

Økonomisk overblikk

3/2024



Tema:
Sykefravær

Innhold:

Temadel: Sykefravær.....	2
Innledning: Lavere sykefravær er vinn-vinn	2
A: Dagens sykepengeordning fra 1978	3
B: Sykefravær i Norge	6
C: Forhold som kan påvirke sykefraværet	10
D: Norge og utvalgte europeiske land.....	21
Avsluttende kommentar	30

Temadel: Sykefravær

Innledning: Lavere sykefravær er vinn-vinn

Vår temadel er denne gang viet sykefravær og sykepenger. Sykepengeordningen gir inntektssikring under sykdom, og i internasjonal sammenheng er Norges ordning den raueste. Syke får 100 prosent lønnskompensasjon opp til 6G (i gjennomsnitt cirka 733 000 kroner i 2024) i inntil ett år.

En godt utformet sykepengeordning med tilstrekkelige ytelse er en del av det sosiale sikkerhetsnettet, der man ikke utsettes for større inntektstap ved uforskyldt sykdom. Dette er på linje med andre felles forsikringsordninger, som ledighetstrygd ved tap av jobb og uføretrygd ved tap av arbeidsevne. Slike ordninger er både motivert ut fra sosiale hensyn, at uforskyldte omstendigheter ikke skal frata folk de økonomiske forutsetningene for å leve gode liv, men virker også i retning av å opprettholde etterspørsel og aktivitet, såkalte automatiske stabilisatorer. En sykepengeordning der kvalifiseringsperioden (tid i jobb før rett til sykepenger) er kort, kan dessuten bidra til høy mobilitet i arbeidslivet.

En godt utformet sykepengeordning er også en del av et inkluderende arbeidsliv. Det å ha folk med hyppigere sykdomsperioder i arbeidslivet, slik at arbeidsevnen kommer til nytte, er bedre for verdiskapingen enn at de ikke jobber i det hele tatt.

Det er også knyttet en fordelingsmessig dimensjon til dagens sykepengeordning. Før dagens ordning ble innført i 1978, hadde mange funksjonærer og andre rett til full kompensasjon av tapt arbeidsfortjeneste under sykdom takket være bedriftsinterne administrative ordninger. Dagens ordning gjorde denne retten universell for inntekter opp til 6G.

Samtidig er det knyttet en rekke utfordringer til dagens sykepengeordning. For det første er sykefraværet i Norge høyt - omtrent det dobbelte av andre nordiske land, til tross for et godt helsevesen og et godt arbeidsmiljø.

For det andre har dette store finansielle kostnader. Folketrygden vil i år utbetale vel 60 mrd. kroner på sykepenger til arbeidstakere, inkludert feriepenger, tilsvarende 3 prosent av statsbudsjettets utgifter. Det betyr at det koster 21 500 kroner per lønnstaker for å finansiere sykepengeordningen hvert år. På grunn av skattefinansieringskostnaden er den reelle kostnaden høyere enn dette. Perspektivmeldingen

anslår et stort og økende inndekningsbehov i statsbudsjettet de neste 35 årene. Redusert sykefravær vil redusere dette inndekningsbehovet.

I tillegg til Folketrygdens utgifter har bedriftene direkte kostnader til sykepenger i arbeidsgiverperioden på anslagsvis 31 mrd. kroner i år for lønn opp til 6G. Pensjonskostnader, eventuelle kostnader til sykepenger over 6G, samt arbeidsgiveravgift på arbeidsgiverdager og pensjonskostnader, kommer i tillegg.

Ekstrakostnader, dvs. produksjonstap og eventuelle utgifter til vikar, overtid el., kan anslås til 21 000 kroner per uke sykefravær i 2024. Ved å gjennomføre kompenserende tiltak ved sykefravær, vil kostnadene kunne bli lavere enn dette gjennomsnittsslaget.

For det tredje handler dette også om ressurser. Befolkningen eldes. Frem til 2060 vil vi bli om lag 590 000 i Norge, mens aldersgruppen over 70 år øker med vel 620 000. Dette innebærer både at veksten i arbeidstilbudet vil stagnere – i Perspektivmeldingen anslås en sysselsettingsvekst på 2000 personer årlig – og at behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren vil øke. I Perspektivmeldingens referansebane anslås dette behovet til 180 000 flere i 2060, tilsvarende 5 000 flere i året. Motsatsen er en gradvis reduksjon av privat sysselsetting. Som regjeringen uttrykker det, vil det bli kamp om arbeidskraften fremover. Mindre sykefravær vil øke tilgangen på arbeidskraft. Eksempelvis anslås det i Perspektivmeldingen at sykefravær på svensk nivå ville frigjort rundt 40 000 årsverk.

For det fjerde har sykefraværet også betydning for andre utgiftsområder. Langvarig sykefravær er ofte begynnelsen på varig utenforskap, via arbeidsavklaring og over på uføretrygd. Å redusere sykefraværet kan også redusere tilfanget til uføretrygd.

For det femte har redusert sykefravær også potensielt positive virkninger for den enkelte, som kan beholde sin tilknytning til arbeidslivet og få høyere inntekt over livsløpet enn som trygdet.

Endelig er ikke sykefraværet bare høyt i internasjonal sammenheng, men har også vokst kraftig. Økningen de siste årene har kommet tross uttalte ambisjoner om det motsatte, og målrettet innsats for å få ned sykefraværet, blant annet innenfor rammen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Utviklingen med stadig høyere sykefravær og tilsvarende

lavere verdiskaping, taler for å vurdere nye virkemidler og tiltak.

I det følgende vil vi først beskrive sykepengeordningen i Norge, og deretter gå gjennom fakta om hvordan sykefraværet i Norge har utviklet seg over tid, hvordan det varierer mellom næringer, regioner, kjønn og aldersgrupper. Deretter vil vi gå gjennom tiltak i innværende IA-avtale som ble iverksatt for å få ned sykefraværet, og drøfte mulige pluser og minuser ved disse tiltakene. En advarsel allerede her er at om det fantes enkle grep for å få ned sykefraværet, så hadde det neppe vært så høyt som nå. Til slutt vil vi sammenlikne sykefraværet i Norge med andre land, og beskrive trekk ved sykepengeordningene i de mest relevante landene. Hensikten med vår gjennomgang er uansett ikke å konkludere om hva som bør gjøres, men heller forsøke å etablere et bredest mulig faktagrunnlag for å kunne diskutere mulige løsninger. God lesning!

A: Dagens sykepengeordning fra 1978

Den første lov om sykeforsikring ble innført i 1911. Til å begynne med omfattet syketrygden bare lønns-takere med lav inntekt, men den ble gradvis utvidet. Fra 1956 var alle lønnsinntakere inkludert. Sykeforsikringen ble tatt inn i folketrygden fra 1. januar 1971. Samtidig ble retten til sykepenger utvidet og satsene for sykepenger forhøyet. I 1974 ble antall karerndager, det vil si dager den sykmeldte selv må bære kostnaden ved å være borte fra jobben, redusert fra 3 til 1.

Dagens sykepengeordning, som gir full lønnskompensasjon opp til 6G, ble innført i 1978 etter et enstemmig vedtak i Stortinget. Bakgrunnen for ordningen var at enkelte grupper arbeidstakere, ofte funksjonærer, allerede hadde forhandlet seg fram til full lønn ved sykdom, eller hadde arbeidsoppgaver som ikke krevde fysisk tilstedeværelse, slik at de hadde mulighet til å kombinere sykdom med arbeid. Mange arbeidere hadde ikke denne muligheten. Reformen bidro til sosial utjevning ved å sikre like vilkår for alle, uavhengig av stilling eller yrkesposisjon.

Før 1978 eksisterte det forskjellige avtalefestede ordninger som sikret arbeidstakerne ytelse i tillegg til den kompensasjonen som folketrygden ga. Om lag 3/4 av lønnsinntakere var omfattet av ordninger som ga en kompensasjon på 90 prosent eller mer fra

fjerde sykedag¹. En slik ordning var Norsk Arbeidsgiverforening (N.A.F.) og LOs Avtale om tilleggstrygd av 7. januar 1957. Regelendringen i 1978 førte til at det ikke lenger var behov for en slik avtale, og fondet for sykepenger ble delt mellom partene. N.A.F.s andel gikk til å etablere N.A.F./NHOs Arbeidsmiljøfond.

I sykepengeordningen fra 1978 ble det innført egenmelding for fravær opp til 3 dager og den siste karerndagen forsvant. Ordningen var først begrenset oppad til 12G, og da slik at 1/3 av inntekten mellom 8 og 12G ble regnet med i inntektsgrunnlaget. Den øvre inntektsgrensen ble satt ned til 8G i 1983 og til 6G i 1985. Maksimal sammenhengende varighet på sykepengeperioden er 52 uker for ansatte under 67 år, og harmonerer med oppsigelsesvernet knyttet til sykdom.

I 1978 ble arbeidsgiverne pålagt å betale sykepenger de første 14 dagene av sykdomsperioden. I 1998 ble arbeidsgiverperioden utvidet fra 14 til 16 kalenderdager, og i 2002 ble det innført fritak for arbeidsgiverperioden ved svangerskapsrelatert sykdom. Det er også andre unntak som for arbeidstakere med kroniske sykdommer. Opptjeningstiden, dvs. perioden arbeidstaker må ha vært ansatt hos arbeidsgiveren for å ha rett til sykepenger, var opprinnelig to uker, ble i 2004 økt til fire.

Noen mottar sykepenger også over 6G

Et kompensasjonstak på 6G (697 434 kroner i 2023) betyr i utgangspunktet at om lag 2/3 av lønnsinntakere i Norge har full lønn under sykdom gjennom folketrygden. Statsansatte og kommunalt ansatte har gjennom sine tariffavtaler rett til full lønn under sykdom, uavhengig av lønnsnivå. Det finnes også tariffavtaler hovedsakelig for funksjonærgrupper i privat sektor som har bestemmelser om full lønn under sykdom. Disse er imidlertid ulikt utformet, og for eksempel har mange avtaler begrenset retten til full lønn til 3 måneder².

Ellers følger en rett til full lønn under sykdom i privat sektor vanligvis av individuelle avtaler eller bedriftsinterne administrative ordninger, og i liten grad av tariffavtaler. Basert på tall fra Arbeids- og bedriftsundersøkelsen i 2003 fant Blekesaune og Dale-Olsen³ at nesten 39 prosent av virksomhetene og om lag halvparten av alle ansatte i virksomheter

¹ NOU 1990:23, Sykepengeordningen

² <https://www.fafo.no/images/pub/2019/10291.pdf>

³ De norske trygdene, Framvekst, forvaltning og fordeling (2010), Bay m.fl.

med mer enn 10 ansatte i privat sektor, hadde ordninger med full inntektskompensasjon også til ansatte med lønn over 6G. I denne undersøkelsen hadde rundt en fjerdedel av ansatte i disse virksomhetene inntekt over 6G. Slike ordninger er mer vanlig i store enn i små virksomheter. Siden undersøkelsen ikke omfattet virksomheter med færre enn 10 ansatte, der slike ordninger er mindre vanlig, er det grunn til å tro at det reelle omfanget er lavere.

Sykepengeordningen er en del av folketrygden
Sykepengeordningen er en del av den obligatoriske trygdeordningen for alle som er bosatt i Norge og er uavhengig av statsborgerskap. Folketrygden gir økonomisk stønad når personer av ulike årsaker ikke kan arbeide, så som svangerskap og fødsel, arbeidsledighet, alderspensjon, uførhet og tap av forsørger.

Rett til enkelte av Folketrygdens ytelser krever at personen har vært medlem i tre år. Alderspensjon justeres ut ifra lengden på medlemskapet. Personen må ha arbeidet i minst fire uker for å ha krav på sykepenger. Medlemskapet opphører normalt etter mer enn seks måneders utenlandsopphold.

Kostnader ved folketrygden og sykepengeordningen
Folketrygdens utgifter, herunder til sykepenger, inngår i statsbudsjettets utgiftsside. I årets statsbudsjett var folketrygdens utgifter foreslått til 651 mrd. kroner for 2024, tilsvarende om lag 35 prosent av statsbudsjettets utgifter.

Folketrygdens utgifter til sykepenger ble i revidert nasjonalbudsjett anslått til 65,5 mrd. kroner for 2024. Av dette kostet sykepengeordningen for arbeidstakere 57,4 mrd. kroner, feriepenger av sykepenger 3,4 mrd. kroner, sykepenger for selvstendige 1,8 mrd. kroner og pleie- og omsorgspenger 2,9 mrd. kroner. Samlet utgjør utgifter til sykepenger 10 prosent av folketrygdens utgifter og 3 prosent av utgiftssiden på statsbudsjettet.

I Perspektivmeldingen anslås at sykefraværet som andel av alle sysselsatte vil holde seg på dagens nivå. Dersom trenden de siste årene, med økt sykefravær fortsetter, vil utgiftene til sykefravær vokse mer enn i referanseforløpet. På den andre siden dersom sykefraværet kan reduseres, vil det kunne gi positive effekter på tilgang på arbeidskraft og bedre den offentlige budsjettbalansen. Sykefravær på svensk

nivå i 2023 ville frigjort 40 000 årsverk og ville redusere statsbudsjettets inndekningsbehov i 2060 tilsvarende 0,7 prosent av Fastlands-BNP.

Finansiering av folketrygden og sykepenger

Finansieringen av folketrygden er formelt knyttet til arbeidsgiveravgift og trygdeavgift, samt enkelte gebyrer og refusjoner mv. og tilskudd fra staten, finansiert av andre skatter og avgifter.

I statsbudsjettet for 2024 var arbeidsgiveravgiften antatt å finansiere nær 40 prosent (265 mrd. kroner) av folketrygdens utgifter, mens trygdeavgiften finansierte vel 29 prosent (191 mrd. kroner). Resten dekkes ved direkte tilskudd over statsbudsjettet.

Bedriftenes kostnader ved sykefravær

De første 16 dagene dekker arbeidsgiver sykepengene. Det finnes skjermingsordninger for kronisk syke og svangerskapsrelaterte sykdommer.

Kostnader knyttet til sykefravær er mer enn sykepenger. Det finnes flere modeller for å beregne arbeidsgivers kostnader ved sykefravær. To modeller er beregnet på offentlige virksomheter, Steinkjermodellen og KS-modellen, mens SINTEFs modell basert på spørreundersøkelser blant NHOs medlemsbedrifter⁴.

I tillegg til sykepenger må arbeidsgiver fortsatt betale løpende faste utgifter, som forsikringer, arbeidsgiveravgift og pensjonsinnbetalinger for sykmeldte medarbeidere. Basert på SINTEFs undersøkelse kan ekstrakostnader, dvs. produksjonstap og eventuelle utgifter til vikar, overtid el., anslås til 21 000 kroner per uke sykefravær i 2024. Ved sykefravær ut over 16 dager vil nettokostnadene bli redusert som følge av at lønn opp til 6G til den sykmeldte blir kompensert fra Nav.

SINTEFs undersøkelse viste at de faktiske kostnadene ved sykefravær varierer betydelig, og avhenger av faktorer som fleksibilitet i organisasjonen, hvorvidt andre arbeidstakere kan overta arbeidsoppgavene til den sykmeldte, om vikarer kan settes inn ved lengre fravær, den enkelte sykmeldtes funksjon, bransje og lønnsnivå og forhold i arbeidsmarkedet. Ved å gjennomføre kompenserende tiltak ved sykefravær, vil kostnadene kunne bli lavere enn det gjennomsnittsanslaget tilsier, men på den annen side

⁴ www.sintef.no/contentassets/5c5963abef68468a9f22c5b5c3af201a/kostnader-sykefrav2011.pdf, 2010

kan også selve tiltakene utgjøre en merkostnad eller ulempe.

Det finnes i dag en forsikringsordning i NAV for små virksomheter. Den er utformet slik at arbeidsgivere kan forsikre seg mot ansvar for sykepenges i arbeidsgiverperioden når de samlede lønnsutbetalingene i det foregående året ikke overstiger 40 G. Forsikringsordningen er selvfinansierende. Premien er i dag på 1,2 prosent av lønnsutgiftene. Forsikringen dekker 100 prosent av utgiftene til sykepenge og feriepenger fra og med 4. til og med 16. fraværsdag, begrenset opp til 6G.

Forslag om å endre utformingen av arbeidsgivers ansvar har vært etterfulgt av arbeidsgrupper som blant annet har regnet på om modellene har vært kostnadsnøytrale for arbeidsgiver, sist i forbindelse med Sysselsettingsutvalgets fase 2 (NOU 2021:20).⁵ Ut fra disse beregningene kan arbeidsgivers kostnad knyttet til 16 arbeidsgiverdager anslås til om lag 35 prosent av samlede sykepenge til arbeidstakere. Fordelingen mellom arbeidsgiver og folketrygden vil påvirkes av profilen på sykefraværet, og kan endres over tid. Forutsatt samme fordeling mellom omfang av kort og langt sykefravær slik at 35 prosent av sykefraværet kommer i arbeidsgiverperioden, betyr det at arbeidsgivers direkte kostnader til sykefravær for lønn opp til 6G utgjør anslagsvis 31 mrd. kroner i 2024. Det har siden 1980-tallet vært fremmet mange ulike forslag om å endre sykepengeordningen. De fleste forslagene har dreid seg om å endre utformingen av arbeidsgivers ansvar, så som antall arbeidsgiverdager og delfinansiering av lengre fravær. Mange forslag innebærer også at virksomhetene pålegges en større finansieringsbyrde.

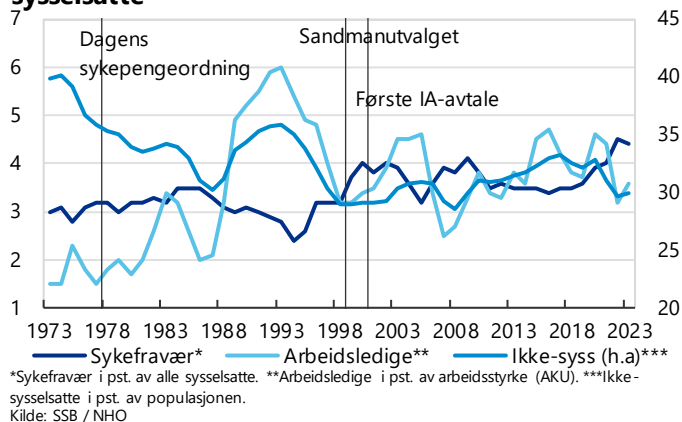
IA-avtalen

På grunn av den sterke og urovekkende økningen i sykefraværet og økningen i nye uførepensjonister (se figur under) ble Sandman-utvalget nedsatt våren 1999. Regjeringen skrev i St. prp. nr. 1 (1999-2000) at denne utviklingen "skaper både velferdsmessige problemer og problemer med den budsjettmessige handlfriheten. På denne bakgrunn ville regjeringen sette ned et offentlig utvalg for å utrede årsakene til økningen i sykefraværet og nytilgangen til uførepensjon, kartlegge ordningenes sosialpolitiske rolle og samfunnsøkonomiske betydning, og

⁵ NOU 2021: 2. (2021). Kompetanse, aktivitet og inntekts-sikring. Tiltak for økt sysselsetting.

foreslå tiltak som kan redusere sykefraværet og begrense uføretilgangen."

Sykefravær, arbeidsledighet og ikke-sysselsatte



Sandman-utvalget⁶ foreslo en samlet tiltakspakke som inneholdt følgende elementer:

- Tidligere intervensjon og bedre oppfølging av sykmeldte
- Bruk av funksjonsvurdering
- Utvidet adgang til å bruke egenmelding ved sykdom
- Flere virkemidler til bedriftene (bedriftsintern attføring, BIA)
- Styrking av ordningen med Kjøp av helsetjenester
- Endringer i sykepengeordningen

Til det siste mente et bredt flertall i utvalget at det var nødvendig å endre sykepengeordningen slik at både arbeidsgiver og arbeidstaker fikk insentiver til å arbeide for redusert sykefravær. Forslaget innebar i korte trekk at arbeidstakerne skulle få 20 prosent lavere bruttolønn de første 16 dagene (men ingen karenisdag), mens arbeidsgiverne skulle betale 20 prosent av langtidsfraværet. Tiltakspakken skulle imidlertid være kostnadsnøytral i forhold til dagens gjennomsnittsfravær for alle parter, staten, arbeidsgiverne og arbeidstakerne.

Med unntak av de foreslåtte endringene i sykepengeordningen ble forslagene fra Sandman-utvalget i store trekk gjennomført. Som et alternativ til å gjøre endringer i sykepengeordningen, ble intensjonsavtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-

⁶ NOU 2000:27, Sykefravær og uførepensjonering

avtalen) signert av myndighetene og partene i arbeidslivet i 2001. Den første IA-avtalen skulle gjelde i fire år. Avtalen ble senere erstattet med nye avtaler for nye fireårsperioder. Bakgrunnen for avtalen var at partene i arbeidslivet hadde gode erfaringer med samarbeidsavtalen de inngikk i 1990 om å redusere sykefraværet.

Siden 2001 er det gjennomført én viktig endring. Fra 1. juli 2004 ble reglene om sykmelding endret for å få arbeidsgivere og -takere til å ta et mer forpliktende ansvar. Hovedpunktene i lovendringen var at:

- *legen skal alltid vurdere om det er tungtveiende medisinske grunner til at en person skal være borte fra arbeidet, både ved førstegangs og senere sykmeldinger. Dersom legen mener at sykmelding er nødvendig, skal gradert sykmelding alltid vurderes før aktiv sykmelding. Dette var en ordning hvor arbeidstakere som på grunn av sykdom ikke kunne utføre sine vanlige arbeidsoppgaver, fikk aktivisering og arbeidstrening hos arbeidsgiver, samt sykepenger i en begrenset periode. Denne ordningen opphørte 1. juli 2011.*
- *innføring av aktivitetskrav for rett til sykepenger, jf § 8-8*
- *inaktivitet utover 8 uker skal begrunnes særskilt ved utvidet legeerklæring.*

Den femte og siste IA-avtalen ble inngått i 2018 og skulle også vare i fire år, men ble på grunn av pandemien forlenget, og utløper ved utgangen av året.

Den siste avtalen har vektlagt at man skal skape et arbeidsliv med plass til alle gjennom å forebygge sykefravær og frafall, og slik bidra til å øke sysselsettingen. For å oppnå dette har man i den siste avtalen fokusert på tiltak som skal redusere sykefraværet og forhindre frafall fra arbeidslivet gjennom:

- Arbeidsmiljøsatsning
- Bransjeprogrammer
- Bistand og støtte fra NAVs arbeidslivssentre
- HelseIAarbeid som er et samarbeid mellom NAV og helsetjenesten. Tilbudet inneholder to ulike

tiltak, bedriftstiltak for arbeidsplasser og individtiltak for personer som trenger utredning i spesialisthelsetjenestene for plagene

- Forsøk med kompetansetiltak for sykemeldte
- Tilskudd til ekspertbistand
- Tiltak rettet mot sykemelder. Dvs. støtte til legers sykmeldingsarbeid og det skulle utarbeides en ny kursmodul om sykmeldingsarbeid i – SKIL (Senter for kvalitet i legekantor)

Partene er også enige om å beskrive sykefraværsutviklingen og måloppnåelsen så langt i IA-perioden.⁷ I IA-avtalen er målet å redusere sykefraværet med 10 prosent fra 2018 og å redusere frafallet fra arbeidslivet.

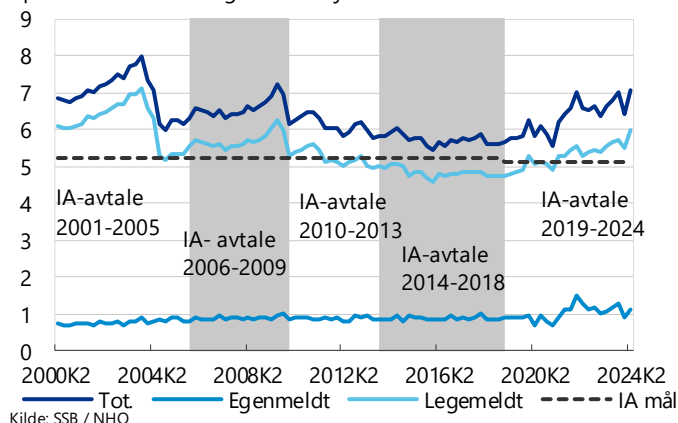
B: Sykefravær i Norge

Sykefraværet i Norge måles ved NAV/SSBs statistikker. I andre kvartal var samlet fravær 7,1 prosent. Det betyr at 10,6 mill. dagsverk gikk tapt som følge av sykefravær.

Sykefraværsprosenten økte på starten av 2000-tallet, men avtok i 2004. Nedgangen kan tilskrives flere forhold. Endret regelverk knyttet til bedre oppfølging av de sykemeldte og strengere krav for å bli sykemeldt i mer enn åtte uker, samt økt bruk av gradert sykmelding forklarer mye av nedgangen, se bl.a. Markussen m.f.l. (2011). Etter dette og fram til pandemien holdt sykefraværet seg på et ganske stabilt nivå.

Egen- og legemeldt sykefravær

I prosent av avtalte dagsverk. Ses. just.



I den siste IA-perioden har sykefraværet økt kraftig, og har fortsatt å øke etter koronapandemien. I 2023 var sykefraværet 17,5 prosent høyere enn i 2018.

⁷ [Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk. Rapport 2024 - regjeringen.no](#)

Dvs. at sykefraværprosenten ligger 1 prosentpoeng over nivået i 2018. Målet var å redusere sykefraværet med 10 prosent. Både det egenmeldte og legeomeldte fraværet er høyere enn i 2018.

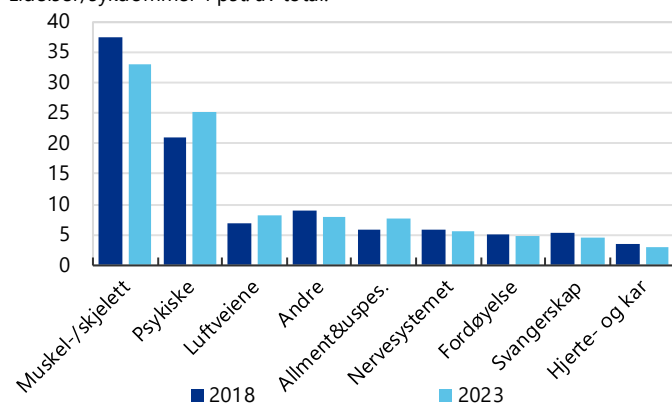
Gjennom 2023 økte det legemeldte fraværet. Det egenmeldte sykefraværet gikk noe ned som årsgjennomsnitt fra 2022 til 2023, men det var etter å først ha økt med 30 prosent fra 2021 til 2022. Det egenmeldte sykefraværet er 0,2 prosentpoeng over nivået i 2018.

Partene i IA-avtalen lager hvert år en beskrivelse av sykefraværutviklingen så langt i IA-perioden.⁸ I siste rapport erkjenner og fremhever partene at avstanden til IA-målet har økt i den siste perioden.

Under pandemien økte sykefraværet, spesielt på grunn av luftveissykdommer. Påvist covid-19 sto for omtrent halvparten av økningen. Det siste året har antallet med luftveissykdommer avtatt, men nivået er fortsatt høyere enn før pandemien. Fra 2022 til 2023 økte både psykiske lidelser og allment og uspesifisert diagnose. Det er en underkategori av allment og uspesifisert som har diagnose slapphet/tretthet, og det er særlig denne som bidrar til økningen. Denne økte også kraftig under pandemien. Diagnosen «tretthet/slapphet» sto for over halvparten av fraværet i allment og uspesifiserte lidelser.

Diagnoser

Lidelser/sykdommer i pst. av total.



Kilde: IA Faggrupperapport 2024 / NHO

⁸ [Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk. Rapport 2024 - regjeringen.no](#)

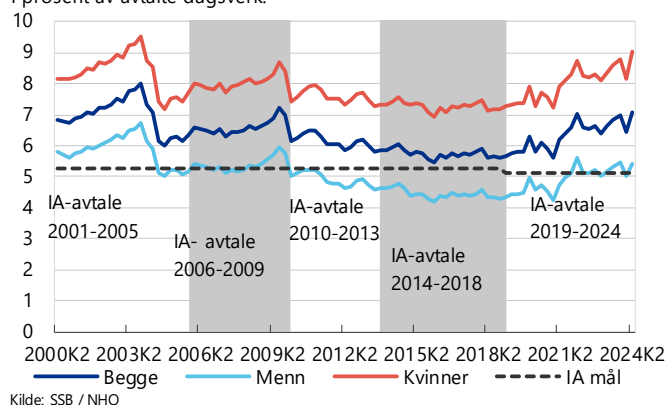
⁹ Nossen, J. P. (2019). Kjønnforskjellen i sykefravær: Hvor mye er det mulig å forklare med registerdata? Arbeid og velferd nr. 4/2019. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Sykefravær fordelt på kjønn

I de 23 årene SSB har sykefraværstatistikk, har kvinner hatt vedvarende høyere fravær enn menn. I 2023 var kvinners fravær om lag 61 prosent høyere enn menns, som tilsvarer en forskjell på mer enn tre prosentpoeng i gjennomsnittlig fravær. Som figuren over viser, er rundt 5 prosent av sykefraværet knyttet til svangerskap. Registerdataanalyse tilsier at 20 prosent av forskjellen i menn og kvinners sykefravær skyldes graviditet. Sykefraværet er imidlertid høyere blant kvinner for alle aldersgrupper, men forskjellen er størst i alderen 25-34 år.

Kjønnsfordelt sykefravær

I prosent av avtalte dagsverk.



Kilde: SSB / NHO

Det er imidlertid en betydelig kjønnsforskjell i sykefravær også for gruppen 39-50 år, og særlig psykiske lidelser og allmenne/uspesifiserte er dobbelt så høyt blant kvinner som blant menn. Disse lidelsene kan forklare ytterligere 11 prosent av forskjellen mellom kvinner og menn.⁹ IA-faggruppen trekker også fra at det er flere biologiske forskjeller som fører til høyere sykefravær blant kvinner. Eksempelvis står kvinner for 70 prosent av alle benbrudd, som ses i sammenheng med mer benskjørhet blant kvinner. Kvinner i yrkesaktiv alder rammes også oftere av kreft enn menn. Ulik helse og ulik risiko for å utvikle sykdommer og plager kan forklare mye av kjønnsforskjellene i sykefraværet.^{10 11} 30 prosent av norske kvinner som går inn i overgangsalderen vil også få betydelige

¹⁰ Ose S.O. m.fl. (2014). Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse, *SINTEF*.

¹¹ NOU 2023: 5 Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse.

helseplager som reduserer deres livskvalitet og arbeidskapasitet.¹² Det er satt ned et utvalg for å se nærmere på kvinners fysiske helse.¹³

Det er også framsatt hypoteser om at kvinner i større grad jobber i yrker med høyere arbeidsbelastning, mer arbeidsmiljøfaktorer og har en høyere arbeidsbelastning som følge av hjemmearbeid. Sterud (2014) fastslår at kvinners høyere sykefravær delvis kan forklares med arbeidsmiljøfaktorer.¹⁴ Mastekaasa (2016) finner ikke grunnlag for at kjønnsforskjellen skyldes ulik belastning på jobb for menn og kvinner.¹⁵ Det at forskjellen i sykefravær øker med andre og tredje barn, kan støtte opp om at kvinner har en noe høyere arbeidsbelastning med hjemmearbeid enn menn, se IA-faggruppen for nærmere omtale av dette og en oppsummering av forskjeller og kunnskapshull i Hoff og Mykletun (2022)¹⁶.

For menn øker sykefraværet med alderen fram til den høyeste aldersgruppen 65-69 år. Det at den høyeste aldersgruppen har lavere fravær enn 60-64 år, har trolig sammenheng med at det kun er de som har god helse som fremdeles står i jobb.¹⁷

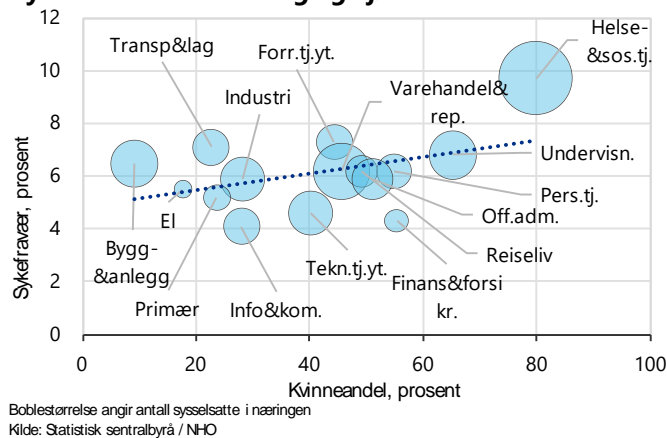
Sykefravær fordelt på bransjer og næring

Det er en betydelig innsats knyttet til bransjer i siste IA-periode. Målsettingen i IA-avtalen legger også vekt på at for enkelte områder vil det være et tilstrekkelig mål å holde sykefraværet på et lavt nivå. Variasjon mellom næringer kan skyldes næringsspesifikke forhold, men også forskjeller i sammensetning mellom næringer. Det er likevel ikke en entydig sammenheng mellom sykefravær og kvinneandel, se figur.

Rundt hver femte er sysselsatt i helse- og sosialtjenester, som dekker kommunal pleie- og omsorgssektor, spesialisthelsetjenesten og barnehagene. Utviklingen i sykefraværet i denne gruppen er dermed av stor betydning for utviklingen av det samlede sykefraværet. Helse- og sosialtjenester har gjennom

hele den siste IA-perioden hatt høyere sykefravær enn de øvrige næringerne.

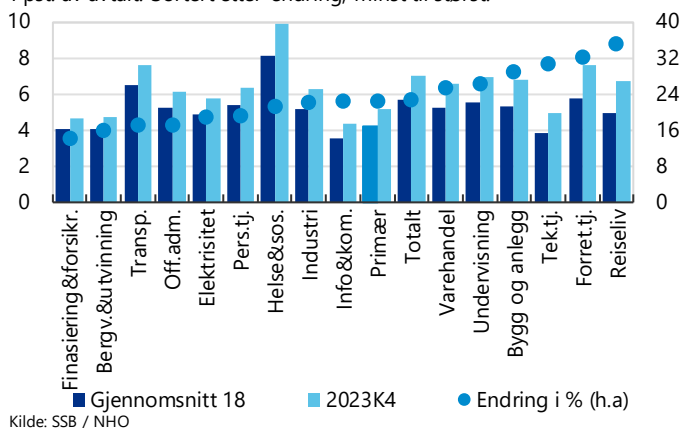
Sykefravær etter næring og kjønn



I 2023 økte sykefraværet mest i reiseliv, mens det gikk ned i industri, elektrisitet, vann og renovasjon samt primærnæringene. I flere av næringerne var sykefraværet uendret fra 2022.

Sykefravær fordelt på næring

I pst. av avtalt. Sortert etter endring, minst til størst.



For å støtte opp under de nasjonale målene om redusert sykefravær og frafall fra arbeidslivet har partene selv pekt ut enkelte bransjer som har et særlig potensial for å redusere sykefravær og frafall, som sykehus, sykehjem, barnehage, bygg og anlegg, næringsmiddelindustri, rutebuss og persontrafikk samt

¹² Forskning.no. (2023, 06.09). Helseplager ved overgangsalderen kan være en viktig årsak til at mange kvinner i 50-årene fases ut av arbeidslivet. [Helseplager ved overgangsalderen kan være en viktig årsak til at mange kvinner i 50-årene fases ut av arbeidslivet \(forskning.no\)](#) og Conti, G., Ginja, R., Persson, P. and B. Willage: The Menopause "penalty". Working Paper no 24/05, Institute for Fiscal Studies, UK.

¹³ [Vil ha mer kunnskap om kvinners arbeidshelse - regjeringen.no](#)

¹⁴ Sterud, T. (2014) Work-related gender differences in

physician-certified sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. Scand J Work Environ Health.

¹⁵ Mastekaasa, A. (2016) Kvinner og sykefravær. Tidsskrift for velferdsforskning, utg. 2.

¹⁶ Hoff, E. H. og Mykletun, A. (2022) Kjønnsforskjeller i sykefravær. Hva er mulige forklaringer, og hva er kunnskapshullene.

¹⁷ Østerud, K. «Hva skal til for at flere vil jobbe lengre?» Senter for seniorpolitikk notat 3/2019.

leverandørindustri til olje- og gassnæringen.¹⁸ Sykefraværet har økt også for disse bransjene i siste IA-periode.

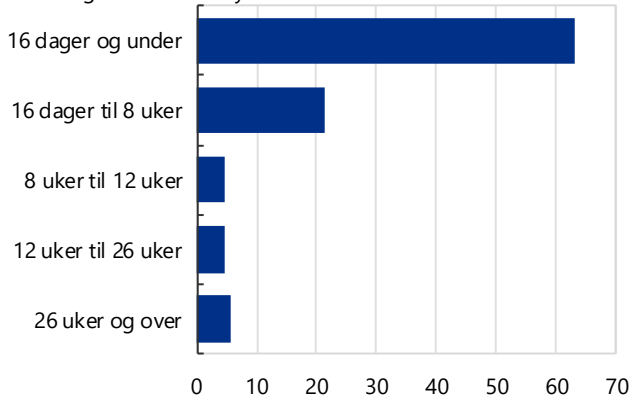
Sykefravær forløp

Nossen undersøkte sykefraværet under pandemien og fant overraskende at økningen i det legemeldte sykefraværet i årene 2020 og 2021 skyldes i all hovedsak økt varighet av sykefraværene og ikke flere sykefraværstilfeller.¹⁹ Ifølge IA-faggrupperapporten økte også antall sykefraværstilfeller med 25 prosent i 2022, mens i 2023 gikk antall sykemeldte personer ned. Økningen i tapte dagsverk skyldes igjen som i 2020 og 2021 at hver person hadde flere sykefraværst dager i 2023 enn i 2022. Det har vært en betydelig økning i antall lengre sykefravær innen flere diagnosegrupper, og det antas at årsakene til dette er sammensatte.

De aller fleste sykefraværstilfellene er forholdsvis korte. Over 60 prosent av de avsluttede legemeldte sykemeldingene er under 16 dager, jf. figuren under.

Fordeling av legemeldt fravær

Total lengde avsluttede sykefraværstilfeller 2023

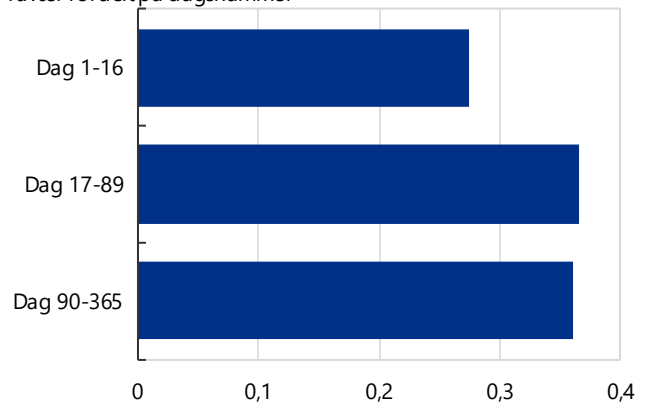


Kilde: NAV/NHO

Likevel er det de lengre sykemeldingene som generer det meste av fraværet. Over 70 prosent av det legemeldte sykefraværet er fravær ut over 16 dager, jf. figuren under.

Fordeling av legemeldingsdager

Fravær fordelt på dagsnummer



Kilde: NAV/NHO

Figuren baserer seg på alle avsluttede sykemeldinger i 2023²⁰. En sykemelding på 18 dager vil regnes som 16 fraværst dager for dag 1-16 og 2 dager for dag 17-89. Tallene er justert for sykemeldingsgrad. Merk at egenmeldingsdager ikke er inkludert i figuren. Sykefravær kan starte med egenmeldingsdager i forkant av sykemeldinger, så legemeldt fravær på 16 dager kan eksempelvis gå 19 dager inn i fraværperioden, dersom perioden startet med 3 dager egenmelding. Tallene er derfor ikke tilstrekkelige til å beregne kostnader i arbeidsgiverperioden. Egenmeldt sykefravær er en forholdsvis liten del av det totale fraværet og har de siste årene ligget rundt 15 prosent, med en svak trend oppover. Se omtale tidligere.

Nossen og Brage (2016) undersøker hvordan sannsynligheten for friskmelding varierer gjennom sykepengeperioden og hvordan ulike faktorer påvirker denne sannsynligheten. Ved å benytte forløpsanalyse tar de utgangspunkt i alle tilfeller med sykepenger utover arbeidsgiverperioden på 16 dager, som ble påbegynt i perioden 2003–2014.

De finner at sannsynligheten for friskmelding er størst de første dagene, men deretter avtar den kraftig. Rundt tidspunktet for dialogmøte 2, som er det andre obligatoriske møtet mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og NAV, flater nedgangen i sannsynlighet ut. Dialogmøte 2 skal holdes innen uke 26. Etter omtrent 9 måneders sykefravær øker sannsynligheten for friskmelding igjen, og denne økningen fortsetter til dagen før retten til sykepenger fra NAV utløper. Den kraftige økningen i sannsynligheten like

¹⁸ Bransjer er ikke det samme som næringer i offisiell statistikk, og er ofte en delmengde av en næringsgruppe.

¹⁹ Nossen, J. P. (2022). Legemeldt sykefravær før og under pandemien: Hva driver utviklingen? Arbeid og velferd

3/2022. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

²⁰ Egenmeldingsdagene er lagt inn i henhold til forholdet mellom legemeldte og egenmeldte sykefraværst dager

før utløpet av sykepengeperioden er konsistent for alle grupper av sykmeldte, uavhengig av hvor lang sykepengeperiode de har rett til.

Videre finner Nossen og Brage at sannsynligheten for friskmelding fra omkring 9 måneders sykefravær og ut sykepengeperioden har økt betydelig de siste årene. Dette kan forklare hvorfor færre personer nå bruker opp sine sykepengeperioder. De påpeker også at flere nå friskmeldes rundt tidspunktet for dialogmøte 2. Dialogmøtet ble innført i 2007.

Når det gjelder ulike diagnosegrupper, finner de store forskjeller i sannsynligheten for friskmelding. Personer med akutte infeksjonssykdommer og skader friskmeldes raskest, mens det tar betydelig lengre tid for personer med kreftsykdommer og alvorlige psykiske lidelser.

IA-faggrupperapporten viser til en analyse som viser at det er stor utskifting i hvem som har legemeldt sykefravær fra år til år. I løpet av en seksårsperiode har 65 prosent av alle arbeidstakere minst ett sykefraværstilfelle. Halvparten av arbeidstakerne med legemeldt sykefravær var ikke sykmeldt året før. Av de om lag 1,3 mill. som hadde legemeldt sykefravær i 2010 og 2011, var i underkant av en tredel sykmeldt en periode begge år.

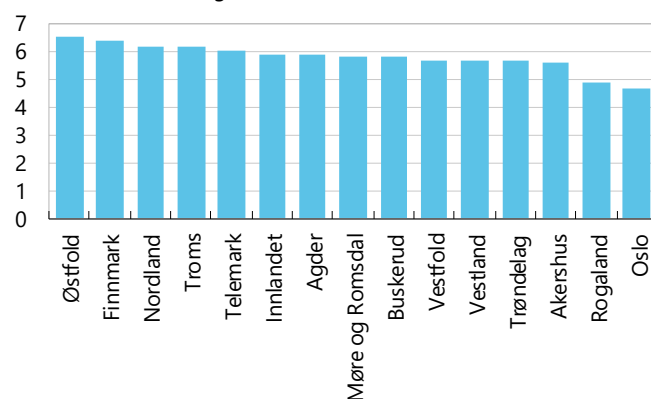
I faggrupperapporten framheves det også at det i løpet av ett år bare er om lag elleve prosent av arbeidstakerne som står for 80 prosent av de tapte dagsverkene. Andelen som står for 80 prosent av sykefraværet øker til 17 prosent over en treårsperiode, og over 20 for en seksårsperiode. Selv om personer med mange sykefravær varierer fra år til år, er det noen fellestrekk. Gravide og eldre har generelt høyere fravær enn andre grupper.²¹

Sykefravær regionalt

Det er nokså små forskjeller i hvordan det legemeldte sykefraværet fordeler seg regionalt. Oslo og Rogaland lå lavest, med sykefravær på henholdsvis 4,7 og 4,9 prosent i fjor, mens Østfold lå høyest, med 6,5 prosent av avtalte dagsverk. De øvrige tolv lå i området 5,5-6,5 prosent.

Norge: Legemeldt sykefravær

Prosent av avtalte dagsverk, 2023.

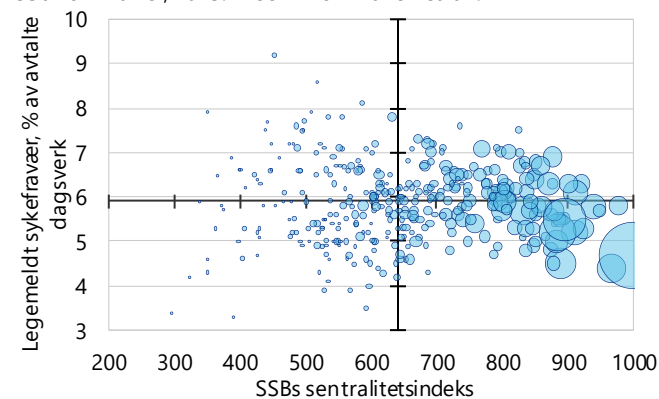


Kilde: Statistisk sentralbyrå / NHO

Variasjonene er mye større mellom kommunene, fra drøyt 3 prosent til over 9 prosent. Figuren nedenfor viser at det er liten eller ingen sammenheng mellom kommunens størrelse og/eller sentralitet og nivået på sykefraværet i kommunen. På kommunalt nivå vil tilfeldigheter i større grad spille inn, særlig i de mindre kommunene, men også faktorer som næringssammensetning, utdanningsnivå, holdninger, også videre. Blant de større kommunene med innbyggertall fra rundt 10 000 innbyggere og oppover er spredningen mindre, men også blant disse varierer sykefraværet en del, fra rundt 4,5 prosent til 7,5 prosent i flertallet av dem.

Sykefravær og sentralitet/befolkning

356 kommuner, 2023. Akser = kommunemedian.*



Kilde: Statistisk sentralbyrå / NHO

*Sirkelens omkrets angir befolkningsstørrelse

C: Forhold som kan påvirke sykefraværet

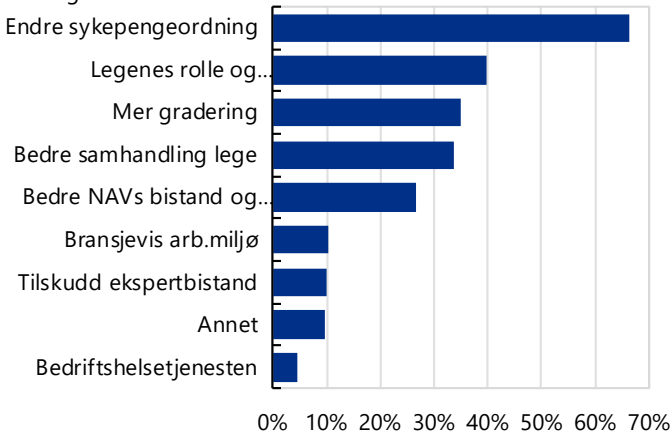
I en fersk meningsmåling svarte NHO-bedriftene at de tre viktigste tiltakene for å redusere langtidsfraværet er endret sykepengeordning, vurdere legenes

²¹ Brage, Søren, Kann, Inger Cathrine og Thune, Ola (2013) «Er det slik at få individer står for det meste av sykefraværet?». Arbeid og velferd, 3/2013. Arbeids- og velferdsdirektoratet.

rolle og mer gradering av sykefraværet. Bedre samhandling med lege kom på fjerdeplass og bedre bistand og samhandling med NAV på femte plass. 10 prosent rangerte bransjevise arbeidsmiljøtiltak som ett av tre viktigste tiltak, mens 5 prosent etterlyste mer bistand fra bedriftshelsetjenesten. Svarprosenten om bedriftshelsetjenesten bør ses i lys av at alle medlemmer har svart, men bare 58 prosent av de sysselsatte jobber i virksomheter med bedriftshelsetjeneste. Det er derfor trolig at flere av medlemmene som har svart ikke har tilgang til en slik tjeneste. Vi gjennom hvordan hvert av disse områdene kan påvirke sykefraværet. Bedriftens oppfølging av den sykemeldte blir diskutert i den internasjonale delen, hvor man sammenligner det norske oppfølgingsregimet opp mot andre oppfølgingsregimer i andre land.

Viktigste tiltak mot langtidssykefravær

3 viktigste tiltak



Kilde: NØB september 24

Ulik kompensasjonsgrad kan bidra til høyt sykefravær

Fra figuren i avsnittet om IA-avtalen, ser det ut til å være en samvariasjon mellom arbeidsledighetsprosenten og andelen ikke-sysselsatte, mens det ser ut til å være en negativ sammenheng mellom arbeidsledighet og sykefravær. Fevang m.fl. (2020) finner det samme mønstret, dvs. at andelen ikke-sysselsatte har holdt seg ganske stabil de siste 25 årene,

men den varierer noe med konjunktorene.²² En annen studie viser at reduksjon i etterspørselen har negativ effekt, slik at bruken av helserelaterte trygdeytelser øker (Andersen m.fl., 2019).²³

Det er framsatt flere forklaringer til at sykefraværet varierer med konjunktorene. For det første kan mangel på arbeid i seg selv medføre at individer blir syke. En annen forklaring er at individer må gå på jobb i en høykonjunktur, slik at de smitter flere noe som gir høyere sykefravær, se Pichler (2015).²⁴ Enkelte hevder også at høy arbeidsledighet kan bidra til at individer er mer redd for å miste jobben og dermed har mindre sykefravær. I tillegg kan sammensetningen av arbeidstakere føre til at færre med helseproblemer jobber i lavkonjunkturer, slik at fraværet blir lavere.

I tillegg kan ulik kompensasjonsgrad mellom ulike ordninger og høyere stønad for sykepenges og arbeidsavklaringspenger, innebære at helserelaterte ytelser er det som gir høyest kompensasjon for de som ikke finner jobb. I tillegg er opptjeningstiden kortere enn for dagpenger. Dermed gir helserelaterte ytelser høyere og mer varig inntekt enn dagpenger²⁵, og for personer uten rett til dagpenger, vil det i mange tilfeller være det eneste alternativet til inntektssikring utenom økonomisk sosialhjelp. Fevang m.fl. (2017) viser at en høyere stønad kan føre til lavere sannsynlighet for at mottakere av midlertidig helserelaterte ytelser kommer i jobb.²⁶ Sissettingsutvalget fase 1, framhever at for saksbehandlere i NAV, kan mangelen på like gode alternative ytelser trekke i retning av å innvilge en helserelatert ytelse. Videre viser utvalget til at det kan gi besparelser for kommunen dersom marginale grupper mottar arbeidsavklaringspenger finansiert av staten framfor en kommunal ytelse (som økonomisk stønad og kvalifiseringsstønad).

I OECDs Economic Survey anbefales å redusere kompensasjonen, for å redusere utgiftene til sykepenges og uføretrygd.

²² Fevang, E., & Fevang, E. (2020). Gråsoner i arbeidsmarkedet og størrelsen på arbeidskraftreserven størrelsen på arbeidskraftreserven.

²³ Andersen, A. G., Markussen, S., & Røed, K. (2019). Local labor demand and participation in social insurance programs. *Labour Economics*, 61.

²⁴ Pichler, S. (2015). Sickness Absence, Moral Hazard, and the Business Cycle. *Health Economics*. Volume 24, Issue 6.

²⁵ Etter at minsteytelsen i arbeidsavklaringspenger for de under 25 år ble redusert fra 1.2.2020, kan dagpenger gi en høyere ytelse for enkelte.

²⁶ Fevang, E., Hardoy, I. og Røed, K. (2017). Temporary disability and economic incentives. *Economic Journal*, 127(603).

Leger og sykefravær

I OECDs Economic Survey for Norge i 2024 pekes det på at Norge har fire ganger så høye offentlige utgifter til sykepenger og uføretrygd som gjennomsnittet i OECD, og knytter dette blant annet til betydningen fastlegene har i den medisinske vurderingen. OECD foreslår dermed å få mer uavhengige medisinske vurderinger.

Det har vært omfattende forskning på legenes sykemeldingspraksis²⁷, og ikke minst hvordan dette relaterer seg til fastlegeordningen²⁸, som ble innført i 2001. Carlsen og Norheim (2003)²⁹ finner eksempelvis at denne endringen påvirket legenes sykemeldingspraksis gjennom at konkurransen mellom leger økte, pasientforventningene steg, og legen fikk mer ansvar. Dette svekket rollen deres som portvakt for trykkesystemet. Markussen & Røed (2017)³⁰ undersøkte hvordan fastlegers sykemeldingspraksis påvirkes av konkurranse og pasienttilgang. De fant at leger blir «snillere» med sykemeldinger når de mangler pasienter eller møter konkurranse fra nye fastleger. Flere pasienter gir større økonomisk gevinst, og strenge leger risikerer å miste pasienter. Brekke m.fl. (2020)³¹ finner tilsvarende at fastlønnede leger er strengere med sykemeldinger enn de som konkurrerer om pasienter.

Aakvik m.fl. (2010)³² viser at veldig lite av variasjonen i lengden på sykefravær kan tilskrives legers praksis eller forskjeller mellom kommunene, og tolker dette som at pasientens egne ønsker har mye å si. Carlsen og Nyborg (2009)³³ undersøker tilsvarende legens portvaktrolle gjennom intervjuer med et utvalg av fastleger, som rapporterer at det i stor grad var pasientens preferanser som var avgjørende

for sykemeldinger. Hoff m.fl. (2024)³⁴ intervjuer også et utvalg leger og kommer til samme konklusjon.

Gradert sykemelding

Gradert sykemelding er en kombinasjon av arbeid og sykepenger som benyttes når arbeidstakeren er delvis arbeidsufør, slik at den ansatte kan være fraværende fra jobb en del av tiden og jobbe en del av tiden. Sykemelder skal alltid vurdere muligheten for gradert sykemelding først.

Gradert sykemelding bidrar til at arbeidstaker holder kontakten med arbeidsplassen og kan få arbeidstaker raskere tilbake til jobb. Samtidig ble det trukket frem i Sysselsettingsutvalget fase 2, at ikke alle bransjer og virksomheter har like muligheter for å tilrettelegge for gradering. Dette kan blant annet være grunnet arbeidets art og kravene til utførelse.

Folkehelseinstituttet har utført en kartlegging av den empiriske forskningen om effekten av gradert sykemelding versus full sykemelding.³⁵ Resultatene tyder på at gradert sykemelding er forbundet med flere positive utfall, som høyere arbeidsdeltakelse og kortere fravær. Imidlertid understrekes det at det er begrenset med sikre konklusjoner om effektene av gradert sykemelding grunnet få kontrollerte forsøk.

Bedre samhandling mellom aktørene

Dialog og samhandling mellom aktørene er avgjørende for å få til god og effektiv oppfølging av sykemeldte arbeidstakere. Sysselsettingsutvalget fase 2, pekte på at det er rom for forbedring i sykefraværsoppfølgingen, både hos den sykemeldte, NAV, legene og hos arbeidsgiver.

²⁷ Sintef (2010). Nye norske bidrag. <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/926471/>

²⁸ EY og Vista: Evaluering av Fastlegeordningen (2019) <https://vista-analyse.no/site/assets/files/6663/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>

²⁹ Carlsen, B., & Norheim, O. F. (2003). Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian journal of primary health care*, 21(4), 209–213.

³⁰ Markussen, S. og K. Røed (2017), The market for paid sick leave, *Journal of Health Economics*, Volume 55

³¹ Brekke, K., T. H. Holmås, K. Monstad, and O. R.

Straume (2020) How Does The Type of Remuneration Affect Physician Behavior?: Fixed Salary versus Fee-for-Service, *American Journal of Health Economics* 6:1, 104-138

³² Aakvik, A., T. H. Holmås, M. Kamrul Islam (2010) Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data, *Social Science & Medicine*, Volume 70, Issue 10 <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/17078>

³³ Carlsen, B., & Nyborg, K. (2009). *The gate is open: Primary care physicians as social security gatekeepers* (No. 2009, 07). Memorandum.

³⁴ Hoff, E. H., Kraft, K. B., Moe, C. F., Nylenna, M., Østby, K. A., & Mykletun, A. (2024). The cost of saying no: general practitioners' gatekeeping role in sickness absence certification. *BMC Public Health*, 24(1), 439.

³⁵ [Effekt av gradert sykemelding vs. full sykemelding på sykefravær og arbeidstilknytning: en systematisk kartleggingsoversikt - FHI](#)

For å finne frem til hvilke muligheter arbeidstaker har til å stå i arbeid er det sentralt med god dialog mellom sykemelder, arbeidstaker og arbeidsgiver. Formålet med dialogen er ikke å gå inn i arbeidstakers sykdomsbilde, men å finne ut hvordan man kan tilrettelegge på arbeidsplassen i lys av arbeidstakers arbeidsevne.

NAV skal være en støttespiller i oppfølgingsarbeidet, vurdere om aktivitetskravet er oppfylt ved 8 ukers sykemelding, samt vurdere og gjennomføre dialogmøte 2 innen 26 uker. Formålet med dialogmøte 2 er at partene møtes til en gjennomgang av situasjonen og legge en plan for oppfølgingsarbeidet.

NHOs Arbeidsmiljøbarometer 2021/2022 undersøkte hvor nyttig bedriftene opplever kontakten med de ulike aktørene ved oppfølgingen av sykefravær.³⁶ 5 av 10 svarte at de opplevde dialogen med sykemelder som "nyttig" eller "svært nyttig", mens 6 av 10 svarte det samme om NAVs dialogmøte 2.

Arbeidsmiljø og bransjeprogram

Statens arbeidsmiljøinstitutt, STAMI, oppgir at om lag én av tre sysselsatte som rapporterer at de i løpet av det siste året har hatt minst ett sykefravær på over 14 dager, oppgir at sykefraværet helt eller delvis skyldes forhold på jobben.

Sykefravær er et sammensatt fenomen. STAMI viser til at sykefraværet påvirkes av en rekke faktorer, som sosiale, økonomiske og individuelle forhold, samt arbeidsmiljøet. Arbeidsmiljø handler om hvordan man organiserer, planlegger og gjennomfører arbeidet. STAMI har delt inn arbeidsmiljø i fire områder, psykososialt, organisatorisk, fysisk samt kjemisk og biologisk arbeidsmiljø.

STAMI lager hvert tredje år en faktabok om arbeidsmiljø og helse. De peker på at data for arbeidsrelasjon og arbeidsrelaterte plager er mangelfulle og sistnevnte er selvrapportert. I 2021 svarer de sysselsatte at de den siste måneden har:

- Syv av ti sysselsatte hatt muskel- og skjelettplager. Andelen har økt svak de siste tjue årene. Andelen sysselsatte med arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager er 38 prosent.

- 22 prosent rapporterer om psykiske plager siste måned, en andel som har gått opp de siste ti årene. Hver tiende sysselsatt rapporterer om psykiske plager som de helt eller delvis mener skyldes forhold på jobben.
- 5 prosent oppgir luftveisplager. Andelen er stabil de siste 5-10 årene. Arbeidsrelaterte plager utgjør om lag 1 prosent.
- 13 prosent oppgir hudplager, noe som er på samme nivå som for tjue år siden. Andelen med arbeidsrelaterte hudplager er 3 prosent.
- 18 prosent av de sysselsatte opplevde øresus eller nedsatt hørsel. Andelen sysselsatte med arbeidsrelaterte plager er 5 prosent. Det er en økning i selvrapportert nedsatt hørsel, men objektive målinger viser at færre sysselsatte har nedsatt hørsel nå enn for tjue år siden.

I faktaboken viser de også at det har vært en nedgang i både dødelige og ikke-dødelige arbeidsskader de siste 15–20 år. Andelen med fraværsskade siste år er om lag 1,5 prosent.

Ifølge STAMI er ni av ti sysselsatte fornøyde med jobbene sine. Likevel konstaterer STAMI også at om lag en tredjedel av fraværet er relatert til arbeidsmiljøfaktorer. Det er ulike faktorer i ulike næringer. Det nasjonale systemet for overvåkning av arbeidsmiljø og helse (NOA) skal med utgangspunkt i forskning kontinuerlig utvikle indikatorer for å skildre tilstand og utvikling av arbeidsmiljøet.

Arbeidsmiljøetsatsningen i IA-avtalen har blant annet bestått av utvikling av konkrete verktøy som En bra dag på jobb og Arbeidsmiljøhjelpen.³⁷ Så langt er det utviklet verktøy for 26 bransjer, som er tilgjengelige på Arbeidsmiljøportalen.³⁸ Se boks om bedriftseksempler. Veilednings-, informasjons- og tilsynsarbeidet fra myndighetene har også økt.

For å støtte opp under de nasjonale målene om redusert sykefravær og frafall fra arbeidslivet har partene selv pekt ut enkelte bransjer som har særlig potensial for å redusere sykefravær og frafall. For disse utvalgte bransjene er det opprettet bransjeprogrammer med formål om å utvikle og prøve ulike bransjeredde tiltak innenfor de valgte satsningsområdene:

³⁶ [nhos-arbeidsmiljobarometer-2021_2022.pdf](#)

³⁷ Nettside for nærmere omtale <https://enbradag-pajobb.no/> og <https://arbeidsmiljohjelpen.arbeidstilysnet.no/>

³⁸ <https://www.arbeidsmiljoportalen.no/>

forebyggende arbeidsmiljøarbeid og oppfølging av lange og/eller hyppige gjentakende sykefravær.

Bransjene som er utvalgt i siste IA-periode er barnehage, næringsmiddelindustrien, bygg og anlegg, persontrafikk og rutebuss, sykehjem, sykehus, og leverandørindustrien til olje- og anleggsnæringen. Se nærmere omtale av bransjeprogrammet for industrien samt bygg og anleggsnæringen i boksene under.

Bransjeprogram i industrien

225.000 mennesker jobber i industrien i Norge og over halvparten i Norsk Industri. Om lag 50 prosent jobber som operatører, noe som ofte innebærer tungt fysisk arbeid og fysisk tilstedeværelse. Ingeniører, arbeidsledere og funksjonærer utgjør omtrent 40 prosent av de ansatte.

Viktigste arbeidsmiljørisiko er hyppig omstilling, støy, støv og kjemikalier, eksponering for risikabelt arbeidsmiljø (store maskiner, arbeid i høyden og tunge kjøretøy). Det viktigste årsakene til sykefravær muskel og skjelettplager og lettere psykiske plager, se nærmere omtale av arbeidsmiljoportalen.no.

Norsk Industri har prosjektledelsen for IA-bransjeprogrammet til leverandørindustrien til olje- og gassnæringen. Til sammen deltar 21 bedrifter i programmet. Sykefraværsutfordringene i bransjen ligner på dem man finner i andre bransjer, og utprøving av tiltak i regi av bransjeprogrammet har i stor grad rettet seg mot psykososiale forhold, fysiske faktorer (ergonomi, vibrasjoner, kuldepåvirkning, mm.) og kjemiske faktorer (gass, damp, olje, mm.). Fokus på bedre ledelse, spesielt på "førstelinjenivå" har vært viktig og det har bl.a. blitt utviklet et eget basisprogram i ledelse (i samarbeid med IA-NHOs andre bransje-program) og et eget HMS opplæringsprogram for arbeidsledere. Basisprogrammet i ledelse er også tatt i bruk av Nav sine arbeidslivsentre over hele landet og tilbys således bedrifter innenfor en rekke bransjer.

Utfordringer knyttet til dysleksi har blitt løftet frem av en rekke arbeidstakerorganisasjoner og bedrifter og det er derfor gjennomført et pilotprosjekt med 8 større industribedrifter. Prosjektet har bidratt til større åpenhet og forståelse for vanskene dyslektikere sliter med og viktigheten av å forenkle tekst, bruke mer piktogrammer med mer. Det etableres derfor i løpet av høsten 2024 et større prosjekt som kalles "Dysleksivennlig Arbeidsplass". Prosjektet har støtte både fra NHO og LO og vil i første omgang finansieres gjennom midler fra IA-bransjeprogrammet.

Bransjeprogrammet bygg og anlegg

Bygg- og anleggsnæringen omfatter om lag 63 000 bedrifter og sysselsetter om lag 235 000. Ved avslutning av innværende IA-avtale i desember 2024 vil over 100 tiltak være gjennomført og godt over 200 bedrifter innen denne næringen har medvirket.

Gjennomsnittlig, legemeldt sykefravær i bygg og anlegg er om lag 5 prosent, med en svakt økende tendens de siste årene. Tapte årsverk utgjør om lag 10 000 - noe lavere i bygg enn i anlegg. Nærmere 50 prosent av sykefraværet er relatert til muskel- og skjelettplager.

Bygg og anlegg er en næring med mye fysisk tungt arbeid. Mest utfordrende er arbeid over skulderhøyde, arbeid på huk/knestående eller med framoverbøyd overkropp, vibrasjoner og ikke minst tunge og ubekvemme løft. Ansatte i bygg og anlegg har større risiko for å bli utsatt for ulykker enn mange andre yrkesgrupper.

Gjennom bransjeprogrammet har flere prosjekter vist at det er mulig å planlegge bort risiko for ulykker så vel som helseskader knyttet til støy, støv, vibrasjoner og belastende arbeidsposisjoner.

Det er også utviklet et lederutviklingsprogram «Basisprogram i ledelse» for bransjene Norsk Industri, NHO byggenæringen og NHO Mat og drikke. Det er også utviklet et program for forebygging og mestring av muskel- og skjelettplager, «Bygg Rygg».

STAMI har gjennomført en omfattende arbeidsmiljøkartlegging for de utvalgte bransjene i IA-avtalen i to rapporter.³⁹ Rapportene har avdekket at det er betydelige variasjoner i risikofaktorer for ulike bransjer. Se eksempler på ulike risikofaktorer i bedriftseksempelene under.

Blant norske virksomheter er det blandede erfaringer med effekten av tiltak rettet mot det psykososiale arbeidsmiljøet. I SINTEFs kartlegging svarte kun 20 prosent av virksomhetene at slike tiltak hadde redusert sykefraværet.⁴⁰ Samtidig svarte over

halvparten (59 prosent) at de var usikre på sammenhengen og at det var vanskelig å vurdere effekten på sykefraværet (SINTEF, 2022). Det var også en forskjell mellom virksomheter som har mottatt bistand fra eksterne, og virksomheter som ikke har mottatt bistand. De eksterne kunne være fra bedriftshelse-tjenesten, NAV Arbeidslivssenter, Arbeidstilsynet eller andre. Blant de som hadde mottatt bistand fra eksterne svarte 56 prosent at tiltakene hadde bidratt til redusert sykefravær mens 44 prosent svarte at det ikke hadde bidratt til redusert sykefravær. Blant de som ikke hadde mottatt bistand fra eksterne var erfaringene motsatt og kun 32 prosent svarte at tiltakene hadde redusert sykefravær, mens 68 prosent svarte at de ikke hadde bidratt til redusert sykefravær (SINTEF, 2022).

Bedriftseksempel: Nortekk

Hva gjør du når sykefraværet er over 11 prosent? Med 66 ansatte innebar det at bedriften manglet 6-7 personer på jobb hver dag.

Nortekk er en takentreprenør og har ansatte innen yrker som service, tømmer, taktekker og blikkenslageravdeling og administrasjon. Yrkene er utsatt for slitasje og belastning, særlig rygg, knær og skuldre.

Ledelsen i samarbeid med hovedverneombud og tillitsvalgte startet opp et internt prosjekt, kalt FRISKUS med støtte fra bransjeprogrammet. Det ble fastsatt et felles mål for å redusere sykefraværet gjennom forebyggende tiltak. Bruk av «Bygg Rygg» for alle ansatte var en sentral del av FRISKUS-prosjektet, og i 2023 deltok ledere og nøkkelpersoner i tillegg på «Basisprogram i ledelse».

I fra 2021 til 2022 ble sykefraværet redusert fra 11,3 til 6,8 prosent og ytterligere ned til 6,2 prosent fra 2022 til 2023. De ansatte kommer kjøpere tilbake i jobb etter sykefravær, flere har jobbet gradert eller tilrettelagt enn tidligere.

³⁹ [Kartlegging av arbeidsmiljøforhold i IA-bransjeprogram - STAMI](#) og [Kartlegging av arbeidsmiljøforhold i IA-bransjeprogram. Andre rapport - STAMI](#)

⁴⁰ <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/sintef-rapport-kartlegging-psykososialt-arbeidsmiljoarbeid-fou-2021-15.pdf>

Bedriftseksempel: Backe Sør (tidl. Kruse Smith)

Backe Sør er en totalentreprenør innen bygg og har om lag 125 ansatte, og hadde et stigende sykefravær før 2020.

Sykefraværet ble grundig kartlagt i 2020. Kartleggingen viste at de unge var overrepresentert i skadestatistikken. Det ble videre avdekket av det var primært utfordringer i forhold til langtidsfravær, og at muskel-/skjelettplager og lettere psykiske plager var årsaken til fraværet.

Ledelsen, HR, hovedverneombud, tillitsvalgt og bedriftshelsetjenesten, ble enige om å igangsette tiltak spesielt rettet mot de unge i bedriften. Målet var at de ansatte skulle få forståelse av hvorfor det er viktig å forebygge, og kjenne til hva de selv kan gjøre for å forebygge fysiske og mentale plager.

Kruse Smith fikk støtte fra IA Bransjeprogram for bygg og anlegg til å utvikle og gjennomføre eget opplegg for de 30 ansatte under 26 år høsten 2022. «Ung i Kruse» ble gjennomført med 3 fysiske temasamlinger. Samlingene satte fokus på muskel- og skjelettplager, mental helse, søvn, rus/spill og kosthold.

Resultatet er at de unge arbeidstakerne har fått et lavt korttids- og langtidsfravær etter prosjektet i 2022.

Bedriftseksempel Backe Stor-Oslo

Backe Stor-Oslo AS er en entreprenørbedrift med om lag 100 medarbeidere. Bedriften driver med nybygg og rehabilitering for offentlige og private utbyggere i Oslo, Bærum, Asker, Drammen og Kongsberg.

Backe Stor-Oslo fikk i 2023 støtte fra bransjeprogrammet for bygg og anlegg til å undersøke hvorvidt orden og ryddighet på byggeplassen har innvirkning på HMS. Backe Stor-Oslo ønsket å jobbe mer målrettet med å forebygge muskel- og skjelettplager blant sine håndverkere.

Skadestatistikken viste at overtråkk var den vanligste årsaken til skader med behov for tilrettelagt arbeid. Årsakene til overtråkkene viste seg å være at ansatte enten benyttet en uoffisiell snarvei som ikke ble vedlikeholdt eller at det lå materialer, rot eller utstyr i gangbaner. Det var også årsaken til at en betongarbeider brakk et ben da han gikk av lasteplanet etter lossing av en bil. Betongarbeideren fikk nye arbeidsoppgaver i rehabiliteringsperioden, og fikk en nøkkelrolle i prosjektet som bindeledd mellom prosjektledelsen og de som utførte arbeidsoppgavene ute.

Backe Stor-Oslo prøvde ut følgende tiltak:

- Tydelig markerte gangsoner innendørs og utendørs, med minimalt med nivåforskjeller
- Markering av lagringsplasser
- Ryddige arbeidssoner slik at de ansatte til enhver tid skal ha plass til å velge den beste ergonomiske løsningen
- Legging av provisorisk strøm i dekkerør i gulvet (ytterligere kabler henges opp for å unngå snublefeller).

Bedriften erfarte at når byggeplassen ble ryddig og gangsoner er ivaretatt, så var det lettere å se og forebygge andre HMS- og kvalitetsavvik. Det er kostbart med oppfølging og vedlikehold av byggeplassen, men konklusjonen ble at slike investeringer kan være lønnsomt på sikt gjennom færre uhell, høyere effektivitet og god trivsel. Dette ble også bekreftet av underentreprenørene.

Tilskudd til ekspertbistand

Tilskudd til ekspertbistand ble innført som et nytt virkemiddel i IA-avtalen i 2019. Ordningen gir arbeidsgivere økonomisk støtte til å engasjere en ekstern ekspert på sykefravær og arbeidsmiljø som skal bistå i å avklare årsaker til sykefravær, samt foreslå tiltak for å få arbeidstaker tilbake i arbeid. Bistanden gis i enkeltsaker der en arbeidstaker har lange og/eller hyppig gjentakende fravær.

Den siste evalueringen av ordningen viser en betydelig økning i bruken av ordningen siden den ble innført i 2019, men at det noe variasjon i bruk på tvers av fylker og bransjer.⁴¹ De fleste arbeidsgivere og arbeidstakere som har benyttet ordningen er fornøyde, og opplever at ekspertbistanden har bidratt til å avklare situasjonen og finne løsninger. Det trekkes også frem at ordningen har flere viktige bieffekter, blant annet å styrke arbeidsgivers arbeidsmiljøkompetanse og "ikke-målbare" virkninger som å styrke den ansattes håndtering av sin helhetlige livssituasjon.

Holdninger til fravær på jobben

Med en forholdsvis frisk befolkning og høy kvalitet på helsetjenestene er det et paradoks at sykefraværet vokser i Norge og er svært høyt i internasjonal sammenheng. Sandman-utvalget (2000) diskuterte holdningene til sykefravær som en av de aktuelle faktorene som kunne forklart endringer i sykefravær over tid. Utvalget viser til den omfattende litteraturgjennomgangen i Olsen og Mastekaasa (1997)⁴², som konkluderer med at de fleste undersøkelser finner en sammenheng mellom fraværskultur og fraværshnivå.

Senere artikler peker i samme retning. Eksempelvis viser Hellevik m.fl. (2019)⁴³ med utgangspunkt i norske tall at kjønnsforskjellene i sykefraværet delvis kan forklares med forskjeller i holdninger. Løset

(2022)⁴⁴ finner imidlertid ikke en slik sammenheng. Relatert er også funnet i Rege m.fl. (2007)⁴⁵ om at det er en stor smitteeffekt av uførepensjoner. De finner at om uføreforekomsten øker med en prosent i omgivelsene, så gir det en 0,5 prosents økning i sannsynligheten for at en person blir ufør de neste fire årene. Kann m.fl. (2013)⁴⁶ sammenligner utviklingen i samlet sykefravær og antall personer som bruker opp sykepengere rettighetene sine. De konkluderer med at det er en relativt stor gruppe blant de langtidssykemeldte som befinner seg i en gråsoner der også andre mekanismer enn selve helsetilstanden spiller inn.

Dale-Olsen og Markussen (2010)⁴⁷ studerer utviklingen i sykefravær på grunn av brudd og forstuinger. Dette er objektive lidelser der behandlingskvaliteten ikke bør være dårligere over tid. Imidlertid finner de at varigheten per tilfelle økte betydelig mellom 1995 og 2005.

Markussen og Røgeberg (2012)⁴⁸ viser at personer eksponert for større livshendelser hadde oftere og mer sykefravær i 2003 enn i 1993, og at dette kan være en av faktorene som kan forklare noe av doblingen i sykefraværet i det tiåret. De tilskriver noe av denne forskjellen til endrede holdninger hos arbeidstagere og/eller leger rundt fravær som ikke er medisinsk begrunnet. Det er uvisst om utviklingen har fortsatt etter dette.

I Sandman-utvalget vises det også til at lite er kjent om utviklingen av holdninger over tid. Siden 1995 har imidlertid Norsk Monitor samlet ulike data om holdninger til sykefravær. Den nyeste undersøkelsen, med 2023-tall, ble publisert i august og har en rekke funn som gir grunn til ettertanke.

Det er et stort avvik mellom hva som gir rett til sykefravær i henhold til folketrygdloven og folkets hold-

⁴¹ [Evaluering av tilskudd til ekspertbistand - nav.no](#)

⁴² Olsen, K. og A. Mastekaasa (1997) Forskning om sykefravær: En oppsummering og vurdering av perioden 1980-96, *Volum 93: Volum 97 av Rapport, Institutt for Samfunnsforskning*

⁴³ Hellevik, T., Hellevik, O., & Østbakken, K. M. (2019). Kan det godtas å være hjemme fra jobben selv om en strengt tatt er frisk nok til å gå? Kjønnsforskjeller i synet på «uberettiget» sykefravær. Søkelys på arbeidslivet, 36(1-2), 79-99.

⁴⁴ Løset, G. K. (2022). Sickness absence and the role of personality, human values and attitudes: Experimental and longitudinal studies.

⁴⁵ Rege, M., Telle, K., & Votruba, M. (2012). Social interaction effects in disability pension participation: evidence from plant downsizing. *The Scandinavian Journal of Economics*, 114(4), 1208-1239.

⁴⁶ Kann, I. C., Thune, O., & Galaasen, A. M. (2013). Gir lavere sykefravær færre på langtidsytelser?. *Arbeid og velferd*, 3, 39-48.

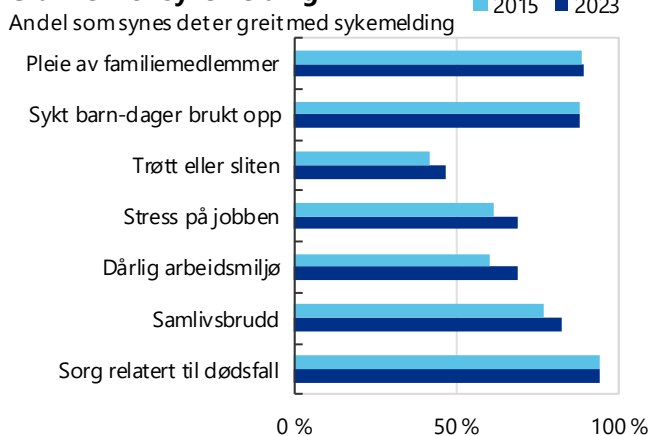
⁴⁷ Dale-Olsen, H., & Markussen, S. (2010). Økende sykefravær over tid? - Sykefravær, arbeid og trygd 1972-2008. *Søkelys på arbeidslivet*, 27(1-2), 105-121.

⁴⁸ Markussen, S., & Røgeberg, O. (2012). Sykefravær rundt større livshendelser. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.

ninger til hvilke situasjoner som kvalifiserer til fravær. Resultatene fra 2023-undersøkelsen viser at det er stor aksept for sykefravær knyttet til sosiale årsaker, som eksempelvis sorg, samlivsbrudd eller dårlig arbeidsmiljø, jf. figuren under. Dette er også kjent fra tidligere undersøkelser (Holbækk-Hanssen 2019)⁴⁹, men avviket vokser over tid. I en undersøkelse fant OsloMet at en stor del av arbeidsfraværet blant de som tar seg av eldre foreldre, er gjennom bruk av sykepengeordningen.⁵⁰

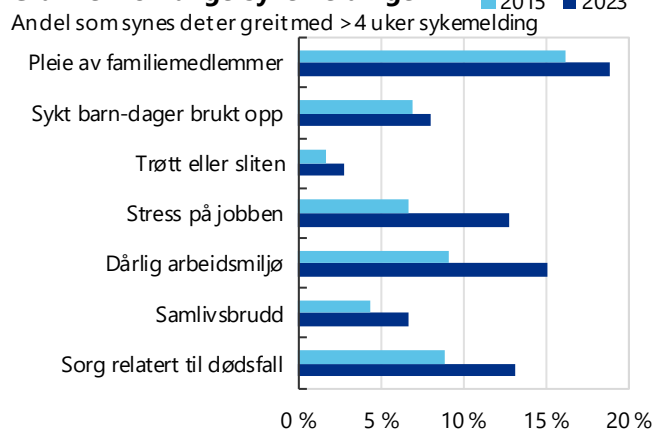
Rundt 90 prosent av respondentene i Norsk Monitor mener det er greit med sykemelding ved sorg over dødsfall til nære familiemedlemmer, ved sykt barn og når sykt barn-dagene er oppbrukt. Mer enn 80 prosent mener også det er greit med sykemelding ved samlivsbrudd. Det er også en svært stor andel av befolkningen som mener det er greit med sykemelding ved dårlig arbeidsmiljø, stress eller press på jobben eller om man føler seg trøtt eller sliten.

Grunner for sykemelding



Tallene fra Norsk Monitor viser også at en betydelig andel av befolkningen mener det er greit å ta ut lengre sykemeldinger for de ovennevnte grunnene. Dette er vel å merke sykemeldingsgrunner som i utgangspunktet ikke kvalifiserer til fravær. Hele 13 prosent mener det er greit å bli sykemeldt i mer enn fire uker ved stress eller press på jobben, og 15 prosent mener det samme er greit ved dårlig arbeidsmiljø, jf. figuren under.

Grunner for lange sykemeldinger



Siden 2015 har nesten alle disse grunnene for sykefravær blitt mer akseptert, men forskjellene er små. Den store endringen er andelen som synes det er greit med lange sykefravær. Antallet som synes det er greit med mer enn fire ukers fravær knyttet til stress på jobben, dårlig arbeidsmiljø eller om man er trøtt eller sliten, er nær doblet fra 2015.

Det er rimelig å anta at det er forholdsvis vanlig å få sykemelding for de ovennevnte årsakene, selv om det ikke er i henhold til folketrygdloven. Å kvantifisere hvor stor innvirkning dette har på sykefraværs-tallene er imidlertid vanskelig.

For denne gjennomgangen er normative spørsmål om hva som bør være sykemeldingsgrunner ikke direkte relevant. Men dersom det er omfattende sykemeldinger relatert til disse grunnene, vil det imidlertid føre til at datagrunnlaget på diagnoser vil kunne være villedende.

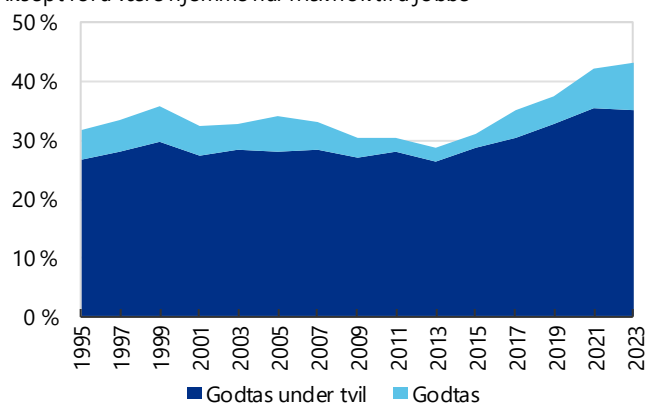
Norsk Monitor stiller også spørsmål om det kan godtas å være hjemme selv om man strengt tatt er frisk nok til å gå på jobb.

⁴⁹ Holbækk-Hanssen (2019) Holdninger til sykefravær: hva mener befolkningen? Arbeid og velferd nr.1-2020

⁵⁰ <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/hjelp-gamle-foreldre>

Holdninger til sykefravær

Aksept for å være hjemme når frisk nok til å jobbe



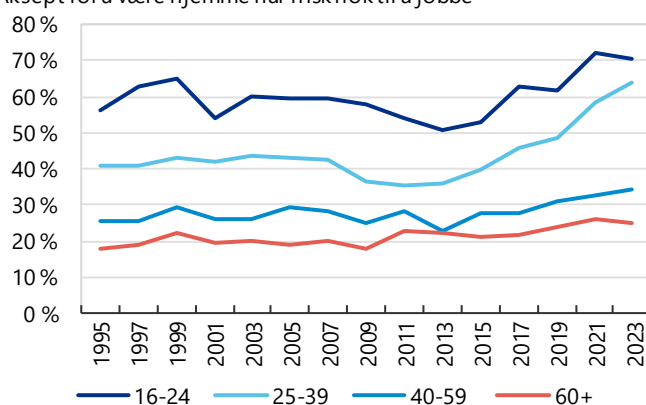
Kilde: Norsk Monitor/NHO

Over tid har holdningene til dette spørsmålet variert, jf. figuren over. Imidlertid har det vært en sterk vekst i andelen som mener at et slikt fravær kan godtas eller godtas under tvil, og de siste årene skiller seg sterkt ut i negativ retning. Noe av denne utviklingen kan kanskje forklares med COVID-19, men det var allerede en tydelig trend oppover.

Det er også interessante forskjeller på holdningene i ulike aldersgrupper. Generelt er det større aksept for slikt fravær i de yngre aldergruppene. Hele 21 prosent i alderen 15-24 mener det kan godtas med sykefravær selv om man strengt tatt er frisk nok til å jobbe. Til sammenligning mener kun fire prosent i aldergruppen 40-59 år det samme og kun en prosent for 60+. Den tydeligste utviklingen er imidlertid i aldersgruppen mellom 25-39, jf. figuren under.

Holdninger til sykefravær etter alder

Aksept for å være hjemme når frisk nok til å jobbe



Kilde: NAV/NHO

Andelen i denne gruppen som mener slikt sykefravær kan godtas eller godtas under tvil har økt fra 40 prosent i 1995 til 62 prosent nå.

Vi har ikke analysert hvor mye av holdningsendringene som er en generasjonseffekt, eller om det kan kobles til mer tidsspesifikke omstendigheter. Der som generasjonsfaktoren er stor, altså at yngre generasjoner i stor grad beholder holdningene sine gjennom yrkeslivet, må vi forvente en betydelig endring av holdningene i årene fremover. Det er sannsynlig at dette også kan ha en påvirkning på faktisk fravær.

Sykepengesom forsikringsordning

Sykepengeordningen i Norge fungerer som en forsikringsmekanisme mot inntektstap ved sykdom. Fra forsikringsteori vet vi at forsikringer kan påvirke adferden til de forsikrede gjennom det som kalles "moralsk hasard". Når en person er forsikret mot en hendelse som kan påføre økonomisk tap, kan forsikringen svekke insentivene til å unngå at hendelsen skjer og til å begrense omfanget av tap når hendelsen allerede har inntruffet. Det er en av årsakene til at forsikringer normalt har en egenandel knyttet til hendelsen.

I konteksten av sykepengeordningen betyr dette at arbeidstakere som er fullstendig dekket mot inntektstap ved sykdom, kan ha lavere motivasjon til å redusere risikoen for sykefravær eller til å raskt vende tilbake til arbeid etter sykdom. Arbeidstaker, lege og arbeidsgiver sitter på ulik informasjon og arbeidstakers arbeidsevne og om sykemeldingsvilkårene er oppfylt. Derfor vil arbeidstakerens subjektive vurdering av egen helse og arbeidskapasitet kunne spille en viktig rolle i beslutningen om sykmelding, og denne vurderingen kan påvirkes av hvorvidt det er økonomiske insentiver til å forbli sykemeldt⁵¹.

I tillegg til arbeidstakernes insentiver, påvirker også sykepengeordningen arbeidsgiveres økonomiske insentiver. I Norge dekker arbeidsgiver kostnadene for sykefravær de første 16 dagene. Dette gir arbeidsgivere et insentiv til å forebygge korttidsfravær, men ikke nødvendigvis til å redusere langtidsfravær, ettersom de bærer en mindre del av kostnadene etter denne perioden.

⁵¹ For en oversikt over empirisk litteratur om økonomiske insentiver og sykepengeordningen, se Grasdahl, A. L. (2016). *De helserelaterte trygdeytelsene: Betydningen*

av økonomiske insentiver og samspill mellom trygdeordninger. Tidsskrift for velferdsforskning, 19(2), 102–124.

Helsekøer

Det norske samfunnet er bygd opp med et sett med ulike institusjoner og ordninger som har utviklet seg over tid. I stort kan det sies at den måten vi har organisert oss på i Norge, omtales som den norske modellen (NOU 2021: 2). Den norske modellen kan sterkt forenklet beskrives gjennom tre grunnpillarer: et organisert arbeidsliv, økonomisk styring og brede offentlige velferdsordninger (Dølvik et al., 2014) (NOU 2021: 9).

Tilgang til helse- og omsorgstjenester står helt sentralt i tilbudet av velferdsordningene i Norge. Det norske helsesystemet har vært kjennetegnet av at det har vært et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Alle skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Normalt vil prisen på en tjeneste bestemmes i et marked der tilbud er lik etterspørsel. Helse- og omsorgstjenester er imidlertid i hovedsak finansiert av det offentlige, og tilbudet av helse- og omsorgstjenester bestemmes ut fra hvor mange tjenester som kan leveres til gjeldende budsjett.

Etterspørselen blir på den andre siden bestemt av innbyggerne, men siden de i liten grad betaler for tjenestene, utover relativt lave egenandeler, vil etterspørselen i regel være høyere enn tilbudet.⁵² Som helsepersonellkommisjonen påpeker, vil et økt tilbud av helse- og omsorgstjenester nesten automatisk utløse en tilsvarende etterspørsel etter de samme tjenestene.

Tilbudet av helsetjenester bestemmes ut ifra sykdommens alvorlighetsgrad. Dersom alle sykdommer rangeres etter alvorlighetsgrad, vil det individet som har det mest alvorlige sykdomsforløpet få helsehjelp først. Rangeringen er uavhengig av om du er i jobb eller ikke. I Norge mottar man livsnødvendig helsehjelp og blir prioritert opp mot andre som har behov for helsehjelp i det offentlige helsevesenet.

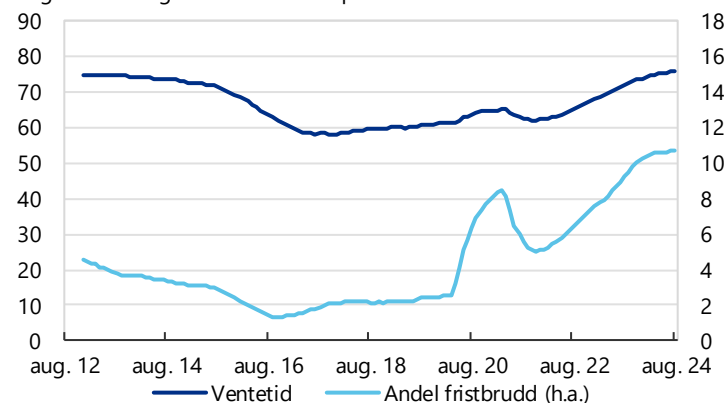
⁵² Helsepersonellkommisjonene viser til at den enkelte dekker en egenandel for konsultasjoner og inngrep for helsetjenester inntil i overkant av 3 000 kroner i året per person, deretter får man et frikort som gjør at ytterligere helseutgiftene det kalenderåret blir kostnadsfrie. For kommunale omsorgstjenester er det ulike ordninger av-

Det vil nesten alltid eksistere en høyere etterspørsel enn tilbudet av helse- og omsorgstjenester. I en registerdataanalyse om sykefravær og frafall fra arbeidslivet for perioden 2010–2018, gjennomført av NORCE, viste resultatene blant annet at redusert ventetid har en sterk effekt på sykefraværet for de som er sykemeldt med somatiske diagnoser. Videre er én dag lengre ventetid forbundet med 0,73 dager lengre sykefravær og 0,2 prosentpoeng lavere sannsynlighet for å være i jobb året etter sykmeldingen for utvalget samlet. Resultatene viste på den annen side ingen effekt av ventetid for de med psykiatriske diagnoser. Årsaken til ulik effekt av ventetid avhengig av diagnose er forbundet med usikkerhet, men det blir i rapporten pekt på at det kan skyldes trekk ved behandlingsforløpene og kontakt med/opphold på sykehus.⁵³

Statistikk fra Norsk pasientregister viser at ventetiden før påbegynt somatisk behandling har økt de senere årene, jf. figuren under, fra rundt 60 dager i perioden 2016–2021 til 76 dager i 2024. Samtidig har andelen fristbrudd for de som får påbegynt behandling økt mye, fra rundt 2 prosent før pandemien til i underkant av 11 prosent det siste året.

Påbegynt somatisk behandling

Dager ventet og andel fristbrudd i prosent. 12mnd snitt



Kilde: Norsk pasientregister / FHI / NHO

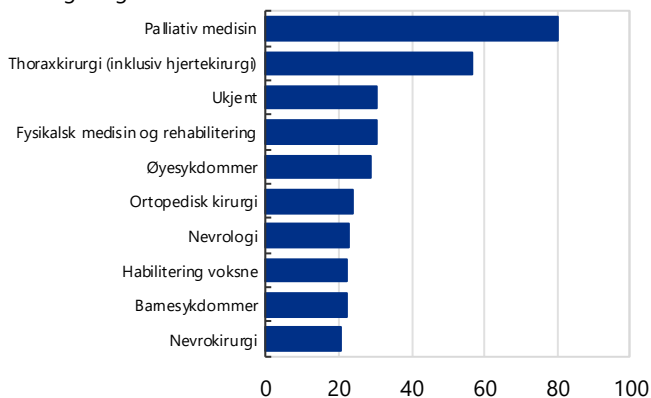
Fra tredje tertial 2019 til tredje tertial i fjor økte ventetiden før påbegynt behandling for 38 av 47 somatiske fagområder, og for 32 av disse med mer enn en uke. Figuren nedenfor viser de ti fagområdene med størst økning i ventetid de siste fire årene.

hengig av typen tjeneste. Helsepersonellkommisjonen viser til at hjemmesykepleie og stell for egenomsorg er kostnadsfrie, men at kommunene står fritt i å ta en andel av brukerens pensjon for langtidsopphold på institusjon.⁵³ Holmås, T. H., Monstad, K & Rydland, H.T. (2024). Registerdataanalyse – sjukefravær og fråfall frå arbeidslivet. Rapport 28-2023 Helse og samfunn. NORCE.

Størst er økningen innenfor palliativ medisin, hvor ventetiden økte med mer enn 80 dager, deretter følger thoraxkirurgi (behandling av kirurgiske sykdommer i brysthulen og brystveggen) hvor økningen var 56 dager. Medianøkningen for alle de 47 fagområdene var 10 dager. Generell indremedisin og allergologi hadde størst nedgang i ventetid, med hhv. 24 og 12 dager.

Påbegynt somatisk behandling

Økning i dager ventet 3. tert. 2019-2023

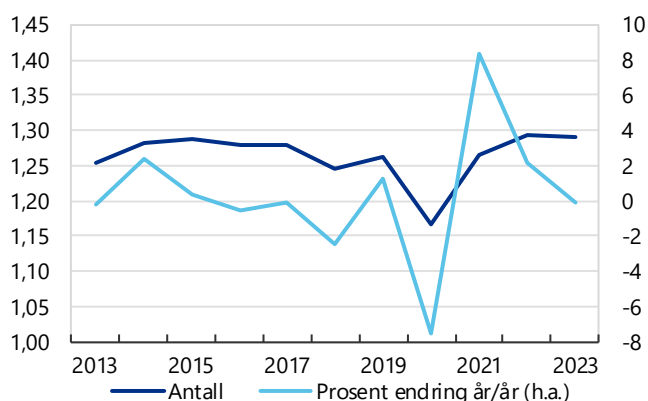


Kilde: Norsk pasientregister / FHI / NHO

En årsak til økte ventetider er trolig pandemirelatert, jf. figuren under. I pandemiens første år ble en del utredninger og behandlinger utsatt, og året etter fikk en forholdsvis stor økning i antall henvisninger med påfølgende økte køer. De to siste årene har det også blitt henvist i underkant av 30 000 flere pasienter til somatisk behandling enn i 2019. Også andre faktorer kan ha spilt inn, slik som ordningen for fritt behandlingsvalg som ble innført i 2015, men avviklet fra med 2023.

Somatisk behandling: Nye henvisninger

Millioner.



Kilde: Norsk pasientregister / FHI / NHO

I tillegg til de direkte personlige belastningene for pasientene, har lengre ventetider konsekvenser ved

at sykemeldinger blir lengre enn de ellers ville vært for sykdommene og tilstandene som gjør at en ikke kan arbeide. I tillegg kan lengre ventetider medføre at sykdommer forverrer seg. Det kan både skape behov for sykemeldinger det ellers ikke ville vært behov for, og at sykemeldinger i forkant og etterkant av behandlinger blir lengre enn de ellers ville vært.

Bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjeneste (BHT) er en rådgivende tjeneste som skal bistå arbeidsgivere og arbeidstakere med det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomhetene. Formålet med tjenesten er å forebygge sykdommer, skader og psykiske belastninger på arbeidsplassen. Målet er økt arbeidsdeltakelse og å hindre utstøting fra arbeidslivet. SSB oppgir at 58 prosent jobber i en bedrift med lovpålagt bedriftshelsetjeneste.

Oslo Economics fant i 2018⁵⁴ at en BHT-ordning med BHT-er som fungerer etter beste praksis medfører en kostnad på 2,5 mrd. kroner og gir nyttevirkninger verdsatt til 5,3 mrd. kroner. Samfunnsnyttene ble dermed 2,8 mrd. kroner.

D: Norge og utvalgte europeiske land

Det er to ulike datakilder for utviklingen i sykefraværet. Den ene er registrert NAV/SSBs statistikk som er registrert fravær delt på antall avtalte dagsverk. Denne statistikken viste et fravær på 7,1 prosent i andre kvartal (stiplet linje i figuren under). Den andre er SSBs arbeidskraftundersøkelse (AKU), som viser andelen midlertidig fraværende fra arbeidet i en gitt uke, med sykdom som viktigste fraværsgrunn. I andre kvartal var andelen 4,4 prosent. Forskjellen mellom de to statistikkene skyldes blant annet at bare personer som er fraværende hele uka telles med i AKU. I tillegg angir sistnevnte statistikk antall sysselsatte med sykefravær i prosent av alle sysselsatte i alderen 20–64 år. AKU tar derfor ikke hensyn til at sysselsatte har ulik arbeidstid.

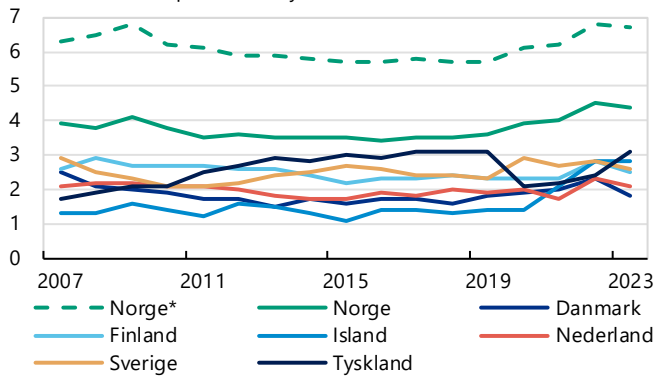
For å sammenlikne mellom land brukes AKU-tall. Disse viser at Norge har det høyeste sykefraværet blant sammenliknbare land. IA-faggrupperapporten framhever at selv om flere land hadde høyere sykefravær knyttet til pandemien i perioden 2020–2023, var det ingen som har hatt et så høyt nivå som

⁵⁴ [samfunnsnyttene-av-bedriftshelsetjenesten.pdf](#)

Norge. Og der sykefraværet i andre land, som Sve- rige og Danmark, er på vei ned, øker det altså fort- satt i Norge.

Sykefravær i utvalgte land

Ant. fraværende i pst. av alle sysselsatte



* Sykefravær justert for stillingsprosent i pst. av avtalte dagsverk (sykefraværsprosent NAV/SSB). Kilde: SSB / NAV / NHO

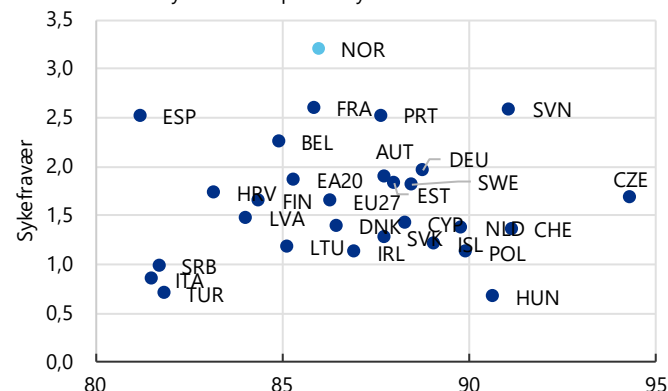
Inkludering og sykefravær

Det høye sykefraværet i Norge må vurderes opp imot at det i alle land finnes flere trygdeordninger som til dels overlapper. Trygdeordningene kan være ulikt utformet og ha ulike kvalifikasjonskrav. Norge har høyt sykefravær og en høy andel på andre helse- relaterte ytelser. Andre europeiske land kan ha flere på arbeidsledighetstrygd eller sosialhjelp, eller ha flere som forsørges av familien. Derfor er det rele- vant å også sammenligne sysselsettingsandeler.

Norges høye sysselsetting trekkes ofte frem som en forklaring på det høye sykefraværet, se (Barth et al., 2023)⁵⁵. Figur 9.7 fra sysselsettingsutvalget (NOU 2021: 2) viser imidlertid at det ikke er hele forklaringen. Andelen sysselsatte menn i alderen 25-54 år er midt på treet sammenliknet med andre land, mens sykefraværet er høyt, se figur under.

Sysselsettingsandel og sykefravær

Menn 25-54 år. Sykefravær i pst. av syss. Snitt 2019-23

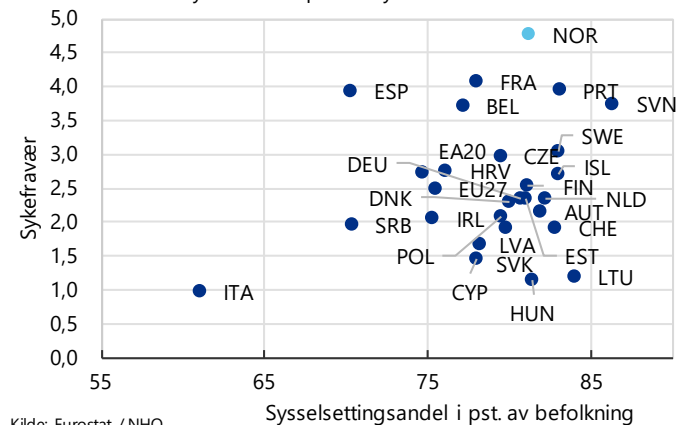


Kilde: Eurostat / NHO Sysselsettingsandel i pst. av befolkning

Samme bilde er det for kvinner i samme alders- gruppe, selv om sysselsettingsandelen for kvinner ligger noe over gjennomsnittet i Norge, se figur.

Sysselsettingsandel og sykefravær

Kvinner 25-54 år. Sykefravær i pst. av syss. Snitt 2019-23



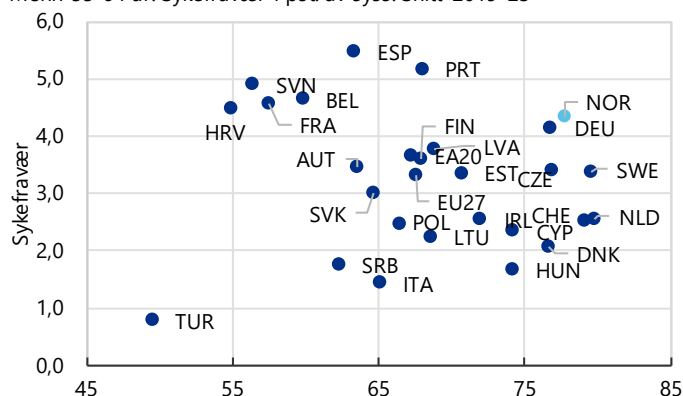
Kilde: Eurostat / NHO

For gruppen 55-64 år er både sysselsettingsandelen og sykefraværet høyt sammenliknet med andre land. Siden gruppen 25-54 år er større, veier sykefraværet i denne gruppen tyngst. Om lag 2/3 av det samlede sykefraværet er i denne aldersgruppen.

⁵⁵ Barth, E., Moene, K., & Pedersen, A. W. (2023). Myten om det norske utenforskapet. *Søkelys På Arbeidslivet*, 40(3), 1-9.

Sysselsettingsandel og sykefravær

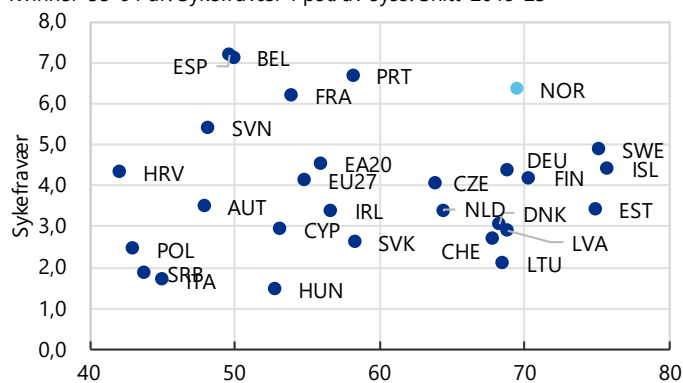
Menn 55-64 år. Sykefravær i pst. av syss. Snitt 2019-23



Kilde: Eurostat / NHO Sysselsettingsandel i pst. av befolkningen

Sysselsettingsandel og sykefravær

Kvinner 55-64 år. Sykefravær i pst. av syss. Snitt 2019-23



Kilde: Eurostat / NHO Sysselsettingsandel i pst. av befolkning

Det at sammensetningseffekter har mindre å si for utviklingen i sykefraværet i Norge over tid underbygges av SSB rapport 10, Bruer-Skarsbø og Vigtel (2022). Rapporten viser at sammensetningseffekter er små for hele økonomien og fordelt på bransjer i IA-avtalen, hensyn tatt opplysninger om utdanning, kjønn, arbeidstid, næring, innvandringskategori og alder i perioden 2015 til 2020. Årsaken er at sammensetningen av lønnstakere i henhold til disse kjennetegnene endres sakte over tid og at de ulike kjennetegnene trekker i ulike retninger. For eksempel har personer med høyere utdanning lavere sykefravær enn gjennomsnittet. Siden andelen høyt utdannede øker over tid, bidrar dette til å trekke ned sykefraværsprosenten. Eldre arbeidstakere har et høyere sykefravær enn gjennomsnittet. Andelen eldre endrer seg lite fra år til år og bare gitt små bidrag til sykefraværsprosenten. Den største endringen fant sted fra 2019 til 2020, men det må ses i sammenheng med reduksjon i andelen dagsverk blant yngre arbeidstakere under koronapandemien.

Helseindikatorer i Norge

Én mulig årsak til høyere sykefravær i Norge enn i andre land kan være mer sykkelighet og/eller mindre ressurser brukt i helsevesenet, slik at behandling av skader og sykdom tar lengre tid, eller gir dårligere resultater.

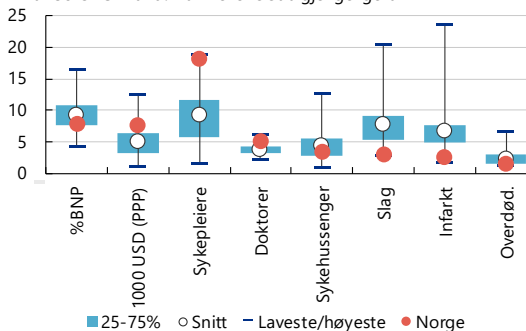
Å sammenlikne helseindikatorer mellom land er ikke rett frem. Det finnes ikke én samleindikator som måler helsetilstanden i en befolkning, og slik muliggjør direkte sammenlikning mellom land. Tilsvarende kan ulik organisering av helsetjenestene vanskeliggjøre sammenlikning av ressursinnsatsen på tvers av land.

De årlige *Health At A Glance*-rapportene fra OECD gir imidlertid et godt grunnlag for et slags bredere blikk på tvers av land både for helsetjenestene og for omfanget av sykkelighet eller indikatorer for den allmenne helsetilstanden i befolkningen.

I figuren under sammenliknes ressursinnsatsen i norsk helsevesen med ressursinnsatsen i 37 andre OECD-land, ved hjelp av syv ulike indikatorer. For hver av de syv indikatorene vises gjennomsnittsverdien (hvit sirkel), laveste og høyeste verdi, spennet mellom den laveste og den øverste firedelen (blått felt), og Norge (rød sirkel).

Utvalgte helseindikatorer: Ressurser

Inntil 38 OECD-land. 2021 eller sist tilgjengelige år



Kilde: OECD Health At A Glance 2023 / NHO

Av tallgrunnlaget fremkommer at Norge bruker knapt 7 800 kjøpekraftsjusterte USD per innbygger på helse. Dette er tredjehøyest i verden, bak USAs 12 600 og Sveits' 8 000. Våre helseutgifter tilsvarer knapt 8 prosent av BNP. Dette plasserer oss øverst i den nederste firedelen, dvs. med tre firedeler av landene over oss, men må sees i lys av at dette er relativt til samlet BNP, som i 2022 var blåst opp av høye olje- og gassinntekter. Hvis det alternativt ble sett i forhold til Fastlands-BNP tillagt oljepengebruken, ville andelen vært 11,8 prosent, som ville plassert oss på fjerdeplass av OECD-landene.

Norge hadde i 2021 vel 18 sykepleiere per 1 000 innbyggere, som innebærer at rundt 4 prosent av alle sysselsatte er sykepleiere. Andelen er dobbelt så høy som gjennomsnittet av industrilandene, og helt i tet. Sveits ligger marginalt høyere, Finland har nesten 19 per 1 000. Samtidig hadde Norge drøyt 5 leger per 1 000 innbyggere. Her ligger tre land – Østerrike, Hellas og Portugal – litt høyere, men de har til gjengjeld langt færre sykepleiere. Om antall leger og sykepleiere legges sammen, har Norge flest av alle.

På sykehussenger ligger derimot Norge ganske lavt, med vel 3 senger per 1 000 innbyggere. Enkelte andre land har fire ganger så mye. Men dette gir uttrykk for ulik organisering, med mer poliklinisk behandling og kortere liggetid etter operasjoner. Forutsatt at dette ikke gir dårligere behandling, for eksempel målt med mer tilbakefall/høyere dødelighet, gir færre sengeposter uttrykk for et mer effektivt helsevesen.

To indikatorer på behandlingsskapasitet/kvalitet er dødeligheten etter hjerneslag eller hjerteinfarkt, her målt som antall døde i løpet av en 30-dagers periode etter innleggelse, i prosent av antall innlagte som er 45 år eller eldre. Målt på denne måten har Norge en dødelighet ved slag på 3,1 prosent og ved hjerteinfarkt på 2,6 prosent. Island har samme dødelighet ved slag, og noe lavere dødelighet ved hjerteinfarkt, men alle øvrige land ligger høyere, til dels betydelig. Merk imidlertid at om flere overlever, så kan det også medføre at flere kan slite med helsemessige plager som krever oppfølging, og fravær fra jobb.

En slags samleindikator, som både fanger opp helse-tilstand og behandlingsapparatets effektivitet, er omfanget av overdødelighet, målt ved hvor stor andel av befolkningen som dør tidligere enn forventet levealder, utløst av faktorer som enten kan forhindres eller kureres, og beregnet på grunnlag av aldersstandardiserte tall. Antallet i Norge er 1,6 per 1000, mot et OECD-gjennomsnitt på 2,4. Dette plasserer oss på en tiendeplass, men bare 0,3 høyere enn beste land.

Den ultimate indikatoren på befolkningens helsetilstand er forventet levealder ved fødsel (ikke vist i figur). Lange liv tyder på god helse og et velfungerende helsevesen. I Norge er forventet levealder vel 83 år ved fødselen. Dette er tre år mer enn OECD-gjennomsnittet, et drøyt år etter Japans tettplass på 84½ år, og plasserer Norge på sjetteplass.

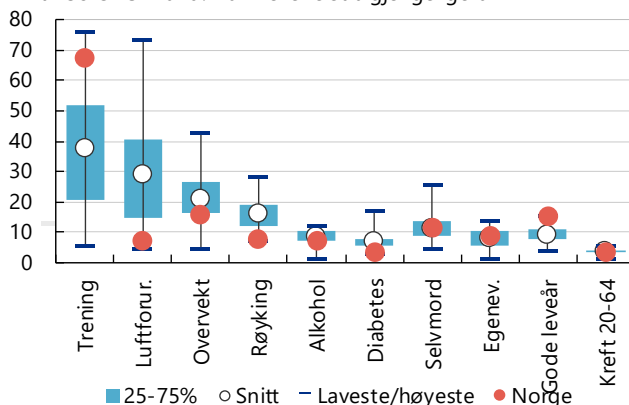
Figuren under viser ti utvalgte indikatorer for befolkningens helsetilstand, eller grunnlag for mulig sykdom og sykdomsbehandling. Notasjonen er den samme som over.

Den første av de ni er trening. Hele 68 prosent av befolkningen over 18 år oppgir å bruke minst 2½ time ukentlig på fysisk aktivitet. Gjennomsnittet i industrilandene er 38 prosent, og bare sveitsere og australiere trener mer enn oss, målt på denne måten.

I Norge dør årlig 7 personer per 100,000 av skader relatert til luftforurensning. OECD-gjennomsnittet er nesten fire ganger så høyt. Fem land ligger litt lavere enn Norge.

Utvalgte helseindikatorer

Inntil 38 OECD-land. 2021 eller sist tilgjengelige år



Kilde: OECD Health At A Glance 2023 / NHO

Anslagsvis 16 prosent av Norges befolkning over 15 år er overvektige, med en BMI på 30 eller mer. Dette plasserer Norge i den nederste firedelen av landene, cirka 25 prosent under OECD-gjennomsnittet.

Bare 8 prosent av Norges befolkning over 15 år røyker daglig. Kun Costa Rica og Island ligger litt lavere. Alkoholforbruket er imidlertid nært OECD-gjennomsnittet, med drøyt 7 liter per innbygger over 15 år, mot et OECD-gjennomsnitt på nær 9 liter.

Basert på aldersstandardiserte tall har snaut 4 prosent av den voksne befolkningen diabetes. Dette er halvparten av OECD-gjennomsnittet, og tredje lavest blant industrilandene.

Knapt 4 promille av Norges befolkning i alderen 20-64 har kreft. Dette er tett på OECD-gjennomsnittet.

OECD har ikke tall som sammenlikner mental helse mellom land. I stedet viser figuren selvmordsrater. Dette er imidlertid ikke et tilfredsstillende mål å bruke, siden selvmord er et ganske ekstremt uttrykk

for mental uhelse, og derfor ikke nødvendigvis kan brukes som indikator for den mentale helsetilstanden i den bredere befolkningen. Små tall understøtter dette. Norge hadde i 2019 nesten 12 selvmord per 100 000 innbyggere, ganske tett på OECD-gjennomsnittet.

En annen, bredere indikator er antall leveår med god helse etter fylte 65 år. Det kan gi en pekepinn på helsetilstanden til de aller eldste i arbeidsfør alder. Gjennomsnittet for industrilandene er drøyt 9 år. Norge har 15, dvs. til fylte 80 år. Dette er høyest av alle industrilandene. OECD påpeker imidlertid at ulike spørsmålsstilling og kulturelle forhold begrenser muligheten for sammenlikning mellom land.

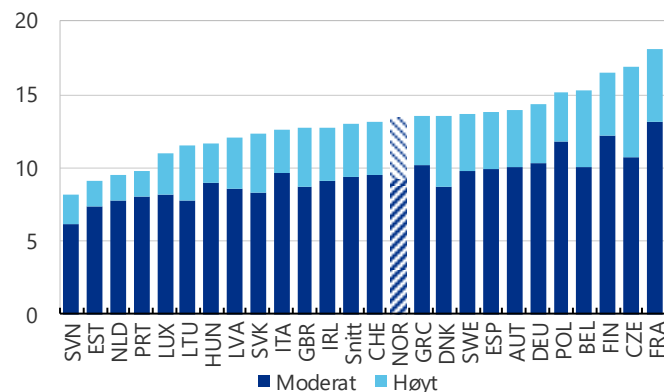
En siste, mer subjektiv indikator er folks egne vurdering av sin helsetilstand. Bortimot hver tiende (9 prosent) av den voksne befolkningen vurderer sin egen helse som "dårlig". OECD-gjennomsnittet er 8 prosent. Det relativt svake resultatet, hensyn tatt ressursinnsats og øvrige indikatorer, kan være farget av ens syn på tilværelsen mer generelt. I Colombia, som bruker femteparten så mye på helse, og har en levealder på 77 år, synes bare én av hundre at egen helsetilstand er dårlig.

Ett sted der Norge scorer relativt dårlig, særlig hensyntatt den relativt høye ressursinnsatsen i helsevesenet, er på ventetider for operasjoner. I Norge venter 79 prosent mer enn tre måneder på å få en hoftoperasjon, mot 58 prosent i gjennomsnittlandet. For nytt kne er tallene henholdsvis 86 og 67 prosent, og for øyeoperasjoner henholdsvis 66 og 42 prosent. Brorparten av dem som får utført slike operasjoner er godt voksne, og slik sett har disse ventetidene neppe stor betydning for sykefraværet. I tillegg vil mange kunne jobbe fullt selv om de venter på en slik operasjon. Et annet spørsmål er om relativt lange ventetider på disse tre områdene er indikativt for lange ventetider også på andre områder. Det har vi imidlertid ikke grunnlag for å si noe sikkert om.

Også forhold på arbeidsplassen kan ha betydning for sykefraværet. EUs *European Working Conditions Telephone Survey* (EWCTS) gir sammenliknbare tall for andelen lønnstakere i 25 EU/EØS-land som opplever stress ("strain") på jobb, som følge av at ressursene til rådighet ikke matcher oppgavebyrden. I gjennomsnittlandet opplever 13 prosent stress, og Norge ligger tett på dette gjennomsnittet.

Omfang av jobbstress, prosent

Prosent av alle lønnstakere 15-64 år



Kilde: OECD, Employment Outlook, 2024 / NHO

I en annen, tidligere studie – *The Relationship Between Quality of The Working Environment, Workers Health and Well-Being: Evidence From 28 OECD Countries* (OECD Papers On Well-Being And Inequalities, WP No. 04, 2022) – havner imidlertid Norge helt i tet. Her oppgir 70 prosent at de har tilstrekkelig med ressurser til å gjøre jobben sin, og bare 4 prosent at de har et høyt stressnivå på jobb. I en mer detaljert oversikt der de to hovedområdene hver er delt i syv underkategorier, ligger norske arbeidstakere innenfor ett standardavvik fra gjennomsnittet for 8 av 14 underindikatorer, altså på linje med flertallet, og ett standardavvik *over* gjennomsnittet for fem underindikatorer: fysiske krav, autonomi, medbestemmelse, fleksibel arbeidstid og opplæringsmuligheter. Kun på ett punkt scorer norske arbeidstakere mer enn ett standardavvik dårligere enn gjennomsnittet, på usosial arbeidstid. Denne studien tyder derfor på at norske arbeidstakere opplever et svært godt arbeidsmiljø.

Oppsummert: Norge bruker mye ressurser på helse, enten det måles i absolutte termer eller relativt til BNP. Ingen land har til sammen flere leger og sykepleiere per innbygger enn Norge. Lav dødelighet for infarkt- og slagpasienter tyder på et helsevesen som leverer gode resultater, det samme gjør lav overdødelighet av årsaker som kan forhindres eller kureres. Det eneste som trekker ned er lengre ventetider, som kan indikere at det er noe å hente på en mer effektiv organisering av ressursene.

Når det gjelder de helsemessige forutsetningene er Norge helt i tet på trening, og har få røykere, lite diabetes og få forurensningsrelaterte dødsfall, men mer gjennomsnittlige tall for overvekt, alkoholbruk, kreft og egenevaluert helse. Høy levealder og mange

gode leveår etter fylte 65 peker imidlertid mot generelt god helse. Tallene for arbeidsmiljø (stress) er ikke entydige, men "i verste fall" ligger Norge rundt gjennomsnittet.

Som nevnt innledningsvis, gir ovenstående ingen fullgod sammenlikning av helsevesen og helsetilstand, til det er for mange områder ikke dekket. Men det gir likevel et godt grunnlag for å hevde at det rekordhøye sykefraværet i Norge ikke bunner i dårligere helsevesen, mer uhelse og dårligere arbeidsmiljø enn i sammenliknbare land.

Sykepengeordningen og sykefravær

De helserelaterte ytelsene i Norge er bedre enn i mange andre land. Særlig er kompensasjonsgraden høy. Bare Norge og Luxemburg som har 100 prosent kompensasjonsgrad ved sykefravær. Sysselsettingsutvalget fase 1 viser at kompensasjonsgraden for arbeidsledige og uføre er om lag som i sammenliknbare land, men Norge har generelt sett høyere tak på inntekt som inngår i beregning av ytelsen.⁵⁶ Videre skriver sysselsettingsutvalget at minsteytelsene også generelt er høye for unge med helseproblemer. Det samsvarer med utsagnene til Hemmings og Prinz (2020) som har studert sykefravær og sykepengeordningene i fire OECD land; Sverige, Sveits, Nederland og Norge.⁵⁷ Også denne rapporten framhever at Norge har den mest sjenerøse sykepengeordningen. Sverige og Sveits har 80 prosent kompensasjon for tidligere inntekt, mens Nederland har 70 prosent i to år. I andre land kan imidlertid personer ha høyere kompensasjon enn den generelle ordningen gjennom tariffavtalene. Sysselsettingsutvalget skriver at:

Slike tariffavtaler øker som regel arbeidsgivers finansieringsansvar i sykepengeperioden. I Sverige og Danmark er de generelle kompensasjonsgradene for de fleste ytelsene betydelig lavere enn i Norge for personer med høy inntekt. Det skyldes lave tak på inntekt som inngår i beregningsgrunnlaget i Sverige og Danmark, samt flate satser i flere ytelser i Danmark. For personer med liten eller ingen tidligere inntekt er ytelsene til arbeidsledige og varig uføre imidlertid mer sjenerøse i Danmark enn i Norge.

I tillegg kan andre forsikringsordninger knyttet for eksempel omsorg for sykt barn innebære høyere kompensasjon. Det er også viktig å merke seg at enkelte grupper også er skjermet fra reduserte ytelser.

I tillegg til selve nivået er også varigheten av betydning for generøsiteten av ordningen. Norge skiller seg ikke vesentlig ut med hensyn til varighet. Danmark har kortere varighet, mens Nederland har lengre.

Hemmings og Prinz (2020) finner at Sveriges sykepengeordning ligner mest på Norges, der begge har offentlige ordninger, i motsetning til Nederland og Sveits som har mer arbeidsgiver- og forsikringsbaserte systemer for utbetaling av sykepenger. Uføretrygden er lik på tvers av landene. Sysselsettingsutvalget har listet opp følgende hovedtrekk ved sykepengeordningene i de fire landene og vi har justert tabellen med regelendringen i Sverige i 2019, se boks og tabellen under.

Både Hemmings og Prinz og sysselsettingsutvalget viser til at flere av landene har gjennomført betydelige reformer i inntektssikringsordningene de siste tiårene. Dette trekkes også fram av Ose m.fl. (2018).⁵⁸ De viser til at de fleste EU-landene har redusert arbeidstakers rettigheter de siste 20 årene, enten i form av karensdager, lavere dekningsgrad og kortere varighet av ytelsene. De kommenterer særskilt at i både Sverige og Danmark er sykepengeordningen strammet inn slik at flere arbeidstakere har fått lavere inntektssikring ved sykefravær.

I korte trekk har Sverige gjennomført flere innstramminger i inntektssikringsordningene, mens Nederland har flyttet mye av ansvaret for helserelaterte ytelser over på arbeidsgivere, men kompensasjonsgraden er ganske lav. Danmark har de senere årene gjort flere endringer for å gjøre inntektssikringsordningene mer arbeidsrettet og for å redusere tilstrømmingen til varig uføretrygd. Hemmings og Prinz (2020) hevder at disse ordningene i større grad enn i Norge har bidratt til å redusere sykefraværet i disse landene. Palme og Persson (2020) peker på at full kompensasjon av inntektsbortfall kan føre til et overforbruk av ordningene fordi det ikke

⁵⁶ NOU 2019:7 (2019). Arbeid og inntektssikring. Tiltak for økt sysselsetting

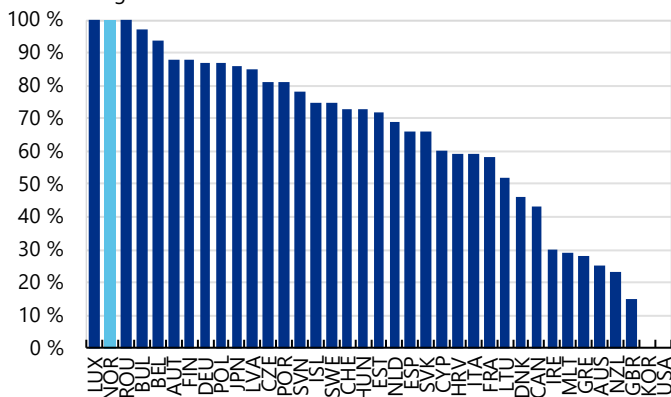
⁵⁷ Hemmings, P., & Prinz, C. (2020). SICKNESS AND DISABILITY SYSTEMS: COMPARING OUTCOMES AND POLICIES IN NORWAY WITH THOSE IN SWEDEN,

THE NETHERLANDS AND SWITZERLAND. ECONOMICS DEPARTMENT WORKING PAPERS, 1601.
⁵⁸ Ose, S. O., Kaspersen, S. L., & Kalseth, J. (2018). Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland. *Sintef Rapport, 01047*.

betales en egenandel.⁵⁹ Basert på data for kompensasjonsgrad og varighet, helse, sammensetning av arbeidsstyrken og holdninger til jobb, undersøker de hvordan disse forholdene samvarierer med sykefraværet i 15 OECD land. De finner land med høy kompensasjonsgrad går sammen med høyt sykefravær. Videre viser de til at land som har redusert kompensasjonsgraden ser ut til å få et lavere sykefravær. De hevder også at normer eller holdninger er viktige for sykefraværet og at de samvarierer med de tradisjonelle målene, som kompensasjonsgrad og oppfølging. Det er imidlertid viktig å merke seg at de mener at holdninger har mer langsiktige effekter, slik at reformer vil gi små effekter på kort sikt, men større effekter på lengre sikt.

Gjennomsnittlig kompensasjonsgrad

For en enslig arbeidstaker. Første 26 uker. 2020



Kilde: Social Insurance Entitlements Dataset (SEID) / NHO

NAV må ferdigstille en arbeidsevnevurdering før brukeren kan søke uføretrygd. I mange tilfeller vil NAV ha behov for en medisinsk vurdering fra fastlegen. Nederland og Sveits bruker uavhengige leger, og i Sverige avgjør forsikringsleger uføregraden.

Hemmings og Prinz mener at den svenske reformen viser at små endringer i ytelsesnivået kan ha stor effekt på antallet som mottar sykepenger. Sverige har nå en strengere tilnærming med fokus på arbeidsdeltakelse.

I Nederland er økonomiske insentiver for arbeidsgivere og arbeidstakere viktige for sykefraværsutvikling. Rapporten viser at da arbeidsgivere ble ansvarlige for kostnader knyttet til sykefravær, falt antall nye krav kraftig. Dette kan imidlertid gå på bekostning av arbeidsgiveres insentiver til å inkludere flere i arbeidslivet.

⁵⁹ Palme, M., & Persson, M. (2020). SICK PAY INSURANCE AND SICKNESS ABSENCE: SOME EUROPEAN CROSS-COUNTRY OBSERVATIONS AND A

REVIEW OF PREVIOUS RESEARCH. *Journal of Economic Surveys*, 34(1), 85–108.

Tabell over hovedtrekk ved sykefraværordningene i Norge, Sverige, Danmark og Nederland.

	Norge	Sverige	Danmark	Nederland
Varighet og finansieringsansvar	Ett år. Arbeidsgiverperiode dag 1–16. Staten betaler sykepenger fra dag 17.	Ingen tidsbegrensning, men vilkåret blir strengere etter 90 og 180 dager, og kompensasjonsgraden reduseres etter ett år. Arbeidsgiverperioden er mellom dag 2 og dag 14. Staten betaler sykepenger fra dag 15 for ansatte, og fra dag to for arbeidsløse.	Varighet er 22 uker etter arbeidsgiverperioden og som hovedregel for 22 uker innenfor en 9 måneders periode. Kan forlenges til 69 eller 134 uker i bestemte tilfeller. Det er ingen varighetsgrense for personer med alvorlige og livstruende sykdommer. Arbeidsgiverperiode dag 1–30. Kommunen utbetaler sykepenger fra dag 31.	To år finansiert av arbeidsgiver. Kan utvides til tre år om arbeidsgiver ikke gir nok oppfølging og tilrettelegging. Arbeidsgiver har ansvar for å hjelpe arbeidstakeren til å søke arbeid andre steder dersom det ikke finnes tilpassede jobber i virksomheten. Staten har finansieringsansvar for sykmeldte uten en arbeidsgiver.
Erstatningsnivå	100 pst. av inntekt opp til 6G (697 434 kroner i 2023). Det finnes noen tariffavtaler og administrative ordninger som dekker lønn ut over 6G.	En karensdag (eller 20 pst. av ukentlig arbeidstid). Karensavdrag fra 2019, se boks. Dersom arbeidstakeren blir sykmeldt innen fem dager etter tilbakekomst til arbeidet frafaller karensdagen. Høyrisiko-grupper slipper karensdag. Arbeidsgiver dekker 80 pst. av lønnen i arbeidsgiverperioden. Staten dekker i underkant av 80 pst. av lønn opp til 8 PB (364 000 SEK) det første året, deretter 75 pst. Tariffavtaler supplerer sykepenger fra staten, men sykepenger fra staten avkortes forholdsmessig dersom samlet kompensasjonsgrad overstiger 90 pst.	Lønn blir erstattet opp til maksimal sykepengesats på 116 DKK per time, noe som tilsvarer 4 300 DKK per uke for heltidsansatte. Dette utgjør om lag 67 pst. av medianlønnen. Om lag 60 pst. av arbeidstakere er dekket av funksjonærloven som gir sykepenger som tilsvarer full lønn i sykdomsperioden. Funksjonærer i privat sektor kan imidlertid bli sagt opp med en måneds oppsigelsestid dersom de har mottatt sykepenger i 120 dager i løpet av de siste tolv månedene. Andre tariffavtaler kan f.eks. gi rett til sykepenger som tilsvarer full lønn i 56 dager.	Lovpålagt 70 pst. av lønnen, men kan ikke være lavere enn minstelønnen. Gjennom tariffavtaler er kompensasjonsgraden typisk 100 pst. første året og 70 pst. andre året. Maksimal dagslønn som inngår i beregningsgrunnlaget er 211 euro, eller om lag 530 000 NOK årlig.
Gradering	Kan graderes etter arbeidsevne mellom 20 og 80 pst.	Kan graderes etter arbeidsevne: 25, 50 eller 75 pst.	Sykepenger kan graderes ned til om lag 10 pst. (fire timers sykefravær i uken).	Ikke formelt system for gradert sykmelding. Planen som utarbeides av arbeidstaker og arbeidsgiver kan inneholde redusert arbeidsmengde.

Kilde: NOU 2019: 7 Arbeid og inntektssikring. Tiltak for økt sysselsetting. Teksten er supplert av NHO med oppdateringer siden 2019.

Eksempel på hvordan sykepenger og karensavdrag beregnes i Sverige:

Fulltidsansatt:

Lønn: 200 kr/t

Sykepenger: 160kr/t (200kr * 0,8)

Gjennomsnittlig arbeidstimer per uke: 40 timer

Sykepenger: 6 400 kr (160kr*40t)

Karensavdrag: 20% av gjennomsnittlig sykepenger per uke: 1 280kr

Deltidsansatt:

Lønn: 200 kr/t

Sykepenger: 160kr/t (200kr * 0,8)

Gjennomsnittlig arbeidstimer per uke: 32 timer (80% stilling)

Sykepenger: 5 120 kr (160kr*32t)

Karensavdrag: 20% av gjennomsnittlig sykepenger per uke: 1 024kr

Overgang fra karensdag til karensavdrag:

Fra og med 1. januar 2019 har karensdag blitt erstattet med karensavdrag. For de som er heltidsansatte med faste tider har dette skifte lite å si. Derimot vil det for de som jobber mer uregelmessige timer innebære en mer rettferdig regel.

Eksempel: Dersom man var satt opp på en lengre vakt en dag, for eksempel 10 timer, men ble syk og ikke kunne jobbe den dagen, ville man etter de gamle reglene mistet hele inntekten for den dagen. Men etter de nye reglene vil man kun miste 20 prosent av en gjennomsnittlig lønn over en arbeidsuke.

Sykefraværsoppfølging

Ose m.fl. (2018) har gjennomgått reglene for oppfølging av sykemeldte i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland.⁶⁰ Med system for sykefraværsoppfølging menes den samlede innretningen av *rettigheter og plikter hos arbeidsgiver, arbeidstaker og myndigheter* ved sykefravær, og de har undersøkt om det finnes andre systemer som

har overføringsverdi til Norge. Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra NHO. I alle land øker langtidsfraværet knyttet til psykiske lidelser, og ingen av landene i rapporten har utviklet et godt system for oppfølging eller har en reduksjon i fraværet knyttet til disse lidelsene.

Oppfølgingsregimet i Sverige innebærer at man må ha nedsatt arbeidsevne grunnet sykdom for å få innvilget sykepenger. Arbeidsevnen vurderes av arbeidsgiver i arbeidsgiverperioden. Dersom arbeidsgiver ikke vil betale sykepenger kan man søke om sykepenger fra Försäkringskassan, der veiledere avgjør om arbeidstaker har nedsatt arbeidsevne. Deretter skal arbeidsgiver melde arbeidstaker syk til Försäkringskassan og man kan søke om sykepenger.

Sverige innførte i 2008 den såkalte *Rehabiliteringskjedan* som innebærer en tett kobling mellom retten til å motta sykepenger og den sykemeldtes arbeidsevne. Den sykemeldtes arbeidsevne vil her vurderes med faste stoppunkter, hvor vilkårene for fortsatt sykemelding blir strengere jo lenger ut i sykemeldingsperioden man kommer.

- De første 90 dagene: Den sykemeldtes arbeidsevne skal vurderes i forhold til det arbeidet som hen vanligvis utførte, samt eventuelle arbeidsoppgaver som arbeidsgiveren enkelt kan tilby.
- Dag 90 – 180: Den sykemeldte arbeidsevne skal nå også vurderes i forhold til andre arbeidsoppgaver som den sykemeldte kan omplasseres til i virksomheten til arbeidsgiveren. Merk at det ikke er nok at arbeidet finnes, men arbeidsgiveren må også tilby den sykemeldte dette arbeidet.
- Dag 180 og utover: Fra dette tidspunktet skal den sykemeldtes arbeidsevne vurderes i forhold til alt «normalt forekommende arbeid», dvs. på det generelle arbeidsmarkedet. I denne vurderingen skal Försäkringskassan (Sveriges NAV) kun basere seg på et medisinsk grunnlag, og dermed ikke hensynta alder, bosted, utdanning, tidligere aktivitet o.l.

Over tid har det imidlertid skjedd en rekke unntaksbestemmelser i den svenske ordningen fordi enkelte individer har havnet mellom ulike inntekstsikrings-

⁶⁰ Ose, S. O., Kaspersen, S. L., & Kalseth, J. (2018). Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland. *Sintef Rapport*, 01047.

ordninger. I Sverige har de kartlagt hvorfor personer ikke har en inntektskompensasjon etter at de har fått avslag på sykepengesøknader.⁶¹ Det er om lag 7 prosent av de personer som har fått avslag. Basert på en undersøkelse av 32000 personer som har fått avslag, er det 1685 personer som ikke har en inntekt etter avslaget og halvparten av disse var ved arbeidsformidlingen. Årsakene til at de likevel ikke fikk arbeidsledighetstrygd, var at de ikke hadde tilstrekkelig opptjeningstid, at de sammen med andre inntektsstøtteordninger hadde brukt opp maksimal tid til støtte på 5 år, at individene hadde brukt opp maksimal varighet av arbeidsledighetstrygd forut for mottak av sykepengesøknader eller at de ikke var aktivt arbeidssøkere. Årsakene til at personer ikke var innskrevet i et arbeidsmarkedsrettet program var at arbeidsformidleren mener at det ikke finnes et program eller er usikre på hvilke arbeidsoppgaver som vedkommende kan klare, mangler budsjettmidler til program som kan være aktuelle, at det er lange ventetider for passende arbeidsmarkedstiltak, ikke tilhører en prioritert gruppe eller at individet tidligere har hatt et tilbud forut for sykepengeperioden. De peker også på at forsikringskassen har noe mindre kontakt med individer som ikke skriver seg inn i arbeidsformidlingen.

I Danmark er det kommunen som har ansvaret for å følge opp den sykemeldte og legge til rette for samhandling mellom aktørene. Etter 8 uker vil jobbsenteret i kommunen kreve en medisinsk erklæring uavhengig av om arbeidsgiver har fått dette tidligere.

Ose m.fl. (2018) trekker fram at Norge bør se hen til Finland dersom man ønsker å oppnå både høy sysselsetting og redusert sykefravær, fordi Finland har en særlig kultur for bedriftshelsetjenester. I tabellen over oppfølgingssystem av den sykemeldte framgår det at bedriftshelsetjenesten blant annet forebygge arbeidsrelatert sykefravær og arbeidsulykker, fremme arbeidskapasitet og funksjonsnivå og hjelpe arbeidsplassen til å fungere mer effektivt. Ifølge svarene fra NHO undersøkelser, ser det imidlertid ut som om virksomhetene i Norge mener at bedriftshelsetjenesten har mindre effekt for å få ned langtidsfraværet. Rapporten trekker også fram Tyskland som et godt eksempel når det kommer til å forebygge sykdom.

⁶¹ [https://isf.se/download/18.35d51e8118c629e22ff6e88/1702560930455/Rap](https://isf.se/download/18.35d51e8118c629e22ff6e88/1702560930455/Rapport%202023-15%20Mellan%20sjukpenning%20och%20arbete.pdf)

Avsluttende kommentar

Gjennomgangen over viser at det har vært relativt små endringer i sykepengeordningen. Med unntak av medvirkningsplikten, har dette også vært tilfelle for tiltakene for å redusere sykefraværet gjennom de ulike IA-avtalene. Samtidig har sykefraværet økt og holdt seg på et høyt nivå gjennom 2023 og så langt i 2024. Det kan tilsi at virkemidlene som er innført så langt ikke har vært tilstrekkelige til å redusere sykefraværet.

Når det er sagt, viser også gjennomgangen over at det er store forskjeller i sykefraværet mellom ulike grupper av arbeidstakere. Hvilke tiltak som kan få ned sykefraværet og samtidig sørge for en rettferdig forsikringsordning for arbeidstakere er utfordrende. Samtidig må det diskuteres om utviklingen etter pandemien kan anses som bærekraftig for individet, virksomhetene og samfunnet.

[port%202023-15%20Mellan%20sjukpenning%20och%20arbete.pdf](https://isf.se/download/18.35d51e8118c629e22ff6e88/1702560930455/Rapport%202023-15%20Mellan%20sjukpenning%20och%20arbete.pdf)