

Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2012

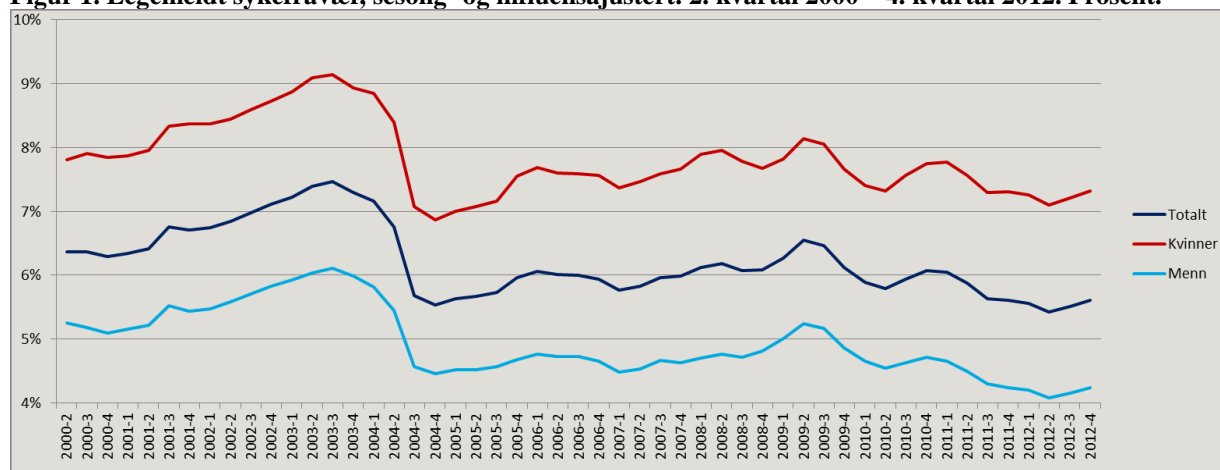
Skrevet av Therese Sundell 14.03.2012

Økning i det sesongjusterte sykefraværet

Sykefraværet gikk opp med 3,8 prosent fra 3. kvartal 2012 til 4. kvartal 2012. Det viser nye sesong- og influensajusterte tall for sykefraværet. Det var økning i det egenmeldte sykefraværet på 15,7 prosent og det legemeldte økte med 1,8 prosent. Det totale sesongjusterte sykefraværet er nå på 6,6 prosent.

Figur 1 viser utviklingen i det sesong- og influensajusterte legemeldte sykefraværet de siste tolv årene. Som vi ser av figuren har det vært klare svingninger i sykefraværet i denne perioden. Etter nedgangen som startet i 2003 på grunn av regelendringer, gikk sykefraværet sakte men sikkert opp frem til 2009, noe som trolig har sammenheng med finanskrisen og urolighetene på arbeidsmarkedet. Siden siste halvdel av 2010 har sykefraværet vist i en markant nedadgående trend selv om det har økt noe de to siste kvartalene. Det legemeldte sesongjusterte sykefraværet er nå på 5,6 prosent

Figur 1. Legemeldt sykefravær, sesong- og influensajustert. 2. kvartal 2000 – 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: SSB og NAV

Om sesongjustering

Når nye data blir tilgjengelig kan de sesongjusterte tallene for tidligere kvartal - særlig forrige kvartal - bli noe revidert.

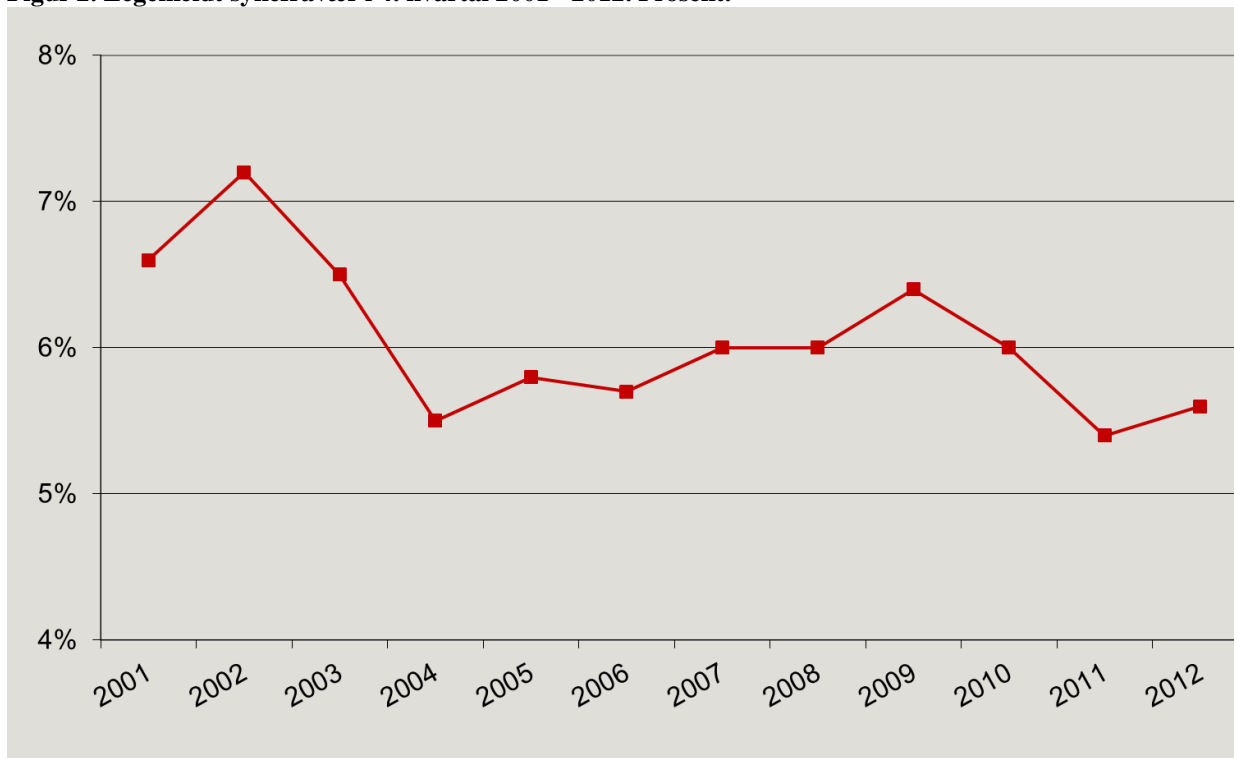
Fordelen med sesongjusterte tall er at vi fjerner sesongvariasjonene mellom kvartalene. Dette gjør det mulig å fange opp trendsifter i sykefraværet tidligere enn når man sammenligner ujusterte tall med samme kvartal år før. Det kan i tillegg gjøre det lettere å avdekke mulige effekter på sykefraværet 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 faller¹. Foreløpig publiserer vi kun sesong- og influensajusterte legemeldte tall for kvinner og menn. SSB publiserer i tillegg sesongjusterte tall for egenmeldt sykefravær.

¹ For mer informasjon om metode, se www.ssb.no

Økning i det registrerte sykefraværet²

Heretter omtales kun det registrerte sykefraværet, og som sammenlignes med samme kvartal i 2011. Det totale sykefraværet var på 6,7 prosent i 4. kvartal 2012, en økning på 3,8 prosent sammenliknet med samme kvartal i året før. Fordeler vi sykefraværet på egenmeldt og legemeldt fravær, utgjorde det egenmeldte fraværet 1,1 prosent, og viste en økning på 8,5 prosent. Det legemeldte sykefraværet økte fra 5,4 prosent i 4. kvartal 2011 til 5,6 prosent i 4. kvartal 2012. Dette innebærer en prosentvis oppgang på 2,9 prosent. Heretter omtales kun det legemeldte sykefraværet.

Figur 2. Legemeldt sykefravær i 4. kvartal 2001 - 2012. Prosent.



Kilde: NAV

Det legemeldte sykefraværet gikk opp med 2,9 prosent sammenliknet med samme kvartal i året før. Økningen kom etter en langvarig nedgang i sykefraværet som har vart siden 2009. Det økte omtrent like mye for menn og kvinner, og det økte i alle aldersgrupper, bortsett fra de aller yngste.

Det kan være flere årsaker til at sykefraværet øker nå. Fjerde kvartal er ofte et kvartal med mange korte fravær på grunn av forkjølelse og begynnelsen på sesonginfluensaen. I dette kvartalet har det i tillegg vært mange med mageproblemer, og sykdom i fordøyelsessystemet står for omtrent 20 prosent av økningen i sykefraværsdagsverkene.

Det har vært en nedgang i andelen graderte sykemeldinger. Dette henger sammen med økningen av de korte fraværene. Når det er mange korte fravær på grunn av sykdommer som mageproblemer og influensa, vil graderingsandelen gå litt ned. Det er ofte lite aktuelt med en gradert sykemelding på slike fravær.

² Vi har innført ny næringsstruktur (SN2007) i sykefraværsstatikken fra 1. kvartal 2009. Dette fører til et brudd i sykefraværsstatistikken, og betyr at tidligere kvartaler ikke lenger er direkte sammenlignbare fra og med 1. kvartal 2009

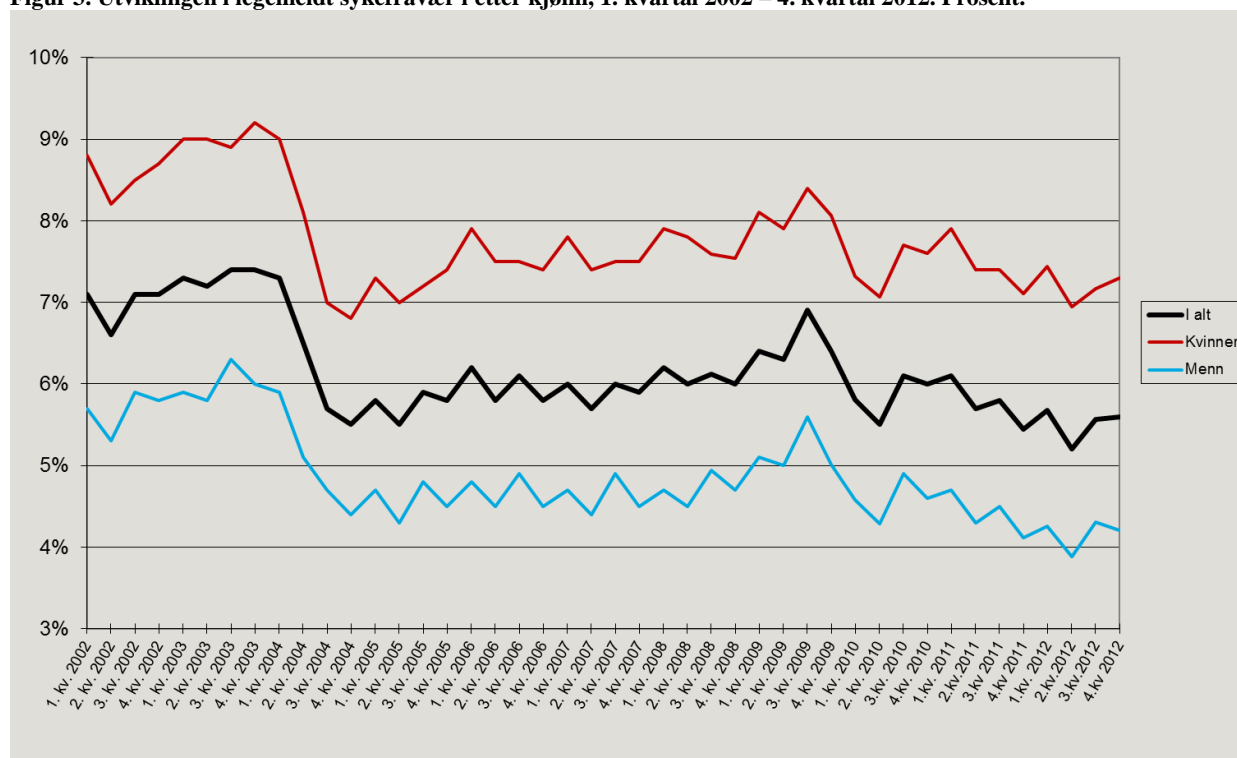
Studier av sykefraværet viser imidlertid hvor sammensatt og mangfoldige årsakene til fravær er. Når sykefraværet endrer seg, er det dermed utfordrende å finne de spesifikke årsakene til svingningene. Det er ofte vanskelig å avgjøre hvor stor del av svingningene som kan skyldes nye regelendringer, og hva som kan forklares av andre faktorer. Ofte spiller omslagene i arbeidsmarkedet en viktig rolle i utviklingen av sykefraværet.

Selv om sykefraværet har økt det siste kvartalet, er det fremdeles like lavt som i 2004. Det er mulig at noe av den positive utviklingen i sykefraværet skyldes lovendringene som trådte i kraft 1. juli 2011. Regelendringene er en del av en felles innsats for et mer inkluderende arbeidsliv og skal sikre tidlig og tett oppfølging av sykmeldte. Arbeidsgiverne skal i større grad tilrettelegge arbeidet for den sykmeldte, og arbeidstakeren må bidra gjennom medvirkning og oppfølging av aktivitetsplikten. Disse endringene bygger på rådene fra ekspertgruppen som ble opprettet i forkant av den nye IA-avtalen fra februar 2010. Et av virkemidlene som ble anbefalt av ekspertgruppen var økt bruk av gradert sykemelding. Artikkelen, «Har gradert sykemelding effekt på sykefraværet?» i Arbeid og velferd 02/2012 har analysert effekten av økt bruk av gradering på sykefraværet. Denne analysen tyder på at økt bruk av gradering kan føre til en nedgang i sykefraværshraten, varigheten og antall sykmeldte i de påfølgende månedene.

Forskjeller i sykefraværet mellom menn og kvinner

I 4. kvartal 2012 var det legemeldte sykefraværet for kvinner på 7,3 prosent og 4,2 prosent for menn. Fordeler vi fraværet på kjønn og ser på endringen fra 4. kvartal 2011 til 4. kvartal 2012 hadde menn en økning på 2,7 prosent, og for kvinner gikk sykefraværet opp med 3,1 prosent.

Figur 3. Utviklingen i legemeldt sykefravær i etter kjønn, 1. kvartal 2002 – 4. kvartal 2012. Prosent.



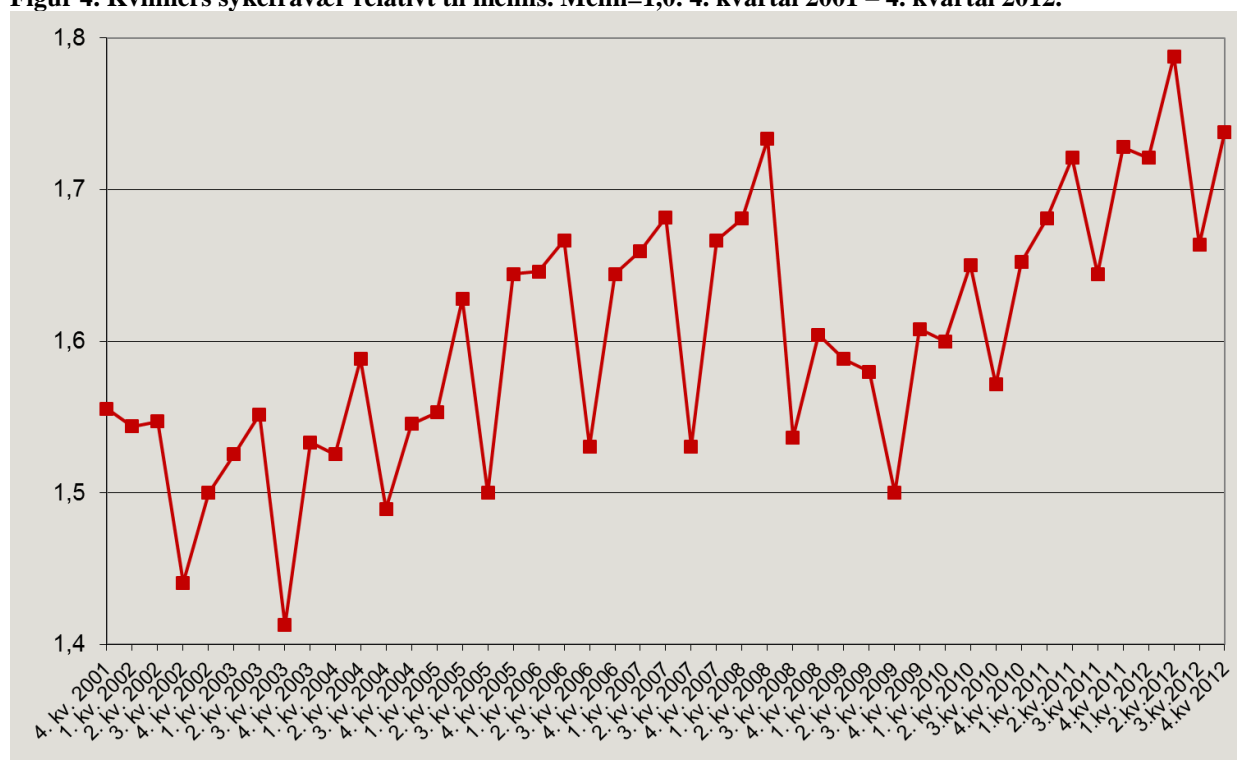
Kilde: NAV

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 (jf. figur 3).

Ser vi på kvinners sykefravær relativt til menn, som vist i figur 3, har forholdstallet variert de siste årene. Grovt sett kan vi se en tendens til økende differanse mellom kvinner og menn, fra bunnpunktet på litt over 1,4 i 4. kvartal 2003 til toppunktet på rundt 1,78 i 2. kvartal 2012. Dette er en av de største differansene i perioden 2001-2012, og viser at forskjellen mellom menn og kvinner øker. Det vil si at den langsiktige utviklingen i sykefraværet har vært mindre gunstig for kvinner enn menn.

At kvinners sykefravær er høyere enn menns skyldes delvis svangerskapsrelaterte lidelser, men det er også andre grunner til at kvinner har mer fravær enn menn. Det er en omfattende forskningslitteratur om kjønnsforskjeller i sykefraværet. 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 sykелighet og ulik sykdomsutfordring.

Figur 4. Kvinners sykefravær relativt til menns. Menn=1,0. 4. kvartal 2001 – 4. kvartal 2012.



Kilde: NAV

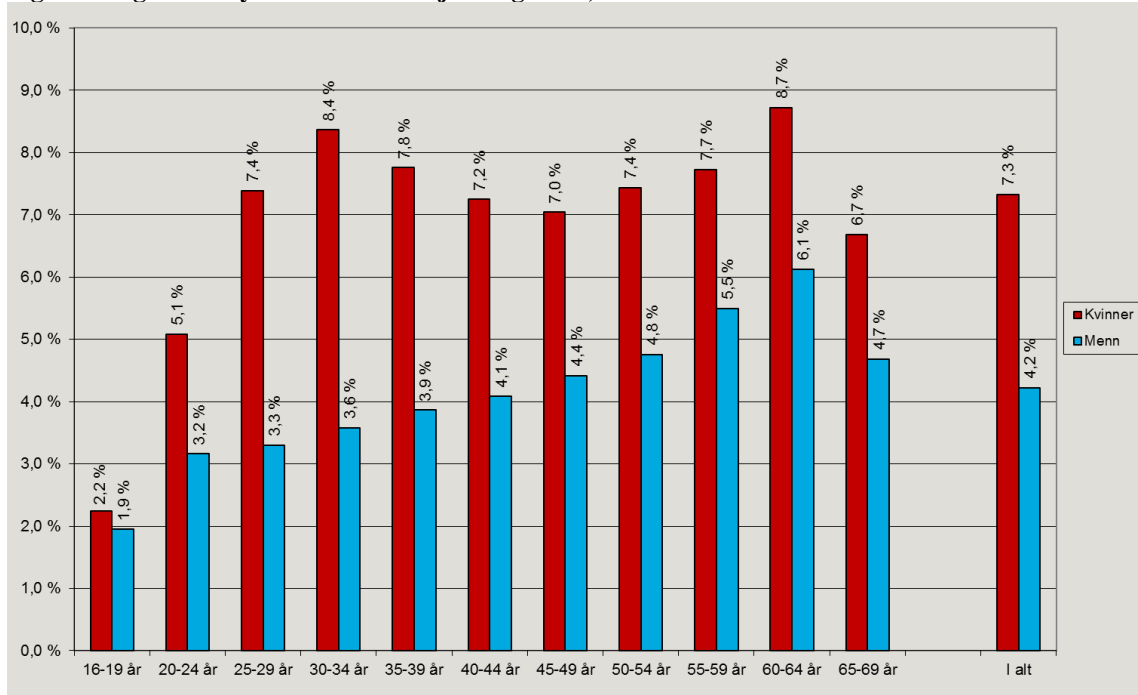
Menn mellom 45-49 år har størst økning i sykefraværet

Av figur 5 framgår det at sykefraværet for menn i stor grad øker med økende alder, med unntak av den eldste aldersgruppen (65-69 år) hvor sysselsettingen er lav. Kvinners sykefravær er derimot høyere mellom 25 og 40 år enn mellom 40 og 50 år, noe som har sammenheng med svangerskapsrelatert sykefravær. I følge artikkelen Sykefravær blant gravide, i Arbeid og Velferd 2/2010 reduseres kjønnsforskjellen med nesten 50 prosent hvis vi kun ser på sykefravær utenfor svangerskapet. Kvinner har imidlertid høyere sykefravær enn menn i alle aldersgrupper.

Endringene i sykefraværet fra 4. kvartal 2011 til 4. kvartal 2012 (figur 6) viser at økningen blant kvinner var størst i blant aldersgruppene fra 45 til 55 år. Sykefraværet gikk også mye opp for aldersgruppen 25-29 år.

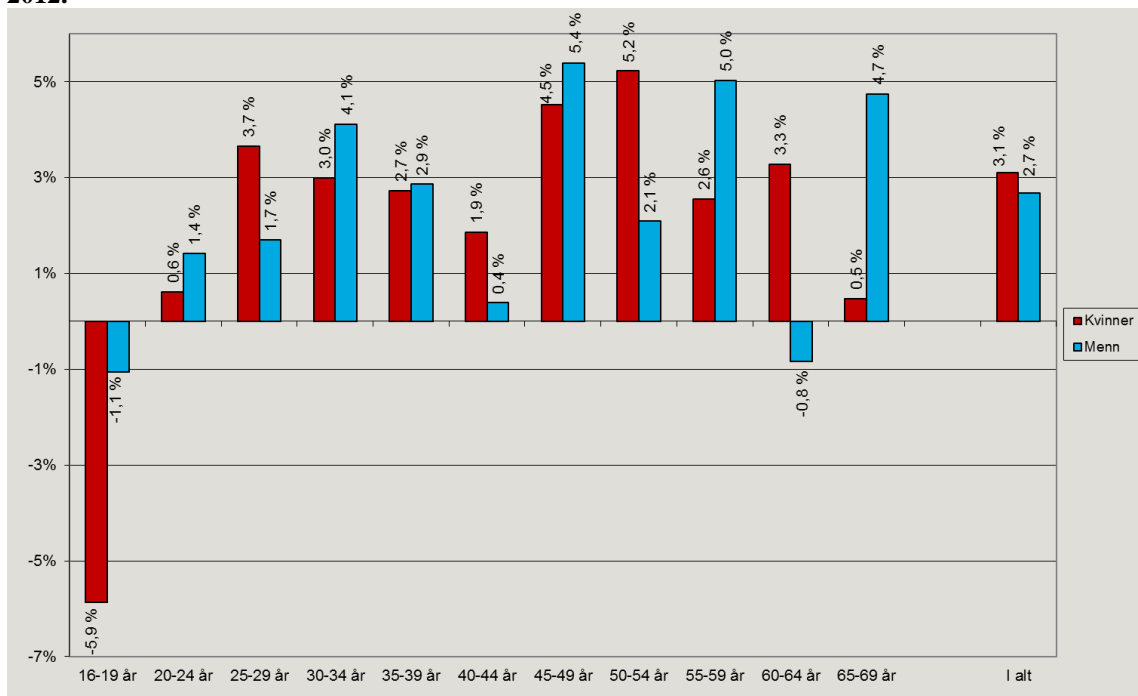
For menn i aldersgruppen 45-49 år økte sykefraværet med over 5,4 prosent. Sykefraværet gikk også mye opp for de mellom 50-55 år (+5,0 %). Menn mellom 40-44 år hadde kun en liten økning på 0,4 prosent og for de eldste (60-65 år) gikk sykefraværet litt ned.

Figur 5. Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder, 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: NAV.

Figur 6. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter kjønn og alder, 4. kvartal 2011 – 4. kvartal 2012.



Kilde: NAV.

Fordeling av sykefraværet etter næring

Sykefraværets fordeling etter næring bør sees i forhold til næringenes andel av sysselsettingen og hvordan sysselsettingen er fordelt etter kjønn, jf. tabell 1 under. Det framgår blant annet at kvinner er sterkt overrepresentert innen helse og sosiale tjenester, og i noe mindre grad i undervisning og overnattings- og serveringsvirksomhet. Kjønnene er relativt likt representert i varehandel mv, offentlig administrasjon; eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting og finansierings- og forsikringsvirksomhet. I de øvrige næringene er menn overrepresentert.

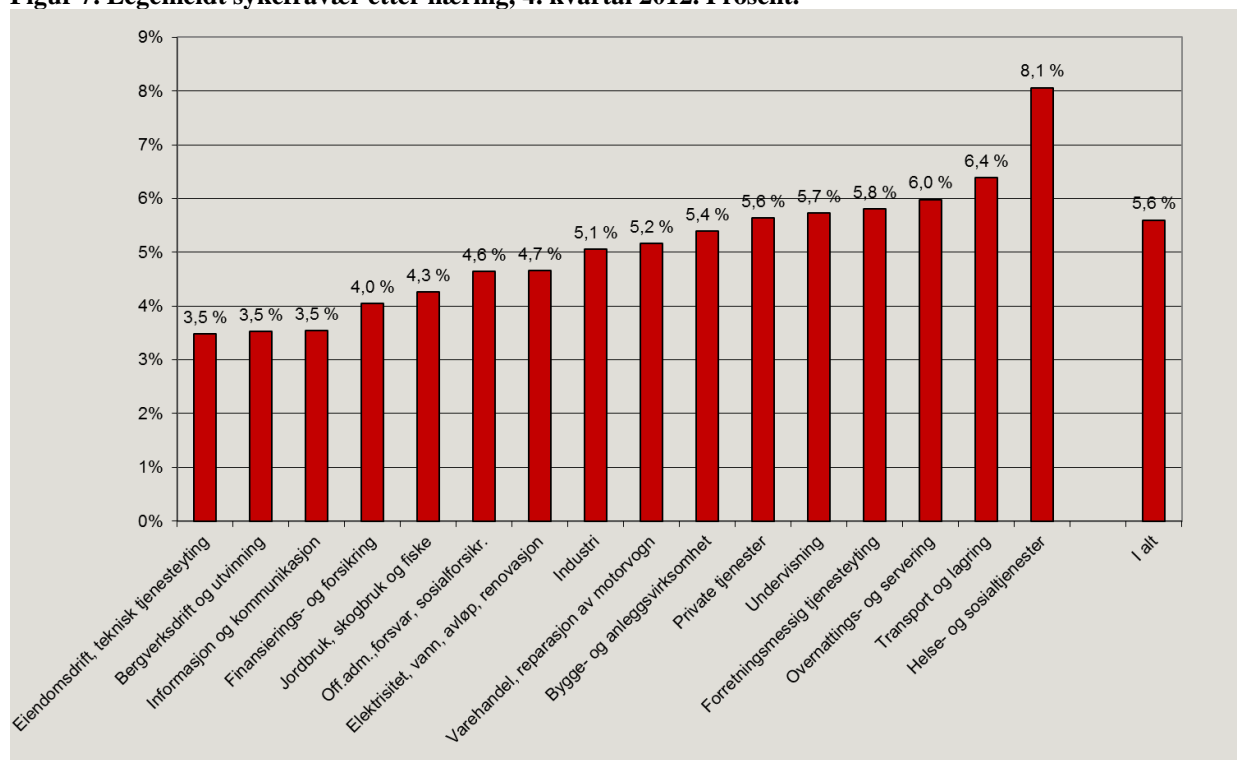
Tabell 1. Sysselsatte arbeidstakere etter næring og kjønn. Prosent. 4. kvartal 2012.

	Alle sysselsatte	Kvinner	Menn
Helse og sosiale tjenester	21 %	36 %	7 %
Varehandel mv	14 %	14 %	15 %
Industri	10 %	5 %	14 %
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	6 %	3 %	8 %
Forretningsmessig tjenesteyting	5 %	5 %	6 %
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 %

Figur 7 viser at sykefraværet i 4. kvartal 2012 var klart høyest innen helse og sosiale tjenester (8,1 %), som sysselsetter hver femte arbeidstaker. Deretter følger transport og lagring (6,4 %) og overnatting og servering (6,0 %). Fraværet var lavest innen eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting (3,5 %), bergverksdrift og utvinning (3,5 %) og informasjon og kommunikasjon (3,5 %).

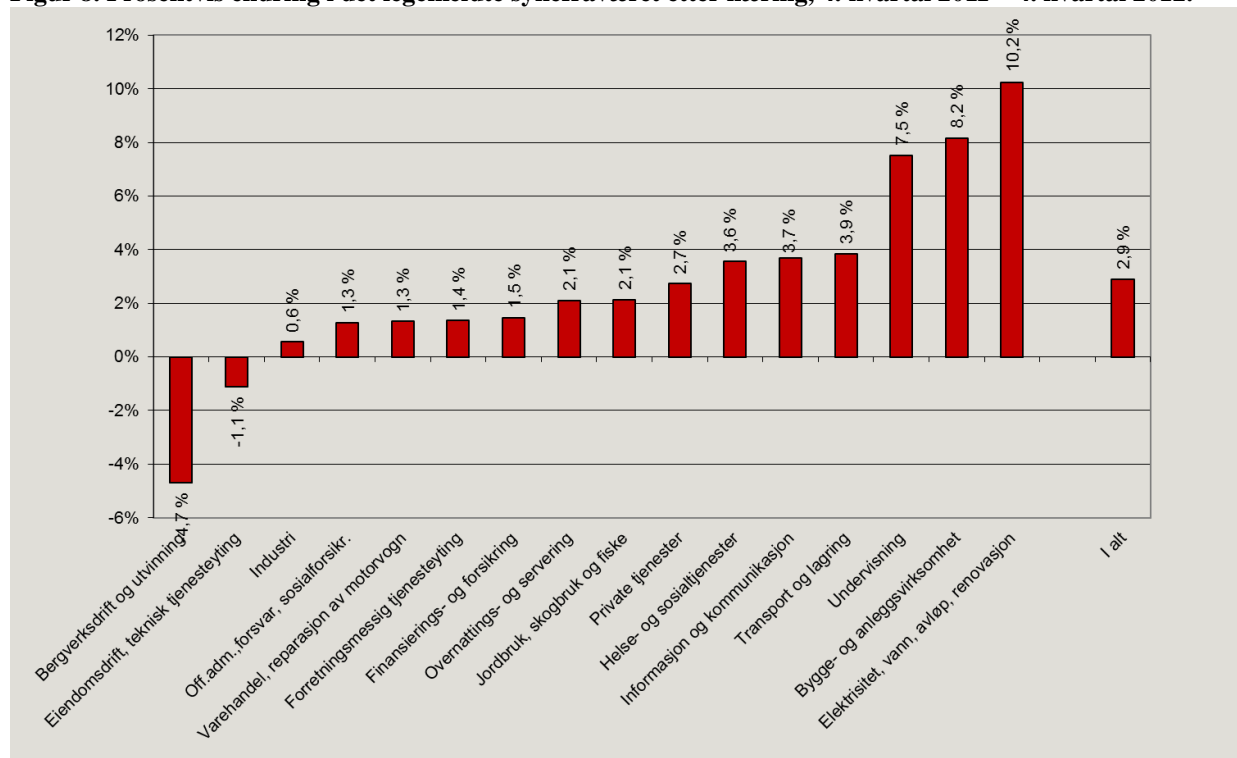
Fra 4. kvartal 2011 til 4. kvartal 2012 gikk sykefraværet ned i noen næringer. I bergverksdrift og utvinning gikk sykefraværet ned med 4,7 prosent og i eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting private gikk det ned med 1,1 prosent. Næringer med stor økning i sykefraværet var elektrisitet, vann og avløp (+10,2) bygge- og anleggsvirksomhet (+8,2 %) og undervisning (+7,5 %).

Figur 7. Legemeldt sykefravær etter næring, 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: NAV.

Figur 8. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter næring, 4. kvartal 2011 – 4. kvartal 2012.

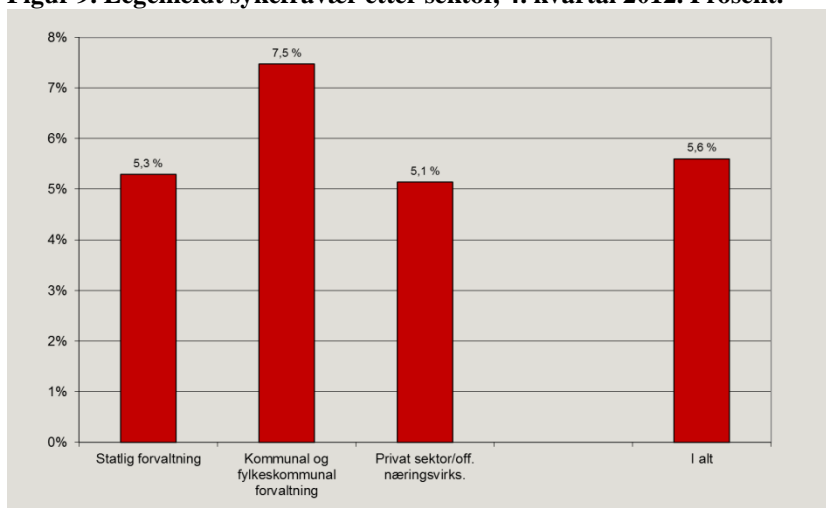


Kilde: NAV.

Sykefraværet øker mest i kommunal sektor

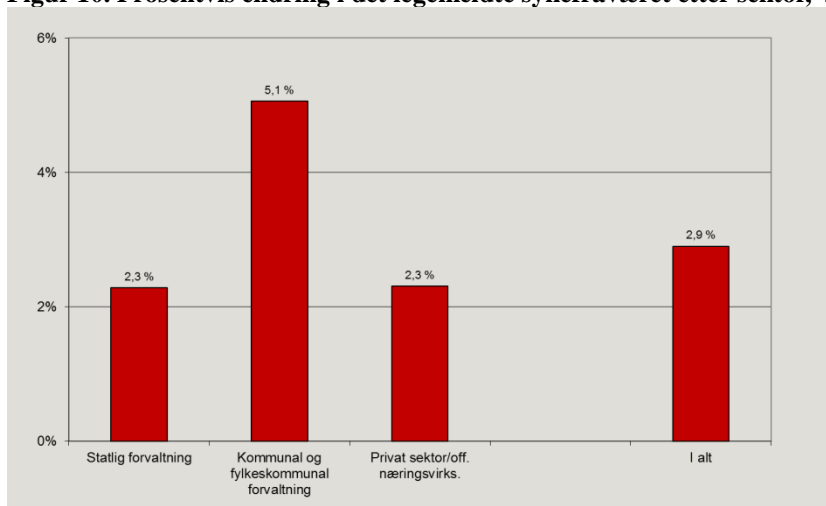
Sykefraværet er fortsatt klart høyest i kommunal forvaltning (7,5 %), deretter følger statlig forvaltning (5,3 %) og privat sektor (5,1 %). Sykefraværet er lavest i privat sektor. Ser vi på endringen fra 4. kvartal 2011 til 4. kvartal 2012 har kommunal sektor hatt den største økningen i sykefraværet (+5,1 %). I privat sektor økte sykefraværet med 2,3 prosent.

Figur 9. Legemeldt sykefravær etter sektor, 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: NAV.

Figur 10. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter sektor, 4. kvartal 2011 – 4. kvartal 2012.

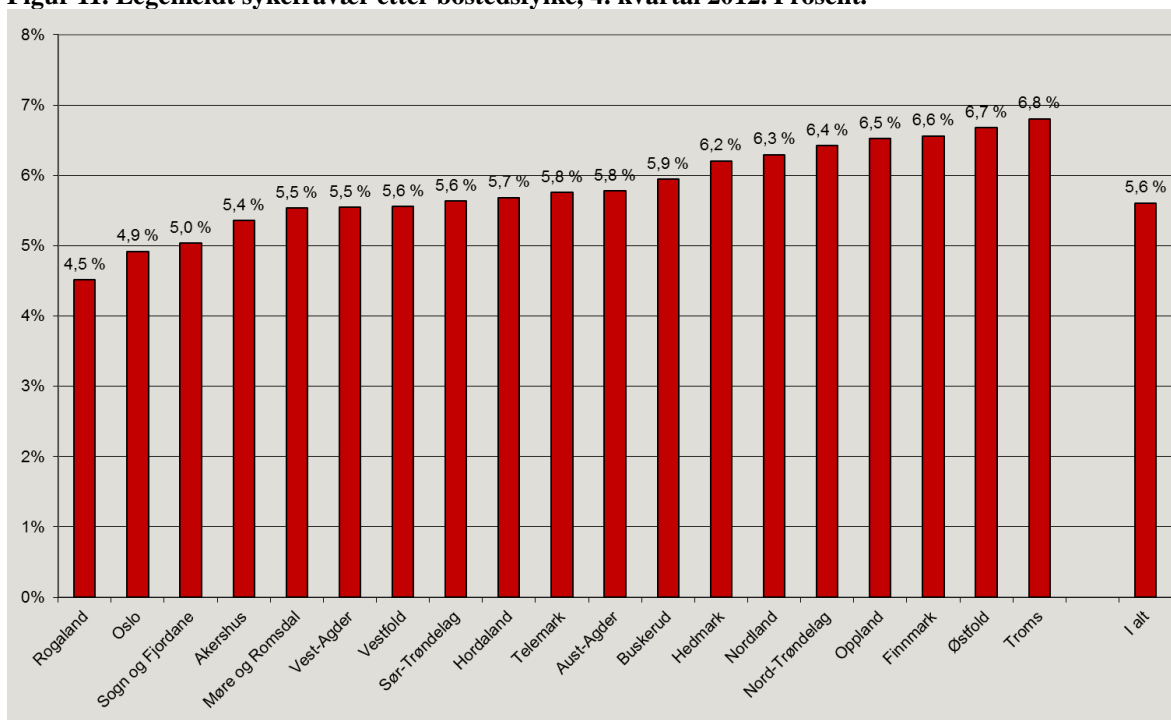


Kilde: NAV.

Sykefraværet økte i Nord-Trøndelag

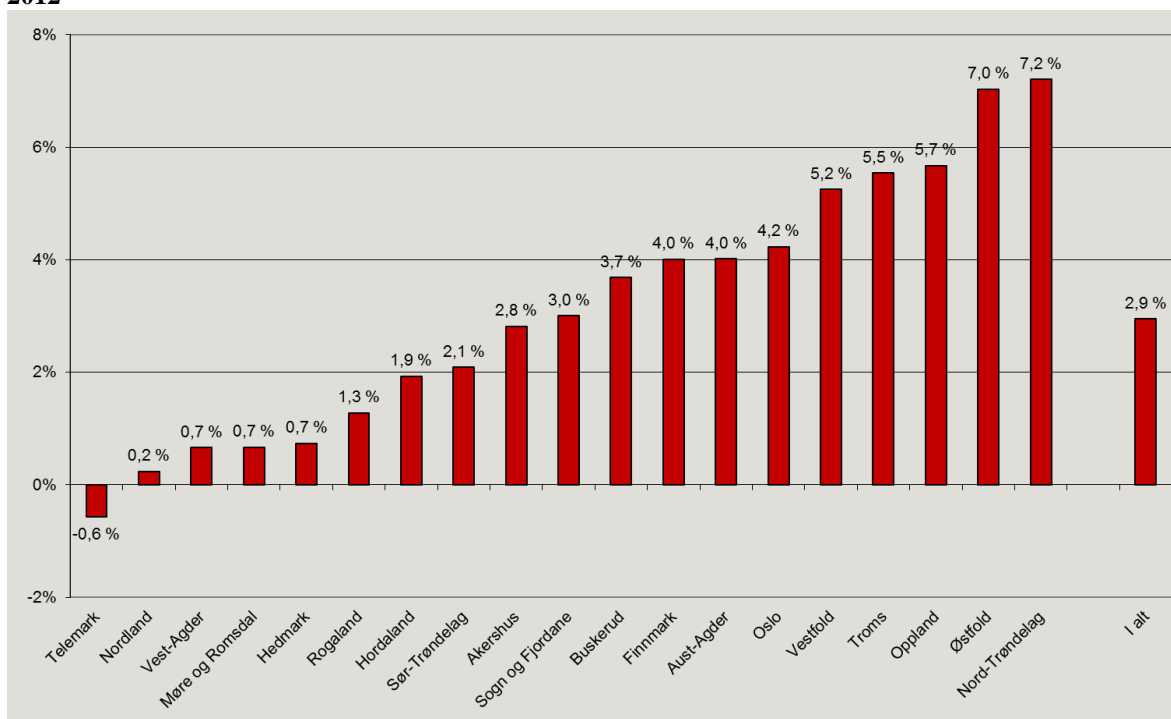
Den fylkesvise fordelingen i figur 11 viser at sykefraværet er høyest i Troms (6,8 %), dernest Østfold (6,7 %) og Finnmark (6,6 %). Fraværet er lavest i Rogaland (4,5 %), Oslo (4,9 %) og Sogn og Fjordane (5,0 %). Det er kun Telemark som har hatt en nedgang i sykefraværet (-0,6 %) fra 4. kvartal 2011 til 4. kvartal 2012. Sykefraværet gikk mest opp i Nord-Trøndelag (+7,2 %), Østfold (+7,0 %) og Oppland (+5,7 %).

Figur 11. Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke, 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: NAV

Figur 12. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter bostedsfylke, 4. kvartal 2011 – 4. kvartal 2012



Kilde: NAV

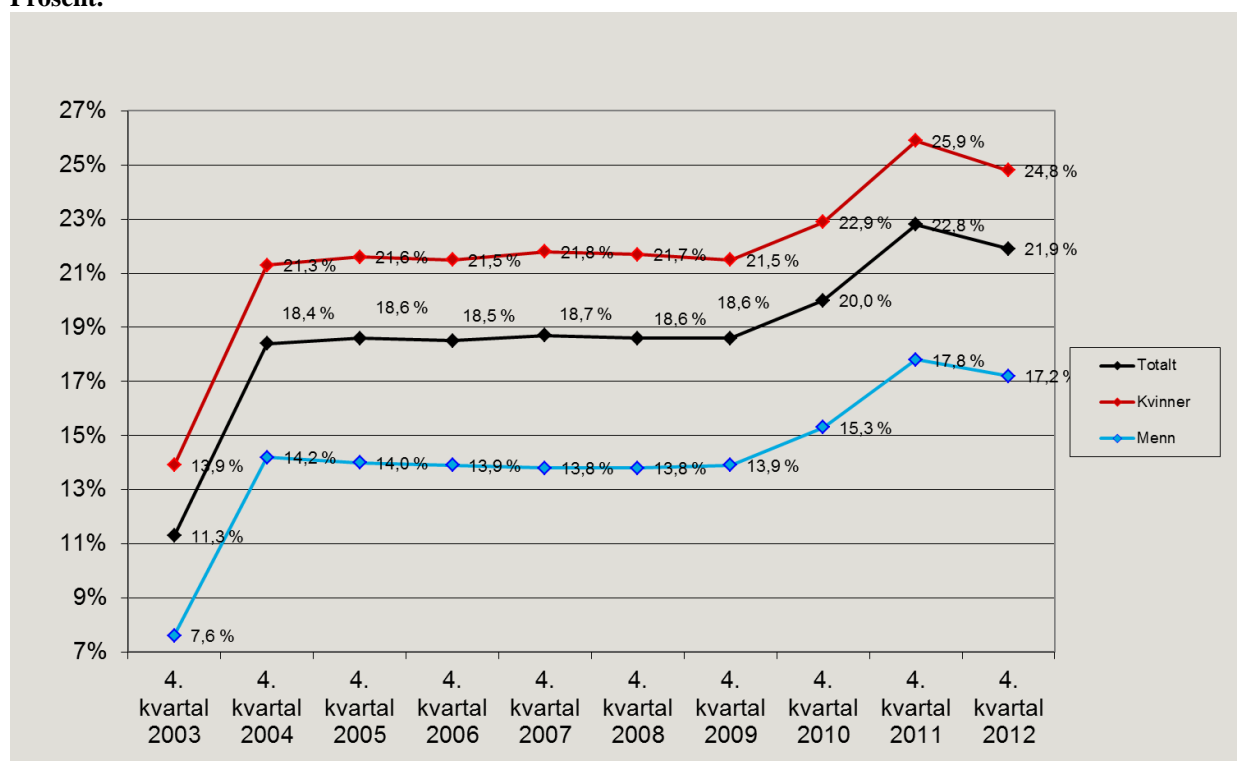
Nedgang i andelen med gradert sykmelding

Andelen sykefraværstilfeller med gradert sykmelding (delvis sykmeldte) gikk ned fra 22,8 prosent i 4. kvartal 2011 til 21,9 prosent i 4. kvartal 2012 (jf figur 15). Det er nedgang i bruken av gradert sykmelding for både menn og kvinner. Kvinner får oftere gradert sykemelding enn menn.

En svakhet med denne indikatoren er at sykefraværstilfeller som går over flere kvartaler telles med flere ganger, og siden de lange fraværene ofte er graderte blir nivået på andelen graderte tilfeller overvurdert. For å ta høyde for dette, har vi utarbeidet en indikator som viser gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte arbeidsdag (figur 16). Dette er et mål på bruken av gradering som er mindre påvirket av de normale svingningene i sykefraværet og endringer i antall sykefraværstilfeller. Her ser vi også at det har vært klar økning i bruken av graderte sykmeldinger etter 2010. Både for menn og kvinner gikk den gjennomsnittlige sykmeldingsgraden ned. De to siste kvartalene har det vært en økning i den gjennomsnittlige sykefraværsgrad som kan indikere at utviklingen har snudd, og at nedgangen har stoppet opp.

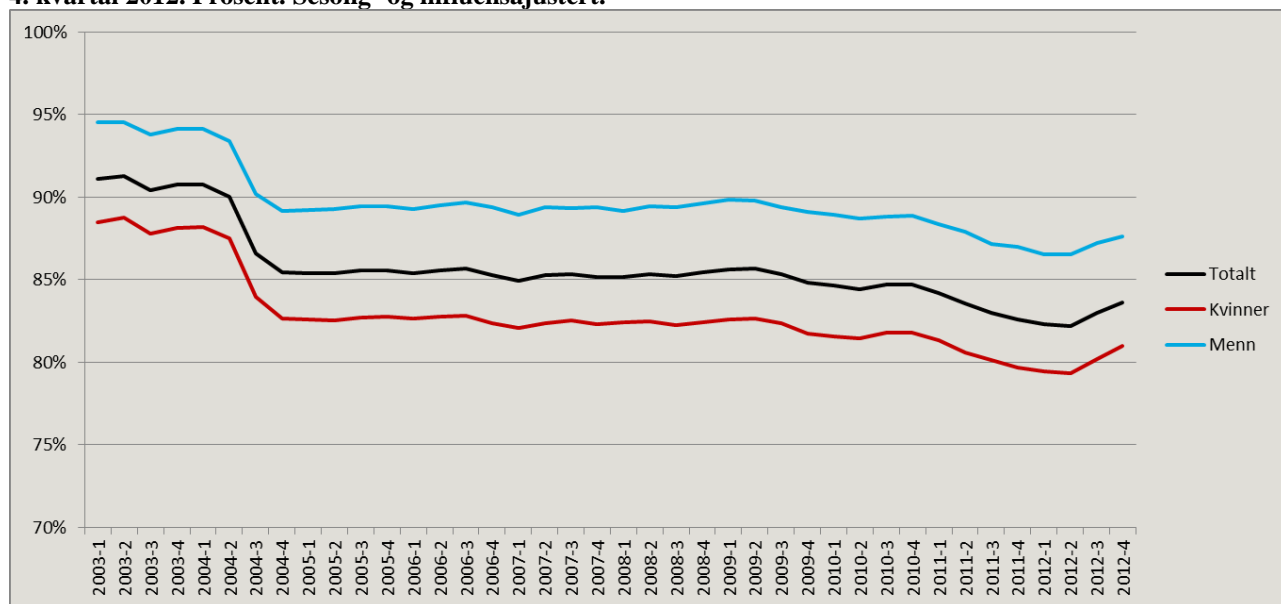
I den nye IA-avtalen fra 2010 er det økt fokus på gradering av sykmeldinger, og et av målene er å øke andelen graderte sykmeldinger. Partene i arbeidslivet ønsker å gjøre gradert sykmelding til hovedregelen ved lange sykefravær for på den måten å fremme nærvær og aktivisering. Hvis vi ser på graderingsgraden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

Figur 15. Legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding, 4. kvartal 2003– 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: NAV

Figur 16. Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte arbeidsdag. Totalt og etter kjønn. 1. kvartal 2003 – 4. kvartal 2012. Prosent. Sesong- og influensajustert.



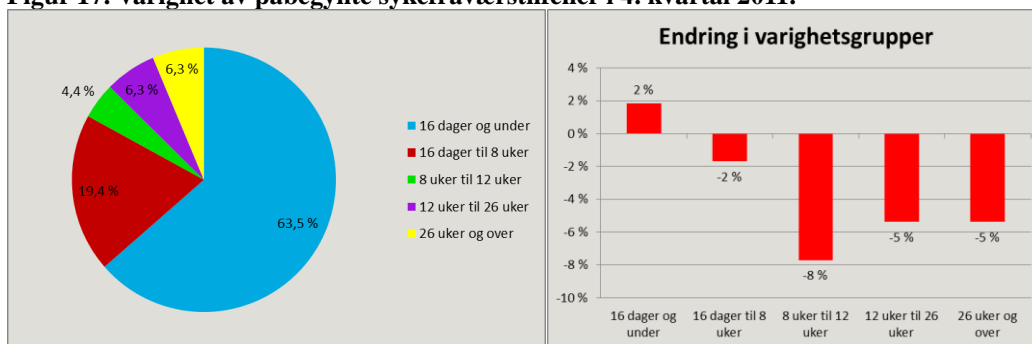
Kilde: NAV

Varighet av sykefraværstilfellene

Varigheten er beregnet av alle påbegynte sykefraværstilfeller i 4. kvartal 2011 – 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, publiseres varighetstallene ett år på etterskudd. Varighetstallene som presenteres her, tall for 4. kvartal 2011, er derfor ikke direkte sammenliknbare med sykefraværsprosenten for 4. kvartal 2012. Gjennomsnittlig varighet for påbegynte tilfeller for 4. kvartal 2011 er 39,6 dager.

Som vi ser av figur 17 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 over 6 prosent. Videre kan vi se at det har blitt færre av de lange sykefraværstilfellene på over 8 uker sammenlignet med samme kvartal i 2010. Det er kun de korte tilfellene har økt noe.

Figur 17. Varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 4. kvartal 2011.

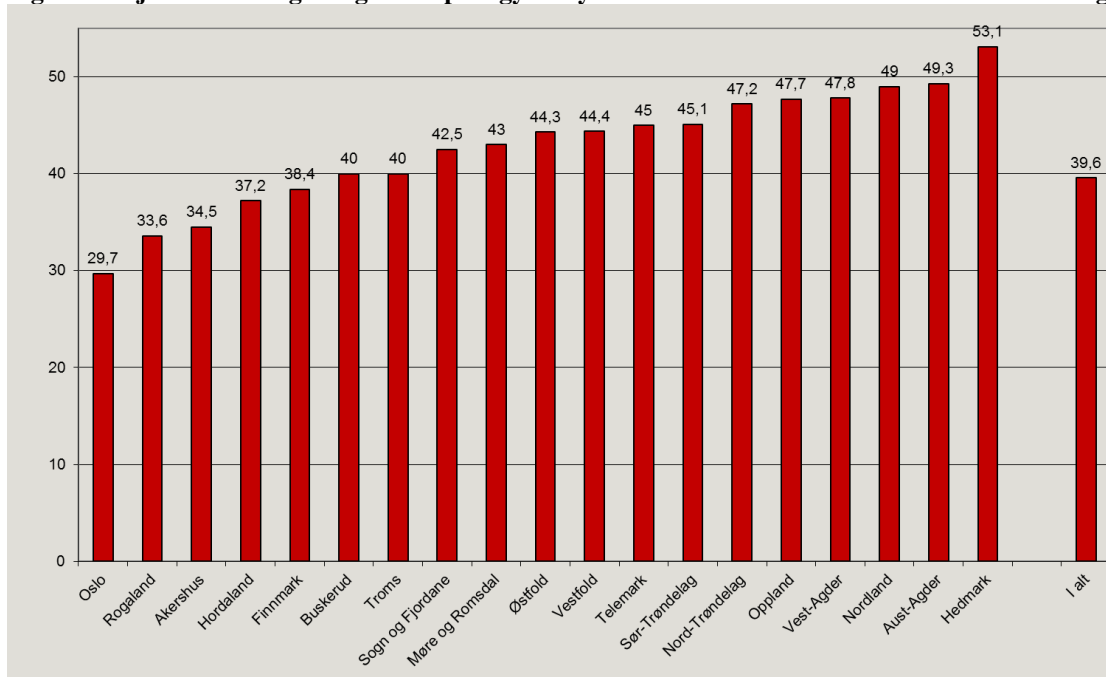


Kilde: NAV

Stor variasjon i varighet mellom fylker

Det er stor variasjon mellom fylkene i lengden på sykefraværstilfellene. Oslo har den korteste varigheten med gjennomsnittlig 29,7 dager, deretter følger Rogaland med 33,6 dager og Akershus med 34,5. Hedmark har de lengste sykefraværstilfellene med en gjennomsnittlig varighet på 53,1 dager, Aust-Agder 49,3 dager og Nordland 49 dager. Sammenligner vi gjennomsnittlig varighet i Oslo, som har den korteste varigheten, med gjennomsnittlig varighet i Hedmark, som har den lengste, er forskjellen mellom de to fylkene på over 20 dager.

Figur 18. Gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 4. kvartal 2011. Antall dager.

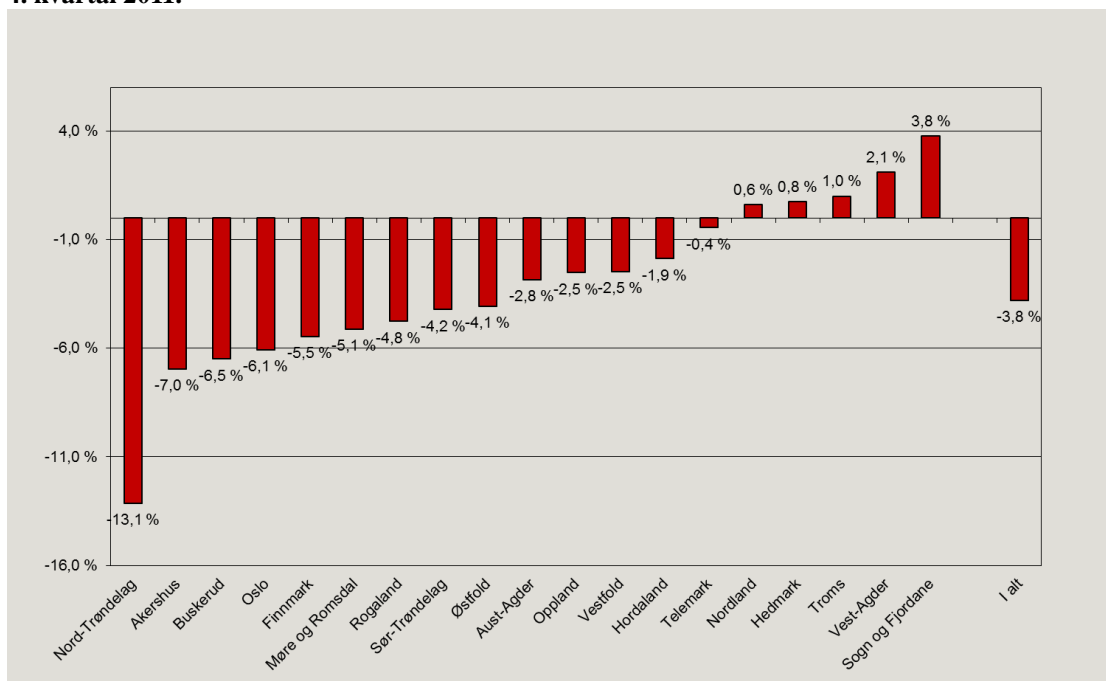


Kilde: NAV

Varigheten sank med 1,5 dag

Fra 4. kvartal 2010 til 4. kvartal 2011 har gjennomsnittlig varighet gått ned med 3,6 prosent, noe som tilsvarer 1,5 dager. Når vi ser på utviklingen i fylkene er det store forskjeller. Varigheten gikk mest ned i Nord-Trøndelag (-13,1 %), Akershus (- 7 %) og Buskerud (-6,5 %). I Sogn og Fjordane gikk varigheten opp med 3,8 prosent, deretter følger Vest-Agder med økning på 2,1 prosent og Troms med 1 prosent.

Figur 19. Prosentvis endring i gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller, 4. kvartal 2010 - 4. kvartal 2011.



Kilde: NAV

I artikkelen ”Sykefravær: Store fylkesvise forskjeller i varigheten innenfor samme diagnose” i Arbeid og Velferd 3/2010 undersøker de varighetene 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.

Temadel - Diagnoser

Sykefraværstilfeller og sykefraværsdagsverk

Antall sykefraværstilfeller økte med 0,8 prosent fra 4. kvartal 2011 til 4. kvartal 2012, og antall sykefraværsdagsverk økte med 3,4 prosent.

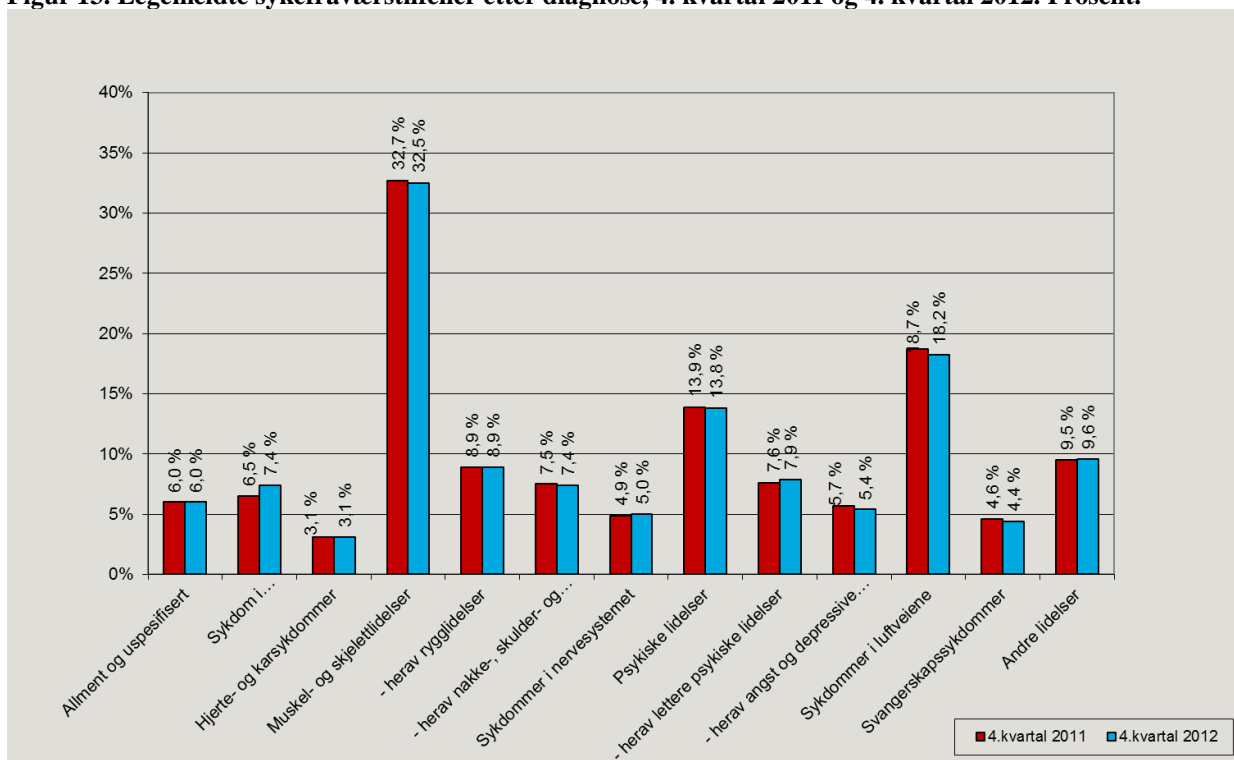
Jevn nedgang i alle diagnosegrupper

Figur 13 og 14 viser prosentvis fordeling av henholdsvis sykefraværstilfeller og sykefraværsdagsverk etter diagnose. I legemeldte sykefraværstilfeller er det få endringer i de fleste diagnosegruppene³ det siste året med unntak av sykdommer i fordøyelsessystemet. Der ser vi at andelen økte fra 6,5 til 7,4 prosent. Dette utgjør en økning på over 4 700 tilfeller sammenlignet med samme kvartal i fjor.

Den samme tendensen finner vi også i fordelingen av sykefraværsdagsverk etter diagnose. Det er få endringer i sammensetningen av de andre diagnosegruppene. I sykdommer i fordøyelsessystemet økte de tapte dagsverkene med 11 prosent. Dette utgjør 17 prosent av økning i tapte dagsverk. Det er sjelden det er så store utslag i sykefraværet i denne diagnosegruppen. Vi kan ikke si hva det er som ligger bak men når vi har sett på enkelt diagnoser er det noen diagnoser som utmerket seg i denne gruppen, og de var relatert til mageproblemer som diare og mageinfeksjoner. En annen diagnosegruppe som pleier å gjøre seg gjeldende i 4. kvartal er sesonginfluensa. Vi ser ingen ekstraordinære utslag av denne i sykdommer i luftveiene. Det ligger på omtrent samme nivå som i fjor.

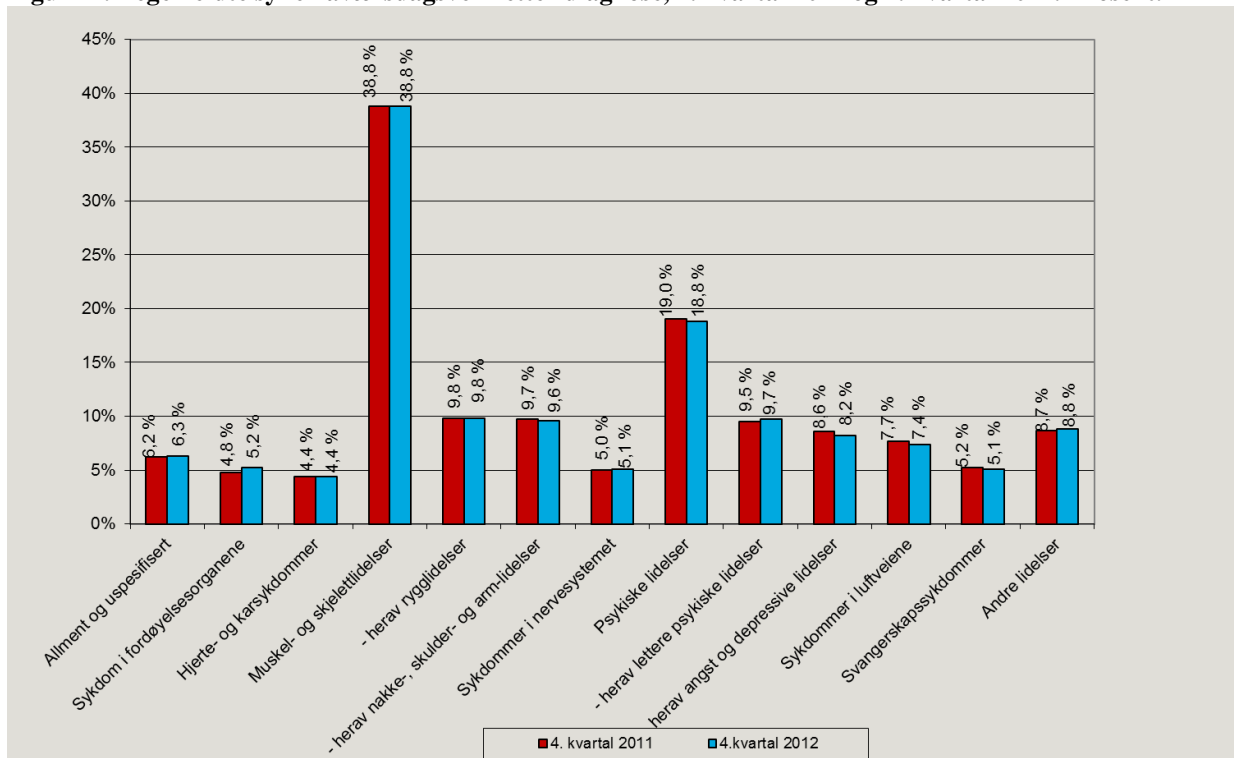
³ Generelt vil diagnoser som vanligvis fører til kortvarig sykefravær (f.eks. sykdommer i luftveiene) utgjøre en større andel av tilfellene enn av dagsverkene, mens diagnoser som vanligvis fører til lengre sykefravær (f.eks. muskel- og skjelettlidelser) vil utgjøre en større andel av dagsverkene enn av tilfellene.

Figur 13. Legemeldte sykefraværstilfeller etter diagnose, 4. kvartal 2011 og 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: NAV

Figur 14. Legemeldte sykefraværsgangsverk etter diagnose, 4. kvartal 2011 og 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: NAV

Diagnoser fordelt på kjønn

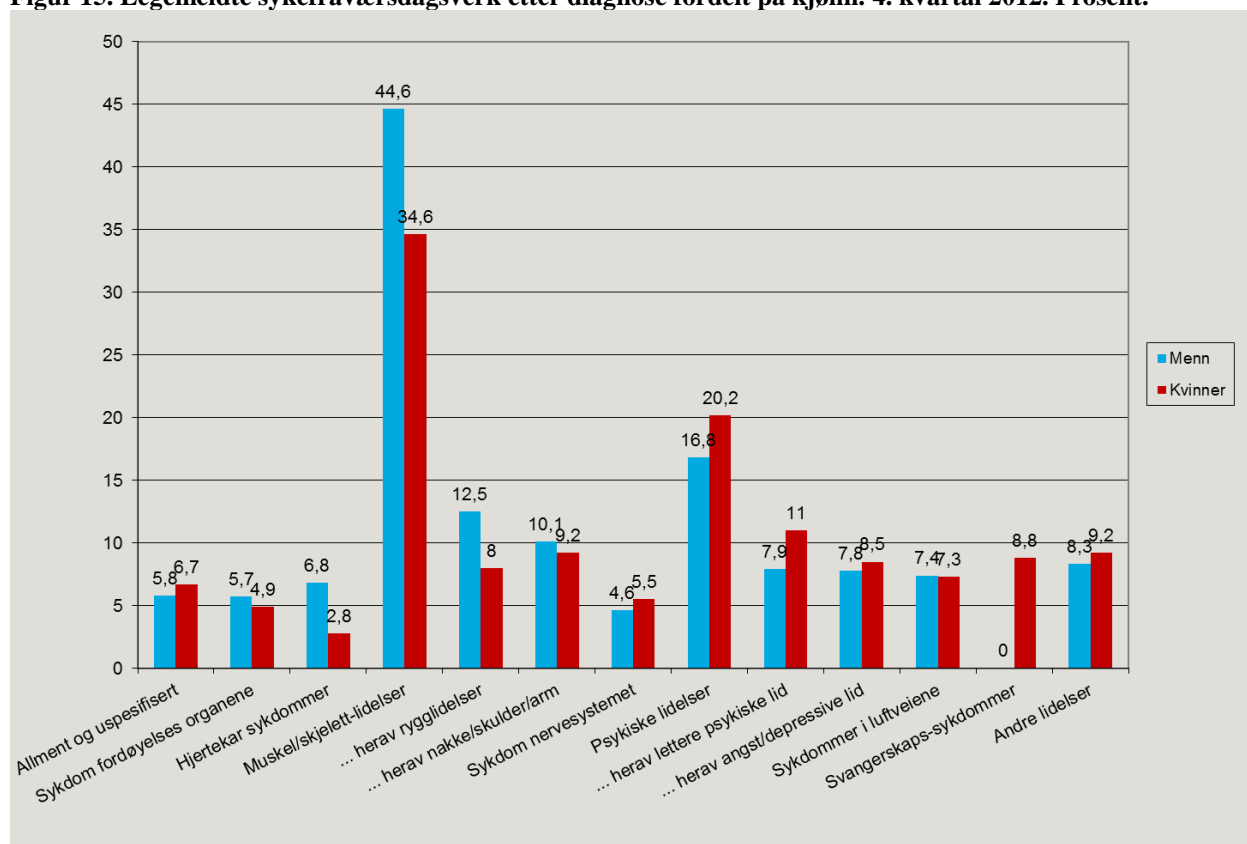
Det er klare kjønnsforskjeller i hvilke sykdommer som menn og kvinner blir sykemeldt for. I figur 15 er det spesielt tre diagnosegrupper som utmerker seg: muskel og skjelettlidelser, psykiske lidelser og hjerte og karsykdommer.

Muskel- og skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til sykefravær, og menn er i hovedsak mer sykemeldt for dette enn kvinner. Menn er spesielt mer sykemeldt for ryggproblemer.

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

En annen kategori som viser stor kjønnsforskjell er hjerte- og karsykdommer. Det er dobbelt så mange menn som er sykemeldt for denne type 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 sykefraværsværker etter diagnose fordelt på kjønn. 4. kvartal 2012. Prosent.

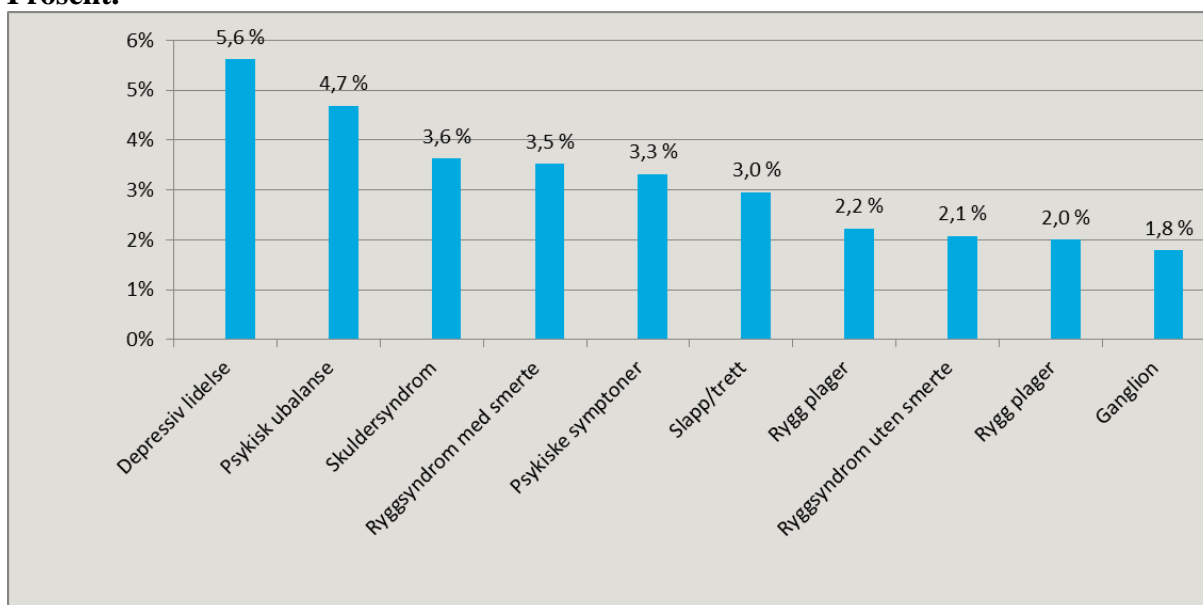


Depresjon utgjør 5 prosent av alt sykefravær

Psykiske lidelser er en av våre største helseutfordringer, og det er en viktig årsak til både sykefravær, uførhet og nedsatt livskvalitet. Som vi ser av figur 16 og 17 utgjør enkeltdiagnoser knyttet til depresjon og psykisk ubalanse en stor andel av diagnosene knyttet til psykiske lidelser.

Muskel- og skjelettlidelser er svært utbredt, og står for en stor del andel av sykefraværet. Det er ryggliedelser som er dominerende årsak, både med og uten smerteutstråling. Ser vi derimot utviklingen over tid er det færre med ryggliedelser nå enn for 10 år siden (jf figur 18). En av årsakene til dette kan være endring i behandlingsform fra passivitet til å legge mer vekt på aktivitet og rask tilbakegang til arbeid.

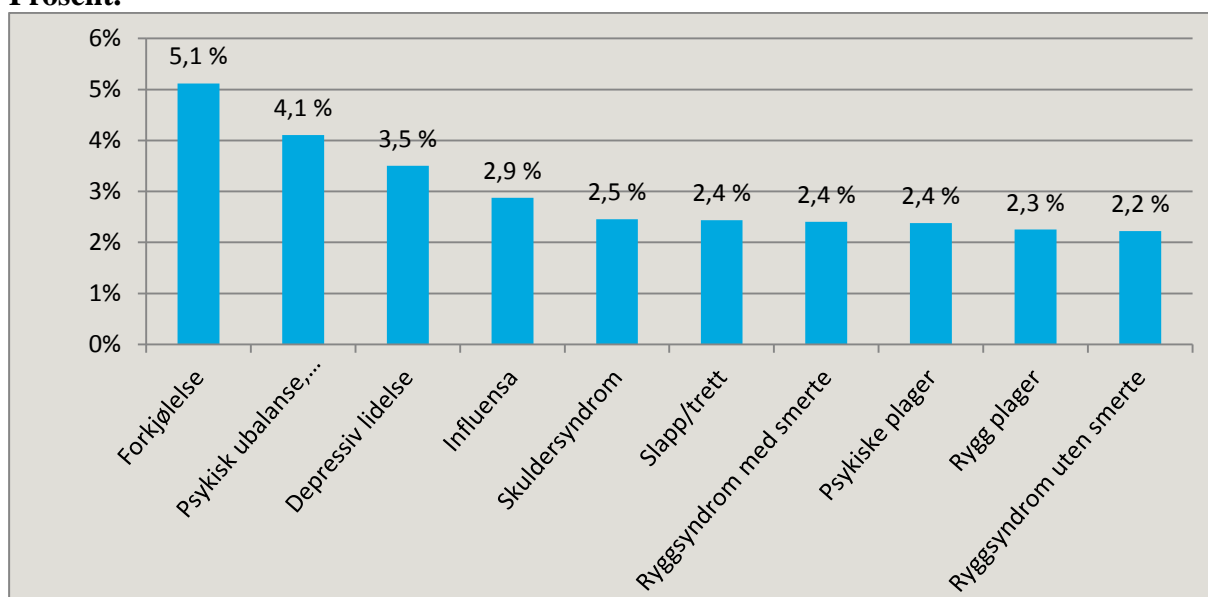
Figur 16. Legemeldte sykefraværsdagsverk fordelt på enkelt diagnoser. 4. kvartal 2012. Prosent.



Hver vinter rammes befolkningen av forkjølelse og sesonginfluensa. Vanligvis blir mellom 5 til 10 prosent av befolkningen syke i løpet av en vintersesong. Dette gir utslag i sykefraværet, spesielt når vi ser på antall sykefraværstilfeller, jf figur 17. I 4. kvartal 2012 sto forkjølelse for 5 prosent av alle sykefraværstilfeller og influensa sto for 3 prosent. I følge Folkehelseinstituttets influensaovervåkning begynte antall innrapporterte tilfeller å øke i uke 50 med en topp i uke 2.

Ellers er det de store diagnosene som psykisk ubalanse og depresjon som utgjør en stor andel av sykefraværstilfellene.

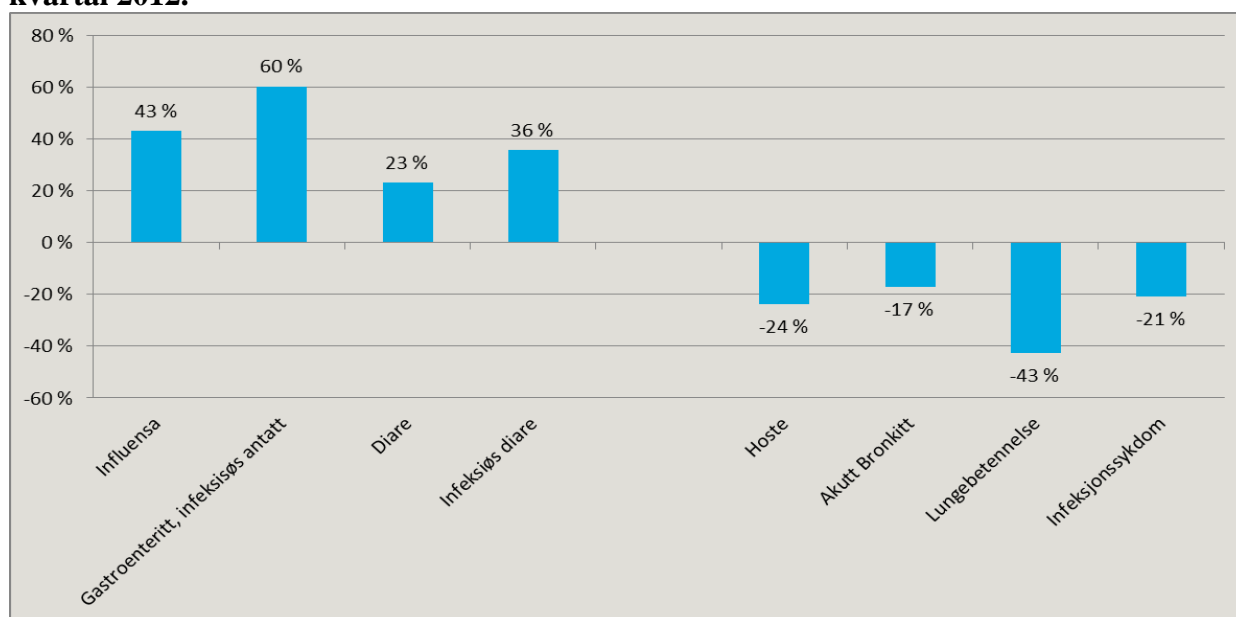
Figur 17. Legemeldte sykefraværstilfeller fordelt på enkelt diagnoser. 4. kvartal 2012. Prosent.



Hvis vi ser på hvilke enkeltdiagnoser som har hatt den største endringen fra 4. kvartal 2011 til 4. kvartal 2012 får vi et bilde av hvilke sykdommer som har økt mest blant de sykemeldte. Som nevnt tidligere, har sykdommer i fordøyelsessystemet økt mye, og dette gjenspeiler seg i enkeltdiagnosene. Det er spesielt diagnoser knyttet til mageinfeksjoner og diare som har økt mye i 4. kvartal 2012. Dette er sykdommer av kort varighet men når det er mange av dem, vil sykefraværet øke.

Diagnosene som har gått mest ned er alle knyttet til sykdommer i luftveiene.

Figur 18. Prosentvis endring av legemeldte sykefraværstilfeller fra 4. kvartal 2011 til 4. kvartal 2012.



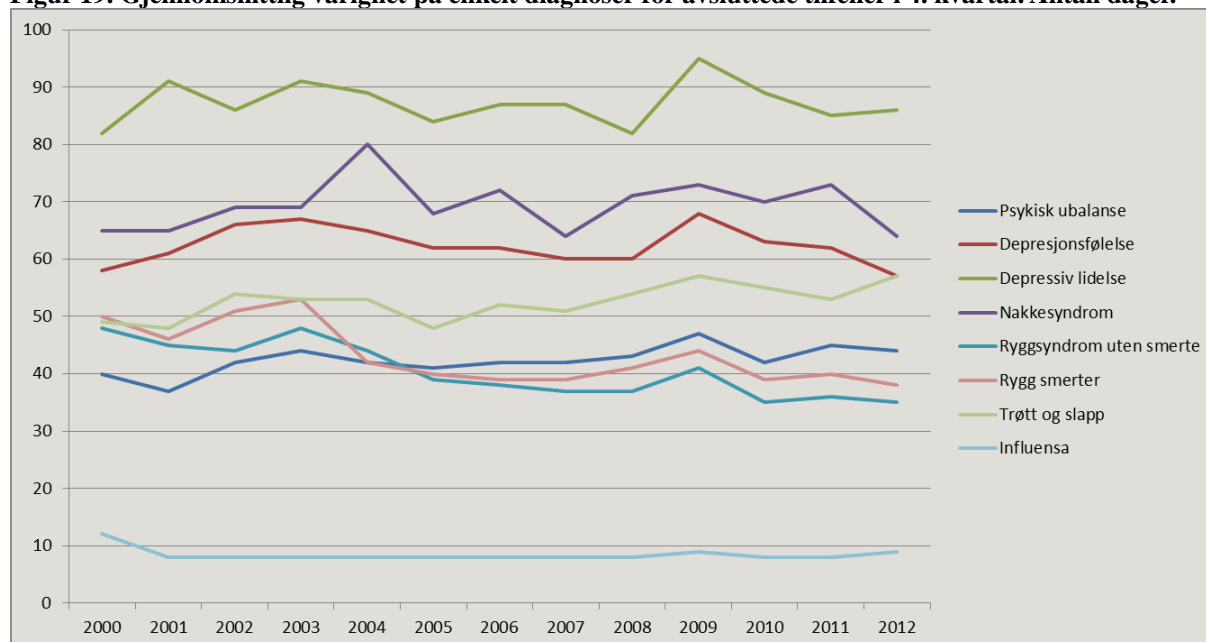
Varighet på diagnoser

Av de mest brukte diagnosene er det depressiv lidelse som har den lengste varigheten, jf figur 19. Fra 2000 og frem til i dag har den gjennomsnittlige varigheten variert fra 82 dager og opp til 95 dager i 2009. I 4. kvartal 2012 var gjennomsnittlig varighet 86 dager.

Ryggsyndrom med og uten smerter har hatt en nedgang i gjennomsnittlig varighet i perioden fra 2000 til 2012. I 2000 var varigheten på rundt 50 dager for begge grupper, og denne har falt med nesten 10 dager, og ligger nå rett under 40 dager. Dette kan henge sammen med endringer i behandlingsform som er nevnt tidligere.

En diagnose hvor varigheten har økt, er trøtt og slapp. Her har gjennomsnittlig varighet økt fra 48 dager i 2001 til 57 dager i 2012.

Figur 19. Gjennomsnittlig varighet på enkelt diagnoser for avsluttede tilfeller i 4. kvartal. Antall dager.



Lettere psykiske lidelser har økt mest siden 2001

Figur 23 og 24 viser fordelingen av henholdsvis sykefraværstilfellene og sykefraværtdagsverkene etter diagnose i 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2012. Når vi ser på sykefraværstilfellene, gikk den prosentvise andelen mest ned for ryggglidelser (fra 11,6 % til 8,9 %). Den største økningen kom i lettere psykiske lidelser (fra 3,9 % til 7,9 %) og svangerskapsykdommer (fra 3,5 % til 4,4 %).

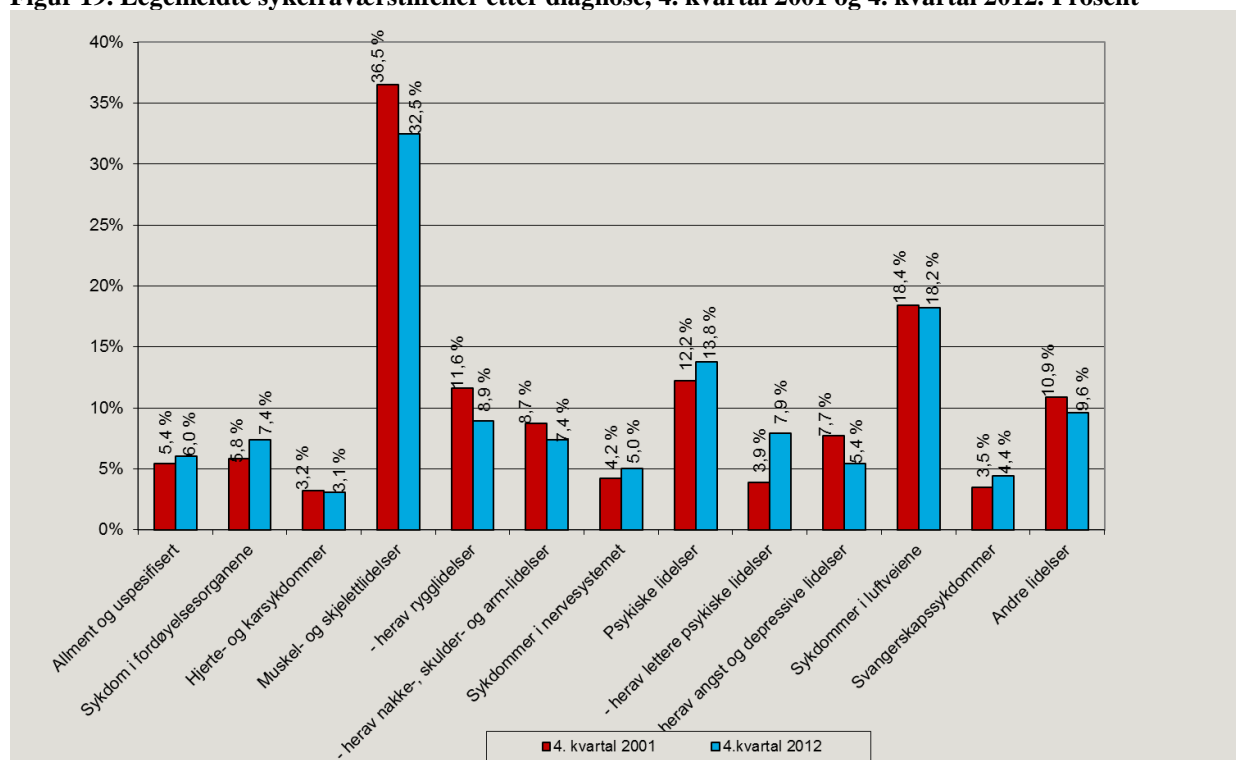
Ser vi på sykefraværtdagsverk, har den prosentvise endringen i andelen gått mest ned for muskel- og skjelettlidelser (44,9 % til 38,8 %) og psykiske lidelser som angst og depressive lidelser (fra 11,6 % til 8,2 %). Blant de lettere psykiske lidelsene har andelen av sykefraværtdagsverk økt (fra 4,3 % til 9,7 %). De andre diagnosene er mer eller mindre uendret.

Endringene i diagnosegruppene til psykiske lidelser og svangerskapsykdommer henger først og fremst sammen med endringer i diagnosebruk hos fastlegene.

Artikkelen «Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000-2011» i Arbeid og velferd, 3/2012 analyserer utviklingen i psykiske lidelser. Nedgangen i psykiske lidelser som angst og depressive lidelser skyldes at legene har blitt mer restriktive i bruken depresjonsdiagnoser, samt at graderte sykemeldinger brukes oftere enn før. For lettere psykiske lidelser består økningen i en kombinasjon av endret diagnosepraksis og en reell vekst i sykmelding med disse lidelsene.

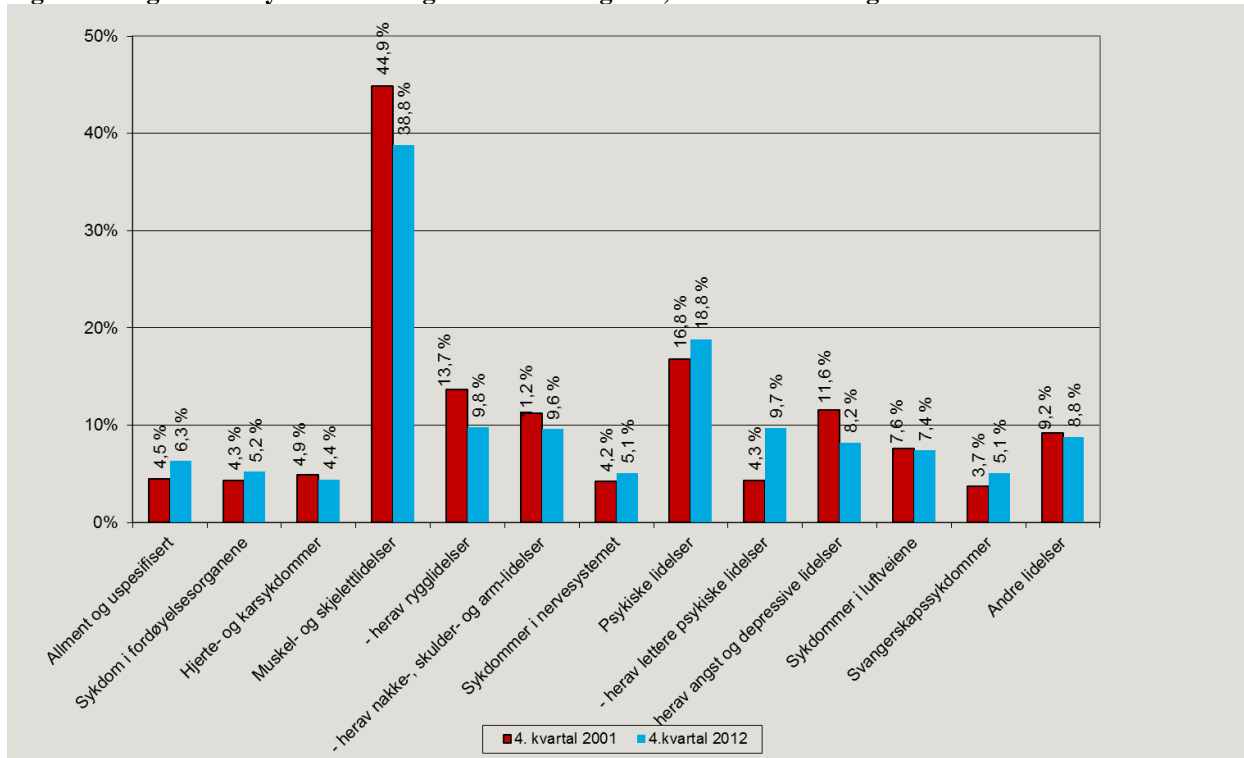
Når det gjelder økningen for svangerskapsykdommer, kan en medvirkende årsak være at legene har endret kodepraksis i perioden. I artikkelen ”Sykefravær og svangerskap” i Arbeid og velferd 3/2007 er det vist at andelen av sykmeldte gravide registrert med muskel- og skjelettlidelser ble omtrent halvert fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2006, samtidig som andelen med svangerskapslidelser økte kraftig.

Figur 19. Legemeldte sykefraværstilfeller etter diagnose, 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2012. Prosent



Kilde: NAV

Figur 20. Legemeldte sykefraværtdagsverk etter diagnose, 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: NAV