

Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2016

Skrevet av Therese Sundell 23.3.2017 (therese.sundell@nav.no)

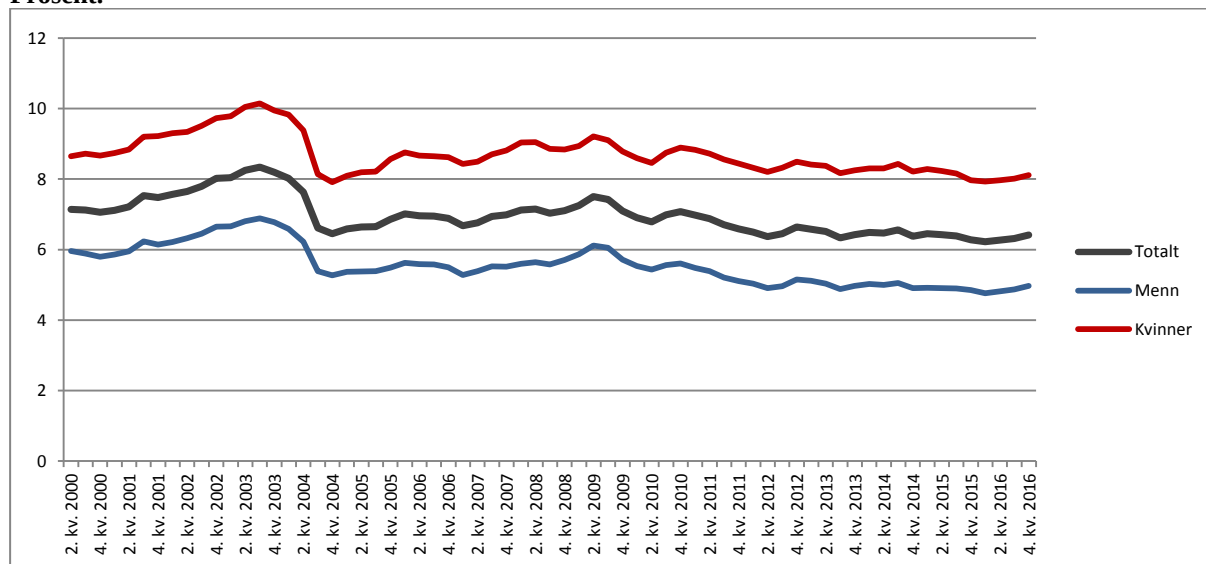
Svak økning i sykefraværet viser sesongjusterte tall

Det totale sesongjusterte sykefraværet er nå på 6,4 prosent. Det viser nye sesong- og influensajusterte tall. Sammenlignet med 3. kvartal 2016 var det en økning i det egenmeldte sykefraværet på 5,1 prosent, og det legemeldte gikk opp med 1,0 prosent. Samlet økning var på 1,6 prosent.

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

Målet om 20 prosent reduksjon er videreført i ny IA-avtale. Siden 2001 har sykefraværet gått ned med 10,4 prosent, og målet i IA-avtalen er dermed fortsatt ikke nådd.

Figur 1. Egen- og legemeldt sykefravær, sesong- og influensajustert. 2. kvartal 2000 – 4. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: SSB og NAV

Innføringen av A-ordningen og sesongjustering

Innføring av A-ordningen

Effekten av innføringen av nytt datagrunnlag i 1. kvartal 2015 på sykefraværspersenten er svært liten, også når det gjelder egenmeldt og legemeldt fravær hver for seg.

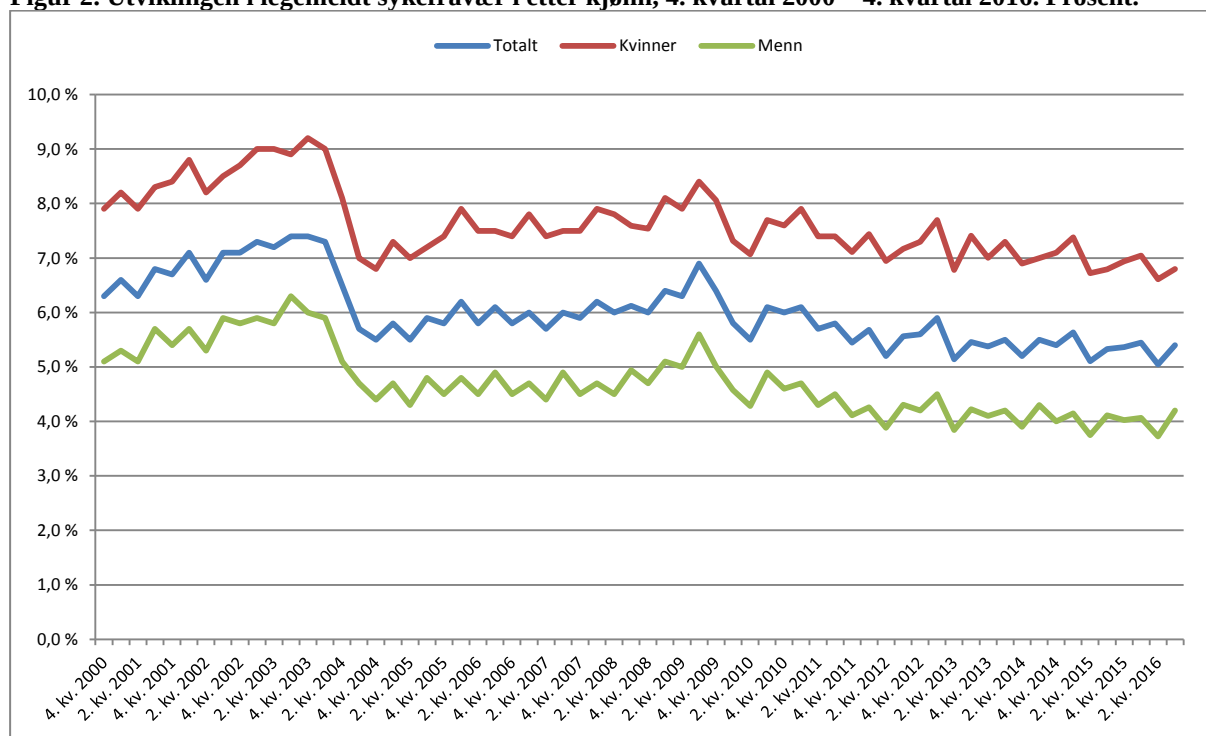
Sesongjustering

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

Svak økning i det registrerte legemeldte sykefraværet¹

Heretter omtales kun det registrerte legemeldte sykefraværet som sammenlignes med samme kvartal fra året før. I 4. kvartal 2016 var det legemeldte sykefraværet 5,4 prosent. En svak økning på 0,4 prosent sammenlignet med samme kvartal året før. Sykefraværet var stabilt for kvinner (-0,3 %) og viste en svak økning for menn (+0,8 %).

Figur 2. Utviklingen i legemeldt sykefravær i etter kjønn, 4. kvartal 2000 – 4. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV

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

Influensasessongen

I løpet av vintersesongen vil mellom fem og ti prosent av befolkningen få influensa. Dette påvirker sykefraværet kraftig. Vinteren 2016/2017 startet sesonginfluensaen tidligere enn vanlig. I følge Folkehelseinstituttets influensaovervåking kom influensatoppen omtrent ved juletider. Dette var noen uker tidligere enn vanlig, og mye av det legemeldte fraværet knyttet til influensa falt i 4. kvartal 2016. Antall sykefraværstilfeller knyttet til luftveislidelser økte derfor med nesten 20 prosent sammenlignet med 4. kvartal 2015.

Effekten av usikkert arbeidsmarked på sykefraværet

Arbidsmarkedet har vært inne i en oljedrevet nedgangskonjunktur siden slutten av 2014, og arbeidsledigheten har økt betydelig på Sør-Vestlandet. Den har hovedsakelig rammet menn knyttet til næringer som er avhengig av oljebransjen. Vi vet fra tidligere analyser at konjunkturer i

¹ Innføringen av A-ordningen i januar 2015 har gitt et nytt datagrunnlag for beregning av tapte og avtalte dagsverk. Effekten av nytt datagrunnlag på sykefraværprosenten er liten men den kan variere mellom fylker og næringer. Vi har derfor valgt å ikke publisere endringstall mellom 2014 og 2015.

arbeidsmarkedet spiller en viktig rolle i sykefraværet. Selv om det totale legemeldte sykefraværet ikke har økt siden 2015, ser vi store regionale forskjeller knyttet til endringer i sykefraværet.

I fylkene som er hardest rammet av oljekrisen, har det vært en økning i sykefraværet siden 2014. I Rogaland har sykefraværet økt kraftig, og noe av den samme utvikling ser vi også i Hordaland og Vest-Agder. I tillegg har vi observert at det er flere sykmeldte med lang varighet eller som bruker opp sykepengerettighetene sine. Den gjennomsnittlige varigheten i Rogaland har økt, og det har blitt flere lange tilfeller over 26 uker. Dette stemmer godt overens med funnene fra artikkelen «Utviklingen i sykefraværet: Betydningen av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer» i Arbeid og Velferd 2/2014. Den viser at arbeidsmarkedet påvirker sykefraværet på to ulike måter. Det blir færre nye påbegynte sykefraværstilfeller når ledigheten er høy, men den gjennomsnittlige varigheten for sykefraværene øker. Dette kan tyde på at det finnes en form for disiplinering blant arbeidstakerne når ledigheten øker. Samtidig ser vi at de som allerede er sykemeldt får lengere varighet.

På den andre siden er det flere fylker som har en svært positiv utvikling. Finnmark har over flere kvartaler hatt en sterk nedgang i sykefraværet.

Strengere praktisering av aktivitetskravet

NAV har siden 2015 prioritert håndheving av aktivitetskravet ved 8 ukers sykmelding. I mange fylker er det etablert saksdrøftingsverksteder etter modell fra Hedmark, hvor NAVs rådgivende leger og psykologer deltar sammen med NAV-veilederne for å avgjøre om aktivitetsplikten er oppfylt eller ikke, og om den sykmeldte kan få unntak fra aktivitetsplikten. Modellen innebærer også at NAV informerer alle berørte parter: arbeidstakere, arbeidsgivere, sykmeldere og andre leger om deres ansvar i henhold til loven. Satsningen har gitt betydelig resultater.

Fram til oktober 2016 stanset NAV sykepengene midlertidig hvis det ikke var unntak fra aktivitetskravet, og sendte melding om midlertidig stans. Fra 5. oktober 2016 skal den sykmeldte ha forhåndsvarsel hvis aktivitetskravet ikke er oppfylt og NAV vurderer å stanse sykepengene. For øvrig skal aktivitetskravet håndheves som før.

Analysen gjort i artikkelen; «Aktivitetskrav og midlertidig stans av sykepenger – hvordan påvirkes sykefraværet?» i Arbeid og velferd 3/2015 viser at tiltakene gjennomført i Hedmark ga en markant reduksjon i sykefraværets varighet for personer som ikke var i aktivitet på åtte ukers tidspunkt, uansett om de fikk midlertidig stans eller unntak.

Videre bidro saksdrøftingsverksteder til bedre kunnskap om den sykmeldtes situasjon. Dette kan ha ført til bedre oppfølging i det videre sykefraværforløpet etter åtte uker, som igjen har ført til raskere friskmelding. De fant også at satsningen førte til en viss nedgang i antall sykefraværstilfeller over 16 dager. Det er mulig at tiltakene i Hedmark kan ha påvirket sykefraværshandlingen mer generelt i fylket som for eksempel legenes sykmeldingspraksis, arbeidstakerne holdningene til sykmelding og arbeidsgiverne vilje til tilrettelegging for sine ansatte.

I 2015/16 gjennomførte tre fylker, Aust-Agder, Buskerud og Rogaland et forsøk med implementering av Hedmarksmodellen. I «NAVs håndheving av aktivitetskravet for sykmeldte. Forsøk med Hedmarksmodellen» i Arbeid og velferd 1/2017 ble det undersøkt om innføringen av Hedmarksmodellen påvirket sykefraværet i disse fylkene. De fant at innføringen av Hedmarksmodellen førte til en reduksjon i sykefraværet omtrent samtidig med at fylkene begynte å håndheve aktivitetskravet. Tiltaket virket ved at flere sykmeldte fikk gradert sykmelding og ved en reduksjon i antall sykmeldte. Det var en betydelig reduksjon i andelen sykmeldte som brukte opp sykepengerettighetene. Rogaland oppnådde ikke de samme resultatene som Aust-Agder og Buskerud, noe som tilskrives økningen i arbeidsledigheten.

Sykefraværet øker mest for menn

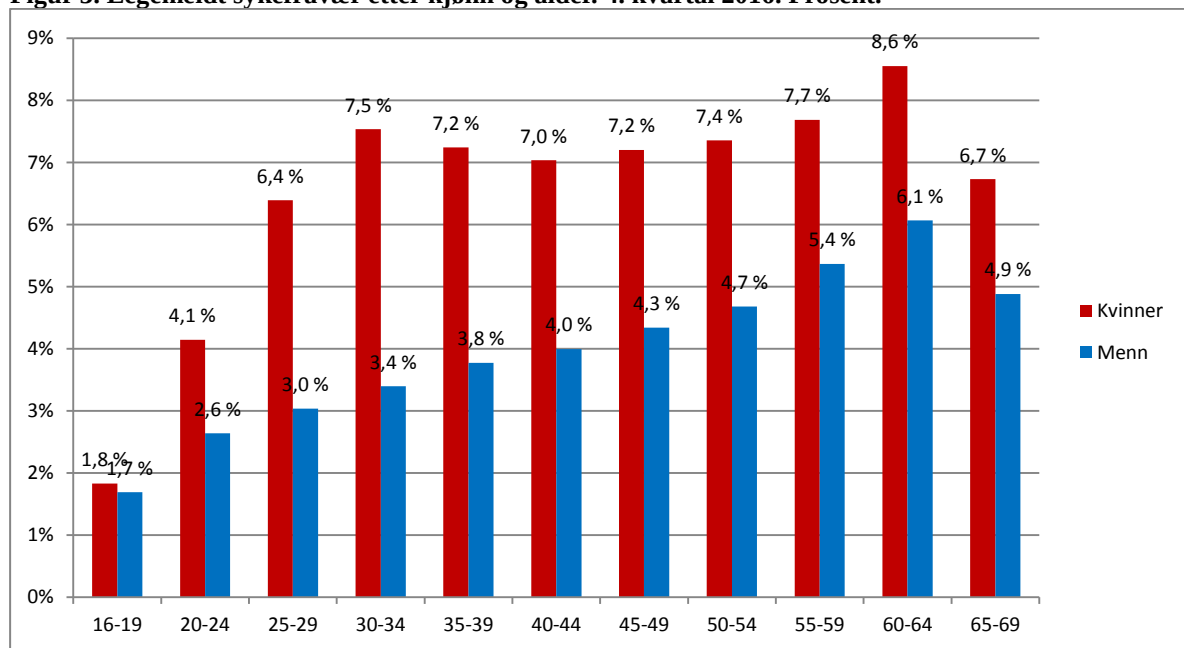
I 4. kvartal 2016 var det legemeldte sykefraværet for kvinner på 6,9 prosent og 4,1 prosent for menn. Fordeler vi fraværet på kjønn og ser på endringen fra 4. kvartal 2015 til 4. kvartal 2016, hadde menn en økning på 0,8 prosent og kvinners sykefravær gikk ned med 0,3 prosent.

Av figur 3 framgår det at sykefraværet for menn i stor grad øker med økende alder, med unntak av den eldste aldersgruppen (65-69 år). Kvinners sykefravær er derimot høyere mellom 25 og 40 år enn mellom 40 og 50 år, noe som har sammenheng med svangerskapsrelatert sykefravær. Endringene i sykefraværet fra 4. kvartal 2015 til 4. kvartal 2016 (figur 4) viser at økningen blant menn var størst blant de mellom 25-39 år. For kvinner økte sykefraværet mest for de mellom 30-34 år.

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

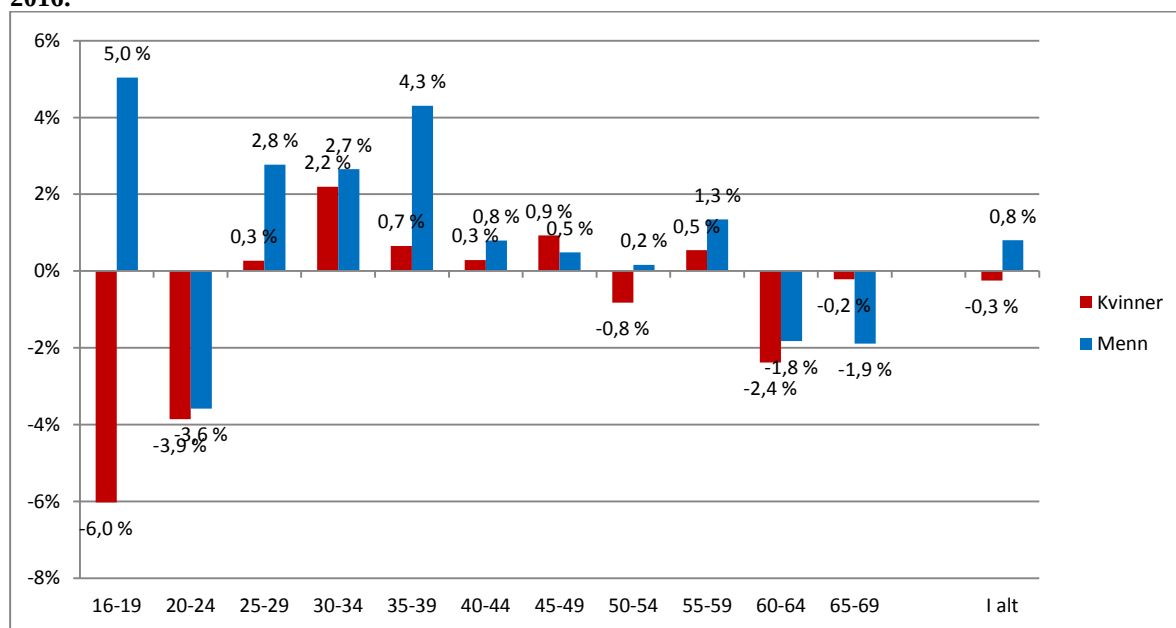
Det er også andre årsaker til kjønnsforskjeller mellom menn og kvinner. De viktigste forklaringsmodellene fokuserer blant annet på forskjeller i yrkesvalg som gir seg utslag i ulike stillinger, ansettelsesbetingelser, stillingsandel og arbeidsbelastninger. Andre sentrale hypoteser taler for kvinners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

Figur 3. Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. 4. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV.

Figur 4. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter kjønn og alder, 4. kvartal 2015 – 4. kvartal 2016.



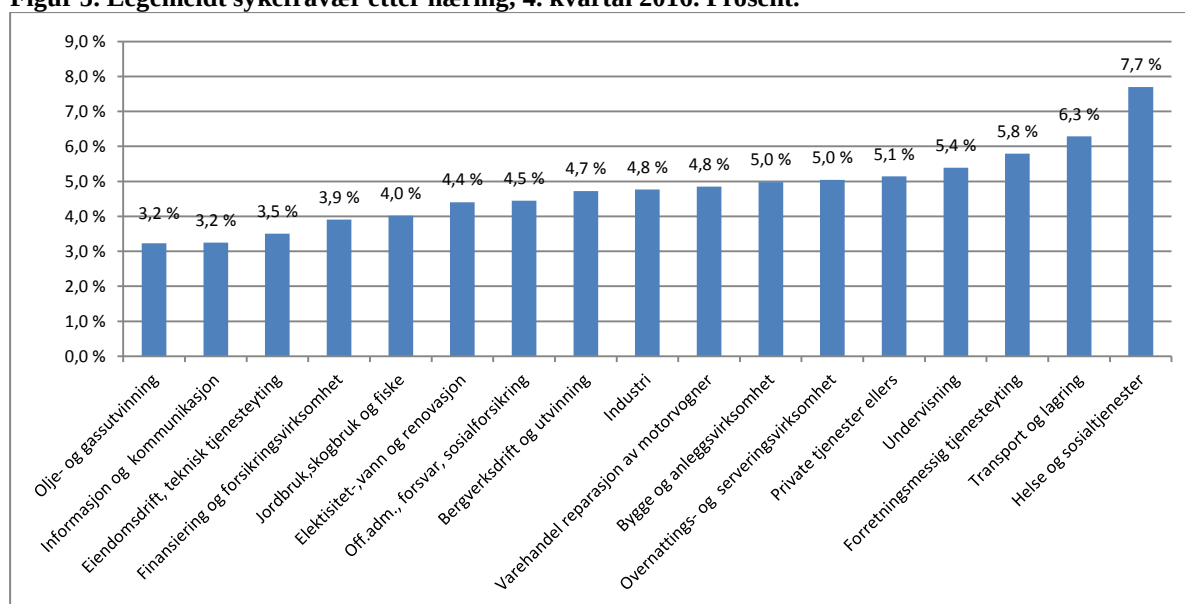
Kilde: NAV.

Sykefraværet øker mest i Olje- og gassutvinning

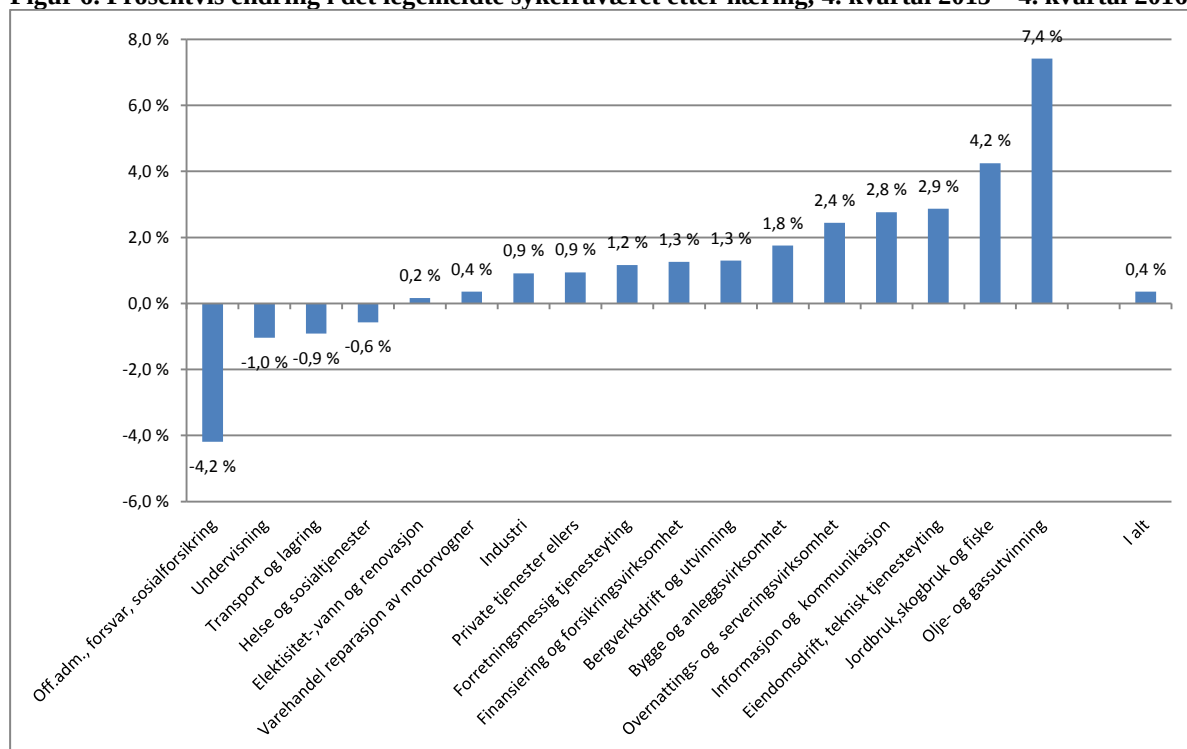
Figur 5 viser at sykefraværet i 4. kvartal 2016 var klart høyest innen helse og sosiale tjenester (7,7 %), som sysselsetter hver femte arbeidstaker. Deretter følger transport og lagring (6,3 %) og forretningsmessig tjenesteyting (5,8 %). Fraværet var lavest innen olje og gassutvinning (3,2 %), informasjon og kommunikasjon (3,2 %) og eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting (3,5 %).

Fra 4. kvartal 2015 til 4. kvartal 2016 gikk sykefraværet ned i flere næringer. De som hadde den største nedgangen var; offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring (-4,2 %), undervisning (-1,0 %) og transport og lagring (-0,9 %). Næringene med størst vekst i sykefraværet var olje- og gassutvinning (+7,4 %), jordbruk, skogbruk og fiske (+4,2 %) og eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting (+2,9 %).

Figur 5. Legemeldt sykefravær etter næring, 4. kvartal 2016. Prosent.



Figur 6. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter næring, 4. kvartal 2015 – 4. kvartal 2016.



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 2 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.

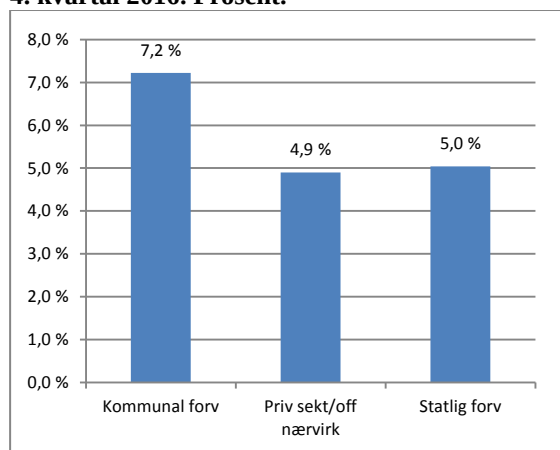
Tabell 2. Sysselsatte arbeidstakere etter næring og kjønn. Prosent. 4. kvartal 2016.

	Alle sysselsatte	Kvinner	Menn
Helse og sosiale tjenester	20 %	35 %	7 %
Varehandel mv	14 %	14 %	14 %
Industri	9 %	5 %	12 %
Undervisning	8 %	11 %	5 %
Bygge- og anleggsvirksomhet	8 %	1 %	14 %
Offentlig administrasjon, forsv. og sosial forsikring	6 %	7 %	6 %
Eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting	6 %	5 %	7 %
Transport og lagring	5 %	2 %	8 %
Forretningsmessig tjenesteyting	5 %	5 %	5 %
Informasjon og kommunikasjon	4 %	2 %	5 %
Private tjenester eller internasjonale organisasjoner	3 %	4 %	2 %
Overnattings- og serveringsvirksomhet	3 %	4 %	2 %
Finansiering og forsikringsvirksomhet	2 %	2 %	2 %
Bergverksdrift og utvinning	2 %	1 %	3 %
Elektrisitet, vann og renovasjon	1 %	1 %	2 %
Jordbruk, skogbruk og fiske	1 %	1 %	1 %

Sykefraværet øker mest i privat sektor

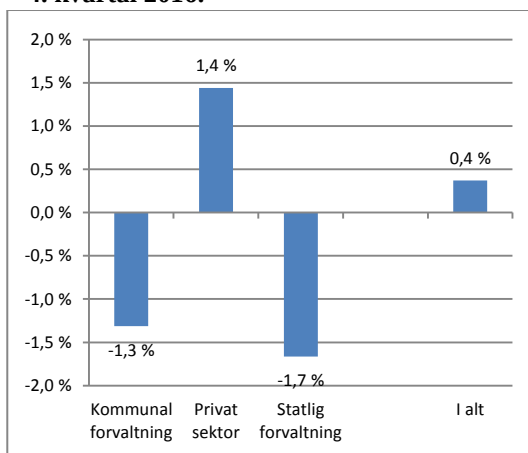
Sykefraværet er fortsatt klart høyest i kommunal forvaltning (7,2 %), deretter følger statlig forvaltning (5,0 %) og privat sektor (4,9 %), jf figur 7. Ser vi på endringen fra 4. kvartal 2015 til 4. kvartal 2016 har statlig sektor hatt en nedgang på 1,7 prosent. I privat sektor gikk sykefraværet opp med 1,4 prosent.

Figur 7. Legemeldt sykefravær etter sektor, 4. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV.

Figur 8. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter sektor, 4. kvartal 2015 – 4. kvartal 2016.

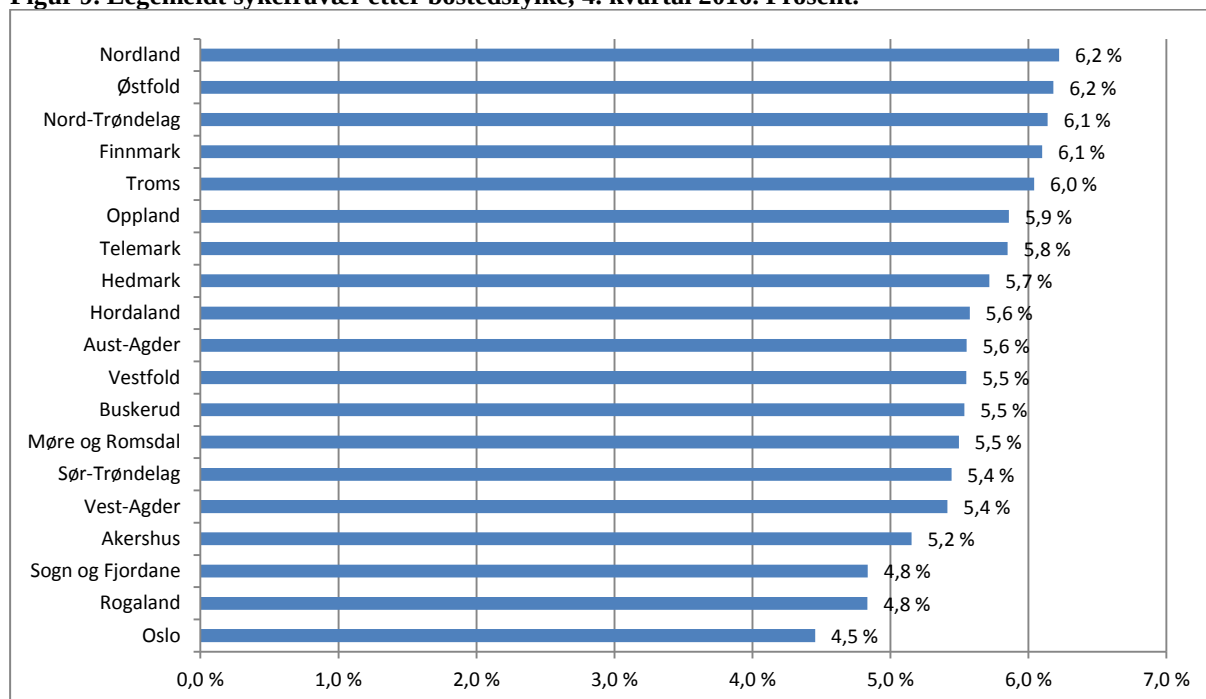


Sykefraværet øker mest i Vestfold

Nordland har det høyeste sykefraværet av alle fylkene på 6,2 prosent, fulgt av Østfold med 6,2 prosent og Nord-Trøndelag på 6,1 prosent, se figur 9. Oslo er det fylket som har det laveste sykefraværet med 4,5 prosent, fulgt av Rogaland og Sogn og Fjordane med 4,8 prosent.

Det er flere årsaker til de regionale forskjellene i sykefravær. 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 sykefraværsmønstret på fylkesnivå. Andre undersøkelser har blant annet pekt på at ulikt arbeidsmarked og ulikheter i holdninger blant arbeidstakere, arbeidsgivere og leger kan forklare noe forskjellene på fylkesnivå (Helde m. fl Arbeid og velferd 3//2011).

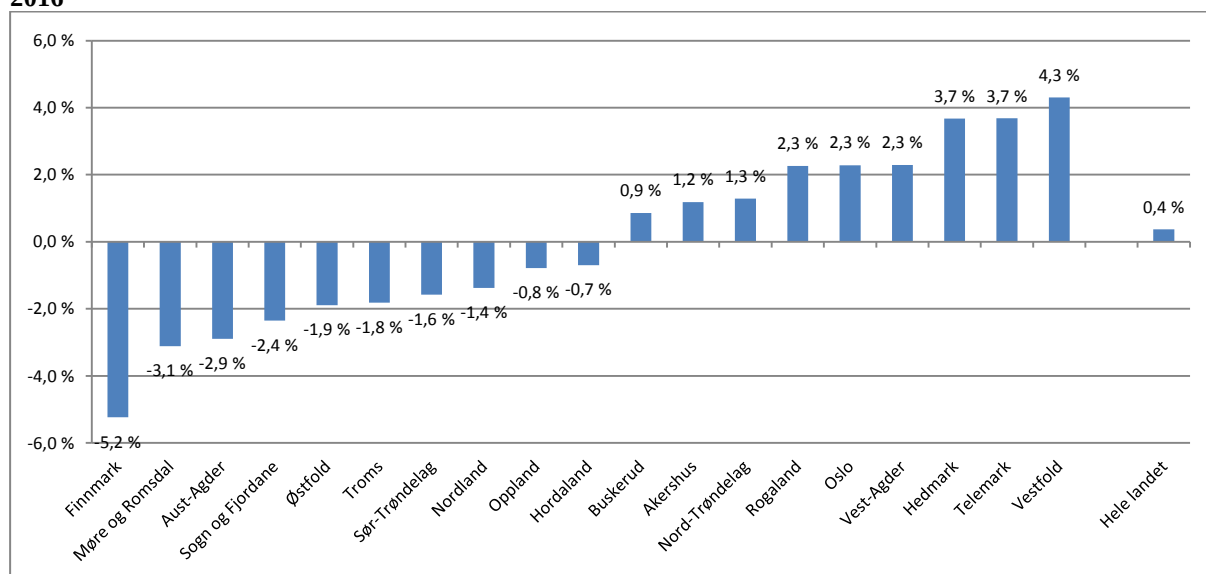
Figur 9. Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke, 4. kvartal 2016. Prosent.



Det har vært nedgang i sykefraværet i flere fylker. Den største reduksjonen er i Finnmark hvor sykefraværet har gått ned 5,2 prosent fra 4. kvartal 2015 til 4. kvartal 2016. Sykefraværet i Finnmark har også gått mye ned de andre kvartalene i 2016. NAV Arbeidslivssenter Finnmark har sammen med NAV-kontorene hatt sterkt fokus på sykefraværet, og jobbet målrettet med oppfølging av aktivitetskravet i 2016. Informasjonsmøter og intern opplæring ut mot arbeidsgivere har gitt resultater, og det er stor oppslutning om IA-arbeidet. I tillegg har fylkets rådgivende leger jobbet aktivt ut mot kommunes leger med blant annet informasjon om aktivitetskravet.

Sykefraværet har også falt i Møre og Romsdal (-3,1 %) og Aust-Agder (-2,9 %). Sykefraværet gikk opp mest opp i Vestfold (+4,3 %), Telemark og Hedmark (+3,7).

Figur 10. Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter bostedsfylke, 4. kvartal 2015 – 4. kvartal 2016



Kilde: NAV

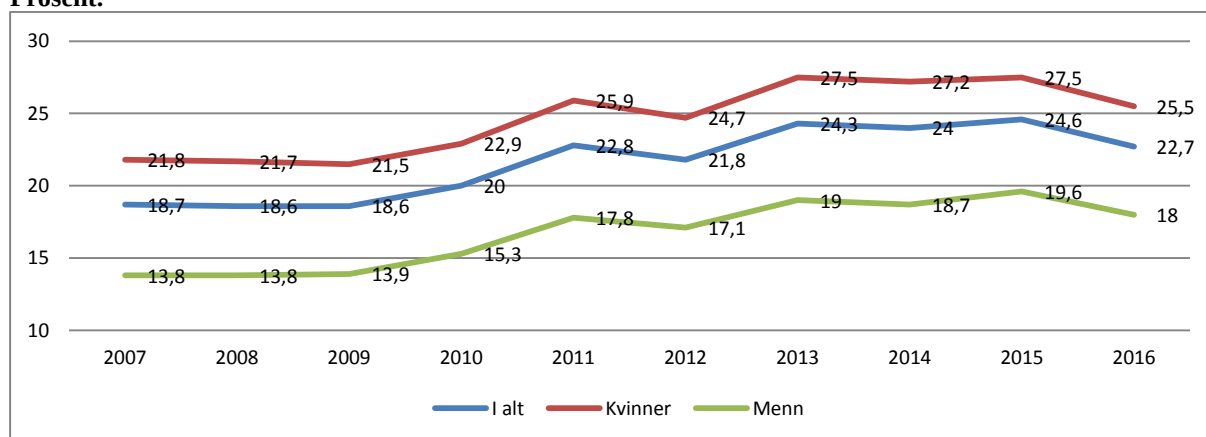
Nedgang i andel på gradert sykmelding

Andelen sykefraværstilfeller med gradert sykmelding (delvis sykmeldte) gikk noe ned sammenlignet med 4. kvartal 2015. Dette henger sammen med influensasessongen som startet allerede i desember 2016. Influensaen består av mange korte tilfeller hvor gradering ikke er aktuelt, og dette drar andelen graderte sykefraværstilfeller ned.

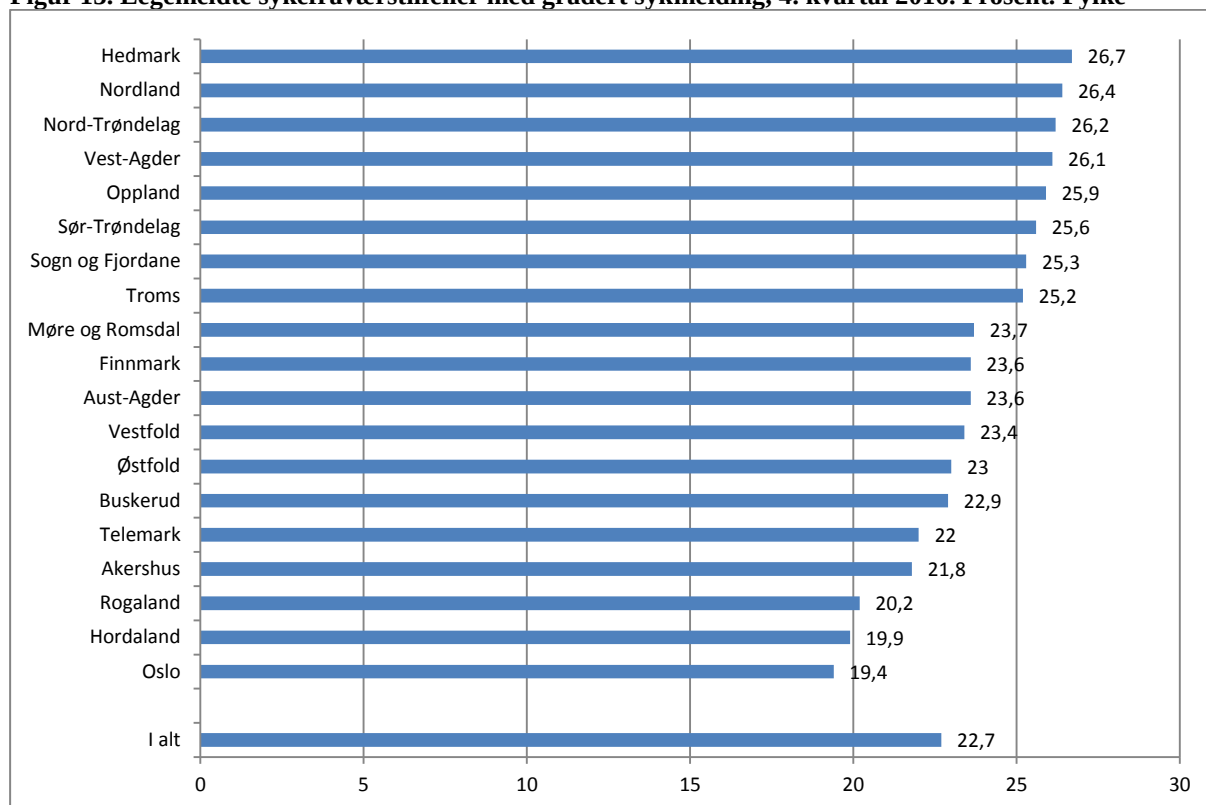
I IA-avtalen fra 2010 er det økt fokus på gradering av sykmeldinger, og et av målene er å øke andelen graderte sykmeldinger. Partene i arbeidslivet ønsker å gjøre gradert sykmelding til hovedregelen ved lange sykefravær, for på den måten å fremme nærvær og aktivisering. Hvis vi ser på graderingsgraden tilbake til 2008, er det en klar en stigende trend etter 2010.

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

Figur 12. Legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding, 4. kvartal 2007– 4. kvartal 2016. Prosent.



Figur 13. Legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding, 4. kvartal 2016. Prosent. Fylke



Kilde: NAV

Det er store forskjeller mellom fylkene i andelen graderte sykefraværstilfeller. Oslo, Hordaland og Rogaland har færrest andel graderte tilfeller med omtrent 20 prosent. Hedmark, Nordland og Nord-Trøndelag har den høyeste andelen med graderte tilfeller med omtrent 26 prosent.

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

I løpet av de 10 siste årene har det blitt mer vanlig å gi gradert sykmelding, og økningen i gradering er skjevt fordelt mellom fylkene. I Finnmark, Nordland og Hedmark har antall graderte tilfeller økt med over 50 prosent siden 2005. I Oslo har økningen kun vært på 25 prosent.

Tidlig influensasasesong

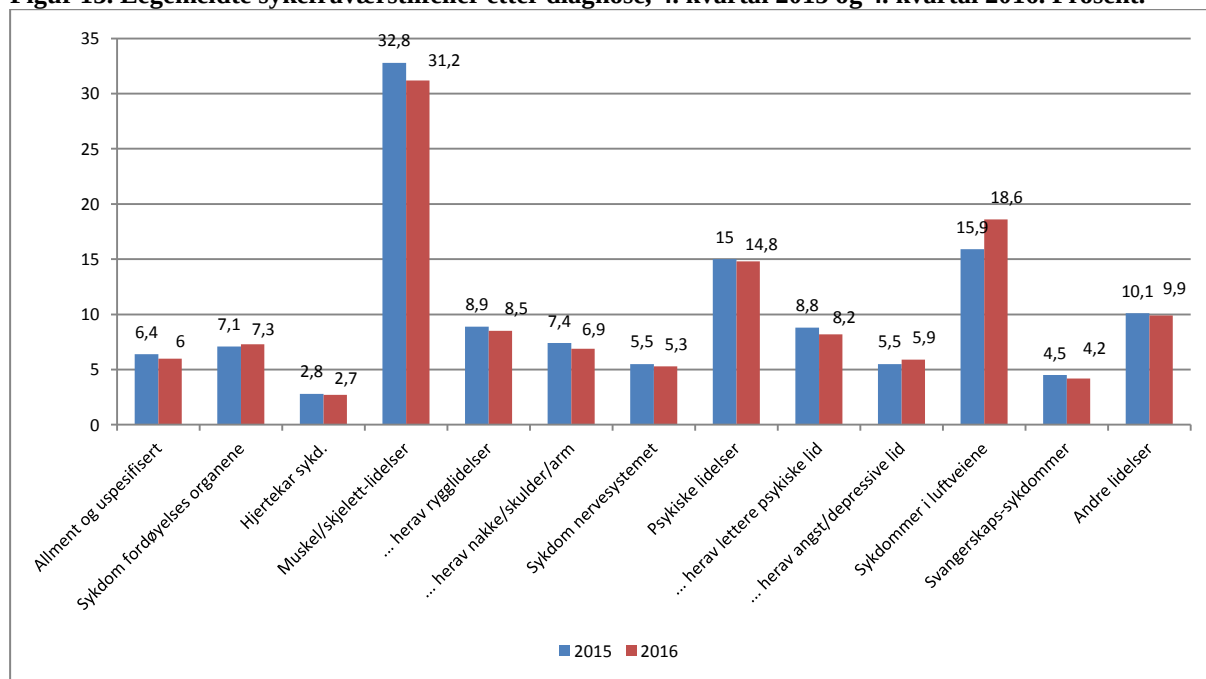
Årets influensasasesong startet tidligere enn vanlig, og toppen kom i julen rapporterte Folkehelseinstituttets influensaovervåking. Vanligvis kommer influensatoppen i 1. kvartal, og dette har ført til at vi har en kraftig økning av luftveislidelser, se figur 13 sammenlignet med 4. kvartal 2015. Sykdommer i luftveiene utgjorde omtrent hvert femte sykefraværstilfelle i dette kvartalet. Antall tilfeller med luftveislidelser økte med 15 700 tilfeller sammenlignet med 4. kvartal 2015. Dette tilsvarer en økning på over 20 prosent.

De tapte dagsverkene knyttet til luftveislidelser økte med 18 prosent, og utgjorde totalt 500 000 tapte dagsverk, omtrent 7 prosent av alle de tapte dagsverkene. Luftveislidelser utgjør en liten andel av de totale tapte dagsverkene fordi slike sykefraværstilfeller ofte er av kort varighet.

Muskel- og skjelett lidelser er den største enkeltårsaken til sykefravær og utgjorde litt over 30 prosent av alle sykefraværstilfellene i 4. kvartal 2016. Dette er omtrent på samme nivå som tidligere år. Muskel og skjelettsykdommer er samlet sett mer vanlig hos middelaldrende og eldre, men det er store forskjeller mellom de ulike underdiagnosene. Nakkesmerter er mest vanlig hos yngre kvinner, men ryggplager er like vanlig hos begge kjønn.

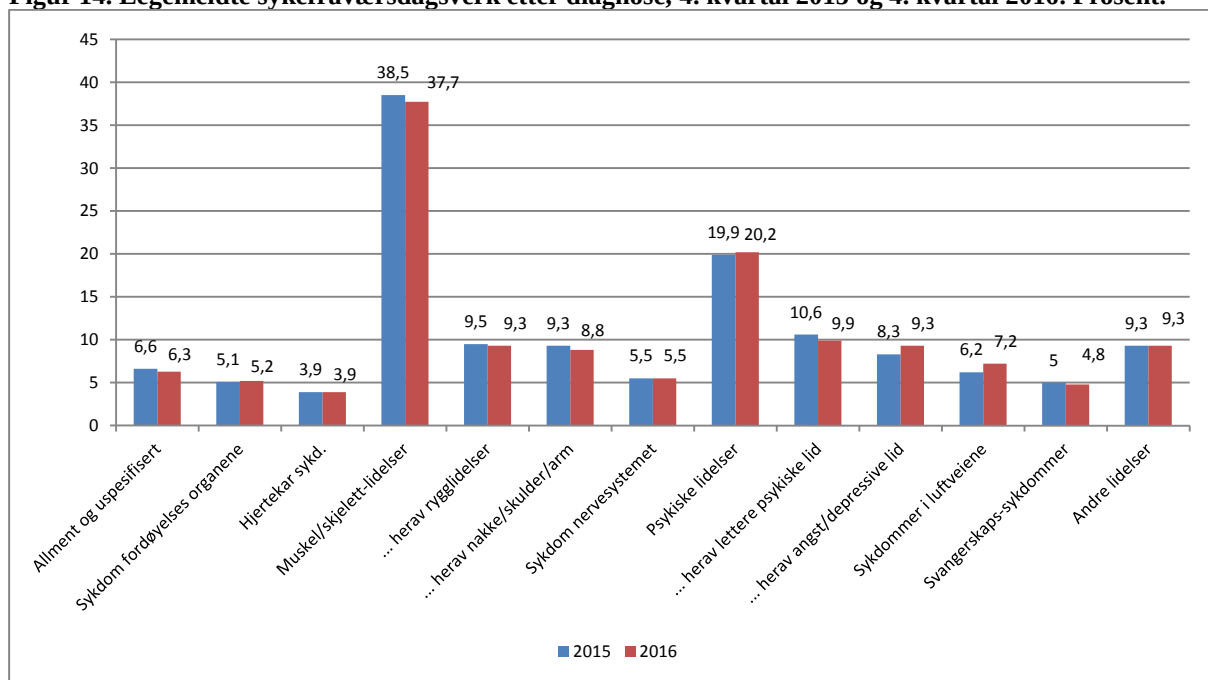
Psyriske lidelser står for omtrent 20 prosent av de tapte dagsverkene. Internasjonal forskning har vist at psykiske lidelser ofte er underrapportert som årsak til sykmelding, og at det derfor er grunn til å tro at den reelle andelen sykefravær med psykiske plager er langt høyere. Sykefravær for lettere psykiske lidelser har økt hatt en økning de siste årene, og dette er ofte sykefravær med lang varighet. Det er også en sterk risikofaktor for senere uførepensjonering.

Figur 13. Legemeldte sykefraværstilfeller etter diagnose, 4. kvartal 2015 og 4. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV

Figur 14. Legemeldte sykefraværtdagsverk etter diagnose, 4. kvartal 2015 og 4. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV

Diagnoser fordelt på kjønn

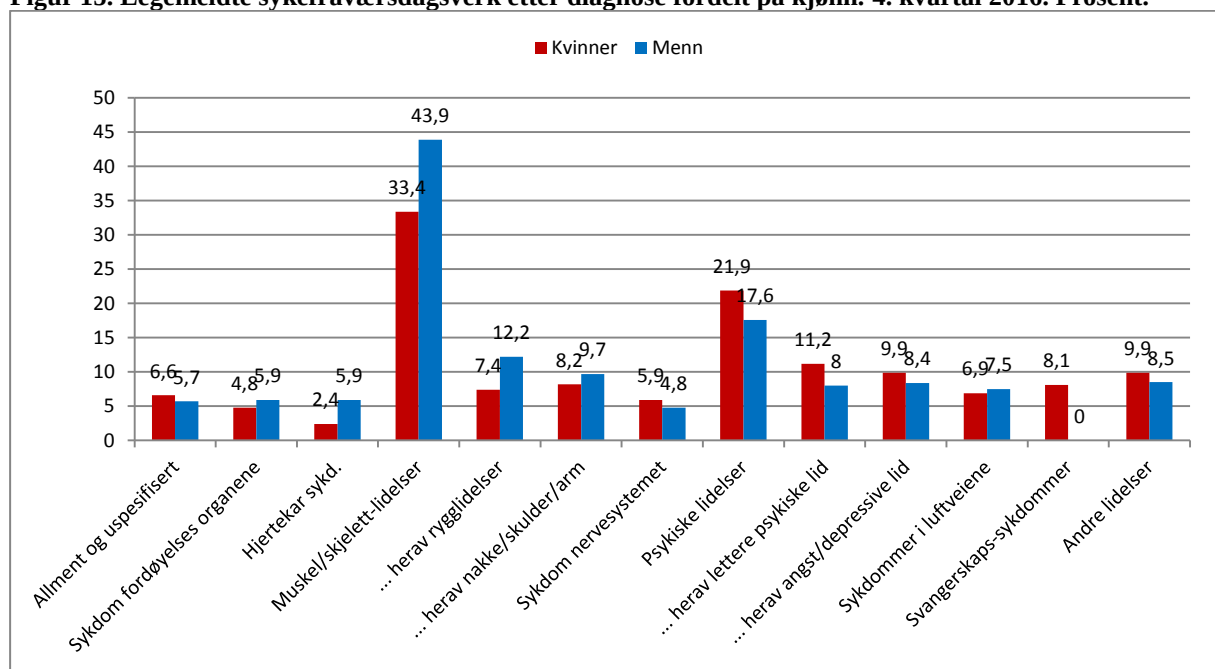
Det er klare kjønnsforskjeller i hvilke sykdommer menn og kvinner blir sykmeldt for. I figur 15 er det spesielt tre diagnosegrupper som utmerker seg: muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og hjerte- og karsykdommer.

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

Psykiske lidelser er svært utbredt, og en tredjedel av den norske befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet i følge Folkehelseinstituttet. Som vi ser av figur 15, er kvinner mer sykmeldt for psykiske lidelser enn menn, og det er i kategorien lettere psykiske lidelser at forskjellen er størst. Kvinner lider oftere av depresjoner og angst, og bruker mer psykofarmaka eller andre typer beroligende medisiner. De oppsøker oftere familiekontorer og psykiatrisk poliklinisk behandling. Samtidig er det flere menn som begår selvmord og har alkoholproblemer.²

Videre er det dobbelt så mange menn som er sykmeldt for hjerte- og karsykdommer sykdom selv om forekomsten av sykdommen er lik for begge kjønn. En av årsakene til at dette er at menn rammes ca. 10 år tidligere enn kvinner. Det vil si at flere arbeidsføre menn får hjerte-karsykdommer.

Figur 15. Legemeldte sykefraværshdagsverk etter diagnose fordelt på kjønn. 4. kvartal 2016. Prosent.



Kilde: NAV

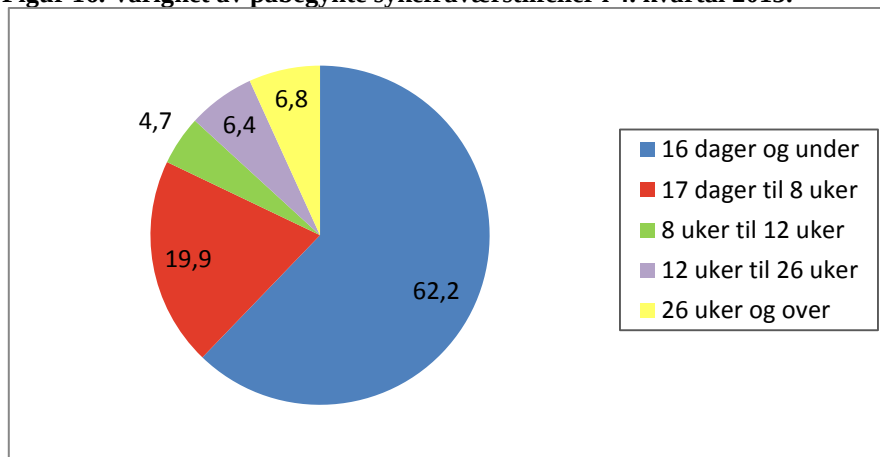
² www.fhi.no – Psykisk helse i Norge

Varighet av sykefraværstilfellene

Gjennomsnittlig varighet for påbegynte tilfeller for 4. kvartal 2015 er 41,4 dager. Varigheten er beregnet av alle påbegynte sykefraværstilfeller i 4. kvartal 2015 – 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 4. kvartal 2015, er derfor ikke direkte sammenliknbare med sykefraværprosenten for 4. kvartal 2016.

Som vi ser av figur 16, utgjør de korte tilfellene størsteparten av sykefraværstilfellene. Sykefraværstilfeller på under 8 uker står for over 80 prosent av alle tilfeller. De lange tilfellene, over 26 uker, utgjør litt under 7 prosent.

Figur 16. Varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 4. kvartal 2015.



Kilde: NAV

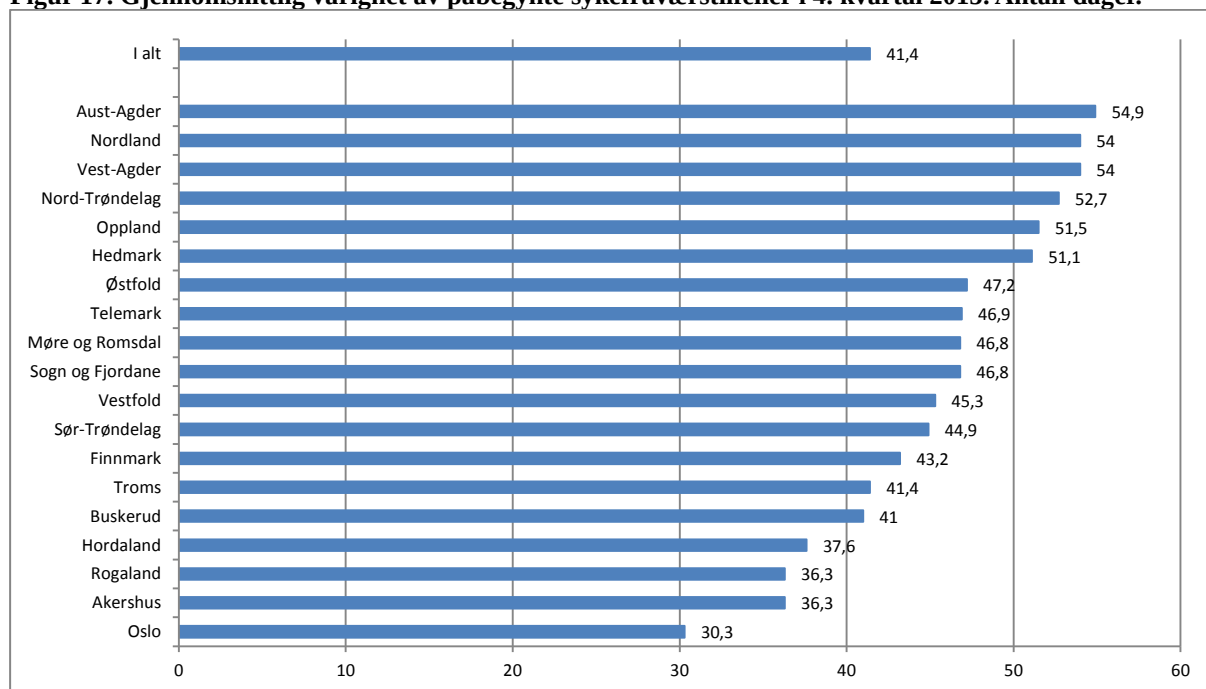
Stor variasjon i varighet mellom fylker

Det er stor variasjon mellom fylkene i lengden på sykefraværstilfellene, se figur 17. Oslo har den korteste gjennomsnittlige varigheten med 30,3 dager, deretter følger Akershus og Rogaland med 36,3 dager.

Aust-Agder har de lengste sykefraværstilfellene med en gjennomsnittlig varighet på 55 dager. Vest-Agder og Nordland har 54 dager. Sammenligner vi gjennomsnittlig varighet i Oslo, som har den korteste varigheten, med gjennomsnittlig varighet i Aust-Agder, som har den lengste, er forskjellen mellom de to fylkene på 24 dager.

I artikkelen ”Sykefravær: Store fylkesvise forskjeller i varigheten innenfor samme diagnose” i Arbeid og Velferd 3/2010, undersøker de gjennomsnittlig varighet av sykmeldinger etter fylke i 2008 og 2009. Analysen viser at det er vesentlige variasjoner på fylkesnivå innenfor samme diagnose. For muskel- og skjelettlidelser varierer den gjennomsnittlige varighetslengden fra 41 dager i Rogaland til 63 dager i Hedmark, mens det for psykiske lidelser varierer fra 51 dager i Finnmark til 80 dager i Hedmark. Det vil nødvendigvis være store variasjon innenfor hver diagnose på grunn av sykdommens alvorlighet, og i hvilken grad sykdommen lar seg kombinere med arbeid. Men stor variasjon innenfor en og samme diagnose peker i retning av at det er forhold utenfor selve sykdommen som kan forklare noe av forskjellene i varighet. Geografiske forskjeller i sykefraværet antar man har sammenheng med strukturelle forhold som demografi, næringsliv og lokalt arbeidsmarked. I tillegg diskuteres andre faktorer som ulikheter i helse og legens sykmeldingspraksis.

Figur 17. Gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller i 4. kvartal 2015. Antall dager.



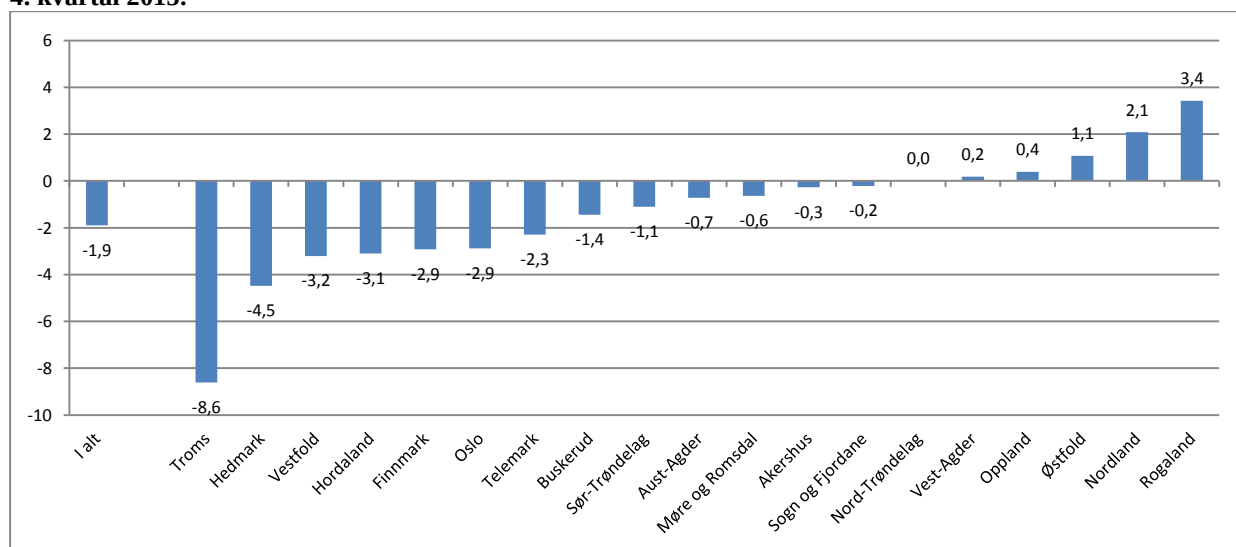
Kilde: NAV

Varigheten øker mest på i Rogaland

Fra 4. kvartal 2014 til 4. kvartal 2015 har gjennomsnittlig varighet gått ned med 1,9 prosent, noe som tilsvarer litt under en dag. Når vi ser på utviklingen i fylkene er det store forskjeller. Varigheten gikk mest ned i Troms (-8,6 %), Hedmark (-4,5 %) og Vestfold (-3,2 %).

I Rogaland gikk den gjennomsnittlige varigheten opp med 3,4 prosent, noe som tilsvarer en gjennomsnittlig økning på 1,2 dag per tilfelle. Varigheten økte noe mer for menn enn for kvinner i Rogaland, men forskjellen er liten. Andre fylker med økning i varigheten er Nordland med 2,1 prosent og Østfold med 1,1 prosent.

Figur 18. Prosentvis endring i gjennomsnittlig varighet av påbegynte sykefraværstilfeller, 4. kvartal 2014 - 4. kvartal 2015.



Kilde: NAV