

# Arbeid og velferd



REDAKSJON

**Ansvarlig redaktør**

Heidi Nicolaisen

**Redaktør**

Åshild Male Kalstø

**Redaksjon**

Ragnhild Ekelund, Åshild Male Kalstø, Ivar Lima, Kristian Myklathun, Heidi Nicolaisen

**Redaksjonsråd**

Espen Steinung Dahl, Mia Danielsen, Ragnhild Ekelund, Åshild Male Kalstø,  
Ole Christian Lien, Ivar Lima, Nina Lysø, Heidi Nicolaisen, Helle Sundby,  
Johannes Sørbø

Redaksjonen avsluttet sitt arbeid den 18.03.2024

EIER

Arbeids- og velferdsdirektoratet

Postboks 5, St. Olavs plass

0130 Oslo

Arbeid og velferd er tilgjengelig på [arbeidogvelferd.nav.no](http://arbeidogvelferd.nav.no).

Vårt nyhetsbrev kan bestilles via e-post: [arbeid.og.velferd@nav.no](mailto:arbeid.og.velferd@nav.no)

ISSN 1504-6729

# Innhold

Sosialhjelp og sosiale tjenester i 2023 – Flere mottakere og press på førstelinjen.....	4
Utviklingen på arbeidsmarkedet.....	18
Har kvinner høyere sykefravær fordi de oftere er syke? .....	32
Ønsker og virkelighet – vurderinger av egen fremtidig pensjon ....	58
Hyppig gjentakende sykefravær – grunn til bekymring? .....	77

# SOSIALHJELP OG SOSIALE TJENESTER I 2023 – FLERE MOTTAKERE OG PRESS PÅ FØRSTELINJEN

Av Åshild Male Kalstø og Heidi Nicolaisen<sup>1</sup>

## Sammendrag

Økte levekostnader har ført til at flere har fått det økonomisk strammere. Videre er det kommet mange ukrainske flyktninger til Norge og det er satt økt fokus på barns behov når foreldrene søker hjelp hos NAV. I lys av dette har vi undersøkt hvordan de sosiale tjenestene og antall mottakere av sosialhjelp har utviklet seg fra 2022 til 2023. Høsten 2023 gjennomførte vi en intervjuundersøkelse med landets 12 største kommuner. Temaet var utviklingen på sosialområdet generelt, med spesiell oppmerksomhet på bolig, økonomisk rådgiving, barns behov og samarbeid med frivillige.

Vår undersøkelse viser at flere trenger sosialhjelp og sosiale tjenester, og at det stilles større krav til de tjenestene som leveres. Dermed er førstelinjen under press. Økt pågang av mennesker som trenger hjelp, og nye krav til tjenester og kvalitet, utfordrer både kapasiteten og kompetansen i førstelinjen.

Vi anslår at antall med sosialhjelp per måned økte med 16 prosent<sup>2</sup> fra 2022 til 2023. Kommunene oppgir at økningen først og fremst skyldes at det er kommet flere ukrainske flyktninger. Det er også en del som har levd helt på marginen og som nå ikke klarer seg uten ekstra økonomisk støtte. I denne gruppen finner vi både lønnsinntakere og mottakere av ytelser fra NAV.

Utviklingen på boligmarkedet er en viktig årsak til at presset på NAV har økt. Det er blitt dyrere å leie bolig og flere sliter med å betjene boliglånene sine. Stort press på boligmarkedet har også ført til at det er krevende for NAV å skaffe midlertidige boliger til de som trenger det.

Det kommer frem at kommunene har økt oppmerksomhet på barns behov, og at synet på hvilke utgifter NAV bør dekke er blitt utvidet. Mange av kommunene har hatt tilsyn fra statsforvalteren knyttet til hvordan de kartlegger barns behov. Det ser ut til å ha ført til mer systematisk kartlegging.

DOI: <https://doi.org/10.60847/NAV.4610>

<sup>1</sup> Vi takker Nina Strømmen, Guro Sundklakk, Elin Stein, Kjersti Urbye og Ida Bring Løberg i Arbeids- og velferdsdirektoratet samt Vibeke Trålim i AID for nyttige kommentarer og innspill. Vi vil også takke Nina Hjertø Ingebrigtsen, Anita Ekle Kildahl og Veslemøy Hellem i KS for samarbeid og hjelp med data. I tillegg takkes alle fra de 12 største kommunene og NAV-kontor som stilte til intervju.

<sup>2</sup> I en tidligere publisert utgave sto det at antall sosialhjelpsmottakere økte med 13 prosent og at variasjonen mellom kommunene var 9 til 24 prosent. Dette anslaget inneholdt en regnefeil og tallene ble rettet 28.02.2024.

## Innledning

Denne undersøkelsen er motivert av en bekymring for utviklingen på sosialområdet. Bekymringen er knyttet til flere utviklingstrekk som tilsier at det er økt behov for økonomisk sosialhjelp og sosiale tjenester. Flere har fått en mer anstrengt økonomi på grunn av økte renter og levekostnader (Poppe og Kempson 2023). I 2022 og 2023 kom det også rekordmange flyktninger fra Ukraina. På den andre siden var arbeidsledigheten lav i 2023, noe som, isolert sett, tilsier at færre har behov for sosialhjelp.

De offisielle tallene for økonomisk sosialhjelp, de såkalte KOSTRA-tallene, kommer bare en gang i året. 2023-tallene publiseres i juni 2024. I lys av siste års utvikling, er det behov for oppdatert kunnskap om omfanget av problemene, kjennetegn ved de som har behov for økonomisk støtte og hvordan hjelpeapparatet møter behovene. I denne analysen undersøker vi hvordan de sosiale tjenestene har blitt påvirket, samt anslår utviklingen i antall mottakere av økonomisk sosialhjelp i 2023. Sosialhjelp omtales som velferdsstatens siste sikkerhetsnett og er ment å være en kortvarig ytelse. Alle som er bosatt i Norge, og som ikke selv kan sørge for eget livsopphold, kan ha rett til sosialhjelp (se faktaboks om sosialtjenesteloven). Ved å undersøke utviklingen innen de sosiale tjenestene, og i hvem som har behov for økonomisk sosialhjelp, kan vi bedre forstå hvilke utfordringer folk møter og hvordan NAV-kontorene møter dem.

Ambisjonen er videre å tegne et bilde av hva folk ber om bistand til, og hvordan NAV-kontorene håndterer etterspørselen. Vi retter søkelyset mot fire aktuelle tema innenfor sosialområdet. Ett av disse temaene er bolig. Hva kjennetegner boligutfordringene som NAV bes om å bistå med? Videre ser vi på økonomisk rådgivning. Er det et økt behov for rådgivning og hva gjør NAV-kontorene for å veilede om økonomi?

Det tredje temaet er barns behov. NAV-kontorene skal være spesielt oppmerksomme på forhold som har betydning for barn og unge. De skal sikres en trygg oppvekst og mulighet til å delta i skole- og fritidsaktivitet, uavhengig av foreldrenes økonomi (Rundskriv til Lov om sosiale tjenester i NAV 2012). Barneombudet har kritisert NAV for å ikke ivareta barne-

perspektivet godt nok, og Helsetilsynet har utført tilsyn med NAV. I lys av dette, har vi undersøkt hva førstelinjen gjør for å ivareta barns behov når foreldre ber om økonomisk sosialhjelp.

Det siste temaet vi ser på, er hvordan NAV-ansatte oppfatter de frivilliges innsats i sin kommune. De frivillige deler ut mat og har også andre tilbud til mennesker som har det vanskelig. Matutdeling og annen innsats får mye oppmerksomhet, og rollefordelingen mellom de frivillige og NAV er under debatt. Vi har undersøkt hvilke former for samarbeid som finnes og hva kommunene mener er de frivilliges viktigste bidrag.

## Bakgrunn

### Mottak av økonomisk sosialhjelp

Gjennom hele 2022 var det 129 000 som mottok sosialhjelp, og i gjennomsnitt var det 55 000 mottakere per måned (Lima 2023). Det er flere faktorer som kan være med å påvirke antall mottakere av sosialhjelp og behovet for de sosiale tjenestene. En viktig faktor er utviklingen på arbeidsmarkedet, og antall mottakere svinger vanligvis med konjunktorene. Det er få sosialhjelpsmottakere blant personer som jobber fulltid. Det indikerer at også lavtlønte i Norge har høy nok lønn til å sikre livsoppholdet. Imidlertid er rundt én av ti sosialhjelpsmottakere i heltidsarbeid, og andelen økte noe i 2021 og 2022 (Lima 2023). Ved utgangen av oktober 2023 var 2,9 prosent av arbeidsstyrken registrert som arbeidssøkere og ledigheten økte noe gjennom 2023. Mye av årsaken til økningen er lavere aktivitet innen bygg- og anlegg samt den økte innvandringen fra Ukraina (Myklathun m.fl. 2023). Til tross for økningen, var arbeidsledigheten likevel på et lavt nivå, historisk sett.

Hvor mange flyktninger som kommer til Norge, vil også være med å påvirke hvor mange som mottar sosialhjelp. Flyktninger er sterkt overrepresentert blant mottakere av sosialhjelp, og særlig de første årene de er i landet (Dahl og Lima 2021). Fra og med februar 2022 til utgangen av januar 2024 har i underkant av 70 000 ukrainere fått innvilget kollektiv beskyttelse i Norge (UDI 2024). I 2022 økte antall mottakere av sosialhjelp mot slutten av året. Mange av de nye mot-

takerne er ukrainske flyktninger (Lima 2023). Det er grunn til å tro at økningen har fortsatt gjennom 2023.

Selv om det skal gjøres individuelle vurderinger når noen søker sosialhjelp, kan de veiledende satsene for ytelsen være med å påvirke utviklingen i antall mottakere. I juli 2023 økte de veiledende satsene med 10 prosent. Videre ble det høsten 2022 lovfestet at barnetrygden skal holdes utenfor når man beregner sosialhjelp (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2023a). Begge disse endringene kan ha medført at flere startet å motta ytelsen.

Videre kan utviklingen i priser og renter påvirke hvor mange som har behov for økonomisk sosialhjelp og sosiale tjenester fra NAV. En spørreundersøkelse fra august 2023, om utvikling i økonomien til norske husholdninger, viser at flertallet fortsatt klarer seg relativt bra (Poppe og Kempson 2023). Likevel er det 32 prosent som er såkalt «utsatte». Disse klarer seg, men har lite å gå på økonomisk, og mangler for eksempel en økonomisk buffer. Videre har 17 prosent av husholdningene økonomiske utfordringer, og 151 000 husstander er i kategorien som kalles «ille ute». Denne gruppen har økt fra 2 prosent i juni 2021 til 6 prosent i august 2023. Blant de som er ille ute er det vanlig å slite med å betale alle regninger. To av tre sier også at en eller flere husstandsmedlemmer dropper måltider på grunn av pengemangel (Poppe og Kempson 2023).

Hvis lønninger og trygdeytelsene ikke holder takt med prisveksten, vil det kunne føre til at flere har behov for økonomisk støtte. Minsteytelsene for arbeidsavklaringspenger og uføretrygd øker hvert år (fra 1. mai) med veksten i grunnbeløpet, som følger den generelle lønnsveksten. I 2023 økte ytelsene noe mer enn prisveksten, og i tillegg fikk alle uføre med minsteytelse et engangsbeløp på 3 000 kroner ekstra (SSB 2023; NAV 2023a; NAV 2023b). Minstepensjonen for alderspensjon øker hvert år med gjennomsnittet av pris- og lønnsvekst. Også det ga en økning i 2022 som ikke kompenserte fullt ut for prisvekst, mens det i 2023 ga en høyere økning enn prisveksten. For enslige minstepensjonister vedtok Stortinget i tillegg en ekstraordinær økning på 4 000 kroner (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2023b). Det er opp til politikerne å bestemme om det skal foretas

flere slike justeringer i minsteytelsene utenom de faste reguleringene.

### **Økt oppmerksomhet på barn**

Mot slutten av 2022 kom Arbeid- og velferdsdirektoratet med en ny veileder «om økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven». Veilederen er et dokument som skal hjelpe NAV-kontorene med å gjøre individuelle vurderinger og hvor formålet er å synliggjøre handlingsrommet i sosialtjenesteloven (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2022, s.2). I veilederen står det at «NAV-kontoret skal være spesielt oppmerksomme på forhold som er av betydning for oppvekstvilkårene for barn og unge, herunder betydningen av en stabil bosituasjon. Barn og unge skal sikres en trygg oppvekst og kunne delta i alminnelige skole- og fritidsaktiviteter, uavhengig av om foreldrene har en vanskelig økonomi. Det er særlig viktig at barn og unge gis anledning til å delta i aktiviteter som det er vanlig å delta i der de bor» (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2022, s.5-6). Videre står det i rundskrivet til Lov om sosiale tjenester (2009, kapittel 1.1.2.1 Verdier som loven særskilt skal fremme), at barn og unge er spesielt sårbare i vanskelige situasjoner. Derfor må NAV-kontoret sørge for at deres behov blir ivaretatt i familiens møte med kontoret. Videre står det at samarbeid med andre instanser ofte vil være nødvendig for å få et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, både når det gjelder den enkelte familie, men også i generell tilrettelegging og forebygging i lokalsamfunnet.

Selv om NAV har jobbet med å styrke barneperspektivet de siste årene, ble det avdekket lovbrudd da Helsetilsynet gjennomførte tilsyn i 2022 og 2023. Helsetilsynet har over tid vært bekymret for ivaretagelse av barns behov når foreldre søker sosiale tjenester, og bekymringen ble forsterket under pandemien. En foreløpig oversikt fra Helsetilsynet per januar 2024 viser at det var lovbrudd i 58 av 68 NAV-kontor. I 51 NAV-kontor kartlegges ikke barnas behov godt nok. Dette fører til følgefeil, som kan bidra til at familiene ikke får det de har krav på av økonomisk sosialhjelp (Helsetilsynet, Under arbeid).

Barneombudet har også uttrykt bekymring for hvordan NAV jobber med barneperspektivet. I et brev fra tidlig i 2023, oppfordrer ombudet Arbeids- og velferdsdirek-

## Sosialtjenesteloven

Formålet med sosialtjenesteloven er «å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet. Loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud samt bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer» (Sosialtjenesteloven 2009 § 1).

«Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet med kommunens virksomhet i arbeids- og velferdsforvaltningen» (Sosialtjenesteloven 2009 § 10).

### Samarbeid med frivillige organisasjoner

I sosialtjenesteloven står det at «kommunen bør samarbeide med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene som kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen» (Sosialtjenesteloven 2009 § 14).

### Boliger til vanskeligstilte

«Kommunen skal bistå vanskeligstilte på boligmarkedet etter reglene i «om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet» (Sosialtjenesteloven §15). «Formålet med loven er å forebygge boligsosiale utfordringer og å bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet skal få bistand til å skaffe seg og beholde en egnet bolig» (Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet 2022 § 1). Videre er «kommunen forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv» (Sosialtjenesteloven 2009 § 27).

### Opplysning, råd og veiledning

I tråd med sosialtjenesteloven skal kommunen «gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Hvis kommunen ikke selv kan gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det» (Sosialtjenesteloven 2009 § 17).

### Økonomisk sosialhjelp

«De som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, har krav på økonomisk stønad. Stønadens bør ta sikte på å gjøre vedkommende selvhjulpent. Ved vurdering av søknad om stønad

til familier skal det ikke tas hensyn til barnetrygd og barns inntekt av arbeid i fritid og skoleferier» (Sosialtjenesteloven 2009 § 18).

«Kommunen kan i særlige tilfeller, selv om vilkårene i § 18 ikke er tilstede, yte økonomisk hjelp til personer som trenger det for å kunne overvinne eller tilpasse seg en vanskelig livssituasjon» (Sosialtjenesteloven 2009 §19).

Begrepet «livsopphold» innebærer noe mer enn dekning av grunnleggende behov som mat og tak over hodet. Det skal være mulig å opprettholde en levestandard på et rimelig og nøkternt nivå, tilpasset den generelle velferdsutviklingen og lokalsamfunnet tjenestemottakeren er en del av (Rundskriv til Lov om sosiale tjenester i NAV 2012, 4.18.1.1 Forsvarlig livsopphold)

«Hva som er et forsvarlig livsopphold vil variere ut fra personlige forhold, som familiesituasjon, husstandens størrelse, bosted, bosituasjon, alder og helse. Hvis tjenestemottaker har barn, skal det tas særlige hensyn til deres behov. Barn og unge skal sikres en trygg oppvekst og kunne delta i alminnelige skole- og fritidsaktiviteter, uavhengig av om foreldrene har en vanskelig økonomi. Dette innebærer at utgifter til barn og unge kan være del av livsoppholdet, selv om tilsvarende utgifter for voksne ikke er det» (Rundskriv til Lov om sosiale tjenester i NAV 2012, 4.18.1.1 Forsvarlig livsopphold).

«Statlige retningslinjer og kommunalt fastsatte normer for økonomisk sosialhjelp skal bidra til å redusere forskjeller i stønadsnivået mellom kommuner og innad i den enkelte kommune. Slike retningslinjer og normer er imidlertid kun veiledende for utmålingen, og kan ikke erstatte den individuelle vurderingen» (Rundskriv til Lov om sosiale tjenester i NAV 2012, 4.18.1.5 Stønadsnivået).

Mottakere som ikke har noen inntekter, skal få dekket sine utgifter til et forsvarlig livsopphold fullt ut av stønaden som utbetales. Hvis mottakeren har noen inntekter, men ikke tilstrekkelige, utbetales differansen som supplerende stønad (Rundskriv til Lov om sosiale tjenester i NAV 2012, 4.18.1.5 Stønadsnivået).

toratet til å utarbeide en veileder for hvordan barneperspektivet i NAV skal anvendes i praksis, med Grunnlovens paragraf 104 og FNs barnekonvensjon som utgangspunkt (Barneombudet 2023). NAV svarte at de vil utarbeide en veileder som konkretiserer regelverket samt beskriver hvordan NAVs praksis skal være (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2023). Veiledningen skal gjelde både sosialtjenesteområdet og den statlige forvaltningen. Den publiseres tidlig i 2024.

## Samarbeid med frivillige

Det siste året har det vært rettet mye oppmerksomhet mot frivilliges matutdeling, og grensene mellom offentlig ansvar og de frivilliges tilbud. I oktober 2023 inngikk NAV og Frivillighet Norge<sup>3</sup> en intensjonsavtale for å styrke samarbeidet. Målet er blant annet å kunne hjelpe flere sårbare mennesker ved å ha kjenn-

<sup>3</sup> Frivillighet Norge er et samarbeidsforum for frivillige organisasjoner i Norge og har over 350 medlemsorganisasjoner (Frivillighet Norge 2024).

skap til hverandres kompetanse og tilbud (Frivillighet Norge 2023).

Kunnskap om hvem som oppsøker de frivillige finner vi i en fersk undersøkelse av matutdeling i Norge (Fløtten m.fl. 2023). De fleste matutdelingene merker et økende behov for mathjelp og setter den økte etter-spørselen i sammenheng med inflasjon og økte kostnader. De som deler ut mat erfarer at det kommer flere barnefamilier enn før, og at det er flere flyktninger fra Ukraina og andre land. De som vanligvis har risiko for fattigdom i Norge er personer uten arbeid, innvandrere, mottakere av offentlig inntektssikring, enslige og eneforsørgere. Blant nykommerne i matkøene er det blant annet personer i fullt arbeid samt par med barn. Disse er normalt selvforsørget og forskerne trekker frem at dette kan indikere at det har oppstått en ny type fattigdom i Norge (Fløtten m.fl. 2023, s. 8:11).

## Metode

Analysen er basert på 12 intervjuer med ansatte i landets 12 største kommuner. Dette utvalget gir en god pekepinn om utviklingen på landsbasis, ettersom kommunene dekker om lag 40 prosent av alle sosialhjelpsmottakere og en like stor andel av landets befolkning. Undersøkelsen er gjort i samarbeid med KS og vi fikk utlevert kontaktinformasjon til kommunene fra dem. Vi kontaktet ledelsen i hver kommune direkte og ba om at de som stilte til intervju skulle ha oversikt over antall mottakere av økonomisk sosialhjelp, kommunens kostnader og utviklingen i de sosiale tjenester. De fikk tilsendt intervjuguiden på forhånd, slik at de kunne forberede seg. Ut fra de tema vi ønsket informasjon om, bestemte de selv hvem som skulle stille til intervju. Noen stilte med én ansatt, mens andre stilte med flere. Vi har snakket med avdelingsledere ved NAV-kontor, NAV-leder, NAV-veiledere og ansatte med fagansvar for de sosiale tjenestene i sin kommune. Spørsmålene i vår undersøkelse handler først og fremst om den overordnede utviklingen på sosialområdet i kommunene, og hvordan kontoret eller kommunen samlet jobber med det. Det er ingen spørsmål om hvordan den enkelte veileder jobber. Vi vurderer det derfor som forsvarlig å rekruttere via leder. En slik rekrutteringsstrategi kan alltid medføre en risiko for at noen føler seg presset til å sam-

tykke til å delta i undersøkelsen. Risikoen dempes av at vi i starten av intervjuet informerte om at deltakelse er frivillig og ga alle en sjanse til å trekke seg. Vi har også gitt alle en mulighet til å lese det vi refererer fra intervjuet.

De 12 spurte kommunene er alle en del av KS sitt storbynettverk. Vår undersøkelse gir først og fremst oversikt over situasjonen i de største kommunene, og det er muligheter for at situasjonen vil være en annen i de mindre kommunene. Antall personer som må følges opp vill sannsynligvis være lavere i mindre kommuner, og det kan også være mindre press på boligmarkedet. Vi vet at en del mindre norske kommuner ikke hadde mottatt flyktninger på flere år før krigen i Ukraina brøt ut (IMDi 2023). Dette er også noe som skiller dem fra de store kommunene.

Intervjuguiden består av 17 spørsmål og er konsentrert rundt fire tema. Det første teamet omhandler utviklingen i de sosiale tjenestene generelt. Videre hadde vi spørsmål knyttet til temaene kartlegging av barns behov, økonomisk rådgiving og samarbeid med frivillige (se vedlegg for intervjuguide).

Intervjuene varte i cirka en halvtime og ble gjennomført via Teams/videosamtale i slutten av oktober og starten av november 2023. Basert på samtykke fra informantene, ble lyd fra alle intervjuene tatt opp, i tillegg til at det ble tatt skriftlige notater underveis. Intervjuene ble ikke fulltranskribert, men de fleste ble gjennomført av to personer: én som stilte spørsmål og én som noterte. Der vi var usikre på om det viktigste ble fanget opp, lyttet vi til opptaket i etterkant av intervjuet.

Dataene er blitt analysert med utgangspunkt i hver av de fire hovedtemaene. Vi har gått igjennom intervju-notatene to-tre ganger for å avdekke typiske svar, variasjon i svar og sammenheng mellom de ulike temaene. Vi har ikke kvantifisert svarene, men i artikkelen har vi oppgitt, i grove trekk, hvor stor andel av informantene som står bak de ulike erfaringene (for eksempel «alle», «nær alle», «halvparten», eller «noen få»). Valg av analysetema er gjort ut fra foreliggende kunnskap om typiske kjennetegn ved sosialhjelpsmottakere, de utfordringene de møter, og om

trekk ved hjelpeapparatet. Dette omtales gjerne som en deduktiv analysestrategi. Det semistrukturerte intervjuopplegget, med frie svar fra informantene, samt mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål, ga også rom for å fange opp informasjon som gikk utover de forhåndsformulerte temaene i intervjuguiden. I løpet av intervjuene ble det for eksempel klart at bolig var et viktigere tema enn vi hadde forutsett. Videre har vi hørt over lydopptakene på nytt, der det var tema som pekte seg ut, og for å hente ut sitater. Ved å ikke fulltranskribere kan vi ha gått glipp av detaljer eller nyanser i datamaterialet. I denne analysen har vi først og fremst vært opptatt av de større linjene i utviklingen og mindre hva den enkelte veileder er opptatt av. Vi vurderer derfor at bruk av notater og lydopptak er tilstrekkelig for denne studiens formål. Vi bruker sitater fra navngitte kommuner for å illustrere enkelte poenger. Alle de som er sitert har fått tilsendt sitater og godkjent bruk av dem.

Vi rapporterer et anslag for økning i antall sosialhjelpsmottakere fra 2022 til 2023. Anslaget er basert på tall som kommunene har hentet ut fra eget fagsystem. De har da hentet månedstall for 2022 og 2023. 2022-tallene avviker noe fra SSBs publiserte tall for 2022. Kommunene ønsker ikke at vi publiserer uoffisielle tall. Vi gjengir derfor ikke tallene her, men kun anslag på hvor mye antall mottakere har endret seg det siste året. Utgangspunktet er gjennomsnittlig antall mottakere av sosialhjelp per måned i 2022 sammenlignet med gjennomsnittlig antall mottakere per måned i 2023. En kommune hadde enda ikke desember 2023-tallene klare. Der har vi derfor langt inn tall for november 2023. Opprinnelig rapporterte kommunene tall for september 2022 og 2023, siden dette var de nyest tilgjengelige tallene da vi gjennomførte vår undersøkelse. Vi fikk derfor ettersendt oppdaterte tall fra KS i februar 2024.

## Resultater

### Flere mottar sosialhjelp

I 2022 var det i gjennomsnitt 1,2 prosent av befolkningen eller 55 000 personer i alderen 18-89 år som mottok sosialhjelp en gitt måned. Når perioden 2010 til 2022 tas i betraktning, står 2022 frem som et år med lav andel sosialhjelpsmottakere, men antallet

økte gjennom året. I 4. kvartal 2022 hadde antallet mottakere økt med 17 prosent sammenlignet med 4. kvartal 2021. Nesten hele økningen skyldes nyankomne flyktninger fra Ukraina (Lima 2023).

Våre anslag viser at antallet sosialhjelpsmottakere fortsatte å økte i 2023. Sammenlignet med 2022 mottok i gjennomsnitt 16 prosent flere personer sosialhjelp hver måned i 2023. Alle de 12 kommunene vi har intervjuet hadde en økning, men økningen varierer fra 10 til 31 prosent<sup>4</sup>.

Samtlige 12 kommuner sier at økningen i antall sosialhjelpsmottakere i stor grad skyldes at det er flere ukrainske flyktninger som søker hjelp. Videre opplever de NAV-ansatte at det er flere barnefamilier og unge som oppsøker NAV. En del nevner også flere nykommere med andre ytelser fra NAV eller lav lønnsinntekt. Mennesker som tidligere levde helt på marginen ser ut til å slite i større grad. Det illustreres gjennom disse sitatene fra Fredrikstad og Stavanger:

*«De som akkurat klarte seg før. De klarer seg ikke lenger. Det er gjerne de som har lave trygdeytelser, som nå for eksempel må ha supplerings til strøm. Det er generelt økte utgifter som gjør at det nå ikke går rundt.»*

– NAV Fredrikstad

*«Det er flere saker med folk som er i 100 prosent jobb. De har både hatt behov for sosialhjelp og økonomisk råd og veiledning. I de sakene har det hovedsakelig vært økt husleie som har vært problemet. Inntekten til en person er ikke tilstrekkelig til å dekke utgiftene.»*

– NAV Stavanger

Når flere personer som mottar ytelser fra NAV har behov for å supplere med sosialhjelp, kan det indikere at ytelsene i enkelte tilfeller er for lave. Trygdeytelsene økte mer enn prisveksten i 2023, så utviklingen har ikke nødvendigvis noe med prisveksten å gjøre.

<sup>4</sup> I en tidligere publisert utgave sto det at antall sosialhjelpsmottakere økte med 13 prosent og at variasjonen mellom kommunene var 9 til 24 prosent. Dette anslaget inneholdt en regnefeil og tallene ble rettet 28.02.2024.

Likevel er det viktig å ha i mente at prisveksten er et gjennomsnittstall for landet, og at enkelte varer og tjenester har økt mer, samt at leieprisene har steget mer noe steder enn andre. Videre reguleres trygdeytelsene bare en gang i året.

Som siste sitat illustrerer, ser mye av problemene folk står i nå ut til å handle om situasjonen på boligmarkedet, som vi vil komme nærmere inn på seinere.

De fleste kommunene har også økte utgifter per mottaker. Dette forklarer de med økte priser på leiemarkedet, økte strømpriser, økte sosialhjelpssatser, at barne-trygden holdes utenfor sosialhjelpen og økte levekostnader generelt.

Flere av NAV-kontorene opplever et større press på sine sosiale tjenester:

*«Det er veldig kommunisert i media, gå til NAV hvis du sliter økonomisk. De kan hjelpe dere, og så følger det jo ikke med noen midler til kommunen, og vi har jo en voldsom økning i antall henvendelser. Det blir veldig press på tjenestene og økte forventninger til hva vi skal greie å levere. Under pandemien, for å dra den parallellen, så fikk jo NAV mye ressurser til å følge opp de permitterte. Vi oppbemannet veldig for å ta imot den bølgen som kom. Og nå kommer det på en måte en bølge, og så er det ikke... Dette er jo kommunalt finansiert og en annen finansieringsmodell som gjør at det blir veldig krevende for oss på lokalkontoret. Vi er prisgitt de rammene vi har. Vi føler at vi er litt presset, rett og slett.»*

– NAV Lillestrøm

NAV-ansatte opplever dermed at det er økte forventninger til hva de skal kunne levere, uten at de får tilført økte ressurser. Dette skaper et press på tjenestene.

### **Økt behov for økonomisk rådgiving**

De fleste kommunene sier at det er flere som trenger råd om økonomi. Kun de tyngste sakene går til gjeldsrådgiverne med spesialistkompetanse. Flere oppgir at de nå kurser alle veilederne sine i enklere økonomisk rådgiving. De som oppsøker NAV, trenger hjelp med å styre økonomien av flere grunner. Noen har i utgangspunktet nok inntekter til at det skal kunne gå

rundt økonomisk, men trenger hjelp til å disponere det de har. Dessuten er det en del personer som nå har fått det mye trangere økonomisk, men som likevel ikke fyller vilkårene for økonomisk sosialhjelp. Disse kan også tilbys råd og veiledning.

*«Det som er en litt ny brukergruppe for oss, er folk som eier egen bolig, dyre boliger også, som er i jobb og i utgangspunktet har klart seg. Hvis du har 8 millioner i gjeld på en bolig, så vil jo rentekostnadene være mye høyere enn det de har vært tidligere. Da opplever man selv at hverdagen er veldig trang økonomisk sett, i forhold til hva man er vant til. Men man vil ikke nødvendigvis kvalifisere for sosialhjelp, fordi man har gode inntekter. Man må gjøre andre grep i hverdagen. Da forsøker vi å gi råd og veiledning, legge en plan sammen med de på hvordan vi skal klare å disponere inntekten sin. Vi er veldig nøye på det, at selv om du ikke kommer under satsene våre så opplever de sin situasjon som annerledes. Folk har en trangere økonomi og de trenger råd og veiledning på hvordan se skal håndtere det. Når vi avslår sosialhjelp, så er vi opptatt av å gi informasjon om hva de kan ha rett på og da er økonomisk veiledning en del av det.»*

– NAV Asker

Førstelinjen i NAV opplever også at mange venter for lenge med å be om hjelp når de har økonomiske problemer. Dette er ikke noe nytt, men NAV-kontorene sier de ønsker å komme tidligere på banen fordi det da er det lettere å hjelpe.

*«Jeg tror det sitter langt inne å oppsøke NAV for hjelp med økonomiske problemer. Det er mye tabu og skam. Det er helt unntaksvis at våre gjeldsrådgivere kommer tidlig inn. Når folk kommer er gjerne livet så kaotisk, at de kommer med en søppelsekk med uåpnede konvolutter og kvitteringer, og er helt fortvilt.»*

– NAV Drammen

Sitatet fra Drammen illustrerer nettopp dette, at mange har hatt problemer i lang tid før de oppsøker NAV. Et tiltak som kanskje kan bøte på dette er at NAV i flere kommuner nå er tilgjengelig på andre arenaer. I en kommune sitter de nå fast på biblioteket en gang i uken.

## Store utfordringer knyttet til bolig

Samtlige kommuner tok opp at det er utfordringer på boligmarkedet, og at mange av problemene folk står i er knyttet til bolig. Kommunene har utfordringer knyttet til å skaffe både midlertidige og permanente boliger.

*«En stor bekymring vi har nå er økningen i utgifter til midlertidig bolig. Denne økningen har pågått over flere år og henger sammen med et presset boligmarked, som igjen har en sammenheng med flyktnings situasjonen. Færre leverandører av midlertidig botilbud, og private utleieryttere, tar imot folk med rus- og psykiatriutfordringer. I tillegg er det endringer i spesialisthelsetjenesten. Vi opplever at det er høyere terskel for å bli innlagt og de blir tidligere utskrevet. Vi har også lange ventelister på kommunale boliger. Dette handler ikke nødvendigvis om dyrtiden, men det blir jo ikke bedre av det.»*

– NAV-kontor i Stavanger

Sitatet er illustrerende for det mange av kommunene tok opp i intervjuene. Samtlige oppga også at leieprisene på bolig har økt mye. En kommune sa for eksempel dette:

*«Hvis husleien øker fra 8 til 10 000, så er det en ganske stor utgiftspost. Og det er jo de skalaene vi snakker om. Og de som har 2-3 barn eller mer har gått i fra å forvente å kunne finne noe til kanskje 11 000 til 16 000. Det er helt vilt det som skjer på boligmarkedet...»*

– NAV Sandnes

Det er flere grunner til at det er vanskelig for kommunene å skaffe bolig, og det er flere grunner til at prisene stiger på leieboliger. Alle de 12 kommunene sier at det store omfanget av ukrainske flykninger gjør det enda vanskeligere å finne både midlertidige og mer varige boliger til alle som trenger det. I 2022 og 2023 ble det til sammen bosatt rundt 65000 ukrainske flykninger i Norge, mens det til sammenligning ble bosatt under 8 000 flykninger i alt i årene 2020 og 2021 (IMDi 2023). Dette bidrar naturligvis til å drive prisene opp. Dessuten nevner et flertall at endringer i spesialisthelsetjenesten har ført til større behov for å skaffe boliger. I 2017 kom en innskjerping for bruk av tvang i psykisk helsevern. Formålet var å øke pasien-

tenes selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. Lovendringene betydde i praksis at samtykkekompetente pasienter kan nekte å ta imot et tilbud om behandling i psykisk helsevern med mindre de utgjør en fare for eget liv eller andres liv eller helse (Bremnes og Skui 2020). Informantene våre trekker frem at dette har medført at veldig syke personer skrives ut tidligere enn før, og at det kan være krevende å finne bolig til en del av disse.

Ingen av de vi snakket med oppga at de ikke greier å skaffe bolig til de som trenger det, men det er tydelig at det er utfordrende. Fordi det er mangel på permanente boliger, må man også i større grad skaffe midlertidige boliger. For eksempel har Oslo kommune bygd om hybelhus og et sykehjem for å dekke etterspørselen. Oslo merker også et større press på sine døgnovernattingstilbud. Blant annet fordi nabokommuner bruker døgnovernatting i Oslo mer. Nyhetsoppslag<sup>5</sup> fra tidlig i 2024 forsterker bildet av vanskene med å skaffe nødbolig. Her fremkommer det at man må henvise folk til hotellrom eller legevakten når det er fullt i kommunens etablerte tilbud for døgnovernatting.

Et annet moment innen temaet bolig, er hvordan NAV hjelper dem som allerede eier bolig, men som har behov for økonomisk støtte. Sosialhjelp er en subsidiær ytelse. Det betyr at man som hovedregel må ha utnyttet fullt ut alle reelle muligheter for å forsørge seg selv ved arbeid, egne midler eller andre trygderettigheter før man har rett på ytelsen. Det er en forestilling om at folk som eier bolig må kvitte seg med denne før de eventuelt kan få sosialhjelp<sup>6</sup>. Kommunene sier imidlertid at de strekker seg langt for at folk skal kunne beholde boligen sin. Et sitat fra Kristiansand kan være med på å illustrere dette:

*«Med økte renteutgifter får vi jo også de som før klarte å betjene boliglånet sitt, men som nå ikke klarer det lenger. De får veldig høye boutgifter som betyr at de må ha høy inntekt for å kunne klare å betjene de selv. Vi strekker oss veldig langt for at søkere skal*

.....

<sup>5</sup> Se for eksempel Nav må avvise hjemløse: Risikerer at flere står helt uten «tak over hodet» – Stor-Oslo (nrk.no)

<sup>6</sup> Se for eksempel: Geir Lippestad, Fattigdom | For å få sosialhjelp må man først selge boligen (nettavisen.no)

*beholde bolig. Hvis vi ser at de blir langvarige mottakere, så må vi jo be dem finne rimeligere bolig, men vi gjør veldig mye før det går så langt.»*

– NAV Kristiansand

### **Styrket barneperspektiv i NAV**

Den siste tiden har både Helsetilsynet og Barneombudet fremhevet at NAV må jobbe bedre med å kartlegge barns behov. Vårt materiale tyder på at dette har ført til endringer. Alle kommunene sier det er økt oppmerksomhet på barn. Omtrent halvparten nevner uoppfordret at de har hatt tilsyn av Helsetilsynet via statsforvalteren<sup>7</sup>. Effekten av tilsynet ser ut til å være at NAV-kontorene nå kartlegger barns behov mer systematisk. Flere sier at de har hatt kartleggings-skjema for barn lenge, men at de har forbedret skjemaene og nå bruker dem mer aktivt og systematisk. For eksempel, sier en kommune at de kartlegger barn minst en gang i halvåret, uavhengig av om foreldrene får statlig eller kommunal oppfølging. Vår undersøkelse kan imidlertid ikke si noe om kvaliteten i kartleggingsarbeidet.

Materialet vårt tyder på at det i noen tilfeller kan oppstå et dilemma når NAV skal kartlegge mye om barns situasjon ved første møte med en mor eller far. Selv om møtet bare gjelder et ganske, avgrenset og midlertidig problem, kan foreldrene få mange spørsmål om barna sine. Det kan oppleves invaderende og unødvendig, noe som illustreres med et sitat fra Bergen:

*«Vi har en lang tradisjon for å snakke med foreldre om barns behov, men jeg er bekymret for omfanget av hva vi nå skal spørre om. Hvis du ser på Helsetilsynets veileder til statsforvalteren, så skal du omtrent spørre om barnets nettverk og psykiske helse på første møte, før du behandler en søknad om hjelp med strømregning for noen som i utgangspunktet har en økonomi som går rundt.»*

– Bergen kommune

I sin veileder understreker Helsetilsynet (2022) at kartlegging av barn må skje i en relasjon mellom foreldre og NAV som er preget av tillit. Dersom det ikke er mulig å kartlegge alt som er relevant i en første-gangssamtale, må NAV-kontoret jobbe med å utvikle relasjonen før de kartlegger mer. Brukermedvirkning skal være sentralt, og barnas synspunkter kan innhentes direkte eller gjennom foreldrene. Kartlegging er påkrevd fordi NAV-kontoret ikke vet om de økonomiske problemene har en avgrenset og midlertidig karakter, eller om de står overfor mennesker som har slitt med økonomien i lang tid og hvor dette har gått ut over barnas behov.

### **Barnetrygden skal holdes utenfor**

Fra september 2022 ble det lovpålagt å holde barnetrygd utenfor når man beregner sosialhjelp (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2023a). Dette ser også ut til å ha medført at kommunene bevilger mer i sosialhjelp til barnefamilier. Av de 12 kommunene er det bare 3 som sier de holdt barnetrygd utenfor før denne endringen kom. Inntrykket er altså at flertallet av kommunene startet å holde barnetrygden utenfor som en konsekvens av lovendringen.

Intervjumaterialet tyder i tillegg på at flere har fått en videre oppfatning av hva NAV skal dekke for barn. Alle de intervjuede sier at det er et mål at barn skal ha gode liv, og kunne delta på arenaer som barn normalt deltar på. En kommune sier at de tok noen grep da levekostnadene økte, som å inkludere kostnader til internett i hva som bør dekkes av NAV. Det samme gjelder kostnader til bil, hvis foreldre trenger dette for å kunne levere barn i barnehage. Det vanligste eksempelet på søknader som det innvilges mer av, og oftere til, er fritidsaktiviteter og barnebursdager.

*«Vi har generelt fokus på barn, uavhengig om det er en kommunal tjeneste de søker eller om de får oppfølging i forhold til arbeid. Vi bruker barnekonvensjonen som utgangspunkt for oppfølgingsbiten. Er det noe vi skal innvilge ekstra støtte til, så er det barn. Det er til klær og utstyr, fritidsaktiviteter, sykler, ferier. Disse barna skal leve normale liv.»*

– NAV Fredrikstad

<sup>7</sup> Statsforvalteren har myndighet til å føre tilsyn etter § 9 i sosialtjenesteloven. Helsetilsynet har imidlertid det overordnede faglige ansvaret.

Vi spurte også om det er noen typer søknader knyttet til barns behov som det er vanlig å avslå. Alle understreker at det skal ligge individuelle vurderinger til grunn, og at det derfor varierer hva som innvilges og avslås fra sak til sak, og fra kommune til kommune. En del trekker likevel frem dyre merkeklær som eksempel på noe som ofte avslås.

### **Samarbeid med frivillige**

Det har vokst frem forskjellige former for samarbeid mellom NAV og frivillige aktører i norske kommuner. I vår undersøkelse har vi spurt om hvordan NAV samarbeider med frivillige. Tre av de 12 kommunene oppgir at de har egne frivillighetskoordinatorer, og en del har regelmessige møter med de frivillige. I to kommuner jobber NAV og frivillige på hverandres arenaer. For eksempel er gjeldsrådgivere tilgjengelig ved matutdeling hos Frelsesarmeen i en av kommunene. Ved mange NAV-kontor informerer de om hva frivillige kan bidra med, og i materialet er det eksempler på at de frivillige har bedt NAV om kursing i økonomisk rådgivning. Det er kun to kommuner som sier de har lite samarbeid med frivillige aktører.

Noen understreker at NAV ikke kan samarbeide med frivillige om enkeltpersoner fordi dette bryter med regler for personvern. Samarbeidet må derfor holdes på systemnivå.

### **Matkøer og annen pågang hos frivillige**

Nesten alle kommunene sier at de frivillige organisasjonene i deres område melder om økt pågang i matkøer. Flere informanter trekker frem at det har blitt mer normalisert og akseptert å henvende seg hos de frivillige. Noen opplever at terskelen for å stille seg i matkø for enkelte kan være lavere enn det å oppsøke NAV, og dermed kan de frivillige nå frem til personer som NAV ikke når. De som jobber med sosialområdet på NAV-kontorene har blandede meninger om at sosialhjelpsmottakere oppsøker matutdelinger. På den ene siden sier de at det ikke skal være nødvendig å hente mat fordi NAV skal dekke utgifter til mat gjennom livsoppholdet. På den andre siden forstår de godt at mottakere av økonomisk sosialhjelp henter mat fordi det avlastet en anstrengt økonomi og frigjør penger til andre ting.

*«Vi henviser ikke til matutdeling istedenfor å gi sosialhjelp. Det er det viktig å presisere. De frivillige er et godt supplement til NAV og de videreformidler til NAV. Så synes jeg faktisk det er litt krevende når det i debatter ytres at 'køene utenfor matutdeling må snus over til NAV'. Da skapes det noen forventinger ute i samfunnet, som NAV ikke kan eller skal innfri. For det kan være noen i den matkøen som bruker det som supplement, men som også har andre muligheter.»*

– NAV Drammen

Informantene våre trekker frem at de frivilliges mest verdifulle bidrag er arbeidet de gjør med fritidsaktiviteter og integrering. Mange nevner fritidstilbud for barn, men også integrering av voksne gjennom felles møteplasser. Disse arenaene er ikke NAV på, og her ser de som jobber på NAV-kontoret at de frivillige bidrar på en viktig måte.

*«Det vi ser som kjempeviktig er fritidsaktiviteter, språkkafeer, aktiviteter for barn. De [de frivillige] gjør en kjempe, kjempejobb i forhold til integrering ovenfor alle som står litt utenfor i samfunnet. Det er de kjempegode på, og skulle fått lov å ha fullt fokus på.»*

– NAV Sandnes

### **Diskusjon**

Vår undersøkelse viser at det er blitt flere mottakere av sosialhjelp i 2023. I landet 12 største kommuner var det i gjennomsnitt 16 prosent<sup>8</sup> flere som mottok sosialhjelp hver måned i 2023 sammenlignet med 2022. Kommunene oppgir at økningen først og fremst skyldes at det er blitt flere ukrainske flyktninger i Norge, noe som stemmer med tidligere analyser (Furuberg m.fl. 2022; Lima 2023). Økte levekostnader har også ført til at flere av de som har levd helt på marginen ikke lenger får det til å gå rundt. Disse trenger derfor ekstra støtte, både i form av økonomisk

<sup>8</sup> I en tidligere publisert utgave sto det at antall sosialhjelpsmottakere økte med 13 prosent og at variasjonen mellom kommunene var 9 til 24 prosent. Dette anslaget innholdet en regnefeil og tallene ble rettet 28.02.2024.

sosialhjelp og økonomisk rådgiving. Dette gjelder både personer som mottar ytelser fra NAV eller som er i arbeid med lav lønn. At flere som er i arbeid trenger sosialhjelp, gir grunn til bekymring. Likevel er det viktig å minne om at arbeid er det viktigste for å være økonomisk selvhjulpent. En rapport fra OECD (2023) viser at norske husholdninger som går fra å være uten arbeidsinntekt til å ha en arbeidsinntekt minsker risiko for fattigdom betydelig, og at den er tilnærmet null hvis husholdningen har to lønnsinntekter.

Videre peker vårt materiale på flere utfordringer som blir viktig å møte på en god måte fremover. Den første gjelder det å integrere ukrainske flyktninger i det norske samfunnet. Selv om ledigheten har økt den siste tiden, er den fortsatt på et lavt nivå historisk sett. Det bør gi muligheter til å inkludere flere på arbeidsmarkedet.

Den andre utfordringen som utpeker seg, er bolig. Det er krevende for kommunene å skaffe nok boliger av ulike slag. Mye av problemene folk står i er knyttet til bolig. Økte renter fører til at flere sliter med å betjene boliglånet sitt, også personer med gode inntekter. Den siste tiden har det også vært stor vekst i leieprisene, som blir krevende for den enkelte å dekke inn og som også fører til at NAV får økte utgifter. Det er et stort press på å skaffe nok, både permanente og midlertidige, boliger til de som trenger det. Situasjonen er ekstraordinær fordi mange flyktninger skal bosettes på kort tid. Samtidig er det også andre grupper som har behov for hjelp med bolig. Blant annet har endringer i spesialisthelsetjenesten ført til at NAV må hjelpe flere svært syke mennesker med å skaffe bolig.

Videre viser materialet vårt at NAV-kontorene har økt fokus på barns behov. Dette gir også noen utfordringer. Informantene våre peker på at det kan oppleves ugreit for foreldrene at NAV skal kartlegge barns behov inngående ved første møte, og at det kan virke uproporsjonalt i noen tilfeller. På den annen side er kartlegging nødvendig for å fange opp barn som trenger bistand. Barn er spesielt sårbare i vanskelige situasjoner og det er viktig at de blir ivaretatt i familiens møte med NAV. Tidlig innsats er vesentlig for å forebygge sosiale problemer, og særlig overfor barn og unge som vokser opp i vanskeligstilte familier (Rund-

skriv til lov om sosiale tjenester i NAV 2012). Det virker å ha skjedd en del endringer når det gjelder oppmerksomheten barneperspektivet har i NAV, og en veileder for hvordan NAV skal vurdere barnets beste skal utgis tidlig i 2024. Fremover vil det være viktig å forske mer på hvordan NAV ivaretar barns behov når foreldre søker hjelp.

Den siste utfordringen er knyttet til at myndighetene oppfordrer alle som har det vanskelig om å oppsøke NAV. På den ene siden fører dette til forventninger om at alle kan få hjelp. De som får avslag, kan bli frustrerte og sinte. Oppfordringen kan føre til ekstra press på NAV-kontorene, men kan også føre til at flere får hjelp, som ellers ikke ville fått det. Det kan vise seg at enkelte har rett på økonomisk sosialhjelp, og de som ikke har rett på slik støtte, kan likevel tilbys økonomisk rådgivning og hjelp til å disponere inntektene sine bedre.

Hvordan NAV-kontorene og kommunen har organisert sitt samarbeid rundt de ulike tjenestene vil sannsynligvis spille inn på hvordan de må møte utfordringene som fremkommer i vår undersøkelse. Noen har lagt mange kommunale tjenester sammen med NAV-kontoret, mens andre holder disse mer adskilt. Dette gjelder for eksempel tjenester til flyktninger og til hjelp med bolig. I vår undersøkelse har vi ikke kommet inn på hvilken modell de ulike kommunene har valgt, og vi tenker at hvordan ulike modeller fungerer også er noe det bør forskes mer på.

Samlet viser vår undersøkelse at det skjer endringer på sosialområdet som handler om at flere trenger hjelp, og at det stilles større krav til de tjenestene som leveres. Den delen av førstelinjen som skal levere de sosiale tjenestene er under økende press. Det stilles mer omfattende krav til å ivareta barneperspektivet, og til samhandling med andre hjelpeinstanser for å ivareta helheten i folks livssituasjon. Økt pågang av folk som trenger hjelp, og nye krav til tjenester og kvalitet, utfordrer både kapasiteten og kompetansen i førstelinjen.

## Referanser

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2023a) «Rundskriv A-2/2023 Statlege rettleiande retningslinjer for økonomisk stønad for 2023 - regjeringen.no».

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-a-22023-statlege-retteleiane-retningslinjer-for-okonomisk-stonad-for-2023/id2986270/>

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2023b) «Øker minstepensjon for enslige». Hentet fra: [Øker minstepensjon for enslige - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

Arbeids- og velferdsdirektoratet (2022) «Veileder om økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven». Hentet fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid-for-kommunen/ny-veileder-om-okonomisk-stonad-etter-sosialtjenesteloven>

Arbeids- og velferdsdirektoratet (2023) «Barneombudets oppfordring om å styrke arbeidet med barneperspektivet i NAV». Hentet fra: <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/brev-til-myndighetene/barneombudet-ber-arbeids-og-velferdsdirektoratet-styrke-arbeidet-med-barneperspektivet-i-nav>

Arbeids- og velferdsdirektoratet (Under arbeid) «Når og hvordan skal vi vurdere barnets beste i NAV». Oslo: Arbeids og velferdsdirektoratet

Barneombudet (2023) «Barneombudets ber Arbeids- og velferdsdirektoratet styrke arbeidet med barneperspektivet i NAV». Hentet fra: <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/brev-til-myndighetene/barneombudet-ber-arbeids-og-velferdsdirektoratet-styrke-arbeidet-med-barneperspektivet-i-nav>

Dahl, Espen S. og Ivar Lima (2021) «Utviklingen i sosialhjelp fra 2010 til 2020. Noen færre mottakere, store endringer i hvem som mottar». *Arbeid og Velferd*, 3/2021. Hentet fra: [Utviklingen i sosialhjelp fra 2010 til 2020 | Arbeid og velferd \(nav.no\)](https://www.nav.no)

Fløtten, Tone, Inger Lise Skog Hansen, Gunhild Astrid Frisell og Mads Thau (2023) «Mathjelp på dugnad. En undersøkelse av det norske matutdelingstilbudet», *Fafo-rapport*, 2023:29. Hentet fra: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/mathjelp-pa-dugnad>

Frivillighet Norge (2023) «NAV og frivillighet Norge inngår samarbeidsavtale». Hentet fra: [NAV og Frivillighet Norge inngår samarbeidsavtale | Frivillighet Norge](https://www.nav.no)

Frivillighet Norge (2024) «Hva er frivillighet Norge?». Hentet fra: [Hva er Frivillighet Norge | Frivillighet Norge](https://www.nav.no)

Furuberg, Jorunn, Espen Steinung Dahl, Ivar Lima, Ida Bring Løberg, Heidi Nicolaisen, Elisabeth Munch-Elingsen og Cathrine Haugen (2022) «Lavinntekt og levekår i Norge. Tilstand og utviklingstrekk – 2022», *NAV-rapport*, 5/2022. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/analyser-sosiale-tjenester/lavinntekt-og-levekar-i-norge.tilstand-og-utviklingstrekk-2022>

Bremnes, Ragnhild og Hanne Skui (2020) «Tvang i psykisk helsevern». *Rapport ISS-2888*. Oslo: Helse- og velferdsdirektoratet. Hentet fra: [Tvang i psykisk helsevern - Helse- og velferdsdirektoratet](https://www.helse-og-velferdsdirektoratet.no)

Helsetilsynet (2022) «Veileder for landsomfattende tilsyn 2022-2023. Nav-kontorenes ansvar for å ivareta barns behov når familien søker økonomisk stønad». *Internserien 2/2022*. Hentet fra: [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/2022/veileder\\_landsomfattende\\_tilsyn\\_sosiale\\_tjenester\\_internserien\\_4\\_2022.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/2022/veileder_landsomfattende_tilsyn_sosiale_tjenester_internserien_4_2022.pdf)

Helsetilsynet (Under arbeid) «Rapport etter tilsyn av Nav-kontorenes ansvar for å ivareta barns behov når familien søker økonomisk stønad».

IMDi (2023) «Anmodnings-, vedtak og bosettingstall». Hentet fra: [Tall og statistikk over innvandring og integrering | IMDi](https://www.imdi.no)

Lima, Ivar (2023) «Få mottakere av sosialhjelp i 2022 – men økning mot slutten av året». *Arbeid og Velferd*, 2/2023. Hentet fra: [Få mottakere av sosialhjelp i 2022 – men økning mot slutten av året | Arbeid og velferd](https://www.nav.no)

Lov om kommunens ansvar på den boligsosiale feltet (2022) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2022-12-20-121>

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven) (2009) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>

Myklathun, Kristian, Kristine von Simson og Johannes Sørbø (2023) «Utviklingen på arbeidsmarkedet. NAVs arbeidsmarkedsprognose». *Arbeid og Velferd*, 3/2023. Hentet fra: *Utviklingen på arbeidsmarkedet | Arbeid og velferd (nav.no)*

NAV (2023a) «Grunnbeløpet i folketrygden». Hentet fra: <https://www.nav.no/grunnbelopet>

NAV (2023b) «Engangsutbetaling til uføre med minstesats i 2023». Hentet fra: <https://www.nav.no/engangsutbetaling>

Queisser, Monika (2023) «Poverty in OECD countries. How does Norway compare?» Presentasjon på NAV-konferansen 16.10.2023. Video kan sees på: *NAV-konferansen 2023: Fattigdom i velferdsstaten Norge - nav.no*

Poppe og Kempson (2023) «Dyrtid 4: Det er ikke over ennå. Husholdenes økonomiske trygghet i august 2023». SIFO rapport, 11-2023. Hentet fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3091870>.

Rundskriv til Lov om sosiale tjenester i NAV (2012) Hentet fra: [https://lovdata.no/nav/rundskriv/r35-00#KAPITTEL\\_1-1](https://lovdata.no/nav/rundskriv/r35-00#KAPITTEL_1-1)

SSB (2023a) «Kraftig prisvekst i 2023». Hentet fra: <https://www.ssb.no/priser-og-prisindekser/konsumpriser/statistikk/konsumprisindeksen/artikler/kraftig-prisvekst-i-2023>.

SSB (2023b) «Hvor mange er fattige i Norge?». Hentet fra: <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/hvor-mange-er-fattige-i-norge>

UDI (2024) «Statistikk om Ukrainasituasjonen». Hentet fra: <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/ukraina/> den 28.01.2024.

## Vedlegg

### Spørreskjema

#### Intervju-undersøkelse om utviklingen i økonomisk sosialhjelp og de sosiale tjenestene

##### **Tema: Antall og sammensetning av grupper som søker om økonomisk sosialhjelp og supplerende sosialhjelp og midlertidig bolig**

Antall mottakere av økonomisk stønad (etter § 18 og § 19 i sosialtjenesteloven) i september 2023 sammenliknet med september 2022.

Får de som mottar sosialhjelp utbetalt høyere beløp enn tidligere, slik at kostnadene per mottaker øker?

Opplever dere at det er flere som søker om økonomisk sosialhjelp uten å fylle vilkårene (at det er flere som får avslag)? Hva er i tilfelle hovedårsakene til at flere får avslag?

Er det endringer i sammensetningen av hvem som mottar økonomisk sosialhjelp det siste året (personer i fulltidsjobb, ukrainske flyktninger, barnefamilier, personer under 30 år, andre grupper)?

Har de som oppsøker dere behov for kortvarig eller langvarig hjelp, og er det skjedd endringer her i løpet av det siste året?

Hva er hovedgrunnene til at folk kommer nå? Har det skjedd endringer her det siste året?

Opplever dere økt pågang knyttet til problemer med å beholde bolig? Er det økt bruk av midlertidig bolig? Hvis ja – hva er årsakene til dette?

##### **Tema: Barn (endringer i behov, endringer i tjenester, hva gjør NAV-kontor for å fange opp barns behov)**

Hvordan jobber dere for å fange opp barns behov?

Har det skjedd endringer her det siste året (antall og sammensetning, eller endringer i hva barn trenger økonomisk støtte til)?

Hvilke typer utgifter er dere ofte med på å finansiere når det gjelder barnefamilier? Er det eksempler på typiske utgifter dere avslår (eventuelt i økende grad)?

##### **Tema: Økonomi- og gjeldsrådgivning**

Antall søknader/henvendelser om økonomisk rådgivning (etter § 17 i sosialtjenesteloven) i september 2023 sammenliknet med september 2022

Har det skjedd endringer i hvem som trenger økonomisk rådgivning det siste året og har det i tilfelle ført til endringer i tjenestetilbudet? Gir dere f.eks råd til de som får avslag om økonomisk sosialhjelp?

Hvilke typer, og på hvilket nivå for økonomisk rådgivning har brukerne behov for (f.eks enklere veiledning som de fleste veileder kan utføre eller er det behov for veiledning fra økonomi- og gjeldsrådgivere (spesialister))?

##### **Tema: Samarbeid med frivillige**

Har NAV-kontoret noen form for samarbeid med frivillige organisasjoner, og hvordan arter det seg i tilfelle? Har kommunen en helhetlig frivillighetspolitikk?

Har det skjedd noen endringer det siste året?

Har dere inntrykk av at flere søker hjelp hos de frivillige organisasjonene i deres kommune?

Hva er det etter deres mening mest verdifullt at frivillige bidrar med? (f.eks. mat, fritidstilbud til barn, mv.)

# UTVIKLINGEN PÅ ARBEIDSMARKEDET

## NAVs arbeidsmarkedsprognose

Av Kristian Myklathun, Kristine von Simson, Othilde Skjøstad og Johannes Sørbo<sup>1</sup>

### Sammendrag

Antallet arbeidssøkere registrert hos NAV har gått gradvis oppover det siste halvannet året, og denne utviklingen har fortsatt i starten av 2024. Det henger sammen med at høy inflasjon og flere renteøkninger fra Norges Bank har dempet aktiviteten i norsk økonomi, og særlig innen bygg og anlegg, varehandel og noen tjenesteytende næringer. En annen viktig faktor, som særlig har gjort seg gjeldende det siste året, er at mange flyktinger fra Ukraina etter hvert blir klare for arbeidsmarkedet. Om lag 40 prosent av veksten i antallet arbeidssøkere det siste året skyldes flere ledige fra Ukraina. Disse representerer en økning i arbeidsstyrken.

Samtidig holder etterspørselen etter arbeidskraft seg på et høyt nivå. I løpet av årets to første måneder ble det lyst ut 10 prosent flere ledige stillinger enn i tilsvarende periode i fjor, og vi ser også en økning for konjunkturutsatte grupper som bygg og anlegg og ingeniør- og ikt-fag. Det at etterspørselen etter arbeidskraft ser ut til å holde seg godt opp er også et godt tegn med tanke på den videre utviklingen i arbeidsledigheten. Virksomhetene i næringer som bygg og anlegg og varehandelen oppgir imidlertid svake sysselsettingsforventninger framover.

Vi anslår at arbeidsledigheten vil fortsette å øke framover, i om lag samme takt som den har gjort det siste året. De viktigste grunnene til det er lav aktivitet i bygg- og anleggsnæringen, svak utvikling i privat konsum, og at flere ukrainere vil registrere seg hos NAV for å få bistand til å komme i arbeid. Vi anslår at det i gjennomsnitt vil være 60 000 registrerte helt ledige i år, og 67 000 i 2025. Det tilsvarer 2,0 prosent av arbeidsstyrken i 2024 og 2,2 prosent i 2025.

Vår prognose innebærer beskjeden vekst i norsk økonomi og høyere arbeidsledighet. Selv om arbeidsledigheten vil stige, anslår vi likevel fortsatt lav arbeidsledighet i et historisk perspektiv. Vi venter også at sysselsettingen holder seg høy. I en situasjon med fortsatt lav ledighet er det gode muligheter for å få flere av de som er registrert hos NAV i jobb, og det samme gjelder de mange flyktingene som er bosatt de siste to årene.

<https://doi.org/10.60847/NAV.4668>

<sup>1</sup> NAVs arbeidsmarkedsprognoser er utarbeidet av prognosegruppen i Arbeids- og velferdsdirektoratet. Artikkelen er basert på informasjon tilgjengelig per 6. mars.

## Arbeidsledigheten på vei opp

Antallet arbeidssøkere registrert hos NAV økte med om lag 12 000 personer i løpet av 2023, og økningen har fortsatt i starten av 2024. I tiden etter at vi laget vår forrige prognose, i november, har antallet arbeidssøkere økt med 3 500 personer, justert for normale sesongvariasjoner. Antallet helt ledige har økt med 1 300 personer i denne perioden, som er marginalt mindre enn vi anslo. Svekkelsen vi har sett på arbeidsmarkedet det siste året henger sammen med økt rente og høy inflasjon, som særlig rammer næringer som bygg og anlegg og varehandelen. I tillegg er det nå flere flyktninger fra Ukraina som begynner å registrere seg som arbeidssøkere hos NAV, noe som i stor grad bidrar til økningen i arbeidsledigheten. Samtidig holder etterspørselen etter arbeidskraft seg på et høyt nivå, og arbeidsledigheten er lav i et historisk perspektiv.

Ved utgangen av februar var 102 100 personer registrert som arbeidssøkere hos NAV, hvorav 77 400 var registrert som helt ledige eller arbeidssøkere i et arbeidsmarkedstiltak (bruttoledigheten). Dermed var

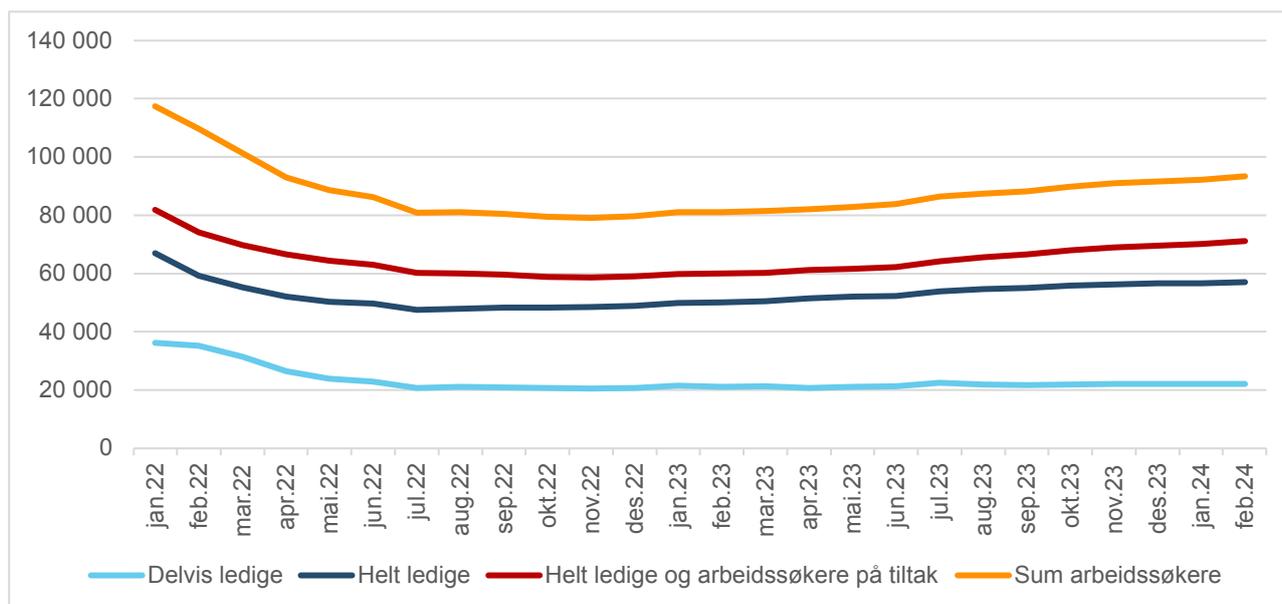
3,4 prosent av arbeidsstyrken registrert som arbeidssøkere hos NAV, mens bruttoledigheten utgjorde 2,6 prosent.

## Fortsatt høy sysselsetting

Sysselsettingen har holdt seg på et høyt nivå gjennom det siste året. I januar i år var 70,1 prosent av befolkningen mellom 15 og 74 år sysselsatt, ifølge sesongjusterte tall fra arbeidskraftundersøkelsen (AKU). Andelen sysselsatte har holdt seg stabil på rundt 70 prosent siden slutten av 2021. Det er et klart høyere nivå enn før pandemien. I 2019 var andelen sysselsatte på 68,6 prosent i gjennomsnitt.<sup>2</sup>

Selv om andelen sysselsatte har holdt seg relativt stabil, fortsatte antallet sysselsatte å øke gjennom første halvår 2023. I andre halvår har antallet sysselsatte stabilisert seg, ifølge de sesongjusterte AKU-tallene. I januar var det dermed 29 000 flere sysselsatte enn i januar 2023. Samtidig har også befolkningen fortsatt å vokse, blant annet på grunn av den høye innvandringen fra Ukraina. Ifølge SSB sin befolkningsstatis-

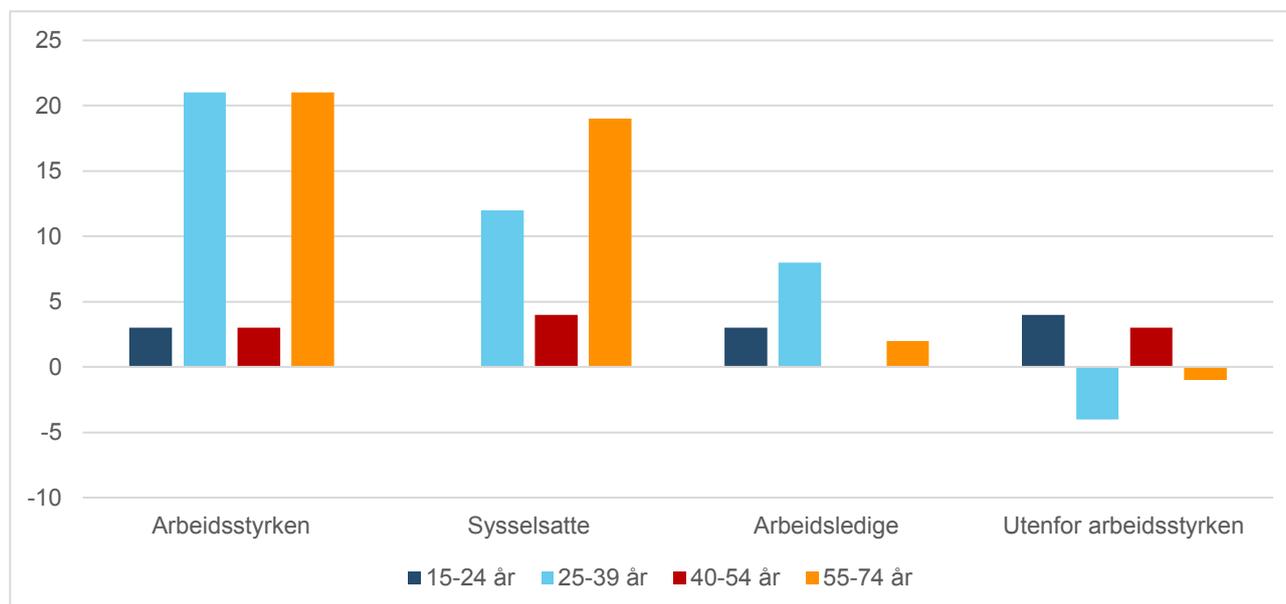
**Figur 1.** Antall registrerte helt ledige, delvis ledige, summen av helt ledige og arbeidssøkere på tiltak og summen av antall arbeidssøkere per måned. Justert for normale sesongvariasjoner. Januar 2022 – februar 2024



Kilde: NAV

<sup>2</sup> Ifølge brudd- og sesongjusterte tall fra SSB.

**Figur 2.** Endring i befolkningen i yrkesaktiv alder etter arbeidsstyrkestatus og alder. 1 000 personer. 4. kvartal 2022 – 4. kvartal 2023



Kilde: SSB

tikk var det i fjerde kvartal bosatt 62 000 flere ukrainske statsborgere i Norge enn for to år siden. Ikke alle disse er i yrkesaktiv alder, men innvandringen har også gitt en kraftig økning i befolkningen mellom 15 og 74 år.

Den høye befolkningsveksten har bidratt til at hvor mange som ønsker å jobbe, arbeidsstyrken, har økt. I fjerde kvartal var arbeidsstyrken på 2 984 000 personer, en økning på 41 000 sammenlignet med fjerde kvartal i fjor. Økningen var størst i aldersgruppene 25-39 år og 55-74 år (figur 2). Veksten i arbeidsstyrken skyldes først og fremst flere sysselsatte, men også AKU viser en økning i arbeidsledigheten. Nesten hele økningen i arbeidsledigheten har skjedd blant personer under 40 år ifølge AKU. Dette skiller seg litt fra den registrerte (brutto)ledigheten, som har økt for alle aldersgrupper under 60 år og mest for de mellom 30 og 50.

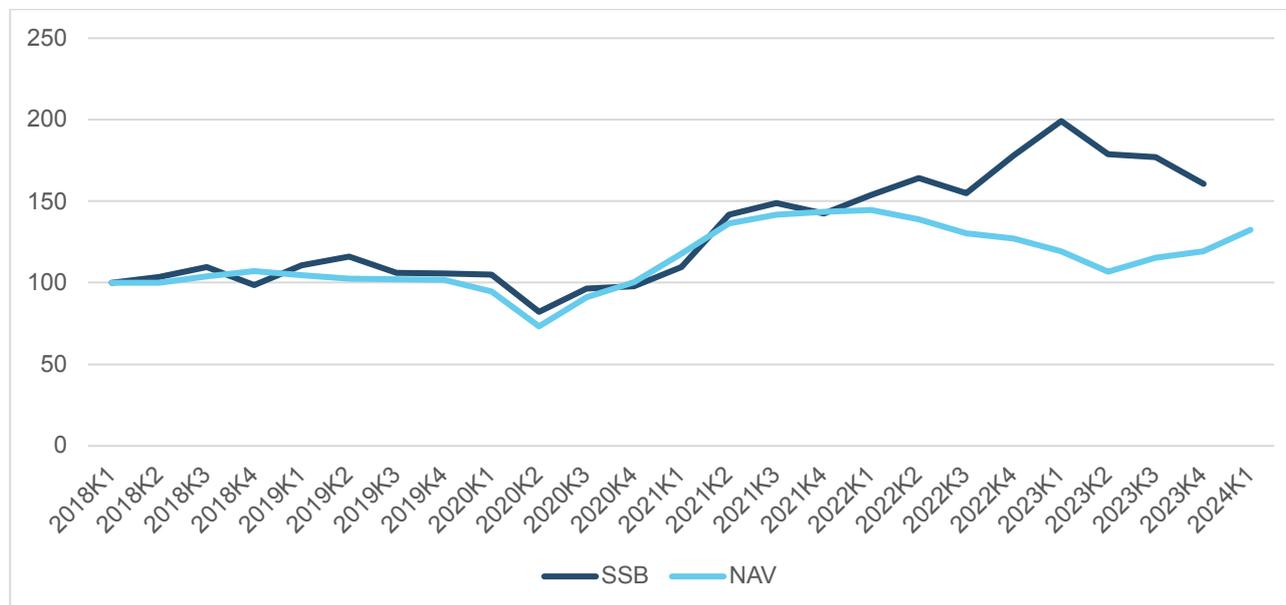
### Etterspørselen holder seg høy

Arbeidsledigheten har altså økt, men samtidig har sysselsettingen holdt seg høy. Vi ser også at etterspørselen etter arbeidskraft holder seg godt oppe. NAVs sta-

tistikk over antallet nye ledige stillinger på arbeidsplassen.no har økt litt de siste månedene, etter nedgang gjennom mye av 2022 og 2023. I løpet av januar og februar ble det registrert om lag 10 prosent flere ledige stillinger per virkedag enn i samme periode i fjor. Vi ser nå også en økning for konjunkturutsatte yrkesgrupper, som bygg og anlegg, ingeniør- og ikt-fag og kontorarbeid, samtidig som det øker innen blant annet helse, pleie og omsorg. Antallet nye stillinger som lyses ut kan være en ledende indikator for utviklingen i ledigheten, og det at etterspørselen holder seg oppe er et godt tegn med tanke på den videre utviklingen på arbeidsmarkedet.

SSB sin statistikk over beholdningen av ledige stillinger per kvartal fortsatte å øke fram til første kvartal 2023, men etter dette har den vist en fallende tendens (figur 3). Tross færre ledige stillinger utover 2023, viser også statistikken fra SSB at etterspørselen har holdt seg på et høyt nivå, med over 100 000 ledige stillinger hvert kvartal i 2023. I fjerde kvartal var det 10 prosent færre ledige stillinger enn ett år tidligere, ifølge SSB. Nedgangen var størst innen forretningsmessig tjenesteyting og varehandel, men også næringer som overnatting og servering, samt annen tjenes-

**Figur 3. Utvikling i antallet ledige stillinger. Antall nye ledige stillinger per virkedag på arbeidsplassen.no (NAV), og SSB sin statistikk over beholdningen av ledige stillinger per kvartal. Sesongjustert og indeksert. 1. kvartal 2018=100**



Kilde: NAV og SSB

teyting hadde en klar nedgang i antallet ledige stillinger.

NAV's statistikk over antallet nye stillinger på arbeidsplassen.no og SSB sin statistikk over beholdningen av ledige stillinger fulgte hverandre tett i årene 2018-2021, før de viste ulik utvikling utover 2022 og fram til starten av 2023. Etter dette har de igjen nærmet seg hverandre, i og med at SSB sin statistikk viser en større nedgang utover 2023. SSB sin statistikk er en utvalgsundersøkelse og viser beholdningen av ledige stillinger per kvartal, mens NAV's statistikk viser antallet nye ledige stillinger som registreres på arbeidsplassen.no i løpet av perioden. Det kan derfor være at et skifte i etterspørselen etter arbeidskraft først er synlig i antallet nye stillinger som legges ut, før det vises i beholdningen.

Begge statistikkene viser altså nå at etterspørselen etter arbeidskraft har dempet seg fra det rekordhøye nivået vi nådde rett etter pandemien, men fortsatt er på et høyt nivå. Dette stemmer også med at vi har hatt en moderat økning i arbeidsledigheten og at sysselsettingen har stabilisert seg på et høyt nivå.

Et område hvor vi tydelig ser at arbeidsmarkedet har kjølt seg ned, er mangel på arbeidskraft. Norges Banks regionale nettverk viser en markert nedgang i andelen virksomheter som rapporterer om knapphet på arbeidskraft, særlig innen bygg og anlegg og tjenesteytende næringer. Dette er næringer som i stor grad er påvirket av økt rente og redusert kjøpekraft i befolkningen. Samtidig er mangelen på arbeidskraft blitt høyere blant oljeleverandører, hvor to av tre virksomheter meldte om mangel i desember. Det henger sammen med svært høye oljeinvesteringer. Oljeleverandørene anslår også at de vil sysselsette flere det kommende kvartalet, mens det ventes nedbemanning innen bygg og anlegg og varehandelen.

### Ukrainere melder seg på arbeidsmarkedet

Ifølge UDI har om lag 73 000 personer fra Ukraina søkt om kollektiv beskyttelse i Norge i perioden fra februar 2022 til februar 2024. Om lag to tredjedeler av de som har flyktet hit er i arbeidsfør alder (18-65 år). Noe som skiller ukrainere fra flyktninger som har kommet til Norge tidligere, er at om lag tre av fire har

høyere utdanning fra hjemlandet (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2023). Samtidig er det kun om lag en av tre som behersker grunnleggende engelsk (Vernes m.fl. 2023).

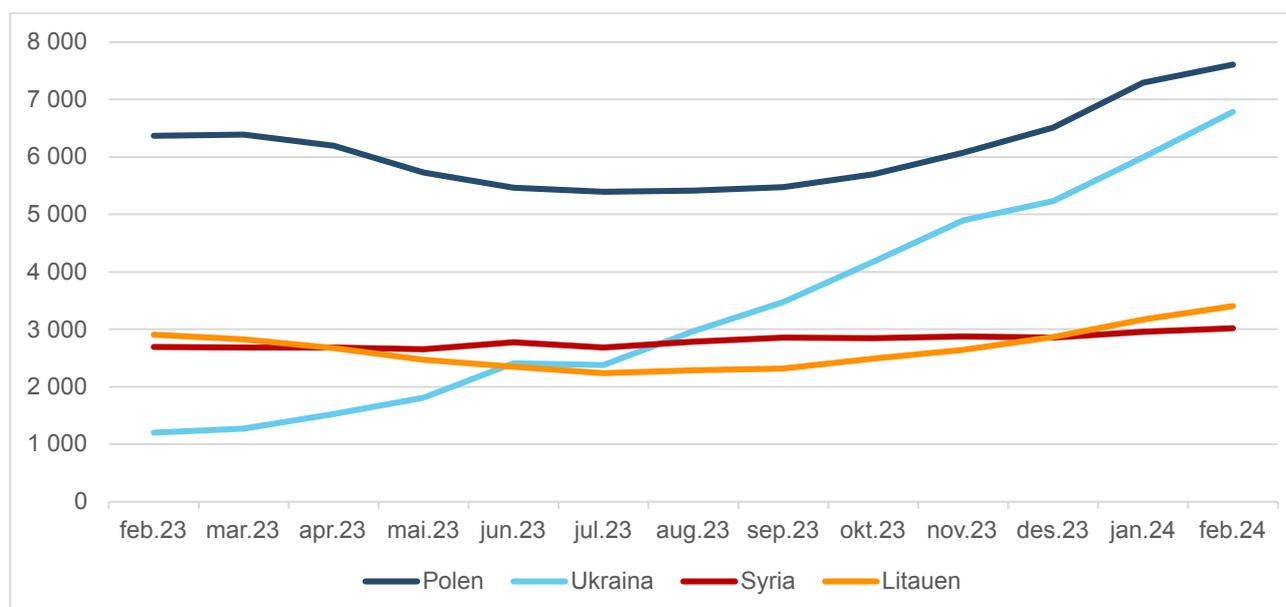
Den høye innvandringen påvirker arbeidsmarkedet på flere måter. I første omgang gir det økt behov for boliger, språkkurs, barnehageplasser osv., og dermed økt etterspørsel etter både varer og tjenester. Etter hvert som de bosettes i kommunene, vil de imidlertid også selv søke mot arbeidsmarkedet. Hvor raskt dette går vil variere, blant annet etter språkferdigheter og kompetanse de har med seg fra hjemlandet. Ukrainerne har rett på, men ikke plikt til, å delta i introduksjonsprogrammet. Hvor lenge dette varer vil imidlertid variere etter hvor lang utdanning de har fra tidligere. I og med at mange har fullført videregående skole, vil de i utgangspunktet ha rett på introduksjonsprogrammet i seks måneder med mulighet for forlengelse i ytterligere seks.

Vi ser nå at flere og flere ukrainere melder seg på arbeidsmarkedet. De siste månedene har antallet som er registrert som arbeidssøkere hos NAV økt med

omtrent 700 personer hver måned (ikke sesongjustert), og ukrainsk landbakgrunn er nå den nest vanligste for arbeidssøkere med innvandrerbakgrunn (figur 4). Ved utgangen av februar var 6 800 personer fra Ukraina registrert som arbeidssøkere hos NAV, mens personer fra Polen utgjorde største gruppe med 7 600 personer. Veksten i antallet ukrainere står for 60 prosent av økningen i antallet arbeidssøkere med innvandrerbakgrunn siste tolv måneder, og 40 prosent av økningen i antallet arbeidssøkere totalt.

I tillegg til at antallet arbeidssøkere fra Ukraina øker raskt, øker også antallet sysselsatte måned for måned. I januar var om lag 6 700 ukrainere som har kommet til Norge de siste to årene, registrert med et arbeidsforhold. Det er få sammenlignet med hvor mange som har kommet hit, men nesten 5 000 flere enn for ett år siden. Det er god grunn til å tro at både antallet arbeidssøkere og antallet som er i jobb vil øke betydelig framover. Om vi for eksempel antar at det i gjennomsnitt tar om lag 12 måneder fra de ankommer Norge til de er bosatt i en kommune, ferdig med eventuelt introduksjonsprogram og klar for arbeid, vil vi se omtrent en dobling i antallet personer som er klare for arbeid i løpet av 2024.

**Figur 4.** Antall personer registrert som arbeidssøkere hos NAV, etter landbakgrunn. De fire vanligste fødelandene i februar 2024. Utvikling fra februar 2023 til februar 2024. Ikke sesongjustert



Kilde: NAV

Noen av disse vil gå raskt i jobb, på egenhånd eller direkte fra introduksjonsprogrammet, mens andre vil registreres som arbeidssøkere først. Vi legger til grunn at antallet helt ledige fra Ukraina går fra 1 800 personer i gjennomsnitt i 2023, til om lag 5 000 i 2024 og at det vil stige med ytterligere 2 - 3 000 i 2025. Dette er naturligvis svært usikre anslag, som blant annet avhenger av hvordan krigen utvikler seg videre og hvor mange som kommer til Norge eller eventuelt drar tilbake, i tillegg til utviklingen på arbeidsmarkedet.

Vi regner også med at antallet sysselsatte ukrainere vil fortsette å øke. Skulle for eksempel 50 prosent av de voksne som har kommet hit så langt være sysselsatt mot slutten av 2024, vil det innebære om lag 17 000 flere sysselsatte enn i dag. Så kan man innvende at disse vil kunne fortrenge annen arbeidskraft, men i et arbeidsmarked med lav ledighet og fortsatt god etterspørsel etter arbeidskraft er det grunn til å tro at den effekten er liten.

## Flere nye arbeidssøkere

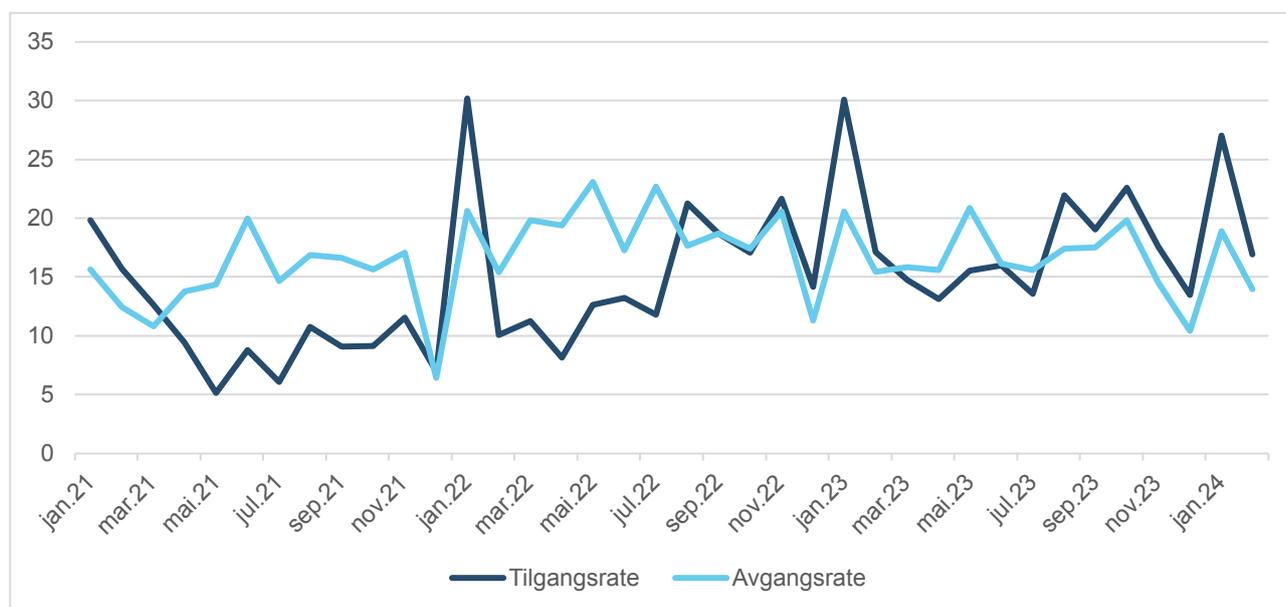
Når antallet arbeidssøkere øker kan det både skyldes at flere blir arbeidsledige, slik at antallet nye arbeids-

søkere går opp, eller at færre slutter å være arbeidssøkere. Antallet nye arbeidssøkere som registrerer seg hos NAV per virkedag nådde sitt laveste nivå i mars 2022, men har siden gått gradvis oppover. I løpet av februar i år registrerte 16 800 personer seg som nye arbeidssøkere hos NAV. Det tilsvarer om lag 790 per virkedag, justert for normale sesongvariasjoner. Antallet nye arbeidssøkere har økt med om lag 210 per virkedag sammenlignet med mars 2022. Dersom antallet nye arbeidssøkere per virkedag fortsatt hadde vært på samme nivå som den gang, ville det betydd om lag 4 300 færre nye arbeidssøkere i løpet av februar

Det var færre som sluttet å være registrert som arbeidssøkere i løpet av februar enn antallet nye som registrerte seg. Dermed steg antallet arbeidssøkere med 2 900 personer, men dette er ikke justert for normale sesongvariasjoner. Antallet arbeidssøkere stiger normalt på denne tiden av året, men økningen er større enn normalt.

Selv om det er små endringer i antallet arbeidssøkere fra en måned til den neste, vil det altså typisk være store bevegelser i form av nye arbeidsledige og perso-

**Figur 5.** Antallet nye arbeidssøkere (tilgang) og antallet som slutter å være arbeidssøkere (avgang) per måned. Prosent av beholdningen av arbeidssøkere hver måned. Januar 2021 – februar 2024



Kilde: NAV

ner som slutter å være arbeidsledige. Det å se på slike strømmer inn i og ut av arbeidsledighet kan gi et mer utfyllende bilde av dynamikken på arbeidsmarkedet enn det som kommer til uttrykk i arbeidsledighetsraten.

Figur 5 viser bevegelser inn i og ut av arbeidsledighet for perioden januar 2021 til februar 2024. Tilgangsrate er definert som antall nye personer som registrerer seg som arbeidssøkere i løpet av en gitt måned, målt som andel av beholdningen av arbeidsledige ved starten av samme måned og tilsvarende for avgangsraten. Vi ser at det er en del sesongvariasjoner i disse størrelsene, og særlig skiller januar seg ut ved at det da melder seg mange nye arbeidssøkere. Det henger sammen med at mange kontrakter går ut ved nyttår. Videre ser vi at tilgangsrate har økt noe, mens avgangsraten har gått noe ned i denne perioden.

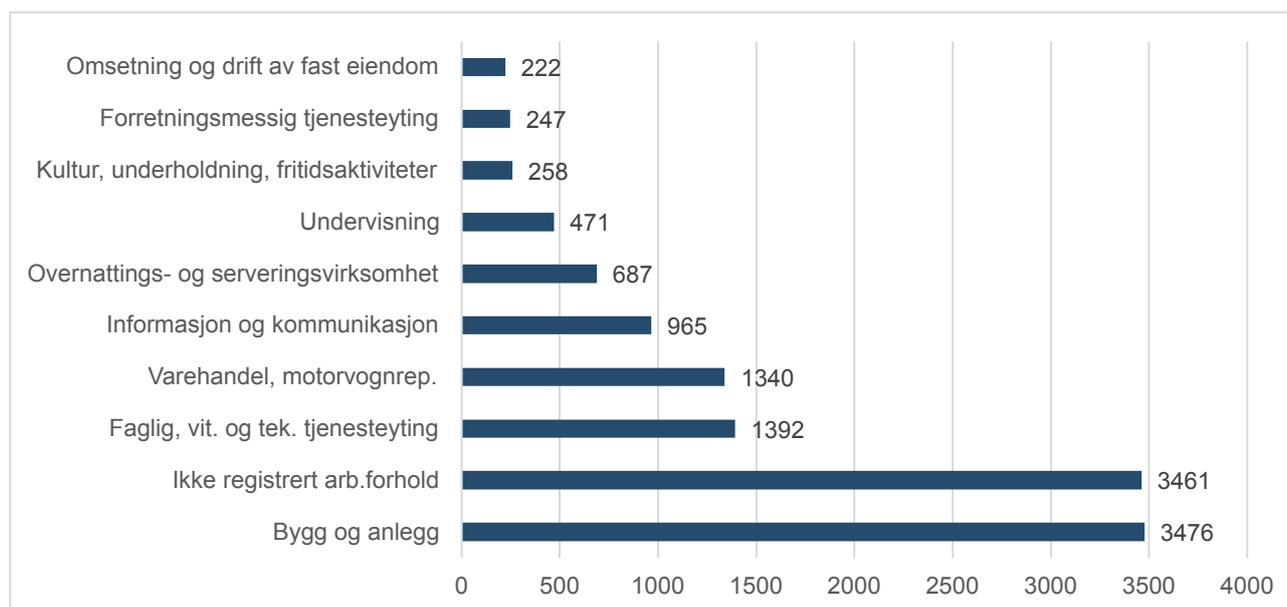
Blant de nye arbeidssøkerne i februar oppga 80 prosent (13 400 personer) at de kom fra et tidligere jobbforhold. Av disse hadde 34 prosent mistet jobben sin, 25 prosent blitt permittert, 14 prosent var usikre på sin jobbsituasjon og 12 prosent hadde sagt opp eller kom til å si opp sin jobb. De resterende 3 400

som registrerte seg som arbeidssøkere i løpet av februar, kom dermed fra å være utenfor arbeidsstyrken. 70 prosent av disse svarte at de enten aldri har vært i jobb eller ikke vært i jobb de siste to årene, mens 19 prosent var nyutdannede eller ferdig med militærtjeneste.

### Flere ledige med bakgrunn fra bygg og anlegg

Når vi ser på hvilken næring arbeidssøkernes siste arbeidsgiver tilhørte, er personer uten registrert arbeidsforhold den største gruppa, tett fulgt av forretningsmessig tjenesteyting, varehandel, samt bygg og anlegg. Størst økning i antall arbeidssøkere det siste året ser vi innen bygge- og anleggsnæringen, med 3 300 flere arbeidssøkere (figur 6). I tillegg er det 1 400 flere ledige med bakgrunn fra faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting, som blant annet inneholder arkitektvirksomhet som også merker nedgangen innen bygg og anlegg. Den nest største økningen ser vi likevel blant arbeidssøkere som ikke er registrert med et arbeidsforhold tidligere, noe som trolig henger sammen med flere ledige fra Ukraina. Selv om andelen sysselsatte har holdt seg stabil på

**Figur 6.** Prosentvis endring i antall arbeidssøkere etter hvilken næring deres siste arbeidsgiver tilhørte. De ti gruppene med størst økning. Februar 2023 – februar 2024



Kilde: NAV

rundt 70 prosent det siste året, viser også tall fra SSB at antallet lønnstakere har falt i enkelte næringer. Nedgangen er størst innen forretningsmessig tjenesteyting, hvor antallet lønnstakere falt med 8 800 (-6%) fra desember 2022 til desember 2023. Videre var det en nedgang på 1 800 lønnstakere (-1%) i næringen bygg og anlegg. Forretningsmessig tjenesteyting inneholder blant annet utleie av arbeidskraft, en næring som ofte har leid ut mange til nettopp bygg og anlegg. Det er derfor naturlig å se nedgangen i sammenheng med lavere aktivitet innen bygg og anlegg. I tillegg strammet regjeringen inn regelverket for utleie av arbeidskraft fra 1. april 2023, noe som nok også har påvirket sysselsettingen innen forretningsmessig tjenesteyting.

Et annen indikator på at arbeidsmarkedet i Norge har blitt svakere, er at færre pendler fra utlandet for å jobbe i Norge. Antallet ikke-bosatte lønnstakere falt gjennom fjoråret, særlig innen forretningsmessig tjenesteyting og bygg og anlegg. Omtrent halvparten av nedgangen i antallet lønnstakere i disse to næringene kom blant ikke-bosatte som pendlet til Norge. Denne

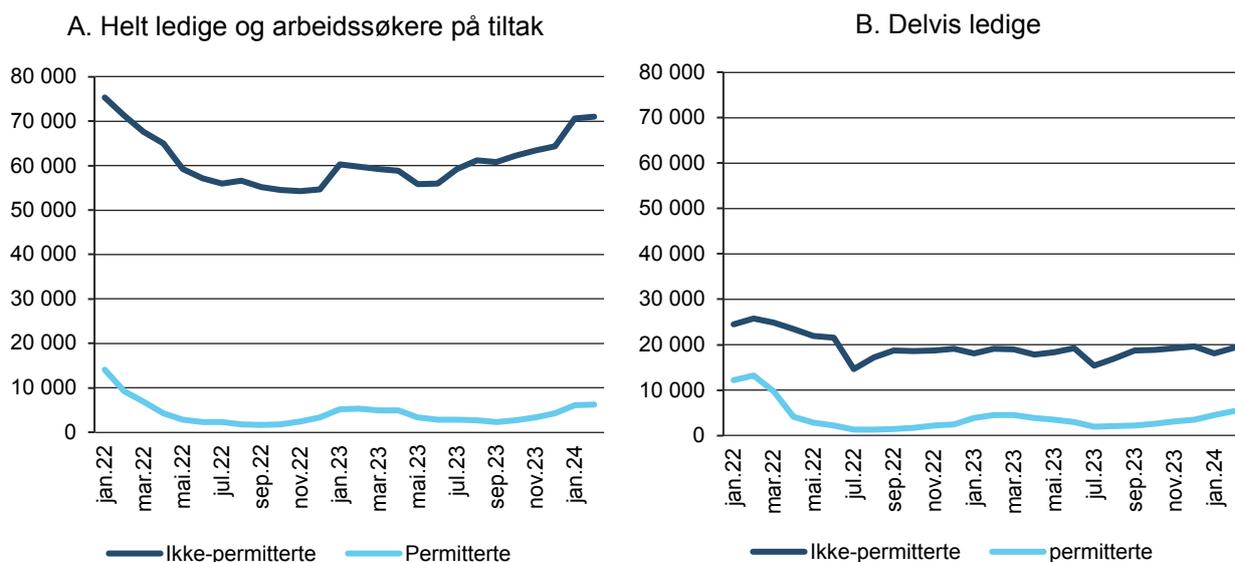
gruppen vil i liten grad registrere seg som ledig hos NAV, og dersom de gjør det vil personer som bor i utlandet havne i gruppen «andre arbeidssøkere» i statistikken<sup>3</sup>.

### Antallet permitterte holder seg høyt

Ved utgangen av februar var 11 700 personer registrert som helt eller delvis permitterte arbeidssøkere hos NAV, noe som utgjør 0,4 prosent av arbeidsstyrken. Dette er 1 900 flere enn for ett år siden, og vi må nå tilbake til vinteren 2022 for å finne sist flere var permittert. Den gang gjaldt imidlertid fortsatt det midlertidige regelverket under pandemien, som blant annet gjorde at bedriftene kunne hold folk permittert en vesentlig lengre periode. Sammenligner vi med årene før pandemien må vi tilbake til 2011 for å finne et år med flere permitterte i februar måned.

Virksomheter som må si opp eller permittere 10 ansatte eller flere skal melde fra om dette til NAV så tidlig som mulig. Basert på disse meldingene lager vi statistikk over hvor mange varsel NAV har

**Figur 7.** Antall helt ledige og arbeidssøkere på tiltak (panel A) og delvis ledige (panel B), fordelt på permitterte og ikke-permitterte. Januar 2022 – februar 2024



Kilde: NAV

<sup>3</sup> Ved utgangen av februar var om lag 1 400 personer i utlandet registrert i gruppen «Andre arbeidssøkere»

mottatt, og hvor mange personer som er berørt. Så langt i år (uke 1-9) har NAV mottatt varsel om permittering av til sammen 8 700 personer. I tilsvarende periode i fjor var tallet på 7 000 personer. Selv om en virksomhet melder at de må permittere kan situasjonen endre seg, slik at de ikke har behov for å permittere likevel. Samtidig kan disse varslene undervurdere permitteringen som kommer, dersom f.eks. mange bedrifter permitterer mindre enn 10 ansatte og dermed ikke trenger å varsle NAV. Antallet personer som er berørt av varsel om masseoppsigelse er derimot litt lavere enn i tilsvarende uker i fjor. Så langt i år har det blitt varslet om masseoppsigelse av 3 500 personer, mot 4 300 i samme periode i fjor. I sum er det altså foreløpig lite dramatik i disse forhåndsvarslene som NAV mottar.

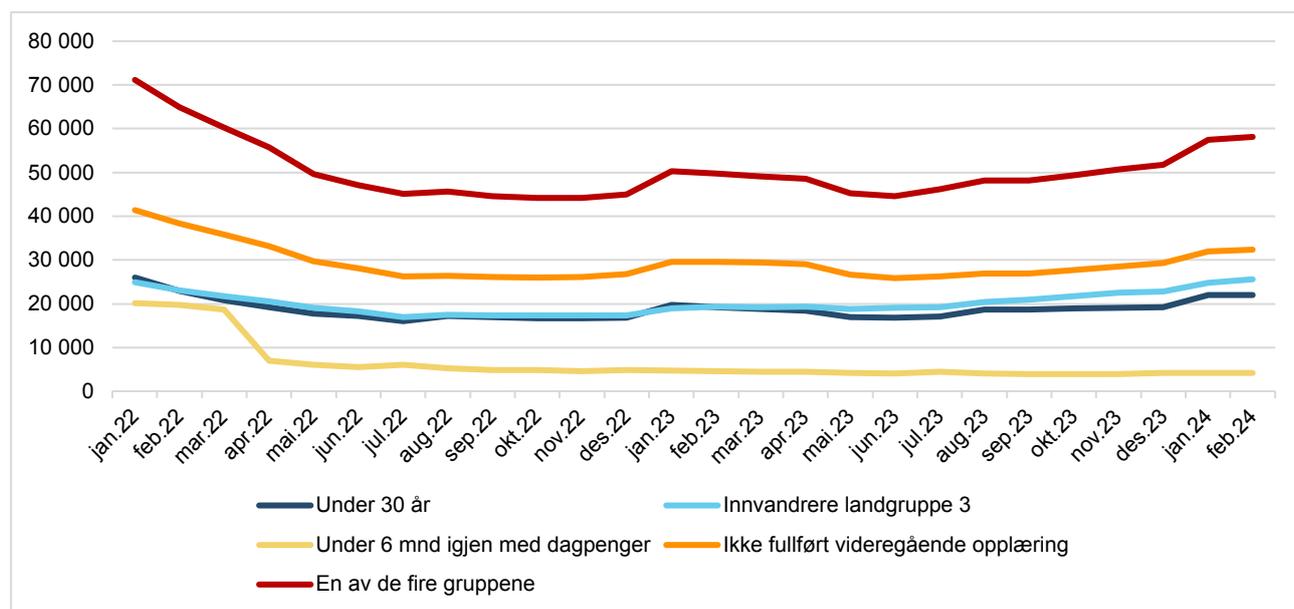
### Tre av fire i «utsatt» gruppe

Noen grupper er mer utsatt for å få langvarige negative konsekvenser av arbeidsledighet. Forskning viser for eksempel at arbeidsledighet i ungdomstiden

kan få langvarig negative effekter på sysselsetting og lønnsutvikling, se Nilsen og Reiso (2014) og Skans (2011), mens Bratsberg m.fl. (2018) finner at en del innvandrergupper har større problem med å komme tilbake i jobb når de blir arbeidsledige enn befolkningen for øvrig. Derfor er også disse grupper som er prioritert i NAVs oppfølging, sammen med personer som har vært lenge arbeidsledige.

I figur 8 ser vi utviklingen i antallet helt ledige og arbeidssøkere som deltar i arbeidsmarkedstiltak som er unge, innvandrere, ikke har fullført videregående opplæring, har kort tid igjen med dagpenger, eller som er i minst en av disse fire gruppene. Ved utgangen av februar var om lag 58100 personer i minst en av disse gruppene, som tilsvarer 75 prosent av alle som var registrert som helt ledig eller arbeidssøker i arbeidsmarkedstiltak hos NAV. En del vil være i flere av disse undergruppene, for eksempel en ungdom som ikke har fullført videregående opplæring. I februar i fjor var 76 prosent i en av disse fire gruppene, men det siste året har altså arbeidsledigheten økte noe mindre for disse gruppene enn andre.

**Figur 8:** Antall helt ledige og arbeidssøkere i arbeidsmarkedstiltak som tilhører «utsatte» grupper. Januar 2022 – februar 2024



Kilde: NAV

## NAVs arbeidsmarkedsprognose

Situasjonen på arbeidsmarkedet er fremdeles god, selv om ledigheten har økt jevnt og trutt det siste halvannet året. Det var 62 500 helt ledige registrert hos NAV i februar, noe som er en økning på 7 800 siden samme måned i fjor.

Vi forventer at ledigheten vil fortsette å øke framover, i om lag samme takt som den har gjort det siste året. De viktigste grunnene til det er lav aktivitet i bygge- og anleggsnæringen, at stadig flere ukrainere er klare for jobb og registrerer seg hos NAV for å få bistand til det, samt svak utvikling i privat konsum, som reduserer etterspørselen innen blant annet varehandelen.

I gjennomsnitt anslår vi 60 000 registrert helt ledige i år, og 67 000 i 2025. Det tilsvarer 2,0 prosent av arbeidsstyrken i 2024, og 2,2 prosent i 2025.

Kapasitetsutnyttelsen i norsk økonomi har avtatt det siste halvannet året, og ifølge kontaktene i Norges Banks regionale nettverk er kapasitetsutnyttelsen i fjerde kvartal nå lavere enn gjennomsnittet de siste 20 årene. Det er store forskjeller mellom næringene. Høye investeringer innen olje og gass bidrar til høyt aktivitetsnivå innen leverandørnæringen. Samtidig er det dårligere tider innen varehandelen, bygg- og anleggsnæringen og i enkelte tjenestenæringer.

I Norges Banks forventningsundersøkelse fra februar meldte 31 prosent av næringslivslederne at de forventet lavere lønnsomhet det kommende året, mot 26 prosent som forventet bedret lønnsomhet. Dette er noe sterkere resultater enn de foregående kvartalene, noe som tyder på at virksomhetene nå ser noe lysere på fremtiden. Det samme kommer til uttrykk i Finans Norges forventningsbarometer fra februar, der respondentene er blitt stadig mer positive de siste kvartalene, etter halvannet år med svært pessimistisk framtidssyn.

De siste to årene har vært preget av høy prisvekst. I januar var konsumprisindeksen (KPI) 4,7 prosent høyere enn samme måned året før, mens KPI-JAE, som ikke inkluderer energivarer, steg 5,3 prosent i samme periode. Den viktigste bidragsyteren til den høye prisveksten er at prisene på matvarer og alkoholfrie drikkevarer har økt med 8,7 prosent siden januar i fjor.

Den høye inflasjon har ført til gjentatte økninger i styringsrenten de siste to årene. Den siste økningen kom i desember, da renten ble satt opp til 4,5 prosent. Vi legger til grunn at rentetoppen er nådd, og at den første rentenedgangen vil komme i september, og at renta etter det vil bli satt gradvis ned, og være på 3,5 prosent ved utgangen av prognoseperioden.

Kronen styrket seg klart på tampen av fjoråret, men er fremdeles på et historisk sett svakt nivå. Vi har lagt til grunn at kronen vil holde seg på dagens nivå fremover, men dette er et usikkerhetsmoment som kan påvirke både eksport, inflasjon og rentesettingen framover

Utviklingen internasjonalt er også fremdeles preget av inflasjon, høye renter og svakere vekst, men fremtidsutsiktene er noe forbedret fra forrige prognose. Dette har sammenheng med at inflasjonen sakte, men sikkert, nærmer seg målet, og at rentenedsettelsene dermed nærmer seg. Samtidig har økonomien klart seg bedre enn fryktet, og det ikke har vært en stor økning i ledigheten. Vi forventer at sentralbankene i både USA og EU vil begynne å ta foten av den pengepolitiske bremsen i løpet av 2024, men at den økonomiske veksten likevel vil være beskjeden hos våre handelspartnere i prognoseperioden.

Privat konsum har utviklet seg relativt flatt de siste to årene. I fjerde kvartal økte konsumet med 0,7 prosent, men er likevel på omtrent samme nivå som andre kvartal 2022 (sesongjustert og i faste priser). Dette gjenspeiler svak reallønnsutvikling og økte renteutgifter de siste to årene. Vi venter svak utvikling i konsumet i 2024, men at konsumet vil ta seg noe opp i 2025, som følge av forventet reallønnsvekst og at renten antas å bli satt ned fra og med september.

Boliginvesteringene falt med hele 20,9 prosent fra 4. kvartal 2022 til 4. kvartal i fjor. Dette må sees i sammenheng med økte byggekostnader og nedgang i realboligprisene. Renteøkningene påvirker dessuten boligbyggingen både direkte ved å øke finansieringskostnadene, og indirekte gjennom negativt press på boligprisene. Mengden igangsatt bruksareal til bolig var lavt i hele fjor, og lå under bunnoteringene fra finanskrisen i både andre og fjerde kvartal. Det

tyder på at det ikke ligger an til en umiddelbar økning i boliginvesteringene, og at ledigheten derfor sannsynligvis vil fortsette å øke innen bygg og anlegg. I 2025 venter vi derimot at boligprisene vil øke igjen, som følge av reallønnsvekst, rentenedgang og lav boligbygging i dag. Som følge av dette venter vi at også boliginvesteringene vil ta seg opp i 2025.

SSB sine investeringstillinger viser at det ligger an til økte investeringer i olje- og gassvirksomheten i 2024. Dette har blant annet sammenheng med oljeskattepakken som ble vedtatt i 2020, som har fremskyndet investeringer i petroleumsindustrien. Vi har lagt til grunn en vekst på om lag 5 prosent i år, men at investeringene flater ut i 2025.

Det er flere store usikkerhetsmoment som kan få betydning for utviklingen framover. Krigen i Ukraina ser ut til å være inne i en mer stabil fase, og skaper mindre usikkerhet nå enn den første perioden. Russland gjør små framskritt, men per begynnelsen av mars har det ikke vært meldt om store territoriale seire, og vi legger til grunn at det heller ikke skjer store endringer i krigssituasjonen.

Flyktingene fra Ukraina utgjør et betydelig usikkerhetsmoment, og de registrerer seg i stadig større grad som arbeidsledige (figur 4). Etter hvert som flere av flyktingene begynner å bli etablert i Norge, fullfører introduksjonsprogrammet og får grep om språket, forventer vi at en stadig større andel av de vil søke mot arbeidsmarkedet, og slik dra opp både arbeidsstyrken, sysselsettingen og ledigheten. Det er imidlertid stor usikkerhet rundt hvor raskt dette går, og hvor raskt de kommer i jobb.

Et annet usikkerhetsmoment er den høye inflasjonen, som selv om den har falt mye, fremdeles er langt over

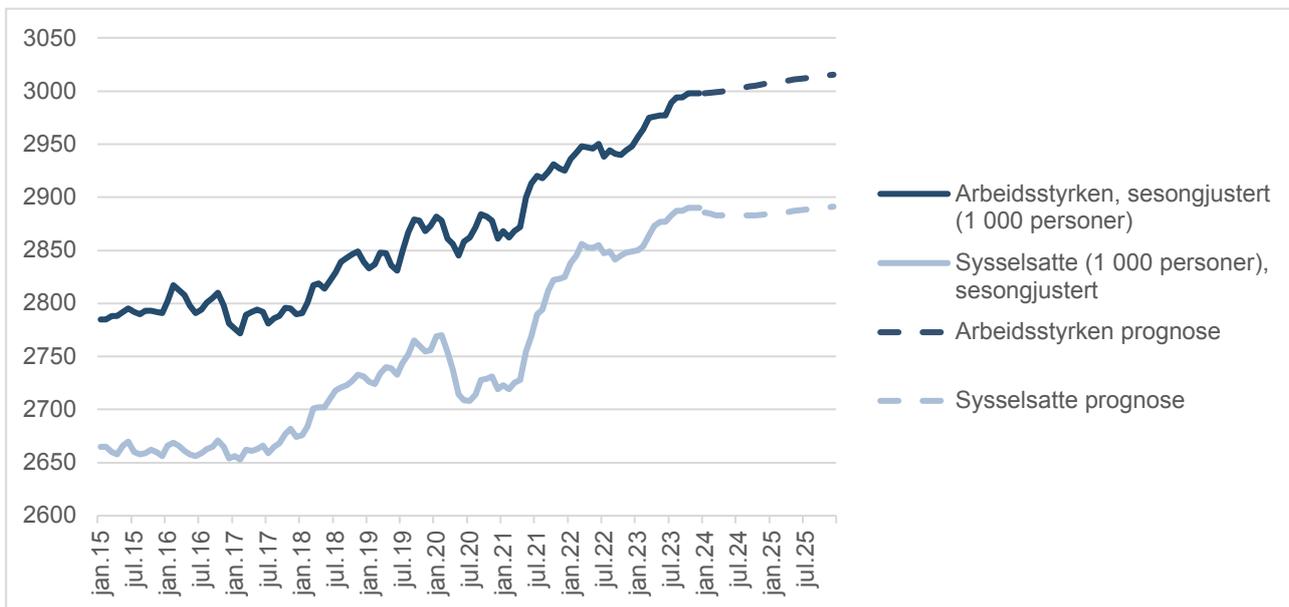
inflasjonsmålet i både Norge og andre land. Det er usikkert hvor lang tid det vil ta før inflasjonen er tilbake til målet, og hvordan pengepolitikken vil bli innrettet for å komme helt i mål.

Samtidig viser altså forventningsundersøkelsene til Finans Norge og Norges Bank at både husholdningene og virksomhetene har blitt mer optimistiske den siste tiden. Rentetoppen er trolig nådd, og vi legger til grunn en solid reallønnsvekst både i år og til neste år. Det fører til at husholdningenes disponible realinntekt vil øke framover. Økt optimisme kombinert med en reell forbedring i husholdningenes økonomi kan føre til at fremadskuende husholdninger øker sitt konsum raskere enn det de materielle forholdene skulle tilsi (se for eksempel Gillitzer og Prasad (2018)). Samtidig reduserer den lave spareraten i 2023 husholdningenes handlingsrom i noen grad.

Samlet sett forventer vi beskjeden vekst i norsk økonomi og en noe svakere utvikling på arbeidsmarkedet framover. Selv om arbeidsledigheten vil stige, innebærer vår prognose en fortsatt lav ledighet. Samtidig vil sysselsettingen holde seg høy, selv om den positive utviklingen stopper opp.

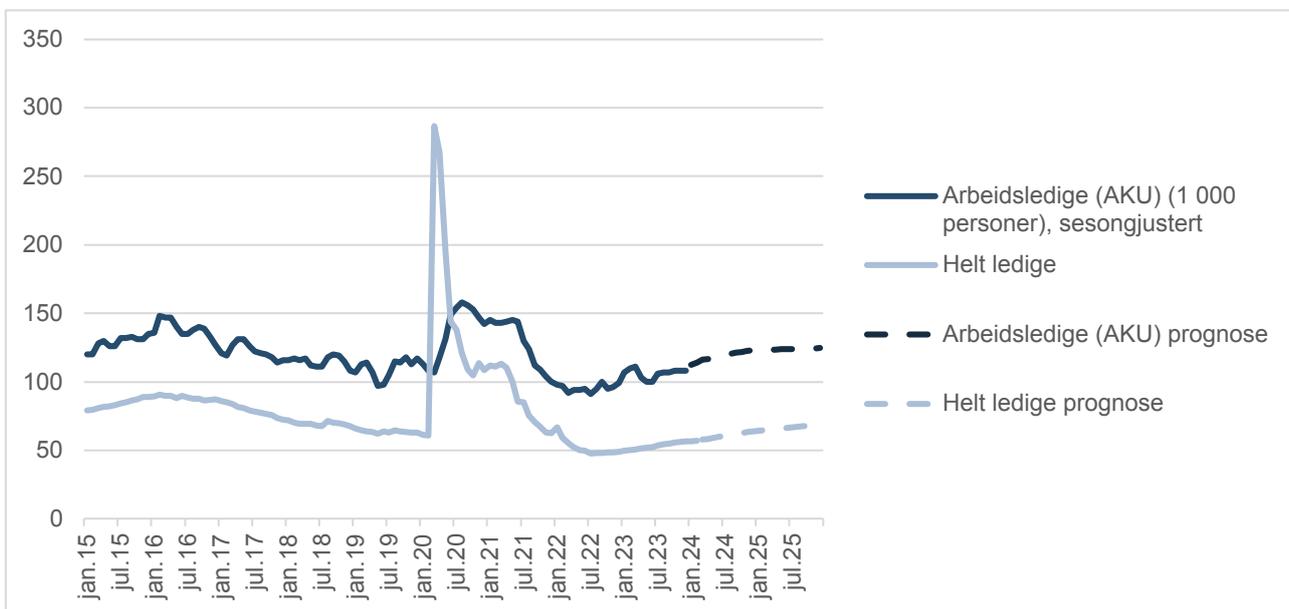
I en situasjon med fortsatt lav ledighet er det gode muligheter for å få flere av de som er registrert hos NAV i jobb. Andre grupper som kan nyte godt av fortsatt lav ledighet er personer som mottar arbeidsavklaringspenger eller deltar i kvalifiseringsprogrammet. Med det arbeidsmarkedet vi nå venter er det viktig for NAV å hjelpe arbeidsgivere med å få tak i arbeidskraft, og se på hvilke tiltak og oppfølging som kan få arbeidssøkere raskt i arbeid. Samtidig er det fortsatt viktig at man oppnår en arbeidstilknytning som kan bli langvarig.

**Figur 9.** Antall personer i arbeidsstyrken og antall sysselsatte ifølge AKU. 1 000 personer. Sesongjusterte tall



Kilde: SSB og NAV

**Figur 10.** Antall registrerte helt ledige og ledige ifølge AKU. 1000 personer. Sesongjusterte tall



Kilde: SSB og NAV

**Tabell 1.** NAVs prognose for utviklingen i norsk økonomi i 2023 – 2025. Prosentvis vekst om ikke annet er angitt\*

	2023	2024	2025
<b>Arbeidsmarked</b>			
Registrerte helt ledige, antall	53 000	60 000	67 000
Registrerte helt ledige i prosent av arbeidsstyrken	1,8	2,0	2,2
AKU-arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken	3,6	4,0	4,1
Sysselsettingsvekst (AKU)	0,9	0,3	0,2
Arbeidsstyrkevekst (AKU)	1,3	0,7	0,3
Sysselsettingsandel (AKU), nivå	70,1	69,8	69,3
Yrkesdeltakelse, nivå	72,8	72,7	72,3
<b>Realøkonomi</b>			
Konsum i husholdninger mm	-0,9	0,5	2,1
Bruttoinvesteringer Fastlands-Norge	-0,8	-3,5	-0,8
Eksport	1,4	5,8	2,4
Bruttonasjonalprodukt Fastlands-Norge	0,7	1,0	1,5
BNP-vekst handelspartnere (veid gjennomsnitt)	0,8	0,6	1,9
<b>Valutakurs og oljepris (nivå)</b>			
NOK per euro	11,4	11,4	11,4
Råoljepris i dollar	82	77	75

\*Nasjonalregnskapstallene for 3. kvartal, publisert 23. november, er ikke hensyntatt.

Kilde: NAV

**Tabell 2.** Befolkning i yrkesaktiv alder, arbeidsstyrken, sysselsatte og arbeidsledige ifølge AKU og NAV.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Befolkning 15–74 år	3 981 000	4 003 000	4 019 000	4 024 000	4 054 000	4 101 000
Arbeidsstyrken	2 830 000	2 857 000	2 868 000	2 902 000	2 944 000	2 983 000
Sysselsatte	2 716 000	2 746 000	2 732 000	2 774 000	2 849 000	2 876 000
Yrkesdeltakelsen	71,10 %	71,40 %	71,30 %	72,10 %	72,60 %	72,80 %
Sysselsettingsandel	68,20 %	68,60 %	68,00 %	68,90 %	70,30 %	70,10 %
AKU-arbeidsledige	113 000	111 000	136 000	128 000	96 000	107 000
AKU-arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken	4,00 %	3,90 %	4,70 %	4,40 %	3,20 %	3,60 %
Registrerte helt ledige (NAV)	65 547	63 451	141 939	88 862	52 148	53 110
Registrerte helt ledige i prosent av arbeidsstyrken	2,40 %	2,30 %	5,00 %	3,20 %	1,80 %	1,80 %

Kilde: SSB og NAV

### Makromodellen KVARTS

NAV's prognose om utviklingen i norsk økonomi og arbeidsmarked er basert på modellsimuleringer med den makroøkonometriske modellen KVARTS. KVARTS er en modell for norsk økonomi utviklet av SSB. Modellen er estimert på data fra nasjonalregnskapet og basert på økonomisk teori. For mer informasjon om modellen, se *MODAG og KVARTS - SSB*.

### Referanser

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2023) «Hurtigarbeidende gruppe om tiltak for økt arbeidsmarkedsinkludering blant fordrevne fra Ukraina»

Bratsberg, Bernt, Oddbjørn Raaum og Knut Røed (2018) «Job loss and immigrant labor market performance» *Economica*, 85 (337).

Gillitzer, Christian og Nalini Prasad (2018) «The Effect of Consumer Sentiment on Consumption: Cross-Sectional Evidence from Elections» *American Economic Journal: Macroeconomics*, vol 10, nr 4, side 234-69.

Hernes, Vilde, Aadne Aasland, Oleksandra Deinenko, Marthe Handå Myhre, Tone Liodden, Trine Myrvold, Marianne Stærkebye Leirvik og Åsne Øygard Danielson (2023) «Reception, settlement and integration of Ukrainian refugees in Norway: Experiences and perceptions of Ukrainian refugees and municipal stakeholders (2022-2023)» NIBR-report 2023: 11.

Nilsen, Øyvind Anti og Katrine Holm Reiso (2014) «Scarring Effects of Early-Career Unemployment» *Nordic Economic Policy Review*, 2014, 1, 13-45.

Skans, Oskar Nordstrøm (2011) «Scarring effects of the first labour market experience» *IZA Discussion Paper No. 5565*.

# HAR KVINNER HØYERE SYKEFRAVÆR FORDI DE OFTERE ER SYKE?

Av Ivar Lima<sup>1</sup>

## Sammendrag

*Kvinner har i gjennomsnitt betydelig høyere legemeldt sykefravær enn menn, også når en ser bort fra sykefraværet til gravide. Selv om det er forsket mye på kjønnsforskjellen i sykefravær, er mye av forskjellen fortsatt uforklart. Forskning har blant annet avkreftet at kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes at kvinner jobber i mer belastende yrker.*

*I denne artikkelen spør vi om noe av forklaringen på kvinners høyere sykefravær er at kvinner oftere har plager eller sykdommer som medfører arbeidsuførhet. For å svare på dette undersøker vi hvilke diagnoser som bidrar mest til kjønnsforskjellene i sykefravær i Norge, og ser deretter på hva medisinske og epidemiologiske studier fra Norge og andre land forteller om kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko for disse diagnosene.*

*Vi finner at kjønnsforskjellen i sykefravær i stor grad skyldes at kvinner oftere enn menn er sykmeldt med diagnoser som kvinner har større sykdomsrisiko for enn menn. Dette gjelder blant annet sykdommer og lidelser som klinisk depresjon og angstlidelser, nakke- eller skuldersmerter, kronisk tretthetssyndrom, fibromyalgi, migrene og hodepine, betennelsestilstander og auto-immune lidelser. Vi finner også at flere kvinner enn menn er sykmeldt med kreft, og at dette bidrar til kvinners høyere sykefravær.*

*Kjønnsforskjellene i mange av disse lidelsene, som for eksempel depresjon, angstlidelser og migrene, oppstår i ung alder, før man etablerer familie og før man begynner å jobbe i lønnet arbeid. Dette indikerer at deler av kjønnsforskjellene i helse handler om lidelser som kvinner rammes oftere av uavhengig av arbeidsliv og familieliv, og at kjønnsforskjellene i sykefravær delvis kan forklares med universelle kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko.*

<https://doi.org/10.60847/NAV.4659>

<sup>1</sup> Takk til Sigrid Lande som har bidratt med innspill til både analyser, tidligere forskning og språk. Takk til Ola Thune i Statistikkseksjonen som har tilrettelagt data og som har gitt innspill til hvordan data best kan organiseres. Takk til Søren Brage for kommentarer til utkast, og til Åshild Kalstø og Lamija.

## Bakgrunn og problemstilling

Kvinner har i gjennomsnitt et betydelig høyere sykefravær enn menn, også når en ser bort fra det høye sykefraværet til kvinner som er gravide. Denne kjønnsforskjellen i sykefravær gjelder, med noe variasjon, også andre europeiske land (Mastekaasa og Melsom 2014) og i USA (Angelov mfl. 2018). Mens det er liten kjønnsforskjell i Østerrike og Tyskland, er forskjellen stor i Norge, Sverige og Irland. I Norge ser vi også at kvinner betydelig oftere enn menn mottar langvarige helseytelser som arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

Samfunnsforskere har lenge interessert seg for kjønnsforskjellen i sykefravær og i mottak av langvarige helseytelser. Flere studier tar utgangspunkt i det kjønns-segregerte arbeidsmarkedet i Norge, og undersøker om kvinner er mer sykmeldt fordi de typiske kvinneyrkene medfører større arbeidsmiljøbelastninger. En annen populær forklaring er dobbeltarbeidshypotesen. Hypotesen går ut på at yrkesaktive mødre opplever større samlet belastning fordi de i større grad enn menn har ansvar for familie, hjem og barn, noe som medfører mer sykefravær blant kvinner.

I en gjennomgang av den etter hvert omfattende forskningen om kjønnsforskjeller i sykefravær avkrefter Mastekaasa (2016) begge disse hypotesene som viktige forklaringer på kjønnsforskjellen i sykefravær. En rekke grundige registerstudier har vist at kjønnsforskjellen i sykefravær ikke blir mindre når en tar hensyn til at menn og kvinner jobber i ulike yrker (Mastekaasa 2016), og at kjønnsforskjellen i sykefravær dermed ikke skyldes at kvinner jobber i mer belastende yrker (Mastekaasa og Dale-Olsen 2000). Og selv om det er en viss støtte for dobbeltarbeidshypotesen, blir mye av kjønnsforskjellen stående uforklart. Mastekaasa konkluderer med at kjønnsforskjellene i sykefravær for det meste må skyldes forhold utenfor familieliv og arbeidsmiljø, og viser til at flere kjønnsforskjeller i helse oppstår i ung alder, det vil si før både familieetablering og jobb. Videre hevder han at viktige forklaringsfaktorer på kvinners høyere sykefravær kan være «enten forskjeller i biologi eller i den tidlige sosialiseringen av gutter og jenter...» (Mastekaasa, 2016, s. 126).

## Problemstilling

I denne artikkelen tar vi utgangspunkt i at samfunnsforskningen har funnet lite støtte for de vanligste sosiale forklaringene på kjønnsforskjellene i sykefravær. Vi spør om kvinners høyere sykefravær kan forklares med kjønnsforskjeller i helse, i form av at kvinner oftere rammes av ulike sykdommer og lidelser. For å svare på dette skal vi gi en beskrivende analyse av hvilke diagnoser og diagnosegrupper som bidrar mest til kjønnsforskjellene i sykefraværet. For diagnosene som bidrar mest, vil vi undersøke om vi finner samme kjønnsforskjeller i diagnose i andre typer kilder og i andre industrialiserte land. Vi ser da hovedsakelig på to typer kilder: 1) epidemiologiske studier i et utvalg av befolkningen basert på intervju eller selvrappotering, og 2) registerdata om kjønnsforskjeller i andelen som blir behandlet for gitte lidelser i somatisk og psykiatrisk helsevesen. I Norge ser vi også på kjønnsforskjeller i resepter fra reseptregisteret. Felles for alle disse kildene er at de gir informasjon om kjønnsforskjeller i sykdommer og lidelser, uten at det direkte er knyttet til trygdeordningen sykepenger. Hvis vi finner liknende kjønnsforskjeller i lidelser blant forskjellige land, viser det at kjønnsforskjellene er universelle, noe som også kan indikere at kjønnsforskjellene i lidelser har en biologisk komponent. Motsatt vil stor variasjon i kjønnsforskjeller mellom land indikere at forskjellene i større grad skyldes samfunnsgitte årsaksfaktorer som arbeidsliv, sosialt eller kulturelt betingede faktorer. I diskusjonen om kjønnsforskjeller i helse vil vi også støtte oss på kunnskap fra det siste Kvinnehelsesutvalget (NOU 2023:5). Analysen kan også bidra til å belyse sykdomsbildet blant norske arbeidstakere og kjønnsforskjeller i helse mer generelt.

## Tidligere forskning

### Svangerskap, omsorg for barn og holdninger til sykefravær

I vår gjennomgang av forskningslitteraturen finner vi i større grad enn Mastekaasa (2016) at samfunnsforskningen nå har noen empiriske funderte forklaringer på kjønnsforskjellen i sykefravær. Kvinners graviditet er en viktig årsak til kjønnsforskjellen i sykefravær. Det skyldes hovedsakelig at graviditet er en stor belastning for kroppen, og belastningen og sykefra-

været øker desto lengre ut i svangerskapet en kommer (Nossen og Helde, 2016, s. 129, Stami<sup>2</sup>). I 2017 forklarte graviditet 20 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær (Nossen 2019), og er en viktig forklaringsvariabel.

Flere studier finner også at kjønnsforskjellene i sykefravær øker når par får barn (Angelov mfl. 2018, Lima 2018 og Bratberg mfl. 2002), mens én studie ikke finner en slik sammenheng (Rieck og Telle 2013)<sup>3</sup>. Lima (2018) finner for eksempel at sykefraværet øker både blant kvinner og menn når de får sitt første barn, men at sykefraværet øker mest for kvinner. Effekten ser ut til å være størst når barnet er i barnehagealder (Lima 2018). Et flertall av studiene gir støtte til hypotesen om at noe av kjønnsforskjellen i sykefravær er relatert til det å ha omsorg for barn. Hva som er årsaken til dette er likevel usikkert. Noen kvinner kan få dårligere helse eller skader etter svangerskap og fødsel. Dobbeltarbeidshypotesen, altså det at yrkesaktive mødre opplever en større konflikt mellom arbeidsliv og familieliv, er en annen mulig forklaring. En systematisk kunnskapsoppsummering om dobbeltarbeidshypotesen konkluderer med at kvinner generelt opplever noe større konflikt mellom arbeidsliv og familieliv enn menn, og gir dermed støtte til at det kan være en forklaring på noe av kjønnsforskjellen i sykefravær (Nilsen mfl. 2017). Angelov mfl. (2020) forsøker å teste ut ulike hypoteser om årsaken til at kvinners sykefravær øker når de blir mødre. De finner ingen indikasjoner på at mødre får dårligere helse, men finner støtte for at noen mødre får en lavere terskel for å bruke sykmelding for å ha tid til å prioritere barn og familieliv.

Mødres sykefravær blir mer påvirket av barns sykdom enn det fedrenes blir. En norsk studie viser at det å få barn med medfødte alvorlige tilstander fører til økt sykefravær hos mor, men ikke hos far (Brekke mfl. 2017). Helde (2018) finner at kvinner som mottar pleiepenge har betydelig høyere sykefravær enn kvinner generelt, mens det er liten forskjell mellom mannlige pleiepengemottakere og andre menn. Det er

også betydelig flere kvinner enn menn som mottar pleiepenge, og en senere reform medførte en ytterligere økning i kjønnsforskjellene i mottak av pleiepenge (Helde 2023).

Det er også empirisk støtte for at kjønnsforskjellene i sykefravær kan skyldes holdningsforskjeller. Undersøkelser viser at befolkningen har aksept for å bruke sykefravær i vanskelige livssituasjoner som strengt tatt ikke gir rett til sykepenge, og at kvinner uttrykker noe større aksept for å sykmelde seg i slike situasjoner enn menn (Holbæk-Hanssen 2020). Kvinner aksepterer oftere og lengre sykmelding ved større negative livshendelser som samlivsbrudd, ved dødsfall i nær familie og ved barns sykdom, men også ved dårlig arbeidsmiljø eller stort press på jobben (Holbæk-Hanssen 2020). Hellevik mfl. (2019) finner at kjønnsforskjellene i holdninger er mindre dersom fraværet skyldes omsorgsansvar: også mannlige arbeidstakere aksepterer i stor grad sykefravær som egentlig skyldes omsorg for barn, mens kjønnsforskjellene er størst knyttet til arbeidsrelatert fravær. De finner også at det å være hjemme fra jobben selv om man er frisk nok til å gå på jobb, er det eneste, av en rekke normbrudd, som kvinner aksepterer mer enn menn (Hellevik mfl. 2019). Denne holdningsforskjellen er også stabil over tid. Det er usikkert hvor mye holdningsforskjeller har å si for kjønnsforskjellen i sykefravær, men det er mulig at de forklarer en god del (Hellevik mfl. 2019).

### Kjønnsforskjeller i helse

Innen medisinsk forskning har det de senere år vært en økende interesse for betydningen av biologiske kjønnsforskjeller for helse og sykdom (Massey mfl. 2021). Ifølge Massey (mfl. 2021) bidrar kjønnsforskjeller i menneskets biologi til betydelige kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko. Dette tas også opp av Kvinnehelseutvalget. Utvalget påpeker at forskjeller i gener og hormoner «gir ulikheter i biologisk sårbarhet for å utvikle sykdom» (NOU 2023:5, s. 49). Ifølge utvalget er kunnskapen om biologiske kjønnsforskjeller i helse ufullstendig, men de viser til at det er godt etablert kunnskap om kjønnsforskjeller for «nevrodegenerative sykdommer, autoimmune sykdommer og hjerte- og karsykdommer». Utvalget trekker også frem at det er dokumentert systematiske kjønnsforskjeller innen flere muskel- og skjelettli-

<sup>2</sup> <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/sykefravaer-blant-gravide/>  
<sup>3</sup> Alle disse studiene ser bort fra sykefravær under påfølgende svangerskap.

delder og psykiske lidelser. «Mens menn viser mer risikoatferd og har høyere forekomst av avhengighet og selvmord, har kvinner høyere grad av depresjon og generalisert angstlidelse» (NOU 2023: 53). Slike forskjeller kan ifølge utvalget knyttes til biologiske kjønnsforskjeller som «anatomi og fysiologi» eller for eksempel kjønnsforskjeller i personlighetstrekk. Kvinner skårer systematisk høyere enn menn på personlighetstrekket nevrotisisme, og dette beskrives som en mulig årsak til at kvinner oftere rammes av angst og depresjon.

I en rekke studier fra forskjellige land er det rapportert om store kjønnsforskjeller i andelen som rammes av ulike lidelser (Brown mfl. 2022, NOU 2023:5). Innen psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser blir gutter og menn oftere diagnostisert med autisme, ADHD, alkoholisme og schizofreni, mens jenter og kvinner oftere blir diagnostisert med depresjon, angst og anoreksi. Insidensratene, altså andelen nye tilfeller av en sykdom i befolkningen, er også forbausende like i forskjellige land for en rekke psykiske lidelser. Autism forekommer sjelden på tvers av land, og det er gjennomgående 4 til 5 ganger så mange gutter og menn med diagnosen i forhold til kvinner (Brown mfl. 2022). Kvinner rammes betydelig oftere enn menn av autoimmune lidelser som blant annet leddgikt, multippel sklerose, lupus og Sjögrens syndrom. Dette er bare noen eksempler på en rekke av dokumenterte kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko som en finner i medisinske kilder.

To norske utvalgsundersøkelser ser på om kjønnsforskjellene i sykefravær kan forklares med kjønnsforskjeller i selvrapportert helse (Smeby mfl. 2009, Østby mfl. 2018). Den mest grundige av disse er Østby mfl. (2018) som måler helse med bruk av omfattende og spesifikke spørsmål om somatiske og psykisk lidelser. De finner betydelige og signifikante kjønnsforskjeller i selvrapportert helse, og disse forklarer til sammen 24 prosent av kvinners høyere sykefravær (Østby mfl. 2018). Denne sammenhengen gjelder også med kontroll for ulike mål på arbeidsmiljøfaktorer. De lidelsene som forklarer mest av forskjellen er søvnproblemer, muskel- og skjelettlidelser og psykiske helseplager. Dette er en av få studier som dokumenterer direkte at kjønnsforskjeller i

helse kan være en viktig årsak til kjønnsforskjeller i sykefravær.

Det er noen tidligere studier som har sett på sammenhengen mellom kjønnsforskjeller i sykefravær og diagnoser. Nossen (2019) har undersøkt kjønnsforskjeller i organkapitler etter ICPC-2. Han finner at kvinner har høyere sykefravær enn menn i alle organkapitler med unntak av hjerte- og karlidelser. Han finner videre at kapitlet psykiske lidelser har størst betydning for kjønnsforskjellen i sykefravær. Østbakken (2013) undersøker kjønnsforskjeller i varigheten på sykefravær innen ulike diagnoser. Hun finner at kvinner jevnt over har lengre varighet på sykefraværene enn menn for de fleste diagnoser, selv med kontroll for yrke, næring, sosial bakgrunn og antall barn. Tellnes (1989) beskriver kjønnsforskjeller i antall tapte dagsverk på grunn av sykefravær fordelt på diagnosegrupper med registerdata fra Buskerud i 1985. Også i 1985 hadde kvinner noe høyere sykefravær enn menn, men forskjellen var langt mindre enn den vi ser i dag. De fem diagnosene som bidro mest til sykefraværet i 1985 var i rangert rekkefølge rygg syndrom uten utstråling, fibromyalgi<sup>4</sup>, influensa, betennelser i ledd og slimposer (bursitt/tendinitt/synovitt) og depresjon. Av disse hadde kvinner betydelig høyere sykefravær knyttet til fibromyalgi og depresjon.

## Data og metode

Datagrunnlaget i denne analysen er sykefraværdataene som utarbeides av NAV og SSB. Siden tema for artikkelen er kjønnsforskjeller i diagnoser, inkluderer vi kun det legemeldte sykefraværet og ikke det egenmeldte.

Vi bruker sykefraværprosenten når vi ser på kjønnsforskjeller i sykefravær. Sykefraværprosenten er tapte dagsverk grunnet legemeldt sykefravær dividert med avtalte dagsverk. Mange er delvis sykmeldt, og sykefraværprosenten tar hensyn til det. Vi skal også se på to komponenter av sykefraværet: antall personer med legemeldt sykefravær, og varigheten i antall

<sup>4</sup> Nonarticular rheumatism – gruppen inneholder fibromyalgi, men også noen andre diagnoser

## ICPC – den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsehelsetjenesten

Alt legemeldt sykefravær skal sertifiseres av en lege eller annen sykmelder som skal sette en diagnose på sykmeldingsblanketten. Fastleger koder etter ICPC-2 standarden, mens spesialister oftest bruker en langt mer detaljert standard som heter ICD-10. ICPC står for International Classification of Primary Care. Hvis diagnosen er satt av en spesialist i ICD-10 vil allmennlegen oversette diagnosen til ICPC ved forlengelse av sykmeldingen. En undersøkelse basert på data fra legekontor i 2013 viser godt samsvar mellom legens journalnotater og ICPC diagnosen for 85 prosent av konsultasjonene (Sporaland mfl. 2019).

Det har skjedd flere viktige endringer i verktøyene for diagnosesetting i perioden vi studerer noe som sannsynligvis har påvirket diagnosesettingen:

- 1992 – ICPC 1 innføres. «En grunnleggende tanke bak ICPC-kodeverket er at det skal være enkelt og oversiktlig og reflektere de vanligste tilstandene i allmennpraksis.» (Hetlevik mfl. 2023)
- 2002 – ICPC-1 versjon 1.4 innføres. Fordobling av søkeord i søkeordlisten, mer konsise korttekster, fjernet uaktuelle koder, termer fornorsket og harmonisert med ICD-10. Oppgraderingen skulle bidra til å gjøre: «ICPC mer egnet til klinisk bruk og heve presisjonsnivået i diagnoseregistreringen»
- 2004 ICPC-2 innføres. Innholdet i enkelte av kodene ble endret med ICPC-2, og en skal derfor være forsiktig

med å sammenligne enkeltdiagnoser før og etter 2004.

I juli 2002 ble det innført en utvidet elektronisk søkeordliste som inneholdt langt flere søkeord, og som skulle gjøre det lettere for allmennleger å finne rett ICPC diagnose. Frem til 2003 brukte norske fastleger ICPC-1 standarden. I 2004 ble ICPC-2 standarden innført i primærhelsetjenesten (Fosseng, 2004). Ved innføringen av ICPC-2 i 2004 ble det gitt kriterier for koding av de fleste diagnoser, samt at alle diagnosene ble koblet til spesialisthelsetjenestens ICD-10 diagnoser (Sundar 2002). Det er grunn til å anta at flere av disse endringene har medført mer enhetlig diagnostisering i primærhelsetjenesten.

ICPC er inndelt i 17 organkapitler. Hvert organkapittel er videre inndelt i symptomer og plager (kode 1–29) og sykdomsdiagnoser (kode 70–99). På ICPC-2 kodekortene angis følgende: «Legen skal primært kode sykdomsdiagnosen (nummer 70–99) dersom det ut fra klinisk vurdering er mulig å stille sykdomsdiagnose. Dersom dette ikke er mulig, skal legen sekundært angi kode for pasientens symptomer eller plager (nummer 1–29)».

ICPC-2 består av 728 diagnoser mot omtrent 22 000 diagnoser i ICD-10. Sammenlignet med ICD-10 er ICPC-2 kodene lite spesifikke, og gir mindre nøyaktig informasjon om helsestilstanden til den enkelte.

dager. Når vi ser på varigheten, justerer vi for grade-ring. For å få med et representativt utvalg av sykefraværstilfeller ser vi på sykefravær som blir avsluttet i løpet av ett kalenderår, inkludert sykefraværene som startet året før. Sykefraværstallene vil dermed ikke samsvare helt med offisiell statistikk, men vil gi et riktig bilde av størrelsen på kjønnsforskjellene både når det gjelder varighet og tilfeller.

Siden vi er interessert i diagnosene ser vi på det totale antallet fraværsdager for en person med en bestemt diagnose – altså hvor mange dager med fravær sykdommen eller skaden medførte for hver person i løpet av ett år – selv om det var flere sykefraværstilfeller med samme diagnose. Diagnoser kodet etter ICD-10 er omkodet til ICPC-2.

Siden det er godt dokumentert at svangerskap forklarer en del av kjønnsforskjellene, har vi valgt å ekskludere gravide fra analysen. Gravide er fjernet både fra sykefraværstallene og ved beregningen av mulige dags-

verk (nevner). Identifikasjon av de gravide er basert på opplysninger om levendefødte barn fra folkeregisteret. Svangerskap som avbrytes eller ender med dødsfødsel fanges dermed ikke opp. Vi har imidlertid også fjernet alt sykefravær knyttet til organkapitlet W Svangerskap, fødsel og familieplanlegging, som vil fange opp noe av sykefraværet knyttet til svangerskap som ble avbrutt.

Sykefraværet i dette utvalget (gravide er ekskludert) var totalt på 3,4 prosent, mens de 50 diagnosene vi har med i vår analyse utgjør et sykefravær på 2,5 prosent. Det betyr at vi med disse diagnosene undersøker kjønnsforskjellene i 72 prosent av sykefraværet for utvalget.

En viktig størrelse i denne artikkelen er diagnosenes relative bidrag i å forklare kjønnsforskjellen i sykefravær. I dette utvalget har kvinner 1,59 prosentpoeng (60 %) høyere sykefravær enn menn. En diagnoses bidrag til kjønnsforskjellen beregnes slik:

(kvinnens sykefraværspersent for diagnose – menns sykefraværspersent for diagnose)/1,59 \* 100.

Hvis kvinner for eksempel har 0,2 prosentpoeng høyere sykefravær for en gitt diagnose blir regnestykket slik:  $0,2/1,59*100=12,6\%$ .

Sykefraværet ble sterkt påvirket av koronapandemien (Nossen 2022). Vi ønsker å studere kjønnsforskjellene i et normalår, og analyserer sykefravær som ble avsluttet i 2019, det siste året før pandemien brøt ut. Siden artikkelen kun tar for seg diagnoser blant sykmeldte, vil utvalget bestå av menn og kvinner som er i jobb når de blir syke. Vi vil dermed kun beskrive kjønnsforskjeller i diagnoser som bidrar til arbeidsuførhet blant sysselsatte. Andelen av befolkningen som mottar arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd øker sterkt med alder, og de som kan motta sykepenger blir dermed en mer selektert gruppe med økende alder.

## Generelle utviklingstrekk

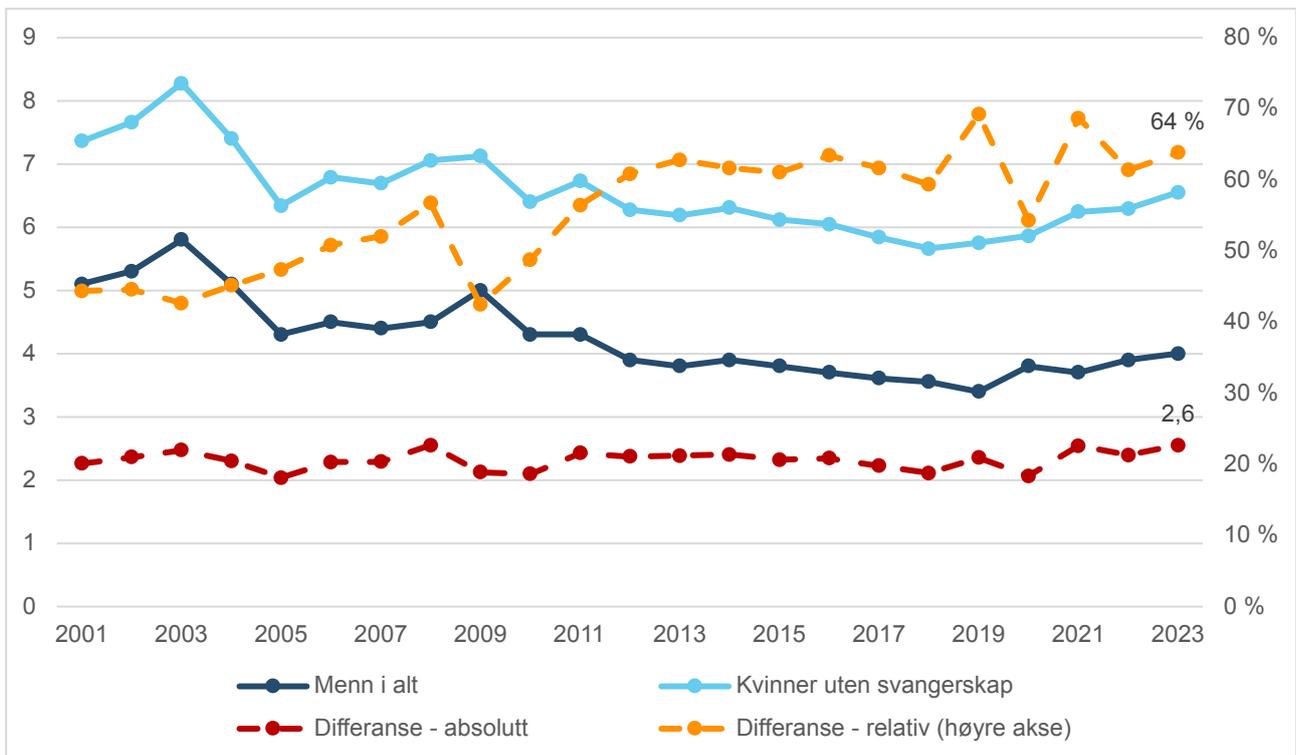
### Nedgang i sykefraværet frem til 2018, men økning i den relative kjønnsforskjellen

I perioden fra 2003 til 2018 sank sykefraværet for både menn og kvinner (figur 1 – svangerskapsrelatert sykefravær er tatt ut), og deler av nedgangen kan knyttes til sykefraværereformen i 2004 (Markussen 2010). I starten av perioden hadde kvinner rundt 45 prosent mer sykefravær enn menn, men denne relative forskjellen økte betydelig fra 2009, og har fra 2012 holdt seg på rett over 60 prosent. Den absolutte forskjellen (i prosentpoeng) var stort sett stabil på rett over 2 prosentpoeng i perioden frem til 2019, men har økt noe etter pandemien i 2020.

### Kapitlet psykiske lidelser betyr nå mest for kjønnsforskjellene

Sykefraværereformen i 2004, med innføring av krav om gradert sykefravær, medførte en stor nedgang i tapte dagsverk for kapitlet muskel- og skjelettlidelser

**Figur 1.** Sykefraværspersenten etter kjønn (uten gravide) samt absolutte kjønnsforskjeller (venstre akse) og relativ kjønnsforskjell i sykefraværet (høyre akse). Legemeldt sykefravær. 3.kvartal. Prosent

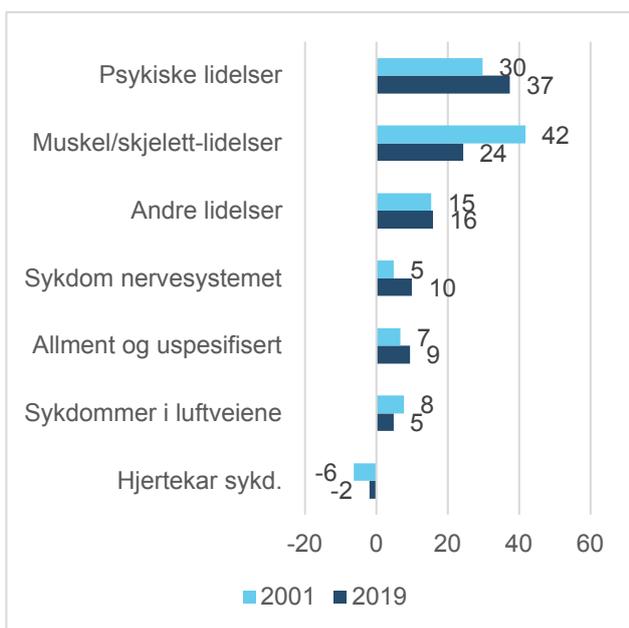


Kilde: NAV

(Nossen 2022). Denne nedgangen fortsatte over tid. Siden har kapitlet vist en fortsatt synkende tendens for kvinner, mens de har økt litt igjen for menn. Sykefravær som gjelder kapitlet psykiske lidelser lå forholdsvis stabilt i årene 2012 – 2018, men det har deretter økt noe. Både blant menn og kvinner har vært en halvering i sykefraværet knyttet til kapitlet hjerte- karsykdommer fra 2001 og frem til i dag, og en viss nedgang i sykefraværet knyttet til kategorien «alle andre diagnosekapitler».

Samlet sett har det vært relativt store endringer i sykefraværet knyttet til de ulike organkapitlene i perioden vi studerer. Det viser at både nivået på sykefraværet og sykdomsdiagnosene ikke er statiske fenomen, og at det påvirkes av en rekke ulike forhold. Noe av endringen kan sannsynligvis forklares med endret bruk av diagnosekoder ved såkalte sammensatte lidelser uten objektive funn (Borchgrevink mfl. 2009, Mæland mfl. 2012), eller endringer i hvilke diagnoser som benyttes når fastlegen vet at sykefraværet skyldes reaksjoner på negative livshendelser. Endringene kan også forklares med sykefraværereformen i 2004 som medførte stor økning i bruk av gradert sykmelding, noe som

**Figur 2. Organkapitlenes bidrag til å forklare kjønnsforskjellene i legemeldt sykefravær. Alt sykefravær i kapittel W Svangerskap, fødsel og familieplanlegging er tatt ut. Prosent**



flere studier har dokumentert har en positiv effekt, i form av redusert sykefravær (Hernæs 2020. Nedgangen i sykefraværet over tid kan også forklares med «generelle faktorer som bedring av folkehelsen og arbeidsmiljøet» (Nossen 2022).

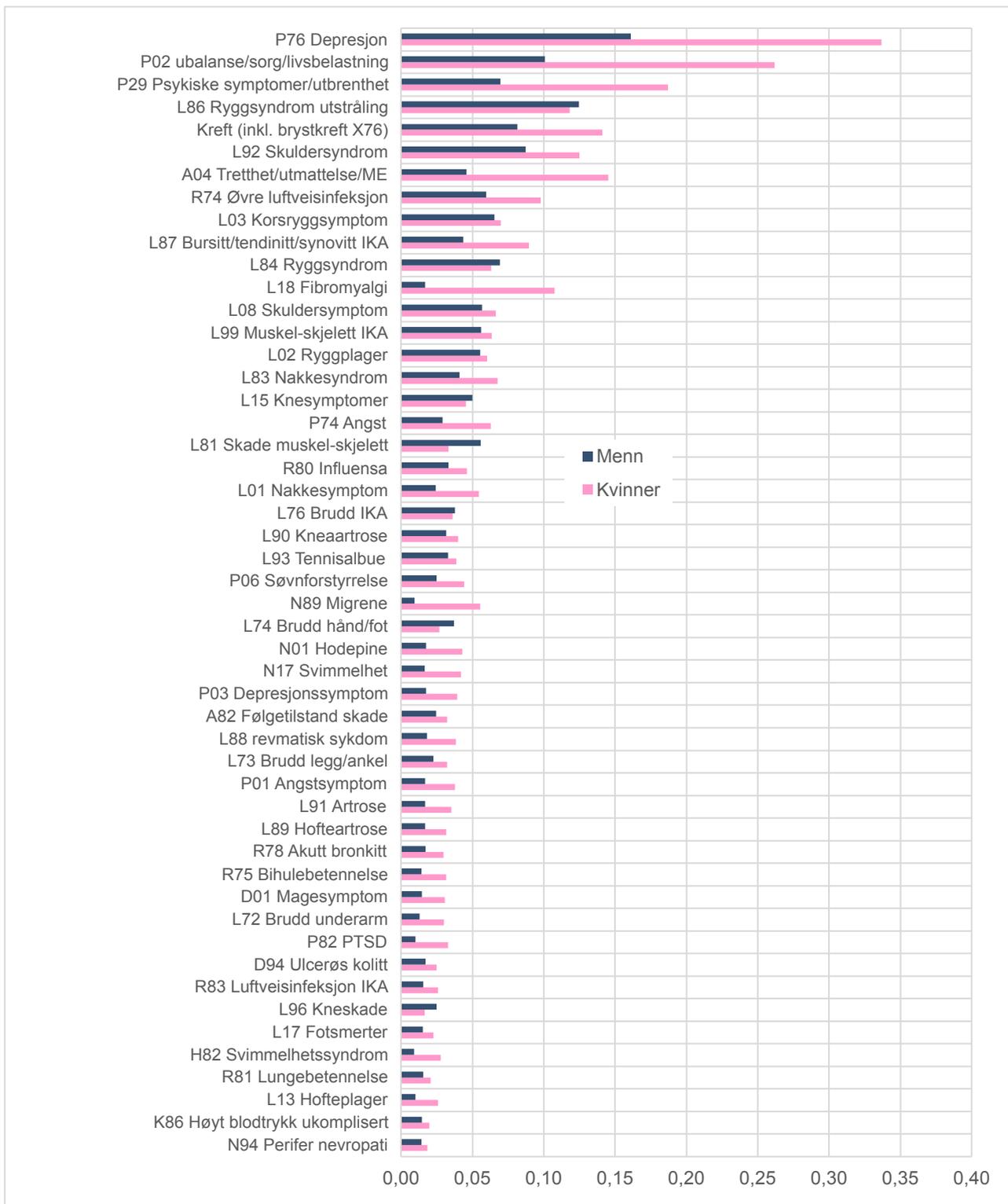
Det har skjedd flere endringer i hvilke organkapitler som bidro mest til kjønnsforskjellen i når vi sammenligner 2001 med 2019 (figur 2). Den største endringen er at kapitlet muskel- og skjelettlidelser har gått fra å forklare klart mest av kjønnsforskjellen, til nest mest, og langt mindre enn kapitlet psykiske lidelser. Dette skyldes bare i liten grad en økning i sykefraværet knyttet til psykiske lidelser, og først og fremst en stor nedgang i sykefravær knyttet til kapitlet muskel- og skjelettlidelser. I tillegg ser vi at sykdom i nervesystemet bidrar dobbelt så mye til kjønnsforskjellen i sykefravær i 2019 som i 2001. Kapitlet allment og uspesifisert bidrar mer til kjønnsforskjellen i sykefraværet i 2019, mens den relative kjønnsforskjellen i hjertekarsykdommer er redusert.

## Kjønnsforskjeller i diagnoser og diagnosegrupper

I figur 3 viser vi kjønnsforskjellene i sykefraværet for de 50 diagnosene som bidro mest til sykefraværet i 2019 for begge kjønn, rangert fra mest sykefravær (topp) til minst (bunn). For å gjøre tolkningen enklere viser vi også en figur der vi har slått sammen flere diagnoser som naturlig hører sammen (figur 4). Disse kaller vi diagnosegrupper. Tolkningen av resultatene er strukturert ut fra disse diagnosegruppene. Vi starter med å kommentere diagnosegruppen som bidrar mest til kvinners høyere sykefravær, og avslutter med å kommentere de som bidrar minst, eller der menn har høyere sykefravær. Av plasshensyn har vi unnlatt å kommentere noen av diagnosene som medfører lite sykefravær for begge kjønn.

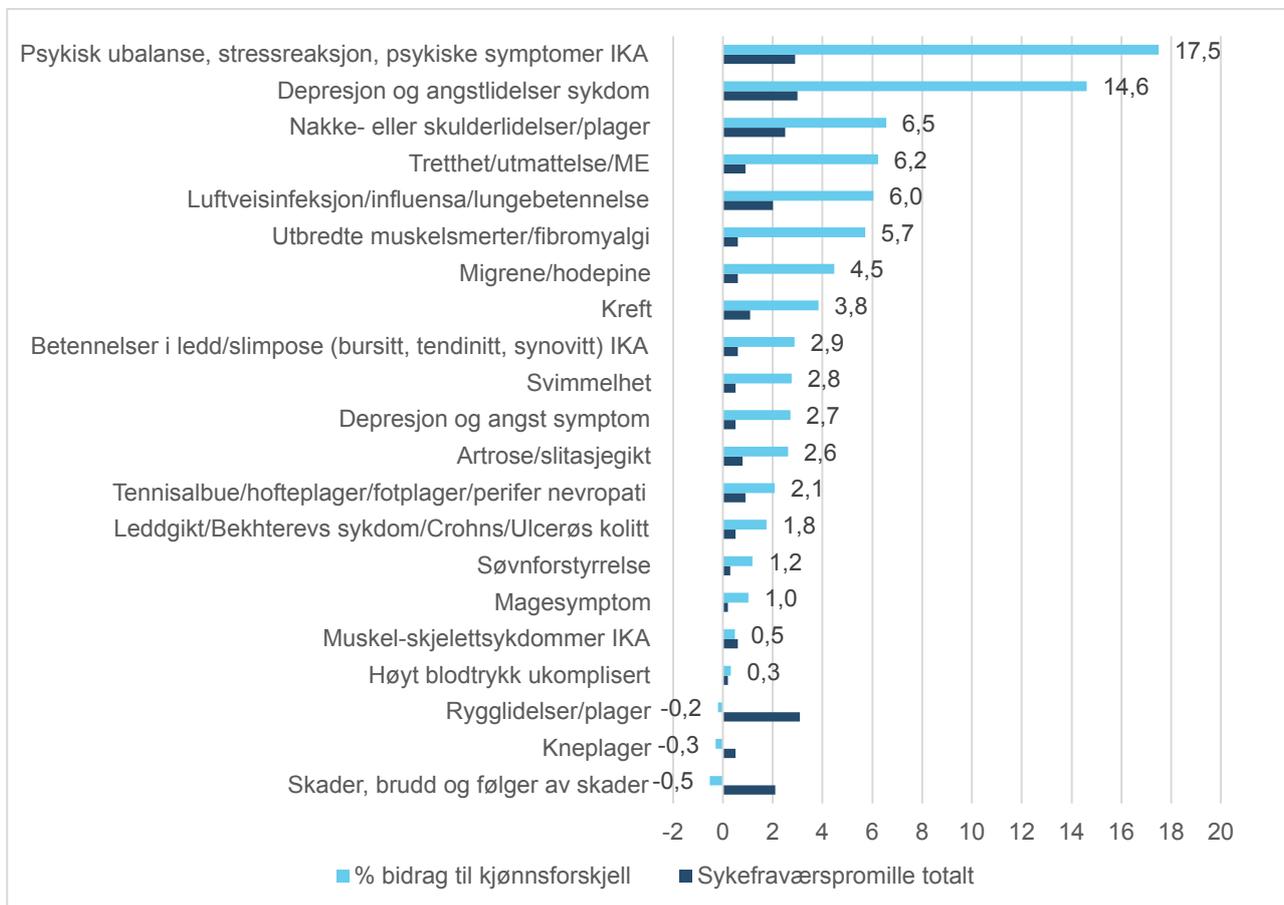
Sykefraværet påvirkes både av hvor mange som blir sykmeldt, varigheten på sykefraværet, og i hvilken grad den sykmeldte er delvis i jobb (gradert sykefravær). I tolkningen av kjønnsforskjellene bruker vi informasjon om kjønnsforskjeller i varighet og andel sykmeldte for enkelt diagnoser (tabell v1), noe som gir oss svar på om kjønnsforskjellene skyldes at flere

**Figur 3. Sykefraværsprosenten for de 50 diagnosene som medførte mest sykefravær avsluttet i 2019, rangert etter størrelse. Etter kjønn (uten gravide). Sykefraværsprosenten**



Kilde: NAV

**Figur 4. Diagnosegrupper bidrag til kjønnsforskjellen i sykefravær og den totale sykefraværspromille for hver gruppe. Sykefraværstilfeller avsluttet i 2019 uten gravide. Prosent (kjønnsforskjellen) og promille (sykefraværet)**



Kilde: NAV

kvinner er sykmeldt eller om det skyldes at kvinner har lengre fravær med samme diagnose. Med oss i tolkningen har vi også tall for utviklingen i sykefraværet knyttet til hver enkelt diagnose over tid (tabell v2). Store endringer over tid knyttet til mer uspesifikke symptomdiagnoser kan blant annet indikere endringer i hvilke diagnoser leger benytter ved sykmelding av samme tilstand, og trenger ikke å være et uttrykk for reelle endringer i yrkesaktives helsetilstand. Mer stabilt sykefravær knyttet til mer spesifikke diagnoser indikerer derimot en mer konsistent praksis i legenes diagnosesetting over tid, samt at sykdomsbyrden i den yrkesaktive befolkningen er ganske konstant over tid (tabell 1).

### Kreftdiagnoser i ICPC-2

Kreft er kodet med følgende diagnoser: A79, B72-B74, D74-D77, F74, H75, K72, L71, N74, R84-R85, S77, T71, T73, U75-U77, W72, X75-X77, Y77-Y78<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Se <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj/aar/2015-06-12?fane=om>

### Psykiske symptomer, stressreaksjon og utmattelse

I 2019 bidro de tre diagnosene utmattelse/unormal tretthet (A04), psykisk ubalanse situasjonsbetinget

**Tabell 1. Sykefraværspromillen for diagnosegrupper etter kjønn, alder og totalt. Uten gravide**

	Kvinner			Menn			Alle		
	16-39 år	40-69 år	Totalt	16-39 år	40-69 år	Totalt	Totalt	% av sykefravær	Tapte dagsverk
Depresjon og angstlidelser sykdom	4,7	4,1	4,3	1,9	2,0	2,0	3,0	8,9	1 635 536
Depresjon og angst symptom	1,0	0,6	0,8	0,4	0,3	0,3	0,5	1,6	287 405
Psykisk ubalanse, stressreaksjon, psykiske symptomer	4,0	4,8	4,5	1,5	1,9	1,7	2,9	8,6	1 584 079
Tretthet/utmattelse/ME	1,3	1,5	1,5	0,4	0,5	0,5	0,9	2,6	484 778
Kreft	0,4	2,2	1,4	0,2	1,3	0,8	1,1	3,2	595 225
Rygglidelser/plager	2,4	3,6	3,1	2,6	3,6	3,1	3,1	9,2	1 692 722
Nakke- eller skulderlidelser/plager	1,6	4,2	3,1	1,1	2,9	2,1	2,5	7,5	1 378 188
Kneplager	0,3	0,6	0,5	0,4	0,6	0,5	0,5	1,4	258 787
Tennisalbue/hofteplager/fotplager /perifer nevropati	0,6	1,4	1,1	0,5	0,9	0,7	0,9	2,6	470 418
Betennelser i ledd/slimpose (bursitt, tendinit, synovitt)	0,6	1,1	0,9	0,4	0,5	0,4	0,6	1,9	344 463
Leddgikt/Bekhterevs sykdom/Crohns/Ulcerøs kolitt	0,4	0,8	0,6	0,2	0,4	0,4	0,5	1,4	256 569
Skader, brudd og følger av skader	1,2	2,6	2,1	2,1	2,2	2,2	2,1	6,2	1 144 238
Artrose/slitasjegikt	0,1	1,7	1,1	0,1	1,1	0,7	0,8	2,5	451 769
Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi	0,7	1,4	1,1	0,1	0,2	0,2	0,6	1,7	306 802
Muskel-skjelettsykdommer IKA	0,4	0,8	0,6	0,4	0,7	0,6	0,6	1,7	320 638
Migrene/hodepine	1,0	1,0	1,0	0,3	0,3	0,3	0,6	1,7	315 681
Svimmelhet	0,5	0,8	0,7	0,2	0,3	0,3	0,5	1,3	243 684
Luftveisinfeksjon/influensa/lungebetennelse	2,5	2,5	2,5	1,7	1,4	1,6	2,0	5,8	1 070 181
Magesymptom	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,6	116 626
Høyt blodtrykk ukomplisert	0,0	0,3	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,5	90 539
Søvnforstyrrelse	0,4	0,5	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	1,0	180 328
Totalt 50 diagnoser	24,4	36,8	31,7	14,9	21,8	18,7	24,5	72,2	13 228 657
Totalt alt sykefravær	33,5	49,2	42,8	21,3	31,4	26,9	33,9	100,0	18 344 058

Kilde: NAV

(P02) og psykiske symptomer IKA<sup>6</sup> (P29) til omtrent 24 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær (figur 4). Det skyldes at over 2 ganger så mange kvinner som menn er sykmeldt med disse diagnosene, mens vi finner bare mindre kjønnsforskjeller i varigheten. Over

tid har det vært en sterk økning i sykefravær med diagnosene psykisk ubalanse situasjonsbetinget (P02) og psykiske symptomer IKA (P29) (tabell v2), som i stadig større grad også bidrar til kjønnsforskjellen i sykefravær. P29 inkluderer blant annet stressreaksjon og utbrenthet. Sykefraværet knyttet til A04 utmattelse og unormal tretthet har derimot vært ganske stabilt, men med en sterk økning i 2022 som trolig skyldes koronapandemien og long covid (se Moberg og

<sup>6</sup> IKA er forkortelse for ikke klassifisert annet sted. I ICPC er dette betegnelse på sekkediagnoser som inneholder en rekke forskjellige diagnoser som ikke er kodet andre steder.

Kabashi 2023). Vi nevner disse tre sammen fordi de alle er symptomdiagnoser, og fordi de alle i *noen* grad kan forstås som reaksjoner på livshendelser, livssituasjon eller annen ytre påvirkning. De tre diagnosene har også delvis overlappende diagnostiske kriterier.

Vi vil i utgangspunktet ikke knytte disse diagnosene til kjønnsforskjeller i *sykdomsrisiko*. Vi kan anta at sykefravær knyttet til dobbeltbyrde i småbarnsfasen, eller sykefravær knyttet til det å ha omsorg for barn med fysiske eller psykiske lidelser, for eksempel kodes med P02 eller P29. Kvinner gir uttrykk for større aksept enn menn i å bruke sykefravær ved negative livshendelser eller ved dårlig arbeidsmiljø på jobben (Holbæk-Hanssen, 2020), og det kan også tenkes å bidra til at kvinner er mer enn dobbelt så ofte sykmeldt på grunn av P02 eller P29. Mæland mfl. (2012) påpeker at mange pasienter på fastlegekontoret har sammensatte lidelser med flere forskjellige symptomer. I sykefraværstatistikken er det derimot bare registrert en hoveddiagnose, og pasientene med sammensatte lidelser blir borte i statistikken. En forklaring på økningen i bruken av disse diagnosene kan være at legene over tid har endret hvilke diagnoser de setter i møte med pasienter med sammensatte lidelser, og at de nå i større grad bruker P02 og P29, der de før brukte nakke- og skulderdiagnoser, som vi ser

Alle disse tre diagnosene er sammensatte, og inkluderer både uspesifikke symptomer og mer spesifikke lidelser eller tilstander. A04 inkluderer for eksempel både kronisk tretthetssyndrom (ME), postviralt tretthetssyndrom og annen tretthet eller utmattelse (fatigue) av ukjent årsak. Hovedsymptomet ved kronisk tretthetssyndrom er langvarig utmattelse, men i diagnosen inngår også flere andre symptomer som for eksempel søvnproblem, utbredte muskelsmerter og redusert konsentrasjonsevne<sup>7</sup>. Det er ikke medisinsk enighet om hva som er forklaringen på symptomene. Det er heller ingen konsensus om hva som er de diagnostiske kriteriene, noe som blant annet har medført at ulike studier har kommet til forskjellige prevalenstall<sup>8</sup>

<sup>7</sup> <https://www.helsenorge.no/sykdom/skader-og-sykdommer-i-hjernen/cfs-me/>

<sup>8</sup> Prevalens er det totale antallet personer som har en sykdom på et gitt tidspunkt.

(Jonsjö 2019). Samtidig er det et syndrom som det blir rapportert om i mange forskjellige land, og det rapporteres videre om at kvinner rammes omtrent 3 ganger så ofte som menn (Jonsjö 2019, s. 5). I en registerstudie basert på data fra den norske spesialisthelsetjenesten fant en at syndromet rammer 3 ganger så mange norske kvinner som menn, og at det blant kvinner er mange i 30-39 årsalderen som rammes (Bakken mfl. 2014). Noe av kvinners høyere sykefravær knyttet til A04 skyldes kronisk tretthetssyndrom, men det er ukjent hvor mye.

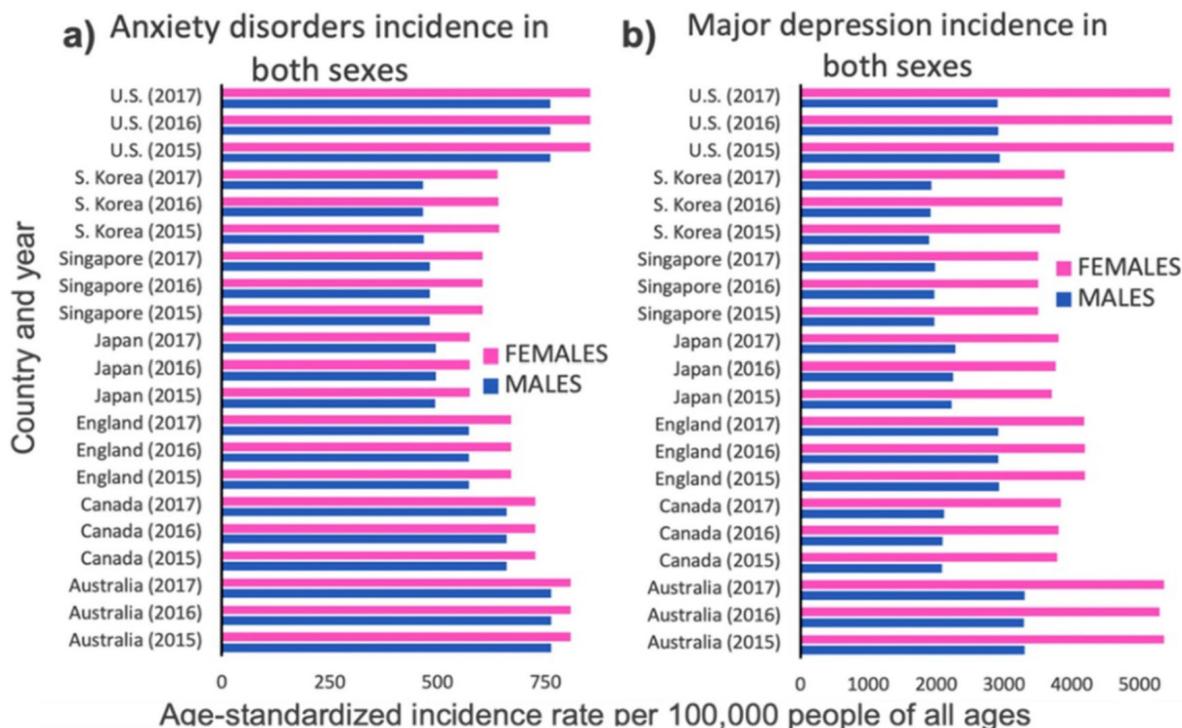
### Depresjon og angst

Depresjon er den diagnosen som bidro mest til sykefraværet både blant menn og kvinner i 2019 (figur 3), og sykefraværet knyttet til denne diagnosen har vært nokså stabilt de siste tyve årene (tabell v2). Også i 1985 var depresjon en av diagnosene som medførte flest tapte dagsverk, og omtrent dobbelt så mye blant kvinner som menn (Tellnes 1989). I 2019 var over 20 000 sysselsatte kvinner sykmeldt med klinisk depresjon (P76), mot omtrent 12 000 menn, noe som utgjør 1,9 ganger flere kvinner enn menn blant sysselsatte<sup>9</sup>. Angstlidelser er mindre vanlig som sykefraværsgrunn, men kvinner er også sykemeldt dobbelt så ofte med disse diagnosene. Sykefravær med angstlidelser og depresjon er langvarige og med tilnærmet lik varighet for kjønnene (tabell v1), og kvinners høyere sykefravær skyldes i hovedsak at flere kvinner enn menn sykmeldes med disse diagnosene. Klinisk depresjon og angstlidelser bidrar til omtrent 15 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær.

I ICPC-2 er depresjon én diagnose, P76, mens ICD-10 har fire hovedtyper som skiller mellom ulik alvorlighetsgrad. De er mild depresjon, moderat depresjon, dyp depresjon og dyp depresjon med psykose. Data fra helseregistre viser at klinisk depresjon er den klart mest utbredte psykiske sykdommen både globalt (Whiteford mfl. 2013, Brown mfl. 2022, figur 5) og i Norge. Dette finner en også i land med svakere velferdsstat og hvor kjønnene er mindre likestilte enn Norge. En fersk gjennomgang av data fra flere land

<sup>9</sup> Det er færre sysselsatte kvinner enn menn. For å regne ut forholdstallet blant sysselsatte har jeg dividert antallet sykmeldte for hvert kjønn med andelen sysselsatte i befolkningen.

**Figur 5.** Aldersstandardiserte insidensrater for angst og depresjon i utvalgte land med pålitelige helseregistre. Etter kjønn. Originalfigur er figur 4 i Brown mfl. (2022), og gjengitt med lisens fra *Creative Commons Attribution 4.0*. Figur er beskåret og utelater tre andre mindre prevalente diagnoser. Rate per 100 000



Kilde: Brown mfl. 2020, figur 4

med pålitelige helseregistre, viser at en finner de samme kjønnsforskjellene i insidensen<sup>10</sup> av depresjon (Brown mfl. 2022) i landene. I snitt rammes kvinner 1,8 ganger så ofte av depresjon som menn. Det er omtrent samme forholdstall som vi ser for depresjon på sykefravær i Norge. Det støttes også av tall fra det norske reseptregisteret som viser at det er 1,9 ganger flere kvinner enn menn som har resept på antidepressive medisiner i aldersgruppen 30-59 år. Forskning viser videre at forekomsten av depresjon er høy blant middelaldrende i yrkesaktiv alder. Siden kvinner har betydelig større risiko for depresjon, og gitt at sykdommen ofte medfører arbeidsuførhet, er det forventet at kvinner skal ha betydelig mer sykefravær knyttet til denne diagnosen.

<sup>10</sup> Insidens betyr antall nye tilfeller, her antall nye personer som blir diagnostisert med depresjon i løpet av ett år

Det er interessant å merke seg at andelen sykmeldte med angstlidelser<sup>11</sup> er langt lavere enn sykmeldte med depresjon, slik vi skulle forvente ut fra prevalenstallene i figur 6. Forskjellen skyldes hovedsakelig at langt færre er sykmeldt med angst, men også at disse sykefraværene varer kortere i gjennomsnitt. Vi finner imidlertid betydelig større kjønnsforskjeller i sykefraværet knyttet til angstlidelser enn det vi ser fra helseregistrene i land som USA, Japan og England (figur 6). Metastudier som oppsummerer funn fra epidemiologiske studier i mange forskjellige land finner imidlertid at angstsymptom er omtrent like utbredt som

<sup>11</sup> Ifølge Solem, Nilsen og Vogel (2016) kan generalisert angst, panikk lidelse, spesifikke fobier, posttraumatisk stresslidelse og tvangslidelser alle regnes som angstlidelser. I ICPC er generalisert angst og panikk lidelse kodet i P74 angst, mens tvangslidelser og fobiene som blant annet sosial angst, finner en i P79 fobi/obsessiv-kompulsiv lidelse. P79 er langt ned på listen over de største sykefraværtsdiagnosene, og det ser dermed ut til at det er generalisert angst, panikk lidelse og posttraumatisk stresslidelse som bidrar mest til sykefraværet innen angstlidelser.

depresjonssymptom i befolkningen, og at kvinner har omtrent dobbelt så høy forekomst av angstsymptomer som menn (Remes mfl. 2016, Steel mfl. 2014, McLean mfl. 2011). Ifølge McClean mfl. (2011) er høyere forekomst av angstlidelser hos kvinner gjennom livsløpet en av de best dokumenterte funnene i epidemiologien om psykiske lidelser.

### Migrene og hodepine

I 2019 var det fire ganger så mange sysselsatte kvinner som menn sykemeldt med migrene, og migrene var den sykefraværsmeldingen med størst relativ kjønnsforskjell i forekomst. Kvinner som var sykemeldt med migrene hadde i snitt betydelig flere sykefraværsdager enn menn sykemeldt med diagnosen. Blant kvinner var medianen 10 dager, mens snittet var på hele 42 dager. Blant menn var varigheten på henholdsvis 5 og 28 dager (tabell v1). At gjennomsnittsvarigheten er så mye høyere enn medianen viser at mange med migrene har korte sykefravær, men at en mindre gruppe av migrenepasienter er hardere rammet. Flere med migrene har kortvarige, men hyppige sykefravær (Delalic m.fl. 2024). Kvinner hadde også betydelig mer sykefravær med diagnosen N01 hodepine, men kjønnsforskjellen er mindre enn for migrene. Totalt sett bidrar migrene og hodepine til 4,5 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær, og er den 7. viktigste av diagnosegruppene (figur 5). Over tid har sykefraværet knyttet til både migrene og hodepine økt betydelig, og dette er en viktig årsak til at N-kapitlet nå betyr mer for kjønnsforskjellen i sykefravær.

I den medisinske litteraturen om både migrene og hodepine er det konsensus om at flere kvinner enn menn rammes (Vetvik og MacGregor 2016). En finner en betydelig overvekt av kvinner både i studier basert på pasienter i spesialisthelsetjenesten (Verhagen mfl. 2023) og i studier basert på selvrapporing (Stovner mfl. 2018, Stewart mfl. 2008). Flere artikler rapporterer om et forholdstall mellom kvinner og menn på 3:1 etter fylte 20 år, og med høy prevalens blant folk i yrkesaktiv alder. I en oppsummeringsstudie om migrene påpeker forskerne at kvinner med migrene rapporterer om sterkere symptom enn menn, i form av lengre og mer hemmende anfall (Vetvik og MacGregor 2016), noe som kan forklare at kvinner med migrene har omtrent dobbelt så lang sykefravær-

svarighet som menn med migrene. Kjønnsforskjellen i andelen med migreneanfall er stor allerede i slutten av tenårene, og kan dermed ikke forklares med dobbeltarbeid i småbarnsfasen eller med forskjeller i arbeidsmiljøbelastninger (Stewart mfl. 2008). Forskningen peker derimot på effekter av kvinnelige kjønnshormon som årsak til at kvinner oftere rammes av migrene (Vetvik og MacGregor 2016, s. 6), og migreneanfall blant kvinner tenderer mot å følge menstruasjonssyklusen. Tall fra reseptregisteret viser at over 4 ganger så mange kvinner som menn i yrkesaktiv alder tar migrenemedisiner, og at kvinner i aldersgruppen 45-49 år toppe statistikken.

### Svimmelhet

Det er to svimmelhetsdiagnoser blant de 50 største sykefraværsmeldingene; sykdomsdiagnosen H82 svimmelhetssyndrom og symptomdiagnosen N17 svimmelhet IKA. Disse to diagnosene utgjør bare 1,3 prosent av det totale sykefraværet, men forklarer likevel 2,8 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær (tabell 1). Det skyldes at 2,5 ganger så mange kvinner som menn er sykemeldt med disse diagnosene, mens varigheten er ganske lik for begge kjønn.

I en oppsummeringsstudie rapporteres det om at kvinner har mellom 2 til 3 ganger så stor risiko for å rammes av en av de vanligste svimmelhetslidelsene<sup>12</sup> (Neuhauser 2016). En svensk studie basert på selvrapporing av svimmelhetssymptom, finner at symptomene er utbredt i befolkningen, og at kvinner rammes omtrent dobbelt så ofte som menn (Mendel mfl. 2010). Andelen som plages med svimmelhet øker med alderen. De fleste undersøkelser om prevalensen av svimmelhet er basert på selvrapporing. Forskjellen kan derfor skyldes skjevhet i utvalg eller at kvinner og menn svarer forskjellig. En registerstudie fra Taiwan viser imidlertid at 2 ganger så mange kvinner som menn har kontakt med helsevesenet på grunn av svimmelhet. Videre finner forskerne at kjønnsforskjellen er stor i alle aldersgrupper, inkludert i alderen 30-59 år (Lai mfl. 2011).

.....  
<sup>12</sup> Vestibulær balanseforstyrrelse

## Søvnforstyrrelse

I 2019 var omtrent 10 000 personer sykmeldt med P06 søvnforstyrrelse, og sykefraværet knyttet til denne diagnosen har økt siden 2001. Det er flere somatiske og psykiske lidelser som også har søvnproblemer som symptom, men om diagnosen P06 står det som et krav at «at både lege og pasient mener at problemet ikke er forårsaket av en annen lidelse, men er en egen tilstand.» (ICPC-2, s. 196). Kvinner var 1,6 ganger så ofte sykmeldt med søvnforstyrrelse i 2019, og diagnosen bidrar til 1,2 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær. Sykefravær med denne diagnosen er blant de med kortest varighet, med omtrent samme varighet for begge kjønn (tabell v1).

Studier fra en rekke ulike land, som Japan, Nederland, Storbritannia og USA viser entydig at «kvinner rapporterer om dårligere søvnkvalitet og mer søvnproblemer enn menn», noe som også nylig ble funnet i en norsk studie gjennomført i 2022 (Saxvig mfl. 2023). I en annen norsk undersøkelse blant yrkesaktive foreldre svarte 25 prosent av kvinnene og 15 prosent av mennene at de har «søvnløshet som går ut over arbeidsevnen» (Østby mfl. 2018). At kvinner i yrkesaktiv alder oftere har søvnproblemer støttes av data fra reseptregisteret som viser at 1,8 ganger flere kvinner enn menn i yrkesaktiv alder har resept på sovemidler, og kjønnsforskjellen i andelen med resept på sovemidler øker med alderen.

Forskerne påpeker at det kan være flere årsaker til mer søvnproblemer blant kvinner enn menn, og de viser blant annet til at kvinner kan være særlig utsatt for søvnproblemer i svangerskapet og ved omsorg for spedbarn. En annen forklaring som nevnes er biologiske forskjeller knyttet til kjønnshormoner, og undersøkelser viser at søvnproblemer øker blant kvinner når de nærmer seg overgangsalderen (Nowakowski mfl. 2013).

## Kreft

Menn rammes oftere av kreft enn kvinner, og internasjonalt rapporteres det om at menn har omtrent to ganger så høy risiko for å dø av kreft (Klein og Flanagan 2016). I Norge hadde menn 30 prosent høyere risiko

for å få kreft enn kvinner i 2022<sup>13</sup>. Det er derfor noe overraskende at kvinner har høyere sykefravær på grunn av kreft enn menn. I 2019 bidro kreft til 3,7 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær, og det skyldes hovedsakelig at det var 1,5 ganger flere kvinner enn menn som var sykmeldt med kreftdiagnoser. Noe lengre varighet blant kvinner bidrar også til kjønnsforskjellen i sykefraværet (median varighet for kvinner: 88 dager, menn: 77 dager, tabell v1). Kreft utgjorde 3,2 prosent av det totale sykefraværet i 2019 (tabell 1), og er den diagnosen som er knyttet til lengst sykefravær for begge kjønn.

Forklaringen på at kvinner har mer sykefravær med kreft er at kvinner i *yrkesaktiv* alder har betydelig høyere risiko for å få kreft enn menn i samme alder, og særlig i alderen 40-54 år<sup>14</sup>. Dette snur i 60-årene, og i befolkningen over 70 år er krefttrisikoen betydelig høyere blant menn enn blant kvinner. Brystkreft<sup>15</sup> er den klart vanligste diagnosen blant kvinner som er sykemeldt med en kreftdiagnose, og står for halvparten av sykefraværet i gruppen.

## Autoimmune lidelser og betennelser

I ICPC-2 er autoimmune lidelser blant annet kodet med L88 revmatisk sykdom og D94 kronisk enteritt/ulcerøs kolitt<sup>16</sup>. L88 inkluderer blant annet leddgikt, som oftest rammer kvinner, men også Bekhterevs sykdom som oftere rammer menn. Kvinner har over dobbelt så høyt sykefravær med L88 som menn, og det skyldes først og fremst at kvinner er 2,1 ganger så ofte sykmeldt. Det er langt mindre kjønnsforskjell for ulcerøs kolitt, med 1,2 ganger flere kvinner sykmeldt. Til sammen forklarer de to diagnosene 1,8 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær.

<sup>13</sup> <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/kreft/?term=>

<sup>14</sup> Se Kreftregisterets statistikkbank med insidenstall fordelt på kjønn og aldersgrupper [https://sb.kreftregisteret.no/?sub=incidence\\_table&lang=no](https://sb.kreftregisteret.no/?sub=incidence_table&lang=no)

<sup>15</sup> Brystkreft hos kvinner er kodet med X76. X er diagnoser som kun rammer kvinner. Menn kan også en sjelden gang rammes av brystkreft, og da er det kodet i Y

<sup>16</sup> Flere andre autoimmune sykdommer som for eksempel lupus (SLE) og Sjøgrens syndrom, som forekommer langt hyppigere blant kvinner enn blant menn, er plassert i sekke kategorien Muskel- skjelett IKA (L99 ikke klassifisert annet sted). Denne inneholder også en rekke andre diagnoser, både skader og sykdommer, og er lite informativ.

Internasjonale studier viser at kvinner oftere rammes av autoimmune sykdommer enn menn (Brown mfl. 2022, Klein og Flanagan 2016). Det er enighet om at dette skyldes kjønnsforskjeller i immunforsvaret. Kvinner har et sterkere immunforsvar som beskytter bedre mot infeksjonssykdommer, men som også medfører at kvinner er mer utsatt for lidelser der immunforsvaret angriper friske celler (Klein og Flanagan 2016).

Bursitt/synovitt/tendinit IKA (L87) er ulike former for betennelser i ledd, og er den 10. største sykefraværdsdiagnosen. Den bidrar til 2,9 prosent av kjønnsforskjellen. Det skyldes både at kvinner er nesten 3 ganger så ofte sykmeldt med L87, og at det er vesentlig lengre varighet blant kvinner. Felles for alle disse tre formene for betennelsestilstander er at de kan være forårsaket av både belastningsskader og revmatiske lidelser<sup>17</sup>.

### Utbredte muskelsmerter og fibromyalgi

Det er 3,4 ganger så mange kvinner som menn sykmeldt med utbredte muskelsmerter og fibromyalgi (L18), og kvinner har i tillegg over dobbelt så lang varighet knyttet til diagnosen med en median på 22 dager blant kvinner. Diagnosen bidrar til å forklare 5,7 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær og var den sjettede høyest rangerte av diagnosene i 2019.

Hovedsymptomet på fibromyalgi er utbredte smerter. Det er også vanlig med andre symptomer som «utmattelse, mageproblemer, søvnproblemer og tretthet»<sup>18</sup>. Flere av symptomene overlapper med kronisk tretthetssyndrom/ME (NOU 2023:5, s. 135). Diagnosen stilles ved beskrivelse av symptomer, og når en ikke kan finne noen medisinsk forklaring på dem. I Kvinnehelseutvalgets utredning er fibromyalgi nevnt som en av flere lidelser under overskriften «medisinsk uforklarte plager og symptomer» (NOU 2023:5, s. 161).

Konsensus fra internasjonale studier om fibromyalgi er at kvinner rammes langt oftere enn menn. Ifølge Ruschak mfl. (2023) er mellom 80 til 96 prosent av de

som rammes av tilstanden er kvinner. En oppsummeringsstudie som inkluderer studier fra blant annet land som Brasil, Bangladesh, Malaysia og Portugal finner en høyere prevalens av fibromyalgi blant kvinner i alle land, og med gjennomsnittlig 3 ganger så høy forekomst blant kvinner (Queiroz 2013). Tall fra amerikanske sykehus at 88 prosent av de som var innlagt med fibromyalgi er kvinner (Haviland, Przekop og Banta 2011), og med høy andel innleggelser blant kvinner i alderen 40-64 år.

### Slitasjegikt

Slitasjegikt heter artrose i medisinsk terminologi<sup>19</sup>. Ifølge WHO er det en av de viktigste årsakene til nedsett funksjonsevne blant de som er 60 år og eldre, men slitasjegikt kan også ramme yngre. Det viktigste symptomet på slitasjegikt er smerter i ledd, ofte begrenset til for eksempel hofte eller kne, men det gir også flere andre symptomer som «hevelser, stivhet, innskrenket bevegelsesutslag, fatigue og funksjonsnedsettelse» (Opheim 2021, s. 9). I 2019 utgjorde sykefraværet knyttet til slitasjegikt 2,5 prosent av alt sykefravær, og sykefraværet har vært tilnærmet stabilt over tid. Blant de under 40 år er det nesten ikke sykefravær knyttet til slitasjegikt og heller ikke noen kjønnsforskjell, mens blant de over 40 år er det en betydelig årsak til sykefravær (tabell 1), og med mer sykefravær blant kvinner. Det er relativt få sykmeldt med slitasjegikt, men sykefraværsvaregheten er ofte lang, særlig for hofteleddartrose med en medianvarighet på 84 dager (i 2019). Diagnosegruppen bidrar til 2,6 prosent av kjønnsforskjellen, og det skyldes i hovedsak at det er 1,5 ganger flere kvinner som er sykmeldt med slitasjegikt. Kvinner sykmeldt med artrose hadde i snitt også noe lengre sykefravær enn menn.

Studier fra flere forskjellige land viser at kvinner rammes noe oftere enn menn av artrose, og særlig etter 50-årsalderen, noe som blir sett i sammenheng med kvinners overgangsalder. Det er også indikasjoner på at tilstanden rammer kvinner hardere enn menn (Ferre mfl. 2019). Det har vært vanskelig å finne internasjonale studier som rapporterer om kjønnsforskjeller i

<sup>17</sup> <https://www.revmatiker.no/diagnose/bursitt/?#section1>

<sup>18</sup> <https://www.niams.nih.gov/health-topics/fibromyalgia>

<sup>19</sup> På engelsk heter det osteoarthritis

artroseprevalens for folk i yrkesaktiv alder. Registerdata fra norske sykehus viser at 1,3 ganger så mange kvinner som menn i 40-59 årsalderen ble behandlet for artrose, og 1,5 ganger så mange i aldersgruppen 60-69 år<sup>20</sup>.

### Muskel- og skjelettplager

Rygglidelser (L86, L03, L84 og L02) er den av diagnosegruppene som medfører mest sykefravær og utgjorde 9,2 prosent av alt fravær i 2019 (tabell 1). Menn og kvinner omtrent like mye sykefravær knyttet til rygglidelser. Dette gjenspeiles i at omtrent like mange menn som kvinner i alderen 20-59 år var innlagt på sykehus med rygglidelser i 2019<sup>21</sup>. Over tid har det blitt langt mindre sykefravær knyttet til rygglidelse<sup>22</sup>. Smerter og plager i kne er også knyttet til betydelig sykefravær i Norge, om enn langt mindre enn rygg, og her finner vi også omtrent likt sykefravær mellom kjønnene. Dette nyanserer den generelle observasjonen av at kvinner har høyere sykefravær innen muskel- og skjelettlidelser enn menn.

Lidelser og plager i nakke, skulder og hofte er også vanlige årsaker til sykefravær, og på alle disse tre områdene er det betydelig høyere sykefravær blant kvinner enn blant menn. De tre diagnosegruppene utgjorde 7,5 prosent av alt sykefravær og bidro totalt til 7,6 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær. Smerter eller plager i nakken bidrar mest og hofteplager minst. Kvinners høyere sykefravær på disse tre områdene skyldes i hovedsak at det er betydelig flere kvinner som er sykmeldt, og det gjelder særlig hofteplager og nakkeplager.

Selvrapporing av smerter i befolkningsstudier viser lignende kjønnsforskjeller i muskel- og skjelettplager som avdekkes i sykefraværdataene. En surveyundersøkelse fra Nederland viser at smerter i korsryggen er mest utbredt, og der finner de ingen kjønnsforskjell (Wijnhoven de Vet og Picavet 2006). Skuldersmerter og nakkesmerter er på henholdsvis andre og tredje

plass i utbredelse, og for begge er det signifikant flere kvinner enn menn som rapporterer om plager. Hofte-smerter er langt mindre vanlig, men rapporteres omtrent 2,5 ganger så ofte blant kvinner. Også i danske og norske surveyundersøkelser rapporterer kvinner betydelig oftere om nakkesmerter, mens det er mindre kjønnsforskjeller i rapportering av ryggsmarter (Sundhedsstyrelsen 2018, s. 42)<sup>23</sup>. Alt i alt er det grunnlag for å hevde at kjønnsforskjellene i sykefravær knyttet til smerter og plager i ulike deler av muskel- og skjelettsystemet i stor grad gjenspeiler kjønnsforskjeller i hyppigheten av slike plager i befolkninger.

### Luftveislidelser

I antall personer med legemeldt sykefravær er de ulike smittsomme luftveislidelser (øvre luftveisinfeksjon, influensa, akutt bronkitt, bihulebetennelse, luftveisinfeksjon IKA, lungebetennelse) den klart største diagnosegruppen på listen (tabell v1). Sykefravær med luftveislidelser er kortvarige med medianvarighet på mellom 4 og 9 dager. Luftveislidelser var knyttet til 5,8 prosent av sykefraværet, og bidro til 6 prosent av kjønnsforskjellen. Det høyere sykefraværet blant kvinner skyldes i all hovedsak at betydelig flere kvinner var sykmeldt med disse diagnosene, og størst relativ forskjell er det for sykefravær med bihulebetennelse med 2,1 ganger flere kvinner sykmeldt. I den sammenheng vil vi vise til at det var en dobling i sykefraværet med bihulebetennelse blant førstegangsfødende kvinner etter at barnet nådde barnehagealder (Lima 2018, tabell 6).

På dette området er det grunn til å anta typiske kvinneyrker er en viktig forklaring på kjønnsforskjellen, og særlig knyttet til det å jobbe i barnehage og i grunnskolen. 9 av 10 ansatte i barnehage er kvinner, mens det gjelder 7 av 10 ansatte i grunnskolen. Små barn har dårligere immunforsvar, og barn som går i barnehage er ofte rammet av forkjølelse, halsbetennelse og ørebetennelse. Dette utgjør en stor smitekilde for de ansatte. At kvinner oftere jobber innen helse- og omsorgsykker, kan også medføre at de har økt behov

<sup>20</sup> Ssb.no tabell 10261

<sup>21</sup> Ssb.no tabell 10261 - pasienter på somatiske sykehus totalt med rygglidelser i aldersgruppene 20-59 år

<sup>22</sup> Reduksjon i ryggsyndrom med og uten utstråling, samt i ryggplager, men en økning i korsryggsymptom

<sup>23</sup> <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/veileder-i-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/muskel-og-skjelettplager/generelt/forekomst>

for sykemelding ved smittsomme sykdommer for å beskytte pasienter fra smitte.

En oppsummeringsstudie om kjønnsforskjeller i luftveislidelser konkluderer med at kvinner oftere rammes av øvre luftveisinfectionsjoner, og særlig bihulebetennelse, betennelse i mandlene og ørebetennelse. Menn rammes derimot oftere av nedre luftveisinfectionsjoner som lungebetennelse og akutt bronkitt (Falagas mfl. 2007). Forskerne påpeker at disse forskjellene kan skyldes biologi, og at for eksempel høyere forekomst av bihulebetennelse blant kvinner kan forklares med forskjeller i anatomi. Men kjønnsforskjellene kan også skyldes ulik livsstil og ulik eksponering for smitte. Betydelig flere menn enn kvinner ble alvorlig syke og døde av covid-19 (Kharroubi og Diab-El-Harake 2022), noe som blant annet forklares med kjønnsforskjeller i immunforsvaret. En studie fra Nederland viser at betydelig flere kvinner enn menn oppsøker allmennleger med symptomer på luftveislidelser (Groeneveld mfl. 2020). Forfatterne påpeker at både kan skyldes ulik sykdomsrisiko mellom kjønnene, men at det også kan skyldes at kvinner oftere går til lege når de får luftveislidelser. For luftveislidelser viser altså forskningen om kjønnsforskjeller i risiko et sammensatt bilde.

### **Bruddskader, knusningsskader og amputasjoner**

Også ulike skader<sup>24</sup> bidrar til en betydelig andel av sykefraværet i Norge (6,2 prosent av sykefraværet), og innen denne diagnosegruppen har menn noe høyere sykefravær enn kvinner. Menn er oftere sykmeldt innen nesten alle skadediagnoser på listen, med unntak av brudd i underarm (tabell v1). Det er særlig stor overvekt av menn med sykmelding innen L81 skade muskel-skjelett, med 1,6 ganger flere menn enn kvinner. Diagnosen (L81) inkluderer blant annet dyptliggende fremmedlegeme, større indre blødninger som følge av skade og traumatisk amputasjon. Dette gjenspeiler at menn er mer utsatt for alvorlige ulykker både i jobb og på fritiden frem til 60 årsalderen, med

størst kjønnsforskjell i alderen 20-39 år<sup>25</sup>. I aldersgruppen 16-39 år har menn 1,8 ganger mer sykefravær på grunn av skader enn kvinner. Blant de over 40 år har kvinner litt mer sykefravær på grunn av skader enn menn (tabell 1).

### **Oppsummering og drøfting**

Utgangspunktet for denne artikkelen er at kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn, og at forskning har vist at det ikke kan forklares med at kvinner jobber i yrker som fører til høyere sykefravær. Forklaringen må ligge et annet sted, og i denne artikkelen har vi undersøkt om kvinners høyere sykefravær skyldes kjønnsforskjeller i helse. For å svare på dette spørsmålet har vi beskrevet kjønnsforskjeller i sykefravær med ulike diagnoser som utgangspunkt. Videre har vi undersøkt om vi finner liknende kjønnsforskjeller i helse fra andre kilder og andre land. Artikkelen har altså *kjønnsforskjeller* i fokus, og all drøfting handler om gjennomsnittsforskjeller mellom kjønnene. Slike gjennomsnittsforskjeller i sykefravær skal ikke tolkes som at det gjelder alle menn og kvinner, og vi vil minne om at det er store individuelle forskjeller i sykefraværet innad i hvert kjønn.

Vi har vist at en ganske betydelig andel av kjønnsforskjellen i sykefravær gjelder lidelser som kvinner oftere rammes av enn menn. Dette gjelder flere forskjellige lidelser og sykdommer som angstlidelser og depressive lidelser, migrene og hodepine, svimmelhet, kronisk tretthetssyndrom, revmatiske sykdommer, betennelser i ledd og slimposer, fibromyalgi, slitasjegikt, og smerter og plager i nakke, skulder og hofter, samt søvnforstyrrelser. Vi finner også at kreft bidrar til høyere sykefravær blant kvinner, til tross for at menn har større risiko for å rammes av en kreftsykdom. Forklaringen på det er at kvinner har betydelig høyere risiko for å få en kreftdiagnose før fylte 60 år, noe som skyldes høy forekomst av brystkreft blant kvinner i yrkesaktiv alder. Samlet sett finner vi støtte for at en betydelig del av kvinners høyere sykefravær kan forklares med at kvinner i yrkesaktiv alder oftere

<sup>24</sup> Gruppen inneholder kun de diagnosene som er på listen over de femti største, og har ikke med alle skadediagnosene på ICPC-2.

<sup>25</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personskadedata-2022/aktivitet-i-personskadedata/kontaktarsak> . Kjønnsforskjellen i skader har imidlertid blitt redusert over tid.

rammes av disse sykdommene. Dette samsvarer med Østby mfl. (2018) som måler helsen til et utvalg yrkesaktive menn og kvinner med barn i skolealder, og finner at kjønnsforskjeller i helse er en viktig forklaring på kjønnsforskjellene i sykefravær.

Et avgjørende poeng er at vi har funnet dokumentasjon på at kvinner har betydelig høyere risiko for mange av disse lidelsene i forskjellige land og med data fra ulike kilder. Vi finner de samme forskjellene i utvalgsundersøkelser med selvrapportert helse, i registerdata om bruk av helsetjenester og i de norske og svenske reseptregistrene. At forekomsten av ulike diagnoser er lik også på tvers av land med ulik kultur og ulik grad av likestilling, sannsynliggjør at de er universelle, og må forstås uavhengig av insentivene i den norske sykepengeordningen og av særtrekk ved norsk kultur. Kjønnsforskjellene innen både psykiske lidelser, migrene, revmatiske lidelser og enkelte muskel- og skjelettlidelser oppstår i ung alder, og før man stifter familie eller er i jobb. Universelle kjønnsforskjeller kan indikere en biologisk komponent, og innen flere av lidelsene vi har beskrevet er det dokumentasjon på biologiske kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko (NOU 2023:5, s. 50). Det skal samtidig understrekes at det på flere områder er manglende kunnskap om årsakene til kjønnsforskjeller i lidelser (NOU 2023: 5, s. 50).

Vi ser samtidig at menn har noe høyere sykefravær på grunn av skade. Dette er som forventet, siden betydelig flere menn enn kvinner i yrkesaktiv alder er utsatt for skader. En årsak til det er at menn oftere er utsatt for arbeidsulykker. Ryggliidelser er en viktig årsak til sykefravær i Norge, og innen denne diagnosegruppen har menn og kvinner omtrent like høyt sykefravær. Dette bidrar til å nyansere den generelle observasjonen av at kvinner er mer sykmeldt med muskel- og skjelettlidelser.

Depresjon (P76) er den diagnosen som medførte mest sykefravær i 2019, og slik har det vært i hele perioden fra 2002 til 2022. Det er også den diagnosen som bidrar mest til at kvinner har høyere sykefravær enn menn i 2019. Det skyldes at nesten dobbelt så mange kvinner som menn sykmeldes med depresjon, mens det er bare er små kjønnsforskjeller i hvor mange

dager de er borte fra jobb. Klinisk depresjon og angstlidelser forklarer til sammen 14,6 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær. Det er godt dokumentert at kjønnsforskjellene i både depresjon og angst oppstår allerede i tidlig i tenårene (Lewis mfl. 2020), og *forskjellen* kan dermed ikke forklares med kjønnsforskjeller i arbeidsmiljøbelastninger eller dobbeltarbeid i småbarnsfasen. Både depresjon og angstlidelser er forårsaket av «et komplekst samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer» (Nysæther og Walvig 2016, s. 123). Genetisk arv er en viktig forklaring på om en er disponert for å få depresjon eller angstlidelser<sup>26</sup>, mens stressende livshendelser kan være en utløsende faktor (Nysæther og Walvig 2016). Personlighetstrekket nevrotisme er assosiert med økt risiko for depresjon og angstlidelser, og en forklaring er at kvinner er mer utsatt for disse lidelsene fordi de i *gjennomsnitt* skårer høyere enn menn på nevrotisme (NOU 2023:5, s. 53 og McClean mfl. 2011).

Selv om vi har sannsynliggjort at kjønnsforskjeller i sykefraværet knyttet til flere spesifikke diagnoser kan forklares med at flere kvinner rammes av disse lidelsene, kan det også være andre faktorer som bidrar til at kvinner har høyere sykefravær med disse diagnosene. For eksempel finner vi at kvinner i gjennomsnitt har noe lengre sykefravær for nesten samtlige diagnoser vi har undersøkt, inkludert 4 av de 5 største luftveissykdommene. En registeranalyse viser at dette også gjelder ved kontroll for blant annet yrke, inntekt og antall barn (Østbakken 2013). En tolkning av dette er at kvinner rammes hardere av omtrent samtlige sykdommer, og trenger lengre fravær av rent helsemessige årsaker. For noen sykdommer, som migrene, er det dokumentert at kvinner rammes hardere enn menn. Vi har ikke undersøkt hva forskningen sier om kjønnsforskjeller i alvorlighetsgrad for alle de ulike diagnosene, men det er lite sannsynlig at kvinner rammes hardere av samtlige lidelser vi ser på. En annen tolkning er at menn og kvinner reagerer ulikt ved samme lidelse, noe som også kan sees i lys av at kvinner har større aksept for mer langvarige sykefravær i ulike situasjoner (Hellevik mfl. 2019). Det kan tolkes

<sup>26</sup> Tvillingstudier viser at genetisk arv forklarer halvparten av variasjonen i depresjon (Nysæther og Walvig 2016, s. 124).

som at sykmeldte menn i gjennomsnitt forsøker å komme seg tilbake i jobb raskere, eller at kvinner prioriterer egen helse litt høyere, og i større grad venter til de er friskere før de returnerer til jobb. Det kan også tenkes at noe av forskjellen skyldes at helsepersonell i snitt gir kvinner litt lengre sykmelding enn menn, eller at arbeidsgivere har ulike forventninger til når menn og kvinner skal returnere til arbeid etter et sykefravær.

Kvinner har langt høyere sykefravær knyttet til mer uspesifikke symptomdiagnoser som gjelder livsbelastninger, tretthet, utbrenthet og stressreaksjon. En mulig forklaring kan være at kvinner opplever større belastninger enn menn når de kombinerer arbeidsdelaktelse med familieforpliktelser, og særlig omsorg for små barn, samt at kvinner har lavere terskel enn menn for å sykmelde seg ved ulike belastende livssituasjoner.

Det at deler av kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes kjønnsforskjeller i sykdom og lidelser - forskjeller som ofte oppstår allerede i ungdomsalderen - betyr ikke at forskjellene er statiske eller umulige å gjøre noe med. Sykefraværet blant menn knyttet til hjerte- og karlidelser er for eksempel halvert i perioden, noe som blant annet skyldes store fremskritt i den medisinske behandlingen av disse sykdommene samt stor nedgang i andelen dagligrøykere i befolkningen. Regelverksendringene i 2004 med krav om å oftere benytte gradert sykemelding medførte reduksjon i sykefraværet for begge kjønn, og særlig fravær knyttet til kapitlet muskel- og skjelettlidelser, men det medførte ikke reduserte kjønnsforskjeller (Markussen 2010, Brage og Kann 2006). En betydelig forbedring i behandlingen av depresjon og angstlidelser ville sannsynligvis ha medført både redusert sykefravær generelt og mindre kjønnsforskjeller.

## Referanser

Angelov, Nikolay, Per Johansson og Erica Lindahl (2018). «Sick of family responsibilities?». *Empirical Economics*, 58:777-814

Bakken, Inger Johanne, Kari Tveito, Nina Gunnes, Sara Ghaderi, Camilla Stoltenberg, Lill Trogstad, Siri Eldvik Håberg og Per Magnus (2014). «Two age

peaks in the incidence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a population-based registry study from Norway 2008-2012». *BMC Medicine*, 12:167

Borchgrevink, Petter C., Olav Magnus S. Fredheim, Egil A. Fors, Karen Hara, Are Holen og Tore C. Stiles (2009). «Hva er sammensatte lidelser?» *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 129: 1368

Brage, Søren og Kann, Inger Cathrine (2006). «Fastlegers sykmeldingspraksis II: Regelendringer og legeprogrammet». Rapport 06/2006. Oslo: Rikstrykdeverket

Brage, Søren, Jon Petter Nossen og Ola Thune (2013). «Flere blir sykmeldt for symptomer og plager». *Arbeid og Velferd* 2/2013, 88-98

Bratberg, Espen, Svenn-Åge Dahl og Alf Erling Risa (2002) «'The Double Burden': Do Combinations of Career and Family Obligations Increase Sickness Absence among Women?». *European Sociological Review*, 18: 2, 233-249.

Brekke, Idunn, Elena Albertini Früh, Lisbeth Gravdal Kvarme og Henrik Holmstrøm (2017). «Long-time sickness absence among parents of pre-school children with cerebral palsy, spina bifida and Down's syndrome: a longitudinal study». *BMC Pediatrics*, 17, 1-7.

Brown, C. Michelle, Queenie Wong, Aditi Thakur, Karun Singh og Rama S. Singh (2022). «Origin of Sex-Biased Mental Disorders: Do Males and Females Experience Different Selective Regimes?». *Journal of Molecular Evolution*. Publisert på nett 12.9.2022

Delalic, Lemija, Ingunn Helde og Jon Petter Nossen (2024). Kommer.

Falagas, Matthew E., Eleni G. Mourtzoukou og Konstantinos Z. Vardakas (2007). «Sex differences in the incidence and severity of respiratory tract infections». *Respiratory Medicine*, 101(9), 1845-1863

- Ferre, Isabella M., Mackenzie A. Roof, Afshin A. Anoushiravani, Amy S. Wasterlain, og Claudette Lajam (2019). «Understanding the Observed Sex Discrepancy in the Prevalence of Osteoarthritis». *The Journal of Bone and Joint Surgery* 7(9)
- Groeneveld, Johanna M., Aranka V. Ballering, Kees van Boven, Reinier P Akkermans, Tim C Olde Hartman og Annemaie A Uijen (2020). «Sex differences in incidence of respiratory symptoms and management by general practitioners». *Family Practice*, 631-636
- Haviland, Mark G., Jim E. Banta og Peter Przekop (2011). «Fibromyalgia: prevalence, course, and co-morbidities in hospitalised patients in the United States, 1999-2007». *Clinical and Experimental Rheumatology* 29(6), 79-87
- Helde, Ingunn (2018). «NAV's støtteordninger for syke barn – hva vet vi om barna og deres foreldre?». *Arbeid og velferd*, 2/2018
- Helde, Ingunn (2023). «Pleiepengeordningen ble utvidet: antall brukere mer enn doblet». *Arbeid og Velferd*, 2/2023
- Hellevik, Tale, Ottar Hellevik og Kjersti Misje Østbakken (2019). «Kan det godtas å være hjemme fra jobben selv om en strengt tatt er frisk nok til å gå? Kjønnsforskjeller i syns på «uberettiget» sykefravær». *Søkelys på arbeidslivet*, 26(1-2), 79-99
- Hjelmstedt, Sofia, Annika Lindahl Norberg, Scott Montgomery, Ida Hed Myrberg og Emma Hovén (2017) «Sick leave among parents of children with cancer – a national cohort study». *Acta Oncologica*, 56:5, 692–697
- Holbæk-Hanssen, Jørgen Daroische (2020). «Holdninger til sykefravær: Hva mener befolkningen?». *Arbeid og Velferd* 1/2020
- Jonsjö, Martin (2019). *Sickness and behavior in ME/CFS (Chronic fatigue syndrome)*. Ph. D thesis, Department of Physiology & Pharmacology, Karolinska Institutet, Sweden
- Kharroubi, Samer A. og Diab-El-Harake, Marwa (2022). «Sex-differences in COVID-19 diagnosis, risk factors and disease comorbidities: A large US-based cohort study». *Frontiers in Public Health*, 10
- Klein, Sabra L. og Flanagan, Katie L (2016). «Sex differences in immune responses». *Nature Reviews Immunology*, 16, 626–638
- Lai, Ying-Ta, Ting-Chuan Wang, Li-Ju Chuang, Ming-Hsu Chen og Pa-Chun Wan (2011). «Epidemiology of Vertigo: A National Survey». *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 145(1)
- Lima, Ivar Andreas Åsland (2018). «Kjønnsforskjeller i sykefraværet øker når par får barn». *Arbeid og Velferd* 1/2018
- Lewis, Andrew, J Jonathan H. Sae-Koew, John W. Toumbourou og Bosco Rowland (2020) «Gender differences in trajectories of depressive symptoms across childhood and adolescence: A multi-group growth mixture model». *Journal of Affective Disorders*, 260(1), 463-472
- MacClean, Carmen P., Anu Asnaani, Brett T. Litz og Stefan G. Hofmann (2011). «Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness». *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035
- Massey, Susan Christine, Paula Whitmire, Tatum E. Doyle, Joseph E. Ippolito, Maciej M. Mrugala, Leland S. Hu, Peter Canoll, Alexander R. A. Anderson, Melissa A. Wilson, Susan M. Fitzpatrick, Margaret M. McCarthy, Joshua B. Rubin og Kristin R. Swanson (2021). «Sex Differences in Health and Disease: a review of biological sex differences relevant to cancer with a spotlight on glioma». *Cancer Letters*, 498(1), 178–187.
- Mastekaasa, Arne og Olsen, Karen Modesta (1998). «Gender, Absenteeism, and Job Characteristics: A Fixed Effects Approach». *Work and Occupation* 25(2)

- Mastekaasa, Arne og Dale-Olsen, Harald (2000). «Do Women and Men Have the Less Healthy Jobs? An analysis of Gender Differences in Sickness Absence». *European Sociological Review* 16(3), 267-286
- Mastekaasa, Arne og Melsom, Anne May (2014). «Occupational segregation and gender differences in sickness absence: Evidence from 17 European countries». *European Sociological Review*, 30(5)
- Mastekaasa, Arne (2016). «Kvinner og sykefravær». *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2)
- Markussen, Simen (2010). «2004: Da sykefraværet falt som en stein». *Samfunnsøkonomen* 3/2010
- Mendel, Barbro, Johan Bergenius og Ann Langius-Eklöf (2010). «Dizziness: A common, troublesome symptom but often treatable». *Journal of Vestibular Research* 20(5), 391-398
- Moberg, Lene Lehmann og Kabashi, Saranda (2023). «Sykefravær etter covid-19. Sammenheng mellom covid-19 og trøtthet og slapphet». *Arbeid og velferd* 2/2023
- Neuhauser, Hannelore (2016). Chapter 5 – The epidemiology of dizziness and vertigo. I: *Handbook of Clinical Neurology*, Joseph M. Furman og Thomas Lempert (red.), 137, 67-82
- Nilsen, Wendy, Anna Skipstein, Kristian A. Østby og Arnstein Mykletun (2017). «Examination of the double burden hypothesis—a systematic review of work–family conflict and sickness absence». *European Journal of Public Health*, 27(3), 465-471
- NOU 2023: 5. Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet
- Nossen, Jon Petter (2019) «Kjønnsforskjellen i sykefravær: Hvor mye er det mulig å forklare med registerdata?». *Arbeid og velferd*, 4/2019, 59–80.
- Nossen, Jon Petter (2022). «Legemeldt sykefravær før og under koronapandemien: Hva driver utviklingen?». *Arbeid og velferd*, 3/2022.
- Nowakowski, Sara, Jessica Meers og Erin Heimbach (2013). «Sleep and Women’s Health». *Sleep Medicine Research*, 2013 4(1), 1-22.
- Nysæther, Tor Erik og Walvig, Hans Jørgen (2016). *Stemmingslidelser. I: Hagen, Roar og Kennair, Leif Edward Ottesen (red) Psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Opheim, Ingjerd (2021). «Sammenheng mellom røntgenologisk artrose og selvrapportert smerte, symptomer og stivhet». Masteroppgave i fysioterapi, fordypning i muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager (MUSSP). OsloMet: Fakultet for helsevitenskap
- Queiros, Luiz Paulo (2013). «Worldwide Epidemiology of Fibromyalgia». *Current Pain & Headache Reports*, 17(6)
- Remes, Olivia, Carol Brayne, Rianne van der Linde og Louise Lafortune (2016). «A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations». *Brain and Behavior*, 6(7)
- Rieck, Karsten Marshall Elseth og Kjetil Telle (2013) «Sick leave before, during and after pregnancy». *Acta Sociologica*, 56(2), 117–137.
- Ruschak, Ilga, Pilar Montesó-Curto, Lluís Rosselló, Carina Aguilar Martín, Laura Sánchez-Montesó og Loren Toussaint (2023). «Fibromyalgia Syndrome Pain in Men and Women: A Scoping Review». *Healthcare* 11(2)
- Saxvig, Ingvild West, Bjørn Bjorvatn og Siri Waage (2023). «Habitual Sleep Patterns and Chronic Sleep Problems in Relation to Sex, Age, and Circadian Preference in a Population-Based Sample of Norwegian Adults». *Clocks & Sleep* 2023, 5, 21–33.

- Smeby Lisbeth, Dag Bruusgaard og Bjørgulf Clausen (2009)*. «Sickness absence: could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health?» *Scandinavian Journal of Public Health* 2009;37:674–81.
- Sporaland, Geir Lindquist, Gunnar Mouland, Bjørn Bratland, Ellen Rygh og Harald Reiso (2019)*. «Allmennlegers bruk av ICPC-diagnoser og samsvar med journalnotatene». *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 139
- Steel, Zachary, Claire Marnane, Changiz Iranpour, Tien Chey, John W. Jackson, Vikram Patel og Derrick Silove (2014)*. «The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013». *International Journal of Epidemiology* 43(2), 476-493
- Sundar, Tom (2002)*. «Nyfrisert ICPC gir rett diagnose raskere». *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 2002 122:1414-5
- Sundhetsstyrelsen 2018. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/danskernes-sundhed-den-nationale-sundhedsprofil-2017>
- Tellnes, Gunnar (1989)*. «Days Lost by Sickness Certification». *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 7(4), 245-251
- Verhagen, Iris E., Britt W. H. van der Arend, Daphne S. van Casteren, Saskia le Cessie, Antoinette MaassenVanDenBrink og Gisela M. Terwindt (2023)*. «Sex differences in migraine attack characteristics: A longitudinal E-diary study». *Headache* 63(3)
- Vetvik, Kjersti Grøtta og MacGregor, Anne E. (2016)*. «Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine». *Lancet Neurology* 16(1), 76-87
- Whiteford, Harvey A (2013)*. «Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010». *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586
- Wijnhoven, H. A. H., de Vet, H. C. W., & Picavet, H. S. J. (2006)*. «Prevalence of Musculoskeletal Disorders is Systematically Higher in Women Than in Men». *The Clinical Journal of Pain*, 22(8), 717–724
- Østbakken, Kjersti Misje (2013). Essays on determinants of sickness absence: Wage policies, workplace effects, and gender differences. PhD thesis, Department of Economics, University of Oslo
- Østby, Kristian Amundsen, Arnstein Mykletun og Wendy Nilsen (2018)*. «Explaining the gender gap in sickness absence». *Occupational Medicine*, 68(5)

## Vedlegg

**Tabell v1.** Varighet i antall dager justert for gradering, og antall sykmeldte for enkeltdiagnoser for sykefravær avsluttet i 2019, uten gravide. Etter kjønn og med kjønnsforskjeller i forekomst (K:M), samt den enkelte diagnoses bidrag i prosent til å forklare kjønnsforskjellen sykefraværet (% forkl).

	Kvinner			Menn			Forskjell	
	Varighet			Varighet				
	Gj.snitt	p50	Antall	Gj.snitt	p50	Antall	K:M	% forkl
P76 Depresjon	100,4	53	20 208	96,7	52	12 010	1,9	11,0
P02 ubalanse/sorg/livsbelastning	37,5	17	32 803	34,3	15	16 399	2,2	10,1
P29 Psykiske symptomer/utbrenthet	55,4	23	17 267	48,8	21	8 606	2,2	7,4
A04 Tretthet/utmattelse/ME	47,6	16	16 189	40,3	14	6 901	2,6	6,2
L18 Fibromyalgi	73,6	22	9 307	36,2	9	3 042	3,4	5,7
Kreft	142,9	88	6 358	129,2	77	4 643	1,5	3,7
L87 Bursitt/tendinit/synovitt IKA	50,1	16	9 729	38,9	13	6 770	1,6	2,9
N89 Migrene	41,8	10	6 914	28,7	5	1 863	4,2	2,9
R74 Øvre luftveisinfeksjon	6,4	4	48 140	5,9	4	36 410	1,5	2,4
L92 Skulderysindrom	70,7	27	10 132	73,9	29	8 180	1,4	2,4
P74 Angst	82,6	36	4 655	79,6	33	2 545	2,1	2,1
L01 Nakkesymptom	33,1	11	8 100	31,4	10	4 586	2,0	1,9
L83 Nakkesyndrom	67,5	25	5 683	73,9	31	3 817	1,7	1,7
N01 Hodepine	27,7	8	7 416	25,2	6	3 989	2,1	1,6
N17 Svimmelhet	31,1	10	6 564	31,1	9	3 071	2,4	1,6
P82 PTSD	122,4	67	1 785	123,9	63	647	3,1	1,4
P03 Depresjonssymptom	51,0	23	4 021	49,1	21	2 202	2,0	1,4
P01 Angstsymptom	59,8	23	3 635	52,6	19	2 060	2,0	1,3
L88 revmatisk sykdom	86,8	34	2 877	84,8	32	1 502	2,1	1,3
P06 Søvnforstyrrelse	34,8	14	5 987	34,6	13	4 186	1,6	1,2
H82 Svimmelhetssyndrom	40,4	13	3 407	36,6	12	1 458	2,6	1,2
L91 Artrose	95,7	44	2 385	81,7	37	1 472	1,8	1,1
R75 Bihulebetennelse	8,4	5	12 661	9,0	5	6 461	2,2	1,1
L72 Brudd underarm	54,1	39	2 750	52,1	38	1 480	2,1	1,1
D01 Magesymptom	18,5	6	7 526	17,7	6	4 301	2,0	1,0
L13 Hofteplager	46,6	15	3 004	43,4	14	1 453	2,3	1,0
L89 Hofteartrose	120,8	84	1 597	101,1	65	1 168	1,5	0,9
R80 Influensa	7,5	5	20 377	6,6	4	18 717	1,2	0,8
R78 Akutt bronkitt	8,6	5	11 997	7,6	5	8 646	1,6	0,8
R83 Luftveisinfeksjon IKA	7,9	4	10 964	7,4	4	8 039	1,5	0,7
L73 Brudd legg/ankel	77,8	51	2 216	72,9	52	1 943	1,3	0,6
L08 Skulderysindrom	43,4	14	8 063	46,3	15	7 582	1,2	0,6
L90 Kneartrose	106,6	63	2 350	109,5	63	2 081	1,3	0,5
A82 Følgetilstand skade	64,8	31	2 813	71,2	32	2 405	1,3	0,5
D94 Ulcerøs kolitt	74,2	28	1 916	62,3	27	1 722	1,2	0,5

	Kvinner			Menn			Forskjell	
	Varighet			Varighet				
	Gj.snitt	p50	Antall	Gj.snitt	p50	Antall	K:M	% forkl
L99 Muskel-skjelett IKA	63,6	25	5 914	58,6	24	6 183	1,1	0,5
L17 Fotsmerter	29,7	10	3 885	24,9	8	3 467	1,3	0,5
L93 Tennisalbue	54,2	21	3 721	53,6	21	3 654	1,1	0,4
K86 Høyt blodtrykk ukomplisert	40,5	16	2 363	42,6	16	2 106	1,3	0,3
R81 Lungebetennelse	14,5	9	5 606	13,2	8	5 231	1,2	0,3
L03 Korsryggsymptom	31,6	11	11 280	28,5	10	13 140	1,0	0,3
L02 Ryggplager	31,5	10	9 785	28,9	10	11 191	1,0	0,3
N94 Perifer nevropati	49,7	24	2 040	62,8	28	1 501	1,5	0,3
L76 Brudd IKA	47,0	20	4 042	37,7	18	5 791	0,8	-0,1
L15 Knesymptomer	36,9	13	6 311	38,6	13	7 782	0,9	-0,3
L84 Ryggsyndrom	33,8	10	9 956	29,8	10	13 597	0,8	-0,4
L86 Ryggsyndrom utstråling	68,7	27	9 856	65,5	27	12 596	0,9	-0,4
L96 Kneskade	84,9	51	1 120	88,9	58	1 831	0,7	-0,5
L74 Brudd hånd/fot	41,4	25	3 179	43,7	29	4 959	0,7	-0,7
L81 Skade muskel-skjelett	39,9	13	4 203	46,4	17	7 341	0,6	-1,4

Kilde: Nav

**Tabell v2.** Andelen av sykefraværet til de femti største sykefraværsmessige diagnosene i 2019, og utviklingen i andelen av sykefraværet til disse diagnosene over tid. Alle tilfeller avsluttet i året, uten gravide.  
Sykefraværsprosenten

	2002	2008	2019	2022
N94 Perifer nevropati	0,23	0,35	0,48	0,33
K86 Høyt blodtrykk	0,77	0,68	0,49	0,42
L13 Hofteplager	0,43	0,36	0,50	0,60
H82 Svimmelhetssyndrom	0,37	0,31	0,51	0,48
R81 Lungebetennelse	0,72	0,64	0,52	0,33
L17 Fotsmerter	0,35	0,49	0,55	0,64
R83 Luftveisinfeksjon IKA	0,39	0,68	0,59	0,78
P82 PTSD	Annen kode	0,15	0,59	0,80
D94 Ulcerøs kolitt	0,38	0,47	0,61	0,55
L72 Brudd underarm	0,52	0,53	0,61	0,57
L96 Kneskade	0,58	0,55	0,62	0,63
D01 Magesymptom	0,49	0,74	0,64	0,69
R75 Bihulebetennelse	0,78	0,83	0,65	0,52
R78 Akutt bronkitt	0,83	0,76	0,67	0,66
L89 Hofteartrose	0,59	0,37	0,69	0,64
L91 Artrose	0,42	0,45	0,73	0,61
P01 Angstsymptom	0,45	0,33	0,77	0,84
L73 Brudd legg/ankel	0,74	0,76	0,79	0,72
L88 revmatisk sykdom	1,13	0,76	0,79	0,68
P03 Depresjonssymptom	2,98	1,66	0,80	0,99
N17 Svimmelhet	0,57	0,80	0,82	0,81
A82 Følgetilstand skade	0,22	0,61	0,82	0,76
N01 Hodepine	0,67	0,93	0,84	1,04
N89 Migrene	0,36	0,45	0,88	1,04
X76 Brystkreft	0,58	0,64	0,94	0,81
L74 Brudd hånd/fot	0,71	0,94	0,96	0,88
P06 Søvnforstyrrelse	0,26	0,55	0,98	0,95
L90 Kneaartrose	0,59	0,55	1,04	0,91
L93 Tennisalbue	Annen kode	1,37	1,04	0,83
L76 Brudd IKA	1,04	1,06	1,09	1,02
L01 Nakkesymptom	0,88	1,81	1,11	1,05
R80 Influensa	1,56	1,11	1,15	0,85
P74 Angst	0,83	1,03	1,29	1,26
L81 Skade muskel-skjelett	0,91	1,32	1,35	1,24
L15 Knesymptomer	1,21	1,50	1,41	1,63
L83 Nakkesyndrom	4,52	2,03	1,55	1,20
L18 Fibromyalgi	0,86	1,73	1,67	1,53
L02 Ryggplager	2,64	2,21	1,70	2,21
L99 Muskel-skjelett IKA	1,97	1,53	1,75	1,53
L08 Skulderysymptom	0,88	1,43	1,80	1,97

	2002	2008	2019	2022
L87 Bursitt	Annen kode	2,15	1,88	1,82
L84 Ryggsyndrom	5,49	2,89	1,96	1,73
L03 Korsryggsymptom	Annen kode	2,20	1,99	1,88
R74 Øvre luftveisinfeksjon	1,61	1,89	2,26	3,13
A04 Slapphet/trett	1,89	2,47	2,64	4,12
L92 Skuldersyndrom	4,17	3,97	3,06	2,36
P29 Psykiske symptomer/utbrenthet	0,56	2,80	3,58	4,42
L86 Ryggsyndrom utstråling	4,74	4,02	3,59	3,15
P02 ubalanse/sorg/livsbelastning	2,81	4,59	5,06	5,85
P76 Depresjon	7,63	6,72	7,04	6,25

Kilde: NAV

# ØNSKER OG VIRKELIGHET – VURDERINGER AV EGEN FREMTIDIG PENSJON

Av Frøydis M. Bakken, Atle F. Bjørnstad og Espen S. Dahl<sup>1</sup>

## Sammendrag

*For å undersøke befolkningens vurderinger av sin fremtidige pensjon, gjennomførte vi sommeren 2023 en spørreundersøkelse rettet mot bosatte i Norge mellom 30 og 60 år. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at befolkningen er interessert i sin egen fremtidige pensjon. Mer enn 80 prosent svarte at de enten var interessert eller veldig interessert. Likevel er det kun halvparten av disse som svarte at de har brukt pensjonskalkulator eller på annen måte beregnet størrelsen på sin fremtidige pensjon. Blant de som faktisk har beregnet pensjonen svarte over halvparten at pensjonen var mindre enn de hadde forventet. Uavhengig av om de har benyttet pensjonskalkulator svarte nesten halvparten at de ikke tror pensjonen vil være tilstrekkelig for å leve det livet de ønsker som alderspensjonist.*

*Det er stor variasjon i ønsker for sluttidspunktet for yrkeskarrieren. Over halvparten ønsker å slutte å jobbe ved 62 år eller yngre, mens de oppgir en høyere alder for når de realistisk vil slutte å jobbe. Men det er også rundt 20 prosent som ser for seg at de skal jobbe til de blir 70 år eller eldre.*

*God helse er den viktigste faktoren for å jobbe lenger, etterfulgt av økonomi og ulike trekk ved arbeidsstedet, som godt arbeidsmiljø og muligheten til å jobbe redusert. God folkehelse vil altså være en sentral forutsetning for et vellykket pensjonssystem der befolkningen jobber lenger.*

<https://doi.org/10.60847/NAV.4670>

<sup>1</sup> Vi takker Øystein Hernæs og Oddbjørn Raaum ved Frischsenteret, Silje Aslaksen og Christine Scharff i Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Ole Christian Lien i Seksjon for stønadsbudsjett i Arbeids- og velferdsdirektoratet, og medarbeidere i Ytelsesavdelingen og Analyseseksjonen, også i Arbeids- og velferdsdirektoratet for nyttige innspill til spørreskjemaet.

## **Abstract**

*To investigate the population's assessments of their future old-age pension, we conducted a survey in the summer of 2023 aimed at residents in Norway between the ages of 30 and 60. The results of the survey show that the population is interested in their own future retirement. More than 80 percent said they were either interested or very interested. Nevertheless, only half have used a pension calculator or otherwise calculated the size of their future pension. Among those who have calculated their pension, more than half answered that their pension was less than they had expected. Regardless of whether they have used a pension calculator, almost half answered that they do not believe the pension will be sufficient to live the life they want as an old-age pensioner.*

*There is great variation in wishes for when they want to stop working. More than half want a retirement age of 62 or younger, while stating a higher age at which they will realistically stop working. However, around 20 per cent expect to continue working until they turn 70 or older.*

*Health is the most important factor for working longer, followed by economy and various characteristics of the workplace, as a good working environment and the opportunity to reduced working hours. Good public health will thus be a central premise for a successful pension system where the population works longer.*

## Innledning

Levealderen i Norge har økt betydelig samtidig som fødselstallene har falt. Synkende dødelighet og lavere fruktbarhet er ikke en særnorsk trend, men finner sted også i resten av Europa og globalt. Riktignok skjer ikke aldringen av den norske befolkningen like raskt som i mange andre land, og Norge har en solid offentlig økonomi. Men konsekvensen av at det blir flere pensjonister å forsørge for hver yrkesaktiv vekker likevel bekymring, også i Norge. Trenden med en økende aldring av befolkningen forventes å fortsette, selv om veksten i forventet levealder har avtatt noe de siste årene (OECD 2023, NOU 2022:7).

Statens utgifter til pensjon øker som følge av at befolkningen blir eldre, andelen i jobb faller og at det dermed blir relativt færre i jobb til å finansiere velferdsstatens utgifter. Norge har i likhet med mange andre europeiske land reformert pensjonssystemet. Noen land har økt pensjonsalderen eller innført økonomiske insentiver, slik at størrelsen på pensjonen henger direkte sammen med tidspunktet for avgang, altså når man velger å gå av med pensjon (OECD 2019). Et av fire OECD-land har nå innført en direkte sammenheng mellom tidspunktet for pensjonering og pensjonsutbetaling (OECD 2023:16). I noen land, blant andre Storbritannia og USA, er aldersgrensene i arbeidslivet opphevet, slik at eldre arbeidstakere i prinsippet kan jobbe så lenge de lever.

Pensjonsreformen i 2011 var i stor grad motivert av bekymringen for at det i framtiden vil bli færre personer i yrkesaktiv alder, mens antallet alderspensjonister vil øke. Pensjonskommisjonens rapport, «Modernisert folketrygd» (NOU 2004:1), sto sentralt. For å øke statens inntekter og redusere utgiftene, var et viktig mål med pensjonsreformen å legge til rette for at eldre arbeidstakere som ønsket å stå lenge i jobb skulle få mulighet til dette, og nyte godt av det økonomisk. Det norske pensjonssystemet omfatter både folketrygden, tjenestepensjoner og avtalefestet pensjon (AFP) i offentlig og privat sektor, og alle delene har gjennomgått endringer for å øke bærekraften i systemet. En bærende idé i dagens pensjonssystem er altså å stimulere til lengre yrkeskarrierer med økonomiske insentiver som gjør at det skal lønne seg å jobbe. Det skal være en klar sammenheng mellom

pensjonen og hva man har tjent og hvor lenge man har jobbet. Vi nærmer oss nå de første kullene som fullt ut vil ta ut alderspensjon etter nye opptjeningsregler som kom med pensjonsreformen fra 2011 (fra 1963–kullet). Deler av reformen har virket i mange år allerede, blant annet levealdersjustering av pensjonsnivåene, muligheten for fleksibelt uttak av alderspensjon fra 62 år og muligheten til å kombinere pensjon og arbeidsinntekt uten avkortning av ytelsen.

Pensjonsreformen i 2011 ble innført sammen med andre reformer og tiltak for å øke yrkesdeltakelsen for befolkningen generelt og hindre frafall gjennom yrkeskarrieren. Noe som var nytt med pensjonsreformen i 2011, var at alle yrkesaktive år teller i pensjonsopptjeningen, og at opptjeningen starter fra første krone. Avbrekk fra yrkeslivet og perioder med deltidarbeid kan dermed gi lavere opptjening og lavere pensjonsutbetaling, noe som gir insentiver til arbeidsinnsats gjennom livet. Den største reformen for arbeidsinkludering var NAV-reformen fra 2006 med mål om å få flere i arbeid og færre på trygd (Ot. Prp. nr. 4 (2008-2009)). Fra 2010 omfattet også IA-avtalen et delmål om økt yrkesaktivitet blant personer over 50 år. Senere ble dette endret til mål om å øke den gjennomsnittlige avgangsalderen fra arbeidslivet (Faggruppen for IA-avtalen, 2018). Den nåværende IA-avtalen omtaler reduksjon av tidligpensjonering som et av delmålene for å redusere frafallet fra arbeidslivet (IA-avtalen, 2019).

Pensjon er igjen høyt på den politiske dagsorden. I 2020 ble Pensjonsutvalget oppnevnt, med mandat om å beskrive pensjonssystemet og evaluere om målene i pensjonsreformen ville nås. Det resulterte i rapporten «Et forbedret pensjonssystem» som kom i 2022 (NOU 2022:7), hvor utvalget kommer med flere forslag til endringer i pensjonssystemet. Blant annet foreslås det å heve pensjonsalderen i takt med at levealderen øker. I 2023 kom stortingsmeldingen «Et forbedret pensjonssystem med en styrket sosial profil» (Meld. St. 6 (2023–2024)), som ble behandlet i Stortinget vinteren 2024. Den viktigste endringen er at pensjonsalderen skal øke når levealderen øker. Aldersgrensene i pensjonssystemet økes gradvis fra og med 1964-kullet. Aldersgrensene for rett til sykepenger, dagpenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd utvides i tråd

med økningen i pensjoneringsalderen. I tillegg skal det etableres en såkalt sliterordning som skal bidra til å sikre økonomisk trygghet til de som går av tidligere enn levealdersjusteringen legger opp til. Alderspensjon til uføre skal også sikres en styrket sosial profil ved at uføre skjermes for 2/3 av levealdersjusteringen. Stortingsmeldingen vil etterfølges av lovproposisjon og endringene forventes å få effekt fra 2026.

Det er også publisert mye forskning på folks holdninger og kunnskap om pensjon (oppsummert i Grødem, 2019) og virkninger av pensjonsreformer (bl.a. Hernæs, 2017, Hernæs mfl., 2016, Vigtel, 2018, Dahl og Lien, 2013) de senere årene. En stor del av spørreundersøkelsene omhandler dem som nærmer seg pensjonsalder. For eksempel undersøkte Dahl og Galaaen (2013) hvilke planer de som var i eller nærmet seg pensjoneringsalder hadde, og hvilke årsaker de som allerede hadde tatt ut alderspensjon hadde for sine valg. Vi har gjennomført en spørreundersøkelse som favner et yngre og større aldersspenn, dvs. fra 30 til 60 år. Dette fordi det er mindre kunnskap om de yngres pensjonsplanlegging, samtidig som det er de yngre aldersgruppene som i størst grad vil bli berørt av endringene i pensjonssystemet.

For å lykkes med de politiske intensjonene i pensjonsreformen og målet om en bærekraftig velferdsstat, må befolkningen ta pensjonsvalg som er i tråd med pensjonsreformen og de økonomiske insentivene. I denne spørreundersøkelsen har vi derfor stilt befolkningen spørsmål om deres pensjonsvalg og pensjonsplanlegging, som hvor lenge de ser for seg å jobbe og hvilke faktorer som har betydning for pensjonsvalgene deres.

Vår spørreundersøkelse er rettet mot bosatte i Norge i alderen 30 til 60 år som ikke var uføre, da spørreundersøkelsen ble gjennomført. Problemstillingen i denne artikkelen består av 3 delspørsmål:

- Vil befolkningen følge de økonomiske insentivene i pensjonssystemet og jobbe lenger?
- Hvilke faktorer påvirker pensjoneringstidspunktet?
- Hvilken interesse har folk for pensjon, og i hvilken grad planlegger de sin egen pensjon?

## **Pensjoneringsatferd og pensjoneringstidspunkt etter pensjonsreformen i 2011**

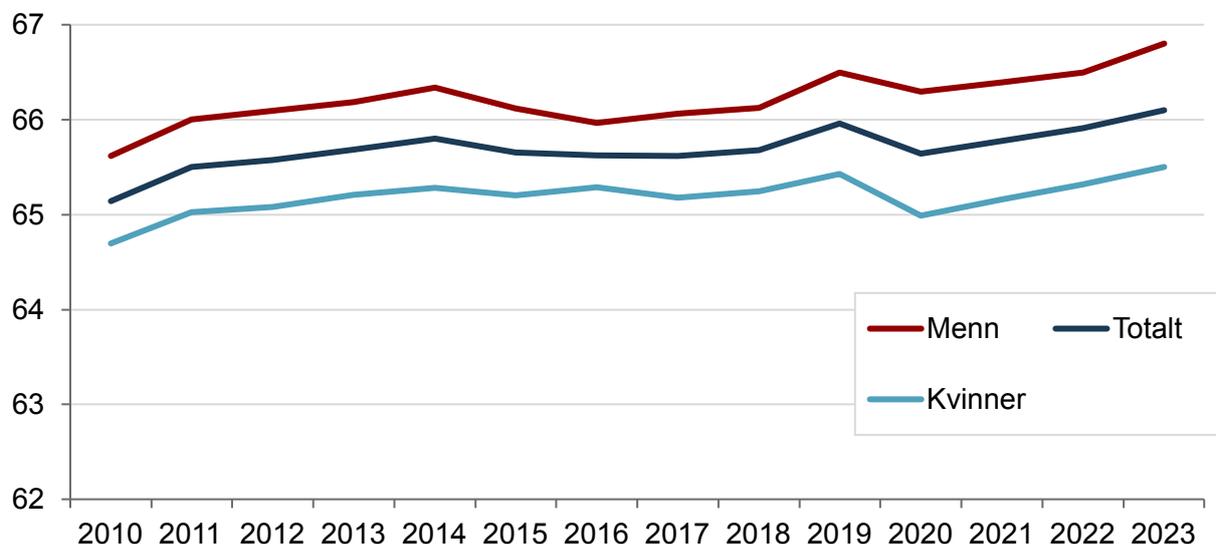
Levealdersjustering og fjerning av en felles pensjonsalder er to sentrale grep for å stimulere til lengre yrkeskarrierer. En viktig del av ny opptjeningsmodell for alderspensjon fra folketrygden er pensjonsbeholdningen, det vil si den pensjonen som tjenes opp og øker for hver måned i arbeid. Når pensjonsuttaket starter deles pensjonsbeholdningen på forventet gjenstående levetid. Når forventet levealder øker, betyr det i praksis at det kreves mer opptjeningsstid for å opprettholde nivået på pensjonen. Eventuelt vil den månedlige pensjonsutbetalingen bli lavere siden pensjonsbeholdningen må deles på flere forventede leveår. Tidlig avgang og pensjonsuttak vil altså gi lavere løpende pensjonsutbetaling, noe som er ment å skape insentiver til å jobbe lenger.

Når det gjelder fjerningen av en felles pensjonsalder, så skjedde det gjennom innføringen av fleksibelt uttak av alderspensjon. Fram til 2011 var pensjonsalderen tidligst ved 67 år, selv om AFP-ordningen ga mulighet for tidligere avgang for noen grupper. Gitt at opptjeningen er høy nok ble det nå mulig å starte pensjonsuttaket tidligst ved 62 år<sup>2</sup>. Det vil si at fra 62 år er det tre mulige valg: avslutte yrkeskarrieren og starte uttaket av pensjon, ta ut pensjon og kombinere med fulltids- eller deltidsarbeid, eller utsette pensjonsuttaket og fortsette å jobbe og slik fylle på pensjonsbeholdningen.

Hovedbildet av pensjoneringsatferden i den norske befolkningen er at pensjonsreformen har bidratt til økt sysselsetting blant de eldre (Hernæs mfl. 2016). De første årene etter gjennomføringen av pensjonsreformen økte avgangsalderen, altså når man slutter helt å jobbe. Økningen kan særlig tilskrives omleggingen av AFP i privat sektor og at AFP ikke lenger ble avkortet mot arbeidsinntekt. Avgangsalderen har siden vært relativt stabil, men med en nedgang under koronapandemien (figur 1). Menn jobber i gjennomsnitt noe lenger enn kvinnene, og denne kjønnsforskjellen i pensjoneringsatferd har vært stabil over tid.

<sup>2</sup> Unntak for arbeidstakere omfattet av særaldersgrenser.

**Figur 1: Gjennomsnittlig avgangsalder etter 50 år, etter kjønn. Tall ved utgangen av året. 2010–2023**

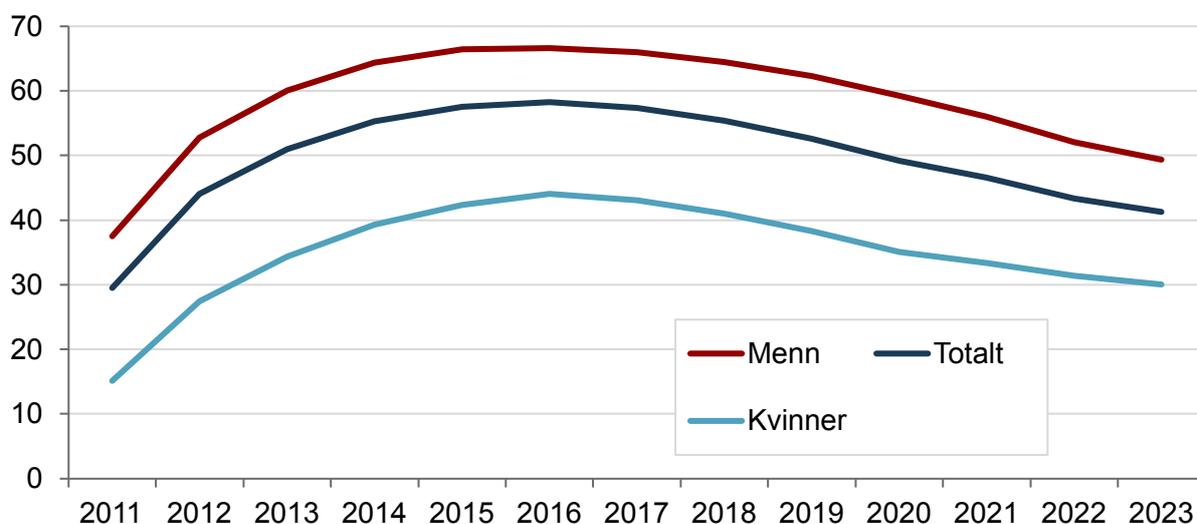


Kilde: NAV

Samtidig med at sysselsettingen økte, var det likevel flere som valgte tidlig uttak av alderspensjon, det vil si uttak av alderspensjon før 67 år i kombinasjon med eller uten lønnsinntekt. Fra 2011 til 2016 doblet andelen som valgte å ta ut tidligpensjon seg, fra 29 til 58

prosent (figur 2). Etter 2016 har imidlertid utviklingen snudd, og vi observerer fallende andeler som velger tidlig uttak. Menn har en tendens til å ta tidlig uttak av pensjon i større grad enn kvinner, selv blant dem som har muligheten til det.

**Figur 2: Mottakere av alderspensjon 62–66 år som andel av de som har mulighet til uttak av alderspensjon, etter kjønn. Prosent. 2011–2023**



Kilde: NAV

## Alderspensjon

Det norske pensjonssystemet kan sies å bestå av tre deler (pilarer). Den viktigste er alderspensjon fra folketrygden som omfatter hele befolkningen (forutsatt minimum 5 års botid). Videre følger pensjon fra arbeidsgiver i form av tjenestepensjon og avtalefestet pensjon (AFP). Den siste er egen sparing til pensjon. Da reglene for alderspensjon ble reformert i 2011 hadde regelverket i stor grad hadde vært uendret siden innføringen av folketrygden i 1967.

Hovedgrepet i pensjonsreformen fra 2011 var å innføre levealdersjustering. Levealdersjustering innebærer at yngre årskull må utsette avgangen fra arbeidslivet for å opprettholde samme nivået på alderspensjonene som eldre årskull når levealderen øker. En annen ny faktor var at alle år ble inkludert i opptjeningen og beregningen av alderspensjonene. Det ble også innført fleksibelt uttak som innebærer at

uttak av alderspensjon kan starte i alderen 62–75 år. Ved 67 år kan man ikke lenger motta arbeidsavklaringspenger, dagpenger og uføretrygd og sykepenger kan gis maksimalt i 60 dager. De som mangler en livsoppholdsytelse etter 67 år, vil da kunne ta ut alderspensjon (nav.no).

Alderspensjon under utbetaling reguleres årlig med et gjennomsnitt av pris- og lønnsvekst.<sup>1</sup> Før 2011 ble alderspensjon under utbetaling regulert med lønnsveksten (vekst i grunnbeløpet).

1963-kullet er det første årskullet som vil være fullt ut omfattet av det nye regelverket. Nytt og gammelt regelverk for opptjening vil eksistere side om side i flere ti år framover, siden alle født i 1962 eller tidligere er helt eller delvis omfattet av gammel opptjeningsmodell.

<sup>1</sup> Fra 2011 til 2021 ble alderspensjon under utbetaling regulert med lønnsvekst (G-vekst) minus et fratrekk på 0,75 prosent. Dette tilsvarer regulering med et gjennomsnitt av pris- og lønnsvekst når reallønnsveksten er på 1,5 pst.

## Data og metode

Analysene i denne artikkelen er basert på data fra Pensjonsundersøkelsen 2023, en spørreundersøkelse som Arbeids- og velferdsdirektoratet gjennomførte fra juni til september 2023. Spørreundersøkelsen ble distribuert per e-post til et utvalg av befolkningen i alderen 30–60 år. Spørsmålene handlet om respondentenes vurderinger, meninger og planer for pensjonering og vurderinger av egen fremtidig pensjonsutbetaling. Vi stilte også spørsmål om hvordan de stiller seg til pensjonsutvalgets forslag fra 2022 om å øke aldersgrensene i pensjonssystemet i takt med utviklingen i levealderen i befolkningen.

I denne artikkelen inkluderes spørsmålene om deres egen pensjonsplanlegging, når de ser for seg å starte pensjonsuttaket og om dette er samtidig med avgang fra arbeidslivet. Spørsmål om hvilke faktorer de vektlegger i pensjonsplanleggingen er også inkludert. Data fra NAVs registre ble koblet på spørreundersøkellesdataene i ettertid.

### Utvalget og svaropplutning

Populasjonen i Pensjonsundersøkelsen ble definert som alle i befolkningen som var registrert som bosatt i Norge i mars 2023 og var i alderen 30–60 år. Vi eks-

kluderte de som var registrert med hel eller delvis uføretrygd.

Vi trakk et tilfeldig utvalg på 10 000 personer fra populasjonen. E-postadresser til respondentene ble hentet fra kontakt- og reservasjonsregisteret. Det endelige utvalget består av 9 585 personer, og 1 938 personer besvarte spørreundersøkelsen. Dette gir en svaropplutning på 20 prosent. De 415 som ble fjernet fra utvalget omfattet personer som ikke ble funnet i kontakt- og reservasjonsregisteret, var registrert som døde, selv ba om å bli slettet og epostinvitasjoner med spørreskjema som kom i retur. I tråd med personvernerklæringen ble alle som ba om å bli slettet fra undersøkelsen ekskludert.

Alle i utvalget mottok et informasjonsbrev noen dager før spørreundersøkelsen ble sendt ut på epost. Brevet redegjorde for behandlingsgrunnlaget for spørreundersøkelsen, hvordan personvernet ivaretas og hvilke rettigheter de som respondent har til innsyn i sine opplysninger. Brevet gir også informasjon om hvordan de kan trekke seg fra undersøkelsen og at det er frivillig å delta. Etter utsendelsen av spørreskjemaet ble det sendt ut tre påminnelser med oppfordring om å besvare spørreskjemaet.

## Frafallsanalyse

I spørreundersøkelser er målet å få representative svar ved å spørre et utvalg av befolkningen. Svarprosenten i seg selv er ikke avgjørende for at svarene skal være representative, men dersom de som ikke besvarer skiller seg vesentlig fra de som besvarer spørreskjemaet vil dette være negativt for representativiteten og generaliserbarheten av spørreundersøkelsens resultater. Frafall, altså å ikke besvare, kan skyldes at respondentene aktivt velger å ikke delta, eller at de ikke har mottatt eller lest eposten med invitasjon til å delta. I en frafallsanalyse sammenliknes de som har besvart med de som inngår i populasjonen utvalget skal representere.

For å undersøke frafallet i Pensjonsundersøkelsen har vi sammenliknet populasjon og respons på noen sentrale variabler som alder, kjønn, om de er født i Norge, inntekt og yrke. Den deskriptive frafallsanalysen i tabell 1 viser vi at det er noen flere av de eldste som har svart på undersøkelsen. Andelen kvinner og andelen som er født i Norge er relativt like i brutto- og nettoutvalg. Når det gjelder inntekt og yrke har de som har besvart noe høyere inntekt og noen flere har et yrke som krever høyere utdanning eller jobber som leder enn dem som ikke har besvart. Vi har ikke vektet resultatene utfra skjevheter i hvem som har besvart undersøkelsen.

## Resultater

Vi vil nå presentere noen av funnene. Først skal vi se på hvilken interesse respondentene har for pensjon. Deretter hvordan de planlegger pensjonisttilværelsen, og til slutt hva de ser for seg når det kommer til uttak av alderspensjon og avgang fra arbeidslivet.

### Stor interesse for pensjon

På spørsmålet «hvor interessert er du i din fremtidige pensjon?» svarte over 80 prosent at de var enten interessert eller veldig interessert i pensjon. Tre av ti både blant menn og kvinner svarte at de er veldig interessert i sin fremtidige pensjon, mens over halvparten er interessert (figur 3). Kun veldig få er uinteressert eller veldig uinteressert. Kanskje ikke uventet, men det er de eldste respondentene som er mest interessert i sin fremtidige pensjon. Men nesten ingen av de de yngste svarte at de er uinteressert.

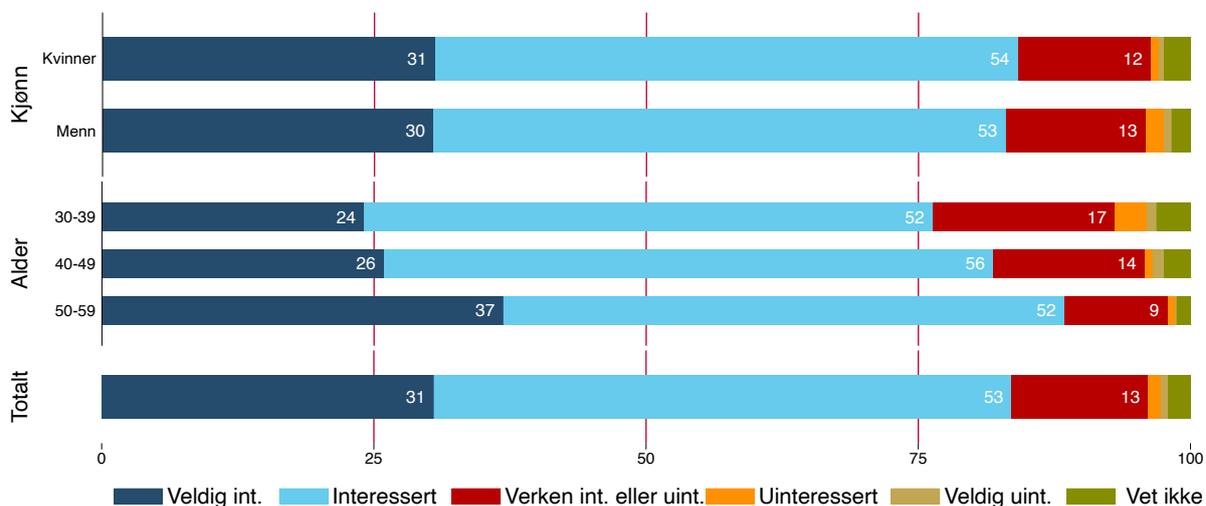
Merk her at vi spør om de er interesserte i sin egen fremtidige alderspensjon. Grødem (2019) finner at befolkningen som helhet generelt er lite interesserte i alderspensjon, og at de i liten grad snakker om dette med andre som partnere eller kolleger. Så det kan likevel være at befolkningen generelt er mindre opp-tatt av temaet generelt, men likevel er interesserte i hvordan sin egen pensjonisttilværelsen vil bli.

**Tabell 1: Frafallsanalyse**

Variabel	Bruttoutvalg	Nettoutvalg
Alder	44	46
30–39 år	37	24
40–49 år	33	31
50–59 år	31	45
Kvinner	47	48
Født i Norge	73	71
Pensjonsgivende inntekt i kroner (2021)	614 981	681 842
Har inntekt (2021)	95	95
Har yrke som krever høy utdanning eller er leder	50	59
Antall totalt	9 585	1 938

Kilde: NAV

Figur 3: Hvor interessert er du i din fremtidige alderspensjon? N = 1 888



Kilde: NAV

### Økonomisk planlegging

Størrelsen på folks pensjoner avhenger hovedsakelig av inntekten gjennom arbeidslivet. De aller fleste står ovenfor et inntektsfall den dagen de velger å tre ut av arbeidslivet. Vi har spurt respondentene om de tror pensjonen de vil få vil være tilstrekkelig for å leve det livet de ønsker som alderspensjonist. Nesten halvparten (49 %) svarer da at de ikke tror dette vil være tilfelle (figur 4). Dette tyder på at det er mange som forventer å måtte redusere på levestandarden sin eller at de ser det som nødvendig å måtte jobbe lenger enn de selv ønsker. Rundt en tredel svarer at de ikke vet om pensjonen blir tilstrekkelig. Dette kan tyde på at de ikke har satt seg inn i sin fremtidige pensjon og ikke har oversikt over størrelsen på egen samlet pensjon når de en dag blir alderspensjonist.

Noen flere menn (23 %) enn kvinner (14 %) tror pensjonen blir tilstrekkelig. Dette kan ha sammenheng med at menn i gjennomsnitt har høyere lønn og også jobber mer. Kvinner jobber mer deltid enn menn, noe som vil reduserer pensjonsopptjeningen. Menn vil da få høyere pensjon enn kvinner i gjennomsnitt. Selv om menn jobber mest gjennom livsløpet, så har kvinner i gjennomsnitt høyere forventet levealder. Offent-

lig tjenstepensjon er livsvarig, men det er vanlig at privat tjenstepensjon kun utbetales i ti år, og kvinner vil da i en lengre periode enn menn leve på pensjon kun fra folketrygden og egne midler. Kvinner motvirker i dag dette til en viss grad ved å starte pensjonsuttaket senere enn menn. Riktignok vil ikke alle ha tilstrekkelig opptjening for å starte pensjonsuttaket tidligere. Uansett vil de ved å jobbe lenger få høyere pensjon fra folketrygden samtidig som privat tjenstepensjon utsettes. Senere uttak og høyere opptjening vil da kompensere noe for deltidsarbeid og redusert pensjonsopptjening for dem som i perioder ikke har arbeidet eller har arbeidet redusert.

På spørsmålet om de tror pensjonen vil være tilstrekkelig til å leve det livet de ønsker som alderspensjonist er de yngste respondentene mer usikre enn de eldste. 53 prosent av 30–39-åringene svarte nei på dette spørsmålet, mens 45 prosent av 50–59-åringene svarte det samme. Dette kan ha flere årsaker. For det første er pensjonssystemet i endring og det er vanskelig for de yngste å vite hva som faktisk vil gjelde når de en gang i fremtiden skal starte pensjonsuttaket. Samtidig er det en usikkerhet mer generelt om hvordan livet

deres vil bli, og mer spesielt om selve yrkeskarrieren og hva de faktisk vil tjene i fremtiden. Kort sagt er det større usikkerhet om hvor stor den endelige pensjonsbeholdningen vil bli for de yngste.

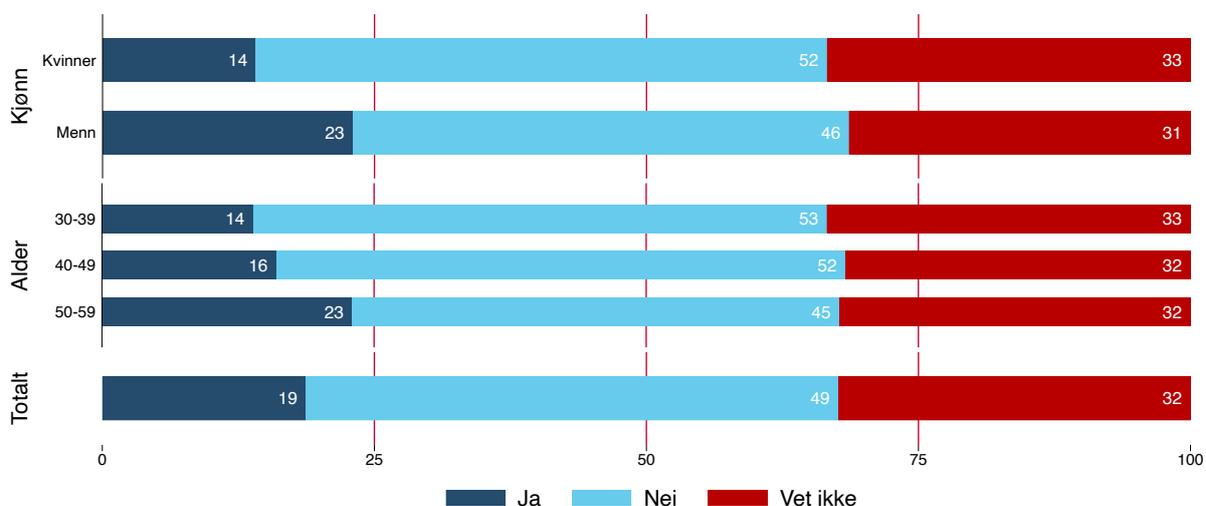
Disse funnene er i strid med undersøkelsene som Grødem (2019) inkluderer i sin gjennomgang. I tidligere undersøkelser har flertallet antatt at deres pensjoner vil være akseptable og at de har høy grad av tillit til institusjonene. At flertallet i vår undersøkelse rapporterer at de ikke tror at pensjonen vil være tilstrekkelig til å leve det livet de ønsker, kan være relatert til hvordan spørsmålet er formulert, som er forskjellig fra tidligere undersøkelser. Det kan også være relatert til tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført. Sommeren 2023 var preget av dyrtid, økt økonomisk usikkerhet, stigende renter og høy inflasjon. Det har også vært mye oppmerksomhet om pensjon i media og samfunnet generelt de siste årene.

Rundt en tredel av respondentene for begge kjønn og alle aldre svarer at de ikke vet om pensjonen blir tilstrekkelig til å leve det livet de ønsker som alderspensjonist. Dette er også et tegn på usikkerheten til respondentene om hva de vil få utbetalt som pensjonister.

Vi stilte også spørsmål om respondentene sparer til pensjon på egen hånd. Vi spesifiserte i spørsmålet at vi sikter til for eksempel individuell pensjonssparing (IPS) eller annen sparing gjennom fond eller sparekonto med formål om å bruke som pensjonist. Dette vil da komme i tillegg til pensjon fra folketrygden, AFP og tjenstepensjon. Nesten halvparten (49 %) av respondentene totalt sett svarer at de sparer til pensjon på egen hånd (figur 5). Nesten 60 prosent (59 %) av dem som ikke tror at pensjonen vil være tilstrekkelig for å leve det livet de ønsker som pensjonist, sier de sparer til pensjon på egen hånd. 39 prosent av de som ikke tror pensjon blir tilstrekkelig svarte at de ikke sparer til pensjon på egen hånd. Det kan skyldes at de ikke har økonomisk mulighet til å gjøre dette i dag. Vi viser det ikke i en egen figur her, men pensjonsundersøkelsen viser at det er langt mer vanlig å spare for dem som oppgir at deres egen økonomi er god eller svært god (61 prosent sparer) enn for dem med middels eller dårligere økonomi (35 prosent sparer).

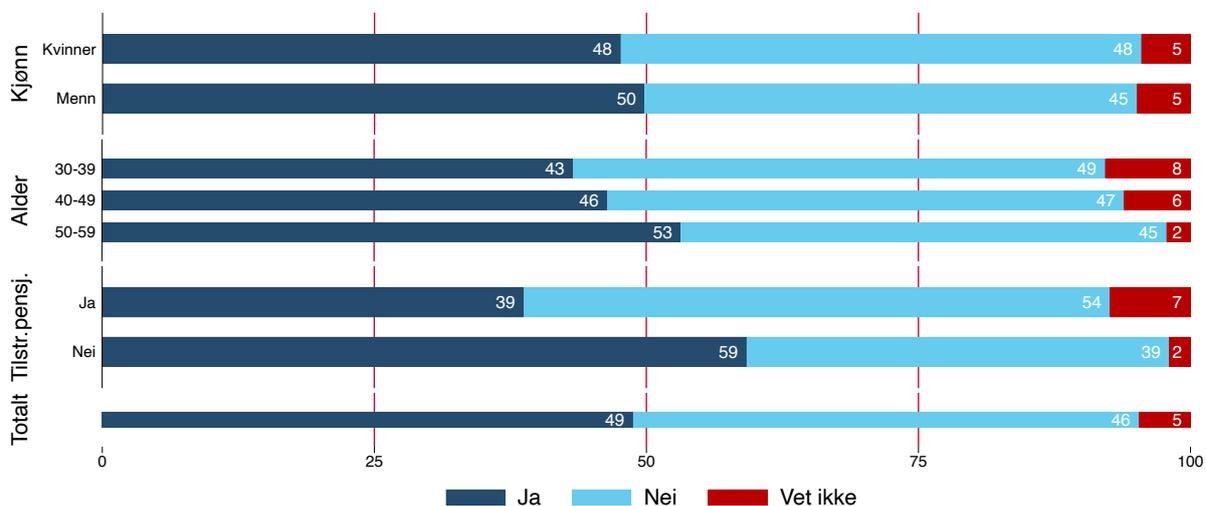
At rundt halvparten av respondentene totalt sett sier de sparer til pensjon er på tilsvarende nivå som tidligere undersøkelser (Grødem, 2019). I noen av disse undersøkelsene har de også spurt om hvilken type

**Figur 4:** Tror du pensjonen vil være tilstrekkelig for deg til å leve det livet du ønsker som alderspensjonist? N = 1 885



Kilde: NAV

Figur 5: Sparer du til pensjon på egen hånd? N = 1 882



Kilde: NAV

sparing som er mest vanlig, og det ser ut til å være egenstyrt sparing (Lien og Grambo, 2007). Midtsundstad og Hyggen (2011) finner at relativt få benytter seg av sparing øremerket til pensjon, slik som IPS. Denne formen for sparing innebærer at den som sparer får økonomiske fordeler nå, mot at de binder opp innskudd fram til pensjonsalderen.

Det er også flest som sparer i de eldste aldersgruppene. Ti prosentpoeng flere (53 %) i alderen 50–59 år sparer enn de i alderen 30–39 år (43 %). Dette har trolig med livsfase å gjøre. De eldste har i større grad sannsynligvis bedre økonomi, og dermed større mulighet til å spare enn de yngste. I tillegg er pensjonisttilværelsen mer nærstående og oppleves som mer relevant å spare til.

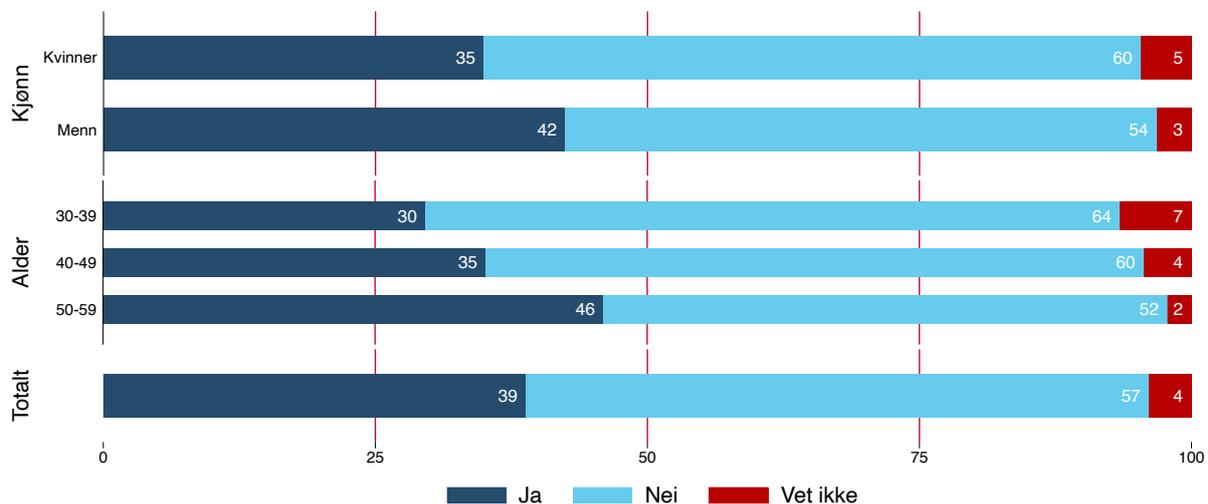
For å få et anslag på hvor stort inntektsfallet ved en overgang fra arbeidsliv til pensjonistliv blir, kan man benytte en av pensjonskalkulatorene som tilbys (f.eks. Din pensjon fra NAV). På spørsmålet om de har benyttet pensjonskalkulator, eller på annen måte beregnet hvor mye de vil få i pensjon ved ønsket alder for å starte uttaket av alderspensjon, svarte godt under halvparten at de har gjort dette (figur 6). Som med interesse for pensjon, er bruken av pensjonskalkulator

også mer vanlig blant de eldste og altså de som er nærmest pensjonsbeslutningen. Pensjonsportalene Din Pensjon (NAV) og Norsk Pensjon (Norsk Pensjon AS) har egne pensjonskalkulatorer. Kalkulatorene kan brukes til å beregne forventet pensjon for et valgt uttakstidspunkt basert på den enkeltes opptjeningshistorikk og forventet framtidig inntekt. Beregnet årlig pensjon er i dagens kroneverdi og gjelder før skatt. Statens pensjonskasse (SPK) og Kommunal landspensjonskasse (KLP) tilbyr også egne pensjonskalkulatorer. Det gjør også flere private banker og forsikringsselskaper.

Til tross for at over 80 prosent svarte at de var interessert eller veldig interessert i sin fremtidige pensjon er det bare rundt fire av ti (39 %) som svarer at de har benyttet pensjonskalkulator. Det er noe høyere andel menn enn kvinner som har beregnet sin fremtidige pensjon. Andelen øker med alder, noe som er naturlig siden pensjoneringsbeslutningen nærmer seg for dem. 46 prosent av respondentene i alderen 50–59 år svarte at de hadde benyttet pensjonskalkulator.

De som hadde brukt pensjonskalkulator, ble også spurt om hva de synes om størrelsen på den beregnede fremtidige pensjonen. Over halvparten (55 %) sier at

**Figur 6:** Har du brukt pensjonskalkulator eller på annen måte beregnet hvor mye du vil få i pensjon ved din ønskede alder for å starte uttaket av alderspensjon? N = 1 874



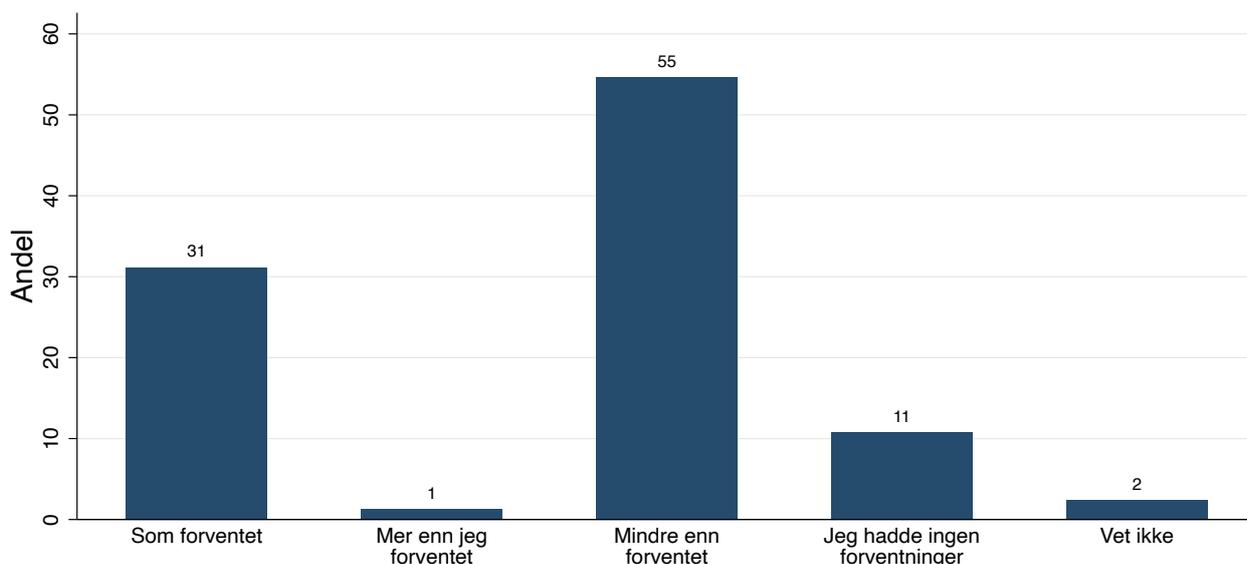
Kilde: NAV

størrelsen på den beregnede fremtidige pensjonen er mindre enn forventet, mens rundt en tredel (31 %) svarte at den var som forventet (figur 7). Kun én prosent svarte at beregningen viser at de kan få mer enn de forventet. Dette viser at mange har for høye forventninger til størrelsen på deres fremtidige pensjon,

og at det for mange er en forskjell mellom egne forventninger og hva som blir virkeligheten.

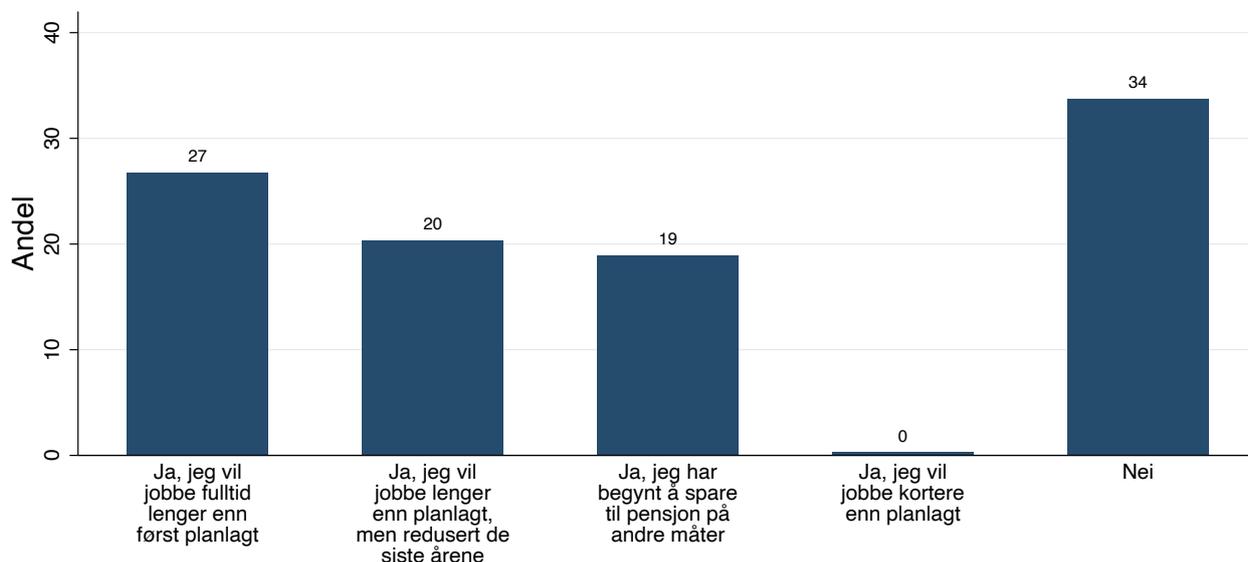
Et problem med pensjonskalkulatorene er at ikke alle gir et fullstendig bilde av hva hver enkelt kan forvente å få, siden ikke alle pensjonsordninger er inkludert.

**Figur 7:** Hva synes du om størrelsen på din beregnede fremtidige pensjon? N = 727



Kilde: NAV

**Figur 8:** Har beregningen av din forventede pensjon påvirket dine planer for når du vil slutte å jobbe. N = 344<sup>3</sup>



Kilde: NAV

Privat sparing vil uansett komme i tillegg til beregningen fra pensjonskalkulatoren.

De som svarte at de hadde benyttet en pensjonskalkulator ble også stilt spørsmålet «Har beregningen av din forventede pensjon påvirket dine planer for når du vil slutte å jobbe?» Figur 8 viser at 27 prosent sier de vil jobbe lenger enn først planlagt. 20 prosent vil jobbe lenger enn planlagt, men planlegger å jobbe redusert de siste årene. Nesten like mange svarer at de har begynt å spare til pensjon på andre måter. Så å si ingen sier de vil jobbe kortere enn planlagt etter å ha beregnet sin fremtidige pensjon. 34 prosent sier at beregningen ikke påvirket planene. Dette tyder på at informasjon om den fremtidige pensjonen er viktig for at folk kan ta informerte beslutninger. Videre tyder disse resultatene på at mer kunnskap om størrelsen på den fremtidige pensjonen kan påvirke folk til å jobbe lenger.

### Ønsker og realitet

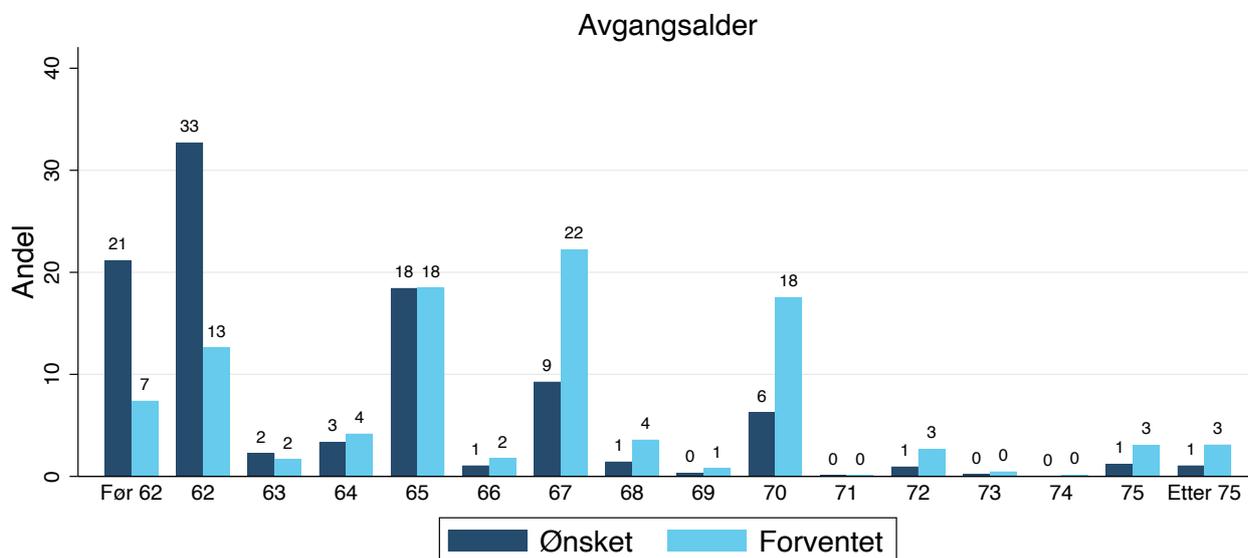
Innføringen av valgfri pensjoneringsalder kom med pensjonsreformen i 2011, og så langt ser det ut til at

mange har benyttet seg av denne muligheten (se figur 1 og 2). Det vil variere noe hvor lenge en arbeidstaker kan jobbe. I privat sektor gjelder arbeidsmiljøloven, hvor den alminnelige aldersgrensen er på 72 år. Private arbeidsgivere kan sette en lavere bedriftsintern aldersgrense, men arbeidsgivere kan ikke sette aldersgrensen til lavere enn 70 år. I statlig sektor er den alminnelige aldersgrensen på 70 år i henhold til aldersgrenseloven, mens i kommunal sektor er det tariffestet en alminnelig aldersgrense på 70 år i henhold til arbeidsmiljøloven. I offentlig sektor, og i enkelte yrker i privat sektor, kan aldersgrensene være lavere enn 70 år som følge av særaldersgrenser.

Blant respondentene i pensjonsundersøkelsen var det også stor variasjon i preferanser for når de ønsker å slutte i jobb (figur 9). Vi stilte respondentene spørsmålet «Hvis du kunne velge helt fritt uavhengig av din økonomiske situasjon- hva er din ønskede alder for å slutte å jobbe og bli fulltidspensjonist?» De kunne da velge en alder fra før 62 og ettårige aldersintervaller til 75 år. Det neste spørsmålet i spørreskjemaet var «Ved hvilken alder tror du at du kommer til å slutte å jobbe helt?» I pensjonssystemet er det både valgfrihet og økonomiske insentiver. Det vil si at hver enkelt kan velge når de vil starte både pensjonsuttak i kom-

<sup>3</sup> Ved en inkurie fikk bare halvparten av respondentene dette spørsmålet. Det forklarer det lave antallet respondenter.

Figur 9: Ønsket og forventet avgang fra arbeid. Prosent. N = 1 864



Kilde: NAV

binasjon med jobb og endelig avgangsalder. Men hvert ekstra år i jobb vil gi høyere pensjon, og det vil ikke være økonomisk mulig for alle å slutte å jobbe helt ved laveste mulige pensjonsalder på 62 år. Dermed vil det for noen være et avvik mellom ønsket og faktisk avgangsalder. 27 prosent oppga samme alder på begge spørsmål, det vil si at de ser for seg å slutte å jobbe i den alderen de selv også ønsker det.

For de resterende 73 prosentene er det relativt stor variasjon mellom ønsket avgangsalder og når de tror de realistisk ser for seg å slutte å jobbe helt (figur 9). Differansen mellom ønsket og forventet alder for når de slutter å jobbe, kan være et tegn på at befolkningen har tatt inn over seg insentivene i pensjonssystemet. De har innsett at de må jobbe lenger enn de ideelt hadde ønsket for å øke pensjonsbeholdningen sin. Over halvparten ønsker faktisk avgangsalder på 62 år eller yngre. Det er også mange som knytter avgangstidspunkt til de «typiske» aldre, 62, 65 og 67. Disse aldre er knyttet til aldersgrenser i pensjonssystemet. 62 år er første mulige alder for de fleste til å ta ut alderspensjon. 65 år er pensjonsalderen for flere av de som er omfattet av særaldersgrenser i offentlig sektor og alderen hvor AFP i offentlig sektor blir tjenestepensjonsberegnet. 67 år er den alderen alle får rett til

å ta ut alderspensjon og de som har uføretrygd har overgang til alderspensjon. Men vi ser også at det er rundt 20 prosent som ser for seg at de skal jobbe til de blir 70 år eller eldre.

For enkelte er ikke valget av avgangsalder helt fritt. For å ta ut alderspensjon før 67 år må opptjeningen være høy nok. I dag er det en del, hovedsakelig kvinner, som ikke har høy nok opptjening. Det kan være at en del av respondentene tar hensyn til dette når de har besvart spørsmålene om ønsket og forventet avgang fra arbeidslivet.

Vi har gjennomført regresjoner på tidspunkt for uttak av pensjon, ønsket og forventet avgang fra arbeidslivet, og differansen mellom de sistnevnte. Resultatene viser at kvinner har en tendens til å foretrekke en lavere alder for både uttak av pensjon og når de vil slutte å jobbe (tabell 2). Personer født i Norge velger en høyere alder for uttak og forventet avgang, men det er ingen forskjell i ønsket avgangsalder fra de som ikke er født i Norge. Bakgrunnskjennetegn som alder, inntekt og sektor viser ingen signifikant innflytelse på resultatene. For respondentene vet vi både hvilket yrke de jobber i, og hvilken utdanning de oppgir. Vi benytter begge disse opplysningene for å se om det er

sammenheng mellom dem og hvilken alder de ønsker å ta ut alderspensjon og når de vil slutte å jobbe. De som er ansatt i yrker som krever høyere utdanning, viser en høyere alder for både uttak og ønsket avgangs-

alder. Dette mønsteret gjenspeiles også blant de som faktisk har høyere utdanning, med en spesielt markant forskjell i faktisk avgangsalder.

**Tabell 2: Regresjonsanalyse.**

Variabel	(1) Alder uttak	(2) Ønsket avgang	(3) Forventet avgang	(4) Differanse
Kvinne	-0,36** (0,15)	-0,49*** (0,16)	-0,66*** (0,18)	0,16 (0,16)
Født i Norge	0,54*** (0,18)	-0,26 (0,19)	0,76*** (0,22)	-1,01*** (0,19)
Alder	0,01 (0,10)	-0,04 (0,10)	-0,09 (0,12)	0,04 (0,11)
Alder <sup>2</sup>	-0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)
Log(inntekt)	0,00 (0,03)	-0,04 (0,03)	-0,01 (0,03)	-0,03 (0,03)
Yrke som krever høy utdanning	0,65*** (0,17)	-0,01 (0,19)	0,83*** (0,21)	-0,83*** (0,19)
Har høyere utdanning	0,55*** (0,17)	0,69*** (0,18)	0,98*** (0,21)	-0,30 (0,18)
Privat sektor	-0,16 (0,15)	-0,16 (0,16)	0,16 (0,18)	-0,31* (0,16)
God eller svært god økonomi nå	-0,50*** (0,18)	-0,04 (0,19)	-0,20 (0,22)	0,17 (0,20)
God eller svært god økonomi senere	0,05 (0,17)	0,57*** (0,19)	0,14 (0,21)	0,43** (0,19)
God eller svært god helse	0,44*** (0,15)	0,59*** (0,16)	0,60*** (0,18)	-0,00 (0,17)
Konstant	65,0*** (2,15)	64,4*** (2,33)	67,6*** (2,62)	-3,2 (2,36)
Observasjoner	1 876	1 864	1 861	1 861
R <sup>2</sup>	0,050	0,039	0,071	0,056

Standardfeil i parenteser  
 \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Kilde: NAV

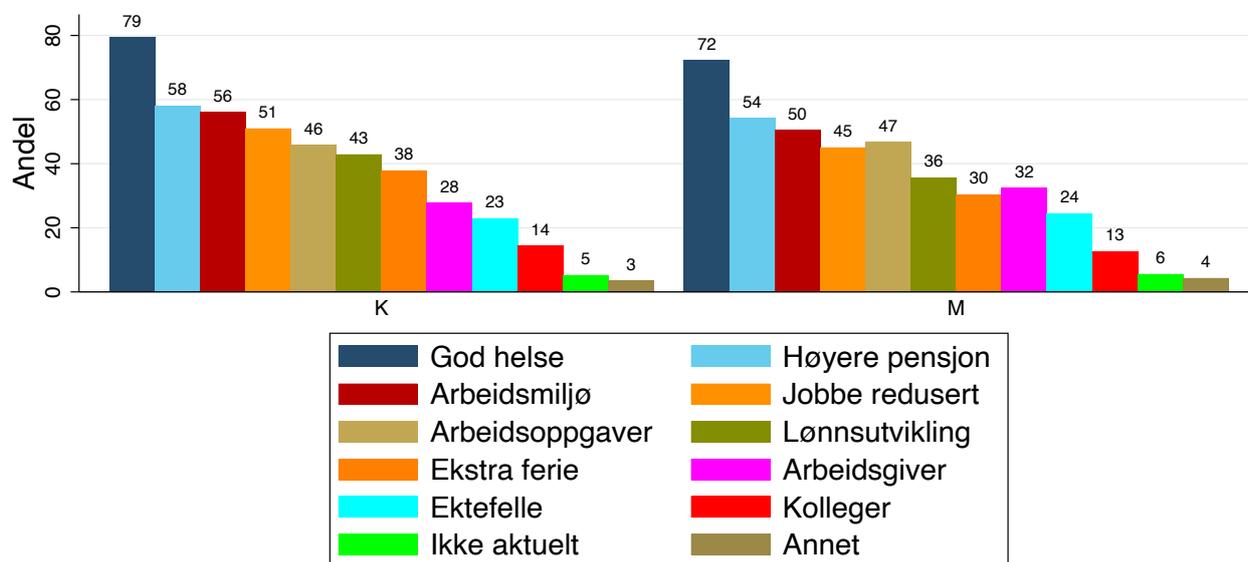
Vi stilte spørsmål om hvordan respondentene vurderer sin økonomiske situasjon på det nåværende tidspunkt. De som rapporterer om en svært god eller god økonomisk situasjon nå, ønsker å ta ut alderspensjon noe tidligere, men forventer å jobbe like lenge som de som ikke vurderer sin økonomiske situasjon som like god. De som forventer en svært god eller god økonomisk situasjon senere, viser en høyere ønsket avgangsalder, men ingen forskjell i uttaksalder eller faktisk avgangsalder. Helse har en betydelig innvirkning på alle de ulike aldersmålene, og selvoppgitt god helse gir høyere aldre for både uttak og ønsket alder for å slutte å jobbe.

### Helse og økonomi mest avgjørende for ekstra år i jobb

Vi stilte respondentene spørsmålet «Hva vil ha betydning for at du skal jobbe lenger enn til 62 år?» Svarkategoriene dekket flere aspekter i arbeidslivet og privatlivet som helse, pensjonsopptjening, ulike trekk ved arbeidsplassen og koordinering med eventuell partner. «Ikke aktuelt å jobbe etter 62 år» var også et alternativ og det var 5 prosent av både kvinner og menn som svarte dette. Dette reflekterer at få i befolkningen har tatt et klart standpunkt om å slutte i jobb så tidlig som mulig.

Respondentene oppga god helse (79 % blant kvinnene, 72 % blant mennene) som den viktigste faktoren for å jobbe lenger enn til 62 år (figur 10). Når det gjelder hvor lenge det faktisk vil være mulig å jobbe, er dette også den mest avgjørende faktoren for faktisk å kunne jobbe frem til alderspensjon. Tall fra NAV ved utgangen av 2023 viser at i alderen 65–67 år mottok 29 prosent av befolkningen uføretrygd (NAV 2023). Vi har gode grunner til å forvente at helsetilstanden i befolkningen vil fortsette å bli bedre i tiden frem mot vår populasjon nærmer seg pensjonsalder (Nossen, 2023). Hvis helsen blir bedre enn respondentene forventer når de skal ta valget om å slutte å jobbe, vil de kanskje likevel fortsette å jobbe lenger enn de ser for seg da de besvarte denne spørreundersøkelsen. Vi stilte også spørsmål om hvordan respondentene «vur-

**Figur 10:** Hva vil ha betydning for at du skal jobbe lenger enn til 62 år? Flere svar mulige. Fordelt på kvinner og menn. N = 1 861



Kilde: NAV

derer sin helse i alminnelighet sammenliknet med personer på sin egen alder?»). Godt over halvparten av respondentene vurderer sin helse i alminnelighet som svært god eller god på nåværende tidspunkt.

Nest etter god helse er det høyere pensjon (58 % blant kvinnene, 54 % blant mennene), som vurderes som den viktigste faktoren for å jobbe utover 62 år. Disse to faktorene kan stå i motsetning til hverandre, samtidig som god helse er en forutsetning for å kunne jobbe lenger. Med motsetning mener vi at høyere pensjon kan virke motiverende på å jobbe utover første mulige sluttidspunkt, mens god helse ikke er noe den enkelte har innflytelse over på samme måte. Det vil være en usikkerhet om hvor god helsa vil være for den enkelte, og god helse kan være styrt av tilfeldigheter og uflaks. At over halvparten av respondentene oppgir at høyere pensjon er en viktig faktor for å jobbe lenger reflekterer at mange vil handle i tråd med de økonomiske insentivene i pensjonssystemet. Privatøkonomien er i endring gjennom livsløpet og er dermed noe som kan endre seg med tiden. På spørsmål om hvordan de opplever sin økonomi nå, svarte over halvparten at de opplever økonomien som god eller svært god nå, mens noen færre vurderer at økonomien vil være

svært god eller god når de er nærmere pensjoneringsalder. Det er kun litt over 10 prosent som vurderer økonomien sin som dårlig eller svært dårlig, både nå og nærmere pensjoneringsalder.

På spørsmålet om hva som vil ha betydning for å jobbe lenger enn til 62 år var det flest svaralternativer som omhandlet arbeid og arbeidsrelaterte forhold. Vi vil nå presentere dem. Godt arbeidsmiljø er viktig for 56 prosent av kvinnene og 50 prosent av mennene. Muligheten for å jobbe redusert anses også som viktig av rundt halvparten, det vil si 51 prosent kvinner og 45 prosent menn. Nesten like mange kvinner (46 %) og menn (47%) svarte at interessante arbeidsoppgaver var viktig. Deretter er det god lønnsutvikling og ekstra ferie. En fjerdedel av kvinnene (28 %) og en tredel av mennene (32 %) svarte at «at arbeidsgiver ønsker at jeg skal fortsette å jobbe» var viktig. Hver syvende respondent svarte at det var viktig at jevnaldrende kolleger fortsetter å jobbe. Mange av disse faktorene som godt arbeidsmiljø, muligheten for å jobbe redusert og interessante arbeidsoppgaver reflekterer både arbeidsgiver og kollegers betydning for å holde på seniorene lengst mulig og hindre tidligpensjonering.

Når det gjelder mer private forhold er det interessant at 23 prosent av kvinnene og 24 prosent av mennene svarte at «at ektefelle/partner jobber» vil ha betydning (76 prosent av respondentene er gifte eller samboere). Det si at mer enn tre fjerdedeler ikke vurderer det som betydningsfullt for sin egen pensjoneringsbeslutning om ektefelle/partner fortsatt jobber. Egen helse, pensjonsopptjening og forhold ved arbeidsplassen har mest betydning. Tidligere forskning har derimot funnet at ektefeller til en viss grad koordinerer sin pensjonsbeslutning (Kruse 2021, Bråthen og Bakken 2012).

## Diskusjon

Pensjonsreformen i 2011 ble i stor grad motivert av bekymringen for at det i framtiden vil være færre personer i yrkesaktiv alder, mens antallet alderspensjonister vil øke. Reformens hovedmål var å legge til rette for at eldre arbeidstakere som ønsket å fortsette i arbeid, skulle få mulighet til dette og dra økonomisk fordel av det. Dette prinsippet er videreført i rapporten «Et forbedret pensjonssystem» (NOU 2022:7) og stortingsmeldingen «Et forbedret pensjonssystem med en styrket sosial profilen» (Meld St. 6 (2023–2024)). Pensjonsforliket fra 2024, hvor syv partier på Stortinget ble enige om et forbedret pensjonssystem, sikrer at pensjonsalderen vil øke når levealderen øker. Men pensjonsforliket skal også sikre en styrket sosial profil med en sliterordning og en delvis skjerming for levealdersjusteringer for uføre.

For å lykkes med de politiske intensjonene i pensjonsreformen, må befolkningen ta pensjonsvalg som følger disse. Det vil si at insentivene for å øke arbeidstilbudet må fungere. I denne spørreundersøkelsen har vi derfor spurt befolkningen om deres pensjoneringsvalg og pensjonsplanlegging, som hvor lenge de ser for seg å jobbe og hvilke faktorer som har betydning for hvordan de velger. Resultatene kan gi innsikt i om insentivene i pensjonsreformen faktisk stimulerer til økt arbeidsdeltakelse.

Svarene på denne undersøkelsen kan tyde på at befolkningen vil følge de økonomiske insentivene og jobbe lenger. Et interessant funn er at det er en betydelig forskjell mellom ønsket alder for å slutte å jobbe og

hva respondentene realistisk ser for seg vil være den alderen de kommer til å slutte å jobbe. Mange ønsker avgang fra arbeidslivet så tidlig som mulig. En høyere andel av de yngste enn av de eldste ønsker tidlig avgang. Dette er ikke i tråd med intensjonene i pensjonsreformen, hvor et av prinsippene er at jo lenger vi lever, jo lenger må vi jobbe. Denne differansen understreker momentet som ligger i de økonomiske insentivene og økt pensjonsopptjening. En av de faktorene som flest oppgir som betydningsfull for å jobbe etter 62 er nettopp at det vil gi økt pensjonsopptjening og dermed mer å leve for når de slutter å jobbe. Samtidig kan preferansene endre seg gjennom livet, og da spesielt for de yngste.

Helse er likevel den faktoren flest oppgir som viktig for å kunne jobbe lenger. Dette vil for mange også være den største usikkerhetsfaktoren. Man vet ikke hvor lenge man holder seg frisk eller hvor lenge man faktisk vil leve. Forbedret folkehelse er en av årsakene til at folk har stått lenger i jobb i perioden etter pensjonsreformen. Nossen (2023) viser at levealderen forventes å øke også i de kommende årene. Men det er usikkert om antall friske leveår vil fortsette å øke i like stor grad som tidligere. Derfor er det også usikkert hvordan utviklingen i levealder vil påvirke avgangen fra arbeidslivet i tiden fremover.

Etter helse og økonomi, var det faktorer som er relatert til arbeidsstedet som flest vektla for å jobbe lenger. Dette er faktorer som at de føler seg verdsatt og ønsket. I spørreundersøkelsen var dette formulert som at arbeidsgiver ønsker at de skal fortsette, at det er godt arbeidsmiljø og at de har gode kolleger.

Vi spurte også om hvilken interesse folk har for pensjon og om de bruker pensjonskalkulator. Pensjonskalkulatoren vil gi et mer nøyaktig svar jo nærmere man er pensjonsalder. Den er derfor ikke like informativ for de yngste, men den kan likevel være et nyttig verktøy for å forberede seg på hva man kan forvente. I spørreundersøkelsen vår ser vi at realiteten blir tydelig for de som har benyttet pensjonskalkulator. De fleste svarte at størrelsen på pensjonen er mindre enn de hadde sett for seg. Det er likevel ikke alle som har mulighet for å spare selv for å ha noe i tillegg til pensjonen fra folketrygden og tjenestepensjonen.

De som tjener minst og kommer til å få minst i pensjon, vil da også være de som har minst anledning til å spare til pensjon på egen hånd. Deres mulighet til å øke pensjonsutbetalingen ligger da i å jobbe lenger for å øke pensjonsbeholdningen. Men selv om de ser for seg at de må jobbe lenger enn de kanskje ideelt sett ønsker, så har den økonomiske utviklingen for de eldste vært god. Det har for eksempel vært en kraftig reduksjon i andelen av disse som lever med vedvarende lavinntekt (Hattrem, 2022).

Dette er en spørreundersøkelse hvor respondentene blir stilt spørsmål om noe som vil inntreffe langt frem i tid, for de yngste over 30 år. Det vil alltid være usikkerhet knyttet til hvordan de faktisk vil opptre når den tid kommer. Mange faktorer vil endre seg både i arbeidslivet, men også i privatlivet. Hellevik og Herlofsen (2023) viser at rundt halvparten av respondentene i deres studie gikk av når de hadde planlagt. De som ikke fulgte sin plan, valgte å stå lenger i jobb. Det kan det være sammensatte årsaker til.

Med tanke på behovet for arbeidskraft i fremtiden og opprettholdelsen av et bærekraftig forhold mellom skatteyttere og pensjonister, trengs et pensjonssystem som stimulerer befolkningen til å jobbe lenger. Forskjellen i ønsket og realistisk alder for å slutte å jobbe bekrefter at de økonomiske insentivene har betydning, og at mange innser at de må utsette pensjoneringsstidspunktet for å øke pensjonen. Samtidig er det et tankekors at mange ønsker å slutte å jobbe tidligere dersom de hadde hatt den økonomiske muligheten til å gjøre det. Dette er et signal om at de økonomiske fordelene ved å jobbe lenger betyr mye for pensjoneringsbeslutningen. I tillegg er trivsel, her eksemplifisert som godt arbeidsmiljø, interessante arbeidsoppgaver og gode kolleger faktorer som har betydning for å ville jobbe lenger enn til første mulige avgangsalder.

Vi planlegger ytterligere en artikkel basert på dataene fra pensjonsundersøkelsen, som vil dekke problemstillinger om de økonomiske insentivene ved å jobbe lenger mer konkret, samt hvordan befolkningen stiller seg til at pensjonsalderen er foreslått å øke i takt med økningen i forventet levealder.

## Referanser

Arbeids- og sosialdepartementet (2019) Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv Et arbeidsliv med plass for alle 1. januar 2019 – 31. desember 2022. <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/aid/dokumenter/2018/ia-avtalen-2019-2022.pdf>

Bråthen, Magne og Frøydis Bakken (2012) «Seniorer i arbeidslivet – hva påvirker beslutningen om å fortsette i jobb?» *Arbeid og velferd*, nr. 3/2012, s. 30-48

Dahl, Espen S. og Anders M. Galaasen (2013) «I pose og sekk? Hvorfor har så mange valgt å kombinere arbeid og pensjon?», *Arbeid og velferd*, nr. 3/2013, s. 56–67

Dahl, Espen H. og Ole Christian Lien (2013) «Pensjonsreformen – flere eldre i arbeid», *Arbeid og velferd*, nr. 1/2013, s. 58–71

Grødem, Anne S. (2019) «Pensjon: for komplisert for folk flest? Befolkningens kunnskap om og holdninger til pensjon» ISF-rapport 2019:13, Institutt for samfunnsforskning

Hattrem, Aurora (2022) «Økonomi og levekår for lavinntektsgrupper 2022», SSB-rapport nr. 2022/45

Hellevik, Tale og Katharina Herlofsen (2023) «Avgangstidspunkt – planer og realiteter» i Herlofsen, Katharina, Tale Hellevik, Axel West Pedersen og Per Erik Solem (2023) «Veier ut av arbeidslivet – senkarrierer og yrkesavgang», NOVA-rapport nr. 3/23

Hernæs, Erik (2017) «Yrkesaktivitet og pensjonsuttak etter pensjonsreformen» *Frisch-rapport*, nr.1/2017

Hernæs, Erik, Simen Markussen, John Piggott og Knut Røed (2015) «Pension reform and labor supply», *Journal of Public Economics*, vol. 142, s. 39-55., DOI: 10.1016/j.jpubeco.2016.08.009.

Kruse, Herman (2021) «Joint retirement in couples – evidence of complementarity in leisure», *The Scandinavian Journal of Economics*, vol. 123, s. 995–1024, <https://doi.org/10.1111/sjoe.12427>

- Lien, Ole Christian og Anne-Cathrine Grambo (2007) «Pensjonsreform på trappene: Hva vet befolkningen om pensjon?» NAV-rapport 1/2007
- Midtsundstad, Tove og Christer Hyggen (2011) «Pensjoner på børs – valg og risiko», *FAFO-notat*, 2011:05
- Nav (2023) *Uføretrygd - Månedssstatistikk - nav.no*
- Nossen, Jon Petter (2023) «Helse» i NAV (2023) «NAVs omverdensanalyse 2023–2035 – Samfunnstrender og konsekvenser for NAV» NAV-rapport 2023:4
- NOU 2004:1 «Modernisert folketrygd — Bærekraftig pensjon for framtida» <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-1/id383364/>
- NOU 2004:13. «Ny arbeids- og velferdsforvaltning». *NOU 2004: 13 - regjeringen.no*
- NOU 2022:7 (2022) «Et forbedret pensjonssystem» Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-7/id2918654/>
- Meld. St. 6 (2023–2024) «Et forbedret pensjonssystem med en styrket sosial profil», Arbeids- inkluderingsdepartementet, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20232024/id3018556/>
- OECD (2019), *Pensions at a Glance 2019: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b6d3dcfc-en>.
- OECD (2023), *Pensions at a Glance 2023: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/678055dd-en>.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2023) «Særaldersgrenser før og nå – og en vurdering av det framtidige behovet. Rapport fra en arbeidsgruppe», Arbeids- og inkluderingsdepartementet, <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/saraldersgrenser-for-og-na-og-en-vurdering-av-det-framtidige-behovet/id2986205/>
- Vigtel, Trond C. (2018) «The Retirement Age and Hiring of Senior Workers», *Labour Economics*, 51, s. 247–270

## Vedlegg

**Tabell 3: Bakgrunnskjennetegn. Gjennomsnitt og andeler i prosent.**

Variabel	Andel	Variabel	Andel
Hva er din høyest fullførte utdanning		Hvordan vurderer du din egen økonomi akkurat nå	
Grunnskole	4,7	Svært god	9,1
Videregående skole	28,7	God	42,9
Høyere utdanning inntil 4 år	30,7	Middels	36,5
Høyere utdanning over 4 år	35,3	Dårlig	9,0
Ingen	0,6	Svært dårlig	2,5
Sivilstand		Hvordan tror du din økonomi vil være nær pensjoneringsalder, dvs. etter 60 år	
Gift	54,5	Svært god	8,8
Samboer	21,1	God	39,2
Enslig	16,3	Middels	36,0
Skilt/separert	7,2	Dårlig	13,0
Enke/enkemann	0,8	Svært dårlig	3,0
Arbeidsmarkedsstatus		Hvordan vurderer du din egen helse i alminnelighet sammenlignet med andre på din alder	
Selvstendig næringsdrivende/frilanser	5,2	Svært god	14,9
Arbeidstaker	84,2	God	48,4
Student	1,6	Middels	28,3
Hjemmeværende	0,5	Dårlig	7,1
Arbeidssøker	3,7	Svært dårlig	1,3
Mottar AAP	2,9		
Pensjonert med særaldersgrense	0,4		
Annet	1,6		
Mottar uføretrygd	0,1		
Jobber du i offentlig eller privat sektor			
Privat	55,6		
Offentlig	39,7		
Vet ikke	4,8		
Har du en jobb med særaldersgrense			
Ja	15,5		
Nei	78,3		
Vet ikke	6,2		

Kilde: NAV

# HYPPIG GJENTAKENDE SYKEFRAVÆR – GRUNN TIL BEKYMRING?

Av Lamija Delalic, Ingunn Helde og Jon Petter Nossen

## Sammendrag

*I innværende periode av IA-avtalen (2019–2024) er det en uttalt ambisjon å redusere det «hyppig gjentakende» sykefraværet. Hyppige sykefravær kan oppleves som problematisk av arbeidsgivere, og kan tenkes å øke sannsynligheten for frafall fra arbeidslivet. Hyppig sykefravær har fått lite oppmerksomhet, noe som har resultert i manglende kunnskap, både om størrelsen på fraværet og kjennetegn ved personer med hyppige sykefravær. Siden vi mangler informasjon om egenmeldt fravær, definerer vi hyppig sykefravær som å ha seks, eller flere, legemeldte sykefravær i løpet av tre år, og foretar en deskriptiv analyse av personer med hyppig sykefravær i perioden 2019–2021.*

*Personer med hyppige sykefravær utgjør 9 prosent av alle med legemeldt sykefravær i treårsperioden og står for 29 prosent av alle sykefravær og 18 prosent av sykefraværsdagene. Mens 7 prosent av menn med sykefravær har hyppige sykefravær, er andelen 11 prosent blant kvinner. Vi finner at personer som jobber i helse- og sosialtjenesten og salgs- og serviceyrker har høyest andel hyppige sykefravær.*

*Muskel- og skjelettlidelser og luftveislidelser er de vanligste årsakene til hyppige sykefravær. Videre er sykdommer i nerve- og i fordøyelsessystemet vanligere ved hyppige sykefravær enn øvrige sykefravær, og spesielt skiller migrene seg ut ved å være langt vanligere blant personer med hyppige sykefravær. Vi finner også at det hyppige sykefraværet i snitt er av kortere varighet enn sykefravær ellers. Nesten ett av fem legemeldte sykefravær blant personer med over ti sykefravær varer kun i én dag.*

*Det er en relativt stor utskifting i gruppen med hyppige sykefravær, ved at 14 prosent ikke har noe sykefravær i neste treårsperiode, og 55 prosent har færre fravær. Av disse går en del over på mer langvarige helserelaterte ytelser som arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. Det ser dermed ut til at gruppen med hyppige sykefravær både omfatter personer med mindre alvorlige sykefravær, og personer med helseproblemer som på sikt gjør det vanskelig å stå i jobb.*

<https://doi.org/10.60847/NAV.4669>

## Bakgrunn og problemstillinger

I intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen 2019–2024)<sup>1</sup> tas det sikte på å «... målrette innsatsen mot lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær». IA-arbeidets fokus på personer med hyppige sykefravær er nytt. Tidligere har dette arbeidet i hovedsak vært konsentrert om langtidssykmelding, som en viktig årsak til frafall fra arbeidslivet og mottak av mer varige helserelaterte ytelser.

Som følge av oppmerksomheten om hyppig sykefravær i inneværende IA-avtale (jf. også NOU 2021: 2 side 201), har personer med hyppig fravær de siste årene vært en prioritert gruppe i NAVs sykefraværsoppfølging.<sup>2</sup> Oppfølgingstidspunktene i sykefraværsoppfølgingen tar utgangspunkt i sammenhengende, relativt langvarige sykefravær, slik at hyppige sykefravær som varer mindre enn åtte uker tidligere har «gått under radaren». Selv om det nå tas sikte på å identifisere og følge opp denne gruppen, er det behov for mer kunnskap om hyppig gjentakende sykefravær – herunder hvor vanlig det er, mulige årsaker og hva som eventuelt kan gjøres for å redusere omfanget. I denne artikkelen prøver vi derfor å beskrive fenomenet, og gjør et forsøk på å tallfeste det.<sup>3</sup>

Arbeidsgiver betaler sykepengene de 16 første kalenderdagene av et sykefravær (kalt arbeidsgiverperioden), men noe av dette refunderes av NAV (se faktaboks). Vi antar at mye av det hyppige sykefraværet er av kort varighet, og at arbeidsgiverne derfor bærer det meste av kostnadene ved dette sykefraværet. I tillegg til betaling av sykepenger i arbeidsgiverperioden, har arbeidsgiverne også kostnader i form av produksjonstap og utgifter til vikarer, samt tilrettelegging for delvis sykmeldte. Hyppige sykefravær kan kreve utstrakt vikarbruk, og i mange bransjer er det utfordrende å finne kvalifiserte vikarer, og enda vanskeligere å skaffe vikarer gjentatte ganger på kort varsel.

Mer kunnskap om fenomenet er av interesse også for andre enn arbeidsgiversiden, og ikke bare i forbindelse med sykefraværsoppfølgingen. Gjentakende sykefravær behøver ikke være kortvarige, og dersom de er kortvarige kan de likevel tenkes å øke sannsynligheten for langtidssykmelding, og dermed gi økte sykepengeutgifter for folketrygden. Til tross for manglende kunnskap både om årsaker til og kjennetegn ved hyppige sykefravær, er det naturlig også å vurdere om denne typen sykefravær kan være en risikofaktor for frafall fra arbeid og overgang til mer langvarige ytelser som arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

### Et fullstendig datagrunnlag mangler

Det har til nå ikke eksistert noen løpende statistikk over hyppige sykefravær i Norge. En viktig årsak til mangelen på kunnskap er at NAV kun innhenter opplysninger om legemeldt sykefravær. Mye kortvarig sykefravær er imidlertid egenmeldt — altså sykefravær uten sykmelding fra lege — som kun finnes registrert i virksomhetenes HR-/lønnssystemer. Mange arbeidstakere kan dermed ha hyppige sykefravær uten at det fanges opp av NAV. Minimumsordningen i folketrygdloven gir en arbeidstaker rett til opptil fire egenmeldinger i løpet av en tolv månedersperiode, som hver kan vare i opptil tre dager. Men mange arbeidsgivere har en utvidet egenmeldingsordning som gir rett til flere egenmeldte dager og flere egenmeldingsperioder per år.<sup>4</sup> Sykefraværstatistikken inneholder dermed begrenset informasjon om korttidsfravær. Det finnes statistikk over egenmeldt fravær, men denne er basert på en utvalgsundersøkelse som bare gir aggregerte tall etter kjønn og næring.<sup>5</sup>

Det eksisterer ikke en generell definisjon av hvor mange (legemeldte) sykefravær som kvalifiserer til å kalles hyppige sykefravær. I årsrapportene fra IA-faggruppen benyttes en definisjon på minst seks sykefravær per person i løpet av en treårsperiode. Grensen i NAVs syke-

<sup>1</sup> Tilgjengelig fra IA-avtalen 2019–2024 - regjeringen.no

<sup>2</sup> Arbeids- og inkluderingsdepartementets tildelingsbrev til Arbeids- og velferdsetaten for 2023. I utkast til tildelingsbrev for 2024 heter det: «Etaten skal gi god oppfølging ved langvarig og/eller gjentakende sykefravær».

<sup>3</sup> Artikkelen er skrevet på oppdrag av FoU-programmet tilknyttet IA-avtalen.

<sup>4</sup> Fra 1. juli 2019 har arbeidsgivere en generell adgang til å gi utvidet rett til egenmelding til sine ansatte innenfor arbeidsgiverperioden etter drøfting med de tillitsvalgte (folketrygdloven § 8-24). Før dette hadde ansatte i virksomheter med lokal IA-avtale rett til å bruke egenmelding i inntil åtte dager om gangen og opptil 24 dager per år.

<sup>5</sup> Se Sykefravær – SSB

## Sykepenger

### Regelverk for sykepenger generelt

Ifølge folketrygdloven kap. 8 ytes det sykepenger når en yrkesaktiv person er arbeidsufør på grunn av sykdom eller skade. Evnen til å utføre inntektsgivende arbeid må være redusert med minst 20 prosent. Det skal gis graderte sykepenger dersom den sykmeldte delvis kan utføre sitt vanlige arbeid eller nye arbeidsoppgaver etter tilrettelegging gjennom bedriftsinterne tiltak. Arbeidsgivere dekker sykepenger de første 16 dagene av fraværet (arbeidsgiverperioden), herunder både egenmeldt og legemeldt sykefravær, mens folketrygden yter sykepenger fra 17. fraværsdag (det er særskilte regler for selvstendig næringsdrivende mv). Går det mindre enn 16 kalenderdager fra et sykefravær avsluttes til et nytt sykefravær starter, skal det nye sykefraværet regnes med i samme arbeidsgiverperiode. Retten til sykepenger fra folketrygden opphører når den sykmeldte har mottatt sykepenger fra trygden i til sammen 248 dager (mandag–fredag) i løpet av de siste tre årene. Dette innebærer at maksimal sykepengeperiode inklusiv arbeidsgiverperioden er på 52 uker. En arbeidstaker som har vært helt arbeidsfør i 26 uker etter avsluttet sykepengeperiode, får ny rett til sykepenger fra folketrygden.

### Sykmelding ved enkeltstående behandlingsdager

Det gjelder spesielle regler for sykmelding i forbindelse med enkeltstående behandlingsdager. Ordningen gjelder for per-

soner som generelt er arbeidsføre, men som har behov for en behandling inntil én gang per uke, dersom behandlingen gjør dem ute av stand til å jobbe behandlingsdagen. De kan da få en endagssykmelding og deretter friskmeldes fram til neste behandling. På denne måten bruker de ikke opp sykepenge rettighetene like raskt som de ville gjort med gradert sykmelding. Arbeidsgiver utbetaler sykepenger for de første 12 behandlingdagene dersom ikke hele eller deler av arbeidsgiverperioden er brukt opp på forhånd. For de etterfølgende dagene utbetaler NAV sykepenger.

### Langvarig/kronisk sykdom eller svangerskapsrelatert fravær

I noen tilfeller refunderer NAV sykepenger betalt av arbeidsgiver i arbeidsgiverperioden. Har en arbeidstaker langvarig eller kronisk sykdom som medfører risiko for særlig stort sykefravær, kan arbeidstakeren selv eller arbeidsgiveren søke om at trygden refunderer utgiftene til sykepenger de første 16 kalenderdagene av fraværet. Det samme gjelder ved sykdom som medfører risiko for gjentatte sykefravær i en begrenset periode. Er en arbeidstaker sykmeldt på grunn av svangerskapsrelatert sykdom, og tilrettelegging eller omplassering til annet arbeid i virksomheten ikke er mulig, kan også trygden refundere sykepengeutgiftene i arbeidsgiverperioden.

fraværsoppfølging er enda lavere.<sup>6</sup> Det kan diskuteres om seks sykefravær i en treårsperiode egentlig er «hyppig gjentakende». Vi velger likevel å beholde denne definisjonen siden den er benyttet før, og siden vi antar mange i gruppen har egenmeldte sykefravær i tillegg. I videre studier av det hyppige sykefraværet mener vi derimot at det kan være hensiktsmessig å øke kravet til antall sykefravær, eller å skille mellom hyppigheten av sykefraværene, det vil si hvorvidt antallet sykefravær strekker seg jevnt over perioden, eller om de hyppige sykefraværene er i løpet av en kortere periode.

Når vi her skal forsøke å frembringe mer kunnskap om forekomsten av hyppig gjentakende sykefravær, samt årsaker og kjennetegn ved denne typen fravær, må det igjen presiseres at det datagrunnlaget vi har

tilgjengelig, kun tillater oss å gi en *delvis beskrivelse* av dette fenomenet.

I årsrapportene fra IA-faggruppen er det som nevnt publisert tall over hyppige sykefravær som bare dekker det legemeldte fraværet. Her er data avgrenset til personer med et aktivt arbeidsforhold i hele perioden 2020–2022 (Faggruppen for IA-arbeidet 2023: 37).

Også vi vil basere oss på tilgjengelige registerdata om det legemeldte sykefraværet (se *Data og metode*). I analysen legger vi mer vekt på *antall sykefravær* enn på antall sykefraværsdager. Vi vil imidlertid mot slutten også si noe om varigheten av de hyppige sykefraværene.

## Problemstillinger

Problemstillinger vi undersøker er:

- Hvor vanlig er hyppige sykefravær, og hvor omfattende er det i forhold til det totale sykefraværet?
- Hvordan varierer det med kjønn, alder, næring, yrke og stillingsandel?
- Hvilke diagnoser gir hyppige sykefravær, og er

<sup>6</sup> I NAVs interne system for sykefraværsoppfølging benyttes en mer sammensatt definisjon: at en person i løpet av en treårsperiode har hatt fem eller flere legemeldte sykefravær på minst to dager, som totalt utgjør 100 fraværsdager eller mer. NAV utvikler også en intern statistikk over dette.

det andre diagnoser enn vi ser blant personer med få sykefravær?

- Omfatter det hyppige sykefraværet mye korttidsfravær, herunder endagsfravær? Når det gjelder endagsfravær kan den spesielle ordningen for enkeltstående behandlingsdager (se faktaboks om regelverk) spille en rolle.
- Er det stor utskifting over tid i gruppen med hyppige sykefravær?

## Data og metode

Datagrunnlaget i denne artikkelen omfatter arbeidstakere som har minst ett legemeldt sykefravær i løpet av årene 2019–2021. Vi har derfor ikke informasjon om arbeidstakere uten legemeldt sykefravær i perioden, og dermed heller ikke totalt antall arbeidstakere.

På samme måte som i IA-faggrupperapporten tar vi utgangspunkt i registerdata over *legemeldt sykefravær i en treårsperiode*, og definerer «hyppige sykefravær» ut fra *antall legemeldte sykefravær den enkelte har i denne perioden*. Sammenlignet med den nevnte rapporten gjør vi to endringer i datautplukket: Vi benytter alle sykefravær som *startet* i treårsperioden 2019–2021, og vi stiller ikke krav om at en arbeidstaker skal ha et aktivt arbeidsforhold i hele perioden.<sup>7</sup> Tallene blir derfor ikke sammenlignbare med det som er publisert i IA-faggrupperapporten.

Populasjonen med hyppige sykefravær splittes også i to undergrupper:

- I. Personer med 6–10 sykefravær i løpet av perioden
- II. Personer med over 10 sykefravær i løpet av perioden

Personer med 1–5 sykefravær benyttes som en sammenligningsgruppe. Hensikten er å undersøke hva som skiller personer med hyppige sykefravær fra per-

soner med få sykefravær. Vi undersøker hvordan hyppigheten av sykefravær varierer mellom ulike grupper av befolkningen, herunder kjønn, alder, næring, yrke og stillingsandel, fordelt på gruppene definert over. I tillegg ser vi på hvordan det hyppige sykefraværet fordeler seg på diagnosegrupper. Til dette benyttes standardinndelingen av diagnosegrupper fra sykefraværstatistikken. For diagnosegrupper som er vanligere ved hyppige sykefravær enn ved sykefravær generelt, ser vi også på fordelingen av enkeltdiagnoser innenfor diagnosegruppen. For å undersøke om personer med hyppige sykefravær har lengre eller kortere sykefravær enn den øvrige populasjonen, ser vi på median varighet av sykefraværene, samt andelen sykefravær som varer i én dag (endagsfravær).

Årene 2019–2021 er de siste årene vi per i dag har et fullstendig datagrunnlag, men består delvis av årene med koronapandemien. For å sikre at resultatene ikke reflekterer en unntakstilstand med pandemi, foretar vi flere sammenligninger mot en treårsperiode uten pandemi. Til dette bruker vi sykefravær som startet i årene 2016–2018. Gjennomgående for resultatene er at vi ikke finner store forskjeller i kjennetegn ved det hyppige sykefraværet mellom de to periodene, slik at pandemien ikke påvirker resultatene i en bestemt retning.

## Definisjoner

Vi vil se på antall personer med hyppige sykefravær, antall sykefravær denne gruppen står for, og varighet av sykefraværene. Begrepene som benyttes defineres på følgende måte:

**Sykefravær:** Hvert sammenhengende legemeldte sykefravær (også kalt sykefraværstilfelle) telles som ett sykefravær.

**Varighet:** Lengden på sykefraværet i kalenderdager, det vil si antall dager fra sykefraværet starter til sykefraværet avsluttes.

**Fraværsgruppe:** Vi deler populasjonen inn i det vi kaller tre fraværsgupper, med utgangspunkt i antall sykefravær hver person har hatt i løpet av årene 2019–2021. De tre fraværsgroppene er 1–5 sykefravær, 6–10 sykefravær og over 10 sykefravær.

<sup>7</sup> Det innebærer at vår analyse også vil fange opp personer som har hatt sykefravær, men som i deler av treårsperioden ikke er registrert med et arbeidsforhold. Det gjelder for eksempel personer som avslutter et arbeidsforhold uten umiddelbart å begynne på et nytt, samt personer som etter ett eller flere sykefravær har overgang til mer langvarige helserelaterte ytelser.

**Tabell 1.** Personer med ett eller flere legemeldte sykefravær, etter fraværsgruppe. Antall og prosentandel. Totalt for 2019–2021.

	Personer		Sykefravær		Sykefraværsdager		Gjennomsnittlig antall fravær
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	
I alt	1 585 603	100,0	4 148 209	100,0	172 590 192	100,0	2,6
Med 1–5 sykefravær	1 443 342	91,0	2 953 505	71,2	140 902 602	81,6	2,0
Med 6 eller flere sykefravær	142 261	9,0	1 194 704	28,8	31 687 584	18,4	8,4
Herav 6–10 sykefravær	120 322	7,6	863 284	20,8	26 197 196	15,2	7,2
Herav over 10 sykefravær	21 939	1,4	331 420	8,0	5 490 388	3,2	15,1

Kilde: NAV

### Databegrensninger

Ettersom datagrunnlaget ikke inneholder egenmeldte sykefravær, er sannsynligvis mye av det hyppige sykefraværet ikke omfattet av analysen. Dette medfører at vi underestimerer omfanget av det hyppige sykefraværet.

### Omfanget av hyppig sykefravær

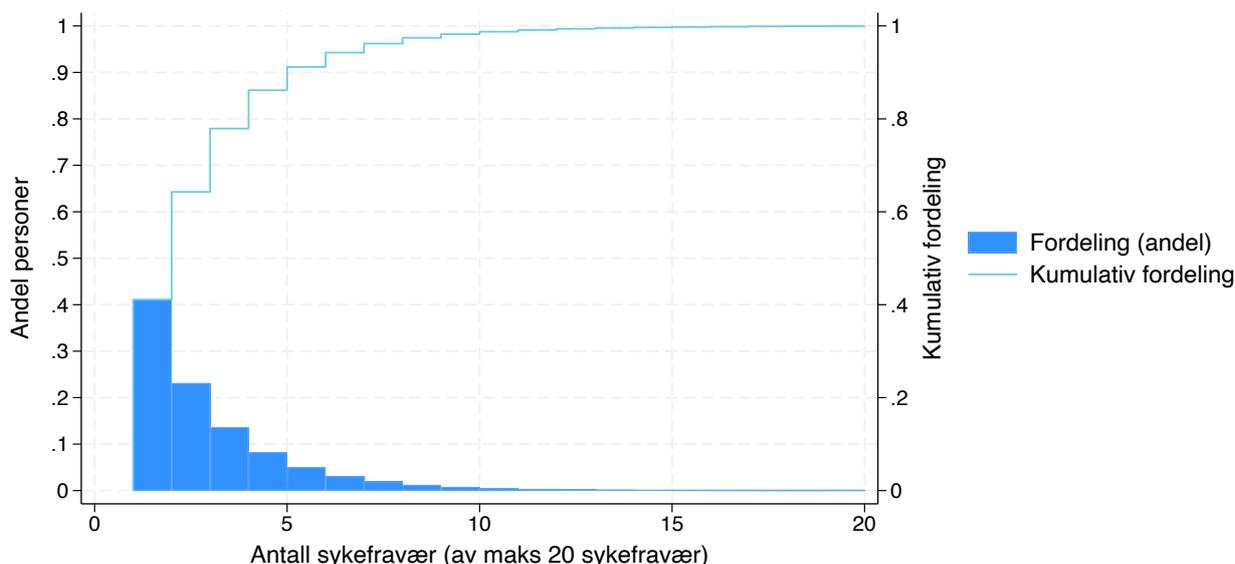
Først vil vi gi en beskrivelse av omfanget av det hyppige sykefraværet, herunder hvor mange personer som har hyppige sykefravær og hvor stor andel av

sykefraværene de står for, samt hvordan dette fordeler seg på kjønn, alder, næring og yrke.

### 1 av 10 personer med sykefravær har hyppige sykefravær

Nær 1,6 millioner personer hadde minst ett legemeldt sykefravær i årene 2019–2021 (tabell 1). Totalt antall sykefravær var på 4,1 millioner, som vil si at hver person i gjennomsnitt hadde 2,6 sykefravær. De aller fleste hadde få legemeldte fravær; hele 91 prosent hadde fra ett til fem sykefravær i løpet av hele treårsperioden. Men én av ti (9 prosent) hadde hyppig sykefravær (6

**Figur 1.** Personer med 1–20 sykefravær i perioden, etter antall sykefravær. Absolutt og kumulativ fordeling, 2019–2021.



Kilde: NAV

**Tabell 2. Legemeldte sykefravær, etter fraværsguppe og næring. Antall og prosentandel. Totalt for 2019–2021.**

	Antall	I alt	Fraværsguppe		
			Med 1-5	Med 6 eller flere	Herav over 10
I alt	4 148 209	100,0	71,2	28,8	8,0
<b>Næring</b>					
Helse- og sosialtjenester	1 259 591	100,0	63,8	36,2	10,0
Varehandel, rep. motorvogner	553 125	100,0	70,7	29,3	8,6
Bygge-/anleggsvirksomhet	324 833	100,0	75,8	24,2	7,3
Undervisning	318 039	100,0	74,7	25,3	6,8
Industri	306 883	100,0	72,6	27,4	7,0
Forretningsmessig tjenesteyting	235 483	100,0	70,7	29,3	8,8
Off. adm. og forsvar, trygdeordninger	224 599	100,0	75,0	25,0	7,9
Transport/ lagring	211 345	100,0	70,4	29,6	7,6
Faglig/vitenskap./tekniske tjenester	140 735	100,0	80,9	19,1	5,4
Kultur/underholdning mv	130 531	100,0	77,1	22,9	5,8
Overnatting/serveringsvirks.	128 735	100,0	79,9	20,1	5,3
Informasjon og kommunikasjon	101 461	100,0	77,4	22,6	5,0
Bergverksdrift/utvinning	66 932	100,0	84,1	15,9	4,4
Finansiering og forsikring	50 290	100,0	79,4	20,6	4,2
Jordbruk/skogbruk/fiske	29 087	100,0	81,8	18,2	6,4
Vannforsyning/avløp/rep.	26 735	100,0	73,1	26,9	4,7
Omsetning/drift fast eiendom	22 809	100,0	84,3	15,7	3,5
El/gass/damp/varmtvannsforsyning	15 918	100,0	80,7	19,3	4,8
Ukjent	1 078	100,0	84,0	16,0	4,4

Kilde: NAV

eller flere). De få med mer enn ti legemeldte sykefravær har i gjennomsnitt hatt 15 fravær per person.

Gruppen med hyppige sykefravær – altså minst seks fravær i løpet av en treårsperiode – omfatter om lag 142 000 arbeidstakere (tabell 1). Ut fra dette kan det hyppige sykefraværet synes å være relativt lite utbredt. Men det ses da bort fra at denne gruppen har flere sykefravær og dermed utgjør en større andel av sykefraværene enn av personene. Personer med hyppige sykefravær står for mer enn hvert fjerde legemeldte sykefravær i treårsperioden, og nesten en femtedel av alle sykefraværskedager.

Figur 1 gir et mer detaljert bilde av hvordan antall sykefravær fordeler seg blant personer med opptil 20

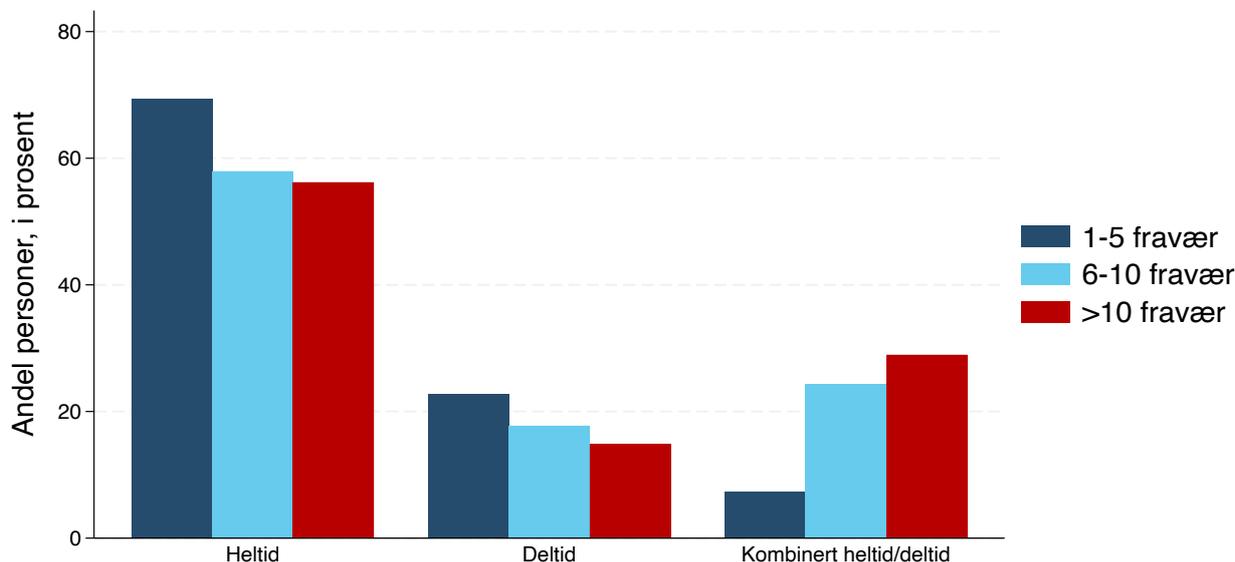
sykefravær.<sup>8</sup> Om lag 40 prosent har kun hatt ett legemeldt sykefravær, mens nesten 80 prosent har hatt 1–3 fravær. Færre enn én av ti er i gruppen med hyppige sykefravær, og om lag 1 av 100 har hatt over ti fravær.

#### Mest utbredt i helse- og sosialtjenesten ...

Mye av det hyppige sykefraværet finner vi – ikke overraskende – i store næringer med mange ansatte, som helse- og sosialtjenester, transport og lagring, forretningsmessig tjenesteyting, varehandel og industri. Andelen hyppige sykefravær er særlig høy innen helse- og sosialtjenester (tabell 2). I denne næringen sto personer med seks eller flere sykefravær for 36 prosent av alle sykefraværene, og personer med mer enn ti fravær sto for hele 10 prosent. Innen transport

<sup>8</sup> I figur 1 inngår bare fordelingen av personer med inntil 20 sykefravær, ettersom svært få personer har flere enn 20 fravær i løpet av perioden.

**Figur 2.** Antall legemeldte sykefravær, etter fraværsgruppe og stillingsandel. Prosentfordeling innen hver fraværsgruppe. Totalt for 2019–2021..



Kilde: NAV

og lagring var andelen 30 prosent og innen varehandel og forretningsmessig tjenesteyting 29 prosent. I disse næringene utgjør gruppen med over ti fravær mellom 8 og 9 prosent av sykefraværene.

Fordelt etter yrke er andelen med hyppige sykefravær høyest i en del manuelle yrker, og lavest blant ledere og personer i akademiske yrker og høyskoleyrker, se vedlegg (tabell V1).

### Vanligere blant personer som endrer stillingsandel

Figur 2 viser hvordan fraværsgruppene fordeler seg på stillingsandel. Heltid refererer til personer som er registrert med en stillingsandel på 100 prosent eller høyere ved starten av hvert sykefravær. Ikke uventet forekommer det meste av det hyppige sykefraværet i denne gruppen, ettersom de fleste jobber heltid. Deltid refererer til personer som er registrert med en stillingsandel under 100 prosent, mens personer som har vært registrert med både heltid og deltid ved ulike sykefravær, er gruppert som «kombinert heltid/deltid». I sistnevnte gruppe er andelen med hyppige sykefravær markant høyere enn andelen med få fravær. Det kan skyldes at

en del personer med hyppige sykefravær går over til å jobbe redusert som følge av redusert arbeidsevne, men i gruppen inngår også personer som går fra deltid til heltid. Det kan også henge sammen med måten vi har definert gruppene på: Personer med kun ett fravær som inngår i gruppen «1–5 fravær», vil per definisjon kun være registrert med én stillingsandel og dermed ikke kunne havne i den kombinerte kategorien. Datagrunnlaget vi benytter, det vil si data om stillingsandel ved personens sykefravær og ikke for alle arbeidsforhold, gjør det også vanskelig å undersøke betydningen av stillingsandel ved hyppige sykefravær nærmere.

### Mest utbredt blant kvinner og yngre

Kvinner har høyere sykefravær enn menn (se for eksempel Mastekaasa 2016; Nossen 2019). Det er også en større andel med hyppig gjentakende sykefravær blant kvinner enn blant menn (tabell 3). Mens 7 prosent av menn med sykefravær befinner seg i denne kategorien, er andelen 11 prosent blant kvinner. Antall sykefravær per person i gruppen med over 6 sykefravær er likevel omtrent likt for kvinner og menn (henholdsvis 8,4 og 8,5 tilfeller per person, ikke vist i tabell).

**Tabell 3. Personer med ett eller flere legemeldte sykefravær, etter fraværsgruppe, kjønn og alder. Antall og prosentandel. Totalt for 2019–2021.**

	Antall	I alt	Fraværsgruppe		
			Med 1-5	Med 6 eller flere	Herav over 10
<b>Kjønn</b>					
Kvinner	865 073	100,0	89,4	10,6	1,6
Menn	721 780	100,0	93,0	7,0	1,1
<b>Alder</b>					
16–29 år	355 539	100,0	90,3	9,7	1,7
30–39 år	387 285	100,0	89,9	10,1	1,5
40–49 år	346 590	100,0	90,9	9,1	1,4
50–59 år	328 086	100,0	91,7	8,3	1,2
60–69 år	167 836	100,0	94,2	5,8	0,7

Kilde: NAV

Selv om sykefraværet generelt øker med alderen<sup>9</sup>, er det personer i aldersgruppene under 40 år som i størst grad har hyppige sykefravær. De yngste aldersgruppene har faktisk nesten dobbelt så mye hyppig sykefravær som aldersgruppen over 60 år (tabell 3). Noe av forklaringen kan være at yngre arbeidstakere i mindre grad rammes av alvorlige og langvarige lidelser og sykdommer, samtidig som de oftere har kortvarige sykefravær.<sup>10</sup> Ikke minst gjelder det småbarnsforeldre, som vi kan anta vil ha hyppige sykefravær i løpet av den begrensede perioden der barna er små. At hyppige sykefravær er betydelig mindre utbredt i aldersgruppen over 60 år kan ha sammenheng med at mange i denne aldersgruppen har mulighet til å ta ut alderspensjon, samt at de over 67 år har reduserte sykepenge-rettigheter.

### Kjennetegn ved hyppige sykefravær: diagnoser og varighet

Et aktuelt spørsmål er om helsen til personer med hyppige sykefravær skiller seg ut fra helsen til personer med få sykefravær. Vi undersøker derfor prosentfordelingen av antall sykefravær på diagnosegrupper for de tre fraværsgruppene, for å se om noen diagno-

ser er relativt sett vanligere blant personer med hyppige sykefravær enn blant dem med få sykefravær. Det kan for eksempel tenkes at personer med hyppige sykefravær har en kronisk diagnose som gjør at de trenger hyppige, men korte fravær fra jobb, men at diagnosens forløp sjeldent krever lange sykefravær.

### I stor grad de samme diagnosegrupper som for sykefraværet ellers

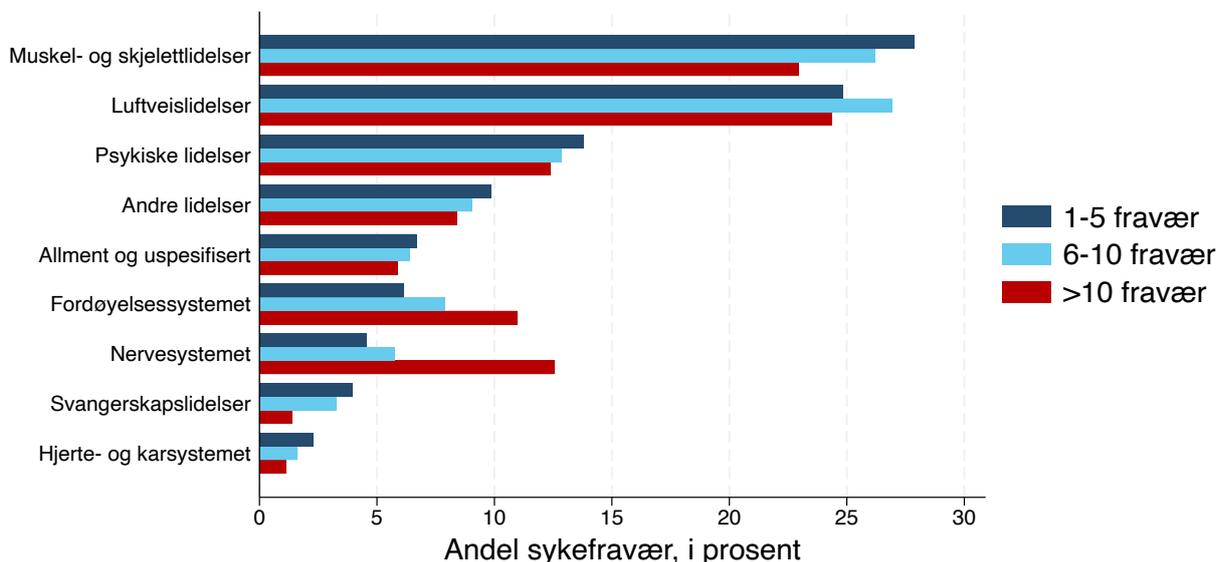
Luftveislidelser samt muskel- og skjelettlidelser står for klart flest sykefravær. Det gjelder både totalt og for hyppige sykefravær (figur 3). Slik sett er disse diagnosegruppene de viktigste «bidragsyterne» til sykefraværet. Blant personer med 6–10 sykefravær (lys blå stolpe) forårsaker luftveislidelser 27 prosent av fraværene og muskel- og skjelettlidelser 26 prosent. Blant personer med mer enn ti fravær (rød stolpe) forårsaker de to diagnosegruppene henholdsvis 24 og 23 prosent av sykefraværene. Når det gjelder muskel-/skjelettlidelser er imidlertid disse andelene litt lavere enn tilsvarende andeler blant personer med få fravær, og det samme gjelder for psykiske lidelser. Innenfor diagnosegruppen «luftveislidelser» finner vi diagnosen for akutt øvre luftveisinfeksjon, som typisk benyttes ved forkjølelse og influensalignende sykdom. Denne diagnosen stod for hele 9 prosent av alle hyppige sykefravær i perioden.

Ettersom NAV refunderer arbeidsgivernes utgifter til sykepenger for svangerskapsrelatert sykefravær (se

<sup>9</sup> Sykefraværstatistikk - Årsstatistikk - nav.no

<sup>10</sup> 11190: Sykelighet. Sykdom, skade eller funksjonshemming (prosent), etter type sykelighet, alder, statistikkvariabel, år og kjønn. Statistikkbanken (ssb.no)

**Figur 3.** Antall legemeldte sykefravær, etter fraværsgruppe og diagnose. Prosentfordeling innen hver fraværsgruppe. Totalt for 2019–2021.



Kilde: NAV

faktaboks) skulle man kanskje tro at gravide også har hyppige sykefravær. Men våre data gir ingen slik indikasjon. For gruppen med 6–10 sykefravær forårsaker svangerskapslidelser kun 3 prosent av fraværene, og for gruppen med mer enn ti fravær kun 1 prosent. Dette kan skyldes at gravide har lengre sykefravær når de først er sykmeldt (Helde og Nossen 2016). I tillegg kan det tenkes at refusjonsordningen bidrar til at gravide i større grad enn andre bruker egenmeldingsdager.

### Sykdommer i nervesystemet og fordøyelsessystemet gir oftere hyppig sykefravær

I gruppen med hyppige sykefravær er det to diagnosegrupper som skiller seg ut, ved at de står for en markant høyere andel av de hyppige sykefraværene enn av sykefraværene ellers. Det gjelder «sykdommer i fordøyelsessystemet» og «sykdommer i nervesystemet». At nettopp disse diagnosegruppene skiller seg ut, samsvarer med tidligere funn om personer med langvarig eller kronisk sykdom som omfattes av refusjonsordningen for sykepenger i arbeidsgiverperioden (Helde og Nossen 2014, Riekeles mfl. 2022). En hypotese kan derfor være at overrepresentasjonen av disse diagnosegruppene skyldes personer med kroniske sykdommer. Blant personer med mer enn ti sykefravær skyldes henholdsvis 11 prosent av syke-

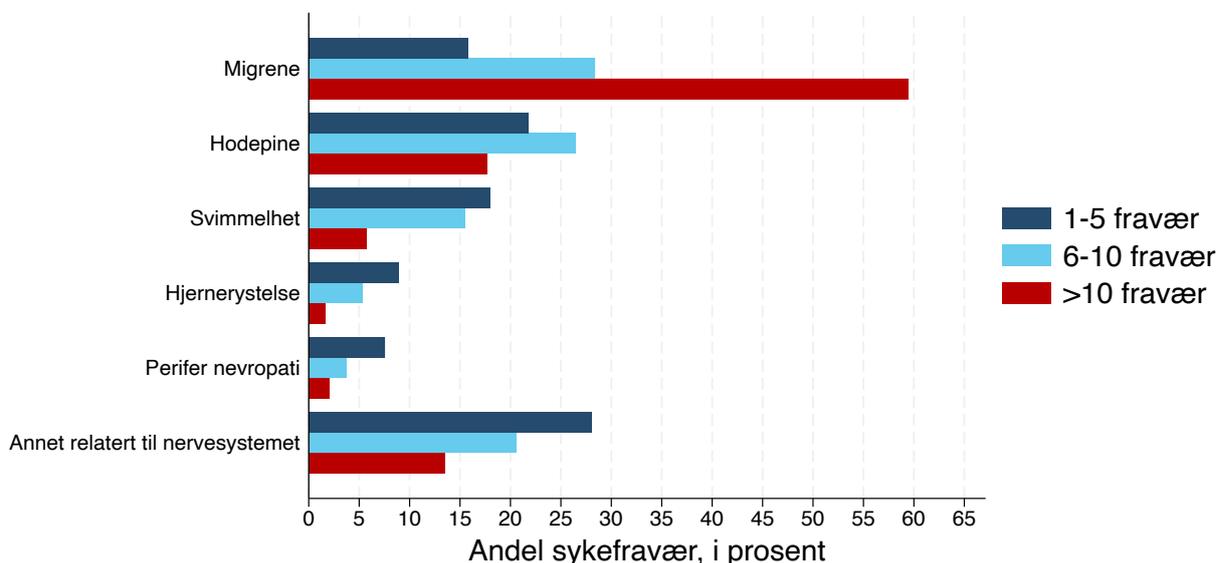
fraværene diagnoser knyttet til fordøyelsessystemet og 13 prosent i nervesystemet (figur 3). For den ene prosenten av personer med over ti sykefravær, skyldes altså mer enn to av ti fravær en diagnose innen en av disse to diagnosegruppene. Til sammenligning utgjør «sykdommer i fordøyelsessystemet» kun 6 prosent av alle sykefravær i gruppen med 1–5 sykefravær, mens «sykdommer i nervesystemet» utgjør 5 prosent.

### Migrene forårsaker ofte hyppige sykefravær

Et spesielt trekk ved det hyppige sykefraværet er som nevnt at sykdommer i nervesystemet og i fordøyelsessystemet står for en markant større andel av sykefraværene for personer med hyppige sykefravær enn for personer med færre sykefravær. Vi har derfor sett nærmere på disse to diagnosegruppene, og undersøkt hvilke enkeltdiagnoser som er vanligere ved hyppige sykefravær enn ved ordinært sykefravær.

Det er vanskelig å finne noen som peker seg ut av enkeltdiagnoser knyttet til fordøyelsessystemet; her er det flere ulike og til dels noe generelle diagnoser som står for mye av sykefraværet (ikke vist). I kategorien «sykdommer i nervesystemet» er det derimot noen få konkrete diagnoser (migrene, hodepine, svimmelhet, hjernerystelse og perifer nevropati) som står for majo-

**Figur 4.** Antall legemeldte sykefravær med en diagnose innen nervelidelser, etter fraværsguppe og diagnose. Kun de vanligste diagnosene. Prosentfordeling innen hver fraværsguppe. Totalt for 2019–2021.



Kilde: NAV

riteten av sykefraværene. Og her ser vi et par tydelige tendenser i gruppen med hyppig sykefravær. For det første at migrene og hodepine står for omtrent like mange fravær i gruppen med 6–10 sykefravær (figur 4). For det andre skiller migrene seg tydelig ut når vi ser på gruppen med mer enn ti sykefravær. Blant personer med over ti sykefravær står migrene alene for 59 prosent av sykefraværene innen kategorien nervelidelser. Migrene alene utgjør dermed 8 prosent av alle sykefraværene i gruppen med mer enn ti sykefravær, og 3 prosent i gruppen med hyppige sykefravær totalt. Tidligere forskning viser ellers at migrene er blant de vanligste diagnosene når det innvilges unntak fra arbeidsgiverperioden (Helde og Nossen 2014). Samtidig er det viktig å påpeke at sykefravær knyttet til migrene oftest er kortvarige.

### Migrene vanlig sykmeldingsårsak også blant menn med hyppige sykefravær

Migrene er en tilstand som forekommer tre ganger så ofte blant kvinner som blant menn.<sup>11</sup> En skulle derfor

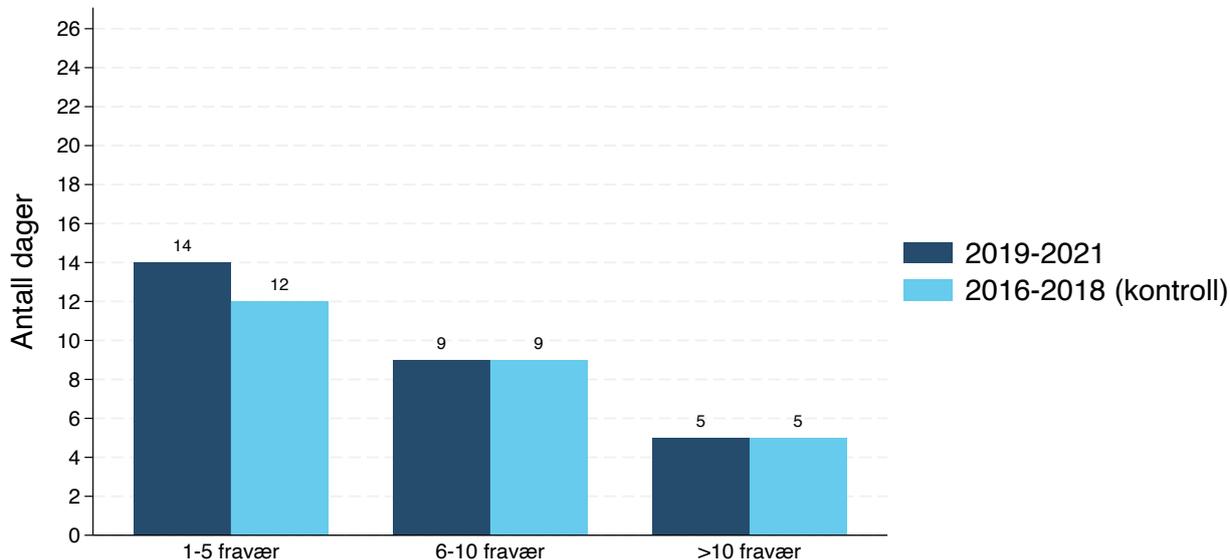
anta at den høyere andelen hyppige sykefravær grunnet migrene først og fremst gjelder kvinner, men det finner vi ikke. Blant personer med hyppige sykefravær skyldes henholdsvis 3 og 4 prosent av menns og kvinners hyppige sykefravær migrene (ikke vist). Blant personer med over ti sykefravær er kjønnsforskjellen enda mindre, med tilsvarende andel sykefravær grunnet migrene på henholdsvis 7 og 8 prosent. Våre funn tyder altså på at migrene er en sykdom som fører til hyppige sykefravær både blant kvinner og menn.

### Hyppig gjentakende sykefravær har kortere varighet

Sykefraværenes varighet har også betydning for hvor mye hyppige sykefravær påvirker sykefraværstistikken (målt som prosentandelen tapte dagsverk). Figur 5 viser at personer med få sykefravær har mer langvarige fravær enn personer med hyppige sykefravær. I 2019–2021 var median varighet (målt i antall kalenderdager) 14 dager for gruppen med 1–5 fravær, mot henholdsvis 9 og 5 dager i gruppene med 6–10 fravær og over ti fravær (figur 5).

<sup>11</sup> Se <https://nhi.no/sykdommer/hjernenesystem/migrene/migrene-hos-kvinner>

**Figur 5. Median varighet av legemeldte sykefravær, etter fraværsgruppe. Kalenderdager. 2019–2021 kontra 2016–2018.**



Kilde: NAV

Ettersom perioden 2019–2021 inkluderer pandemiårene, har vi også sett på varigheten i treårsperioden 2016–2018, for å ha en kontrollperiode uten pandemi. Forskjellen på de to periodene er små, men for gruppen med få fravær finner vi – ikke uventet – at median varighet var høyere i 2019–2021 enn i 2016–2018. Dette kan ha sammenheng med både nedstenging av næringer og bruk av hjemmekontor. Det korte fraværet ble noe redusert under pandemien, mens det lange fraværet økte (Nossen 2022). For gruppen med hyppige sykefravær var likevel median varighet identisk i begge periodene.

Det kan være flere årsaker til at hyppige sykefravær har kortere varighet. Som vi tidligere har sett, er muskel- og skjelettlidelser, luftveislidelser og migrene blant de viktigste bidragsyterne til antall hyppige fravær. Dette er lidelser som gjerne «går over» eller blir mindre plagsomme i perioder, men som ofte dukker opp igjen. En annen årsak er naturligvis at det blant personer med få fravær, er en del (hovedsakelig) friske personer som blir rammet av alvorlig og langvarig sykdom. Det kan også tenkes at forhold ved sykepengereguleringen spiller inn. Dersom en person starter i jobb igjen etter et sykefravær, men blir sykmeldt igjen etter et opphold på mindre enn 16 dager,

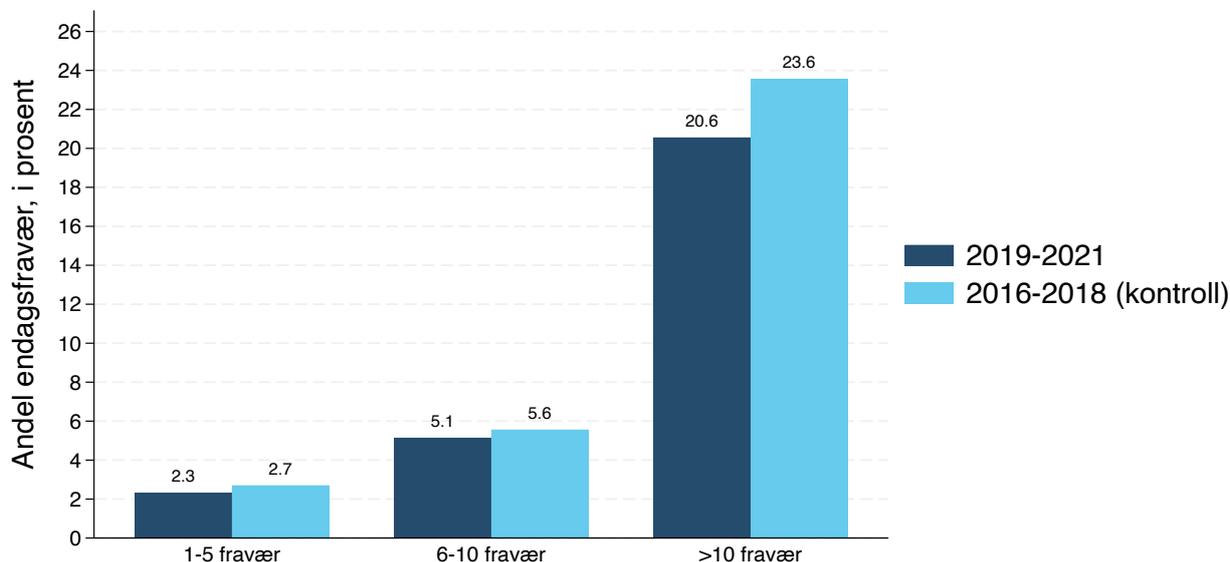
kan de ikke benytte egenmelding. En ny sykmelding vil da telle som et nytt sykefravær, selv om den egentlig er en fortsettelse av et tidligere fravær.

### Mange endagsfravær

Noe av forklaringen på at det hyppige sykefraværet er relativt kortvarig, er at det omfatter en større andel endagsfravær. Siden vi ikke har informasjon om egenmeldinger, kan endagsfravær både omfatte forlengelser av sykefravær etter maksimal egenmeldingsperiode, og reelt enkeltstående dager (herunder også behandlingsdager).

Figur 6 viser antall endagsfravær i prosent av alle legemeldte sykefravær for de tre fraværsgruppene. Vi finner at andelen endagsfravær er langt høyere for personer med mer enn ti sykefravær enn for personer med 1–5 eller 6–10 sykefravær. For personer med mer enn ti sykefravær lå andelen på i underkant av 21 prosent, det vil si at omtrent ett av fem sykefravær i denne gruppen varte i kun én dag. For personer med 1–5 og 6–10 sykefravær lå andelen endagsfravær på om lag 2 og 5 prosent. Noe av denne forskjellen kan skyldes at gruppen med mer enn ti fravær raskere bruker opp egenmeldingsdagene sine. Men forskjellen skyldes kanskje først og fremst at gruppen med over ti syke-

**Figur 6.** Antall legemeldte endagsfravær som prosentandel av alle sykefravær, etter fraværsgruppe. 2019–2021 kontra 2016–2018.



Kilde: NAV

fravær trolig inkluderer en del personer med enkeltstående behandlingsdager. Vi antar at enkeltstående behandlingsdager ikke er særlig vanlig blant dem med 6–10 sykefravær, og dette behøver derfor ikke ha stor betydning for det hyppige sykefraværet totalt sett.

Blant endagsfraværene er migrene den vanligste årsaken til sykmelding, etterfulgt av akutt øvre luftveisinfeksjon (ikke vist).<sup>12</sup> Av alle endagsfravær i perioden, var nesten hvert tiende fravær grunnet migrene.

### Stor grad av utskifting i gruppen

Et spørsmål som reiser seg, er om de relativt få personene med hyppige fravær har et høyt antall sykefravær permanent, eller om det bare er i en begrenset periode. Analyser av langtidsfraværet har for eksempel vist at de med høyt sykefravær ikke utgjør noen stabil gruppe, og at det foregår en kontinuerlig utskif-

ting av personene med høyt sykefravær (Brage mfl. 2013).

Vi har derfor undersøkt i hvilken grad det er utskifting av personer i gruppen med hyppige sykefravær mellom de to treårsperiodene (2016–2018 og 2019–2021). Det tas utgangspunkt i gruppen med hyppige sykefravær i 2016–2018.<sup>13</sup> Denne gruppen bestod av i alt 144 000 personer.

Av 1,4 millioner personer med minst ett legemeldt sykefravær i 2016–2018 var 34 prosent ute av sykefraværstatistikken i påfølgende periode, det vil si at de ikke hadde et eneste legemeldt sykefravær i 2019–2021. Blant dem med hyppige sykefravær var 14 prosent ute av sykefraværstatistikken den neste treårsperioden, mens 55 prosent hadde 1–5 sykefravær. I alt 32 prosent hadde imidlertid hyppige sykefravær (seks

<sup>12</sup> Diagnosen akutt øvre luftveisinfeksjon omfatter ikke mistenkt eller bekreftet covid-19. Disse har egne diagnosekoder og koden for mistenkt covid-19 var den åttende vanligste diagnosekoden knyttet til endagsfraværene i perioden. Også summen av endagsfravær grunnet akutt øvre luftveisinfeksjon og bekreftet/mistenkt covid-19 er lavere enn endagsfravær grunnet migrene.

<sup>13</sup> En for kort oppfølgingsperiode gjør at vi ikke kan se på hva som skjer med dem som hadde sykefravær som startet i 2019–2021. Ettersom vi har sammenlignet og finner stor overlapp mellom kjennetegnene ved personer med hyppige sykefravær i de to treårsperiodene, antar vi imidlertid at funnene basert på 2016–2018-populasjonen i stor grad også vil gjelde for 2019–2021-populasjonen.

eller flere) også i neste periode. Det var altså en betydelig utskifting i denne gruppen fra den ene treårsperioden til den neste.

Blant de i underkant av 21 000 personene med over ti sykefravær i 2016–2018, hadde omtrent én av fire personer mer enn ti fravær også i 2019–2021.

Et relevant spørsmål er hva som skjer med dem som har hyppige sykefravær i 2016–2018, men som ikke gjenfinnes i sykefraværstatistikken de påfølgende årene. Vi antar at mange av disse rett og slett er friske og tilbake i arbeid, noe som er spesielt sannsynlig blant dem med få (6–10) hyppige fravær. Samtidig kan noen av de sykeste forsvinne ut av sykefraværstatistikken fordi de går over på mer varige helserelaterte ytelser som arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. Noen vil også gå av med alderspensjon og noen er ikke lenger i jobb av andre årsaker. For å gi et delvis svar på dette, undersøker vi overgangen til arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uføretrygd etter en periode med hyppige sykefravær.

Vi ekskluderer alle som var registrert med vedtak om en av de to ytelsene i samme periode som de hadde hyppig sykefravær (25 prosent). Av de resterende 15 000 med hyppige sykefravær (13 000 med 6–10 fravær og 2 000 med over 10 fravær) hadde 27 prosent en overgang til AAP eller uføretrygd i neste periode. Andelen var høyest blant personer med over ti sykefravær, der 39 prosent var registrert med AAP eller uføretrygd i årene etter sykefraværet, mot 25 prosent i gruppen 6–10 fravær. Til sammenligning var kun 5 prosent av dem med 1–5 sykefravær registrert med et vedtak om AAP eller uføretrygd i påfølgende periode.

Tallene viser dermed et todelt bilde. For et flertall er antall sykefravær høyere en kort periode, før de sannsynligvis blir friskere og fortsetter i arbeid med færre sykefravær og uten andre helserelaterte ytelser. For andre er det hyppige sykefraværet mer langvarig, eller leder til mer langvarige helserelaterte ytelser. Vi kan ikke si noe om årsaken til at overgangen til andre helserelaterte ytelser er vesentlig høyere blant personer med hyppige sykefravær, men det ser ut til at denne gruppen både omfatter personer med kortere, mindre alvorlige sykefravær, og andre

med større helseproblemer som på sikt gjør det vanskelig å stå i jobb.

## Diskusjon

Vi har i denne artikkelen sett nærmere på forekomsten av, og kjennetegn ved, hyppige sykefravær. Som nevnt gjør manglende data om egenmeldt sykefravær at vi ikke kan gi en fullstendig beskrivelse av fenomenet. Vi må anta at en del personer har både egenmeldt og legemeldt fravær. Det er derfor sannsynlig at mange faktisk har et høyere antall sykefravær enn vi finner i våre data, og at vi derfor undervurderer forekomsten av hyppige sykefravær. Det er en svakhet som vil hefte ved alle analyser av registerdata så lenge registrene ikke omfatter opplysninger om egenmeldinger på individnivå.

Det kan også diskuteres hvorvidt seks sykefravær i løpet av tre år — i gjennomsnitt to per år — egentlig kan karakteriseres som hyppig fravær. De fleste arbeidstakere (og arbeidsgivere?) vil kanskje tenke at 6–8 legemeldte fravær over en treårsperiode, pluss noen få egenmeldinger, er uproblematisk. Dette gjelder spesielt dersom fraværene er av kortere varighet, som vist i denne artikkelen (figur 5). Vi har blant annet sett at en god del av det hyppige (legemeldte) sykefraværet er endagsfravær. Det kan også være tilfelle for mange egenmeldinger. Dersom mye av det hyppige sykefraværet er kortvarig, er sjansen lavere for at det er en stor belastning for arbeidsgiverne, eller medfører frafall fra arbeidslivet. Men det hyppige sykefraværet består ikke bare av korttidsfravær.

Ut fra tilgjengelige registerdata har vi begrensede muligheter til å forklare årsakene til hyppig fravær. I tidligere forskning om det ofte omtalte «gjengangerfenomenet», pekes det imidlertid på at aktuelle årsaksforklaringer grovt kan klassifiseres i to (Dahl og Hansen 2001). Den første forklaringen vil være at hyppige sykefravær skyldes *kjennetegn ved individet eller arbeidssituasjonen*, for eksempel relatert til kronisk sykdom eller skade eller utfordringer ved arbeidsmiljøet av gjentakende karakter, som emosjonelt krevende arbeid, konflikter, mobbing med videre. Slike forhold finnes det lite informasjon om i registerdata, så de vil kunne påvirke hyppigheten av sykefravær

uten at vi kan observere det (kalt *uobservert heterogenitet*). Vi har heller ikke informasjon om arbeidstakernes psykososiale arbeidsmiljø, eller om andre helseutfordringer enn de legen oppgir som årsak til sykmeldingen.

Den andre forklaringen er *tilstandsavhengighet*, som handler om at det å benytte seg av velferdsordninger kan øke sannsynligheten for at man vil motta slik hjelp også senere. Det finnes flere varianter av dette begrepet. Når det gjelder hyppige sykefravær kan *hendelsesavhengighet* være en relevant forklaring. Begrepet innebærer at det å ha behov for en velferdsytelse eller -tjeneste en eller flere ganger, kan gi økt sannsynlighet for å motta den samme ytelsen eller tjenesten, eller andre velferdsordninger, igjen senere. I en tidligere studie av «gjengangere» på sykepenger fant man støtte for slik hendelsesavhengighet, noe forfatterne tolket som et utslag av helse, altså kroniske helseproblemer (Dahl og Hansen 2001). Utskiftingen vi fant i gruppen med hyppige sykefravær kunne isolert sett svekket denne forklaringen, men vi har sett at en del av utskiftingen skyldes overgang til mer langvarige helserelaterede ytelser. For å undersøke dette nærmere må man benytte mer avanserte metoder enn det vi har hatt mulighet til her.

Mye av det hyppige sykefraværet kan være omfattet av skjermingsordningen for personer med langvarig og/eller kronisk sykdom (og eventuelt den for svangerskapsrelatert sykefravær). Dette skyldes naturligvis at personer med kronisk sykdom kan utgjøre en betydelig andel av gruppen med hyppig sykefravær. Vi kan ikke ser bort fra at de to skjermingsordningene, samt ordningen for sykmelding knyttet til enkeltstående behandlingsdager, også kan bidra til økt hyppig sykefravær. I evalueringen av den førstnevnte ordningen påpekes det at det å være omfattet av skjermingsordningen ser ut til å bidra til høyere arbeidsdeltakelse i ett til to år etter at man er blitt medlem av ordningen, men at virkningen avtar på lengre sikt (Riekeles mfl. 2022). Skjermingsordningene gjør det dermed mulig å ha et høyt antall legemeldte sykefravær uten, i særlig grad, å belaste arbeidsgiver økonomisk.

Selv om vi ikke kan si noe mer om årsakene til hyppig sykefravær, kan vi beskrive hva som skiller det hyppige sykefraværet fra sykefraværet ellers, og med det diskutere faktorer som kan ligge bak tendensene vi ser i denne artikkelen. En styrke ved våre registerdata er at vi har informasjon om diagnosen satt ved hvert enkelt sykefravær (den siste diagnosen dersom den endres underveis). Vi kan derfor se hvilke sykdommer og lidelser som er mer vanlig blant personer med hyppige sykefravær enn blant dem med få sykefravær. Vi finner at personer med hyppige sykefravær i stor grad sykmeldes med samme diagnoser som personer med få sykefravær, men også at sykdommer i nervesystemet og i fordøyelsessystemet er betydelig vanligere blant personer med hyppige sykefravær enn blant dem med få sykefravær. Spesielt er migrene en svært vanlig årsak til sykefravær i gruppen med over ti sykefravær, men ikke en vanlig årsak til sykefravær blant personer med få fravær. Det er samtidig viktig å påpeke at den enkelte diagnose ofte gir begrenset informasjon om en persons helsetilstand, siden man kan ha flere lidelser og det kan være bakenforliggende årsaker knyttet til for eksempel arbeidsmiljø, som er viktigere enn den spesifikke diagnosen som er benyttet. Dessuten er det ikke diagnosen i seg selv, men i hvilken grad helsetilstanden begrenser personens funksjons- og arbeidsevne, som er det avgjørende, i tillegg til mulighetene for tilrettelegging på arbeidsplassen. Hvis det er mulig å tilrettelegge arbeidssituasjonen, bør dette gjøres, slik at personene det gjelder ikke behøver å sykmeldes. For de hyppige sykefraværene som skyldes akutte og kortvarige lidelser som i stor grad hemmer arbeidsevnen til vedkommende den dagen de inntreffer, slik som migrene, vil det være vanskeligere å redusere det hyppige sykefraværet.

Vi ser også at det er stor utskifting i gruppen med hyppige sykefravær, altså at en betydelig andel reduserer antallet sykefravær i neste periode, eller går helt ut av sykefraværstatistikken. På den andre siden ser vi at overgangen til langvarige helseytelser som AAP og uføretrygd er høyere blant personer med hyppige sykefravær, og spesielt blant dem med over ti sykefravær. Avslutningsvis kan det sies at personer med hyppige sykefravær er en heterogen gruppe, der noen behøver hyppige sykefravær i en kort og avgrenset periode i livet, mens det for andre kan være starten på

mer varig frafall fra arbeidslivet. Det er derfor behov for mer forskning på fenomenet, især på hva som kjennetegner de hyppige sykefraværene som kan gi langvarig frafall fra arbeidslivet.

## Referanser

Brage, Søren, Inger Cathrine Kann og Ola Thune (2013) «Er det slik at få individer står for det meste av sykefraværet?» *Arbeid og velferd*, 3, 49–55.

Dahl, Svenn-Åge og Hans-Tore Hansen (2001) «Syk-meldt, friskmeldt, ...?», i Hvinden, Bjørn, Charlotte Koren, Ann-Helen Bay og Aksel Hatland (red.) *Virker velferdsstaten?* Oslo: Høyskoleforlaget, 214–231.

Faggruppen for IA-arbeidet (2023) *Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk*. Rapport 2023.

Helde, Ingunn og Jon Petter Nossen (2014) «Sykepenger ved langvarig eller kronisk sykdom – hvem benytter refusjonsordningen?» *Arbeid og velferd*, 3, 34–48.

Helde, Ingunn og Jon Petter Nossen (2016) «Svangerskapsrelatert sykefravær: Hvor mye benyttes refusjonsordningen for sykepenger?» *Arbeid og velferd*, 3, 3–12.

Mastekaasa, Arne (2016) «Kvinner og sykefravær». *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2-2016, 125–147.

Nossen, Jon Petter (2019) «Kjønnsforskjellen i sykefravær: Hvor mye er det mulig å forklare med registerdata?» *Arbeid og velferd*, 4, 59–80.

Nossen, Jon Petter (2022) «Legemeldt sykefravær før og under koronapandemien: Hva driver utviklingen?» *Arbeid og velferd*, 3, 1–18.

NOU 2021: 2 (2021) *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring – tiltak for økt sysselsetting*. Utredning fra Sysselsettingsutvalget. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.

Riekeles, Haakon, Andreas Skulstad, Simen Markussen, Rolf Golombek, Mina Skille Mariussen og Ingeborg Rasmussen (2022) *Syk, men skjermet. Evaluering og utredning av skjermingsordningen for kronisk syke og forsikringsordningen for små virksomheter*. Rapport 2022/32, Vista analyse. <https://vista-analyse.no/no/publikasjoner/syk-men-skjermet-evaluering-og-utredning-av-skjermingsordningen-for-kronisk-syke-og-forsikringsordningen-for-sma-virksomheter/>

## Vedlegg

**Tabell V1.** Legemeldte sykefravær, etter fraværsguppe og yrke. Antall og prosentandel. Totalt for 2019–2021.

	Antall	I alt	Fraværsguppe		
			Med 1-5	Med 6 eller flere	Herav over 10
I alt	4 148 209	100,0	71,2	28,8	8,0
<b>Yrke</b>					
Salgs- og serviceyrker	1 209 957	100,0	64,9	35,1	3,9
Akademiske yrker	992 157	100,0	73,6	26,4	2,4
Høyskoleyrker	495 064	100,0	76,1	23,9	6,8
Håndverkere	399 874	100,0	71,4	28,6	6,8
Kontoryrker	292 618	100,0	67,0	33,0	11,5
Operatører, transportarb. mv	287 552	100,0	72,1	27,9	10,0
Renholdere, hjelpearbeidere mv	237 270	100,0	72,4	27,6	5,8
Ledere	192 523	100,0	87,6	12,4	8,3
Bønder, fiskere mv	27 647	100,0	78,0	22,0	7,2
Militære yrker og uoppgitt	13 547	100,0	82,6	17,4	6,6

Kilde: NAV

---

UTGIVER  
Arbeids- og velferdsdirektoratet  
Postboks 5  
St. Olavs plass  
0130 OSLO

PRODUKSJON: Aksell AS  
ISSN: 1504-6729

