

# Sykefraværets utvikling i Norge 1975–2002

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Debatten om sykefraværet tar ikke alltid utgangspunkt i fakta. Formålet med artikkelen er å gi en oversikt over utviklingen i sykefravær i Norge etter innføringen av dagens sykelønnsordning.

**Materiale og metode.** Utgangspunktet er en sammenstilling av publiserte sykefraværsdata fra Rikstrygdeverket (RTV) og Statistisk sentralbyrå (SSB), dessuten upubliserte data fra Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO).

**Resultater og fortolkning.** Rikstrygdeverkets data fra før 1988 er mangelfulle, og det har vært flere endringer i regelverk og registreringsmetodikk. NHOs fraværsstatistikk synes å være mer konsistent, men representerer i dag bare 20 % av de sysselsatte. Langtidsfraværet økte fra midten av 1980-årene, men så var det en kraftig nedgang frem til 1994. Deretter har gjennomsnittlig sykefravær betalt av Rikstrygdeverket (dvs. fravær > 16 dager) økt til 10,6 dager for menn og 16,7 dager for kvinner i 2002. Både antall fraværsperioder (insidens) og gjennomsnittlig varighet har økt noe. NHOs data viser imidlertid at sykefraværet i 2000/01 fortsatt var lavere enn i 1970-årene for mannlige arbeidere, men noe høyere for kvinner. Nivået på egenmeldt sykefravær har vært stabilt siden 1970-årene. Statistisk sentralbyrås nye fraværsstatistikk, med kvartalsvis rapportering av prosentangivelser på gruppenivå, gir et overfladisk bilde av sykefraværet som medisinsk og sosialt fenomen. Det er derfor behov for epidemiologiske studier basert på individdata.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Sturla Gjesdal

*sturla.gjesdal@isf.uib.no*  
Seksjon for sosialmedisin  
Institutt for samfunnsmedisinske fag og  
Program for helseøkonomi  
Universitetet i Bergen  
Kalfarveien 31  
5018 Bergen

Sykefraværet tiltrekker seg stor oppmerksomhet (1). Som sosialt og økonomisk fenomen er det da også blitt studert av sosiologer og økonomer (2). Fenomenet reflekterer sykdom og sykdomsoppfatninger i befolkningen og er blitt kalt «a measure of health and social functioning» (3). For norske leger er sykmelding en sentral arbeidsoppgave som neppe får nok oppmerksomhet ut fra konsekvensene for pasienter, arbeidsgivere og nasjonaløkonomi. Internasjonalt finnes det helsefaglige forskningsmiljøer som har sykefravær som sentralt tema. I Sverige er det nylig utarbeidet en statlig oppsummering av sykefraværs litteraturen (4). Mye basal sosialmedisinsk sykefraværsforskning er gjort i Norge og andre nordiske land (5–7).

Formålet med artikkelen er å beskrive sykefraværet i Norge siden 1970-årene, med basis i medisinsk sykefraværs litteratur og aktuelle datakilder. Analysen deles i to faser: perioden 1975–87, der datagrunnlaget er spinkelt, og perioden 1988–2002, der bruk av informasjonsteknologi har ført til bedre datakvalitet.

## Definisjoner og begreper i sykefraværsforskningen

Sykefraværsforskningen er primært en epidemiologisk disiplin basert på individdata og standardiserte mål for forekomst og fordeling (8). Den grunnleggende enheten er «episoder». Delt på antall personer under risiko i en tidsperiode fremkommer «insidensraten». «Kumulativ insidensrate» er antall personer med minst ett sykefravær i tidsenheten delt på risikopopulasjonen. «Varigheten» av en episode oppfattes som mål på alvorlighetsgrad av underliggende sykdom.

Fra et økonomisk synspunkt er antall «tapte» eller «erstattede» sykefraværsdager det mest interessante. Dette fremkommer ved å multiplisere antall episoder med varigheten. Rikstrygdeverket beregner «erstattede sykedager per sysselsatt».

Næringslivets Hovedorganisasjon og Statistisk sentralbyrå bruker i sine fraværsstatistikker enheten «tapte dager i prosent av avtalt arbeidstid».

## Historikk

Norges økonomiske situasjon etter den annen verdenskrig forsinket planlagt utbygging av trygdesystemet (9). Folketrygden ble opprettet i 1967, og i 1978 ble sykelønnsordningen innført. Før 1978 var det ingen lovfestet sykelønn ved fravær i 1–3 dager, det var altså tre karensdager. Fra fjerde sykedag fikk man sykepenger – fra folketrygden. Arbeidsgiverne hadde ingen lovfestet forpliktelse vedrørende sykelønn, men en avtale mellom LO og NAF (NHO) gav LO-medlemmene 90 % lønn fra fjerde dag. Flere grupper, bl.a. statsansatte, hadde imidlertid 100 % sykelønn fra første dag. Hovedargumentet ved innføringen av sykelønnsordningen var å fjerne forskjellsbehandlingen mellom «arbeidsfolk» og mennesker med høyere sosial status.

## Materiale og metode

### Datagrunnlaget

Rikstrygdeverkets sykefraværsregister er basert på innsendte sykmeldingsblanketter og skal omfatte alt legemeldt sykefravær. Registeret anses imidlertid ikke som komplett (10). Rikstrygdeverkets regnskapsbaserte statistikk omfatter «avsluttede episoder foregående år», vesentlig fravær utover arbeidsgiverperioden. Fra midten av 1980-årene er dette publisert i *Trygdestatistisk årbok* (11), som fra 2002-årgangen finnes på nettet (12). Fullverdige EDB-løsninger kom ikke før i slutten av 1980-årene. I tillegg har det vært noen mindre regelendringer, og fra 2000 ble statsansatte inkludert i sykefraværsstatistikken.

I Rikstrygdeverkets regnskapsbaserte statistikk er antall kompenserte dager og antall episoder kjent. Når dette divideres, fremkommer «gjennomsnittlig varighet». Data om varighet av fravær finnes fra 1987. For diagnosegruppene er det data fra og med 1994.

## Hovedbudskap

- Sykefraværet er et viktig medisinsk og politisk tema
- De ulike kildene til data om sykefravær har alle sine svakheter. Dette kan føre til feiltolkninger av utviklingen av sykefraværet
- Langtidsfraværet sank fra midten av 1980-årene, men fra 1994 økte det igjen betydelig

NHOs fraværstatistikk, basert på et utvalg av medlemsbedriftene, skilte mellom arbeidere, hvor fraværet ble registrert fra 1961, og funksjonærer, med fravær registrert fra 1979. Statistikken omfattet fravær i 1–3 dager og fravær i mer enn tre dager. NHOs statistikk var tidligere den eneste datakilden for egenmeldt fravær. Statistikken ble avvirket i 2002, til fordel for Statistisk sentralbyrås nye sykefraværstatistikk, som ble opprettet i 2000. Denne omfatter alle næringer. Hvert kvartal måles egenmeldt og legemeldt sykefravær fordelt på kommuner, fylker, aldersgrupper, kjønn og næring (gruppenivå). Egenmeldt fravær rapporteres fra et utvalg av bedrifter, mens legemeldt fravær hentes fra Rikstrygdeverkets sykefraværregister. Avtalt arbeidstid kalkuleres på basis av opplysninger fra ulike registre (13).

Statistisk sentralbyrås arbeidskraftundersøkelse er en kvartalsvis spørreundersøkelse som har eksistert fra 1972. Den kartlegger sysselsetting og fravær fra arbeid i et representativt utvalg av befolkningen (14). Undersøkelsen har vært brukt for å studere sykefraværet i Norge i forhold til andre land (15). I 1978 var 1,11 millioner menn og 0,74 millioner kvinner sysselsatt i Norge. I 2002 var dette steget til 1,21 millioner menn og 1,06 millioner kvinner.

## Resultater

### De store linjer i sykefraværet 1975–87

Figur 1 viser NHOs data for fravær 1–3 dager og fravær over tre dager i prosent av avtalt arbeidstid. Det egenmeldte fraværet nådde et maksimum i 1981, med 1,4% for mannlige og 1,8% for kvinnelige arbeidere. Fra 1982–83 sank det egenmeldte fraværet noe, og det har i hele perioden utgjort en beskjeden andel av sykefraværet.

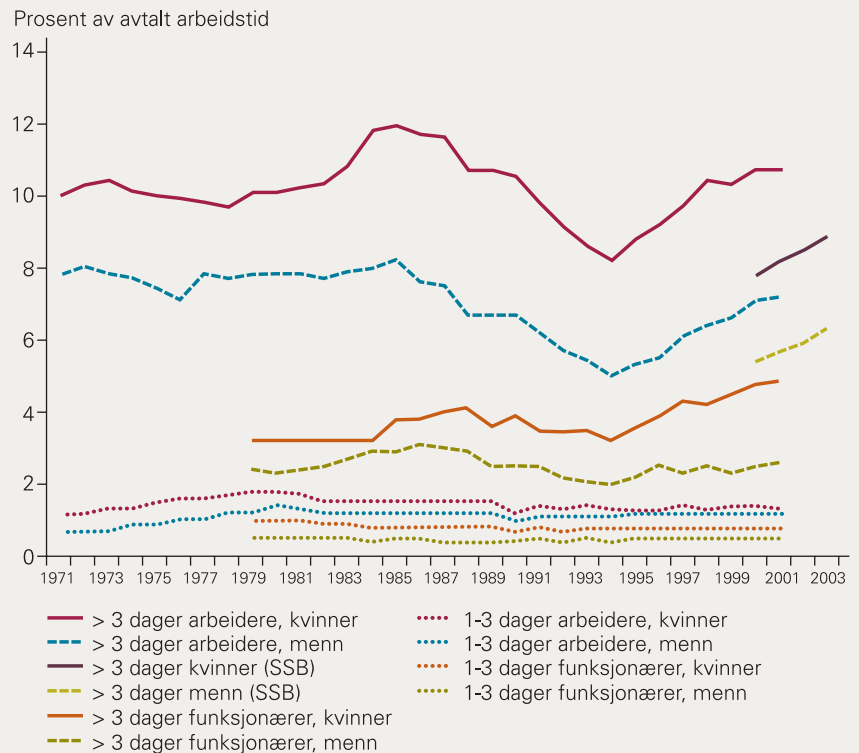
NHOs statistikk viser nedgang i legemeldt fravær i 1970-årene, med et gjennomsnittlig fravær på 7,5% for mannlige og 10,0% for kvinnelige arbeidere. Fraværet økte noe fra 1979, som var det første hele året med 100% lønn under sykdom, men var så stabilt frem til 1983. Fraværet innen NHO nådde toppen i 1985–87, med 11,7% for kvinnelige arbeidere og 7,8% for menn. NHOs data viser en monoton sosial gradient fra kvinnelige arbeidere til mannlige arbeidere, til kvinnelige funksjonærer og til slutt til mannlige funksjonærer i hele tidsperioden.

Figur 2 viser fravær kompensert av Rikstrygdeverket. Dette utgjorde i årene 1978–87 15–20 millioner fraværsdager årlig – lavest i 1983, med 15,9 millioner fraværsdager. Fravær per sysselsatt per år var på rundt ti dager i slutten av 1970-årene, men falt så ned mot åtte dager i første halvdel av 1980-årene.

### Sykefraværet i årene 1988–2002

NHOs data (fig 1) viser at det egenmeldte fraværet har vært stabilt også i denne perioden. Legemeldt fravær for mannlige arbeidere falt fra 1986 til et minimum på 5% i

Figur 1



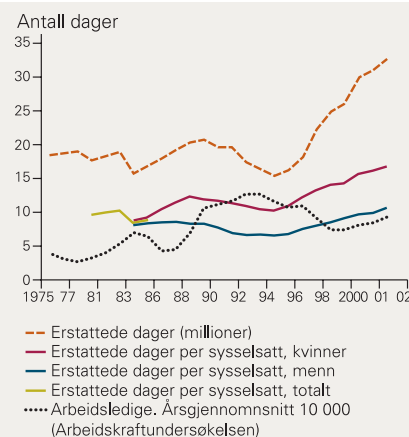
NHOs data for egenmeldt og legemeldt sykefravær 1971–2001, og Statistisk sentralbyrås data for sykefraværet i Norge 2000–03 (3. kvartal)

1994. For kvinnelige arbeidere startet fallet noen år senere, men også her var fraværet lavest i 1994, med 8,2%. Fra 1995 har det vært en jevn økning i sykefraværet. I 2000–01 var fraværet for mannlige arbeidere 7,2%, for kvinnelige arbeidere 10,7%. For kvinnelige funksjonærer var fraværet i 2000–01 høyere enn noen gang.

Statistisk sentralbyrås statistikk for hele arbeidsstokken viser en økning i legemeldt fravær fra 3. kvartal 2000 til 3. kvartal 2003, men tallene er lavere enn for arbeiderne i NHO-bedriftene.

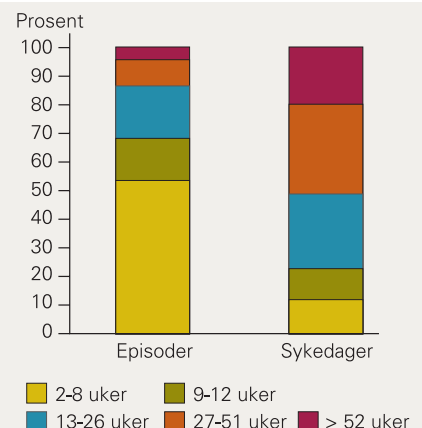
Figur 2 viser sykefraværet sammen med arbeidsledighetsnivået, som hadde toppe i 1983 og i 1993. Deretter avtok ledigheten,

Figur 2



Antall sykepengedager (millioner) erstattet av Rikstrygdeverket per år, og erstattede dager per sysselsatt. Fra 2000 er statsansatte inkludert. Figuren viser også antall arbeidsledige (10 000), årsgjennomsnitt (fra Arbeidskraftundersøkelsen)

Figur 3



Sykefravær betalt av Rikstrygdeverket i 2001. Fraværsepisoder etter lengde, andel av episoder og sykedager

**Tabell 1** Gjennomsnittlig antall sykepengedager per episode kompensert av Rikstrygdeverket etter diagnosegruppe, kjønn og alder (11)

	1994	1997	2001	2002
<i>Diagnosegruppe (kjønn)</i>				
Hjerte- og karsykdom (menn)	92	83	78	80
Hjerte- og karsykdom (kvinner)	65	59	60	61
Psykiatrisk sykdom (menn)	63	61	62	66
Psykiatrisk sykdom (kvinner)	57	58	60	62
Muskel- og skjelettsykdom (kvinner)	52	53	56	59
Muskel- og skjelettsykdom (menn)	47	47	52	55
Fordøyelse (kvinner)	38	39	42	44
Fordøyelse (menn)	37	37	40	42
Luftveisplager (menn)	28	29	30	33
Luftveisplager (kvinner)	21	21	25	27
<i>Alder (år)</i>				
60–66	82	78	83	86
55–59	58	58	63	64
50–54	51	52	56	57
45–49	47	48	52	54
40–44	44	45	49	52
35–39	42	44	48	51
30–34	40	43	46	49
25–29	39	41	44	46
20–24	36	36	39	41

**Tabell 2** Prosentandel av kompenserte sykepengedager fra Rikstrygdeverket etter diagnosegruppe, kjønn og alder (11)

	1994	1997	2001	2002
<i>Diagnosegruppe (kjønn)</i>				
Muskel- og skjelettsykdom (kvinner)	29,3	30,1	28,3	27,7
Muskel- og skjelettsykdom (menn)	21,1	21	20,3	20
Psykiatrisk sykdom (kvinner)	7,5	9,9	11,9	12,3
Psykiatrisk sykdom (menn)	4,5	5,6	6,9	7,5
Hjerte- og karsykdom (menn)	4,4	4,1	3,7	3,5
Hjerte- og karsykdom (kvinner)	2,2	2,1	2,1	2,1
Fordøyelse (kvinner)	1,7	1,7	1,8	1,8
Fordøyelse (menn)	1,7	1,7	1,6	1,6
Luftveisplager (kvinner)	1,8	1,9	1,8	1,7
Luftveisplager (menn)	1,6	1,7	1,4	1,4
<i>Alder (år)</i>				
20–29	19	18	17	17
30–39	26	26	27	28
40–49	26	25	25	25
50–59	19	21	23	23
60–66	9	8	6	7

og den er fortsatt betydelig lavere enn i 1993. Det totale sykefravær kompensert av Rikstrygdeverket falt fra slutten av 1980-årene til et rekordlavt nivå i 1994, med 15,4 millioner fraværsdager. Fra 1995 har det vært en betydelig økning: I 1999 kompenserte Rikstrygdeverket 26 millioner sykedager, i 2000 steg dette til 30 millioner dager, da statsansatte ble tatt inn i statistikken. I 2002 kompenserte Rikstrygdeverket 32,6 millioner sykedager.

Sykedager betalt av Rikstrygdeverket per sysselsatt økte for kvinner fra årene 1983–89. Deretter falt det frem til 1994, til 6,6 dager for menn og 10,1 dager for kvinner. I 2002 var tallene 10,6 dager for menn og 16,7 dager for kvinner.

**Utvikling av fraværsvareighet og tapte dager etter kjønn, alder og diagnose**

Rikstrygdeverkets statistikk viser fordeling av episoder etter varighet og andel tapte fraværsdager (fig 3). Fravær i 2–12 uker utgjorde 60 % av episodene, men bare 12 % av fraværsdagene. Median varighet var mindre enn åtte uker. Andel av fraværene som går til 52 uker har vært stabilt siden 1990 og utgjorde i 2001 4,2 % av episodene, men vel 20 % av sykepengedagene. I 2001 var gjennomsnittlig varighet av fraværsepisoder dekket av Rikstrygdeverket 52,2 sykepengedager pluss arbeidsgiverperiode.

I 1980-årene hadde menn gjennomsnittlig noe lengre fravær enn kvinner, men fra 1994 har dette jevnet seg ut. Bedre registrerings-

metodikk bidrog til økning i gjennomsnittlig varighet i 2002 og 2003. Tabell 1 viser hvordan varigheten øker med alderen. Aldersgruppen over 60 år har imidlertid hatt en synkende andel av sykefraværsdagene (fig 4).

Tabell 2 viser at menn har lengst fravær ved psykisk lidelse, og innen denne diagnosegruppen har varigheten økt for både kvinner og menn. Menn har også lengre gjennomsnittlig varighet ved lidelser i hjerte- og karsystemet, men her er varigheten betydelig redusert de siste ti årene. I 2002 stod kvinner sykmeldt for muskel- og skjelettplager for 28 % av alle sykedager dekket av Rikstrygdeverket, mens menn med slike plager stod for 20 % (fig 5). For begge kjønn er denne andelen blitt redusert over tid. Psykisk lidelse blir viktigere og viktigere som årsak til sykefravær for begge kjønn.

**Diskusjon**

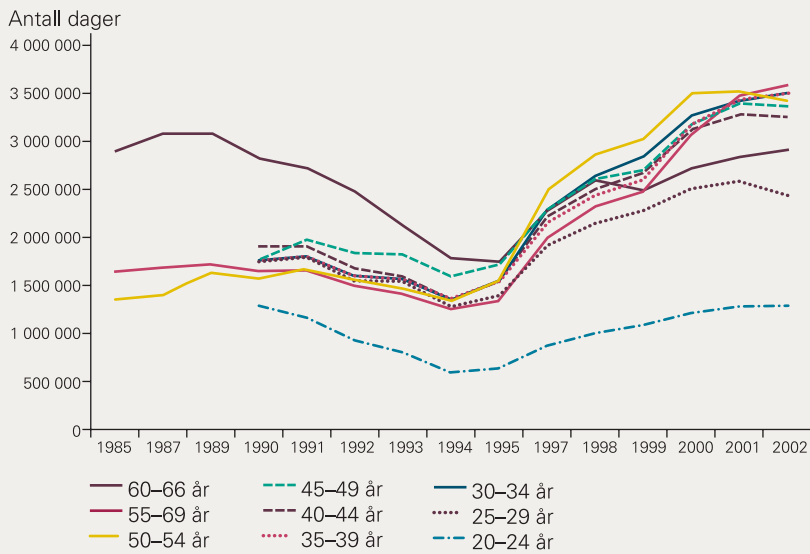
En vanlig oppfatning er at sykefraværet i Norge øker – og at det bør reduseres (1). Noen hevder at dette ikke er tilfellet, i hvert fall ikke hvis man ser det i et langt perspektiv og holder seg til NHOs data (16). NHOs fraværstatistikk fremstår som en konsistent datakilde, med identisk registreringsmetodikk over tid. Denne statistikken viser lavere sykefravær for mannlige arbeidere i 2000–01 enn i 1970-årene. For kvinnelige arbeidere er fraværet noe høyere enn i 1970-årene, men lavere enn i 1985–87. Kvinnelige funksjonærer har imidlertid aldri hatt høyere fravær enn i 2000–01. Spørsmålet er om dette er representativt for resten av arbeidslivet, og særlig for offentlig sektor. NHO oppgir på sin hjemmeside å ha rundt 450 000 ansatte i sine bedrifter. Det utgjør knapt 20 % av de sysselsatte (14).

Det egenmeldte fraværet har ikke økt vesentlig etter at karensdagene ble fjernet i 1978. Vi har bare data fra NHO-bedriftene tilbake i tid, men Statistisk sentralbyrås data viser at dette fraværet er like lavt i sektorer utenfor NHO, dvs. på rundt 1 %. Forslag om gjeninnføring av karensdager virker derfor dårlig begrunnet.

Det er usikre data om legemeldt fravær som betales av arbeidsgiver (4–16 dager), men dette har utgjort en synkende andel av det totale sykefraværet (10).

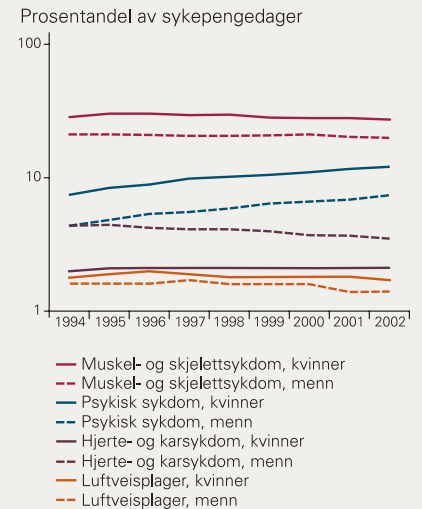
For fravær kompensert av Rikstrygdeverket er det data tilbake til 1970-årene. Rikstrygdeverkets data omfatter alle næringsgrenner, men det store datamaterialet er beheftet med en del usikkerhet. Sykefraværet var oppsiktsvekkende stabilt etter introduksjonen av sykelønnsordningen i 1978, men steg fra midten av 1980-årene. Etter et rekordlavt sykefravær i 1993–94 økte fraværet betydelig. Rikstrygdeverket registrerte i 2002 det høyeste fravær noensinne, totalt og per sysselsatt. Totalt fravær betalt av Rikstrygdeverket bestemmer kostnadene ved sykelønnsordningen og påvirker indirekte hva myndighetene kan bruke til andre «gode formål». Den foreliggende diskrepans mellom

Figur 4



Antall sykefravær dager (betalt av Rikstrygdeverket) i forskjellige aldersgrupper

Figur 5



Andel av totalt sykefravær (sykepengedager betalt av Rikstrygdeverket) for diagnostiske hovedgrupper (arbeidstakere). Logaritmisk skala

Rikstrygdeverkets nasjonale data og NHOs data fra privat sektor bør undersøkes nærmere.

Rikstrygdeverkets årbøker viser at økt antall episoder og flere personer som mottok sykepenger forklarer det økte sykefraværet etter 1994. Gjennomsnittlig fraværsvighet sank i begynnelsen av 1990-årene og har senere vært stabilt. Antall episoder har imidlertid vært overestimert av Rikstrygdeverket (12). Forlengelser er blitt registrert som nye fravær, mens det motsatte er uvanlig. «Aktiv sykmelding» er ofte blitt registrert som nye sykdomstilfeller. Aktiv sykmelding kan bidra til at et sykefravær blir lengre enn nødvendig, men kan redusere risikoen for tilbakefall av sykdommen (17, 18). Fra 2002 ble registreringsrutinene i Rikstrygdeverket korrigert, og gjennomsnittlig fraværsvighet ble justert opp.

Sykefraværets varighet kan forklares av alder, kjønn og diagnose (19). Kvinner har lengst fravær ved muskel- og skjelettlidelser, menn ved psykiatriske diagnoser. Internasjonalt er psykiske lidelser en økende årsak til sykefravær. Dette bidrar til økt gjennomsnittlig varighet, særlig for menn. Flere studier har vist at sykmelding for psykiske lidelser er hyppigst blant kvinner, men fravær pga. psykisk sykdom for menn medfører lengre varighet (20–22). Fremskritt innenfor behandlingen av mentale lidelser har ikke ført til redusert varighet av fraværene, slik vi ser ved hjerter- og karsykdom.

Statistisk sentralbyrå oppfattet nå som den viktigste datakilden når det gjelder sykefravær. Resultatene rapporteres i mediene hvert kvartal. Byrået benytter NHOs målemetode – prosent fravær i forhold til avtalt arbeidstid – på gruppenivå. Derfor viser ikke tallene f.eks. om økt fravær skyldes

at flere blir syke eller om varigheten øker. Fraværprosenten er en sum av ulike trender innenfor forskjellige pasientgrupper. Statistisk sentralbyrå gir oss «snapshots» som forteller om hovedtendenser på aggregert nivå, men dette kan aldri si noe om årsaker.

Det norske sykefraværet er et sosialt og økonomisk fenomen som «trygler om» å bli utforsket. Vi har eksakte data om folketrygdens utgifter til sykepenger, men kunnskapsgrunnet for å beskrive og forklare sykefraværet er ikke godt nok. Selv så grunnleggende problemstillinger som er berørt i denne artikkelen, mangler til dels sikre svar.

Jeg takker Kristina Alexanderson, Steinar Westin og Trond Riise, som initierte arbeidet med denne artikkelen. Siri Møllerud og Geir Riise har vært behjelpelig med NHOs data.

#### Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Sykefravær og uførepensjonering – et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000: 28, Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2000.
2. Hansen H-T. Betydningen av individuelle valg i trygdekarrieren. Tidsskrift for velferdsforskning 1998; 1: 213–26.
3. Marmot M, Feeney A, Shipley M et al. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. J Epidemiol Community Health 1995; 49: 124–30.
4. Alexanderson K, Norlund A, red. Sickness absence – causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Scand J Public Health 2004; 32 (suppl 63).
5. Bruusgaard D, Claussen B, Brage S. Sykefravær, rehabilitering og uførepensjon i trygdemedisinsk forskning. I: Hansen H-T, red. Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet. Bergen: Senter for Næringslivsforskning, 1999.
6. Tellnes G. Sickness certification – an epidemiological study related to community medicine and general practice. Oslo: Department of community medicine, University of Oslo, 1990.

7. Alexanderson K, Leijon M, Akerlind I et al. Epidemiology of sickness absence in a Swedish county in 1985, 1986 and 1987. A three year longitudinal study with focus on gender, age and occupation. Scand J Soc Med 1994; 22: 27–34.
8. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P et al. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. Scand J Soc Med 1998; 26: 133–44.
9. Haavet I. Uførepensjon mellom behandlingsoptimisme og styringskrise. I: Bjørnson B, Haavet I, red. Langsomt ble landet et velferdssamfunn. Trygdens historie 1894–1994. Oslo: Ad Notam Gyldendal 1994.
10. Bjerkedal T, Thune O. Hva koster sykelønnsordningen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 662–3.
11. Trygdestatistiske årbøker 1985–2002. Oslo: Rikstrygdeverket, 1985–2002.
12. Trygdestatistisk årbok 2003. Oslo: Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket, 2003. www.trygde-etaten.no
13. www.ssb.no/emner/06/02/sykefratrot/
14. www.ssb.no/emner/06/01/aku/
15. Bruusgaard D. Hvor stort er egentlig sykefraværet? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 602.
16. Godal TA. – Sykefraværet i Norge har ikke økt. Intervju med Ebba Wergeland. Dagens Medisin 25.3.2004.
17. Scheel IB, Hagen KB, Herrin J et al. Blind faith? The effects of promoting active sick leave for back pain patients: a cluster-randomized controlled trial. Spine 2002; 27: 2734–40.
18. Effekt av aktiv sykmelding. Oslo: Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket, 2003.
19. Tellnes G. Duration of episodes of sickness certification. Scand J Prim Health Care 1989; 7: 237–44.
20. Hensing G, Brage S, Nygard JF et al. Sickness absence with psychiatric disorders – an increased risk for marginalisation among men? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35: 335–40.
21. Stansfeld SA, North FM, White I et al. Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II Study. Soc Sci Med 1995; 40: 189–97.
22. Nystuen P, Hagen KB, Herrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. Scand J Public Health, 2001; 29: 175–82.