

Utviklingen i sykefraværet, 1. kvartal 2017

Skrevet av Therese Sundell 22.6.2017 (therese.sundell@nav.no)

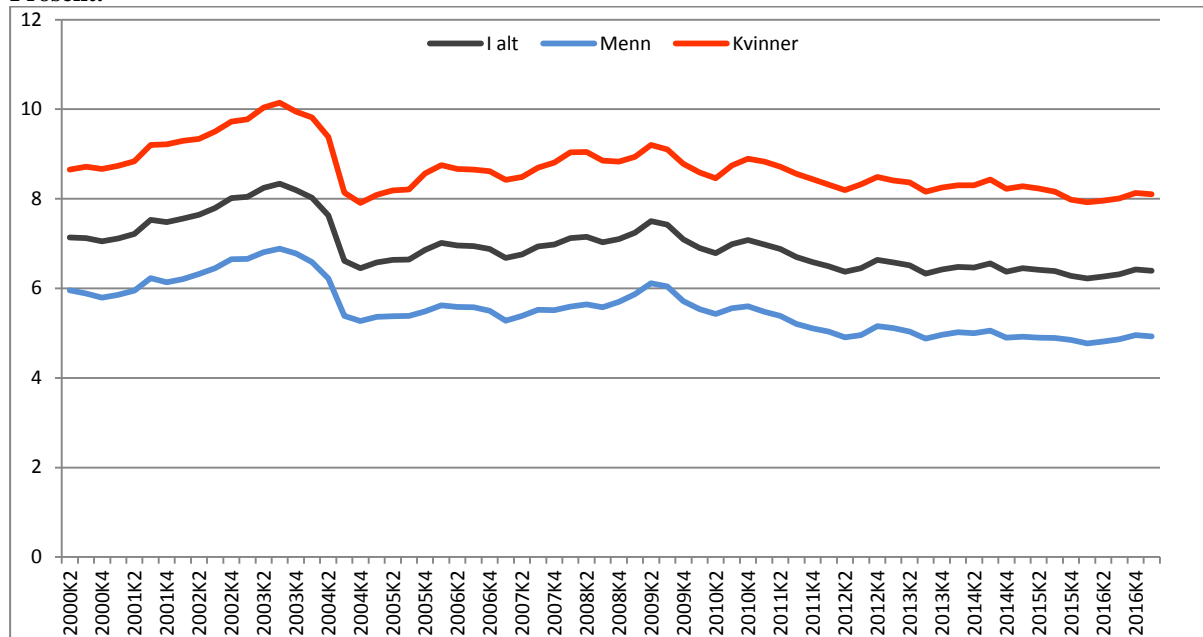
Stabilt sykefravær viser sesongjusterte tall

Det totale sesongjusterte sykefraværet er nå på 6,4 prosent. Det viser nye sesong- og influensajusterte tall. Sammenlignet med 4. kvartal 2016 var det en nedgang i det egenmeldte sykefraværet på 5,9 prosent, og det legemeldte gikk opp med 0,6 prosent. Samlet sett var det en nedgang på 0,4 prosent.

Figur 1 viser utviklingen i det sesong- og influensajusterte sykefraværet. Som vi ser av figuren, har sykefraværet vært relativt stabilt de siste 5 årene.

Målet om 20 prosent reduksjon er videreført i ny IA-avtale. Siden 2001 har sykefraværet gått ned med 10,8 prosent, og målet i IA-avtalen er dermed fortsatt ikke nådd.

Figur 1. Egen- og legemeldt sykefravær, sesong- og influensajustert. 2. kvartal 2000 – 1. kvartal 2017. Prosent.



Kilde: SSB og NAV

Innføringen av A-ordningen og sesongjustering

Innføring 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.

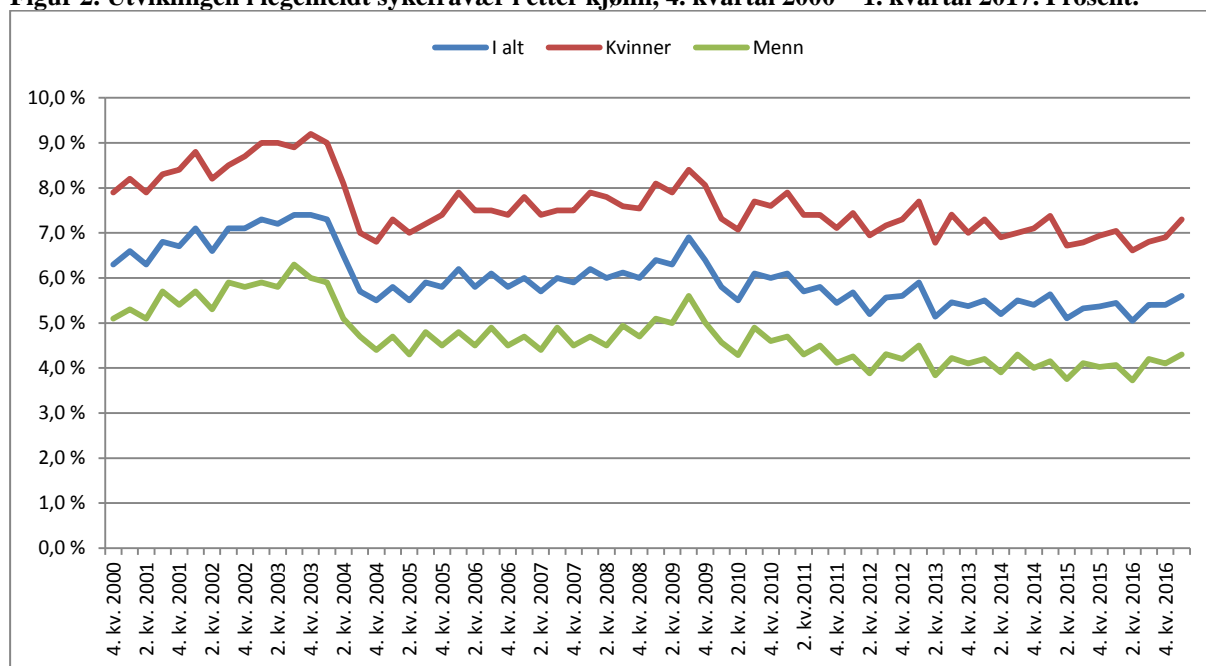
Sesongjustering

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.

Moderat økning i det registrerte legemeldte sykefraværet¹

Heretter omtales kun det registrerte legemeldte sykefraværet som sammenlignes med samme kvartal fra året før. I 1. kvartal 2017 var det legemeldte sykefraværet 5,6 prosent. En økning på 2,8 prosent sammenlignet med samme kvartal året før. Sykefraværet økte for kvinner (+3,3 %) og viste en noe svakere økning for menn (+2,3 %).

Figur 2. Utviklingen i legemeldt sykefravær i etter kjønn, 4. kvartal 2000 – 1. kvartal 2017. Prosent.



Kilde: NAV

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. Her forklares noe av svingningene i sykefraværet

Influensasesongen

I løpet av vintersesongen vil mellom fem og ti prosent av befolkningen få influensa. Dette påvirker sykefraværet kraftig. Vinteren 2016/2017 startet sesonginfluensaen tidligere enn vanlig. I følge Folkehelseinstituttets influensaovervåking kom influensatoppen omtrent ved juletider. Dette var noen uker tidligere enn vanlig, og deler av det legemeldte fraværet knyttet til influensa falt dermed i 4. kvartal 2016. Det har allikevel ikke vært en nedgang i sykefraværet knyttet til luftveislidelser i 1. kvartal 2017 og disse sto for omtrent 20 prosent av sykefraværstilfellene i dette kvartalet.

Effekten av usikkert arbeidsmarked på sykefraværet

De to siste årene har Norge vært inne i en oljedrevet nedgangskonjunktur som har medført høyere arbeidsledighet og lavere sysselsettingsvekst, spesielt i fylkene tilknyttet oljeindustrien. I flere av fylkene har det vært en økning i sykefraværet i løpet av perioden. Rogaland som har vært hardest rammet av nedgangskonjunktoren har hatt en kraftig økning i sykefraværet. I 1. kvartal 2017 økte sykefraværet med 7,3 prosent sammenlignet med samme kvartal i fjor. Vi vet fra tidligere analyser at

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 sykefraværprosenten er liten men den kan variere mellom fylker og næringer. Vi har derfor valgt å ikke publisere endringstall mellom 2014 og 2015.

konjunkturer i arbeidsmarkedet spiller en viktig rolle i sykefraværet. 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.

Sykefraværet øker mest for kvinner

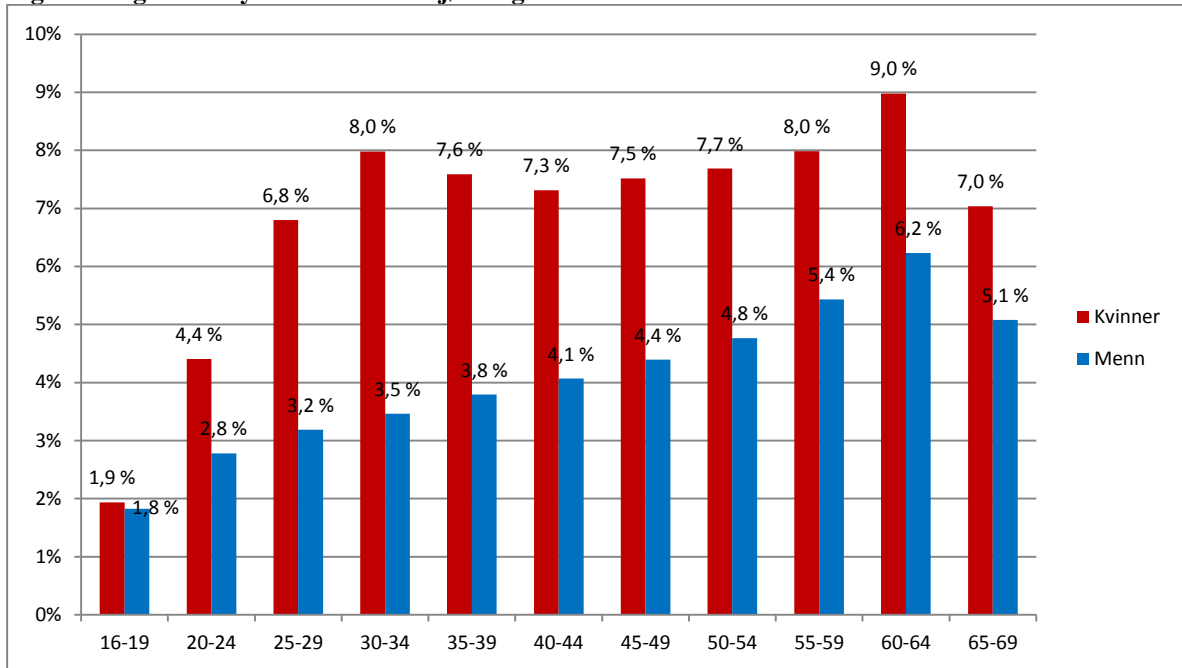
I 1. kvartal 2017 var det legemeldte sykefraværet for kvinner på 7,3 prosent og 4,2 prosent for menn. Fordeler vi fraværet på kjønn og ser på endringen fra 1. kvartal 2016 til 1. kvartal 2017, hadde menn en økning på 2,3 prosent og kvinners sykefravær økte noe mer med 3,3 prosent

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 1. kvartal 2016 til 1. kvartal 2017 (figur 4) viser at økningen blant menn var størst blant de mellom 25-29 år. For kvinner økte sykefraværet mest for de mellom 35-39 år.

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.

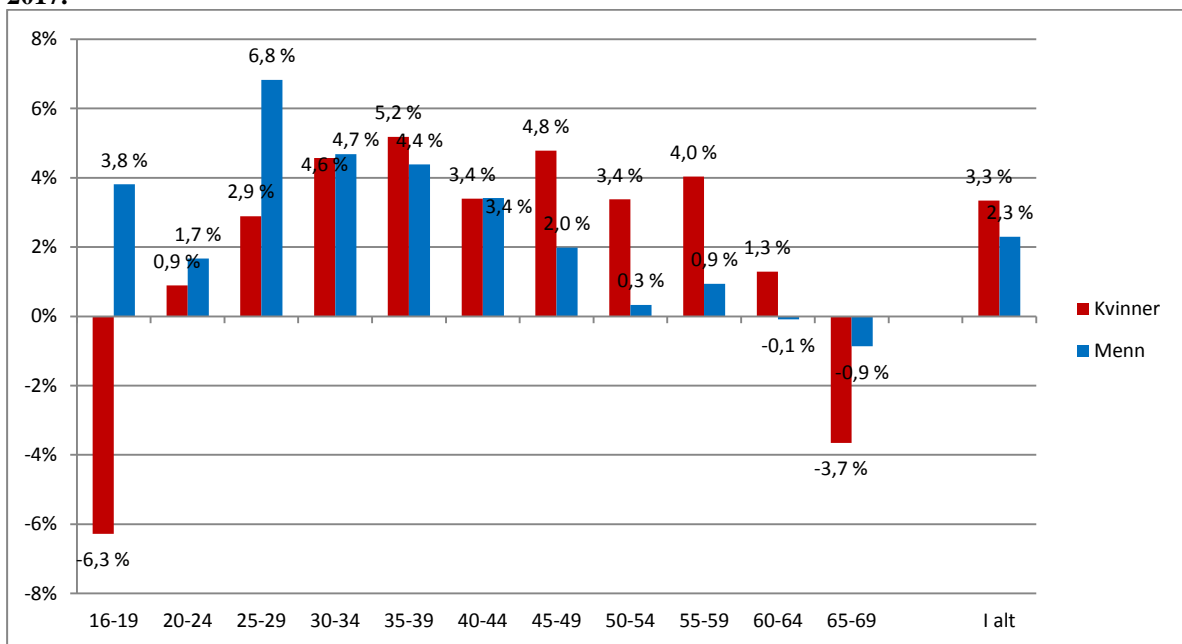
Det er også andre årsaker til kjønnsforskjeller mellom menn og kvinner. De viktigste forklaringsmodellene fokuserer blant annet på forskjeller i yrkesvalg som gir seg utslag i ulike stillinger, ansettelsesbetingelser, stillingsandel og arbeidsbelastninger. Andre sentrale hypoteser taler for kvinners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

Figur 3. Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. 1. kvartal 2017. Prosent.



Kilde: NAV.

Figur 4. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter kjønn og alder, 1. kvartal 2016 – 1. kvartal 2017.



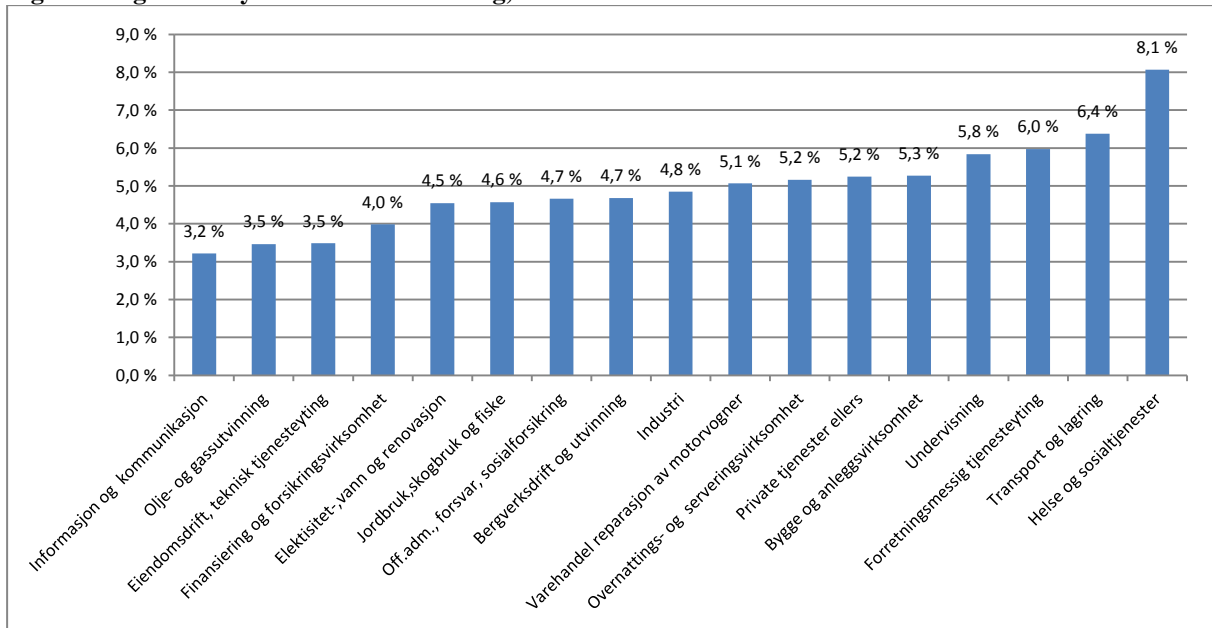
Kilde: NAV.

Sykefraværet øker mest i Olje- og gassutvinning

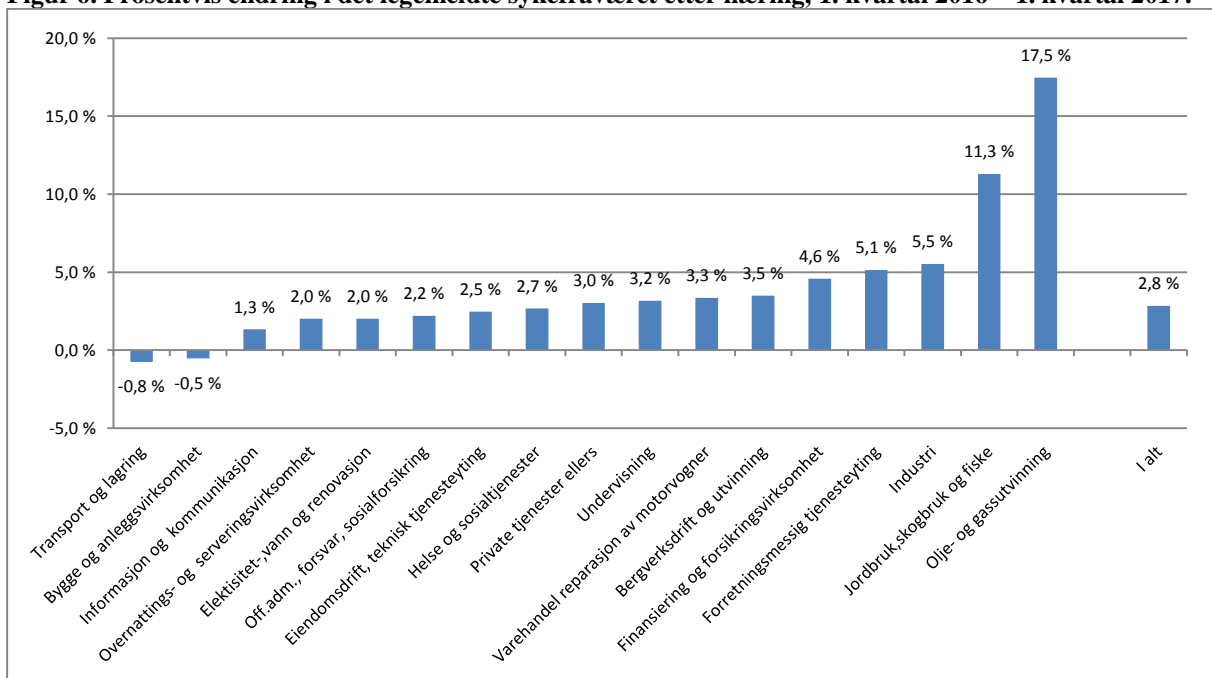
Figur 5 viser at sykefraværet i 1. kvartal 2017 var klart høyest innen helse og sosiale tjenester (8,1 %), som sysselsetter hver femte arbeidstaker. Deretter følger transport og lagring (6,4 %) og forretningsmessig tjenesteyting (6,0 %). Fraværet var lavest innen informasjon og kommunikasjon (3,2 %), olje og gassutvinning (3,5 %) og eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting (3,5 %).

Fra 1. kvartal 2016 til 1. kvartal 2017 gikk sykefraværet opp i de fleste næringer. De som hadde den største økningen var; olje- og gassutvinning (+17,5 %), jordbruk, skogbruk og fiske (+11,3 %) og industri (+5,5 %). Næringene med fall i sykefraværet var transport og lagring (-0,8 %) og bygg- og anleggsvirksomhet (-0,5 %).

Figur 5. Legemeldt sykefravær etter næring, 1. kvartal 2017. Prosent.



Figur 6. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter næring, 1. kvartal 2016 – 1. kvartal 2017.



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 2017.

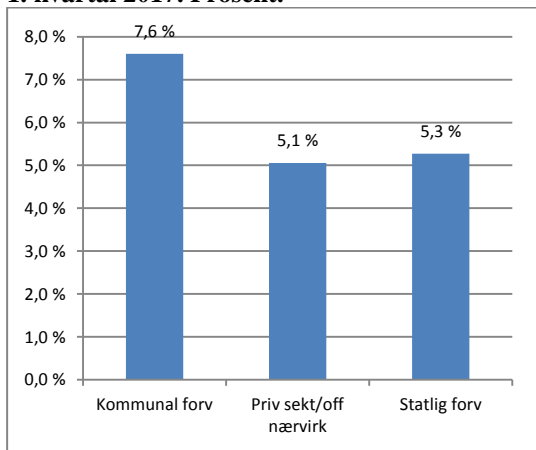
	Alle sysselsatte	Kvinner	Menn
Helse og sosiale tjenester	20 %	35 %	7 %
Varehandel mv	14 %	14 %	14 %
Industri	9 %	5 %	12 %
Undervisning	8 %	11 %	5 %
Bygge- og anleggsvirksomhet	8 %	1 %	14 %
Offentlig administrasjon, forsvar og sosial forsikring	6 %	7 %	6 %
Eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting	6 %	5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

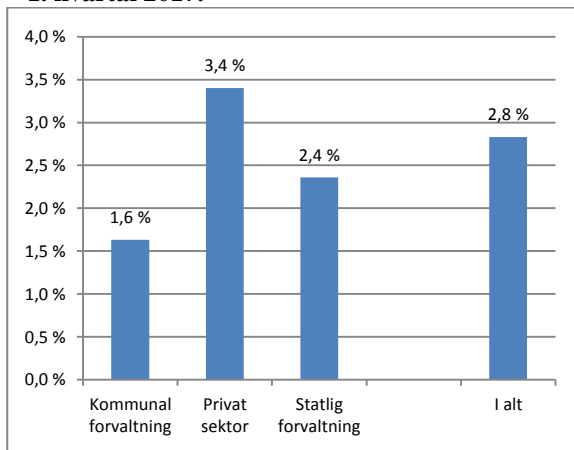
Sykefraværet er fortsatt klart høyest i kommunal forvaltning (7,6 %), deretter følger statlig forvaltning (5,3 %) og privat sektor (5,1 %), jf figur 7.

Ser vi på endringen fra 1. kvartal 2016 til 1. kvartal 2017 har privat sektor den største økningen med 3,4 prosent. I statlig forvaltning gikk sykefraværet opp med 2,4 prosent og kommunal forvaltning 1,6 prosent.

Figur 7. Legemeldt sykefravær etter sektor, 1. kvartal 2017. Prosent.



Figur 8. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter sektor, 1. kvartal 2016 – 1. kvartal 2017.



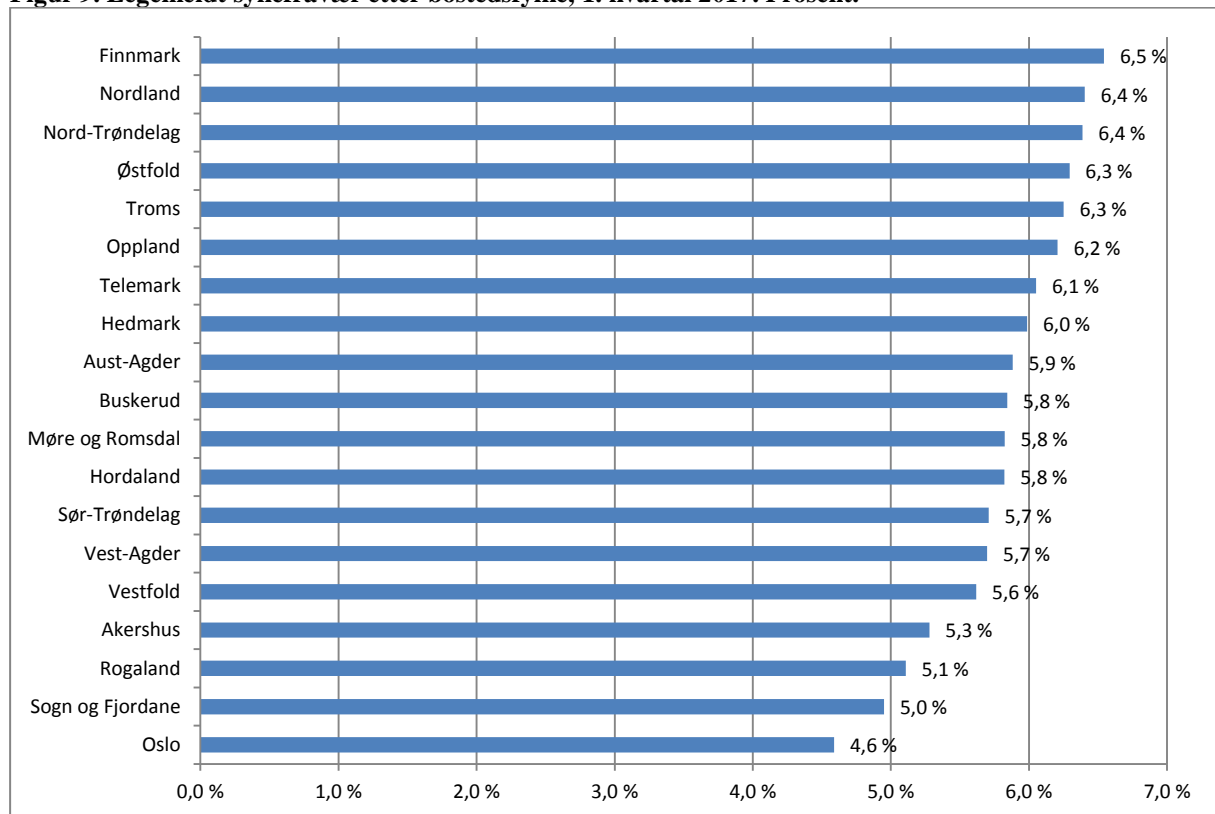
Kilde: NAV.

Sykefraværet øker mest i Rogaland

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

Det er flere årsaker til de regionale forskjellene i sykefraværet. 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 sykefraværmønsteret 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).

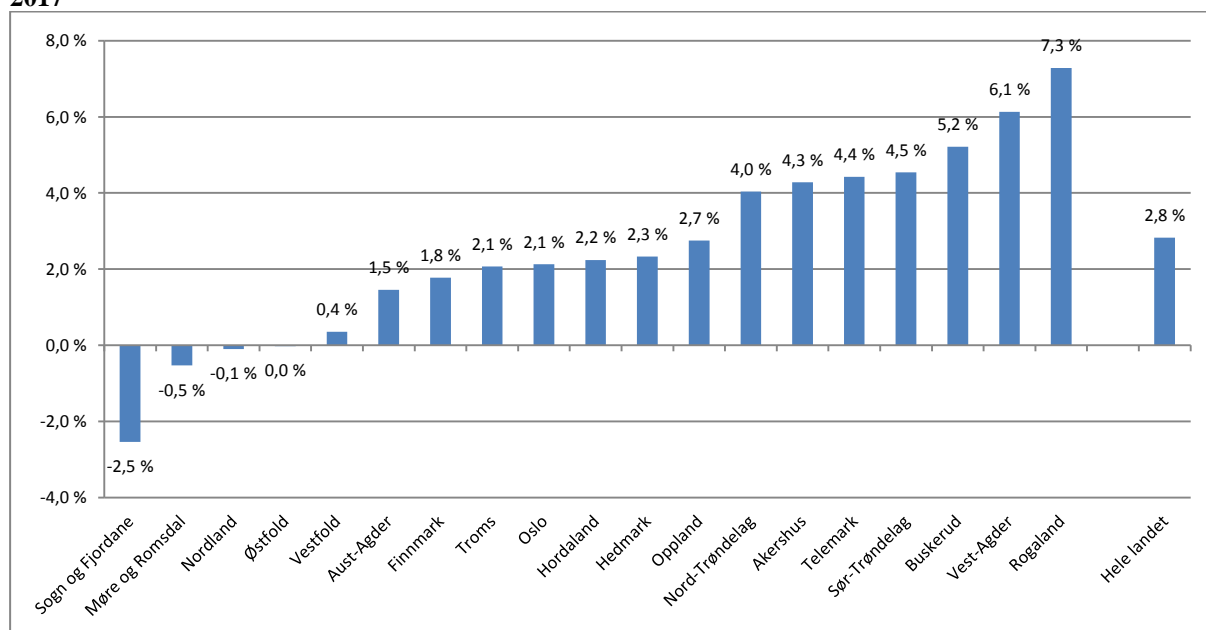
Figur 9. Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke, 1. kvartal 2017. Prosent.



Fra 1. kvartal 2016 til 1. kvartal 2017 gikk sykefraværet opp mest opp i Rogaland (+7,3 %), Vest-Agder (+6,1%) og Buskerud (+5,2%).

Det har vært nedgang i sykefraværet i noen fylker. Sykefraværet har falt i Sogn og Fjordane (-2,8 %), Møre og Romsdal (-0,5%) og Nordland (-0,1 %).

Figur 10. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter bostedsfylke, 1. kvartal 2016 – 1. kvartal 2017



Kilde: NAV

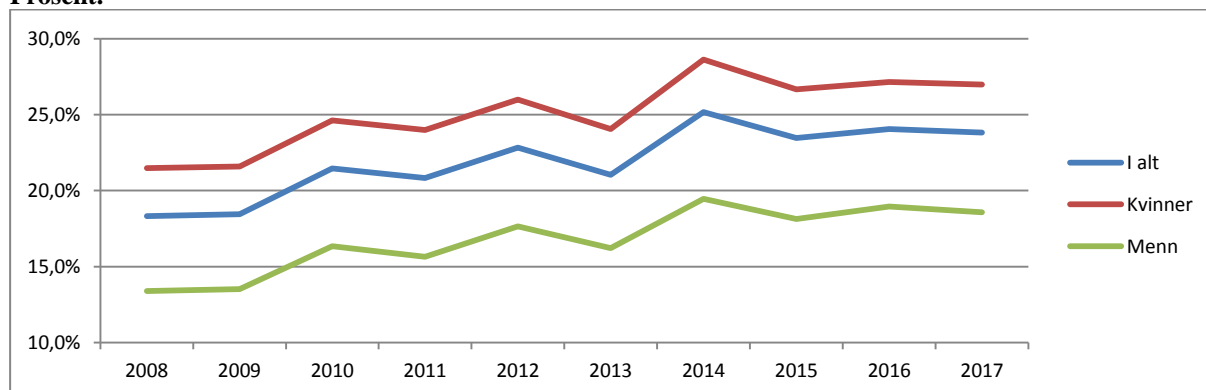
Stabilt nivå for gradert sykmelding

Andelen sykefraværstilfeller med gradert sykmelding (delvis sykmeldte) er stabilt sammenlignet med 1. 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.

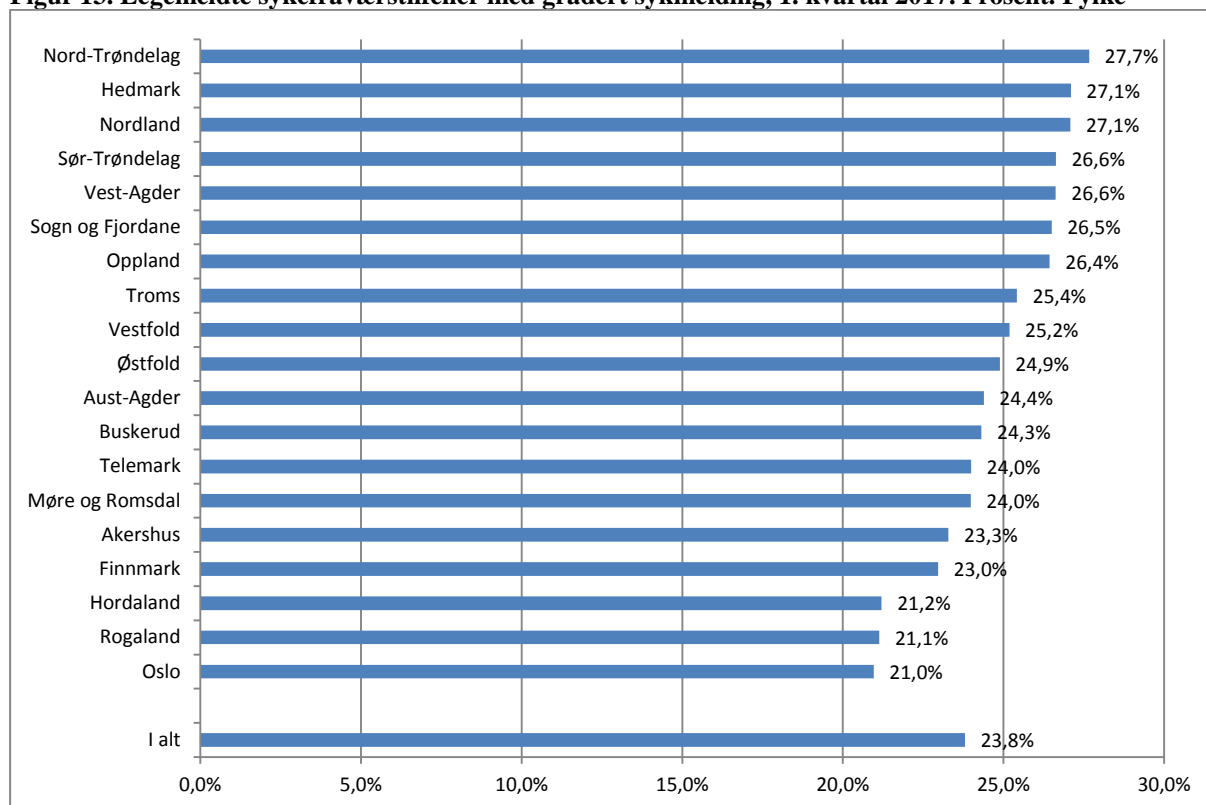
Kvinner har oftere gradert sykmelding enn menn, og deres sykmeldinger graderes tidligere. Det er flere grunner til dette. Noe av forskjellen kan forklares av graviditet og svangerskapsplager. Det er relativt vanlig å få en gradert sykemelding i løpet av svangerskapet. Litt under 40 prosent av tilfellene 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, 1. kvartal 2008– 1. kvartal 2017. Prosent.



Kilde: Nav

Figur 13. Legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding, 1. kvartal 2017. 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 21 prosent. Nord-Trøndelag, Hedmark og Nordland og har den høyeste andelen med graderte tilfeller med omtrent 27 prosent.

Sammenligner vi graderte sykmeldinger 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 sykmelding. Dette gjelder spesielt for de yngste aldersgruppene.

I løpet av de 10 siste årene har det blitt mer vanlig å gi gradert sykmelding, 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.

Flere sykmeldt for tynge psykiske lidelser

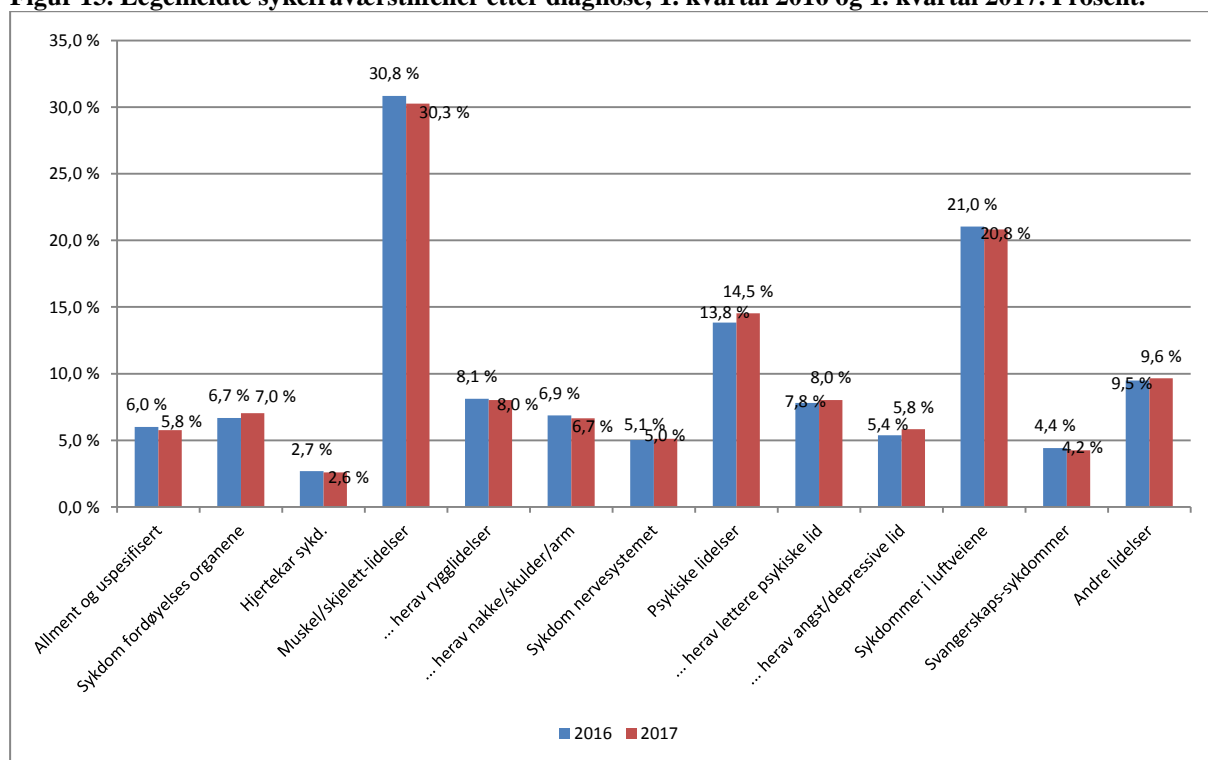
De tapte dagsverkene økte med 13 prosent sammenlignet med 1. kvartal 2016, og økningen var størst for psykiske lidelser knyttet til angst og depresjon, og sykdommer i fordøyelsessystemet.

Årets influensaseson startet tidligere enn vanlig, og toppen kom i julen rapporterte Folkehelseinstituttets influensaovervåking. Selv om toppen av influensasesonen kom i 4. kvartal 2016, var det liten nedgang i antall tilfeller og tapte dagsverk knyttet til sykdommer i luftveiene i 1. kvartal 2017. Vi har også observert en større økning enn vanlig av sykdommer i fordøyelsessystemet. Det er spesielt diagnoser knyttet til akutte mageinfeksjoner som har økt.

Psykiske lidelser står for omtrent 20 prosent av de tapte dagsverkene, og det har vært en økning i psykiske lidelser knyttet til angst og depresjon, både andel tilfeller og tapte dagsverk. 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.

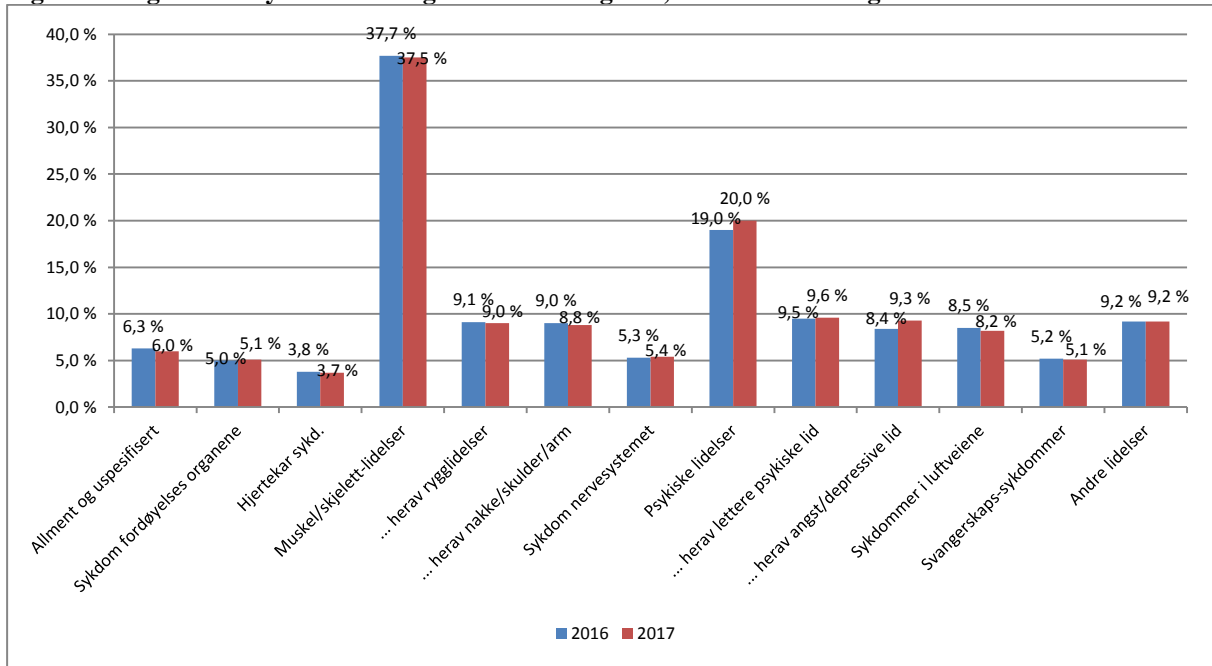
Muskel- og skjelett lidelser er den største enkeltårsaken til sykefravær og utgjorde litt over 30 prosent av alle sykefraværstilfellene i 1. kvartal 2017. Dette er omtrent på samme nivå som tidligere år. Muskel og skjelettsykdommer er samlet sett mer vanlig hos middelaldrende og eldre, men det er store forskjeller mellom de ulike underdiagnosene. Nakkesmerter er mest vanlig hos yngre kvinner, men ryggplager er like vanlig hos begge kjønn.

Figur 13. Legemeldte sykefraværstilfeller etter diagnose, 1. kvartal 2016 og 1. kvartal 2017. Prosent.



Kilde: NAV

Figur 14. Legemeldte sykefraværtdagsverk etter diagnose, 1. kvartal 2016 og 1. kvartal 2017. Prosent.



Kilde: NAV

Diagnoser fordelt på kjønn

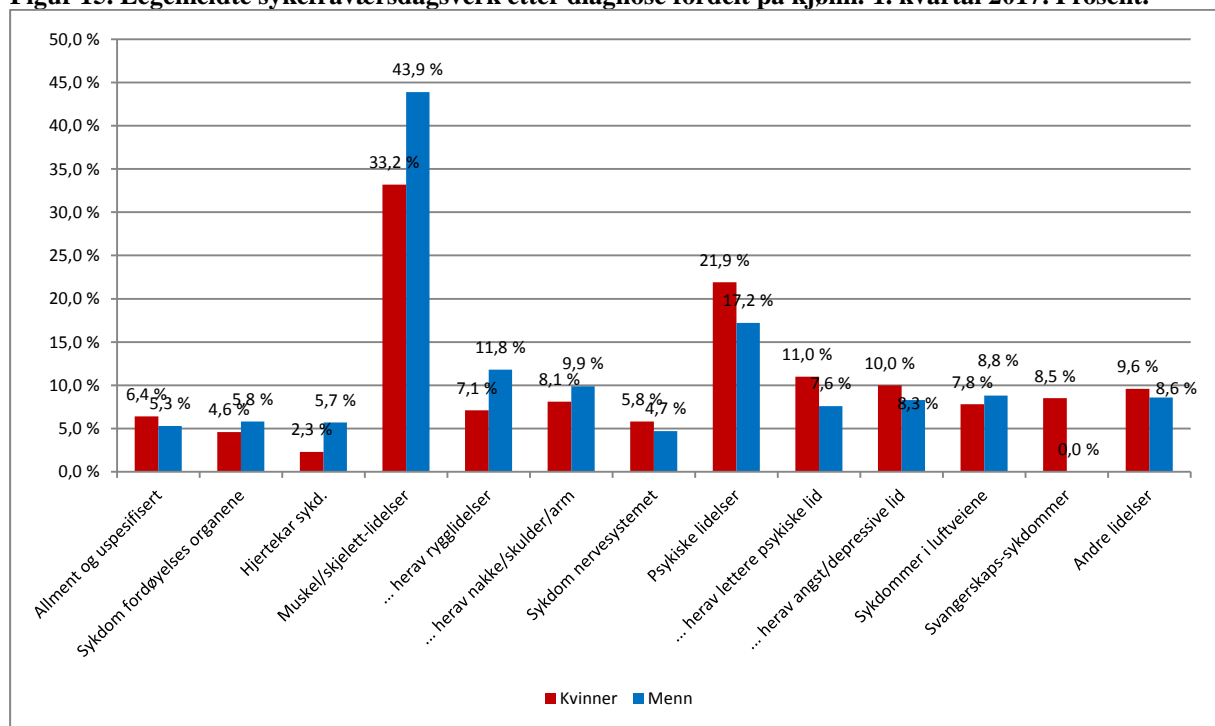
Det er klare kjønnsforskjeller i hvilke sykdommer menn og kvinner blir sykmeldt for. I figur 15 er det spesielt tre diagnosegrupper som utmerker seg: muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og hjerte- og karsykdommer.

Muskel- og skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til sykefravær. I hovedsak er menn mer sykmeldt for dette enn kvinner selv om kvinner 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 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.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. 1. kvartal 2017. Prosent.



Kilde: NAV

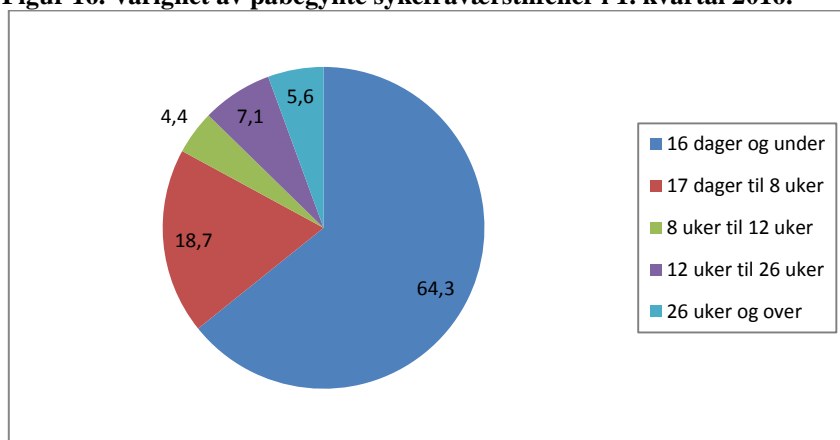
² www.fhi.no – Psykisk helse i Norge

Varighet av sykefraværstilfellene

Gjennomsnittlig varighet for påbegynte tilfeller for 1. kvartal 2016 er 38,8 dager. Varigheten er beregnet av alle påbegynte sykefraværstilfeller i 1. kvartal 2016 – 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 2016, er derfor ikke direkte sammenliknbare med sykefraværprosenten for 1. kvartal 2017.

Som vi ser av figur 16, utgjør de korte tilfellene størsteparten av sykefraværstilfellene. Sykefraværstilfeller på under 8 uker står for 83 prosent av alle tilfeller. I 1. kvartal er det vanlig at de korte tilfellene utgjør en større andel av sykefraværstilfellene. Dette kommer av at det er mange korte tilfeller i 1. kvartal sammenlignet med de andre kvartalene. De lange tilfellene, over 26 uker, utgjør litt over 5 prosent.

Figur 16. Varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 1. kvartal 2016.



Kilde: NAV

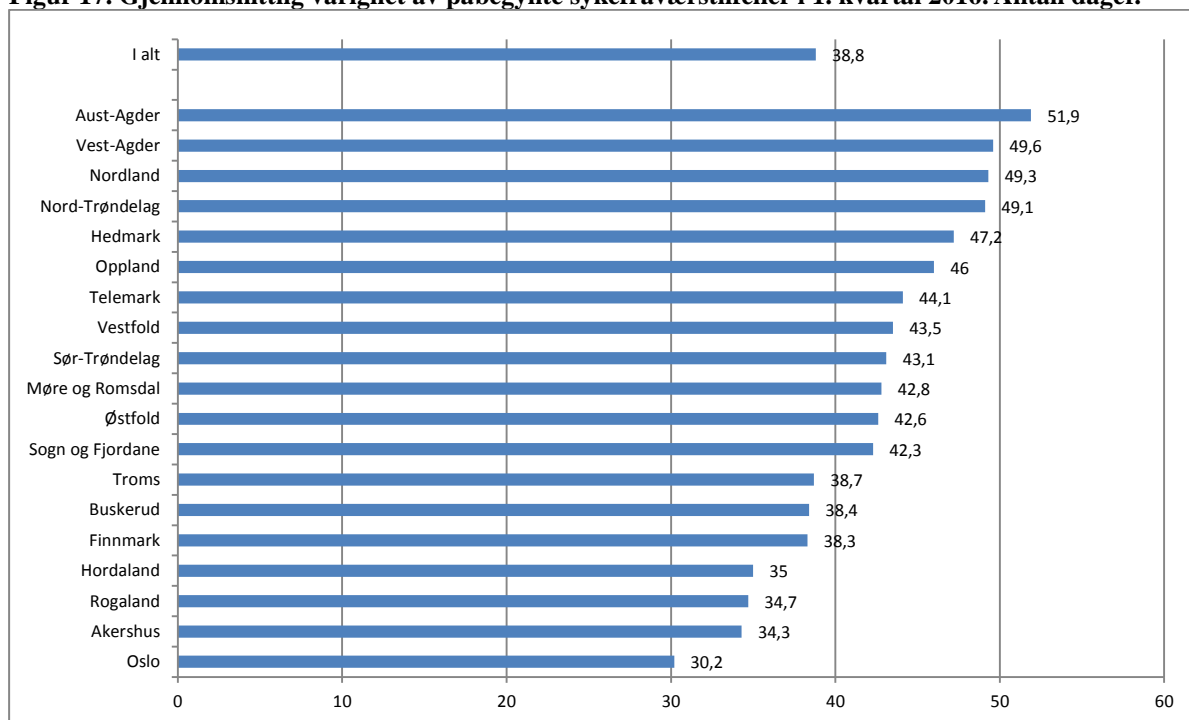
Stor variasjon i varighet mellom fylker

Det er stor variasjon mellom fylkene i lengden på sykefraværstilfellene, se figur 17. Oslo har den korteste gjennomsnittlige varigheten med 30 dager, deretter følger Akershus med 34 dager og Rogaland med 35 dager.

Aust-Agder har de lengste sykefraværstilfellene med en gjennomsnittlig varighet på 52 dager. Vest-Agder har 50 dager og Nordland har 49 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 22 dager.

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.

Figur 17. Gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 1. kvartal 2016. Antall dager.



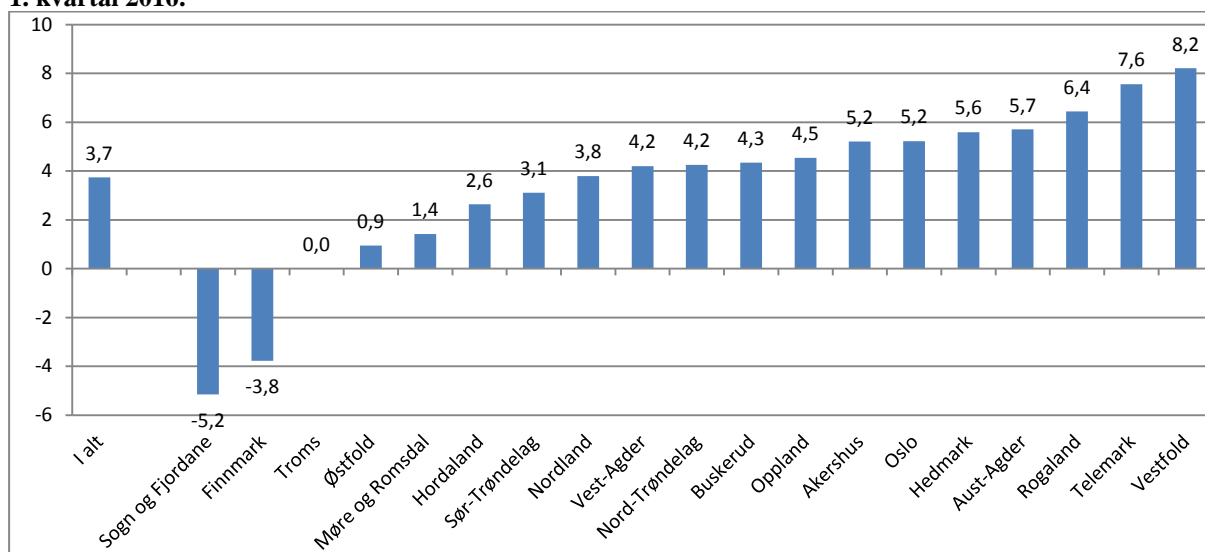
Kilde: NAV

Varigheten øker mest i Vestfold

Fra 1. kvartal 2015 til 1. kvartal 2016 har gjennomsnittlig varighet gått opp med 3,7 prosent, noe som tilsvarer litt under 1,5 dag per tilfelle. Når vi ser på utviklingen i fylkene er det store forskjeller. Varigheten gikk ned i Sogn og Fjordane (-5,2 %) og Finnmark (-3,8 %) og var uendret for Troms.

I Vestfold gikk den gjennomsnittlige varigheten opp med 8,2 prosent, noe som tilsvarer en gjennomsnittlig økning på 3,3 dag per tilfelle. Varigheten økte noe mer for menn enn for kvinner i Vestfold, men forskjellen er liten. Andre fylker med stor økning i varigheten er Telemark med 7,6 prosent og Rogaland med 6,4 prosent.

Figur 18. Prosentvis endring i gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller, 1. kvartal 2014 - 1. kvartal 2016.



Kilde: NAV