

Utviklingen i sykefraværet, 1. kvartal 2018

Notatet er skrevet av Therese Sundell, therese.sundell@nav.no 13.6.2018

Nedgang i sykefraværet, viser sesongjusterte tall

Det totale sesongjusterte sykefraværet er nå på 6,4 prosent. Det viser nye sesong- og influensajusterte tall. Sammenlignet med 4. kvartal 2017 var det en nedgang i det egenmeldte sykefraværet på 0,7 prosent, og det legemeldte gikk ned med 2,3 prosent. Samlet sett var det en nedgang på 2,0 prosent.

Heretter omtales det registrerte legemeldte sykefraværet som sammenlignes med samme kvartal fra året før.

Økning i det registrerte legemeldte sykefraværet

Det legemeldte sykefraværet var 5.8 prosent i 1. kvartal 2018. Sammenlignet med samme kvartal i fjor innebærer dette en økning på 3,2 prosent. Det legemeldte sykefraværet er høyere for kvinner enn for menn. Sykefraværet økte for mer for menn enn for kvinner.

Noe av årsaken til økningen i det registrerte legemeldte sykefraværet er knyttet til påsken falt i forskjellige kvartaler de to siste årene. Påsken påvirker nivået på avtalte dagsverk, og dermed sykefraværsprosenten.

En langvarig influensasesong vinteren 2018 har ført til en kraftig økning i antall tilfeller og tapte dagsverk knyttet til luftveislidelser. Influentaen rammet kvinner og menn like hardt, og det er heller ingen store forskjeller på aldersgruppene.

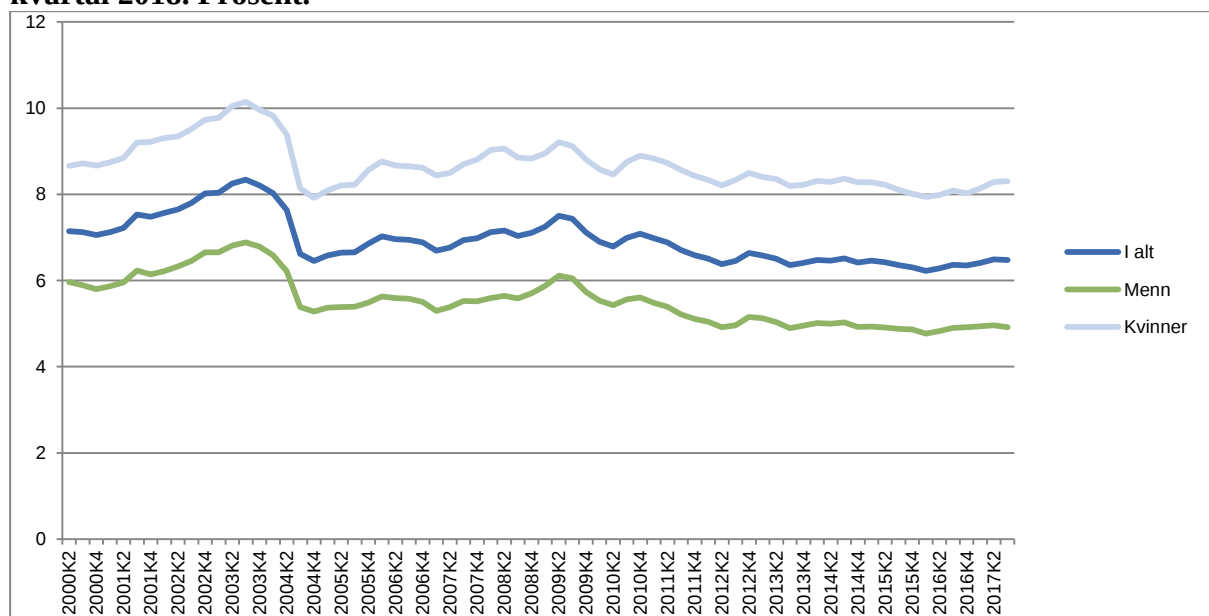
Nedgang i sykefraværet, viser sesongjusterte tall

Det totale sesongjusterte sykefraværet er nå på 6,4 prosent. Det viser nye sesong- og influensajusterte tall. Sammenlignet med 4. kvartal 2017 var det en nedgang i det egenmeldte sykefraværet på 0,7 prosent, og det legemeldte gikk ned med 2,3 prosent. Samlet sett var det en nedgang på 2,0 prosent.

Figur 1 viser utviklingen i det sesong- og influensajusterte sykefraværet. Som vi ser av figuren, har sykefraværet vært relativt stabilt de siste 5 årene. Kvinner har hatt en liten økning i sykefraværet fra 2016 og frem til 1. kvartal 2017.

Målet om 20 prosent reduksjon er videreført i ny IA-avtale. Siden 2001 har sykefraværet gått ned med 11,3 prosent, og målet i IA-avtalen er dermed fortsatt ikke nådd.

Figur 1. Egen- og legemeldt sykefravær, sesong- og influensajustert. 2. kvartal 2000 – 1. kvartal 2018. Prosent.



Kilde: NAV og SSB

Innføring av A-ordningen

I beregningen av endringsprosenten av IA-målet, er det justert for effekten av innføringen av A-ordningen i 2015. For mer informasjon om dette, se Om Statistikken på våre nettsider

Sesongjustering

Fordelen med sesongjusterte tall er at vi fjerner sesongvariasjonene mellom kvartalene. Dette gjør det mulig å fange opp trendskifter i sykefraværet tidligere enn når man sammenligner ujusterte tall med samme kvartal år før. Det kan i tillegg gjøre det lettere å avdekke mulige effekter på sykefraværet av for eksempel regelendringer og strukturelle endringer på arbeidsmarkedet. Vi justerer også for sesonginfluensa som varierer fra år til år med hensyn til hvilket kvartal det faller.

Økning i det registrerte legemeldte sykefraværet

Heretter omtales kun det registrerte legemeldte sykefraværet som sammenlignes med samme kvartal fra året før. I 1. kvartal 2018 var det legemeldte sykefraværet 5,8 prosent. En økning på 3,2 prosent sammenlignet med samme kvartal året før. Sykefraværet økte med 4,2 prosent for menn og for kvinner var økningen 2,3 prosent.

Noe av årsaken til økningen i det registrerte legemeldte sykefraværet er knyttet til påsken falt i forskjellige kvartaler de to siste årene. Påsken påvirker nivået på avtalte dagsverk, og dermed sykefraværsprosenten. Det vil si at sykefraværsprosenten blir noe høyere i et kvartal med påske enn et kvartal uten, gitt at alt annet er likt. I de sesong- og influensasjusterte tallene er det tatt høyde for dette.

Figur 2. Utviklingen i legemeldt sykefravær i etter kjønn, 4. kvartal 2000 – 1. kvartal 2018. Prosent.



Kilde: NAV og SSB

Influensasesongen

I løpet av vintersesongen vil mellom fem og ti prosent av befolkningen få influensa. Dette påvirker sykefraværet kraftig. Sesonginfluensaen vinteren 2017/2018 var langvarig og av middels intensitet i følge Folkehelseinstituttets influensaovervåking¹.

¹ <https://www.fhi.no/sv/influensa/sesonginfluensa/>

I 1. kvartal var 26 prosent av sykefraværstilfellene knyttet til luftveislidelser. Sammenlignet med i fjor er det en økning på nesten 30 prosent i luftveislidelser. Den langvarige influensasesongen førte derfor til en kraftig økning i antall tilfeller. De tapte dagsverkene knyttet til luftveislidelser økte også med nesten 30 prosent og utgjorde 800 000 tapte dagverk i 1. kvartal.

IA-avtalen

Siden partene inngikk IA-avtalen i 2001 har sykefraværet gått ned omtrent 11,3 prosent på landsbasis. I denne perioden har sykefraværet økt for deretter å gå inn i en lang nedgangsperiode som stabiliserte seg i 2013. Etter dette har sykefraværet vært tilnærmet uendret de siste fem årene.

Gradering av sykmeldinger har lenge vært et viktig tiltak for å redusere sykefraværet i Norge. Etter endringene i sykmeldingsreglene 1. juli 2004, som blant annet førte til økt fokus på bruk av graderte sykmeldinger, falt sykefraværet kraftig. IA-avtalen fra 2010, som ble videreført i 2014, vektlegger mer bruk av gradering på sykmeldinger. Dersom kontakten med arbeidsplassen opprettholdes, er det mindre sannsynlig at den sykmeldte faller ut av arbeidslivet på lengere sikt. Derfor skal arbeidsevne og aktivitet vektlegges i størst mulig grad.

Årsaker til endringer til sykefraværet

Studier av sykefraværet viser hvor sammensatt og mangfoldig årsakene til fravær er. Når sykefraværet endrer seg, er det derfor utfordrende å finne de spesifikke årsakene til svingningene. Det er ofte vanskelig å avgjøre hvor stor del av svingningene som skyldes regelendringer, og hva som kan forklares av andre faktorer.

Vi vet fra tidligere analyser at konjunkturer i arbeidsmarkedet spiller en viktig rolle i sykefraværet. Arbeidsmarkedet påvirker sykefraværet på to ulike måter. Det blir færre nye påbegynte sykefraværstilfeller når ledigheten er høy, men den gjennomsnittlige varigheten for sykefraværene øker. Dette kan tyde på at det finnes en form for disiplinerings blant arbeidstakerne når ledigheten øker. Samtidig ser vi at de som allerede er sykemeldt får lengere varighet.

Sykefraværet øker mer for menn enn for kvinner

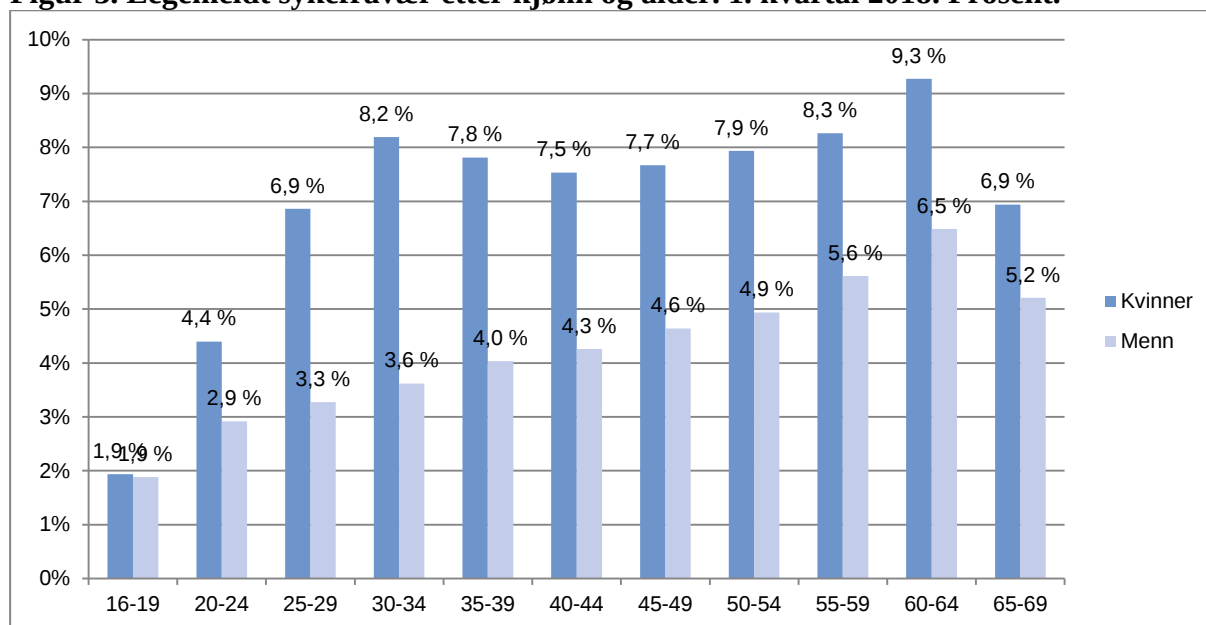
I 1. kvartal 2018 var det legemeldte sykefraværet for kvinner på 7,4 prosent og 4,3 prosent for menn.

Av figur 3 framgår det at sykefraværet for menn i stor grad øker med økende alder, med unntak av den eldste aldersgruppen (65-69 år). Kvinners sykefravær er derimot litt høyere mellom 30 og 40 år enn mellom 40 og 50 år, noe som har sammenheng med svangerskapsrelatert sykefravær.

Et gjennomgående trekk ved sykefraværet, både i Norge og internasjonalt, er at kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn. Den nominelle differansen mellom kvinners og menns sykefravær har ligget rundt 2,5–3,0 prosentpoeng. At kvinners sykefravær er høyere enn for menn skyldes delvis svangerskapsrelaterte lidelser. Ifølge artikkelen «Sykefravær blant gravide» i Arbeid og Velferd 1/2016 forklarer de gravidenes sykefravær omtrent 40 prosent av kjønnsforskjellen for de mellom 20-39 år.

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

Figur 3. Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. 1. kvartal 2018. Prosent.

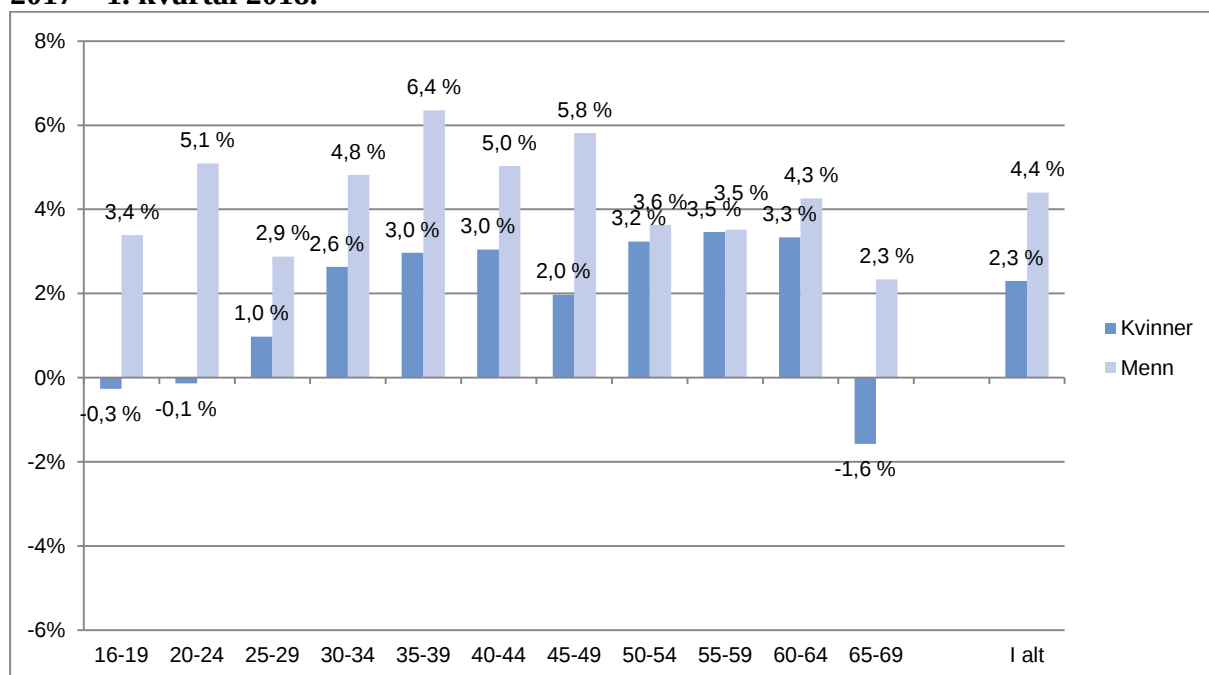


Kilde: NAV og SSB.

Endringene i sykefraværet fra 1. kvartal 2017 til 1. kvartal 2018 (figur 4) viser økning i samtlige aldersgrupper for menn. Det øker mest for menn mellom 35-39 år (+ 6,4 %) og 45-49 år (+5,8 %). Den laveste veksten er blant menn mellom 25-29 år (+2,9%)

For kvinner gikk sykefraværet mest opp for de mellom 55-59 år (+3,5 %). Sykefraværet gikk noe ned for de aller yngste og de aller eldste aldersgruppene.

Figur 4. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter kjønn og alder, 1. kvartal 2017 – 1. kvartal 2018.

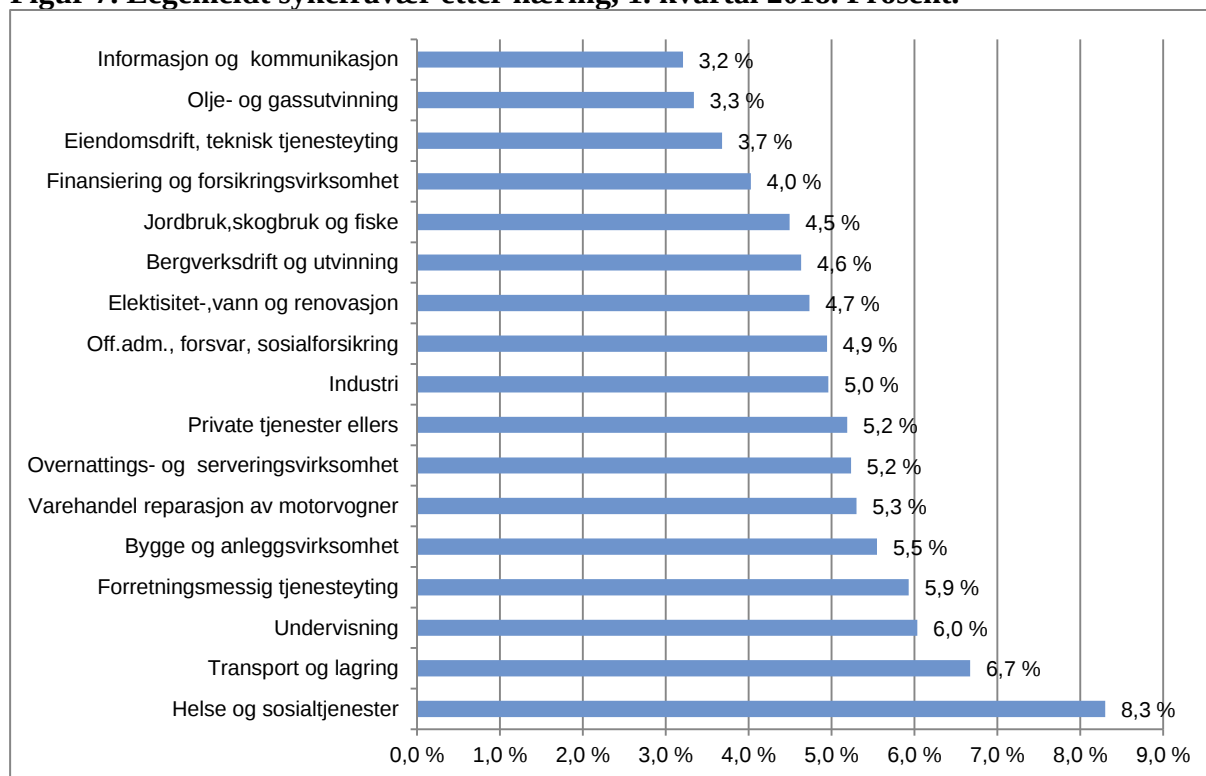


Kilde: NAV og SSB.

Sykefraværet øker mest i offentlig administrasjon

Figur 7 viser at sykefraværet i 1. kvartal 2018 var klart høyest innen helse og sosiale tjenester (8,3 %), som sysselsetter hver femte arbeidstaker. Deretter følger transport og lagring (6,7 %) og undervisning (6,0 %). Fraværet var lavest innen informasjon og kommunikasjon (3,2 %), olje og gassutvinning (3,3 %) og eiendomsdrift, teknisk tjenesteyting (3,7 %).

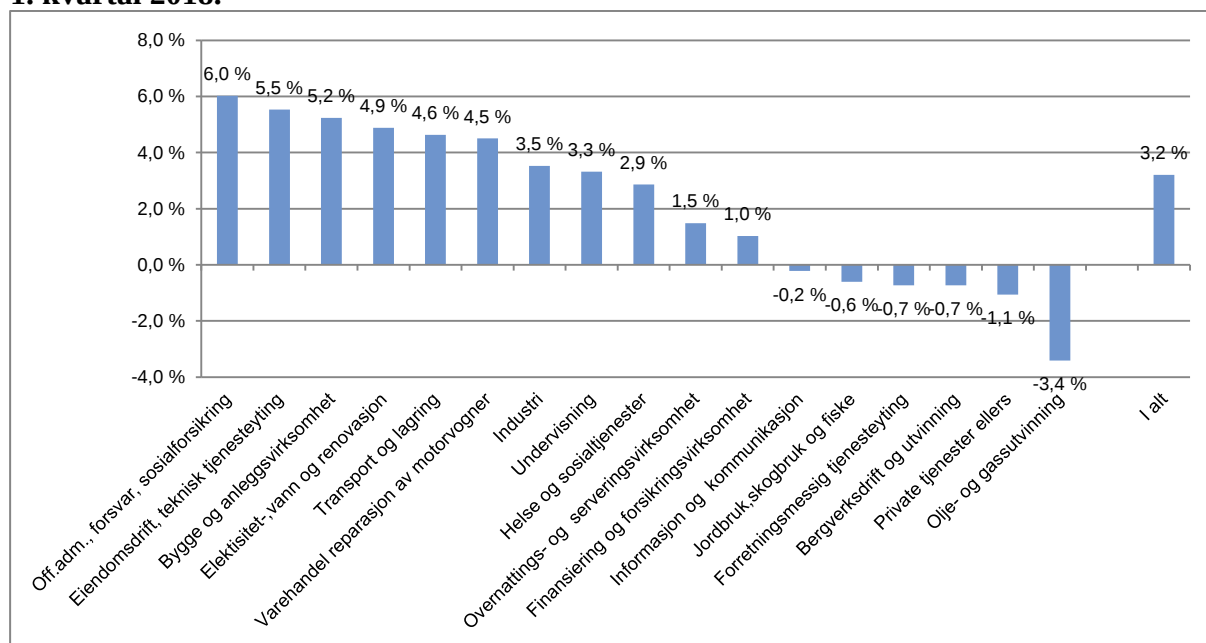
Figur 7. Legemeldt sykefravær etter næring, 1. kvartal 2018. Prosent.



Kilde: NAV og SSB

Fra 1. kvartal 2017 til 1. kvartal 2018 gikk sykefraværet opp i flere næringer. De som hadde den største økningen var offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring (+6,0 %), eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting (+5,5 %) og bygge- og anleggsvirksomhet (+5,2 %). Næringene med størst nedgang i sykefraværet var olje- og gassutvinning (-3,4 %), private tjenester (-1,1 %) og bergverksdrift og utvinning (-0,7 %).

Figur 8. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter næring, 1. kvartal 2017 – 1. kvartal 2018.



Kilde: NAV og SSB

Fordeling av sykefraværet etter næring

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

Tabell 1. Sysselsatte arbeidstakere etter næring og kjønn. Prosent. 1. kvartal 2018.

	Alle sysselsatte	Kvinner	Menn
Helse- og sosialtjenester	22 %	36 %	9 %
Varehandel, reparasjon av motorvogner	14 %	13 %	14 %
Undervisning	9 %	12 %	6 %
Industri	7 %	4 %	11 %
Bygge- og anleggsvirksomhet	7 %	2 %	13 %
Eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting	6 %	5 %	6 %
Forretningsmessig tjenesteyting	6 %	5 %	6 %
Off. adm., forsvar, sosialforsikring	6 %	6 %	6 %
Transport og lagring	5 %	2 %	8 %
Overnattings- og serveringsvirksomhet	4 %	5 %	4 %
Private tjenester ellers	4 %	5 %	3 %
Informasjon og kommunikasjon	3 %	2 %	5 %
Bergverksdrift og utvinning	2 %	1 %	3 %
Finansierings- og forsikringsvirksomhet	2 %	2 %	2 %
Jordbruk, skogbruk og fiske	1 %	1 %	2 %
Elektrisitet-, vann og renovasjon	1 %	0 %	2 %

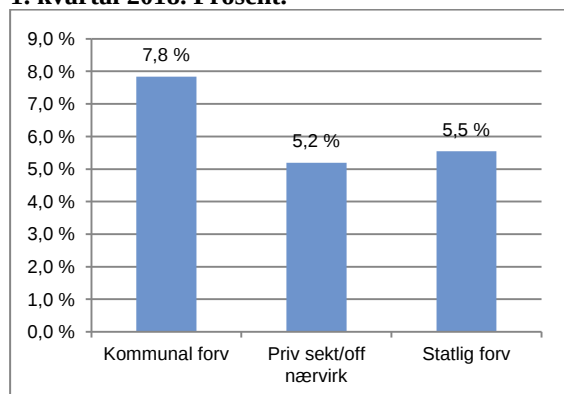
Størst økning i statlig forvaltning

Sykefraværet er fortsatt klart høyest i kommunal forvaltning (7,8 %) deretter følger statlig forvaltning (5,5 %) og privat sektor (5,2 %), jf figur 9. Analyser viser at forskjellene mellom kommunal og privat sektor primært skyldes alders- og kjønns sammensetningen blant de ansatte. Det gjenstår likevel en viss forskjell selv om det kontrolleres for yrker og utdanning.

Korttidsfraværet er klart høyere i både statlig og kommunal sektor, og det er mulig at antakelsen om at fravær har mer negative konsekvenser i privat sektor gjør at ansatte der derfor i større grad begrenser sitt sykefravær (Mastekåsa, 2016).

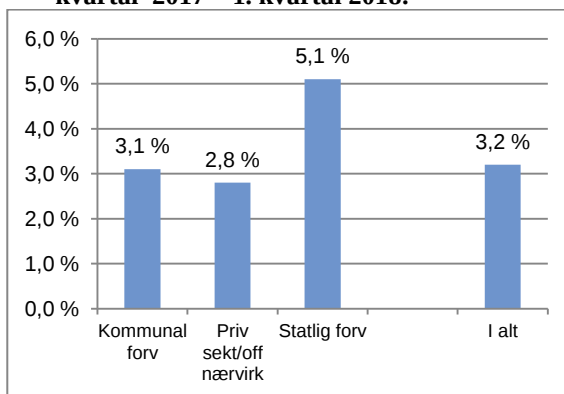
Ser vi på endringen fra 1. kvartal 2017 til 1. kvartal 2018 har statlig forvaltning den største økningen med 5,1 prosent. I privat sektor gikk sykefraværet opp med 2,8 prosent og kommunal forvaltning med 3,1 prosent.

Figur 9. Legemeldt sykefravær etter sektor, 1. kvartal 2018. Prosent.



Kilde: NAV og SSB

Figur 10. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter sektor, 1. kvartal 2017 – 1. kvartal 2018.



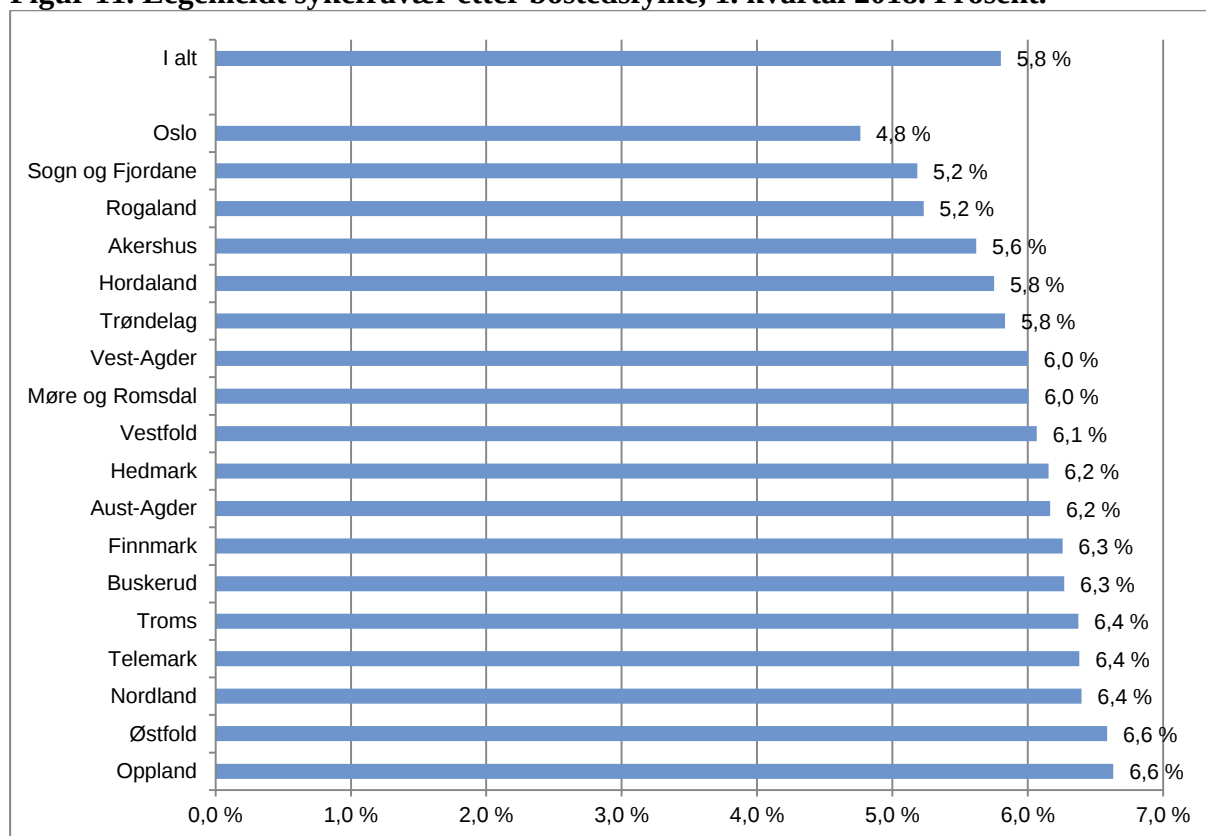
Oppland har landets høyeste sykefravær

Oppland og Østfold har det høyeste sykefraværet av alle fylkene på 6,6 prosent, deretter følger Nordland, Telemark og Troms med 6,4 prosent, se figur 11. Oslo er fylket med det laveste sykefraværet på 4,8 prosent, fulgt av Sogn og Fjordane og Rogaland med 5,2 prosent.

Det er flere årsaker til de regionale forskjellene i sykefraværet. Fylker med lavt sykefravær har gjerne en ung befolkning, og mange har høy utdanning. Tilsvarende vil fylker med høyt sykefravær være preget av en eldre befolkning med lav utdanning, og en høy andel som er sysselsatt i offentlig sektor.

Det er i tillegg forhold utover næringsstruktur, kjønn og alderssammensetning som er vesentlige for å forklare forskjeller i sykefraværet og sykefraværsmønsteret på fylkesnivå. Andre undersøkelser har blant annet pekt på at ulikt arbeidsmarked og ulikheter i holdninger blant arbeidstakere, arbeidsgivere og leger kan forklare noe forskjellene på fylkesnivå (Helde m. fl Arbeid og velferd 3/2011).

Figur 11. Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke, 1. kvartal 2018. Prosent.

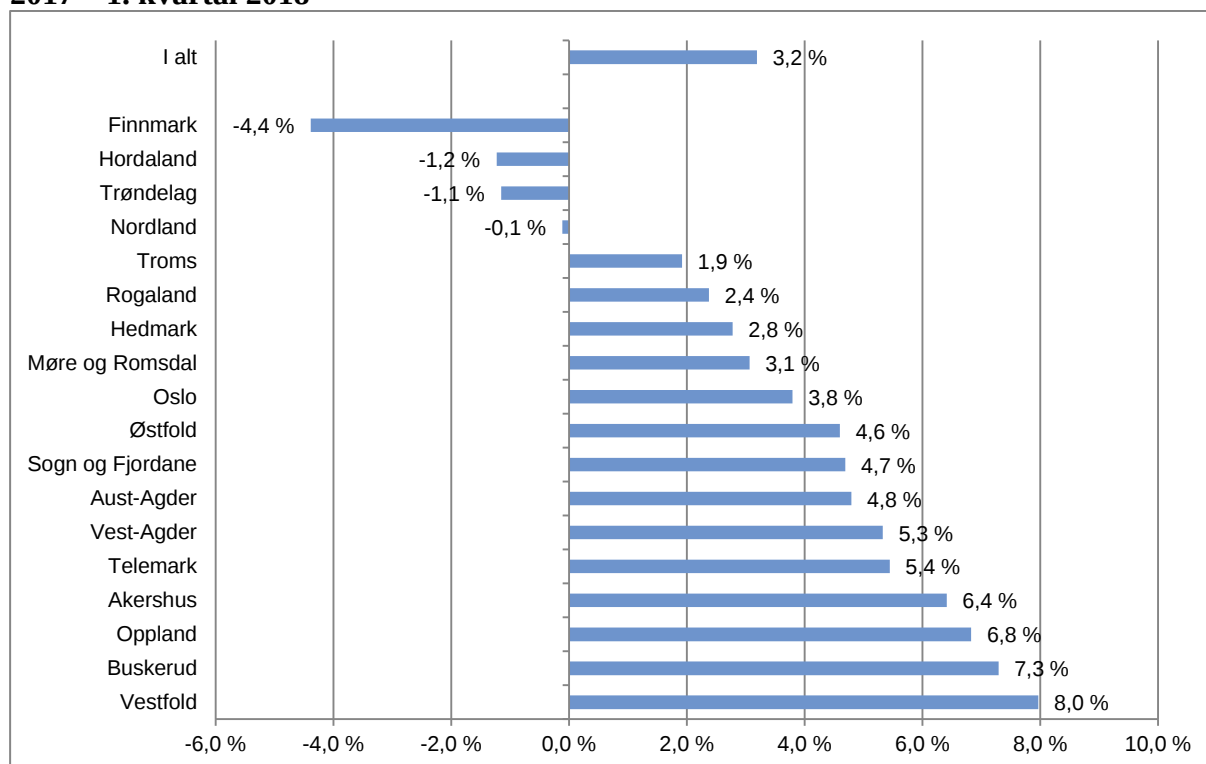


Kilde: NAV og SSB

Sykefraværet gikk mye opp i enkelte fylker. Fra 1. kvartal 2017 til 1. kvartal 2018 gikk sykefraværet mest opp i Vestfold (+8,0 %), deretter fulgte Buskerud (+7,3 %) og Oppland (+6,8 %).

Sykefraværet gikk ned i fire fylker. I Finnmark gikk sykefraværet ned 4,4 prosent. I Hordaland gikk sykefraværet ned 1,2 prosent og i Trøndelag sank sykefraværet 1,1 prosent.

Figur 12. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter bostedsfylke, 1. kvartal 2017 – 1. kvartal 2018



Kilde: NAV og SSB

Færre med gradert sykmelding

Andelen sykefraværstilfeller med gradert sykmelding (delvis sykmeldte) har gått ned fra 23,8 prosent til 21,4 prosent sammenlignet med 1. kvartal 2017. Andelen graderte sykefraværstilfeller gikk ned for menn, og er nå på 16,6 prosent. For kvinner er andelen graderte ned på 24,5 prosent.

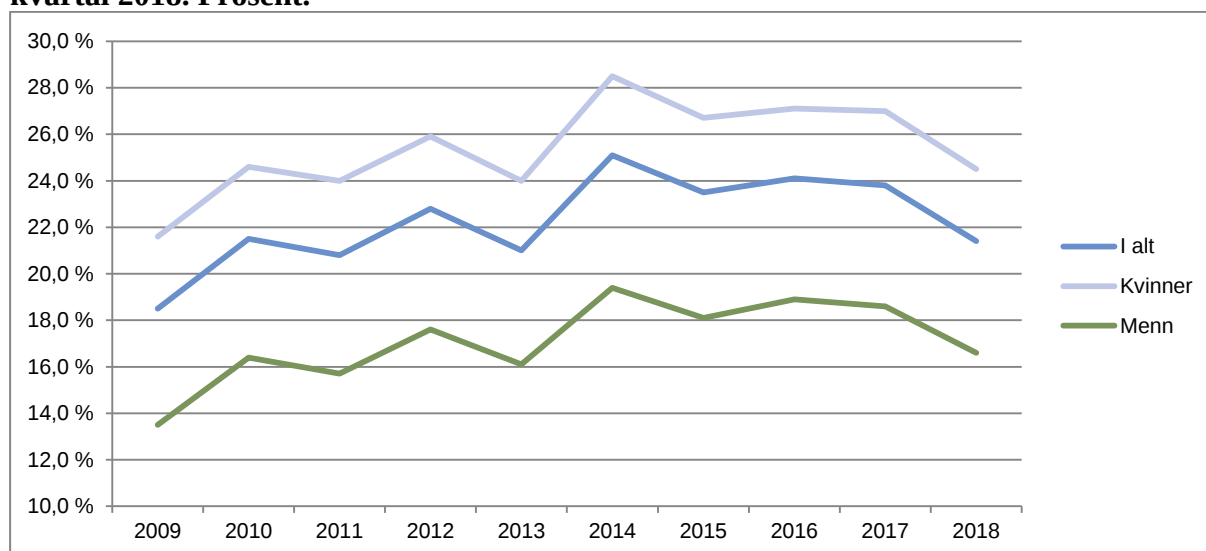
Årsaken til at andelen graderte har falt betydelig i dette kvartalet er innslaget av mange korte fraværstilfeller uten gradering. Influensasesongen vinteren 2018 førte til en stor økning i antall tilfeller knyttet til luftveislidelser. Disse er svært sjelden gradert, og da synker andelen med graderte sykefraværstilfeller

Gradering av sykmeldinger har lenge vært et viktig tiltak for å redusere sykefraværet i Norge. IA-avtalen fra 2010 vektlegger mer bruken av gradering på sykmeldinger, og et av målene er å øke andelen graderte sykmeldinger. Partene i arbeidslivet ønsker å gjøre gradert sykmelding til hovedregelen ved lange sykefravær, for på den måten å fremme nærvær og aktivisering.

Hvis vi ser på graderingsgraden tilbake til 2008, gikk andelen mye opp i de første årene for, deretter å stabilere seg på 24 prosent, den har derimot falt noe siste kvartal.

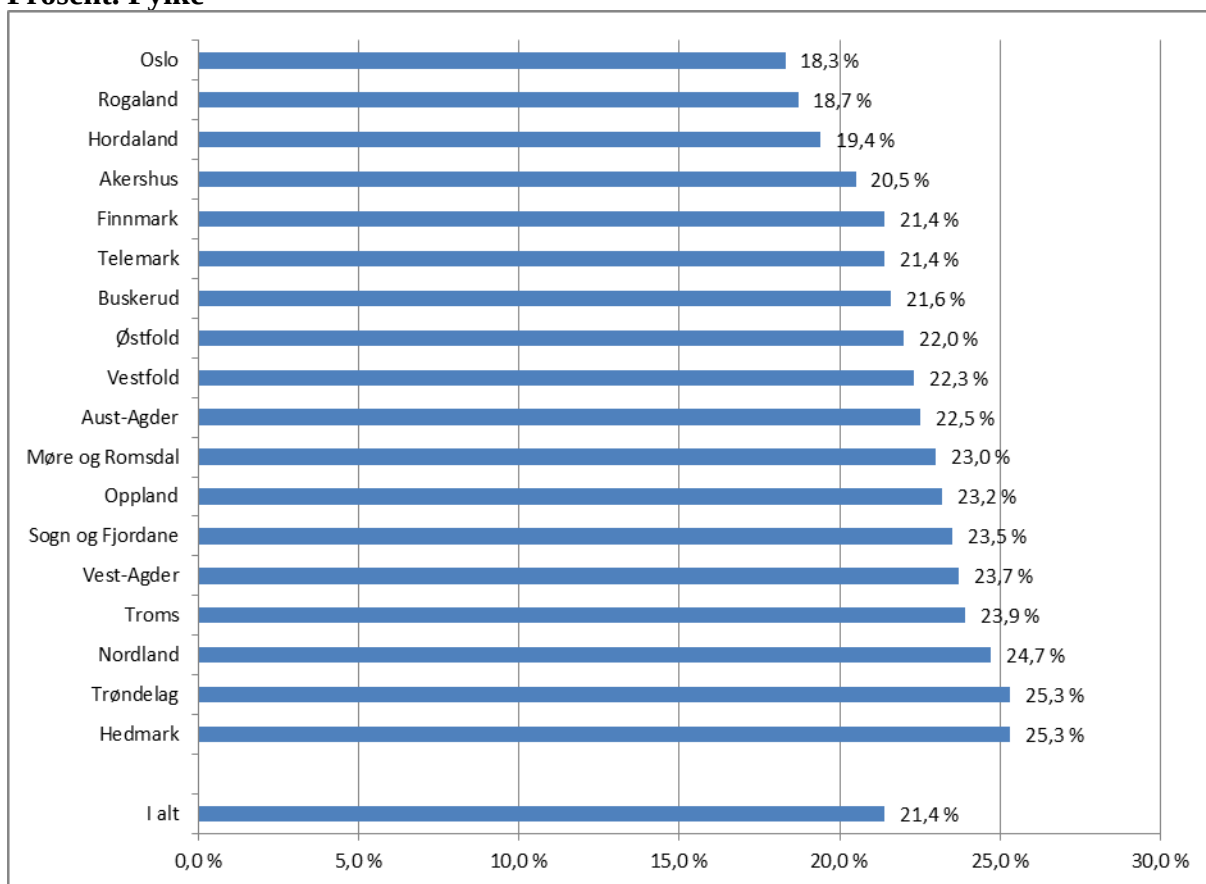
Kvinner har oftere gradert sykmelding enn menn, og deres sykmeldinger graderes tidligere. Det er flere grunner til dette. Noe av forskjellen kan forklares av graviditet og svangerskapsplager. Det er relativt vanlig å få en gradert sykmelding i løpet av svangerskapet. Rapporten «Gradert sykmelding» viser at litt under 40 prosent av tilfellene blant gravide var gradert en eller flere ganger. Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser er andre medisinske diagnoser som oftest gir gradering. Videre øker bruken av gradert sykmelding med alder.

Figur 15. Legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding, 1. kvartal 2009– 1. kvartal 2018. Prosent.



Kilde: NAV

Figur 16. Legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding, 1. kvartal 2018. Prosent. Fylke



Kilde: NAV

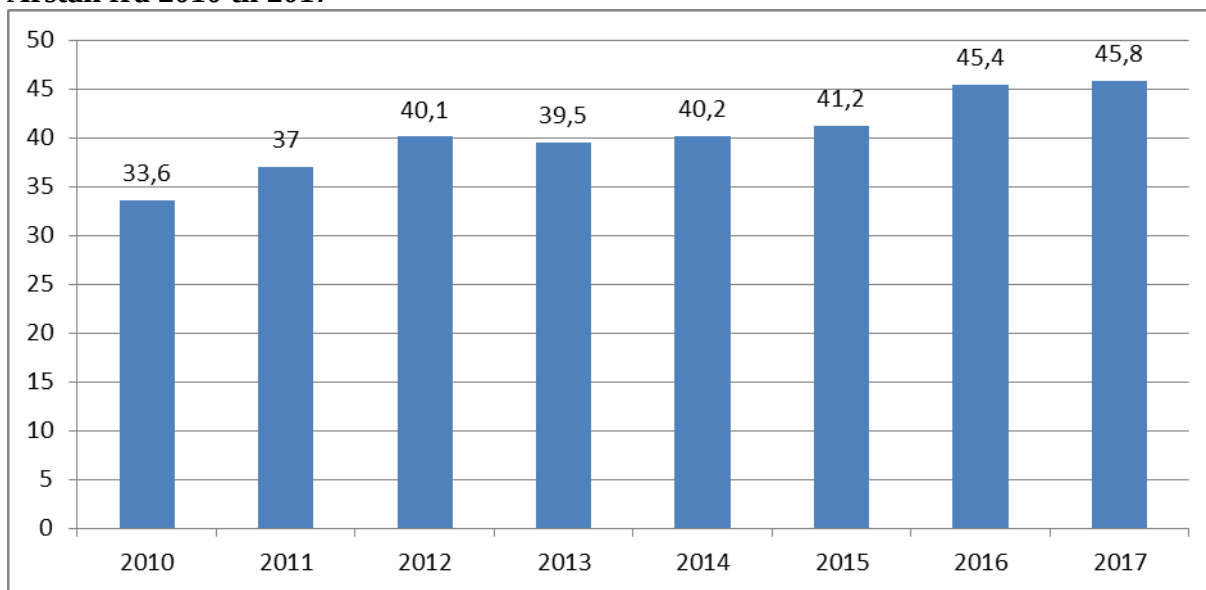
Det er store forskjeller mellom fylkene i andelen graderte sykefraværstilfeller. Oslo har færrest graderte tilfeller med 18,3 prosent, deretter følger Rogaland med 18,7 prosent og Hordaland med 19,4 prosent. Hedmark har størst andel graderte sykmeldinger med 25,3 prosent, deretter følger Trøndelag med 25,3 prosent og Nordland med 24,7 prosent.

Sammenligner vi graderte sykmeldinger og sykefraværet i fylkene ser vi at de fylkene med det laveste sykefraværet, også har en lav graderingsandel. Dette henger sammen med forhold i arbeidsstyrken. I de store byene er de sysselsatte yngre og har oftere høyere utdanning. Disse gruppene har lavere sykefravær og når de blir syke har de sjeldnere gradert sykmelding. Dette gjelder spesielt for de yngste aldersgruppene.

I figur 18 ser vi andelen sykmeldte med gradert sykmelding ved passering 12 ukers varighet. I mars 2018 hadde litt over 45 prosent av de som passerte 12 uker en gradert sykmelding.

Fra 2010 og frem til 2017 har det vært en økning fra 34 prosent til 45 prosent i andelen som har en gradert sykmelding ved 12 ukers varighet. Noe av økningen de siste årene henger sammen med at NAV jobber aktiv med praktisering av aktivitetskravet ovenfor de langtidssykmeldte.

Figur 18. Andel sykmeldte med gradert sykmelding ved passering 12 ukers varighet. Årstall fra 2010 til 2017



Kilde: NAV

Lang influensasesong førte til kraftig økning i luftveislidelser

Influensa er sannsynligvis den infeksjonssykdommen i Norge som rammer flest og hvert år smittes mellom 5 og 10 prosent av befolkningen. I 1. kvartal 2018 var 26 prosent av sykefraværstilfellene knyttet til luftveislidelser. Sammenlignet med i fjor er det en økning på nesten 30 prosent. En langvarig influensasesong førte derfor til en kraftig økning i antall tilfeller. De tapte dagsverkene knyttet til luftveislidelser økte også med nesten 30 prosent og utgjorde 800 000 tapte dagsverk i 1. kvartal.

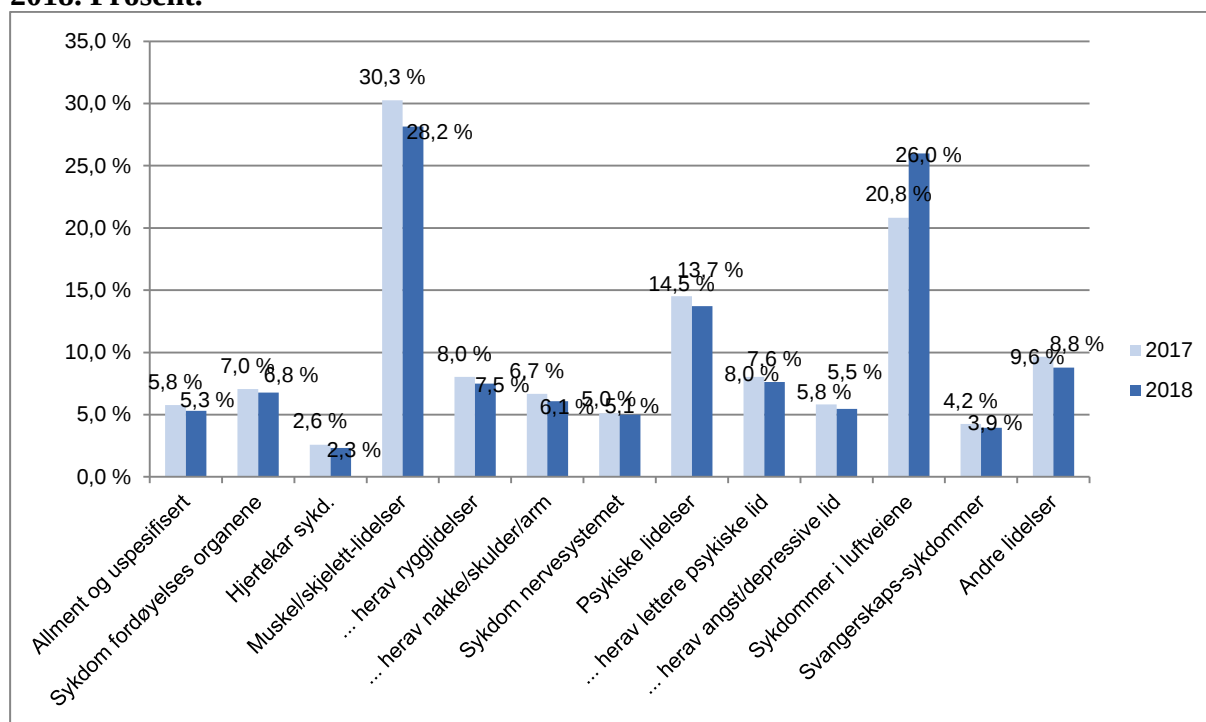
Noe av økningen skyldes at influensasesongen 2016/2017 hadde tidlig oppstart i desember og nådde toppen relativt raskt i løpet av desembermåned. Ser vi de to kvartalene under ett og sammenligner influensasesongen 2016/2017 med årets influensasesong, er det en økning på omtrent 40 prosent i de tapte dagsverkene og 50 prosent sykefraværstilfellene knyttet til diagnosekoden influensa (R80).

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

Internasjonal forskning har vist at psykiske lidelser ofte er underrapportert som årsak til sykmelding, og at det derfor er grunn til å tro at den reelle andelen sykefravær med psykiske plager er langt høyere. Lettere psykiske lidelser har hatt en økning de siste årene, og dette er ofte sykefravær med lang varighet. Det er også en sterk risikofaktor for senere uførepensjonering.

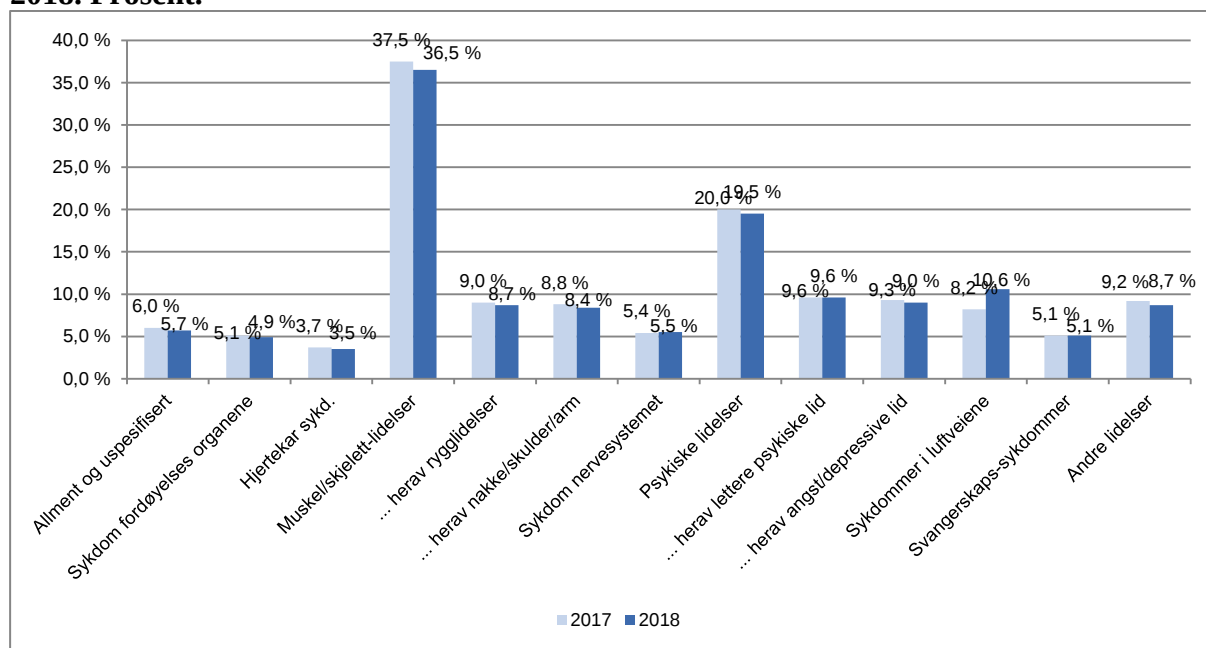
Muskel- og skjelett lidelser er den største enkeltårsaken til sykefravær og utgjorde litt under 30 prosent av alle sykefraværstilfellene i 1. kvartal 2017. Dette er noe lavere enn tidligere år, men henger sammen med den store andelen luftveislidelser dette kvartalet. Muskel- og skjelettsykdommer er samlet sett mer vanlig hos middelaldrende og eldre, men det er store forskjeller mellom de ulike underdiagnosene. Nakkesmerter er mest vanlig hos yngre kvinner, men ryggplager er like vanlig hos begge kjønn.

Figur 18. Legemeldte sykefraværstilfeller etter diagnose, 1. kvartal 2017 og 1. kvartal 2018. Prosent.



Kilde: NAV

Figur 19. Legemeldte sykefraværsdagsverk etter diagnose, 1. kvartal 2017 og 1. kvartal 2018. Prosent.



Kilde: NAV

Diagnoser fordelt på kjønn

Det er klare kjønnsforskjeller i hvilke sykdommer menn og kvinner blir sykmeldt for. I figur 20 er det spesielt tre diagnosegrupper som utmerker seg: muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og hjerte- og karsykdommer.

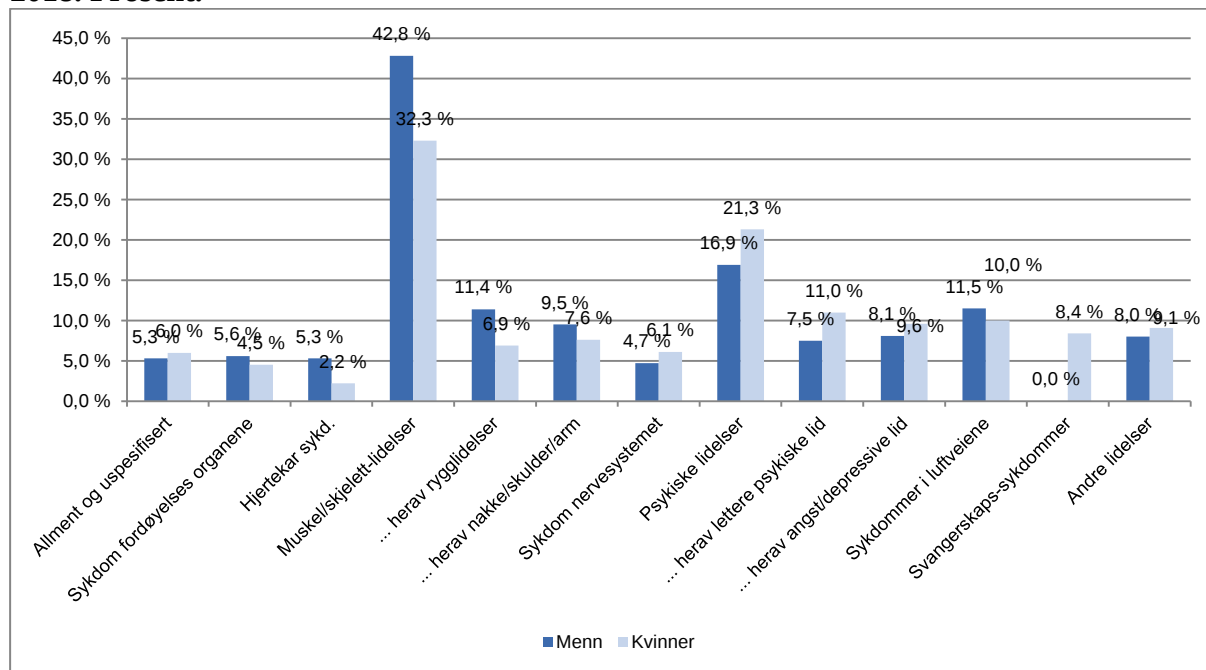
Muskel- og skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til sykefravær. I hovedsak er menn mer sykmeldt for dette enn kvinner selv om kvinner har flere tapte dagsverk. Menn er spesielt mer sykmeldt for ryggproblemer.

Som vi ser av figur 20, er kvinner mer sykmeldt for psykiske lidelser enn menn, og det er i kategorien lettere psykiske lidelser at forskjellen er størst. Psykiske lidelser er svært utbredt, og en tredjedel av den norske befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet i følge Folkehelseinstituttet. Kvinner lider oftere av depresjoner og angst, og bruker mer psykofarmaka eller andre typer beroligende medisin. De oppsøker oftere familiekontorer og psykiatrisk poliklinisk behandling. Samtidig er det flere menn som begår selvmord og har alkoholproblemer.²

² www.fhi.no – Psykisk helse i Norge

Videre er det dobbelt så mange menn som er sykmeldt for hjerte- og karsykdommer selv om forekomsten av sykdommen er lik for begge kjønn. En av årsakene til at dette, er at menn rammes ca. ti år tidligere enn kvinner. Det vil si at flere arbeidsføre menn får hjerte-karsykdommer.

Figur 20. Legemeldte sykefraværsværk etter diagnose fordelt på kjønn. 1. kvartal 2018. Prosent.



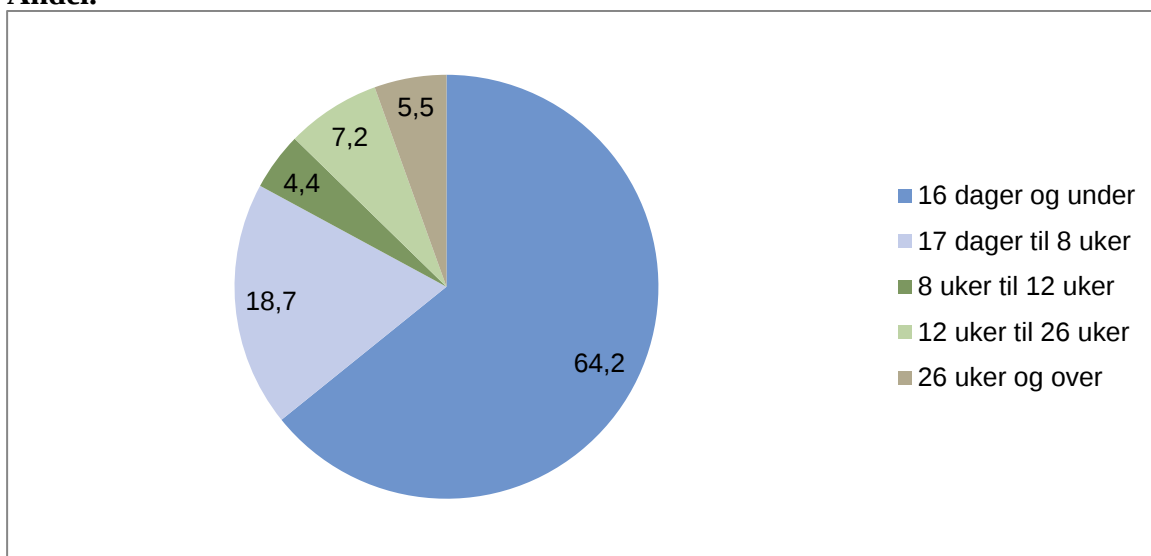
Kilde: NAV

Varighet av sykefraværstilfellene

Gjennomsnittlig varighet for påbegynte tilfeller for 1. kvartal 2018 er 38,7 dager. Varigheten er beregnet av alle påbegynte sykefraværstilfeller i 1. kvartal 2017 – det vil si at alle tilfellene har hatt muligheten til å gå ut sykepengeperioden som varer i ett år. Ettersom det er en forutsetning for utregningen av varighetstallene at tilfellene har muligheten til å løpe ett år, lages varighetstallene ett år på etterskudd. Varighetstallene som presenteres her, varighet for fravær som startet 1. kvartal 2017, er derfor ikke direkte sammenliknbare med sykefraværspersenten for 1. kvartal 2018.

Som vi ser av figur 16, utgjør de korte tilfellene størsteparten av sykefraværstilfellene. Sykefraværstilfeller på under 8 uker står for 83 prosent av alle tilfeller i 1. kvartal. De lange tilfellene, over 26 uker, utgjør litt over 5,5 prosent.

Figur 21. Gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 1. kvartal 2017. Andel.



Kilde: NAV

Stor variasjon i varighet mellom fylker

Det er stor variasjon mellom fylkene i lengden på sykefraværstilfellene, se figur 22. Oslo har den korteste gjennomsnittlige varigheten med 30 dager, deretter følger Akershus og Rogaland med 35 dager.

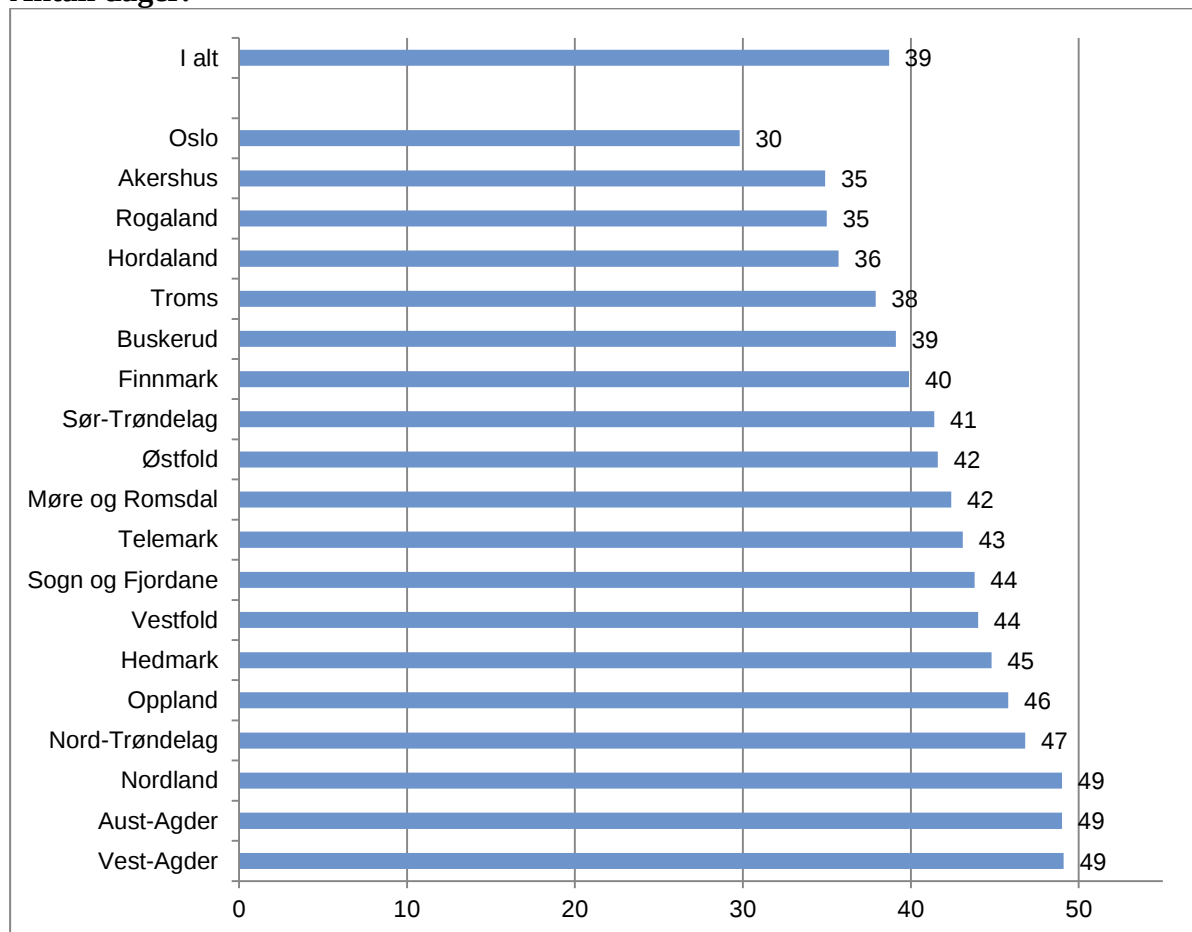
Aust-Agder, Vest-Agder og Nordland har de lengste sykefraværstilfellene med en gjennomsnittlig varighet på 49 dager. Sammenligner vi gjennomsnittlig varighet i Oslo, som har den korteste varigheten, med fylkene som har den lengste gjennomsnittlige varigheten, er forskjellen mellom de to fylkene på 19 dager.

I artikkelen "Sykefravær: Store fylkesvise forskjeller i varigheten innenfor samme diagnose" i Arbeid og Velferd 3/2010, undersøkes gjennomsnittlig varighet av sykmeldinger etter fylke i 2008 og 2009. Analysen viser at det er vesentlige variasjoner på fylkesnivå innenfor samme diagnose.

Det vil nødvendigvis være store variasjon innenfor hver diagnose på grunn av sykdommens alvorlighet, og i hvilken grad sykdommen lar seg kombinere med arbeid. Men stor variasjon innenfor en og samme diagnose peker i retning av at det er forhold utenfor selve sykdommen som kan forklare noe av forskjellene i varighet. Geografiske forskjeller i sykefraværet antar man har sammenheng med strukturelle forhold som demografi, næringsliv og lokalt

arbeidsmarked. I tillegg diskuteres andre faktorer som ulikheter i helse og legens sykmeldingspraksis.

Figur 22. Gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 1. kvartal 2017. Antall dager.



Kilde: NAV

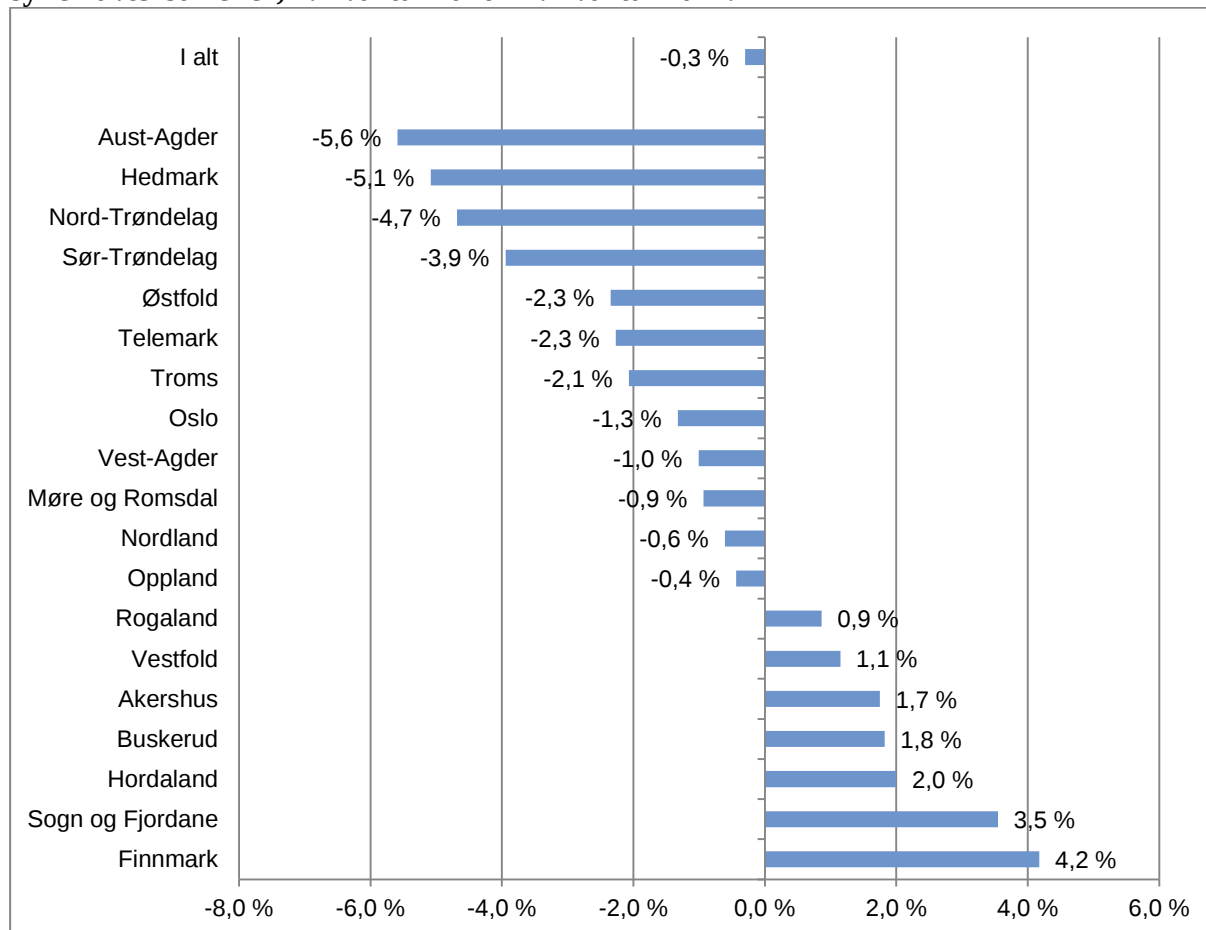
Ingen endring i varigheten

Fra 1. kvartal 2016 til 1. kvartal 2017 har gjennomsnittlig varighet vært stabilt på landsbasis. For menn har det vært en liten nedgang i varigheten fra 36 til 35 dager. Mens for kvinner har det vært stabilt på 41 dager.

Når vi ser på utviklingen i fylkene er det store forskjeller. Varigheten gikk mest ned i Aust-Agder (-5,6 %) noe som tilsvarer en gjennomsnittlig nedgang på 2,9 dager per tilfelle. I Hedmark gikk varigheten ned 5,1 prosent og i Nord-Trøndelag ned 4,7 prosent.

I Finnmark gikk den gjennomsnittlige varigheten opp med 4,2 prosent, noe som tilsvarer en gjennomsnittlig økning på 1,6 dag per tilfelle. Den økte også i Sogn Fjordane (+3,5 %) og Hordaland (+2,0 %)

Figur 23. Prosentvis endring i gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller, 1. kvartal 2016 - 1. kvartal 2017.



Kilde: NAV

Referanser:

Mastekaasa, A. 2016. Sykefravær i offentlig og privat sektor. Søkelys på arbeidslivet, nr 4. 2016