktive befolkningen i Danmark fant Labriola og medarbeidere (155) at selvrapportert eksponering for psykososiale arbeidsforhold, men ikke fysiske arbeidskrav, forklarte om lag en tredjedel av den forhøyede risikoen for sykefraværperioder over 8 uker blant kvinner (justert for alder, familiestatus og sosioøkonomisk posisjon). Tre studier er gjennomført på ulike utvalg i Norge. Mastekaasa og medforfattere (156); (157) studerte kjønnsforskjeller i sykefraværperioder med over fire dagers varighet blant norske offentlig ansatte og sykefraværperioder over 2 uker i den generelle yrkesaktive befolkningen. Yrke forklarte ca. 40 prosent av den forhøyede risikoen for sykefravær blant kvinnelig offentlig ansatte (157), mens det å kontrollere for yrke hadde en motsatt effekt i studien av den generelle yrkesaktive befolkningen, hvor man observerte en noe økt kjønnsforskjell (156). En studie fra Oslo konkluderte med at forskjeller knyttet til arbeidsforhold eller yrke ikke kunne forklare de observerte kjønnsforskjellene i sykefraværperioder over 16 dager (158).

Kjønnsforskjeller i sykefravær forklart med psykososiale og mekaniske eksponeringsfaktorer

Høyere sykefravær blant kvinner er rapportert både i Skandinavia og andre europeiske land. I Norge står kvinner i 2014 for i overkant av 60 prosent av sykefraværet målt i tapte dagsverk, og i 2010 mottar i overkant én av ti kvinner i aldersgruppen 18–67 år uførepensjon. Tilsvarende tall blant menn er én av 12.

Det at vi har et kjønnsdelte arbeidsmarked har vært fremsatt som en viktig forklaring på den observerte kjønnsforskjellen i sykefraværet, men få studier har undersøkt arbeidsmiljøets betydning for å forstå disse forskjellene.

Kjønnsforskjeller i sykefraværet kan skyldes forskjeller i eksponering for mekaniske arbeidsbelastninger og psykososiale faktorer på arbeidsplassen. Jobber som innehas av menn, er generelt mer fysisk krevende (152), og dette har blitt rapportert som en risikofaktor i flere studier (159). Imidlertid er mange kvinnelige arbeidsplasser også preget av fysisk krevende arbeidsoppgaver, for eksempel i mange pleie- og omsorgsykker (160). Kvinner utfører ofte også arbeidsoppgaver som krever presisjon og er repeterende av natur (161). Det er også rimelig å forvente kjønnsforskjeller for en rekke psykososiale faktorer på arbeidsplassen. Studier har vist at det er kjønnsforskjeller når det gjelder eksponering for risikofaktorer, som for eksempel dem som er foreslått i Karaseks mye studerte krav-kontroll-støtt ((48);(60). Først og fremst er kvinner funnet å rapportere lavere nivåer av jobbkontroll enn menn (152). Kvinner har også oftere jobber som kan være følelsesmessig krevende, og kvinnedominererte yrker kjennetegnes ofte av relativt lavere nivåer av belønning, for eksempel i form av lønn og karrieremuligheter (161). Lav jobbkontroll (48), emosjonelle krav(60) og ubalanse mellom innsats og belønning (162) har vært rapportert som risikofaktorer for sykefravær i flere prospektive studier og kan bidra til å forklare den økte risikoen for sykefravær observert blant kvinner. Basert på den foreliggende litteraturen er det imidlertid ikke entydig om det er menn eller kvinner som har de minst sunne arbeidsplassene (152); (156).

Ny studie fra STAMI

I en nylig publisert studie fra STAMI fant man støtte for at kjønnsforskjeller i opplevelsen av det psykososiale arbeidsmiljøet forklarer en betydelig del av den forhøyede risikoen for legemeldt sykefravær blant kvinner (57). Hensikten med studien var å studere kjønnsforskjeller i risikoen for legemeldt sykefravær av ulik lengde, henholdsvis alt sykefravær uavhengig av varighet (over 0 dager) og høyt sykefravær (40 dager eller mer i løpet av et år), og i hvilken grad forskjeller kunne forklares av ulike arbeidsrelaterede psykososiale og mekaniske risikofaktorer og yrke.

Studien var landsomfattende og innbefattet den generelle yrkesbefolkningen i Norge. Kvinner hadde om lag 70 prosent høyere risiko for både generelt sykefravær og høyt sykefravær (over 40 dager i løpet av ett år) når man tok hensyn til andre variabler som alder, utdanningsnivå, tidligere sykefravær, husarbeid, arbeidstid og familiestatus, enn menn.

Kvinner rapporterte et høyere nivå av eksponering for ni av de elleve psykososiale faktorene som ble vurdert. Den største forskjellen ble observert for emosjonelle krav. For mekaniske faktorer var rapporteringen blandet. Kvinner rapporterte et betydelig høyere nivå av eksponering for seks av elleve arbeidsrelaterede mekaniske faktorer.

I modellene hvor man tok hensyn til forskjeller i arbeidsrelaterede psykososiale og mekaniske eksponeringer, viste studien at forskjeller knyttet til psykososiale arbeidsforhold forklarte henholdsvis 21 og 27 prosent av den forhøyede risikoen for generelt sykefravær og høyt sykefravær blant kvinner. De faktorene som forklarte forskjellene i sykefraværet, var her knyttet til krav om å skjule følelser, emosjonelle krav og ubalanse mellom innsats og belønning.

En kombinert effekt av arbeidsrelaterede psykososiale faktorer og yrke forklarte nesten to femtedeler av den forhøyede risikoen for høyt sykefravær blant kvinner. Mekaniske eksponeringer bidro ikke til å forklare kjønnsforskjellen.

En studie publisert i 2014 rapporterte at den mest robuste risikofaktoren for et høyt registerbasert legemeldt sykefraværsliv (21 dager og mer) blant kvinner innenfor helse- og sosialsektoren var vold og trusler om vold (40).

Du kan lese mer om kjønnsforskjeller i sykefravær og oppbrukte sykepengere rettigheter i kapittel 4. 7.

Oppsummering

- Kjønnsforskjeller i arbeidsmiljøeksponering og arbeidshelse ser ikke ut til å ha endret seg nevneverdig i perioden 2000–2013. Kjønnsforskjellene i sykefravær over 14 dager og selvrapportert arbeidsrelatert sykefravær over 14 dager ser også ut til å være stabile i samme periode.
- Ser vi på opplevelsen av psykososiale forhold, oppgir kvinner at de gjennomgående er mer utsatt enn menn på de fleste indikatorer som måles i LKU. For mekaniske eksponeringer er kjønnsforskjellene mindre.
- Kvinner har mer hudkontakt med vann, de opplever et dårligere inneklima og de er mer utsatt for biologisk materiale enn menn.
- Ser vi på helseutfall er kvinner mer plaget av arbeidsrelatert hodepine og arbeidsrelaterede nakke- og skuldersmerter.
- I en nylig publisert studie fra STAMI ble det konkludert med at henholdsvis 21 og 27 prosent av den forhøyede risikoen for legemeldt generelt og høyt sykefravær blant kvinner kan forklares av kjønnsforskjell i opplevelsen av det psykososiale arbeidsmiljøet.
- Arbeidsmiljøets betydning for kjønnsforskjeller i sykefraværet underbygges av nyere studier fra både Danmark og Finland. Basert på disse studiene kan man anslå at mellom 25–50 prosent av den forhøyede risikoen for sykefravær blant kvinner kan forklares med arbeidsmiljø og yrkesforskjeller mellom menn og kvinner.
- Man vet fortsatt for lite om årsakene til forskjellene mellom menn og kvinners arbeidshelse og i hvilken grad eventuelle kjønnsforskjeller i sykdom og sykefravær kan knyttes til ulik arbeidsmiljøeksponering. På dette området er det behov for mer empirisk forskning samt systematiske litteraturstudier med tilfredsstillende metodisk kvalitet.

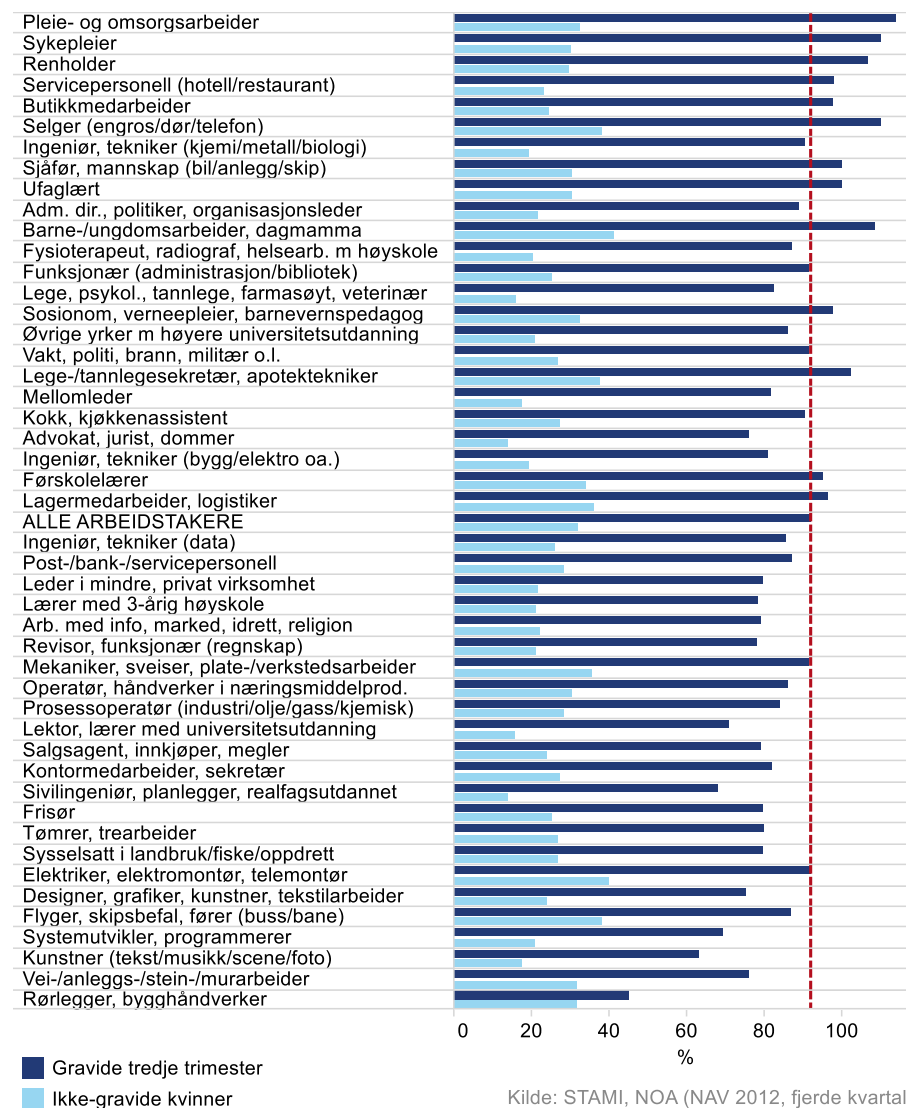
Tilrettelegging av arbeidet for gravide i tredje trimester

Når en arbeidstaker blir gravid, skal arbeidsgiveren ha gode rutiner for risikovurdering og tilrettelegging på arbeidsplasser der arbeidsmiljøforholdene kan være skadelige for mor og det kommende barnet. Det er viktig at den gravide ikke blir utsatt for visse kjemiske og biologiske eksponeringer, og også mye tungt arbeid og skift- og nattarbeid kan være en helserisiko. Nærmeste leder og den gravide bør så tidlig som mulig diskutere tilretteleggingen. Det er bedre å finne frem til praktiske og konkrete løsninger som gjør at den gravide i størst mulig grad kan fortsette i arbeidet hun kjenner, enn å organisere full omplassering eller permisjon med svangerskapsenger. Kvinner har høyere sykefravær enn menn i alle aldersgrupper fra 20 til 69 år, og spesielt i aldersgruppen 25–34 år.

Sykefravær under svangerskap er en viktig forklaring på det høye sykefraværet blant kvinner, og 24 prosent av den totale kjønnsforskjellen i sykefraværprosenten skyldes sykefravær under svangerskap. I aldersgruppen 20–39 år forklarer graviditetsfraværet nesten halvparten av kjønnsforskjellen. Yngre gravide har høyere sykefravær enn eldre gravide. En årsak til dette er at yngre gravide i større grad jobber i yrker med generelt høyt sykefravær. Eksempler på slike yrkesgrupper er barne- og ungdomsarbeidere, pleie- og omsorgsarbeidere og butikkmedarbeidere. Sykefravær under svangerskapet kan brukes som en indikator på graden av tilrettelegging på arbeidsplassen, og det gjelder særlig for sykefravær under svangerskapets siste del. Figur 5.2.1 viser andelen gravide som har hatt minst ett legemeldt sykefravær på én dag eller mer i tredje trimester i fjerde kvartal 2012, sammenliknet med ikke-graviditets fravær i samme periode. Blant alle arbeidstakere som var gravide i fjerde kvartal i 2012, var det 90 tilfeller av legemeldt sykefravær på én dag eller mer per 100 arbeidstakere.

Høyest andel fravær finner vi i gruppene pleie- og omsorgsarbeider, selger (engros/dør/telefon), sykepleier, barne-/ungdomsarbeider, dagmamma og renholder. Når vi sammenlikner gravide og ikke-gravide, finner vi størst forskjell i sykefraværet blant pleie- og omsorgsarbeidere, sykepleiere, renholdere og servicepersonell (hotell/restaurant). Minst forskjell finner vi blant rørleggere, bygg-håndverkere, vei-/anleggs-/stein-/murarbeidere og kunstnere (tekst/musikk/scene/foto), men resultatet må tolkes med forsiktighet på grunn av et begrenset tallmateriale. I Arbeid og velferd kan du lese mer om sykefraværet blant gravide (163).

5.2.3 Antall legemeldte sykefravær på én dag eller mer per 100 kvinnelige arbeidstakere, 20–39 år, etter yrke.



5.3 UNGE YRKESAKTIVE

Blant unge yrkesaktive i alderen 17–24 år er det mer vanlig å være midlertidig ansatt, mangle arbeidskontrakt og være uorganisert. Opplevd skaderisiko og forekomst av skader på jobb er høyere blant unge yrkesaktive. Kombinasjonen av høye jobbkrav og lav jobbkontroll samt å være utsatt for en rekke mekaniske, fysiske og kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet er mer utbredt blant menn i den yngste aldersgruppen. Forskjell i eksponering mellom unge menn (17-24 år) og menn i øvrig aldersgruppe er mer uttalt i bygg og anlegg. En høyere andel unge menn oppgir psykiske plager sammenliknet med eldre i bygg og anlegg. Blant unge kvinner er risikoen for tunge løft i ubekvemme stillinger, arbeid med armene over hodet samt på huk eller knær høyere enn blant øvrige kvinner. En noe forhøyet risiko for psykiske plager observeres blant unge kvinner sammenliknet med øvrige kvinner når vi ser hele yrkespopulasjonen under ett. Både blant unge kvinner og menn er risikoen for selvrapportert muskel-/skjelett plager og legemeldt sykefravær lavere.

Unge arbeidstakere er en sammensatt gruppe, og tilknytningen til arbeidslivet er varierende. Mange er fortsatt under utdanning og har en løsere tilknytning til arbeidslivet, mens andre arbeider som lærlinger eller er fast ansatt og heltidsarbeidende. De fleste unge arbeidstakere arbeider i yrker med lavere krav til utdanning, hvor yrkesaktive gjennomgående er mer utsatt for ulike belastninger i arbeidsmiljøet. Men også i samme yrke, for eksempel innenfor bygg- og anleggsbransjen og helsesektoren, er unge arbeidstakere ofte mer utsatt for risikofaktorer i arbeidet enn eldre (164). Faktorer som bidrar til at denne gruppen anses som mer sårbare for arbeidsmiljøbelastninger enn øvrige grupper, er at unge gjerne er i en opplæringsfase og har mindre kunnskaper om helse, miljø og sikkerhet enn eldre arbeidstakere. Deres erfaringsbakgrunn og fysiske og mentale forutsetninger er ulike, og verktøy og annet utstyr er gjerne tilpasset voksne og kan dermed medføre en sikkerhetsrisiko for de unge (165).

Andelen unge arbeidstakere i aldersgruppen 16–24 år har variert i perioden fra 1972 og frem til i dag. Sysselsettingen av unge varierer i takt med konjunktorene,

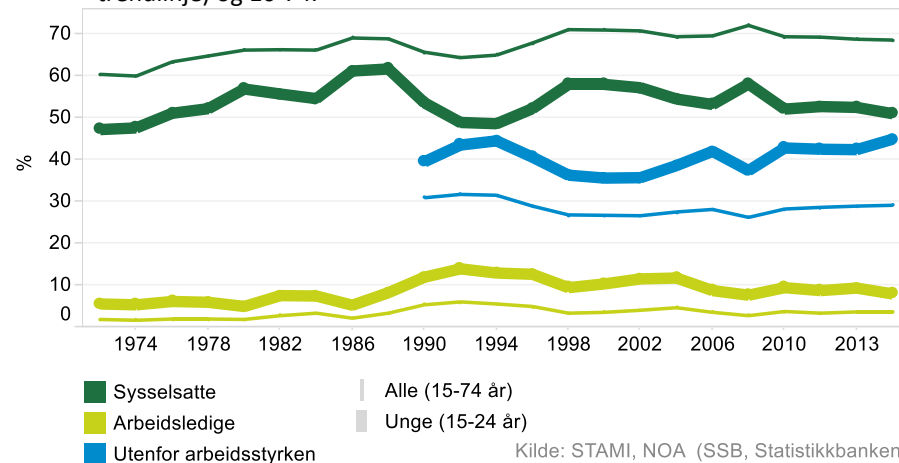
men i enda større grad enn for befolkningen ellers, med et relativt høyt nivå i 2008, da sysselsettingen totalt sett nådde et høydepunkt, etterfulgt av en viss nedgang frem til 2011. Når det gjelder personer utenfor arbeidsstyrken er forekomsten langt høyere blant de yngste. Dette skyldes primært at ungdom opp til 19 år stort sett er under utdanning og i 2011 gjaldt dette om lag 8 av ti, mens 10 prosent var yrkesaktive på heltid. Tilsvarende tall for aldersgruppen 20-24 år var 67 prosent i arbeid, derav noe over halvparten på heltid. Om lag 40 prosent hadde utdanning som hovedbeskjeftigelse i aldersgruppen (166).

Definisjon av sysselsatte i AKU og LKU:

Personer som utførte inntektsgivende arbeid av minst én times varighet i referanseuka/-dagen, samt personer som har et slikt arbeid, men som var midlertidig fraværende pga. sykdom, ferie, lønnet permisjon e.l. Personer som er inne til førstegangsmilitærtjeneste regnes som sysselsatte. Sysselsatte er summen av lønntakere og selvstendig næringsdrivende (eiere). Ufrivillig helt permitterte, med en sammenhengende varighet på inntil 3 måneder, blir regnet som sysselsatte, midlertidig fraværende.

Fra 2006 ble aldersgrensen for å bli med i AKU senket fra 16 til 15 år.

5.3.1 Andel personer, etter arbeidsstyrkestatus i aldersgruppen 16-24 (bred trendlinje) og 16-74.



5.3.1 Prosentandel av alle yrkesaktive med ulike hovedbeskjeftigelser, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)

	KVINNER 17–24	KVINNER 25+	MENN 17–24	MENN 25+	TOTALT
Yrkesaktiv	47	96	66	97	92
Student	52	1,6	33	1,2	6
Fast ansatt	65	91	70	95	90
Arbeidsmarkedstiltak	0,2	0,3	0,6	0,2	0,3
Engasjement	3,1	2,5	2,5	2,2	2,4
Ekstrahjelp	12	1	8,9	0,6	1,9
Vikar	13	4,6	5,0	1,5	3,7
Lærling	5	0,2	9,3	0,1	1,0
Annet	2,6	0,6	3,3	0,5	0,8

LKU omfatter personer i alderen 17–69 år, og definisjonen av sysselsatt samsvarer med definisjonen i AKU. Nærmere seks av ti i aldersgruppen 17–24 år betrakter seg hovedsakelig som yrkesaktive. I overkant av fire av ti oppgir at de hovedsakelig er studenter, og det å være student er langt mer utbredt blant unge kvinner enn menn. Nærmere sju av ti er fast ansatt i en virksomhet, mens de øvrige er midlertidig ansatt som ekstrahjelp, vikar eller lærling. Det er langt mer vanlig blant unge å være midlertidig ansatt (tabell 5.3.1), og manglende arbeidskontrakt er mer utbredt blant menn enn kvinner. I en SSB- rapport fra 2013, som tar utgangspunkt i tall fra LKU, fant man at unge voksne i større grad jobber under usikre vilkår, definert som midlertidig ansatt og uten skriftlig ansettelseskontrakt. Jo yngre de unge er, desto større andel har usikre vilkår. Unge arbeidstakere med usikre arbeidsvilkår rapporterte imidlertid ikke om et mer belastende arbeidsmiljø enn andre unge voksne.

5.3.2 Ulike arbeidstidsdimensjoner etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)

	KVINNER 17–24	KVINNER 25+	MENN 17– 24	MENN 25+	TOTALT
Ukentlig arbeidstid 1–19 timer	49	10	25	5	11
20–36 timer	22	28	18	12	20
37+ timer	29	62	57	83	70
Dagarbeid 06–18	50	80	68	80	78
Skift- eller turnusarbeid	38	17	21	15	18
Annen arbeidstidsordning	12	3	11	5	5
Mangler ansettelseskontrakt	7	6	13	12	9

Unge arbeidstakere, og særlig unge kvinner, oppgir en ukentlig arbeidstid på 1–19 timer. I denne gruppen er det en høy andel studenter, som arbeider ved siden av skolegang. Tre av ti kvinner og seks av ti menn i aldersgruppen oppgir at de arbeider 37 timer eller mer. Skift- og turnusarbeid er mer utbredt blant de unge, og særlig blant unge kvinner. Dette gjenspeiler nok at mange unge kvinner er sysselsatt innenfor helse- og omsorgssektoren der skift- og turnusarbeid er utbredt.

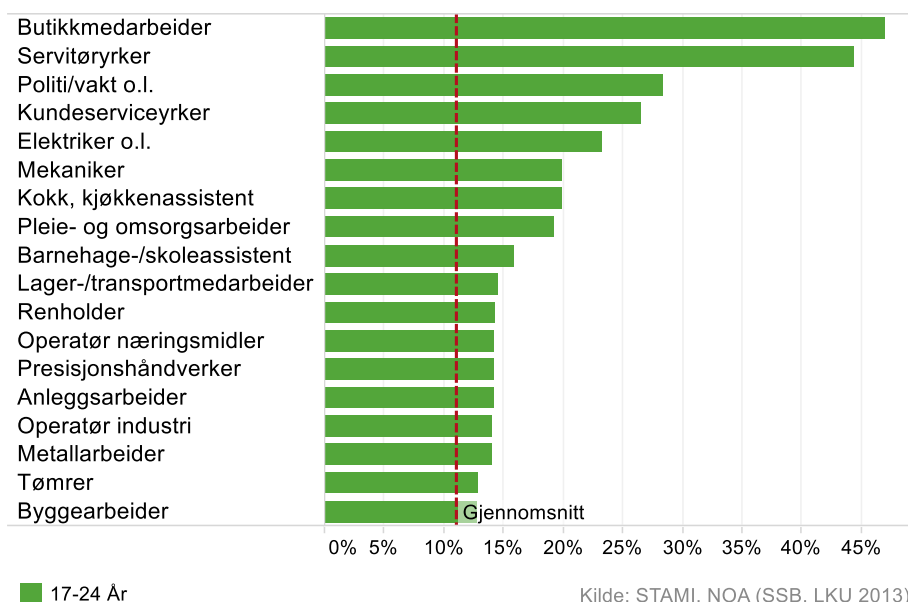
Les mer om ungdoms levekår

Toril Sandnes (red). Ungdoms levekår. Statistisk sentralbyrå, 2013

UNGE ARBEIDSTAKERE OG YRKE

Unge arbeidstakere i aldersgruppen 17–24 år utgjør 11 prosent av alle yrkesaktive i 2013. Andelen unge i de ulike yrkesgruppene varierer imidlertid fra gruppe til gruppe, fra 0 til 47 prosent. Høyest andel unge finner vi i yrkesgruppen butikkmedarbeidere, servitøryrker, politi/vakt personell, kundeserviceyrker, håndverkyrker og pleie- og omsorgsyrker. Blant begge kjønn er det mest vanlig å være butikkmedarbeidere og servitører. Før øvrig er det mest vanlig at unge menn arbeider som håndverkere og industriarbeidere og unge kvinner som pleie- og omsorgsarbeidere.

5.3.2 Prosentandel i aldersgruppen 17–24 år i ulike yrkesgrupper.



FAGORGANISERING

Unge arbeidstakere oppgir langt sjeldnere at de arbeider i virksomheter med fagforeninger, enn gjennomsnittet for alle yrkesaktive. Samtidig er det langt vanligere at unge arbeidstakere (16 %) ikke vet om virksomheten har en fagforening eller tillitsvalgt, enn øvrige yrkesaktive (5 %). Unge arbeidstakere oppgir i mindre grad at de arbeider i en virksomhet med IA-avtale, eller at de er tilknyttet en bedriftshelsetjeneste. Samtidig oppgir nærmere 44 prosent at de ikke vet om virksomheten er en IA-bedrift eller er tilknyttet en bedriftshelsetjeneste (26 %). Det er mer vanlig at unge menn arbeider i virksomheter tilknyttet en bedriftshelsetjeneste. Dette gjenspeiler nok at unge menn hovedsakelig arbeider i industri- eller håndverkyrker, hvor det har vært et krav om å være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste. Når det gjelder å være fagorganisert, er det klare forskjeller mellom unge og eldre ansatte. Mens rundt 72 prosent av arbeidstakerne i den eldste aldersgruppen er organisert, er 26 prosent blant de unge det samme.

5.3.3 Prosentandel av alle yrkesaktive med tilknytning til fagforening, bedriftshelsetjeneste eller IA-avtale, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)

	KVINNER 17– 24	KVINNER 25+	MENN 17–24	MENN 25+	TOTALT
IA-avtale	24	63	53	29	54
Bedriftshelsetjeneste	29	55	46	63	57
Fagforening i virksomheten	55	81	72	63	74
Medlem i en fagforening	24	66	28	51	55

RISIKOFAKTORER I ARBEIDSMILJØET

Forskningen på unge arbeidstakere har hovedsakelig vært knyttet opp mot ulykker, og det foreligger langt færre studier av helseplager blant unge som følge av arbeidet (165). I litteraturen er det bred enighet om at yngre arbeidstakere gjennomgående er mer utsatt for ulykker og skader på jobb (167), men skadene er ikke nødvendigvis svært omfattende eller dødelige (168). Risikofaktorer for arbeidsrelaterte skader blant unge arbeidstakere har blitt funnet å være høyt tempo, stor arbeidsmengde samt mangelfull veiledning i arbeidet (168).

Helseplager utvikles over tid, og selv om eksponeringen blant unge er høy, for eksempel i form av tunge løft og løft i ubekvemme stillinger, vil mulige helsekonsekvenser som følge av belastningene oppstå over tid og dermed være vanskelige å kartlegge. Enkelt studier har imidlertid vist at mange unge elektrikere og frisører (169) og bygningsarbeidere (170) har tidlige tegn på arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager. I hvilken grad unge utsettes for belastninger og risiko i arbeidet, avhenger imidlertid av arbeidsoppgavene de utfører og hvilket yrke de har. Krav til utdanning og erfaring gjør at flere av dem som starter yrkeskarrieren i relativt ung alder, får sin første jobb innenfor manuelt eller ufaglært arbeid.

I de følgende analysene har vi valgt å skille ut dem som arbeider færre enn 20 timer. De fleste i den gruppen anser seg selv hovedsakelig som studenter og skoleelever og har dermed en løsere tilknytning til arbeidslivet. De følgende analysene omfatter derfor arbeidstakere som arbeider 20 timer eller flere, tilsvarende en 50 prosent stilling.

I figur 5.3.3 og 5.3.4 viser vi selvrapportert arbeidsmiljøeksponering og helseutfall blant unge yrkesaktive (17-24 år), sammenliknet med øvrige yrkesaktive (25 år +) presentert som relativ risiko (RR). Relativ risiko tolkes på følgende måte:
En faktor på 2 indikerer at unge yrkesaktive oppgir å være dobbelt så hyppig eksponert, mens en faktor på 0,5 indikerer halvparten så hyppig eksponering eller 50 prosent lavere risiko. Tallverdier 1 representerer eksponering lik gjennomsnittet for alle yrkesaktive.

ARBEIDSMILJØ OG HELSE BLANT UNGE KVINNER

Unge kvinner arbeider fortrinnsvis i butikk, som servitører eller som helse- og omsorgsarbeidere. Hvilke utfordringer de møter i arbeidsmiljøet, vil være avhengig av hvilket yrke de arbeider i. Men selv i samme yrke kan de unge tildeles forskjellige arbeidsoppgaver og dermed utsettes for forskjellige risikofaktorer i arbeidsmiljøet. I de følgende analysene har vi sammenliknet arbeidsmiljø og ulike helseutfall blant unge kvinner med kvinner i øvrig aldersgruppe.

Psykososialt arbeidsmiljø

Det er små forskjeller mellom unge kvinner og kvinner i øvrig aldersgruppe når det gjelder risikofaktorer i det psykososiale arbeidsmiljøet. De yngste har høyere risiko for å oppleve lav kontroll (selvbestemmelse), 40 prosent mot 20 prosent, i arbeidet, og en noe forhøyet risiko for kombinasjonen av høye jobbkrav og lav kontroll (26 % mot 21 %). Unge kvinner har noe forhøyet risiko for å oppleve seksuell trakassering (8 % mot 7 %) og vold og trusler om vold på jobb (13 % mot 11%). De yngste oppgir at de i mindre grad opplever rollekonflikt i arbeidet, og at det er en ubalanse mellom innsatsen de legger ned i jobben, og belønningen de mottar i form av lønn eller anerkjennelse.

Kjemisk og biologisk arbeidsmiljø

Risikoen for å håndtere rengjøringsmidler og å få vann på huden minst en fjerdedel av dagen er 80 prosent høyere blant unge kvinner (45 %) enn øvrige kvinner (25 %). Unge kvinner har også mer enn dobbelt så høy risiko for å håndtere avfettings-/løsemidler som øvrige kvinner (4 % mot 9 %), men dette gjelder relativt få, så resultatet må tolkes med varsomhet. Generelt er det mer utbredt å oppleve risiko for kjemisk eksponering i den yngste aldersgruppen.

Mekanisk og fysisk arbeidsmiljø

Det er langt mer utbredt å arbeide stående blant de helt unge, og risikoen er nær dobbelt så høy som blant kvinner for øvrig (47 % mot 24 %). Unge kvinner arbeider i typiske yrker hvor man står mye i løpet av dagen, for eksempel i butikkyrker. Tilsvarende er risikoen for å arbeide sittende og arbeid med PC høyere blant eldre kvinner. Unge kvinner har dobbelt så høy risiko for å arbeide med hendene over skulderhøyde (21 % mot 9 %), løfte i ubekvemme stillinger (24 % mot 12 %) og arbeide på huk eller knær (29 % mot 14 %). Den yngste aldersgruppen er også mer utsatt for støy (12 % mot 5 %).

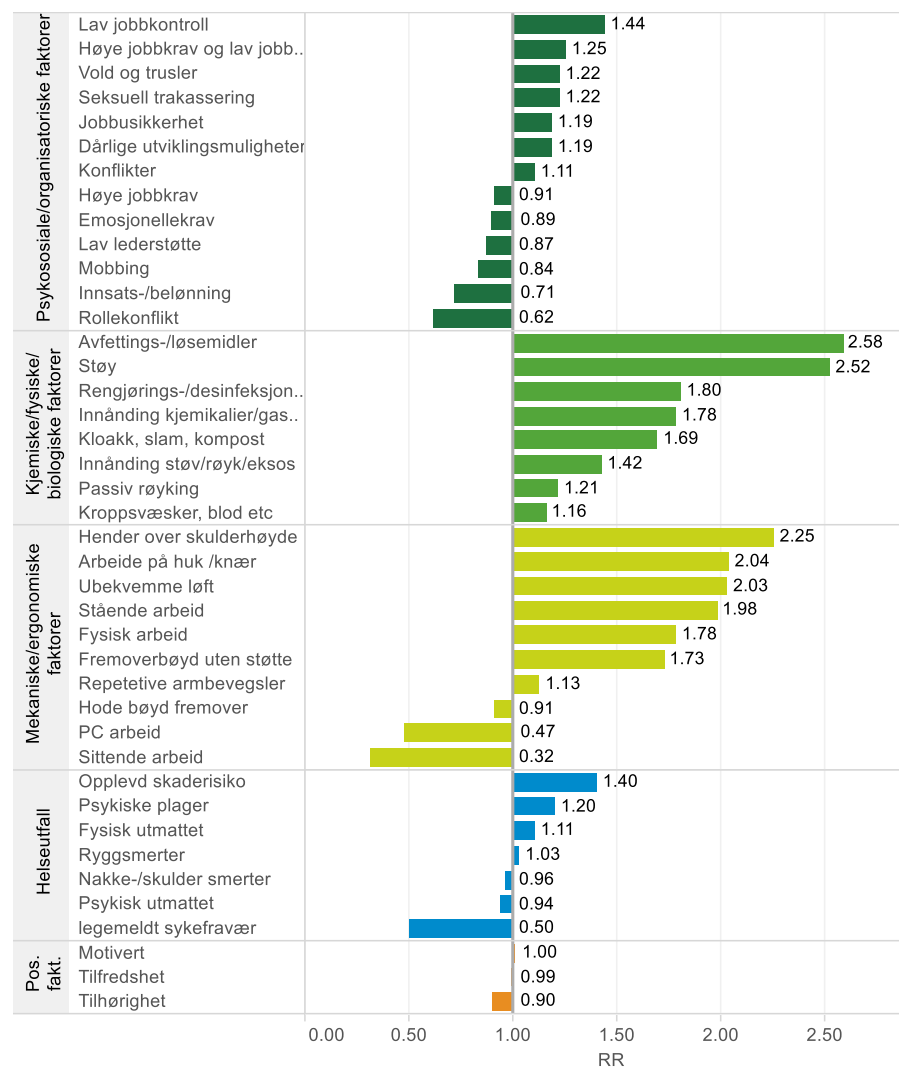
Trivsel, helse, ulykker og sykefravær

Det er små forskjeller mellom unge kvinner og øvrige kvinner når det gjelder å oppleve tilhørighet til virksomheten og være tilfreds, motivert og engasjert i jobben. Det er ingen forskjell i risikoen for å være fysisk eller psykisk utslitt som følge av jobben (én eller flere ganger i uken), nakke-/skulder smerter, eller ryggsmarter. En noe forhøyet risiko for psykiske plager (18 % mot 15 %), og ulykker rapporteres av de yngste (2,1 % mot 1,5 %), men her er utvalget lite, så resultatet må tolkes med varsomhet. Risikoen for legemeldt sykefravær er 50 prosent høyere blant kvinner over 25 år (21 %) enn blant de helt unge (10%).

Tall fra arbeidskraftundersøkelsen,2013 (AKU-tillegget om arbeidsskader) viser at 4,5 prosent av kvinnene i aldersgruppen 16-24 år rapporterer at de i løpet av de siste 12 månedene har blitt skadet i en ulykke på arbeidsplassen eller i forbindelse med arbeidet. Gjennomsnittet for alle kvinner er 2,6 prosent.

Ved å se på sykefraværdata fra NAV, viser dataene at yngre gravide har høyere sykefravær enn eldre gravide. En årsak til dette er at yngre gravide i større grad jobber i yrker med generelt høyt sykefravær. Dette er også yrkesgrupper som har høy eksponering for en rekke mekaniske risikofaktorer som tunge løft og løft i ubekvemme stillinger. Eksempler på slike yrkesgrupper er barne- og ungdomsarbeidere, pleie- og omsorgsarbeidere og butikkmedarbeidere. Sykefravær under svangerskapet kan brukes som en indikator på graden av tilrettelegging på arbeidsplassen, og det gjelder særlig for sykefravær under svangerskapets siste del.

5.3.3 Relativ risiko for selvrapportert arbeidsmiljøeksponering og helseutfall blant kvinner i aldersgruppen 17–24 år, sammenliknet med øvrige kvinner.



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU 2013)

Unge kvinner i helse- / sosialsektoren

En sektor som sysselsetter mange unge kvinner er helse- / sosialsektoren. Andelen unge i pleie og omsorgsykker er (8%), barnehage / skoleassistent (12 %) og sykepleier (4%). Unge og eldre arbeidstakere i helse - / sosialsektoren utfører gjerne ulike arbeidsoppgaver, som igjen vil kunne ha betydning for hva den yrkesaktive utsettes for av eksponeringer i arbeidsmiljøet(164)

Tabell 5.3.2 viser at unge kvinner i helse - / sosial sektoren gjennomgående er mer utsatt for flere risikofaktorer i arbeidsmiljøet sammenliknet med eldre kvinner. Med unntak av sittende arbeid er oppgavene de yngste kvinnene å være mer eksponert for samtlige mekaniske risikofaktorer. Risikoen for ubekvemme løft og arbeid på huk/knær er om lag dobbelt så stor blant de unge. En høyere andel blant de unge rapporterer at de utsettes for vold og trusler i arbeidet. Det er ingen vesentlig forskjell mellom aldersgruppene i andelen som oppgir at de utsettes for kombinasjonen av høye jobbkraav og lav jobbkontroll og emosjonelle krav. En mindre andel og blant de unge rapporterer om en innstas- / belønning ubalanse. Med unntak av risiko for arbeidsskade er det mer utbredt med nakke- / skulder smerter, ryggmerter, psykiske plager og legemeldt sykefravær i den eldste aldersgruppen.

Ved å sammenlikne arbeidsmiljøeksponering og helseutfall blant unge og øvrige kvinner innenfor samme sektor, gir tallene et grunnlag for en mer målrettet forebyggende innsats rettet mot spesifikke arbeidsmiljøutfordringer som i mange tilfeller viser seg å være mer utbredt blant de unge.

5.3.2 Prosentandel som rapporterer arbeidsmiljøeksponering og helseutfall blant kvinner i helse- / sosialsektoren, etter alder (LKU, SSB, 2013)

	17-24	25+
Høye jobbkraav og Lav jobbkontroll	29	26
Emosjonelle krav	39	39
Innsats- / belønning ubalanse	12	18
Vold og trusler	29	19
Rengjørings- / desinfeksjonsmidler	68	50
Kroppsvæsker	82	64
Stående arbeid	45	27
Sittende arbeid	25	7
Fremoverbøyd uten støtte	25	18
Hender over skulderhøyde	18	10
Ubekvemme løft	50	22
Repetitive armbevegelser	25	27
Arbeide på huk/knær	57	27
Hode bøyd fremover	22	21
Opplevd skaderisiko	23	12
Nakke- / skulder smerter	38	50
Ryggmerter	34	40
Psykiske plager	12	15
Legemeldt sykefravær	15	26

ARBEIDSMILJØ OG HELSE BLANT UNGE MENN

Unge menn arbeider fortrinnsvis i butikk eller som håndverkere. Et mønster som går igjen for flere av de mekaniske, fysiske, kjemiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorene, er at risikoen er høyere for unge yrkesaktive menn enn eldre. Kjemisk og mekanisk eksponering forekommer særlig blant yrkesaktive med utdanning på ungdomsskolenivå eller videregående nivå. Noen av skjevhetene i aldersfordelingen kan skyldes at mange er under utdanning frem til de er 25 år. Dermed vil det relativt sett være færre med administrativ og akademisk utdanning og tilsvarende flere med manuelt arbeid blant de unge yrkesaktive. I de følgende analysene har vi sammenliknet arbeidsmiljø og ulike helseutfall blant unge menn (17–24 år) med menn i øvrig aldersgruppe.

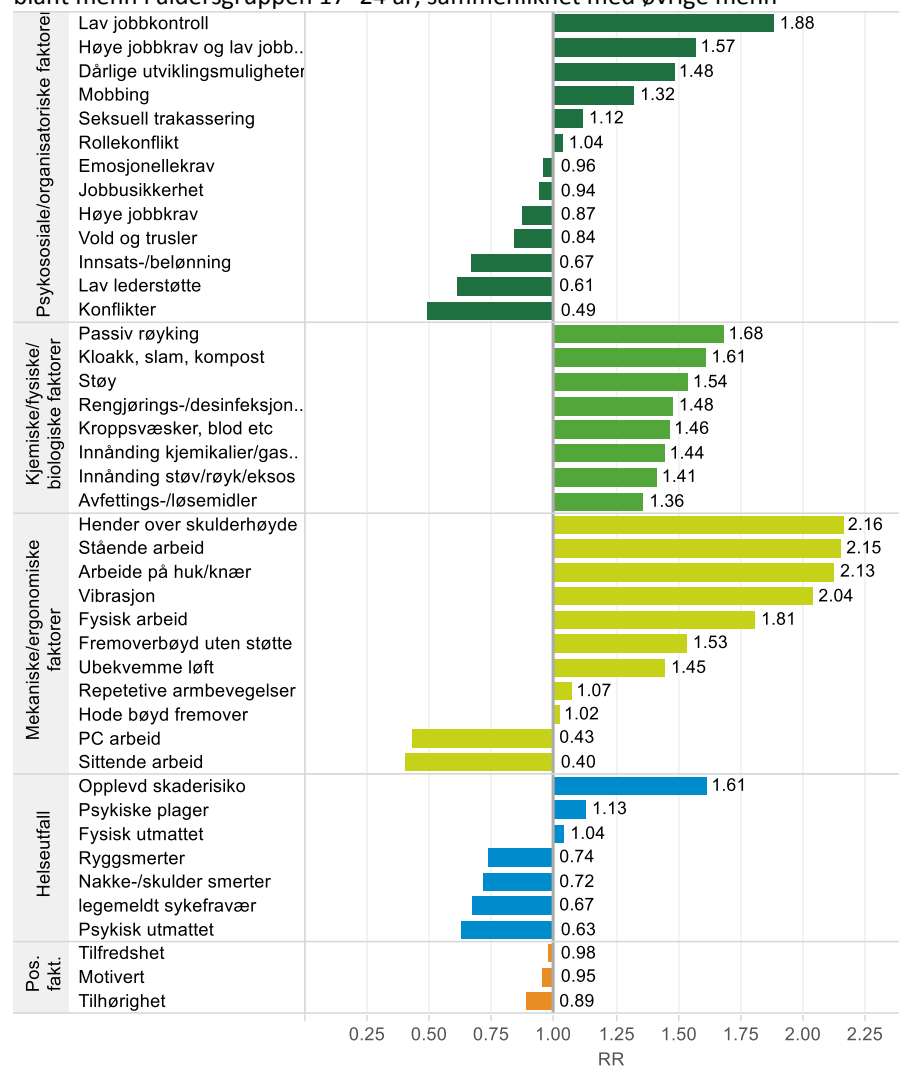
Psykososialt arbeidsmiljø

Unge menn har nærmere 90 prosent høyere risiko for å oppleve lav kontroll i arbeidet (33 % mot 17 %), og nærmere 70 prosent har høyere risiko for å oppleve lav kontroll i kombinasjon med høye krav enn øvrige menn (16 % mot 10 %). Mulighetene for faglig utvikling er langt dårligere i den yngste aldersgruppen, og de yngste mennene har også en noe forhøyet risiko for å bli mobbet på jobb (4 % mot 3%). Samtidig er risikoen for å oppleve konflikter på jobb, lite støtte fra leder og ubalanse mellom innsats og belønning lavere.

Kjemiske og biologiske arbeidsmiljø

Forskjellen mellom unge menn og menn i de øvrige aldersgruppene er særlig fremtredende når det gjelder risikoen for de fleste kjemiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorene. Risikoen er 60 prosent høyere for å håndtere kloakk, slam og kompost (11 % mot 7 %), og om lag 50 prosent høyere for å utsettes for rengjøringsmidler-/desinfeksjonsmidler på huden (31 % mot 21 %). Risikoen for å utsettes for tobakksrøyk en fjerdedel av dagen eller mer, er om lag 70 prosent høyere blant de unge (15 % mot 9 %). For de øvrige kjemiske faktorene er risikoen om lag 40 prosent høyere i den yngste aldersgruppen.

5.3.4 Relativ risiko for selvrappportert arbeidsmiljøeksponering og helseutfall blant menn i aldersgruppen 17–24 år, sammenliknet med øvrige menn



Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU 2013)

Mekanisk og fysisk arbeidsmiljø

Et gjennomgående mønster for de fleste mekaniske eksponeringer er at andelen som oppgir å være eksponert, er større blant yngre (17–24 år) enn blant eldre yrkesaktive. Med unntak av sittende arbeid og arbeid med PC er risikoen for flere mekaniske og fysiske faktorer nær dobbelt så høy blant de yngste mennene. Når det gjelder stående arbeid (42 % mot 19 %), arbeid med hendene over skulderhøyde (28 % mot 13 %), arbeid på huk eller knær (33 % mot 16 %) og vibrasjoner (27 % mot 13 %), ser vi en fordobling av risikoen.

Trivsel, helse, ulykker og sykefravær

Det er små forskjeller mellom unge og øvrige menn når det gjelder trivsel, tilhørighet, motivasjon og engasjement i jobben. Risikoen for sykefravær (9 % mot 13 %) og det å være psykisk utslitt etter jobb er langt mindre utbredt i den yngste aldersgruppen. Risikoen for nakke-/skulder plager er lavere blant de yngste (24 % mot 33%), og psykiske plager er jevnt fordelt mellom gruppene (14 % blant de yngste mot 13 %). De yngste mennene opplever høyere risiko for å bli utsatt for en ulykke på jobb (2,9 % mot 1,8 %). Tall fra arbeidskraftundersøkelsen, 2013 (AKU-tillegget om arbeidsskader) viser at 5,7 prosent av mennene i aldersgruppen 16-24 år rapporterer at de i løpet av de siste 12 månedene har blitt skadet i en ulykke på arbeidsplassen eller i forbindelse med arbeidet. Gjennomsnittet for alle menn er 3,1 prosent.

Unge menn i bygg og anlegg

En næring som sysselsetter mange unge menn er bygg-/anleggsnæringen. I sektoren arbeider om lag åtte av ti i ulike håndverkyrker. Andelen unge menn (17-24 år) varierer mellom yrkesgruppene i næringen, og den høyeste andelen unge finner vi blant elektrikere (30 %), tømrere (15 %), byggearbeider (10%) og anleggsarbeider (12 %). Unge og eldre arbeidstakere i bygg og anleggsbransjen utfører gjerne ulike arbeidsoppgaver, som igjen vil ha betydning for hva den yrkesaktive utsettes for av eksponeringer i arbeidsmiljøet(164). Med unntak av sittende arbeid er unge menn mer utsatt for høye jobbkrav og lav jobbkontroll, samt en rekke mekaniske, kjemiske og fysiske faktorer. Forskjell i eksponering mellom aldersgruppene fremkommer særlig for arbeid med hender over skulderhøyde, arbeid på huk/knær og vibrasjon. Psykiske plager er noe mer uttalt blant de unge, mens forekomsten av nakke-/skulder- ryggsmarter og legemeldt sykefravær er høyere i den eldste aldersgruppen.

5.3.3 Prosentandel som rapporterer arbeidsmiljøeksponering og helseutfall blant menn i bygg og anlegg, etter alder (LKU, SSB,2013)

	17-24	25+
Høye jobbkrav og Lav jobbkontroll	13	6
Stående arbeid	46	32
Sittende arbeid	6	30
Fremoverbøyd uten støtte	26	21
Hender over skulderhøyde	62	38
Ubekvemme løft	34	28
Repetitive armbevegelser	50	50
Arbeide på huk/knær	72	45
Hode bøyd fremover	27	24
Vibrasjon	52	30
Støy	24	29
Opplevd skaderisiko	41	39
Nakke-/skulder smerter	20	39
Ryggsmarter	27	40
Psykiske plager	15	13
Legemeldt sykefravær	16	15

5.4 Midlertidig ansatte

I Norge er det i en internasjonal målestokk en liten andel av de yrkesaktive som er i midlertidige ansettelsesforhold. I 1996 var den oppgitte andelen med midlertidig ansettelse 12,7 prosent. I den siste femårsperioden har andelen vært i overkant av 8 prosent. Vikariater utgjør den største gruppen av midlertidige ansettelser. Midlertidige ansettelser er mer utbredt blant kvinner enn blant menn og forekommer oftere i de yngste aldersgruppene.

I motsetning til i mange andre land har andelen midlertidig ansatte i Norge gått ned siden midten av 1990-tallet og vært relativt stabil det siste tiåret. Andelen som rapporterer at de er ansatt i en midlertidig stilling, har gått noe ned i løpet av de siste 15 årene ifølge tall fra AKU. I 1996 var den oppgitte andelen med midlertidig ansettelse 12,7 prosent. I den siste femårsperioden har andelen vært i overkant av 8 prosent. Vikariater utgjør den største gruppen av midlertidige ansettelser.

5.4.1 Prosentandel midlertidig ansatte etter type ansettelse (SSB / AKU Statistikkbanken).

	1997	2000	2003	2006	2009	2013
Arbeidsmarkedstiltak	0,8	0,5	0,5	0,9	1,1	0,5
Engasjement, prosjektansatt	18,3	18,3	20,5	18,4	18,3	19,3
Ekstrahjelp	24,2	22,8	23,5	22,1	26,3	16,3
Vikar	37,5	41,1	39,5	41,9	37,6	42,1
Lærling/praktikant	7,9	7,6	7,0	7,8	7	10,4
Annet	10,8	10,2	8,5	6,9	8,1	9,4
Uoppgitt	0,8	0	0,5	1,4	1,6	2
Antall personer (1000)	240	197	200	217	186	202
Andel midlertidig ansatte	11,9	9,3	9,5	10,0	8,1	8,3

Midlertidig ansatte og helse

Midlertidig ansettelse er en samlebetegnelse som kan omfatte faste tidsbegrensede kontrakter, prosjekt- eller oppgavespesifikke kontrakter, tilkallingsjobber og jobber gjennom vikarbyråer og underkontraktører. Disse ordningene kan favne jobber med vidt forskjellig arbeidsinnhold og organisering av arbeidet og med ulike krav til ferdigheter og formell kompetanse samt ulik grad av forutsigbarhet og trygghet.

Fra slutten av 1990-tallet og utover på 2000-tallet har det blitt publisert flere studier som har undersøkt om det er en sammenheng mellom midlertidige ansettelsesformer og dårligere helse, sykefravær og ulykker. Eventuelle negative helseeffekter av midlertidig arbeid er sannsynligvis et resultat av flere faktorer som sammen bestemmer den totale helseeffekten. Jobbusikkerhet er i stadig økende grad anerkjent som en negativ påvirkning på fysisk helse og velvære og kan være et belastende aspekt ved midlertidige ansettelser. Basert på en metaanalyse av litteraturen fant man støtte for at midlertidige stillinger som ga stor usikkerhet med hensyn til arbeidets varighet og innhold, ga økt risiko for helseplager (171). Usikkert inntektsgrunnlag, dårligere belønning i form av mindre sikkerhet, dårligere opplærings- og forfremmelsesmuligheter samt eksponering for andre arbeidsbetingelser og arbeidsmiljøfaktorer enn de i faste arbeidsforhold kan også antas å bidra til dårligere helse blant midlertidig ansatte (77). Konsekvensene av midlertidige ansettelser er på den annen side ikke entydig negative. Enkelte studier har indikert at midlertidig ansettelse først og fremst er assosiert med dårlig helse dersom man opplever høy grad av jobbusikkerhet og er misfornøyd med dette. Motsatt har det blitt hevdet at midlertidige ansettelser kan gi de midlertidig ansatte muligheten til å opparbeide seg variert jobberfaring, og analyser av data fra midten av 1990-tallet til midten av 2000-tallet viser at midlertidige stillinger fungerer som et springbrett til faste stillinger. For personer med en midlertidig stilling var sannsynligheten for at de hadde en permanent stilling etter ett kvartal, mellom 2,9 og 4,6 prosent høyere enn for arbeidsledige. Særlig blant unge og lavutdannede var denne effekten sterk. Forskerne hevder imidlertid at det er uklart om disse resultatene kan generaliseres til en situasjon med en mye høyere andel midlertidige stillinger (176).

Forskning på midlertidige ansettelsesformer har sett på ulike typer helsekonsekvenser som psykisk helse, somatisk helse, sykefravær og arbeidsskader/arbeidsskadedødsfall. Virtanen og medarbeidere konkluderte at den systematiske gjennomgangen av litteraturen frem til 2003 indikerte større forekomst av psykiske plager blant midlertidig ansatte enn blant fast ansatte. En overvekt av studier viste også at midlertidige arbeidstakere hadde en høyere risiko for yrkesskader, men at sykefraværet var lavere. Resultatene ga støtte for at helserisikoen kan avhenge av graden av ustabilitet knyttet til midlertidige ansettelse og (den nasjonale) konteksten som man studerer midlertidige ansettelse og helse innenfor.

En oppdatert kunnskapsoversikt gjennomført ved STAMI ble publisert i 2014. Kunnskapsoversikten bygger videre på den grundige litteraturgjennomgangen som ble publisert i 2005. Det ble gjort et relativt grundig litteratursøk for perioden 2003–2013 for å fange opp de mest relevante studiene som omhandler midlertidige ansettelse og helse i denne perioden.

Resultatene fra litteraturgjennomgangen basert på litteraturen som er publisert i tidsrommet etter 2003, underbygger i all hovedsak konklusjonene fra den forrige litteraturgjennomgangen.

- Midlertidig ansatte ser ut til å ha høyere forekomst av psykiske plager på tvers av ulike nasjonale kontekster selv om det forekommer nasjonale forskjeller. I nyere studier fra henholdsvis Sverige og Finland er det funnet økt risiko for psykiske plager og økt risiko for bruk av reseptbelagt medisin mot depresjon.
- Forskning på sammenhengen mellom midlertidig arbeid og selvrapportert generell fysisk helse og muskel- og skjelettplager gir ikke et entydig bilde. Nyere prospektive studier har rapportert en sammenheng mellom midlertidig arbeid og utvikling av dårlig generell egenvurdert helse. Studier fra Finland har dokumentert økt dødelighet blant midlertidig ansatte, men det er vanskelig å uttale seg om årsakene til dette.
- En klar overvekt av studier finner en forhøyet risiko for arbeidsskader blant midlertidig ansatte. I en studie fra Finland ble den økende arbeidsskadetrenden som ble observert blant midlertidig ansatte i Finland i perioden 1998–2007, tilskrevet en samtidig økt utbredelse av midlertidige ansettelse i skaderisikoutsatt industri i privat sektor.
- Helsekonsekvenser av midlertidig arbeid synes å være relatert til grad av stabilitet og forutsigbarhet i de midlertidige stillingene. For eksempel er

ansatte i midlertidige stillinger uten fastsatt tidsavgrensning vist å ha økt risiko for psykiske plager sammenliknet med ansatte i tidsavgrensede stillinger. En forklaring kan være at slike midlertidige ansettelse gir økt risiko for usikkerhet i ansettelsesforholdet, dårlige arbeidsbetingelser, lave lønninger, lavt nivå av fagorganisering og færre rettigheter.

Det er vanskelig å studere effekten av midlertidige ansettelse isolert fra andre aspekter av arbeidslivet. Studier fra ulike land og kulturer er ikke nødvendigvis sammenliknbare, da ulike land har varierende rammebetingelser som det midlertidige arbeidet må tolkes i lys av. Slike rammebetingelser er landets arbeidsledighetsnivå, i hvilke typer yrker midlertidige stillinger forekommer, og i hvilken grad midlertidige stillinger er vesentlig forskjellige fra mer permanente stillinger med hensyn til arbeidsinnhold og rettigheter. Det er antakelig slik at belastningen som en midlertidig ansettelse eventuelt representerer, er avhengig av midlertidighetens varighet og hyppighet over flere år samt andre omstendigheter, som hvorvidt den er selvvalgt eller uønsket. Samtidig er det også slik at lovregulering knyttet til midlertidige stillinger varierer mellom land, slik at eksponering for faktorer som har betydning for helserisiko, kan variere selv for en bestemt gruppe av midlertidig ansatte (for eksempel vikarer) på tvers av land.

Selv om det er gjort enkelte studier fra nordiske og europeiske land, foreligger det ingen studier av helsekonsekvensene av midlertidige ansettelse i en norsk kontekst. Tidligere studier av midlertidig ansatte i Norge har ikke funnet støtte for at disse har dårligere arbeidsbetingelser enn fast ansatte, målt ved indikatorer som tilbud om opplæring, forekomst av verneombud på arbeidsplassen og skriftlig arbeidskontrakt. Om lag halvparten av de midlertidig ansatte oppgir at de ønsker fast stilling, og 60–70 prosent ender opp med fast ansettelse i løpet av en toårsperiode. Midlertidig ansatte har imidlertid klart større sannsynlighet for å oppleve perioder som arbeidsledige enn fast ansatte (176).

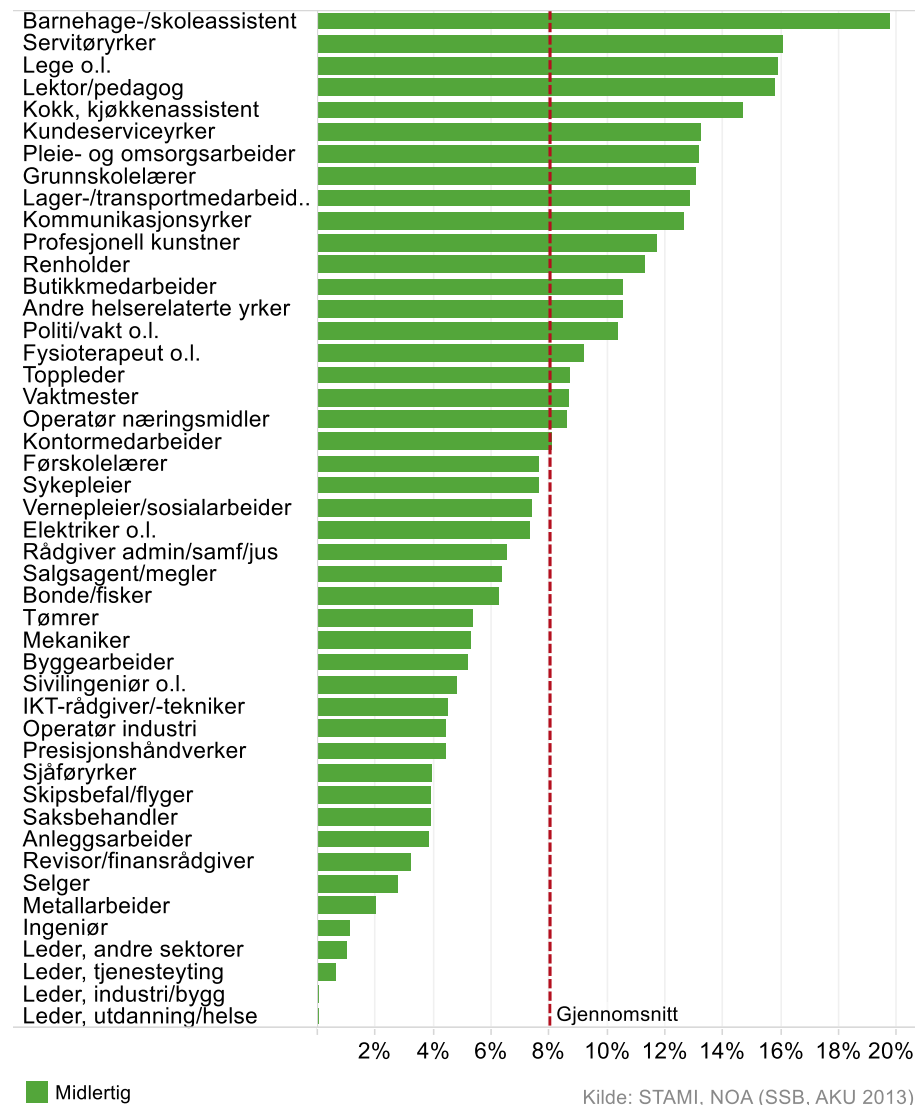
Midlertidig ansatte

I 2013 var om lag 8 prosent av alle sysselsatte i alderen 15–74 år midlertidig ansatte. Dette tilsvarer om lag 211 000 personer. Andelen yngre arbeidstakere som rapporterte om midlertidig ansettelse, er vesentlig høyere enn blant øvrige aldersgrupper. Midlertidige ansettelser er mer utbredt blant kvinner enn blant menn (10 % mot 6 %) og forekommer oftere i de yngste aldersgruppene. Blant unge arbeidstakere (16–24 år) er andelen midlertidig ansatte 20,4 prosent blant menn og 26,9 prosent blant kvinner. Også i aldersgruppen 25–34 år er andelen midlertidig ansatte vesentlig høyere enn i øvrige aldersgrupper. Det er en større andel kvinner som er midlertidig ansatt enn menn i alle aldersgrupper, men forskjellen er mindre uttalt i aldersgruppen 16–24 år og marginal i den eldste aldersgruppen (55–74 år).

Av de i alt 211 000 personene som var midlertidig ansatt i 2013, var om lag 60 prosent kvinner og 40 prosent menn. Aldersgruppen 16–24 år utgjorde 39 prosent av alle midlertidig ansatte, mens personer i aldersgruppen 24–34 år utgjorde 30 prosent. I alt utgjorde personer i aldersgruppen 16–34 år nesten 70 prosent av alle midlertidig ansatte. Midlertidige ansettelser er mer utbredt blant kvinner innenfor alle utdanningsgrupper. Blant menn er midlertidige ansettelser klart mest utbredt blant yrkesaktive med ungdomsskole, mens det ikke er noen forskjeller mellom dem som har fullført videregående og dem som har fullført en universitetsutdanning. Også blant kvinner er det mest vanlig med midlertidig ansettelse blant yrkesaktive med utdanning på ungdomsskolenivå.

Bruken av midlertidige ansettelser varierer både etter yrke og næring. Høyest forekomst av midlertidige ansettelser finner vi i yrkesgruppene barnehage-/skoleassistent, servitøryrker, lege o.l., lektor/pedagog og kokk, kjøkkenassistent, hvor mellom 15 og 20 prosent rapporter dette. Om vi også tar hensyn til hvor mange personer som jobber i de ulike yrkesgruppene, finner vi at det er klart flest midlertidig ansatte i yrkesgruppene pleie- og omsorgsarbeider, barnehage-/skoleassistent, butikkmedarbeider. Om lag én av fire midlertidige ansatte jobber her. Midlertidige ansettelser er mest utbredt innenfor næringene overnatting/servering, undervisning, helse-/sosialtjenester og forretningsmessig tjenesteyting (12–15 %). Tar vi hensyn til størrelsen på næringen, er det klart flest midlertidig ansatte innenfor helse- og sosialtjenester (28 %). Om lag 14 prosent jobber i undervisningsnæringen, mens 13 prosent jobber innenfor varehandel / reparasjon av motorvogner.

5.4.1 Prosentandel som oppgir å ha midlertidig (dvs. tidsbegrenset) ansettelse, etter yrke.



Arbeidsmiljø og helse blant midlertidig ansatte i Norge

Ved å benytte data fra LKU 2013 og AKU 2013 kan vi gi et øyeblikksbilde som sammenlikner midlertidig ansatte med fast ansatte med hensyn til arbeidsmiljøbetingelser og helse.

De aller fleste arbeidstakere i Norge har skriftlig ansettelseskontrakt. Tall fra SSB viser at 4,5 prosent var uten skriftlig ansettelseskontrakt med arbeidsgiver i 2013. Andelen uten skriftlig arbeidskontrakt er betydelig høyere blant dem som er midlertidig ansatt (13,2 % mot 3,5 % blant fast ansatte). Denne forskjellen ser vi i alle aldersgrupper. Midlertidig ansatte er i mindre grad medlem av en fagforening enn fast ansatte (43 % mot 58 % blant fast ansatte). Denne forskjellen er mest uttalt blant yrkesaktive over 45 år. Midlertidig ansatte oppgir i langt større grad enn fast ansatte at de ikke vet om virksomheten har verneombud, tillitsvalgrepresentant, arbeidsmiljøutvalg og bedriftshelsetjeneste.

5.4.2 Arbeidskontrakt, fagforeningsmedlemskap og manglende kjennskap til HMS-ressurser på arbeidsplassen, etter ansettelsestype (LKU 2013, SSB)

	FAST STILLING	MIDLERTIDIG STILLING
Har ikke arbeidskontrakt	3,5	13,2
Medlem i fagforening	56,3	40,4
Vet ikke om arbeidsplassen har et verneombud	3,8	14,6
Vet ikke om arbeidsplassen har et arbeidsmiljøutvalg	10,5	29,1
Vet ikke om det er fagforeninger/tillitsvalgt i bedriften	3,7	13,0
Vet ikke om virksomheten har en IA-avtale	17,4	36,5
Vet ikke om virksomheten har bedriftshelsetjeneste	6,2	27,0

Arbeidstiden blant midlertidig ansatte er noe forskjellig fra fast ansatte. Tall fra AKU 2013 viser at midlertidig ansatte i større grad jobber deltid enn fast ansatte. I alt 26,1 prosent av midlertidig ansatte jobbet kort deltid (mindre enn 20 timer per uke) mot 10,1 prosent blant fast ansatte. I alt 53,3 prosent av alle midlertidig ansatte jobber heltid mot 77 prosent blant fast ansatte. Blant de yngste yrkesaktive (16–24 år) er det små forskjeller mellom heltid og deltid, mens andelen med heltid

er 17 prosent lavere blant midlertidig ansatte i aldersgruppen 25–34 år. I aldersgruppen 35–54 år er forskjellen 26 prosent, og i den eldste aldersgruppen (55–74 år) er forskjellen 49 prosent. Yrkesaktive som er ansatt i midlertidig stilling, arbeider i noe større grad skift- og turnusarbeid enn yrkesaktive i faste stillinger (34 % mot 25 % blant fast ansatte). Det samme mønsteret ser man også for kveldsarbeid (43 % mot 39 % blant fast ansatte) og nattarbeid (20 % mot 17 % blant fast ansatte).

Det er ikke store forskjeller med hensyn til arbeidsmiljø blant fast og midlertidig ansatte, men det forekommer noen forskjeller når det gjelder psykososialt og kjemisk/fysisk arbeidsmiljø. Midlertidig ansatte rapporterer om mindre grad av selvbestemmelse i jobben (43 % mot 23 % blant fast ansatte). De kan i mindre grad ta pauser og bestemme arbeidsoppgaver, og de kan i langt mindre grad påvirke beslutninger som er viktige for egen arbeidssituasjon (30,1 % svarte at de i liten grad kan dette mot 14,7 % blant fast ansatte). Generelt rapporterer midlertidig ansatte lavere nivåer av krav i jobben, men en noe større andel befinner seg i jobber kjennetegnet av høye jobbkraav og lav kontroll (21 % mot 15 % blant fast ansatte). Midlertidig ansatte rapporterer i noe større grad at de møter på emosjonelle krav i jobben (21,6 % mot 16,1 % blant fast ansatte), de er i noe større grad utsatt for vold eller trusler om vold (10,6 % mot 7,5 %) og rapporterer oftere at de er utsatt for seksuelle trakassering (7,5 % mot 4,4 %). Midlertidig ansatte er i større grad utsatt for biologisk materiale i jobbsammenheng (20 % mot 12 %) og rapporterer i større grad om eksponering for vann på huden (35 % mot 22 %) og hudkontakt med rengjøringsmidler (32 % mot 23 %). Midlertidig ansatte rapporterer oftere om tungt fysisk arbeid (18 % mot 14 %) og er oftere utsatt for stående arbeid (38 % mot 23 %), tunge løft (27 % mot 20 %), løft i ubekvemme stillinger (17 % mot 12 %), og arbeid på huk/knær (22 % mot 15 %).

Midlertidig ansatte rapporterer noe høyere forekomst av angst- og depresjonsplager (20 % rapporterer at de er litt eller mer plaget av angst eller depresjonssymptomer, mot 14 % blant fast ansatte), de rapporterer mindre hørselstap (6 % mot 11 % blant fast ansatte) og lavere sykefravær over 14 dager (11 % mot 16 %). Det er små og ikke-signifikante forskjeller når det gjelder muskel- og skjelettplager og andre typer fysiske plager. Som nevnt er hovedtyngden av midlertidig ansatte unge yrkesaktive under 34 år, og det forventes derfor heller ikke et høyt nivå av fysiske helseplager.

6 ET GODT ARBEIDSMILJØ



6 ET GODT ARBEIDSMILJØ

Norske arbeidstakere trives på jobb, men det er ikke dermed sagt at alle har et godt arbeidsmiljø. Et tilsynelatende paradoks er at selv om en arbeidstaker er utsatt for mange uheldige arbeidsmiljøpåvirkninger på jobb, kan han eller hun trives, ha tilhørighet og være engasjert og motivert i jobben. Det finnes ikke noen entydig definisjon av hva som karakteriserer et godt arbeidsmiljø og vurderingen av hva som er et godt arbeidsmiljø, er gjerne subjektiv. I ett og samme yrke, og i en og samme virksomhet kan noen mene at arbeidsmiljøet er godt, mens andre mener det motsatte.

I levekårsundersøkelsen stilles det spørsmål som omhandler forhold som motivasjon i jobben, tilhørighet til arbeidsplassen og hvor fornøyd man er med jobben sin. Er man fornøyd og trives i jobben, vil de fleste anse det som en indikator på et godt arbeidsmiljø.

I arbeidsmiljøloven fremheves det at det er arbeidsgivers plikt å utvikle og forbedre arbeidsmiljøet kontinuerlig og legge arbeidet til rette for den enkelte medarbeider. Samtidig har arbeidstakerne både rett og plikt til å medvirke til et godt arbeidsmiljø. Det er arbeidsmiljøloven som regulerer hvordan arbeidsmiljøet skal være og arbeidstilsynets hovedoppgave er å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø for alle, med trygge ansettelsesforhold og meningsfylt arbeid for den enkelte. Ifølge arbeidsmiljølovens § 1-1 er målsettingen med loven å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet.

At arbeidssituasjonen skal være helsefremmende er beskrevet i arbeidsmiljøloven og har i de senere år fått økende oppmerksomhet i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet- og trivsel og engasjement i jobben er nært beslektet. En arbeidsplass kan defineres som helsefremmende når den utvikles gjennom deltakerstyrte prosesser og tar hensyn til den enkeltes behov, ressurser og

potensial. I all hovedsak så dreier det seg om å finne fram til hva en helsefremmende arbeidsplass er for den enkelte virksomhet. Å se på helsefremmende faktorer i arbeidsmiljøet er en tilnærming som sammen med tradisjonelt, forebyggende HMS-arbeid kan utgjøre en helhet i arbeidsmiljøarbeidet. Avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv understreker betydningen av å øke jobbnærvær og bedre arbeidsmiljøet, som også er viktige mål i det helsefremmende arbeidet.

I faktaboka har vi presentert en rekke arbeidsmiljøindikatorer, og først og fremst har vi beskrevet gruppene som kommer dårligst ut, det vil som oftest si gruppene som ligger øverst i de ulike figurene.. I dette kapittelet vil vi ta utgangspunkt i faktorer som måler mer positive aspekter ved arbeidsmiljøet som; tilhørighet, tilfredshet, motivasjon og engasjement i jobben. I tillegg til å identifisere yrkesgrupper som skårer høyt på disse faktorene vil vi basert på rangering av eksponeringsforhold beskrevet i figur 6.1.3 forsøke å identifisere yrkesgrupper som skårer høyt på en rekke eksponeringsforhold, men samtidig oppgir at de trives og er motivert og engasjert i jobben. Formålet er å belyse hvorvidt høy grad av tilfredshet, tilhørighet, motivasjon og engasjement nødvendigvis innebærer fravær av uheldige eksponeringer i arbeidsmiljøet.

For å danne oss et overordnet bilde av hvilke yrkesgrupper som har høyest forekomst av potensielt helseskadelige arbeidsmiljøfaktorer, har vi merket de ti gruppene som er mest utsatt for hver av de utvalgte faktorene. Hver arbeidsmiljøfaktor har fått tildelt en farge og de 10 mest utsatte yrkesgruppene har fått en prikk (se figur 6.1.3). Det er viktig å være oppmerksom på at oversikten er basert på hvordan de yrkesaktive selv opplever sin arbeidssituasjon. Vi må også huske på at det finnes både alvorlige og utbredte problemer i en del av yrkesgruppene som ikke kommer frem blant ti på topp, både fordi forskjellene mellom gruppene kan være små, og fordi det kan være undergrupper innenfor hver gruppe som kan være utsatt i betydelig større grad enn de øvrige.

Det er selvsagt enkelt å henlede oppmerksomheten mot nedre del av figuren i stedet, hvor yrkesgruppene som ikke er blant de ti mest utsatt for de ulike eksponeringene, befinner seg. Yrker som ingeniør/sivilingeniør, selger, rådgiver admin/samf/jus og lektor/pedagog befinner seg i nedre del av de aller fleste eksponeringsrangeringer, som fremkommer i tabellen

Avslutningsvis i kapittelet vil vi presentere forhold i arbeidsmiljøet som har vist seg å virke beskyttende, særlig mot psykiske plager, og se hvordan disse forholdene fordeler seg mellom yrkesgruppene.

Tilfredshet, tilhørighet og motivasjon

For mange er arbeidet identitetsskapende og en kilde til glede, god selvfølelse og tilhørighet til et sosialt fellesskap.

Generelt er norske sysselsatte fornøyd med jobben sin, og ni av ti svarer at de alt i alt er svært eller ganske fornøyd med jobben. Denne andelen varierer imidlertid noe mellom yrkesgruppene. Aller mest fornøyd er gruppen lektor/pedagog, der ca. 97 prosent oppgir å være svært eller ganske fornøyd, tett fulgt av yrkesgruppen profesjonell kunstner. På tre av de fire neste plassene følger ulike lederyrker, og innimellom disse her finner vi også yrkesgruppen fysioterapeut o.l.

Det er også flere av disse yrkene som i størst grad rapporterer å være motivert og engasjert i arbeidet. Topplederne skårer aller høyest her, og 95 prosent føler seg nokså ofte, meget ofte eller alltid motivert og engasjert i arbeidet. Yrkene som følger på de neste plassene, er profesjonell kunstner, førskolelærer, fysioterapeut o.l., lektor/pedagog og et par andre lederyrker.

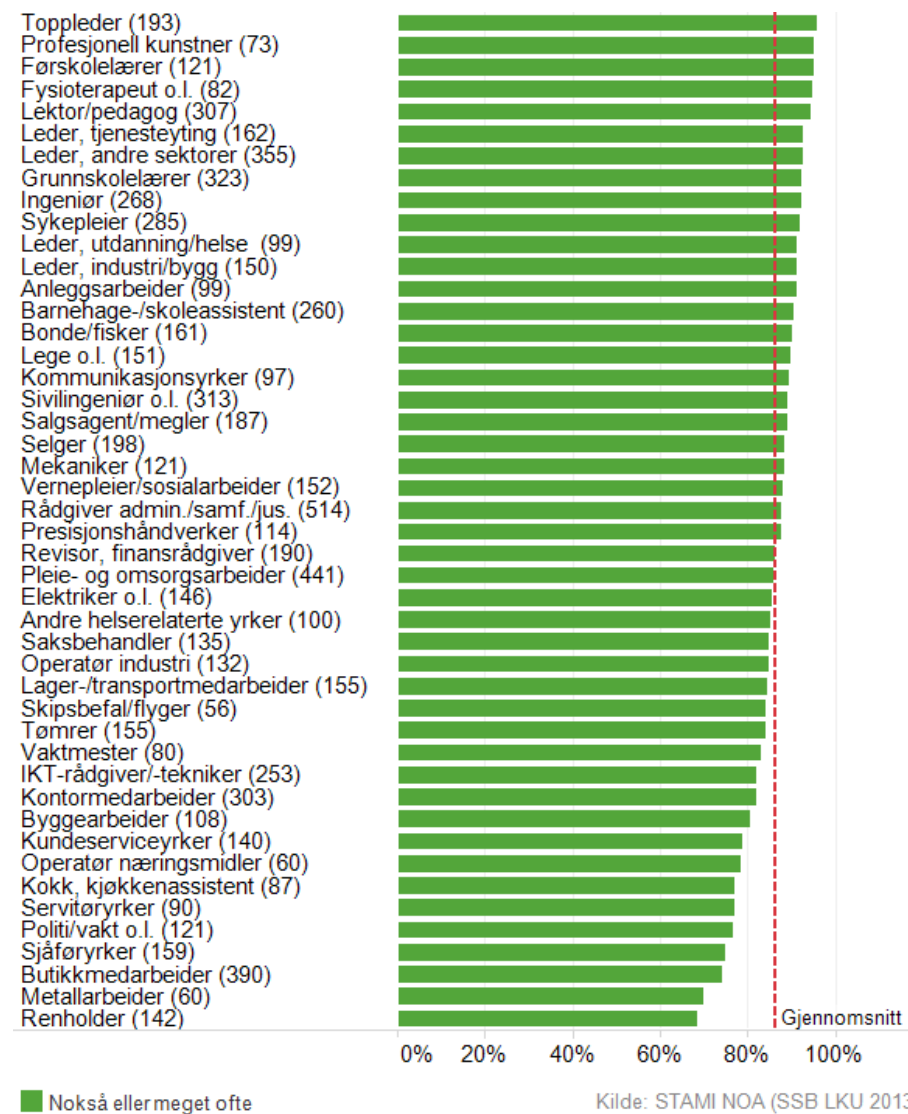
Når det gjelder spørsmålet om tilhørighet til arbeidsplassen, er det gruppen bonde/fisker som skårer høyest. Ca. 95 prosent i denne gruppen opplever svært høy eller høy grad av tilhørighet. Dette til tross for at dette yrket er tungt belastet med en lang rekke eksponeringer av ulik art, både kjemiske, biologiske og mekaniske, i tillegg til enkelte psykososiale eksponeringer (lange arbeidsuker samt jobb-familie-ubalanse). Yrket har dessuten høy skaderisiko, men lavt sykefravær. Andre yrkesgrupper som føler særlig stor grad av tilhørighet til jobben, er først og fremst lederyrker samt gruppene profesjonell kunstner og førskolelærer.

Hvor ofte føler du deg motivert og engasjert i arbeidet ditt?

Alt i alt, hvor fornøyd er du med jobben din?

I hvilken grad føler du tilhørighet til bedriften eller virksomheten du jobber i?

6.1.1 Prosentandel som oppgir å være motivert og engasjert i jobben, etter yrke



TILFREDSHET, TILHØRIGHET, MOTIVASJON- EKSPONERINGSFORHOLD

Ved å sammenstille informasjon om eksponering i figur x med fordelingen av tilfredshet, tilhørighet, motivasjon og engasjement i jobben etter yrke har vi valgt å se nærmere på fire yrkesgrupper; lederyrker, yrker tilknyttet bygge- og anleggsvirksomhet, profesjonell kunstner og bonde/fisker.

Vi ser i figur 6.1.1 og i omtalen over at personer i lederyrker kommer godt ut på spørsmålene om motivasjon, tilfredshet og tilhørighet. Som gruppe er dette yrker som i svært liten grad er belastet med kjemiske, fysiske, biologiske eller mekaniske jobbeksponeringer. Imidlertid er det enkelte psykososiale belastninger som går igjen. Dette gjelder først og fremst lange arbeidsuker, jobb–familie-ubalanse, høye jobbkraav og omorganiseringer. Gruppen har i hovedsak lite helseplager og lavt sykefravær, selv om gruppen ledere innenfor tjenesteyting kommer ut dårligere enn gjennomsnittet både på muskel- og skjelettplager og psykiske plager.

I yrker knyttet til bygge- og anleggsvirksomhet er eksponeringsbildet omtrent motsatt. Her er det stor grad av ulike kjemiske, fysiske og mekaniske eksponeringer, men i hovedsak et godt psykososialt arbeidsmiljø. Dette gjenspeiles for en stor grad i utbredelsen av helseplager. Gruppen har generelt lite psykiske plager, men noe mer muskel- og skjelettplager enn gjennomsnittet blant alle yrkesaktive. Motivasjon og tilfredshet ligger svært nær gjennomsnittet. Sykefraværet varierer noe mellom yrkesgruppene, men ligger i hovedsak nokså nær gjennomsnittet. Sykefraværet blant menn i yrker innenfor bygge- og anleggsvirksomhet er imidlertid høyere enn gjennomsnittet for øvrige menn, og skaderisikoer er relativt høy blant disse.

En annen yrkesgruppe som fortjener spesiell omtale, er profesjonell kunstner. Dette er en relativt heterogen gruppe og består av utøvende kunstnere innenfor forskjellige fagfelt. Det største enkeltyrket er dirigent/komponist/musiker, sanger. Yrkesgruppen er som nevnt helt i toppsjiktet både når det gjelder motivasjon, jobbtildfredshet og jobbtilhørighet. Eksponeringsbildet viser at gruppen kan ha problemer knyttet til støy, vanskelige lysforhold, lange arbeidsuker, jobb–familie-ubalanse og jobbusikkerhet. På helseutfallssiden er det personer i dette yrket som i aller størst grad rapporterer psykiske plager og hudplager. Selvoppgitt sykefravær ligger litt under gjennomsnittet. Man kan tenke seg at det er en viss seleksjon *inn* i denne yrkesgruppen.

Som man ser, er det for flere grupper en tilsynelatende forskjell mellom de tre dimensjonene eksponering, plager og trivsel/motivasjon. Trivselen kan være høy tross en arbeidssituasjon med ulike eksponeringer. Bonde/fisker er et yrke som også kan nevnes. Ser man på det totale eksponeringsbildet, er det muligens det mest belastede yrket, litt avhengig av hvordan man vektet de ulike eksponeringstypene. Følelsen av tilhørighet er

imidtild ekstremt høy, og også motivasjon og tilfredshet ligger godt over gjennomsnittet. Yrket har også en høy grad av selvbestemmelse. På helseutfallssiden er bildet mer varierende. Yrkesgruppen har lite psykiske plager og hodepine, men ligger over gjennomsnittet når det gjelder arbeidsskader og de fleste typer muskel- og skjelettplager.

Et godt arbeidsmiljø vil således til syvende og sist bestå av fravær av dokumenterte risikofaktorer i arbeidsmiljøet med betydning for helse, sykdom og skade, og nærvær av positive faktorer som fremmer helse trivsel, motivasjon og arbeidsglede.

BESKYTTENDE FAKTORER I ARBEIDSMILJØET

Innenfor psykososialt og organisatoriske arbeidsmiljø har begrepet «virksomhetenes sosiale kapital» fått oppmerksomhet, særlig innenfor den danske arbeidsmiljøforskningen. Begrepet innebærer egenskaper ved en virksomhet, som tillit, rettferdighet og samarbeidsevne i organisasjonen. I denne tilnærmingen anses virksomheten, eller arbeidsplassen i seg selv som langt mer betydningsfull for trivsel, tilhørighet og engasjement i jobben enn det yrket man innehar. De argumenterer for at eksempelvis sykepleiere med samme arbeidsoppgaver i to ulike virksomheter kan ha helt ulik oppfatning av det psykososiale arbeidsmiljøet, ut i fra nivået på virksomhetens sosiale kapital. I levekårsundersøkelsen har vi ikke data på virksomhetsnivå. Det finnes imidlertid fortsatt begrenset med studier på feltet, men høy sosial kapital i virksomheten har blitt assosiert med trivsel, redusert opplevelse av jobbstress, lavt sykefravær, og mindre turnover blant de ansatte (173).

Mye av forskningen innenfor det psykososiale arbeidsmiljøfeltet har vært rettet mot å identifisere risikofaktorer i arbeidsmiljøet med betydning for helse og trivsel. Selv om antallet studier fortsatt er i mindretall foreligger det enkelte studier som søker å identifisere faktorer i arbeidsmiljøet som kan være beskyttende, eller bidra til å forebygge uhelse. Hensikten med denne fremstillingen er imidlertid ikke å gi en komplett oversikt over faktorer i arbeidsmiljøet som kan være forebyggende, men snarer peke på enkelte sider i det psykososiale arbeidsmiljøet som har vist seg å være forebyggende mot mentale helseplager. I en ny norsk oppfølgingsstudie ble det blant annet undersøkt hvilke psykososiale arbeidsmiljøfaktorer som kunne beskytte mot «mental distress» (symptomer på angst og depresjon) (4). De tre mest konsistente faktorene som ble påvist var *lederstøtte*, *rettferdig ledelse* og *positive utfordringer i jobben*. Vi har, som vi skal se i det følgende, ganske god informasjon om dette i LKU 2013. Figuren viser beskyttende arbeidsmiljøfaktorer, og gul farge indikerer høy skår på faktoren, mens gradvis mer grønn indikerer lavere skår på faktoren.

Lederstøtte har flere dimensjoner, og de to spørsmålene som er benyttet i ovennevnte studie, er: «Om du trenger det, hvor ofte kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra din nærmeste sjef?» og «Hvor ofte blir dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef?» Vi har sett på dem som har svart «Meget ofte eller alltid» eller «Nokså ofte» på *begge* disse spørsmålene i LKU 2013. I gjennomsnitt gjaldt dette 63 prosent av de spurte, men høyest andel var det blant førskolelærere (76 %). Deretter fulgte profesjonell kunstner, presisjons håndverker, leder (industri/bygg), bonde/fisker og saksbehandler. Andelen var over 70 prosent i alle disse yrkene.

Når det gjelder rettferdig ledelse, har vi sett på spørsmålet «Hvor ofte behandler din nærmeste sjef de ansatte rettferdig og upartisk?», og igjen har vi konsentrert oss om dem som svarer «Meget ofte eller alltid» eller «Nokså ofte». Dette gjaldt i gjennomsnitt 80 prosent av de spurte. I yrkesgruppen kommunikasjonsyrker var andelen 92 prosent, deretter fulgte bonde/fisker, politi/vakt o.l., ingeniør, presisjons håndverker og sivilingeniør o.l., som alle hadde en andel på over 86 prosent.

Til slutt har vi sett på spørsmålet «Hvordan er mulighetene i jobben din til å utnytte ferdigheter, kunnskaper og erfaring du har fått gjennom utdanning og arbeid?». Her har vi sett på andelen som har svart «Svært gode» eller «Gode». Dette gjaldt hele 92 prosent av alle spurte, og mange yrker har høy skår her. Aller høyest skår har fysioterapeut o.l., hvor andelen er 99 prosent. Videre følger flere yrker som alle har minst 98 prosent, nemlig toppleder, lektor/pedagog, leder (industri/bygg), førskolelærer, leder (andre sektorer), anleggsarbeider, leder (utdanning/helse) og skipsbefal/flyger.

Som man ser, er det forskjellige yrker som kommer godt ut i de ulike dimensjonene. Hvis man likevel prøver å gi et samlet bilde av disse beskyttende faktorene, vil yrkesgruppen leder (industri/bygg) komme svært godt ut. Andre yrker som går igjen i den øvre delen av alle disse skalaene, er ingeniør, presisjons håndverker (som blant annet inkluderer frisører), førskolelærer, leder (andre sektorer), bonde/fisker og saksbehandler. Det kan også nevnes at yrkene som totalt sett kommer dårligst ut, er pleie- og omsorgsarbeider, servitøryrker, renholder og sjåføryrker.

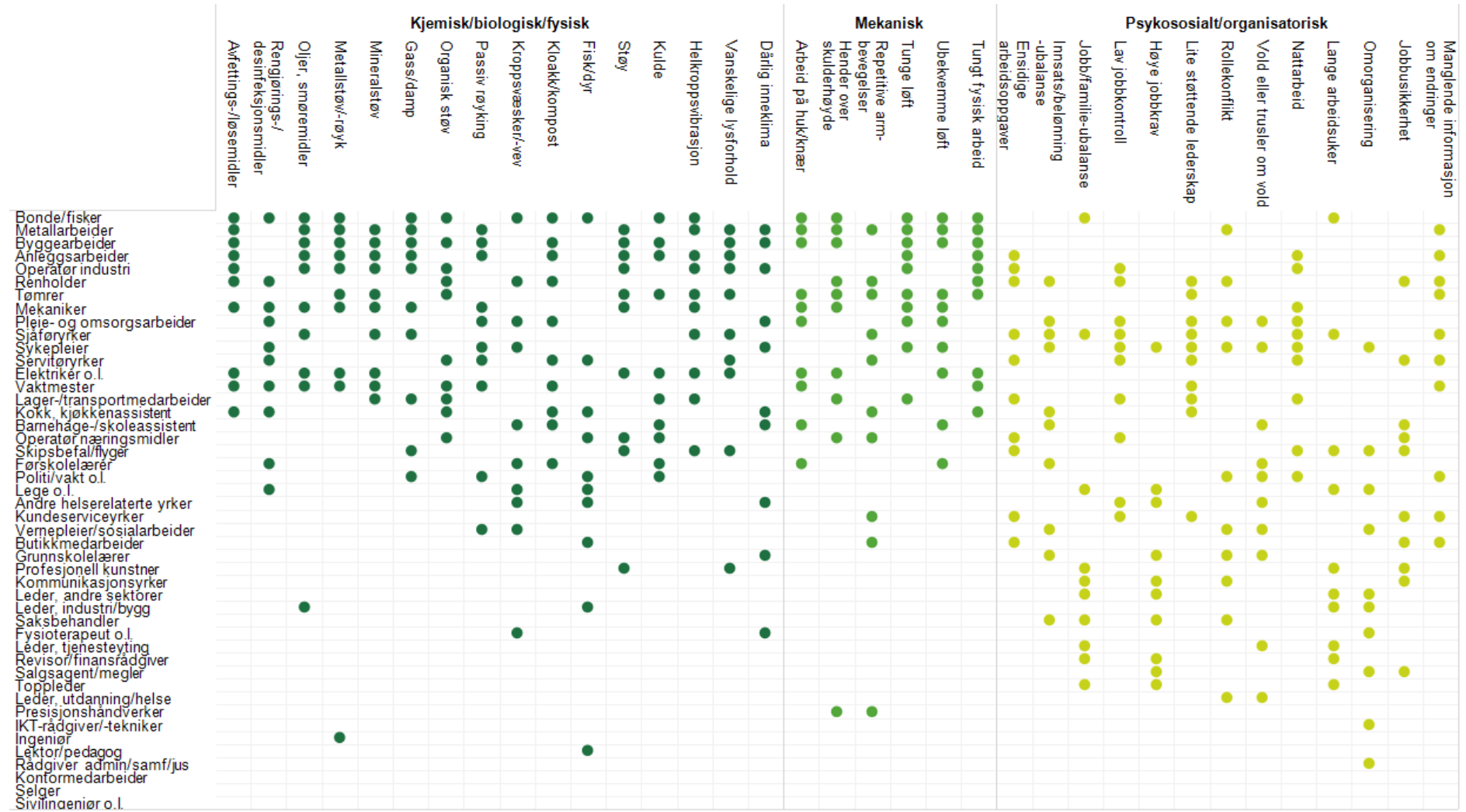
Igen kan man si at dette er en blanding av nokså ulike yrker. Det positive man kan si om det, er at disse beskyttende faktorene er utbredt i store deler av arbeidslivet, og både manns- og kvinneyrker er representert. Et fellestrekk er imidlertid at dette er yrker som krever en viss utdanning og kompetanse, og flere av dem er ganske praktiske. Kunnskap om slike beskyttende faktorer er viktig med tanke på hva man bør fokusere på i forbindelse med arbeidsmiljøundersøkelser o.l. Men ikke minst kan denne kunnskapen være et grunnlag for praktisk forebyggende tiltak på arbeidsplassen, tiltak som særlig kan redusere forekomsten av lettere psykiske plager.

6.1.2 Beskyttende arbeidsmiljøfaktorer et samlet bilde, etter yrke

	Rettferdig ledelse	Lederstøtte	Utnytte ferdigheter
Leder, industri/bygg			
Ingeniør			
Presisjons håndverker			
Bonde/fisker			
Førskolelærer			
Leder, andre sektorer			
Saksbehandler			
Fysioterapeut o.l.			
Rådgiver admin/samf/jus			
Kommunikasjonsyrker			
Sivilingeniør o.l.			
Toppleder			
Leder, utdanning/helse			
IKT-rådgiver/-tekniker			
Profesjonell kunstner			
Revisor/finansrådgiver			
Lektor/pedagog			
Selger			
Tømrer			
Anleggsarbeider			
Lege o.l.			
Andre helse relaterte yrker			
Politi/vakt o.l.			
Grunnskolelærer			
Leder, tjenesteyting			
Barnehage-/skoleassistent			
Mekaniker			
Vernepleier/sosialarbeider			
Salgsagent/megler			
Butikkmedarbeider			
Sykepleier			
Operatør industri			
Elektriker o.l.			
Byggearbeider			
Kontformedarbeider			
Skipsbefal/flyger			
Kokk, kjøkkenassistent			
Lager-/transportmedarbeider			
Operatør næringsmidler			
Vaktmester			
Kundeserviceyrker			
Metallarbeider			
Pleie- og omsorgsarbeider			
Servitøryrker			
Renholder			
Sjåføryrker			

Kilde: STAMI, NOA (SSB, LKU 2013)

6.1.3 Arbeidsmiljøspenning etter yrkesgruppe. For hver faktor er de ti yrkesgruppene med høyest nivå markert. Yrkesgruppene er deretter sortert etter antall toplasseringer (SSB, LKU 2013)



Kilde: STAMI, NOA (SSB LKU 2013)

7 REFERANSER

1. Kamangar F. Causality in epidemiology. Archives of Iranian medicine. 2012;15(10):641-7.
2. Andersen A, Berge SR, Engeland A, Norseth T. Exposure to nickel compounds and smoking in relation to incidence of lung and nasal cancer among nickel refinery workers. Occupational and environmental medicine. 1996;53(10):708-13.
3. Thelle DL, P; Hjartåker, A; Veierød, M. Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder. Oslo: Gyldendal norsk forlag; 2007.
4. Finne LB, Christensen JO, Knardahl S. Psychological and social work factors as predictors of mental distress: a prospective study. PloS one. 2014;9(7):e102514.
5. Salm M. Does job loss cause ill health? Health economics. 2009;18(9):1075-89.
6. SSB. Undersøkelse om globalisering og internasjonal sourcing: Statistisk Sentralbyrå; 2013. Available from: <http://www.ssb.no/virksomheter-foretak-og-regnskap/artikler-og-publikasjoner/hvert-aattende-foretak-har-flyttet-aktiviteter-til-utlandet-2013>.
7. Nesheim T. Franchising som organisasjonsform; hva er konsekvensene for arbeidstakerne? MAGMA. 2010;2010(2).
8. NOU. Arbeidstakeres stilling i konsernforhold m.v. 1996.
9. Kjeldstad RN, EH. Kvinner og menn i deltidsarbeid. Oslo- Kongsvinger: SSB, 2004.
10. SSB. Dette er Norge 2014 2014. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/188232?ts=1475e7ac938>.
11. Rognerud M, Næss Ø, Strand BH. Sosial ulikhet i helse : en faktarapport. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2007.
12. Westerlund H, Kivimaki M, Singh-Manoux A, Melchior M, Ferrie JE, Pentti J, et al. Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. Lancet. 2009;374(9705):1889-96.
13. Mehlum IS. "Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse." i Underlagsrapport til prosjektet Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt, Høgskolen i Oslo og Akershus, 2014. 2013.
14. Sterud T, Johannessen HA. Do work-related mechanical and psychosocial factors contribute to the social gradient in long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. Scandinavian journal of public health. 2014;42(3):329-34.
15. ARBEIDSMARKEDSKRIMINALITET, Situasjonsbeskrivelse IN-. Rapporten er utarbeidet av Arbeidstilsynet, Kriminalomsorgen, Kripas, Mattilsynet, NAV, Politiets utlendingsenhet, Skatteetaten, Tollvesenet, Utlendingsdirektoratet og Økokrim. 2014.
16. Formazin M, Burr H, Aagestad C, Tynes T, Thorsen SV, Perkiö-Makela M, et al. Dimensional comparability of psychosocial working conditions as covered in European monitoring questionnaires. BMC public health. 2014;14:1251.
17. Lie JA, L; Goffeng, LO; et al. Arbeidstid og helse. Oppdatering av en systematisk litteraturstudie. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2014.
18. Vyas MV, Garg AX, Iansavichus AV, Costella J, Donner A, Laugsand LE, et al. Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. Bmj. 2012;345:e4800.
19. Canuto R, Garcez AS, Olinto MT. Metabolic syndrome and shift work: a systematic review. Sleep medicine reviews. 2013;17(6):425-31.
20. Bannai A, Tamakoshi A. The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. Scandinavian journal of work, environment & health. 2014;40(1):5-18.
21. Virtanen M, Heikkilä K, Jokela M, Ferrie JE, Batty GD, Vahtera J, et al. Long working hours and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. American journal of epidemiology. 2012;176(7):586-96.
22. Wagstaff AS, Sigstad Lie JA. Shift and night work and long working hours--a systematic review of safety implications. Scandinavian journal of work, environment & health. 2011;37(3):173-85.
23. Harma M. Workhours in relation to work stress, recovery and health. Scandinavian journal of work, environment & health. 2006;32(6):502-14.
24. Frost P, Kolstad HA, Bonde JP. Shift work and the risk of ischemic heart disease - a systematic review of the epidemiologic evidence. Scandinavian journal of work, environment & health. 2009;35(3):163-79.
25. Knutsson A, Boggild H. Gastrointestinal disorders among shift workers. Scandinavian journal of work, environment & health. 2010;36(2):85-95.
26. Knutsson A, Kempe A. Shift work and diabetes--a systematic review. Chronobiology international. 2014;31(10):1146-51.

27. Antunes LC, Levandovski R, Dantas G, Caumo W, Hidalgo MP. Obesity and shift work: chronobiological aspects. *Nutr Res Rev.* 2010;23(1):155-68.
28. De Raeve L, Kant I, Jansen NWH, Vasse RM, van den Brandt PA. Changes in mental health as a predictor of changes in working time arrangements and occupational mobility: Results from a prospective cohort study. *J Psychosom Res.* 2009;66(2):137-45.
29. Driesen K, Jansen NWH, van Amelsvoort LGPM, Kant I. The mutual relationship between shift work and depressive complaints - a prospective cohort study. *Scand J Work Env Hea.* 2011;37(5):402-10.
30. Albertsen K. Working time arrangements and social consequences - what do we know? København: Nordisk Ministerråd; 2007. 148 s. p.
31. Dallner M. Validation of the General Nordic Questionnaire (QPSNordic) for psychological and social factors at work. [København]: Nordisk Ministerråd; 2000. 171 s. p.
32. Aagestad C, Johannessen HA, Tynes T, Gravseth HM, Sterud T. Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine.* 2014;56(8):787-93.
33. Naswall K, Lindfors P, Sverke M. Job insecurity as a predictor of physiological indicators of health in healthy working women: an extension of previous research. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress.* 2012;28(3):255-63.
34. Pejtersen JH, Kristensen TS. The development of the psychosocial work environment in Denmark from 1997 to 2005. *Scandinavian journal of work, environment & health.* 2009;35(4):284-93.
35. Malard L, Chastang JF, Schutte S, Parent-Thirion A, Vermeulen G, Niedhammer I. Changes in psychosocial work exposures among employees between 2005 and 2010 in 30 countries in Europe. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine.* 2013;55(10):1135-41.
36. Aagestad C. Arbeidsmiljøet i Norge og EU - en sammenligning. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2013.
37. Milczarek M. Workplace violence and Harassment: a European Picture. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), 2009.
38. Melin BL, U. A biopsychosocial approach to work-stress and musculoskeletal disorder. *Journal of Psychophysiology.* 1997;11:238-47.
39. Yang LQS, PE; Chang, CH; Gallant-Roman, M; Powell, J (2012). Psychosocial precursors and physical consequences of workplace violence towards nurses: A longitudinal examination with naturally occurring groups in hospital settings. *International Journal of Nursing Studies.* 2012;49:1091-102.
40. Aagestad C, Tyssen R, Johannessen HA, Gravseth HM, Tynes T, Sterud T. Psychosocial and organizational risk factors for doctor-certified sick leave: a prospective study of female health and social workers in Norway. *BMC public health.* 2014;14:1016.
41. Rugulies R, Christensen KB, Borritz M, Villadsen E, Bultmann U, Kristensen TS. The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers: Results of a 3-year follow-up study. *Work Stress.* 2007;21(4):293-311.
42. Karasek R. Demand/Control Model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In: Stellman J, editor. *Encyclopaedia of Occupational Health And Safety.* Geneva: ILO; 1998. p. 34.06-34.14.
43. Sterud T, Tynes T. Work-related psychosocial and mechanical risk factors for low back pain: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Occupational and environmental medicine.* 2013;70(5):296-302.
44. Sterud T, Johannessen HA, Tynes T. Work-related psychosocial and mechanical risk factors for neck/shoulder pain: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *International archives of occupational and environmental health.* 2014;87(5):471-81.
45. Christensen JO, Knardahl S. Work and headache: a prospective study of psychological, social, and mechanical predictors of headache severity. *Pain.* 2012;153(10):2119-32.
46. Christensen JO, Knardahl S. Work and back pain: a prospective study of psychological, social and mechanical predictors of back pain severity. *European journal of pain.* 2012;16(6):921-33.
47. Christensen JO, Knardahl S. Work and neck pain: a prospective study of psychological, social, and mechanical risk factors. *Pain.* 2010;151(1):162-73.

48. Allebeck P, Mastekaasa A. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies. *Scand J Public Health Suppl.* 2004;63:49-108.
49. Johannessen HA, Tynes T, Sterud T. Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine.* 2013;55(6):605-13.
50. Foss L, Gravseth HM, Kristensen P, Claussen B, Mehlum IS, Knardahl S, et al. The impact of workplace risk factors on long-term musculoskeletal sickness absence: a registry-based 5-year follow-up from the Oslo health study. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine.* 2011;53(12):1478-82.
51. Karasek Jr RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly.* 1979;285-308.
52. Eller NH, Netterstrøm B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A, et al. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiology in review.* 2009;17(2):83-97.
53. Knardahl SVBM, JI. Arbeid som årsak til muskelskjelettlidelser: Kunnskapsstatus 2008. STAMI, 2008 Contract No.: 22.
54. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and environmental medicine.* 2008;65(7):438-45.
55. Johannessen HAG, H.M.; Sterud, T. Psychosocial factors at work and occupational injuries: a prospective study of the general working population in Norway. Artikkel akseptert for publisering *American Journal of Industrial Medicine.* 2015.
56. Wang MJ, Mykletun A, Moyner EI, Overland S, Henderson M, Stansfeld S, et al. Job strain, health and sickness absence: results from the Hordaland Health Study. *PloS one.* 2014;9(4):e96025.
57. Sterud T. Work-related gender differences in physician-certified sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Scandinavian journal of work, environment & health.* 2014;40(4):361-9.
58. Tynes T, Johannessen HA, Sterud T. Work-related psychosocial and organizational risk factors for headache: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine.* 2013;55(12):1436-42.
59. Kirk-Brown A, Wallace D. Predicting burnout and job satisfaction in workplace counselors: The influence of role stressors, job challenge, and organizational knowledge. *Journal of Employment Counseling.* 2004;41(1):29-37.
60. Rugulies R, Aust B, Pejtersen JH. Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict register-based sickness absence of 3 weeks or more in Denmark? *Scandinavian journal of public health.* 2010;38(3 Suppl):42-50.
61. Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bultmann U, Villadsen E, Burr H. Psychosocial work environment exposures as risk factors for long-term sickness absence among Danish employees: results from DWECs/DREAM. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine.* 2005;47(11):1141-7.
62. Sterud T. Work-related psychosocial and mechanical risk factors for work disability: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Scandinavian journal of work, environment & health.* 2013;39(5):468-76.
63. Foss L GH, Kristensen P, Claussen B, Mehlum IS, Skyberg K Risk factors for long-term absence due to psychiatric sickness: a register-based 5-year follow-up from the Oslo health study. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine.* 2010;52:698-705.
64. Skogstad A, Aasland MS, Nielsen MB, Hetland J, Matthiesen SB, Einarsen S. The relative effects of constructive, laissez-faire, and tyrannical leadership on subordinate job satisfaction: Results from two prospective and representative studies. *Zeitschrift für Psychologie.* 2014;222(4):221.
65. Ortega A, Christensen KB, Hogh A, Rugulies R, Borg V. One-year prospective study on the effect of workplace bullying on long-term sickness absence. *Journal of nursing management.* 2011;19(6):752-9.
66. Nielsen MB, Einarsen S. Outcomes of exposure to workplace bullying: A meta-analytic review. *Work Stress.* 2012;26(4):309-32.

67. Willness CR, Steel P, Lee K. A meta-analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. *Personnel Psychology*. 2007;60(1):127-62.
68. Nielsen MB, Einarsen S. Prospective relationships between workplace sexual harassment and psychological distress. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2012;62(3):226-8.
69. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*. 1996;1(1):27-41.
70. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social science & medicine*. 2004;58(8):1483-99.
71. Siegrist J. Effort-reward imbalance at work and cardiovascular diseases. *International journal of occupational medicine and environmental health*. 2010;23(3):279-85.
72. van Vegchel N, de Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social science & medicine*. 2005;60(5):1117-31.
73. Kouvonen A, Kivimaki M, Cox SJ, Poikolainen K, Cox T, Vahtera J. Job strain, effort-reward imbalance, and heavy drinking: a study in 40,851 employees. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2005;47(5):503-13.
74. Kouvonen A, Kivimaki M, Elovainio M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, et al. Effort/reward imbalance and sedentary lifestyle: an observational study in a large occupational cohort. *Occupational and environmental medicine*. 2006;63(6):422-7.
75. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2006;32(6):443-62.
76. Fevang ERK. Omstilling og nedbemanning blant pleiere en belastning for Folketrygden? Søkelys på arbeidslivet. 2005;22(2).
77. Ferrie JE, Westerlund H, Virtanen M, Vahtera J, Kivimaki M. Flexible labor markets and employee health. *Scand J Work Env Hea*. 2008;98-110.
78. Rege M, Telle, K & votruba, M, . The effect of plant downsizing on disability pension utilization.. Oslo, Kongsvinger: SSB, 2005 Contract No.: 435.
79. Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, et al. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *Bmj*. 2004;328(7439):555.
80. Eliason MS, S. Does Job Loss Shorten Life? Gothenburg: School Of Business, Economics and Law, 2009.
81. Sverke M, Hellgren J, Naswall K. No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of occupational health psychology*. 2002;7(3):242-64.
82. Palmer KT, Smedley J. Work relatedness of chronic neck pain with physical findings--a systematic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2007;33(3):165-91.
83. Hauke A, Flintrap J, Brun E, Rugulies R. The impact of work-related psychosocial stressors on the onset of musculoskeletal disorders in specific body regions: A review and meta-analysis of 54 longitudinal studies. *Work Stress*. 2011;25(3):243-56.
84. Lang J, Ochsmann E, Kraus T, Lang JW. Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: a systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies. *Social science & medicine*. 2012;75(7):1163-74.
85. Hanvold TN, Waersted M, Mengshoel AM, Bjertness E, Stigum H, Twisk J, et al. The effect of work-related sustained trapezius muscle activity on the development of neck and shoulder pain among young adults. *Scand J Work Env Hea*. 2013;39(4):390-400.
86. van Rijn RM, Huisstede BM, Koes BW, Burdorf A. Associations between work-related factors and specific disorders at the elbow: a systematic literature review. *Rheumatology*. 2009;48(5):528-36.
87. McLean SM, May S, Klaber-Moffett J, Sharp DM, Gardiner E. Risk factors for the onset of non-specific neck pain: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*. 2010;64(7):565-72.
88. Coenen P, Gouttebarga V, van der Burght AS, van Dieen JH, Frings-Dresen MH, van der Beek AJ, et al. The effect of lifting during work on low back pain: a health impact assessment based on a meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*. 2014;71(12):871-7.
89. Mathiesen KK, A; Skipstein, A m. fl. Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid. Oslo: Nasjonalt forkehelseinstitutt, 2007 Contract No.: 5.
90. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. 2009.
91. Brage S, Nossen J, Kann I, Thune O. Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000-2011. *Arbeid og velferd*. 2012;3:24-37.

92. Kivimaki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkila K, Alfredsson L, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. 2012;380(9852):1491-7.
93. Kuper H, Singh-Manoux A, Siegrist J, Marmot M. When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. *Occupational and environmental medicine*. 2002;59(11):777-84.
94. Leira HL. *Arbeidsmedisin*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011. 202 s. : ill. p.
95. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1998;840:33-44.
96. McEwen BS. Mood disorders and allostatic load. *Biological psychiatry*. 2003;54(3):200-7.
97. McEwen BS, Wingfield JC. The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and behavior*. 2003;43(1):2-15.
98. Kobrosly RW, van Wijngaarden E, Seplaki CL, Cory-Slechta DA, Moynihan J. Depressive symptoms are associated with allostatic load among community-dwelling older adults. *Physiology & behavior*. 2014;123:223-30.
99. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic journal of psychiatry*. 2003;57(2):113-8.
100. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of affective disorders*. 2007;104(1):103-10.
101. Armon G, Melamed S, Shirom A, Shapira I. Elevated burnout predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *Journal of occupational health psychology*. 2010;15(4):399.
102. Halbesleben JR. The role of exhaustion and workarounds in predicting occupational injuries: a cross-lagged panel study of health care professionals. *Journal of occupational health psychology*. 2010;15(1):1.
103. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep medicine reviews*. 2002;6(2):97-111.
104. Sivertsen B, Krokstad S, Overland S, Mykletun A. The epidemiology of insomnia: associations with physical and mental health. The HUNT-2 study. *J Psychosom Res*. 2009;67(2):109-16.
105. Lombardi DA, Folkard S, Willetts JL, Smith GS. Daily sleep, weekly working hours, and risk of work-related injury: US National Health Interview Survey (2004-2008). *Chronobiology international*. 2010;27(5):1013-30.
106. Lallukka T, Haaramo P, Rahkonen O, Sivertsen B. Joint associations of sleep duration and insomnia symptoms with subsequent sickness absence: the Helsinki Health Study. *Scandinavian journal of public health*. 2013;41(5):516-23.
107. Lallukka T, Haaramo P, Lahelma E, Rahkonen O. Sleep problems and disability retirement: a register-based follow-up study. *American journal of epidemiology*. 2011;173(8):871-81.
108. Linton SJ, Kecklund G, Franklin KA, Leissner LC, Sivertsen B, Lindberg E, et al. The effect of the work environment on future sleep disturbances: a systematic review. *Sleep medicine reviews*. 2014;23c:10-9.
109. Lie AS, M; Tynes, T; Johannessen HA; Nordby, KC; Sivesind Mehlum, I; Engdahl, B; Taams, K. *Støy i arbeidslivet og helse*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2013.
110. Dobie RA. The burdens of age-related and occupational noise-induced hearing loss in the United States. *Ear and Hearing*. 2008;29(4):565-77.
111. Lie A. Forebygging av hørselstap pga støy Oslo: Nfam; 2014. Available from: <http://amv.legehandboka.no/forebygging/forebygging-av-horselstap-41675.html>.
112. Rustemeyer TE, P; John, SM; Maibach, HI. *Kanerva's Occupational Dermatology*. 2. edition ed. Berlin 2012.
113. Alfonso JH, Danielsen TE, Holm JO. Arbeidsmiljøet gir fremdeles sykdom. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2015;135(1):10-1.
114. Alfonso JHTJPTTMISJHA, . Self-reported occupational exposure to chemical and physical factors and risk of skin problems: a 3-year follow-up study of the general working population of Norway. . *Acta Derm Venerol*. 2015;Accepted.
115. Alfonso JH, Lovseth EK, Samant Y, Holm JO. Work-related skin diseases in Norway may be underreported: data from 2000 to 2013. *Contact dermatitis*. 2015.
116. Hougaard MG, Winther L, Sosted H, Zachariae C, Johansen JD. Occupational skin diseases in hairdressing apprentices - has anything changed? *Contact dermatitis*. 2015;72(1):40-6.

117. Antonov D. Wet work and occlusion. In: Rustemeyer T EP, John SM., Maibach H., editor. *Kanerva's Occupational Dermatology*. 2. Second edition ed: Springer; 2012. p. 840-6.
118. Meding B, Lindahl G, Alderling M, Wrangsjo K, Anveden Berglind I. Is skin exposure to water mainly occupational or nonoccupational? A population-based study. *The British journal of dermatology*. 2013;168(6):1281-6.
119. Haldorsen T, Andersen A, Boffetta P. Smoking-adjusted incidence of lung cancer by occupation among Norwegian men. *Cancer causes & control : CCC*. 2004;15(2):139-47.
120. Aasen TO, Kongerud J. Arbeidsrelatert astma - diagnostikk og oppfølging. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014;134(20):1955-9.
121. Fell AK, Aasen TO, Kongerud J. Arbeidsrelatert kols. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014;134(22):2158-63.
122. Dreyer L, Andersen A, Pukkala E. Avoidable cancers in the Nordic countries. *Occupation. APMIS Supplementum*. 1997;76:68-79.
123. Skogstad M, Kjaerheim K, Fladseth G, Molander P. Røykeforbud på serveringssteder og luftveissymptomer blant ansatte. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2011;131(21):2119-21.
124. Poulsen OM, Breum NO, Ebbenhøj N, Hansen ÅM, Ivens UI, van Lelieveld D, et al. Sorting and recycling of domestic waste. Review of occupational health problems and their possible causes. *Science of the total environment*. 1995;168(1):33-56.
125. Heldal KK, Madso L, Huser PO, Eduard W. Exposure, symptoms and airway inflammation among sewage workers. *Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM*. 2010;17(2):263-8.
126. Mulloy KB. Sewage workers: toxic hazards and health effects. *Occupational medicine (Philadelphia, Pa)*. 2000;16(1):23-38.
127. Winge S. Arbeidstakere blant utenlandske arbeidstakere. Trondheim: Arbeidstilsynet, 2012 2/2012.
128. Winge SM, B.A; Sjøberg, M. Arbeidsskadedødsfall 2009-2014 og en analyse av årsakssammenhenger til arbeidsskadedødsfall i fire næringer. Trondheim: Arbeidstilsynet, 2015.
129. Wergeland E, Gjertsen F, Lund J. Arbeidsskadedødsfall blir underrapportert. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. 2009;129(10):981-6.
130. Labriola M, Feveile H, Christensen KB, Stroyer J, Lund T. The impact of ergonomic work environment exposures on the risk of disability pension: Prospective results from DWECS/DREAM. *Ergonomics*. 2009;52(11):1419-22.
131. Lahelma E, Laaksonen M, Lallukka T, Martikainen P, Pietilainen O, Saastamoinen P, et al. Working conditions as risk factors for disability retirement: a longitudinal register linkage study. *BMC public health*. 2012;12:309.
132. Hagen KB, Tambs K, Bjerkedal T. A prospective cohort study of risk factors for disability retirement because of back pain in the general working population. *Spine*. 2002;27(16):1790-6.
133. Albertsen K, Lund T, Christensen KB, Kristensen TS, Villadsen E. Predictors of disability pension over a 10-year period for men and women. *Scandinavian journal of public health*. 2007;35(1):78-85.
134. Tuchsén F, Feveile H, Christensen KB, Krause N. The impact of self-reported exposure to whole-body-vibrations on the risk of disability pension among men: a 15 year prospective study. *BMC public health*. 2010;10:305.
135. Krause N, Lynch J, Kaplan GA, Cohen RD, Goldberg DE, Salonen JT. Predictors of disability retirement. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 1997;23(6):403-13.
136. da Costa BR, Vieira ER. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. *American Journal of Industrial Medicine*. 2010;53(3):285-323.
137. Zapf D. Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human resource management review*. 2002;12(2):237-68.
138. Mantyniemi A, Oksanen T, Salo P, Virtanen M, Sjosten N, Pentti J, et al. Job strain and the risk of disability pension due to musculoskeletal disorders, depression or coronary heart disease: a prospective cohort study of 69,842 employees. *Occupational and environmental medicine*. 2012;69(8):574-81.
139. Ahola K, Virtanen M, Honkonen T, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J. Common mental disorders and subsequent work disability: a population-based Health 2000 Study. *Journal of affective disorders*. 2011;134(1):365-72.
140. Canivet C, Choi B, Karasek R, Moghaddassi M, Staland-Nyman C, Östergren P-O. Can high psychological job demands, low decision latitude, and high job strain predict disability pensions? A 12-year follow-up of middle-aged

- Swedish workers. *International archives of occupational and environmental health*. 2013;86(3):307-19.
141. Laine S, Gimeno D, Virtanen M, Oksanen T, Vahtera J, Elovainio M, et al. Job strain as a predictor of disability pension: the Finnish Public Sector Study. *Journal of epidemiology and community health*. 2009;63(1):24-30.
 142. Vahtera J, Kivimäki M, Forma P, Wikström J, Halmesmaki T, Linna A, et al. Organisational downsizing as a predictor of disability pension: the 10-town prospective cohort study. *Journal of epidemiology and community health*. 2005;59(3):238-42.
 143. Demerouti E, Blanc, P.M. Le, Bakker, A.B., Schaufeli, W.B. & Hox, J. . Present but sick : a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*. 2009;14(1):50-68.
 144. Gustafsson K, Marklund S. Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: a Swedish prospective cohort study. *International journal of occupational medicine and environmental health*. 2011;24(2):153-65.
 145. Conway PM, Hogh A, Rugulies R, Hansen AM. Is sickness presenteeism a risk factor for depression? A Danish 2-year follow-up study. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2014;56(6):595-603.
 146. Taloyan M, Aronsson G, Leineweber C, Magnusson Hanson L, Alexanderson K, Westerlund H. Sickness presenteeism predicts suboptimal self-rated health and sickness absence: a nationally representative study of the Swedish working population. *PloS one*. 2012;7(9):e44721.
 147. Hansen CD, Andersen JH. Sick at work--a risk factor for long-term sickness absence at a later date? *Journal of epidemiology and community health*. 2009;63(5):397-402.
 148. Bergstrom G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G, Josephson M. Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2009;51(6):629-38.
 149. Ellingsen J. Utviklingen i uførepensjon per 30. september 2014. Oslo: Nav, 2014.
 150. Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K. Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. *Social science & medicine*. 1999;48(1):7-19.
 151. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social science & medicine*. 1999;48(1):61-76.
 152. Campos-Serna J, Ronda-Perez E, Artazcoz L, Moen BE, Benavides FG. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *International journal for equity in health*. 2013;12(1):57.
 153. Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Explanations for gender differences in sickness absence: evidence from middle-aged municipal employees from Finland. *Occupational and environmental medicine*. 2008;65(5):325-30.
 154. Laaksonen M, Mastekaasa A, Martikainen P, Rahkonen O, Piha K, Lahelma E. Gender differences in sickness absence--the contribution of occupation and workplace. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2010;36(5):394-403.
 155. Labriola M, Holte KA, Christensen KB, Feveile H, Alexanderson K, Lund T. The attribution of work environment in explaining gender differences in long-term sickness absence: results from the prospective DREAM study. *Occupational and environmental medicine*. 2011;68(9):703-5.
 156. Mastekaasa A, Dale-Olsen H. Do women or men have the less healthy jobs? An analysis of gender differences in sickness absence. *Eur Sociol Rev*. 2000;16(3):267-86.
 157. Mastekaasa A, Olsen KM. Gender, absenteeism, and job characteristics - A fixed effects approach. *Work Occupation*. 1998;25(2):195-228.
 158. Smeby L, Bruusgaard D, Claussen B. Sickness absence: could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health? *Scandinavian journal of public health*. 2009;37(7):674-81.
 159. Josephson M, Pernold G, Ahlberg-Hulten G, Harenstam A, Theorell T, Vingard E, et al. Differences in the association between psychosocial work conditions and physical work load in female- and male-dominated occupations. MUSIC-Norrtälje Study Group. *American Industrial Hygiene Association journal*. 1999;60(5):673-8.
 160. Hooftman WE, van der Beek AJ, Bongers PM, van Mechelen W. Gender differences in self-reported physical and psychosocial exposures in jobs with both female and male workers. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2005;47(3):244-52.

161. Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. The effect of occupational and workplace gender composition on sickness absence. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2012;54(2):224-30.
162. Head J, Kivimaki M, Siegrist J, Ferrie JE, Vahtera J, Shipley MJ, et al. Effort-reward imbalance and relational injustice at work predict sickness absence: the Whitehall II study. *J Psychosom Res*. 2007;63(4):433-40.
163. Myklebø S, Thune O. Sykefravær blant gravide (Arbeid og Velferd nr. 2-2010). Oslo: Arbeids-og velferdsetaten. 2010.
164. Verjans M, De Broeck V, Eeckelaert L. OSH in figures: young workers: facts and figures: European Communities; 2007.
165. Kines P, Framke E, Salmi A, Bengtson E. Young workers' occupational safety and health risks in the Nordic countries. 2013.
166. Sandnes T. Ungdoms levekår. Oslo, Kongsvinger: SSB, 2013.
167. Salminen S. Have young workers more injuries than older ones? An international literature review. *Journal of safety research*. 2004;35(5):513-21.
168. Breslin FC, Day D, Tompa E, Irvin E, Bhattacharyya S, Clarke J, et al. Systematic review of risk factors for work injury among youth: Institute for Work & Health Toronto; 2005.
169. Hanvold TN, Wærsted M, Mengshoel AM, Bjertness E, Stigum H, Twisk J, et al. The effect of work-related sustained trapezius muscle activity on the development of neck and shoulder pain among young adults. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2013;39(4):390-400.
170. Merlino LA, Rosecrance JC, Anton D, Cook TM. Symptoms of musculoskeletal disorders among apprentice construction workers. *Applied occupational and environmental hygiene*. 2003;18(1):57-64.
171. Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol*. 2005;34(3):610-22.
172. FAFO-rapport. Atypisk arbeid. Midlertidige ansettelser og deltidsarbeid i Norge. 2004;430.
173. Kristensen TS. Trivsel og produktivitet- to sider af samme sag. HK Danmark, København. 2010.
174. OECD (2013), How's Life? 2013: Measuring Well-being, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264201392-en>
175. Dahl E, Bergli H, Wel KA. Sosial ulikhet i helse : en kunnskapsoversikt, Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. 2014.
176. Engebretsen LS, Kjell G, Salvanes, Vassengen oJF. Midlertidige stillinger – et springbrett til permanente stillinger? Økonomiske analyser 5. SSB 2012.

8 NOA YRKESGRUPPER

OMKODING TIL 46 YRKESGRUPPER BASERT PÅ SSB'S STANDARD FOR YRKESKLASSIFISERING (STYRK) 2008

KODE (NOA)	YRKESTITTEL		YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
1	Toppleder		1111	Politikere	3
1	Toppleder		1112	Toppledere i offentlig administrasjon	5
1	Toppleder		1114	Toppledere i interesseorganisasjoner	10
1	Toppleder		1120	Administrerende direktører	175
2	Leder, tjenesteyting		1411	Hotellsjefer	2
2	Leder, tjenesteyting		1412	Restaurantsjefer	8
2	Leder, tjenesteyting		1420	Varehandelssjefer	125
2	Leder, tjenesteyting		1431	Sports, rekreasjons og kultursenterledere	20
2	Leder, tjenesteyting		1439	Andre daglige ledere i tjenesteytende virksomheter	7
3	Leder, utdanning/helse		1341	Ledere av omsorgstjenester for barn	22
3	Leder, utdanning/helse		1342	Ledere av helsetjenester	21
3	Leder, utdanning/helse		1343	Ledere av eldreomsorg	4
3	Leder, utdanning/helse		1344	Ledere av sosialomsorg	13
3	Leder, utdanning/helse		1345	Ledere av utdanning og undervisning	39
4	Leder, industri/bygg		1311	Ledere i skogbruk, gartnerier mv.	2
4	Leder, industri/bygg		1312	Ledere innen akvakultur mv.	2
4	Leder, industri/bygg		1321	Ledere av industriproduksjon mv.	58
4	Leder, industri/bygg		1322	Ledere av olje og gassutvinning mv.	20
4	Leder, industri/bygg		1323	Ledere av bygge og anleggsvirksomhet	26
4	Leder, industri/bygg		1324	Ledere av logistikk og transport mv.	42
5	Leder, andre sektorer		110	Offiserer fra fenrik og høyere grad	12
5	Leder, andre sektorer		1211	Finans og økonomisjefer	32

KODE (NOA)	YRKESTITTEL		YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
5	Leder, andre sektorer		1212	Personalsjefer	33
5	Leder, andre sektorer		1213	Strategi og planleggingssjefer	1
5	Leder, andre sektorer		1219	Andre administrative ledere	76
5	Leder, andre sektorer		1221	Salgs og markedssjefer	67
5	Leder, andre sektorer		1222	PR og informasjonssjefer	7
5	Leder, andre sektorer		1223	Forsknings og utviklingsledere	10
5	Leder, andre sektorer		1330	Ledere av IKT-enheter	38
5	Leder, andre sektorer		1346	Ledere av forsikring og finansvirksomhet	23
5	Leder, andre sektorer		1349	Andre ledere av produksjon og tjenesteyting	39
5	Leder, andre sektorer		3422	Trenere og idrettsdommere	12
5	Leder, andre sektorer		3423	Sports og aktivitetsinstruktører	5
6	Sivilingeniør o.l.		2111	Fysikere og astronomer	2
6	Sivilingeniør o.l.		2112	Meteorologer	1
6	Sivilingeniør o.l.		2113	Kjemikere	2
6	Sivilingeniør o.l.		2114	Geologer og geofysikere	24
6	Sivilingeniør o.l.		2120	Matematikere, statistikere mv.	8
6	Sivilingeniør o.l.		2131	Biologer, botanikere, zoologer mv.	5
6	Sivilingeniør o.l.		2132	Sivilagronomer mv.	5
6	Sivilingeniør o.l.		2133	Miljøvernrådgivere	5
6	Sivilingeniør o.l.		2141	Sivilingeniører industri og produksjon	5
6	Sivilingeniør o.l.		2142	Sivilingeniører bygg og anlegg	28
6	Sivilingeniør o.l.		2144	Sivilingeniører maskin og marinteknikk	21
6	Sivilingeniør o.l.		2145	Sivilingeniører kjemi	1
6	Sivilingeniør o.l.		2146	Sivilingeniører geofag, petroleumsteknologi, metallurgi mv.	39
6	Sivilingeniør o.l.		2149	Andre sivilingeniører unntatt elektroteknologi	53
6	Sivilingeniør o.l.		2151	Sivilingeniører elkraftteknikk	9
6	Sivilingeniør o.l.		2152	Sivilingeniører elektronikk	10

KODE (NOA)	YRKESTITTEL	YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
6	Sivilingeniør o.l.	2153	Sivilingeniører telekommunikasjon	1
6	Sivilingeniør o.l.	2161	Sivilarkitekter	35
6	Sivilingeniør o.l.	2162	Landskapsarkitekter	7
6	Sivilingeniør o.l.	2163	Produkt og klesdesignere	9
6	Sivilingeniør o.l.	2164	Arealplanleggere	13
6	Sivilingeniør o.l.	2165	Landmålere, kartografer mv.	8
6	Sivilingeniør o.l.	2166	Grafiske og multimediasdesignere	22
7	IKT-rådgiver/-tekniker	2511	Systemanalytikere/arkitekter	81
7	IKT-rådgiver/-tekniker	2512	Programvareutviklere	37
7	IKT-rådgiver/-tekniker	2513	Nett og multimedautviklere	3
7	IKT-rådgiver/-tekniker	2514	Applikasjonsprogrammerere	1
7	IKT-rådgiver/-tekniker	2519	Andre programvare og applikasjonsutviklere	72
7	IKT-rådgiver/-tekniker	2521	Databasedesignere og administratorer	4
7	IKT-rådgiver/-tekniker	2522	Systemadministratorer	6
7	IKT-rådgiver/-tekniker	2529	Sikkerhetsanalytikere mv.	6
7	IKT-rådgiver/-tekniker	3511	Driftsteknikere, IKT	27
7	IKT-rådgiver/-tekniker	3512	Brukerstøtte, IKT	6
7	IKT-rådgiver/-tekniker	3513	Nettverks og systemteknikere, IKT	1
7	IKT-rådgiver/-tekniker	3514	Internett-teknikere	1
7	IKT-rådgiver/-tekniker	3521	Teknikere innen radio og tv	4
7	IKT-rådgiver/-tekniker	3522	Teknikere innen telekom.	4
8	Revisor/finansrådgiver	2411	Revisorer, regnskapsrådgivere	99
8	Revisor/finansrådgiver	2412	Finans og investeringsrådgivere	43
8	Revisor/finansrådgiver	2413	Finansanalytikere	48
9	Lege o.l.	2211	Allmennpraktiserende leger	69
9	Lege o.l.	2212	Legespesialister	26
9	Lege o.l.	2250	Veterinærer	6

KODE (NOA)	YRKESTITTEL		YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
9	Lege o.l.		2261	Tannleger	12
9	Lege o.l.		2262	Farmasøyter	10
9	Lege o.l.		2634	Psykologer	28
10	Rådgiver admin/samf/jus		2263	Helse og miljørådgivere	6
10	Rådgiver admin/samf/jus		2421	Organisasjonsrådgivere mv.	29
10	Rådgiver admin/samf/jus		2422	Høyere saksbehandlere i offentlig og privat virksomhet	274
10	Rådgiver admin/samf/jus		2423	Personal og karriererådgivere	56
10	Rådgiver admin/samf/jus		2424	Rådgivere innen kompetanseutvikling	1
10	Rådgiver admin/samf/jus		2611	Jurister og advokater	37
10	Rådgiver admin/samf/jus		2612	Dommere	9
10	Rådgiver admin/samf/jus		2619	Andre juridiske yrker	2
10	Rådgiver admin/samf/jus		2621	Arkivarer og kuratorer	16
10	Rådgiver admin/samf/jus		2622	Bibliotekarer og andre informasjonsarbeidere	18
10	Rådgiver admin/samf/jus		2631	Rådgivere/forskere, samfunnsøkonomi	10
10	Rådgiver admin/samf/jus		2632	Rådgivere/forskere, samfunnsvitenskap	1
10	Rådgiver admin/samf/jus		2633	Rådgivere/forskere, humanistiske fag	3
10	Rådgiver admin/samf/jus		2636	Geistlige yrker	14
10	Rådgiver admin/samf/jus		2643	Øversettere, tolker mv.	9
10	Rådgiver admin/samf/jus		3257	Helse og miljøkontrollører	29
11	Lektor/pedagog		2310	Universitets og høyskolelektorer	90
11	Lektor/pedagog		2320	Yrkesfaglærere	5
11	Lektor/pedagog		2330	Lektorer mv. videregående skole	141
11	Lektor/pedagog		2351	Spesialister i pedagogikk	29
11	Lektor/pedagog		2352	Spesiallærere, spesialpedagoger	33
11	Lektor/pedagog		5165	Kjøreskolelærere	9
12	Grunnskolelærer		2341	Grunnskolelærere	294
12	Grunnskolelærer		2354	Andre musikk lærere	4

KODE (NOA)	YRKESTITTEL	YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
12	Grunnskolelærer	2356	Andre IKT-lærere	1
12	Grunnskolelærer	2359	Andre lærere	24
13	Førskolelærer	2342	Førskolelærere	121
14	Sykepleier	2221	Spesialsykepleiere	74
14	Sykepleier	2222	Jordmødre	9
14	Sykepleier	2223	Sykepleiere	202
15	Fysioterapeut o.l.	2264	Fysioterapeuter	45
15	Fysioterapeut o.l.	2265	Ernæringsfysiologer	8
15	Fysioterapeut o.l.	2266	Audiografer og logopeder	3
15	Fysioterapeut o.l.	2267	Ergoterapeuter	10
15	Fysioterapeut o.l.	2269	Kiropraktorer mv.	4
15	Fysioterapeut o.l.	3211	Radiografer mv.	12
16	Vernepleier/sosialarbeider	2224	Vernepleiere	61
16	Vernepleier/sosialarbeider	2635	Rådgivere innen sosiale fagfelt	30
16	Vernepleier/sosialarbeider	3412	Miljøarbeidere innen sosiale fagfelt	61
17	Ingeniør	311	Ingeniører	1
17	Ingeniør	3112	Bygningsingeniører	50
17	Ingeniør	3113	Elkraftingeniører	19
17	Ingeniør	3114	Elektronikkingeniører	33
17	Ingeniør	3115	Maskiningeniører	30
17	Ingeniør	3116	Kjemiingeniører	2
17	Ingeniør	3117	Ingeniører innen petroleum, bergverk og metallurgi	42
17	Ingeniør	3119	Andre ingeniører	54
17	Ingeniør	3131	Energikontrolloperatører	5
17	Ingeniør	3132	Kontrolloperatører ved forbrennings kjøle og vannrenseanlegg mv.	6
17	Ingeniør	3134	Kontrolloperatører ved olje og naturgassraffineringsanlegg	14
17	Ingeniør	3141	Bioteknikere ikke-medisinske laboratorier	1

KODE (NOA)	YRKESTITTEL	YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
17	Ingeniør	3142	Agroteknikere	2
17	Ingeniør	3143	Skogteknikere	3
17	Ingeniør	3155	Teknikere innen luftfartssikkerhet	6
18	Skipsbefal/flyger	3152	Dekksøffiserer og losere	38
18	Skipsbefal/flyger	3153	Flygere	12
18	Skipsbefal/flyger	3154	Flygeledere	6
19	Profesjonell kunstner	2641	Forfattere mv.	15
19	Profesjonell kunstner	2652	Dirigenter, komponister, musikere og sangere	25
19	Profesjonell kunstner	2653	Koreografer og dansere	2
19	Profesjonell kunstner	2654	Regissører	13
19	Profesjonell kunstner	2655	Skuespillere	3
19	Profesjonell kunstner	2656	Programledere i TV og radio	3
19	Profesjonell kunstner	3421	Idrettsutøvere	2
19	Profesjonell kunstner	3431	Fotografer og filmfotografer	10
20	Kommunikasjonsyrker	2431	Reklame og markedsføringsrådgivere	27
20	Kommunikasjonsyrker	2432	Informasjonsrådgivere	27
20	Kommunikasjonsyrker	2642	Journalister	28
20	Kommunikasjonsyrker	3413	Religiøse yrker	15
21	Salgsagent/megler	3311	Finansmeglere	11
21	Salgsagent/megler	3312	Kundebehandlere lån og kreditt	63
21	Salgsagent/megler	3315	Takstmenn	11
21	Salgsagent/megler	3321	Forsikringsagenter	32
21	Salgsagent/megler	3323	Innkjøpere	25
21	Salgsagent/megler	3324	Handels og skipsmeglere	4
21	Salgsagent/megler	3331	Speditører og befraktere	10
21	Salgsagent/megler	3332	Konferanse og arrangementsplanleggere mv.	5
21	Salgsagent/megler	3334	Eiendomsmeglere og –forvaltere	26

KODE (NOA)	YRKESTITTEL		YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
22	Saksbehandler		3313	Regnskapsførere	94
22	Saksbehandler		3333	Arbeidsformidlere	7
22	Saksbehandler		3352	Skattefunksjonærer	2
22	Saksbehandler		3353	Saksbehandlere innen sosiale ytelser	31
22	Saksbehandler		3354	Saksbehandlere for førerkort, importlisenser mv.	1
23	Andre helserelevante yrker		3212	Bioingeniører	34
23	Andre helserelevante yrker		3213	Reseptarer	11
23	Andre helserelevante yrker		3230	Yrker innen alternativ medisin	4
23	Andre helserelevante yrker		3240	Dyrepleiere	2
23	Andre helserelevante yrker		3251	Tannpleiere	2
23	Andre helserelevante yrker		3254	Optikere	5
23	Andre helserelevante yrker		3256	Helsesekretærer	41
23	Andre helserelevante yrker		3259	Andre helseyrker	1
24	Lager-/transportmedarbeider		4321	Lagermedarbeidere og materialforvaltere	75
24	Lager-/transportmedarbeider		4322	Logistikkmedarbeidere	23
24	Lager-/transportmedarbeider		4323	Transportfunksjonærer	23
24	Lager-/transportmedarbeider		8344	Truckførere	7
24	Lager-/transportmedarbeider		8350	Dekks og maskinmannskap skip	11
24	Lager-/transportmedarbeider		9321	Håndpakkere mv.	1
24	Lager-/transportmedarbeider		9333	Laste og lossearbeidere	3
24	Lager-/transportmedarbeider		9334	Varepåfyllere	1
24	Lager-/transportmedarbeider		9510	Reklamedistributører mv.	1
24	Lager-/transportmedarbeider		9621	Bud mv.	6
24	Lager-/transportmedarbeider		9622	Altmuligmann	2
24	Lager-/transportmedarbeider		9629	Andre hjelpearbeidere	2
25	Kontomedarbeider		3341	Arbeidsledere for kontorpersonell	22
25	Kontomedarbeider		3342	Advokatsekretær	4

KODE (NOA)	YRKESTITTEL		YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
25	Kontomedarbeider		3343	Sjefssekretærer	19
25	Kontomedarbeider		3359	Andre yrker innen offentlig forvaltning	5
25	Kontomedarbeider		4110	Kontomedarbeidere	177
25	Kontomedarbeider		4131	Stenografer mv.	1
25	Kontomedarbeider		4132	Dataregistrere	3
25	Kontomedarbeider		4311	Regnskapsmedarbeidere	61
25	Kontomedarbeider		4313	Lønningsmedarbeidere	8
25	Kontomedarbeider		4415	Arkivassistenter	1
25	Kontomedarbeider		4416	Personalkontomedarbeidere	2
26	Kundeserviceyrker		4211	Kundebehandlere, bank og postkontor	11
26	Kundeserviceyrker		4212	Bingoverter, bookmakere mv.	3
26	Kundeserviceyrker		4214	Inkassomedarbeidere mv.	5
26	Kundeserviceyrker		4221	Reisebyråmedarbeidere mv.	19
26	Kundeserviceyrker		4222	Kundesentermedarbeidere	20
26	Kundeserviceyrker		4223	Sentralbordoperatører	6
26	Kundeserviceyrker		4224	Hotellresepsjonister	4
26	Kundeserviceyrker		4225	Informasjonsskrankemedarbeidere	1
26	Kundeserviceyrker		4226	Resepsjonister ekskl. hotell	27
26	Kundeserviceyrker		4412	Postbud og postsorterere	17
26	Kundeserviceyrker		5111	Flyverter, båtverter mv.	5
26	Kundeserviceyrker		5112	Konduktører	5
26	Kundeserviceyrker		5113	Reiseledere og guider	5
26	Kundeserviceyrker		5163	Begravelsesbyrå og krematoriearbeidere	3
26	Kundeserviceyrker		5169	Andre personlige tjenesteytere	1
26	Kundeserviceyrker		5230	Billettselgere	8
27	Barnehage-/skoleassistent		531	Barnehage- og skoleassistenter mv.	1
27	Barnehage-/skoleassistent		5311	Barnehage og skolefritidsassistenter mv.	211

KODE (NOA)	YRKESTITTEL		YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
27	Barnehage-/skoleassistent		5312	Skoleassistenter	48
28	Kokk, kjøkkenassistent		3434	Sjefskokker	12
28	Kokk, kjøkkenassistent		5120	Kokker	58
28	Kokk, kjøkkenassistent		9412	Kjøkkenassistenter	17
29	Pleie- og omsorgsarbeider		3258	Ambulansepersonell	12
29	Pleie- og omsorgsarbeider		5321	Helsefagarbeidere	271
29	Pleie- og omsorgsarbeider		5322	Hjemmehjelper	23
29	Pleie- og omsorgsarbeider		5329	Andre pleiemedarbeidere	135
30	Servitøryrker		5131	Servitører	45
30	Servitøryrker		5132	Bartendere	16
30	Servitøryrker		5246	Gatekjøkken og kafémedarbeidere mv.	29
31	Mekaniker		3151	Skipsmaskinister	16
31	Mekaniker		7231	Bilmekanikere	45
31	Mekaniker		7232	Mekanikere innen flytekniske fag	12
31	Mekaniker		7233	Anleggsmaskin og industrimekanikere	48
32	Vaktmester		5153	Vaktmestre	80
33	Selger		2433	Salgskonsulenter innen tekniske og medisinske produkter	9
33	Selger		2434	Salgskonsulenter innen IKT-produkter	2
33	Selger		3322	Selgere engros	162
33	Selger		4227	Intervjuere	2
33	Selger		5244	Telefon og nettselgere	18
33	Selger		5249	Andre salgsmedarbeidere	5
34	Butikkmedarbeider		5221	Innehavere av kioskliten butikk	1
34	Butikkmedarbeider		5222	Butikkavdelingssjefer	14
34	Butikkmedarbeider		5223	Butikkmedarbeidere	373
34	Butikkmedarbeider		5245	Servicemedarbeidere bensinstasjon	2
35	Politi/vakt o.l.		210	Befal med sersjant grad	5

KODE (NOA)	YRKESTITTEL		YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
35	Politi/vakt o.l.		310	Menige	4
35	Politi/vakt o.l.		3351	Tollere	2
35	Politi/vakt o.l.		3355	Politibetjenter mv.	41
35	Politi/vakt o.l.		3411	Privatetterforskere mv.	2
35	Politi/vakt o.l.		5411	Brannkonstabler	8
35	Politi/vakt o.l.		5413	Fengselsbetjenter	19
35	Politi/vakt o.l.		5414	Vektene	32
35	Politi/vakt o.l.		5419	Andre sikkerhetsarbeidere	6
35	Politi/vakt o.l.		7541	Yrkesdykkere	2
36	Bonde/fisker		5164	Dyrepassere og –trenere mv.	2
36	Bonde/fisker		6111	Korn og grønnsaksprodusenter	9
36	Bonde/fisker		6113	Gartnere	15
36	Bonde/fisker		6121	Melke og husdyrprodusenter	90
36	Bonde/fisker		6122	Egg og fjærfeprodusenter	2
36	Bonde/fisker		6129	Andre dyreoppdrettere og røktere	1
36	Bonde/fisker		6130	Plante og husdyrprodusenter kombinasjonsbruk	16
36	Bonde/fisker		6210	Skogbrukere	8
36	Bonde/fisker		6221	Havbruksarbeidere	4
36	Bonde/fisker		6222	Fiskere	11
36	Bonde/fisker		6224	Fangstfolk	1
36	Bonde/fisker		8341	Jordbruks og skogbruksmaskinførere	1
36	Bonde/fisker		9215	Hjelpearbeidere i skogbruk	1
37	Elektriker o.l.		7411	Elektrikere	96
37	Elektriker o.l.		7412	Automatikere	25
37	Elektriker o.l.		7413	Energimontører	10
37	Elektriker o.l.		7421	Serviceelektronikere	2
37	Elektriker o.l.		7422	Tele og IKT-installatører	13

KODE (NOA)	YRKESTITTEL		YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
38	Tømrer		7115	Tømrere og snekkere	143
38	Tømrer		8172	Operatører innen trelastproduksjon	12
39	Byggearbeider		7112	Murere	5
39	Byggearbeider		7119	Andre bygningsarbeidere	8
39	Byggearbeider		7121	Taktekkere	4
39	Byggearbeider		7122	Gulv og flisleggere	8
39	Byggearbeider		7124	Isolatører mv.	1
39	Byggearbeider		7125	Glassarbeidere	3
39	Byggearbeider		7126	Rørleggere og VVS-montører	42
39	Byggearbeider		7127	Kuldemontører mv.	10
39	Byggearbeider		7131	Malere og byggtapetsere	16
39	Byggearbeider		7132	Overflatebehandlere og lakkerere	11
40	Anleggsarbeider		3121	Arbeidsleder, bergfag	1
40	Anleggsarbeider		3123	Arbeidsleder, bygg og anlegg	22
40	Anleggsarbeider		7113	Steinhoggere mv.	2
40	Anleggsarbeider		7114	Betongarbeidere	15
40	Anleggsarbeider		7542	Skytebaser og sprengningsarbeidere	1
40	Anleggsarbeider		8342	Anleggsmaskinførere	41
40	Anleggsarbeider		8343	Kran og heisførere mv.	11
40	Anleggsarbeider		9311	Hjelpearbeidere i bergverk	1
40	Anleggsarbeider		9312	Hjelpearbeidere i anlegg	5
41	Metallarbeider		721	Støpere, sveisere, platearbeidere mv.	1
41	Metallarbeider		3135	Kontrolloperatører innen metallproduksjon	1
41	Metallarbeider		7211	Støpere	1
41	Metallarbeider		7212	Sveisere	15
41	Metallarbeider		7213	Kopper og blikkenslagere	17
41	Metallarbeider		7214	Platearbeidere	12

KODE (NOA)	YRKESTITTEL		YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
41	Metallarbeider		7215	Riggere og spleisere	1
41	Metallarbeider		7223	Metalldreiere mv.	10
41	Metallarbeider		7224	Metallslipere	2
42	Presisjonshåndverker		2651	Skulptører, kunstmalere og andre billedkunstnere	5
42	Presisjonshåndverker		3118	Tekniske tegnere	13
42	Presisjonshåndverker		3214	Protese og tannteknikere	6
42	Presisjonshåndverker		3432	Interiørdesignere og dekoratører	6
42	Presisjonshåndverker		3439	Andre yrker innen estetiske fag	6
42	Presisjonshåndverker		5141	Frisører	29
42	Presisjonshåndverker		5142	Kosmetologer mv.	10
42	Presisjonshåndverker		7222	Verktøymaker, låsesmeder mv.	5
42	Presisjonshåndverker		7311	Presisjonsinstrumentmakere og reparatører	3
42	Presisjonshåndverker		7312	Musikkinstrumentmakere og stemmere	1
42	Presisjonshåndverker		7313	Gull og sølvsmeder, gravører mv.	3
42	Presisjonshåndverker		7314	Keramikere mv.	1
42	Presisjonshåndverker		7318	Vevere, strikkere mv. innen husflidsproduksjon	3
42	Presisjonshåndverker		7321	Førtrykkere	3
42	Presisjonshåndverker		7322	Trykkere	5
42	Presisjonshåndverker		7522	Møbelsnekkere	6
42	Presisjonshåndverker		7531	Skreddere, buntmakere mv.	1
42	Presisjonshåndverker		7534	Møbeltapetsere mv.	4
42	Presisjonshåndverker		7549	Andre håndverkere	4
43	Operatør næringsmidler		7511	Slaktere, fiskehandlere mv.	10
43	Operatør næringsmidler		7512	Bakere, konditorer mv.	11
43	Operatør næringsmidler		8160	Operatører innen næringsmiddelproduksjon	39
44	Operatør industri		3122	Arbeidsleder, industri	6
44	Operatør industri		7543	Produkttestere ikke matprodukter	3

KODE (NOA)	YRKESTITTEL		YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
44	Operatør industri		8113	Operatører innen boring mv.	29
44	Operatør industri		8114	Operatører innen produksjon av betong mv.	2
44	Operatør industri		8121	Operatører innen metallurgiske prosessfag	20
44	Operatør industri		8131	Operatører innen kjemisk industri	13
44	Operatør industri		8132	Operatører innen produksjon av foto film og –papir mv.	1
44	Operatør industri		8141	Operatører innen produksjon av gummiprodukter	1
44	Operatør industri		8142	Operatører innen plastprodukter	5
44	Operatør industri		8143	Operatører innen papirprodukter	1
44	Operatør industri		8152	Operatører innen tekstilproduksjon mv.	2
44	Operatør industri		8153	Industriisere	4
44	Operatør industri		8171	Operatører innen treforedling	8
44	Operatør industri		8181	Operatører innen glass og keramisk produksjon	1
44	Operatør industri		8182	Fyrkjele og turbinoperatører	2
44	Operatør industri		8183	Pakke, tappe og etikettmaskinoperatører	2
44	Operatør industri		8189	Andre stasjonære maskinoperatører	1
44	Operatør industri		8211	Montører av mekaniske produkter	5
44	Operatør industri		8212	Montører av elektriske og elektroniske produkter	3
44	Operatør industri		8219	Andre montører	1
44	Operatør industri		9329	Andre hjelpearbeidere i industri	6
44	Operatør industri		9611	Renovasjonsarbeidere	13
44	Operatør industri		9612	Gjenvinningsarbeidere	3
45	Sjåføryrker		8311	Lokomotiv og T-baneførere	6
45	Sjåføryrker		8322	Bil, drosje og varebilførere	46
45	Sjåføryrker		8331	Bussjåfører og trikkeførere	43
45	Sjåføryrker		8332	Lastebil og trailersjåfører	64
46	Renholder		5151	Renholdsledere i bedrifter	13
46	Renholder		5152	Husholdere	1

KODE (NOA)	YRKESTITTEL		YRKESGRUPPE (NOA)	SSB-YRKESTITTEL	ANTALL I LKU 2013
46	Renholder		7133	Feiere, fasaderenholdere mv.	3
46	Renholder		7544	Desinfeksjonsarbeidere og skadedyrbekjempere	2
46	Renholder		8157	Renseri og vaskerimaskinoperatører	7
46	Renholder		9111	Renholdere i private hjem	2
46	Renholder		9112	Renholdere i bedrifter	108
46	Renholder		9122	Bilvaskere	5
46	Renholder		9613	Gatefeiere mv.	1

9 LISTE OVER TABELLER

1.1.1	Utvalgte arbeidsmiljøfaktorerens betydning for helseutfall (tilskrivbar risiko)	29
1.3.1	Teknologi og overvåking av norske yrkesaktive (SSB, LKU 2013)	39
1.3.2	Midlertidige ansettelser* i EU-landene 2003–2013 (Eurostat)	40
2.1.1	Virksomhetsstørrelse basert på antall ansatte, etter næring (SSB, Statistikkbanken 2009)	45
2.2.1	Sysselsetting og arbeidstid * i EU-landene 2003–2013 (Eurostat)	48
2.5.1	Sysselsatte i alt og sysselsatte innvandrere (15–74 år) i 4. kvartal 2013, etter verdensregion (absolutte tall og i prosent) (SSB, Registerbasert sysselsettingsstatistikk) ..	56
2.5.2	Prosentandel av sysselsatte i alt og sysselsatte innvandrere (15–74 år) i 4. kvartal 2013, etter yrke (SSB, Registerbasert sysselsettingsstatistikk)	57
2.5.3	Lønnstakere som ikke er registrert bosatt, etter næring (SN2007; SSB, 2013)	58
2.5.4	Tilsyn mot sosial dumping 2008–2013 (Arbeidstilsynet)	59
2.5.5	Nasjonal tilsynsaktivitet mot sosial dumping, etter hovednæring (Arbeidstilsynet)	60
3.1.1	Ulike arbeidstidsordninger blant yrkesaktive etter kjønn og alder (SSB, AKU 2013)	64
3.1.2	Ulike arbeidstidsordninger blant yrkesaktive etter utdanningslengde (SSB, AKU 2013)	64
3.1.3	Bruk av ny teknologi et par dager i uken eller oftere, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)	68
3.2.1	Prosentandel som rapporterer psykososial eksponering, etter alder og kjønn (SSB, LKU 2013)	73
3.2.2	Prosentandel som rapporterer psykososial eksponering, etter utdanning (SSB, LKU 2013)	73
4.1.1	Prosentandel som har en langvarig sykdom eller helseproblem, etter alder og kjønn (SSB, LKU 2013)	91
4.1.2	Prosentandel av de yrkesaktive som de siste 12 månedene har hatt fysiske eller psykiske helseproblemer som enten skyldes eller har blitt forverret av arbeidet, etter alder og kjønn (SSB, AKU-tillegg 2013)	91
4.1.3	Prosentandel med ulike typer helseproblemer de siste 12 månedene (SSB, AKU-tillegg 2013)	92
4.2.1	Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært litt, ganske eller svært plaget av smerter (totalt og arbeidsrelatert), etter alder og kjønn (SSB, LKU 2013)	96
4.2.2	Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært litt, ganske eller svært plaget av smerter (totalt og arbeidsrelatert), etter utdanning (SSB, LKU 2013)	96
4.2.3	Mekanisk eksponering, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)	105
4.2.4	Mekanisk eksponering etter utdanningslengde (SSB, LKU 2013)	105
4.3.1	Prosentandel yrkesaktive som oppgir psykiske plager siste måned, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)	112
4.3.2	Prosentandel yrkesaktive som oppgir psykiske plager siste måned, etter kjønn og utdanning (SSB, LKU 2013)	113
4.4.1	Hørselstap og funksjon (WHO, 1991)	118
4.4.2	Eksempler på lydstyrken til ulike lydkilder	119

4.4.3	Eksponering for sterk støy og nedsatt hørsel eller øresus, etter kjønn og alder (%) (SSB, LKU 2013)	122
4.4.4	Eksponering for sterk støy og nedsatt hørsel eller øresus, etter kjønn og utdanning (SSB, LKU 2013)	122
4.5.1	Prosentandel som oppgir å være litt plaget eller mer av hudplager, etter alder og kjønn (SSB, LKU 2013)	125
4.5.2	Prosentandel som oppgir ulike hudeksponeringer i en liten del av tiden eller mer, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)	129
4.5.3	Prosentandel som oppgir ulike hud-eksponeringer en liten del av tiden eller mer, etter utdanning og kjønn (SSB, LKU 2013)	129
4.6.1	Prosentandel som oppgir å være litt plaget eller mer av luftveisplager, etter kjønn og utdanning (SSB, LKU 2013)	133
4.6.2	Prosentandel som oppgir å være litt plaget eller mer av luftveisplager, etter kjønn og utdanning (SSB, LKU 2013)	133
4.6.3	Prosentandel av alle yrkesaktive som opplever ulike eksponeringsforhold, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)	140
4.6.4	Prosentandel som opplever ulike eksponeringsforhold, etter kjønn og utdanning (SSB, LKU 2013)	140
4.6.5	Prosentandel som oppgir å være utsatt for biologisk materiale i en fjerdedel av arbeidstiden eller mer (SSB, LKU 2013)	144
4.7.1	Årlig risiko for arbeidsskade i prosent, etter alder og kjønn (SSB, AKU-tillegg 2013)	150
4.8.1	Antall tapte dagsverk per 1000, 4 kv 2006-2014 (NAV)	154
4.8.2	Personer (18-67 år) med uførepensjon pr. 31.03.2004 – 31.03.2013. Antall kvinner og menn og som andel av befolkningen (NAV)	155
4.8.3	Prosentandel av alle yrkesaktive som oppgir at de har hatt arbeidsrelatert-/ikke arbeidsrelatert legemeldt/egenmeldt sykefravær/sykenærvær siste 12 måneder, etter utdanning (SSB, LKU 2013)	158
4.8.4	Prosentandel av alle yrkesaktive som oppgir at de har hatt arbeidsrelatert-/ikke arbeidsrelatert legemeldt/egenmeldt sykefravær/sykenærvær siste 12 måneder, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013)	158
4.8.5	Prosentandel legemeldt sykefravær på 17 dager eller mer i perioden 2010–2013, etter alder og kjønn (NAV)	162
4.8.6	Prosentandel legemeldt sykefravær på 17 dager eller mer ved muskel- og skjelettdiagnoser i perioden 2010–2013, etter alder og kjønn (NAV)	162
4.8.7	Prosentandel legemeldt sykefravær på 17 dager eller mer ved psykiske diagnoser i perioden 2010–2013, etter alder og kjønn (NAV)	162
4.8.8	Oppbrukte sykepengerrettigheter 2010-2013, etter alder og kjønn (antall per 1000 med sykepengerrettigheter) (NAV)	165
4.8.9	Antall nye uførepensjonister 2010–2013, etter alder og kjønn (antall per 1000 med sykepengerrettigheter) (NAV)	167
5.1.1	Opphopning av selvrapporterte helseplager i næringer (relativ risiko)(SSB, LKU 2013)	179
5.1.2	Selvrapporterte helseplager i typiske yrker innenfor helse- og sosialnæringen (relativ risiko) (SSB, LKU 2013)	180

5.1.3	Selvrapporterte helseplager i typiske yrker innenfor bygg og anlegg (Relativ risiko)(SSB, LKU 2013)	181
5.1.4	Selvrapporterte helseplager i typiske yrker innenfor sjåføryrker, transport/lagring og bonde/fisker (relativ risiko)(SSB, LKU 2013)	182
5.1.5	Selvrapporterte helseplager i typiske yrker innenfor overnatting/servering (relativ risiko)(SSB, LKU 2013)	183
5.1.6	Selvrapporterte helseplager blant metallarbeidere, industrioperatører og kontormedarbeidere (relativ risiko)(SSB, LKU 2013).....	184
5.3.1	Prosentandel av alle yrkesaktive med ulike hovedbeskjeftigelser, etter kjønn og alder (SSB, LKU 2013).....	192
5.3.2	Prosentandel som rapporterer arbeidsmiljøeksponering og helseutfall blant kvinner i helse-/sosialsektoren, etter alder (LKU, SSB,2013)	196
5.3.3	Prosentandel som rapporterer arbeidsmiljøeksponering og helseutfall blant menn i bygg og anlegg, etter alder (LKU, SSB,2013)	198
5.4.1	Prosentandel midlertidig ansatte etter type ansettelse (SSB / AKU Statistikkbanken)..	199
5.4.2	Arbeidskontrakt, fagforeningsmedlemskap og manglende kjennskap til HMS-ressurser på arbeidsplassen, etter ansettelsestype (LKU 2013, SSB).....	202

10 LISTE OVER FIGURER


1.3.1	Prosentandel som rapporterer at de siste år har måttet sette seg inn i ny teknologi som krever opplæring, etter næring.....	38
1.3.2	Prosentandel som rapporterer om omorganisering/nedbemanning i egen avdeling, etter næring.....	39
1.3.3	Midlertidige ansettelser, arbeidskontrakter, jobbusikkerhet, deltid og undersyssetting, etter tid.....	40
2.1.1	Sysselsettingens fordeling etter næring siden 1970 (normalårsverk /1000).....	42
2.1.2	Prosentandel av de yrkesaktive fordelt på 18 næringsgrupper etter yrke.....	44
2.1.3	Virksomheter etter antall ansatte og tid.....	46
2.1.4	Antall sysselsatte i næringsgruppen utleie av arbeidskraft 2005–2013.....	46
2.2.1	Personer etter arbeidsstyrkestatus, kjønn, alder, tid og statistikkvariabel.....	48
2.2.2	Prosentvis fordeling av kvinner og menn i yrkesgruppene.....	50
2.2.3	Prosentvis fordeling av ulike aldersgrupper i yrkesgruppene.....	51
2.3.1	Prosentvis fordeling av utdanningsgrupper, etter yrke.....	53
2.4.1	Prosentandel av yrkesaktive med funksjonshemming, etter arbeidsstyrkestatus.....	54
2.4.2	Prosentandel som oppgir langvarig sykdom eller funksjonshemming og eventuelle funksjonsbegrensninger, etter yrke.....	55
2.5.1	Lønnstakere som ikke er registrert bosatt, etter landbakgrunn.....	57
2.5.2	Sysselsatte på korttidsopphold som andel av alle sysselsatte.....	58
3.1.1	Ansatte som jobber utenom ordinær dagtid i hovedarbeidsforholdet, etter kjønn.....	63
3.1.2	Prosentandel som rapporterer å jobbe skift eller turnus, etter yrke.....	65
3.1.3	Prosentandel som rapporterer å jobbe natt, etter yrke.....	66
3.1.4	Prosentandel som rapporterer å jobbe lange uker (45 timer eller mer), etter yrke.....	67
3.1.5	Prosentandel som rapporterer at kravene på jobben går utover privatlivet, etter yrke.....	69
3.2.1	Trender i utvalgte psykososiale arbeidsmiljøfaktorer i perioden 1989–2013.....	71
3.2.2	Prosentandel av alle yrkesaktive som rapporterer høye jobbkrav, etter yrke.....	74
3.2.3	Prosentandel av alle yrkesaktive som rapporterer lav jobbkontroll, etter yrke.....	75
3.2.4	Prosentandel som rapporterer høye jobbkrav og lav jobbkontroll, etter yrke.....	76
3.2.5	Prosentandel som rapporterer høye emosjonelle krav, etter yrke.....	77
3.2.6	Prosentandel som opplever høy grad av rollekonflikt, etter yrke.....	78
3.2.7	Prosentandel som opplever lite støttende lederskap, etter yrke.....	79
3.2.8	Prosentandel som rapporterer at de blir mobbet på jobb, etter yrke.....	80
3.2.9	Prosentandel som rapporterer at de utsettes for seksuell trakassering på jobb, etter yrke.....	81
3.2.10	Prosentandel som siste 12 måneder har opplevd vold eller trusler om vold på jobb, etter yrke.....	82
3.2.11	Prosentandel som opplever ubalanse mellom innsats og belønning, etter yrke.....	83
3.2.12	Prosentandel som rapporterer om omorganisering i egen avdeling, etter yrke.....	84
3.2.13	Prosentandel som rapporterer om nedbemanning i egen avdeling, etter yrke.....	85
3.2.14	Prosentandel som rapporterer jobbusikkerhet, etter yrke.....	86

4.2.1	Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært plaget av smerter (totalt og arbeidsrelatert), etter tid.....	95
4.2.2	Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært plaget av smerter i nakke, skuldre og øvre del av ryggen, etter yrke.....	97
4.2.3	Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært plaget av smerter i korsryggen, etter yrke.....	98
4.2.4	Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært plaget av smerter i albue, underarm eller hender, etter yrke.....	99
4.2.5	Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært plaget av smerter i hofter, ben, knær eller føtter, etter yrke.....	100
4.2.6	Prosentandel som oppgir at de den siste måneden har vært plaget av hodepine eller migrene, etter yrke.....	101
4.2.7	Forekomst av legemeldt sykefravær 17 dager eller mer, muskel og skjelettdiagnoser, etter kjønn og yrke (antall menn/kvinner).....	102
4.2.8	Oppbrukte sykepengere rettigheter, muskel- og skjelettdiagnoser, etter yrke og kjønn (antall per 1000 arbeidstakere).....	103
4.2.9	Prosentandel av alle yrkesaktive som rapporterer mekanisk eksponeringer i perioden 1989–2013 (1/4 av arbeidsdagen).....	104
4.2.10	Prosentandel som oppgir å arbeide med hodet bøyd fremover, etter yrke.....	106
4.2.11	Prosentandel som oppgir at de arbeider med gjentatte, ensidige arm- eller håndbevegelser, etter yrke.....	106
4.2.12	Prosentandel som oppgir å arbeide med hendene løftet i skulderhøyde.....	107
4.2.13	Prosentandel som oppgir å jobbe stående, etter yrke.....	107
4.2.14	Prosentandel som oppgir at de må løfte i ubekvemme stillinger, etter yrke.....	108
4.2.15	Prosentandel som oppgir at de arbeider på huk eller knær, etter yrke.....	108
4.3.1	Legemeldt sykefravær grunnet psykiske lidelser som prosentandel av det totale sykefraværet (sykefraværsværk 3. kvartal 2005–2014).....	109
4.3.2	Yrkesgrupper i fire ulike typer arbeidssituasjoner, etter gruppenes standardiserte gjennomsnittskår på krav og selvbestemmelse.....	111
4.3.3	Prosentandel yrkesaktive med psykiske plager totalt og psykiske plager tilskrevet arbeidet.....	112
4.3.4	Prosentandel med psykiske plager, etter yrke.....	113
4.3.5	Prosentandel som oppgir å være psykisk utmattet etter jobb én dag i uken eller mer, etter yrke.....	114
4.3.6	Prosentandel av yrkesaktive født 1967–1976 som fikk behandling for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten i 2008–2010, etter yrke.....	114
4.3.7	Forekomst av legemeldt sykefravær, 17 dager eller mer, ved psykiske diagnoser, i 2013, etter kjønn og yrke (tall i parentes: antall menn/kvinner).....	115
4.3.8	Oppbrukte sykepengere rettigheter ved psykiske diagnoser i 2013, etter yrke og kjønn (antall per 1000 arbeidstakere).....	116
4.3.9	Prosentandel som oppgir søvnvansker i løpet av siste måned, etter yrke.....	117
4.4.1	Andel yrkesaktive som oppgir nedsatt hørsel eller øresus siste måned, etter yrke.....	120
4.4.2	Antall tilfeller av arbeidsrelaterte støyskader meldt av leger til Arbeidstilsynet.....	121

4.4.3	Antall tilfeller av arbeidsrelaterte støyskader meldt av leger til Arbeidstilsynet, etter yrke.....	121
4.4.4	Antall tilfeller av arbeidsrelaterte støyskader meldt av leger til Arbeidstilsynet, etter kjønn og alder.....	121
4.4.5	Prosentandel som oppgir å være utsatt for sterk støy en fjerdedel av dagen eller mer	123
4.4.6	Prosentandel eksponert for sterk støy, etter yrke.....	123
4.5.1	Trend i forekomsten av hudplager (litt plaget eller mer siste måned) i perioden 1996–2013 (prosentandel av alle yrkesaktive).....	124
4.5.2	Antall tilfeller av arbeidsrelaterte sykdommer i hud og underhud meldt av leger til arbeidstilsynet, etter kjønn og år.....	125
4.5.3	Prosentandel som oppgir å være litt plaget eller mer av hudplager, etter yrke.....	126
4.5.4	Antall legemeldte tilfeller av arbeidsrelatert hudsykdom, fordelt på yrker og kvinner (K) og menn (M).....	127
4.5.5	Kontakteksem blant yrkesaktive født 1967–1976 behandlet i spesialisthelsetjenesten i 2008–2010, etter yrke, 15 på topp, antall pr. tusen.....	128
4.5.6	Promilleandel med sykefravær 17 dager eller mer med huddiagnoser i 2013, etter yrker. Antall arbeidstakere i parentes.....	128
4.5.7	Prosentandel som oppgir hudkontakt med hudirriterende stoffer en liten del av dagen eller mer (enhet for vann på huden er 1/4 av dagen eller mer).....	129
4.5.8	Prosentandel som oppgir å ha vann på huden flere ganger i timen en fjerdedel av tiden eller mer, etter yrke.....	130
4.5.9	Prosentandel som oppgir å være utsatt for hudkontakt med rengjøringsmidler/desinfeksjonsmidler, etter yrke.....	130
4.5.10	Prosentandel som oppgir å være utsatt for hudkontakt med oljer, smøremidler eller skjærevæsker i sitt daglige arbeid, etter yrke.....	131
4.5.11	Prosentandel som oppgir hudkontakt med løsemidler/avfettingsmidler i sitt daglige arbeid, etter yrke.....	131
4.6.1	Prosentandel som oppgir at de er litt plaget eller mer av luftveisplager, per år.....	132
4.6.2	Antall tilfeller av sykdommer i åndedrettet og svulster meldt av leger til Arbeidstilsynet, per år.....	133
4.6.3	Prosentandel som oppgir at de er litt plaget eller mer av luftveisplager, etter næring.....	134
4.6.4	Prosentandel som oppgir at de er litt plaget eller mer av luftveisplager, etter yrke... 134	
4.6.5	Astma blant yrkesaktive født 1967–1976 behandlet i spesialisthelsetjenesten i 2008–2010, etter mest utsatte yrker, antall pr. tusen.....	135
4.6.6	Yrkene med flest legemeldte tilfeller av astma (J45-46, ICD-10), fordelt på kjønn.....	135
4.6.7	KOLS blant yrkesaktive født 1967–1976 behandlet i spesialisthelsetjenesten i 2008–2010, etter mest utsatte yrker, antall pr. tusen.....	136
4.6.8	Yrker med flest legemeldte tilfeller av KOLS (J44, ICD-10), fordelt på kjønn (2005-2013) 136	
4.6.9	Antall tilfeller av arbeidsrelatert astma og arbeidsrelatert KOLS meldt av leger til Arbeidstilsynet, etter alder og kjønn.....	137

4.6.10	Mesoteliomtilfeller (diagnoseår) gitt som insidensrater per 100 000 personår, per kjønn.....	138
4.6.11	Mesoteliomtilfeller (diagnoseår) gitt som aldersspesifikke insidensrater per 100 000 personår for menn, etter aldersgruppe.....	138
4.6.12	Prosentandel som kan se/lukte kjemiske eksponeringsfaktorer i sitt daglige arbeid i en liten del av tiden eller mer.....	139
4.6.13	Prosentandel som oppgir at de kan se/lukte mineralstøv, metallstøv/-røyk, organisk støv eller lukte/puste inn eksos/røyk i arbeidet, etter yrke.....	141
4.6.14	Prosentandel som oppgir at de kan se/lukte gass/damp eller lukte/puste inn kjemikalier eller kjemiske produkt i arbeidet, etter yrke.....	142
4.6.15	Prosentandel som oppgir at de kan se/lukte tobakksrøyk fra andres røyking i sitt daglige arbeid, etter yrke.....	143
4.6.16	Prosentandel som oppgir å være utsatt for biologisk materiale (samlet) i en fjerdedel av arbeidstiden eller mer, etter yrke.....	144
4.6.17	Prosentandel av eksponerte som oppgir ulik grad av informasjon om risikoen ved håndtering av de helsefarlige stoffene de jobber med. Tallene i parentes viser antall eksponerte/antall i gruppen.....	145
4.6.18	Prosentandel av eksponerte som oppgir ulik grad av beskyttelse ved håndtering av de helsefarlige stoffene de jobber med. Tallene i parentes viser antall eksponerte/antall i yrkesgruppen.....	146
4.7.1	Antall arbeidsskadedødsfall 2006–2014, etter tilsynsområde.....	148
4.7.2	Arbeidsskadedødsfall per 100 millioner arbeidstimer, etter næring.....	149
4.7.3	Prosentandel som i løpet av det siste året er skadet som følge av en eller flere ulykker på arbeidsplassen eller i forbindelse med arbeidet, etter yrke.....	151
4.7.4	Prosentandel som vurderer risikoen for å bli utsatt for arbeidsskade som middels eller stor, etter yrke.....	152
4.8.1	Trender i selvrapportert legemeldt sykefravær på 14 dager eller mer siste året før intervjuet, etter kjønn og alder 1993-2013.....	157
4.8.2	Prosentandel som oppgir at de har hatt minst ett sykefravær på mer enn 14 dager siste året før intervjuet, etter yrke.....	159
4.8.3	Prosentandel som oppgir at de har hatt et arbeidsrelatert/ikke-arbeidsrelatert egenmeldt sykefravær siste året før intervjuet, etter yrke.....	160
4.8.4	Prosentandel som i løpet av de siste 12 månedene har gått på jobb selv om de var så dårlige at de egentlig burde holde seg hjemme, etter yrke.....	161
4.8.5	Forekomst av legemeldt sykefravær, 17 dager eller mer, etter kjønn og yrke, sortert etter totalforekomst (tall i parentes: antall menn/kvinner med sykepenge-rettigheter).....	163
4.8.6	Andel langtidssykemeldte (> 13 uker) i 2012 som ikke er i arbeid ett år etter, etter yrke og kjønn.....	164
4.8.7	Oppbrukte sykepengerettigheter i 2013, etter yrke og kjønn (antall per 1000 arbeidstakere).....	166
4.8.8	Antall nye uføre per 1000 med sykepengerettigheter i 2013, etter kjønn og næring (sortert etter totalforekomst for begge kjønn).....	168

4.8.9	Forekomst av oppbrukte sykepengerettigheter i 2010 og nye uføre i 2013, etter næring (oppgitt som antall per 1000).....	169
4.8.10	Pasienter utredet ved arbeidsmedisinske avdelinger 2013, etter henvisningsårsak etter symptomorgan.	170
5.2.1	Relativ risiko for selvrapportert arbeidsmiljøeksponering i 2013 blant kvinner sammenliknet med menn.....	186
5.2.2	Selvrapportert arbeidsmiljøeksponering og helseutfall blant kvinner sammenliknet med menn.....	187
5.2.3	Antall legemeldte sykefravær på én dag eller mer per 100 kvinnelige arbeidstakere, 20–39 år, etter yrke.....	190
5.3.1	Andel personer, etter arbeidsstyrkestatus i aldersgruppen 16-24 (bred trendlinje) og 16-74.....	191
5.3.2	Prosentandel i aldersgruppen 17–24 år i ulike yrkesgrupper.	193
5.3.3	Relativ risiko for selvrapportert arbeidsmiljøeksponering og helseutfall blant kvinner i aldersgruppen 17–24 år, sammenliknet med øvrige kvinner.	195
5.3.4	Relativ risiko for selvrapportert arbeidsmiljøeksponering og helseutfall blant menn i aldersgruppen 17–24 år, sammenliknet med øvrige menn.	197
5.4.1	Prosentandel som oppgir å ha midlertidig (dvs. tidsbegrenset) ansettelse, etter yrke.	201
6.1.1	Prosentandel som oppgir å være motivert og engasjert i jobben, etter yrke.	205
6.1.2	Beskyttende arbeidsmiljøfaktorer et samlet bilde, etter yrke.....	207
6.1.3	Arbeidsmiljøeksponering etter yrkesgruppe. For hver faktor er de ti yrkesgruppene med høyest nivå markert. Yrkesgruppene er deretter sortert etter antall toplasseringer (SSB,LKU 2013).....	208



NOA er en avdeling ved Statens arbeidsmiljøinstitutt og har som oppgave å samordne, systematisere og formidle kunnskap om arbeidsmiljø og helse til myndigheter og andre brukergrupper.

Avdelingens arbeid skal først og fremst bidra til å styre den forebyggende innsatsen mot arbeidsrelaterte helseskader, det vil si sykdom, skader, uførhet og for tidlig død, og mot utstøting gjennom sykefravær og uføretrygding som følge av risikoforhold i arbeidslivet.

STAMI

- fremskaffer og forbedrer relevante data og informasjon og gjør dem tilgjengelige for aktuelle brukere
- gir en samlet presentasjon av de viktigste dataene til samfunnet
- gir grunnlag for regelmessige rapporter til regjeringen og stortinget for å bedre kunnskapsgrunnlaget for politisk handling
- er med på å bedre grunnlaget for prioritering av målgrupper, innsatsområder og strategier, både for de enkelte næringene selv og for myndighetene

Generelle henvendelser:

23 19 51 00
postmottak@stami.no
www.stami.no

Verktøy for arbeidsmiljøfakta

www.noa.stami.no