

Espen Dahl

# **Syssetting, sykefravær og sykkelighet 1980–1995**

En makrososiologisk analyse



Espen Dahl

## **Syssetting, sykefravær og sykkelighet 1980–1995**

En makrososiologisk analyse

© Forskningsstiftelsen Fafo 1997  
ISSN 0804-5135

# Innhold

<b>1 Innledning</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Hva skal forklares?</b> .....	<b>6</b>
<b>3 Noen teoretiske forutsetninger</b> .....	<b>9</b>
Sykelighet .....	9
Alder .....	10
Kjønn .....	10
Yrke .....	11
Analysemodell .....	11
Antakelser .....	12
<b>4 Det makrososiologiske perspektivet – noen resultater</b> .....	<b>14</b>
<b>5 Problemer med aggregert tidsserieanalyse</b> .....	<b>15</b>
<b>6 Data</b> .....	<b>17</b>
Utvalg .....	17
Variable .....	17
Yrkesaktivitet .....	18
Yrkesstatus og yrkesklasse .....	18
<b>7 Resultater</b> .....	<b>19</b>
1) Alder (Figurene 6–7) .....	19
2) Yrke (Figurene 8–9) .....	19
3) Yrke og alder (Figurene 10–11) .....	19
4) Sykelighet (Figurene 12–19) .....	19
5) Alder og sykelighet (Figurene 20–27) .....	20
6) Yrkesklasse blant nåværende yrkesaktive og sykelighet (Figurene 28–35) .....	20
7) Yrkesklasse blant nåværende og tidligere yrkesaktive og sykelighet (Figurene 36–43) ..	20
Figurene .....	21
<b>8 Oppsummering og diskusjon</b> .....	<b>34</b>
<b>9 Konklusjon</b> .....	<b>37</b>
<b>Litteratur</b> .....	<b>38</b>



# 1 Innledning

Fra 1980 til annen halvdel av 1980-tallet økte sykefraværet i Norge. Fra da av sank sykefraværet fram til 1994. Deretter har det igjen begynt å stige. Pedersen (1996) foreslår å samle årsaksfaktorene bak denne utviklingen i fem grupper:

- Demografiske endringer
- Endringer i sykkelighet og sykkelighetspanorama
- Ledighet, konjunkturer og omstillingsprosesser i arbeidslivet
- Sykefraværprosjektene og tiltak fra myndighetene
- Samspillet med andre trygdeordninger

Denne artikkelen fokuserer først og fremst på den første og den andre gruppa av faktorer, det vil si endringer i demografi, yrkesstruktur og sykkeligheten i yrkesbefolkningen.

Artikkelen bygger på den banale ideen at sykefraværet avspeiler yrkesbefolkningens kjønns-, alders- og yrkessammensetning. Dette makrososiologiske perspektivet har velferdsstatsforskerne gjort gjeldende i noen år (Kolberg 1989, Hagen og Hippe 1991, Esping-Andersen og Kolberg 1992). Det synet at arbeidsstyrkens sammensetning er viktig, er kanskje blitt hevdet klartest av Kolberg (1989:3), der han blant annet setter fram den tesen at høyt fravær er prisen vi betaler for «høy kvinnelig sysselsetting» og «høy yrkesdeltakelse blant eldre mennesker».

Dersom dette perspektivet har noe for seg, vil vi vente at også endringer i de nevnte demografiske forholdene vil ligge til grunn for endringer i sykefraværet. Hypotesen er at sykefraværets endringer på samfunnsnivå i en periode skyldes endringer i sammensetningen av den yrkesaktive befolkningen og i yrkesstrukturen i samme periode. Formålet med denne artikkelen er å undersøke disse antakelsene med data fra de fem levekårsundersøkelsene som er gjennomført i perioden 1980–1995.

Denne problemstillingen vil bli analysert i et helsesosiologisk perspektiv. Dette tjener til å etablere forbindelsen mellom sosiale og sosiodemografiske forhold, sykkelighet og sykefravær. De siste års sykefraværskforskning har vist en tendens til å ignorere sykkelighet som forklaring. Her ønsker vi å gjenreise sykkeligheten som én mellomliggende forklaringsfaktor.

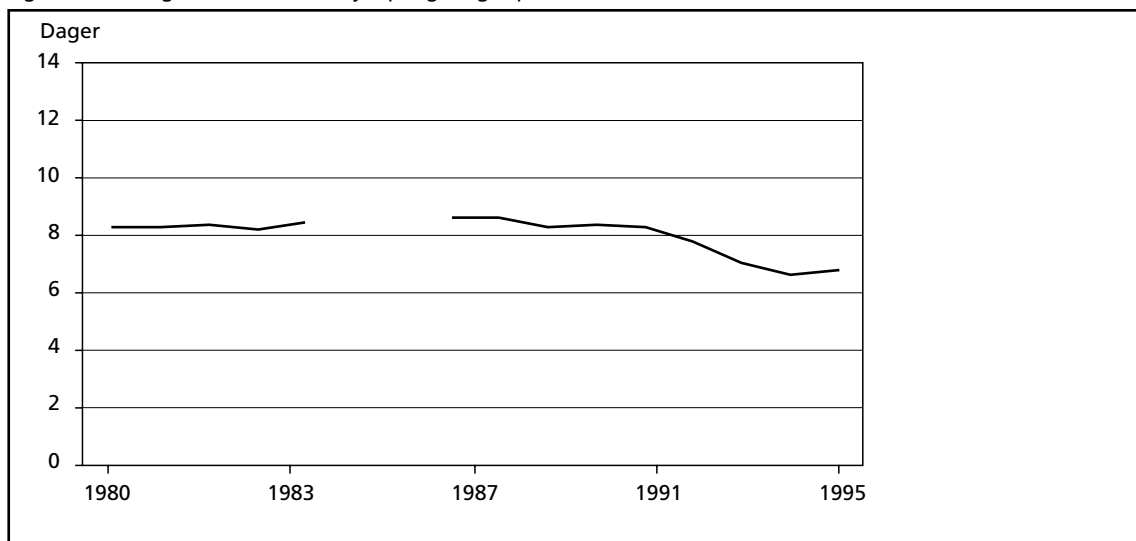
Den makrososiologiske tilnærmingen vi anlegger, er forsømt både i sykefraværdebatten og i sykefraværskforskningen, noe vi skal komme tilbake til nedenfor. At vi prøver ut denne tilnærmingen her, innebærer imidlertid ikke at vi anser andre forklaringer på utviklingen av sykefraværet for ufruktbare. Tvert imot, årsaksforholdene som ligger bak strukturen i sykefraværet, utviklingen av dette fraværet og variasjonen i det, er åpenbart mange, komplekse og sammenvevede. De årsaksfaktorene som er listet opp ovenfor, og dessuten flere andre, kan alle ha sitt å si. For å forklare individets eller bedrifters sykefraværshatferd eller for å gjøre rede for lokale eller kortvarige svingninger i sykefraværet, vil det selvsagt være nødvendig å erstatte eller supplere vårt perspektiv med andre tilnærminger (for en oversikt, se for eksempel Olsen og Mastekaasa 1996).

## 2 Hva skal forklares?

Denne analysen undersøker bakgrunnen for *de lengre linjene* i utviklingen av sykefraværet på samfunnsnivå de siste 15 åra, det vil si i perioden 1980–95. Stigningen det siste året, nærmere bestemt fra 1994, faller imidlertid utenfor denne studien.

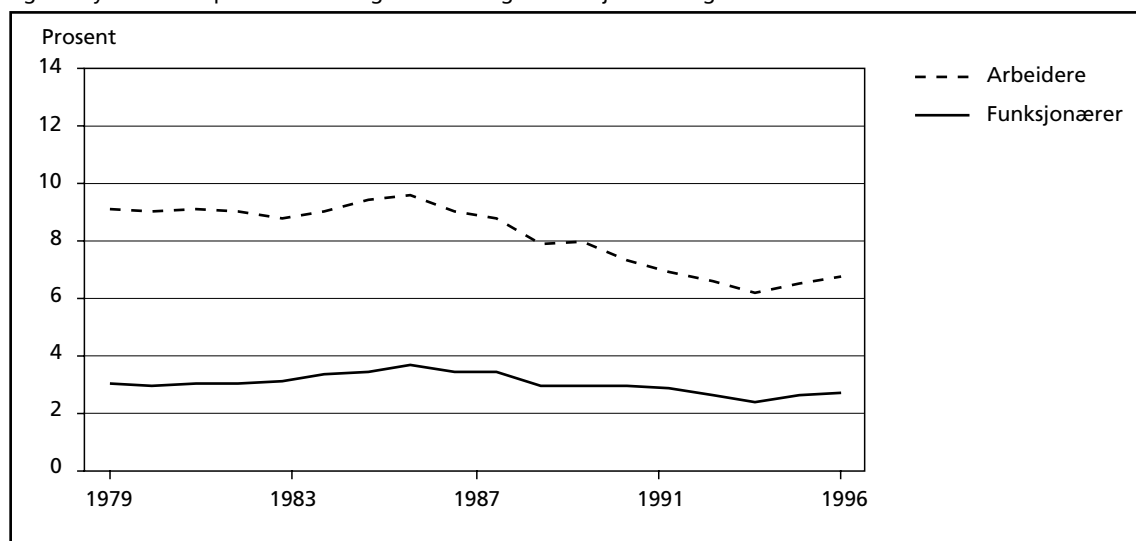
Det skiller ofte mellom korttids- og langtidsfravær. På samfunnsnivå er det de lange fraværene som betyr mest for utviklingsmønsteret og fraværsvået: På 1980-tallet sto de «lange» fraværene for om lag 90 prosent av det samlede sykefraværsvolumet (Hagen og Hippe 1991). Det er også de lange

Figur 1 Utviklingen av erstattede sykepengedager per arbeidstaker. Menn



Kilde: Rikstrygdeverket

Figur 2 Sykefravær i prosent av mulige arbeidsdager. Funksjonærer og arbeidere. Menn



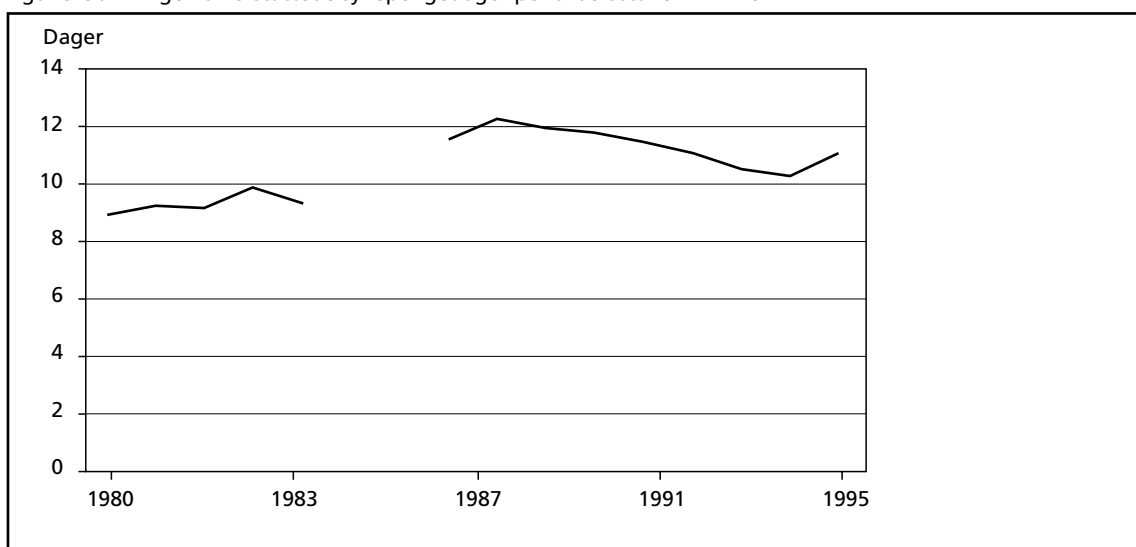
Kilde: NHO



fraværene som øker risikoen for varig ikke-yrkesaktivitet, for eksempel gjennom uførepensjonering. Det er således de lange fraværene som utgjør det mest alvorlige politiske, økonomiske og velferdsmessige problemet, og det er dermed denne typen fravær som er særlig viktig å forstå. Antakelig er vår makrososiologiske tilnærming bedre egnet til å forklare langtidsfraværet enn korttidsfraværet.

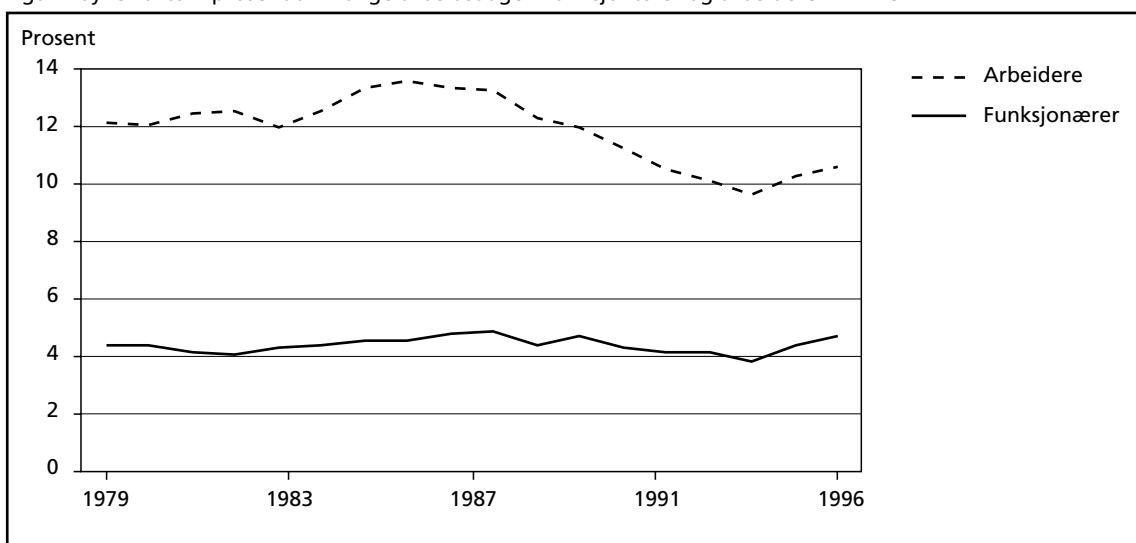
Figur 1–4 viser sykefraværsutviklingen i Norge for perioden 1980–1995. Målene som brukes, er erstattede sykepengedager per sysselsatt per år (RTV) og fraværsdager i prosent av mulige arbeidsdager (NHO). Disse relative målene tar høyde for tallmessige endringer i arbeidsstyrken. NHOs tall er basert på sykefraværsregistrering fra første dag i et utvalg av NHO-bedrifter. RTVs tall bygger på sykefravær som har vart i minst 14 dager, og tallene omfatter alle avsluttede sykefraværsperioder per år. For en nærmere beskrivelse av kildene, se NHOs sykefraværstatistikk og RTVs trygdestatistiske årbøker. Vi skiller her mellom menn og kvinner.

Figur 3 Utviklingen av erstattede sykepengedager per arbeidstaker. Kvinner



Kilde Rikstrygdeverket.

Figur 4 Sykefravær i prosent av mulige arbeidsdager. Funksjonærer og arbeidere. Kvinner



Kilde: NHO

Figur 1 og 2 viser at sykefraværet blant menn økte moderat fram til 1986–87. Deretter har det vært en markert nedgang fram til 1994. Denne nedgangen har vært sterkere for arbeidere enn for funksjonærer, slik at det har skjedd en utjevning mellom disse to gruppene. For menn er nivået i 1994 det laveste i hele perioden. Vi registrerer en ny oppgang fra 1994 til 1995, men det er langt igjen til toppnivået som ble nådd i annen halvdel av 80-tallet.

Kvinnenes utviklingsmønster minner mye om mennenes. Som for menn observerer vi en økning fram til annen halvdel av 80-tallet (henholdsvis 1986 og 1989), selv om veksten blant funksjonærene er svært moderat. Deretter fikk vi en reduksjon i sykefraværet fram til 1994, og denne nedgangen er sterkere for arbeidere enn for funksjonærer. Økningen fra 1994 til 1995 som vi så hos menn, gjenfinner vi også hos kvinner.

Utover dette vil ikke hefte oss her ved mindre svingninger fra år til år og heller ikke ved enkelte divergenser mellom disse statistiske kildene. Dette temmelig konsistente mønsteret skaper en mistanke om at det er visse felles drivkrefter som ligger bak. Vår antakelse er at disse underliggende drivkreftene er knyttet til de endringene som har funnet sted i demografi, yrkessammensetning og helse blant de yrkesaktive i perioden.

Det er således to utviklingstrekk vi prøver å kaste lys over:

- For det første er det en svak økning i sykefraværet fram til annen halvdel av 1980-tallet, og deretter en markert nedgang fram til 1994.<sup>1</sup>
- For det andre er det en langsiktig tendens til konvergens mellom sykefraværstallene for henholdsvis arbeidere og funksjonærer, en konvergens som for kvinnenes del skyldes et fall i fraværet blant arbeiderne og en høy grad av stabilitet blant funksjonærene.

Det vi altså forventer å finne, er at enten andelen eldre, andelen ufaglærte arbeidere eller andelen med nedsatt helse i arbeidsstokken øker svakt fra 1980 til 1987. Deretter forventer vi å finne en knekk i kurvene i 1987, som markerer et vendepunkt mot en nedgang fram til 1995. Videre forventer vi at andelen eldre og syke går mer markert ned blant arbeidere enn blant funksjonærer i hele perioden 1980–1995.

<sup>1</sup> Den moderate oppgangen fra 1994 til 1995 har ennå langt igjen til toppnivået rundt 1987, og lar seg heller ikke avlese i våre levekårsdata siden intervjuene i LKU 1995 fant sted tidlig i 1995.

## 3 Noen teoretiske forutsetninger

Vår analyse tar sikte på å beskrive endringer i den *samfunnsmessige bakgrunnen* for endringer i sykefraværstrukturen. Verdien av en slik aggregert analyse avhenger i stor grad av hvor *troverdige* de antatte koplingene mellom sosiale makroforhold og mønstret i utviklingen av sykefraværet er. Denne troverdigheten må etableres. I det følgende vil vi underbygge påstanden om at det i moderne industriland er en veletablert sammenheng mellom sykkelighet/sykefravær på den ene siden og kjønn, alder og yrke på den andre. Se for eksempel Macintyre (1987) for en bred oversikt. Videre skal vi kort gjøre rede for noen plausible forklaringer på disse sammenhengene.

En underliggende og hittil stilltiende antakelse har vært at det er en makrosammenheng mellom sykefraværsutviklingen og utviklingen i selvrapportert sykkelighet. Dette kan synes opplagt. Likevel diskuterer fagfolk hvor nær forbindelsen er mellom sykefraværshatferd og de kognitive prosessene som er knyttet til hvordan man definerer helse og sykdom. Vi vil derfor begynne med å drøfte sykkelighetens karakter og vise at det på individnivå er en klar sammenheng mellom selvrapportert sykkelighet og tilbøyelighet til sykefravær.

### Sykkelighet

En av ambisjonene med denne analysen er å rehabilitere sykkeligheten som forklaringsfaktor. I flere år har sykkeligheten i beste fall vært oversett og i verste fall blitt underkjent av både sosialmedisinere, økonomer og sosiologer. (Sosial)medisinere har hatt en tendens til å avskrive sykkelighet som et rent sosiokulturelt konstruert produkt (Grunfeldt 1993). Økonomer har fokusert på disinsentiv-virkningene ved sykepengeordningen (Risa 1990), og sosiologer har nøydt seg med å postulere en uformidlet og konstant sammenheng mellom sosiodemografi og sykefravær (Kolberg 1989).

I sykefraværdebatten blir det av og til hevdet at den norske folkehelsen er blitt bedre de siste tiåra. Voksende sykefravær og uførepensjonering må derfor skyldes noe annet enn underliggende sykkelighet, hevdes det (se f.eks. Drevon i Aftenposten 29.7.1996). En slik slutning er imidlertid forhastet, og dette av to grunner. For det første kan sykkeligheten i den *yrkesaktive* befolkningen gjennomgå store endringer, selv om sykkeligheten i *totalbefolkningen* er uendret. For det andre kan sykefraværet stige selv med konstant eller til og med avtakende sykkelighet i yrkesbefolkningen, *dersom arbeidslivets krav til arbeidsførhet blir skjerpet*.

Med sykkelighet forstår vi her selvrapportert sykdom og andre helseplager. Sykkelighet omfatter dermed «illness», «sickness» og «disease», det vil si sykkelighet i henholdsvis psykologisk, sosiologisk, og (bio)medisinsk forstand. Hvorvidt denne selvrapporterte sykkeligheten utelukkende er uttrykk for medikalisering, det vil si er en sosiokulturell konstruksjon av vansker, plager og problemer, eller også har en kjerne av objektiv sykdom («disease»), kan vi ikke avgjøre her. Vårt standpunkt er at når formålet er å forklare sykefravær, er rapportert sykkelighet en bedre variabel enn sykdom i objektiv biomedisinsk forstand.

De postmoderne samfunnene er også rammet av nye helseproblemer. De tre viktige «killer diseases», det vil si sykdommer som dreper (skader/ulykker, hjerte- og karsykdommer og kreft) er mindre viktige i sykefraværssammenheng. Sykdommer som leder til sykmelding, er ikke sjelden kjennetegnet

av at de er lite synlige, gir diffuse symptomer, gir lite håndfaste og objektivt registrerbare funn, og at grensa mellom det fysiske og psykiske kan være flytende. Framtredende eksempler er muskel-/skjelettsykdommer, slik som fibromyalgi, og «samsykdommer», så som nervøse lidelser (Nasjonal helseplan 1988).

I våre analyser inntar sykелighet status som mellomliggende variabel mellom sosial bakgrunn og sykefravær. En grunnleggende antakelse er således at svingningene i sykелighet på samfunnsnivå, det vil si i den yrkesaktive befolkningen, påvirker svingningene i sykefraværet i denne befolkningen. Et spørsmål er om denne sammenhengen finnes på individnivå. Vi er i den heldige situasjonen at levekårsundersøkelsen 1991 ikke bare inkluderer spørsmål om sykелighet, men også spørsmål om sykefravær. Dermed har vi muligheten til å undersøke om og eventuelt i hvilken grad det er en sammenheng mellom de sykелighetsindikatorerne vi bruker her, og sykefraværet på individnivå. Vi finner, som forventet, at det totale antall sykefraværsdager (blant dem som har minst ett fjortendagers sykefravær) er langt høyere for personer som rapporterer sykdom enn for andre. Dette gjelder for alle de fire sykdomsindikatorerne vi ser på her, det vil si langvarig sykdom, nedsatt arbeidsevne, muskel-/skjelettsykdommer og psykiske plager. For eksempel har personer med langvarig sykdom i gjennomsnitt 26 flere sykefraværsdager enn personer uten langvarig sykdom. Den sammenhengen som vi antar gjør seg gjeldende på samfunnsnivå, finnes altså også på individnivå.

## Alder

Et av sosialepidemiologiens mest robuste funn er at sykелigheten øker med alderen (Hjort og Waaler 1996, Moum 1991). At sykелigheten øker med alderen, er delvis bestemt av biologiske prosesser, men ikke utelukkende. Det er også sosialt betingede helseforskjeller mellom eldre mennesker, for eksempel som utslag av tidligere yrkesstatus, inntekt og utdanning (Dahl og Birkelund 1996, Hjort og Waaler 1996). Likevel er det påvist at sykелigheten blant yrkesaktive ikke øker med alderen slik den gjør for hele eldrepopulasjonen (Moum 1991). Den mest sannsynlige forklaringen på dette er at eldre som blir syke, ofte går ut av arbeidsstyrken.

## Kjønn

Kvinner har høyere sykелighet, men lavere dødelighet enn menn. Denne høye sykелigheten går igjen i de fleste aldersgruppene (Elstad 1996, Macintyre 1987, Verbrugge 1987). Det er også overbevisende dokumentert at kvinner har høyere sykefravær enn menn (Modesta Olsen og Mastekaasa 1996). Forskjellene mellom menns og kvinners helse er delvis biologisk bestemt. Menns overdødelighet av hjerteinfarkt før 65-årsalderen er for eksempel relatert til østrogenproduksjon (Botten 1993:49). Biologien spiller åpenbart også en rolle i de tilfellene der kvinner får sykdommer som menn ikke kan få. Dessuten er det påvist at en betydelig andel av kvinners høyere forekomst av langvarig sykefravær skyldes graviditet (Tellnes med flere 1996:36). Når kvinner får de samme sykdommene som menn, inntreffer de gjerne 10-15 år senere i livet. Likevel, biologiske forskjeller mellom menn og kvinner endrer seg rimeligvis ikke over noen tiår, og kan således vanskelig gjøre rede for svingninger i sykелighet og sykefravær i sammenligningen mellom menn og kvinner. Sosialpsykologiske og sosiologiske forklaringer vektlegger forskjeller i sykdomsattferd, for eksempel at kvinner lettere fortolker visse opplevelser som sykdom, og forskjeller mellom manns- og kvinnerollen, for eksempel at kvinner lettere glir inn i sykrollen, at yrkesaktive kvinner ofte er dobbeltarbeidende og at kvinners yrkesrolle ofte gir mindre muligheter for faglig utvikling, egenkontroll og innflytelse (Botten 1993).

## Yrke

Et annet gjennomgående funn er at grupper som er sosioøkonomisk underprivilegerte, enten posisjonen måles etter yrke, utdanning eller inntekt, har høyere sykkelighet enn bedrestilte (Dahl 1994). Et nærmest universelt trekk er at særlig ufaglærte arbeidere har dårligere helse enn andre yrkesgrupper (Fox (red) 1989, Feinstein 1993). I disse «sårbare» gruppene er det således stor sannsynlighet for høyt sykefravær. Sykelighet og helse innbefatter en lang rekke problemer, slik som sykdommer, symptomer, plager, smerter, nedsatt arbeidsevne og uførhet. Objektive, kliniske funn og selvrapporterte problemer gir det samme bildet (Smith med flere 1990). Hvorvidt oversykkeligheten blant arbeidere skyldes materielle/fysiske forhold, psykososiale belastninger eller begge deler, vites ikke med sikkerhet. I alle fall er den friheten yrkesutøverne har til å bestemme sitt arbeidstempo og til å planlegge arbeidsoppgavene, viktig for hvorvidt belastninger resulterer i sykdom og sykefravær. Og i denne dimensjonen kommer ufaglærte og andre underordnede, så som lavere funksjonærer, klart dårligst ut (Karasek og Theorell 1990, Pape 1993, Grimsmo 1996).

I dette avsnittet har vi forsøkt å sannsynliggjøre at den sammenhengen mellom sykkelighet og kjønn, alder og yrke som vi antar eksisterer på samfunnsnivå, også kan gjenfinnes på individnivå. Vi mener å ha vist denne sammenhengen empirisk, og at vi har gitt noen plausible forklaringer på disse sammenhengene.

## Analysemodell

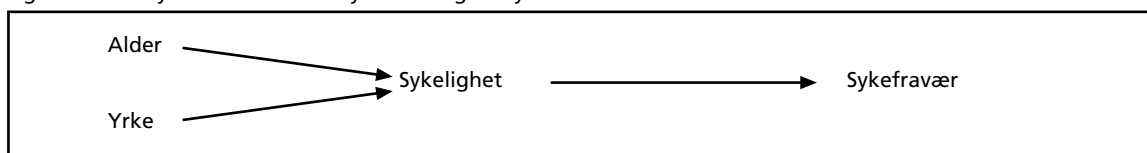
En generell modell for å forklare sykefraværsatferd, tar utgangspunkt i to grunnleggende faktorer: arbeidskravene på den ene siden og arbeidstakerens *yteevne* på den andre. Endringer i én eller begge av disse faktorene resulterer i endringer i sykefraværsatferden. Det er også en indre og gjensidig relasjon mellom krav og yteevne. For eksempel kan langvarige, ensidige arbeidsbelastninger gi belastningslidelser og svakere yteevne, men årsaksretningen kan også være omvendt, for eksempel ved at ansatte med nedsatt helse får lettere og bedre tilpasset arbeid. Slike gjensidig virkende prosesser har vi ikke mulighet til å belyse empirisk i denne undersøkelsen. Dette begrepsparet har den fordel at det innbefatter de to vesentlige elementene i den faglige vurderingen legene forutsettes å foreta når de avgjør om en pasient skal sykemeldes eller ikke (Tellnes 1994). Modellen er således en stilisert utgave av den norske trygde-medisinske modellen.

Arbeidskravene kan ha to ulike konsekvenser for arbeidstakeren. Den første og mest opplagte virkningen er at krav og belastninger som arbeidstakeren ikke mestrer, kan påføre vedkommende sykdom og skader som leder til sykefravær. En annen og kanskje mindre påaktet konsekvens er at arbeid med høye krav og belastninger også kan skape arbeidsuførhet selv om årsaken til sykdommen ligger et annet sted. Her kan bare en liten reduksjon i arbeidsevnen være tilstrekkelig til å skape sykefravær, dersom prestasjonskravene er svært strenge eller spesifikke. For en kontorfunksjonær er et forstrukket leddbånd intet hinder for å gå på jobb. For en profesjonell fotballspiller kan den samme skaden gi en ukes fravær. En grunnleggende helsesosiologisk innsikt er at det må være overensstemmelse, balanse, mellom sosiale krav og individets yteevne for at roller og oppgaver skal kunne utføres tilfredsstillende (Parsons 1958). Modeller som ligner denne tokomponentmodellen, har ligget til grunn for mye sykefraværsforskning i Norge og i internasjonal helseforskning, og den har vist seg fruktbar (Karasek og Theorell 1990).

Yteevne og arbeidskrav er vide begreper som kan gis et omfattende meningsinnhold. Her antar vi at alder og sykkelighet utgjør to viktige komponenter av yteevnen, om enn ikke de eneste. Arbeidskrav kan presiseres i mange retninger. Her skal vi bruke kategorien «yrkesklasse» for å gi en grov inndeling på ulike typer arbeidskrav. Mange arbeidsmiljøundersøkelser viser at ufaglærte og manuelle yrker

stiller strengere fysiske krav til yrkesutøveren og at de representerer større fysisk og psykisk helserisiko enn hva som er tilfelle særlig i høyere funksjonæryrker (Pape 1993, Grimsmo 1996). For analytiske formål kan vi gi en stilisert framstilling av forholdet mellom disse variablene på følgende måte.

Figur 5 En analysemodell for å belyse endringer i sykefraværet over tid



De spørsmålene som kan utledes av denne modellen, kan dermed «oversettes» til det empiriske spørsmålet om hvordan arbeidsstokken har utviklet seg med hensyn til andelen eldre, andelen manuelle arbeidere, andelen syke og samspillet mellom disse størrelsene. Det er denne modellen vi resonnerer omkring når vi analyserer våre data og tolker våre funn.

## Antakelser

La oss ta utgangspunkt i noen generelle utviklingstrekk, og se hva kan vi vente oss framover. Selv om den nordiske velferdsstatsmodellen utmerker seg med sin *høye sysselsetting* (Esping-Andersen og Korpi 1987, Esping-Andersen 1990, Kolberg og Esping-Andersen 1992), og dermed et høyt innslag av eldre og kvinner i arbeidsstyrken (Kolberg og Esping-Andersen 1992), er det et faktum at den internasjonale førtidspensjonerings-”bølgen” også har nådd Norden og Norge (Kolberg og Esping-Andersen 1992, Waldrop 1992, Dahl 1993). Gjennomsnittlig avgangsalder i Norge er nå 61 år, ifølge offisielle beregninger (NOU 1994:2). Pensjonsalderen i Norge er 67 år, og dette er nest etter Island den høyeste pensjonsalderen i verden. Tilstrømmingen over på uførepensjon og andre former for førtidspensjon i Norge var særlig omfattende i annen halvdel av 80-tallet. Denne utviklingen kan tydelig avleses på sysselsetningsstatistikken. Blant menn i alderen 60–66 år har yrkesandelen avtatt jevnt fra 73 prosent i 1980 til 54 prosent i 1994. For kvinner i denne aldersgruppa har imidlertid yrkesprosenten svingt rundt 40 prosent i den samme perioden (Halvorsen 1996). Kvinner, og spesielt middelaldrende kvinner, har i større grad enn menn tydd til uførepensjon som førtidspensjon. Uansett «valg» av førtidspensjonsform, har det antakeligvis vært en overhyppighet av personer med svak helse og nedsatt arbeidsevne som har forlatt arbeidsmarkedet. Dette er en prosess som yrkesmedisinerne kaller «den sunne arbeider»-effekten – «the healthy worker effect». Resultatet er at vi får en helsemessig polarisering mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive i den arbeidsføre befolkningen, selv om sykkeligheten blant alle i arbeidsfør alder er konstant over tid.

Antakeligvis ble også rekrutteringspolitikken i bedriftene skjerpet under lavkonjunkturen på slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet ved at helsetilstand, og yteevne mer generelt, kunne tillegges større vekt. Høy og stigende arbeidsledighet, spesielt i arbeideryrker og blant ungdom, medførte at arbeidsgiverne sto friere til å velge de unge, de friske, de sunne, og de velkvalifiserte og høyproduktive arbeidssøkerne. Én indikasjon på en slik innskjerpet rekrutteringspolitikk er at ledige, og særlig langtidsledige, har langt svakere helse enn yrkesaktive. En årsak til dette er sannsynligvis seleksjon, det vil si at arbeidstakere med helseproblemer ofte mister jobben, og at de oftere blir vraket når de søker nytt arbeid (Claussen 1994, Mastekaasa 1996). Begge disse helserelaterte seleksjonsprosessene, det vil si både rekrutterings- og dekrutteringsprosessen, førte sannsynligvis til at det på 1980-tallet ble etablert en arbeidsstokk med bedre helse og yteevne og mindre sykkelighet enn før.

Vi forventer altså å finne at andelen eldre arbeidstakere, særlig mannlige, går ned i den perioden vi ser på her. Videre tror vi at på grunn av denne «sunne arbeider»-effekten går sykkeligheten blant yrkesaktive ned, mens sykkeligheten blant ikke-yrkesaktive går opp, spesielt fra annen halvdel av 1980-tallet. Antakeligvis er denne økende helsemessige polariseringen sterkere for eldre arbeidstakere enn for hele arbeidsstyrken. Det viktige spørsmålet er om disse endringene samvarierer med sykefraværsutviklingen.

Når det gjelder endringer i yrkesstrukturen, spør for eksempel tesen om det postindustrielle samfunnet en nedgang i tradisjonell industriproduksjon og en framvekst av tjenesteyting, økt fleksibilisering og en oppgradering av arbeidsstyrkens kvalifikasjoner (Bell 1976, Esping-Andersen 1993, Ellingsæther 1995). Disse endringene medfører at næringer og yrker der arbeidsbelastningen tradisjonelt har vært stor, blir desimert, og næringer og yrker med bedre og mindre helseskadelig arbeidsmiljø vokser fram. Det er også mulig at den omtalte «sunne arbeider»-effekten er blitt mer klassespesifikk med årene, noe blant annet en engelsk undersøkelse viser. I løpet av de siste 20 åra er det blitt mye vanskeligere å få eller beholde en jobb for en ufaglært med et helseproblem enn for en høyere funksjonær (Bartley og Owen 1996). Helserelatert sosial mobilitet ut av arbeidsmarkedet, spesielt blant ufaglærte arbeidere, er også observert i Norge på 1980-tallet (Dahl 1994, Kolberg og Kolstad 1993). Dette betyr at *arbeidere med helseproblemer og med høy risiko for sykefravær* i økende grad vil være utenfor arbeidsmarkedet, det vil si de opplever et tiltakende outsiderproblem, sammenlignet med funksjonærer<sup>2</sup>.

Vi forventer således en utvikling mot en postindustriell yrkesstruktur med mindre innslag av manuelt og ukvalifisert arbeid og større innslag av tjenesteytende arbeid som krever formelle ferdigheter og kompetanse. Dessuten antar vi at på grunn av en klassebetinget «sunn arbeider»-effekt vil andelen ikke-yrkesaktive blant eldre og syke vokse sterkere blant arbeidere enn blant funksjonærer. Hovedspørsmålet er om disse utviklingstrekkene samvarierer med utviklingen i sykefraværet.

<sup>2</sup> Endringer i alderssammensetningen og yrkessammensetningen kan kombinert føre til at samfunnets sykefraværsvolum påvirkes enda sterkere enn hva hver av dem gjør hver for seg. Aggregatvirkningene blir multiplikative, og ikke bare additive, for å si det i statistisk sjargong. Når kombinasjonen «mange ufaglærte arbeidere/høy alder» erstattes av kombinasjonen «få ufaglærte arbeidere/ung alder», får vi en gunstig effekt på sykefraværsvolumet i tillegg til den effekten hver enkelt av disse endringene gir.

## 4 Det makrososiologiske perspektivet – noen resultater

Det er forholdsvis få empiriske analyser av sykefravær som er forankret i et makrososiologisk perspektiv. De få som finnes er av noe eldre dato, og bruker andre metodiske tilnærminger.

Kangas (1991) har gjort et viktig komparativt arbeid, der han har undersøkt strukturen og utviklingen i sykefraværet i 18 OECD-land. Han tok for seg hvordan sykefraværet avhenger av både behovsfaktorer som alders- og kjønns sammensetning og tilgjengelighetsfaktorer som karensdager og sykepengeperiodens varighet. I denne sammenhengen er det et viktig funn at sykefraværet er høyt i land med en eldre arbeidsstyrke, mens det ikke er noen sammenheng mellom kjønns sammensetningen og sykefraværet i alle OECD-land. Hvis derimot de katolske landene utelates fra analysen, framtrer også en sammenheng mellom arbeidsstyrkens kjønns sammensetning og sykefraværsvolumet. (Kangas 1991:127-128).

Kolberg (1989) har analysert data fra arbeidskraftundersøkelsene fra 1975 og 1983. Problemstillingen var hva arbeidskraftens fordeling etter alder, kjønn, utdanning og næring hadde å si for det samlede antallet sykefraværsdager. Denne problemstillingen ble undersøkt ved å «simulere» hvor høyt sykefraværet ville vært i 1983 dersom arbeidsstokkens fordeling var som den var i 1975. Differansen mellom det faktiske sykefraværslivået i 1983 og det simulerte nivået gir et estimat på hva sammensetningen av arbeidsstokken betyr (Kolberg 1989:9). Med denne metoden får man som entydig resultat at arbeidsstokkens sammensetning faktisk har betydning for sykefraværsvolumet. Kolberg finner for eksempel at det samlede sykefraværet for hele den yrkesaktive befolkningen 20–64 år ville ligget ca 0,32 millioner sykefraværsdager høyere enn det faktiske nivået i 1983, dersom den yrkesaktive befolkningen ikke var blitt yngre mellom 1975 og 1983. Kolbergs resultater forutsetter at tallet på sykefraværsdager per yrkesaktiv person er konstant i perioden. Denne forutsetningen er streng og kan selvsagt diskuteres. Likevel *illustrerer* analysene det poenget at arbeidsstyrkens sammensetning er av betydning for det totale sykefraværsvolumet.

Esping-Andersen og Kolberg (1992) har nærmet seg denne problemstillingen med mer konvensjonelle statistiske analysemetoder. Ved hjelp av Arbeidskraftundersøkelsene fra Sverige, Danmark og Norge har de undersøkt hvordan det totale fraværet og sykefraværet avhenger av blant annet sysselsettingsinnslaget av kvinner og av eldre. Resultatene deres gir imidlertid ingen overbevisende støtte til tesen om at et høyt (syke)fravær er den prisen vi må betale for høy sysselsetting blant eldre og blant kvinner: de finner motstridende eller ikke-signifikante effekter av endringer i eldreandelen og i kvinneandelen av arbeidsstyrken (Esping-Andersen og Kolber 1992:97). Forfatterne konkluderer derfor (s. 109): «At present, the only safe conclusion is that much still needs to be done if we were to develop a sociological alternative to the economics of welfare state work disincentives».

Det er således mye ugjørt innen det makrososiologiske perspektivet, både teoretisk og metodisk. Såvidt vi vet, har ingen brukt de dataene og den metodiske tilnærmingen vi anvender i dette arbeidet. Heller ikke har noen forsøkt å relatere utviklingen i sykefraværet til sykkelighetsutviklingen i den yrkesaktive befolkningen.



## 5 Problemer med aggregert tidsserieanalyse

Den typen makroanalyse vi gjennomfører her, går i metodelæren under overskriften *aggregert analyse av tidsseriedata*. Teknikken er særlig godt kjent fra sosialøkonomien, men den er også anvendt i sosial-epidemiologi. Det mest kjente eksemplet er kanskje Brenners økologiske analyser av sammenhengene mellom arbeidsledighet og dødelighet og mellom arbeidsledighet og innleggelse på psykiatriske institusjoner (Brenner 1973, 1979). Brenner finner at høy arbeidsledighet ledsages av høy dødelighet og høyere innleggelsesrater på psykiatriske institusjoner. Han forklarer dette blant annet med økt stress. Et norsk eksempel på en tilsvarende tilnærming er Forsdahls studier av sammenhengen mellom spedbarnsdødelighet og voksendødelighet 50 år etter, på kommune- og fylkesnivå (se for eksempel Nordhagen 1996). Den påviste samvariasjonen er høy og tolkes som uttrykk for at fattige oppvekstforhold så å si «programmerer» for prematur død i voksen alder (Nordhagen 1996). Aggregert analyse er beheftet med en del problemer. Disse er dels av generell art og dels særegne for de dataene som benyttes i denne analysen. La oss ta noen generelle problemer først.

Den første betingelsen for å trekke en årsaksslutning på aggregatnivå, er at det foreligger statistisk samvariasjon. Gitt at vi finner dette: hvor legitimt er det å trekke en årsaksslutning? Her er det fare for å trekke en såkalt økologisk feilslutning, det vil si at vi trekker den slutningen som sier at den sammenhengen vi finner på samfunnsnivå, også vil gjenfinnes på individnivå. Er det de syke som har høyest sannsynlighet for å figurere i sykefraværstatistikken? Aggregert analyse kan ikke avgjøre om dette faktisk er tilfelle. Skeptikerne hevder at aggregert analyse bare kan bidra til å formulere hypoteser – ikke til å avkrefte dem (Barnard 1983). For å skape større tiltro til hypotesene, må de støttes av funn basert på individdata. På den annen side: selv om makroanalyser i seg selv forteller lite om mekanismene, kan de likevel være nyttige for politiske formål og for samfunnsplanleggingen.

Et annet krav er at det legges fram plausible forklaringer på de aggregerte sammenhengene, det vil si at man peker på de mekanismene som formidler den statistiske sammenhengen. Dette betyr at aggregerte analyser har større troverdighet i noen disipliner, for eksempel i sosialøkonomien (som har utarbeidet et solid makroøkonomisk teoretisk fundament), enn i andre, for eksempel i sosialepidemiologien.

Et generelt problem innen tidsserieanalyse er muligheten for tidsforskyvning eller forsinkelse mellom årsak og virkning, i tilfellet ovenfor gjelder dette mellom henholdsvis endringer i andelen syke og endringer i sykefraværet. Vi vet at endringene i sykefraværet fram til annen halvdel av 1980-tallet i høy grad skyldtes endringer i det *lange* fraværet og spesielt tendensen til at arbeidstakerne gikk den ettårige sykepengeperioden helt ut. Hyppigheten i sykefraværet steg derimot ikke. For å si det med Hagen og Hippe (1991:31): «*Det er ikke flere som er borte, men færre som kommer tilbake*. Fraværsviklingen er varighetsdrevet». Gjennomsnittstallene for sykefraværet er spesielt følsomme for endringer i de lange fraværene. De lange fraværene fører oftere enn de korte til avgang i arbeidsstyrken. Det betyr at de personene som skaper endringer i fraværsmønstrene, vil forlate de yrkesaktives rekker i løpet av ett års tid. Vi vet imidlertid at det er relativt få sykmeldte med lange sykefravær (fire uker og mer) som går tida helt ut, andelen er trolig under ti prosent (Dahl 1996). Avgang fra arbeidsmarkedet blant langtidssyke forekommer antakeligvis ikke så ofte at den visker ut forbindelsen mellom sysselsettingsendringer og sykefraværsendringer helt.

Ett særegent problem i denne analysen er at enheten i sykefraværstatistikken er *tilfeller* og ikke individer. I løpet av et år kan en person ha flere sykefraværstilfeller. Teoretisk sett er det derfor mulig at det er *de samme individene* som genererer endringene vi ser over tid. Det kan være en hard kjerne av

«gjenganger»-sykmeldte med hyppige og eventuelt lengre fravær som øver uforholdsmessig stor innflytelse på de aggregerte tallene. Selv dersom dette er tilfelle, vil vi argumentere for at variasjoner i innslaget av gjengangersykmeldte til en viss grad avhenger av de samfunnsmessige forholdene vi er opp-tatt av her. Det er for eksempel rimelig å tro at økningen i andelen av eldre og andelen av risikoutsatte yrker i yrkesbefolkningen øker behovet for hyppige sykemeldinger og dermed tallet på gjenganger-sykmeldte – og selvsagt omvendt.

Det siste problemet vi vil peke på, er at statsansatte ikke er med i NHOs og RTVs tallserier, mens de er med i levekårsundersøkelsene. Først fra 1991 har RTV/AD ført sykefraværstatistikk for statsansatte. For 1990-tallet tegner imidlertid denne statistikken et bilde som er temmelig likt bildet som avtegner seg for de andre gruppene (Pedersen 1996). Det er dermed ingen sterke grunner til å tro at sykefraværet blant statsansatte har hatt en utvikling som er vesentlig forskjellig fra utviklingen for andre ansatte.

## 6 Data

### Utvalg

Vi skal bruke data fra Levekårsundersøkelsene for disse fem åra: 1980, 1983, 1987, 1991 og 1995. Levekårsundersøkelsene er foretatt av SSB og er stilt til rådighet for Fafo av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Alle er landsomfattende, representative utvalgsundersøkelser med bruttoutvalg på drøyt 5000 voksne personer (mellom 16 og 79 år). Frafallet er mellom 20 og 25 prosent (Teigum 1992). Det er gjennomgående små skjevheter med hensyn til alder, kjønn og region mellom netto- og bruttoutvalgene.

### Variable

#### Alder

Analysen er avgrenset til kjernen i arbeidsstyrken, det vil si personer mellom 25 og 66 år. Med «eldre» mener vi her personer mellom 55 og 66 år.

#### Sykелighet

LKUene inneholder opplysninger om en rekke *sykелighetsindikatorer* som alle er selvrapporterte. Her retter vi søkelyset mot fire sykелighetsindikatorer, nemlig langvarig sykdom, langvarig sykdom som leder til nedsatt arbeidsevne og dessuten de to diagnosegruppene som ligger til grunn for en stor del av sykefraværet: muskel-/skjelettsykdommer og psykiske plager. De to første indikatorene er basert på direkte spørsmål om dette, de to neste er framkommet på en litt mer komplisert måte.

SSB har kodet alle de oppgitte langvarige sykетilfellene etter den internasjonale sykdomsklassifikasjonen (ICD), nærmere bestemt ICDs åttende revisjon (niende revisjon i 1995). Vi har fulgt SSBs praksis og definert kodene 715-735, 754-756 og 787 som muskel-/skjelettsykdom. De som har svart på spørsmålene, har kunnet oppgi opptil sju sykdomstilfeller (ni tilfeller i 1991 og 1995). Vi har bare tatt med de tre første tilfellene som er oppgitt av hver enkelt, slik at tilfellene skal kunne regnes for å ha en viss alvorlighetsgrad og dermed representere en økt risiko for sykefravær.

Diagnosegruppen «psykiske lidelser» (mental helse) bygger på tre spørsmål om a) hjertebank uten anstrengelse, b) nervøs eller rastløs og c) deprimert og nedfor. Alle som har svart bekreftende på minst ett av disse spørsmålene, regnes som å ha symptomer på psykiske plager.

## Yrkesaktivitet

*Yrkesaktivitet* er her definert ved hjelp av to spørsmål som går igjen i alle levekårsundersøkelsene. Det første lyder:

«Utførte du inntektsgivende arbeid av minst en times varighet i forrige uke? Som inntektsgivende arbeid regner vi også arbeid som familiemedlem uten fast avtalt lønn på gårdsbruk, i forretning og i familiebedrift ellers.»

Drøyt 60 prosent svarer bekreftende på dette spørsmålet i LKUene. De som svarer benektende på dette spørsmålet, får følgende spørsmål:

«Har du inntektsgivende arbeid som du var borte fra eller hadde fri fra i forrige uke?

13–15 prosent av de som får stilt dette spørsmålet, svarer bekreftende.

«Yrkesaktive» er således personer som svarer «ja» enten på førstnevnte eller på sistnevnte spørsmål. Det er også disse som er spurt om yrke. Vi setter således ikke spesielt strenge krav til å bli regnet som yrkesaktiv.

Vi skal også være klar over at definisjonen av yrkesaktiv varierer mellom de ulike statistiske kildene som ligger til grunn for beskrivelsen av utviklingen i sykefraværet de siste åra. Antakeligvis er kravet om yrkesaktivitet mindre i NHOs statistikk enn i Rikstrygdeverkets statistikk, i og med at visse minstekrav, enten i form av antall arbeidsuker eller inntektsnivå, må være innfridd for at arbeidstakeren kan motta sykepenger fra folketrygden. Disse definisjonsforskjellene er trolig ikke alvorlige, siden de bildene som de to kildene tegner av fraværsutviklingen, er forbausende sammenfallende. For å være på den sikre siden har vi også gjort en rekke stikkprøver for å undersøke om hovedresultatene blir annerledes dersom vi fokuserer kun på heltids-yrkesaktive. Konklusjonen er at resultatene ikke blir annerledes.

## Yrkesstatus og yrkesklasse

Både politisk og teoretisk er det knyttet størst interesse til sykefraværsutviklingen blant ansatte lønntakere. Derfor skal vi holde selvstendige næringsdrivende helt utenfor analysen og kun se på yrkesaktive som oppgir å være *ansatt*.

Kategorien «yrke» er basert på et åpent spørsmål om hovedyrke ved den bedriften de yrkesaktive er ansatt i. SSB har gitt yrkene tresifrede koder basert på Nordisk yrkesklassifisering. Ved hjelp av sifferkodene er yrkene slått sammen og aggregert til sosioøkonomiske yrkesklasser i henhold til SSBs sosioøkonomiske klassifisering (Album 1984). Det er rimelig godt dokumentert at yrkesklasser som arbeidere spesielt, men også lavere funksjonærer, ofte har belastende, risikofylt eller stressende arbeidsmiljø sammenlignet med midlere og høyere funksjonærer, og at dette er et vedvarende trekk (Pape 1993, SSBs levekårsrapporter, Grimsmo 1996). SSBs sosioøkonomiske inndeling gir fem yrkesklasser for ansatte: ufaglærte arbeidere, faglærte arbeidere, funksjonærer på lavere nivå, funksjonærer på mellomnivå og funksjonærer på høyere nivå.

## 7 Resultater

Vi ser på menn og kvinner hver for seg, fordi sykefraværslivået blant kvinner ligger høyere enn blant menn. Levekårsundersøkelsene er utvalgsundersøkelser. Vi må derfor regne med svingninger opp eller ned fra år til år som skyldes tilfeldigheter og ikke nødvendigvis reelle forhold. Vi vil derfor bare legge vekt på *de større og mer systematiske utslagene, og se bort fra de mindre og usystematiske.*

Resultatene er vist i figur 6–43 . Vi vil sammenfatte hovedresultatene i sju punkter.

### 1) Alder (Figurene 6–7)

Andelen eldre kvinner i arbeidsstyrken, dvs kvinner mellom 55 og 66 år, går svakt opp i perioden, mens andelen eldre menn går markert ned. Det er ingen knekk nedover i kurven rundt 1987 verken for menn eller kvinner.

### 2) Yrke (Figurene 8–9)

Utviklingen går mot en postindustriell yrkesstruktur. For begge kjønn er det en klar vekst av midlere og høyere funksjonærer i yrkesbefolkningen. Det er en nedgang for ufaglærte arbeidere, og den er betydelig kraftigere for menn enn for kvinner. I tillegg er det en reduksjon i andelen lavere funksjonærer blant kvinner. Likevel er utviklingen i mange yrkesklasser tilnærmet lineær, og det er ingen klar knekk i kurven i 1987.

### 3) Yrke og alder (Figurene 10–11)

Blant menn synker andelen eldre i alle yrkesgrupper. Nedgangen er klart sterkest blant ufaglærte arbeidere og svakest blant høyere funksjonærer. Blant kvinner synker andelen eldre bare i funksjonærgruppene, mens den er nærmest uendret i begge arbeidergruppene. Dette skulle under ellers like forhold tilsi en sterkere nedgang i sykkelighet og sykefraværet blant mannlige arbeidere enn blant funksjonærer. Dette er i tråd med våre antakelser innledningsvis. Endringen i alderssammensetningen blant kvinner samvarierer imidlertid ikke med sykefraværutviklingen, slik vi skulle vente. Verken for menn eller kvinner er det klare tendenser til noen knekk i kurven i 1987.

### 4) Sykelighet (Figurene 12–19)

For begge kjønn er det en tendensiell oppgang i sykkeligheten blant ikke-yrkesaktive og en tilsvarende nedgang i sykkeligheten blant yrkesaktive. Arbeidsevne er et mulig unntak. Dette er et tegn på økende helsemessig polarisering mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive. Det bruddet vi ventet å finne i 1987, glimrer imidlertid med sitt fravær.

Hvorvidt den økende helsemessige polariseringen skyldes seleksjon eller sosiale forhold, kan diskuteres. Det faktumet at sykkeligheten blant de ikke-yrkesaktive øker, mens den avtar blant de yrkesaktive, støtter seleksjonsfortolkningen. Hvis den økende polariseringen for eksempel skulle skyldes mindre helsefarlig arbeid blant yrkesaktive, ville vi vente en nedgang i sykkeligheten for denne populasjonen, slik vi kan også observere, men ikke en tilsvarende oppgang i sykkeligheten for de ikke-yrkesaktive. Ytterligere holdepunkter for seleksjonsforklaringen er undersøkelser som viser at langvarige

arbeidsledige med svak helse har større problemer med å komme tilbake til arbeid enn de som er friske (Claussen 1994, Mastekaasa 1996), at arbeidstakere som forlater arbeidsmarkedet har dårligere helse enn yrkesaktive i alminnelighet (Dahl 1994) og at arbeidsmiljøet trolig ikke har endret seg så mye de siste åra (Pape 1993, Grimsmo 1996).

### **5) Alder og sykелighet (Figurene 20–27)**

For både menn og kvinner er den økende helsemessige polariseringen mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive omtrent på samme nivå blant de eldre, det vil si 55–66-åringene, som i hele den yrkesaktive befolkningen. Heller ikke sykелigheten i denne aldersgruppa viser det forventede bruddet i 1987.

### **6) Yrkesklasse blant nåværende yrkesaktive og sykелighet (Figurene 28–35).**

For begge kjønn er det en nedgang i sykелigheten først og fremst i arbeidergruppene. Dette gjelder altså også blant kvinner, selv om andelen eldre kvinnelige arbeiderne ikke er gått ned i perioden. I funksjonærgruppene, og særlig i den høyeste funksjonærgruppen, er tendensen mer stabil. Vi kan til og med registrere økende sykелighet for flere indikatorer i denne gruppa.

Dette mønsteret samvarierer med de trendene i sykefraværet vi har observert for henholdsvis arbeidere og funksjonærer. For mannlige arbeidere faller nedgangen i sykелighet sammen med nedgangen i andelen eldre, mens nedgangen i sykелigheten blant kvinnelige arbeidere har skjedd til tross for at andelen eldre har vært stabil. Den forventede knekken i sykелigheten i 1987 er det imidlertid vanskelig å spore.

Denne utviklingen betyr at nedgangen i sykелighet hos den yrkesaktive befolkningen i stor utstrekning skyldes at arbeidernes helse er forbedret. Siden «ikke-yrkesaktive etter tidligere yrke» er utelatt i disse figurene, forteller de lite om hvorvidt det sterke fallet i sykелighet blant arbeidere skyldes sterkere helsepolarisering i denne klassen enn blant funksjonærer.

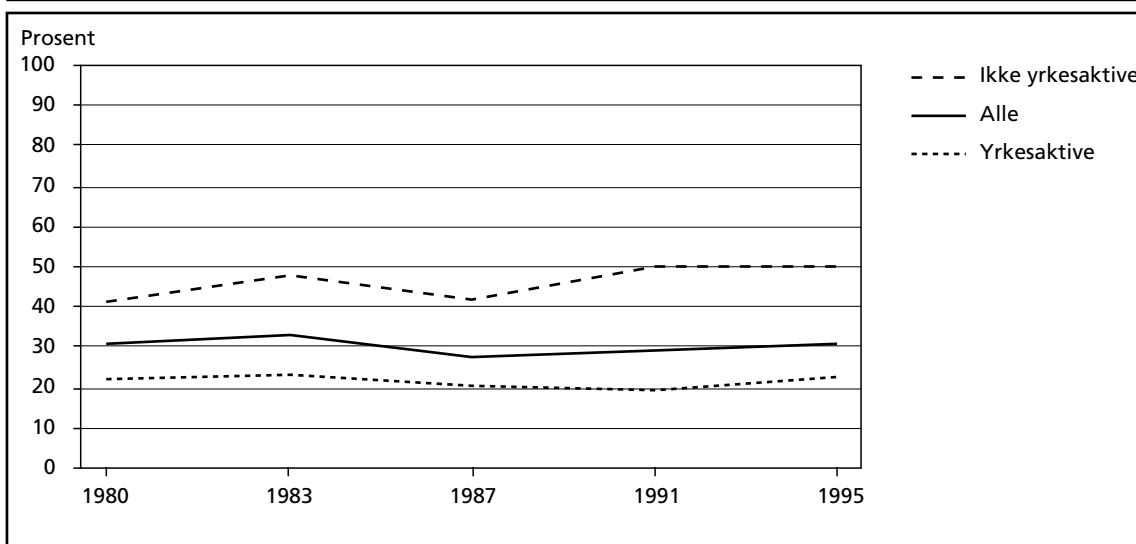
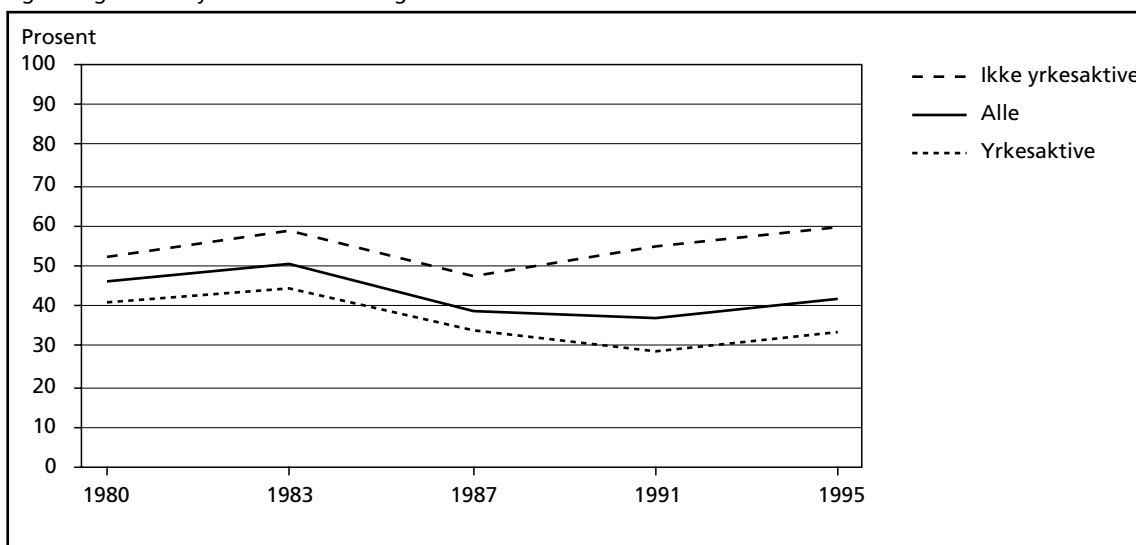
### **7) Yrkesklasse blant nåværende og tidligere yrkesaktive og sykелighet (Figurene 36–43)**

Opplysninger om de tidligere yrkene til ikke-yrkesaktive har vi bare for 1983 og 1995. Figurene 36–43 viser utviklingen i sykелighet også blant ikke-yrkesaktive etter tidligere yrke. For å forenkle og for å unngå å ikke få tilstrekkelig mange observasjoner i hver kategori, har vi slått sammen de to høyeste funksjonærkategoriene og bare tatt med ufaglærte arbeidere. For begge kjønn foregår det en helsepolarisering i begge yrkeskategoriene, men den synes å være gjennomgående noe sterkere for ufaglærte arbeidere enn for funksjonærer.

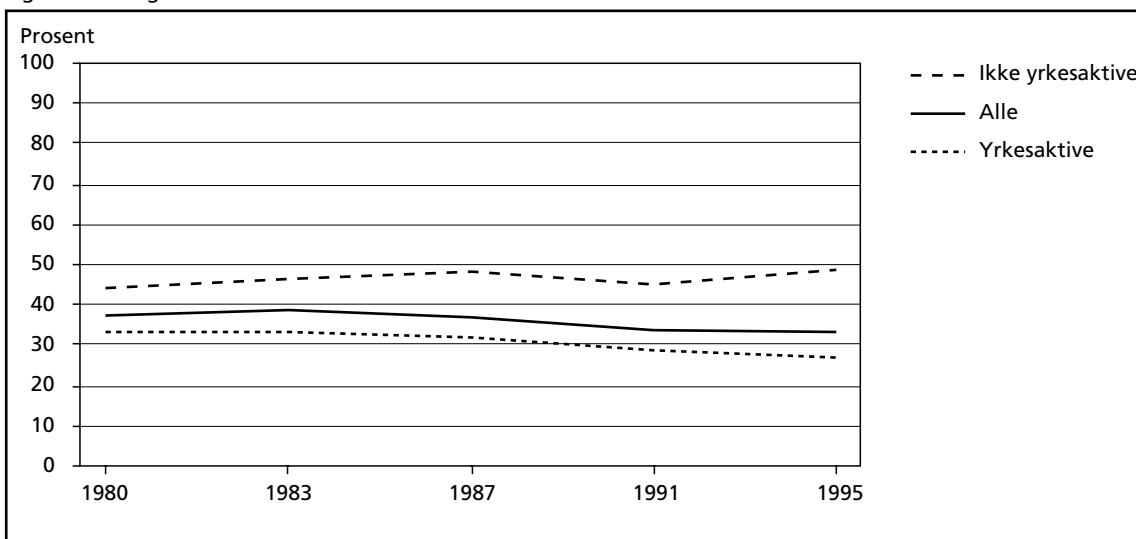
Den samvariasjonen vi finner i yrkeskategoriene mellom sykefraværsutvikling og sykелighetsutvikling, ser dermed ut til å henge sammen med at avgangen fra arbeidsmarkedet i økende grad er noe sterkere knyttet til sykелighet for arbeidere enn for funksjonærer. Dette støtter den antakelsen vi satte fram innledningsvis<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> I 1995 er helseforskjellene mellom yrkesklassene (målt med nåværende yrke) så å si visket ut helt. Analyser (ikke vist her), demonstrerer at dette skyldes at tidligere yrkesaktive ikke er tatt med. Dersom man inkluderer tidligere yrkesaktive fordelt etter tidligere yrkesklasse, framtrer de helsemessige forskjellene om lag like tydelig og sterkt i 1995 som i 1983 (Dahl og Birkelund 1997).

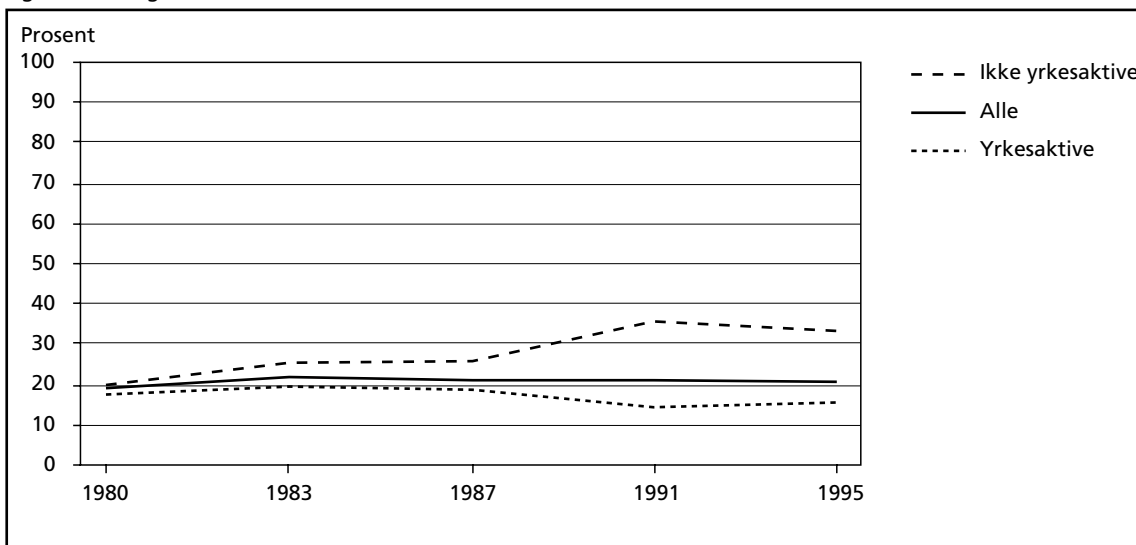
Figur 6 og 7 Andel yrkesaktive menn og kvinner i alderen 55–66 år.



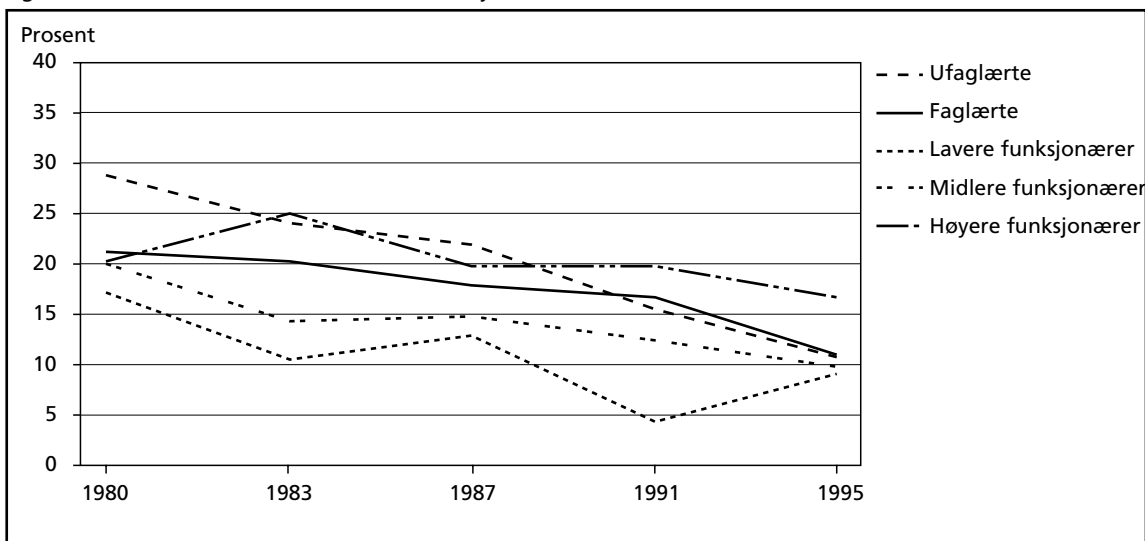
Figur 8 Endringer i klassestrukturen. Menn 25–66 år



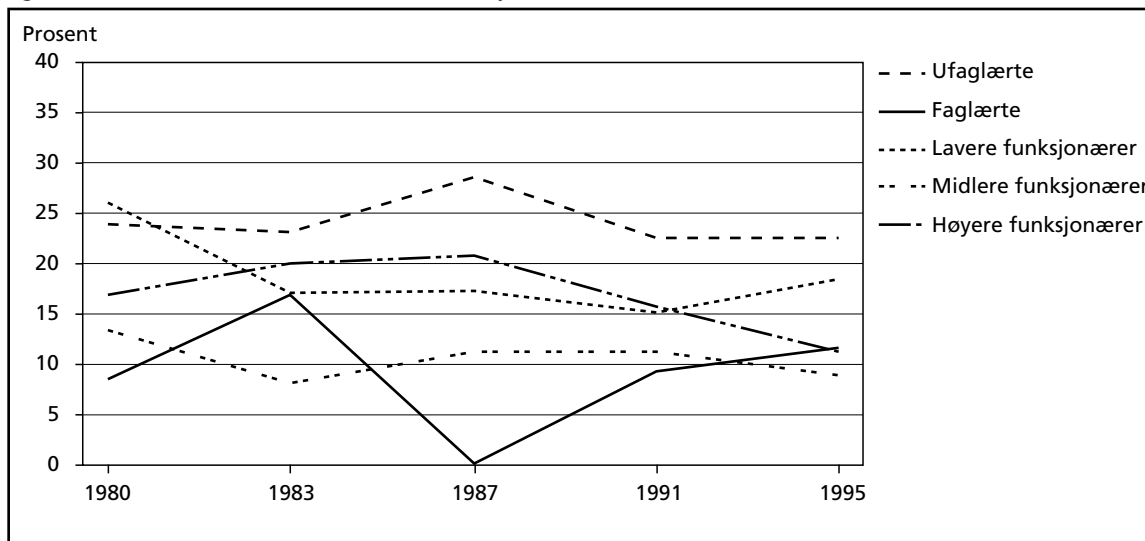
Figur 9 Endringer i klassestrukturen. Kvinner 25–66 år



Figur 10 Andelen eldre menn (55–66 år) i ulike yrkesklasser

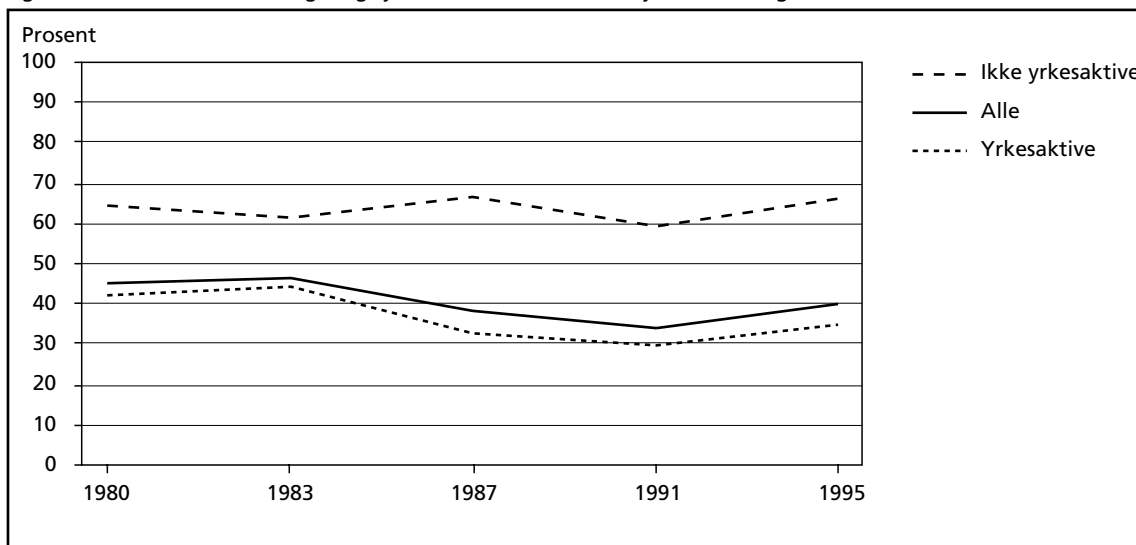


Figur 11 Andelen eldre (55–66 år) kvinner i ulike yrkesklasser

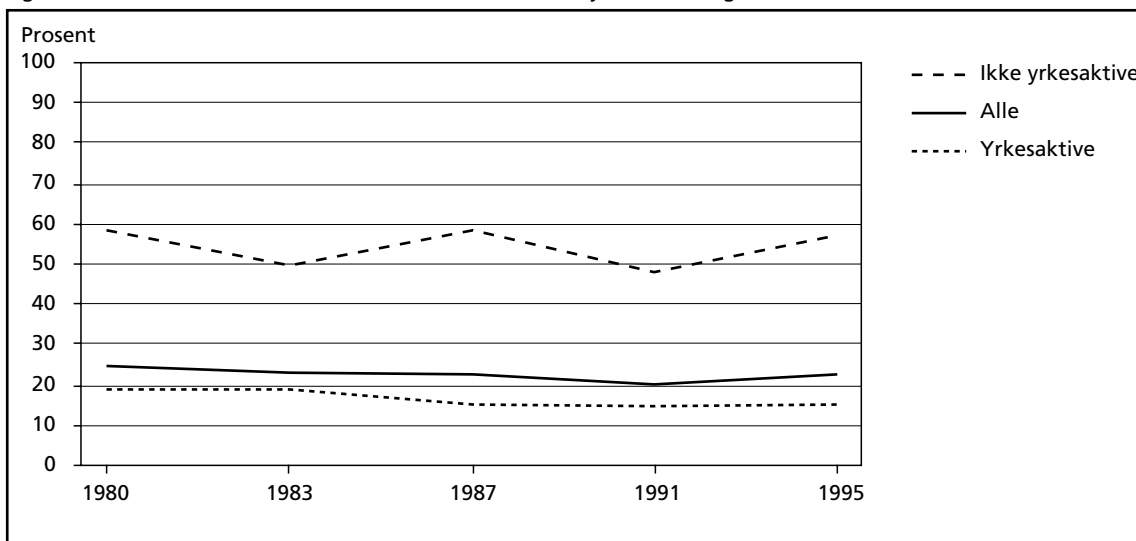




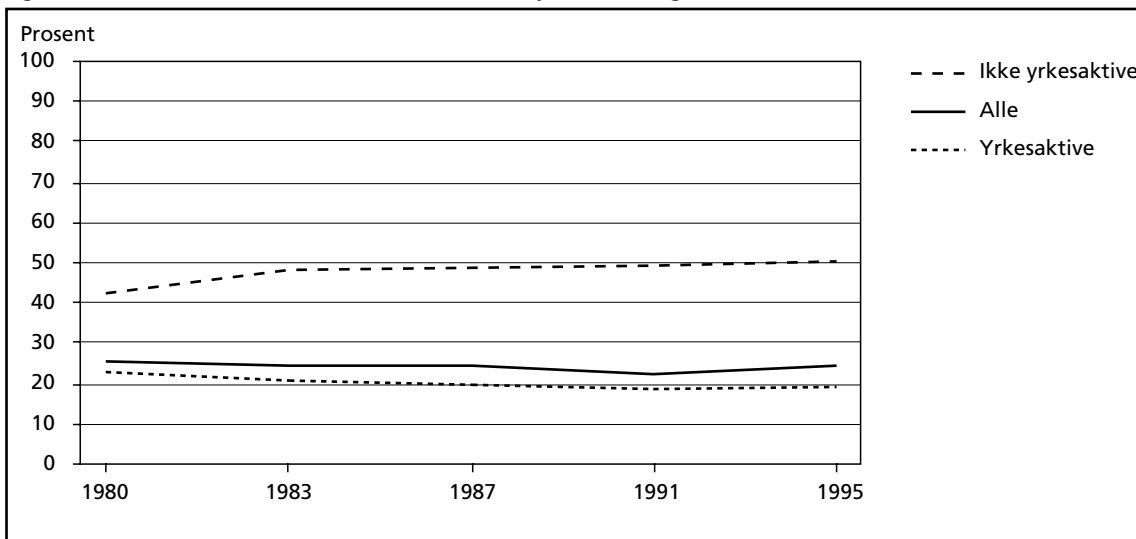
Figur 12 Andel menn med langvarig sykdom. Yrkesaktive, ikke-yrkesaktive og alle mellom 25–66 år



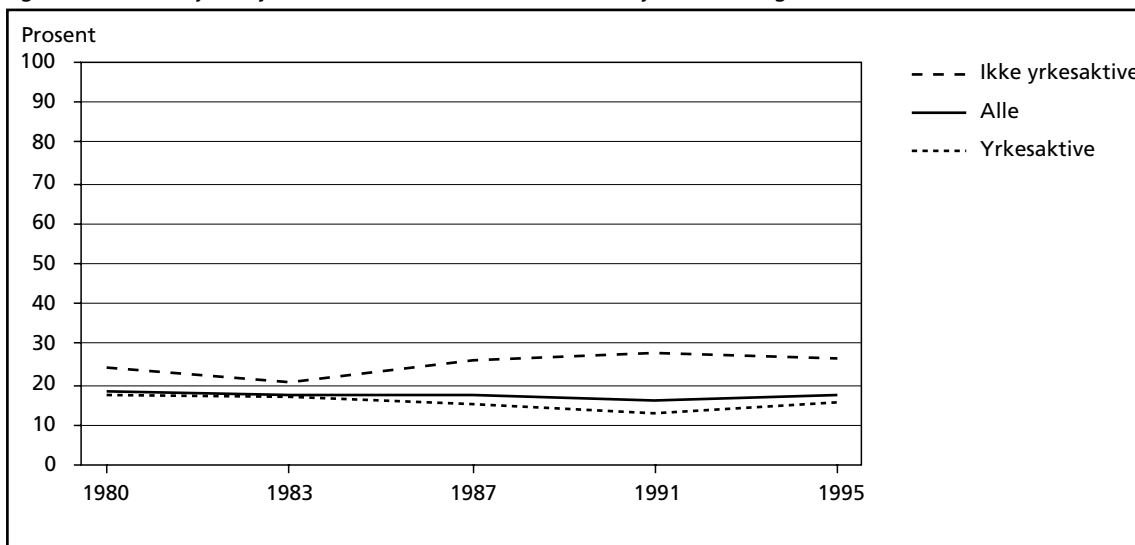
Figur 13 Men med nedsatt arbeidsevne. Yrkesaktive, ikke-yrkesaktive og alle 25–66 år



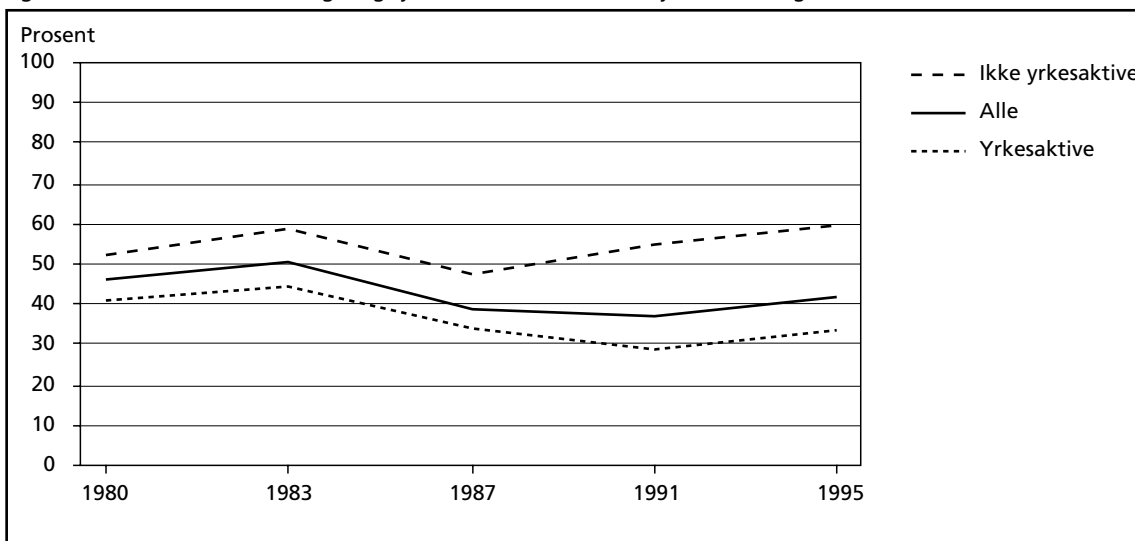
Figur 14 Mental helse blant menn. Yrkesaktive, ikke-yrkesaktive og alle 25–66 år



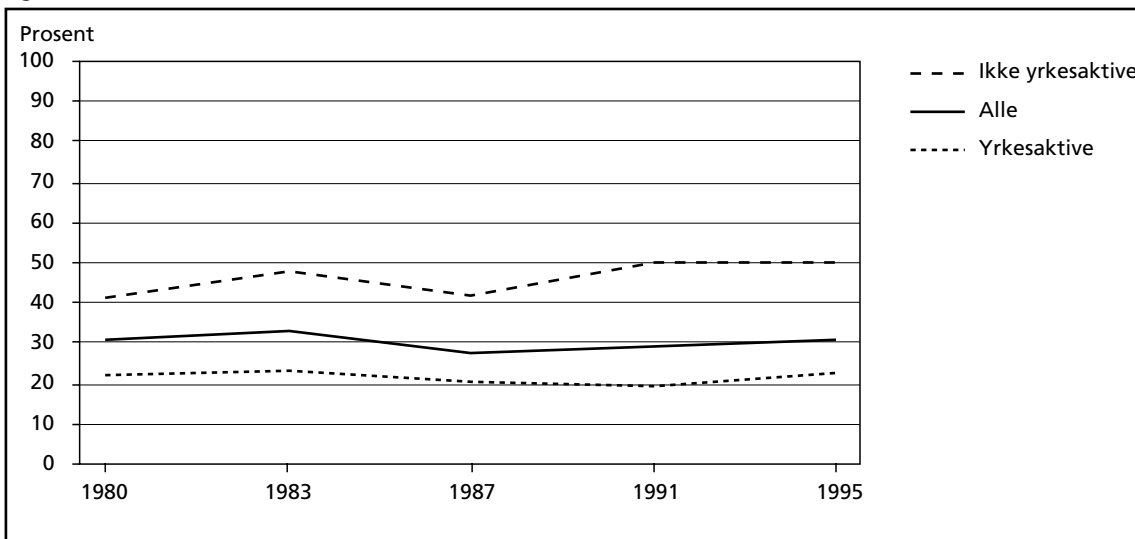
Figur 15 Muskel, skjelettsykdom blant menn. Yrkesaktive, ikke-yrkesaktive og alle 25–66 år



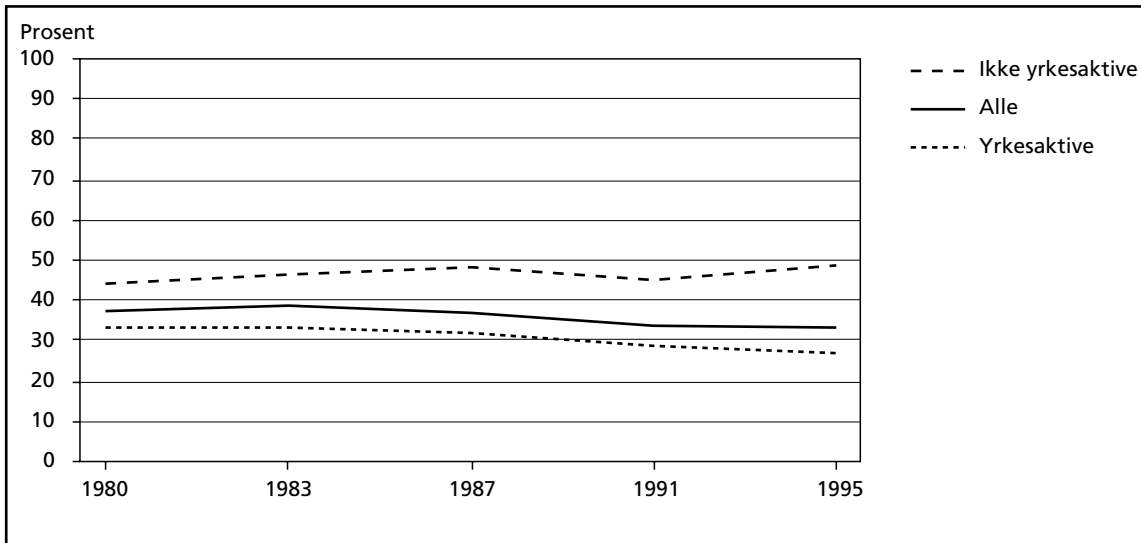
Figur 16 Andel kvinner med langvarig sykdom. Yrkesaktive, ikke-yrkesaktive og alle 25–66 år



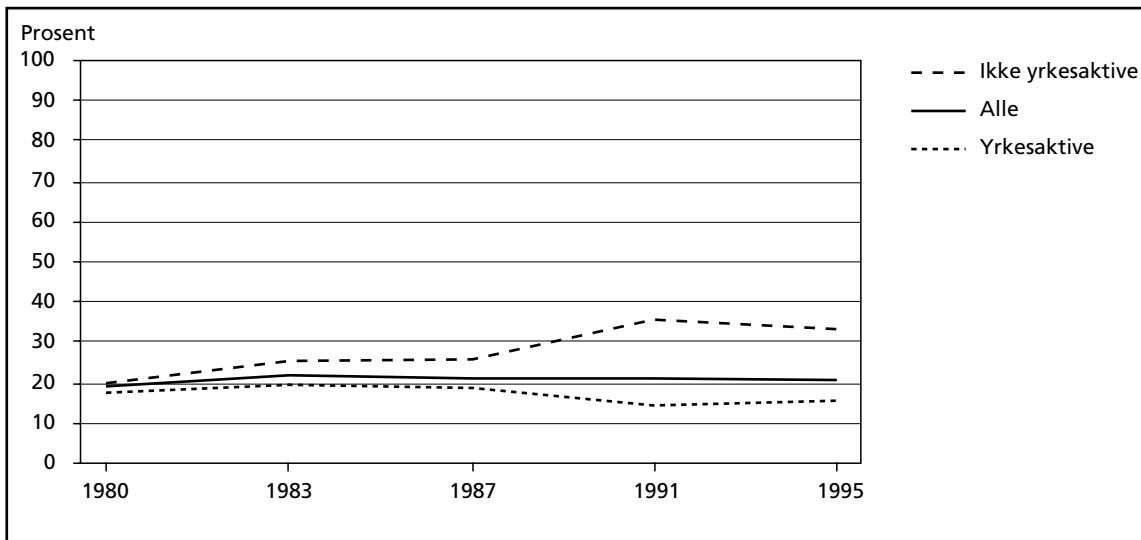
Figur 17 Kvinner mellom 25–66 år med nedsatt arbeidsevne



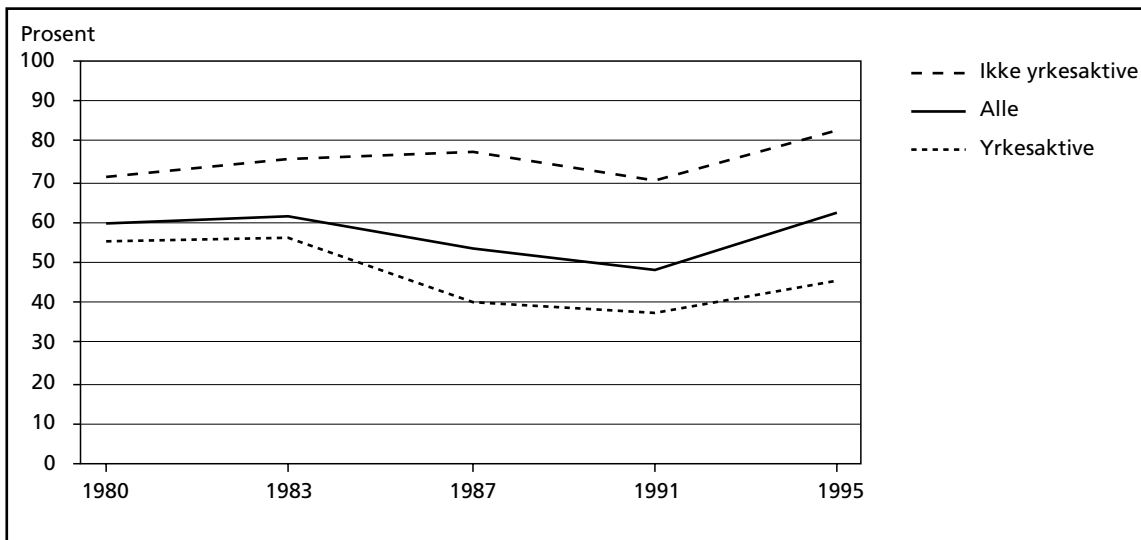
Figur 18 Mental helse blant kvinner. Yrkesaktive, ikke-yrkesaktive og alle 25–66 år



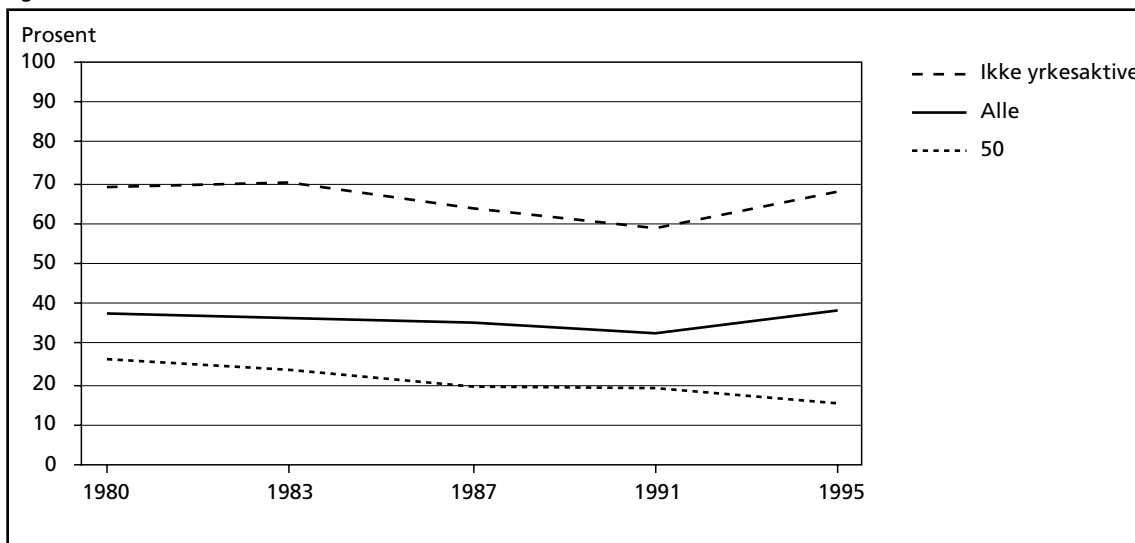
Figur 19 Muskel, skjelettsykdom blant kvinner. Yrkesaktive, ikke-yrkesaktive og alle 25–66 år



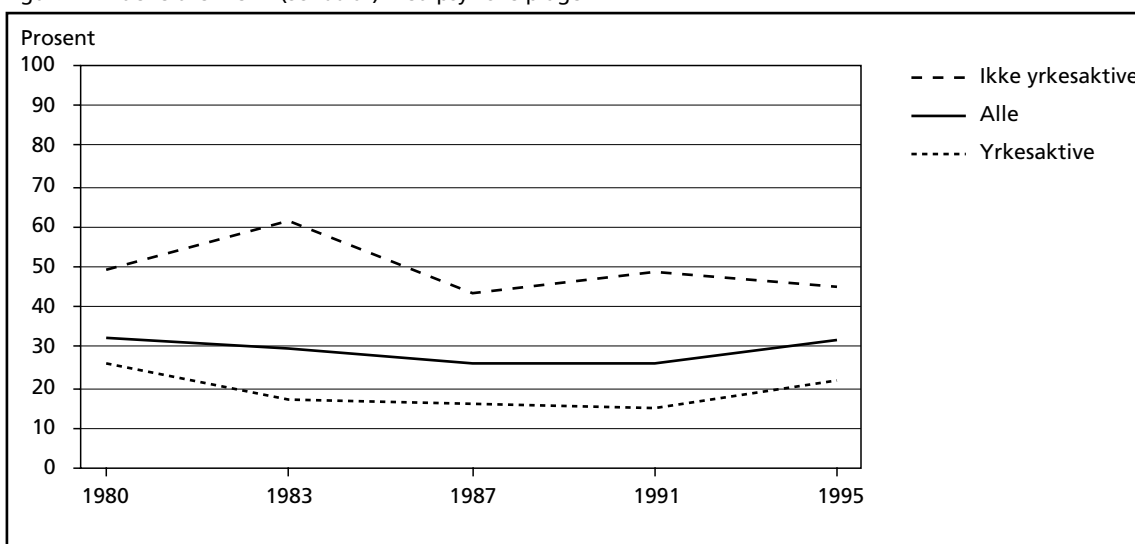
Figur 20 Andel eldre (55–66 år) menn med langvarig sykdom



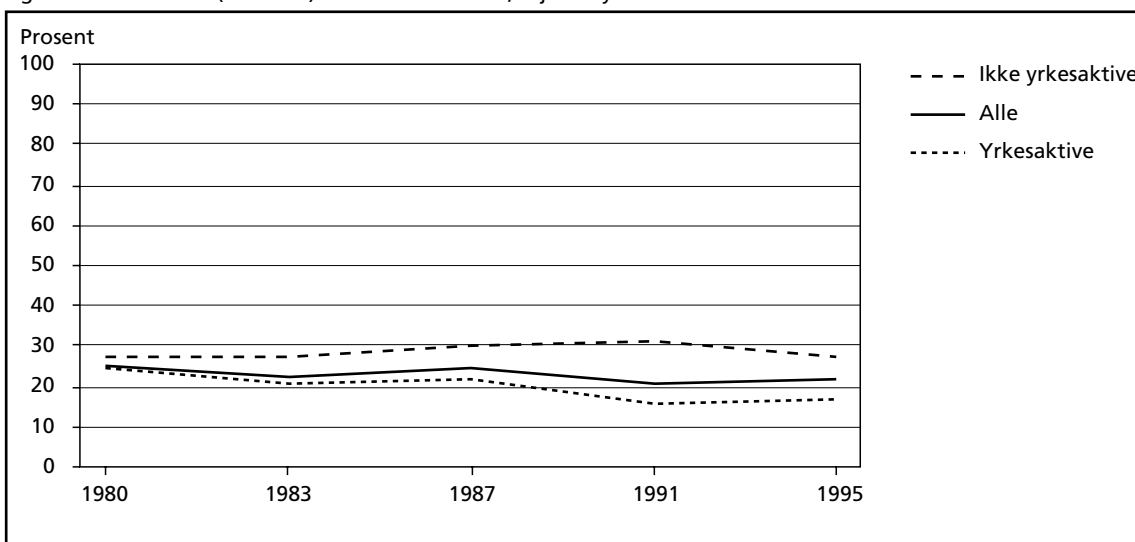
Figur 21 Andel eldre (55–66 år) menn med nedsatt arbeidsevne



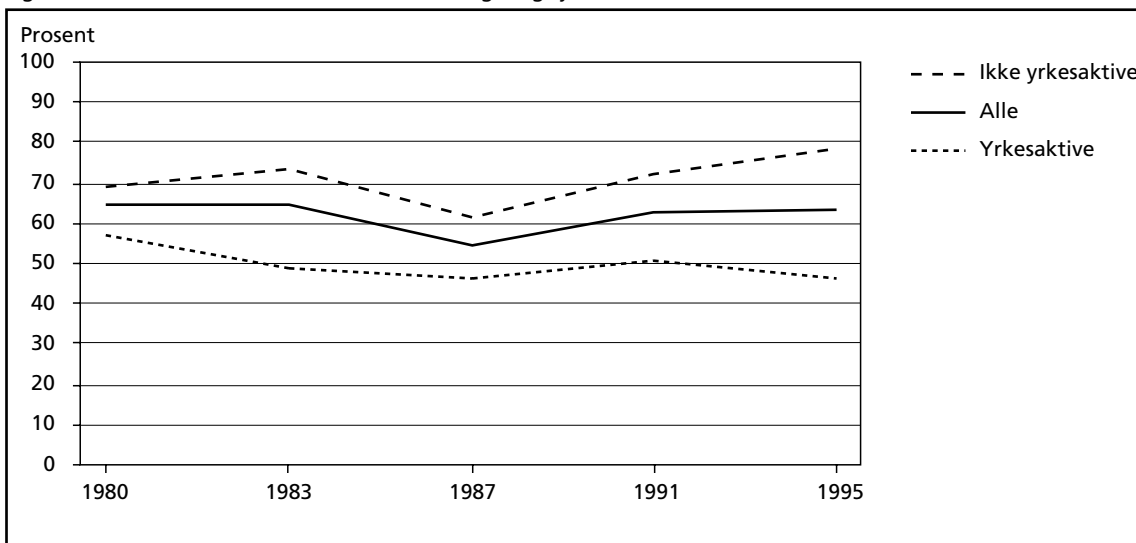
Figur 22 Andel eldre menn (55–66 år) med psykiske plager



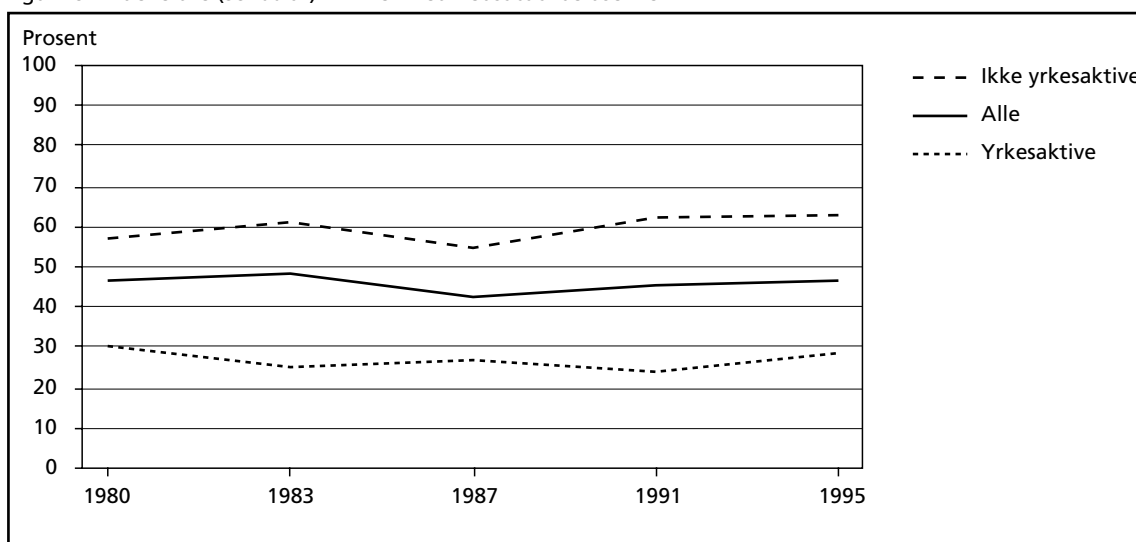
Figur 23 Andel eldre (55–66 år) menn med muskel, skjelettsykdom



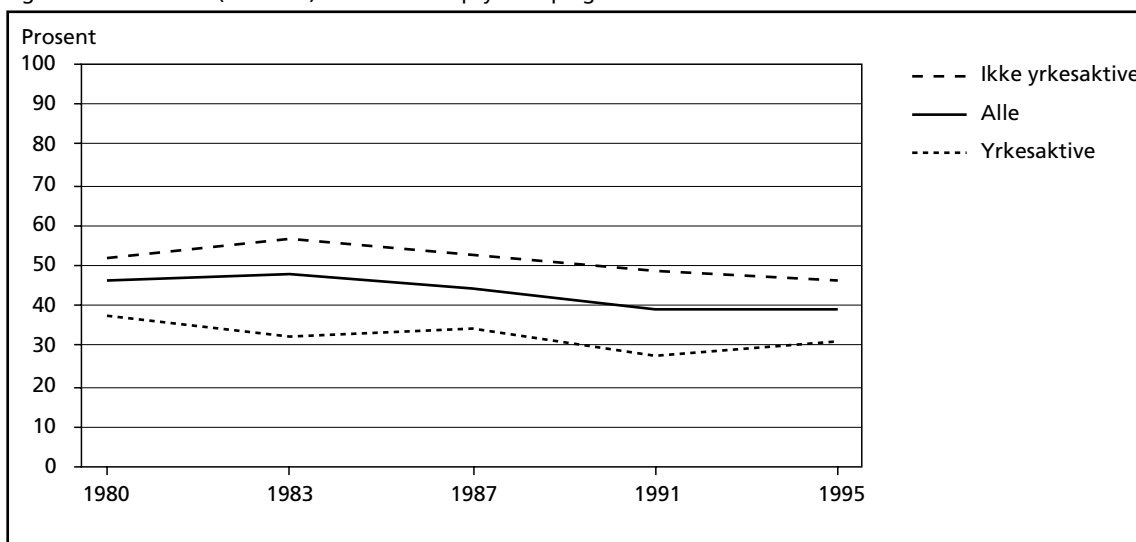
Figur 24 Andel eldre (55–66 år) kvinner med langvarig sykdom



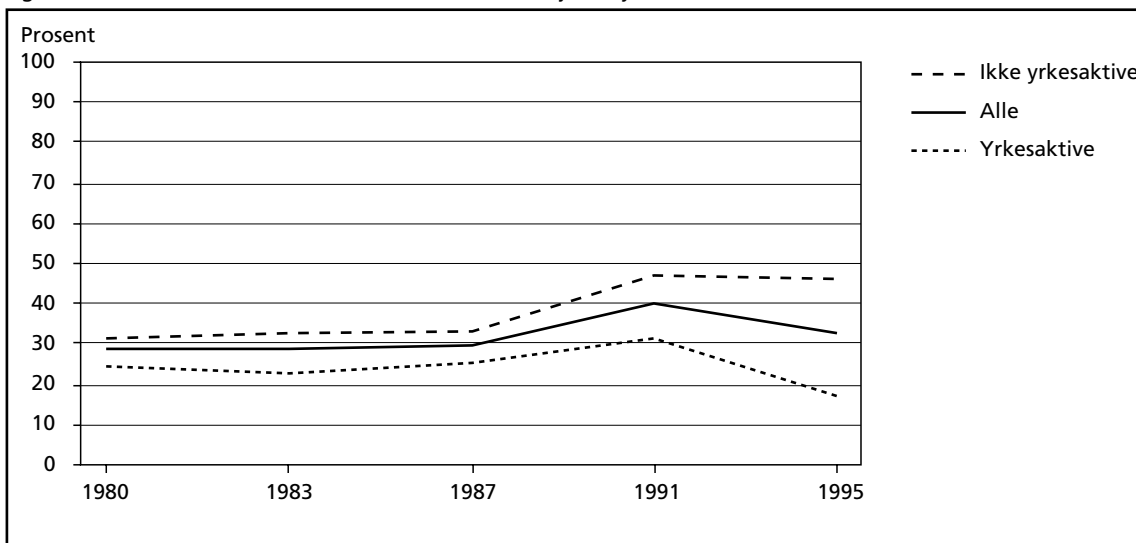
Figur 25 Andel eldre (55–66 år) kvinner med nedsatt arbeidsevne



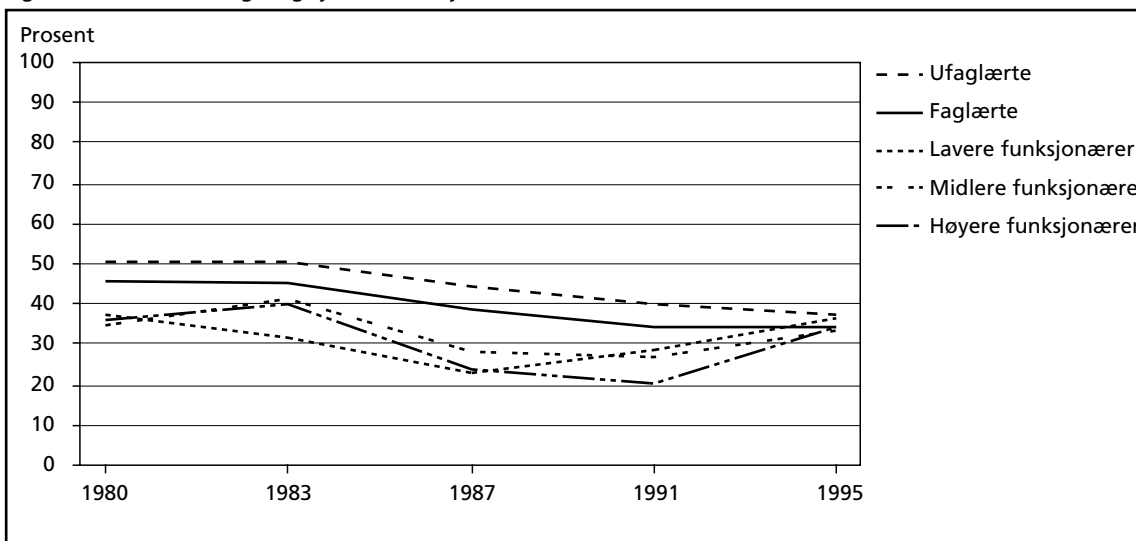
Figur 26 Andel eldre (55–66 år) kvinner med psykiske plager



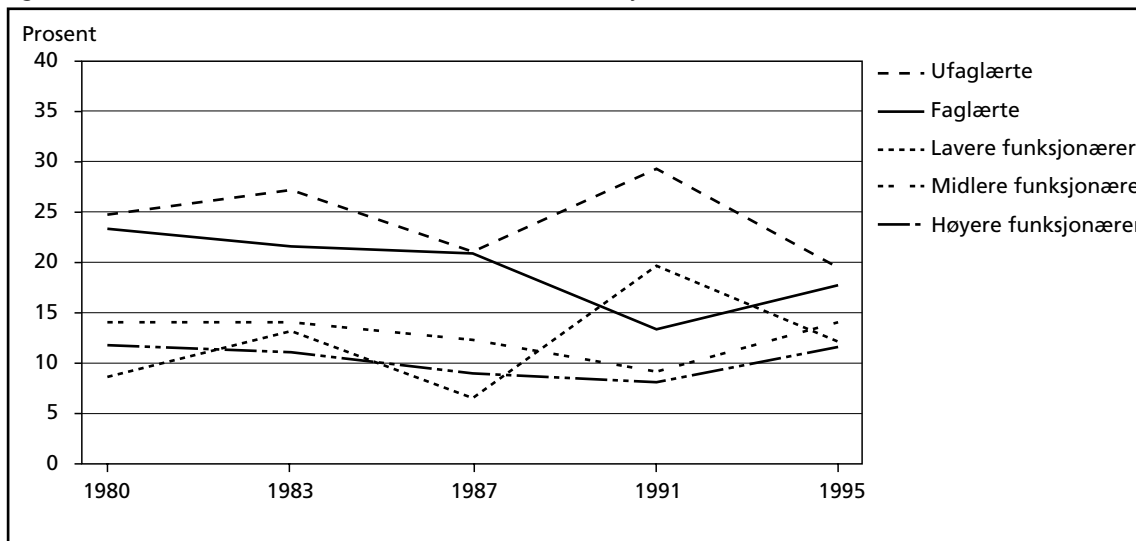
Figur 27 Andel eldre (55–66 år) kvinner med muskel, skjelettsykdom



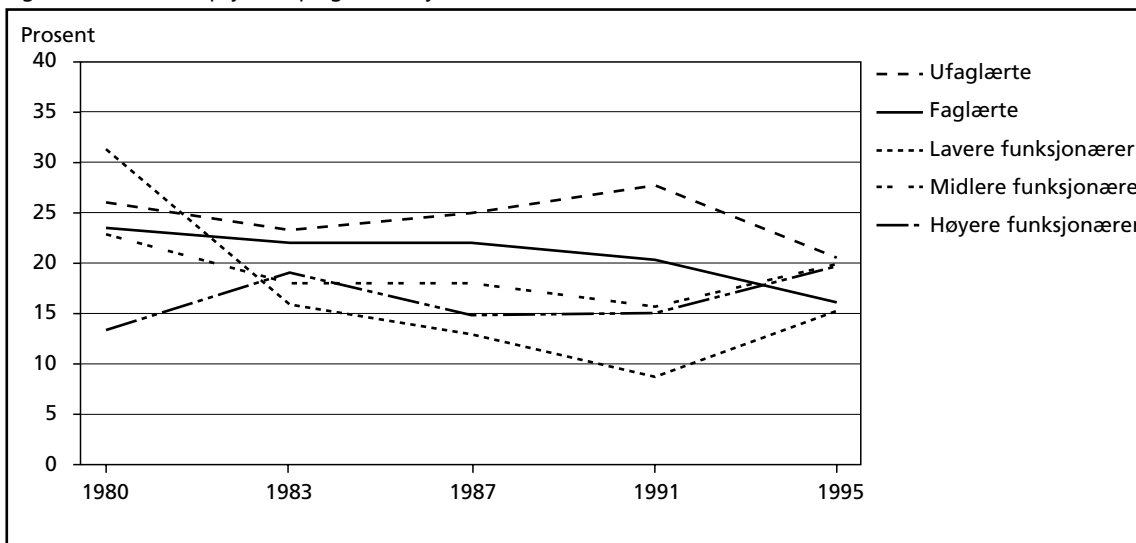
Figur 28 Andel med langvarig sykdom etter yrkesklasse. Menn 25–66 år



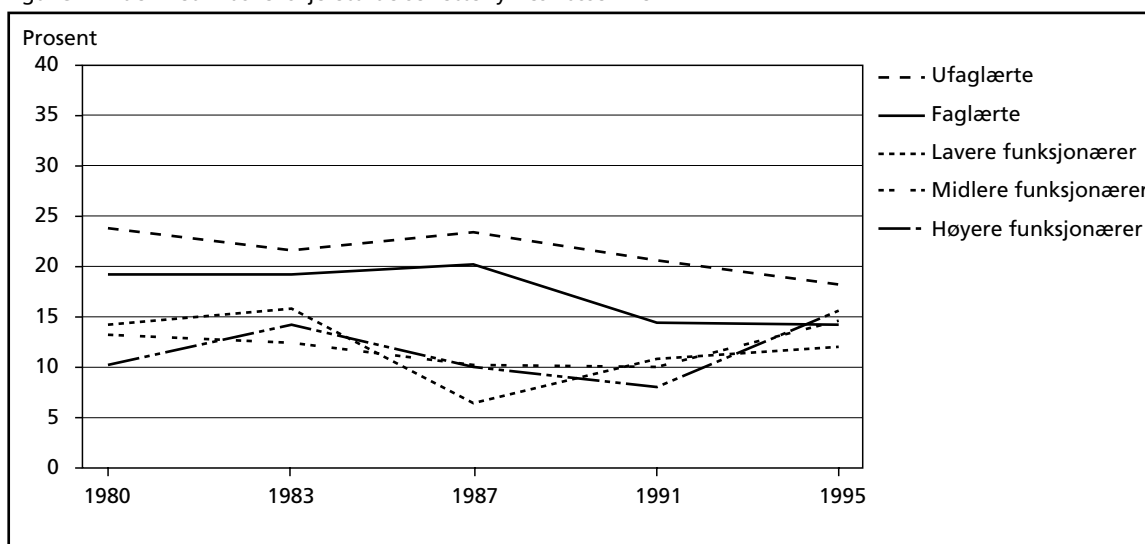
Figur 29 Andel menn 25–66 år med nedsatt arbeidsevne etter yrke



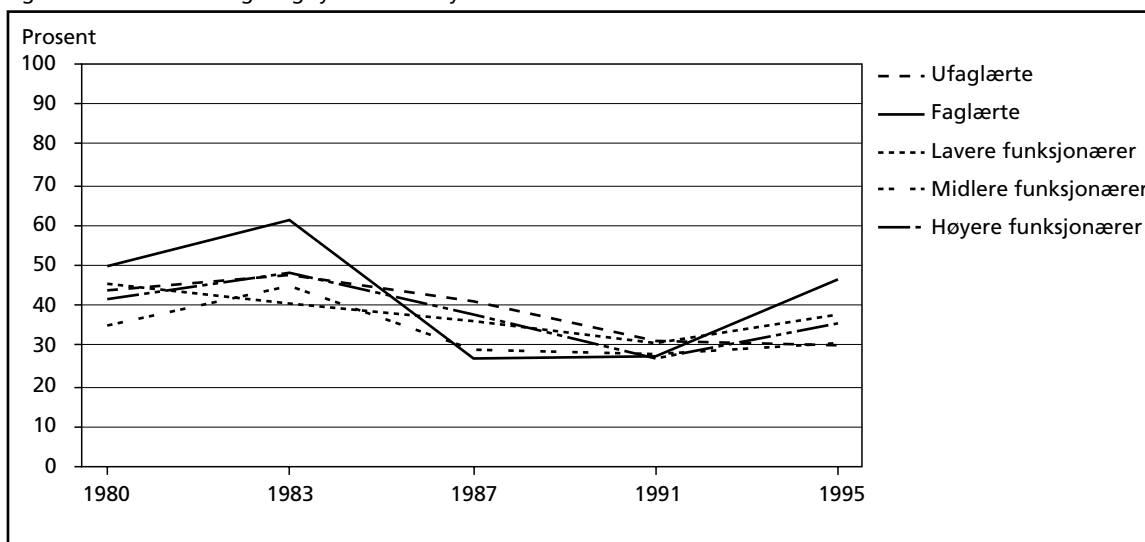
Figur 30 Andel med psykiske plager etter yrkesklasse. Menn



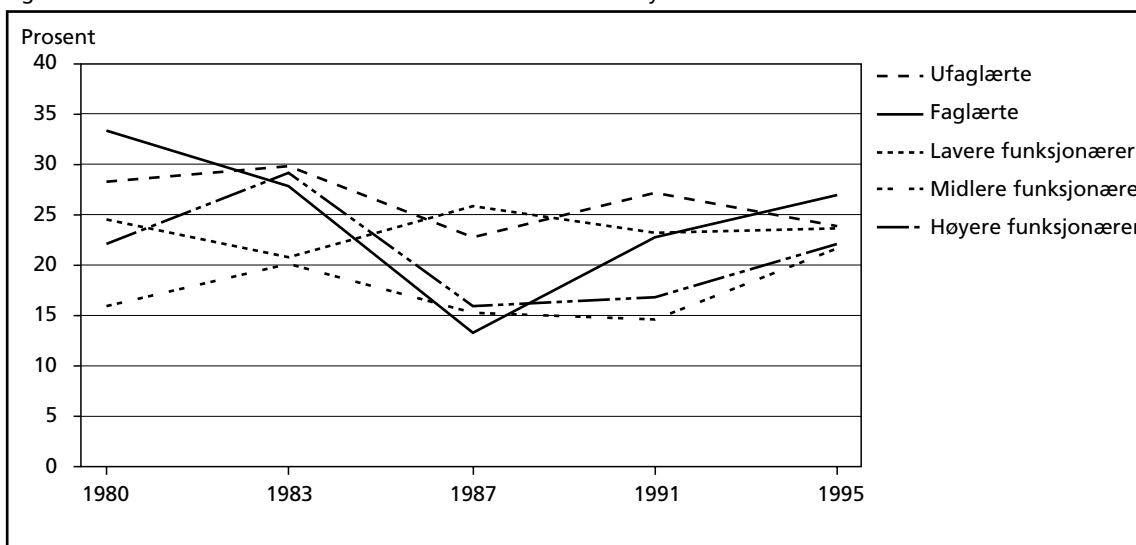
Figur 31 Andel med muskel-skjelettlidelser etter yrkesklasse. Menn



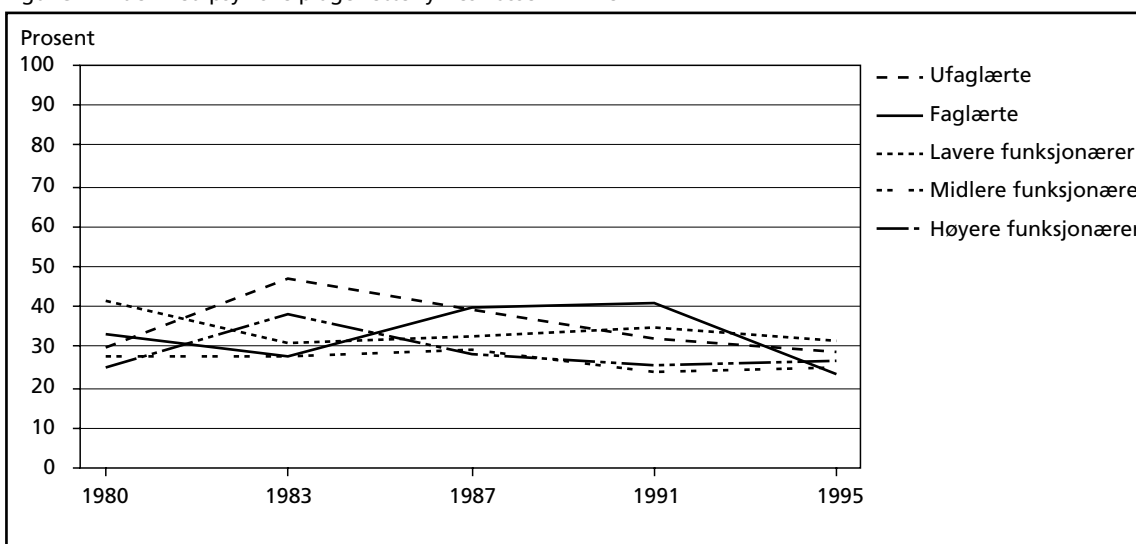
Figur 32 Andel med langvarig sykdom etter yrkesklasse. Kvinner



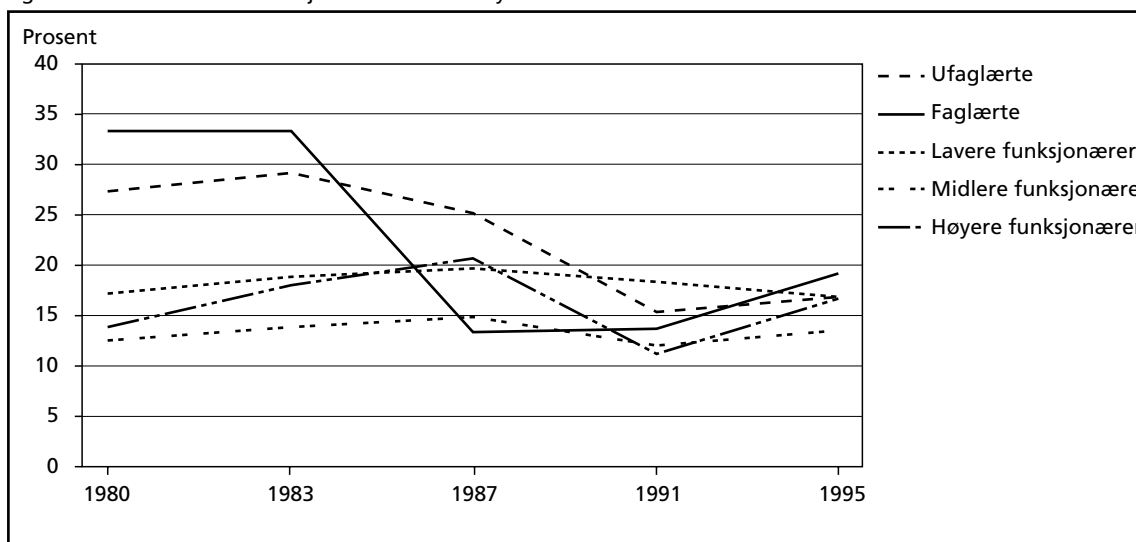
Figur 33 Andel kvinner 25–66 år med nedsatt arbeidsevne etter yrke



Figur 34 Andel med psykiske plager etter yrkesklasse. Kvinner

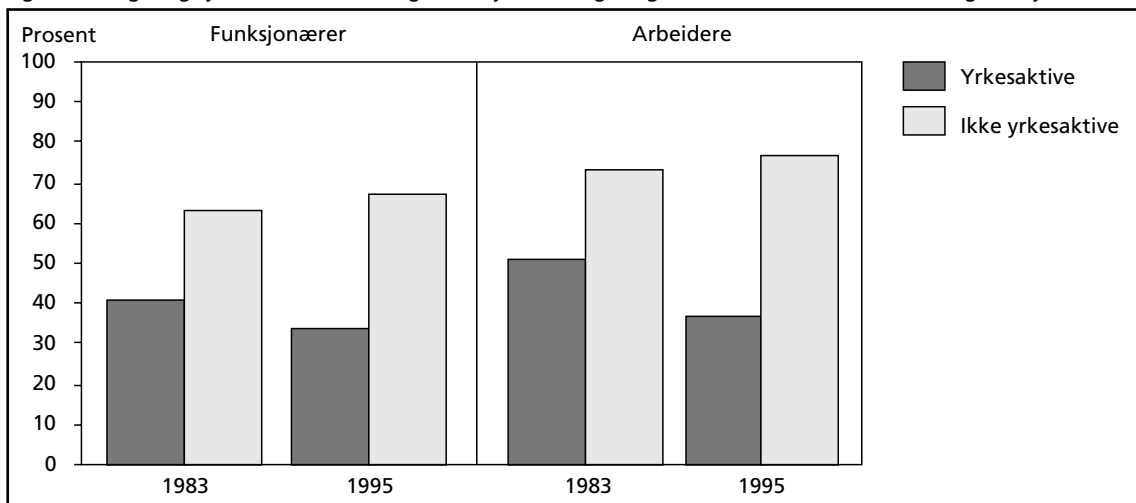


Figur 35 Andel med muskel-skjelettlidelser etter yrkesklasse. Kvinner

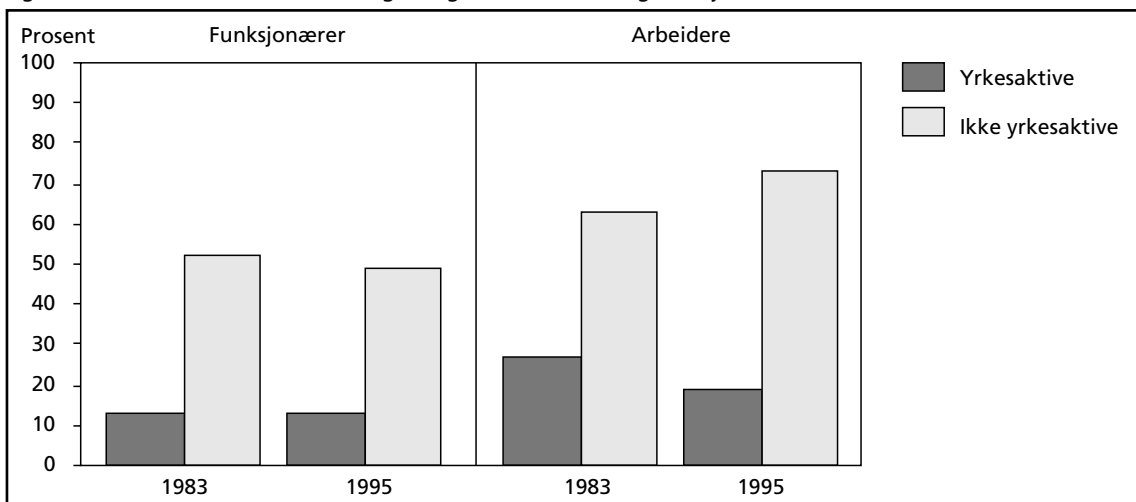




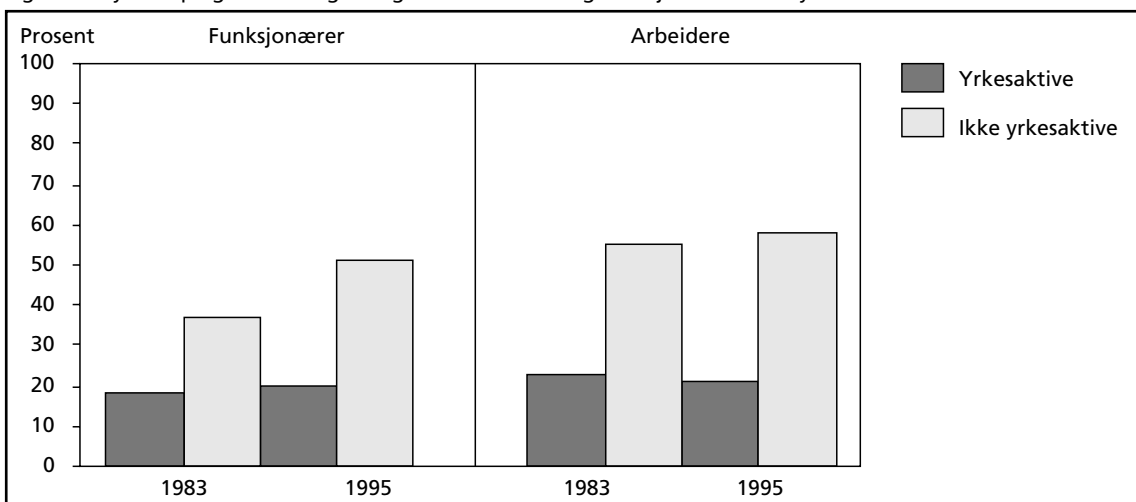
Figur 36 Langvarig sykdom blant mannlige funksjonærer og ufaglærte arbeidere. Yrkesaktive og ikke-yrkesaktive



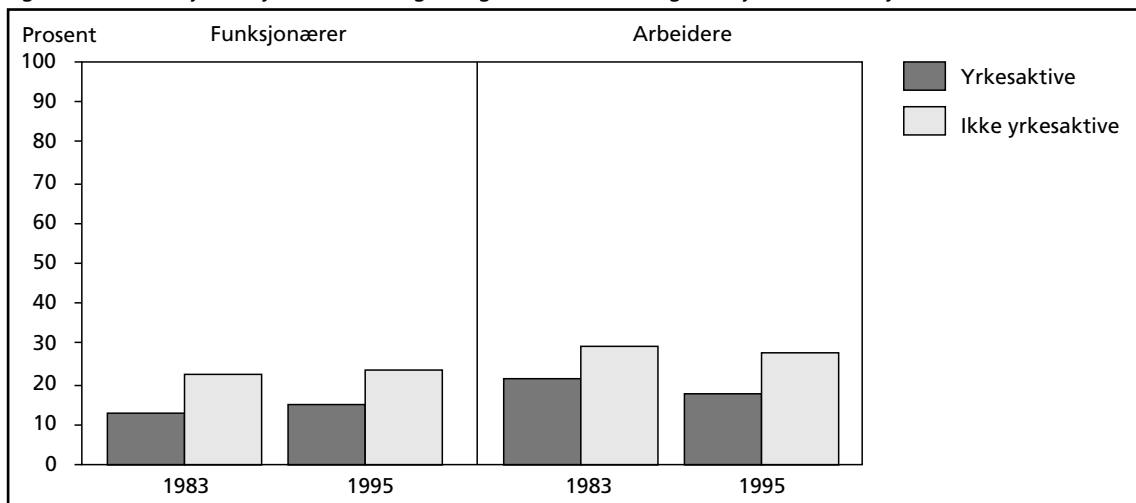
Figur 37 Nedsatt arbeidsevne. Mannlige ufaglærte arbeidere og funksjonærer



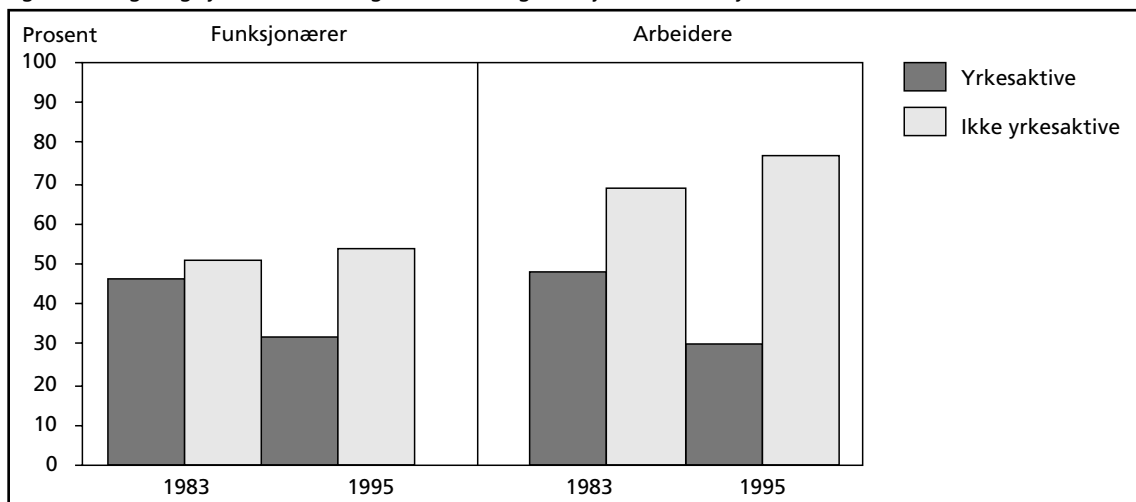
Figur 38 Psykiske plager. Mannlige ufaglærte arbeidere og funksjonærer etter yrkesaktivitet



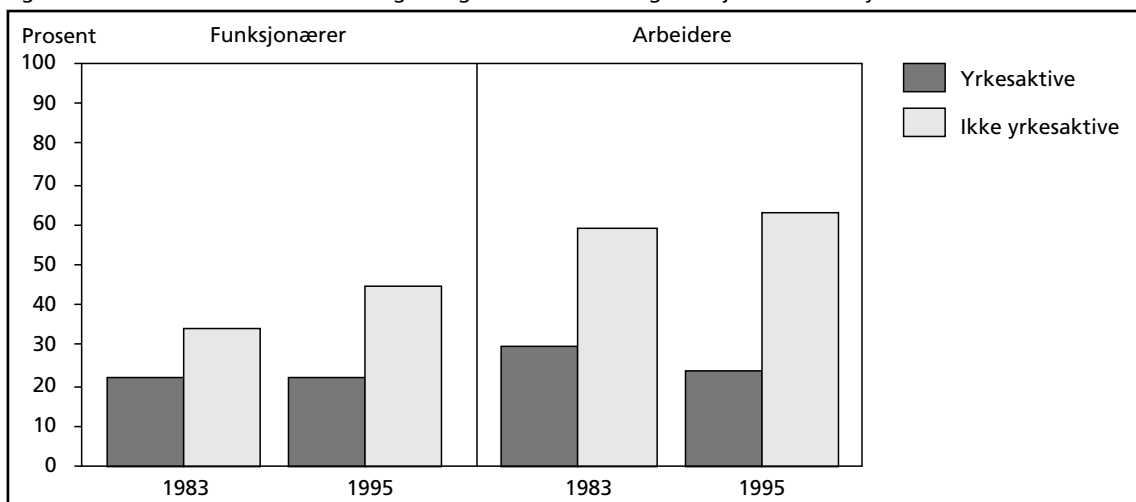
Figur 39 Muskel skjelettssykdom. Mannlige ufaglærte arbeidere og funksjonærer etter yrkesaktivitet



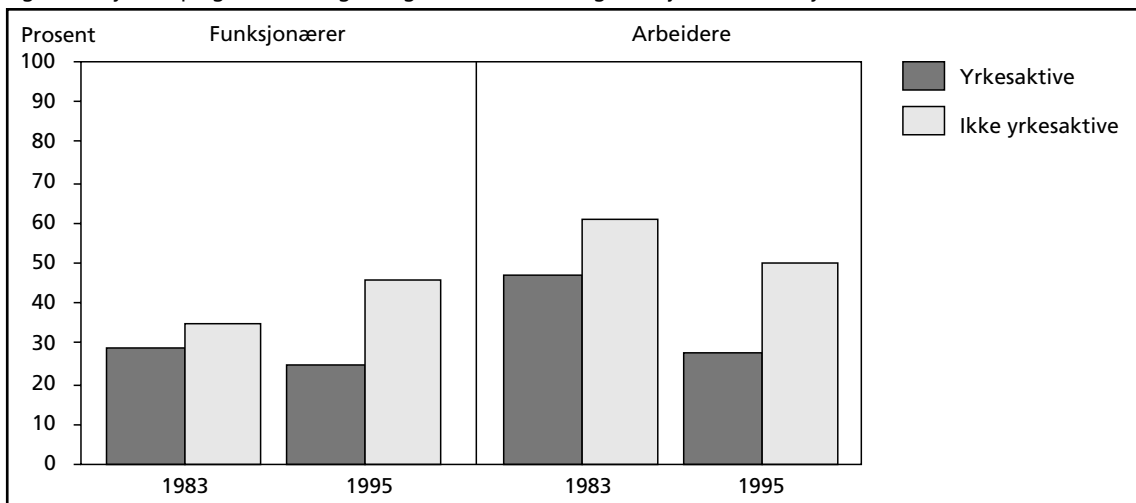
Figur 40 Langvarig sykdom. Kvinnelige arbeidere og funksjonærer etter yrkesaktivitet 1983-1995



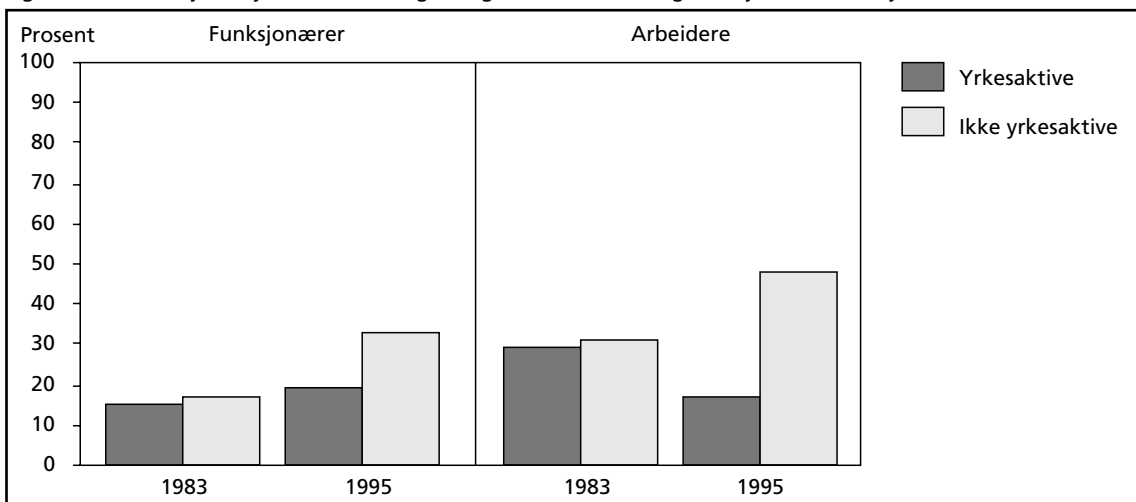
Figur 41 Nedsatt arbeidsevne. Kvinnelige ufaglærte arbeidere og funksjonærer etter yrkesaktivitet



Figur 42 Psykiske plager. Kvinnelige ufaglærte arbeidere og funksjonærer etter yrkesaktivitet



Figur 43 Muskel skjelettsykdom. Kvinnelige ufaglærte arbeidere og funksjonærer etter yrkesaktivitet



## 8 Oppsummering og diskusjon

Vår analyse av sykefraværstatistikken og levekårsdata for perioden 1980–1995 har søkt å belyse to hovedspørsmål.

Det første spørsmålet var om det er samvariasjon mellom trendene i utviklingen av sykefraværet og utviklingen i andelen ufaglærte arbeidere, eldre og syke i arbeidsstyrken. Svaret på dette spørsmålet er i hovedsak avkrefte, men la oss kvalifisere det nærmere. De trendene vi finner i levekårsundersøkelsene, går litt opp og ned, men har en hovedtendens som peker nedover: de viser en tendens til nedgang i andelen ufaglærte arbeidere, i andelen syke og i andelen mannlige eldre. Det er ingen knekk i noen av disse kurvene i 1987, slik sykefraværsutviklingen viser. Det som dermed strengt tatt står som uforklart, er veksten i sykefraværet fra 1980 til 1987. Resultatene fra analysen av levekårsdataene tilsier at vi skulle forvente en temmelig jevn nedgang fra 1980. Det er imidlertid tvilsom praksis å si at vi kan forklare utviklingen i sykefraværet for ett tidsintervall (1987–1995), mens vi ikke kan det for et annet tidsintervall (1980–1987).

Det andre spørsmålet var om det blant arbeidere og funksjonærer er samvariasjon mellom trendene i sykefraværet og tendensene i alderssammensetning og sykkelighet. Svaret på dette spørsmålet er langt på vei bekreftende. Blant mannlige arbeidere er det en nedgang i andelen eldre og i andelen syke. Blant kvinnelige arbeidere er det en nedgang i andelen syke, men ikke i andelen eldre. Eldreandelen avtar bare i funksjonærgruppene, men er nærmest uendret i begge arbeidergruppene. Blant kvinner finner vi således klare tegn til helse relatert avgang fra arbeidslivet, men denne er ikke aldersrelatert. Høy tilbøyelighet til uførepensjonering blant middelaldrende kvinner på annen halvdel av 1980-tallet er trolig en viktig grunn til denne kjønnsforskjellen.

I tillegg vil vi framheve følgende: For begge kjønn er det over tid en oppgang i sykkeligheten blant ikke-yrkesaktive og en nedgang i sykkeligheten blant yrkesaktive. Denne helsemessige polariseringen skyldes høyst sannsynlig helse relatert seleksjon ut av yrkeslivet, det vi har omtalt som «the healthy worker effect». Denne effekten ser også ut til å ha vokst seg sterkere blant arbeidere enn blant funksjonærer. Dette funnet samsvarer med våre antakelser og harmonerer med tidligere norsk og utenlandsk forskning (Bartley og Owen 1996, Dahl 1994). Dette innebærer at klasseforskjellene med hensyn til sykkelighet tilsynelatende har minsket og er så å si utvisket i 1995, og dessuten at forbedringen i helse til hele den yrkesaktive befolkningen et stykke på vei kan tilskrives bedret helse blant arbeiderne.

La oss først påpeke enkelte svakheter ved vårt datagrunnlag og metoden som er brukt. For det første: Rikstrygdeverkets og NHOs sykefraværstatistikk er de eneste kildene som gir tidsserier så langt tilbake som til 1980. NHOs statistikk er basert på et utvalg av private bedrifter, noe som selvsagt gir mulighet for tilfeldige svingninger. Rikstrygdeverkets statistikk er mer omfattende, men innbefatter bare sykefravær som varer 14 dager eller mer. Dessuten mangler det tall for to år. Valget har stått mellom å undersøke fraværsutviklingen i Norge med mangelfulle tall, eller å la det være. Vi har valgt å bruke disse kildene, men er fullt ut klar over at de er langt fra fullkomne.

For det andre er det svakheter ved Levekårsundersøkelsene. De er utvalgsundersøkelser, og dermed må vi regne med betydelige svingninger fra år til år som skyldes tilfeldigheter. I tillegg kommer mulige uoverensstemmelser mellom LKU og NHO-statistikken når det gjelder definisjoner. Vi vet ikke hvor forskjellige definisjonene av henholdsvis arbeidere og funksjonærer er i de to datakildene. Dessuten har det blitt påpekt at skillet mellom manuelt og ikke-manuelt arbeid i SSBs yrkesklassifisering ikke er gyldig i like stor grad for kvinner som for menn. Kvinner som SSB klassifiserer som lavere funk-

sjønærer, kan likevel ha hardt manuelt arbeid, f. eks. som hjelpepleiere. Dessuten har vi et problem med benevnelser og realia. Har en ufaglært arbeidere i dag de samme arbeidsforholdene og den samme jobbsituasjonen som for 15 år siden? Kan det tenkes at en del jobber har skiftet navn men ikke innhold? Slike begrepsmessige uklarheter er vanskelige å løse. Her vil vi nøye oss med å påpeke dem. I Levekårsundersøkelsene har vi heller ikke hatt mulighet til skille mellom offentlig og privat ansatte. Dette svekker også sammenlignbarheten med offisiell statistikk.

For det tredje har vi brukt enkel statistikk. I denne typen aggregert analyse er det vanlig å bruke tidsserieanalyse med spesielle regresjonsteknikker. I og med at LKU bare finnes for fem år, er denne vanskelig å bruke. Vi har dermed nøyd oss med en visuell inspeksjon av en mulig samvariasjon mellom utviklingstendensene. Vi har heller ikke gjennomført signifikanstesting av resultatene. Den støtten, eller manglende støtten, vi finner for våre antakelser, er derfor ikke basert på hypotesetesting i noen statistisk forstand, men må gis en noe mer løselig og foreløpig tolkning.

Vi kan selvsagt ikke se bort fra den muligheten at våre data er gode nok, *og* at det faktisk er en sammenheng mellom endringer i arbeidsstyrken og i sykefraværsutviklingen, *men* at det er andre krefter som modifierer eller til og med motvirker denne sammenhengen. La oss ta den manglende samvariasjonen mellom sykkelighet og sykefravær i perioden 1980–1987 som eksempel. I denne perioden gikk sykefraværet noe opp, mens sykkeligheten gikk ned. En uobservert faktor som kan ha opphevet effekten av fallende sykkelighet, kan for eksempel være knyttet til en kulturell understrøm. «Tidsånden» kan ha ført til et forbigående økning i uttak av sykepenger. En alternativ eller supplerende forklaring er konjunkturutviklingen. Lavkonjunkturen startet og arbeidsledigheten tok til å vokse omtrent samtidig med at sykefraværet begynte å synke. Pedersen (1996) har drøftet flere forklaringer på hvorfor sykefraværet ser ut til å svinge parallelt med konjunkturutviklingen.

Selvrapportert sykkelighet er et fenomen det kan sies mye om. Det finnes ikke så mange validitetsstudier av akkurat de indikatorene vi har brukt. Derimot finnes det valideringer av andre indikatorer som ligner på våre (Elstad 1996, Lundberg 1991). Dessuten foreligger flere studier som viser at selvrapportert global helse predikerer dødelighet utover det som klinisk, objektiv medisinsk sykdom (disease) gjør. Moum (1991) har også påvist at global helse dannes blant annet av selvrapportert sykkelighet. Viktigst i denne sammenhengen er imidlertid vår påvisning av at selvrapportert sykkelighet, slik vi har definert det her, henger nært sammen med sykefraværet slik det er rapportert i Levekårsundersøkelsen 1991 (se tidligere i denne artikkelen).

Siden 1991 har «arbeidslinja» vært sosialdemokratiets overordnede velferdspolitiske målsetting. Ett helt sentralt element i denne strategien er at også folk med redusert helse og som er tilårskomne, skal ha rett til å jobbe. Det er til fordel for dem selv, og det er til fordel for samfunnet. Selv om datagrunnlaget er spinkelt med bare to observasjonspunkter, er det få tegn til bedring de siste fem åra. Mye tyder også på at utsilingen av arbeidstakere med helseproblemer har en sosial slagside: arbeidere rammes i større grad enn funksjonærer. Det kan selvsagt hevdes at arbeidslinjepolitikken har hjulpet, og at det ville vært enda verre uten.

Vi vet ikke om utviklingen de siste åra er et ledd i en langvarig trend, eller om det er et mer kortvarig konjunkturfenomen. Dersom det er det sistnevnte som er tilfelle, kan vi ikke se bort fra at sysselsettingsstasjonen igjen kan snu seg til det bedre for syke og eldre.

Den økende helsepolariseringen har også konsekvenser for velferdsforskningen og metodene som brukes der. At helse og yteevne blir stadig viktigere i dagens arbeidsmarked, betyr at levekår og helse knyttes *ettere* sammen over tid. Dette skyldes at arbeidsmarkedet er den desidert viktigste velferdsarenaen - også i sosialdemokratiske velferdsstater med sine relativt generøse kontantytelser (NOU 1993:17, Levekårsutredningen). Det paradoksale er at denne utviklingen skjer til tross for at sammenhengen mellom yrkesklasse og helse tilsynelatende *avtar* over tid. Grunnen til dette paradokset er den iboende svakheten ved å benytte kun nåværende yrke som indikator på sosioøkonomisk posisjon. En ukritisk og ureflektert bruk av indikatoren «yrkesklasse» skaper et betydelig måleproblem dersom

«tidligere yrkesklasse» blir oversett. Fordi det varierer hvor alvorlig dette måleproblemet er, og fordi det øker systematisk over tid, er det en iboende fare for å trekke feilaktige konklusjoner fra den typen tidsserieanalyse vi her har foretatt: Vår analyse indikerer i første omgang at klasseeffekten tilsynelatende har tapt seg. Ved nærmere ettersyn viser det seg imidlertid at det er den «sunne arbeider»-effekten som har vokst i styrke. Det er forsvarlig å bruke yrkesklasse dersom man har informasjon om tidligere yrke, men dette er ikke alltid tilgjengelig. Bare i to av fem levekårsundersøkelser (1983 og 1995) finnes det tresifrede koder for tidligere yrke som tillater aggregering til sosioøkonomiske grupper eller «klasser». Når slike muligheter ikke finnes, bør man vurdere å bruke alternative indikatorer på sosioøkonomisk posisjon, som for eksempel utdanning og/eller inntekt, selv om disse igjen skaper enkelte andre problemer.

En viktig samfunnsvitenskapelig implikasjon er at helse som ressurs blir viktigere og viktigere for sosial integrasjon, for folks velferd og for deres livssjanser. Lenge har «human capital» i form av utdanning vært oppfattet som den mest kritiske ressursen for suksess i arbeidslivet. De funnene vi har gjort her, antyder at helse bør tillegges større vekt i framtidig arbeidsmarkedsforskning og i studier av sosial mobilitet.

## 9 Konklusjon

Vi finner bare svak samvariasjon mellom trendene i utviklingen av sykefraværet og utviklingen i andelen ufaglærte arbeidere, eldre og syke i arbeidsstyrken. Hovedtrendens i levekårsundersøkelsene er at trendene peker nedover, og det er ingen knekk i 1987 slik det er for sykefraværsutviklingen. Derimot finner vi blant arbeidere og funksjonærer en samvariasjon mellom trendene i sykefraværet og utviklingen av sykkeligheten. Dette støtter den oppfatningen at konvergensen i sykefraværsutviklingen for disse to klassene henger sammen med at arbeiderne har fått bedre helse over tid, mens funksjonærenes helse har vært mer stabil, og at mekanismen som gjelder her – «helse relatert avgang fra arbeidslivet» – øker sterkere blant arbeidere enn blant funksjonærer.

# Litteratur

- Album, D. (1984) "Standard for inndeling etter sosioøkonomisk status." *Standarder for norsk statistikk 5*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Barnard, K. (1983) «Influence of economic stability on health. Report on the symposium.» I D.A.B Lindberg og P.L. Reichertz (red) *Influence of economic stability on health*. Berlin: Springer Verlag.
- Bartley, M. og Owen, C. (1996) «Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93». *BMJ* 313, 445–449.
- Bell, D. (1976) *The coming of post-industrial society*. New York: Basic Books
- Botten, G. (1993) «Kjønnsulikheter i sykkelighet og dødelighet.» I B. Schei, G. Botten, og J. Sundby (red) *Kvinnemedisin*. Oslo: As Notam Gyldendal.
- Brenner, M.H. (1973) *Mental illness and the economy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Brenner, M.H. (1979) «Mortality and the national economy». *The Lancet* 15 sept, 568–573.
- Claussen, B. (1994) *Deprived of work and health?* Research report No F1-1994. Oslo: National Institute of Public Health.
- Dahl, E. (1993) *Bedre føre var... Personalpolitikk for livsløpsplanlegging*. Fafo-rapport 150. Oslo: Fafo
- Dahl, E. (1994) *Sosial ulikhet i helse: artefakter eller seleksjon?* Fafo-rapport. Oslo: Fafo.
- Dahl, E. (1996) *Nytter det å følge opp sykmeldte?* Fafo-notat 1996:3. Oslo: Fafo.
- Dahl, E. og Birkelund, G.E. (1996) «Health inequalities in later life in a social democratic welfare state.» Under trykking i *Social Science and Medicine*.
- Dahl, E. og Birkelund, G.E. (1996) «Sysselsetting, klasse og helse, 1980–1995. En analyse av fem norske levekårsundersøkelser.» Innlegg på *Nordic Workshop on Health Inequalities*, Stockholm 21–23 november 1996.
- Ellingsæther, A.L. (1995) «Ulikhet i det postindustrielle samfunnet: Klasse, kjønn og generasjon.» *Sosiologisk tidsskrift*, 3; 263–284.
- Elstad, J.I. (1996) «Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status – a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway.» *Soc Sci Med*, 42: 75–89.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. og Korpi, W. (1987) «From poor relief to institutional welfare states: The development of Scandinavian Social Policy.» I Erikson, R. et al. (red) *The Scandinavian model: Welfare states and welfare research*. London: Sharpe Inc.
- Esping-Andersen, G. (red) (1993) *Changing classes*. London: Sage.
- Esping-Andersen, G. og Kolberg, J.E. (1992) «Decommodification and work absence.» I J.E. Kolberg (red) *Between work and social citizenship*. London: Sharpe Inc.
- Feinstein, J.S. (1993) «The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature.» *The Milbank Quarterly* 71, 279–322.



- Fox, J. (red) (1989) *Health inequalities in European countries*. Aldershot: Gower
- Grimsmo, A. (1996) *Norsk arbeidsmiljø i en endringstid*. AFIs rapportserie nr. 4/1996. Oslo: AFI.
- Grunfeldt, B. (1993) «Sykdomsbegrepet sett i lys av de økonomiske og politiske realiteter.» *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 113: 375–376.
- Hagen, K. og Hippe, J. (1992) *Alle vet jo at...Rapport om sykelønn og sykefravær*. Fafo-rapport nr. 119. Oslo: Fafo.
- Hagen, K. (1991) «Linjer i velferdsstatsforskningen. Velferdsstat fra myte til samfunnsformasjon.» *Tidsskrift for samfunnsforskning* 32, 187–216.
- Halvorsen, K. (1996) *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Tano Aschehoug
- Hjort, P.F. og Waaler, H.T. (1996) «Eldres helse.» Kap 10 i P. Hurlen og R. Nordhagen (red) *Folkehelse i forandring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kangas, O. (1991) *The politics of social rights. Studies on the dimensions of sickness insurance in OECD countries*. Swedish Institute for Social Research 19, Stockholm: Universitetet i Stockholm.
- Karasek, R. og Theorell, T. (1990) *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kolberg, J.E. (1989) *Sykefraværets variasjoner: et makro-sosiologisk perspektiv*. Bergen: Universitetet i Bergen
- Kolberg, J.E. og Esping-Andersen, G. (1992) «Welfare states and employment regimes.» I Kolberg, J.E. (red) *Between work and social citizenship*. London: Sharpe Inc.
- Kolberg, J.E. og Kolstad, A. (1993) «Stratificational order in Norway.» I Esping-Andersen, G. (red) *Changing classes. Stratification and mobility in post-industrial societies*. London: Sage.
- Lundberg, O. (1990) *Den ojamlika hälsan. Om klass och könsskillnader i sjuklighet*. Stockholm: Almqvist och Wiksell International.
- Macintyre, S. (1986) «The patterning of health by social position in contemporary Britain: Directions for sociological research.» *Social Science and Medicine* 21: 393–415.
- Mastekaasa, A. (1996) «Unemployment and health: Selection effects.» *Journal of Community & applied Social Psychology*, 6: 189–205
- Modesta Olsen, K og A. Mastekaasa, A. (1996) *Gender differences in sickness absence: How important are job characteristics?* Oslo: Universitetet i Oslo og Institutt for samfunnsforskning.
- Moum, T. (1991) «Egenvurdert helse. Medisinske og sosiologiske forklaringsmodeller.» I Moum T (red) *Helse i Norge. Sykdom, livsstil, og bruk av helsetjenester*. Oslo: Gyldendal
- Nasjonalt helseplan* (1988) St.meld. nr. 41 (1987-88). Oslo: Sosialdepartementet
- Nordhagen, R. (1996) «Den skal tidlig krøkes...» Kap 15 i P. Hurlen og R. Nordhagen (red) *Folkehelse i forandring*. Oslo: Universitetsforlaget
- NOU 1993:17 *Levekår i Norge. Er graset grønt for alle?* Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.
- NOU 1994:2 *Fra arbeid til pensjon*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Olsen, K.M. og Mastekaasa, A. (1996) *Kunnskapsstatus over sykefraværskforskning – en oppsummering og vurdering av perioden 1980–1996*. Oslo

- Parsons, T. (1958) «Definitions of health and illness in light of American values and social structure.» I E.G. Jaco (red) *Patients, physicians and illness: A sourcebook in behavioural science and health*. New York: Free Press.
- Pedersen, A.W. (1996) *Sykefraværet og arbeidslinja*. Fafo-notat 1996:4. Oslo:Fafo.
- Pape, T. (1993) *Arbeidsmiljø i Norge*. Fafo-rapport 149. Oslo: Fafo.
- Risa, A.E. (1990) *Utsikta aktørrespons på trygdeordninger. Eit oversyn over internasjonal empirisk litteratur*. SEFOS-notat nr. 47. Bergen SEFOS.
- Smith, G.D. med flere (1990) «The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on.» *British Medical Journal* 301: 373–377.
- Teigum (1992) *Levekårsundersøkelsene 1980, 1983, 1987 og 1991. Dokumentasjon og frekvenser*. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste
- Tellnes, G. med flere (1996) *Insidens av langtidssykemeldinger*. Rapport 2/96 Oslo: Rikstrygdeverket
- Tellnes, G (red) (1994) *Trygdemedisinsk årbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Verbrugge, L.M. (1987) «Gender, aging, and health». I Markides, K.S. (red) *Aging and health. Perspectives on gender, race, ethnicity, and class*. Newbury Park: Sage
- Waldrop, A. (1992) *Før vi vet ordet av det. En analyse av personalpolitiske tiltak for eldre arbeidstakere*. Fafo-rapport 133. Oslo: Fafo



# Syssetting, sykefravær og sykkelighet 1980–1995



Forskningstiftelsen Fafo  
Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen  
N-0608 Oslo  
<http://www.fafo.no>

Fafo-notat 1997:10  
Bestillingsnummer 878