

Utviklingen i sykefraværet, 1. kvartal 2014

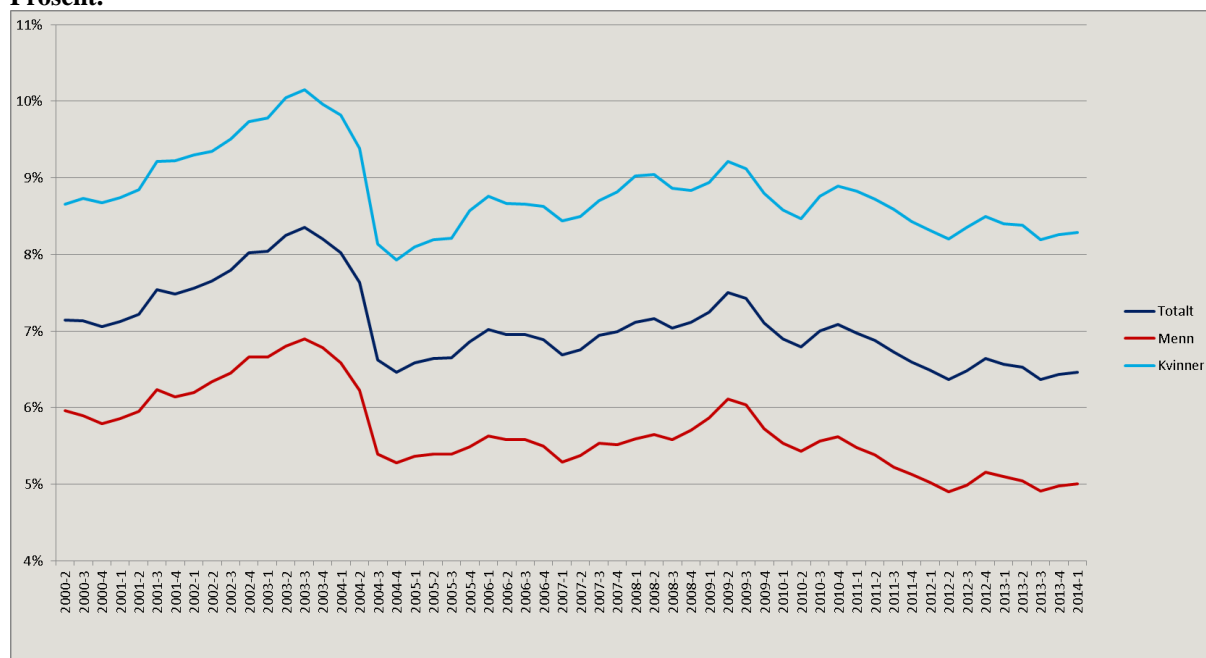
Skrevet av Therese Sundell 12.6.2014 (therese.sundell@nav.no)

Stabilt sykefravær viser sesongjusterte tall

Det totale sesongjusterte sykefraværet er nå på 6,5 prosent. Det viser nye sesong- og influensajusterte tall. Det var en økning i det egenmeldte sykefraværet på 2,8 prosent, og det legemeldte økte med 0,1 prosent. Samlet økning var på 0,5 prosent.

Figur 1 viser utviklingen i det sesong- og influensajusterte 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. Etter dette har det sykefraværet igjen vært i en nedadgående trend.

Figur 1. Egen- og legemeldt sykefravær, sesong- og influensajustert. 2. kvartal 2000 – 1. kvartal 2014. Prosent.



Kilde: SSB og NAV

Om sesongjustering

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 faller. Foreløpig publiserer vi kun sesong- og influensajusterte legemeldte tall for kvinner og menn.

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

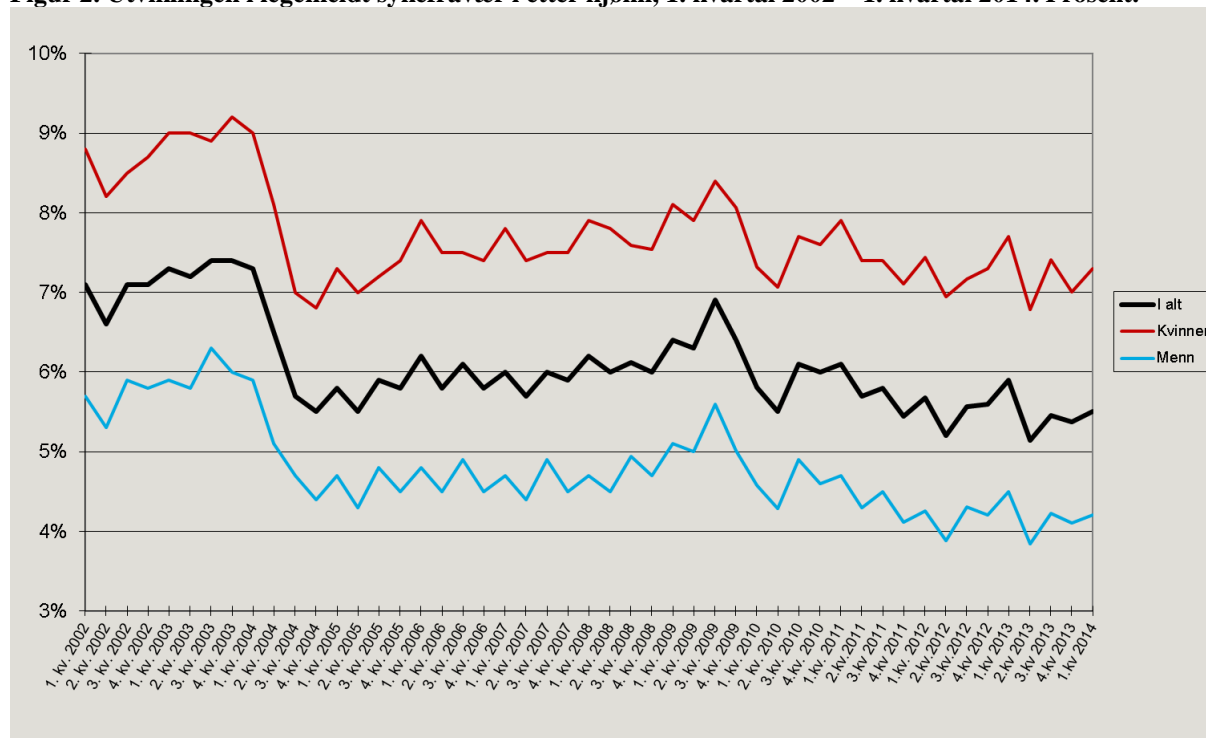
Nedgang i det registrerte legemeldte sykefraværet¹

Heretter omtales kun det registrerte legemeldte sykefraværet. Dette sammenlignes med samme kvartal i 2013. Det legemeldte sykefraværet gikk ned med 6,2 prosent, og er nå på 5,5 prosent. Det er hovedsakelig en årsak til at legemeldte sykefraværet har gått ned - influensa. Sesonginfluensaen var vesentlig svakere i 1. kvartal 2014 enn den har vært tidligere år, og antall tilfeller med luftveislidelser falt med over 30 prosent. Det egenmeldte fraværet gikk ned med 9 prosent. Dette er i samsvar med den kraftige nedgangen vi ser i luftveislidelser.

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. Ofte spiller konjunkturer i arbeidsmarkedet en viktig rolle i sykefraværet. Artikkelen «Utviklingen i sykefraværet: Betydningen av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer» i Arbeid og Velferd 2/2014 viser at arbeidsmarkedet påvirker sykefraværet på to ulike måter. Det blir færre påbegynte nye 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.

Ny IA-avtale ble undertegnet 4. mars 2014 av partene i arbeidslivet. Det er blitt lagt vekt på en forenkling av sykefraværsoppfølgingen og tillit til arbeidslivet. Sanksjonsregimet fra 2011 er blitt fjernet, og det skal legges mer vekt på dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker

Figur 2. Utviklingen i legemeldt sykefravær i etter kjønn, 1. kvartal 2002 – 1. kvartal 2014. Prosent.



Kilde: NAV

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

Størst nedgang i sykefraværet blant menn under 30 år

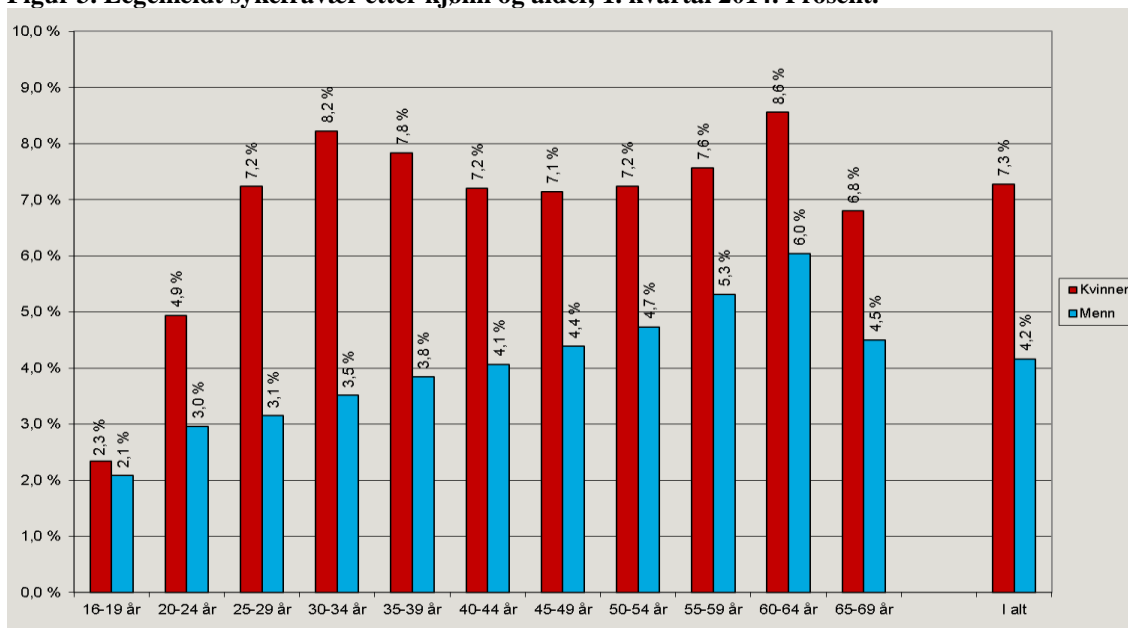
I 1. kvartal 2014 var det legemeldte sykefraværet for kvinner på 7,3 prosent og 4,2 prosent for menn. Fordeler vi fraværet på kjønn og ser på endringen fra 1. kvartal 2013 til 1. kvartal 2014, hadde menn en nedgang på -7,1 prosent og kvinners sykefravær gikk ned med -5,4 prosent.

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. I følge artikkelen «Sykefravær blant gravide» i Arbeid og Velferd 2/2010 reduseres kjønnsforskjellen med nesten 50 prosent dersom man ser bort fra det svangerskapsrelaterte fraværet. Kvinner har imidlertid høyere sykefravær enn menn i alle aldersgrupper.

Endringene i sykefraværet fra 1. kvartal 2013 til 1. kvartal 2014 (figur 4) viser at nedgangen blant kvinner var størst blant de yngste aldersgruppene. Sykefraværet blant menn gikk ned for alle aldersgrupper. Det var størst nedgang blant de yngste, men nedgangen var også stor for de andre aldersgruppene.

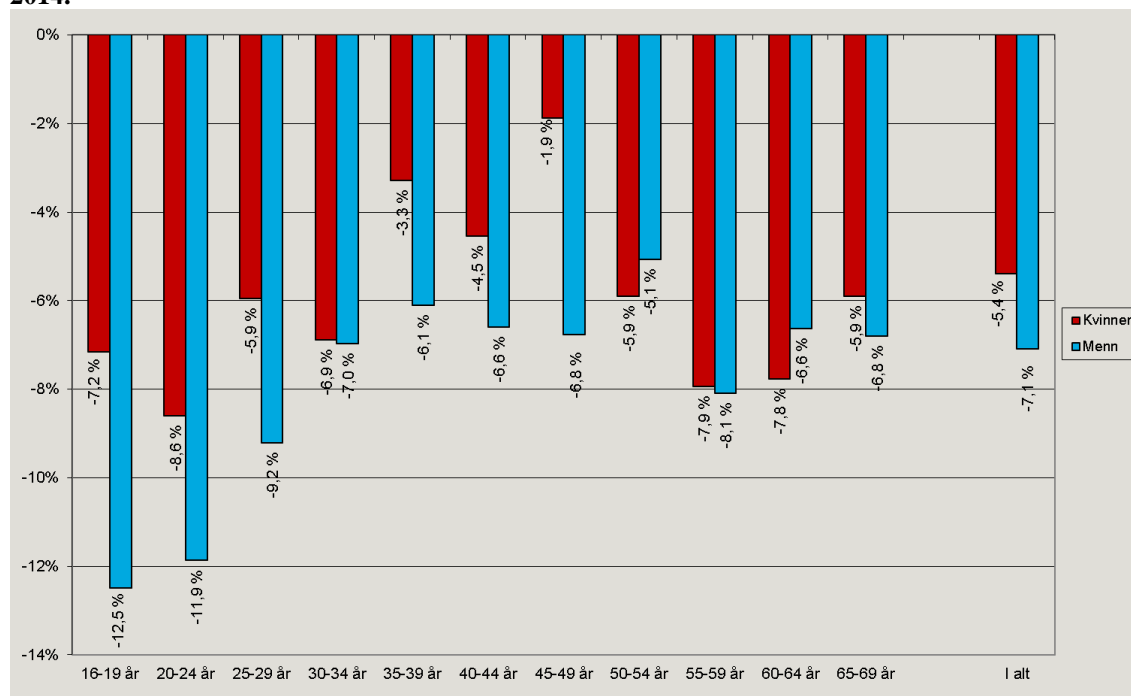
Et gjennomgående trekk ved sykefraværet, både i Norge og internasjonalt, er at kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn. Den nominelle differansen mellom kvinners og menns sykefravær har ligget rundt 2,5–3,0 prosentpoeng. At kvinners sykefravær er høyere enn menns skyldes delvis svangerskapsrelaterte lidelser, 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 sykkelighet og ulik sykdomsattferd.

Figur 3. Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder, 1. kvartal 2014. Prosent.



Kilde: NAV.

Figur 4. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter kjønn og alder, 1. kvartal 2013 – 1. kvartal 2014.



Kilde: NAV.

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 1 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 1. Sysselsatte arbeidstakere etter næring og kjønn. Prosent. 1. kvartal 2014.

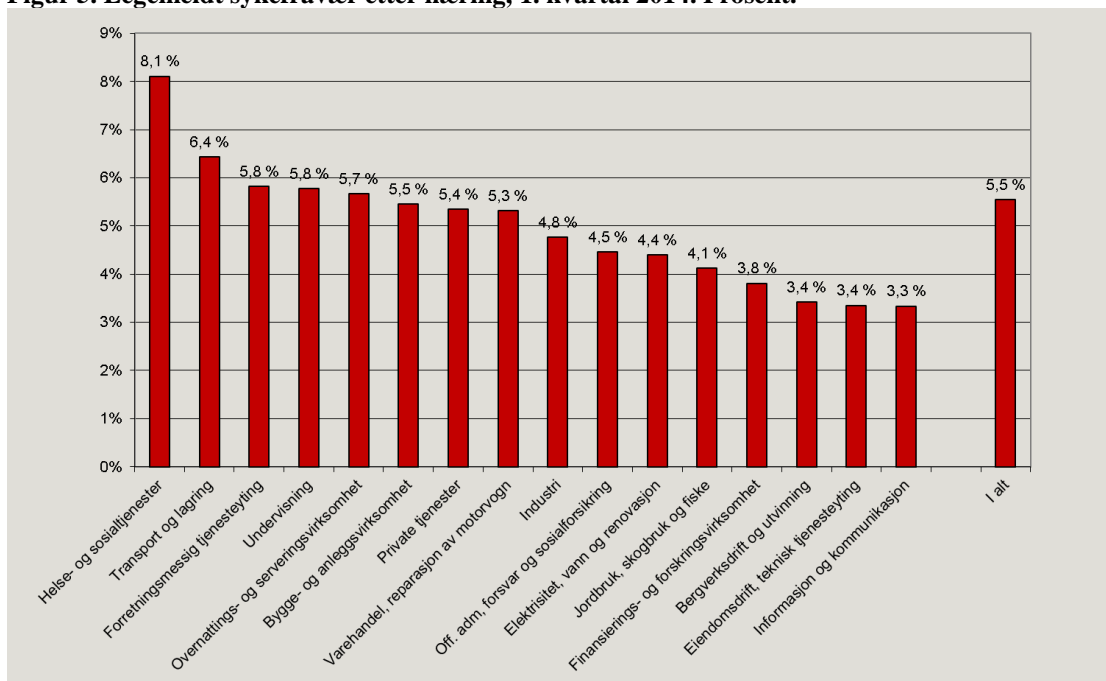
	Alle sysselsatte	Kvinner	Menn
Helse og sosiale tjenester	20 %	35 %	7 %
Varehandel mv	14 %	14 %	14 %
Industri	9 %	5 %	12 %
Undervisning	8 %	11 %	5 %
Bygge- og anleggsvirksomhet	8 %	1 %	14 %
Offentlig administrasjon, forsvar og sosial forsikring	6 %	7 %	6 %
Eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting	6 %	5 %	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 %

Kilde: NAV

Figur 5 viser at sykefraværet i 1. kvartal 2014 var klart høyest innen helse og sosiale tjenester (8,1 %), som sysselsetter hver femte arbeidstaker. Deretter følger transport og lagring (6,4 %) og forretningsmessig tjenesteyting (5,8 %). Fraværet var lavest innen informasjon og kommunikasjon (3,3 %), eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting (3,4 %) og bergverksdrift og utvinning (3,4 %).

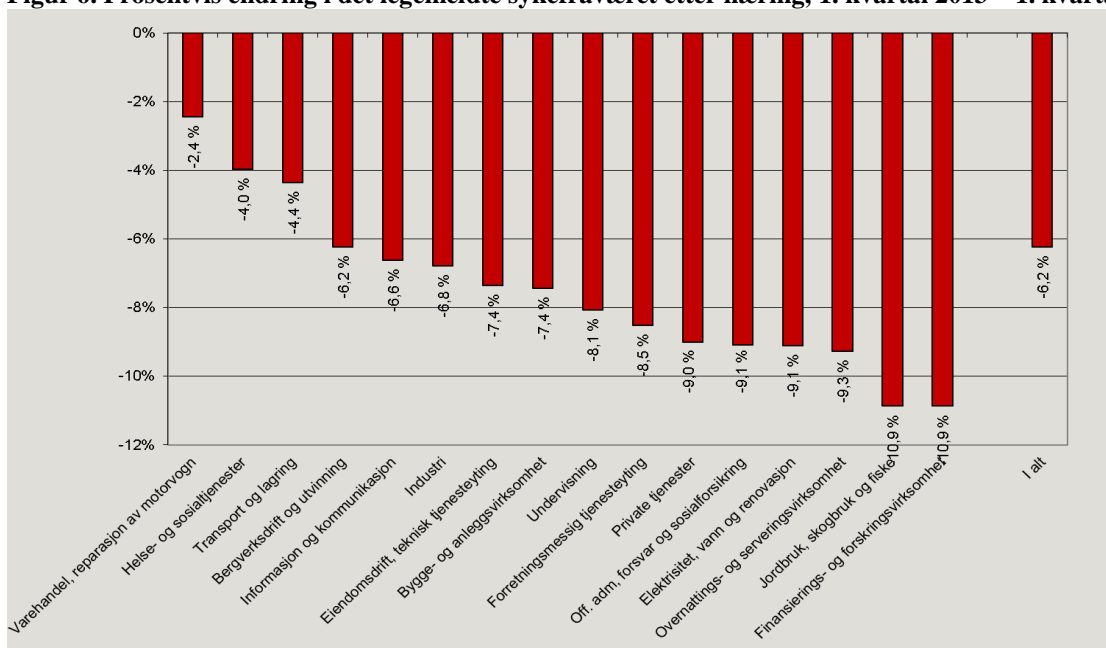
Fra 1. kvartal 2013 til 1. kvartal 2014 gikk sykefraværet ned alle næringer. Finansierings- og forsikringsvirksomhet og jordbruk, skogbruk og fiske hadde en nedgang på over 10 prosent.

Figur 5. Legemeldt sykefravær etter næring, 1. kvartal 2014. Prosent.



Kilde: NAV.

Figur 6. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter næring, 1. kvartal 2013 – 1. kvartal 2014.

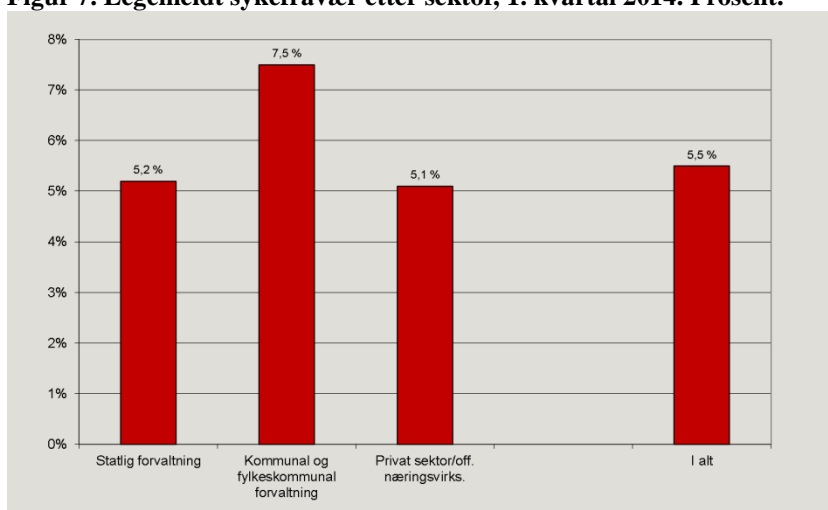


Kilde: NAV

Jevn nedgang i alle sektorer

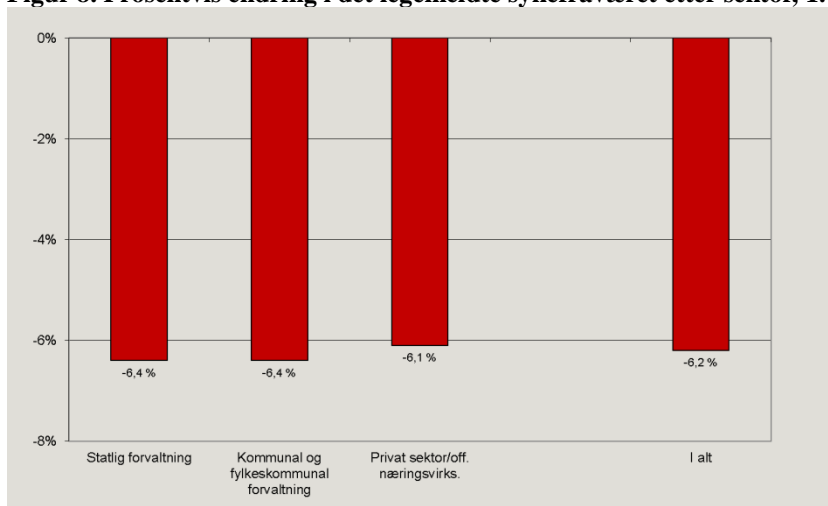
Sykefraværet er fortsatt klart høyest i kommunal forvaltning (7,5 %), deretter følger statlig forvaltning (5,2 %) og privat sektor (5,1 %), jf figur 7. Ser vi på endringen fra 1. kvartal 2013 til 1. kvartal 2014, er det liten forskjell mellom sektorene. Statlig forvaltning og kommunal forvaltning har like stor nedgang på -6,4 prosent. Privat sektor har hatt en nedgang på -6,1 prosent.

Figur 7. Legemeldt sykefravær etter sektor, 1. kvartal 2014. Prosent.



Kilde: NAV.

Figur 8. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter sektor, 1. kvartal 2013 – 1. kvartal 2014.



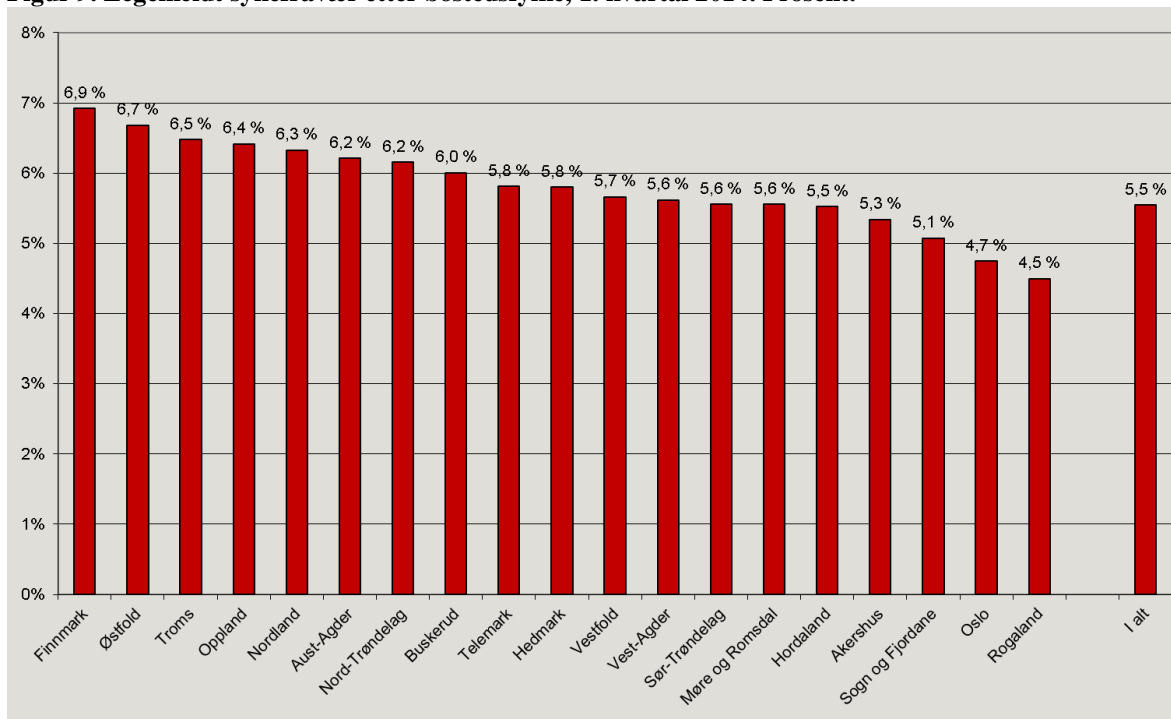
Kilde: NAV.

Sykefraværet ned med 12 prosent i Hedmark

Den fylkesvise fordelingen i figur 9 viser at sykefraværet er høyest i Finnmark (6,9 %), dernest Østfold (6,7 %) og Troms (6,5 %). Fraværet er lavest i Rogaland (4,5 %), Oslo (4,7 %) og Sogn og Fjordane (5,1 %). Det har vært nedgang i sykefraværet i alle fylker. Den største reduksjonen er i Hedmark (-12,1 %), Hordaland (-8,9 %) og Nord-Trøndelag (-8,9 %). Hedmark har hatt sterk nedgang i sykefraværet i over ett år. De har i lang tid hatt økt oppmerksomhet på sykefraværsoppfølging og vi

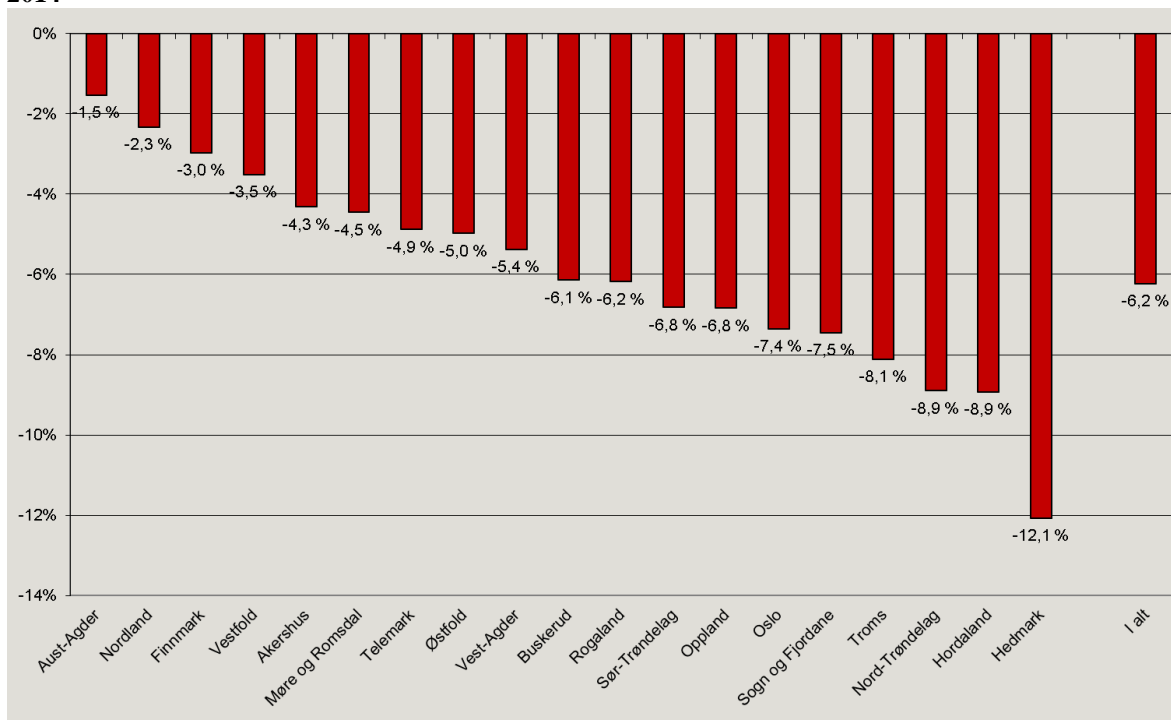
ser at de gjennom flere kvartaler på rad har oppnådd en betydelig reduksjon i sykefraværet. Situasjonen i Hedmark følges tett, og det vil komme en analyse av arbeidet fylket har gjort senere i år.

Figur 9. Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke, 1. kvartal 2014. Prosent.



Kilde: NAV

Figur 10. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter bostedsfylke, 1. kvartal 2013 – 1. kvartal 2014



Kilde: NAV

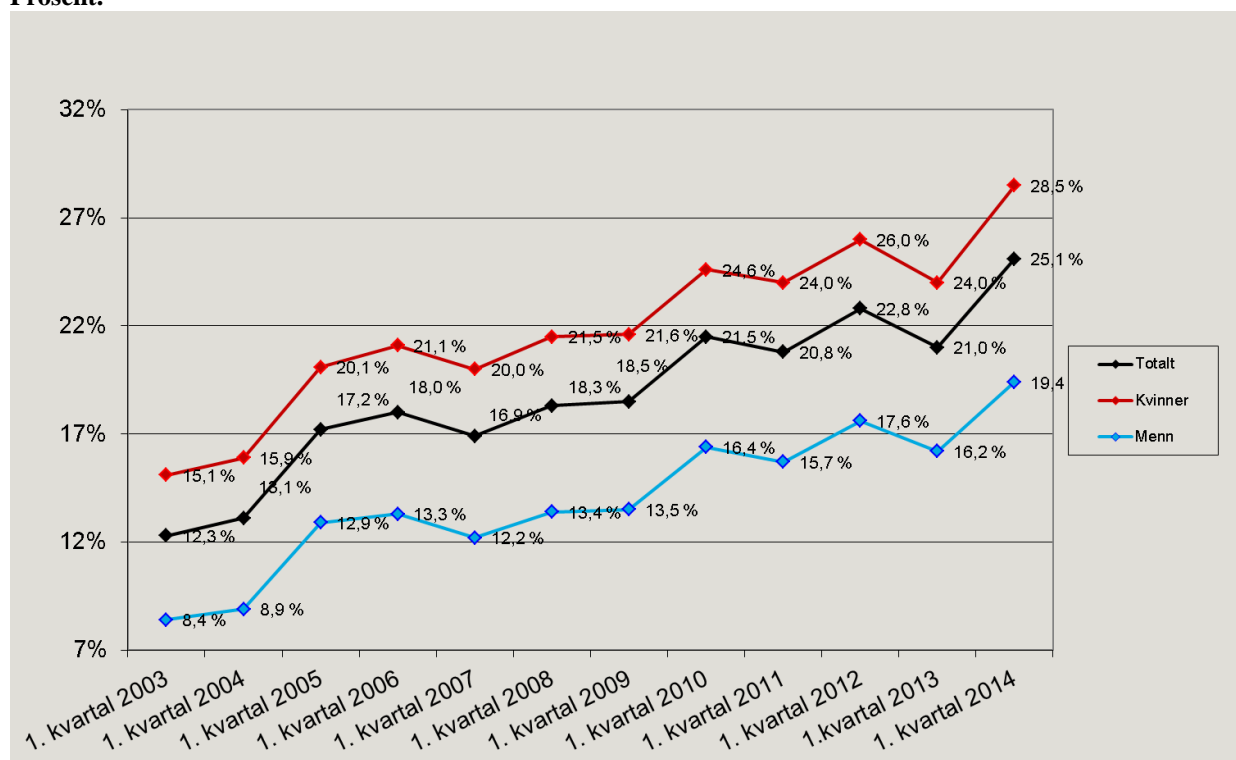
Økning i andelen med gradert sykmelding

Andelen sykefraværstilfeller med gradert sykmelding (delvis sykmeldte) gikk opp fra 21 prosent i 1. kvartal 2013 til 25,1 prosent i 1. kvartal 2014 (jf figur 11). Det er økning i bruken av gradert sykmelding for både menn og kvinner. En av årsakene til at andelen graderte sykefraværstilfeller øker så mye, er en stor reduksjon i de korte tilfellene som ikke er gradert. Derfor øker andelen tilfeller som er gradert. Når vi fjerner effekten av de korte influensatilfellene, skyldes omtrent 40 prosent av økningen andre faktorer. Det er mulig at tidlig gradering har ført til noe denne økningen. I den nye IA-avtalen er det økt fokus på å gradere tidlig i sykefraværet slik at man opprettholder kontakten med arbeidslivet.

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.

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.

Figur 11. Legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding, 1. kvartal 2003– 1. kvartal 2014. Prosent.



Kilde: NAV

Sykefraværstilfeller og sykefraværtdagsverk

Antall sykefraværstilfeller gikk ned med 3,7 prosent fra 1. kvartal 2013 til 1. kvartal 2014, og antall sykefraværtdagsverk gikk ned med 0,4 prosent. Dette tilsvarer en nedgang på henholdsvis 20 000 tilfeller og 30 000 dagsverk.

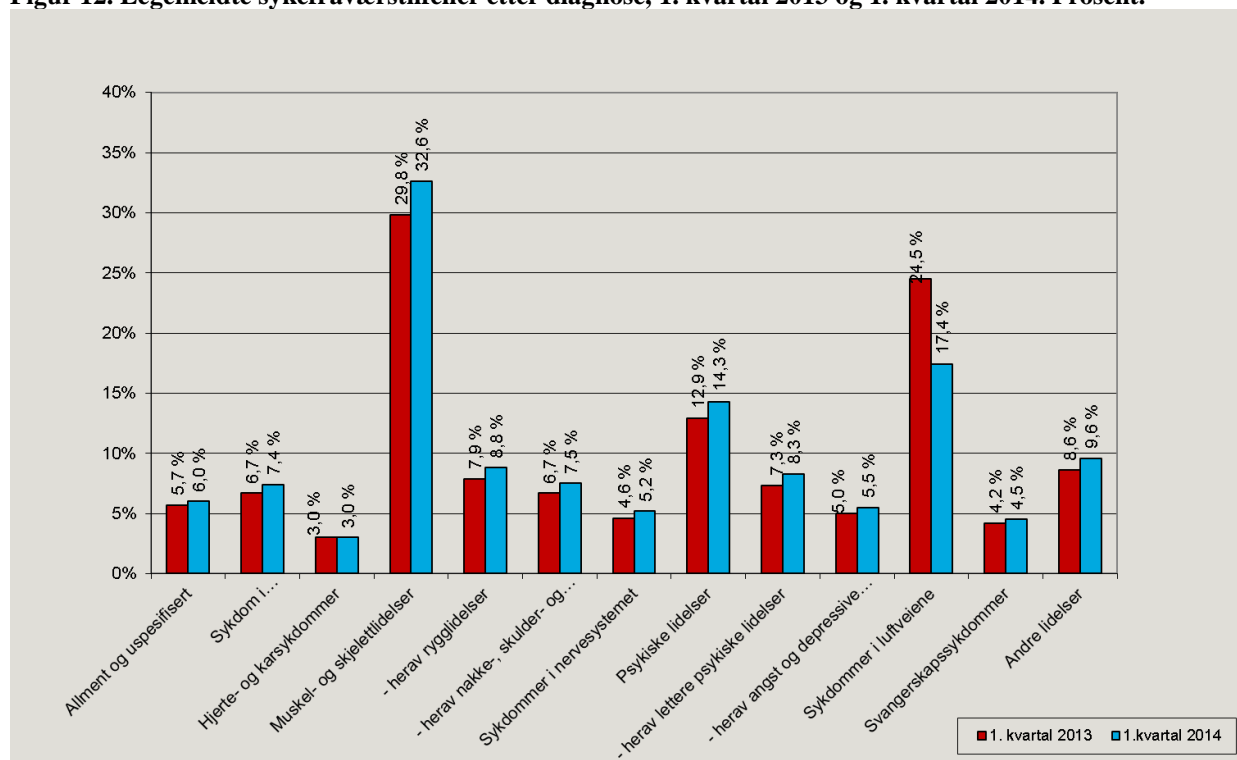
Stor nedgang i luftveislidelser

Som vi ser av figur 12 har det vært en kraftig nedgang i diagnosegruppen luftveislidelser. Antall tilfeller har gått ned med over 40 000 tilfeller sammenlignet med 1. kvartal 2013. Dette tilsvarer en nedgang på over 30 prosent. I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt var årets utbrudd av sesonginfluensa vesentlig svakere enn foregående år. Vi ser den samme nedgangen i sykefraværtdagsverkene. Nedgangen i luftveislidelser ligger også der på over 30 prosent. Det vil si at mye av nedgangen i sykefraværet kan forklares av en usedvanlig svak influensaepidemi 1. kvartal 2014.

Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser økte både i antall tilfeller og i antall dagsverk.

I legemeldte sykefraværstilfeller er det få endringer i de andre diagnosegruppene². Den samme tendensen finner vi også i fordelingen av sykefraværtdagsverk etter diagnose. Det er få endringer i sammensetningen av de andre diagnosegruppene.

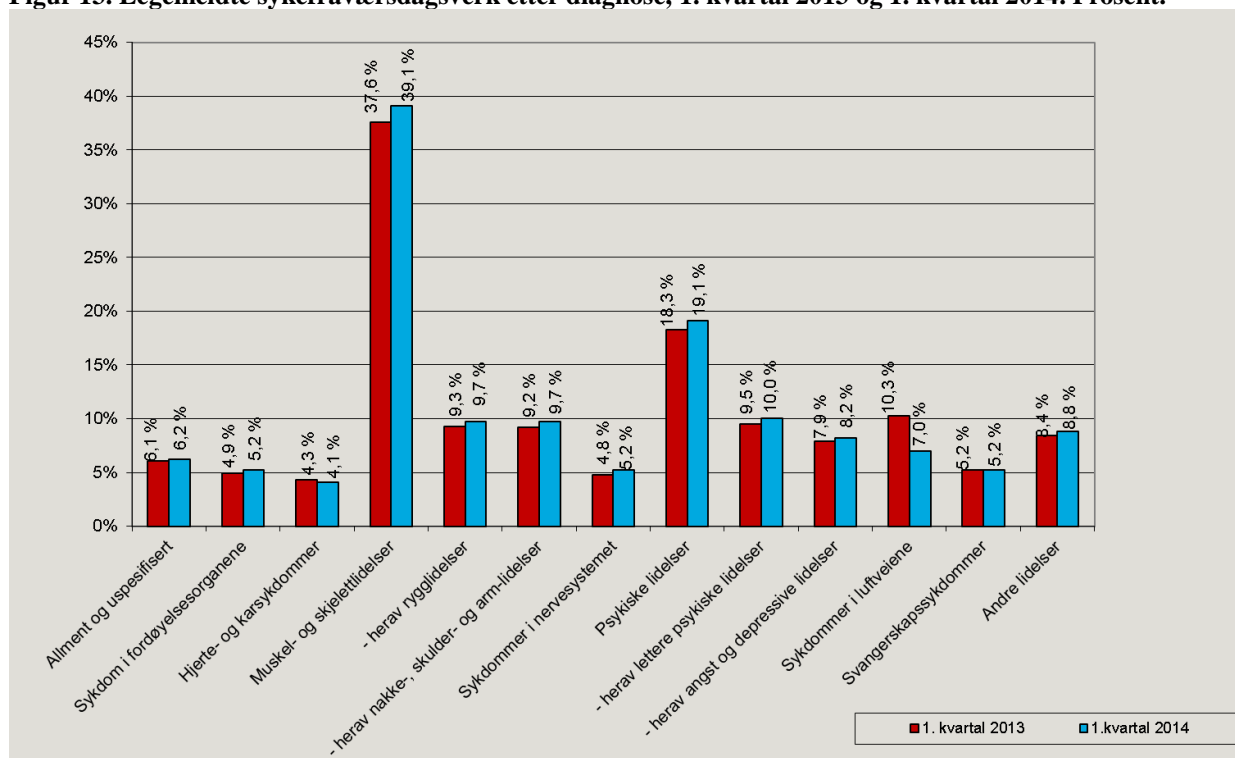
Figur 12. Legemeldte sykefraværstilfeller etter diagnose, 1. kvartal 2013 og 1. kvartal 2014. Prosent.



Kilde: NAV

² 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 sykefraværsgangsverk etter diagnose, 1. kvartal 2013 og 1. kvartal 2014. Prosent.



Kilde: NAV

Diagnoser fordelt på kjønn

Det er klare kjønnsforskjeller i hvilke sykdommer menn og kvinner blir sykmeldt for. I figur 14 er det spesielt tre diagnosegrupper som utmerker seg: muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og hjerte og karsykdommer.

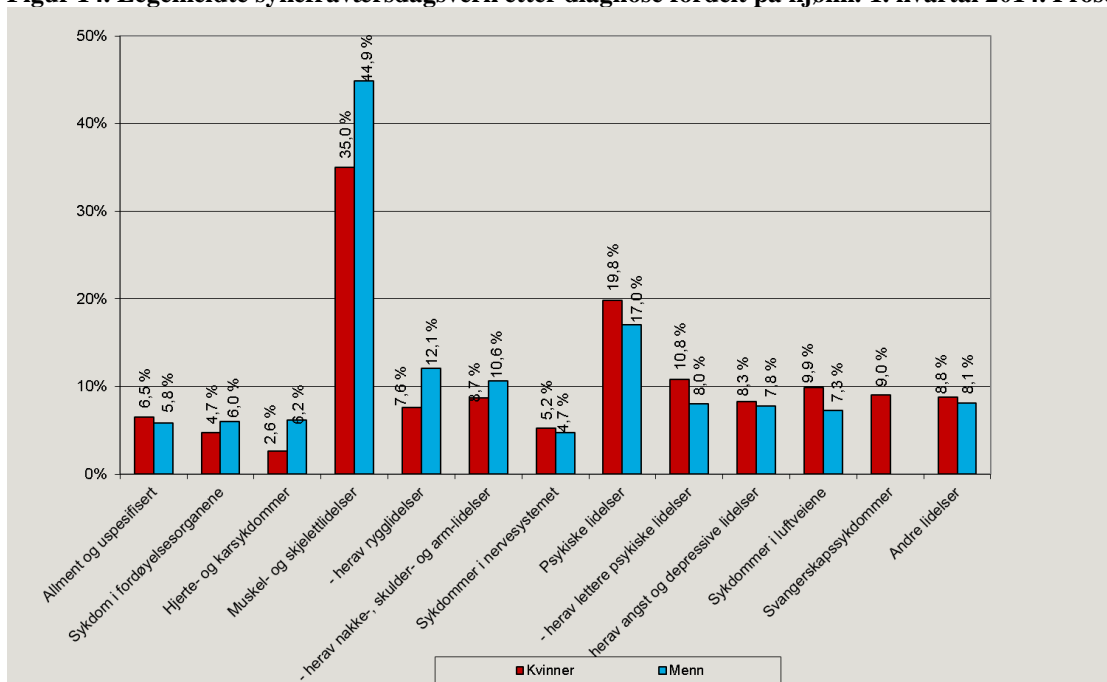
Muskel- og skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til sykefravær, og menn er i hovedsak mer sykmeldt for dette enn kvinner. Menn er spesielt mer sykmeldt for ryggproblemer.

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 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 medisin. De oppsøker oftere familiekontorer og psykiatrisk poliklinisk behandling. Samtidig er det flere menn som begår selvmord og har alkoholproblemer.³

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.

³ www.fhi.no – Psykisk helse i Norge

Figur 14. Legemeldte sykefraværtdagsverk etter diagnose fordelt på kjønn. 1. kvartal 2014. Prosent.



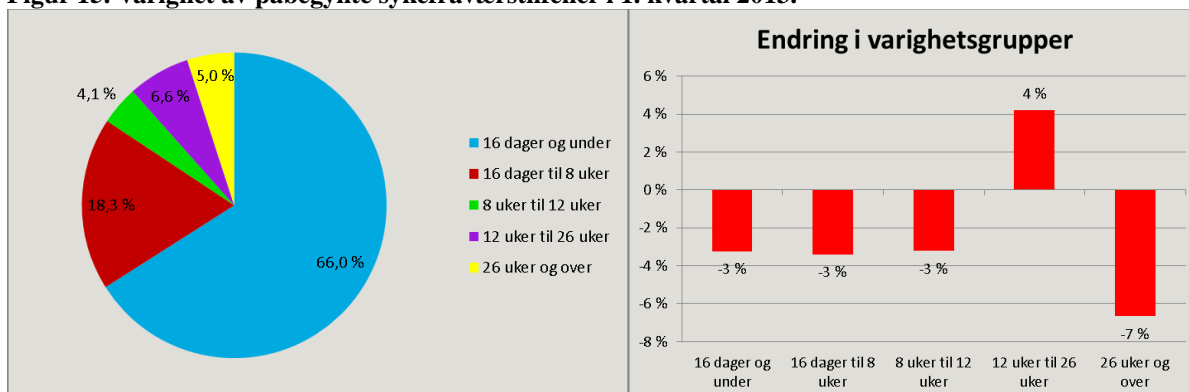
Kilde: NAV

Varighet av sykefraværstilfellene

Varigheten er beregnet av alle påbegynte sykefraværstilfeller i 1. kvartal 2013 – 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 startet 1. kvartal 2013, er derfor ikke direkte sammenliknbare med sykefraværsprosenten for 1. kvartal 2014. Gjennomsnittlig varighet for påbegynte tilfeller for 1. kvartal 2013 er 36,2 dager.

Som vi ser av figur 15, 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 5 prosent.

Figur 15. Varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 1. kvartal 2013.

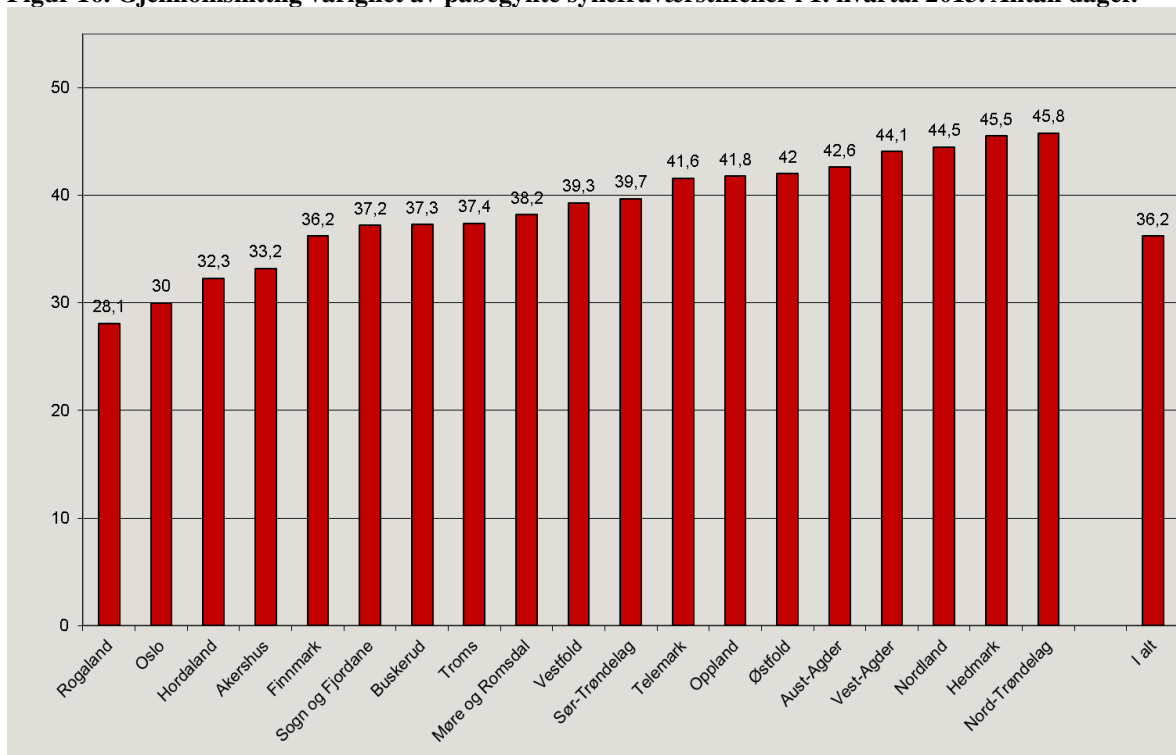


Kilde: NAV

Stor variasjon i varighet mellom fylker

Det er stor variasjon mellom fylkene i lengden på sykefraværstilfellene. Rogaland har den korteste gjennomsnittlige varigheten med 28,1 dager, deretter følger Oslo med 30 dager og Hordaland med 32,3. Nord-Trøndelag har de lengste sykefraværstilfellene med en gjennomsnittlig varighet på 45,8 dager, Hedmark med 45,5 dager og Nordland med 44,5 dager. Sammenligner vi gjennomsnittlig varighet i Rogaland, som har den korteste varigheten, med gjennomsnittlig varighet i Nord-Trøndelag, som har den lengste, er forskjellen mellom de to fylkene på nesten 20 dager.

Figur 16. Gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 1. kvartal 2013. Antall dager.

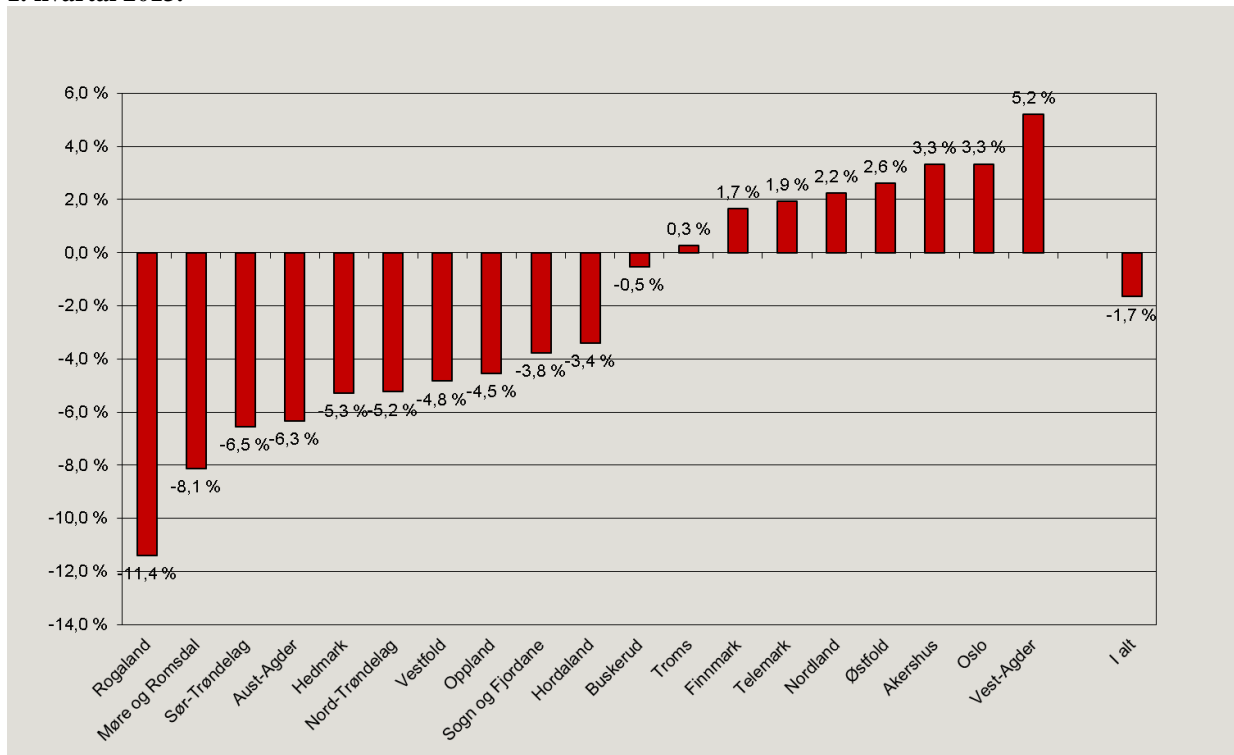


Kilde: NAV

Varigheten har gått ned med 1 dag det siste året

Fra 1. kvartal 2012 til 1. kvartal 2013 har gjennomsnittlig varighet gått ned med 1,7 prosent, noe som tilsvarer litt under en dag. Når vi ser på utviklingen i fylkene er det store forskjeller. Varigheten gikk mest ned i Rogaland (-11,4 %), Møre og Romsdal (- 8,1 %) og Sør-Trøndelag (-6,5 %). I Vest-Agder gikk den gjennomsnittlige varigheten gikk opp med (+5,2 %).

Figur 17. Prosentvis endring i gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller, 1. kvartal 2012 - 1. kvartal 2013.



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.

TEMADEL: Sykefraværsoppfølging – dialogmøte 2

Utviklingen i sykefraværet følges tett av partene i arbeidslivet, og oppfølging av sykmeldte er et av virkemidlene for å få sykefraværet ned. Tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte har derfor vært i særlig fokus siden inngåelsen av den første intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA) mellom myndighetene og partene i arbeidslivet. Sykefraværsoppfølging er en av NAV's prioriterte oppgaver og har et betydelig omfang. Det er mange som skal følges opp, og i denne temadelen vil vi se nærmere på personer som gjennomgår dialogmøte 2.

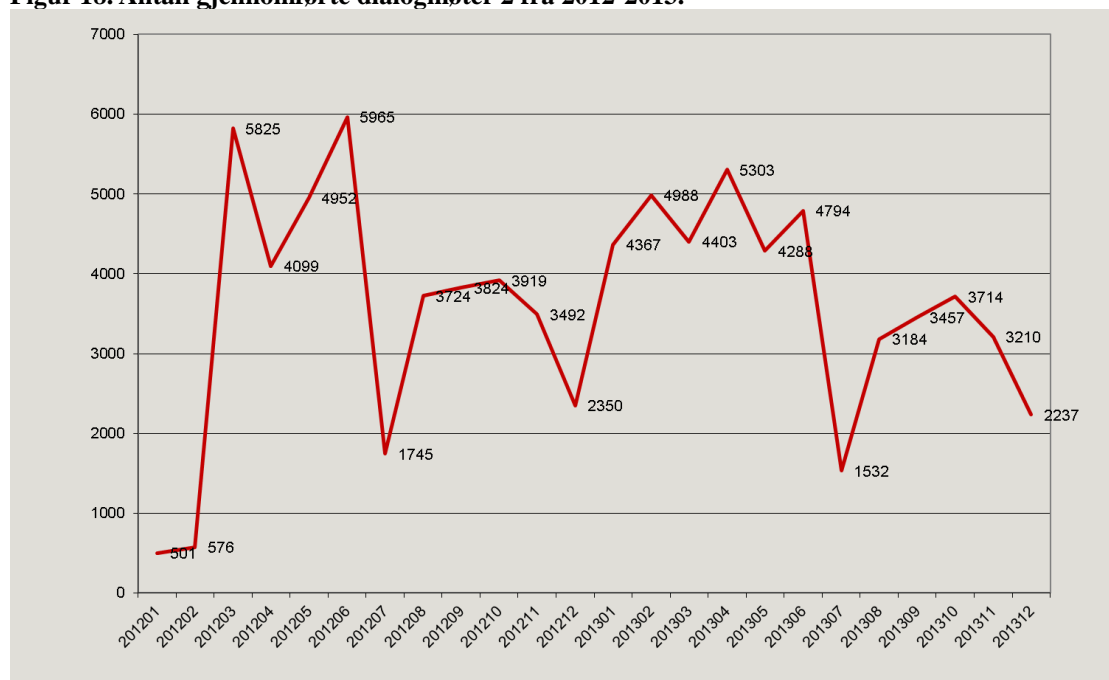
Hva er dialogmøte 2?

Som hovedregel skal alle langtidssykmeldte med arbeidsgiver kalles inn til dialogmøte 2 innen 26 ukers varighet. Formålet med møtet, er at arbeidstaker, arbeidsgiver og NAV skal møtes til en felles gjennomgang av situasjonen. Både arbeidstaker og arbeidsgiver er pliktig til å delta. Sykmelder eller annen helsepersonell kan delta hvis det er hensiktsmessig. På dialogmøte 2 skal oppfølgingsplan gjennomgås, resultat av bedriftsinterne tiltak vurderes og eventuelle behov for nye tiltak på arbeidsplassen diskuteres. Hensikten med dialogmøte 2 er å få den sykmeldte raskere tilbake i arbeid eller annen aktivitet. På dette møtet skal det også vurderes om det er behov for annen bistand som arbeidsavklaringspenger.

Figur 18 viser antall dialogmøter som ble gjennomført av NAV i løpet av 2012 og 2013. I løpet av året har det blitt gjennomført 41 000 dialogmøter i 2012 og 45 500 dialogmøter i 2013.⁴

En mer utdypende beskrivelse av sykefraværsoppfølging blir gitt i artikkelen «Navs oppfølging av sykmeldte» i Arbeid og Velferd 2014/1. Den gir en beskrivelse av NAVs oppfølging av sykmeldte, og de endringene som har vært i oppfølgingsregimet i løpet av de ti siste årene. I tillegg gir den en oversikt over Navs kostnader knyttet til oppfølgingsarbeidet og evalueringer av oppfølgingen.

Figur 18. Antall gjennomførte dialogmøter 2 fra 2012-2013.



Kilde: NAV

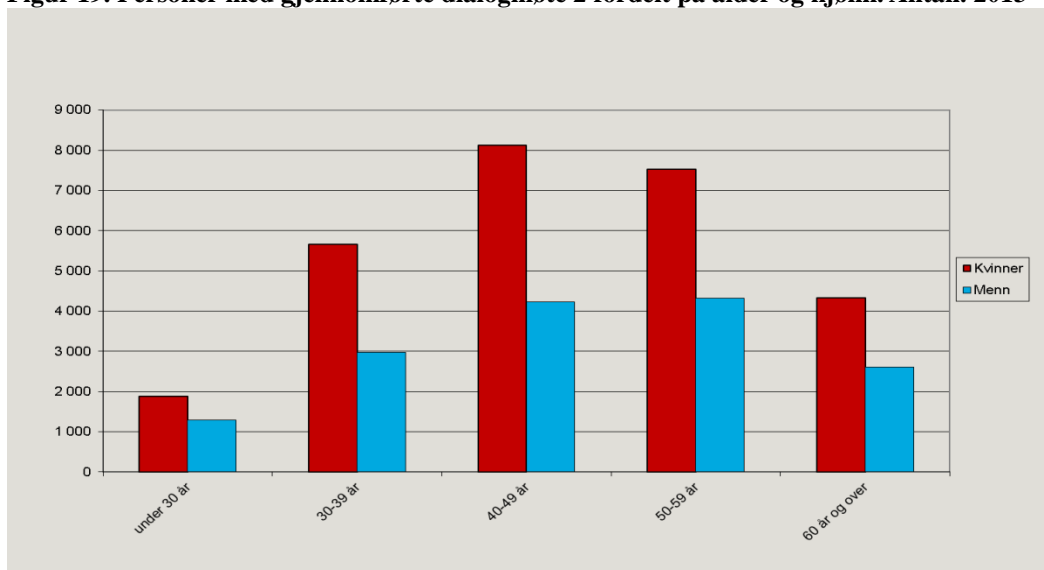
⁴ Tallene er hentet fra NAVs saksbehandlingssystem, Arena.

Personer som har gjennomført dialogmøte 2⁵

Det er langt flere kvinner enn menn som gjennomfører dialogmøte 2 i følge figur 19. Kvinner står for omtrent 64 prosent av de gjennomførte dialogmøtene. Dette henger sammen med at kvinner generelt har høyere sykefravær enn menn.

Selv om sykefraværet blant kvinner er høyest i aldersgruppen 30-39 år, er det kvinner over 40 år som har gjennomført flest dialogmøter 2, litt over 20 000 personer. Det var omtrent dobbelt så mange kvinner som menn i disse aldersgruppene som gjennomførte dialogmøte 2.

Figur 19. Personer med gjennomførte dialogmøte 2 fordelt på alder og kjønn. Antall. 2013



Kilde: NAV

Unntak fra Dialogmøte 2

Det er flere grunner til at langtidssykemeldte ikke blir kalt inn til dialogmøte 2 hos NAV. Det gis unntak om den sykmeldte har en alvorlig sykdom, forventes å bli friskmeldt innen 28 ukers sykemelding eller det er dokumentert at hensiktsmessige tiltak vil føre til friskmelding. I 2013 ble det 41 500 unntak. Litt over en tredjedel ble gitt på medisinsk grunnlag. Omtrent 40 prosent ble gitt for at den sykmeldte var blitt frisk eller at man forventet friskmelding innen 28 uker og 20 prosent ble gitt for dokumenterte tiltak, se tabell 2.

Tabell 2 Antall og andel med unntak fra dialogmøte 2, 2013

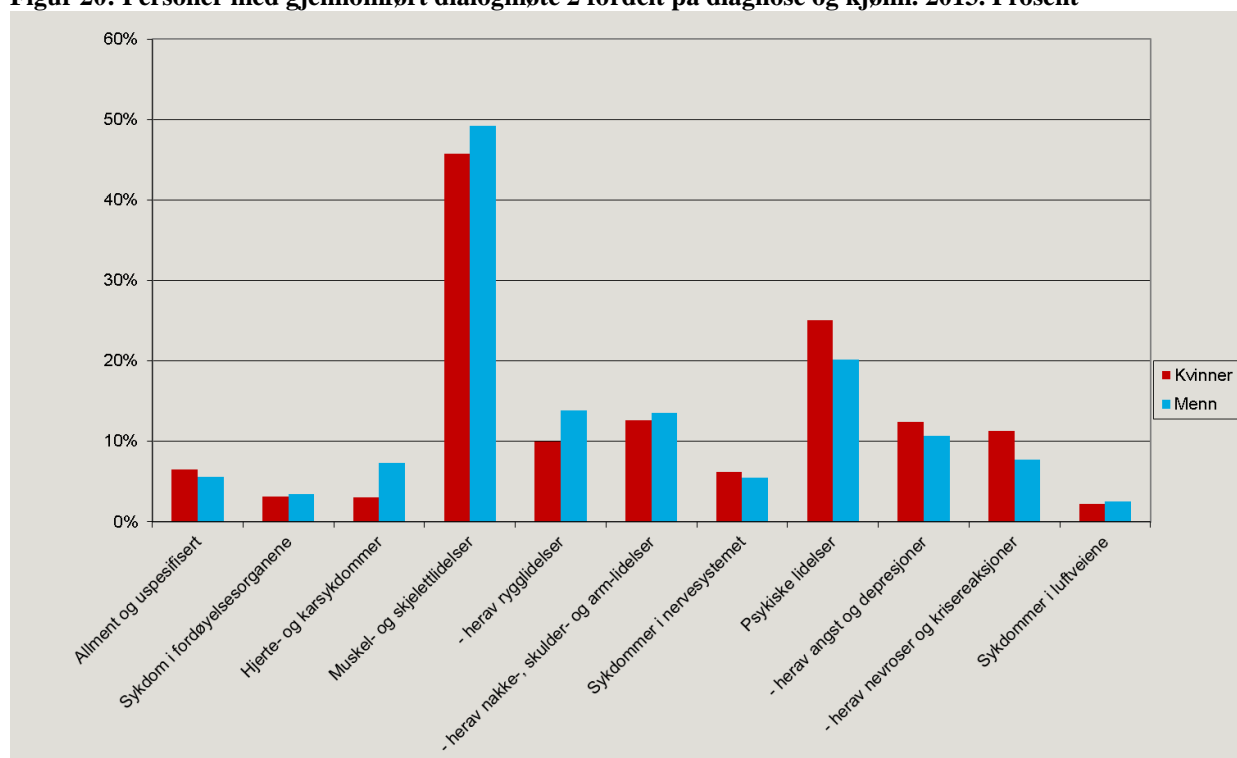
	Antall	Prosent
Medisinske grunner	14 700	35 %
Innlagt i helseinstitusjon	500	1 %
Forventet friskmelding	8 000	19 %
Dokumenterte tiltak	9 000	22 %
Friskmeldt bruker	9 300	22 %
I alt	41 500	100 %

⁵ I 2013 gjennomførte Nav omtrent 45 000 dialogmøte 2. Når vi konverterer dette over til personer mangler vi personopplysninger på cirka fem prosent av sakene. Tallgrunnlaget under baserer seg derfor på 41 500 personer.

En av to har en muskel- eller skjelettlidelse

Personer som har gjennomført dialogmøte 2 har en litt annen diagnosefordeling enn sykefraværet forøvrig. Nesten halvparten er sykmeldt med en muskel- eller skjelettlidelse og 23 prosent har en psykisk lidelse. Menn og kvinner er i stor grad sykmeldt for de samme lidelsene, men noen forskjeller utmerker seg. Menn har en høyere andel muskel- og skjelettlidelser og er noe flere kvinner enn menn som har en psykisk diagnose. Omtrent 25 prosent av kvinnene og 20 prosent av menn har en slik diagnose. Videre ser vi at menn har en større forekomst av hjerte- og karsykdommer. Dette kommer av at menn får hjerte- og karsykdommer omtrent 10 år tidligere enn kvinner. Går vi ned på enkelt diagnoser er det en diagnose som skiller seg ut, fibromyalgi. Omtrent 4 prosent av alle kvinner som gjennomfører dialogmøte to har denne diagnosen sammenlignet med kun 1 prosent av mennene.

Figur 20: Personer med gjennomført dialogmøte 2 fordelt på diagnose og kjønn. 2013. Prosent



Kilde: NAV

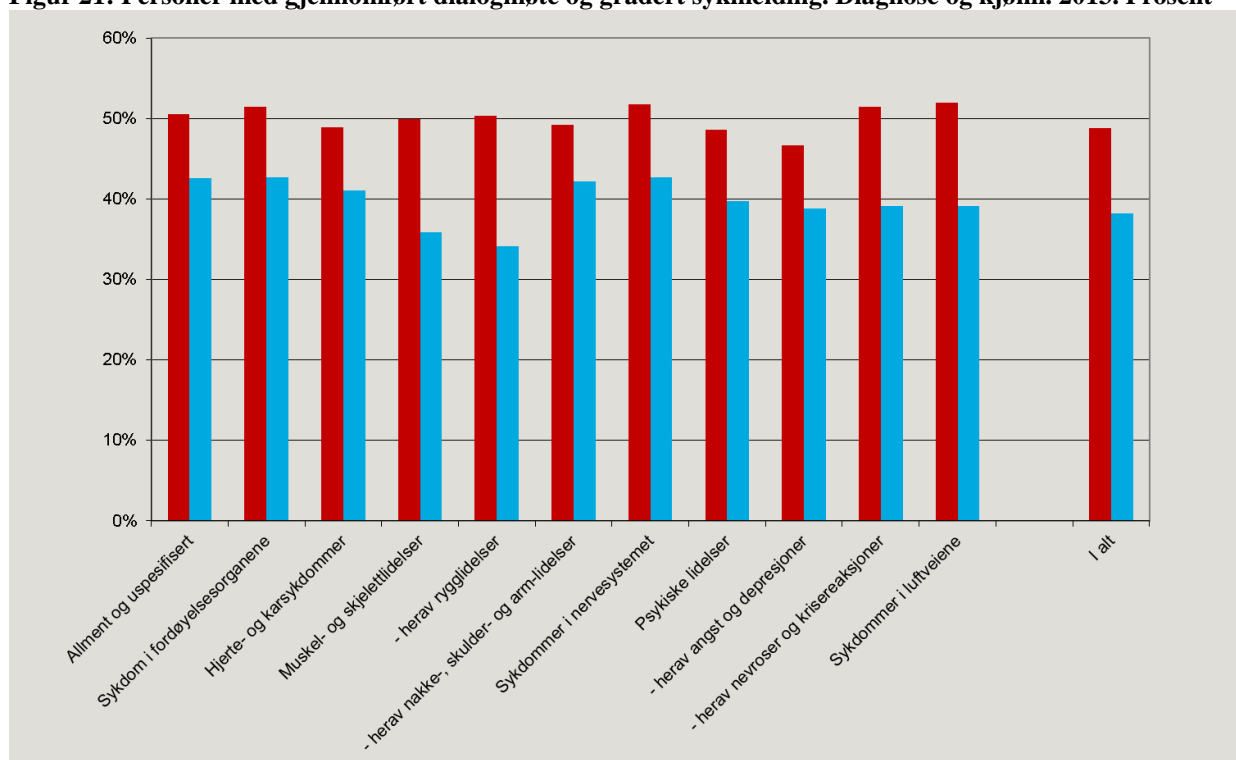
Stor forskjell i gradering mellom menn og kvinner

Gradert sykmelding skal være hovedregelen ved sykefravær, og for fravær over åtte uker skal det kun unntaksvis benyttes 100 prosent sykmelding. Av personer som har gjennomført dialogmøte 2 var omtrent 45 prosent gradert sykmeldt. Graderingsandelen varierer noe mellom diagnosegruppene, og vi ser fra figur 26 at det er personer med sykdommer i nervesystemet og de nevroser og krisereaksjoner som har de høyeste graderingsandelene. Personer med rygglidelser har den laveste graderingsandelen med 43 prosent. Variasjonen i graderingsandelen er ikke stor.

Det er derimot store kjønnsforskjeller i gradering som vi ser av figur 23. Kvinner har gjennomgående høyere graderingsandel enn menn, selv for samme type diagnosegruppe. De største kjønnsforskjellene finner vi i rygglidelser hvor litt over 50 prosent av kvinnene har gradert sykemelding mot kun 34 prosent av mennene. De minste kjønnsforskjellene finner vi i psykiske lidelser. Det er vanskelig å gi en god og dekkende forklaring på hvorfor det er slike kjønnsforskjeller. Noe kan nok forklares av

forskjeller i yrker, stillingsandeler og arbeidsbelastning.

Figur 21: Personer med gjennomført dialogmøte og gradert sykmelding. Diagnose og kjønn. 2013. Prosent



Kilde: NAV