



Resultater af sygefraværsforskning 2003-2007

Merete Labriola, Thomas Lund, Karl Bang Christensen



DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER
FOR ARBEJDSMILJØ

RESULTATER AF SYGEFRAVÆRSFORSKNING 2003-2007

Merete Labriola,
Thomas Lund,
Karl Bang Christensen

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, København 2007

NFA-rapport

Resultater af sygefraværsforskning
2003-2007

Merete Labriola,
Thomas Lund,
Karl Bang Christensen

ISBN: 87-7904-176-0
København 2007

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
Lersø Parkalle 105
2100 København Ø
Tlf.: 39165200
Fax: 39165201
e-post: nfa@arbejdsmiljoforskning.dk
Hjemmeside: www.arbejdsmiljoforskning.dk

FORORD

I 2003 lancerede regeringen sin handlingsplan for nedbringelse af sygefravær. Baggrunden var dels de store økonomiske og menneskelige omkostninger forbundet med helbredsrelateret marginalisering og udstødelse fra arbejde, dels et ønske om at realisere det arbejdskraftpotentiale, der ligger i nedbringelse af sygefraværet på arbejdspladserne.

Handlingsplanen indeholder en lang række initiativer på flere niveauer. Ét af disse initiativer var en satsning på dansk forskning på området. Forskningsbaseret dansk viden om sygefravær var ved handlingsplanens ikrafttræden yderst sparsom. På det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, NFA (daværende Arbejdsmiljøinstituttet), blev der som del i handlingsplanen igangsat ny forskning for at få viden om hvilke faktorer, der har afgørende betydning for sygefravær og tilbagevenden til arbejde på danske arbejdspladser. Desuden blev der igangsat et langsigtet program, der udvikler og afprøver interventioner, så der fremover kan bruges evidensbaserede metoder i indsatsen for nedbringelse af sygefravær og fremme af tilbagevenden til arbejde efter en sygemelding.

Den foreliggende rapport giver en oversigt over resultaterne fra den del af sygefraværsforskningen på NFA, som består af identifikation af faktorer der påvirker sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Rapporten er tænkt som en sammenfatning på dansk af den væsentligste viden der er opnået og publiceret i internationale, videnskabelige tidsskrifter i perioden 2003-2007. NFA ønsker at takke seniorforsker Jan Høgelund, Socialforskningsinstituttet, der har lektorgransket rapporten og bidraget med vigtige kommentarer, som er indarbejdede i den endelige version.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 23. marts 2007

Palle Ørbæk
Direktør

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sammenfatning	1
1. Baggrund	3
2. Om rapporten.....	5
3. Undersøgelsespopulationer og registre.....	7
3.1 NAK	7
3.2 PUMA	7
3.3 PIFT	7
3.4 DREAM.....	7
3.5 Mål for risiko	8
3.6 Ætiologisk fraktion	8
4. Selvrapporeret sygefravær.....	11
4.1 Arbejdsforhold og antal dages sygefravær	11
4.2 Udbrændthed og sygefravær.....	13
4.3 Opsummering	14
5. Fravær målt med registeroplysninger	15
5.1 Hvem har øget risiko for langtidssygefravær?	15
5.2 Jobgrupper og brancher	17
5.3 Psykosociale faktorer i arbejdet, som øger risikoen for langtidssygefravær.....	18
5.4 Fysiske faktorer i arbejdet, som øger risikoen for langtidssygefravær	20
5.5 Samspil mellem psykosocialt og fysisk arbejdsmiljø	21
5.6 Den ætiologiske fraktion af arbejdsmiljø i forhold til langtidssygefravær	22
5.7 Samspil mellem faktorer på individ- og virksomhedsniveau	22
5.8 Mentalt helbred	24
5.9 Livsstilsfaktorer	25
5.10 Opsummering	26
6. Sygefravær målt med arbejdspladsernes sygefraværstatistik.....	29
6.1 Indflydelse og forudsigelighed	30
6.2 Psykisk arbejdsmiljø målt på arbejdspladsniveau	31
6.3 Opsummering	33
7. Tilbagevenden til Arbejde (TTA)	35
7.1 Arbejdsmiljø og TTA	35
7.2 Selvværd	36
7.3 Opsummering:.....	37
8. Oversigt over de 17 studier i rapporten.....	39
9. Yderligere referencer	41

SAMMENFATNING

Rapporten er en oversigt over de væsentligste resultater fra 17 forløbsundersøgelser af sygefravær og tilbagevenden til arbejde, udarbejdet på NFA i perioden 2003-2007. Resultaterne er baseret på flere datamaterialer, hvilket gør det vanskeligt at sammenfatte i detaljen på tværs af undersøgelserne. Der er imidlertid resultater som kan siges at gælde på tværs af undersøgelserne:

- 20% af lønmodtagerne står for 80% af fraværet
- sygefravær hænger sammen med køn, alder, uddannelse, job, socialgruppe, og om man er offentligt eller privat ansat
- sygefravær hænger sammen med faktorer i det psykosociale arbejdsmiljø. Disse faktorer varierer, alt efter om man er kvinde eller mand
- sygefravær hænger sammen med faktorer i det fysiske arbejdsmiljø
- visse kombinationer af psykosociale og fysiske faktorer forstærker hinanden indbyrdes
- risikoen for sygefravær på grund af fysiske arbejdsmiljøfaktorer er størst på arbejdspladser hvor medarbejderne er utilfredse med ledelsen
- arbejdsmiljø kan forklare en del af den sociale gradient i sygefravær
- sygefravær hænger sammen med udbrændthed, dårligt selvvurderet helbred og dårligt mentalt helbred
- rygning og svær overvægt øger risikoen for sygefravær
- sygefravær påvirker den sygemeldtes selvværd i negativ retning

1. BAGGRUND

Regeringen lancerede i 2003 en handlingsplan for nedbringelse af sygefravær. En af hovedårsagerne til den politiske interesse er den økonomiske byrde i form af sygedagpenge og førtidspension der er forbundet med sygefravær, og som primært bæres af staten. Det er vanskeligt at beregne de præcise omkostninger, men regeringens handlingsplan vurderer, at omkostningerne til sygefravær er ca. 32 mia kr. (Beskæftigelsesministeriet, 2003).

Handlingsplanen viser, hvor mange forskellige parter, der er involveret: Den sygemeldte selv, arbejdspladsen, de arbejdsmedicinske klinikker, den privatpraktiserende læge som udsteder sygemeldingen, sagsbehandlerne i kommunerne mv. Balancen mellem disse parter er i høj grad påvirket af beslutninger, som træffes på et overordnet politisk plan.

Set fra et arbejdsmiljøforskningsmæssigt perspektiv er der to spørgsmål, som bør stilles: Hvor stor betydning har arbejdsmiljøet for sygefravær? Og hvilke faktorer udgør de største risici? International litteratur viser, at der er en sammenhæng mellem eksponering på individniveau og sygefravær. Desværre er det kun få undersøgelser, der tager højde for sygefraværets mangesidede natur, og som også inkluderer risikofaktorer fra alle relevante niveauer/sfærer. Det er vigtigt at identificere risikofaktorer på alle niveauer under hensyntagen til kompleksiteten i netværket af interessenter, institutioner og system-specifikke karakteristika, som er associeret med sygefravær.

En del af Regeringens satsning på sygefraværsområdet bestod af allokering af ressourcer til forskning i sygefravær på det danske arbejdsmarked. Der blev bevilget ressourcer til nedsættelse af en forskningsenhed på det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). Denne rapport opsummerer den del af enhedens forskning, som består af identifikation af faktorer, som påvirker sygefraværet og tilbagevenden til arbejde. Rapporten indeholder derfor uddrag af de væsentligste bidrag fra egne internationale publicerede artikler i perioden 2003-2007. Der vil særlig være fokus på sammenhængen mellem arbejdsmiljø og sygefravær generelt, langtidsfravær og muligheder for tilbagevenden til arbejde i Danmark.

2. OM RAPPORTEN

Rapporten er baseret på 17 forløbsundersøgelser om sammenhænge mellem arbejdsmiljø og forskellige definitioner af sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Alle studier er publiceret eller er under publikation i internationale videnskabelige tidsskrifter (se kapitel 8 for en komplet referenceliste).

De 17 studier er baseret på tre spørgeskemaundersøgelser blandt tre forskellige populationer, gennemgået i afsnit 3.1-3.3. To af disse spørgeskemaundersøgelser er i 11 studier koblet med Beskæftigelsesministeriets DREAM-register, beskrevet i afsnit 3.4. Et enkelt studie indhenter sygefraværsoplysninger fra det såkaldte Socialforskningsregister på Danmarks Statistik.

Rapporten er inddelt i 7 Kapitler: Indledningsvis giver kapitel 3 en kort præsentation af de anvendte populationer samt det register, der ligger til grund for studierne.

Dernæst er kapitlerne 4-7 inddelt efter de forskellige måder information om sygefravær er indhentet på. Der findes flere forskellige måder at måle sygefravær på, fx antal dage, antal arbejdsdage, og antal sygefraværsperioder. Yderligere er der forskellige måder at indhente information om sygefravær på: (i) at spørge den enkelte medarbejder om hvor mange sygedage de har haft i en given periode, (ii) at benytte virksomhedernes sygefraværs register, og (iii) at benytte offentlige registre.

Denne rapport er inddelt efter de forskellige måder at indhente information om sygefravær på: Studier der benytter selvrapporeret sygefravær er gennemgået i kapitel 4. Studier der undersøger langtidssygefravær målt med registeroplysninger er gennemgået i kapitel 5. Studier om sygefraværsoplysninger fra arbejdspladsens sygefraværsstatistik er gennemgået i kapitel 6. Sidst behandles studier om tilbagevenden til arbejde efter sygefravær i kapitel 7. Kapitel 4-7 afsluttes alle med en kort opsummering af de væsentligste resultater.

3. UNDERSØGELSESPOPULATIONER OG REGISTRE

De 17 studier, som beskrives i denne rapport, bygger på spørgeskemaundersøgelser og registeroplysninger fra DREAM-databasen.

3.1 NAK

Den Nationale ArbejdsmiljøKohorte, NAK (Burr et al, 2003), er en undersøgelse som gennemføres hvert femte år (1990, 1995, 2000 og 2005) blandt i gennemsnit ca. 10.000 tilfældigt udtrukne personer, som interviewes om, blandt meget andet, køn, alder, familieforhold, livsstil, sygefravær, helbred og arbejde i bred forstand. Studierne i denne rapport benytter besvarelser fra lønmodtagere i hhv. 1995 og 2000, ca. 5500 i hver undersøgelsesrunde. Undersøgelsesrunden i 1995 følges op med spørgeskemaer i 2000, mens deltagerne i 2000-undersøgelsesrunden følges op med registeroplysninger fra DREAM-registeret (se nedenfor).

3.2 PUMA

Projekt Udbændthed, Motivation og Arbejdsglæde (Borritz et al. 2006) er et fem-årigt prospektivt studie, der via spørgeskema indhentede data tre gange undervejs. Man benyttede såkaldt åbne kohorter, således at nye ansatte på de undersøgte arbejdspladser blev inddraget. Ansatte på flere arbejdspladser, blandt andet en socialforvaltning i en større provinskommune, et fængsel, og hjemmepleje, deltog i undersøgelsen. Over en femårig periode har ca. 2000 personer deltaget. PUMA's hovedundersøgelse er en spørgeskemaundersøgelse med fokus på omfanget af udbændthed, årsager til og konsekvenser af udbændthed samt på tiltag, der kan reducere udbændthed.

3.3 PIFT

Projekt Intervention i Fravær og Trivsel (Nielsen et al. 2002) indeholder spørgeskemadata fra perioden 1996-2002 på 52 forskellige arbejdspladser inden for den kommunale plejesektor og teknisk forvaltning, samt medicinalindustrien. I alt er 2721 personer registreret ved undersøgelsens start, hvoraf en stor del har besvaret de samme spørgsmål tre gange i undersøgelsesperioden. Det anvendte spørgeskema indeholdt spørgsmål om både fysisk og psykosocialt arbejdsmiljø, men med hovedvægt på det psykosociale arbejdsmiljø. Disse oplysninger blev sammenholdt med oplysninger om sygefravær fra virksomhedsregistre.

3.4 DREAM

Det nationale register DREAM er en forløbsdatabase baseret på data fra Beskæftigelses-, Social- og Undervisningsministeriet. Registeret omfatter samtlige personer der har modtaget visse offentlige overførselsindkomster fra medio 1991 og frem. Den ugentlige ydelsesoplysning angiver fx om personen har været/er på sygedagpenge, bistandshjælp, arbejdsløshedsdagpenge, førtidspension, efterløn, revalideringsydelse eller i aktivering mv. DREAM omfatter i alt knap 3,3 millioner personer. Herigennem er det muligt at identificere personer, som havde været på sygedagpenge i en given periode. Socialforskningsregisteret på Danmarks Statistik har i et enkelt studie bidraget med oplysninger svarende til DREAM.

3.5 Mål for risiko

De 17 studier opererer med forskellige mål for risiko, fx Hazard Ratioer, Odds Ratioer eller Prævalens Proportions Ratioer. I rapporten er disse forskellige mål, så vidt det er muligt, groft omsat til procentvis overrisiko forbundet med en given risikofaktor. For eksempel er en Odds Ratio for kvinders risiko for sygefravær på 1,36 ift. mænd, udtrykt som en overrisiko for langtidssygefravær blandt kvinder på 36%. En Odds Ratio for en given påvirkning på fx 2,0 - altså dobbelt så stor risiko - vil tilsvarende i rapporten gengives som en overrisiko på 100%. I enkelte figurer er forskelle i risiko vist på en absolut skala. I resultatafsnittene er det valgt kun at præsentere faktorer som i de 17 studiers mest justerede modeller viste en signifikant (5% niveau) sammenhæng med sygefravær. For at få et overblik over alle inkluderede faktorer, henvises til de enkelte studier i deres oprindelige udgaver (Kapitel 8).

3.6 Ætiologisk fraktion

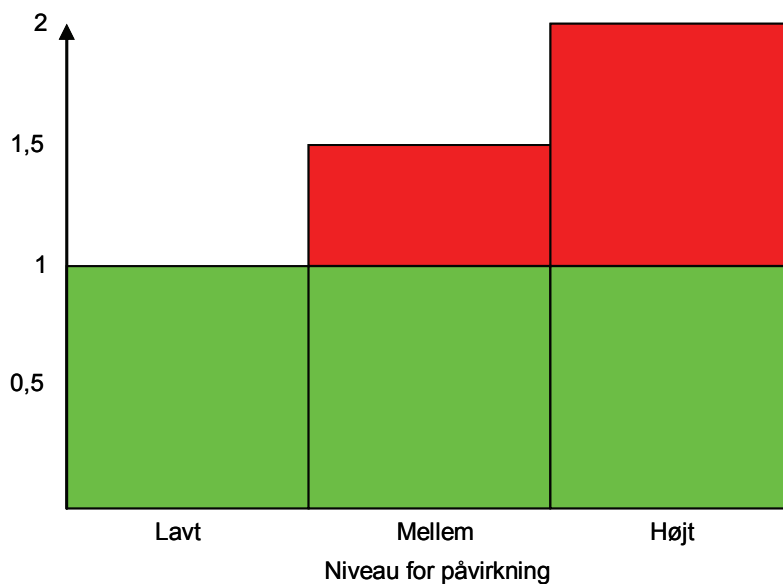
Tre steder i rapporten præsenteres den ætiologiske fraktion af forskellige faktorer for sygefravær. Den ætiologiske fraktion udtrykker, hvor stor en del af sygefraværet der ville forsvinde, hvis alle havde lige så meget sygefravær som de mindst påvirkede.

Figur 1 herunder viser, hvorledes risiko for sygefravær er fordelt mellem tre grupper, i dette tilfælde med 200 personer i hver gruppe.

Den ætiologiske fraktion beregnes som den andel (fraktion) det røde areal (overrisiko for sygefravær ved en given påvirkning) udgør af det samlede, grønne og røde areal:

$$\text{ÆF} = ((1,5-1)*200 + (2-1)*200) / (1*200 + 1,5*200 + 2*200) = 300 / 900 = \mathbf{33\%}$$

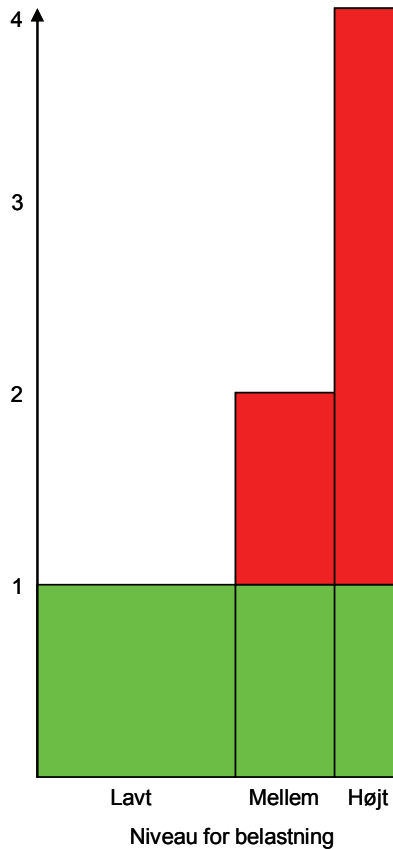
I dette eksempel vil det samlede sygefravær være 33% lavere, hvis fraværet blandt dem med et højt fravær (højt niveau for påvirkning) var på samme niveau, som dem med et lavt fravær (lavt niveau for påvirkning)



Figur 1. Ætiologisk fraktion

Man vil sjældent have en situation, hvor en population kan inddeles i tre lige store grupper ud fra niveauet af en given påvirkning, som i eksemplet i figur 1. Det siger sig selv, at hvis der er færre personer i de højest påvirkede grupper, vil dette have indflydelse på størrelsen af den ætiologiske fraktion.

Den ætiologiske fraktion afhænger også af størrelsen på den overrisiko, der er forbundet med et givent påvirkningsniveau.



Figur 2. Ætiologisk fraktion

I eksemplet i figur 2, er der *færre* personer i de grupper der har et mellem eller højt niveau af påvirkning. Til gengæld er overrisikoen ved disse påvirkningsniveauer højere end i eksemplet i figur 1. Hvis 200 personer er udsat for et lavt påvirkningsniveau, 100 for mellemniveau og 50 for det højeste påvirkningsniveau, ser beregningen af den ætiologiske fraktion således ud:

$$\text{ÆF} = ((2-1)*100 + (4-1)*50) / (1*200 + 2*100 + 4*50) = 250 / 600 = \mathbf{42\%}$$

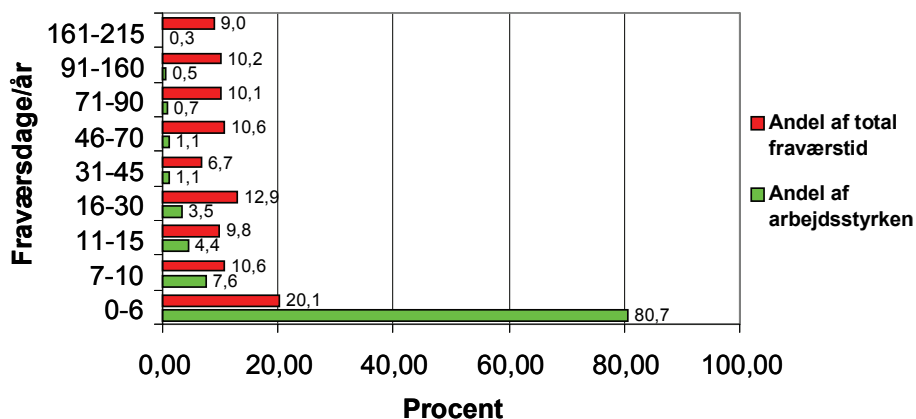
4. SELVRAPPORTERET SYGEFRAVÆR

To studier (1,2) benytter sig af selvrapporteret sygefravær fra deltagerne i de til grundlæggende undersøgelser. Følgende spørgsmål blev stillet til medarbejderne ”Hvor mange arbejdsdage i alt har du været fraværende fra dit arbejde på grund af sygdom inden for de sidste 12 måneder?”. I studiet af Borritz og kollegaer blev der yderligere suppleret med et lignende spørgsmål: ”Hvor mange gange har du i alt været fraværende fra dit arbejde på grund af sygdom inden for de sidste 12 måneder?”.

4.1 Arbejdsforhold og antal dages sygefravær

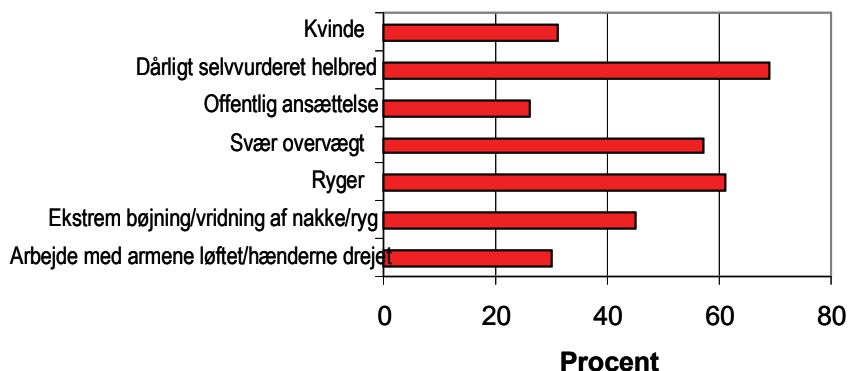
Studiet af Labriola og kollegaer (1) belyser sammenhængen mellem psykosociale og fysiske arbejdsmiljøeksponeringer, livsstilsfaktorer, arbejds karakteristika samt selv vurderet helbred, og sygefravær fem år efter eksponeringen blandt danske lønmodtagere. Studiet er baseret på besvarelser fra 5574 lønmodtagere i alderen 18-64 år fra NAK 1995.

Udfaldet i dette studie ”Højt sygefravær i året før opfølgning” var baseret på selvrapporterede data om antal sygefraværsdage i året forud for opfølgningen (spørgsmålet ”Hvor mange arbejdsdage i alt har du været fraværende fra dit arbejde på grund af sygdom inden for de sidste 12 måneder?”). Svarene blev delt i to grupper: ’Højt sygefravær’ var defineret som den femtedel af populationen med flest dage med sygefravær (>6 dage).



Figur 3. Fordeling af sygefraværstid

Figur 3 herover viser, at 20% af lønmodtagerne tegner sig for 80% af sygefraværet: Samlet rapporterede de 3.792 lønmodtagere 23.767 sygefraværsdage i året før opfølgningen (gennemsnit=6,27, interval 0-215 dage). 2.310 lønmodtagere (60,9%) rapporterede en eller flere sygefraværsdage. De 20% af lønmodtagerne, som havde mest sygefravær, tegnede sig for 80% af al sygefraværet.



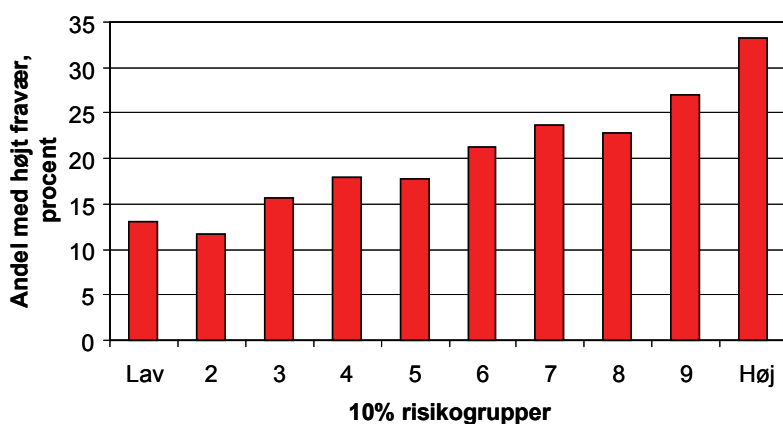
Figur 4. Risikofaktorer for højt sygefravær

Figuren viser, at højt sygefravær var associeret med følgende arbejdsmiljøeksponeringer målt ved starten af studiet: Arbejde med løftede arme/drejede hænder, ekstrem bøjning af nakke/skuldre, samt nuværende og tidligere rygning. Svær overvægt (BMI>30) prædikterede også sygefravær. Ansatte i den offentlige sektor havde en øget risiko, hvorimod antal ansatte ikke havde nogen signifikant betydning. Dårligt selvvurderet helbred prædikterede højt sygefravær, men ændrede ikke på effekten af fx arbejdsmiljøeksponeringer og livsstilsfaktorer.

- Ekstrem bøjning/vridning af nakke/ryg blev målt med to spørgsmål hvor svarpersonerne angiver, hvor stor en del af arbejdstiden han eller hun arbejder med ryggen foroverbøjet eller med vrid i ryggen eller nakken.
- Belastning i form af vrid og bøj af nakke og øvre ryg er målt ved hjælp af tre spørgsmål om hyppigheden af disse typer belastninger
- Generelt selvvurderet helbred blev målt ved ét spørgsmål: Hvordan vurderer du generelt dit helbred? Der var fem svarmuligheder til spørgsmålet (meget godt, godt, rimeligt, dårligt, meget dårligt). I analyserne af selvvurderet helbred blev 'meget godt' og 'godt' slået sammen til en svarkategori 'godt', og de resterende tre muligheder blev kategoriseret som 'dårligt'
- Rygning blev inddelt i tre kategorier: nuværende ryger, tidligere ryger og har aldrig røget.
- Svær overvægt blev defineret ved hjælp af Body Mass Index, (BMI), dvs. vægt divideret med højde². BMI blev delt i fire kategorier: undervægt hvor BMI<18,5 kg/m², normalvægt hvor 18,5≤BMI<25 kg/m², moderat overvægt hvor 25≤BMI<30 kg/m², og svær overvægt BMI≥30 kg/m².
- 'Offentlig' virksomhed dækker kommunalt, amtsligt og statsligt ejede virksomheder.

4.1.1 Den ætiologiske fraktion.

Blandt de 10%, som havde det højeste niveau af samlet arbejdsmiljøeksponering, havde 33% højt sygefravær, hvorimod tallet var 13% blandt de, som havde det laveste niveau af samlet arbejdsmiljøeksponering (Figur 5).



Figur 5. Effekt af sammensatte risikofaktorer i 10 risikogrupper

Den ætiologiske fraktion som kan tilskrives forskelle i sygefravær blev beregnet: Hvis sygefraværet for alle var på samme niveau som for de lavest eksponerede havde, ville 40% færre ansatte have højt sygefravær.

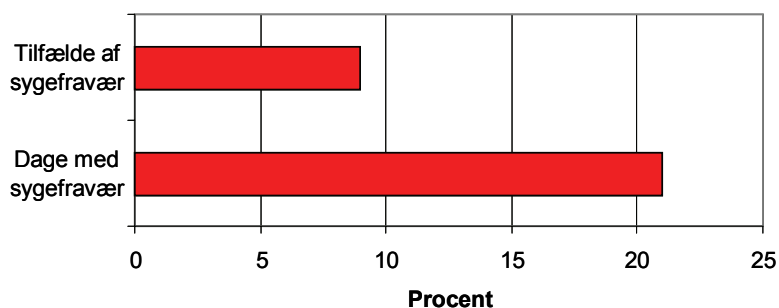
4.2 Udbrændthed og sygefravær

I det andet studie der benytter sig af selvrapporteret sygefravær, undersøger Borritz og kolleger (2) sammenhængen mellem udbrændthed og sygefravær. Både antallet af sygefraværsperioder, og det samlede antal dage de omfatter analyseres på samme måde som studiet gennemgået herover.

Udbrændthed er en form for arbejdsrelateret stress, der viser sig som langvarig psykisk og fysisk udmattelse og træthed. Udbrændthed måles ved hjælp af spørgeskemaet Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen et al. 2005) som måler tre typer af udbrændthed:

- Udbrændthed relateret til klientarbejde
- Arbejdsrelateret udbrændthed
- Personlig udbrændthed

Borritz og kollegaers PUMA-studie, viste en stærk sammenhæng mellem udbrændthed og øget sygefravær. Samtlige ansatte på en række arbejdspladser som fx en socialforvaltning i en større provinskommune, et fængsel, og hjemmepleje, deltog i undersøgelsen.



Figur 6. Udbrændthed og sygefravær

Figur 6 viser, at en ændring på 1 standardafvigelse på målet for udbrændthed øger antallet af sygefraværsdage med 21%, og antallet af tilfælde med sygefravær med 9%. Resultaterne tager højde for personernes køn, alder, uddannelse, jobfunktion, familieforhold og en række livsstilsfaktorer.

4.3 Opsummering

Følgende risikofaktorer var associeret med selvrapporteret sygefravær:

- Arbejde med løftede arme/drejede hænder
- Ekstrem bøjning af nakke/skuldre
- Nuværende og tidligere rygning.
- Svær overvægt (BMI>30)
- Ansat i den offentlige sektor
- Dårligt selv vurderet helbred
- Derudover betød en ændring på 1 standard afvigelse på målet for udbrændthed en øgning af antallet af sygefraværsdage med 21%, og en øgning af antallet af perioder med sygefravær med 9%.

Hvis du vil vide mere:

- 1) Labriola M, Lund T, Burr H. Prospective study of physical and psychosocial risk factors for sickness absence. *Occupational Medicine (London)*. 2006;56:469-474.
- 2) Borritz M, Rugulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen TS. Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational and Environmental Medicine*. 2006;63:98-106.

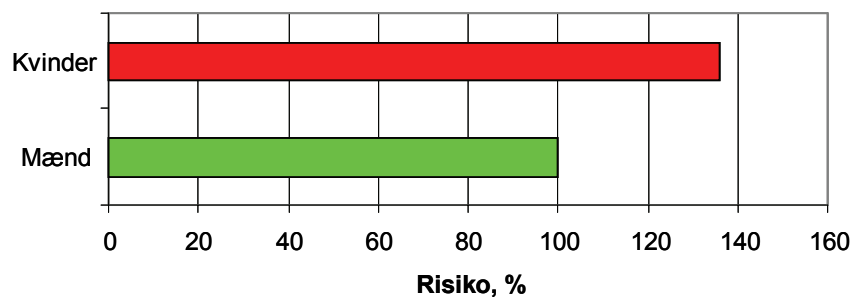
5. FRAVÆR MÅLT MED REGISTEROPLYSNINGER

Otte studier benytter sig af information om langtidssygefravær fra DREAM-registeret (3-7 & 9-11), og et studie benytter sig af oplysninger fra Socialforskningsregisteret (8). Oplysninger om arbejdsmiljø eksponeringer stammer fra de to kohorter NAK (3-8 & 10-11) og PIFT (9).

- For alle kapitlets ni studier gælder, at en person regnes for langtidssyg, når vedkommende har været syg i mindst otte uger.

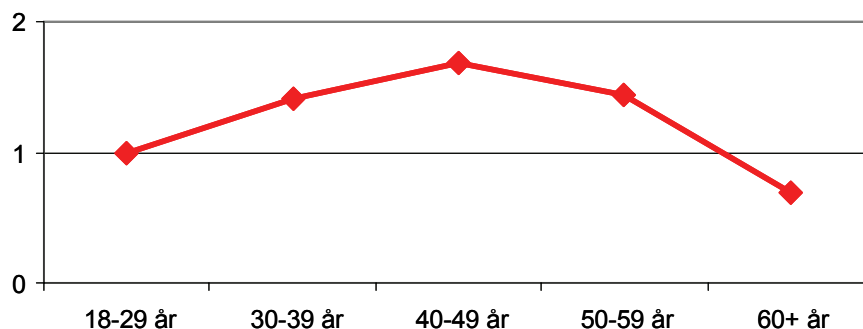
5.1 Hvem har øget risiko for langtidssygefravær?

Et studie udført af Lund og kolleger (3) kortlægger hvilke faktorer indenfor køn, alder, uddannelse, ansættelse, jobgruppe og branche, som er forbundet med øget risiko for over tid at få langtidssygefravær. Lønmodtagere som deltog i NAK i 2000 blev fulgt i 2,5 år. I løbet af denne opfølgingsperiode havde 9% af disse en eller flere perioder med langtidssygefravær.



Figur 7. Relativ risiko for langtidssygefravær blandt kvindelige og mandlige lønmodtagere

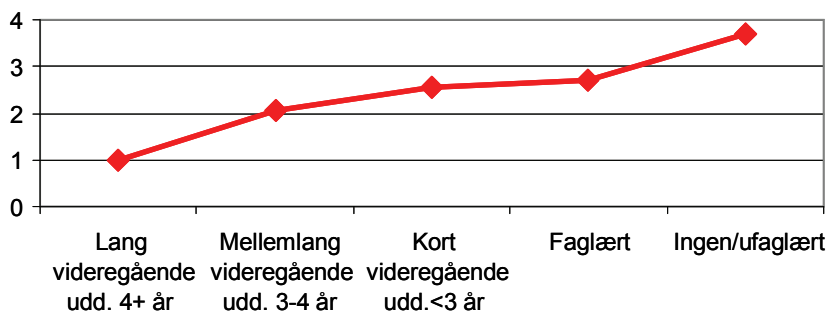
Kvinder havde en øget risiko for langtidssygefravær, nemlig 36% højere risiko end mænd (Figur 7).



Figur 8. Relativ risiko for langtidssygefravær (8+ uger) fordelt på alder

Hvad angår alder, lå grupperne mellem 30 og 59 højere end de 18-29 årige. Der var ingen signifikant forskel på de 18-29 årige og de 60+ årige (Figur 8).

Der var en klar sammenhæng mellem uddannelse og langtidssygefravær: Jo kortere uddannelse, jo større risiko (Figur 9).



Figur 9. Relativ risiko for langtidssygefravær (8+ uger) alt efter uddannelse

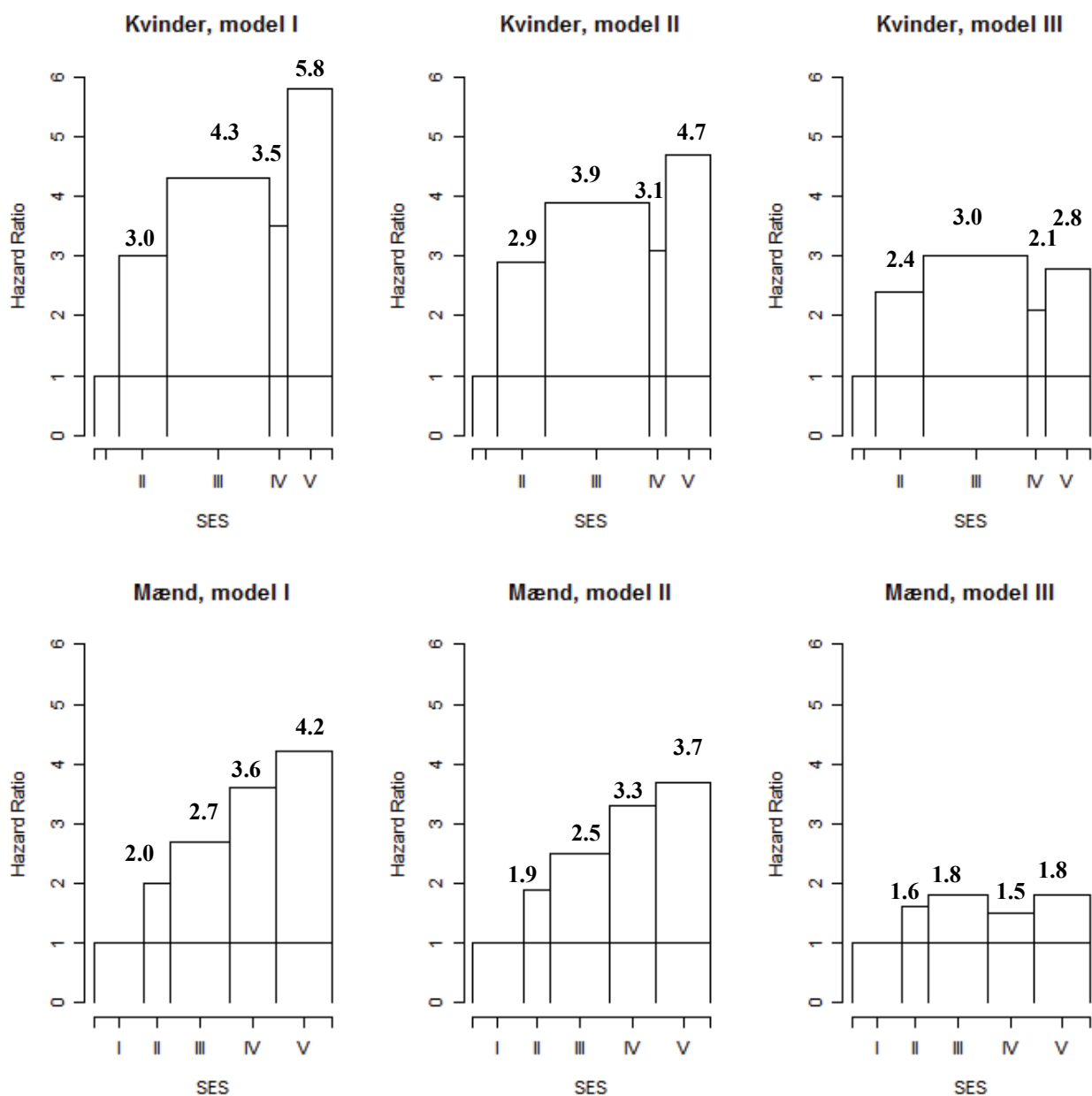
Denne sociale forskel i langtidssygefravær er undersøgt selvstændigt i yderligere et studie af Christensen og kolleger (4), hvis formål er at undersøge hvorvidt denne forskel mellem socialgrupper med kan forklares med forskelle i livsstil og arbejdsmiljø.

Definition af socialgrupper.

- I. Højere funktionærer og/eller personer med en lang videregående uddannelse, fx direktører, læger.
- II. Mellem funktionærer og/eller personer med en mellemlang videregående uddannelse, fx folkeskolelærere, sygeplejersker.
- III. Lavere funktionærer, fx kontorassistenter, bogholdere.
- IV. Faglærte, fx tømrere, elektrikere.
- V. Ufaglærte, fx chauffører, rengøringsassistenter.

Opdelingen er lavet på baggrund af oplysninger om arbejdsmarkedsstatus, job og uddannelse.

Dette studie viste først og fremmest, at personer i socialgruppe V, havde en fire (mænd) til seks (kvinder) gange større risiko for at udvikle langtidssygefravær, som deres respektive kønsfæller i socialgruppe I. Blandt kvinder kunne livsstilsfaktorer (rygning, alkoholforbrug, Body Mass Index og fysisk aktivitet i fritiden) og arbejdsmiljøfaktorer forklare tilsammen 39% af overrisikoen for socialgruppe IV og 52% for social gruppe V. Blandt mænd forklarede de samme faktorer 68% af overrisikoen i socialklasse IV og 42% for socialklasse V. Generelt forklarede arbejdsmiljøfaktorer en større del af forskellen end livsstilsfaktorer (Figur 10).



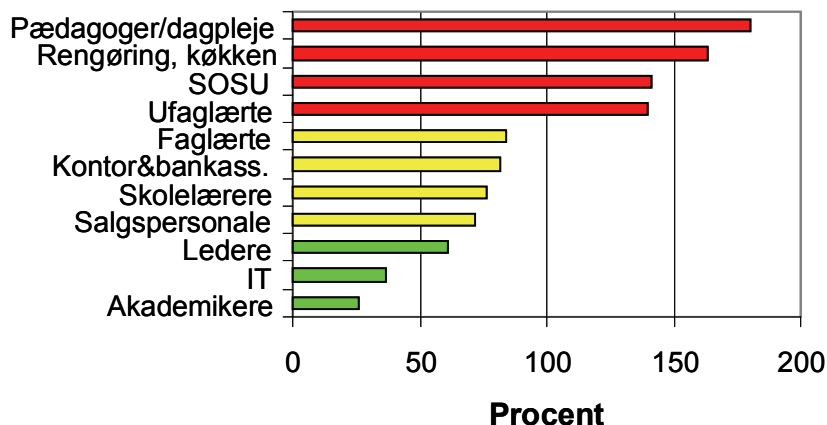
Figur 10. Social gradient i risiko for langtidssygefravær, model I justeret for alder og familie status, model II justeret for alder, familie status, og livsstil, model III justeret for alder, familie status, livsstil, og arbejdsmiljø.

5.2 Jobgrupper og brancher

Hvad angår jobgrupper, viste studiet fra Lund og kolleger (3), at daginstitutions- og dagplejepersonale, rengørings-, ejendoms-, og køkkenpersonale, sundhedsplejepersonale og ufaglærte arbejdere lå signifikant over gennemsnittet af de øvrige jobgrupper, hvorimod ledere, akademikere og IT-personale lå signifikant under. Sammenligningen er lavet således, at hver enkelt gruppe sammenlignes med de 10 andre grupper. Hvis en søjle er rød betyder det, at ansatte i det pågældende job har en statistisk signifikant højere risiko end danske lønmodtagere i gennemsnit. Hvis en søjle er gul, har de ansatte samme risiko som gennemsnittet. Er søjlen grøn, er risikoen statistisk signifikant lavere end gen-

nemsnittet. Tallene kan udtrykkes således, at fx ansatte i jobs indenfor social & sundhedssektoren har 60% højere risiko end gennemsnittet, mens akademikere har en risiko der er næsten fire gange mindre end gennemsnittet (Figur 11).

Ved inddeling på brancher ser forskellene ikke så markante ud som når der kigges på jobgrupper: ”Kun” social- og sundhedsbranchen ligger signifikant højere end gennemsnittet (63% højere), mens privat administration ligger signifikant under gennemsnittet (ikke vist).

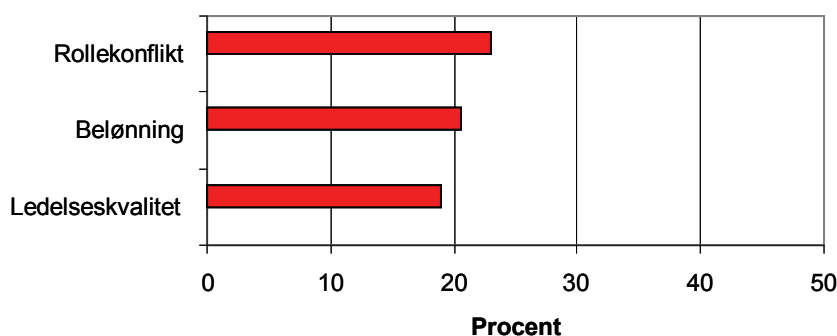


Figur 11. Risiko for langtidssygefravær i forskellige jobgrupper. Gennemsnit = 100

5.3 Psykosociale faktorer i arbejdet, som øger risikoen for langtidssygefravær.

Et studie udført af Lund og kolleger fra 2005 (5) undersøger sammenhænge mellem psykosociale faktorer i arbejdet og risiko for senere langtidssygefravær. I løbet af de 18 måneder lønmodtagerne blev fulgt, modtog ca. 7 % sygedagpenge i en periode på otte uger eller derover. Det svarer til, at mellem 4 og 5 % af de danske lønmodtagere udvikler sygefravær som gør, at de involveres i en sygedagpengesag på mindst otte uger pr. år.

Kvindens risiko for langtidssygefravær øges, når de er utilfredse med ledelseskvaliteten, oplever rollekonflikter eller lav belønning i arbejdet (Figur 12).

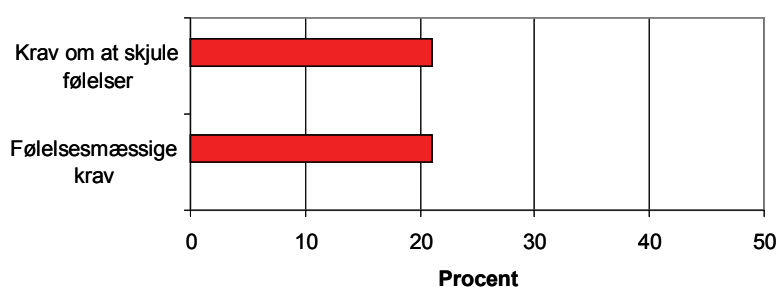


Figur 12. Forøget risiko for langtidssygefravær forbundet med psykosociale faktorer. Resultater for kvinder

På figuren ses hvilke faktorer i det psykosociale arbejdsmiljø, som øger sandsynligheden for, at kvinder over tid bliver langtidssygemeldte. Jo flere rollekonflikter, jo lavere belønning og jo lavere ledel-

seskvalitet, jo større er risikoen for langtidssygefravær. Søjlerne udtrykker, hvor meget større risikoen er, for dem der rapporterer de højeste niveauer i forhold til gennemsnittet. Dette vil med andre ord sige, at risikoen for langtidssygefravær er ca. 20% større hvis man er mindre tilfreds med ledelsen end gennemsnittet af kvindelige danske lønmodtagere er.

For mænd øges risikoen når de er udsat for høje følelsesmæssige krav og krav om at skjule følelser. Derimod har velkendte psykosociale påvirkninger som fx udviklingsmuligheder, indflydelse i arbejdet og social støtte fra kolleger ikke betydning for langtidssygefraværet i dette studie (Figur 13).



Figur 13. Forøget risiko for langtidssygefravær forbundet med psykosociale faktorer. Resultater for mænd.

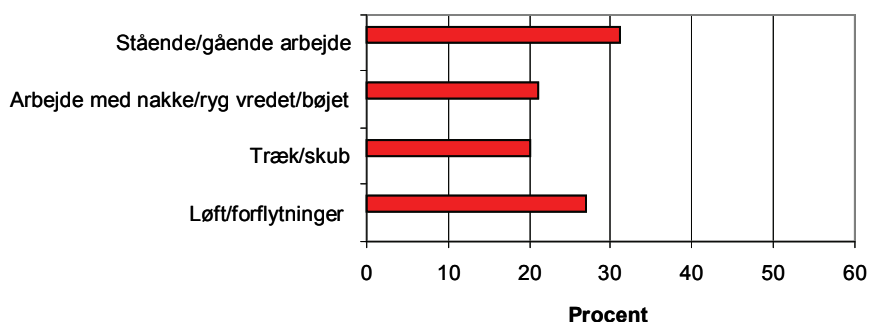
Søjlerne i figur 13 udtrykker, hvor meget større risikoen for langtidssygefravær er for dem der rapporterer de højeste niveauer i forhold til gennemsnittet. Jo højere følelsesmæssige krav og jo højere krav om at skjule følelser, jo større risiko for at udvikle sygefravær i otte uger eller mere. Søjlerne udtrykker, hvor meget større risikoen er, for dem der rapporterer de højeste niveauer i forhold til gennemsnittet. Dette vil med andre ord sige, at risikoen for langtidssygefravær er godt 20% større for dem der er udsat for flest følelsesmæssige krav i forhold til gennemsnittet af mandlige danske lønmodtagere er (5).

- Ledelseskvalitet er målt med spørgsmål om, i hvor høj grad ens nærmeste leder tilgodeser den enkelte medarbejders udviklingsmuligheder, prioriterer medarbejdernes tilfredshed i jobbet, er god til at planlægge arbejdet og er god til at løse konflikter.
- Rollekonflikter er målt ved hjælp af spørgsmål om man er udsat for modstridende krav i sit arbejde, og om man ved præcis hvad ens arbejdsopgaver er.
- Belønning i arbejdet er målt med spørgsmål om hvorvidt ens arbejde er anerkendt og påskønnet dels af ledelsen, dels af offentligheden generelt og om fremtidsudsigterne i ens nuværende job.
- Følelsesmæssige krav er målt med spørgsmål om hvorvidt man i sit arbejde kommer i følelsesmæssigt forstyrrende situationer, om man udsættes for følelsesmæssige krav, og om arbejdet kræver at man involverer sig følelsesmæssigt.
- Krav om at skjule følelser er målt med spørgsmål om hvorvidt ens arbejde kræver at man ikke giver udtryk for sin mening, og om det kræves at man skjuler sine følelser.

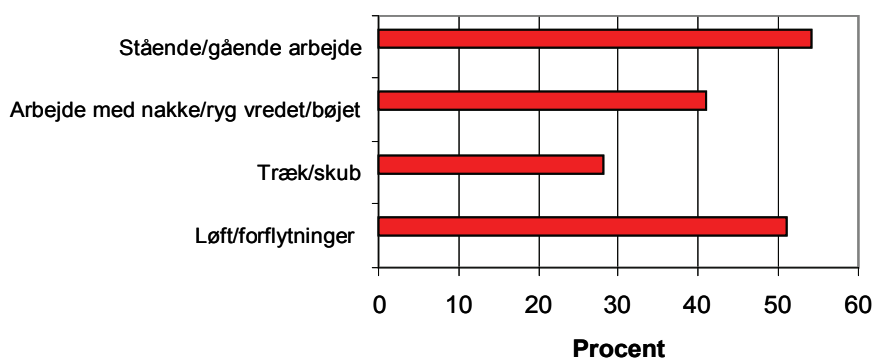
Resultaterne er generelle for alle lønmodtagere og tager højde for personernes alder, uddannelse, hvad man er udsat for i det fysiske arbejdsmiljø, om man er ryger, overvægtig, drikker for meget alkohol, om man er enlig, antallet af hjemmeboende børn, om man lider af en kronisk sygdom og for niveauet af fysisk aktivitet i fritiden (5).

5.4 Fysiske faktorer i arbejdet, som øger risikoen for langtidssygefravær

Lund og kolleger har i et studie fra 2006 (6) vist hvilke fysiske arbejdsmiljøfaktorer, der evt. påvirker risikoen for langtidssygefravær. Studiet viser, at risikoen stiger når man bliver udsat for bestemte, ubekvemme arbejdsstillinger i arbejdet: Jo mere arbejde der udføres stående eller gående, jo flere og tungere løft eller forflytninger, jo mere vrid og bøjning af nakke og øvre ryg og jo mere træk eller skub af genstande eller personer, jo større er risikoen for langtidssygefravær.



Figur 14. Forøget risiko for langtidssygefravær forbundet med fysiske faktorer. Resultater for kvinder.



Figur 15. Forøget risiko for langtidssygefravær forbundet med fysiske faktorer. Resultater for mænd.

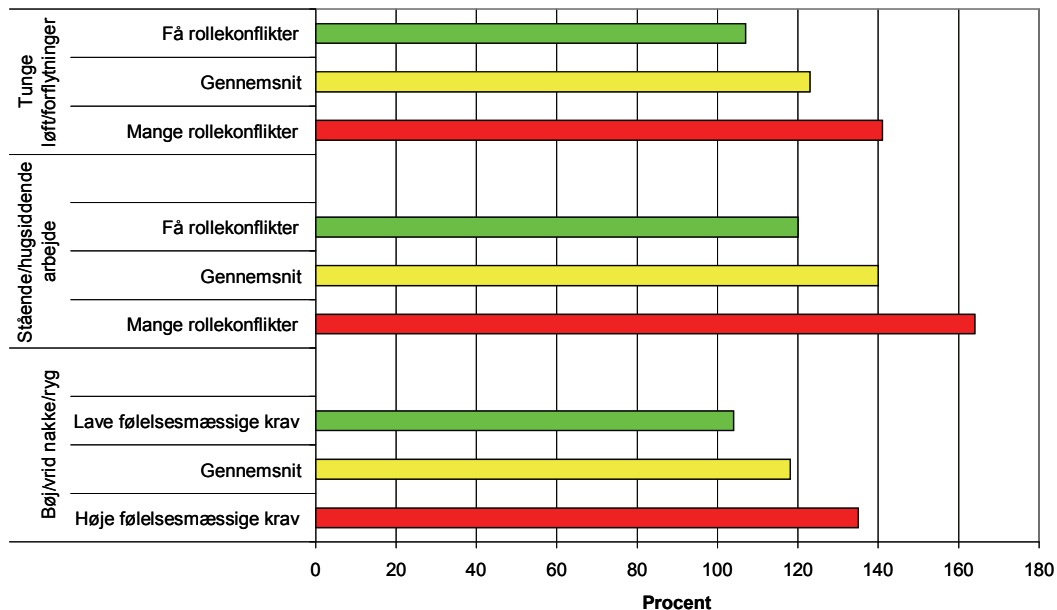
Figureerne viser hvilke faktorer i det fysiske arbejdsmiljø, som øger risikoen for, at hhv. kvinder og mænd over tid bliver langtidssygemeldte. Jo mere arbejde der udføres stående eller gående, jo mere vrid og bøjning af nakke og øvre ryg og jo flere og tungere løft, forflytninger eller træk og skub af genstande eller personer, jo større er risikoen for langtidssygefravær. Søjlerne udtrykker, hvor meget risikoen øges når en kvinde eller mand er mere udsat for den givne belastning end gennemsnittet af hhv. kvindelige og mandlige lønmodtagere. Således har en kvinde, der er mere udsat for løft eller forflytninger af tunge byrder, en 27% højere risiko for at få langtidssygefravær end gennemsnittet af kvindelige lønmodtagere.

Resultaterne tager højde for personernes alder, uddannelse, hvad man er udsat for af psykosociale påvirkninger på sit arbejde, om man er ryger, er overvægtig, forbrug af alkohol, om man er enlig, antal hjemmeboende børn, om man lider af en kronisk sygdom og for fysisk aktivitet i fritiden (6).

5.5 Samspil mellem psykosocialt og fysisk arbejdsmiljø

Studiet viser samtidig, at kvinder har en overrisiko for langtidssygefravær, hvis de er udsat for visse psykosociale påvirkninger i arbejdet samtidig med, at de oplever fysiske belastninger.

For kvinders vedkommende viser det sig, at der sker et samspil mellem fysisk belastning og psykosociale påvirkninger. Ændringen stiger i takt med graden af den psykosociale påvirkning. Jo mere en kvinde oplever psykosociale påvirkninger samtidig med fysiske belastninger, jo større risiko har de for at udvikle sygefravær (Figur 16). Det samspil gør sig ikke gældende for mænd i dette studie.



Figur 16. Risikoforøgelse ved interaktion mellem psykosociale og fysiske påvirkninger i pct. for kvinder

Figuren viser at risikoen for langtidssygefravær ændrer sig, når kvinder samtidig er udsat for visse typer af fysiske belastninger og bestemte psykosociale risikofaktorer: Blandt kvinder som oplever samme niveau af rollekonflikter som gennemsnittet, er overrisikoen ved tunge løft 23%. Blandt kvinder som oplever mange rollekonflikter i arbejdet, er tallet godt 40%. Man kan sige, at løft er ”farlige” for alle, men effekten er større blandt kvinder der oplever mange rollekonflikter i arbejdet.

Lignende interaktioner finder sted mellem: Arbejde med nakken bøjet/vredet samtidig med udsættelse for høje følelsesmæssige krav, samt mellem stående/gående arbejde og rollekonflikter i arbejdet.

Spørgsmål der ligger til grund for undersøgelsen af samspil mellem fysiske og psykosociale arbejdsmiljømål:

- Stående/gående arbejde er målt ved to spørgsmål om, hvor stor en del af ens arbejde der udføres i stående eller gående stilling.
- Belastning i form af vrid og bøj af nakke og øvre ryg er målt ved hjælp af tre spørgsmål om hyppigheden af disse typer belastninger.
- Løft og forflytning af tunge byrder er målt med to spørgsmål om, hvor hyppigt man løfter eller forflytter ting eller personer i sit arbejde, og hvad det løftede vejer.
- Træk og skub af tunge byrder er ligeledes målt med to spørgsmål om, hvor hyppigt man trækker eller skubber genstande i sit arbejde, og hvad disse genstande vejer.
- Rollekonflikter er målt ved hjælp af to spørgsmål, der belyser, om man er udsat for modstridende krav i sit arbejde, og om man ved præcist, hvad ens arbejdsopgaver er.
- Følelsesmæssige krav er målt med tre spørgsmål om, hvorvidt man i sit arbejde kommer i følelsesmæssigt forstyrrende situationer, om man udsættes for følelsesmæssige krav, og om arbejdet kræver, at man involverer sig følelsesmæssigt.

5.6 Den ætiologiske fraktion af arbejdsmiljø i forhold til langtidssygefravær

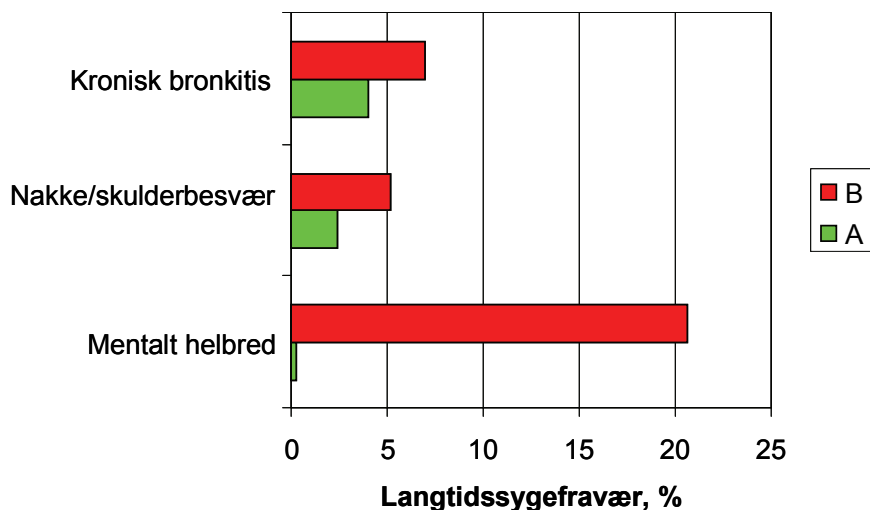
På det samme materiale har yderligere et studie af Christensen og kolleger (7) vist, hvor stor en del af langtidssygefraværet man kan tilskrive de enkelte mål for fysisk arbejdsmiljø, når man tager højde for andre faktorer i såvel det fysiske som det psykosociale arbejdsmiljø, alder, livsstil, uddannelse og familieforhold. Når man tog højde for alt dette, viste resultaterne, at kvinders risiko for langtidssygefravær ville være 27% mindre, hvis alle havde lige så lidt langtidssygefravær som de der var mindst udsat for bøj og vrid af nakke og lænderyg. Mændenes risiko for langtidssygefravær ville være 23% mindre, hvis alle havde samme niveau for langtidssygefravær, som dem der havde mindst stående/gående arbejde, og 28% lavere, hvis alle havde det samme langtidssygefravær som dem med mindst løft og forflytning af tunge byrder i arbejdet (7).

5.7 Samspil mellem faktorer på individ- og virksomhedsniveau

I et studie fra 2003 af Lund og kolleger (8), blev der set på effekten af forhold på virksomhedsniveau, og hvorledes de over tid påvirker medarbejdernes risiko for langtidssygefravær (8). Dette blev gjort ved at følge 3318 deltagere fra NAK 1995, hvis arbejdspladser havde leveret information om brug af efteruddannelse og prioritering af medarbejdernes udvikling. Denne information blev benyttet i to indeks:

- Indeks for prioritering af medarbejder-udvikling blev konstrueret ud fra spørgsmål om brug af medarbejderudviklingssamtaler, uddelegering af ansvar, prioritering af udviklingsmuligheder ved omorganisering af arbejdet, samt brug af efteruddannelse af medarbejderne og af lederne.
- Indeks for efteruddannelse blev konstrueret ud fra antallet af dage virksomhedens medarbejdere brugte på efteruddannelse.

Virksomhederne blev inddelt i to grupper, alt efter hvordan de scorede på de to indeks: prioritering af medarbejderudvikling og brug af efteruddannelse. Denne ene gruppe af virksomheder, ”A”, består af de der scorede ”høj” på det ene indeks, og ikke dårligere end ”middel” på det andet indeks (i alt 1256 virksomheder). Den anden gruppe af virksomheder, ”B”, består af de der scorede ”lav” på det ene indeks, og ikke højere end ”middel” på det andet indeks (i alt 926 virksomheder). På baggrund af denne inddeling, blev det undersøgt hvordan det gik personer med helbredsproblemer på de to typer virksomheder (A eller B). Helbredsproblemer blev defineret som havende dårligt mentalt helbred, bevægeapparatbesvær i nakke/skuldre, eller kronisk bronkitis.



Figur 17. Forekomst af langtidssygefravær for forskellige symptomer i A og B virksomheder

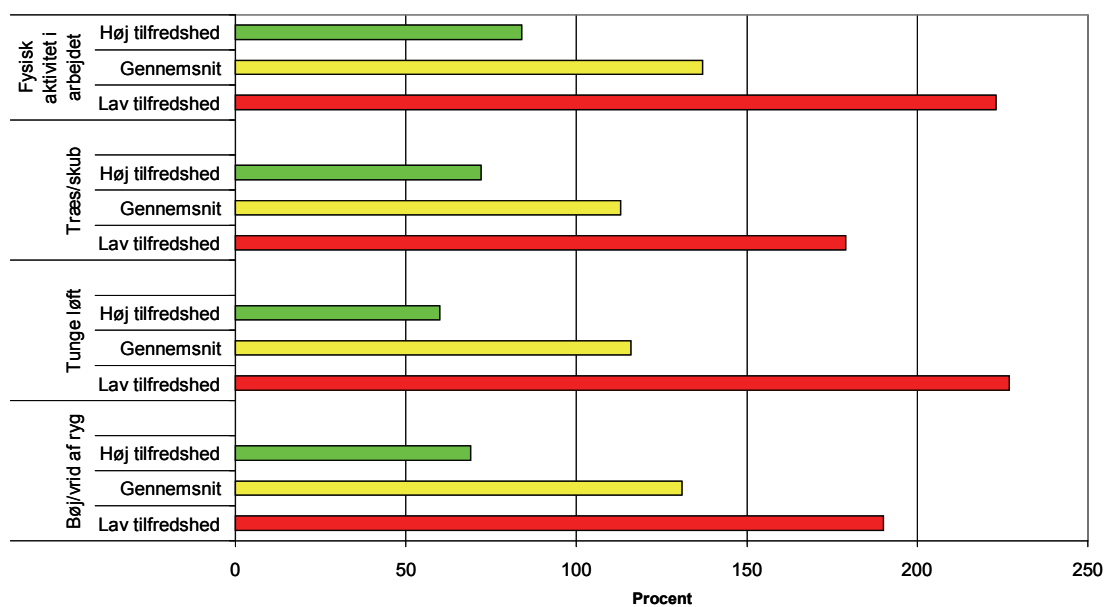
Figur 17 viser forskelle i fremtidigt langtidssygefravær, blandt personer med ens symptomer på henholdsvis ”A” og ”B” virksomheder.

Studiet viser, at der var en signifikant mindre risiko for, at personer med dårligt mentalt helbred eller nakke/skulderbesvær fik langtidssygefravær, hvis de arbejdede på en virksomhed i gruppe ”A”, dvs. en virksomhed som scorede højt på målene for prioritering af medarbejderudvikling og brug af efteruddannelse. Forskellen for personer med kronisk bronkitis var ikke signifikante (8).

I en andet studie af Labriola og kolleger fra 2006 (9) der kombinerer oplysninger fra PIFT og DREAM, belyser samspillet mellem arbejdsmiljøfaktorer på individniveau og tilfredsheden målt på virksomhedsniveau: På individniveau blev risikoen for langtidssygefravær øget af arbejde med ryggen foroverbøjet, arbejde med ryggen vredet, træk og skub af tunge byrder, og graden af fysisk aktivitet i arbejdet, mens ingen psykosociale faktorer øgede risikoen for langtidssygefravær. Når individuelle mål for arbejdsmiljø blev aggregeret til arbejdspladsniveau, viste det sig at lav indflydelse, lav støtte fra overordnede og lav ledelseskvalitet prædikerede langtidssygefravær: altså *alle* med-

arbejdere på virksomheder med lav indflydelse, lav støtte fra overordnede og lav ledelseskvalitet havde forøget risiko for langtidssygefravær

For de fire faktorer: vred af ryg, træk/skub, løft, og fysisk aktivitet i arbejdet var der en signifikant interaktion med ledelseskvalitet målt på virksomhedsniveau. Det vil sige, at på virksomheder med lav tilfredshed med ledelsen har medarbejdere med fysisk hårdt arbejde markant større risiko for langtidssygefravær end medarbejderne med hårdt fysisk arbejde på virksomheder med høj tilfredshed med ledelsen:



Figur 18. Interaktion mellem tilfredshed med ledelsen og fysisk arbejdsmiljø

Figur 18 skal tolkes således: Når to personer udfører samme hårde fysiske arbejde med tunge løft og vrid af nakke og skuldre, på hver deres arbejdsplads afhænger risikoen for langtidssygefravær af om der er god eller dårlig ledelseskvalitet på arbejdspladsen.

Risikoen for langtidssygefravær forbundet med fx tunge løft, er næsten fire gange så stor på den første virksomhed, som på den anden. Så der er en klar synergi-effekt mellem ledelse, arbejdsmiljø og risiko for sygefravær. En mulig forklaring på dette kunne være, at virksomheder med hårdt fysisk arbejde, hvor medarbejderne ikke er tilfredse med ledelsen, typisk har en dårlig sikkerhedskultur og ikke nogen politik for, hvordan man forholder sig til fysisk overlast (9).

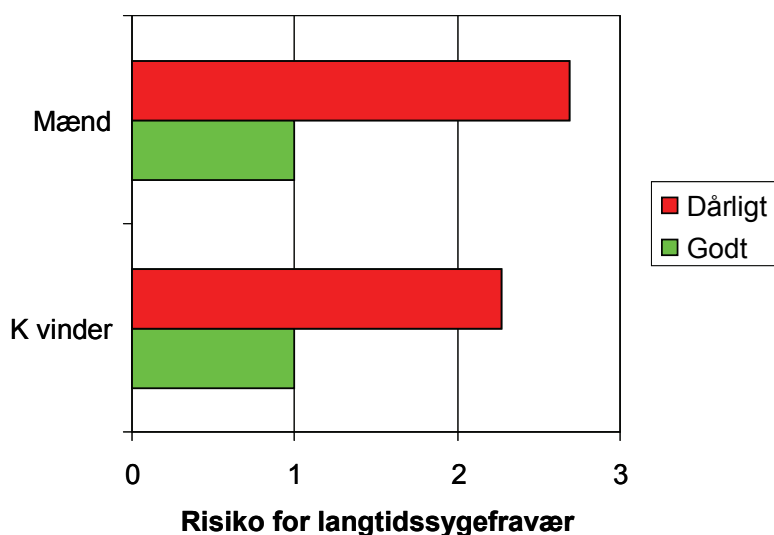
5.8 Mentalt helbred

Yderligere et studie af Bültmann og kolleger (10) fokuserer specifikt på sammenhængen mellem dårligt mentalt helbred og langtidssygefravær. Også dette studie er baseret på personer fra NAK 2000, denne gang alle lønmodtagere som har mere end 26 timers arbejde pr. uge. Det drejer sig om 4747 personer. De er fulgt 18 måneder i DREAM for at identificere personer med mere end 8 ugers sygefravær.

Mentalt helbred blev målt i 2000 ved hjælp af spørgsmål fra spørgeskemaet SF-36. Spørgsmålene går på, hvor stor en del af tiden de sidste fire uger man har:

- været meget nervøs?
- været så langt nede, at intet kunne opmuntre dig?
- følt sig rolig og afslappet?
- været trist til mode?
- været glad og tilfreds?

Disse fem spørgsmål udgør en skala kodet fra 0-100, hvor personer der scorer lavere end 52 kan karakteriseres som havende dårligt mentalt helbred.



Figur 19. Risiko for langtidssygefravær for personer med dårligt mentalt helbred (MHI score < 52)

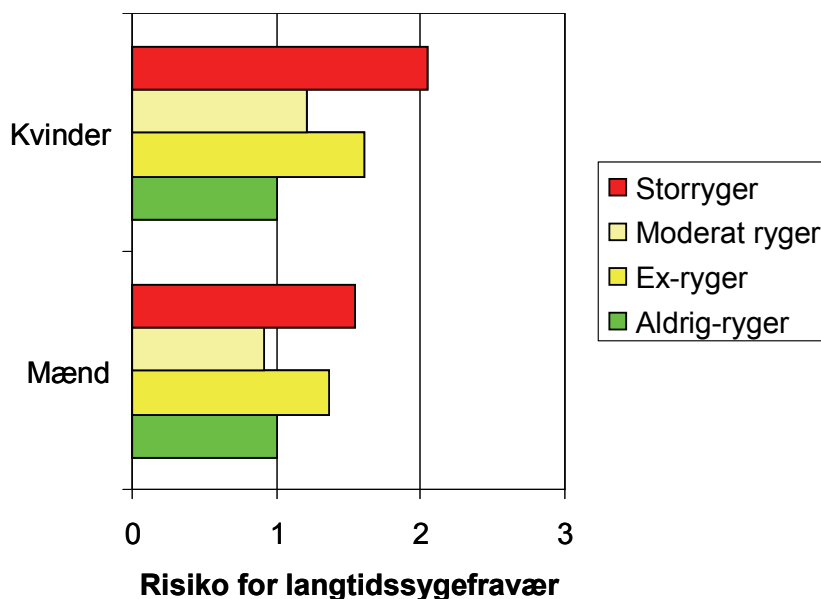
Resultaterne viste, at både mænd og kvinder med dårligt mentalt helbred havde en kraftigt forøget risiko for at blive langtidssygemeldte i løbet af opfølgingsperioden. Risikoen er således mellem to og tre gange større for personer med dårligt mentalt helbred, end for deres kønsfæller med godt mentalt helbred. Resultaterne tager højde for alder, uddannelse, civilstand, antal hjemmeboende børn, Body Mass Index, rygning, fysisk aktivitet i fritiden, samt kronisk sygdom (10).

5.9 Livsstilsfaktorer

Det indtil videre sidste studie af risikofaktorer for langtidssygefravær, lavet af Christensen og kolleger (11), fokuserer på effekten af de livsstilsfaktorer, der er nævnt i forbindelse med studiet af mentalt helbred ovenfor: Rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet i fritiden og Body Mass Index. Dette studie er ligeledes baseret på en opfølgning i DREAM registeret af 5020 lønmodtagere fra NAK 2000.

Analyserne viste, at når man tog højde for alder, uddannelse, civilstand, antal hjemmeboende børn, socioøkonomisk position, fysisk og psykosocialt arbejdsmiljø, er effekten af at ryge 15 cigaretter eller mere dagligt for mænd en 55% overrisiko for langtidssygefravær. For kvinderne gælder det at forhen-

værende rygere har en 61% overrisiko for langtidssygefravær i forhold til ikke-rygere, mens nuværende storrygere havde en 105% overrisiko i forhold til ikke-rygere.



Figur 20. Rygning og risiko for langtidssygefravær

Den ætiologiske fraktion for rygning, det vil sige hvor meget mindre fraværet ville være, hvis alle havde samme fravær som ikke-rygerne, er beregnet til 17,4% for mænd, og 25,5% for kvinder (11). Dermed er effekten af rygning på langtidssygefravær af ca. samme størrelsesorden som effekten af fysisk hårdt arbejde, jf. afsnit 5.6.

5.10 Opsummering

Sammenfattende kan det på baggrund af de 9 studier siges, at:

- kvinder har en 36% højere risiko for langtidssygefravær end mænd har
- personer i 40'erne er den aldersgruppe der har den højeste risiko for langtidssygefravær, nemlig knapt dobbelt så stor som de yngste og de ældste
- personer uden uddannelse har en fire gange større risiko for langtidssygefravær end personer med en lang videregående uddannelse
- de jobs, med højest risiko er blandt daginstitutions- og dagplejepersonale, rengørings-, ejendoms-, og køkkenpersonale, sundhedsplejepersonale og ufaglærte arbejdere
- forskelle i arbejdsmiljø og livsstil kan forklare ca.50% af den sociale gradient i sygefravær - arbejdsmiljøfaktorer forklarede en større del af forskellen end livsstilsfaktorer
- kvinders risiko for langtidssygefravær øges, når de er utilfredse med ledelseskvalitet, oplever rollekonflikter og lav belønning i arbejdet
- mænds risiko for langtidssygefravær øges, når de er udsat for høje følelsesmæssige krav og krav om at skjule følelser
- for både kvinder og mænd gælder, at deres risiko for langtidssygefravær øges jo mere arbejde der udføres stående eller gående, jo flere og tungere løft eller forflytninger, forflytninger, jo

mere arbejde med vrid og bøjning af nakke og øvre ryg, og jo flere træk og skub af genstande eller personer

- kvinders risiko for langtidssygefravær ville være 27% mindre, hvis alle havde lige så lidt langtidssygefravær som de der var mindst udsat for bøj og vrid af nakke og lænderyg
- mænds risiko for langtidssygefravær ville være 23% mindre, hvis alle havde samme niveau for langtidssygefravær, som dem der havde mindst stående/gående arbejde, og 28% lavere, hvis alle havde det samme langtidssygefravær som dem med mindst løft og forflytning af tunge byrder i arbejdet
- kvinder har en yderligere overrisiko for langtidssygefravær, hvis de er udsat for et samspil af visse psykosociale påvirkninger samtidig med, at de oplever fysiske belastninger
- risikoen forbundet med vred af ryg, træk/skub, løft, og fysisk aktivitet i arbejdet var lavere på arbejdspladser hvor medarbejderne var tilfredse med ledelsen, end på virksomheder hvor medarbejderne var utilfredse
- både mænd og kvinder med dårligt mentalt helbred havde en overrisiko for langtidssygefravær
- personer med dårligt mentalt helbred eller nakke/skulderbesvær havde mindre risiko for langtidssygefravær, hvis de arbejdede på en virksomhed som prioriterer medarbejderudvikling og brug af efteruddannelse
- kvinder der ryger mere end 15 cigaretter om dagen, eller har røget tidligere, har en hhv. 61% og 105% øget risiko for langtidssygefravær i forhold til kvindelige ikke-rygere
- mænd der ryger mere end 15 cigaretter om dagen har en 55% øget risiko for langtidssygefravær i forhold til mandlige ikke-rygere
- hvis alle havde det samme langtidssygefravær som ikke-rygerne, ville langtidssygefraværet være 17,4% lavere blandt mænd og 25,5% lavere blandt kvinder

Hvis du vil vide mere:

- 3) Lund T, Labriola M, Villadsen E. Who is at risk for long-term sickness absence? A prospective cohort study of Danish employees. *Work*. 2007; 28:225-230.
- 4) Christensen KB, Labriola M, Kivimäki M, Lund T. Explaining the social gradient in long term sickness absence. Prospective results from DWECS/DREAM. *Journal of Epidemiology and Community Health* (I trykken 2007).
- 5) Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bultmann U, Villadsen E, Burr H. Psychosocial work environment exposures as risk factors for long-term sickness absence among Danish employees: results from DWECS/DREAM. *Occupational and Environmental Medicine*. 2005;47:1141-1147.
- 6) Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bultmann U, Villadsen E. Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *British Medical Journal*. 2006;332:449-452.
- 7) Christensen KB, Lund T, Labriola M, Bültmann U. The fraction of long term sickness absence attributable to work environment factors: Results from DWECS/DREAM. *Occupational and Environmental Medicine*. (I trykken 2007).
- 8) Lund T, Csonka A. Risk factors in health, work environment, smoking status, and organizational context for work disability. *American Journal of Industrial Medicine*. 2003;44:492-501.
- 9) Labriola M, Christensen KB, Lund T, Nielsen ML, Diderichsen F. Multilevel analysis of workplace and individual risk factors for long-term sickness absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2006;48:923-929.

- 10) Bultmann U, Rugulies R, Lund T, Christensen KB, Labriola M, Burr H. Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence : A prospective study among 4747 employees in Denmark. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;41:875-880.
- 11) Christensen KB, Lund T, Labriola M, Bultmann U, Villadsen E. The Impact of Health Behaviour on long term sickness absence: Results from DWECS/DREAM. *Industrial Health*. (I trykken 2007)

6. SYGEFRAVÆR MÅLT MED ARBEJDSPLADSERNES SYGEFRAVÆRSSTATISTIK

Tre studier benytter sig af information om sygefravær fra arbejdspladsens sygefraværstatistik. De tre PIFT studier er udført i samarbejde mellem NFA og 52 arbejdspladser. De ansatte på de 52 arbejdspladser besvarede spørgsmål om bl.a. arbejdsmiljø og livsstil. Herefter blev deres sygefravær i de næste to år registreret.

Studierne belyser sammenhæng mellem sygefravær og arbejdsmiljø eksponering på individniveau og arbejdspladsniveau (12,13,14).

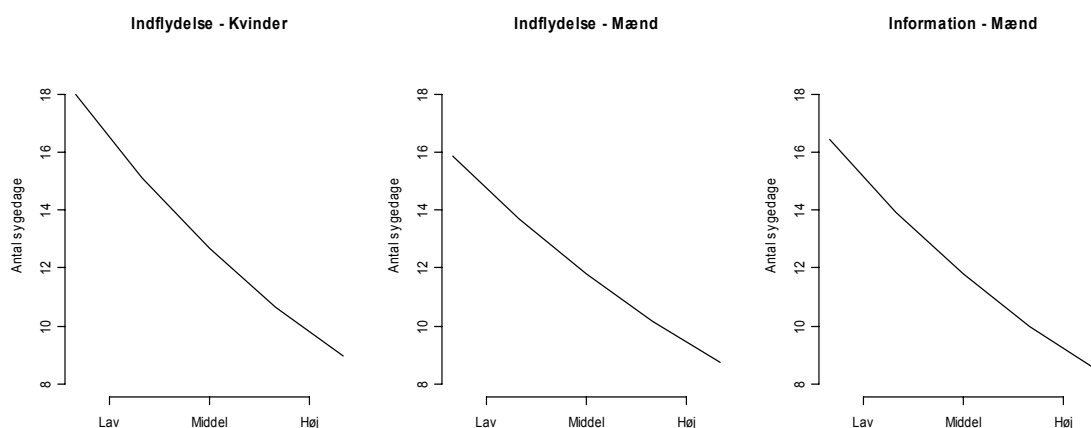
- ”Sygefravær” defineres som antallet af sygedage oplyst fra virksomhedernes fraværregistre i 24 måneder efter start.

Psykosocialt arbejdsmiljø er målt med 25 spørgsmål som danner basis for 9 skalaer. Disse skalaer måler følgende dimensioner i det psykosociale arbejdsmiljø:

- *Kvantitative krav.* Målt ved tre spørgsmål om hvorvidt ens arbejdsopgaver er ujævnt fordelt, hvor ofte man ikke har tid til at gøre sit arbejde færdigt, og om man har brug for at arbejde over.
- *Intensitet af kvantitative krav.* Målt ved et enkelt spørgsmål om hvorvidt man er nødt til at arbejde meget hurtigt.
- *Indflydelse i arbejdet.* Målt ved fire spørgsmål om grad af indflydelse på arbejdet, hvem man vil arbejde sammen med, mængden af arbejde, og arbejdsopgavernes indhold.
- *Social støtte fra kolleger.* Målt ved to spørgsmål om hvor ofte man får hjælp og støtte fra sine kolleger og om de er villige til at lytte.
- *Social støtte fra nærmeste leder.* Målt ved to spørgsmål om hvor ofte man får hjælp og støtte fra sin nærmeste leder og om denne er villig til at lytte.
- *Belønning i arbejdet.* Målt med tre spørgsmål om hvorvidt ens arbejde er anerkendt og påskønnet dels af ledelsen, dels af offentligheden generelt og om fremtidsudsigterne i ens nuværende job.
- *Mening i arbejdet.* Målt ved tre spørgsmål om hvorvidt man finder sit arbejde meningsfuldt, hvorvidt man mener det arbejde man udfører er vigtigt, og om man føler sig motiveret og engageret i forholdet til sit arbejde.
- *Forudsigelighed i arbejdet.* Målt ved to spørgsmål om informationsniveauet ved fx beslutninger, forandringer og planer for fremtiden, samt om man synes man får de informationer man har brug for, for at kunne udføre sit arbejde.
- *Følelsesmæssige krav.* Målt med tre spørgsmål om hvorvidt man i sit arbejde kommer i følelsesmæssigt forstyrrende situationer, om man udsættes for følelsesmæssige krav, og om arbejdet kræver at man involverer sig følelsesmæssigt.

6.1 Indflydelse og forudsigelighed

I studiet af Nielsen og kollegaer (12) fandt man, at det var indflydelse og forudsigelighed, der var de mest betydende faktorer for sygefravær. Kvinder, som havde høj indflydelse på deres arbejde, havde 19 % færre fraværsgange i den toårige opfølgingsperiode, for mænd var tallet 16 %. Desuden havde mænd, som fik relevante informationer fra arbejdspladsen, 18 % færre fraværsgange i den toårige opfølgingsperiode, for kvinder var der ingen statistisk sikker forskel (Figur 21).



Figur 21. Effekten af psykisk arbejdsmiljø på antallet af sygedage

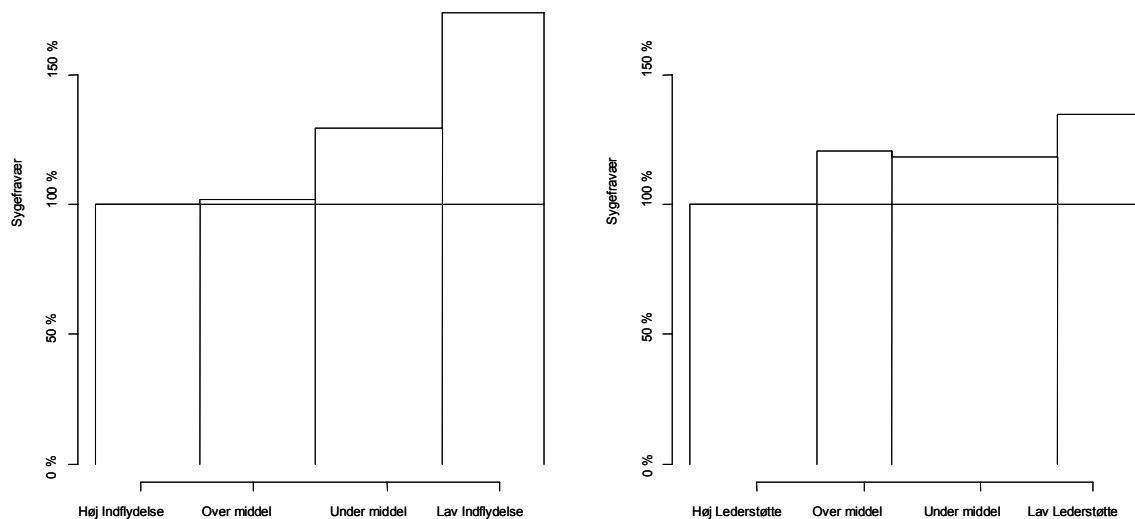
Resultaterne er statistisk signifikante og tager højde for personernes alder, om de ryger, er overvægtige, drikker for meget alkohol, er enlige, antallet af hjemmeboende børn og hvilken socialgruppe man tilhører. Der er også taget højde for hvad man er udsat for i det fysiske arbejdsmiljø.

I et andet studie af Nielsen og kollegaer (13) blev potentialet for forebyggelse af sygefravær undersøgt. For hver arbejdsmiljøfaktor blev personerne inddelt i fire grupper afhængig af deres psykosociale arbejdsmiljø, og en tydelig sammenhæng mellem de fire faktorer og medarbejdernes sygefravær viste sig. Sammenhængen var tydeligst for indflydelse og for social støtte fra ledere: Jo mindre indflydelse og støtte fra ledere, jo højere sygefravær (Figur 22).

Graden af relevant information og krav i arbejdet havde også effekt på sygefraværet. Selv efter at der blev kontrolleret for en række andre faktorer, som har betydning for sygefravær, bevarede disse forskelle: Lav indflydelse forklarede 12 % af sygedagene, lav social støtte fra ledere forklarede 8 %, mens grad af information og krav i arbejdet begge forklarede omkring 5 % af sygefraværet. (Se målene for det psykosociale arbejdsmiljø i faktaboksen).

I alt forklarede det psykiske arbejdsmiljø 29 % af sygefraværet. Disse procenter angiver den andel af sygefraværet, som ville forsvinde, hvis de tre mest udsatte grupper havde lige så mange sygefraværsgange som den mindst udsatte gruppe (13).

I forhold til tidligere præsenterede beregninger, er det vigtigt at være opmærksom på at PIFT ikke er et repræsentativt udsnit af den arbejdende befolkning, og man derfor ikke kan generalisere resultaterne.



Figur 22. Forskelle i psykisk arbejdsmiljø

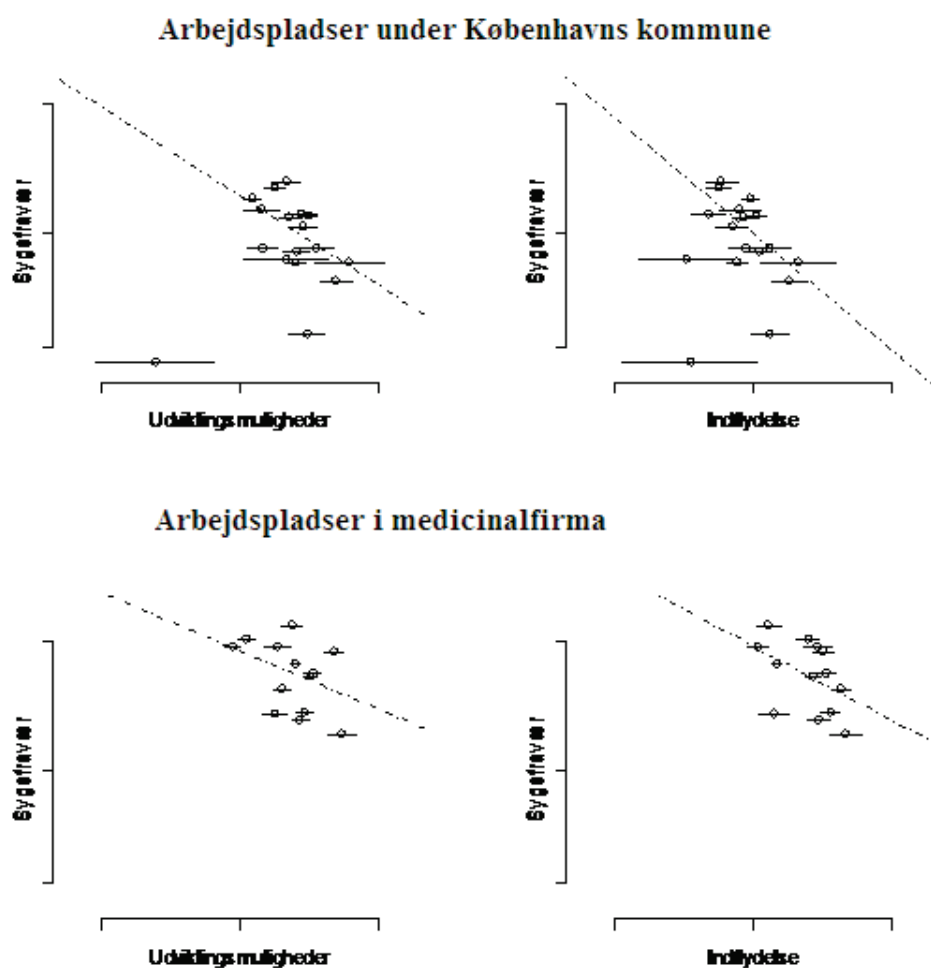
6.2 Psykisk arbejdsmiljø målt på arbejdspladsniveau

De to viste studier fra PIFT påviser en sammenhæng mellem arbejdsmiljø og sygefravær *for den enkelte medarbejder*. I forbindelse med de PIFT baserede studier undersøgte Christensen og kolleger (14) desuden, om forskelle i psykisk arbejdsmiljø målt som *arbejdspladsens gennemsnit*, kunne forklare individuelle forskelle i sygefravær.

Ansatte på 13 arbejdspladser i et medicinalfirma og 17 arbejdspladser i Københavns kommune besvarede spørgsmål om bl.a. arbejdsmiljø og livsstil, hvorefter deres sygefravær i de næste to år blev registreret.

Resultaterne viser, at forbedringer af det psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladsniveau kan føre til store fald i sygefravær for alle ansatte. Når man benytter en skala fra nul til 100, hvor nul er dårligst og 100 er bedst, betød en 10 points forbedring af arbejdspladsens niveau af indflydelse et fald på 26 % i sygefravær på arbejdspladserne i medicinalfirmaet. For udviklingsmuligheder betød en 10 points forbedring af arbejdspladsens niveau af et fald på 44 % på arbejdspladserne i en kommune (Figur 23).

Disse resultater er statistisk signifikante og tager højde for personernes køn, alder, om de ryger, er overvægtige, drikker for meget alkohol, er enlige, og antallet af hjemmeboende børn.



Figur 23 Psykisk arbejdsmiljø og sygefravær på arbejdspladsniveau

Hver cirkel i figur 23 repræsenterer gennemsnittet for en arbejdsplads. Den vandrette linie gennem cirklen repræsenterer graden af variation på den enkelte arbejdsplads. Den skrå stiplede linie viser sammenhængen mellem psykisk arbejdsmiljø og sygefravær: Bedre psykisk arbejdsmiljø giver lavere sygefravær.

Der var store forskelle i sygefraværet arbejdspladserne imellem og disse blev delvist forklaret af forskelle i det psykiske arbejdsmiljø målt på virksomhedsniveau. Resultaterne var tydeligst for udviklingsmuligheder og indflydelse.

Dette studie har altså vist, at det *gennemsnitlige niveau* af udviklingsmuligheder, indflydelse m.v. i en afdeling har indflydelse på fraværet for alle de ansatte. Udviklingsmuligheder og indflydelse betragtes normalt som de centrale dimensioner i begrebet *Det Udviklende Arbejde (DUA)*. Studiet viser altså, at afdelinger med udviklende arbejde som hovedregel vil have et lavere gennemsnitligt fravær.

6.3 Opsummering

Følgende faktorer var associeret med sygefravær

- Kvinder, som havde høj indflydelse på deres arbejde, havde 19 % færre fraværsdage i den toårige opfølgingsperiode,
- Mænd, som havde høj indflydelse på deres arbejde, havde 16 % færre fraværsdage i den toårige opfølgingsperiode
- Mænd, som fik relevante informationer fra arbejdspladsen, havde 18 % færre fraværsdage i den toårige opfølgingsperiode
- I alt forklarede det psykiske arbejdsmiljø 29 % af sygefraværet i PIFT populationen. Her er det vigtigt at være opmærksom på at PIFT ikke er repræsentativt udsnit af den arbejdende befolkning, og man derfor ikke kan generalisere resultaterne.
- Det *gennemsnitlige niveau* af udviklingsmuligheder, indflydelse m.v. i en afdeling har indflydelse på fraværet for de ansatte.
- Afdelinger med udviklende arbejde som hovedregel vil have et lavere gennemsnitligt fravær

Hvis du vil vide mere:

- 12) Nielsen ML, Rugulies R, Christensen KB, Smith-Hansen L, Bjorner JB, Kristensen TS. Impact of the psychosocial work environment on registered absence from work: A two-year longitudinal study using the IPAW cohort. *Work & Stress*. 2004;18:323-335.
- 13) Nielsen ML, Rugulies R, Smith-Hansen L, Christensen KB, Kristensen TS. Psychosocial work environment and registered absence from work: Estimating the etiologic fraction. *American Journal of Industrial Medicine*. 2006;49:187-196.
- 14) Christensen KB, Nielsen ML, Rugulies R, Smith-Hansen L, Kristensen TS. Workplace levels of psychosocial factors as prospective predictors of registered sickness absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2005;47:933-940.

7. TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDE (TTA)

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra tre studier, der retter sig mod at identificere faktorer der har betydning for tiden til tilbagevenden til arbejde efter sygefravær (15,16,17).

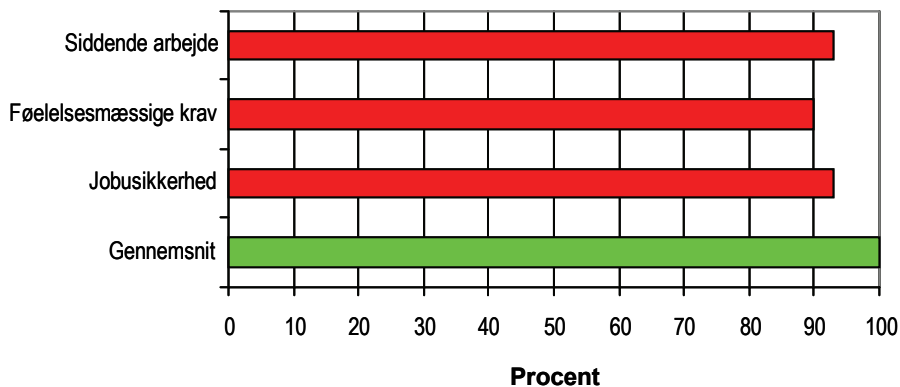
Tilbagevenden til arbejde er defineret ud fra registeroplysninger om sygedagpenge, og måles som længden fra starten af en sygedagpengeperiode til afslutning. I de tilfælde, hvor sygedagpengene ikke erstattes af en anden indkomsterstøttende ydelse, antages det, at den sygemeldte er vendt tilbage til arbejde.

7.1 Arbejdsmiljø og TTA

Studiet af Lund og kolleger (15) er baseret på NAK 2000, hvor 5357 personer som var i arbejde blev fulgt i DREAM-registeret, for at registrere når en person har en sygedagpengesag (15). Når en person havde været syg i mere end to uger, blev vedkommende fulgt i yderligere 12 måneder. Det drejer sig om 930 personer. Herefter er det undersøgt hvilke faktorer, som hænger sammen med om en person vender tilbage til arbejdet efter f.eks. tre eller 33 uger. For de 930 sygemeldte gjaldt, at:

- 92% af sygemeldte vender tilbage i løbet af et år
- Sygedagpengeperioderne varede i gennemsnit ca. 6½ uge.

Studiet viste, at har man været sygemeldt fra arbejdet i mere end to uger, går der længere tid før man atter er tilbage i arbejde hvis man er kvinde, jo ældre man er, og jo lavere uddannelse man har. Derudover går der længere tid før medarbejderne kommer tilbage hvis man er ansat i det offentlige. Tilbagevenden til arbejde gik hurtigst på virksomheder med under 20 ansatte. Der var også sammenhæng med det arbejde, personer havde før sygefraværet:



Figur 23 Barrierer i arbejdet for tilbagevenden til arbejde

Figur 23 viser, hvor stor ens chance er for at vende tilbage, hvis man i det arbejde man er sygemeldt fra, var udsat for højere niveau af tre forskellige arbejdsmiljøpåvirkninger, end hvad gennemsnittet af danske lønmodtagere oplever.

I studiet blev også set på hvorvidt livsstilfaktorer, som ellers er kendt for at øge risikoen for sygefravær, ikke havde indflydelse på, om sygefraværperioden var kort eller lang. Således betød fx hverken rygning eller motion noget for om man var mere eller mindre hurtigt tilbage i arbejde igen (15).

- Jobusikkerhed er målt ved tre spørgsmål om hvorvidt man er bekymret for at blive arbejdsløs, at blive overflødiggjort af ny teknologi, og om man tror det vil være vanskeligt at finde et nyt job, hvis man blev arbejdsløs.
- Følelsesmæssige krav er målt med tre spørgsmål om hvorvidt man i sit arbejde kommer i følelsesmæssigt forstyrrende situationer, om man udsættes for følelsesmæssige krav, og om arbejdet kræver at man involverer sig følelsesmæssigt.
- Siddende arbejde er målt ved to spørgsmål om, hvor stor en del af ens arbejde der udføres i stående eller gående stilling.

Det andet studie af Labriola og kolleger (16) baseret på PIFT viste blandt andet, at betydningen af arbejdsmiljøfaktorer på tilbagevenden til arbejde aftog, jo længere en person var sygefraværende:

Signifikante sammenhænge mellem arbejdsmiljøfaktorer og tilbagevenden til arbejde

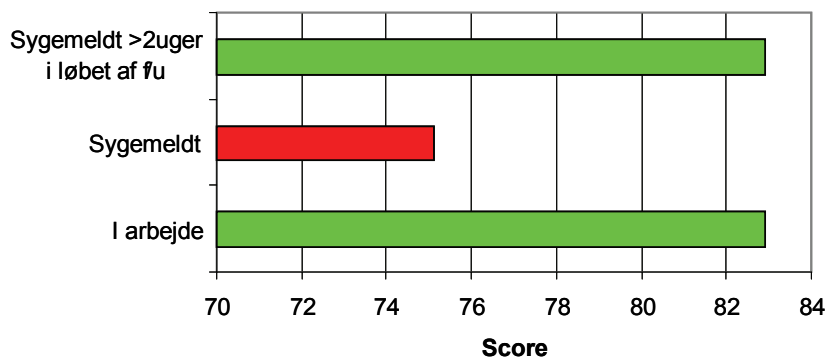
Arbejdsmiljøfaktor	TTA indenfor 4 uger	TTA indenfor 52 mdr.
Lav mening i arbejdet	X	
Arbejde med ryggen foroverbøjet	X	X
Arbejde med ryggen vredet	X	
Ensidigt gentaget arbejde	X	X

Tabellen herover viser, at tiden til TTA indenfor de første fire uger var afhængig af fire faktorer i arbejdet – en psykosocial og tre fysiske – nemlig mening i arbejdet, arbejde med ryggen foroverbøjet, arbejde med ryggen vredet, og graden af ensidigt, gentaget arbejde. Hvis sygefraværet var længere end de fire uger, var der færre faktorer i arbejdet, som kunne kædes sammen med tiden til tilbagevenden,

Derudover blev ”holdning til sygefravær” undersøgt, og her fandtes ingen sammenhæng mellem den enkeltes holdninger til sygefravær og tilbagevenden til arbejde (16).

7.2 Selvværd

Afslutningsvis skal nævnes at betydningen af selvværd er genstand for et studie baseret på NAK og DREAM, udført af Labriola og kolleger (17). Studiet viste, at selvværds-score hos de personer, som var sygemeldt ved undersøgelsens start, havde signifikant lavere selvværds-score end de personer der var i arbejde (Figur 24). Der var ingen sammenhæng mellem selvværd, incidens af sygefravær, eller tilbagevenden til arbejde.



Figur 24 Selvværd i tre grupper

7.3 Opsummering:

- Ca. 11-12% af danske lønmodtagere har sygefravær i mere end 2 uger i løbet af et år (17,4% på 18 mdr.)
- Blandt disse, er fraværperioden i gennemsnit ca. 6,5 uger lang
- For 92%’s vedkommende, afsluttes sagen i løbet af 12 mdr. med tilbagevenden til arbejde
- Der går længere tid til tilbagevenden jo ældre man er, hvis man er kvinde, og jo lavere uddannelse man har, hvis man er offentligt ansat, og jo større arbejdspladsen er
- Både fysiske og psykosociale arbejdsmiljøfaktorer påvirker tiden til tilbagevenden til arbejde
- Effekten af disse faktorer aftager, jo længere sygefraværet er
- En persons selvværd målt før sygefraværet, har ingen betydning for, hvor hurtigt personen vender tilbage til arbejdet
- Det synes snarere, at sygefraværet påvirker den sygemeldtes selvværd i negativ retning

Hvis du vil vide mere:

- 15) Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bultmann U, Villadsen E. Return to work among sickness-absent Danish employees: prospective results from the Danish Work Environment Cohort Study/National Register on Social Transfer Payments. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2006;29:229-235.
- 16) Labriola M, Lund T, Christensen KB, Kristensen TS. Multilevel analysis of individual and contextual factors as predictors of return to work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2006;48:1181-1188.
- 17) Labriola M, Lund T, Christensen KB, Albertsen K, Bultmann U, Villadsen E. Does self-efficacy predict return to work after sickness absence? *Work*. (I trykken 2007)

8. OVERSIGT OVER DE 17 STUDIER I RAPPORTEN

- 1) Labriola M, Lund T, Burr H. Prospective study of physical and psychosocial risk factors for sickness absence. *Occupational Medicine (London)*. 2006;56:469-474.
- 2) Borritz M, Rugulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen TS. Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational and Environmental Medicine*. 2006;63:98-106.
- 3) Lund T, Labriola M, Villadsen E. Who is at risk for long-term sickness absence? A prospective cohort study of Danish employees. *Work*. 2007;28:225-230.
- 4) Christensen KB, Labriola M, Kivimäki M, Lund T. Explaining the social gradient in long term sickness absence. Prospective results from DWECS/DREAM. *Journal of Epidemiology and Community Health (I trykken 2007)*.
- 5) Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bultmann U, Villadsen E, Burr H. Psychosocial work environment exposures as risk factors for long-term sickness absence among Danish employees: results from DWECS/DREAM. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2005;47:1141-1147.
- 6) Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bultmann U, Villadsen E. Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *British Medical Journal*. 2006;332:449-452.
- 7) Christensen KB, Lund T, Labriola M, Bultmann U. The fraction of long term sickness absence attributable to work environment factors: Results from DWECS/DREAM. *Occupational and Environmental Medicine*. (I trykken 2007).
- 8) Lund T, Csonka A. Risk factors in health, work environment, smoking status, and organizational context for work disability. *American Journal of Industrial Medicine*. 2003;44:492-501.
- 9) Labriola M, Christensen KB, Lund T, Nielsen ML, Diderichsen F. Multilevel analysis of workplace and individual risk factors for long-term sickness absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2006;48:923-929.
- 10) Bultmann U, Rugulies R, Lund T, Christensen KB, Labriola M, Burr H. Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence : A prospective study among 4747 employees in Denmark. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;41:875-880.
- 11) Christensen KB, Lund T, Labriola M, Bultmann U, Villadsen E. The Impact of Health Behaviour on long term sickness absence: Results from DWECS/DREAM. *Industrial Health*. (I trykken 2007)
- 12) Nielsen ML, Rugulies R, Christensen KB, Smith-Hansen L, Bjorner JB, Kristensen TS. Impact of the psychosocial work environment on registered absence from work: A two-year longitudinal study using the IPAW cohort. *Work & Stress*. 2004;18:323-335.
- 13) Nielsen ML, Rugulies R, Smith-Hansen L, Christensen KB, Kristensen TS. Psychosocial work environment and registered absence from work: Estimating the etiologic fraction. *American Journal of Industrial Medicine*. 2006;49:187-196.
- 14) Christensen KB, Nielsen ML, Rugulies R, Smith-Hansen L, Kristensen TS. Workplace levels of psychosocial factors as prospective predictors of registered sickness absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2005;47:933-940.
- 15) Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bultmann U, Villadsen E. Return to work among sickness-absent Danish employees: prospective results from the Danish Work Environment Cohort Study/National Register on Social Transfer Payments. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2006;29:229-235.
- 16) Labriola M, Lund T, Christensen KB, Kristensen TS. Multilevel analysis of individual and contextual factors as predictors of return to work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2006;48:1181-1188.

- 17) Labriola M, Lund T, Christensen KB, Albertsen K, Bültmann U, Villadsen E. Does self-efficacy predict return to work after sickness absence? *Work*. (I trykken 2007)

9. YDERLIGERE REFERENCER

Beskæftigelsesministeriet Hvad gør vi ved sygefraværet? - et debatoplæg. København; 2003

Burr H, Bjorner JB, Kristensen TS, Tuchsén F, Bach E. 2003. Trends in the Danish work environment in 1990-2000 and their association with labor-force changes. *Scand J Work Environ Health* 29:270-9.

Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory. A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress* 2005;19:192-207.

Nielsen ML, Kristensen TS, Smith-Hansen L. The Intervention Project on Absence and Well-being (IPAW): Design and results from the baseline of a 5-year study. *Work and Stress* 2002;16:191-206.