

LEGEMELDT SYKEFRAVÆR FØR OG UNDER KORONAPANDEMIEN: HVA DRIVER UTVIKLINGEN?

Av Jon Petter Nossen¹

Sammendrag

Etter en lengre periode med nedgang i sykefraværet, økte det forholdsvis markant under koronapandemien. I denne artikkelen analyseres utviklingen i legemeldt sykefravær de siste 20 år, inkludert pandemiårene. Formålet er å undersøke om utviklingen drives av endringer i hvor mange som blir sykmeldt, eller hvor lenge de er det, samt hvordan endringene fordeler seg etter kjennetegn som kjønn og diagnose.

I årene 2001–2014 var det en nedgang i legemeldt sykefravær på 18 prosent. Etter et brudd i statistikken ved innføring av a-ordningen, var utviklingen stabil til og med 2019. I pandemiårene 2020 og 2021 økte det legemeldte sykefraværet med 9 prosent.

Nedgangen i perioden 2001–2014 (relativ nedgang) var størst for menn og for arbeidstakere over 60 år og under 30 år. Det var klart størst nedgang i sykefravær med diagnoser innen muskel-/skjelettlidelser og luftveislidelser. Økningen i pandemiårene (relativ økning) var naturlig nok størst for sykefravær med diagnose innen luftveislidelser, men det var også betydelig økning for «allment og uspesifisert» og psykiske lidelser. Økningen for psykiske lidelser inngår i en stigende trend siden 2015.

Omkring halvparten av nedgangen i legemeldt sykefravær tilskrives en reduksjon i antall sykefravær per 100 arbeidstakere, mens gjennomsnittlig varighet og gjennomsnittlig sykmeldingsgrad ble mindre redusert. Dette tolkes som at mye av nedgangen skyldes generelle faktorer som bedring av folkehelsen og arbeidsmiljøet, som særlig har påvirket menn. Virkemidlene i sykefraværsoppfølgingen ser ut til å ha hatt en mer beskjeden effekt på sykefraværet.

Økningen i legemeldt sykefravær i pandemiperioden skyldes ikke som forventet en økning i antall sykefravær, men i all hovedsak økt varighet av sykefraværene. Det er antall sykefravær med varighet fra 9 dager til 39 uker som har økt, mens det har blitt færre korte sykefravær, til tross for mange sykmeldte med koronarelaterte diagnoser. Det har vært en betydelig økning i antall lengre sykefravær innen flere diagnosegrupper, og det antas at årsakene til dette er sammensatte.

.....
¹ Takk til Ola Thune for tilrettelegging og vedlikehold av diverse datasett.

Summary

After a period of decreasing sickness absence in Norway, there was a marked increase during the corona pandemic. In this article, the trends in medically certified sickness absence during the past 20 years, including the pandemic years, is analysed. The purpose is to investigate whether the trends are driven by changes in how many people start a sick leave, or in the duration of the sick leaves, as well as how the trends vary according to characteristics such as gender and diagnosis.

In the years 2001–2014, there was an 18 per cent decrease in medically certified sickness absence. In 2015, there was a break in the statistics, which was followed by relative stability up to and including 2019. During the pandemic years 2020 and 2021, medically certified sickness absence increased by 9 per cent.

The (relative) decrease in the period 2001–2014 was greatest for men and for workers aged more than 60 years and less than 30 years. The decrease was greatest for sickness absence diagnosed among musculoskeletal disorders or respiratory disorders. The (relative) increase in the pandemic years was naturally greatest for sickness absence diagnosed as a respiratory disorder, but there was also a significant increase for general and unspecified disorders and mental disorders. The increase in sickness absence due to mental disorders continues a rising trend since 2015.

Around half of the decrease in medically certified sickness absence is attributed to a reduction in the number of sick leaves per 100 employees, while the average duration and average per cent of sick leave decreased less. This is interpreted to mean that much of the decline is due to general factors such as improvements in public health and the working environment, which have particularly affected men. The follow-up measures for people on sick leave appear to have had a smaller effect on sickness absence.

The increase in medically certified sickness absence during the pandemic is not due to an increase in the number of sick leaves, as expected, but mainly to an increased average duration of the sickness absences. This is due to an increase in the number of sick leaves lasting between 8 days and 40 weeks, while there has been a decrease in short-term sick leaves, despite the many people on sick leave with covid-related diagnoses. The number of long-term sick leaves has increased within several different diagnosis groups, and the increase probably has complex causes.

Innledning

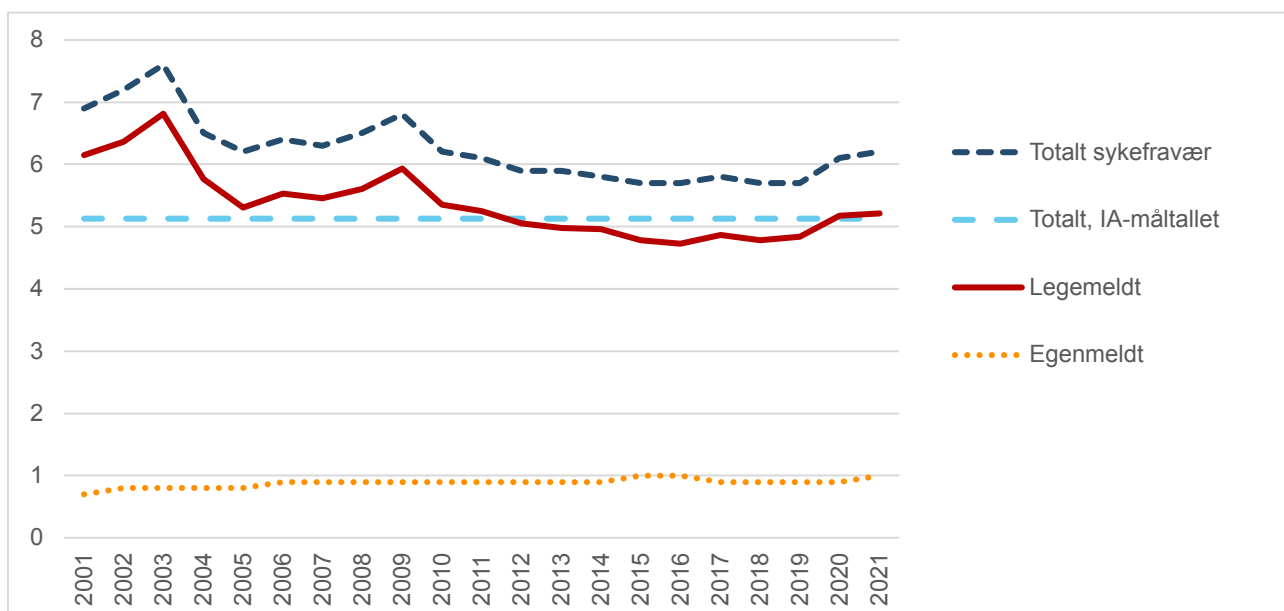
Sykefraværet i Norge er høyere enn i land vi gjerne sammenligner oss med (for siste tilgjengelige tall se Försäkringskassan 2022).² Skiftende regjeringer har derfor hatt som mål å få til en betydelig reduksjon i sykefraværet – siden 2001 i samarbeid med partene i arbeidslivet gjennom intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (heretter IA-avtalen). Til tross for en merkbart nedgang i sykefraværet etter dette, har IA-målet aldri blitt nådd, og under koronapandemien har det vært en ny økning (figur 1).

I denne artikkelen settes sykefraværet under koronapandemien inn i en større sammenheng ved å analysere utviklingen i *legemeldt sykefravær* de siste 20 år, det vil si hele IA-perioden. Mye av nedgangen i sykefraværet i denne perioden kom i 2004–2005, noe som må sees i sammenheng med en regelverksreform fra juli 2004 med innføring av aktivitetskrav og prioritering av gradert sykmelding foran aktiv sykmelding (Markussen 2009; Nossen 2014).³ Etter en økning,

blant annet i forbindelse med finanskrisen, var det en ytterligere nedgang fra 2010. Det laveste nivået i perioden ble nådd i 2015–2016. Deretter var sykefraværet stabilt inntil koronapandemien førte til en ny økning. IA-måltallet for inneværende avtaleperiode er også vist i figuren. Målet er nå 10 prosent reduksjon i forhold til årsgjennomsnittet for 2018 (tidligere måltall var på omtrent samme nivå).

Formålet med artikkelen er å undersøke hva som var drivkraften bak nedgangen i sykefraværet som preget en stor del av perioden, samt den senere økningen knyttet til pandemien. Vi begrenser oss til å se på det legemeldte sykefraværet. Årsaken er at statistikken over egenmeldt sykefravær er basert på et utvalg virksomheter, og mangler viktige detaljopplysninger som bare finnes for legemeldt fravær. Egenmeldt fravær utgjør dessuten en liten andel av det totale sykefraværet med omkring 1 prosent av avtalte dagsverk, mens det totale sykefraværet utgjør omkring 6 prosent (figur 1). Utviklingen i legemeldt sykefravær og det totale

Figur 1. Legemeldt, egenmeldt og totalt sykefravær. Tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk.



Kilde: SSB og NAV

² De internasjonale sammenligningene tar vanligvis utgangspunkt i personer med sykefravær hele referanseuken. Med denne metoden undervurderes trolig sykefraværet i Norge fordi gradert sykmelding etter alt å dømme er vanligere her enn i andre land.

³ Konjunktursvingninger medvirket også til nedgangen i sykefraværet i 2004–2005 (Nossen 2014). Ordningen med aktiv sykmelding ble senere avvirket.

sykefraværet følger hverandre tett. Det egenmeldte fraværet har en noe annerledes utvikling, og har økt med om lag 0,2 prosentpoeng gjennom perioden vi ser på. Vi noterer også at det ikke er noen tydelig effekt av pandemien på det egenmeldte sykefraværet.⁴

Artikkelen er delt i to. I første del analyseres utviklingen i den legemeldte sykefraværsprosenten i alt og fordelt etter kjønn og alder, og vi undersøker hvilke sykefraværstyper som har bidratt mest til utviklingen. I andre del analyserer vi utviklingen i de viktigste faktorene, eller komponentene, i det legemeldte sykefraværet (se *Problemstillinger*). Deretter følger en oppsummering og diskusjon av funnene.

Problemstillinger

Sykefraværsprosenten alene gir et begrenset grunnlag for å analysere drivkreftene bak utviklingen i sykefraværet. Når det er formålet, er det derfor viktig å trekke ut mer informasjon fra datagrunnlaget. Dette vil vi gjøre her ved å bryte ned legemeldt sykefravær på følgende faktorer og studere utviklingen i disse: *Antall legemeldte sykefravær* (sykefraværstilfeller) per arbeidstaker, *gjennomsnittlig varighet* av de legemeldte sykefraværene, og *gjennomsnittlig sykmeldingsgrad* per sykmeldingsdag (se definisjoner i faktaboks under). Hovedspørsmålet er om utviklingen (økning/nedgang) drives av endringer i antall sykefravær eller av varigheten av sykefraværene. Eller kan det tenkes at endret bruk av gradering forklarer mer? Merk imidlertid at gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per sykmeldingsdag bare fanger opp den direkte «effekten» på sykefraværet av at en del av sykefraværstypene er graderte. Dersom gradering påvirker varigheten og/eller sannsynligheten for senere sykefravær, vil slike effekter inngå i de andre faktorene.

Hvilken faktor som bidrar mest til en økning eller nedgang i sykefraværet, vil ha betydning for hvordan utviklingen kan forklares. For eksempel kan en reduksjon over tid i antall sykefravær (eller antall sykmeldte) ha sammenheng med bedring av folkehelsen

eller arbeidsmiljøet. Redusert varighet kan derimot i større grad henge sammen med bruk av virkemidler knyttet til sykefraværsoppfølgingen, som for eksempel gradert sykmelding, aktivitetskrav, oppfølgingsplaner og dialogmøter, selv om raskere og bedre behandling i helsevesenet også kan ha betydning. På den annen side kan det økte sykefraværet som følge av pandemien skyldes en kraftig økning i antall sykefravær med koronarelaterte diagnoser, som typisk er kortvarige, slik at gjennomsnittlig varighet like gjerne kan ha blitt redusert. Vi vil også vurdere om endringer i hvilke diagnoser det sykmeldes for, kan si oss noe om drivkreftene.

Opp gjennom årene har det vært foretatt en rekke endringer i regelverket for sykepenges og sykefraværsoppfølging. Siden kostnadene ved sykefraværsoppfølgingen kommer i tillegg til kostnadene ved selve sykepengeordningen, er det ønskelig å vite i hvilken grad disse endringene har virket etter hensikten. Men slik kunnskap finnes i liten grad. Det skyldes ikke minst at nye virkemidler og regelendringer sjelden prøves ut ved kontrollerte forsøk som kunne gjort det mulig å gjennomføre effektevalueringer. Her forsøker vi i stedet å antyde mulige forklaringer på utviklingen i sykefraværet og hvordan regelendringer/virkemidler har påvirket denne, ved å bryte ned sykefraværsprosenten på de nevnte faktorene og på diagnoser. Det blir også forsøkt å kontrollere for enkelte regelendringer og andre forhold som har påvirket sammenlignbarheten av statistikken over tid. Blant annet vil vi forsøke å si noe om hvordan utvidet egenmeldingsperiode i IA-perioden har påvirket legemeldt sykefravær.

Data og metode

Analysen er basert på to datakilder. Datakilde 1 er den kvartalsvise sykefraværstatistikken som omfatter alle sykmeldinger for arbeidstakere. Datakilde 2 er avledet av denne, men her er sammenhengende sykefravær (sykefraværstilfeller) som går over flere kvartaler kjedet sammen. Siden det har liten hensikt å studere kvartalstall som ikke er sesongjustert over en så lang periode, blir data aggregert til år (men se faktaboks under).

⁴ I pandemiperioden har det vært betydelige svingninger i det egenmeldte fraværet fra kvartal til kvartal, men dette jevnes ut når vi ser på årsgjennomsnitt.

Vi benytter følgende kjennetegn: Kjønn, alder, avtalte dagsverk, tapte dagsverk, varighet, sykmeldingsgrad, stillingsandel, næring og diagnose ifølge fastlegenes diagnosesystem (ICPC-2). Diagnoser vil bli fordelt både på diagnosegrupper og etter diagnosetype, det vil si fordelt på «sykdomsdiagnoser» og «symptomer og plager» slik disse kategoriene er definert i fastlegenes diagnosesystem. Sykdomsdiagnoser er i prinsippet basert på objektive, målbare kriterier, mens det ikke finnes slike for «symptomer og plager». I praksis er imidlertid dette skillet mindre skarpt.

Analysen er deskriptiv. Metoden som benyttes er først og fremst å bryte sykefraværsprosenten ned på de tre faktorene knyttet til antall sykefravær, varighet og sykmeldingsgrad (se faktaboks om beregning av disse). Denne metoden har mange likheter med en tidligere analyse (Nossen 2014). Den viktigste forskjellen er at vi denne gang har benyttet årlige data i stedet for månedlige, siden fokuset her er på den mer overordnede utviklingen og i mindre grad på betydningen av konjunkturer i arbeidsmarkedet. Sykefraværsprosenten påvirkes også av stillingsandel, men her er det en effekt både på antall avtalte dagsverk og antall tapte dagsverk, og disse opphever hverandre i stor grad og har derfor liten betydning for analyseresultatene.

Brudd som følge av a-ordningen

Innføring av a-ordningen fra 1. januar 2015, det vil si løpende rapportering av arbeidsforhold direkte fra arbeidsgiver til Skatteetaten, NAV og Statistisk sentralbyrå (SSB), førte til et brudd i sykefraværstatistikken. Ifølge SSB påvirket bruddet i liten grad sykefraværsprosenten, men antall arbeidsforhold og sammensetningen av disse ble betydelig mer påvirket, og særlig fanger a-ordningen opp flere mindre arbeidsforhold enn tidligere.⁵ Vi har valgt å håndtere dette ved å studere utviklingen i 2001–2014 og 2015–2021 separat (sistnevnte med vekt på pandemiårene) og dermed se bort fra utviklingen det ene året fra 2014 til 2015.

Korreksjon for utvidet egenmeldingsperiode

Da den første IA-avtalen ble undertegnet i oktober 2001, ble det bestemt at egenmeldingsordningen

⁵ Se avsnittet «Om statistikken» på <https://www.ssb.no/sykefratot>.

Definisjon/beregning av legemeldt sykefravær og de tre faktorene

Legemeldt sykefravær (sykefraværsprosenten): Antall tapte dagsverk for alle sykmeldte arbeidstakere i prosent av antall avtalte dagsverk for alle arbeidstakere. Både avtalte dagsverk og tapte dagsverk er justert for stillingsandel, og tapte dagsverk er også justert for sykmeldingsgrad.

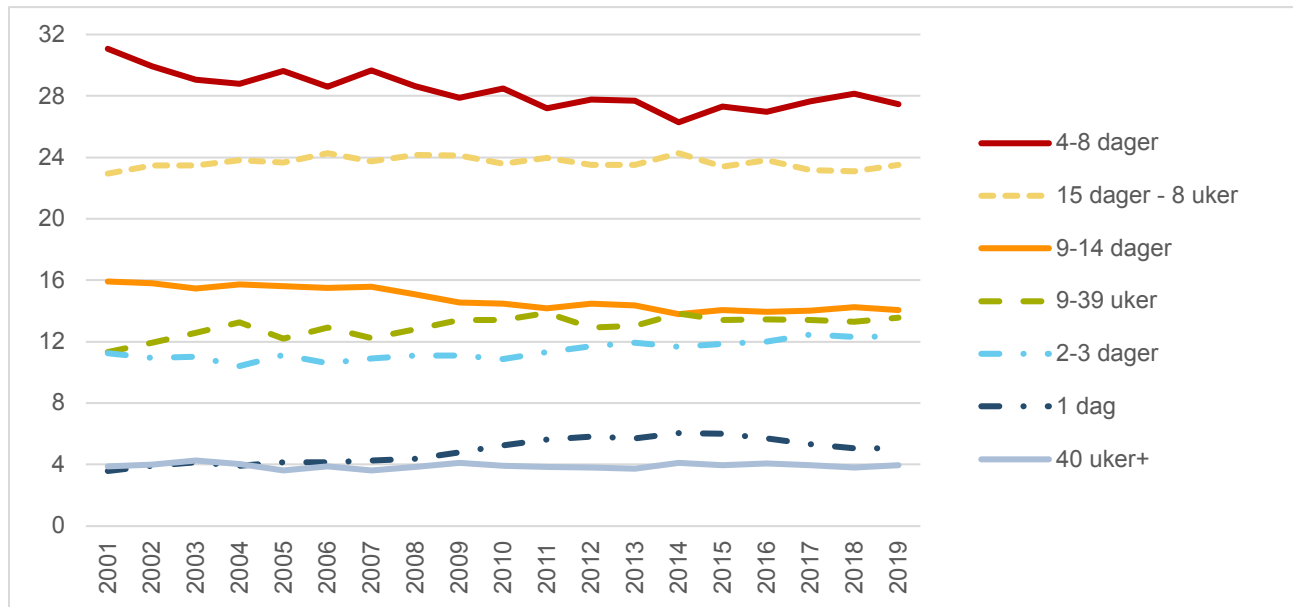
Antall sykefravær (sykefraværstilfeller) per 100 arbeidstakere: Antall sykefravær er basert på sammenkjedet sykefravær hentet fra datakilde 2. Siden disse gjelder fra start- til sluttdato av sykefraværet og varer i inntil fem kvartaler (ett år pluss i mange tilfeller avvikling av ferie), avviker de fra datakilde 1, som er basert på sykefraværet innenfor et kalenderår. For at de to datakildene skal samsvare i så stor grad som mulig, har vi satt antall sykefravær år t lik summen av antall sykefravær som startet i tredje og fjerde kvartal år t-1 og i første og andre kvartal år t. Dette antallet er multiplisert med 100 og dividert med antall arbeidstakere med et aktivt arbeidsforhold hele eller deler av året (fra datakilde 1).

Gjennomsnittlig varighet: Varigheten blir målt i kalenderdager, men begrenset til normalarbeidsdager (ikke lørdag-søndag eller helligdager). Den beregnes ved å ta utgangspunkt i antall tapte dagsverk og oppjustere dette tallet ved å sette sykmeldingsgraden lik 100 for alle sykefravær i stedet for den faktiske sykmeldingsgraden, og ved å sette stillingsandelen lik 100 i stedet for faktisk stillingsandel. Dette divideres med antall sykefravær fra datakilde 2 (se forrige punkt).

Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per sykmeldingsdag: Tar utgangspunkt i faktisk antall tapte dagsverk og dividerer dette med det justerte antallet tapte dagsverk der sykmeldingsgraden er satt lik 100.

skulle utvides for ansatte i virksomheter med lokal IA-avtale (disse avtalene ble inngått fra januar 2002 og framover). For de berørte arbeidstakerne økte maksimal egenmeldingsperiode fra tre til åtte dager sammenhengende, og totalt inntil 24 dager per tolv månedersperiode i stedet for fire ganger å maksimalt tre dager.⁶ Mange arbeidstakere fikk dermed mulighet til å benytte egenmelding i en del tilfeller hvor de tidligere måtte ha sykmelding fra lege. Utvidelsen har sannsynligvis ført til en vridning fra legemeldt til egenmeldt fravær som kan ha foregått gradvis over

⁶ Det ble gjort endringer i egenmeldingsordningen for inneværende avtaleperiode, og også senere i forbindelse med koronapandemien. Det ser imidlertid ikke ut til at dette har påvirket bruken av ordningen i særlig grad.

Figur 2. Legemeldte sykefravær prosentfordelt etter varighet i kalenderdager. Jf. utvidelse av egenmeldingsperioden fra januar 2002 og framover. Uten pandemiårene.

Kilde: NAV

tid. Denne antagelsen ser ut til å bekreftes av at det egenmeldte fraværet hadde en svakt økende tendens gjennom store deler av perioden vi studerer (økne fra 0,7 % til 1,0 %, jf. figur 1). Dette stemmer også med at det fra 2001 til 2004 var en nedgang i andelen legemeldte sykefravær med varighet 4–8 dager, og det var en ytterligere nedgang senere i perioden (figur 2; her er ikke pandemiårene tatt med). I tillegg har det vært en viss nedgang for varighet 9–14 dager som også kan henge sammen med utvidelsen av egenmeldingsperioden, siden leger ofte sykmelder «ut neste uke» eller for to hele uker.⁷

Utvidelsen av egenmeldingsordningen må altså antas å ha gitt en «kunstig» nedgang i legemeldt sykefravær. Siden bare korttidsfraværet er berørt, innebærer dette sannsynligvis at det har vært en «kunstig» nedgang i antall legemeldte sykefravær og en «kunstig» økning i gjennomsnittlig varighet. Vi har forsøkt å korrigere tallene for dette så godt det er mulig (se vedlegg). I fortsettelsen benyttes bare korrigerte tall.

⁷ Tallene her er varighet i kalenderdager, ikke normalarbeidsdager. Det har vært en økning i andelen sykefravær med varighet én dag, som kan skyldes økt bruk av en spesiell ordning for enkeltstående behandlingsdager. Dette går vi ikke nærmere inn på her.

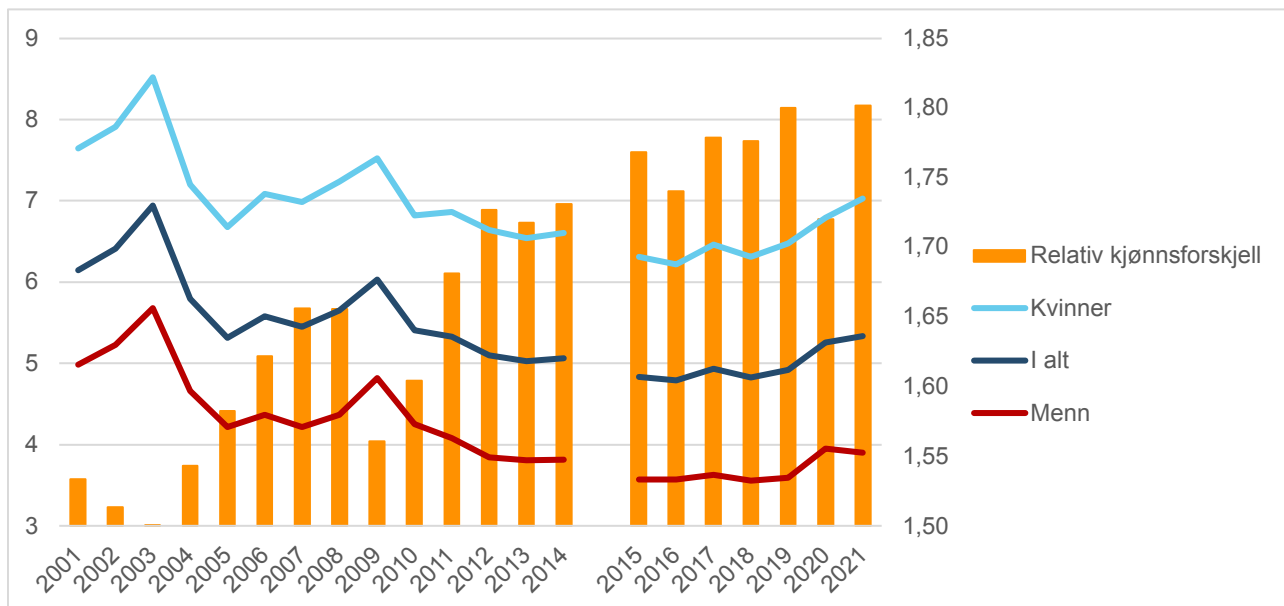
Utviklingen før og etter bruddet som følge av a-ordningen

Nedgang på 18 prosent og sterk økning i den relative kjønnsforskjellen

Det legemeldte sykefraværet ble redusert med 1,1 prosentpoeng fra 2001 til 2014 (figur 3). Mye av nedgangen kom som nevnt i 2004–2005 og henger sammen med endringer i sykmeldingsregelverket og konjunktorene i arbeidsmarkedet (Markussen 2009; Nossen 2014). Regelverksendringene reduserte ikke arbeidstakernes sykepengerettigheter, men påvirket først og fremst legenes sykmeldingspraksis (for en diskusjon av dette se Nossen og Lysø 2018: 117–118). En skulle da ikke vente at reformen ville ha særlig langvarig effekt, og det samme kan sies om betydningen av konjunkturrendringer. I denne artikkelen vil vi derfor legge mindre vekt på endringene i 2004–2005 og konsentrere oss om de mer langsiktige trendene i utviklingen.

I absolutte tall var utviklingen i 2001–2014 nokså lik for kvinner (-1,0 prosentpoeng) og menn (-1,2 prosentpoeng). Men siden kvinners sykefravær ligger på et langt høyere nivå enn for menn, var den prosentvise nedgangen størst for menn (-23 % mot -14 %). Deri-

Figur 3. Legemeldt sykefravær etter kjønn. Prosentandel tapte dagsverk (venstre akse) og relativ kjønnsforskjell (høyre akse).



Kilde: NAV og SSB

mot var økningen fra 2015⁸ til 2021 i absolutte tall størst for kvinner (+0,7 prosentpoeng mot +0,3 prosentpoeng), mens den relative økningen var nokså lik (kvinner +11 %, menn +9 %).

Dette har medført at den *relative* kjønnsforskjellen i legemeldt sykefravær økte fra 53 prosent i 2001 til 73 prosent i 2014. Deretter har den vært relativt stabil (80 % i 2021). Den *absolutte* kjønnsforskjellen har vært stabil på 2,7–2,8 prosentpoeng gjennom begge delperiodene. Den økte likevel betydelig fra 2020 til 2021, det andre pandemiåret (til 3,1 prosentpoeng).⁹

Økning på 9 prosent i pandemiårene

Fra 2019 til 2021 økte det legemeldte sykefraværet med 0,4 prosentpoeng eller 9 prosent (kvinner +9 %, menn +8 %). Kvartalsstatistikken for disse årene har

.....

⁸ Som nevnt vil vi på grunn av bruddet skapt av a-ordningen studere utviklingen i 2001–2014 og 2015–2021 separat. For å markere dette er det lagt inn et «hull» i figurene mellom 2014 og 2015.

⁹ Med den absolutte kjønnsforskjellen menes differansen mellom kvinners og menns sykefravær, mens den relative kjønnsforskjellen refererer til hvor mye høyere sykefraværet er for kvinner når menns sykefravær settes lik 1 (eller 100 %). Av praktiske grunner benytter vi stort sett relative endringstall i denne artikkelen. Vi mener likevel at relative og absolutte endringstall er like viktige å studere.

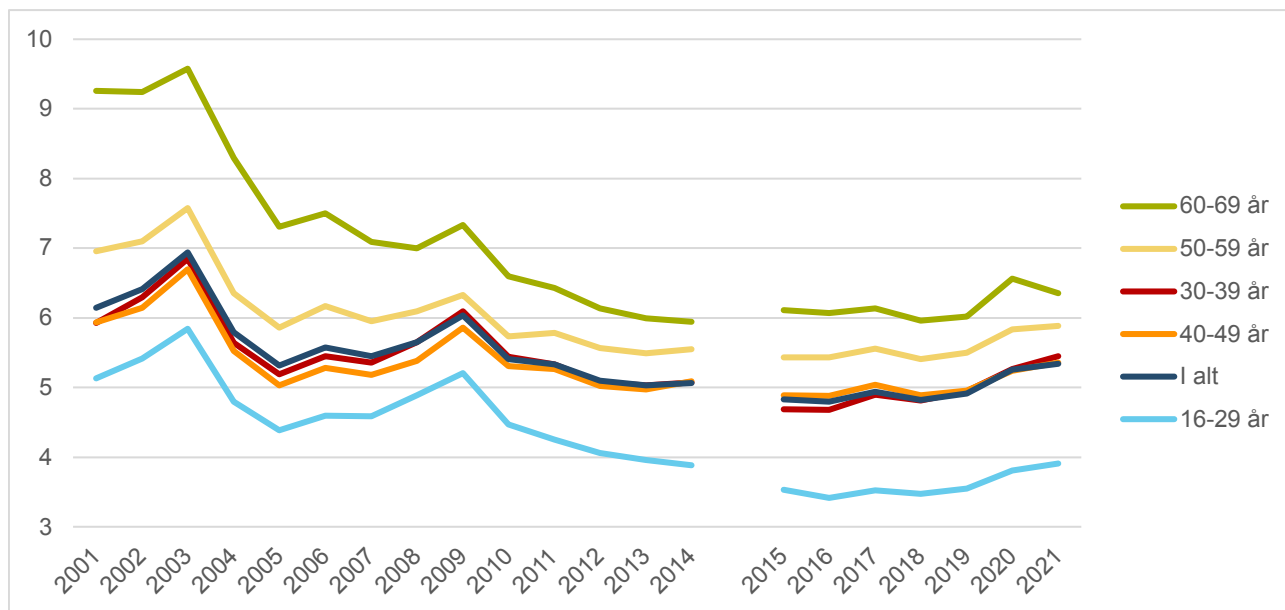
også vist en betydelig økning, med mye variasjon fra kvartal til kvartal. Dette må sees i forhold til at pandemien har kommet i bølger, noe som har medført store svingninger i hvor mange som blir sykmeldt på grunn av mistenkt/bekreftet covid-19 eller pålagt karantene. Selv om svært mange ble sykmeldt omkring bølgetoppene, har det også vært mer normale perioder, og de fleste koronarelaterte sykefraværene har vært kortvarige. De omfattende permitteringen særlig våren 2020, samt utstrakt bruk av hjemmekontor, kan dessuten ha redusert behovet for sykmeldinger og dermed ha bidratt til at utviklingen under pandemien ikke ble mer dramatisk.

Ser vi på næringsfordelte tall, var den prosentvise økningen fra 2019 til 2021 størst i varehandel og vannforsyning, avløp og renovasjon med 12 prosent, fulgt av transport og lagring (+11 %), informasjon/kommunikasjon og omsetning/drift av fast eiendom (+10 %), samt industri (+9 %) (ikke vist i figur). Økningen var noe overraskende mindre i helse- og sosialtjenester (+7 %) og undervisning (+3 %).

Sterk nedgang for aldersgruppen over 60 år

Når vi fordeler etter alder, skiller gruppen over 60 år seg ut med en nedgang i det legemeldte sykefraværet

Figur 4. Legemeldt sykefravær etter alder. Prosentandel tapte dagsverk.



Kilde: NAV og SSB

på hele 3,3 prosentpoeng (-36 %) i perioden 2001–2014 (figur 4). Mye av denne nedgangen kom i 2003–2005 og henger derfor sammen med regelverkendringene i 2004, men konjunkturendringene spilte nok også en rolle. Den langvarige nedgangen i sykefraværet for aldersgruppen over 60 år må trolig sees i sammenheng med bedret helse og økt utdanningsnivå/ endret yrkessammensetning i denne aldersgruppen. De under 30 år hadde også en større relativ nedgang (-24 %) enn totalt. Dette kan muligens henge sammen med innføringen av arbeidsavklaringspenger (AAP) i 2010, jf. at AAP har en minstepensjon for personer med lav eller ingen inntektsopptjening som kan ha bidratt til at flere unge mottar AAP og færre sykepenger (Kann og Grønlien 2021).

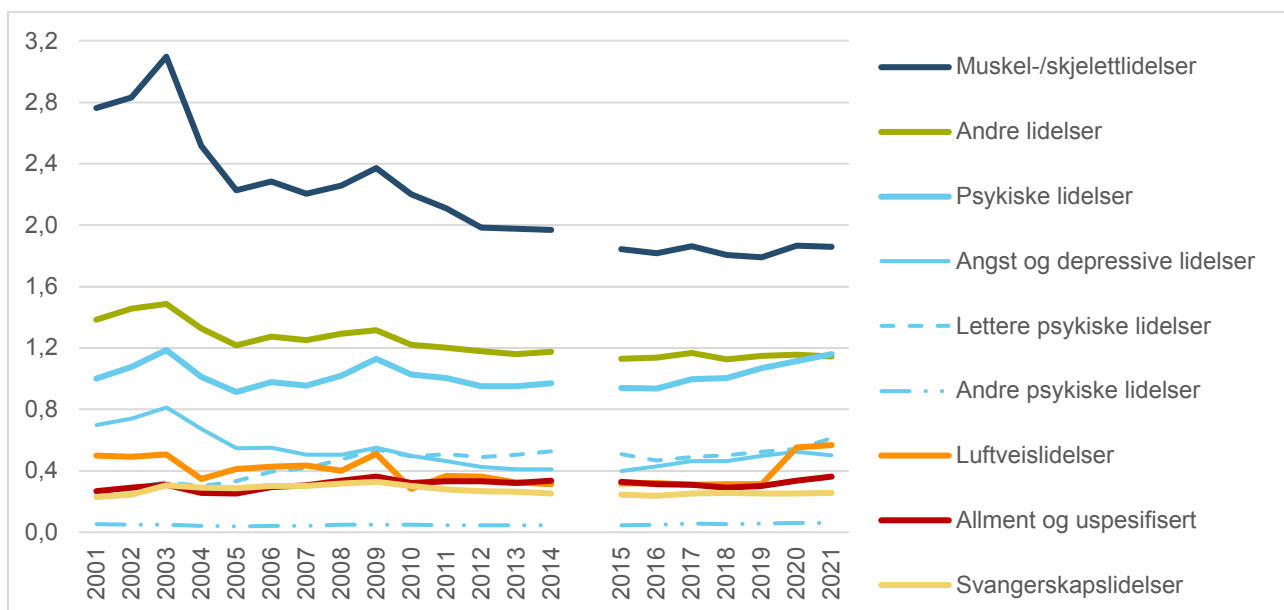
Aldersgruppen over 60 år hadde derimot bare en liten økning i sykefraværet fra 2015 til 2021 (+4 %). Gruppen 30–39 år hadde størst økning i denne delperioden med 16 prosent, av dette 10 prosent i pandemiårene alene. Ellers er det bare mindre forskjeller i utviklingen mellom aldersgruppene. Bruddet som følge av a-ordningen ser imidlertid ut til å ha vært størst for den yngste aldersgruppen, noe som trolig skyldes at små stillinger (hvor sykefraværet kan antas å være lavt) nå blir fanget opp i større grad enn tidligere. I

perioden etter 2015 skiller de yngste seg derfor tydeligere ut med lavere sykefravær enn de andre aldersgruppene.

Størst nedgang for muskel-/skjelettlidelser og luftveislidelser

Når vi fordeler sykefraværet på hovedgrupper av diagnoser, finner vi at mye av nedgangen i 2001–2014 er knyttet til den største gruppen, muskel- og skjelettlidelser (figur 5). Noe overraskende var det likevel sykefravær med en diagnose innen luftveislidelser som hadde størst relativ nedgang med 38 prosent. Det er mulig dette har sammenheng med vridningen fra legemeldt fravær til egenmeldt fravær, som kan ha vært spesielt stor ved en del slike diagnoser.¹⁰ Det er mulig det også henger sammen med svineinfluensaen i 2009, siden mye av nedgangen for luftveislidelser kom etter dette året. Tilsvarende nedgang for muskel-/skjelettlidelser var på 29 prosent. Nedgangen i sykefravær med en diagnose innen psykiske lidelser eller «andre lidelser» var langt mindre, mens det var en

¹⁰ Tallene er riktignok korrigeret for utvidelsen av egenmeldingsordningen, men det er usikkert om korreksjonen fanger opp hele denne effekten eller effekten av andre endringer i bruken av egenmeldinger (se vedlegg).

Figur 5. Legemeldt sykefravær etter diagnosegruppe. Prosentandel tapte dagsverk.

Kilde: NAV

viss økning for diagnoser innen «allment og uspesifisert» og svangerskapslidelser. Samlet sett medførte disse endringene at sykefravær med en diagnose innen psykiske lidelser, til tross for en liten nedgang i 2001–2014, utgjorde en økende andel av sykefraværet (19 prosent i 2014 mot 16 prosent i 2001).

Nedgangen i sykefravær knyttet til muskel-/skjelettlidelser og luftveislidelser var omtrent like stor for begge kjønn. For andre diagnosegrupper hadde imidlertid kvinner større økning eller mindre nedgang enn menn. Det gjelder særlig «allment og uspesifisert», psykiske lidelser og «andre lidelser» (ikke vist i figur).

Forskyvninger mellom undergrupper av psykiske lidelser

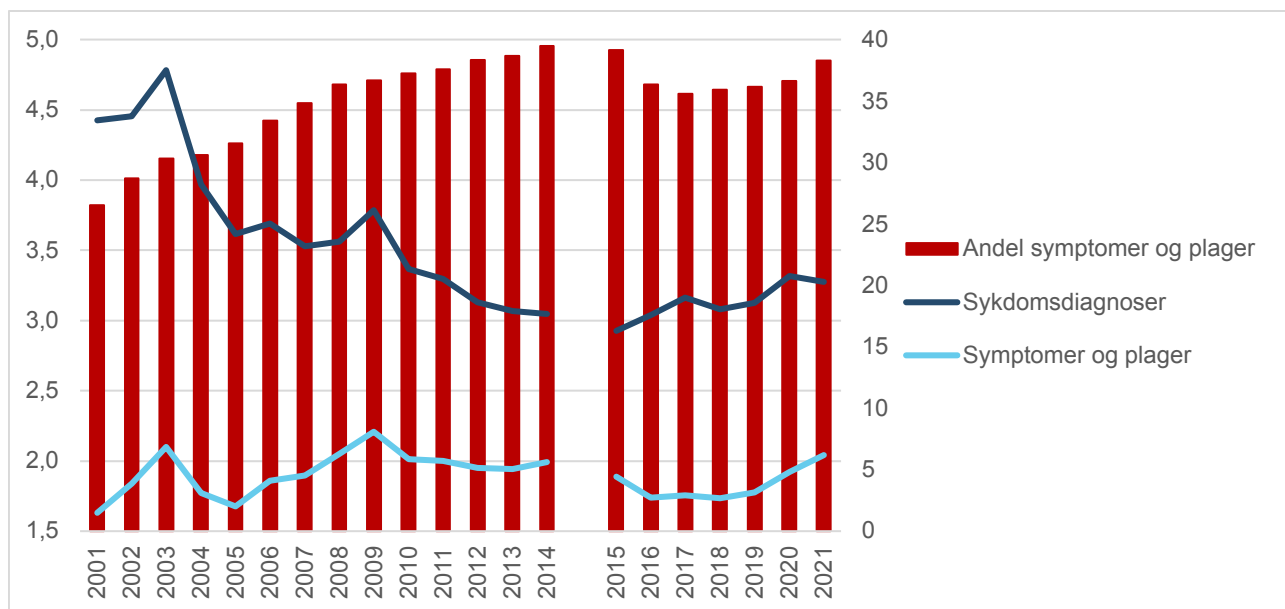
Figur 5 inneholder også en oppdeling av psykiske lidelser på undergrupper (tynne blå kurver). «Angst og depressive lidelser» gikk betydelig ned fra 2001 til 2014, mens «lettere psykiske lidelser» hadde en tilsvarende økning i samme periode. Dette skyldes antagelig endringer i legenes diagnosesetting. Det er indikasjoner på at fastlegene har blitt mer restriktive til å benytte sykdomsdiagnosen «depressiv lidelse» ved sykmelding, siden en sykdomsdiagnose kan få konse-

kvenser for pasienten ved tegning av helse- og uføreforsikring (Brage mfl. 2012 side 26). I stedet benytter de oftere mer generelle symptomdiagnoser som er klassifisert under «lettere psykiske lidelser». Den tredje undergruppen, «andre psykiske lidelser», har økt noe, men benyttes relativt sjelden som sykefraværtsdiagnose.

Økning under pandemien for luftveislidelser og psykiske lidelser

Til tross for generell stabilitet fra 2015 til 2019, var det en merkbar økning i sykefravær knyttet til psykiske lidelser. Dette fortsatte i pandemiårene, slik at sykefravær med en diagnose innen psykiske lidelser økte med i alt 23 prosent fra 2015 til 2021. Sykefraværet knyttet til psykiske lidelser var likevel litt høyere i 2003. Det er usikkert om pandemien som sådan bidro til økningen for psykiske lidelser eller om økningen fra 2019 til 2021 (+9 %) bare representerte en fortsettelse av trenden. I 2021 utgjorde psykiske lidelser 22 prosent av det legemeldte sykefraværet. Det var også en økning i sykefravær med en diagnose innen luftveislidelser, hvor størstedelen av det koronarelaterte sykefraværet inngår, på hele 81 prosent fra 2019 til 2021. Sykefravær knyttet til luftveislidelser ble altså bortimot doblet på disse to årene.

Figur 6. Legemeldt sykefravær etter diagnosetype. Prosentandel tapte dagsverk (venstre akse) og «symptomer og plager» som andel av totalen (høyre akse).



Kilde: NAV

Også diagnosegruppen «allment og uspesifisert» økte betydelig (+21 %) (Nossen og Sundell 2020).

Hele nedgangen kan knyttes til «sykdomsdiagnoser»

Når vi ser på utviklingen etter *diagnosetype* (se *Data og metode*), finner vi at hele nedgangen i 2001–2014 skyldes redusert fravær knyttet til «sykdomsdiagnoser», mens det var en liten økning for «symptomer og plager» (figur 6). Det medførte at andelen tapte dagsverk som knyttes til «symptomer og plager» økte fra 27 prosent i 2001 til 39 prosent i 2014. Dette kan delvis forklares med den nevnte vridningen fra «angst og depressive lidelser» (primært sykdomsdiagnoser) til «lettere psykiske lidelser» (i stor grad symptomer og plager). Det er usikkert om økningen ellers indikerer en generell vridning mot symptomdiagnoser og mer diffuse lidelser, eller om den kan forklares med mer spesielle forhold knyttet til noen få, relativt vanlige diagnoser. Etter 2015 gikk andelen knyttet til «symptomer og plager» noe ned igjen, men det var en økning i pandemiårene.

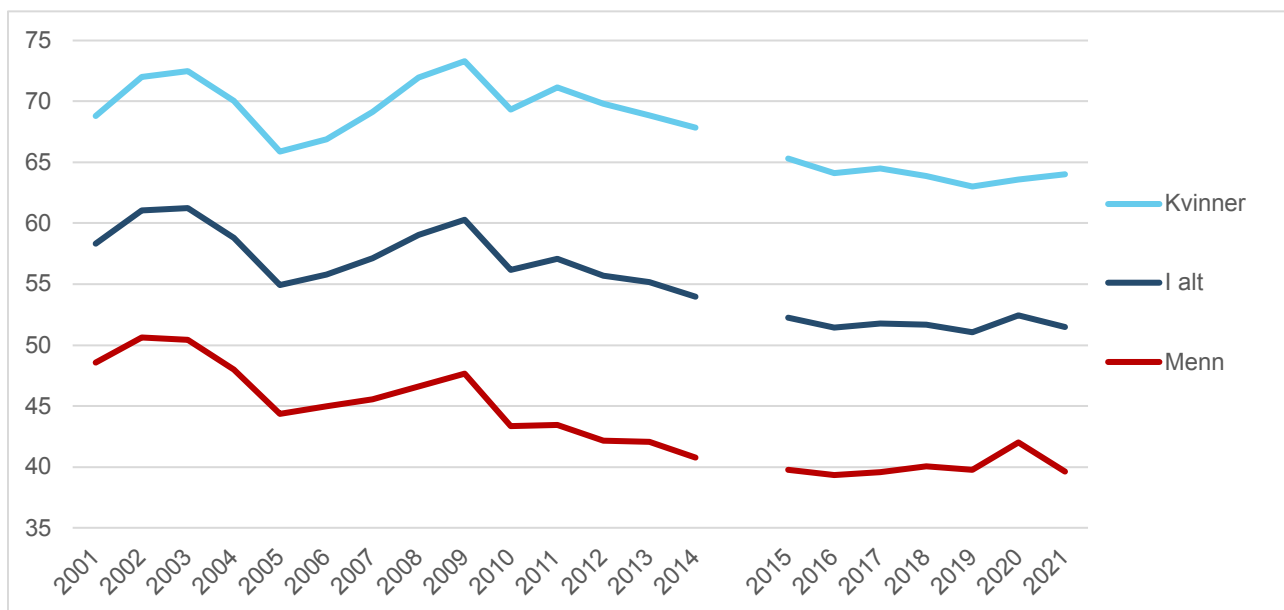
Utviklingen i de tre faktorene

Her skal vi se på utviklingen i de tre faktorene som i hovedsak utgjør det legemeldte sykefraværet. Disse er altså antall sykefravær per 100 arbeidstakere, gjennomsnittlig varighet og gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per sykmeldingsdag. Vi ser som nevnt på dette fordi det kan ha betydning for tolkningen av en økning eller nedgang i sykefraværet om den hovedsakelig skyldes endringer i antall sykefravær eller i varigheten (eller eventuelt sykmeldingsgraden).

Færre sykefravær per arbeidstaker, nesten ingen økning under pandemien

Antall legemeldte sykefravær per 100 arbeidstakere ble redusert med 7 prosent fra 2001 til 2014 (figur 7). Nedgangen gjaldt nesten bare for menn (-16 % mot -1 % for kvinner).¹¹ Det var en markant nedgang i 2003–2005 for begge kjønn. Men når vi ser på utviklingen i perioden som helhet, var det en klart synkende trend

¹¹ Vi har undersøkt om utviklingen ville vært annerledes dersom vi benyttet antall sykmeldte arbeidstakere i stedet for antall sykefravær. Nedgangen (ikke korrigeret for utvidet egenmeldingsperiode) blir da noe mindre for menn, men ikke for kvinner. Dette kan tyde på at antall sykefravær per sykmeldt person økte noe for menn, men forskjellen er for liten til å ha betydning for hvordan vi tolker nedgangen i sykefraværet.

Figur 7. Antall legemeldte sykefravær per 100 arbeidstakere, etter kjønn.

Kilde: NAV

for menn, men ikke for kvinner. Svingningene i perioden ser ellers ut til å henge sammen med konjunkturerne i arbeidsmarkedet.

Fra 2015 til 2019 var antall legemeldte sykefravær per 100 arbeidstakere stabilt for menn, men gikk noe ned for kvinner. Kvinner hadde en svak økning i pandemiårene, mens menn hadde en betydelig økning i 2020, men var tilbake på det tidligere nivået i 2021. Hovedinntrykket er altså stor grad av stabilitet i disse årene.

Det er noe overraskende at antall sykefravær nesten ikke økte under koronapandemien. Riktignok er ikke egenmeldinger med i disse tallene, men som vi har sett er det ikke tegn til noen betydelig økning i egenmeldt fravær under pandemien. Imidlertid er det som nevnt over flere ulike forhold som kan ha påvirket sykefraværet under pandemien, og antagelig har særlig bruken av hjemmekontor spilt en rolle ved å redusere behovet for sykmeldinger ved lettere og forbigående helseplager.

Noe nedgang også i gjennomsnittlig varighet

Gjennomsnittlig varighet av legemeldte sykefravær (målt i antall normalarbeidsdager) endret seg mindre fra 2001 til 2014 (figur 8 – merk samme skalering som i forrige figur). Trenden i perioden ligner på den vi så for antall sykefravær per 100 arbeidstakere, selv om varig-

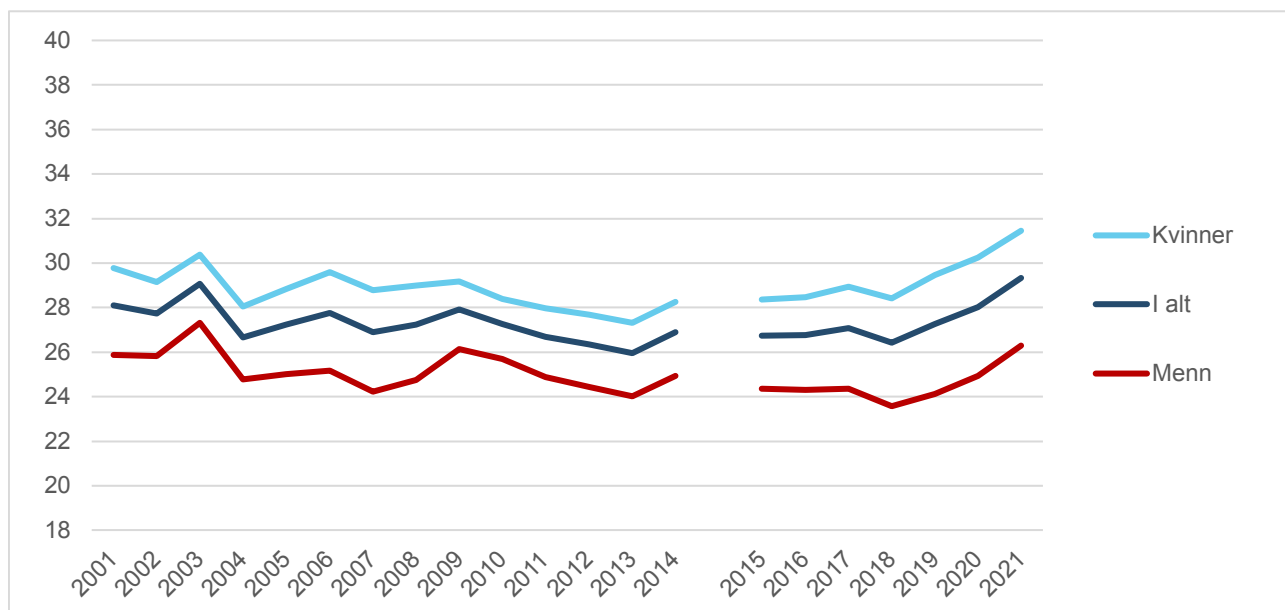
heten ikke ble redusert med mer enn 4 prosent i perioden. Nedgangen var omtrent lik for kvinner og menn.

Markant økning i varigheten under pandemien

Den gjennomsnittlige varigheten var relativt stabil de første årene etter 2015, men i 2018–2021 var det en markant økning for begge kjønn. Økningen i pandemiårene var på 8 prosent. Dette er overraskende, siden pandemien var forventet først og fremst å påvirke korttidsfraværet. Det kan ikke forklares med en nedgang i antall korttidsfravær: Fra 2019 til 2021 økte både antallet og andelen sykefravær i alle varighetskategorier på over 8 dager, med unntak av 40 uker+ (figur 9). Antall korttidsfravær (8 dager eller mindre) gikk ned til tross for alle sykefraværene knyttet til covid-19 og pålagt karantene, og det totale antallet sykefravær var nesten helt stabilt. Vi vil komme tilbake til mulige forklaringer på dette funnet.

Siden det var størst økning fra 2019 til 2021 i antall sykefravær med varighet mellom 9 og 39 uker, har vi sett på hvordan denne økningen fordeler seg på diagnosegrupper. Vi finner at antall sykefravær med varighet 9–39 uker har økt mest for luftveislidelser med 74 prosent, fulgt av «allment og uspesifisert» (+27 %), psykiske lidelser (+24 %), «andre lidelser» (+19 %) og muskel-/skjelettlidelser (+16 %). Økningen ser altså ut til å være relativt jevnt fordelt på diagnosegruppene,

Figur 8. Gjennomsnittlig varighet i normalarbeidsdager, etter kjønn.*)



*) Skalert omtrent som i forrige figur.

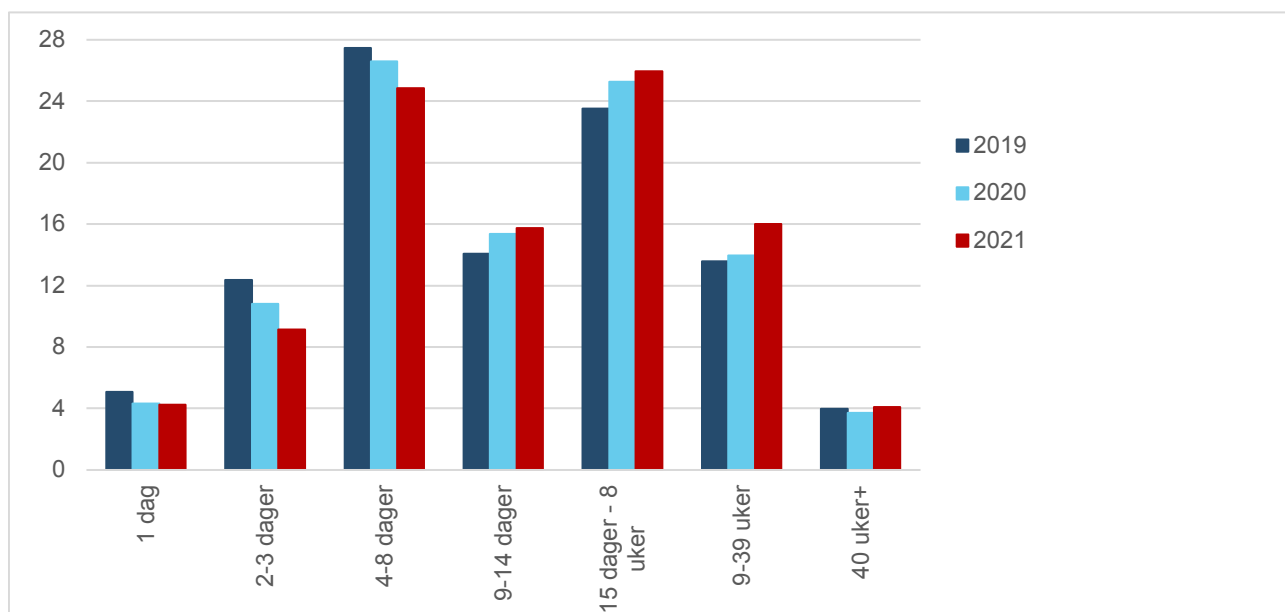
Kilde: NAV

noe som avviker fra det vi så for sykefraværspersenten (jf. figur 5). Dette kan indikere at en del lengre sykefravær har endret diagnose underveis, og mest sannsynlig har startet med en covid-19 diagnose eller en annen diagnose innen luftveislidelser.

Først nedgang, så noe økning i gjennomsnittlig sykmeldingsgrad

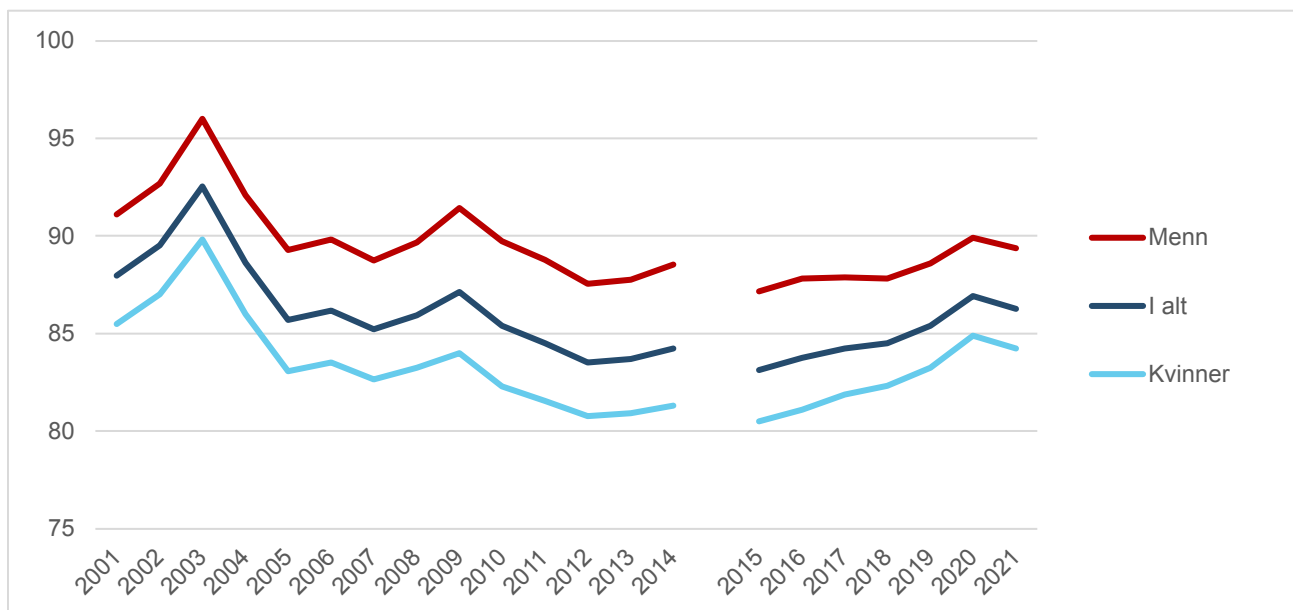
Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per sykmeldingsdag, den tredje faktoren, har i stor grad fulgt utviklingen i legemeldt sykefravær (sykefraværspersenten)

Figur 9. Legemeldte sykefravær prosentfordelt etter varighet i kalenderdager. 2019-2021.



Kilde: NAV

Figur 10. Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per sykmeldingsdag, etter kjønn.*)



*) Finere skalert slik at svingningene i perioden er tydeligere.

Kilde: NAV

(figur 10). Nedgangen i 2001–2014 innebærer at flere av sykefraværsdagene ble graderte, eller hadde gradering med lavere sykmeldingsgrad. Etter 2015 har det vært en gradvis økning, med unntak av 2021. I denne perioden økte gjennomsnittsgarden fra 83 prosent til 86 prosent. Vi noterer også at kvinner i hele perioden fra 2001 til 2021 har hatt lavere sykmeldingsgrad enn menn, men svingningene i denne faktoren har også vært noe større for kvinner enn for menn.

Oppsummering og diskusjon

2001–2014: Stor nedgang i antall sykefravær blant menn

Vi har sett at det fra 2001 til 2014 var en nedgang i legemeldt sykefravær på 18 prosent (1,1 prosentpoeng), etter korreksjon for utvidelse av egenmeldingsperioden. Vi finner at alle tre faktorene ble redusert i denne perioden, både for kvinner og menn, men styrken i nedgangen varierer til dels mye (tabell 1). For menn kan en stor del av nedgangen tilskrives reduksjon i antall sykefravær, som også forklarer opp mot halvparten av nedgangen totalt.

Tabell 1. Prosentvis endring i legemeldt sykefravær og de tre faktorene. 2001–2014.

	I alt	Kvinner	Menn
Legemeldt sykefravær (sykefraværspersenten)	-18 %	-14 %	-23 %
Antall legemeldte sykefravær per 100 arbeidstakere	-7 %	-1 %	-16 %
Gjennomsnittlig varighet	-4 %	-5 %	-4 %
Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per sykmeldingsdag	-4 %	-5 %	-3 %

Kilde: NAV

Funnene totalt, og for menn, er i tråd med en tidligere artikkel hvor analyseperioden var kortere, og hvor det ikke ble korrigert for utvidet egenmeldingsperiode (Nossen 2014). I tidligere analyser har det blitt lagt vekt på den store nedgangen i legemeldt sykefravær i 2004/2005. Når vi ser mer helhetlig på utviklingen i perioden 2001–2014, er det rimelig å anta at en nedgang i antall sykefravær per arbeidstaker henger sammen med generelle faktorer som bedret folkehelse og bedret arbeidsmiljø. Når det gjelder folkehelsen, er det da et spørsmål hvorfor dette skulle slå ut langt sterkere for menn enn kvinner. En mulig forklaring kan være at det særlig henger sammen med nedgang i antall dagligryktere og redusert forekomst av hjerte-/

karsykdommer, begge i større grad knyttet til menn. Arbeidsmiljøet kan dessuten være bedret særlig i en del næringer med utfordringer knyttet til det fysiske arbeidsmiljøet (jf. HMS-tiltak), som bygge- og anleggsvirksomhet, industri og transport og lagring, hvor de fleste arbeidstakerne er menn.

Vi har også sett at mesteparten av nedgangen i legemeldt sykefravær fram til 2014 kan forklares med redusert fravær knyttet til muskel-/skjelettlidelser. De som er sykmeldt med disse lidelsene har ofte lengre fravær, så det er usikkert hvor mye det bidrar til å forklare nedgangen i *antall* sykefravær per arbeidstaker. Det var imidlertid også en sterk nedgang i sykefravær med diagnose innen luftveislidelser, som ofte er kortvarige. For disse diagnosegruppene har utviklingen vært nokså lik for kvinner og menn. At sykefraværet har gått mer ned for menn enn kvinner, ser ut til å skyldes at menn hadde større nedgang i sykefravær knyttet til psykiske lidelser og «andre lidelser» (inkludert hjerte-/karsykdommer), og mindre økning i sykefravær innen «allment og uspesifisert».

Beskjeden reduksjon i varighet tross satsinger på sykefraværsoppfølging

Etter korreksjon for utvidelsen av egenmeldingsperioden, finner vi en viss nedgang også i varigheten av sykefraværene. Dette kan indikere at virkemidlene som benyttes i sykefraværsoppfølgingen har hatt noe effekt. Vi kan imidlertid ikke utelukke at sykmeldte over tid har fått raskere og/eller bedre behandling i helsevesenet, og at dette har bidratt til nedgang i varigheten. Det kan også tenkes at bedring av folkehelsen spiller en rolle, dersom dette innebærer færre alvorlige og langvarige sykdomstilstander. Hvis det primært handler om sykefraværsoppfølgingen, er det særlig økt bruk av gradert sykmelding, innføring av oppfølgingspunkter knyttet til aktivitetskrav for fortsatt rett til sykepenger, og innkalling til/gjennomføring av dialogmøter, som antas å være relevant. Flere studier har funnet at disse virkemidlene har hatt en effekt i retning av kortere sykefravær. Her kan det nevnes studier av innføringen av aktivitetskrav/økt bruk av gradering i 2004 (Markussen 2009), effekt av gradert sykmelding (Markussen mfl. 2012), dialogmøter (Markussen mfl. 2018) og forsøk med «Hedmarksmodellen» med vekt på håndheving av aktivitetskravet (Kann mfl. 2014; Lima mfl. 2017). En ny randomisert studie av dialogmøter fant

imidlertid ingen signifikant effekt av disse (Alpino mfl. 2022). Med den relativt beskjedne nedgangen i gjennomsnittlig varighet vi finner i denne artikkelen, kan man spørre seg om funnene i noen av de tidligere studiene har vært overdrevent positive. Dette henger sammen med at evaluering av effekter er vanskelig når det ikke baseres på planlagte forsøk, og helst med randomisering av deltakerne til en tiltaksgruppe og en kontrollgruppe.

Den tredje faktoren, gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per sykmeldingsdag, bidro også til redusert sykefravær i den første delperioden. Denne faktoren har i stor grad samme utvikling over tid som sykefraværet generelt, noe som henger sammen med måten den blir beregnet på.

Pandemiårene: Økt varighet av sykefraværene

Når det gjelder perioden 2015–2021, skiller vi mellom årene før og under koronapandemien. Fra 2015 til 2019 var det legemeldte sykefraværet stort sett stabilt, men fra 2019 til 2021 var det en økning på 9 prosent (0,4 prosentpoeng) som naturligvis henger sammen med pandemien (tabell 2). Vi finner en økning i alle tre faktorene i 2019–2021, men av varierende styrke:

Tabell 2. Prosentvis endring i legemeldt sykefravær og de tre faktorene. Pandemi-perioden 2019–2021.

	I alt	Kvinner	Menn
Legemeldt sykefravær (sykefraværprosenten)	+9 %	+9 %	+8 %
Antall legemeldte sykefravær per 100 arbeidstakere	+1 %	+2 %	-0 %
Gjennomsnittlig varighet	+8 %	+7 %	+9 %
Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per sykmeldingsdag	+1 %	+1 %	+1 %

Kilde: NAV

Nesten hele økningen i legemeldt sykefravær i pandemiårene kan forklares med økt gjennomsnittlig varighet. Denne økningen kan igjen tilskrives økt antall sykefravær med en varighet på mer enn 8 dager, men ikke mer enn 40 uker. Det er liten forskjell på kvinner og menn når vi ser på relative endringstall. Økningen er overraskende, siden vi har trodd at koronapandemien først og fremst ga seg utslag i en kraftig økning i antallet kortere sykefravær. Forklaringen på dette er nok sammensatt. For det første kan den utstrakte bruken av hjemmekontor ha redusert behovet for en del korte sykefravær, og

de mange permitterte (som telles med i avtalte dagsverk de tre første månedene) hadde også lite behov for kortere sykmeldinger. Når det gjelder lengre sykefravær, har tidligere analyser (Nossen 2014) funnet at sykefravær som starter i perioder med stigende arbeidsledighet i snitt varer lengre. Den kraftige økningen i ledigheten, særlig våren 2020, kan ha gitt en lignende effekt. Det virker dessuten sannsynlig at en del sykmeldte kan ha vegret seg for å bli friskmeldt i en situasjon med smitterisiko, og med risiko for å bli permittert. Forklaringen knyttet til økt ledighet stemmer imidlertid ikke så godt med at økningen i varigheten fortsatte i 2021, til tross for at antall permitteringer ble sterkt redusert fra 2020 til 2021. Andre mulig medvirkende årsaker er at senvirkninger av covid-19 kan ha bidratt til flere langvarige sykefravær, samt at enkelte yrkesgrupper (for eksempel ansatte i helsevesenet og lærere) kan ha fått mer langtidsfravær som følge av vanskelige arbeidsforhold under pandemien. Men som vi har sett var det ikke spesielt stor økning i sykefraværet i undervisning eller helse- og sosialtjenester under pandemien.

Økt sykefravær knyttet til psykiske lidelser siden 2015

Økningen i legemeldt sykefravær under pandemien skyldes naturlig nok primært sykefravær med diagnoser innen luftveislidelser, siden koronarelaterte diagnoser er plassert i denne kategorien (og til dels i «allment og uspesifisert»). Det var imidlertid også en økning i antall lengre sykefravær knyttet til flere andre diagnosegrupper. Økningen for psykiske lidelser startet dessuten omkring 2015, og har fortsatt under pandemien. Det er verdt å merke seg at selv om sykefraværet gikk en del ned i tiden før 2015, økte også i disse årene *andelen av det legemeldte sykefraværet* som skyldes psykiske lidelser. I pandemiperioden har denne andelen vært stabil.

Referanser

Alpino, Matteo, Karen Evelyn Hauge, Andreas Kotsadam og Simen Markussen (2022). «Effects of dialogue meetings on sickness absence—Evidence from a large field experiment». *Journal of Health Economics*, 83, 102615.

Brage, Søren, Jon Petter Nossen, Inger Cathrine Kann og Ola Thune (2012) «Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000–2011». *Arbeid og velferd*, 3, 24–37.

Försäkringskassan (2022) «Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv». *Korta analyser*, 2022:4. <https://www.forsakringskassan.se/download/18.3a5418591814e228e4413ba/1661322861633/den-svenska-sjukfranvaron-i-ett-europeiskt-perspektiv-korta-analyser-2022-4.pdf>

Kann, Inger Cathrine, Ivar Andreas Åsland Lima og Per Kristoffersen (2014) «Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet». *Arbeid og velferd*, 3, 14–33.

Kann, Inger Cathrine og Eirik Grønlien (2021) «Midlertidige helserelaterte ytelser til unge – har vi misforstått utviklingen?» *Arbeid og velferd*, 1, 95–110.

Lima, Ivar Andreas Åsland, Inger Cathrine Kann og Søren Brage (2017) «NAV's håndheving av aktivitetskravet for sykmeldte. Forsøk med Hedmarksmodellen». *Arbeid og velferd*, 1, 71–89.

Markussen, Simen (2009) *How physicians can reduce sick leave – evidence from a natural experiment*. Memorandum. Oslo: Frischsenteret.

Markussen, Simen, Arnstein Mykletun og Knut Røed (2012) «The case for presenteeism – evidence from Norway's sickness insurance program». *Journal of Public Economics*, 96 (11–12), 959–972.

Markussen, Simen, Knut Røed og Ragnhild C. Schreiner (2018) «Can compulsory dialogues nudge sick-listed workers back to work?» *The Economic Journal*, 128 (610), 1276–1303.

Nossen, Jon Petter (2014) «Utviklingen i sykefraværet: Betydningen av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer». *Arbeid og velferd*, 2, 75–88.

Nossen, Jon Petter og Nina Lysø (2018) «Gradert sykmelding – økt gradering, stabil varighet». *Arbeid og velferd*, 2, 101–125.

Nossen, Jon Petter og Therese Sundell (2020) «Sykefraværet i Norge den første tiden etter pandemiutbruddet». *Arbeid og velferd*, 2, 25–37.

Vedlegg: Korleksjon for utvidet egenmeldingsperiode

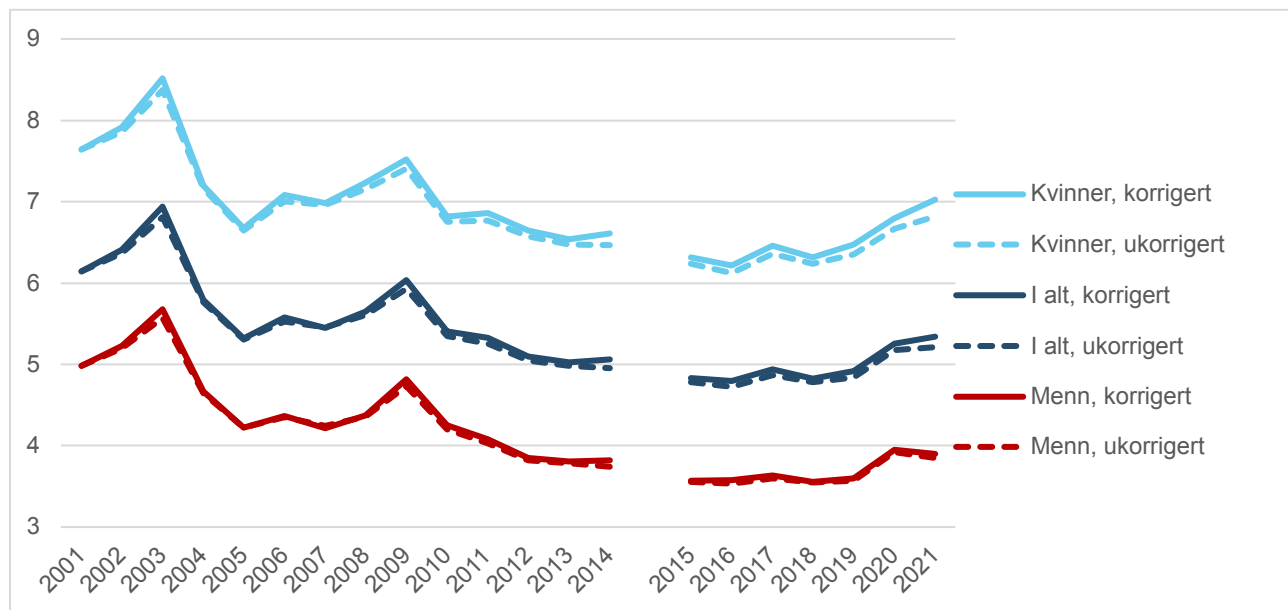
Vi har korrigert den legemeldte sykefraværspersenten og de tre faktorene for utvidelsen av egenmeldingsperioden ved å oppjustere antall sykefravær med varighet 4–14 dager slik at *andelen av sykefraværene som har denne varigheten* blir lik alle årene og lik andelen i 2001. Deretter har vi justert antall tapte dagsverk og andre berørte størrelser slik at de er konsistente med dette.

Figurene under viser tall med og uten denne korleksjonen (figur 11–14). Det viser seg at den legemeldte sykefraværspersenten påvirkes relativt lite. De korleksjerte tallene ligger stort sett i hele perioden 2001–2021 mellom 0,0 og 0,1 prosentpoeng høyere enn de

ukorleksjerte tallene. Det er mindre enn økningen i det egenmeldte fraværet i perioden, som er på omkring 0,2 prosentpoeng. Dette kan kanskje forklares med en mer generell trend i retning økt bruk av egenmeldinger. Men det er også mulig at korleksjonen undervurderer vridningen, blant annet fordi den er basert på tall for ett enkelt år.

Som vi ser fører korleksjonen (som forventet) til at nedgangen i antall sykefravær per 100 arbeidstakere i 2001–2014 reduseres, mens økningen i gjennomsnittlig varighet i samme periode snus til en liten nedgang. Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad påvirkes derimot lite. For perioden etter 2015 har korleksjonen noe mindre betydning.

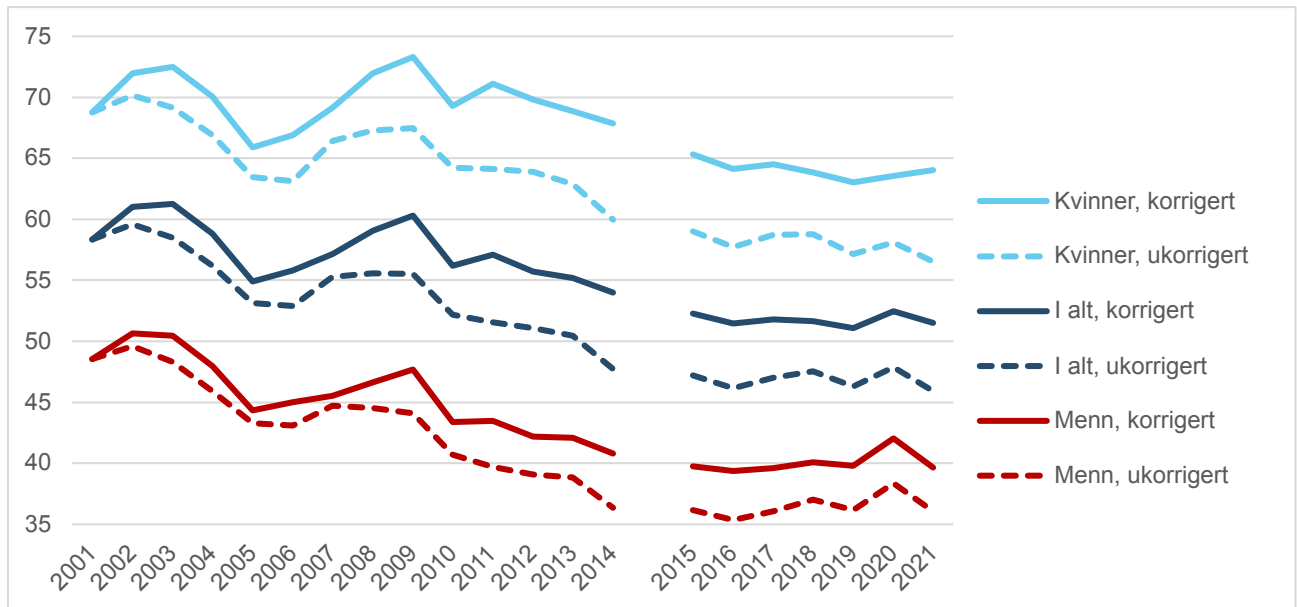
Figur 11. Legemeldt sykefravær etter kjønn. Ukorleksjerte tall og tall korleksjert for utvidet egenmeldingsperiode.



*) Skalert omtrent som i forrige figur.

Kilde: NAV

Figur 12. Antall legemeldte sykefravær per 100 arbeidstakere, etter kjønn. Ukorrigerte tall og tall korrigert for utvidet egenmeldingsperiode.



Kilde: NAV

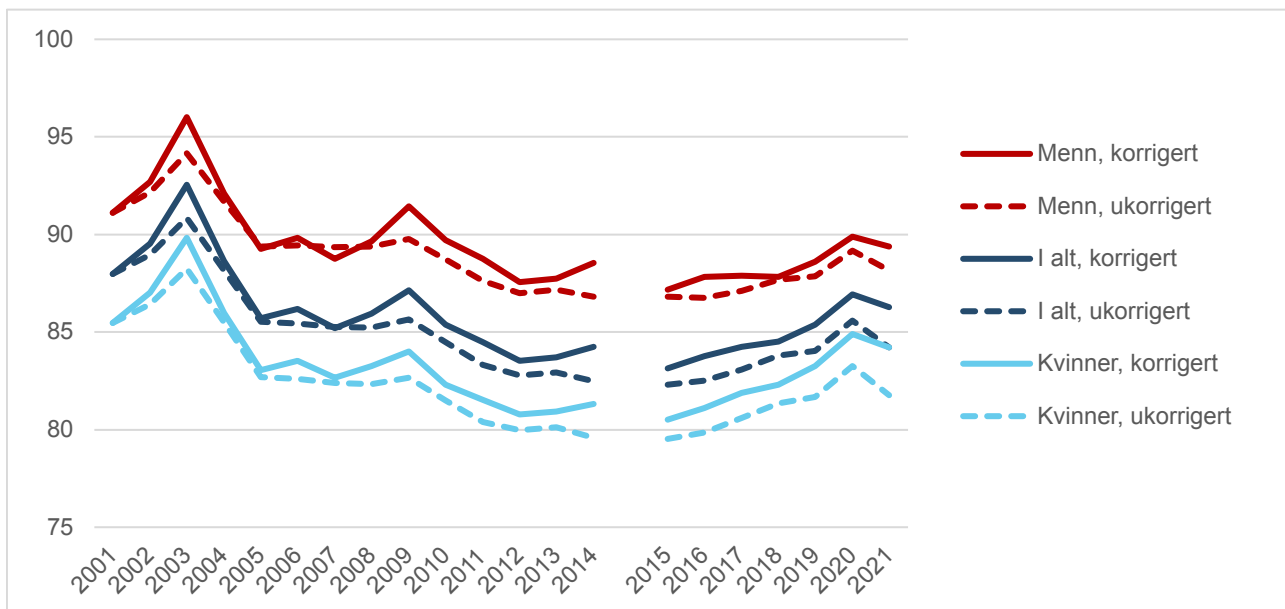
Figur 13. Gjennomsnittlig varighet av legemeldte sykefravær, etter kjønn. Ukorrigerte tall og tall korrigert for utvidet egenmeldingsperiode.*)



*) Skalert omtrent som i forrige figur.

Kilde: NAV

Figur 14. Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per sykmeldingsdag, etter kjønn. Ukorrigerte tall og tall korrigert for utvidet egenmeldingsperiode.*)



*) Finere skalert slik at svingningene i perioden er tydeligere.

Kilde: NAV