

Utviklingen i sykefraværet, 3. kvartal 2016

Skrevet av Therese Sundell 15.12.2016 (therese.sundell@nav.no)

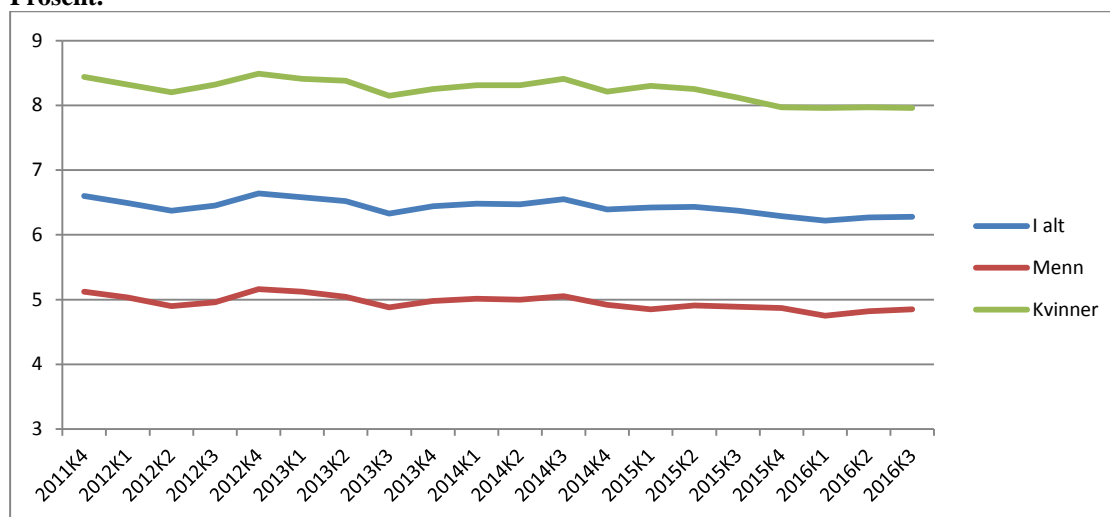
Stabilt sykefravær viser sesongjusterte tall

Det totale sesongjusterte sykefraværet er nå på 6,3 prosent. Det viser nye sesong- og influensajusterte tall. Det var en økning i det egenmeldte sykefraværet på 2,7 prosent, og det legemeldte gikk ned med 0,2 prosent. Samlet økning var på 0,3 prosent.

Figur 1 viser utviklingen i det sesong- og influensajusterte sykefraværet de siste fem årene. Som vi ser av figuren, har sykefraværet vært relativt stabilt i denne perioden. Fra 2015 og frem til siste kvartal har det totale sykefraværet gått ned fra 6,45 prosent til 6,28 prosent.

Målet om 20 prosent reduksjon er videreført i ny IA-avtale. Siden 2001 har sykefraværet gått ned med 13,6 prosent, og målet i IA-avtalen er dermed fortsatt ikke nådd.

Figur 1. Egen- og legemeldt sykefravær, sesong- og influensajustert. 4. kvartal 2011 – 3. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: SSB og NAV

Om sesongjustering og innføringen av A-ordningen

Effekten av innføringen av nytt datagrunnlag i 1. kvartal 2015 på sykefraværsprosenten er svært liten, også når det gjelder egenmeldt og legemeldt fravær hver for seg. Men siden det egenmeldte fraværet er lavere enn det legemeldte gir denne effekten større utslag i endringstallet for egenmeldt enn for legemeldt fravær. Tabellen under viser prosentvis endring i sesong- og influensajusterte tall fra 2. kvartal 2001 til 3. kvartal 2016, både når man justerer og ikke justerer for effekten av innføringen av nytt datagrunnlag i 1. kvartal 2015. Forskjellen i utviklingen av egen- og legemeldt bør for øvrig sees i sammenheng med at det blitt flere IA-bedrifter hvor det tillates inntil 8 dagers egenmelding.

Prosentvis endring 2. kv. 2001 – 3. kv. 2016	Egen- og legemeldt	Egenmeldt	Legemeldt
Justert	-13,6	14,2	-17,2
Ikke justert	-12,9	20,3	-17,1

Fordelen med sesongjusterte tall er at vi fjerner sesongvariasjonene mellom kvartalene. Dette gjør det mulig å fange opp trendskifter i sykefraværet tidligere enn når man sammenligner ujusterte tall med samme kvartal år før. Det kan i tillegg gjøre det lettere å avdekke mulige effekter på sykefraværet av for eksempel regelendringer og strukturelle endringer på arbeidsmarkedet. Vi justerer også for sesonginfluensa som varierer fra år til år med hensyn til hvilket kvartal det faller. Foreløpig publiserer vi kun sesong- og influensajusterte legemeldte tall for kvinner og menn.

Svak stigning i det registrerte legemeldte sykefraværet¹

Heretter omtales kun det registrerte legemeldte sykefraværet. I 3. kvartal 2016 var det legemeldte sykefraværet 5,4 prosent. En økning på 0,9 prosent sammenlignet med samme kvartal året før. Sykefraværet var stabilt for kvinner (+0,2 %) og viste en svak økning for menn (+1,5 %).

Sykefraværet har ikke vært publisert siden 4. kvartal 2014. I de 7 kvartalene siden forrige publisering har sykefraværet holdt seg stabilt med en svak nedgang for det legemeldte sykefraværet.

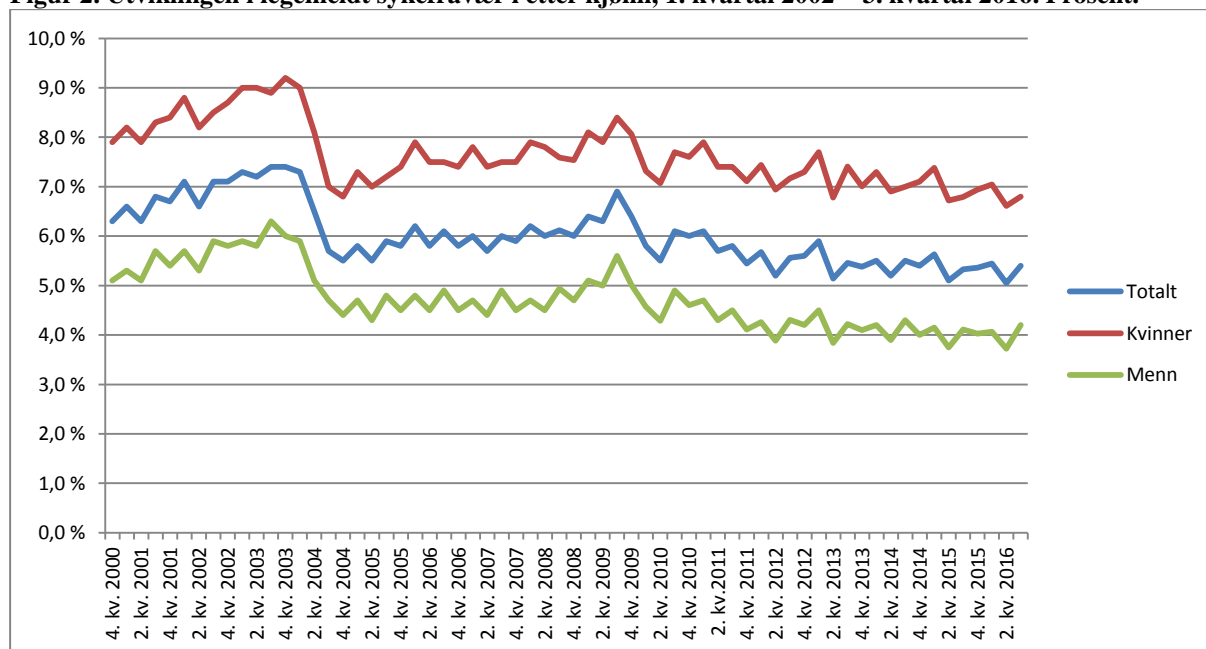
I løpet av de to første kvartalene av 2016 gikk sykefraværet noe ned, se tabell 1. I 1. kvartal sank sykefraværet fra 5,6 prosent i 2015 til 5,4 prosent i 2016. Dette tilsvarer en nedgang på 3,8 prosent. I 2. kvartal 2016 gikk også sykefraværet ned. Da sank sykefraværet med 1,1 prosent. Det har vært noe større nedgang blant kvinner enn blant menn i denne perioden.

Tabell 1: Legemeldt sykefravær for menn og kvinner. Prosent og prosentvis endring fra 1. kvartal 2015 til 3. kvartal 2016

	Totalt	Kvinner	Menn	Prosentvis endring totalt	Prosentvis endring kvinner	Prosentvis endring menn
1. kv. 2015	5,6 %	7,4 %	4,1 %			
2. kv. 2015	5,1 %	6,7 %	3,8 %			
3. kv. 2015	5,3 %	6,8 %	4,1 %			
4. kv. 2015	5,4 %	6,9 %	4,0 %			
1. kv. 2016	5,4 %	7,0 %	4,1 %	-3,8 %	-4,6 %	-2,0 %
2. kv. 2016	5,0 %	6,6 %	3,7 %	-1,1 %	-1,7 %	-0,7 %
3. kv. 2016	5,4 %	6,8 %	4,2 %	0,9 %	0,2 %	1,5 %

Kilde: NAV

Figur 2. Utviklingen i legemeldt sykefravær i etter kjønn, 1. kvartal 2002 – 3. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV

¹ Innføringen av A-ordningen i januar 2015 har gitt et nytt datagrunnlag for beregning av tapte og avtalte dagsverk. Effekten av nytt datagrunnlag på sykefraværsprosenten er liten men den kan variere mellom fylker og næringer. Vi har derfor valgt å ikke publisere endringstall mellom 2014 og 2015.

Studier av sykefraværet viser hvor sammensatt og mangfoldig årsakene til fravær er. Når sykefraværet endrer seg, er det derfor utfordrende å finne de spesifikke årsakene til svingningene. Det er ofte vanskelig å avgjøre hvor stor del av svingningene som skyldes regelendringer, og hva som kan forklares av andre faktorer.

Effekten av usikkert arbeidsmarked på sykefraværet

Arbeidsmarkedet har vært inne i en oljedrevet nedgangskonjunktur siden slutten av 2014, og arbeidsledigheten har økt betydelig på Sør-Vestlandet. Den har hovedsakelig rammet menn knyttet til næringer som er avhengig av oljebransjen. Vi vet fra tidligere analyser at konjunkturer i arbeidsmarkedet spiller en viktig rolle i sykefraværet. Selv om det totale legemeldte sykefraværet ikke har økt siden 2015, ser vi store regionale forskjeller knyttet til endringer i sykefraværet.

I Rogaland stiger sykefraværet kraftig. I 3. kvartal 2016 økte sykefraværet fra 4,5 prosent til 4,8 prosent sammenlignet med samme kvartal i fjor. Det er den største økningen blant alle fylkene. Sykefraværet økte noe mer for menn enn for kvinner men forskjellen er ikke betydelig for dette kvartalet. Videre ser vi at noen næringer i Rogaland skiller seg ut med stor økning i sykefraværet, og det gjelder spesielt eiendomsdrift, teknisk tjenesteyting, finansiering og forsikringsvirksomhet og elektrisitet-, vann og renovasjon som har en økning på over 20 prosent. Større næringer med økning i sykefraværet er industrien hvor sykefraværet økte med 9 prosent.

Den gjennomsnittlige varigheten i Rogaland har økt, og det har blitt flere lange tilfeller over 26 uker. Denne stemmer godt overens med funnene fra artikkelen «Utviklingen i sykefraværet: Betydningen av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer» i Arbeid og Velferd 2/2014. Den viser at arbeidsmarkedet påvirker sykefraværet på to ulike måter. Det blir færre nye påbegynte sykefraværstilfeller når ledigheten er høy, men den gjennomsnittlige varigheten for sykefraværene øker. Dette kan tyde på at det finnes en form for disiplinering blant arbeidstakerne når ledigheten øker. Samtidig ser vi at de som allerede er sykemeldt får lengere varighet.

Strengere praktisering av aktivitetskravet

NAV har i 2015 og 2016 prioritert håndheving av aktivitetskravet ved 8 ukers sykmelding. I mange fylker er det etablert saksdrøftingsverksteder etter modell fra Hedmark, hvor NAVs rådgivende leger og psykologer deltar sammen med NAV-veilederne. Videre ble det gjort endringer i brevet til de sykmeldte om midlertidig stans av sykepenges, med større vekt på kontakt mellom den sykmeldte og arbeidsgiver. Satsningen i Hedmark ga betydelige resultater da denne modellen ble tatt i bruk i 2013.

Finnmark har hatt en kraftig nedgang i sykefraværet de siste kvartalene. Det sank fra 6,4 prosent i 3. kvartal 2015 til 5,9 prosent i 3. kvartal 2016. Sykefraværet har gått ned betydelig for begge kjønn, og noe mer ned for menn enn for kvinner.

Nav Arbeidslivssenter Finnmark har sammen med NAV-kontorene hatt sterkt fokus på sykefraværet, og jobbet målrettet med oppfølging av aktivitetskravet i 2016. Informasjonsmøter og intern opplæring ut mot arbeidsgivere har gitt resultater, og det er stor oppslutning om IA-arbeidet. I tillegg har fylkets rådgivende leger jobbet aktivt ut mot kommunes leger med blant annet informasjon om aktivitetskravet. Dette har gitt resultater. Andelen sykefraværstilfeller som er gradert har økt fra 20,5 prosent i 3. kvartal 2014 til 23,5 prosent i 3. kvartal 2016.

Analysen gjort i artikkelen; «Aktivitetskrav og midlertidig stans av sykepenges – hvordan påvirkes sykefraværet?» av Nossen og Brage i Arbeid og velferd 3/2015 viser at tiltakene gjennomført i Hedmark ga en markant reduksjon i sykefraværets varighet for personer som ikke var i aktivitet på åtte ukers tidspunkt, uansett om de fikk midlertidig stans eller unntak. Videre har saksdrøftingsverksteder bidratt til bedre kunnskap om den enkeltes sykmeldtes situasjon. Dette kan ha ført til bedre oppfølging i det videre sykefraværforløpet etter åtte uker, som igjen har ført til raskere friskmelding. De fant også at satsningen førte til en viss nedgang i antall sykefraværstilfeller over 16

dager, antas det at tiltakene i Hedmark kan ha påvirket sykefraværsadferden mer generelt i fylket. Det kan dreie seg om både legenes sykmeldingspraksis, arbeidstakerne holdningene til sykmelding og arbeidsgiverne vilje til tilrettelegging for sine ansatte.

Sykefraværet øker mest for menn

I 3. kvartal 2016 var det legemeldte sykefraværet for kvinner på 6,8 prosent og 4,2 prosent for menn. Fordeler vi fraværet på kjønn og ser på endringen fra 3. kvartal 2015 til 3. kvartal 2016, hadde menn en økning på 1,5 prosent og kvinners sykefravær økte med 0,2 prosent.

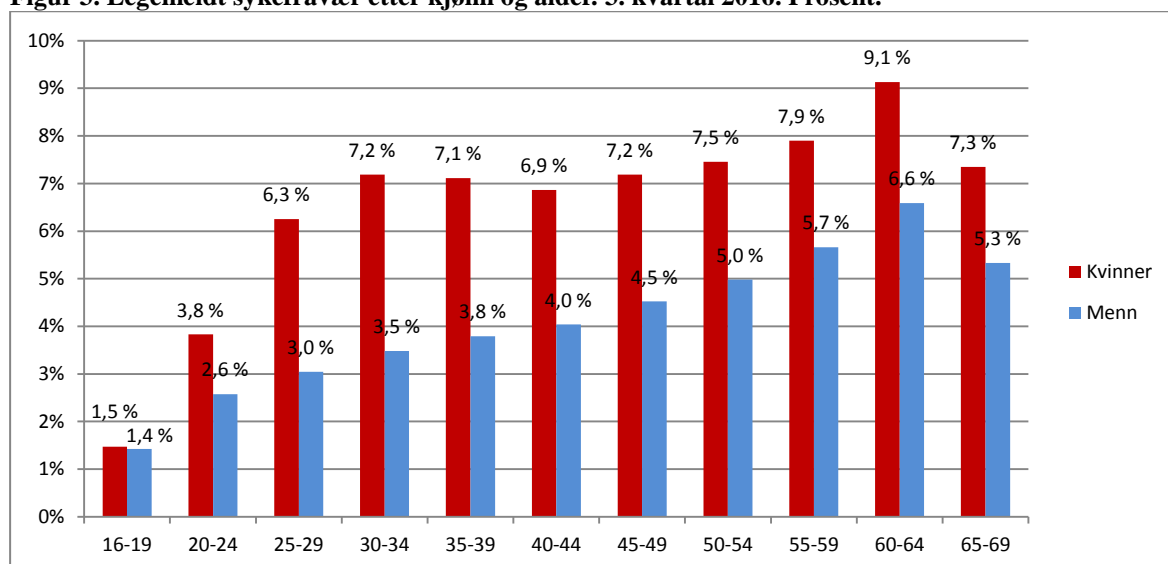
Av figur 3 framgår det at sykefraværet for menn i stor grad øker med økende alder, med unntak av den eldste aldersgruppen (65-69 år). Kvinners sykefravær er derimot høyere mellom 25 og 40 år enn mellom 40 og 50 år, noe som har sammenheng med svangerskapsrelatert sykefravær.

Endringene i sykefraværet fra 3. kvartal 2015 til 3. kvartal 2016 (figur 4) viser at økningen blant menn var størst blant de mellom 30-39 år og de mellom 50-59 år. For kvinner økte sykefraværet mest for de mellom 35 år til 49 år. For de aller yngste gikk sykefraværet mye ned for begge kjønn.

Et gjennomgående trekk ved sykefraværet, både i Norge og internasjonalt, er at kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn. Den nominelle differansen mellom kvinners og menns sykefravær har ligget rundt 2,5–3,0 prosentpoeng. At kvinners sykefravær er høyere enn menns skyldes delvis svangerskapsrelaterte lidelser. I følge artikkelen «Sykefravær blant gravide» i Arbeid og Velferd 1/2016 forklarer de gravidenes sykefravær omtrent 40 prosent av kjønnsforskjellen for de mellom 20-39 år.

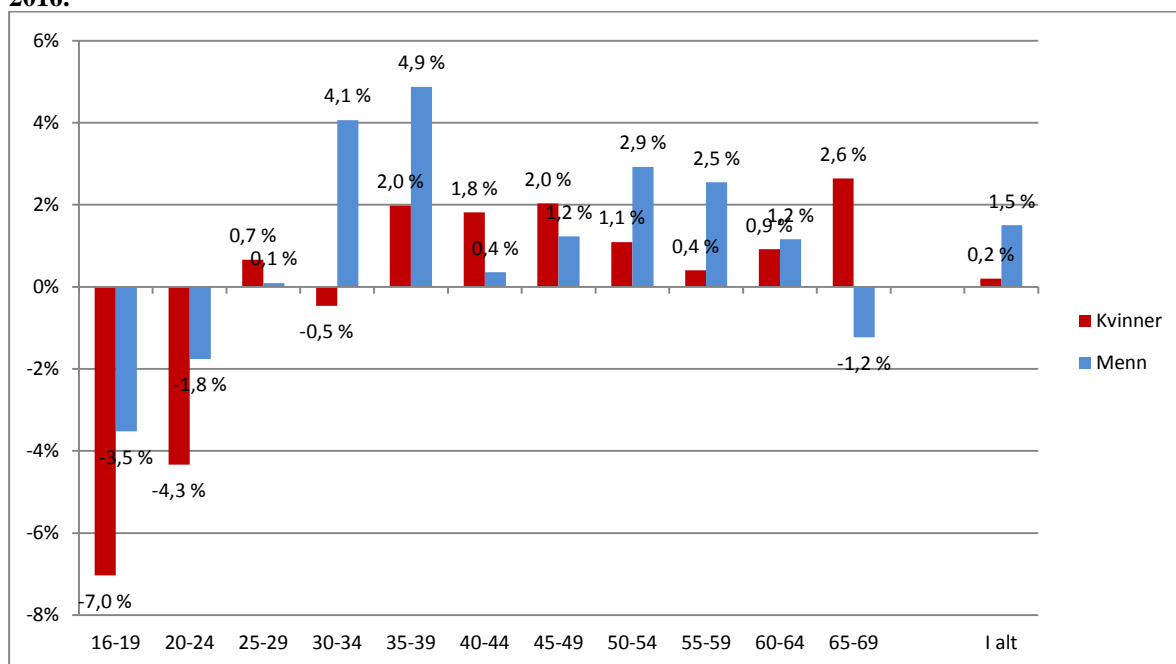
Det er også andre årsaker til kjønnsforskjeller mellom menn og kvinner. De viktigste forklaringsmodellene fokuserer blant annet på forskjeller i yrkesvalg som gir seg utslag i ulike stillinger, ansettelsesbetingelser, stillingsandel og arbeidsbelastninger. Andre sentrale hypoteser taler for kvinners tradisjonelle familie- og omsorgsroller, biologiske helseforskjeller, forskjeller i sykkelighet og ulik sykdomsaterferd.

Figur 3. Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. 3. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV.

Figur 4. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter kjønn og alder, 3. kvartal 2015 – 3. kvartal 2016.



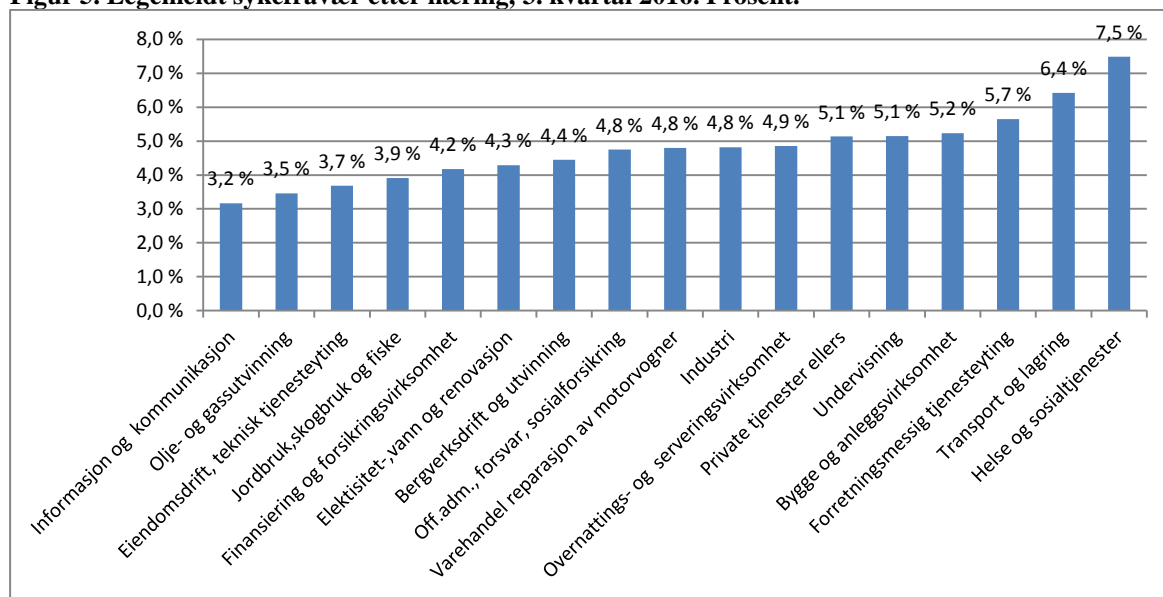
Kilde: NAV.

Sykefraværet etter næring

Figur 5 viser at sykefraværet i 3. kvartal 2016 var klart høyest innen helse og sosiale tjenester (7,5 %), som sysselsetter hver femte arbeidstaker. Deretter følger transport og lagring (6,4 %) og overnattings- og serveringsvirksomhet (5,7 %). Fraværet var lavest innen informasjon og kommunikasjon (3,2 %) olje og gassutvinning (3,5 %) og eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting (3,7 %).

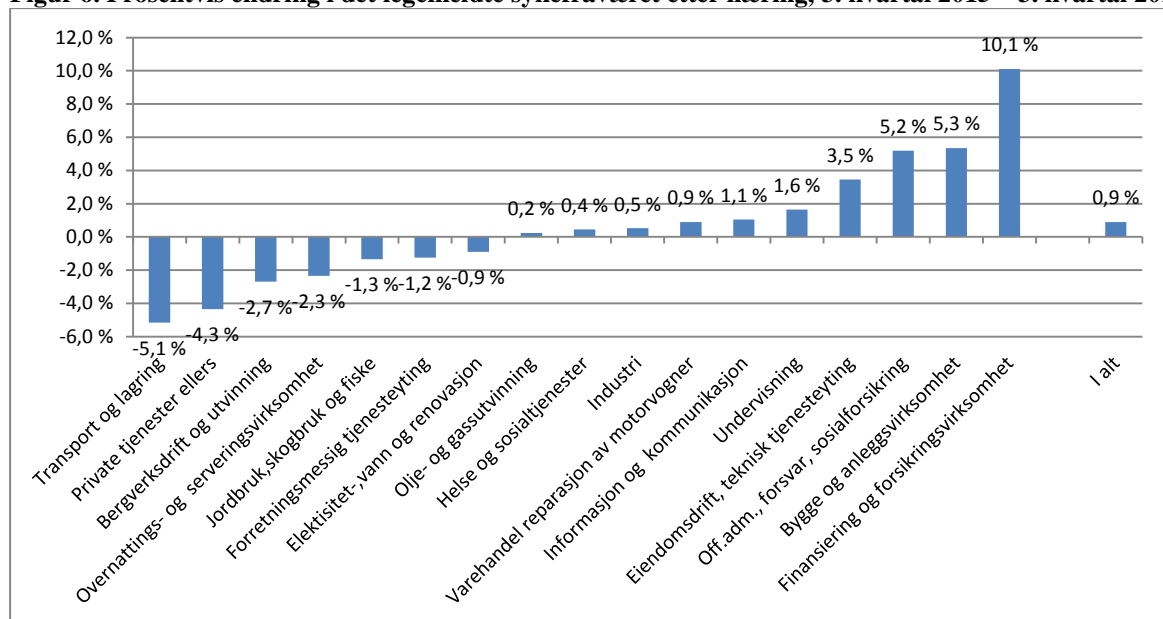
Fra 3. kvartal 2015 til 3. kvartal 2016 gikk sykefraværet ned i flere næringer. De som hadde den største nedgangen var; transport og lagring (-5,1 %), private tjenester (-4,3 %) og bergverksdrift og utvinning (-2,7 %). Næringene med størst vekst i sykefraværet var finansiering og forsikringsvirksomhet (+10,1 %), bygg- og anleggsvirksomhet (+5,3 %) og offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring (+5,2 %).

Figur 5. Legemeldt sykefravær etter næring, 3. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV.

Figur 6. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter næring, 3. kvartal 2015 – 3. kvartal 2016.



Fordeling av sykefraværet etter næring

Sykefraværets fordeling etter næring bør sees i sammenheng med næringenes andel av sysselsettingen og hvordan sysselsettingen er fordelt etter kjønn, jf. tabell 2 under. Det framgår blant annet at kvinner er sterkt overrepresentert innen næringen helse og sosiale tjenester, og i noe mindre grad i undervisning og overnattings- og serveringsvirksomhet. Kvinner og menn er relativt likt representert i varehandel mv, offentlig administrasjon; eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting og finansierings- og forsikringsvirksomhet. I de øvrige næringene er menn overrepresentert.

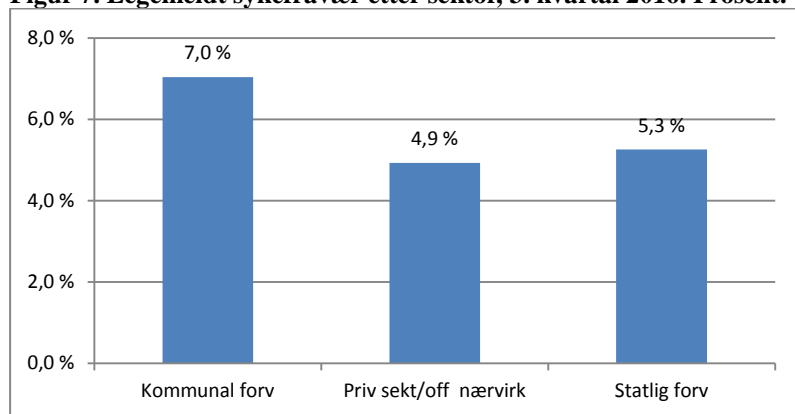
Tabell 2. Sysselsatte arbeidstakere etter næring og kjønn. Prosent. 3. kvartal 2016.

	Alle sysselsatte	Kvinner	Menn
Helse og sosiale tjenester	20 %	35 %	7 %
Varehandel mv	14 %	14 %	14 %
Industri	9 %	5 %	12 %
Undervisning	8 %	11 %	5 %
Bygge- og anleggsvirksomhet	8 %	1 %	14 %
Offentlig administrasjon, forsvar og sosial forsikring	6 %	7 %	6 %
Eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting	6 %	5 %	7 %
Transport og lagring	5 %	2 %	8 %
Forretningsmessig tjenesteyting	5 %	5 %	5 %
Informasjon og kommunikasjon	4 %	2 %	5 %
Private tjenester eller internasjonale organisasjoner	3 %	4 %	2 %
Overnattings- og serveringsvirksomhet	3 %	4 %	2 %
Finansiering og forsikringsvirksomhet	2 %	2 %	2 %
Bergverksdrift og utvinning	2 %	1 %	3 %
Elektrisitet, vann og renovasjon	1 %	1 %	2 %
Jordbruk, skogbruk og fiske	1 %	1 %	1 %

Sykefraværet øker mest i statlig sektor

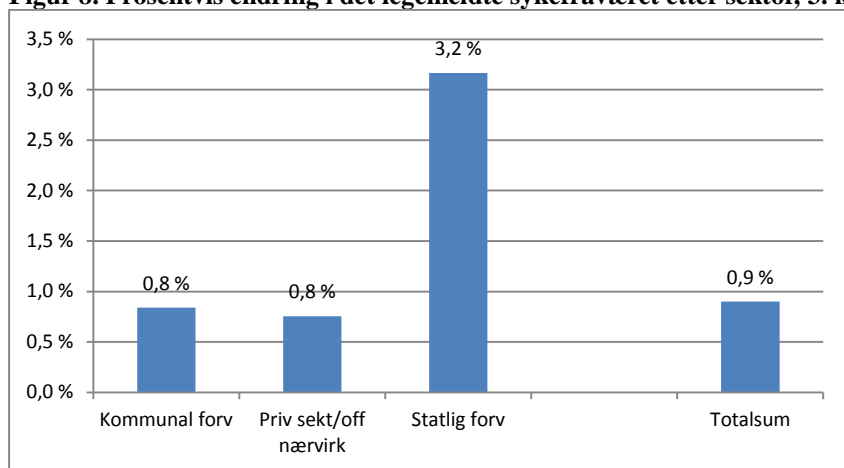
Sykefraværet er fortsatt klart høyest i kommunal forvaltning (7,0 %), deretter følger statlig forvaltning (5,3 %) og privat sektor (4,9 %), jf figur 7. Ser vi på endringen fra 3. kvartal 2015 til 3. kvartal 2016 har statlig sektor hatt en økning på 3,2 prosent. I kommunal og privat sektor gikk sykefraværet opp med 0,8 prosent.

Figur 7. Legemeldt sykefravær etter sektor, 3. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV.

Figur 8. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter sektor, 3. kvartal 2015 – 3. kvartal 2016.



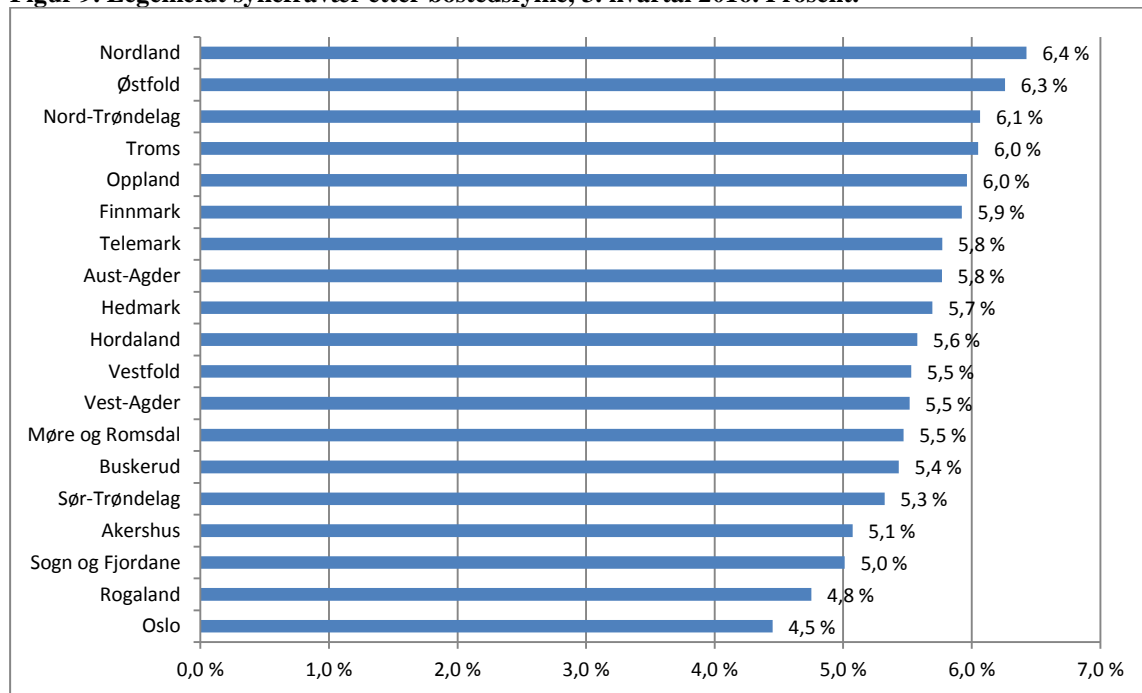
Kilde: NAV.

Sykefraværet øker mest i Rogaland

Nordland har det høyeste sykefraværet av alle fylkene på 6,4 prosent, fulgt av Østfold med 6,3 prosent og Nord-Trøndelag på 6,1 prosent, se figur 9. Oslo er det fylket som har det laveste sykefraværet med 4,5 prosent, fulgt av Rogaland med 4,8 prosent og Sogn og Fjordane med 5 prosent.

Det er flere årsaker til de regionale forskjellene i sykefravær. Fylker med lavt sykefravær har gjerne en ung befolkning og mange har høy utdanning. Tilsvarende vil fylker med høyt sykefravær være preget av en eldre befolkning med lav utdanning og en høy andel som er sysselsatt i offentlig sektor. Det er i tillegg forhold utover næringsstruktur, kjønn og alderssammensetning som er vesentlige for å forklare forskjeller i sykefraværet og sykefraværsmønstret på fylkesnivå. Andre undersøkelser har blant annet pekt på at ulikt arbeidsmarked og ulikheter i holdninger blant arbeidstakere, arbeidsgivere og leger kan forklare noe forskjellene på fylkesnivå (Helde m. fl Arbeid og velferd 3//2011).

Figur 9. Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke, 3. kvartal 2016. Prosent.

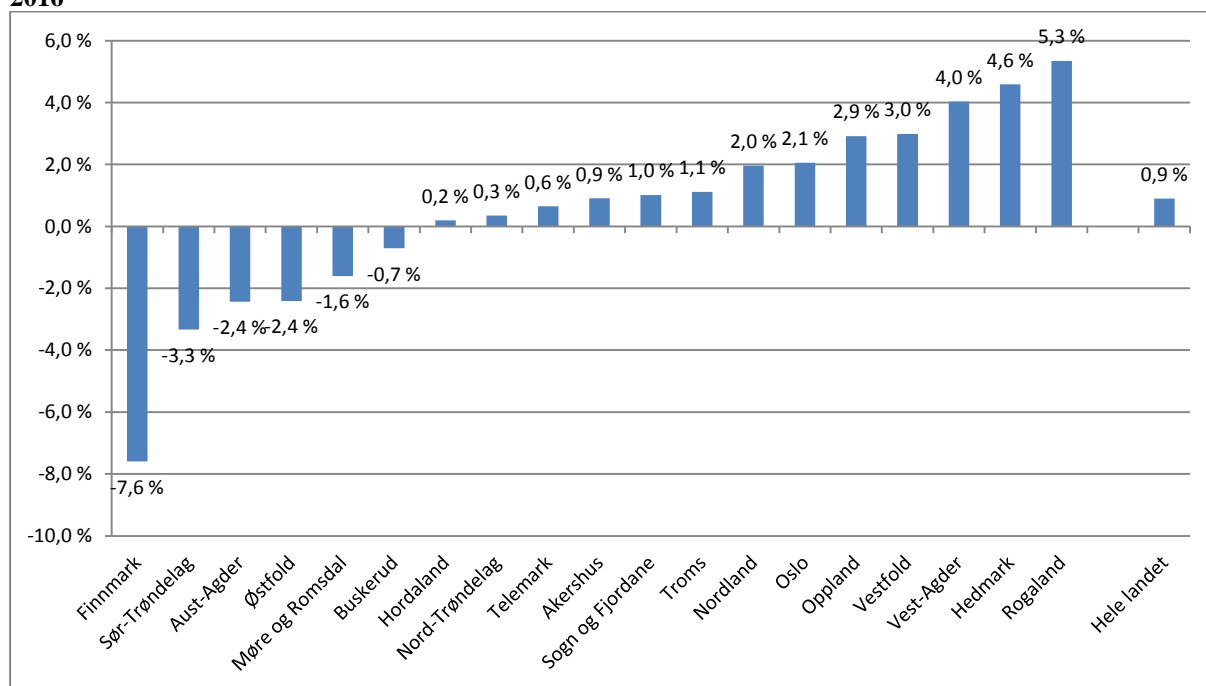


Kilde: NAV

Det har vært nedgang i sykefraværet i flere fylker. Den største reduksjonen er i Finnmark hvor sykefraværet har gått fra ned 6,4 prosent i 3. kvartal 2015 til 5,9 prosent i 3. kvartal 2016, en nedgang på 7,4 prosent, se figur 10. Sykefraværet i Finnmark har også gått mye ned de andre kvartalene i 2016. Nav Arbeidslivssenter Finnmark har sammen med NAV-kontorene hatt sterkt fokus på sykefraværet, og jobbet målrettet med oppfølging av aktivitetskravet i 2016. Informasjonsmøter og intern opplæring ut mot arbeidsgivere har gitt resultater, og det er stor oppslutning om IA-arbeidet. I tillegg har fylkets rådgivende leger jobbet aktivt ut mot kommunenes leger med blant annet informasjon om aktivitetskravet.

Sykefraværet har også falt i Sør-Trøndelag (-3,3 %), Aust-Agder og Østfold (-2,4 %).

Figur 10. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter bostedsfylke, 3. kvartal 2015 – 3. kvartal 2016



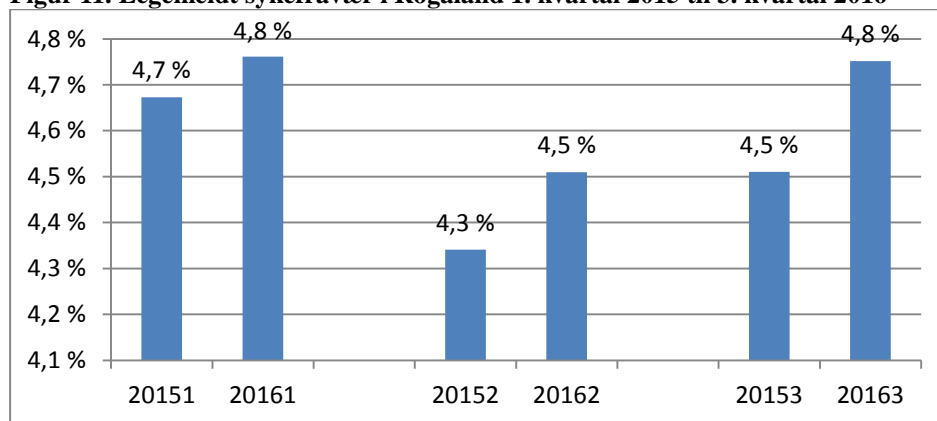
Kilde: NAV

Rogaland har den høyeste veksten i sykefraværet på 5,3 prosent sammenlignet med 3. kvartal 2015. Deretter følger Hedmark med 4,6 prosent økning og Vest-Agder med 4 prosent økning, se figur 10.

Veksten i sykefraværet i Rogaland og Vest-Agder henger trolig sammen med den økte arbeidsledigheten i disse fylkene. Vi vet fra tidligere analyser av sammenhengen mellom sykefravær og konjunkturer at det er en tendens til at langtidssykefraværet øker, når det er en kraftig økning i ledigheten.

Rogaland har også hatt en økning i sykefraværet de to andre kvartalene i 2016, se figur 11.

Figur 11. Legemeldt sykefravær i Rogaland 1. kvartal 2015 til 3. kvartal 2016



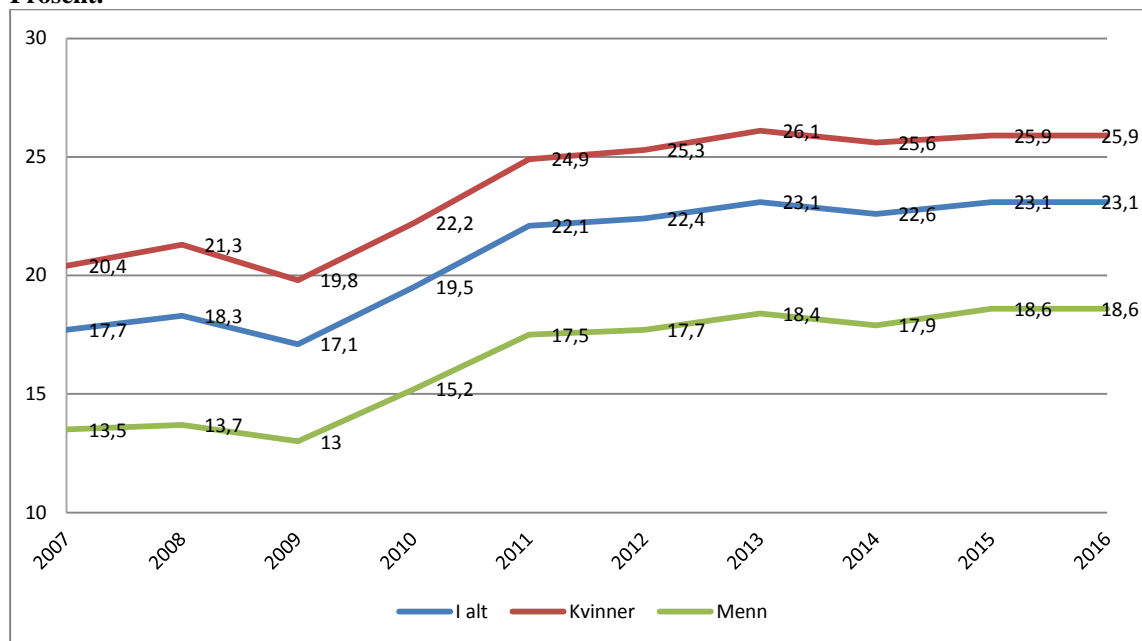
Stabil utvikling på gradert sykmelding

Andelen sykefraværstilfeller med gradert sykmelding (delvis sykmeldte) har vært stabil siden 3. kvartal 2014 og ligger på omtrent 23 prosent i 3. kvartal 2016.

I IA-avtalen fra 2010 er det økt fokus på gradering av sykmeldinger, og et av målene er å øke andelen graderte sykmeldinger. Partene i arbeidslivet ønsker å gjøre gradert sykmelding til hovedregelen ved lange sykefravær, for på den måten å fremme nærvær og aktivisering. Hvis vi ser på graderingsgraden tilbake til 2008, er det en klar en stigende trend etter 2010.

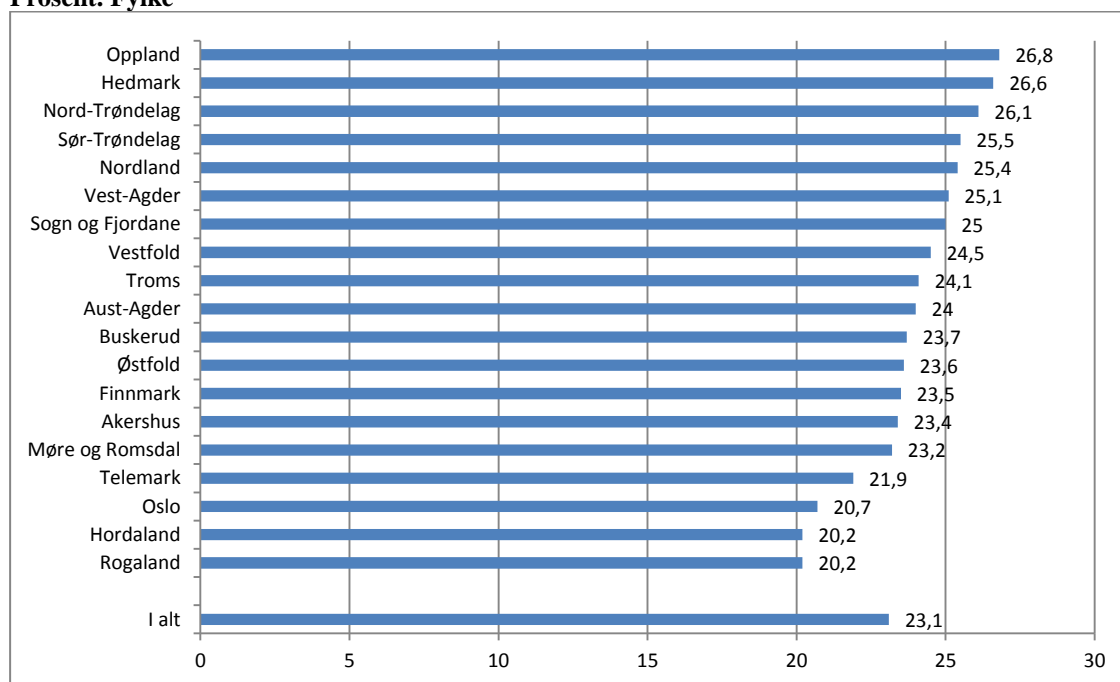
Kvinner har oftere gradert sykmelding enn menn, og deres sykmeldinger graderes tidligere. Det er flere grunner til dette. Noe av forskjellen kan forklares av graviditet og svangerskapsplager. Det er relativt vanlig å få en gradert sykemelding i løpet av svangerskapet. Litt under 40 prosent av tilfellene blant gravide var gradert en eller flere ganger viser rapporten «Gradert sykmelding». Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser er andre medisinske diagnoser som oftest gir gradering. Videre øker bruken av gradert sykmelding med alder.

Figur 12. Legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding, 3. kvartal 2007– 3. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV

Figur 13. Legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding, 3. kvartal 2007– 3. kvartal 2016. Prosent. Fylke



Kilde: NAV

Det er store forskjeller mellom fylkene i andelen graderte sykefraværstilfeller. Oslo, Hordaland og Rogaland har færrest andel graderte tilfeller med omtrent 20 prosent. Oppland, Hedmark og Nord-Trøndelag har den høyeste andelen med graderte tilfeller med omtrent 26 prosent.

Sammenligner vi graderte sykemeldinger og sykefraværet i fylkene ser vi at de fylkene med det laveste sykefraværet, også har en lav graderingsandel. Dette henger sammen med forhold i arbeidsstyrken. I de store byene er de sysselsatte yngre og har oftere høyere utdanning. Disse gruppene har lavere sykefravær og når de blir syke har de sjeldnere gradert sykemelding. Dette gjelder spesielt for de yngste aldersgruppene.

I løpet av de 10 siste årene har det blitt mer vanlig å gi gradert sykemelding, og økningen i gradering er skjevt fordelt mellom fylkene. I Finnmark, Nordland og Hedmark har antall graderte tilfeller økt med over 50 prosent siden 2005. I Oslo har økningen kun vært på 25 prosent.

En av tre er sykmeldt for muskel/skjelettlidelser

Muskel- og skjelett lidelser er den største enkeltårsaken til sykefravær og utgjorde cirka 35 prosent av alle sykefraværstilfellene i 3. kvartal 2016. Dette er omtrent på samme nivå som tidligere år.

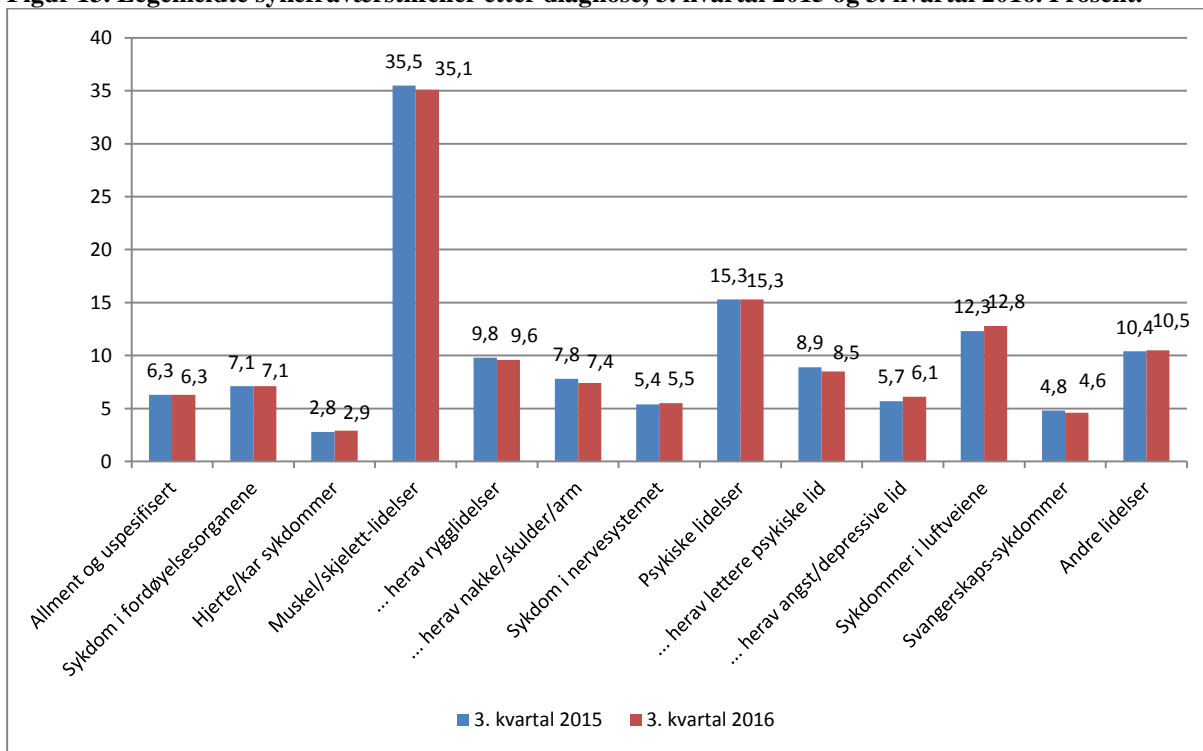
Muskel og skjelettsykdommer er samlet sett mer vanlig hos middelaldrende og eldre, men det er store forskjeller mellom de ulike underdiagnosene. Nakkesmerter er mest vanlig hos yngre kvinner, men ryggplager er like vanlig hos begge kjønn.

Psykiske lidelser står for omtrent 20 prosent av de tapte dagsverkene. Internasjonal forskning har vist at psykiske lidelser ofte er underrapportert som årsak til sykmelding, og at det derfor er grunn til å tro at den reelle andelen sykefravær med psykiske plager er langt høyere. Sykefravær for lettere psykiske lidelser har økt hatt en økning de siste årene, og dette er ofte sykefravær med lang varighet. Det er

også en sterk risikofaktor for senere uførepensjonering.

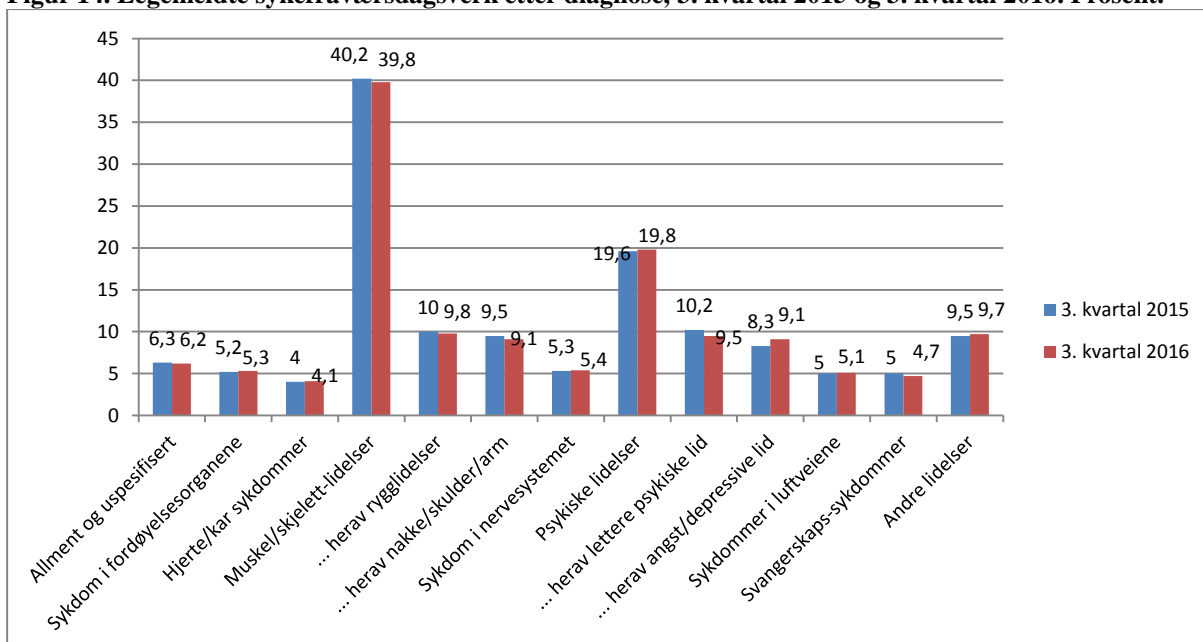
Ser vi muskel- og skjelettsykdommer samlet står disse to diagnosegruppene for omtrent 50 prosent av sykefraværstilfellene og 60 prosent av de tapte dagsverkene.

Figur 13. Legemeldte sykefraværstilfeller etter diagnose, 3. kvartal 2015 og 3. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV

Figur 14. Legemeldte sykefraværtdagsverk etter diagnose, 3. kvartal 2015 og 3. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV

Diagnoser fordelt på kjønn

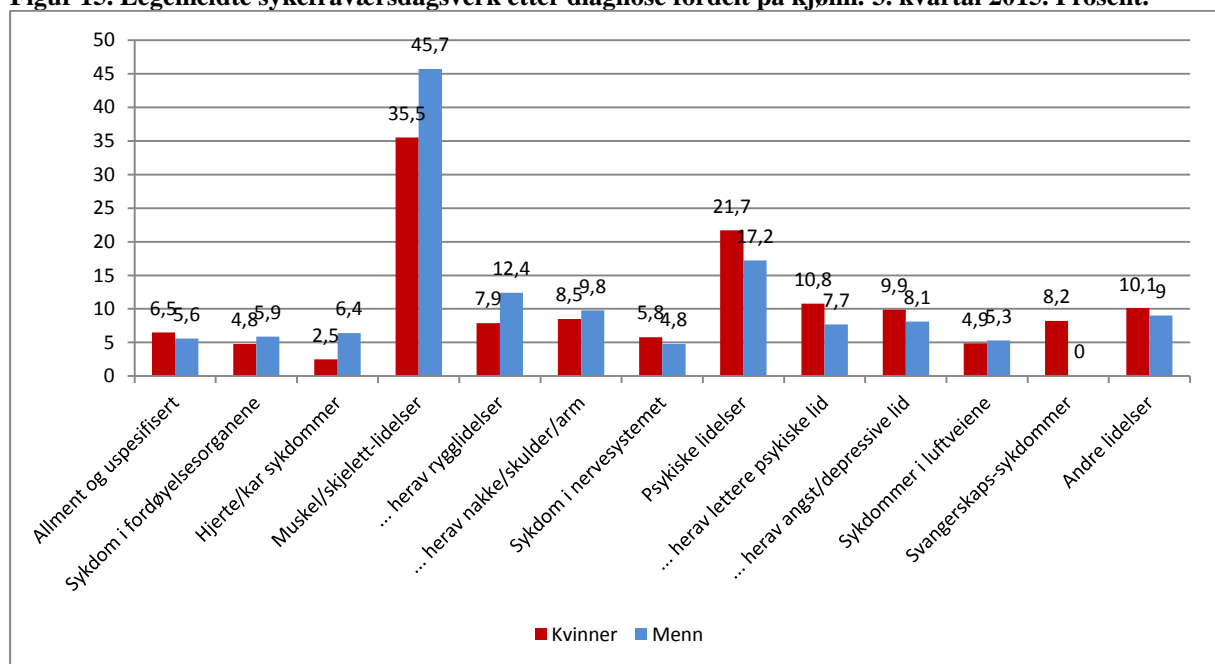
Det er klare kjønnsforskjeller i hvilke sykdommer menn og kvinner blir sykmeldt for. I figur 15 er det spesielt tre diagnosegrupper som utmerker seg: muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og hjerte og karsykdommer.

Muskel- og skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til sykefravær, og menn er i hovedsak mer sykmeldt for dette enn kvinner selv om kvinner er har flere tapte dagsverk.. Menn er spesielt mer sykmeldt for ryggproblemer.

Psykiske lidelser er svært utbredt, og en tredjedel av den norske befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet i følge Folkehelseinstituttet. Som vi ser av figur 15, er kvinner er mer sykmeldt for psykiske lidelser enn menn, og det er i kategorien lettere psykiske lidelser at forskjellen er størst. Kvinner lider oftere av depresjoner og angst, og bruker mer psykofarmaka eller andre typer beroligende medisiner. De oppsøker oftere familiekontorer og psykiatrisk poliklinisk behandling. Samtidig er det flere menn som begår selvmord og har alkoholproblemer.²

Videre er det dobbelt så mange menn som er sykmeldt for hjerte- og karsykdommer sykdom selv om forekomsten av sykdommen er lik for begge kjønn. En av årsakene til at dette er at menn rammes ca. 10 år tidligere enn kvinner. Det vil si at flere arbeidsføre menn får hjerte-karsykdommer.

Figur 15. Legemeldte sykefraværsgangsverk etter diagnose fordelt på kjønn. 3. kvartal 2015. Prosent.



Kilde: NAV

Varighet av sykefraværstilfellene

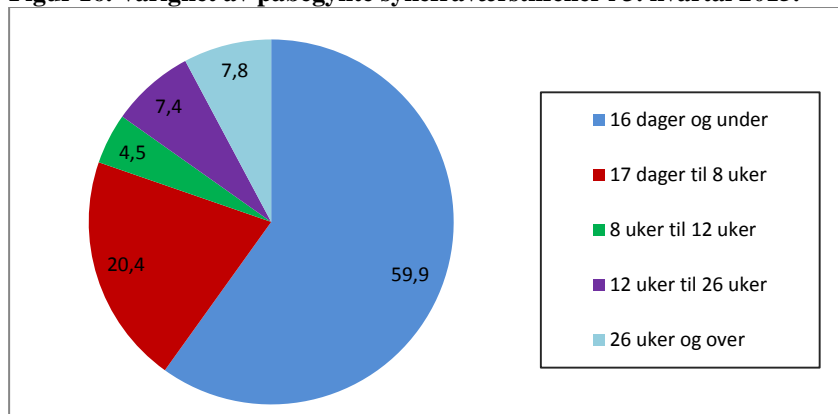
Varigheten er beregnet av alle påbegynte sykefraværstilfeller i 3. kvartal 2015 – det vil si at alle tilfellene har hatt muligheten til å gå ut sykepengeperioden som varer i ett år. Ettersom det er en forutsetning for utregningen av varighetstallene at tilfellene har muligheten til å løpe ett år, lages varighetstallene ett år på etterskudd. Varighetstallene som presenteres her, varighet for fravær som

² www.fhi.no – Psykisk helse i Norge

startet 3. kvartal 2013, er derfor ikke direkte sammenliknbare med sykefraværspersenten for 3. kvartal 2016. Gjennomsnittlig varighet for påbegynte tilfeller for 3. kvartal 2013 er 45,8 dager.

Som vi ser av figur 16, utgjør de korte tilfellene størsteparten av sykefraværstilfellene. Sykefraværstilfeller på under 8 uker står for over 80 prosent av alle tilfeller. De lange tilfellene, over 26 uker, utgjør litt under 8 prosent.

Figur 16. Varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 3. kvartal 2015.

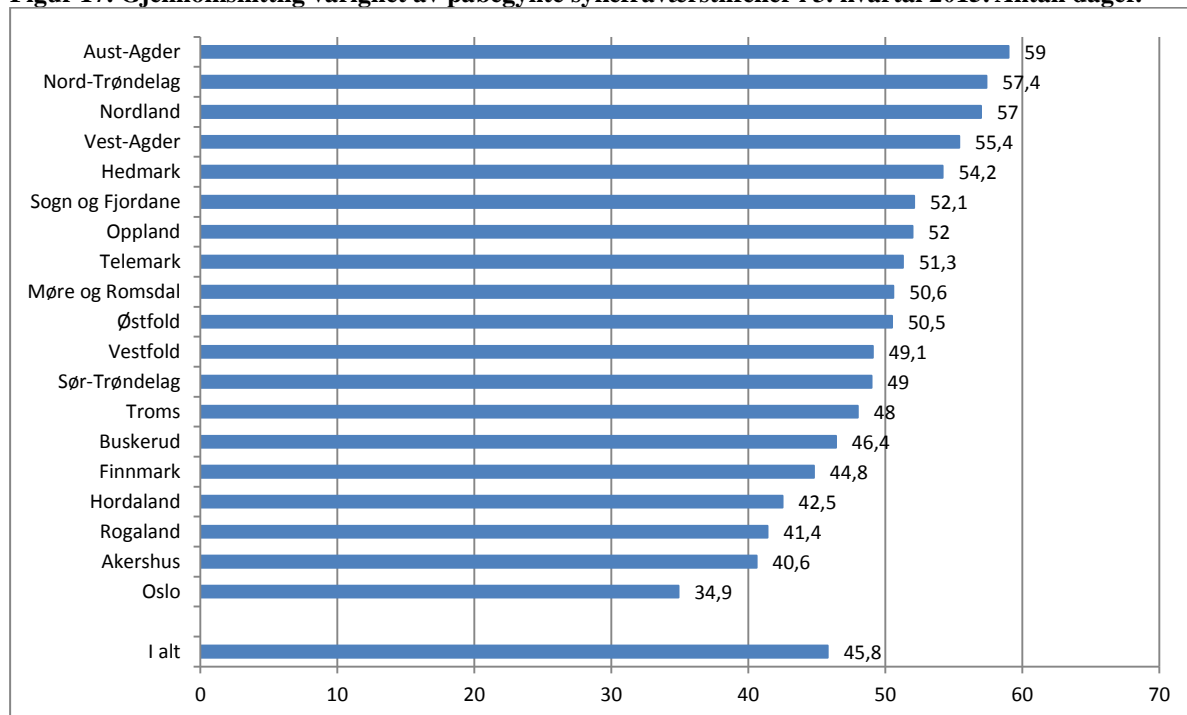


Kilde: NAV

Stor variasjon i varighet mellom fylker

Det er stor variasjon mellom fylkene i lengden på sykefraværstilfellene. Oslo har den korteste gjennomsnittlige varigheten med 34,9 dager, deretter følger Akershus med 40,6 dager og Rogaland med 41,4. Aust-Ager har de lengste sykefraværstilfellene med en gjennomsnittlig varighet på 59 dager, Nord-Trøndelag med 57,4 dager og Nordland med 57 dager. Sammenligner vi gjennomsnittlig varighet i Oslo, som har den korteste varigheten, med gjennomsnittlig varighet i Aust-Agder, som har den lengste, er forskjellen mellom de to fylkene på 24 dager.

Figur 17. Gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 3. kvartal 2015. Antall dager.



Kilde: NAV

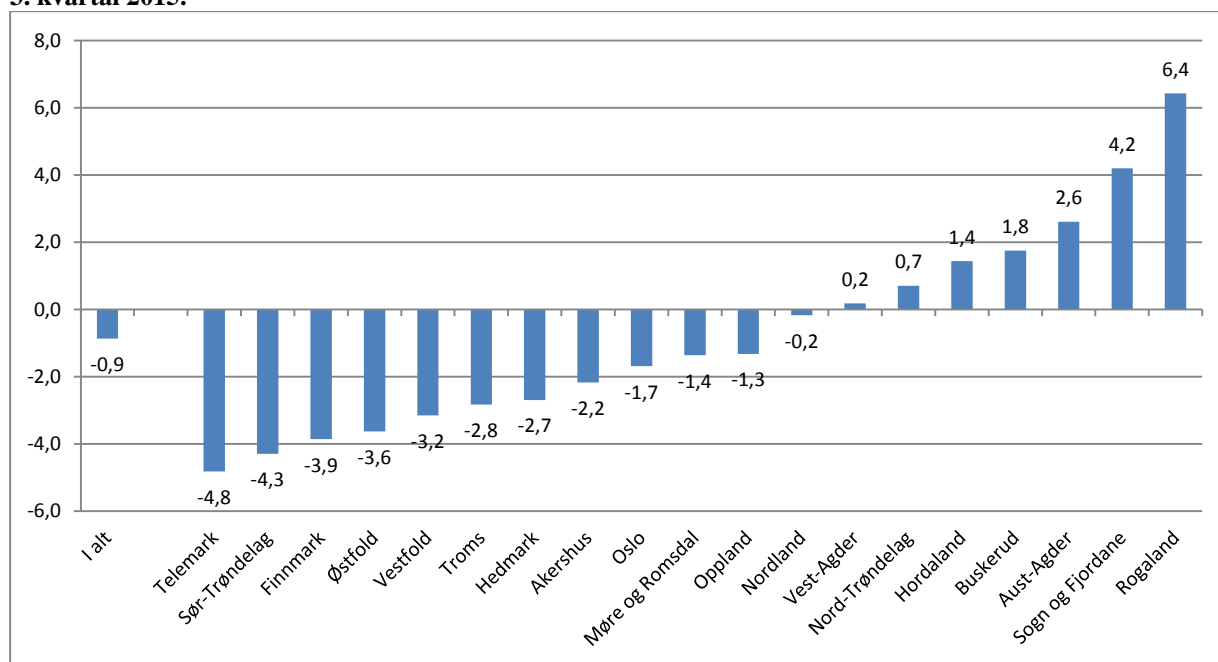
Varigheten øker mest på Sør- og Vestlandet

Fra 3. kvartal 2014 til 3. kvartal 2015 har gjennomsnittlig varighet gått ned med 0,9 prosent, noe som tilsvarer litt under en halv dag.

Når vi ser på utviklingen i fylkene er det store forskjeller. Varigheten gikk mest ned i Telemark (-4,8 %), Sør-Trøndelag (-4,3 %) og Finnmark (-3,9 %).

I Rogaland gikk den gjennomsnittlige varigheten opp med 6,4 prosent noe som tilsvarer en gjennomsnittlig økning på 2,5 dag per tilfelle. Varigheten økte noe mer for menn enn for kvinner i Rogaland, men forskjellen er liten. Andre fylker med økning i varigheten er Sogn og Fjordane med 4,2 prosent og Aust-Agder med 2,6 prosent.

Figur 18. Prosentvis endring i gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller, 3. kvartal 2014 - 3. kvartal 2015.



Kilde: NAV

I artikkelen ”Sykefravær: Store fylkesvise forskjeller i varigheten innenfor samme diagnose” i Arbeid og Velferd 3/2010, undersøker de gjennomsnittlig varighet av sykmeldinger etter fylke i 2008 og 2009. Analysen viser at det er vesentlige variasjoner på fylkesnivå innenfor samme diagnose. For muskel- og skjelettlidelser varierer den gjennomsnittlige varighetslengden fra 41 dager i Rogaland til 63 dager i Hedmark, mens det for psykiske lidelser varierer fra 51 dager i Finnmark til 80 dager i Hedmark. Det vil nødvendigvis være store variasjon innenfor hver diagnose på grunn av sykdommens alvorlighet, og i hvilken grad sykdommen lar seg kombinere med arbeid. Men stor variasjon innenfor en og samme diagnose peker i retning av at det er forhold utenfor selve sykdommen som kan forklare noe av forskjellene i varighet. Geografiske forskjeller i sykefraværet antar man har sammenheng med strukturelle forhold som demografi, næringsliv og lokalt arbeidsmarked. I tillegg diskuteres andre faktorer som ulikheter i helse og legens sykmeldingspraksis.