

**Utvikling i sykefravær og andre helsedata før og etter avtalen om
Inkluderende arbeidsliv (IA). Hvordan samspiller individuelle faktorer med
forhold ved bedriften?**

Forfattere: Line Foss, Knut Skyberg

Prosjektleder: Knut Skyberg Overlege/Dr. med.

Dato: 05.05.2006

Sammendrag:

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA) ble inngått 3. oktober 2001 og er forlenget to ganger, foreløpig ut 2009. Denne rapporten belyser mulige faktorer som kan påvirke forekomsten av sykefravær og uførepensjonering før og etter IA-avtalen, ved å se på betydningen av individuelle forutsetninger, arbeidsmiljøfaktorer og helse. Undersøkelsen er basert på tilgjengelige registre (Forløpsdatabasen trygd (FD-Trygd), Bedrifts- og Foretaksregisteret (BoF), Rikstrygdeverkets IA-register) koblet til data (13 317 personer) fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO). Vi har analysert sykefravær og uførepensjonering i perioden 1994 til 2004. Personene er delt inn i en IA-gruppe og en ikke-IA-gruppe. IA-gruppen består av personer som har vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen ble inngått. Vi har også studert nærmere forhold mellom sykmeldinger pga psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser, sosioøkonomiske individfaktorer og arbeidsforhold.

Det totale antall nye sykmeldingstilfeller har økt for personer i både IA-bedrifter og bedrifter uten avtale, i hele perioden 1994-2004. Vi ser imidlertid sterkest økning for IA-personene. Sykmeldingstilfellene for IA-utvalget var gjennomsnittlig kortere for IA-personer enn for ikke-IA-personer. Ikke-IA-personene hadde en relativt sterk økning i gjennomsnittlig fraværslengde fram til 2002, mens fraværslengden for IA-personene lå relativt stabilt.

Nivået for uførepensjonering var vesentlig høyere for ikke-IA-personene, enn IA-personene. Dette gjaldt begge kjønn, dog med en viss fallende tendens de senere år. Endringene har vært litt forskjellige for de ulike aldersgruppene. Hovedinntrykket i dette materialet er at personer i IA-bedrifter har relativt få uførepensjoner i forhold til personer ansatt i bedrifter uten IA-avtale. Dette samlede mønsteret kan ha sammenheng med at man har lykkes i å skape et inkluderende arbeidsmiljø i bedriftene.

Sykmelding pga psykiske lidelser er sterkere assosiert med faktorer i arbeidsmiljøet enn med sosioøkonomiske faktorer, som utdanning og inntekt. Personer som har eller har hatt sykefravær pga psykiske lidelser rapporterer i høyere grad dårlig psykososialt arbeidsmiljø enn de som ikke har vært sykmeldt. Utdanning har svak direkte effekt på risiko for sykmelding pga psykiske lidelser, men ser ut til å virke indirekte gjennom dårlig psykososialt arbeidsmiljø og arbeidsforhold, da personer med lav utdanning og inntekt i høyere grad rapporterer dette.

Vi finner en sterk sammenheng mellom utdanning og inntekt og sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser. De som har jobber med mye tungt fysisk arbeid, skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter er de som i størst grad har vært sykmeldt pga muskel- og skjelettlidelser. Denne gruppen kommer også dårligst ut korrigert for utdanning og inntekt. Jobbusikkerhet (redd for å miste arbeidet) slo klart ut for begge diagnosegrupper, og hadde størst effekt på dem med lav utdanning og inntekt. Effekten av sosiale levekår på sykefravær pga psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser er størst blant ansatte som rapporterer dårlig oppfølging av ansatte.

Stikkord: Sykefravær, psykososialt arbeidsmiljø, inkluderende arbeidsliv

Key terms: Sick leave, psychosocial work environment, inclusive working life

Serie: STAMI-rapport Årg. 7, nr. 1 (2006)

ISSN:1502-0932

Utgitt av:
Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)
Arbeidsmedisinsk seksjon
Pb 8149 Dep
N-0033 OSLO, Norway
Tel: + 47 23 19 51 00
Fax: + 47 23 19 52 00
www.stami.no

Forord

NHOs Arbeidsmiljøfond gav i juni 2004 Statens arbeidsmiljøinstitutt i oppdrag å utarbeide en analyse av utviklingen i sykefravær før og etter avtalen om Inkluderende arbeidsliv (IA). Analysen skulle ha som formål å beskrive sykefraværsutviklingen før og etter inngåelse av IA-avtalen, på bakgrunn av koblinger av relevante registerdata.

Prosjektet sammenligner sykefravær og andre sosiale parametere, basert på tilgjengelige offentlige registre (Forløpsdatabasen Trygd (FD-Trygd), Bedrifts- og Foretaksregisteret (BoF), RTVs IA-register) kombinert med data fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO-undersøkelsen). Det tok 14 måneder fra søknader om konsesjoner for tilgang til registerdataene ble sendt fra oss til vi mottok data. Prosjektet har derfor søkt Arbeidsmiljøfondet om midler for to nye delprosjekter på bakgrunn av disse registerdataene og de mange mulighetene disse gir for forskning på arbeidsrelatert sykefravær.

Prosjektgruppen har vært Knut Skyberg (prosjektleder, overlege/Dr. med.), Line Foss (stipendiat/Cand. polit.), Petter Kristensen (professor) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt og Bjørgulf Claussen (professor) ved Universitetet i Oslo.

Statens arbeidsmiljøinstitutt, mai 2006

Trygve Eklund
Direktør

Helge Kjuus
Seksjonsleder

Innholdsfortegnelse

1.Bakgrunn, kunnskapsstatus	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Kunnskapsstatus og kunnskapsbehov	5
1.3 Forskningsbehov	9
1.4 Målsetting	10
1.5 Hypoteser	10
1.6 Problemstillinger	11
2.Metode	12
2.1 Materiale	12
2.2 Designaspekter	15
3.Sykefraværsprosenten: En litteraturgjennomgang	19
3.1 Færre lange fravær	19
3.2 Arbeidsmarkedets betydning for sykefravær	21
3.3 Endringer i regelverk	23
3.4 IA-bedrifter	24
3.5 Omstilling og nedbemanning	26
3.6 Lavere selvbestemmelse	27
3.7 utfordringer i arbeid i lys av sosioøkonomisk status	27
4.Resultater	30
4.1 Sykefraværsutviklingen og uførepensjoner i bedrifter med og uten IA-avtale	30
4.2 Psykiske lidelser, sosioøkonomiske individfaktorer og arbeidsforhold	34
4.3 Muskel- og skjelettlidelser, sosioøkonomiske individfaktorer og arbeidsforhold	46
4.4 Inkluderende arbeidsliv i lys av individuelle faktorer og forhold ved bedriften	60
5.Diskusjon	66
5.1 Sykmelding pga psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser, sosioøkonomiske individfaktorer og arbeidsforhold	66
5.2 Utvikling i sykefravær og uførepensjoner før og etter IA-avtalen	70
6.Konklusjoner	74
7.Videre analyse av materialet	76
8.Takk	77
9.Litteraturliste	78

1. Bakgrunn, kunnskapsstatus

1.1 Bakgrunn

De senere år har stadig flere gått ut av arbeidslivet og over på langvarige trygdeordninger. Partene i arbeidslivet og myndighetene inngikk 3.10.2001 avtale om Inkluderende arbeidsliv (IA).

Avtalen er forlenget to ganger, sist gang ut 2009. Med grunnlag i IA-avtalen for utforming av trygdeordninger og andre virkemidler er det viktig å få økt kunnskap om årsaker til sykefravær.

I denne rapporten har vi analysert hvilke individfaktorer og arbeidsrelaterte forhold, og samspillet mellom disse, som har betydning for sykefravær og deltakelse i arbeidslivet. Kunnskapsutvikling på området danner grunnlag for politikktutforming og gjennomføring av praktiske tiltak på området i en tid der samfunnet står overfor store utfordringer for å få virksomheter til å arbeide systematisk og målrettet med forebyggende arbeidsmiljøarbeid, sykefravær, psykososiale forhold og inkluderende arbeidsliv.

1.2 Kunnskapsstatus og kunnskapsbehov

1.2.1 Arbeidsmiljøets betydning for sykefravær

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv skal bidra til:

- at en får et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og for samfunnet
- reduksjon i bruken av uføretrygd og i sykefraværet
- å ta bedre i bruk eldre arbeidstakeres ressurser og arbeidskraft i arbeidslivet (jfr. "Nasjonalt krafttak for eldre i arbeidslivet" for å motvirke tidlig avgang blant eldre i arbeidslivet).

På bakgrunn av disse målene er det utarbeidet tre delmål:

- redusere sykefraværet med minst 20 pst for hele avtaleperioden i fht sykefraværsvåret for 2. kvartal 2001
- tilsette flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne
- øke den reelle pensjoneringsalder

Hovedarenaen for å nå målet om lavere sykefravær er ved IA-avtalen lagt til arbeidsplassene (St.prp. nr. 1, 2001). Arbeidsgiver og arbeidstaker er de sentrale aktører i sykefraværarbeidet. Det er vesentlig å finne frem til faktorer i arbeidsmiljøet som er av betydning for helse og sykefravær, slik at disse kan påvirkes av den enkelte, av partene i arbeidslivet og av myndighetene.

En basal faktor i det inkluderende arbeidsliv er godt arbeidsmiljø. Arbeidsmiljøet har stor betydning for psykisk og somatisk helse. Det skyldes især at det synes viktig for de fleste mennesker å ha en jobb og dermed bidra aktivt til samfunnet. Dette er en meget klar positiv effekt av å være i arbeid. Motsatt er der også mange studier som viser at faktorer i arbeidsmiljøet er risikofaktorer for dårlig mental helse (Jensen og Wærsted 2004). Negative trekk ved organiseringen av arbeidet kan skape et negativt press på helse og trivsel. Liten kontroll over egen arbeidssituasjon, med liten mulighet for faglig og personlig utvikling, preget av stress eller fysisk belastende arbeid, kan gi økt risiko for helseskade.

I internasjonal forskning har det vært økende interesse for helsekonsekvenser av psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet, ofte omtalt som det ”psykososiale arbeidsmiljøet”. I rapporten ”Mental health and work” fra WHO og ILO (Harnois og Gabriel 2000) beskrives psykiske lidelser som en av de viktigste årsaker til arbeidsuførhet på verdensbasis. Flere nyere studier har vist assosiasjon mellom det psykososiale arbeidsmiljøet og sykefravær. Hos norske hjelpepleiere var lav grad av støtte assosiert med økt sykefravær (Eriksen et al 2003). I en fersk studie er sammenhenger mellom det psykososiale arbeidsmiljøet og sykefravær undersøkt hos europeiske arbeidstakere (Gimeno et al. 2004). Studien viste at store psykologiske krav (job demand), lav kontroll og stor belastning på arbeidet (high strain) var

assosiert med økt sykefravær. Disse resultater indikerer at plagene som assosieres med dårlig psykososialt arbeidsmiljø, også fører til økt sykefravær.

Sammenhengen mellom fysiske arbeidsbelastninger og økt risiko for muskel- og skjelettplager har vært gjenstand for studier gjennom flere årtier. Etter hvert har det kommet stadig mer dokumentasjon på at også psykososiale arbeidsmiljøfaktorer har betydning. Det har imidlertid vært få studier av god vitenskapelig kvalitet på det sistnevnte. Hoogendoorn og medarbeidere gjennomgikk alle undersøkelser som ble publisert på tema psykososialt arbeidsmiljø og ryggmerter i perioden januar 1966 til november 1997. De fant hele 1363 undersøkelser, men bare 13 av disse hadde akseptabel kvalitet og kun 9 hadde høy kvalitet (Hoogendoorn et al 2000). På bakgrunn av disse undersøkelsene ble det konkludert med at det er god dokumentasjon på at risiko for ryggmerter øker ved lav kontroll over egen arbeidssituasjon, lav støtte fra nærmeste leder og medarbeidere eller lav tilfredsstillelse i jobben.

Kunnskap om sammenhenger mellom psykiske helseproblemer og faktorer i arbeidsmiljøet er særlig aktuelt i dagens arbeidsliv med stor grad av stress, omorganisering og nedbemanning. Det moderne arbeidslivet er preget av omstillinger og nedbemanninger i både privat og offentlig virksomhet. Slike endringer i arbeidsforhold og organisasjon kan ha uheldige virkninger for arbeidstakernes arbeidsmiljø og helse. Selv om vi har hatt en økning i sykefraværet, har fordelingen av diagnoser vært relativt stabil, bortsett fra psykiske lidelser, som har økt fra 10 % i 1994 til 14,5 % i 1999 (Rikstrygdeverket 2000).

Blant psykiske lidelser som årsak til sykefravær er det stress som har økt mest (Rikstrygdeverket 2000). Når bedriften er under omstilling, kan den enkelte arbeidstakers begrensninger i arbeidsevnen være lettere synlig, med tilhørende risiko for eksklusjon på arbeidsplassen. Begrenset arbeidsevne er ofte en kombinasjon av redusert helse og smal kompetanse. Større nedbemanninger i virksomheter medfører en belastning som gir økt rapportering av subjektive helseplager. De er også fulgt av en høyere risiko for lengre sykefravær, spesielt blant eldre og de med helseplager på forhånd (Ferrie 2001, Kolstad 2005, Rege, Telle, Votruba 2005, Røed, Fevang 2005, Skyberg, Gjerstad 2004, Sverke m. fl. 2002).

1.2.2 Betydningen av sosial bakgrunn for sykefravær

Informasjon om individers sykefravær kan kombinert med sosiale variabler (herunder opplevd arbeidsmiljø) bidra til kunnskap om risikoforhold i arbeidet. Det har vært et uttalt politisk ønske om å redusere de sosiale gradientene i helse i Norge, jf. Utjæmningsmeldinga (St meld 50 (1998–99)). Ikke-medisinske faktorer kan ha stor betydning for sykefravær og uførepensjonering. Vi har hatt en økning i sykefravær og antall uføre til tross for at mer objektive mål på helsetilstanden i befolkningen, som for eksempel gjennomsnittlig levealder, har indikert en bedring av folks helse (Krokstad, Johnsen, Westin 2002).

De sykdommene, i følge egenrapportering, som forekommer hyppigst i befolkningen er muskel- og skjelettsykdommer (24 %), hjerte-/karsykdommer (16 %) og åndedrettssykdommer (16 %) (Helseundersøkelsen (levetår) 2003). Muskel- og skjelettsykdommene har dominert som årsaker til langtidsfraværet i lang tid (Tellnes 1990) (Trygdestatistiske årbøker tom 2005). Det er muskel- og skjelettlidelser som holder flest mennesker borte fra arbeidslivet i Norge, enten det gjelder uføretrygd eller sykmelding. Disse lidelsene rammer særlig kvinner, eldre og folk med lav utdanning. Det er en politisk målsetting på samfunns- og individnivå at flere av dem som er uføretrygdet med slike plager, kan komme tilbake til arbeidslivet ved bedre tilrettelegging på arbeidsplassen og andre tiltak.

Krokstad, Johnsen og Westin (2002) undersøkte medisinske og ikke-medisinske faktorer for uførepensjon blant ikke-uføre i Nord-Trøndelag fylke i alderen 22-66 år i 1984-89 (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag), og fant at lav sosioøkonomisk status, lav utdanning, fysisk anstrengende arbeid, lav egenkontroll i arbeidet og dårlig helseoppfatning var de sterkeste ikke-medisinske faktorene for uførepensjon. Psykiske helseproblemer og sosioøkonomiske forhold følges ofte ad. Jo bedre inntekt og utdanning man har, desto større er sjansen for at den psykiske helsen er god (Claussen, B., personlig meddelelse). Utdannelsesnivå og organisering av arbeidet kan påvirke sykefraværet. Jo høyere utdannelsesnivå, desto bedre kontroll har som regel den enkelte arbeidstaker over egen arbeidssituasjon (Econ 107/02).

Yrkesstatus gjenspeiler posisjon på den sosiale rangstigen, kompetansenivå og ressurstilgang, men også yrkesmessig eksponisjon for forhold av helsemessig betydning og muligheter for tilpasning av arbeid (Krokstad, Johnsen, Westin 2002). Å studere sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og risiko for sykefravær eller uførepensjon er interessant på flere måter.

Det er blitt stilt spørsmål om sykdom er et egnet kriterium for uførepensjon i vår tid ettersom den rammer personer med lav utdanning, dårlig økonomi og små sjanser på arbeidsmarkedet.

Arbeidsmiljø og arbeidskrav nyttes ofte for å forklare individuelt sykefravær. Fraværsbehovet øker med for eksempel fysiske arbeidskrav, men høye arbeidskrav er ikke ensbetydende med dårlig arbeidsmiljø. Økte krav behøver ikke være negativt for den enkelte. Evnen til å mestre omskifteligheten og økt press i arbeidslivet avhenger av folks personlige ressurser, som igjen avhenger av et støttende nettverk. Krav-kontroll-modellen (Karasek (1979), Karasek og Theorell (1990)) innebærer at kombinasjonen av høye krav og mangel på egen kontroll vil føre til stress. Dersom høye krav kombineres med stor grad av kontroll i arbeidet vil dette oppleves som positiv mestring. Ulike empiriske studier gir støtte til modellen, men Olsen og Mastekaasa (1997) innvender at ingen av disse undersøkelsene har gjennomført noen tilfredsstillende analyse av den.

1.3 Forskningsbehov

Med grunnlag i IA-avtalen for utforming av trygdeordninger og andre virkemidler er det viktig å få økt kunnskap om årsaker til sykefravær. Arbeidslivet preges i større og større grad av effektivisering og omstillinger hvor inkludering er krevende. Å forstå mekanismene bak inkludering og ekskludering på arbeidsmarkedet er derfor svært viktig. Det psykososiale arbeidsmiljøet øker risikoen for plager (f.eks. muskel- og skjelettlidelser) som er av stor betydning i sykefraværsstatistikkene. De fleste studier fokuserer på assosiasjonen mellom det psykososiale arbeidsmiljøet og spesifikke plager, og kun få har undersøkt betydningen for sykefraværet. I tillegg er det også stor variasjon i hvilke og hvor mange faktorer som studeres. Dette har også ofte vært mangelfullt presentert i publiserte studier, noe som gjør det vanskelig å tolke resultater (Jensen, Wærsted 2004). Systematisk gjennomgang av forskningen viser at man trenger undersøkelser som måler spesifikke faktorer i arbeidslivet og helse for å kunne trekke konklusjoner om psykososiale faktorer betydning for sykefravær. Vi ønsker å *påvise og forklare* hvilke sosiale forhold og andre individfaktorer samt arbeidsrelaterte forhold som har betydning for helse og deltakelse i arbeidslivet.

Debatten omkring økningen i sykefraværet har i liten grad tatt hensyn til fraværets diagnosesammensetning (Rikstrygdeverket 2000). Rapporten ønsker å fokusere på diagnoser siden kjennskap til sykdomsdiagnoser er viktig for å øke kunnskap om fluktasjoner i fravær og

tilbakeføring til arbeid. Spesielt i trygdefaglig oppfølgingsarbeid og tilrettelegging/oppfølging på arbeidsplassen er det viktig med kunnskap om hvordan sykefraværet fordeles på ulike diagnosegrupper. Vi har valgt å fokusere på sykmeldinger for psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser i lys av sosioøkonomiske variabler og arbeidsforhold. Vi er ikke kjent med andre prosjekter rettet mot IA-avtalen som ser på samvirkningen mellom individuelle faktorer og arbeidsmiljøet, og risiko for sykefravær eller andre trygdeutfall.

1.4 Målsetting

Overordnet mål for prosjektet er å fremskaffe kunnskap som kan bidra til å få virksomheter til å arbeide systematisk og målrettet med forebyggende arbeidsmiljøarbeid, sykefravær, psykososiale forhold og inkluderende arbeidsliv. Målsettingen er å bidra til økt kunnskap om individfaktorer og arbeidsmiljøets betydning for sykefravær. Slike sammenhenger anser vi viktige å identifisere fordi de betyr mye for hvordan forebyggingsstrategier og tilretteleggingstiltak bør utformes. Videre ønsker vi å bidra til kunnskapsutvikling som danner grunnlag for politikkutforming og gjennomføring av praktiske tiltak på området.

Mer spesifikt vil vi studere hvilke individfaktorer og arbeidsrelaterte forhold - og samspillet mellom disse, som har betydning for sykefravær og deltakelse i arbeidslivet.

1.5 Hypoteser

1. Risiko for sykefravær er avhengig av sosioøkonomiske forhold, helse og andre individforhold samt psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet.

2. Psykososiale faktorer i arbeidet og fysisk arbeidsmiljø påvirker risiko for arbeidsrelatert sykefravær.

3. Individuell og gruppevis tilrettelegging på arbeidsplassen, samt andre virkemidler i IA-avtalen vil kunne modifisere effektene på sykefraværet og arbeidsdeltakelse.

1.6 Problemstillinger

-Utvikling i sykefravær og uførepensjonerings før og etter IA-avtalen. Hvordan samspiller individuelle faktorer med forhold ved bedriften? (kap. 4.1 og 4.4)

-Psykiske lidelser: Betydningen av sosioøkonomiske individfaktorer og arbeidsforhold
(kap. 4.2)

- Muskel- og skjelettlidelser: Betydningen av sosioøkonomiske individfaktorer og arbeidsforhold (kap. 4.3)

2. Metode

2.1 Materiale

Prosjektet er basert på tilgjengelige offentlige registre (Forløpsdatabasen Trygd (FD-Trygd), Bedrifts- og Foretaksregisteret (BoF), Rikstrygdeverkets IA-register) kombinert med data fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO-undersøkelsen). Studiepopulasjonen i undersøkelsen er 13 317 personer i yrkesaktiv alder som har deltatt i spørreskjemaundersøkelsen HUBRO. Disse opplysningene er koblet til data fra FD-Trygd, BoF-registeret og RTVs IA-register.

2.1.1 Registerkoblinger

HUBRO-undersøkelsen varte fra mai 2000 til september 2001. Alle personer bosatt i Oslo ble invitert til denne undersøkelsen. 46 % møtte opp. Totalt deltok 18 800 personer fra ulike aldersgrupper i aldersgruppene 30, 40, 45, 60 og 75 år i den voksne befolkningen. Vi fjernet 75-åringene fra analysefilen, og de resterende 13 317 personene i yrkesaktiv alder er grunnlaget for våre koblinger. Hver undersøkte person har svart på et stort spørreskjema med personlige opplysninger om sosiale forhold, arbeidsforhold og helse. Dette gir verdifulle data som vi ikke finner i registre. Prosjektet kopler HUBRO-data til SSBs fil. Statistisk sentralbyrås database FD-Trygd har opplysninger om alle tilfeller av trygdeytelser som den norske befolkning har mottatt siden 1.1.1992. Basen gir detaljerte opplysninger om ytelser, start- og stoppdatoer og diagnoser. Dertil er en mengde sosiale opplysninger koplet til fra SSBs Personregister, Inntektsregister, Utdannelsesregister og Sysselsettingsregister. I analysen av risiko for sykmelding pga psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser (kap. 4.2 og 4.3) har vi koplet opplysninger om selvrapporterte opplysninger om arbeidsforhold og sosioøkonomisk status (utdannelse og inntekt) fra HUBRO mot FD-Trygds data over sykmeldinger fra 1992 til 2004. HUBROs respondenter i yrkesaktiv alder er også grunnlaget for koplingene på bedriftsnivå (kap.4.1 og 4.4). Løpenummer fra RTVs IA-register er koplet til individdata (fra HUBRO og FD-Trygd) på bedriftsnivå, i bedrifter i Oslo-området med og uten IA-avtale.

En "IA-person" er definert som en person som har vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen ble inngått. Etter denne definisjonen er 5502 personer (41 %) "IA-personer". Blant de 13 317

personene er det 6145 menn (46 %), og personene fordeler seg slik på IA-kategori, alder og kjønn:

Tabell 1: Yrkesaktive fra HUBRO-undersøkelsen fordelt etter ansettelse i IA-bedrift fordelt på fødselsår og kjønn.

Fødselsår	IA-personer		Ikke-IA-personer	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
1970	748	955	978	1109
1955/60	1092	1578	1541	1641
1940/41	482	647	1304	1242
Totalt	2322	3180	3823	3992

IA-registeret har opplysninger om inngåtte IA-avtaler, etter dato, frem til april 2005. De fleste bedriftene i utvalget inngikk avtale i 2002. I analysen av sykefravær før og etter IA-avtalen, i bedrifter med og uten avtale (kap. 4.1 og 4.4) opererer vi med følgende mål på sykefravær/uførepensjon fra FD-Trygd, stratifisert for alder, kjønn og IA-tilknytning:

- antall påbegynte sykepengetilfeller/uførepensjoner totalt per år for årene 1994-2004
- antall påbegynte sykepengetilfeller etter fraværets lengde totalt per år for årene 1994-2004
- antall påbegynte sykepengetilfeller/uførepensjoner etter bedrift med og uten IA-avtale for årene 1994-2004

I analysen av sykmeldinger pga psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser (kap. 4.2 og 4.3) opererer vi med dette målet på sykefravær fra FD-Trygd:

- antall påbegynte sykepengetilfeller etter diagnose totalt per år for årene 1992-2004

Det skjer en årlig revisjon på sykepengedata fra RTV og deretter hos SSB ved utgangen av hvert år. Som en konsekvens utleverer SSB normalt ikke disse dataene før de har fått en ny årgang som benyttes for å korrigere foregående årgang. Vi har derfor per desember 2005 bare reviderte tabeller fra FD-Trygd som gjelder sykepenger fra 1992-2003. Det er her viktig å presisere at dette kun gjelder for sykepenger, når det gjelder tabeller over uføretrygd har vi reviderte data for 2004. Vi har imidlertid fått benytte ureviderte tall for sykepenger for 2004 fra SSB, for å kunne belyse antall sykepengetilfeller så langt frem i tid som mulig etter IA-avtalen. To viktige forhold kan endres under revisjonen. Varighet kan endres med nye avgangsdatoer og det kan komme til flere sykepengetilfeller som ennå ikke er registrert. Dataene sier imidlertid noe om hvem som forløpig er registrert som sykepengemottakere, og dette vil ikke endres (dvs.

det fjernes aldri tilfeller, men nye kan legges til). Varigheten er også usikker. Generelt bør altså dette betraktes som foreløpige data siden vi ikke vet hvor mange i vårt utvalg som er påvirket. Sosioøkonomisk status bestemmes av yrke, utdanning og inntekt. HUBROs spørreskjemaer har ikke yrkeskategorier som er egnet for klassifisering etter yrke. Utdanning er imidlertid inndelt i 6 avkryssingskategorier i spørreskjemaet, fra mindre enn 7-årig grunnskole til Høyskole/Universitet, 4 år eller mer. Inntektsdata, som for epidemiologiske analyser bør bestå av husholdsinntekt justert for antall personer i husholdningen, er ikke tilgjengelig i HUBRO. Spørreskjemaet har imidlertid spørsmål om personlig inntekt inndelt i 8 svarkategorier fra ingen inntekt til mer enn 500.000. Vi benytter derfor utdanning og personlig inntekt som variabler for sosioøkonomisk status, og vi har videre laget en forenkling av alle svarkategoriene (Tabell 2 og 3). HUBRO inndeler respondentene etter bosted i Oslo. Bosted kan også nyttes som et mål på sosioøkonomisk status. Vi har benyttet HUBROs inndeling av bydeler (Tabell 4).

Utdanning: Grunnskole (inntil 9 år), Videregående grunnutdanning (10-11 år), Videregående påbygging (12-14 år), Høyskole (15-16 år), Universitet (17 år og mer). Tabell 2 viser en frekvensfordeling av utvalget, etter utdanning.

Tabell 2: Utdanning kategorisert

		Utdanning kategorisert			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Grunnskole (inntil 9 år)	1404	10,5	10,5	10,5
	Videreg. grunnutd. (10-11 år)	1834	13,8	13,8	24,3
	Videreg. påbygg (12-14 år)	3352	25,2	25,2	49,5
	Høyskole (15-16 år)	2310	17,3	17,3	66,8
	Universitet (17 år og mer)	4176	31,4	31,4	98,2
	Uoppgitt	241	1,8	1,8	100,0
	Total	13317	100,0	100,0	

Inntekt: Ingen inntekt, < 200.000, 200-400.000, > 400.000. Tabell 3 viser en frekvensfordeling i utvalget, etter inntekt.

Tabell 3: Inntekt kategorisert

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ingen inntekt	100	,8	1,3	1,3
	<200.000	1670	12,5	21,0	22,3
	200-400.000	4816	36,2	60,6	82,9
	>400.000	1355	10,2	17,1	100,0
	Total	7941	59,6	100,0	
Missing	System	5376	40,4		
Total		13317	100,0		

Tabell 4: Inndeling av bydeler etter Oslohelsa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ytre øst	5933	44,6	45,6	45,6
	Ytre vest	3421	25,7	26,3	71,8
	Indre vest	1720	12,9	13,2	85,0
	Indre øst	1948	14,6	15,0	100,0
	Total	13022	97,8	100,0	
Missing	System	295	2,2		
Total		13317	100,0		

2.1.2 Registrering og kopling

SSB har foretatt koplingen via 11-sifret personnummer. Kopling har foregått ved at Statens Helseundersøkelser leverte en HUBRO-fil til SSB med personnummer. SSB koplet så på data, erstattet personnummer med et løpenummer, og sendte den aidentifiserte fila til bake til Statens arbeidsmiljøinstitutt. Datamaterialet oppbevares og bearbeides på pc i nettverkssystem. Ved prosjektslutt skal datamaterialet slettes.

2.2 Designaspekter

Den omfattende forskningen på sosiale ulikheter i helse klargjør at sammenhenger mellom sykefravær og sosiale forhold, herunder arbeid, er kompliserte. I dag opererer man med

populasjonsbaserte (økologiske) modeller og med livsløpsbaserte individbaserte modeller (Elstad 2000). Noen av de designmessige nøkkelpunktene er:

Modellene som kan forklare sammenhengene mellom sosiale forhold, sykefravær og helse er kompliserte. Sykefravær/helse kan være en determinant for sosiale forhold (sosial mobilitet) og sosiale forhold kan være en determinant for sykefravær og helse (sosiale forhold bestemmer helsen). I epidemiologiske studier med individ som observasjonsenhet kunne grafiske diagrammer (Greenland et al 1999) brukes for å klargjøre analysemodeller. Resultatene i mange studier tyder på at sammenhengene mellom sosiale forhold og sykefravær ikke er universelle, men knyttet til kontekster. Slike spesifikke kontekster er viktige å identifisere fordi de betyr mye for hvorledes forebyggingsstrategier bør utformes. Interessen for kontekstuelle forhold og forhold på gruppeplanet ("place") har medført en oppblussing av diskusjonen av økologisk *analyse* (som uttrykker noe annet enn økologiske *variabler*) (Greenland 2001), og utviklingen av såkalt flernivåanalyse (Duncan et al 1998, Greenland 2000). Likevel er betydningen av økologiske variabler, eventuelt i flernivåanalyse, usikker og heller beskjeden i de fleste studier (Davey Smith et al 1998, Duncan et al 1995, 1998, Stafford et al 2001, Veugelers et al 2001).

Ultimate og nære determinanter er viktig. Det er av interesse å nøste opp i determinanter som har forskjellig posisjon i årsakskjeden: de som virker direkte, de nære (engelsk: proximate; for eksempel livsstil, kosthold, røykevaner) og de som er bakenforliggende, ultimate (for eksempel sosial posisjon, materielle forhold) (McMichael 1995). De ultimate virker i hvert fall delvis gjennom de nære faktorene (Najman 2001). Vi analyserer effekt av sosiale variabler som utdanning og inntekt og andre sosiale forhold knyttet til yrkesdeltagelse, arbeidsforhold og sykefravær ved hjelp av tabellanalyser av data fra HUBRO og FD-Trygd. Mulig kilde til feilslutninger om årsaker til sykefravær er seleksjon av individer til ulike yrker og stillinger. Virtanen m. fl.(2002) viser at god helse øker sjansen for å gå fra midlertidig ansettelse til fast ansettelse. Midlertidig ansettelse kan også statistisk henge sammen med høyere risiko for psykisk sykdom, men forklaringen kan delvis ligge i seleksjon til ulike yrker (Virtanen m. fl. 2005). Dårlig arbeidsmiljø kan tenkes være en mediator for lav sosial status, slik at det er de med lav utdanning og dårlige levekår som er i jobber med dårlig arbeidsmiljø. Det er godt dokumentert at miljø og livsstil (som røyking, alkoholvaner, kosthold og mosjon) og levekår påvirker sykefravær og annen helseskade. Livsstil er også assosiert med sosial status, som utdanning og arbeidsforhold. Forholdet mellom arbeidsforhold og sykefravær kan derfor være konfundert av sosiale levekår. Arbeidsmiljøets betydning for sykefravær kan også være en effektmodifikator i

forholdet mellom sosiale levekår og sykefravær, hvis effekten av sosiale levekår på sykefravær er størst blant ansatte i bedrifter med dårlig oppfølging av ansatte.

Det er spesielle og viktige *validitetsutfordringer*. Den mest basale er *seleksjonsproblemet*. Selvseleksjon til deltagelse i spørreundersøkelser som HUBRO-studien representerer er et problem som berører seleksjonsbias. Frafallsproblemet i populasjonsbaserte surveyundersøkelser kan være kilde til store seleksjonsbias. I helseundersøkelsen ”HUBRO” sendte man ut i årene 2000-01 spørreskjema til alle bosatt i Oslo i aldersgruppene 30, 40, 45, 60 og 75 år. 46% møtte opp. Svarprosenten var lavest for 30-åringene (36%) og høyest for 59-60 åringer (55%). Blant 40 og 45-åringene hadde 52 % av kvinnene og 39 % av mennene deltatt. Kvinner hadde i gjennomsnitt høyere fremmøte enn menn. Deltakerprosenten var 49% for kvinner og 42% for menn, totalt (Grøtvedt 2002). Det er imidlertid foretatt en undersøkelse på de som ikke møtte opp. Gjennom en kobling av registerdata fra SSB og alle personer som ble invitert til å delta i HUBRO, er det foretatt sensitivitesanalyser med vektning og logistisk regresjon for å vurdere mulige seleksjonsbias. Sammenligningen viser at de med universitets- og høyskoleutdannelse var noe overrepresentert blant HUBRO-deltakerne, sammenlignet med hele årskullet av inviterte (populasjonen av 30-, 40-, 45-åringene osv bosatt i Oslo i år 2000). I den grad dette fører til skjevhet i resultatene, vil det være i retning av at våre analyser indikerer noe bedre sosiale forhold og helseforhold enn det man hadde fått dersom alle inviterte hadde møtt. Undersøkelsen konkluderer likevel med at sosiodemografiske variabler hadde liten innflytelse på utfallet av denne undersøkelsen. De med svært dårlig helse stilte i mindre grad enn de med god, men sosiale ulikheter i helse korrelert for sosiodemografiske variabler var ikke utslagsgivende mellom fremmøtte og de som ikke møtte til undersøkelsen (Søgaard, Selmer, Bjertness, Thelle 2004).

Det andre problemet er *informasjonsfeil*. Mange undersøkelser som ser på sosiale ulikheter i helse er spesielt sårbare for informasjonsskjevheter p.g.a. avhengige feil av uavhengige variabler og utfall. Dette gjelder i første rekke undersøkelser som baseres på selvrapportert sosial situasjon (Kristensen 2005). Tidsfaktoren er viktig om man vil trekke slutninger om hva som kan være årsak og hva som kan være virkning. Ved å utføre flere ulike koplinger, får vi sikrere data om variasjoner er tilfeldige og om virkninger er varige og av store betydning. Vi har valgt å benytte sykmeldinger fra FD-Trygd, da disse gir informasjon om sykmeldingstilfeller frem til 2004 mens selvrapportert helse fra HUBRO beskriver selvrapportert helsetilstand, men da bare frem til år 2000. Sykmeldinger fra FD-Trygd anses

også som et mer valid mål på helse enn selvrapportert helse, selv om begge kan være konfundert av sosioøkonomiske faktorer.

Vi har vurdert gruppeforskjeller i analysene (alle krysstabeller) med khi-kvadrattest og t-test. Det ble krevd et sannsynlighetsnivå på $<0,05$ for at en forskjell ble ansett å være statistisk signifikant. **Der forskjellene ikke er signifikante er dette angitt under tabellen.**

3. Sykefraværprosenten: En litteraturgjennomgang

3.1 Færre lange fravær

Antall sykmeldte, uføre og tidligpensjonister har økt sterkt de siste ti årene. På 90-tallet hadde Norge en sterk økning både i sykefraværet og antallet personer på uføretrygd. På denne bakgrunn ble Sandmannutvalget nedsatt i 1999 for blant annet å foreslå tiltak som kan begrense sykefraværet og uføretilgangen. Dette utvalget dannet grunnlag for utredningen NOU 2000:27 Et inkluderende arbeidsliv. Et resultat av debatten denne skapte var Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv som ble inngått mellom regjeringen og partene i arbeidslivet 3. oktober 2001. Underveisevalueringen av avtalen høsten 2003 viste imidlertid at sykefraværet hadde økt på landsbasis.

Sykefraværet økte med 11,5 % fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2003. Justert for endringer i alder og kjønn i arbeidsstyrken og endringer i næringsstruktur kunne veksten anslås til 10 %. Dette innebar en erkjennelse av at sykefraværet måtte reduseres med vel 30 % i løpet av de neste to årene for at målsettingen i IA-avtalen skulle kunne oppfylles. Det var en økning i fraværet gjennom hele perioden (2001-2003). Særlig det legemeldte fraværet og fravær utover arbeidsgiverperioden økte. Til tross for at flere arbeidstakere hadde fått økt mulighet til egenmelding, var det ingen endring i det samlede egenmeldte fraværet i perioden. Dette indikerte at kortidsfraværet, justert for regelendringer, reelt sett hadde gått noe ned i perioden. Sykefraværet fortsatte å stige i 2003 og avtalen ble utsatt for et stort press fra flere hold. Det ble imidlertid pekt på at IA-konseptet kan gi resultater over tid og at IA-virksomheter kan vise resultater på lengre sikt.

Myndighetene og partene i arbeidslivet har desember 2005 inngått avtale om å videreføre samarbeidet om et inkluderende arbeidsliv for perioden 2006-2009. Partene er enige om å videreføre delmålet om en reduksjon i sykefraværet med 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001. Avtalen er basert på at regjeringen ikke vil foreslå endringer i sykelønnsordningen, med mindre partene er enige i dette.

En ny evalueringsrapport av IA-avtalen, fra en interdepartemental arbeidsgruppe med medlemmer fra Arbeids- og Sosialdepartementet, Moderniseringsdepartementet og Finansdepartementet (2005) basert på nasjonal sykefraværstatistikk og SSBs utvalgsundersøkelse om egenmeldt sykefravær, viser at sykefraværsprosenten gikk opp fra 7 % 2.kvartal 2001 til 7,2 % i 2. kvartal 2004, for så å synke til 6,3 % i 2. kvartal 2005. Dette er en nedgang på 10 % fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2005. Tar vi hensyn til endringer i alderssammensetningen blant arbeidstakerne, har det vært en nedgang i sykefraværet på 11,3 % siden IA-avtalen ble inngått.

Nedgangen skyldes i stor grad at fraværene blir *kortere* enn at de blir færre. Det legemeldte fraværet gikk ned fra 6,5 til 5,5 % og det egenmeldte gikk opp fra 0,7 til 0,8 %. Om vi justerer for at påsken falt i 1. kvartal 2005 mot 2. kvartal 2004, ville nedgangen vært ca. 0,1 % lavere. For kvinner gikk sykefraværet ned med 1,1 %, for menn ble det redusert med 0,7 %. Nedgangen fra 2. kvartal 2004 til 2. kvartal 2005 var 12 %. Det totale fraværet gikk ned med 10 % sammenliknet med 2. kvartal 2001, da avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble inngått.

Av det legemeldte sykefraværet i 2. kvartal 2005 kan 30,2 % tilskrives fravær som varte gjennom hele kvartalet. Dette er en nedgang fra 35,6 % i 2. kvartal 2004. Egenmeldt sykefravær utgjorde 12,7 % av alt fravær i 2. kvartal 2005. Dette er en oppgang fra 9,7 % i samme kvartal i fjor. Sykefraværingsdagsverk som andel av avtalte dagsverk (sykefraværingsprosenten) gikk kraftigere ned enn antall sykmeldte arbeidstakere som andel av alle arbeidstakere (SSB).

3.1.1 Sykefravær og sysselsetting. Lav fraværingsprosent: god helse?

Forskning, både nasjonal og internasjonal, viser at sykefraværet reduseres i perioder med lavkonjunktur og høy arbeidsledighet, og at sykefraværet øker under høykonjunktur og lav arbeidsledighet (Holm, 1998, Pedersen 1996, Olsen og Mastekaasa 1997).

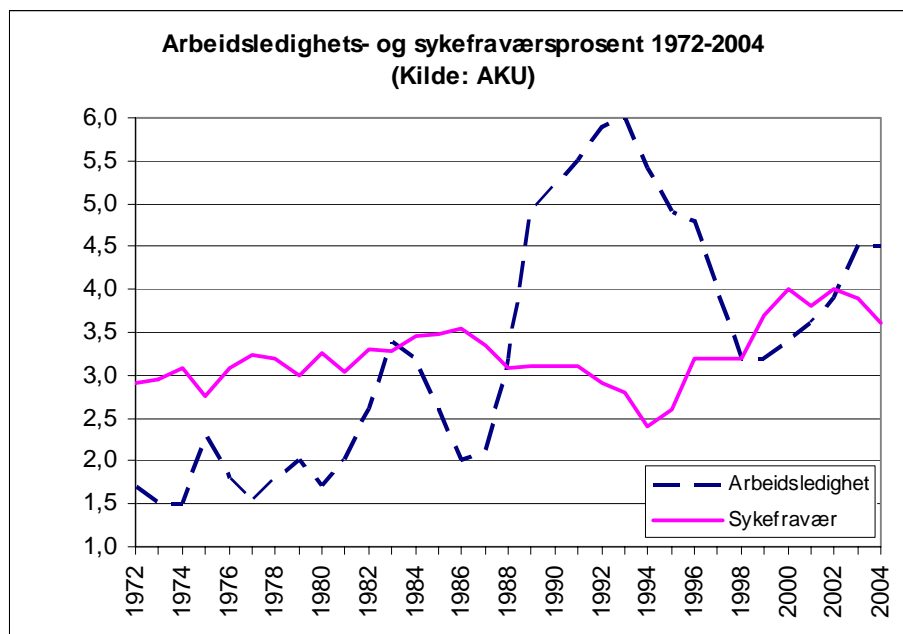
Sysselsettingsprosenten har *samlet*, i IA- perioden, imidlertid *blitt redusert* fra 71,2 til 69,0 %. Arbeidsledigheten er høyere nå enn i 2001. I 2. kvartal 2005 utgjorde arbeidsledigheten 4,8 % av arbeidsstyrken mot 3,5 % i 2. kvartal 2001. Det har vært en klar endring i aldersstrukturen i

befolkningen fra 2001 til 2005, som vil påvirke måltallene i IA-avtalen (Evaluering av IA-avtalen 2005). De store etterkrigskullene erstatter lavere årskull, noe som forklarer sysselsettingsprosenten som har gått ned for de under 50 år. Mulige effekter av endringer i demografi og arbeidsmarked må derfor tas i betraktning når man vurderer måltallene i IA-avtalen.

3.2 Arbeidsmarkedets betydning for sykefravær

Det er lansert flere forklaringer på siste ti års økning i sykefraværet. Forklaringsfaktoren som har fått størst oppmerksomhet er sammenhengen mellom økonomiske konjunkturer og sykefravær. Empirisk har en i Norge kunnet observere et tydelig prosyklisk mønster i sykefraværet. Under høykonjunktur har sykefraværet gått opp, mens sykefraværet har gått ned under lavkonjunktur, jf. figur 1.

Fig.: 1: (Kilde: AKU: SSB)



3.2.1 To ulike forklaringsmodeller: Disiplineringshypotesen og sammensetningshypotesen

Tradisjonelt har en forklart utviklingen gjennom samvariasjonen mellom sykefravær og forhold på arbeidsplassen med to ulike hypoteser: *Disiplineringshypotesen* og *sammensetningshypotesen*.

Når fraværsreduksjonen er et resultat av høy arbeidsledighet, som tidlig på 90-tallet, kan vi ikke tolke reduksjonen i sykefraværet som resultat av bedret helse eller økt tilfredshet på jobben. Lav fraværsprosent behøver derfor ikke være *et mål* for verken god helse hos ansatte eller høy arbeidsmiljøstandard. Dette forholdet bekrefter disiplineringshypotesen som viser til at folk skjerper seg når mange er uten arbeid. De går på jobb selv om de kan hende burde blitt sykmeldt. Mot dette hevdes det at Norge har et så sterkt oppsigelsesvern at denne trusselen ikke er reell, samt at det også finnes andre middel for å disiplinere ansatte enn bare oppsigelser. Folk som har stort fravær, kan med rette eller urette frykte for å bli hengende etter i lønnsutviklingen. Og de kan også risikere å bli "parkert" karrieremessig, eller miste individuelle frynsegoder.

En annen forklaring vektlegger seleksjon av arbeidsstyrken ved at det er de med svakest helse som er de siste som blir ansatt i gode tider. Da vil de også være de første til å bli sagt opp i dårlige tider. I nedgangstider vil ansatte med mye fravær ha større sannsynlighet for å bli selektert ut av arbeidsstyrken sammenlignet med de med lite fravær. Og når de forsvinner fra arbeidsplassen, går det gjennomsnittlige fraværet ned. Denne forklaringen kalles sammensetningshypotesen.

De viktigste studiene som har søkt å teste disse hypotesene er Nordberg og Røed (2003), Askildsen et al. (2004) og Kolstad (2005). Studiene trekker få sterke konklusjoner. Det er imidlertid samstemmighet om at sammensetningshypotesen ikke forklarer noen stor andel av samvariasjonen mellom sykefravær og utviklingen på arbeidsmarkedet, mens disiplineringshypotesen så langt synes å stå sterkere (Evaluering av IA-avtalen 2005, RTV 04/2000). Funn fra RTVs kartlegging av sykefravær og diagnoser fra 1994- 1999 peker i samme retning. Rapporten viser til at gruppen som har kommet inn på arbeidsmarkedet i løpet av disse seks årene, i stor grad har det samme diagnosemønsteret som de som allerede var etablert på arbeidsmarkedet (RTV 04/ 2000).

RTV har testet sammensetningshypotesen ved å analysere sykefravær og pensjonsgivende inntekt for ulike grupper som har mottatt stønader til refusjon av utgifter i forbindelse med sykdom, skade eller lyte etter folketrygdlovens kapittel 6 (grunnstønad og hjelpestønad). Utviklingen i disse gruppenes sykefravær er sammenlignet med den tilsvarende utviklingen i tilhørende kontrollgrupper (uten stønad, med samme kjønn, alder og kommune). Analysen omfatter perioden 1989 til 2003. Analysen svekket hypotesen om at de store svingningene i sykefraværet kan forklares av svingninger i sysselsettingsraten. Spesielt gjelder at *veksten* i sykefraværet i siste halvdel av 1990- tallet og frem mot utgangen av 2003 ikke kan forklares med at arbeidslivet som følge av voksende sysselsetting har gitt større rom for grupper med høyere sykkelighet (Evaluering av IA-avtalen 2005).

Selv om arbeidslivet, i motsetning til det RTV her har funnet, likevel skulle ha fått et større innslag av personer med funksjonsproblemer, er disse bidrag til det totale sykefraværet likevel blitt *redusert* i denne perioden. Det gjelder alle diagnosegrupper og aldersgrupper som er blitt undersøkt. Analysen kan likevel ikke utelukke at visse funksjonsproblemer, nærmere bestemt noen av dem som gir rett til hjelpestønad som barn, gir grunnlag for en konjunkturbetinget seleksjon når ungdom med disse problemene skal etablere seg i arbeidslivet. Gruppene det gjaldt, var imidlertid små, og de observerte effektene ikke entydige. Det er derfor ikke mulig å konkludere den andre veien, til at slik seleksjon skulle kunne forklare noen betydelig del av variasjonen i sykefraværet (Evaluering av IA-avtalen 2005).

Svakere samvariasjon mellom sykefraværet og konjunkturutviklingen de siste årene kan bety at den antatte årsakssammenhengen ikke lenger er virksom (slik tilfellet synes å være i mange andre europeiske land), eller at det er andre forhold i denne perioden som skjuler denne effekten. Forhold som kan ha bidratt til å overskygge samvariasjonen mellom utviklingen på arbeidsmarkedet og sykefravær i denne 5-årsperioden kan være *endringer i regelverk i perioden, samt nye tendenser og utviklingstrekk i arbeidslivet.*

3.3 Endringer i regelverk

En tradisjonelt mindre benyttet forklaringsmodell for å beskrive endringer i sykefravær kan benyttes til å vise dette forholdet. Denne modellen vektlegger at sykefraværsutviklingen må ses

i lys av utviklingen på *andre stønadsområder, i hovedsak uførepensjonsordningen* (RTV 04/2000).

Det har vært et uttalt mål å utjevne de sosiale gradientene i arbeidslinjen, blant annet ved å opprettholde yrkesdeltakelsen blant personer med helsemessige og sosiale problemer, jmf. Velferdsmeldingen (RTV 04/2000). Målet er å begrense tilgangen til uførepensjon gjennom ulike tiltak. Denne målsettingen er videreført gjennom IA-avtalens tre delmål. *Konsekvensen* av å tilrettelegge arbeidslivet for personer med helsemessige problemer og redusert funksjonsevne og øke den reelle pensjoneringsalder, er at imidlertid at risikoen for sykefraværet øker.

Vi har hatt en sterkt økende bruk av aktiv sykmelding fra 2000. Dette må bl.a. ses i sammenheng med Sandmannutvalgets forslag om økt bruk av aktiv sykmelding (i 2000) og IA- virksomheters innvilgede adgang til å benytte aktiv sykmelding uten forhåndsgodkjenning fra trygdekontoret (2001). RTV rapport 3/2004 konkluderer med at bruken av aktiv sykmelding har bidratt til å øke den gjennomsnittlige lengden på sykefraværet.

De nye sykmeldingsreglene fra 1.7. 2004 antas også ha effekt på sykefraværsstatistikken. Aktiv sykmelding ble begrenset og leger oppfordret til å benytte *gradert* fremfor full sykmelding. Kravene til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid ble tydeliggjort i arbeidsmiljøloven. Det understrekes bl.a. at HMS-arbeidet skal omfatte systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær. Fra 1.1.2005 ble kravet om at attføring alltid skal prøves før evt. tilståelse av uføreytelser skjerpet (med mindre åpenbare grunner tilsier noe annet). Dette er nå lovfestet, mens skjerping av attføringskravet i 2001 var av administrativ art (Evaluering av IA-avtalen 2005). Disse regelendringene antas å ha en viss påvirkning på både økningen og den tilsynelatende redusering vi ser av sykefraværet. Det påfallende er at sykefraværet har gått ned både i bedrifter som har inngått avtale om inkluderende arbeidsliv og de som ikke har det.

3.4 IA-bedrifter

Tabell 5 viser utviklingen i det egenmeldte og legemeldte fraværet fra 2003 til 2005. Det foreligger ikke tall for egenmeldt fravær fordelt på IA og ikke-IA-virksomheter tilbake til 2001. Det har vært liten forskjell i sykefraværsutviklingen mellom virksomheter som ble IA-virksomheter før 30.06.2003 sammenlignet med ikke-IA-virksomheter. De som ble IA-virksomheter i perioden 30.06.03 og 2005 har hatt *lavest* nedgang i sykefraværet.

Tabell 5: Legemeldt og egenmeldt sykefravær fordelt på IA-bedrifter før og etter 30.6.03 og ikke IA-bedrifter 2003-2005. 2.kvartal 2003-2 kvartal 2005. Etter næring

Næring	IA-bedrifter										Ikke IA-bedrifter				
	pr 30.6.03					30.6.03-30.6.05									
	2kv 2003	2kv 2005	2kv. 2003	2kv. 2005	End. Totalt	2.kv 2003	2kv 2005	2.kv.2003	2kv.2005	End. totalt	2.kv.2003	2kv.2005	2.kv.2003	2kv2005	End. Totalt
	Egenmeldt		Legemeldt			Egenmeldt		Legemeldt			Egenmeldt		Legemeldt		
TOTALT	0,9	1,0	7,8	5,9	-21,0	0,7	0,9	7,5	5,8	-17,9	0,6	0,7	6,7	5,1	-20,9
01-05 Jordbruk	1,0	1,1	7,2	5,2	-22,6	0,4	0,8	7,7	4,2	-37,9	0,8	0,6	5,7	4,1	-26,7
11 Olje 10,12-37	..	..	3,3	3		..	..	3,1	2,4		..	..	4,6	3,7	
Industri	0,9	1,0	7,2	5,1	-24,6	0,8	0,9	7,3	5	-26,6	0,7	0,8	7,4	5,2	-26,2
40-41 Kraft	0,6	0,7	5,2	3,7	-23,7	0,7	0,8	5	4,1	-15,1	0,5	0,6	4,6	3,9	-12,2
45 Bygg	0,9	1,0	7,9	5,1	-31,0	0,6	0,9	7,8	5,2	-27,2	0,8	0,8	7,8	5,2	-29,6
50-55 Vareh.	0,9	0,9	7,1	5,4	-21,7	0,6	0,9	7	5,6	-14,9	0,5	0,6	6,8	5,2	-20,4
60-64Transp	0,9	1,1	8,3	6,4	-18,5	0,7	0,9	7,9	6,2	-17,2	0,5	0,6	7,1	5,5	-19,0
65-67 Finans	0,8	0,6	5,2	4,2	-18,8	0,5	0,6	4,9	4	-13,7	0,7	0,6	4,6	3,7	-18,8
70-74 Forr.tj	1,4	1,0	7	5,1	-27,8	0,6	0,7	6,4	4,5	-25,4	0,7	0,6	5,5	4	-24,7
75 Off adm	0,9	1,0	6,6	5,1	-19,1	0,7	1,0	6,2	5,1	-10,8	0,6	0,6	4,2	3,8	-8,4
80 Underv	0,6	0,8	6,7	5,5	-13,7	0,5	0,7	6,2	4,9	-15,9	0,5	0,5	6,7	5,5	-16,6
85 Helse	1,0	1,0	9,9	7,6	-20,5	0,9	1,1	9,6	7,7	-16,0	0,7	1,0	8,8	7,3	-13,5
90-99 Andre	0,8	1,0	6,8	5,1	-20,5	0,8	0,9	7	5,2	-21,6	0,6	0,6	7,1	5,6	-19,6

Kilde: (SSB/RTV: I Evaluering av IA-avtalen, 2005)

Sysselsettingsprosenten har samlet, blitt redusert fra 71,2 % til 69,6 % 3. kvartal 2005 i IA-perioden. Sysselsettingsprosenten har imidlertid, om vi studerer kvartalstall, steget fra 68,5 % 1. kvartal 2005 til 69,6 % 3. kvartal i 2005. Arbeidsledigheten er høyere nå enn i 2001. I 3. kvartal 2005 utgjorde arbeidsledigheten 4,8 % av arbeidsstyrken mot 3,5 % i 2. kvartal 2001, ifølge sesongjusterte tall fra Arbeidskraftundersøkelsen (Tabell 6).

Tabell 6: Personer 16-74 år i arbeidsstyrken, registrerte arbeidsledige 1000 prosent Arbeidskraftundersøkelsen (AKU)

	Personer 16- 74 år (tusen)	Arbeidsstyrken % av antall personer i alt	Sysselsatte % av personer i alt	Arbeidsledige % av arbeids- styrken
2001	3214	73,5	70,9	3,6
2002	3234	73,5	70,7	3,9
2003	3257	72,9	69,6	4,5
2004	3283	72,6	69,3	4,4
1.kvarttal/2005	3312	71,8	68,5	4,6
2.kvartal/2005	3312	72,6	69,0	4,8
3.kvartal/ 2005	3312	73,1	69,6	4,8

Holdningene til sykefravær kan ha endret seg i løpet av IA-perioden, som følge av regelendringer, men også av det sterke *fokuset* som har vært på dem. Atferden til individer (både arbeidstakere og arbeidsgivere) påvirkes av samfunnsdebatten. Det sterke fokus på sykefraværet i media og i arbeidslivet på 90-tallet har trolig ført til en bevisstgjøring av individers eget sykefravær. Kanskje har terskelen for å ikke å gå på jobb pga. sykdom for lønntakere, sykmelde pasienter (leger) og/eller støte folk ut på sykmelding (arbeidsgivere) blitt høyere de siste årene som følge av endrede holdninger. IA-avtalen og endringene av sykmeldingsreglene som ble innført i juni 2004 kan og ha bidratt til et skifte i holdninger i motsatt retning, slik at aksepten har blitt høyere for korttids enn langtidsfravær, gjennom at det er blitt mer vanlig å snakke om sykdom og at det er akseptert å jobbe for halv maskin i en periode, fremfor å slite seg ut og risikere sykmelding. Dette kan bidra til å forklare hvorfor sykefraværet har økt, men også falt det siste året, for både IA-bedrifter og de som ikke er det, selv om sysselsettingen har økt noe i 2005, og ledigheten har vært relativt stabil (Evaluering av IA-avtalen 2005).

3.5 Omstilling og nedbemanning

Omstillinger og nedbemanning i arbeidslivet kan ha medført økt stress og helseproblemer for arbeidstakerne. Dette kan også ha bidratt til å overskygge den tradisjonelle konjunktursammenhengen de siste årene og bidratt til økt sykefravær til tross for økt ledighet. Flere nyere undersøkelser (Ferrie 2001, Røed, Fevang 2005, Skyberg, Gjerstad 2004, Sverke m. fl. 2002) bekrefter at å jobbe i en bedrift som nedbemanner eller legger ned er en stor påkjenning for folk, både helsemessig og økonomisk. Arbeidstager som rammes av bedriftsnedleggelse blir mer utsatt for sykdom, får økt dødelighet og blir langt oftere uføre enn kolleger som ikke opplever nedleggelse. To nye omfattende kartlegginger av norske arbeidstager bekrefter også dette. (Rege, Votruba, Røed, Fevang 2005, Telle 2005, Kolstad 2005). En undersøkelse Frisch-senteret har foretatt blant 43.000 helsearbeidere viser at store omstillinger har medført flere sykmeldte og flere på uføretrygd (Røed og Fevang, Memorandum 20/2005). Det kan også synes som om *uro* for generell omorganisering også kan ha betydning. En ny rapport fra Rikstrygdeverket viser at sykefraværet henger sammen med sterk nedbemanning, men også med sterk økning av bemanningen (Kolstad 2003).

Levekårsundersøkelsen 2003 viser at det de siste tre årene har vært en stor økning i antall sysselsatte som mener de står i fare for å miste jobben på grunn av nedlegging, innskrenkning

eller annet. I 2000 oppga en av ti dette, i 2003 er andelen økt til to av ti. Samtidig er andelen med midlertidig ansettelse på et stabilt lavt nivå, i overkant av en av ti er midlertidig ansatt. De aller fleste har også skriftlig ansettelseskontrakt. Her har andelen økt fra 83 % i 1996 til 90 % i 2003. Til tross for at de formelle rammene rundt arbeidstakerne er gode, har altså frykten for å miste jobben vært stigende. Dette kan ha sammenheng med veksten i arbeidsledigheten og dermed usikkerhet på arbeidsmarkedet i samme periode. Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) viste at arbeidsledigheten ved utgangen av 2000 var på 3,6 %, mens den ved utgangen av 2003 var på 4,6 %. I perioden 1996 til 2003 har det vært en nedgang i andelen ansatte som har fast lønn, det vil si fast måneds-, halvmåned-, uke- eller timelønn. I 1996 hadde ni av ti fast lønn, i 2000 hadde åtte av ti fast lønn mens i 2003 har omtrent sju av ti fast lønn. Vi har en tilsvarende økning i andelen ansatte som har fast lønn kombinert med bonus, provisjon eller akkordtillegg. Andelen som er fornøyd med lønnen sin har vært relativt stabil i perioden (<http://www.ssb.no/emner/06/01/akumnd/>).

3.6 Lavere selvbestemmelse

Av arbeidsmiljøproblemer viser levekårsundersøkelsen at det har vært nedgang i graden av selvbestemmelse over flere betydningsfulle sider ved jobben. Andelen sysselsatte som sier at arbeidet deres i høy grad er styrt av kunder, klienter eller elever, var 49 % i 2000 og 53 % i 2003. Spesielt unge kvinners arbeid er styrt av kunder/klienter/elever: nær sju av ti kvinner i alderen 16-24 år er det. Vi ser også her en økning i andelen som oppgir at arbeidet er styrt av arbeidskamerater, kolleger og av fastlagte rutiner, og en økende tendens til at arbeidstakerne i mindre grad enn tidligere kan bestemme selv hvordan de skal utføre jobben sin (<http://www.ssb.no/emner/06/01/akumnd/>).

3.7 Utfordringer i arbeid i lys av sosioøkonomisk status

Aarvak (1980) har i en studie av fabrikkansatte fremhevet at egenskaper ved arbeidsmiljøet kan fungere som en buffer mot sykefravær. En nyere undersøkelse fra Econ så på hvem som gikk av med uføretrygd blant 63.000 sykehusansatte i 2003 (Econ 2003). Rapporten fant at kvinner, lavtlønnede og de uten høyere utdanning hadde betydelig høyere avgang til uføretrygd enn ansatte med universitetsutdanning i behandlende stillinger. Det er en sammenheng mellom

fravær og fysisk belastende arbeidsmiljø og arbeidsmiljøfaktorer som organisatoriske forhold. Flere undersøkelser bekrefter dette (Grismo, 1991, Grismo, Sørensen 1991, Haugstvedt 2002, Mastekaasa 1998).

Statens arbeidsmiljøinstitutt utarbeidet en rapport i 2004, på bakgrunn av litteraturgjennomgang på dette området og konkluderer med at følgende arbeidsfaktorer synes å være opphav til helseproblemer, det vil si de går igjen som risikofaktorer for flere ulike helseproblemer:

Arbeidstid - overtid (mer enn 60 timer per uke fordobler risiko for hjertesykdom)

Nedbemanning

Lav kontroll over egen arbeidssituasjon (det vil si lite autonomi, lav «decision latitude»)

Lav sosial støtte

Kombinasjonen av høye kvantitative jobbkraav med lav kontroll og lav sosial støtte

(krav/kontroll teorien)

Belønning (lønn, anerkjennelse, avansement, jobbsikkerhet) som ikke samsvarer med den ansattes anstrengelser (anstrengelse-belønning-ubalanse teorien)

Sosialt klima: Kultur som er lite oppmuntrende og støttende (STAMI 2004)

Vi har sett at sammensetningshypotesen har fått mindre forklaringskraft bla fordi diagnosefordelingen for dem i jobb er tilnærmet lik andelen som er uten jobb. Sykefraværet har samlet i IA-perioden økt, til tross for nedgang i sysselsettingen, noe som også svekker disiplineringshypotesen. Endringer i regelverk og nye krav til ansatte i et moderne, presset arbeidsmarked ser ut til å kunne ha forklaringspotensiale og fungerer også kanskje som *skygger* for sammensetnings- og disiplineringshypotesen.

Det finnes to typer ”sykenærver”. Det ene fordi du har lyst til å gå på jobb, det andre fordi du må. Det er ingen direkte årsakskjede mellom syk og sykefravær. Man kan være syk og velge å gå på jobb, og motsatt kan man være fri for sykdom men likevel velge å holde seg hjemme. Tall som viser andel friske i en bedrift er derfor kanskje mål på en bedrifts helse mer enn individers. Eller ingen av delene (Wergeland, Brusgaard 2005). Et viktig aspekt ved sosial trygghet er lav arbeidsledighet. At fraværene er blitt kortere, og tilsynelatende på vei til å bli færre, mens arbeidsledigheten er forholdsvis stabil er en situasjon som kan forenes med tanker

om godt IA-arbeid. At vi ikke finner et særlig skille mellom IA-bedrifter og bedrifter uten avtale bidrar derimot til å svekke denne antagelsen.

4.Resultater

4.1 Sykefraværsutviklingen og uførepensjoner i bedrifter med og uten IA-avtale

Vi har tidligere nevnt at variabelen: "IA/Ikke IA-person" refererer til hvorvidt personen har vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen trådte i kraft. 5 502 personer (41 %) er IA-personer etter denne definisjonen. Blant IA-personene er det en undervekt av menn (kun 38 % av IA-personene er menn), og IA-personene er også gjennomgående yngre. Ca 30 % av de eldste deltagerne er IA-personer, mens ca 45 % av de yngste er det.

4.1.1 Sykefravær

Tabell 7 viser antall nye sykmeldingstilfeller utover arbeidsgiverperioden (16 dager) per år for utvalget. Det totale antall nye sykmeldingstilfeller har økt for personer i både IA-bedrifter og bedrifter uten avtale for utvalget, i hele perioden 1994-2004. Man må imidlertid være klar over at dette er de samme personene som følges i hele tidsperioden, og de øker i alder med 11 år i denne oppfølgingstiden. Vi ser imidlertid sterkest økning for IA-personene. Tallene for 2004 er ikke korrigererte, og må tolkes med varsomhet. Nye tilfeller av uførepensjonering økte frem til 2000, for så å ha gått ned.

Tabell 7. Antall nye tilfeller av sykefravær og uførepensjonering i bedrifter med og uten IA-avtale, fordelt på år og diagnoser. N = 13 317 (5502 IA-personer og 7815 ikke-IA-personer).

År	Sykm.tilfeller totalt		Sykm.tilfeller muskel/skjelett		Sykm.tilfeller psykiske lidelser		Uførhet Totalt		Uførhet muskel/Skjelett		Uførhet psykiske lidelser	
	IA	Ikke IA	IA	Ikke IA	IA	Ikke IA	IA	Ikke IA	IA	Ikke IA	IA	Ikke IA
1994	552	931	261	435	42	84	6	34	5	7	0	8
1995	604	1063	271	480	60	114	8	56	2	21	0	15
1996	773	1103	316	504	82	146	3	52	0	19	2	10
1997	818	1277	352	540	93	172	10	79	5	33	4	16
1998	808	1275	334	591	117	157	17	110	7	35	2	25
1999	896	1365	361	599	115	187	17	110	8	47	3	31
2000	1143	1446	479	655	172	220	21	158	2	59	9	34
2001	1227	1475	454	595	170	235	17	116	7	46	1	20
2002	1345	1259	439	440	219	210	26	116	12	40	8	26
2003	1685	1365	627	478	245	188	31	95	14	22	3	24
2004	1738	1546	415	340	145	124	31	46	8	15	4	10

Tabell 8 viser sykmeldinger i antall dager per år og gjennomsnittslengde per tilfelle per år, for IA-personer og ikke IA-personer for årene 1994-2003. Vi finner at sykmeldingstilfellene for IA-utvalget gjennomsnittlig er kortere for IA-personer enn for ikke- IA-personer. Ikke-IA-personene hadde en relativt sterk økning i gjennomsnittlig fraværslengde fram til 2002, mens fraværslengden for IA-personene har ligget relativt stabilt mellom 60 og 80 dager. For ikke-IA-personene økte lengden fra under 80 på midten av 1990-tallet til 120 i 2002, fulgt av et fall til rundt 90.

Tabell 8. Sykmeldinger i antall dager og tilfeller pr år, samt gjennomsnittlig fraværslengde, fordelt på IA- og ikke-IA-personer N = 13 317 (5502 IA-personer og 7815 ikke-IA-personer).

År	IA	Ikke-IA	IA	Ikke-IA	IA	Ikke-IA
	Dager totalt	Dager totalt	Tilfeller totalt	Tilfeller totalt	Dager pr tilfelle, gj.sn.	Dager pr tilfelle, gj.sn.
1994	30876	71 337	552	931	56	77
1995	38357	76 607	604	1063	64	72
1996	43238	93 666	773	1103	56	85
1997	50411	113 221	818	1277	62	89
1998	52232	121 813	808	1275	65	96
1999	58939	133 789	896	1365	66	98
2000	77770	156 145	1143	1446	68	108
2001	89062	156 804	1227	1475	73	106
2002	106634	152 265	1345	1259	79	121
2003	123063	125 340	1685	1365	73	92
2004			1738	1546		

Figurene 2-3 viser forholdstallet ganget med 100, mellom antall sykmeldingstilfeller i løpet av et år og antall personer som kan sykmeldes, for IA-personer og ikke-IA-personer, fordelt på de tre aldersgruppene, for henholdsvis menn og kvinner. Dette forholdstallet er ikke vanlig sykefraværspersent, men en brøk der antall tilfeller er i teller og antall personer er i nevner. En person kan ha hatt flere tilfeller i ett år. Det er derfor riktigere å kalle denne variabelen sykefraværshfrekvens. Her er personer som er uføretrygdet etter hvert trukket fra, og antall personer i utvalget faller således med årene.

Vi ser at sykefraværshfrekvensen blant menn har økt for alle tre alderskategorier blant IA-personene. Økningen har vært enda sterkere blant kvinner.

For ikke-IA-utvalget er det en jevn, men svakere økning for 1970-kohorten, mest for kvinner. For alderskategorien 1955/60 har det vært et relativt stabilt nivå siden 1997, med noen

svingninger. For de eldste har det vært økning både for menn og kvinner fram til 2000, etterfulgt av et fall.

Fig. 2. Frekvens $\times 100$ av sykefraværstilfeller i forhold til antall personer som kan sykmeldes. Fordeling etter alderskategori og tilknytning til IA-bedrift. Menn.

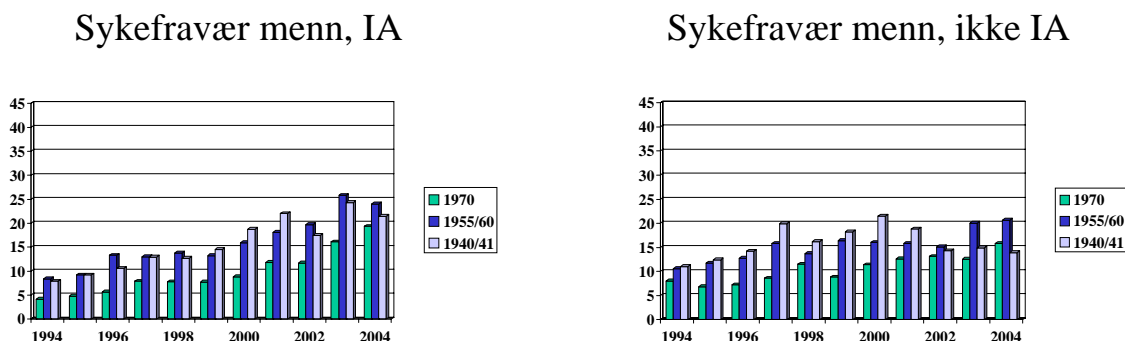
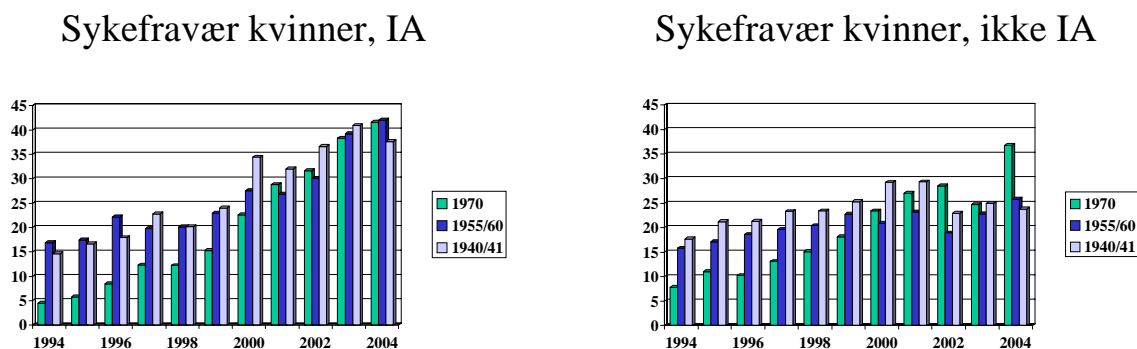


Fig. 3. Frekvens $\times 100$ av sykefraværstilfeller i forhold til antall personer som kan sykmeldes. Fordeling etter alderskategori og tilknytning til IA-bedrift. Kvinner.



4.1.2 Uførepensjon

Figur 4-5 viser forekomsten av nye uførepensjonstilfeller i %, fordelt på kjønn og alderskategorier, for IA-personer og ikke-IA-personer. Vi ser at nivået for uførepensjonering er vesentlig høyere for ikke-IA-personene, dette gjelder begge kjønn, dog med en viss fallende tendens de senere år. For IA-gruppen har det vært en økning i 1940/41-alderskohorten gjennom de siste år, spesielt for kvinner. For 1955/60- kohorten har det vært en viss nedgang,

spesielt blant kvinner. Hovedinntrykket i dette materialet er at personer i IA-bedrifter har relativt få uførepensjoner i forhold til personer ansatt i bedrifter uten IA-avtale.

Fig. 4. *Uførepensjonering i % av antall personer som kan bli uførepensjonert. Fordeling etter alderskategori og tilknytning til IA-bedrift. Menn.*

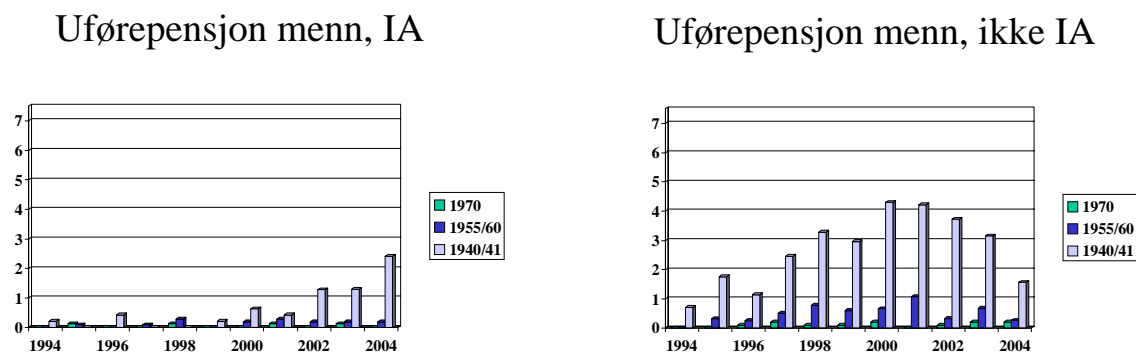
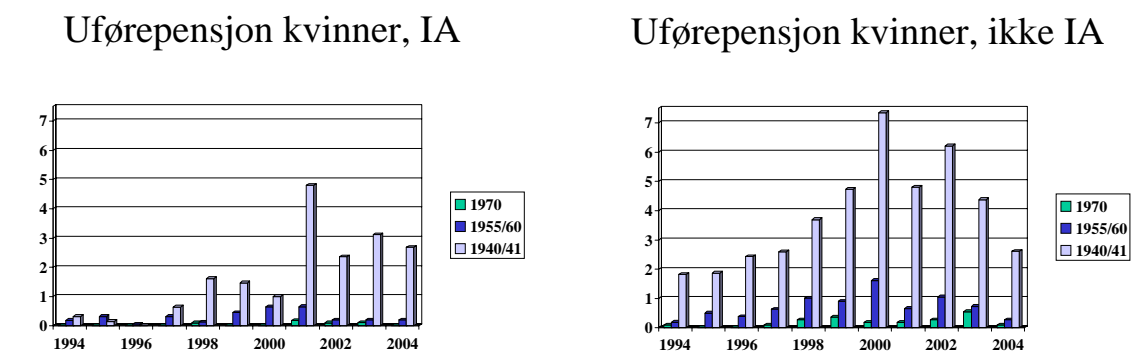


Fig. 5. *Uførepensjonering i % av antall personer som kan bli uførepensjonert. Fordeling etter alderskategori og tilknytning til IA-bedrift. Kvinner.*



4.2 Psykiske lidelser, sosioøkonomiske individfaktorer og arbeidsforhold

4.2.1 Psykiske lidelser og sosioøkonomisk status

4.2.1.1 Bosted

Vi har sett på betydningen av bosted innen Oslo for sykmelding pga psykiske lidelser. Vi finner her nokså små forskjeller i prosentandel sykmeldinger pga psykiske lidelser etter bosted. Litt færre i Ytre vest (13 %) har vært sykmeldt for psykiske lidelser, mot 16 % bosatt i Ytre øst (Tabell 10). Når det gjelder selvrapporterte psykiske plager finner vi en noe større forskjell mellom bydelene. 18 % bosatt i Indre øst rapporterer at de har hatt psykiske plager mot 14 % fra Ytre vest (Tabell 11).

Tabell 10: Bosted mot sykmelding pga psykiske lidelser

		Noen gang sykm for psykiske lidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Inndeling av bydeler etter Oslohelset	Ytre øst	4996 84,2%	937 15,8%	5933 100,0%
	Ytre vest	2975 87,0%	446 13,0%	3421 100,0%
	Indre vest	1484 86,3%	236 13,7%	1720 100,0%
	Indre øst	1643 84,3%	305 15,7%	1948 100,0%
Total		11098 85,2%	1924 14,8%	13022 100,0%

Tabell 11: Bosted mot selvrapporterte psykiske plager

		Har du eller har du hatt psykiske plager?		Total
		Ja	Nei	
Inndeling av bydeler etter Oslohelset	Ytre øst	828 14,3%	4946 85,7%	5774 100,0%
	Ytre vest	451 13,5%	2902 86,5%	3353 100,0%
	Indre vest	295 17,6%	1380 82,4%	1675 100,0%
	Indre øst	348 18,3%	1555 81,7%	1903 100,0%
Total		1922 15,1%	10783 84,9%	12705 100,0%

4.2.1.2 Utdannelse

Lav utdanning gir kun svak økning i risiko for sykmelding pga psykiske lidelser (Tabell 12). Når vi ser på *selvrapporterte* psykiske plager og utdanning ser vi en svak tendens til at de i høyeste utdannelseskategori rapporterer psykiske plager i *høyere* grad enn de i laveste utdannelsesgruppe (Tabell 13).

Tabell 12: Utdannelse mot sykmelding pga psykiske lidelser

		Noen gang sykm for psykiske lidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Utdannelse kategorisert	Grunnskole (inntil 9 år)	1210 86,2%	194 13,8%	1404 100,0%
	Videreg. grunntd. (10-11 år)	1530 83,4%	304 16,6%	1834 100,0%
	Videreg. påbygg (12-14 år)	2815 84,0%	537 16,0%	3352 100,0%
	Høgskole (15-16 år)	1959 84,8%	351 15,2%	2310 100,0%
	Universitet (17 år og mer)	3635 87,0%	541 13,0%	4176 100,0%
Total		11149 85,3%	1927 14,7%	13076 100,0%

Tabell 13: Utdannelse mot selvrapporterte psykiske plager

		Har du eller har du hatt psykiske plager?		Total
		Ja	Nei	
Utdannelse kategorisert	Grunnskole (inntil 9 år)	198 14,8%	1139 85,2%	1337 100,0%
	Videreg. grunntd. (10-11 år)	267 14,9%	1525 85,1%	1792 100,0%
	Videreg. påbygg (12-14 år)	467 14,2%	2815 85,8%	3282 100,0%
	Høyskole (15-16 år)	323 14,2%	1944 85,8%	2267 100,0%
	Universitet (17 år og mer)	677 16,5%	3427 83,5%	4104 100,0%
Total		1932 15,1%	10850 84,9%	12782 100,0%

Her gir verken t-test ($p=0,052$) eller khikvadrattest ($p=0,056$) signifikans.

4.2.1.3 Inntekt

Inntekt (Tabell 14) gir et sterkere utfall på sykmelding pga psykiske lidelser enn bosted og utdanning. 18 % av de som har en årlig inntekt under kr. 200. 000, har vært sykmeldt pga psykiske lidelser, mot 9 % av de som tjener over 400. 000 i året. For selvrapportert psykiske lidelser finner vi en tilsvarende forskjell (Tabell 15). 22 % av de som har en årlig inntekt under kr. 200. 000 rapporterer psykiske plager mot 9 % av de som har en årlig inntekt over kr. 400. 000.

Tabell 14: *Inntekt mot sykmelding pga psykiske lidelser*

		Noen gang sykm for psykiske lidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Inntekt kategorisert	ingen inntekt	90	10	100
		90,0%	10,0%	100,0%
	<200.000	1367	303	1670
		81,9%	18,1%	100,0%
	200-400.000	4074	742	4816
		84,6%	15,4%	100,0%
	>400.000	1236	119	1355
		91,2%	8,8%	100,0%
Total		6767	1174	7941
		85,2%	14,8%	100,0%

Tabell 15: *Inntekt mot selvrapporterte psykiske plager*

		Har du eller har du hatt psykiske plager?		Total
		Ja	Nei	
Inntekt kategorisert	ingen inntekt	16	81	97
		16,5%	83,5%	100,0%
	<200.000	365	1265	1630
		22,4%	77,6%	100,0%
	200-400.000	679	4060	4739
		14,3%	85,7%	100,0%
	>400.000	118	1217	1335
		8,8%	91,2%	100,0%
Total		1178	6623	7801
		15,1%	84,9%	100,0%

4.2.2 Arbeidsmiljøets betydning for sykefravær pga psykiske lidelser

HUBRO-spørreskjemaene har mange spørsmål om arbeidsforhold. Spørsmålene dreier seg om fysisk arbeidsmiljø, som ulike spørsmål om hvordan arbeidet utføres, til psykiske faktorer i arbeid som for eksempel om vedkommende får anerkjennelse og støtte fra nærmeste leder og muligheter for innflytelse i arbeidet. I tillegg er det stilt spørsmål som gjelder omstillinger i bedriften vedkommende jobber i, og om dette medfører uro og angst for å miste arbeidet. Disse spørsmålene gir verdifull informasjon om arbeidsmiljøets betydning for denne typen sykefravær.

4.2.2.1 Jobbusikkerhet

Vi har sett på sammenhengen mellom *jobbusikkerhet* og sykmelding pga psykiske lidelser.

Vi har undersøkt utfallet av HUBRO-spørsmålet:

Er du trygg på at du vil ha en jobb som er like god som den du har nå om to år?

Omtrent dobbelt så mange som oppgir at de er utrygge på at de vil ha en like god jobb om to år, har vært sykmeldt for psykiske lidelser, mot de som oppgir at de ikke er utrygge på å ha en like god jobb om to år (Tabell 16). 22 % av de som mener at de ikke vil ha en like god jobb som den de har i dag om to år har vært sykmeldt pga psykiske lidelser, mot 13 % av de som er trygge på at de vil være i en like god jobb som den de har i dag om to år. Vi antok at dette resultatet er påvirket av utdannelsesnivå, hvor høyere utdanning gir bredere og mer fleksibel kompetanse og derigjennom mer trygghet på arbeidsmarkedet. Vi fant sterk sammenheng mellom selvrapportert jobbusikkerhet og utdannelsesnivå, hvor 29 % av de med grunnskole var svært sikre på at de vil ha en like god jobb om to år, mot 42 % av de med universitetsutdanning (Tabell 17).

Tabell 16: Selvrapportert jobbtrygghet om to år mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

		Noen gang sykm for psykiske lidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Er du trygg på at du vil ha en jobb som er like god som den du har nå om to år?	Svært lite eller ikke i det hele tatt	288 78,0%	81 22,0%	369 100,0%
	Nokså lite	332 83,0%	68 17,0%	400 100,0%
	Noe	951 82,6%	201 17,4%	1152 100,0%
	Nokså meget	2557 85,6%	429 14,4%	2986 100,0%
	Svært meget	2443 87,4%	351 12,6%	2794 100,0%
Total	6571 85,3%	1130 14,7%	7701 100,0%	

Tabell 17: Utdannelse mot selvrapportert jobbtrygghet om to år

	Er du trygg på at du vil ha en jobb som er like god som den du har om to år?					Total
	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Nokså lite	Noe	Nokså meget	Svært meget	
Utdannelse kategori- sert	52	27	72	124	111	386
	13,5%	7,0%	18,7%	32,1%	28,8%	100,0%
Grunnskole (inntil 9 år)	64	56	146	327	219	812
	7,9%	6,9%	18,0%	40,3%	27,0%	100,0%
Videreg. grunnutd. (10-11 år)	91	114	311	765	625	1906
	4,8%	6,0%	16,3%	40,1%	32,8%	100,0%
Videreg. påbygg (12-14 år)	57	70	250	608	587	1572
	3,6%	4,5%	15,9%	38,7%	37,3%	100,0%
Høyskole (15-16 år)	100	125	360	1137	1232	2954
	3,4%	4,2%	12,2%	38,5%	41,7%	100,0%
Universitet (17 år og mer)	364	392	1139	2961	2774	7630
	4,8%	5,1%	14,9%	38,8%	36,4%	100,0%

28 % av de som mener at de står i fare for å miste nåværende arbeid svarer også at de siste måned har hatt tretthet eller matthet utenom det vanlige som helt eller delvis skyldes jobb, mot 19 % av de som ikke står i fare for å miste arbeidet sitt (Tabell 18). 20 % av de som mener at de står i fare for å miste arbeidet sitt rapporterer også søvnvansker som skyldes jobb, mot 12 % av de som mener de ikke står i fare for å miste arbeidet sitt (Tabell 19).

Tabell 18: Selvrapportert fare for å miste arbeid og inntekt mot selvrapportert tretthet/matthet utenom det vanlige, siste måned

		Siste måned hatt tretthet eller matthet utenom det vanlige?			Total
		Nei, har ikke hatt dette	Ja, men skyldes ikke jobb	Ja, skyldes helt eller delvis jobb	
Står i fare for å miste ditt nåværende arbeid/inntekt?	Ja	391 49,2%	183 23,0%	221 27,8%	795 100,0%
	Nei	4177 63,5%	1140 17,3%	1261 19,2%	6578 100,0%
Total		4568 62,0%	1323 17,9%	1482 20,1%	7373 100,0%

Tabell 19: Selvrapportert fare å miste arbeid og inntekt mot selvrapporterte søvnproblemer eller innsøvningsvansker, siste måned

		Siste måned hatt søvnproblemer, innsøvningsvansker?			Total
		Nei, har ikke hatt dette	Ja, men skyldes ikke jobb	Ja, skyldes helt eller delvis jobb	
Står i fare for å miste ditt nåværende arbeid/inntekt?	Ja	469 58,8%	173 21,7%	156 19,5%	798 100,0%
	Nei	4761 72,0%	1050 15,9%	800 12,1%	6611 100,0%
Total		5230 70,6%	1223 16,5%	956 12,9%	7409 100,0%

4.2.2.2 Innflytelse og selvfølelse

Vi har sett på sammenhengen mellom sykmelding pga psykiske lidelser og følgende tre spørsmål fra HUBRO-undersøkelsen som omhandler innflytelse og selvfølelse:

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

Blir dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef?

Er din stilling på noen måte en overordnet stilling?

Verdsettelse av arbeidsresultater fra nærmeste sjef har sterk sammenheng med sykmelding pga psykiske lidelser (Tabell 20). 23 % av de som svarer at de meget sjelden opplever å få verdsettelse av sine arbeidsresultater av sjefen har vært sykmeldt for psykiske lidelser, mot 12 % av de som rapporterer å få denne anerkjennelsen. Vi finner også en sterk sammenheng mellom støtte og hjelp fra nærmeste sjef og sykmelding pga psykiske lidelser (Tabell 21). 21 % av de som rapporterer at de meget sjelden eller aldri får støtte og hjelp fra sjefen har vært sykmeldt pga psykiske lidelser mot 13 % av de som oppgir å få denne støtten og hjelpen. Sammenhengen mellom å ha en overordnet stilling og sykmelding pga psykiske lidelser er noe mindre (Tabell 22). Her har 12 % av de som har en overordnet stilling vært sykmeldt pga psykiske lidelser mot 17 % av de som ikke har en overordnet stilling.

Tabell 20: Selvrapportert verdsettelse av arbeidsresultater fra nærmeste sjef mot sykmelding pga psykiske lidelser

		Noen gang sykm for psykiske lidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Blir dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef?	Meget sjelden eller aldri	271 76,8%	82 23,2%	353 100,0%
	Nokså sjelden	473 80,3%	116 19,7%	589 100,0%
	Av og til	1452 82,0%	319 18,0%	1771 100,0%
	Nokså ofte	2307 87,6%	328 12,4%	2635 100,0%
	Meget ofte eller alltid	2012 87,6%	286 12,4%	2298 100,0%
Total		6515 85,2%	1131 14,8%	7646 100,0%

Tabell 21: Selvrapportert støtte og hjelp i arbeidet fra nærmeste sjef mot sykmelding pga psykiske lidelser

		Noen gang sykm for psykiske lidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra din nærmeste sjef?	Meget sjelden eller aldri	429 78,9%	115 21,1%	544 100,0%
	Nokså sjelden	462 82,5%	98 17,5%	560 100,0%
	Av og til	1492 84,2%	281 15,8%	1773 100,0%
	Nokså ofte	1857 86,2%	297 13,8%	2154 100,0%
	Meget ofte eller alltid	2311 87,1%	343 12,9%	2654 100,0%
Total		6551 85,2%	1134 14,8%	7685 100,0%

Tabell 22: Selvrapportert opplysning om overordnet stilling mot sykmelding pga psykiske lidelser

		Noen gang sykm for psykiske lidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Er din stilling på noen måte en overordnet stilling?	ja	2786 87,7%	389 12,3%	3175 100,0%
	Nei	3895 83,5%	772 16,5%	4667 100,0%
Total		6681 85,2%	1161 14,8%	7842 100,0%

Evnen til å mestre omskifteligheten og økt press i arbeidslivet avhenger av folks personlige ressurser. Vi har sett på HUBRO-spørsmålene:

Jeg klarer å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok

Jeg føler meg maktesløs mesteparten av tiden

Vi finner *meget sterk* korrelasjon mellom negative verdier på disse svarene og sykmelding pga psykiske lidelser. 14 % av de som mener at de alltid klarer å løse vanskelige problemer om de prøver hardt nok har vært sykmeldt pga psykiske lidelser mot 29 % av de som mener at de aldri klarer å løse vanskelige problemer, selv om de prøver hardt (Tabell 23). Vi finner en tilsvarende sterk sammenheng mellom å føle seg maktesløs og sykmelding pga psykiske lidelser (Tabell 24). 29 % som svarer at de føler seg maktesløs mesteparten av tiden har vært sykmeldt for psykiske lidelser mot 12 % som svarer at de slett ikke føler seg maktesløs hele tiden. Vi har sett på sammenhengen mellom utdannelsesnivå og inntekt på disse svarene, og finner en sterk sammenheng mellom utdannelsesnivå og inntekt og tro på egne evner. Bare 0,4 % av de med universitetsutdanning følte seg maktesløs mesteparten av tiden mot 3 % av de som bare har grunnskole (Tabell 25). 2 % av de som har en årlig inntekt under kr. 200. 000 oppgav å føle seg maktesløs mot 0,1 % av de som har en årlig inntekt over kr. 400. 000 (Tabell 26).

Tabell 23: Selvrappportert evne til problemløsning mot sykmelding pga psykiske lidelser

		Noen gang sykm for psykiske lidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
KLARER Å LØSE VANSKELIGE PROBLEMER HVIS PRØVER HARDT NOK	Helt galt	36	15	51
		70,6%	29,4%	100,0%
	Nokså galt	290	80	370
		78,4%	21,6%	100,0%
	Nokså riktig	3222	505	3727
		86,5%	13,5%	100,0%
	Helt riktig	1082	176	1258
		86,0%	14,0%	100,0%
Total		4630	776	5406
		85,6%	14,4%	100,0%

Tabell 24: Selvrapportert maktesløshet mot sykmelding pga psykiske lidelser

		Noen gang sykm for psykiske lidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
JEG FØLER MEG MAKTESLØS MESTEPARTEN AV TIDEN	Helt galt	3201 88,3%	425 11,7%	3626 100,0%
	Nokså galt	1211 82,8%	252 17,2%	1463 100,0%
	Nokså riktig	198 69,7%	86 30,3%	284 100,0%
	Helt riktig	29 70,7%	12 29,3%	41 100,0%
Total		4639 85,7%	775 14,3%	5414 100,0%

Tabell 25: Utdannelse mot selvrapportert maktesløshet

		JEG FØLER MEG MAKTESLØS MESTEPARTEN AV TIDEN				Total
		Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig	
Utdannelse kategorisert	Grunnskole (inntil 9 år)	171 61,3%	78 28,0%	22 7,9%	8 2,9%	279 100,0%
	Videreg. grunntd. (10-11 år)	317 63,5%	124 24,8%	53 10,6%	5 1,0%	499 100,0%
	Videreg. påbygg (12-14 år)	815 65,8%	322 26,0%	89 7,2%	12 1,0%	1238 100,0%
	Høyskole (15-16 år)	761 68,4%	294 26,4%	54 4,9%	4 ,4%	1113 100,0%
	Universitet (17 år og mer)	1534 68,6%	632 28,3%	59 2,6%	10 ,4%	2235 100,0%
Total		3598 67,1%	1450 27,0%	277 5,2%	39 ,7%	5364 100,0%

Tabell 26: *Inntekt mot selvrapportert maktesløshet*

		JEG FØLER MEG MAKTESLØS MESTEPARTEN AV TIDEN				Total
		Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig	
Inntekt kategorisert	ingen inntekt	32 54,2%	18 30,5%	5 8,5%	4 6,8%	59 100,0%
	<200.000	596 55,4%	334 31,0%	127 11,8%	19 1,8%	1076 100,0%
	200-400.000	2287 68,1%	922 27,4%	135 4,0%	15 ,4%	3359 100,0%
	>400.000	668 77,9%	177 20,7%	11 1,3%	1 ,1%	857 100,0%
	Total	3583 67,0%	1451 27,1%	278 5,2%	39 ,7%	5351 100,0%

4.3 Muskel- og skjelettlidelser, sosioøkonomiske individfaktorer og arbeidsforhold

4.3.1 Sykmelding pga muskel –og skjelettlidelser og sosioøkonomisk status

Vi finner en sterk effekt av utdanning og inntekt på sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser. Det var en betydelig høyere andel med sykmeldinger pga muskel- og skjelettlidelser blant de som bare hadde grunnskoleutdanning (56 %), sammenlignet med de som hadde universitetsutdanning (21 %) (Tabell 27).

Tabell 27: Utdanning mot sykmelding pga muskel- og skjelett lidelser

		Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Utdanning kategorisert	Grunnskole (inntil 9 år)	618 44,0%	786 56,0%	1404 100,0%
	Videreg. grunntd. (10-11 år)	947 51,6%	887 48,4%	1834 100,0%
	Videreg. påbygg (12-14 år)	2019 60,2%	1333 39,8%	3352 100,0%
	Høyskole (15-16 år)	1675 72,5%	635 27,5%	2310 100,0%
	Universitet (17 år og mer)	3314 79,4%	862 20,6%	4176 100,0%
Total	8573 65,6%	4503 34,4%	13076 100,0%	

38 % av de med årlig inntekt under kr. 200. 000 har vært sykmeldt for muskel- og skjelettlidelser mot 17 % av de med en årlig inntekt over kr. 400. 000 (Tabell 28). Disse resultatene indikerer at vi finner en sterk effekt av utdanning og inntekt på sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser.

Tabell 28: *Inntekt mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser*

		Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Inntekt kategorisert	ingen inntekt	74 75,5%	24 24,5%	98 100,0%
	<200.000	1010 61,6%	630 38,4%	1640 100,0%
	200-400.000	3258 68,3%	1510 31,7%	4768 100,0%
	>400.000	1123 83,1%	229 16,9%	1352 100,0%
Total		5465 69,5%	2393 30,5%	7858 100,0%

4.3.2 Fysiske arbeidsbelastninger, sosioøkonomisk status og sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

Vi har sett på hvordan ulike typer arbeidsbelastninger fordeler seg på forekomst av sykmeldinger pga muskel- og skjelettlidelser. Vi finner en sterk sammenheng mellom tungt kroppsarbeid og sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser (Tabell 29), hvor 64 % av de som har tungt kroppsarbeid har vært sykmeldt mot 26 % av de som har for det meste har stillesittende arbeid.

Tabell 29: Selvrapportert beskrivelse av arbeidet mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

		Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
HVORDAN VIL DU BESKRIVE ARBEIDET DITT?	For det meste stillesittende arbeid	4780 73,8%	1700 26,2%	6480 100,0%
	Arbeid som krever at du går mye	1478 61,5%	924 38,5%	2402 100,0%
	Arbeid hvor du går og løfter mye	748 51,0%	719 49,0%	1467 100,0%
	Tungt kroppsarbeid	50 36,5%	87 63,5%	137 100,0%
Total		7056 67,3%	3430 32,7%	10486 100,0%

45 % av dem som har skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter har vært sykmeldt pga muskel- og skjelettlidelser mot 31 % som svarer at de ikke har denne type arbeid (Tabell 30).

Tabell 30: Selvrapportert opplysning om skiftarbeid, nattarbeid eller vakter mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

		Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
HAR DU SKIFTARBEID, NATTARBEID ELLER GÅR VAKTER	Ja	941 55,5%	754 44,5%	1695 100,0%
	Nei	6439 69,0%	2890 31,0%	9329 100,0%
Total		7380 66,9%	3644 33,1%	11024 100,0%

5% av de som bare har grunnskole har jobber med tungt kroppsarbeid, mot 0,3 % av de med universitetsutdannelse (Tabell 31).

Tabell 31: Utdannelse mot selvrapportert beskrivelse av arbeidet

		HVORDAN VIL DU BESKRIVE ARBEIDET DITT?				Total
		For det meste stillesittende arbeid	Arbeid som krever at du går mye	Arbeid hvor du går og løfter mye	Tungt kroppsarbeid	
Utdannelse kategorisert	Grunnskole (inntil 9 år)	310 35,3%	286 32,6%	241 27,4%	41 4,7%	878 100,0%
	Videreg. grunnutd. (10-11 år)	682 49,8%	351 25,6%	308 22,5%	28 2,0%	1369 100,0%
	Videreg. påbygg (12-14 år)	1551 59,9%	566 21,9%	430 16,6%	41 1,6%	2588 100,0%
	Høyskole (15-16 år)	1282 66,5%	408 21,2%	228 11,8%	9 ,5%	1927 100,0%
	Universitet (17 år og mer)	2610 72,1%	755 20,9%	242 6,7%	11 ,3%	3618 100,0%
Total		6435 62,0%	2366 22,8%	1449 14,0%	130 1,3%	10380 100,0%

0,5 % av de som tjener over kr. 400. 000 i året har tungt kroppsarbeid mot 3 % av de som tjener under kr. 200. 000 (Tabell 32).

Tabell 32: *Inntekt mot selvrapportert beskrivelse av arbeidet*

		HVORDAN VIL DU BESKRIVE ARBEIDET DITT?				Total
		For det meste stillesittende arbeid	Arbeid som krever at du går mye	Arbeid hvor du går og løfter mye	Tungt kroppsarbeid	
Inntekt kategorisert	ingen inntekt	29 46,8%	21 33,9%	12 19,4%	0 ,0%	62 100,0%
	<200.000	529 36,3%	500 34,3%	387 26,6%	41 2,8%	1457 100,0%
	200-400.000	2966 62,6%	1022 21,6%	698 14,7%	51 1,1%	4737 100,0%
	>400.000	1193 89,0%	112 8,4%	28 2,1%	7 ,5%	1340 100,0%
Total		4717 62,1%	1655 21,8%	1125 14,8%	99 1,3%	7596 100,0%

22 % av dem som har en årlig inntekt under kr. 200. 000, har skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter mot 10 % av de som har en årlig inntekt over kr. 400. 000 (Tabell 33). 18 % av dem som bare har grunnskole har skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter, mot 12 % av dem som har universitetsutdannelse (Tabell 34).

Tabell 33: *Inntekt mot selvrapportert beskrivelse av arbeidet etter skiftarbeid, nattarbeid eller vakter*

		HAR DU SKIFTARBEID, NATTARBEID ELLER GÅR VAKTER ?		Total
		Ja	Nei	
Inntekt kategorisert	ingen inntekt	6 6,2%	91 93,8%	97 100,0%
	<200.000	364 22,4%	1258 77,6%	1622 100,0%
	200-400.000	864 18,2%	3878 81,8%	4742 100,0%
	>400.000	138 10,2%	1210 89,8%	1348 100,0%
Total		1372 17,6%	6437 82,4%	7809 100,0%

Tabell 34: Utdannelse mot selvrapportert beskrivelse av arbeidet etter skiftarbeid, nattarbeid eller vakter

		HAR DU SKIFTARBEID, NATTARBEID ELLER GÅR VAKTER ?		Total
		Ja	Nei	
Utdannelse kategorisert	Grunnskole (inntil 9 år)	189 18,4%	838 81,6%	1027 100,0%
	Videreg. grunnutd. (10-11 år)	256 17,4%	1215 82,6%	1471 100,0%
	Videreg. påbygg (12-14 år)	488 17,9%	2233 82,1%	2721 100,0%
	Høyskole (15-16 år)	313 15,7%	1676 84,3%	1989 100,0%
	Universitet (17 år og mer)	425 11,5%	3269 88,5%	3694 100,0%
Total		1671 15,3%	9231 84,7%	10902 100,0%

4.3.3 Innflytelse og selvfølelse

Spørsmålet i HUBRO lyder: ”Kan du selv bestemme hvordan arbeidet skal legges opp ?” (Tabell 35) som har størst effekt på sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser. 56 % som rapporterer at de ikke selv kan bestemme hvordan arbeidet skal legges opp, har vært sykmeldt, mot 26 % som rapporterer at de kan bestemme dette selv. Å ha en overordnet stilling gir noe mindre risiko for sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser (Tabell 36).

Tabell 35: Selvrapportert bestemmelse over eget arbeid mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

		Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
KAN DU SELV BESTEMME HVORDAN ARBEIDET SKAL LEGGES OPP?	Nei, ikke i det hele tatt	211 44,1%	268 55,9%	479 100,0%
	I liten grad	1415 59,0%	985 41,0%	2400 100,0%
	Ja, i stor grad	4202 70,6%	1747 29,4%	5949 100,0%
	Ja, det bestemmer jeg selv	1292 73,6%	464 26,4%	1756 100,0%
Total		7120 67,3%	3464 32,7%	10584 100,0%

Tabell 36: Selvrapportert opplysning om overordnet stilling mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

		Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Er din stilling på noen måte en overordnet stilling?	ja	2349 74,0%	826 26,0%	3175 100,0%
	Nei	3108 66,6%	1559 33,4%	4667 100,0%
Total		5457 69,6%	2385 30,4%	7842 100,0%

På spørsmålene som gjelder om arbeidstakeren opplever at arbeidet han gjør blir verdsett av sjefen (Tabell 37) og om arbeidstakeren opplever å få støtte og hjelp fra nærmeste sjef/leder (Tabell 38) har de som rapporterer å ikke få verdsettelse, støtte og hjelp ca.10 % høyere sykmeldingsfrekvens pga muskel- og skjelettlidelser enn de som rapporterer at de har denne verdsettelsen og støtten i arbeidet.

Tabell 37: Selvrapportert verdsettelse av arbeidsresultater fra nærmeste sjef mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

		Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Blir dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef?	Meget sjelden eller aldri	217 63,1%	127 36,9%	344 100,0%
	Nokså sjelden	361 62,8%	214 37,2%	575 100,0%
	Av og til	1173 67,2%	573 32,8%	1746 100,0%
	Nokså ofte	1875 72,1%	725 27,9%	2600 100,0%
	Meget ofte eller alltid	1617 71,4%	649 28,6%	2266 100,0%
	Total	5243 69,6%	2288 30,4%	7531 100,0%

Tabell 38: Selvrapportert støtte og hjelp i arbeidet fra nærmeste sjef mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

		Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra din nærmeste sjef?	Meget sjelden eller aldri	320 60,5%	209 39,5%	529 100,0%
	Nokså sjelden	361 66,0%	186 34,0%	547 100,0%
	Av og til	1193 68,5%	549 31,5%	1742 100,0%
	Nokså ofte	1515 71,4%	607 28,6%	2122 100,0%
	Meget ofte eller alltid	1873 71,5%	748 28,5%	2621 100,0%
	Total	5262 69,6%	2299 30,4%	7561 100,0%

Spørsmålet ”Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra din nærmeste sjef? ” mot inntekt (Tabell 39) og utdanning (Tabell 40), gir små, men likevel signifikante forskjeller i rapportering av denne støtten.

Tabell 39: *Inntekt mot selvrapportert støtte og hjelp i arbeidet fra nærmeste sjef*

		Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra din nærmeste sjef ?					Total
		Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid	
Inntekt kategorisert	ingen inntekt	5 7,9%	3 4,8%	11 17,5%	24 38,1%	20 31,7%	63 100,0%
	<200.000	153 10,2%	114 7,6%	365 24,4%	371 24,8%	492 32,9%	1495 100,0%
	200-400.000	261 5,6%	344 7,3%	1069 22,8%	1351 28,8%	1668 35,5%	4693 100,0%
	>400.000	111 8,4%	91 6,9%	296 22,5%	378 28,7%	441 33,5%	1317 100,0%
Total		530 7,0%	552 7,3%	1741 23,0%	2124 28,1%	2621 34,6%	7568 100,0%

Tabell 40: Utdannelse mot selvrapportert støtte og hjelp i arbeidet fra nærmeste sjef

		Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra din nærmeste sjef?				Total	
		Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte		Meget ofte eller alltid
Utdannelse kategorisert	Grunnskole (inntil 9 år)	37 9,5%	38 9,7%	98 25,1%	87 22,3%	131 33,5%	391 100,0%
	Videreg. grunnutd. (10-11 år)	79 9,7%	54 6,6%	208 25,6%	218 26,8%	255 31,3%	814 100,0%
	Videreg. påbygg (12-14 år)	144 7,6%	129 6,8%	459 24,1%	502 26,3%	672 35,3%	1906 100,0%
	Høyskole (15-16 år)	98 6,2%	112 7,1%	338 21,5%	478 30,5%	543 34,6%	1569 100,0%
	Universitet (17 år og mer)	177 6,0%	221 7,5%	648 22,1%	848 28,9%	1038 35,4%	2932 100,0%
Total		535 7,0%	554 7,3%	1751 23,0%	2133 28,0%	2639 34,7%	7612 100,0%

Utdannelse og inntekt har større effekt på spørsmålet: ”Kan du selv bestemme hvordan arbeidet skal legges opp?” 19 % av de med universitetsutdannelse rapporterer å kunne legge opp sitt arbeid selv mot 14 % av de med bare grunnskole (Tabell 41). 28 % av de med en årlig inntekt over 400.000 rapporterer å kunne legge opp arbeidet sitt selv mot 14 % av de med en inntekt under 200.000 (Tabell 42).

Tabell 41: Utdannelse og selvrapportert bestemmelse over eget arbeid

		KAN DU SELV BESTEMME HVORDAN ARBEIDET SKAL LEGGES OPP?				Total
		Nei, ikke i det hele tatt	I liten grad	Ja, i stor grad	Ja, det bestemmer jeg selv	
Utdannelse kategorisert	Grunnskole (inntil 9 år)	106 11,8%	266 29,6%	398 44,2%	130 14,4%	900 100,0%
	Videreg. grunntud. (10-11 år)	88 6,3%	393 28,3%	703 50,6%	205 14,8%	1389 100,0%
	Videreg. påbygg (12-14 år)	137 5,2%	707 27,1%	1373 52,6%	394 15,1%	2611 100,0%
	Høyskole (15-16 år)	60 3,1%	401 20,7%	1150 59,4%	326 16,8%	1937 100,0%
	Universitet (17 år og mer)	71 2,0%	607 16,7%	2275 62,6%	683 18,8%	3636 100,0%
Total		462 4,4%	2374 22,7%	5899 56,3%	1738 16,6%	10473 100,0%

Tabell 42: Inntekt og selvrapportert bestemmelse over eget arbeid

		KAN DU SELV BESTEMME HVORDAN ARBEIDET SKAL LEGGES OPP?				Total
		Nei, ikke i det hele tatt	I liten grad	Ja, i stor grad	Ja, det bestemmer jeg selv	
Inntekt kategorisert	ingen inntekt	3 4,3%	17 24,3%	34 48,6%	16 22,9%	70 100,0%
	<200.000	125 8,4%	492 33,0%	659 44,2%	214 14,4%	1490 100,0%
	200-400.000	160 3,4%	1137 24,0%	2845 60,0%	601 12,7%	4743 100,0%
	>400.000	21 1,6%	130 9,7%	822 61,3%	369 27,5%	1342 100,0%
Total		309 4,0%	1776 23,2%	4360 57,0%	1200 15,7%	7645 100,0%

Vi har sett på HUBRO-spørsmålene:

Jeg klarer å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok

Jeg føler meg maktesløs mesteparten av tiden

29 % av de som mener at de klarer å løse vanskelige spørsmål om de prøver hardt nok, har vært sykmeldt for muskel- og skjelettlidelser mot 43 % av de som mener at de ikke klarer å løse vanskelige spørsmål selv om de prøver hardt (Tabell 43). 27 % som svarer at de ikke føler seg

maktesløs mesteparten av tiden, har vært sykmeldt for muskel- og skjelettlidelser mot 49 % som svarer at de føler seg maktesløs hele tiden (Tabell 44). Vi har tidligere sett på sammenhengen mellom utdannelsesnivå og inntekt på disse svarene, og fant en sterk sammenheng mellom utdannelsesnivå og inntekt og tro på egne evner. Bare 0,4 % av de med universitetsutdanning følte seg maktesløs mesteparten av tiden mot 3 % av de som bare har grunnskole (Tabell 25). 2 % av de som har en årlig inntekt under kr. 200. 000 oppgav å føle seg maktesløs mot 0,1 % av de som har en årlig inntekt over kr. 400. 000 (Tabell 26).

Tabell 43: Selvrapportert evne til problemløsning mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

		Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
KLARER Å LØSE VANSKELIGE PROBLEMER HVIS PRØVER HARDT NOK	Helt galt	29	22	51
		56,9%	43,1%	100,0%
	Nokså galt	249	121	370
		67,3%	32,7%	100,0%
	Nokså riktig	2693	1034	3727
		72,3%	27,7%	100,0%
	Helt riktig	895	363	1258
		71,1%	28,9%	100,0%
Total		3866	1540	5406
		71,5%	28,5%	100,0%

Tabell 44: Selvrappoertert maktesløshet mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

		Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
JEG FØLER MEG MAKTESLØS MESTEPARTEN AV TIDEN	Helt galt	2644 72,9%	982 27,1%	3626 100,0%
	Nokså galt	1047 71,6%	416 28,4%	1463 100,0%
	Nokså riktig	158 55,6%	126 44,4%	284 100,0%
	Helt riktig	21 51,2%	20 48,8%	41 100,0%
Total		3870 71,5%	1544 28,5%	5414 100,0%

4.3.4 Jobbusikkerhet

Vi finner en sterk sammenheng mellom selvrappoertert jobbusikkerhet og sykmeldinger pga muskel- og skjelettlidelser. På spørsmålet: ”Er du sikker på at du vil ha en like god jobb om to år?”, har 27 % av dem som føler seg helt trygge på dette vært sykmeldt pga muskel- og skjelettlidelser, mot 43 % av dem som svarer at de slett ikke er trygge på å ha en like god jobb om to år (Tabell 45). 38 % som rapporterer at de står i fare for å miste nåværende inntekt har vært sykemeldt pga muskel- og skjelettlidelser mot 33 % som rapporterer at de ikke står i fare for å miste nåværende inntekt (Tabell 46).

Tabell 45: Selvrapportert jobbtrygghet om to år mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

		Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelser 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Er du trygg på at du vil ha en jobb som er like god som den du har nå om to år?	Svært lite eller ikke i det hele tatt	200 56,7%	153 43,3%	353 100,0%
	Nokså lite	253 63,7%	144 36,3%	397 100,0%
	Noe	748 66,3%	381 33,7%	1129 100,0%
	Nokså meget	2076 70,5%	868 29,5%	2944 100,0%
	Svært meget	2011 73,0%	745 27,0%	2756 100,0%
Total		5288 69,8%	2291 30,2%	7579 100,0%

Tabell 46: Selvrapportert fare for å miste nåværende arbeid og inntekt mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

		Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelse 1992-2004?		Total
		Nei	Ja	
Står i fare for å miste ditt nåværende arbeid/inntekt?	Ja	872 61,8%	540 38,2%	1412 100,0%
	Nei	6985 66,9%	3459 33,1%	10444 100,0%
Total		7857 66,3%	3999 33,7%	11856 100,0%

4.4 Inkluderende arbeidsliv i lys av individuelle faktorer og forhold ved bedriften

Vi har koplet IA-variabelen, som viser om HUBROs indekspersoner noen gang har arbeidet i en bedrift med IA-avtale etter at avtalen trådte kraft, mot HUBROs spørreskjemaer.

Når det gjelder inntektsfordeling mellom ansatte i IA-bedrifter og ansatte i bedrifter uten avtale finner vi ikke store forskjeller. IA-personene er imidlertid høyere utdannet enn de som ikke arbeider i IA-bedrift. IA-personene rapporterer at de føler seg mer trygge enn de øvrige på at de fortsatt vil beholde nåværende inntekt og ha en like god jobb som nå om 2 år.

Forskjellen er imidlertid liten. IA-personer rapporterer i høyere grad verdsettelse av sjefen i arbeidet. Tendensen er svak, men klar nok. Nattarbeid og skiftarbeid er imidlertid dobbelt så vanlig blant IA-personene. IA-personene er litt yngre enn de andre, og det er en overvekt av kvinner blant dem. Ca 30 % av de eldste respondentene er IA-personer, mens ca 45 % av de yngste er det. IA-personene rapporterer i mindre grad enn de øvrige å ha kontroll over hvordan arbeidet skal legges opp.

Vi fant ingen forskjell mellom IA-personer og ikke-IA personer vedrørende sykmelding pga diagnosegruppene psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser (Tabell 47 og 48). Tilnærmet like mange har vært sykmeldt for disse lidelsene av personer ansatt i IA-bedrift og de som ikke jobber i en IA-bedrift.

Tabell 47: Ansettelse i IA-bedrift mot sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser

	Noen gang sykm for muskel-/skjelettlidelse 1992-2004?		Total
	Nei	Ja	
Har personen vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen trådte i kraft?			
ja	3616 65,7%	1886 34,3%	5502 100,0%
nei	5096 65,2%	2719 34,8%	7815 100,0%
Total	8712 65,4%	4605 34,6%	13317 100,0%

Ikke signifikant. $p=0,54$

Tabell 48: Ansettelse i IA-bedrift mot sykmelding pga psykiske lidelser

	Noen gang sykm for psykiske lidelser 1992-2004?		Total
	Nei	Ja	
Har personen vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen trådte i kraft?			
ja	4684 85,1%	818 14,9%	5502 100,0%
nei	6669 85,3%	1146 14,7%	7815 100,0%
Total	11353 85,3%	1964 14,7%	13317 100,0%

Ikke signifikant $p=0,75$

Når det gjelder inntektsfordeling (Tabell 49) mellom IA-personer og ikke-IA personer finner vi ikke et entydig bilde. Hovedtyngden av IA-personene har en årlig inntekt mellom kr. 200 og 400 tusen, mens ikke-IA-personene er overrepresentert både i de laveste innteksgruppene (<200. 000) og de høyeste (>400. 000). Gjennomsnittsinntekten er likevel nokså lik blant IA-personer og ikke-IA personer, med litt høyere gjennomsnittsinntekt blant IA-personer. I motsetning til inntektstabellen er trenden i forhold til utdanning klarere (Tabell 50); IA-personene er høyere utdannet enn de som ikke arbeider i IA-bedrift. 38 % av IA-personene har universitetsutdanning mot 27 % av de som ikke jobber i IA-bedrift. 7 % av IA-personene har bare grunnskole mot 13 % av de som jobber i bedrift uten avtale.

Tabell 49: Ansettelse i IA-bedrift mot inntekt

		Inntekt kategorisert				Total
		ingen inntekt	<200.000	200-400.000	>400.000	
Har personen vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen trådte i kraft?	ja	28 0,8%	653 17,7%	2484 67,2%	533 14,4%	3698 100,0%
	nei	72 1,7%	1017 24,0%	2332 55,0%	822 19,4%	4243 100,0%
Total		100 1,3%	1670 21,0%	4816 60,6%	1355 17,1%	7941 100,0%

Tabell 50: Ansettelse i IA-bedrift mot utdanning

		Utdanning kategorisert					Total	
		Grunnskole (inntil 9 år)	Videreg. grunnutd. (10-11 år)	Videreg. påbygg (12-14 år)	Høyskole (15-16 år)	Universitet (17 år og mer)		Uoppgitt
Har personen vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen trådte i kraft?	ja	398 7,2%	631 11,5%	1299 23,6%	1013 18,4%	2092 38,0%	69 1,3%	5502 100,0%
	nei	1006 12,9%	1203 15,4%	2053 26,3%	1297 16,6%	2084 26,7%	172 2,2%	7815 100,0%
Total		1404 10,5%	1834 13,8%	3352 25,2%	2310 17,3%	4176 31,4%	241 1,8%	13317 100,0%

IA-personer rapporterer at de føler seg mer trygge enn de øvrige på at de fortsatt vil ha en like god jobb som nå om 2 år. Forskjellen er imidlertid liten; 37 % av IA-personer rapporterer dette, mot 35 % av de som ikke jobber i IA-bedrift (Tabell 51). IA-personene er også den gruppen som i størst grad rapporterer at de ikke står i fare for å miste nåværende arbeid. 90 % av IA-personene mener de ikke står i fare for å miste sitt arbeide mot 86 % av de om ikke jobber i en IA-bedrift (Tabell 52).

Tabell 51: Ansettelse i IA-bedrift mot selvrapportert jobbtrygghet om to år

	Er du trygg på at du vil ha en jobb som er like god som den du har nå om to år?					Total
	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Nokså lite	Noe	Nokså meget	Svært meget	
Har personen vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen trådte i kraft?	ja	119	174	522	1431	3589
		3,3%	4,8%	14,5%	39,9%	37,4%	100,0%
	nei	234	223	607	1513	3990
		5,9%	5,6%	15,2%	37,9%	35,4%	100,0%
Total		353	397	1129	2944	7579
		4,7%	5,2%	14,9%	38,8%	36,4%	100,0%

Tabell 52: Ansettelse i IA-bedrift mot selvrapportert fare for å miste nåværende arbeid og inntekt

	Står i fare for å miste ditt nåværende arbeid/inntekt?		Total	
	Ja	Nei		
Har personen vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen trådte i kraft?	ja	495	4715	5210
		9,5%	90,5%	100,0%
	nei	917	5729	6646
		13,8%	86,2%	100,0%
Total		1412	10444	11856
		11,9%	88,1%	100,0%

På spørsmålet: Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt? (Tabell 53) finner vi at IA-personene løfter litt mer, mens ikke-IA-personene går litt mer og har litt mer tungt kroppsarbeid. Det er lik andel som har stillesittende arbeid. Nattarbeid og skiftarbeid er imidlertid dobbelt så vanlig blant IA-personene, hele 22 % mot 11 % (Tabell 54).

Tabell 53: Ansettelse i IA-bedrift mot selvrapportert beskrivelse av arbeidet

	HVORDAN VIL DU BESKRIVE ARBEIDET DITT?				Total	
	For det meste stillesittende arbeid	Arbeid som krever at du går mye	Arbeid hvor du går og løfter mye	Tungt kroppsarbeid		
Har personen vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen trådte i kraft?	ja	2865	995	730	34	4624
		62,0%	21,5%	15,8%	,7%	100,0%
	nei	3615	1407	737	103	5862
		61,7%	24,0%	12,6%	1,8%	100,0%
Total		6480	2402	1467	137	10486
		61,8%	22,9%	14,0%	1,3%	100,0%

Tabell 54: Ansettelse i IA-bedrift mot selvrapporterte opplysninger om skiftarbeid, nattarbeid eller vakter

	HAR DU SKIFTARBEID, NATTARBEID ELLER GÅR VAKTER		Total	
	Ja	Nei		
Har personen vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen trådte i kraft?	ja	1012	3662	4674
		21,7%	78,3%	100,0%
	nei	683	5667	6350
		10,8%	89,2%	100,0%
Total		1695	9329	11024
		15,4%	84,6%	100,0%

IA-personer rapporterer i høyere grad at arbeidsresultater verdsettes av sjefen. Tendensen er svak, men klar nok (Tabell 55). IA-personene rapporterer i mindre grad enn de øvrige å ha kontroll over hvordan arbeidet skal legges opp. Ca 12 % av IA-personene rapporterer selv å kunne bestemme hvordan arbeidet skal legges opp, mot ca 21 % av de som ikke jobber i IA-bedrift (Tabell 56).

Tabell 55: Ansettelse i IA-bedrift mot selvrapportert verdsettelse i arbeidet fra nærmeste sjef

	Blir dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef?					Total
	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid	
Har personen vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen trådte i kraft? ja	115	262	853	1273	1093	3596
	3,2%	7,3%	23,7%	35,4%	30,4%	100,0%
nei	227	320	887	1331	1170	3935
	5,8%	8,1%	22,5%	33,8%	29,7%	100,0%
Total	342	582	1740	2604	2263	7531
	4,5%	7,7%	23,1%	34,6%	30,0%	100,0%

Tabell 56: Ansettelse i IA-bedrift mot selvrapportert bestemmelse over eget arbeid

	KAN DU SELV BESTEMME HVORDAN ARBEIDET SKAL LEGGES OPP?				Total
	Nei, ikke i det hele tatt	I liten grad	Ja, i stor grad	Ja, det bestemmer jeg selv	
Har personen vært ansatt i en IA-bedrift etter at avtalen trådte i kraft? ja	217	1200	2693	540	4650
	4,7%	25,8%	57,9%	11,6%	100,0%
nei	262	1200	3256	1216	5934
	4,4%	20,2%	54,9%	20,5%	100,0%
Total	479	2400	5949	1756	10584
	4,5%	22,7%	56,2%	16,6%	100,0%

5. Diskusjon

5.1 Sykmelding pga psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser, sosioøkonomiske individfaktorer og arbeidsforhold

Det er nesten dobbelt så mange kvinner som menn som har vært sykmeldt pga psykiske lidelser. Sykmelding pga psykiske lidelser er sterkere assosiert med faktorer i psykososialt arbeidsmiljø enn med sosioøkonomiske faktorer, som utdanning og inntekt. Utdanning viser kun svak sammenheng med risiko for sykmelding pga psykiske lidelser i utvalget. Vi finner imidlertid en sterk sammenheng mellom inntekt og utdanning og selvrapporterte arbeidsforhold. Lav utdanning og inntekt ser ut til å virke indirekte på økt risiko for sykmelding pga psykiske lidelser gjennom faktorer forbundet med dårlig psykososialt arbeidsmiljø og arbeidsforhold, da personer med lav utdanning og inntekt i høyere grad rapporterer dette. Vi finner en meget sterk korrelasjon mellom jobbsikkerhet, lav støtte fra nærmeste leder, lav tro på egne evner og sykmelding pga psykiske lidelser. Å inneha en overordnet stilling innebar bare noe mindre risiko for sykmelding pga psykiske lidelser. Personer som har eller har hatt sykefravær pga psykiske lidelser rapporterer i høyere grad dårlig psykososialt arbeidsmiljø enn de som ikke har vært sykmeldt. Effekten av utdanning og inntekt på sykefraværet for denne diagnosegruppen kan derfor delvis forklares ut fra arbeidssituasjon.

Det er en høy forekomst av sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser, men noe mindre for 30-åringene. Det er en overvekt av kvinner (39 %) som har vært sykmeldt, mot 30 % for menn. En høyere andel blant bosatte i østre bydeler har vært sykmeldt for slike plager enn bosatte på vestkanten. Sterkest sammenheng fant vi for utdanning og inntekt. Det var en betydelig høyere andel med sykmeldinger pga muskel- og skjelettlidelser blant de som bare hadde grunnskoleutdanning og en årlig inntekt under kr. 200. 000, sammenlignet med de som hadde universitetsutdanning og en årlig inntekt over kr. 400. 000. De som har jobber med mye tungt fysisk arbeid, skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter er de som i størst grad har vært sykmeldt pga muskel- og skjelettlidelser. Denne gruppen kommer også dårligst ut (sammenlignet med de som rapporterer å ha ”for det meste stillesittende arbeid”) korrigerert for sosioøkonomisk status (inntekt og utdanning). Når det gjelder innflytelse og selvfølelse i arbeidet er det lav støtte i arbeidsmiljøet som gir størst risiko for sykmelding pga psykiske lidelser, mens det er lav kontroll over egen arbeidssituasjon som gir størst risiko for sykmelding pga muskel- og skjelettlidelser.

Jobbusikkerhet (redd for å miste arbeidet) slo klart ut for begge diagnosegrupper, og hadde størst effekt på dem med lav utdanning og inntekt. Dårlig arbeidsmiljø synes derfor å være mediator mellom sosial status og sykefravær for disse diagnosegruppene, da det er de med lav utdanning og inntekt som rapporterer flest faktorer assosiert med dårlig arbeidsmiljø, som lav støtte, verdsettelse, kontroll og innflytelse i arbeidet. Personer som har eller har hatt sykefravær pga psykiske lidelser og muskel- og skjelett lidelser rapporterer i høyere grad dårlig psykososialt arbeidsmiljø enn de som ikke har vært sykmeldt.

Vi har tidligere diskutert at selvseleksjon til deltagelse i spørreundersøkelser som HUBRO-studien representerer er et problem som berører seleksjonsbias. Vi diskuterte i metodekapitlet at det er foretatt en undersøkelse av de som ikke møtte opp. Sosiale ulikheter i helse korrelert for sosiodemografiske variabler var ikke utslagsgivende mellom fremmøtte og de som ikke møtte til undersøkelsen (Søgaard, Selmer, Bjertness, Thelle 2004).

HUBRO-undersøkelsen er imidlertid delt opp i flere spørreskjemaer, ett hovedskjema som alle har svart på, men også tilleggsskjemaer som ulike aldersgrupper har besvart. Noen av spørsmålene vi benytter fra tilleggsskjemaene har derfor en lavere svarprosent enn spørsmål fra hovedskjemaet, som alle fikk. Ikke alle har svart på alle spørsmål i spørreskjemaene, noe frafall fra hvert enkelt spørsmål vil derfor alltid være et problem.

Aldersfordelingen av alle deltakere er:

30 år: 2064 kvinner og 1726 menn

40 og 45 år: 3219 kvinner og 2633 menn

59-60 år: 1889 kvinner og 1786 menn

Hovedskjemaet for voksne ble sendt til alle som fylte 30, 40, 45, 59/60 år i 2000. Tillegg til tilleggsskjemaer er 4 spørreskjemaer levert ut ved screeningen. Siden vi bare er interessert i personer i yrkesaktiv alder fra HUBRO er ikke tilleggsskjema IV, gitt til 75 –76 åringer, med i undersøkelsen.

Følgende tilleggsskjema benyttes:

I – gitt til 30 og 45 åringer

II – gitt til 40 åringer

III – gitt til 59/60 åringer.

Det er de med fødselsår 1955, 1960 og 1970 som har blitt invitert til å svare på tilleggsskjema om spørsmål om arbeidsforhold. Tilleggsskjema 1 er besvart av 1955- og 1970-årgangene, mens tilleggsskjema 2 er besvart kun av 1960-årgangen. 1940-/41-årgangene (i alt 3 675 personer) har altså ikke fått disse spørsmålene, derfor er totaltallet i disse analysene noe mindre. Dessuten er det en del personer som har fått skjemaet, men likevel ikke besvart spørsmålene. Dette dreier seg om i overkant av 1 700 personer, eller ca. 18 %, av de som har fått spørsmålene.

Vi har sett litt nærmere på de som ikke har besvart skjema, med tanke på evt. systematiske forskjeller. I tabellene nedenfor er 1940- og 41-årgangene kuttet ut, dvs. det er sett på bare de som har hatt sjansen til å fylle ut skjemaene. Tabellene 57-60 viser at det blant disse non-responderne (som altså har fått skjemaet, men ikke svart på spørsmålene) er en liten overhyppighet av menn, overhyppighet av personer med lav utdanning, lav inntekt og flere bosatt på østkanten. Alder hadde ingen betydning, dvs. andelen non-respondere var tilnærmet lik i alle de tre årgangene 1955, 1960 og 1970 (de tre årgangene som fikk skjemaer).

Tabell 57: Kjønn mot besvarelse av tilleggsskjema vedrørende arbeid og helse i HUBRO

		Svart på tilleggsskjema vedr arbeid/helse?		Total
		Svart på spørsmålene	Fått skjema, ikke svart ("non-responder")	
Kjønn (fra personnummer)	Mann	3515 80,6%	844 19,4%	4359 100,0%
	Kvinne	4401 83,3%	882 16,7%	5283 100,0%
Total		7916 82,1%	1726 17,9%	9642 100,0%

Tabell 58: Utdannelse mot besvarelse av tilleggsskjema vedrørende arbeid og helse i HUBRO

		Svart på tilleggsskjema vedr arbeid/helse?		Total
		Svart på spørsmålene	Fått skjema, ikke svart ("non-responder")	
Utdannelse kategorisert	Grunnskole (inntil 9 år)	430 68,7%	196 31,3%	626 100,0%
	Videreg. grunntd. (10-11 år)	843 76,9%	253 23,1%	1096 100,0%
	Videreg. påbygg (12-14 år)	1968 79,5%	508 20,5%	2476 100,0%
	Høyskole (15-16 år)	1604 85,5%	273 14,5%	1877 100,0%
	Universitet (17 år og mer)	3000 88,2%	400 11,8%	3400 100,0%
	Uoppgitt	84 46,7%	96 53,3%	180 100,0%
Total		7929 82,1%	1726 17,9%	9655 100,0%

Tabell 59: Inntekt mot besvarelse av tilleggsskjema vedrørende arbeid og helse i HUBRO

		Svart på tilleggsskjema vedr arbeid/helse?		Total
		Svart på spørsmålene	Fått skjema, ikke svart ("non-responder")	
Inntekt kategorisert	ingen inntekt	83 83,0%	17 17,0%	100 100,0%
	<200.000	1628 97,6%	40 2,4%	1668 100,0%
	200-400.000	4785 99,6%	21 ,4%	4806 100,0%
	>400.000	1349 99,7%	4 ,3%	1353 100,0%
Total		7845 99,0%	82 1,0%	7927 100,0%

Tabell 60: Bosted mot besvarelse på tilleggsskjema vedrørende arbeid og helse i HUBRO

		Svart på tilleggsskjema vedr arbeid/helse?		Total
		Svart på spørsmålene	Fått skjema, ikke svart ("non-responder")	
Inndeling av bydeler etter Oslohelse	Ytre øst	3339 79,2%	875 20,8%	4214 100,0%
	Ytre vest	1974 86,3%	314 13,7%	2288 100,0%
	Indre vest	1076 86,8%	164 13,2%	1240 100,0%
	Indre øst	1311 80,2%	323 19,8%	1634 100,0%
Total		7700 82,1%	1676 17,9%	9376 100,0%

Non-responderne har gjennomsnittlig lavere utdanning og inntekt enn de som har svart. Det betyr at det er en liten overvekt av personer med høyere sosioøkonomisk status som har svart på disse spørsmålene om arbeidsforhold og helse, i forhold til hovedskjemaet. I den grad det har betydning for resultatene vil dette kunne ha "fortynnet" effektene, dvs. at vi i analysene i hvert fall ikke har overdrevet effektene. Svargruppen er altså mindre heterogen enn det ideelle, og effekter av lav sosioøkonomisk status vil komme mindre tydelig fram. Men dette gjelder ikke et stort antall, bare ca 18 %.

5.2 Utvikling i sykefravær og uførepensjoner før og etter IA-avtalen

Det er en årlig revisjon på sykepengedata fra RTV og deretter hos SSB ved utgangen av hvert år. Vi har derfor per desember 2005 bare reviderte tabeller fra FD-Trygd som gjelder sykepenger fra 1992-2003. Det er her viktig å presisere at dette kun gjelder for sykepenger, når det gjelder tabeller over uføretrygd har vi reviderte data for 2004. Vi må imidlertid ta forbehold om at uførhetsdataene også vil kunne innebære etterslep i registreringen, og vi bør være varsomme med å tolke disse uforbeholdent også. Her kan det muligens være noen usikre overganger. I utgangspunktet kunne man forvente at uføre går ut av arbeidslivet, dvs. det er

veldig få som går inn og ut av arbeidslivet flere ganger. Men gradert uførepensjon er også et moment her, for eksempel at en person er 50 % ufør og 50 % sysselsatt.

Det totale antall nye sykmeldingstilfeller har økt for personer i både IA-bedrifter og bedrifter uten avtale, i hele perioden 1994-2004. Vi ser imidlertid sterkest økning for IA-personene. Sykmeldingstilfellene for IA-utvalget var gjennomsnittlig kortere for IA-personer enn for ikke-IA-personer. Ikke-IA-personene hadde en relativt sterk økning i gjennomsnittlig fraværslengde fram til 2002, mens fraværslengden for IA-personene lå relativt stabilt. Bemerker her at det ikke er utregnet sykefraværsprosenter, men man må anta at endringer i sykefraværsprosent vil følge produktet av antall tilfeller og gjennomsnittlig fraværslengde. IA-personer har relativt få uførepensjoner sammenlignet med personer som er ansatt i bedrifter uten avtale. Vi ser en økning for IA-personer i den eldste gruppen, mens de yngre har en motsatt tendens. Dette gjaldt begge kjønn, dog med en viss fallende tendens de senere år. Hovedinntrykket i dette materialet er at personer i IA-bedrifter har relativt få uførepensjoner i forhold til personer ansatt i bedrifter uten IA-avtale.

Vi har sett at sykefraværshfrekvensen blant menn har økt for alle tre alderskategorier blant IA-personene. Økningen har vært enda sterkere blant kvinner. På bakgrunn av sykmeldingsdata frem til 2003 finner vi at IA-personer har kortere gjennomsnittslengde per fravær enn personer i bedrifter uten avtale. IA-personene har også færre fraværst dager utover arbeidsgiverperioden i året. Sykmeldingstilfellene blant IA-personene i denne undersøkelsen har altså økt i perioden, samtidig som antall sykefraværst dager og gjennomsnittlige lengde per fravær ble redusert. I samme tidsrom har antall uførepensjoner holdt seg lavt for ansatte tilknyttet IA-bedrifter.

Bedrifter som har valgt å inngå avtale finner vi særlig i offentlig sektor. Helsevesenet har et stort offentlig innslag, og dette vil kunne påvirke fordelingen til IA- og ikke-IA-gruppene i materialet. Dette medfører at IA-ansatte i større grad arbeider i bedrifter som kan ha særlige arbeidsbelastninger. Vi har sett at det er flere som arbeider skift og har nattevakter blant IA-ansatte, noe som kan bidra til flere korte fravær blant IA-ansatte. Overvekten av nattarbeid og skiftarbeid kan også ses i sammenheng med lavere kontroll og innflytelse over eget arbeid som IA-personene i høyere grad rapporterer. Lav kontroll over arbeidet har vi sett gir større risiko for sykefravær. Det er flere kvinner blant IA-personene, og kvinner har gjennomsnittlig høyere sykefravær enn menn. Vi vet at nattarbeid og skiftarbeid er dobbelt så vanlig blant IA-

personene noe som kan peke i retning av overvekt av kvinner innenfor omsorgssektoren blant IA-personene. Det er også flere yngre personer i IA-utvalget enn blant de øvrige, noe som kan bidra til å forklare det lave antallet uførepensjoner og at sykefraværene er kortere for denne gruppen.

IA-avtalen er ment å bidra til bedrifters tilrettelegging for og inkludering av flere eldre og syke, samt utsette uførepensjonering. Virkeliggjøres disse målene vil fraværet følgelig ikke synke, men heller kunne øke (Wergeland og Bruusgaard 2005). At antall nye sykmeldingstilfeller er høyere for IA-ansatte enn for utvalget for øvrig, samtidig som at fraværene er kortere, og antall uførepensjoner er forholdsvis lavt, kan også indikere at det er et godt arbeid med inkludering i bedriftene. Den positive utviklingen vi også ser i ikke-IA-gruppen kan tenkes å skyldes en "smitte-effekt" av oppmerksomhet rundt inkludering, både blant sykemeldende leger og i bedriftene. Nye rutiner for oppfølging av sykefravær i trygdesystemet har sikkert også bidratt.

Vi ser imidlertid en jevn økning fra år til år i antall nye påbegynte sykmeldingstilfeller. Dette kan ha følgende grunner: Kohorten av HUBRO-deltakere blir eldre, og behovet for sykmelding øker med alderen. Dessuten kan flere av den yngste årgangen ha kommet ut i arbeid etter hvert (ferdig med studier). De små tallene for sykmeldingstilfeller på nittitallet (Tabell 7) er trolig påvirket av aldersfordelingen i utvalget.

Sykefraværsutviklingen for utvalget vårt må også ses i lys av den generelle sykmeldingsutviklingen: Sykepengedager pr sysselsatt som folketrygden har betalt for økte først fra 12,9 i 2001 til 14, 2 i 2003. Antall personer som har brukt opp sykepengereetten, har gått ned i IA-perioden. Nedgangen i sykefraværet startet i andre kvartal 2004. Nedgangen ble forsterket i 3. og 4. kvartal etter endringene i regelverket for sykmelding fra 1. juli 2004. Det er ingen tydelig forskjell mellom IA- og ikke- IA virksomheter når det gjelder nedgang i det totale sykefraværet fra 2. kvartal 2003 til 2. kvartal 2005. Per desember 2005 er det ikke tall fra SSB for det totale fraværet for IA-virksomheter for hele perioden. Sykefraværsprosenten gikk opp fra 7,0 % 2 kvartal 2001 til 7,2 i 2. kvartal 2004, for så å synke til 6,3 i 2. kvartal 2005. Dette er en nedgang på 10 % fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2005. Tar vi hensyn til endringer i alderssammensetningen blant arbeidstakerne, har det vært en nedgang i sykefraværet på 11, 3 % siden IA-avtalen ble inngått.

Nedgangen skyldes i stor grad at fraværene blir *kortere* enn at de blir færre. Det legemeldte fraværet gikk ned fra 6,5 til 5,5 % og det egenmeldte gikk opp fra 0,7 til 0,8 %. Om vi justerer for at påsken falt i 1. kvartal i år mot 2. kvartal i fjor, ville nedgangen vært ca. 0,1 prosentpoeng lavere. Det totale fraværet gikk ned med 10 % sammenliknet med 2. kvartal 2001, da avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble inngått. Av det legemeldte sykefraværet i 2. kvartal 2005 kan 30,2 prosent tilskrives fravær som varte gjennom hele kvartalet. Dette er en nedgang fra 35,6 % i 2. kvartal 2004. Egenmeldt sykefravær utgjorde 12,7 % av alt fravær i 2. kvartal 2005. Dette er en oppgang fra 9,7 % i samme kvartal i fjor. Sykefraværsdagsverk som andel av avtalte dagsverk (sykefraværprosenten) gikk kraftigere ned enn antall sykmeldte arbeidstakere som andel av alle arbeidstakere (SSB).

Vi har tidligere diskutert (kap.3) at forskning, både nasjonal og internasjonal, viser at sykefraværet reduseres i perioder med lavkonjunktur og høy arbeidsledighet, og at sykefraværet øker under høykonjunktur og lav arbeidsledighet (Olsen og Mastekaasa 1997). Tradisjonelt har en forklart denne utviklingen gjennom samvariasjonen mellom sykefravær og forhold på arbeidsplassen med to ulike hypoteser: *Disiplineringshypotesen* og *sammensetningshypotesen*. Den nasjonale sysselsettingsprosenten har *samlet*, i IA- perioden, imidlertid *blitt redusert* fra 71 til 69 %. Arbeidsledigheten er høyere nå enn i 2001. Sykefraværet har samlet i IA-perioden økt, til tross for nedgang i sysselsettingen. Vi har sett at faktorer i arbeidsmiljøet, som for eksempel jobbsikkerhet, påvirker sykefraværet. Omstillinger og nedbemanninger i arbeidslivet kan derfor ha medført økt stress og helseproblemer for arbeidstakerne. Dette kan ha bidratt til å overskygge den tradisjonelle konjunktursammenhengen de siste årene og bidratt til økt sykefravær til tross for økt ledighet. De store etterkrigskullene erstatter lavere årskull noe som forklarer sysselsettingsprosenten som har gått ned for de under 50 år. Mulige effekter av endringer i demografi og arbeidsmarked må derfor også tas i betraktning når man vurderer måltallene i IA-avtalen.

6. Konklusjoner

Vi har ved kobling av Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) og flere offentlige registre sett på utvikling i sykefravær og uførepensjonering i årene 1994 – 2004, fordelt på personer tilknyttet bedrifter med og uten IA-avtale. Videre har vi gått bak disse tallene og sett på sammenhenger mellom individfaktorer, arbeidsforhold og sykmelding pga psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser.

Sykmeldingstilfellene blant IA-personene i denne undersøkelsen økte i perioden, men samtidig som antall sykefraværsdager og gjennomsnittlige lengde per fravær ble redusert. I samme tidsrom har antall uførepensjoner holdt seg lavt for ansatte tilknyttet IA-bedrifter. Dette samlede mønsteret kan ha sammenheng med at man har lyktes i å skape et inkluderende arbeidsmiljø i bedriftene.

Utdannelse viser kun svak sammenheng med risiko for sykmelding pga psykiske lidelser i utvalget. Vi finner imidlertid en sterk sammenheng mellom inntekt og utdannelse og selvrapporterte arbeidsforhold. Utdannelse og inntekt ser ut til å ha en indirekte effekt på risiko for sykmelding pga psykiske lidelser, gjennom dårlig psykososialt arbeidsmiljø og arbeidsforhold, som personer med lav utdannelse og inntekt i høyere grad rapporterer. Effekten av utdannelse og inntekt på sykefraværet for denne diagnosegruppen kan derfor delvis forklares ut fra arbeidssituasjon. Dårlig arbeidsmiljø synes være mediator mellom sosial status og sykefravær, da det er de med lav utdannelse og inntekt som rapporterer flest faktorer assosiert med dårlig arbeidsmiljø, som lav støtte, verdsettelse, kontroll og innflytelse i arbeidet. Personer som har eller har hatt sykefravær pga psykiske lidelser og muskel- og skjelett lidelser rapporterer i høyere grad dårlig psykososialt arbeidsmiljø enn de som ikke har vært sykmeldt.

De som har jobber med mye tungt fysisk arbeid, skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter, er de som i størst grad har vært sykmeldt for muskel- og skjelettlidelser. Denne gruppen kommer også dårligst ut korrigert for sosioøkonomisk status (utdannelse og inntekt).

Informasjon om individers sykefravær kan, kombinert med sosiale variabler (herunder opplevd arbeidsmiljø), bidra til kunnskap om risikoforhold i arbeidet. Evnen til å mestre omskifteligheten og økt press i arbeidslivet avhenger av folks personlige ressurser, som igjen

avhenger av et støttende nettverk. Det er ikke bare sykdom, men flere typer misforhold mellom yteevne og krav som kan føre folk ut i lange sykefravær og over mot trygd. Utdannelsesnivå og inntekt har sammenheng med selvfølelse i arbeid, hvor høy utdanning gir større tro på egne evner. Det nye arbeidslivet med økte jobbkrav og krav til omstillingsevne ser ut til å ramme ansatte i lavtlønnsyrker hardere, da de generelt sett har lavere utdanning og derigjennom er mindre fleksible på arbeidsmarkedet. Under nedbemanning og omstilling vil de med svakest helse eller smalest kompetanse være utsatte for å måtte gå. Jobbusikkerhet (redd for å miste arbeidet) slo klart ut for begge diagnosegrupper, og hadde størst effekt på dem med lav utdanning og inntekt.

Bedre helse blant folk i yrkesaktiv alder vil redusere *behovet* for fravær. Men om behovet for fravær virkelig fører til fravær påvirkes av regelverk, oppsigelsesvern og sosial trygghet. IA-avtalen skal bidra til bedrifters tilrettelegging for og inkludering av flere eldre og syke, samt utsette uførepensjonering. Virkeliggjøres disse målene vil fraværet følgelig ikke synke, men heller øke. Fraværsprosenten er derfor lite egnet suksesskriterium for vurderinger av avtalens målsettinger og resultater. Sykefraværstatistikken kan heller ikke fortelle oss om nåværende fravær er midlertidig eller en varig ekskludering fra arbeidet. At sykmeldingstilfellene er økt samtidig som at antall sykefraværsdager og gjennomsnittelige lengde per fravær er blitt redusert, og antallet uførepensjoner har holdt seg lavt for ansatte i IA-bedrifter i IA-perioden, er imidlertid en utvikling som kan ha sammenheng med inkluderende arbeidsmiljø i bedriftene.

7. Videre analyse av materialet

Prosjektets behandling av personopplysninger utløser konsesjonsplikt i henhold til personopplysningsloven § 33 1. ledd. Konsesjonssøknader ble sendt Datatilsynet, Sosial- og helsedirektoratet og Regional komitè for medisinsk forskningsetikk høsten 2004. Vi fikk innvilget konsesjon fra Datatilsynet mars 2005, Regional komitè for medisinsk forskningsetikk februar 2005 og dispensasjon fra taushetsplikten fra Sosial- og helsedirektoratet juni 2005. Kopi av konsesjonene ble sammen med protokollen for prosjektet sendt SSB som skulle kople dataene. SSB brukte over 6 måneder på å kople data. Før sommeren koblet SSB HUBRO-datasettet mot sysselsettingstabeller på FD-Trygd for å innhente liste over bedrifter hvor HUBRO-deltakerne var ansatt gjennom årene 1998-2003. Denne listen ble overlevert til Bedrifts- og Foretaksregisteret for uttak av bedriftsopplysninger. Siden vi ønsket diagnosedata fikk vi beskjed om at nye regler for diagnosedata krevde søknad og dispensasjon fra RTV for å få utlevert dette.

Å få konsesjoner til registerkoblingene var en svært tidkrevende prosess (14 måneder), og medførte et stort tidstap for prosjektets analyser av data. Det er flere forhold som ønskes belyst på bakgrunn av disse dataene, som det ikke har blitt tid til i denne prosjektperioden. De analysene som her er gjort er det også ønskelig å kunne forbedre bla gjennom mer detaljerte og avanserte statistiske metoder som multivariate regresjonsmodeller. Det er ønskelig at prosjektet skal få midler til å kunne fortsette slik at analysene kan utvides og avanseres samt at resultater fra prosjektet også skal kunne inngå i erfaringsspredningen på Statens arbeidsmiljøinstitutt temaområder: helsefremmende arbeidsplasser og Inkluderende arbeidsliv. Dette vil bety formidling av prosjektet og resultater ved Statens arbeidsmiljøinstitutt egne og andre konferanser, seminarer og kurs, rettet mot BHT, fagbevegelsen, bransjeorganisasjoner, allmennheten og media. Prosjektet vil også formidle resultater ved vitenskapelige samlinger. Per desember 2005 har prosjektet inngått avtale med Universitetet i Bergen om å formidle forskningsresultater i september 2006 på Arbeidsmiljøkongressen i Bergen.

8.Takk

En stor takk til forskningsstipendiat Hans Magne Gravseth for bistand med tilrettelegging av datafiler og statistisk analyse. Vi satte også stor pris på kommentarer fra overlege Ingrid Sivesind Mehlum.

9.Litteraturliste

Askildsen, Bratberg, Nilsen (2004) Svingninger i sykefraværet: Er arbeidsledigheten avgjørende? NHH, SØD-08/2004.

Arbeidsmiljø og psykisk helse. 2003. Rådet for psykisk helse. Rolf Ottesen AS, 2003.

Brage, S (1998) Musculoskeletal health problems and sickness absence – an epidemiological study of concepts, determinants, and consequences. Doktorgradsavhandling. Institutt for samfunnsmedisin. Universitetet i Oslo.

Davey Smith G, Hart C, Blane D, Watt G, Hole D, Hawthorne V (1998) Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley study. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:399–405.

Duncan C, Jones K, Moon G (1995) Psychiatric morbidity: a multilevel approach to regional variations in the UK. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:290–5.

Duncan C, Jones K, Moon G (1998) Context, composition and heterogeneity: using multilevel models in health research. *Soc Sci Med* 1998;46:97–117.

Drøpping JA, Midtsundstad T (2003) Forskning om utredning med relevans for intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv. FAFO rapport 417, FAFO 2003. ISBN 82-7422-407-8.

ECON Analyse AS: Inkluderende arbeidslivsvirksomheter. Forprosjekt. ECON-forskningsrapport 107/2002. Prosjektnr.36970. ISBN:82-7645.579-4.

ECON Analyse AS: Inkluderende arbeidslivsvirksomhet –plass til alle? ECON rapport nr. 2003-047, Prosjektnr 38770. ISBN 82-7645-606-5.

Eller NH (2003) Presentation of the Effort Reward Model -the new stress model. *Ugeskr Læger* 2003;165:3815-20.

Elstad JI (2000) Social Inequalities in health and their explanations (Thesis). Report9/00.Oslo: Norwegian Social research, 2000.

Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S (2003) Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occup Environ Med* 2003; 60: 271-278.

Evaluering av IA-avtalen (2005) Rapport fra en interdepartemental arbeidsgruppe med medlemmer fra Arbeids- og Sosialdepartementet, Moderniseringsdepartementet og Finansdepartementet.

Ferrie JE (2001) Is Job Insecurity Harmful to Health? *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 94, 71-76.

Gimeno D, Benavides FG, Amick BC, III, Benach J, Martinez JM (2004) Psychosocial factors and work related sickness absence among permanent and non-permanent employees. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 870-876.

Greenland S (2000) Principles of multilevel modelling. *Int J Epidemiol* 2000;29:158-67.

Greenland S (2001) Ecologic versus individual-level sources of bias in ecologic estimates of contextual health effects. *Int J Epidemiol* 2001;30:1343-50.

Greenland S, Pearl J, Robins JM (1999) Causal diagrams for epidemiologic research. *Epidemiology* 1999;10:37-48.

Grimsmo A (1991): *Fravær og fraværsårsaker i norsk arbeidsliv*. AFI Rapport 4/91.

Grimsmo A, Sørensen BA (1991): *Arbeidsmiljø og omstilling*. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie 7.

Grøtvedt L (2002) Helseprofil for Oslo. 2002, Oslo : Nasjonalt folkehelseinstitutt : Oslo kommune.

Harnois G & Gabriel P (2000). Mental health and work: Impact, issue and good practices, 1 ed., pp. 1-65. WHO and ILO, Geneva.

Halvorsen K (1987) Å forske på samfunnet : en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo : Bedriftsøkonomens forlag, 1987.

Haugstvedt KT, Graff-Iversen S, Sørensen M, Haugstvedt Y (2002): *Sammen for egen vekst - Mobilisering av ressurser hos sykmeldte*. Folkehelseinstituttet. Rapport 2002:2.

Helseundersøkelsen (levekår) "Unge - mer presset i hverdagen" (19.12.2003) www.ssb.no

Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HC, Ariens GA, van MW, & Bouter LM (2002) High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occup Environ Med* 2002; 59: 323-328.

Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, & Bouter LM (2000) Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine* 2000; 25: 2114-2125.

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv –Erklæring fra partene etter møte 3. desember 2003.

Jensen J, Wærsted M (2004) I : Arbeidsforhold av betydning for helse: Rapport om internasjonal forskning på området arbeid og helse utarbeidet av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) som bidrag til myndighetenes videre arbeid med ny norsk arbeidslivslovgivning. STAMI Oslo, 2004.

Karasek RA, Theorell T (1990): *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Karasek RA (1979): "Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implication for job redesign." *Administrative Science Quarterly* 24:285-308.

- Kolstad A (2005) Sykefravær og konjunkturer, Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen, Rapport 1/2005.
- Kristensen, P (2005) Avhengige målefeil i observasjonsstudier. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 173-5.
- Krokstad S, Johnsen R, Westin S (2002) Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 179-85.
- Krokstad S, Johnsen R, Westin S (2002) Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population., *Int J Epidemiol* 2002 Dec;31(6):1183-91.
- Mastekaasa A (1998) *Sykefraværet I Norge 1990-1997*, ISF rapport 98:10.
- McMichael AJ (1995) The health of persons, populations, and planets: epidemiology comes full circle. *Epidemiology* 1995;6:633-6.
- Najman JM (2001) Commentary: general or cause-specific factors in explanations of class inequalities in health. *Int J Epidemiol* 2001;30:296-7.
- Nordberg M, Røed K (2003) Absenteeism, Health Insurance, and Business Cycles, HERO 2003.
- Nørve S (2000) Programmet "Forsøksvirksomhet i trygdesektoren" Evaluering. Prosjektrapport 291/2000.
- Olsen KM, Mastekaasa A (1997) Forskning om sykefravær: en oppsummering og vurdering av perioden 1980-96. Rapport/ Institutt for samfunnsforskning; 97:3 Oslo: Institutt for samfunnsforskning 1997.
- Rikstrygdeverket. Diagnoser og sykefravær 1994-1999. Rapport 04/2000. Oslo: Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen, 2000.

Rikstrykdeverket, Utredningsavdelingen Nedbemanning og sykefravær. Rapport 06/2005.
Oslo: Rikstrykdeverket, Utredningsavdelingen, 2005.

Rege M, Telle K, Votruba M (2005) The effect of plant downsizing on disability pension utilization Discussion papers / Statistics Norway, Research Department ; no. 435 Oslo : Statistics Norway, 2005.

Røed K, Fevang E (2005) Organisational Change, Absenteeism and Welfare Dependency. Memorandum. Oslo: The Ragnar Frisch Centre for Economic Research.

Skyberg K, Gjerstad J (2004) I: Arbeidsforhold av betydning for helse: Rapport om internasjonal forskning på området arbeid og helse utarbeidet av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) som bidrag til myndighetenes videre arbeid med ny norsk arbeidslivslovgivning. STAMI Oslo, 2004.

Stafford M, Bartley M, Mitchell R, Marmot M (2001) Characteristics of individuals and characteristics of areas: investigating their influence on health in the Whitehall II study. *Health Place* 2001;7:117–29.

St.meld.nr. 50 (1998–99). Utjammingsmeldinga: Om fordeling av inntekt og levekår i Norge. Oslo; Det Kongelige Sosial- og Helsedepartement: 1999.

St.prp.nr. 1 (2001) Intensjonsavtale om et inkluderende arbeidsliv – budsjettmessige konsekvenser mv.

Sverke M, Hellgren J og Naswell K (2002) No security: A Meta-Analysis and Review of Job Insecurity and Its Consequences. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 7, 242-264.

Søgaard AJ, Selmer R, Bjertness E, Thelle D (2004) The Oslo Health study: The impact of self-selection in a large population-based survey. *International Journal for Equity in Health* 2004; 3:3.

Tellnes, G (1990) Sickness certification – an epidemiological study related to community medicine and general practice. Doktorgradsavhandling. Institutt for samfunnsmedisin. Universitetet i Oslo.

Tellnes, G (1992) Tiltak for langtidssykmeldte. Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo og Rikstrygdeverket.

Trygdestatistiske årbøker, Trygdeetaten, tom 2005.
http://www.trygdeetaten.no/default.asp?strTema=tall_mrog_mrfakta&path=nyhetsarkiv&path_sub=trygdestatistisk_mr_aarbok05

Veugeliers PJ, Yip AM, Kephart G (2001) Proximate and contextual socioeconomic determinants of mortality: multilevel approaches in a setting with universal health care coverage. *Am J Epidemiol* 2001;154:725–32.

Virtanen M, Kivimaki M, Elovainio M og Vahtera J (2002) Selection from fixed term to permanent employment: prospective study on health, job satisfaction, and behavioral risks. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002; 56:693-699.

Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M og Vahtera J (2005) Temporary employment and health: a review. *Int. J Epidemiol* 2005 Jun; 34(3):610-22.

Wergeland E, Brusgaard D (2005) Er fraværsreduksjon en oppgave for leger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2984-7.

Aarvak K (1980): Arbeidsmiljøets betydning for fravær. IFIM rapport.