

# Årsaker til sykefravær

**Silvia Tatjana Harung**

## Masteroppgave i samfunnsøkonomi

Masteroppgaven er levert for å fullføre graden

### Master i samfunnsøkonomi

Universitetet i Bergen, Institutt for økonomi

September 2010

UNIVERSITETET I BERGEN





## Forord

Jeg ønsker å takke min veileder Astrid Grasdøl for grundig og god veiledning i mitt arbeid med denne masteroppgaven. Oppgaven er inspirert av min bakgrunn som fysioterapeut og mangeårige erfaring fra helsevesenet, og det har vært mitt ønske å belyse en viktig og meget aktuell problemstilling både fra et samfunnsøkonomisk og menneskelig ståsted. De offentlige utgiftene til sykestrygd har vært og er sterkt økende, og dette er en utvikling som uten tvil ikke kan fortsette i årene som kommer. I tillegg er det også urovekkende hvordan holdninger til og bruken av sykestrygd har endret seg, og at mange er opptatt av sine rettigheter, og mindre av sine plikter som medlemmer av folketrygden. Over tid er det også slik at passive ytelser ikke nødvendigvis hjelper mennesker til et bedre liv, men heller bidrar til lavere tilbakeføringsgrad til arbeidslivet og til et liv i ensomhet. Mitt ønske med denne kunnskapsstatusen er å redegjøre for ulike faktorer som har ført til økningen i sykefraværet, samt vise til at dette er en lite heldig utvikling både for samfunnet og økonomien og også for de menneskene dette gjelder. Jeg håper således at oppgaven kan være et bidrag i arbeidet med å redegjøre for årsakene til sykefraværet, og til at treffsikre og gode tiltak kan iverksettes.



---

Silvia Tatjana Harung, Bergen 1. September 2010

# Sammendrag

---

## Årsaker til Sykefravær

av

**Silvia Tatjana Harung, Master i samfunnsøkonomi**

Universitetet i Bergen, 2010

Veileder: Astrid Grasdahl

---

Målet med denne masteroppgaven er å presentere en oppdatert kunnskapsstatus på årsaker til sykefravær. Oppgaven tar utgangspunkt i at sykefraværet har økt over tid, og er skrevet med det mål å redegjøre for ny forskningslitteratur som ser på årsaker til sykefravær. Liknende oppsummeringer har tidligere blitt gjort av Allebeck og Mastekaasa (2004), Marklund et al (2005) og Ose et al (2006). I de senere årene er det kommet en del forskningslitteratur som blant annet ser på betydningen av livsstil, holdninger, økonomiske incentiver og legens rolle for sykefraværet. Jeg ser nærmere på disse faktorene, samt redegjør for forskning på helse generelt og konjunktorene i arbeidsmarkedet, og studerer om det foreligger endringer her som kan være med og forklare økningen i sykefraværet. Resultatene av studien viser at det er en økt forekomst av subjektive helseplager og psykiske lidelser i befolkningen. Det er usikkert om dette skyldes en endring i bruk av diagnoser, eller om dette er en reel økning, men nyere forskning indikerer at det er en økt forekomst av lettere psykiske lidelser i befolkningen. I tillegg viser studien at mange mennesker lever et inaktivt liv, har et for dårlig kosthold og høyt alkoholinntak, og at overvekt og fedme er et økende problem. Sykefraværet blant gravide og unge er også økende. Holdninger til arbeid har endret seg, og sammen med økonomiske incentiver og legens sykemeldingspraksis, er dette medvirkende årsaker til økningen i sykefraværet. Flere studier fremhever at mer oppmerksomhet må rettes mot det enkelt individ i fremtiden, da observerbare og ikke observerbare individuelle egenskaper i mange tilfeller er en viktig forklaring på et individs sykefraværsatferd. Arbeid kan med fordel også brukes mer bevisst enn det gjøres i dag, både for å fremme god helse, men også for å forhindre utvikling av psykiske lidelser og sikre individ en sosial arena for mestring, utvikling og fellesskap. Flere i arbeid vil også gi et mindre trykk på de offentlige budsjettene.

# Innholdsfortegnelse

Forord.....	ii
Sammendrag .....	iii
Tabeller .....	v
Figurer .....	vi
Innledning .....	1
1.0 Sykelønnsordningen i Norge-historikk og regelverk.....	4
2.0 Utviklingen i sykefraværet i Norge.....	6
2.1 Konjunktursvingninger i arbeidsmarkedet.....	14
2.2 Demografi.....	15
2.3 Andelen kvinner.....	16
2.4 Andelen innvandrere.....	17
2.5 Sysselsetting.....	18
2.6 Næringer og sektorer.....	20
2.7 Geografisk variasjon.....	22
3.0 Forskning på årsaker til sykefravær.....	22
3.1 Helse.....	23
3.1.1 Utviklingen i befolkningens generelle helsetilstand.....	24
3.1.2 Alder.....	27
3.1.3 Kjønn.....	27
3.1.3.1. Biologi.....	27
3.1.3.2. Rollefordeling.....	29
3.1.3.3 Arbeidsliv.....	31
3.1.4 Livsstil.....	33
3.1.4.1 Fysisk aktivitet, overvekt og kosthold.....	33
3.1.4.2 Alkoholforbruk.....	40
3.1.4.3 Røyking.....	42
3.1.4.4 Sosialt nettverk og subjektive helseplager.....	42
3.1.5 Helsekadelig eksponering på arbeidsplassen.....	50
4.0 Holdinger til arbeid og sykefravær.....	53
5.0 Økonomiske incentiver .....	65
6.0 Legens rolle .....	73
7.0 Konjunkturer i arbeidsmarkedet.....	80
8.0 Oppsummering.....	84
Referanser.....	85

## **Tabeller**

<b>Tabell 3.2 Sykefraværstilfeller 4. kvartal 2001-2009.....</b>	<b>46</b>
--	-----------

## Figurer

<b>Figur 2.1</b> Antall sykepengedager erstattet av RTV per år, og erstattede sykepengedager per sysselsatt.....	7
<b>Figur 2.2</b> Egen- og legemeldt sykefravær basert på statistikk fra NHO og SSB.....	8
<b>Figur 2.3</b> Legemeldt sykefravær, justert nivå på NHO data for tilpasning til Sentral sykefraværstatistikk. Glidende gjennomsnitt.....	10
<b>Figur 2.4</b> Det totale sykefraværet fra 2.kv 2000 til 3. kv 2009.....	12
<b>Figur 2.5</b> Legemeldt sykefravær fra 2.kv 2000 til 3.kv 2009.....	13
<b>Figur 2.6</b> Tapte dagsverk pga egen-og legemeldt sykefravær for arbeidstakere 16-69 år i prosent av avtalte dagsverk. 4.kv 2000 til 4.kv 2009.....	14
<b>Figur 2.7</b> Legemeldt sykefravær etter næring. 2.kv 2009. Prosent.....	21
<b>Figur 2.8</b> Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke. 2.kv 2009. Prosent.....	22
<b>Figur 3.1</b> Utviklingen i legemeldt sykefravær etter kjønn. 2.kv 2000-2.kv 2009. Prosent.....	27
<b>Figur 3.2</b> Sykefravær blant ansatte i alderen 20-64 år i perioden 1983-2001. Prosent.....	48





## Innledning

Sykefraværet har i de siste årene fått økt oppmerksomhet både innenfor forskningsmiljøene men også blant politikere og media. Et økt sykefravær har uheldig konsekvenser for arbeidsplassene og arbeidsgiverne da det blant annet medfører effektivitetstap gjennom opplæring av vikarer, samt tap av produksjon. I tillegg fører også et økt sykefravær til et større press på de offentlige budsjettene. Sykefravær fører til at mennesker mister en viktig arena for fellesskap og mestring, som igjen kan føre til redusert livskvalitet og til et liv i ensomhet.

Jeg tar i denne kunnskapsstatusen utgangspunkt i at sykefraværet har økt over tid. Mitt bidrag er derfor å oppdatere og redegjøre for hvor langt forskningen har kommet i å belyse årsaker til sykefravær. Jeg ønsker også å få frem at arbeid er en meget viktig brikke i forebygging av psykiske lidelser, og for å sikre en høyere tilbakeføringsgrad til arbeidslivet etter at sykdom har inntruffet. Kunnskapsstatusen tar utgangspunkt i to tidligere studier til Allebeck og Mastekaasa (2004) og Ose et al (2006). Allebeck og Mastekaasa er en litteraturstudie, mens rapporten til Ose et al er en revisjon av et tidligere arbeid om kunnskapsstatus på sykefravær utført i 2003. Begge arbeidende ser på sykefraværet i et internasjonalt perspektiv. Det foreligger også en svensk litteraturstudie, Marklund et al (2005), som også er en revisjon av tidligere arbeider. Denne konsentrerer seg om sykefraværet i Sverige, og jeg har således valgt å bare referere til denne studien hvor det har vært aktuelt. I min oppgave vektlegges forskningsbidrag fra de siste fire årene, og jeg har valgt å fokusere på nyere forskningsområder som livsstil, psykisk helse, holdninger, økonomiske incentiver og legens rolle. Videre belyses helse generelt, da sykefravær tradisjonelt har vært begrunnet med helseårsaker, og en eventuell endring i befolkningens helse kan forklare økningen i sykefraværet. Jeg redegjør også for nyere forskning på konjunktorene i arbeidsmarkedet. Litteraturen er hentet fra et bredt fagfelt for å belyse problemstillingen, og da jeg ser det som nødvendig for å klare å sette inn treffsikre tiltak for å få ned sykefraværet. I mitt arbeid har jeg valgt å begrense litteratursøk i år og omfang; nedad til 1990 og i omfang til Norden og til europeiske OECD land. Studier som er referert til i ulike forskningsartikler, men som ikke har vært mulig å gjenfinne, har ikke blitt inkludert i studien.. Jeg har videre valgt å ikke ta med rehabilitering og effektevaluering av rehabilitering på sykefravær, da dette ansees som for stort til å dekkes inn her. Jeg ønsker likevel å påpeke at det foreligger mye

forskning på rehabilitering og sykefravær, og at dette er en viktig brikke i arbeidet med å redusere sykefraværet.

Allebeck og Mastekaasa (2004) er en litteraturstudie om årsaker til sykefravær, og omhandler all relevant litteratur fra flere fagfelt frem til og med 2002. 97 artikler som er kategorisert i forhold til ulike områder som arbeidsforhold og sykefravær, og demografiske forhold og sykefravær, danner grunnlaget for studien. Videre er artikler som ikke passer inn i noen av disse undergruppene, samt deskriptive studier og studier som ser på rene statistiske samvariasjoner mellom sykefravær og ulike faktorer, utelatt fra studien. Det eneste unntaket her er studier som ser på korrelasjonen mellom arbeidsledighet og sykefravær. Forfatterne viser til at forklaringer knyttet til arbeidsmiljø og sykefravær har fått mest oppmerksomhet. Likeså har betydningen av familiestruktur; sivilstatus og barn, og livsstil. Få studier har likevel analysert disse faktorene videre i detalj. Forfatterne ser også nærmere på studier som omhandler betydningen av sosiale og demografisk forhold, helse, arbeidsledighet og forsikringssystemet på sykefravær, hvor et fåtall av studiene er av god kvalitet. De mener at videre forskning er nødvendig for å kunne si noe mer om hvordan demografiske forhold som alder, kjønn og bolig påvirker sykefraværet, hvordan utformingen av forsikringssystemet påvirker sykefraværet, og hvordan holdninger og fraværskulturer påvirker sykefraværet.

Ose et al (2006) gjør en ny kunnskapsoppdatering på området to år senere, og gjennomgår litteratur frem til og med oktober 2006. Rapporten er en revisjon av et tidligere arbeid, og er utarbeidet på oppdrag for Norges forskningsråd i løpet av en tre ukers periode. Rapporten til Ose et al oppfyller således ikke de samme akademiske kriteriene som litteraturstudien til Allebeck og Mastekaasa (2004). Rapporten er basert på studier fra flere fagfelt og er begrenset til litteratur som er publisert i internasjonale tidsskrifter. Ose et al påpeker at det er gjennomført lite forskning på sykefravær i Norge, og at mye av litteraturen derfor er hentet fra Sverige og Finland. Forfatterne finner at sykefraværet i Norge mest sannsynlig er høyt i internasjonal sammenheng, men at det på grunn av forskjeller i trygdeordninger i ulike land, ikke kan trekkes noen klare slutninger. Langtidsfraværet i Norge har i følge forfatterne likevel økt relativt til hva det har gjort i andre land, mens det egenmeldte sykefraværet i Norge har vært noenlunde stabilt siden slutten av 1980 tallet. Ose et al viser videre til at det er lite i litteraturen som tyder på at helse kan forklare økningen i sykefraværet, og at det i mange tilfeller er individuelle forhold som bestemmer hvorvidt en person blir sykemeldt eller ikke. De fremhever at det er behov for mer forskning på psykiske lidelser og sykefravær, da det

også forventes å skje en økning i antall sykefraværstilfeller på bakgrunn av denne diagnosen i årene fremover. Mer forskning er også nødvendig i forhold til livsstil og hvilken betydning livsstil har for sykefravær, samt forskning som ser på betydningen av økonomiske incentiver og sykefravær. Forskning så langt tyder på at land med sjenerøse forsikringsordninger har det høyeste sykefraværet, og at innstramminger i trygdeordningene fører til at sykefraværet går ned. Ose et al påpeker videre at det har skjedd en økning i sykefraværet blant gravide, men at det er behov for mer forskning for å kunne si noe om hvor mye av kjønnsforskjellene som kan forklares med dette. Videre finnes en del forskning på arbeidsmiljø og sykefravær, men det er bare et fåtall av disse studiene som søker å belyse hvordan arbeidsmiljøet kan forklare variasjonen i sykefraværet. I forhold til konjunkturer og sykefravær trengs også mer forskning, men en del resultater fra studier indikerer at disiplineringshypotesen er en viktig faktor.

I min gjennomgang vil jeg spesielt se på forskning som belyser sykefraværet i lys av utviklingen i befolkningshelsen, i holdninger, i forhold til økonomiske incentiver, i forhold til legens rolle, og i forhold til konjunkturer i arbeidsmarkedet, og sette dette i sammenheng med utviklingen i sykefraværet som har vært over tid. I forhold til tidligere oppsummeringer, har kapittelet om holdninger og legens rolle fått mye oppmerksomhet, samt hvilken betydning økonomiske incentiver har for sykefraværet. I tillegg redegjør jeg for betydningen subjektive helseplager, herunder psykiske lidelser, har for sykefraværet, og trekker frem at individuell variasjon, observerbare og uobserverbare egenskaper hos individet, er en viktig faktor for å forstå sykefraværsatferd og utviklingen i sykefraværet.

I det første kapittelet vil jeg kort skissere sykelønnsordningen i Norge, og de endringer som har blitt gjort siden den ble vedtatt i 1909, og frem til i dag. Lov om Folketrygd og data fra Nav danner grunnlaget for denne fremstillingen. Blant annet redegjøres det for kompensasjonsgrad, stønadperiode, ulike former for sykemelding, legens rolle, og forskjellen i regelverket for ansatte i IA bedrifter og andre arbeidstakere. I kapittel to om utviklingen i sykefraværet, går jeg igjennom statistikk og studier som belyser endringen i kort – og langtidsfraværet, nivå og variasjon i sykefraværet, og blant annet sykefraværet for ulike næringer og sektorer. Kapittel en og to danner således rammen for oppgaven, og er utgangspunktet for den påfølgende presentasjonen av relevante forskningsbidrag. I de øvrige kapitlene belyses ulike faktorer som kan forklare nivå, variasjon og vekst i sykefraværet. Til slutt oppsummeres hovedfunnene i oppgaven.

## 1.0 Sykelønnsordningen i Norge – historikk og regelverk

Sykeforsikringen ble vedtatt i 1909. Den gjaldt kun for de lavest lønnede arbeidstakerne, og dekket legehjelp, sykehusbehandling i inntil ett år, og sykepenger i inntil 26 uker. Fra 1911 til 1936, gjorde vanskelige økonomiske tider og uro til at utbyggingen av folketrygden stoppet opp. Denne perioden ble så etterfulgt av krig, fra 1940 til 1945, og i de påfølgende årene etter krigens slutt, ble oppbyggingen av landet den viktigste oppgaven. Først i 1956 ble sykestrygden utvidet til å gjelde alle arbeidstakere, og i 1977 fikk alle arbeidstakere 100 % kompensasjon av inntektstap inntil en øvre grense, ved sykdom fra første dag på grunnlag av egenmelding og sykemelding fra lege. Selv om kompensasjonsgraden har vært uendret siden, har det også i perioden 1977-2004 blitt foretatt små endringer i sykelønnsordningen. En viktig endring er blant annet innføringen av aktiv sykemelding i 1993 (Nav, 2004, b). I 2004 kom en regelendring for i større grad å erstatte aktiv sykemelding med gradert sykemelding. I tillegg ble det innført et krav om utvidet legeerklæring for fravær utover åtte uker. Dokumentasjonen skal vise til tungtveiende medisinske grunner som hindrer arbeidstakeren i å oppta aktivitet. Videre ble det i mars 2007 innført ytterligere krav til aktivitet. Obligatoriske møter, oppfølgingsplaner og ”Raskere tilbake”<sup>1</sup> skal forsterke arbeidet med å redusere sykefraværet (Nav, 2009, a).

Historisk er det altså først i de senere årene, at kravene både til den sykemeldte, arbeidsgiver og legene har blitt skjerpet. Økte aktivitetskrav, tilrettelegging på arbeidsplassen og bruk av graderte sykemeldinger, skal bidra til en raskere tilbakeføring til arbeidslivet, og således til en reduksjon i langtidsfraværet.

Formålet med sykepengene er å gi kompensasjon for bortfall av arbeidsinntekt for yrkesaktive medlemmer, som er arbeidsuføre på grunn av sykdom eller skade. For å være medlem, må en ha vært i arbeid i minst fire uker umiddelbart før sykdommen eller skaden inntraff. Reglene for sykemelding sier at den som er sykemeldt så tidlig som mulig, skal prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet, og det er legen som foretar den medisinske vurderingen. Gradert sykemelding skal etter regelendringen i 2004, være første alternativ, før aktiv sykemelding vurderes (Nav 2010, g). Vilåret for gradert sykemelding er at inntektsevnen må være nedsatt med minst 20 %, og den nedsatte arbeidsevnen skal dokumenteres med sykemelding fra lege. Aktiv sykemelding skal forbeholdes tilfeller der den som er sykemeldt ikke er i stand til å utføre noen av sine vanlige arbeidsoppgaver, og dette forutsetter da at arbeidsgiver

---

<sup>1</sup> Kjøp av helse - og rehabiliteringstjenester for sykemeldte

tilrettelegger arbeidet til den sykemeldte. Aktiv sykemelding kan innvilges for inntil 4 uker, og eventuelt 8 uker dersom rehabilitering og tilrettelegging tar lengre tid. Dersom arbeidstaker kan utføre sine vanlige oppgaver ved å jobbe redusert, eller har fått nye oppgaver etter tilrettelegging, skal alltid gradert sykemelding benyttes (Nav, 2010, g). Legen vurderer medisinsk tilstand og type sykemelding, og det stilles krav til et samarbeid mellom den sykemeldte arbeidstaker, arbeidsgiver og lege, slik at tilbakeføring til arbeidslivet kan skje så fort som mulig.

Sykepengegrunnlaget som er inntekten som sykepengene skal regnes ut etter, kan ikke overstige seks ganger grunnbeløpet (Lovdata). Grunnbeløpet er i dag 72 881 (Nav 2010, e). Det er vanlig at arbeidsgiverne dekker eventuell inntekt som overskrider denne grensen, slik at arbeidstakerne opplever at de får 100 % kompensasjon ved sykdom. Stønadsperioden gjelder for inntil ett år, men det forekommer noen variasjoner i antall sykepengedager avhengig av om en er arbeidstaker, frilanser eller selvstendig næringsdrivende<sup>2</sup>. Arbeidstakere mottar sykepenge fra arbeidsgiver opptil de første 16 dagene. Sykefravær utover dette, og opptil 52 uker, dekkes av folketrygden.

Dokumentasjon på nedsatt arbeidsevne, kan fremvises gjennom egenmelding eller sykemelding fra lege<sup>3</sup>. Egenmelding kan bare benyttes i arbeidsgiverperioden når arbeidstaker har vært ansatt i minst to måneder. Egenmelding gjelder for inntil 3 dager av gangen, og opptil fire ganger i en tolv måneders periode. For ansatte i såkalte IA bedrifter, gjelder egenmelding for opptil 8 dager av gangen. Disse kan benyttes i opptil tre ganger i løpet av en tolv måneders periode. Det vil si at arbeidstakere i IA - bedrifter, har dobbelt så mange egenmeldingsdager som arbeidstakere utenfor denne avtalen. IA- avtalen har som overordnet mål å redusere og forebygge sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet (Nav 2010, c), og lengre egenmeldingsperioder er innført i håp om å nå disse målene. Avtalen ble for første gang inngått mellom partene i arbeidslivet og myndighetene i 2001, og skulle redusere sykefraværet med 20 % i forhold til nivået i andre kvartal 2001 (Nav 2010, c). Avtalen varte i fire år, men ble videreført frem til 2009. I 2010, ble avtalen på ny undertegnet, og skal vare frem til 2013. Avtalen har det samme overordnede målet om å redusere sykefraværet med 20 % (Nav 2010, d).

---

<sup>2</sup> Viser til Lov om Folketrygd § 8-12

<sup>3</sup> Ved sykdom eller skade som har direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet, kan også kiropraktor og manuellterapeut dokumentere sykefraværet i inntil 12 uker (Nav 2010, f)

## 2.0 Utviklingen i sykefraværet i Norge

I dette kapittelet vil jeg se på utviklingstrekkene i sykefraværet i Norge over tid, og først for perioden 1970 til 2001. Flere forskningsbidrag foreligger for denne perioden, og jeg vil kort gjennomgå de under. For perioden 2001 til 2009, foreligger det også noen forskningsbidrag, og disse er supplert med tall fra Nav og SSB. I Nav og SSB er egen - og legemeldt fravær registrert, og det er således lett å følge utviklingen i perioden. Det skal nevnes at det i 2009 ble foretatt endringer i forhold til næringsstruktur og registrering av fravær i ulike næringer, som skaper noen utfordringer når sykefraværet skal sammenlignes innenfor og mellom næringene i dette tidsrommet. Den største utfordringen er likevel å beskrive utviklingen i sykefraværet fra 1970 tallet (1975) og frem til 2001. Det foreligger ingen sentral sykefraværsstatistikk for denne perioden, og det var lenge bare NHO<sup>4</sup> som registrerte både egen – og legemeldt fravær. Statistikk over arbeidere og funksjonærer, har også blitt fulgt over et ulikt tidsrom, og registrene er således mangelfulle.

I Gjesdal (2005) fremstilles utviklingen i sykefraværet i perioden 1975-2002. Formålet med artikkelen er å gi en oversikt over utviklingen i sykefraværet i Norge etter innføringen av dagens syketrygdordning, som kom i 1977. Gjesdal sammenfatter publiserte sykefraværsdata fra Rikstrygdeverket (RTV) og Statistisk Sentralbyrå (SSB), med upubliserte data fra Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO). Analysen av sykefraværlitteratur og datakilder, er delt i to faser fra 1975-87 og 1988-2002. For første fase er datagrunnlaget spinkelt, mens det for andre fase er mer oversiktlig og lettere å systematisere.

Data fra Rikstrygdeverket er basert på innsendte sykemeldingsblanketter og omfatter alt legemeldt sykefravær. Antall kompenserte dager og antall episoder er kjent, og data om varighet av sykefraværet finnes fra 1987<sup>5</sup>. Dataene fra NHO<sup>6</sup> er basert på et utvalg av medlemsbedrifter, og representerer bare 20 % av de sysselsatte. Statistikken viser fravær i 1-3 dager, og fravær over tre dager. SSB sitt sykefraværsregister ble opprettet i 2000, og avløste NHO sin statistikk i år 2002 (Gjesdal, 2005). I SSB registreres egen- og legemeldt fravær for alle kommuner, fylker, aldersgrupper og næringer. Det egenmeldte sykefraværet rapporteres fra utvalgte bedrifter, mens det legemeldte fraværet hentes fra Rikstrygdeverkets sykefraværsregister.

---

<sup>4</sup> NHO sine data representerer bare 20 % av de sysselsatte

<sup>5</sup> Data om diagnosegrupper finnes fra 1994, og data over sykefraværet til statsansatte foreligger fra 2000

<sup>6</sup> I følge Gjesdal er dataene fra NHO mer konsistente enn dataene fra RTV

Dataene fra RTV gir opphav til følgende figur. Den viser antall sykepengedager (millioner) erstattet av Rikstrygdeverket per år, og erstattede dager per sysselsatt.

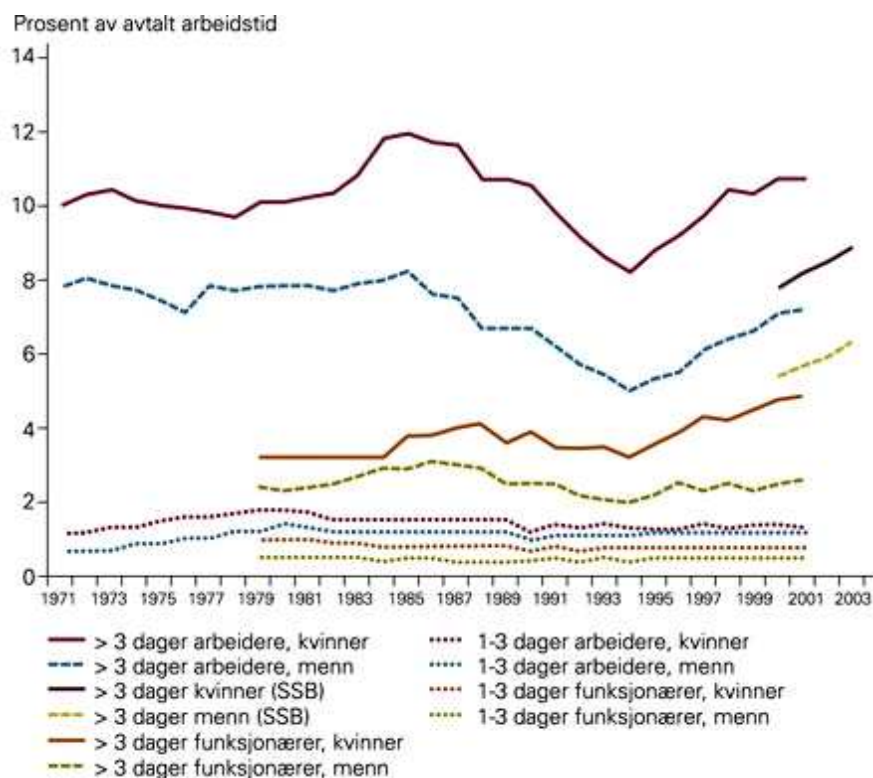


Figur 2.1: Antall sykepengedager erstattet av RTV per år, og erstattede sykedager per sysselsatt (Gjesdal, 2005)

Sykefraværet utgjorde i første fase, 1975-87, 15-20 millioner dager årlig. Det laveste nivået var i 1983 med 15.9 millioner fraværsdager. I slutten av 1970 årene var sykefraværet per sysselsatt ca 10 dager, mens det var ca 8 dager i første halvdel av 1980 årene for begge kjønn.

NHO sine data gir opphav til følgende figur<sup>7</sup> under, og viser kort- og langtidsfravær i prosent av avtalt arbeidstid. Korttidsfraværet var på topp i 1981, hvor mannlige og kvinnelige arbeidere hadde et sykefravær på henholdsvis 1.4 % og 1.8 %. I 1982-83 sank dette fraværet noe, og har i hele fasen, 1975-87, utgjort en liten andel av sykefraværet. På 1970 tallet var det gjennomsnittlige langtidsfraværet 7.5 % for mannlige og 10 % for kvinnelige arbeidere. Fraværet økte noe fra 1979, var stabilt frem til 1983, og hadde så en topp i 1986-87. Det gjennomsnittlige langtidsfraværet var da 7.8 % for mannlige og 11.7 % for kvinnelige arbeidere.

<sup>7</sup> Figuren er basert på statistikk fra NHO fra 1971-2001, og data fra SSB for perioden 2000-03. Sykefraværet for arbeidere ble registrert fra 1961 og sykefravær for funksjonærer ble registrert fra 1979



Figur 2.2: Egen – og legemeldt sykefravær basert på statistikk fra NHO og SSB(Gjesdal, 2005)

For siste fase, 1988-2002, viser tallene fra RTV<sup>8</sup> at det totale sykefraværet falt fra slutten av 1980 tallet og frem til 1994, da antall kompenserte dager var 15.4 millioner. Fra 1995 har sykefraværet økt kraftig. I 1999 kompenserte RTV 26 millioner sykedager, og i 2002 32.6 millioner sykedager. Sykefraværet i 1994 i antall dager tilsvarte henholdsvis 6.6 dager for menn, og 10.1 dager for kvinner. I 2002 tilsvarte dette 10.6 dager for menn og 16.7 dager for kvinner. Dette er også høyere enn i 1970 årene, da antallet var ca 10 fraværsdager per sysselsatt.

NHO sine data viser at det egenmeldte fraværet var noenlunde stabilt i siste fase. Det legemeldte fraværet hadde en negativ trend i perioden 1986-1994<sup>9</sup>, og nådde et minimum i 1994 med henholdsvis 5 % for mannlige og 8.2 % for kvinnelige arbeidere. Fra 1995 har det vært en jevn økning i sykefraværet. I 2000-01 var sykefraværet 7.2 % og 10.7 % for henholdsvis mannlige og kvinnelige arbeidere, og fraværet for kvinnelige funksjonærer var i

<sup>8</sup> Dataene inneholder nå varighet av sykefraværene. I 2000 ble også statsansatte inkludert, og antall arbeidsledige er også tatt med, og vist som et årsgjennomsnitt fra Arbeidskraftundersøkelsen(ca 10 000 individ)

<sup>9</sup> Den negative trenden i perioden her gjelder for menn. For kvinner startet fallet noe senere.



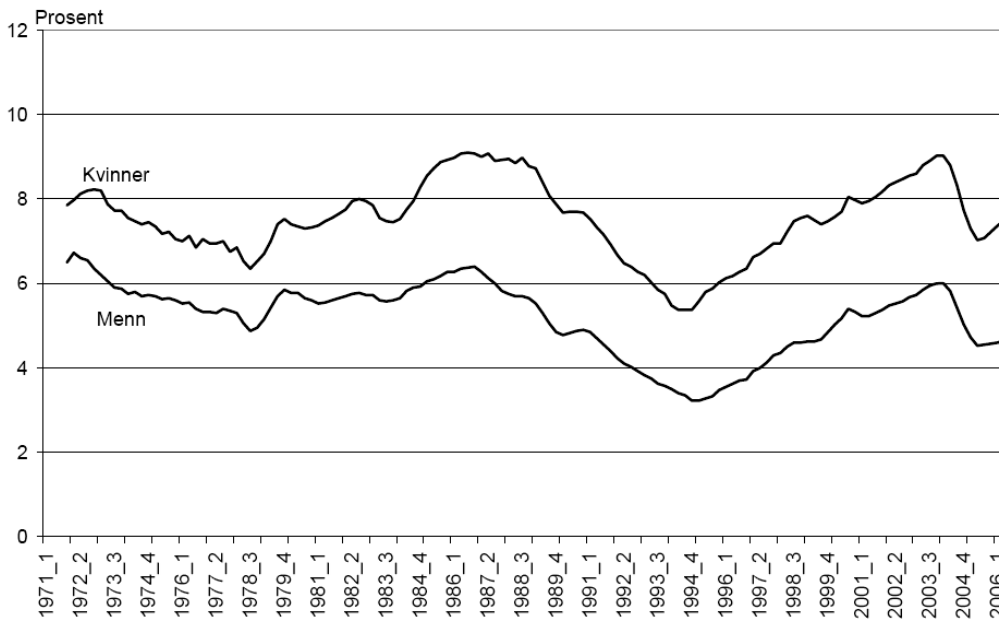
2000-01 høyere enn noen gang tidligere. I 1970 årene var dette sykefraværet 7.5 % for menn, og 10.0 % for kvinner. Statistikken fra SSB for alle sysselsatte, viser en økning i det legemeldte fraværet fra 2000-03, målt i 3.kvartal.

Vi ser altså at det er en rekke utfordringer knyttet til ulike registreringsmåter og metode. For første fase, er som nevnt dataene fra RTV ikke komplette, og sykefraværet for statsansatte ble i tillegg ikke registrert før i 2000. NHO registrerte bare sykefravær blant arbeidere inntil 1979, da også fravær blant funksjonærer ble inkludert, og en samlet statistikk over alle sysselsatte og alt fravær, kom ikke på plass før i 2000. Disse utfordringene gjør at det ikke kan fattes en entydig konklusjon over utviklingen i sykefraværet i første fase, og at det melder seg noen spørsmål når sykefraværet skal sammenlignes på tvers av fasene. Av figurene kan vi se at antall kompenserte sykefraværsdager utbetalt av RTV har økt kraftig, og at nivået i 2002 er langt høyere enn i 1970 årene. Sammenlikner vi dataene for begge kjønn hos RTV og NHO; 1970 årene mot 2001-02, ser vi at sykefraværet har økt for både kvinner og menn, med unntak av sykefraværet blant menn i NHO dataene, hvor det har vært en liten negativ endring med 0.3 %, fra 7.5 % til 7.2 %. Gjesdal (2005) utelukker ikke at sykefraværet har økt, men er forsiktig i sine anslag. Han oppsummerer likevel med at langtidsfraværet økte fra 1994 og frem til artikkelen ble publisert.

Skollerud (2008) henviser i sin rapport til Ose et al (2006). De ser på utviklingen i sykefraværet i perioden 1971-2006. Etter sykelønnsreformen som kom i 1977, skjedde det en økning i sykefraværet. NHO rapporterte om en svak økning frem mot 1987/88, og deretter et fall til ut på 1990 tallet. Fra 1994 og frem til 2000 tallet, økte sykefraværet, og har siden holdt seg høyt. Data fra RTV viser i midlertidig at det var en betydelig vekst i langtidsfraværet gjennom hele 1980 tallet<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Skollerud viser her til Hagen og Hippe(1991). De fant at det var lengden av fraværet som økte, og ikke hyppigheten av fravær



Figur 2.3: Legemeldt sykefravær, justert nivå på NHO data for tilpasning til Sentral fraværstatistikk. Glidende gjennomsnitt(Ose et al, 2006)

Denne veksten settes av Skollerud i sammenheng med funnene gjort av Hatland (1996). Han forklarer veksten i sykefraværet med at mange arbeidsledige ble sykemeldt, i mangel på arbeid. Denne lønnskompensasjonen ga bedre dekning enn arbeidsledighetstrygd, og ” det er derfor rimelig å anta at den økte lengden på fraværperioden hadde et betydelig innslag av personer som ikke hadde arbeid å gå til”. I 1991 kom en lovendring, som førte til en innskjerping av kravet om årsakssammenheng mellom den medisinske lidelsen og den nedsatte arbeids- og inntektsevnen (regjeringen, 2007), og noe av nedgangen i sykefraværet kan således forklares med dette<sup>11</sup>. På grunn av overgangen fra NHO sin statistikk til SSB, ble det et brudd i sykefraværstatistikken 2.kvartal 2002. I følge Ose et al (2006), kan dette korrigeres for ved å henholdsvis redusere nivået på NHO sin fraværstatistikk, og tilpasse den til SSB sin nye fraværstatistikk<sup>12</sup>. Figur 2.2 over viser da resultatet av sammenslåingen, og at veksten i sykefraværet fra 1994 holder seg frem til 2003. I 2003-04 er sykefraværet historisk høyt, men i følge Ose et al (2006) ikke mye høyere enn for perioden 1985-86.

Markussen(2010,a og b)viser til at sykefraværet i flere år har vært på den politiske dagsordenen, og at bakgrunnen for dette er økningen i sykefraværet siden begynnelsen av

<sup>11</sup> Skollerud viser her til data fra RTV(se figur over)

<sup>12</sup> Dette mener Ose et al(2006) er mulig, da de to statistikkene i en periode overlapper hverandre

1990 tallet. Han henviser også til data fra NHO (Markussen, 2010,b) for perioden 1993-2001, og oppsummerer perioden med at det har vært en kraftig vekst i sykefraværet.

Skollerud (2008), Ose et al (2006) og Markussen (2010, a, b) har i sin datainnsamling og bearbeiding, kommet frem til at sykefraværet har økt fra 1993/94. Det er fremdeles en del usikkerhet knyttet til perioden 1971-2000/01, på grunn av manglende datamateriale og ingen felles fraværstatistikk. Skollerud (2008) ser som gjennomgått over, på perioden 1971-2001, Ose et al (2006) på perioden 1971-2006, mens Markussen (2010, b) konsentrerer seg om utviklingen i sykefraværet fra 1993 og frem til 2001. Studiene bekrefter utviklingen som beskrives i Gjesdal (2005), og at det har vært en økning i sykefraværet over tid og fra ca midten av 1990 tallet.

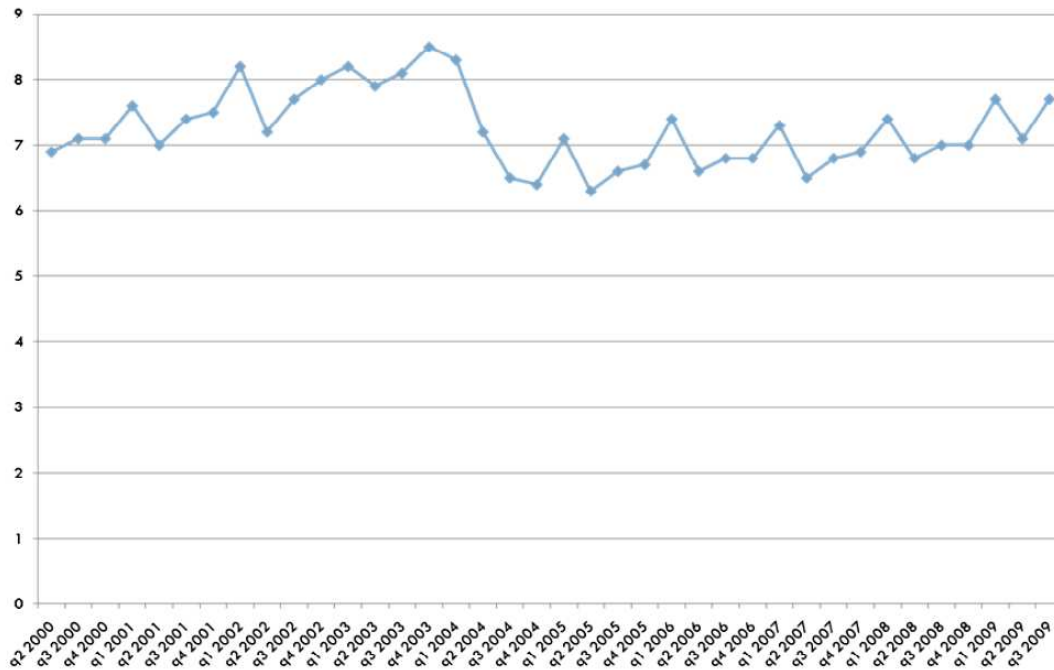
Som følge av innstramningen av sykelønnsordningen i 2004, kom et umiddelbart dropp i sykefraværet på 23 % (Markussen, 2010, b). Effekten av innstramningen virker å ha vært kortvarig. Nedgangen i sykefraværet i 2004 bekreftes også i Nav sin statistikk, og de knytter, som Markussen (2010, b), endringen direkte opp mot regelendringen som kom i 2004 (Nav, 2009, a).

Mellom 2004 og 2008 økte fraværet moderat, og i 2009 opplevde vi en kraftig vekst til tross for finanskrisen og uroen i økonomien. I følge Markussen (2010, b) økte sykefraværet med 0.5 % fra 2000 til 2009. I seg selv kan dette sies å ikke være så mye<sup>13</sup>. Det som er tilfellet, er likevel at sykefraværet har økt, og det har økt samtidig som det har vært en positiv tilstrømning til uføretrygden (Markussen, 2010, b). Denne utviklingen er foruroligende, og OECD påpeker i sin rapport (OECD, 2009) at sykefraværet og sykefraværsvivået er kritisk for tilstrømningen til uføretrygd. I de fleste land har også majoriteten av søkerne til uføretrygd<sup>14</sup>, gjennomgått en periode med sykemelding (OECD, 2009).

---

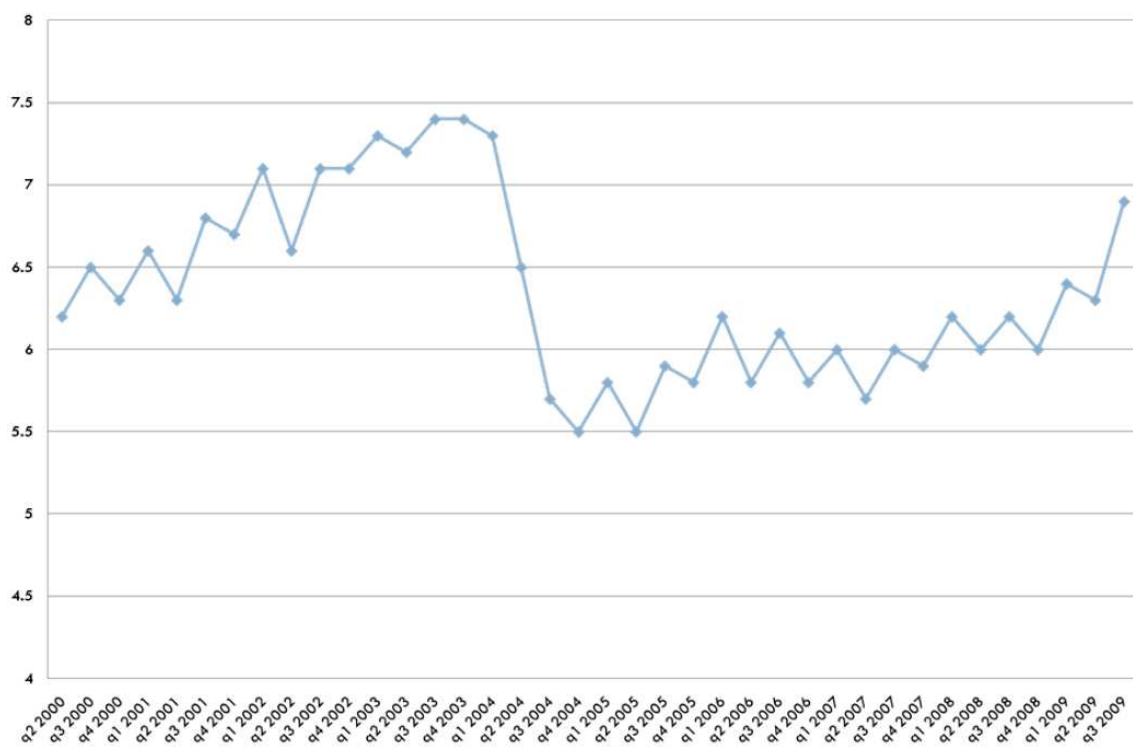
<sup>13</sup> Enkelte har også hevdet at sykefraværet ikke har økt, som Bjerkedal og Thune (2003) og Bruusgaard(2003).

<sup>14</sup> Mellom 50 % og 90 %



Figur 2.4: Det totale sykefraværet fra 2.kv 2000 til 3.kv 2009( Markussen, 2010, b)

Figuren over er hentet fra Markussen (2010, b), og viser sykefraværet i perioden 2.kvartal 2000, til 3.kvartal 2009. Her fremstilles det totale sykefraværet i prosent, og for hvert kvartal i perioden, og på grunn av ulik målestokk, gir dette en annerledes kurve over sykefraværet enn i blant annet Ose et al (2006). Utviklingen i sykefraværet følges også over et lengre tidsrom i Ose et al. Det totale sykefraværet har i følge fremstillingen til Markussen (2010, b) vært stabilt høyt, med unntak av et kraftig fall rundt 2004. Markussen (2010,b) fremstiller også det legemeldte sykefraværet i en annen kurve, med større intervaller på prosentandelene på den vertikale aksene. Dette gjør at variasjonene i dette fraværet kommer bedre frem, og at økningen fra 2000 til 2009, blir tydeligere.



Figur 2.5: Legemeldt sykefravær fra 2 kv 2000 til 3 kv 2009( Markussen, 2010, b)

Ser vi på det egenmeldte sykefraværet, har det i følge Ose et al (2006) vært relativt stabilt siden slutten av 1980-tallet, mens det i følge SSB (2010, b), blant annet har økt med 12.7 % fra 4.kvartal 2008 til 4.kvartal 2009. I samme periode økte det legemeldte fraværet med 6.4 %, fra 6.0 % til 6.4 %. Tallene fra SSB, viser at det har vært en økning i det egenmeldte fraværet de siste årene, og at det er viktig å ikke glemme dette fraværet, når en søker etter forklaringer på hvorfor sykefraværet har økt.



Figur 2.6: Tapte dagsverk pga egen –og legemeldt sykefravær for arbeidstakere 16-69 år i prosent av avtalte dagsverk. 4.kv2000-4.kv 2009 (SSB, 2010, b)

Til tross for noe usikkerhet knyttet til data, spesielt før 2000, er det en underliggende vekst i det legemeldte sykefraværet over tid, samt i det egenmeldte sykefraværet de siste årene. I tillegg har tilstrømningen til uføretrygd økt, og de samlede offentlige utgiftene til helse relaterte trygdeytelser har økt i takt med denne utviklingen.

I sykefraværstatistikker som publiseres av Nav, settes det totale sykefraværet og variasjon i sykefraværet i sammenheng med konjunktursvingninger, demografi, andelen kvinner, sysselsetting, næringer og geografi. Jeg ser også på om andelen innvandrere i arbeidsmarkedet påvirker sykefraværet.

## 2.1 Konjunktursvingninger i arbeidsmarkedet

Vi observerer at sykefraværet i Norge varierer over konjunktorene, og en del forskning viser at sykefravær og arbeidsledighet er negativt korrelert og varierer motsyklisk. Dette er også et funn i tidsserier fra Sverige, Nederland og USA. I samsvar med dette, skal sykefraværet gå ned i dårlige økonomiske tider, og øke i gode (Nav, 2009, a). Dette bekreftes også i Nossen (2008). Noe overraskende har det da vist seg i de seneste årene, til tross for en svakere

verdiskapning og sysselsetting nasjonalt og internasjonalt, at sykefraværet øker. I følge Nossen (2008) er sammenhengen mellom sykefraværet og konjunktorene relativt moderat i Norge, og det høye sykefraværet vi hadde frem til august 2008, skyldes konjunkturoppgangen vi har hatt. Sykefraværet i Norge har omtrent ett år etterslep i forhold til ledigheten, og ventes i følge Nossen å gå ned.

Det er mange hypoteser om sammenhengen mellom sykefraværet og konjunktorene i arbeidsmarkedet. Dette vil behandles i et eget kapittel senere. Endring og variasjon i sykefravær kan som nevnt i noen grad settes i sammenheng med sysselsettingsgrad i befolkningen, sammensetningen av den yrkesaktive befolkningen, forhold i ulike næringer og sektorer og geografi. Jeg vil derfor kort redegjøre for litteratur og statistikk som omhandler disse faktorene, og bruke dette som et utgangspunkt for den videre presentasjonen av forskningslitteratur, som søker å forklare utviklingen i sykefraværet.

## **2.2 Demografi**

Økt alder er en prediktor for redusert helse, og redusert helse er korrelert med økt sykefravær. En aldrende arbeidsstokk vil således kunne føre til at sykefraværet øker, og presset på folketrygden likeså. Etter at AFP ble innført i 1989, har den reelle pensjonsalderen for mange arbeidstakere blitt redusert fra 67 til 62 år. Bratberg et al (2003) studerer effektene av AFP på tidlig pensjonering. De finner, ved hjelp av registerdata, at økonomiske incentiv påvirker avgjørelsen om å pensjonere seg, og at ca 28 % og 8 % av de som går av med AFP, heller ville ha blitt henholdsvis uføretrygdet eller gått arbeidsledige, dersom ikke ordningen hadde eksistert. Studien avdekker at pensjonsalderen i Norge og OECD området har sunket, og at ordninger som AFP har sterke økonomiske incentiv for de sysselsatte til å trekke seg tilbake fra arbeidslivet, lenge før den obligatoriske pensjonsalderen er nådd. Dette betyr igjen, at andelen eldre arbeidstakere, og gjerne de med dårligere helse, går av med pensjon tidligere, og således ikke kan forklare økningen i sykefraværet. Bratberg et al (2003) konkluderer også med at helseproblemer øker sannsynligheten for tidligpensjonering, og at helseproblemer er negativt korrelert med sysselsetting. I 1997 kunne for eksempel 60 % av all avgangen fra arbeidslivet i gruppen 64-66 tilskrives AFP ordningen. Dette styrker altså synet på at eldre med helseproblemer trer tidligere ut av arbeidsstyrken, og at demografi ikke er en god forklaring på økningen i sykefraværet. Samtidig er det gjerne slik at en del av disse eldre, har gjennomgått en periode med sykefravær i forkant av AFP ordningen, og således har bidratt

positivt til sykefraværet. I følge Nav (2008) ”øker sykefraværet mindre med økende alder enn før”. Fra 4.kvartal 2006 til 4.kvartal 2007, var utviklingen i sykefraværet for både kvinner og menn, bedre i de eldre aldersgruppene enn i de yngre. Funnet støtter resultatene fra Bratberg et al (2003), om at de som velger å stå i arbeid, har god helse, og således ikke kan forklare økningen i sykefraværet. I følge Nav (2009, a), er ikke tallene og denne utviklingen like klar. Den relative lave veksten i sykefravær blant de eldre aldersgruppene, forklares med en liten sysselsetting i denne gruppen. Men det er fortsatt slik at sykefraværet blant kvinner over 40 år er mindre enn sykefraværet blant kvinner under 40 år, og dette settes i sammenheng med svangerskap og svangerskapsrelaterte plager. Blant menn er nedgangen i sykefraværet størst blant de over 60 år.

Markussen et al(2009) finner i sin studie at sannsynligheten for sykemeldte til å bli frisk igjen, avtar monotont med alder, og at sannsynligheten for å bli sykemeldt avtar kraftig opp mot 45 år, for deretter å stabilisere seg for lettere plager, men øker for mer alvorlige tilstander.

### **2.3 Andelen kvinner**

Utviklingen i antall kvinner i arbeidslivet, blir av Nav (2009, a), trukket frem som en annen forklaring på variasjon i sykefraværet. Samtlige omtalte studier i denne oppgaven, finner at kvinner har høyere sykefravær enn menn. Dette mønsteret er i følge Ose et al (2006), det samme i andre land. Blant annet finner Markussen et al (2009) at kvinner har en mye høyere sannsynlighet enn menn for å bli sykemeldt, og at tilbakevinningsgraden til arbeidslivet, er lavere blant kvinner. De finner at kjønnsforskjellene i sykefraværet, består selv om en kontrollerer for sivilstatus, barn og forhold på arbeidsplassen. Resultatene viser videre at kvinners sannsynlighet for å bli sykemeldt på grunn av lettere plager, er 30-50% høyere enn for menn, og for mer alvorlige tilstander, 20-40 % høyere enn for menn. Ulikheter i helse, dobbeltarbeid og andre hypoteser fremlegges som forklaringer på denne forskjellen, men selv om kvinner historisk sett har et høyere fravær enn menn, fremgår det i Ekspertgrupperapporten<sup>15</sup> som ble fremlagt for Arbeidsdepartementet i vår, at ” andelen kvinner i arbeidsstyrken ikke har økt i en slik grad de siste 10-15 årene at det kan forklare økningen i sykefraværet”. Denne konklusjonen er basert på en rapport fra Forsäkringskassan i Sverige (Forsäkringskassan, 2009), som analyserte sykefraværet i flere land basert på tall fra arbeidskraftundersøkelser. Rapporten viser at sykefraværet blant kvinner, og blant menn, er

---

<sup>15</sup> Regjeringen (2010)



høyere i Norge enn i øvrige land, og at kjønns - og alderssammensetningen i Norge, ikke kan forklare hvorfor sykefraværet er høyere her enn i andre land (Forsäkringskassan, 2009). Økt sysselsettingen blant kvinner i arbeidslivet, er således ikke en god forklaring på at sykefraværet har økt, selv om kvinner har et høyere sykefravær enn menn i alle aldersgrupper (Nav, 2009, a)

## 2.4 Andelen innvandrere

Det foreligger også forskning som ser på om andelen innvandrere i arbeidsmarkedet kan være en medvirkende årsak til den negative samvariasjonen mellom sykefravær og arbeidsledighet. Akhavan og Bildt (2004)<sup>16</sup> finner at innvandrede kvinner har et høyere sykefravær enn svenske kvinner. De konkluderer med at spesielt lavtlønnsyrker med liten status, som igjen kan relateres til klasse, kjønn og etnisitet, har en særskilt betydning når en skal prøve å forklare denne forskjellen. Bakgrunnen for rapporten er at Sverige på samme vis som Norge, har opplevd en stor og økende første og andregenerasjonsinnvandring<sup>17</sup>. Den demografiske utviklingen beregner at 30 % av alle personer i arbeidsfør alder er immigranter i Sverige i 2020, og det er da urovekkende at sykefraværet er høyere i denne gruppen. På 1990 tallet hadde for eksempel disse kvinnene et sykefravær som lå 65 % over det som svenske kvinner hadde. Videre er det mye som taler for at sykefraværet blant andregenerasjonsinnvandrerne er økende. Hva som ligger bak denne utviklingen, er langt fra avklart, men traumatiserte foreldre, språkbarrierer og dårlig integrering kan gjerne forklare noe av forskjellen.

Bengtsson og Scott (2005) viser til at ulikhetene i sykefravær mellom innvandrere og etniske svensker har forekommet lenge, og at det høye sykefraværet blant innvandrere kan forklares med det landet de er født og oppvokst i, grunnleggende helseforskjeller og at innvandrere opplever arbeidsmarkedet som vanskeligere enn etniske svensker. Dette skal i følge forfatterne være klart viktigere enn blant annet utdanning, kjønn og relativ inntekt. Innvandrere er videre en veldig heterogen gruppe, og dette vil således kunne gjenspeile seg i ulik grad av integrering og tilpasningsproblemer og forskjeller i sykefravær.

Dahl og Hansen (2006) ser i sin studie på langtidssykefraværet blant immigranter og etniske norske ved hjelp av data fra FD trygd. Dataene inneholder informasjon om sosioøkonomisk

---

<sup>16</sup> Studien er basert på intervjuer, empiriske analyser, sykefraværstatistikk, og et nært samarbeid med representanter fra arbeidslivet.

<sup>17</sup> Med førstegenerasjonsinnvandrere menes personer som er født i utlandet, og med andregenerasjonsinnvandrere menes personer som er født her i Sverige, og som har minst en av foreldrene født i utlandet

bakgrunn, deltakelse på arbeidsmarkedet, og mottakelse av sosialforsikring i perioden 1992-2004 for sysselsatte i gruppen 16-67 år. Resultatene i analysen viser at innvandrere fra Øst - Europa, Asia og Afrika har et høyere sykefravær enn de som er født i Norge. Innvandrere fra andre nordiske land, vestlige land eller fra Nord Amerika, har et lavere fravær enn nordmenn, og det er ingen forskjell på nordmenn og innvandrere fra Sør Amerika. Resultatene holder også når en kontrollerer for en rekke faktorer som arbeidsmarkedsforhold, inntekt, utdanning, hvor lenge de har bodd i Norge. Videre finner de at kvinner fra andre nordiske land har et lavere sykefravær enn kvinner født i Norge, og at det ikke er noen forskjell på kvinner født i Norge og de som er født andre steder. Resultatene for menn er de samme som for studien generelt (og nevnt over). Artikkelforfatterne påpeker at det er viktig å belyse problemstillingen, da Norge har blitt et multinasjonalt land, og således fått store velferdsforpliktelser overfor immigranter med dårligere helse<sup>18</sup> og økt sannsynlighet for sykefravær.

Totalt ut gjør første – og andregenerasjonsinnvandrere i 2009 11 % av befolkningen i Norge (Folkehelseinstituttet, 2010, a ), og er videre en heterogen gruppe med ulik sykefraværsatferd. Andelen innvandrere i arbeidsmarkedet kan således ikke ilegges for stor betydning når en skal forklare sykefraværet som varierer over konjunktorene og hvorfor sykefraværet har økt.

## 2.5 Sysselsetting

Bergendorff og Thoursie (2003) viser i sin rapport til studien Riksförsäkringsverket (2002) og DS (2002) har gjort på oppdrag av ESO<sup>19</sup>. De foretar en sammenliknende studie av sykefraværet i Sverige med 7 europeiske land; Norge, Danmark, Finland, Nederland, Frankrike, Storbritannia og Tyskland i perioden 1983-2001. Bakgrunnen for studien, er å belyse om sykefraværet i Sverige er høyt sammenliknet med andre land. Studien er basert på data fra AKU<sup>20</sup>, samt sykefravær på 5 dager eller mer<sup>21</sup>. For hvert land deles sykefraværet opp i kjønn og aldersgrupper; 20-49 år, 50-59 år, og 60-64 år. Resultatene av studien viser at sykefraværet øker med alder i alle land, og at kvinner har et høyere sykefravær i samtlige land,

---

<sup>18</sup> Innvandrene har blant annet økt sannsynlighet for hjerte – og karlidelser, og dårligere psykisk helse (Bengtsson og Scott, 2005). De har også økt sannsynlighet for infeksjonssykdommer pga reiser til hjemlandet, diabetes, benskjørhet, leddgikt og overvekt (Folkehelseinstituttet, 2010,a).

<sup>19</sup> ESO står for Ekspertgruppen for studier i offentlig økonomi

<sup>20</sup> Arbeidskraftundersøkelse. Dette er en etablert spørreundersøkelse med lik utforming mellom land. Det er likevel noen ulikheter i forhold til hvordan AKU klassifiserer personer med langtidsfravær som sysselsatt

<sup>21</sup> Dette pga forskjeller i bruk av karensdager og arbeidsgiverperioder i de respektive landene

bortsett fra i Tyskland. Dataene viser også at Sverige og Norge sysselsetter klart flest i den eldre aldersgruppen, samt har en høy sysselsetting av kvinner generelt.

Forfatterne stiller så spørsmål ved om den høye sysselsettingen i Sverige, og da helst blant kvinner og eldre, kan være med og forklare det høye sykefraværet i Sverige sammenliknet med de andre landene. Sverige har i perioden studien utføres, 1983-2001, et gjennomsnittlig sykefravær på 4.2 %, mens Nederland og Norge har et gjennomsnittlig sykefravær på henholdsvis 4.1 % og 3.2 %. Justert for de to eldste aldersgruppene i Sverige, viser likevel sykefraværet å være høyt i Sverige sammenliknet med de andre landene, og at antall eldre i arbeidsstyrken, bare kan forklare en liten del av forskjellen i sykefraværet.

Sysselsettingen i Sverige og Norge er som vist over ganske lik. Mens sykefraværet har avtatt i Sverige de siste årene, har sykefraværet økt i Norge. En høy sysselsetting, kan således ikke forklare denne utviklingen.

I ekspertgrupperapporten som ble fremlagt til Arbeidsdepartementet i vår, settes sykefraværet i Norge i relasjon til sykefraværet i OECD. Forfatterne viser til Eurostat<sup>22</sup> og AKU tall i perioden 1983 til 2008, men oppgir ingen spesifikk kilde. Sammenlikningen viser at Norge har et sykefravær som er høyere enn OECD for øvrig, og at Sverige og Nederland som i begynnelsen av perioden hadde et sykefravær høyere enn Norge, se over, i løpet av 2000 tallet, har fått til en markant reduksjon. Med en tilnærmet lik sysselsetting som her, er det svært interessant hvordan disse landene har klart å opprettholde en høy sysselsetting med et synkende, og nå lavere sykefravær sammenliknet med Norge. I rapporten stilles det også spørsmål ved om det høye sykefraværet i Norge kan forklares med at det er relativt færre på ulike andre stønadsordninger. I følge OECD (2009), har Norge nesten dobbelt så mange uføretrygdede i den yrkesaktive befolkningen, som OECD gjennomsnittet, og gir således ingen støtte for dette. Antall årsverk på uføretrygd, rehabiliterings - og sykepenger har siden 1995 økt med 4 %, og utgjør som andel av befolkningen i 2008, ca 14 % av den yrkesaktive befolkningen<sup>23</sup>. Trenden er stigende i 2009. Sammenliknet med Sverige, har de hatt en nedgang i andelen på slike ytelser med ca 3 % siden 2003, og har ca 11 % av den yrkesaktive befolkningen på ulike stønadsordninger i 2009. Ekspertgrupperapporten henviser her til tall fra SSB, Nav, det svenske Finansdepartementet og sekretariatet til ekspertgruppen, men

---

<sup>22</sup> EUs statistikkbyrå

<sup>23</sup> Her 20-64 år

oppgir heller ikke her nøyaktige kilder. I rapporten trekkes det videre frem at kommuner i Norge med høy sysselsetting, har mindre sykefravær enn kommuner med lavere sysselsetting. Dette igjen, bryter med oppfatningen om at en høy sysselsetting og et inkluderende arbeidsliv fører til høyere sykefravær. Markussen et al (2009) finner i sin studie at en økning i den lokale sysselsettingen fra 80 - 85 %, reduserer det gjennomsnittlige sykefraværet med ca 0.3 %. De konkluderer også med at høy sysselsetting, ikke nødvendigvis fører til et høyere sykefravær. Dette funnet støttes også i Markussen (2007, a) og Markussen (2010, b). I sin siste studie, viser Markussen til at sysselsettingsraten i perioden 1994-2003, økte fra 70 – 73 %. I samme tidsrom økte sykefraværet fra 3.3 – 6 %. Det tilsier at de som kom inn på arbeidsmarkedet, må ha et sykefravær som er 20 ganger høyere enn de som allerede er etablerte arbeidstakere. Videre viser han til at ”stayers” også endrer atferd med konjunktorene, og at veksten i sykefravær er størst ”innen et individ”.

## 2.6 Næringer og sektorer

Det diskuteres om enkelte næringer kan være sykefraværsfremmende, og om det er visse trekk ved disse næringene som gir et høyt sykefravær. Så langt finnes det ingen klare funn på dette, og det er heller ikke lett å få en oversikt og sammenligne sykefraværet i og på tvers av næringer over tid, da det i 1. kvartal 2009 ble innført enkelte endringer i næringsgrupperingene<sup>24</sup>. Jeg redegjør her kort for sykefraværet i ulike næringer og bransjer, for å gi en oversikt over hvordan sykefraværet varierer på tvers av de ulike næringene. Ved redegjørelse for sykefraværets fordeling etter næring, bør dette sees i forhold til næringens andel av sysselsettingen og hvordan sysselsettingen er fordelt etter kjønn (Nav, 2009, a). For eksempel er kvinner overrepresentert i helse – og omsorgstjenester, mens kvinner og menn er noenlunde likt representert i blant annet varehandel, offentlig administrasjon, og finansierings- og forsikringsvirksomhet. I øvrige næringer er menn overrepresentert.

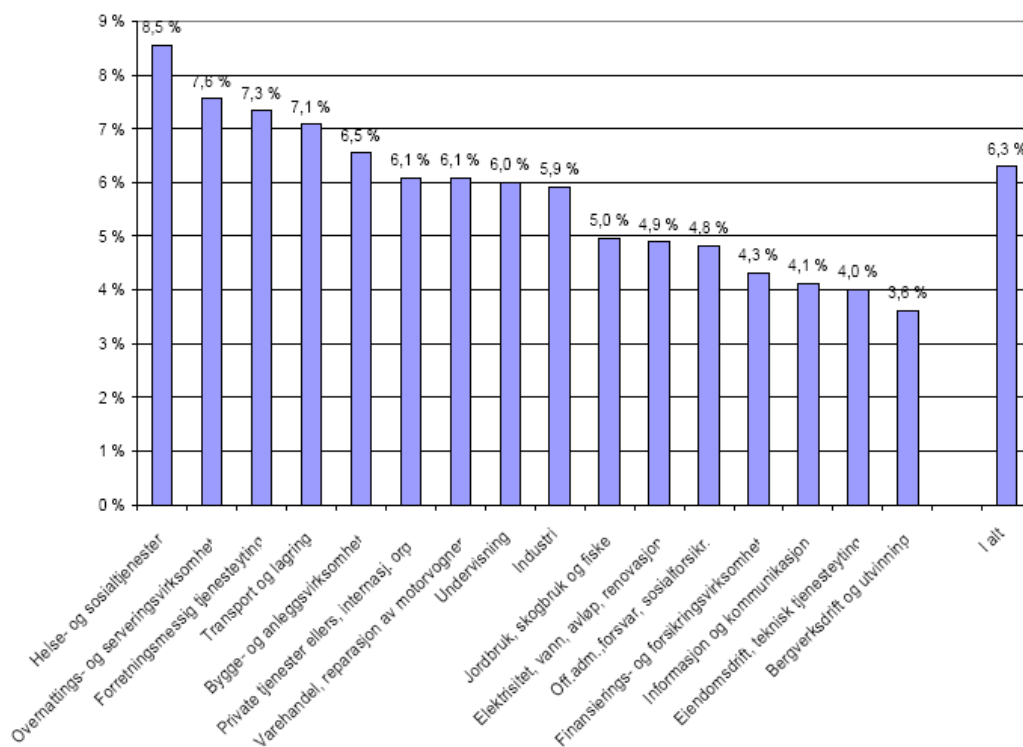
I følge SSB (2010, b)<sup>25</sup>, har det vært en vekst i sykefraværet i samtlige næringer fra 4.kvartal 2008 til 4.kvartal 2009. Informasjon og kommunikasjon og eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting hadde den største veksten med 13.8 % og 12.6 %, mens bygg – og anlegg økte med 7.2 %. Helse – og sosialtjenester som gjerne har stått for en stor andel av sykefraværet, hadde en økning på 4.1 %. Selv om sykefraværet ikke økte mest innenfor helse- og omsorgstjenester, er sykefraværet likevel klart høyest i denne sektoren med 8.5 % i 2009 (Nav,

---

<sup>24</sup> Endring var en følge av endrede økonomiske strukturer, organiseringer og teknologisk utvikling.

<sup>25</sup> Se også Tabell 33(SSB, 2010, b), og Nav(2009,a)

2008, Nav, 2009, a). I øvrige næringer, er det bare overnattings- og serveringsvirksomhet som har et sykefravær høyere enn gjennomsnittet på 7.4 %. Sykefraværet er lavest innenfor bergverksdrift og utvinning, og eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting.



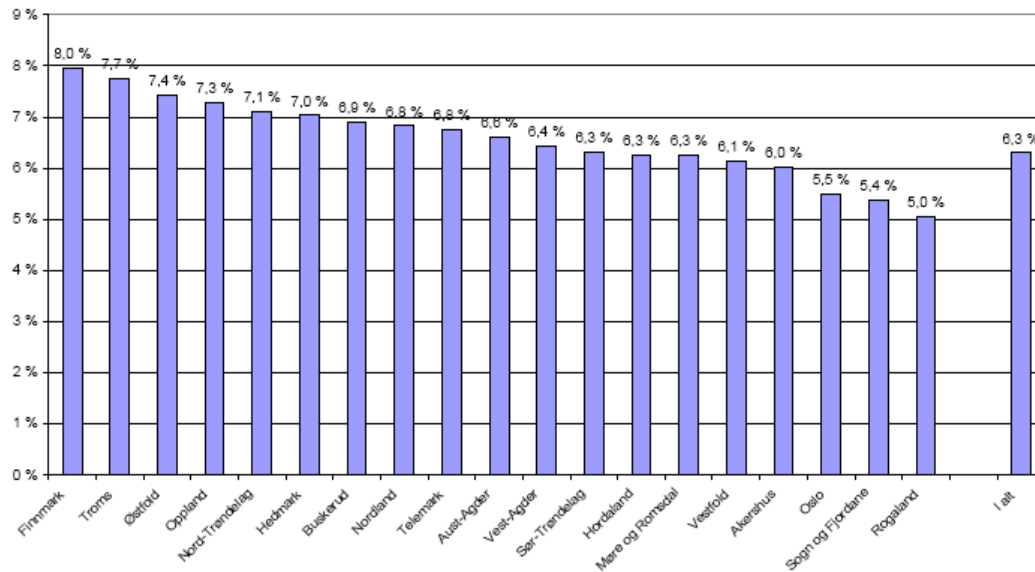
Figur 2.7: Legemeldt sykefravær etter næring. 2.kvartal 2009. Prosent(Nav, 2009, a)

Ser vi på de ulike sektorene, har privat sektor en økning på 7.9 % fra 4.kvartal 2008 til 4.kvartal 2009, mens sykefraværet i statlig forvaltning, da inkludert helseforetakene, øker med 5.0 %. I kommunal forvaltning øker sykefraværet med 6.6 % (SSB, 2010, b). Privat sektor<sup>26</sup> har i denne perioden størst økning i sykefraværet, men har likevel et sykefravær som er mindre enn i kommunal forvaltning, hvor sykefraværet er 9.3 % mot 7.1 % i privat sektor. Sykefraværet i statlig forvaltning er 7.1 %. En forklaring på hvorfor sykefraværet ikke er høyere i statlig forvaltning, er at staten er selvassurandør. Det innebærer at lønnsutgifter for sykefravær over 16 dager, ikke refunderes av Nav, og således ikke registreres.

<sup>26</sup> I privat sektor finner en de konjunkturutsatte næringene som rammes av både økt ledighet og omstillingsprosesser. I starten av en nedgangskonjunktur vil det derfor være økt usikkerhet på arbeidsmarkedet og spesielt i denne sektoren, som kan føre til økt sykefravær(Nav, 2009,b)

## 2.7 Geografisk variasjon

Sykefravær varierer også med geografi og befolkningstetthet. Figuren under viser at sykefraværet i 2009 er høyest i Finnmark, Troms og Østfold med henholdsvis 8.0 %, 7.7 % og 7.4 %, og lavest i Rogaland med 5.0 % (Nav, 2009, a). Mens det i følge Nav (2008) var en nedgang i sykefraværet i enkelte fylker i 2007, viser tall fra Nav (2009, a) at sykefraværet har økt i samtlige fylker frem til 2.kvartal 2009.



Figur 2.8: Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke 2.kvartal 2009. Prosent(Nav, 2009, a)

I dette kapittelet har jeg presentert den historiske utviklingen i sykefraværet. Litteratur som foreligger viser at både sykefraværet og utgifter til helse relaterte trygdeytelser har økt. Jeg har så gjennomgått ulike sammenhenger og faktorer for å belyse utviklingen, men da mye av dataene er deskriptive, kan de ikke brukes til å forklare hvorfor sykefraværet har økt. Jeg går derfor videre og redegjør for forskningslitteratur som søker å belyse årsaker til sykefravær.

## 3.0 Forskning på årsaker til sykefravær

Forskningen som foreligger på utviklingen i sykefraværet, søker å belyse enten hvorfor nivået er høyere enn tidligere, hva som forårsaker variasjon i sykefraværet over tid og konjunkturer, og hvorfor det er vekst i sykefraværet. Som jeg allerede har vist til, har det skjedd en økning i det totale sykefraværet, og jeg ønsker derfor å trekke frem alle mulige forklaringer på dette, slik at treffsikre tiltak kan settes inn for å redusere sykefraværet.

Siden syketrygden skal kompensere for inntektsbortfall ved sykdom, er det naturlig å undersøke om det finnes grunnlag for å si at endringer i befolkningshelsen kan forklare den observerte utviklingen. I denne sammenhengen er det interessant å både se på endring i helse over tid, forskjeller i helse mellom kvinner og menn, mellom etniske grupper og på tvers av land. Ose et al (2006) finner lite støtte for at det har vært en endring i befolkningens helse over tid som kan forklare økningen i sykefraværet, men de oppfordrer til økt forskning på psykiske lidelser og sykefravær, da dette er den nest største diagnosegruppen for sykefravær i 2006. De etterlyser også mer forskning på sammenhengen mellom livsstilsfaktorer og sykefravær.

Nyere forskning har viet oppmerksomhet til betydningen av livsstil, holdninger og endring av holdninger for utvikling i sykefraværet. I tillegg har sykefraværet blant unge<sup>27</sup> og gravide<sup>28</sup> blitt studert, og tallene og resultatene som foreligger viser at sykefraværet blant disse gruppene har økt. Videre har en del nyere studier rettet oppmerksomheten mot legen og legens rolle. Økonomer er spesielt opptatt av økonomiske incentiver, utformingen av syketrygden, samvariasjonen mellom konjunktorene og sykefraværet, og betydningen av normer og holdninger for sykefraværet.

I denne kunnskapsstatusen retter jeg oppmerksomheten mot nyere forskningsområder, og spesielt helse, herunder den psykiske delen av helse, holdninger, økonomiske incentiver, legens rolle og konjunktorene i arbeidsmarkedet. De ulike faktorene belyses ved hjelp av nordisk litteratur, men også litteratur fra øvrige europeiske OECD land. Sykefraværet i Norge settes der det er mulig, i en internasjonal sammenheng, og hvor det foreligger informasjon og data, også i forhold til tidligere nivå og prevalens.

### **3.1 Helse**

Helse og oppfatning av helse er subjektiv. Hva som er god helse vil således variere fra individ til individ. Det å ha god helse for en person kan oppleves som dårlig helse av en annen.

Samme sykdom kan oppleves og mestres ulikt av to personer, og denne oppfatningen vil igjen påvirke den enkeltes opplevelse av å være i stand til å delta i arbeidslivet. WHO opererer med ulike definisjoner av helse, men alle inneholder en psykisk, somatisk og sosial dimensjon.

---

<sup>27</sup> Viser blant annet til Nav(2008)

<sup>28</sup> Se blant annet Nav(2007) og Nav(2008)

Likevekt og balanse mellom de ulike dimensjonene og arenaene av livet, trekkes også frem som en viktig forutsetning for god helse (WHO 2010, c).

Helse er viktig for arbeidsevne- og arbeidstilbud, og er naturlig å trekke frem når en skal se på utvikling i befolkningens helse og forklare utvikling i sykefraværet. Helse og endring av helse over tid, er utfordrende å studere da det krever tilgang på data som er sammenliknbare over tid. En endring i folkehelsen, enten generell eller for grupper i populasjonen, vil kunne være med og forklare hvorfor sykefraværet har økt. I tillegg er det også mulig å si noe om helse og sykefravær, ved å sammenligne sykefravær og ulike helsemål på tvers av aldersgrupper over tid, mellom kvinner og menn, mellom etniske grupper, mellom ulike yrkesgrupper og mellom land.

Jeg vil først se på levealder<sup>29</sup> og helse. Levealder er en indikator på helse, og en økning i levealder vil kunne være et uttrykk for redusert sykkelighet i befolkningen. Redusert sykkelighet vil igjen vise seg i et lavere sykefravær i befolkningen.

### **3.1.1 Utviklingen i befolkningens generelle helsetilstand**

Levealder brukes av WHO, OECD og FN som en indikator på helse i en befolkning. Økt levealder kan bety at befolkningshelsen bedrer seg. En sunnere livsstil med et godt kosthold, fysisk aktivitet og færre smittsomme sykdommer, kan føre til bedre helse, og til at arbeidstakere står lengre i arbeidslivet. Økt levealder<sup>30</sup> kan også skyldes at behandlingstilbud og medisiner utvikles og blir bedre, og til at individ deltar i arbeidslivet og lever lengre til tross for usunn livsstil og alvorlig sykdom. Økt levealder er således ikke nødvendigvis en følge av redusert sykkelighet eller bedre helse i befolkningen. Det finnes ikke noen direkte forskning på dette, og en bruker gjerne ulike indikatorer for å kunne si noe om hvordan levealderen endrer seg over tid og om dette eventuelt skyldes en bedre helsetilstand i befolkningen. Slike indikatorer kan være nedgang i spedbarnsdødelighet, bedre hygiene og boligforhold, bedre ernæring, vaksiner og bedre behandlingstilbud, og disse er faktorer som har hatt størst betydning for utviklingen i levealderen. I Norge har vi både et velutbygd helsetilbud, obligatoriske vaksinasjonsprogram, generelt gode boforhold og en spedbarnsdødelighet som er på et historisk lavt nivå. Dette gjenspeiles i en levealder som har økt siden 1900 (Folkehelseinstituttet, 2010, b, c). I senere år har i midlertidig endrede

---

<sup>29</sup> Levealder er definert som det antall år en person kan forvente å leve under gjeldende dødelighetsforhold

<sup>30</sup> Viser til Folkehelseinstituttet (2010,b )



kostholdsvaner og en reduksjon i fysisk aktivitet, ført til en generell vektøkning i befolkningen, og ulike livsstilssykdommer opptrer i økende grad. Stene – Larsen (2006) har studert utviklingen i folkehelsen fra 1880 til 2005, og peker på at overvekt og mangel på fysisk aktivitet nå utgjør to av de største truslene for folkehelsen i vår tid. Likevel, og på tross av dette, har levealderen i Norge økt med 30 år etter år 1900, og også økt i løpet av de siste årene for både kvinner og menn (Folkehelseinstituttet, 2010,b). Økt levealder betyr ikke nødvendigvis at befolkningen lever sunnere, men generelt er det rimelig å anta at dette er korrelert med redusert sykkelighet og en friskere befolkning totalt sett. Med utgangspunkt i sykefraværnivået i dag, er ikke dette tilfellet, og forekomsten av ulike ikke infeksjose lidelser<sup>31</sup> er høy. Muskel – skjelettsykdommer og belastningslidelser blir også en stadig viktigere årsak til arbeidsuførhet, og det er mye som tyder på at det er blitt mer alkohol – og stoffmisbruk, antisosial atferd og bulimi de siste 50 – 60 årene. Det er også sannsynlig at forekomsten av depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser har økt, og at denne økte forekomsten har skjedd blant unge mennesker. Psykiske lidelser er videre en av de viktigste årsakene til arbeidsuførhet i dag. Stene - Larsen viser til at utviklingen innenfor naturvitenskapen har vært stor, og at evnen til å forebygge og behandle sykdom har gitt endrede leveutsikter for den enkelte. Dette har igjen ført til at flere lever lenger med sykdom, men også til at flere lever lenger med et varig funksjonstap eller med bivirkninger av behandling. Selv om dette spesielt gjelder eldre som ikke deltar i arbeidslivet, har forekomst av ikke – infeksjose sykdommer også økt blant yngre mennesker, som igjen har ført til økt sykkelighet i den yrkesaktive befolkningen.

Waalder et al (2003)<sup>32</sup> ser på om økningen i levealderen i Norge innebærer at flere lever lenger med redusert helse. De finner at økningen i antall leveår i perioden 1985 til 1998 for nyfødte økte med 1.76 år for kvinner og 2.74 år for menn. Samtidig økte antall forventede år med god eller veldig god helse med henholdsvis 2.6 år for kvinner og 4.5 år for menn. Studien konkluderer derfor med at den økte levealderen skyldes bedre helse i befolkningen, og ikke at folk lever lenger med dårlig helse. Regjeringen (2000) viser også til at helsetilstanden i Norge generelt er god, og at det er lite som tyder på at helsen i befolkningen er blitt dårligere. I midlertidig ser det ut til at det har vært en økning i antall personer som vurderer at de har

---

<sup>31</sup> Til ikke-infeksjose sykdommer regnes hjerte – og karsykdommer, kreft, type -2 diabetes, KOLS, muskel – skjelettsykdommer og allergier

<sup>32</sup> Studien er basert på intervju med 3948 menn og 4260 kvinner i 1985 og 1667 menn og 1767 kvinner i 1998 i aldersgruppen 16-89 år

helseproblemer. En sterk sykdomsfokusering i media og i samfunnet og et økt forbruk av helsetjenester, trekkes frem som mulige forklaringer på dette (Regjeringen, 2000).

Som vist til over<sup>33</sup> er psykiske lidelser utbredt i befolkningen, selv om det ikke har vært en nevneverdig økning blant de mest alvorlige tilstandene som schizofreni og bipolar lidelse<sup>34</sup>. Nasjonal og internasjonal forskning tyder også på at det har vært en økning i forekomsten av alkohol- og stoffmisbruk, depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser (Kringlen, 2002, Kessler et al, 1994, Bijl et al, 1998 a, b, Kringlen et al, 2001, Torgersen et al, 2001), og et gjennomgående trekk ved nyere psykiatrisk epidemiologi er den økte forekomsten av psykiske lidelser hos yngre mennesker. Psykiske lidelser påvirkes trolig av levekår og levestett på samme måte som de somatiske lidelsene gjør, men det ser ut til at det sosiale nettverket og stabilitet i livssituasjonen er en viktigere faktor enn velstand og inntekt for den psykiske helsen. Bedret levestandard etter andre verdenskrig, førte til at befolkningen fikk flere muligheter til livsutfoldelse. Dette kan ha bidratt til et mer individualistisk samfunn med høyere skilsmissemfrekvens og mange enslige (Stene - Larsen, 2006). Som jeg kommer tilbake til senere i kapittelet, viser statistikken at flere lever alene. Ensomhet og et dårligere sosialt nettverk, kan bidra til at forekomsten av lettere psykiske lidelser øker, og dermed til at sykkeligheten i befolkningen øker til tross for at levealderen går opp. Det er også viktig å ta med at fokuset og synet på psykiske lidelser har endret seg etter hvert som faget og behandlingsmetodene har utviklet seg. Det å være psykisk syk, er i større grad sidestilt med det å være somatisk syk, og terskelen for å oppsøke hjelp har gått ned. Psykiske lidelser fremstår i dag som et økende helseproblem, og utgjør en av hovedårsakene til sykemelding og arbeidsuførhet.

Levealderen i Norge har steget i takt med velstandsøkningen, men forskning som foreligger tyder på at denne økningen skyldes bedre medisinsk behandling og generelt bedre levekår. Fremdeles er forekomsten av ikke – infeksjøs lidelser høy, og fremskritt innenfor naturvitenskapen har ført til at flere overlever akutt sykdom, og kan delta i arbeidslivet til tross for redusert helse. Økt levealder betyr derfor ikke nødvendigvis at helsen generelt i befolkningen er bedre, men at medisinsk behandling gjør det mulig å leve lenger og delta i arbeidslivet med kronisk<sup>35</sup> sykdom. Dette kan være med og bidra til et høyere sykefravær.

---

<sup>33</sup> Se Stene-Larsen(2006) og Folkehelseinstituttet(2010,a)

<sup>34</sup> Se Dalsgard(2002)

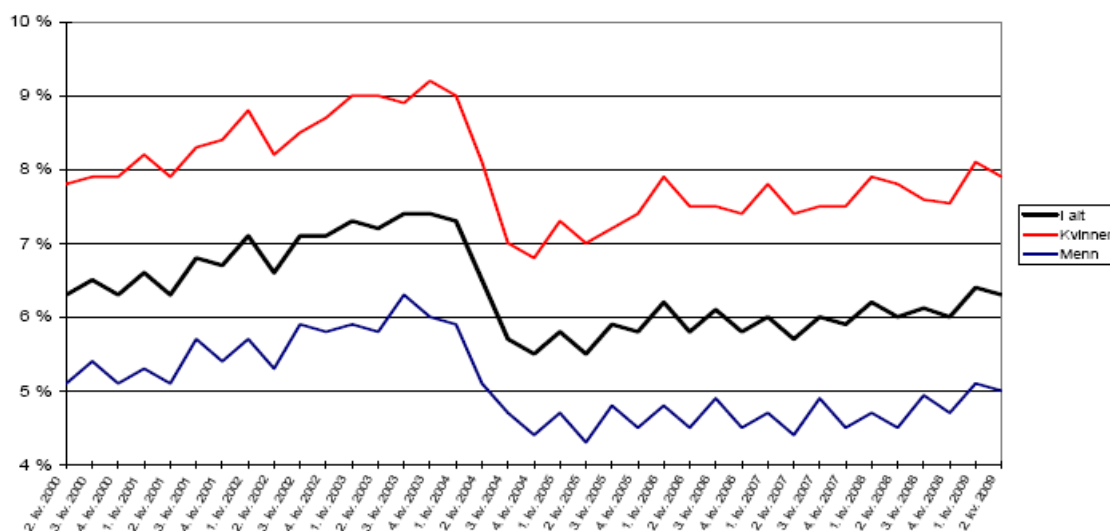
<sup>35</sup> Kronisk sykdom er her både somatisk og psykisk sykdom

### 3.1.2 Alder

Samtlige studier som er tatt med i denne kunnskapsstatusen, viser at helse er negativt korrelert med alder, og at sykefraværet øker med økende alder.

### 3.1.3 Kjønn

Sykefraværet fordeler seg noe ulikt mellom menn og kvinner. Sett under ett, har kvinner et betydelig høyere fravær enn menn, og dette er også et gjennomgående funn i alle studiene som er gjennomgått i denne litteraturstudien. I følge Nav har den nominelle differansen i sykefraværet mellom kjønnene i hele 8 års perioden som sykefraværstatistikken gjelder for, ligget på mellom 2.5 og 3.0 % (Nav, 2009, a). Som tidligere vist til i oppgaven, har ikke andelen kvinner i arbeidslivet økt i en slik grad de siste 10-15 årene, at de alene kan forklare økningen i sykefraværet (Forsäkringskassan, 2009).



Figur 3.1: Utviklingen i legemeldt sykefravær etter kjønn. 2.kvartal 2000-2.kvartal 2009. Prosent(Nav, 2009, a)

#### 3.1.3.1 Biologi

Ichino og Moretti (2009) ønsker å finne ut om biologiske forskjeller kan forklare kjønnsforskjeller i korttidsfraværet. Ved hjelp av persondata fra en stor italiensk bank, finner de at sannsynligheten for sykefravær øker blant kvinner relativt til menn, ca 28 dager etter forrige sykefravær. Denne forskjellen finner de ikke for kvinner og menn over 45 år. Videre finner de at sykefravær, indirekte biologi, også påvirker kvinners lønnsinntekt negativt.

Sykefravær med en 28 dagers syklus viser seg å kunne forklare ca 1/3 av den generelle forskjellen i antall sykedager, og mer enn 2/3 av forskjellen i antall sykefraværstilfeller mellom menn og kvinner. Ichino og Moretti finner videre at sykefravær som følger en 28 dagers syklus ikke er systematisk korrelert med incentiver til de ansatte eller til lokale sosiale normer, da resultatet også er signifikant for ledere og ansatte som er i posisjon til å bli forfremmet. De finner videre at menns sykefravær avhenger av holdninger og ulike helseårsaker, mens kvinnelig sykefravær i tillegg er påvirket av menstruasjonssyklusen. Dataene og resultatene fra denne analysen er basert på ett firma, og forfatterne påpeker at mer forskning basert på data fra flere kilder er nødvendig for å kunne trekke noen videre konklusjoner.

Alexanderson et al (1994)<sup>36</sup> finner i sin populasjonsstudie fra Östergötland i Sverige at det er små forskjeller i sykefravær utover 7 dager mellom kvinner og menn når de ikke har barn. Mye av det høyere sykefraværet blant kvinner, kan forklares med graviditet og svangerskapsrelaterte plager, men ikke hele forskjellen. Kvinner har generelt høyere sykefravær enn menn, både i mannsdominerte yrker og i tjenesteyrker.

I Alexanderson et al (1996) ser forfatterne på om forskjell i sykefravær mellom kvinner og menn delvis kan tilskrives svangerskapsrelaterte årsaker. Kvinner har et høyere sykefravær enn menn, og sykefraværet er spesielt høyt blant gravide kvinner. Studien er basert på sykefraværdata for menn og kvinner i alderen 16-44 som i 1985 eller 1986 hadde et sykefravær over 7 dager i Linköping kommune<sup>37</sup> i Sverige. Resultatene viser at sykefraværet blant kvinner er høyere enn blant menn. Dersom gravide blir ekskludert, synker fraværet fra 0,18<sup>38</sup> til 0,15<sup>39</sup> for alle kvinner, noe som tilsvarer en nesten halvvering av forskjellene i sykefravær mellom kvinner og menn. Menn har et fravær på 0,12<sup>40</sup>. Resultatet er størst i aldersgruppen 25-34, og varierer også noe med yrke. Selv om bare 5 % av alle kvinnene i studien er gravide, utgjør de altså en stor forskjell i sykefraværet mellom menn og kvinner. Sykefraværet blant kvinner er likevel 25 % høyere enn blant menn.

---

<sup>36</sup> Studien er basert på sykefraværdata over 7 dager for ca 45 000 individ i perioden 1985-1987. Hvert år har individene ca 61000 sykefraværstilfeller. I løpet av perioden øker antall sykefraværddager, mens incidensen av sykefraværstilfeller er stabil

<sup>37</sup> Kommunen hadde 117 000 innbyggere da studien ble utført

<sup>38</sup> Gravide kvinner øker det kvinnelige sykefraværet med 18 %

<sup>39</sup> Innenfor et 95 % konfidensintervall, 0.15-0.16

<sup>40</sup> Innenfor et 95 % konfidensintervall, 0.12-0.13

Ose et al (2006) viser til at det har vært en økning i svangerskapsrelaterte sykefraværstilfeller, men at det er vanskelig å si om dette er en reell utvikling eller om det skyldes en endring i sykemeldingspraksis. De etterlyser mer forskning på området.

Markussen et al (2009) finner at graviditet har en nesten umiddelbar effekt på sykefraværet, og at graviditet femdobler sjansen for å være borte fra jobb. Denne trenden når sitt maksimum ca 2 måneder før fødsel, da sannsynligheten for sykdom er femten ganger så stor som før graviditeten inntraff.

En del av kjønnsforskjellene i sykefraværet, kan altså forklares med kvinners graviditet. Men kjønnsforskjellene i sykefravær fortsetter også etter at graviditet og barseltiden er over, og en rekke studier har derfor rettet søkelyset mot rollefordelingen i hjemmet

### **3.1.3.2 Rollefordeling**

Åkerlind et al (1996) studerer kjønnsforskjeller i legemeldt sykefravær med spesielt fokus på alder og omsorg for barn. Utgangspunktet er sykefraværdata utover 7 dager, fra en kommune i Sverige i perioden 1985 - 87. Populasjonsutvalget er menn og kvinner fra 16-54 år med og uten omsorg for barn under 10 år. Forfatterne finner at kvinner med barn, har et høyere sykefravær enn menn med barn. Dette gjelder for alle aldersgrupper. Menn med barn har lavest sykefravær, mens unge mødre har det høyeste sykefraværet. Disse funnene er også gjeldende når sykefravær relatert til graviditet utelukkes. Resultatene viser at kjønnsforskjeller i sykefravær er høyt korrelert med omsorg for små barn, og forfatterne foreslår at ulik rollefordeling av omsorgsoppgaver i hjemmet, motvirker de positive helseeffektene kvinner har av å inneha flere roller i livet<sup>41</sup>

Vistnes (1997) finner også i sin studie<sup>42</sup> av 9598 ansatte i USA at barn øker sannsynligheten for sykefravær blant kvinner, men ikke blant menn. Menn med omsorg for barn, har i midlertidig flere sykedager enn de som ikke har omsorg for barn. Dette forklares med at mennene gjerne enten er aleneforsørgere, eller gift<sup>43</sup> med en arbeidende kvinne, og således har et fraværsmønster likt kvinner med små barn og ikke som andre menn generelt.

---

<sup>41</sup> Se Innstrand(2009) under

<sup>42</sup> Forfatteren bruker data fra National Medical Expenditure Survey i 1987

<sup>43</sup> Effekten av sivilstatus, og det å være gift, på sykefraværet til menn og kvinner, er også et hovedfunn i Barmby et al (2000)

I Mastekaasa (2000) undersøkes det om kvinner i større grad enn menn, er dobbeltarbeidende, og om dette kan forklare hvorfor kvinner har et høyere sykefravær enn menn. Utgangspunktet for studien er to norske datasett<sup>44</sup>. Sammenhengen mellom barn, antall og alder av barna, og sykefravær blant kvinner og menn studeres, og forfatteren ser også på faktorer som sivilstatus, utdanning og antall timer i jobb. I motsetning til Åkerlind et al og Vistnes finner han at sammenhengen mellom barn og sykefravær er svak, spesielt for gifte kvinner og menn. I den grad gifte personer med barn er mer borte fra jobb enn gifte personer uten barn, skyldes i stor grad luftveisproblemer. Relasjonen mellom barn og sykefravær er noe sterkere for single, ugifte mødre, men ikke for enslige skilte mødre, eller enslige mødre som tidligere har vært samboer.

Resultatene fra denne studien vekket oppsikt, og ble fulgt opp av Bratberg, Dahl og Risa i 2002. De ser på om kombinasjonen av karriere og familieforpliktelser, øker det kvinnelige sykefraværet. Funnene viser at flere barn reduserer sykefraværet for en gitt karriere, men at kvinner som kombinerer arbeid og hjem, utgjør en gruppe som er mindre utsatt for sykefravær. Når forfatterne tar høyde for seleksjon i utvalget, finner de at flere barn bidrar til å øke sykefraværet, og at dette i noen grad støtter hypotesen om at dobbeltarbeid og høy samlet arbeidsbelastning øker sykefraværet.

I følge Allebeck og Mastekaasa(2004) er det ikke vitenskapelige bevis for at sivilstatus og barn påvirker sykefraværet. De foreligger i midlertidig vitenskapelige bevis for at skilsmisse påvirker sykefraværet.

Hjem og arbeid er de to hovedarenaene i livene våre, og Innstrand (2009) påpeker i sin doktorgrad at det er viktig å forstå og finne faktorer som påvirker oss og helsen vår i begge disse arenaene. En skjev arbeidsfordeling og en total byrde som føles for stor, vil føre til konflikt og utmattelse, som igjen kan føre til sykefravær. På en annen side, kan disse rollene være en kilde til glede og personlig vekst, og utfylle hverandre på en god måte.

Markussen et al (2009) finner at separerte eller skilte menn har 17.5 % høyere sannsynlighet for å bli sykemeldt, mens skilte/separerte kvinner har 25 % økt sannsynlighet for å bli sykemeldt. I tillegg øker skilsmisseprosessen risikoen for langtidsfravær. De finner også at kjønnsforskjellene i opptakelsen av arbeidet igjen etter en skilsmisse avhenger av om de

---

<sup>44</sup> Norwegian National Social Insurance Board

ansatte har barn eller ikke. Dersom kvinner ikke har barn, vender de fortere tilbake til jobben enn menn, mens de er sykemeldt lenger enn menn når de har omsorg for barn.

Andre studier tyder også på at kulturelle og sosiale faktorer spiller en viktig rolle når en skal forklare kjønnsforskjeller i sykefraværet. Bratberg og Naz (2009)<sup>45</sup> har en hypotese om at lik omsorg for barn vil forbedre arbeidende kvinners helse, og redusere sykefraværet blant kvinner. Resultatene fra studien viser at i 6 % av tilfellene der fedrene tar ut mer enn den tildelte fedrekvoten, går sykefraværet blant kvinner ned med 5 – 10 % fra et gjennomsnitt på 20 %. Funnet kan tyde på at kvinner i større grad er hjemme når barna er syke, og at de i større grad tar seg av omsorgsoppgavene i hjemmet. Ved å stimulere til en mer jevn fordeling i permisjonen, knytter fedrene sterkere bånd til barna, og vil gjerne lettere ta del i omsorgen av barna. I midlertidig kan det også tenkes at spesielle egenskaper ved fedrene som tar ut mer enn fedrekvoten, er avgjørende, og ikke de politiske føringene som legges for barnefamiliene. Bratberg og Naz prøver å kontrollere for dette, ved å modellere inn uobserverbar heterogenitet i modellen.

Forskningen tyder på at rollefordeling, kultur og etablerte mønstre, er med på å forsterke forskjellene i sykefravær mellom kvinner og menn. Kvinner tar mer del i omsorg og oppgaver i hjemmet, og disse mønstrene er tilsynelatende veldig godt etablerte. I det mennene så må ta en større del av ansvaret for barna, ser vi at deres fraværsmønster likner mer på det vi ser blant kvinner, og at en økt deling av omsorg, reduserer sykefraværet blant kvinner.

### **3.1.3.3 Arbeidsliv**

Mastekaasa og Dale-Olsen (2000) ser i sin studie på om kvinnejobber er assosiert med flere negative helsekonsekvenser enn menn sine jobber, og om dette kan være med og forklare hvorfor kvinner har et høyere sykefravær enn menn. De gjennomgår to datasett fra et representativt utvalg av ansatte i Norge. Kvinner og menn som er i samme yrke og på samme arbeidsplass studeres gjennom en fast - effekt logistisk regressjonsmodell<sup>46</sup>. Resultatene viser at kjønnsforskjellen i sykefravær ikke kan tilskrives at kvinner har mer helseskadelige jobber. Det er likevel en tendens til at kvinner er overrepresentert i jobber hvor det er høyt sykefravær på grunn av psykisk stress.

---

<sup>45</sup> Studien er basert på data fra FD trygd med informasjon om den totale norske befolkningen i alderstruppen 16-67 år. Dataene er fra perioden 1992-2004, og omfatter 30307 gifte og samboende kvinner som i 1996-1999 fødte ett barn.

<sup>46</sup> En slik modell har en tendens til å øke heller enn å redusere kjønnsforskjellene i sykefravær. Dette gjelder både for sykefravær generelt og for hoveddiagnosegrupper

Allebeck og Mastekaasa (2004) viser til studiene av Alexanderson et al (1994) og Mastekaasa og Dale-Olsen (2000), og oppsummerer med at mer forskning er nødvendig før en kan trekke noen videre konklusjon om kvinner har mer helseskadelige jobber enn menn. De finner generelt at det er begrensede vitenskapelige bevis for at fysisk krevende jobber fører til sykefravær, og moderate vitenskapelige bevis for at liten kontroll og medbestemmelse over arbeidssituasjonen fører til sykefravær. De omtaler sykefravær under ett, og gir ingen videre beskrivelse av om dette er egen- eller legemeldt fravær.

I Ose et al (2006) viser de til at et generelt hovedtrekk fra studier på arbeidsmiljø og sykefravær er at psykososiale faktorer medfører en høyere risiko for sykefravær blant kvinner, mens fysiske faktorer øker risikoen for sykefravær hos begge kjønn. De viser også til at sammenhengen mellom sykefravær og arbeidsmiljø er en kompleks relasjon, og at det er uklart hvor stor del av sykefraværet som faktisk skyldes arbeidsrelaterte årsaker, og hvor stor andel som skyldes andre forhold. De mener at forskning i fremtiden bør ta hensyn til forskjeller mellom sykefravær på grunn av arbeid og sykefravær som skyldes vanlige sykdommer. Sykefraværet beskrives også her under ett, men Ose et al fokuserer på det legemeldte sykefraværet i sin rapport

Laaksonen et al (2008) finner i en finsk studie lite støtte for at kvinner har mer helseskadelige jobber enn menn. De forklarer kjønnsforskjellene i sykefravær ved hjelp av helse, arbeidsforhold og familieforhold. 5470 kvinner og 1464 menn i Helsinki følges opp i gjennomsnittlig 3.9 år. Resultatene viser at kvinner har 46 % høyere risiko for egenmeldt sykefravær, og 34 % høyere risiko for legemeldt fravær. Ved sykefravær over 60 dager, er det ingen forskjeller mellom kvinner og menn. Deres analyse tyder blant annet på at psykososiale arbeidsforhold ikke påvirker kjønnsforskjellene i sykefraværet. Fysiske arbeidskrav oppleves oftere som trøttende for kvinner, men kravene påvirker sykefraværet likt hos begge kjønn. De finner at de generelle kjønnsforskjellene i sykefravær er karakterisert ved at kvinner har mer korttidsfravær enn menn. At flere kvinner er langtidssykemeldt, forklares i stor grad med at kvinner har dårligere helse, og i liten grad ved at de har mer helseskadelige jobber enn menn.



### **3.1.4 Livsstil**

Endring i livsstil kan over tid føre til endring i befolkningens helse (Folkehelseinstituttet, 2010, a, Stene – Larsen, 2006). Inaktivitet, et dårlig kosthold og flere enslige er noen av endringene vi ser i samfunnet, og som på kort sikt vil kunne gjenspeile seg i økt sykkelighet, og på lengre sikt vil kunne påvirke levealderen negativt. Jeg ønsker derfor å undersøke om det finnes belegg i forskningslitteraturen for at nordmenn har endret levevaner og livsstil i en så stor grad, at dette kan være med å forklare økning i sykefraværet. Det er her utfordringer i forhold til å finne data som kan belyse problemstillingen. For eksempel er det lite tilgjengelige data som viser hvor mye av sykefraværet som skyldes overvekt.

Før jeg går til empirien, vil jeg kort redegjøre for hva som ligger i begrepet livsstil og et individs levevaner. Livsstil er definert som summen av enkeltpersoners levevaner, for eksempel døgnrytme, kosthold, seksualliv, alkoholforbruk, røyking, fysisk aktivitet, arbeidsforhold og sosialt liv''(Ose et al, 2006). Disse levevanene påvirker oss på utallige måter, og har også en direkte påvirkning på helsen vår<sup>47</sup>. Selv om vi er bevisst betydningen av livsstil for helsen, er det få studier som er gjort på sammenhengen mellom livsstil og sykefravær. I Ose et al (2006) blir det fremhevet at videre forskning er viktig, da feltet har få gode studier, og funn så langt tyder på at personer som for eksempel er inaktive på fritiden, har større sykefravær enn de som er aktive. I Norge har en lenge også hatt et stort fokus på hvilke skadelige virkninger røyk og alkohol har, mens betydningen av fysisk aktivitet, kosthold og psykisk helse har fått mindre oppmerksomhet. Noe av forklaringen på dette, er utfordringer knyttet til å identifisere sykefravær som skyldes disse faktorene.

#### **3.1.4.1 Fysisk aktivitet, overvekt og kosthold**

Levekårsundersøkelsen<sup>48</sup> fra 2005 (SSB, 2005) tyder på økt fysisk aktivitet i befolkningen de siste årene. Men da det har vært et tiltakende fokus på inaktivitet, og gjerne også blitt mindre sosialt akseptabelt å ikke være fysisk aktiv, settes det spørsmålsteget ved om dette gjenspeiler en kunstig økning. Nyere tall viser at bare en av fem voksne oppfyller anbefalingene om 30-60 minutters daglig aktivitet (Folkehelseinstituttet, 2010, a).

---

<sup>47</sup> Henviser til Folkehelseinstituttet (2010,a): Del iv: Faktorer som har betydning for folkehelsen

<sup>48</sup> SSB sin levekårsundersøkelse om helse(helseundersøkelsen) gjennomføres hvert tredje år, og gir et bilde av folkehelsen på et gitt tidspunkt. Den baseres på personlige intervjuer av ca 6500 personer, og omfatter hvordan befolkningen selv vurderer egen helse, sykdom, funksjonsevne, levevaner, bruk av helsetjenester, omsorgsbehov, omsorgsarbeid og sosial kontakt.

Heggebø (2003) kartlegger i 1999-2000 aktiviteten til et tilfeldig utvalg av 9 og 15 åringer i Oslo ved hjelp av aktivitetsmålere. I 2005-2006 følges dette opp av Anderssen et al (2008), som gjør en landsomfattende kartlegging av aktiviteten til den samme målgruppen. Data fra den siste kartleggingen viser at 91 % av guttene og 75 % av jentene blant 9 åringene tilfredsstillers anbefalingene<sup>49</sup> om fysisk aktivitet. Blant 15 åringene er det bare 54 % av guttene og 50 % av jentene som oppfyller dette kravet. Kartleggingen viser også at det er store forskjeller mellom de som er mest aktive og de som er minst aktive. Andersen (2009) kartlegger i 2008-2009 aktivitetsnivået blant voksne, 20-85 år, ved hjelp av aktivitetsmålere, og finner at bare 20 % oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet. I likhet med resultatene blant barn og unge, er det også stor spredning i aktiviteten fra de mest aktive voksne til de minst aktive voksne.

Studier viser altså at aktivitetsnivået i befolkningen er lavere nå enn tidligere, og at det er store forskjeller mellom de som er mest aktive og de som er minst aktive. Data om fysisk aktivitet har tradisjonelt blitt samlet inn ved hjelp av spørreskjema, og det er ikke mulig å sammenlikne disse dataene direkte med dataene fra aktivitetsmålerne (Folkehelseinstituttet, 2010, a). Manglende data gjør det også vanskelig å si noe om utviklingstrender over tid. Samtidig er det mulig å tenke seg at deltakere overrapporterer heller enn underrapporterer om fysisk aktivitet i spørreskjemaundersøkelser, og at aktivitetsnivået til befolkningen har vært på en nedadgående trend i mange år.

I en travel hverdag med mye bilkjøring og gjerne stillesittende jobber, har det for mange blitt vanskeligere å være fysisk aktiv i løpet av dagen, og til tross for at det har vært en økning i andelen av befolkningen som trener, kan ikke dette veie opp for den reduserte hverdagsaktiviteten (Ose et al, 2006). Ose et al henviser til Stortingsmelding nr 16 (2002-2003)<sup>50</sup> som viser at de indirekte kostnadene ved å være inaktiv er enorme. En person som ikke var fysisk aktiv og som begynner å sykle til jobben, gir en årlig samfunnsøkonomisk nytte på mellom 22 – 33 000 kroner. De ser da både på gevinstene av fysisk aktivitet på trivsel og miljø på arbeidsplassen, og på at fysisk aktivitet på arbeidsplassen kan være med og redusere helseforskjellene i befolkningen. Tilrettelegging for at folk kan være aktive, blant annet ved å bygge ut sykkelstier og gangveier slik at folk får en reel mulighet til å være aktive

---

<sup>49</sup> Barn og unge bør være aktive i minst 60 min/dag, mens voksne og eldre bør være aktive i minst 30 min/dag

<sup>50</sup> Regjeringen(2003). Stortingsmeldingen henviser igjen til en studie fra Transportøkonomisk institutt, men oppgir ikke kilden nøyaktig. Det har ikke vært mulig å gjenfinne rapporten.

i hverdagen kan altså gi en generell helseforbedring som igjen kan bidra til redusert sykefravær.

Studier viser at personer som er fysisk aktive på fritiden har signifikant mindre sykefravær sammenlignet med ansatte som ikke er fysisk aktive (van Amelsvoort et al, 2006). Spesielt virker aktivitet positivt inn på muskel - skjelettlidelser, og reduserer også risikoen for langtidsfravær (Eriksen og Bruusgaard, 2002, Bernaards et al, 2006). I Eriksen og Bruusgaard (2002) sin oppfølgingsstudie av 5563 norske hjelpepleiere finner de at regelmessig fysisk aktivitet er assosiert med en redusert risiko for langtidssykemelding. Hjelpepleierne gikk turer, trente aerobic, og var generelt aktive i minst 20 minutter en gang i uken. Selv om dette er mindre enn det som er anbefalt av daglig aktivitet, bekrefter studien at noe aktivitet er bedre enn ingen aktivitet, og at fysisk aktivitet har en gunstig innvirkning på helsen.

Funnet i Eriksen og Bruusgaard (2002) støttes ikke i studien til Brox og Frøystein (2005). De ser på om fysisk aktivitet på arbeidsplassen virker positivt inn på sykefraværet. 129 syke - og hjelpepleiere på sykehjem trekkes ut til en trenings- og kontrollgruppe, og utfører i en seks måneders periode, et ukentlig treningsprogram av en times varighet. Kontrollgruppen opprettholder sin normale aktivitet. Resultatet viser at intervensjonsgruppen verken forbedrer helsen eller reduserer sykefraværet. Artikkelforfatterne understreker her at funnene må sees i lys av at bare 58 % deltok i studien, og at under 50 % deltok på treningene. Videre er selvseleksjon et element, da de med lavest utdanning, røykere og inaktive, er de som er mest tilbøyelige til å droppe ut. Ved å foreta en studie på et så begrenset antall observasjoner, krever det en betydelig effekt for at det skal være mulig å måle en statistisk signifikant effekt. Forfatterne påpeker også dette, og viser til at målet var å rekruttere flere deltakere for økt statistisk signifikans av studien.

Det er fremdeles uklart hvor mye fysisk aktivitet som er nødvendig for å oppnå en reduksjon i sykefraværet (Ose et al, 2006). Bernaards et al (2006) studerer sammenhengen mellom fysisk anstrengende aktivitet og psykologiske helseplager som depresjon og utmattelse. 1747 nederlandske arbeidere følges i tre år, og resultatet av studien viser at anstrengende aktivitet 1-2 ganger per uke er assosiert med lavere risiko for langtidssykefravær for de arbeidende med stillesittende jobber. Forfatterne konkluderer med at fysisk aktivitet kan være viktig for å forebygge fremtidige psykiske plager, generelt dårlig helse, og langtidssykefravær, og at

effekten er størst for arbeidere med stillesittende jobber. Proper et al (2006)<sup>51</sup> undersøker dose – respons forholdet mellom moderat og anstrengende trening og sykefraværet i befolkningen. Resultatene fra studien viser at moderat fysisk aktivitet ikke har noen effekt på sykefraværet, mens anstrengende fysisk aktivitet minst tre ganger i uken, har en signifikant, men liten effekt på langtidssykefraværet. Lengden på treningsøkten ser ikke ut til å ha noen effekt på sykefraværet.

Til tross for at det råder noe usikkerhet i forhold til hvor mye aktivitet som er nødvendig for å få en positiv innvirkning på sykefraværet, er det sikkert at generell fysisk aktivitet er viktig for å opprettholde god helse, og for å unngå sykdom og fravær. I følge rapporten fra Folkehelesinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2010, a), avhenger også helsegevinsten av fysisk aktivitet av dose – respons forholdet. Dette forholdet tilsier at mer aktivitet, gir en større helsegevinst. Da helsegevinsten i følge Helsedirektoratet<sup>52</sup> er en økende, men avtakende funksjon av fysisk aktivitet, vil de personene som i utgangspunktet har lavest aktivitetsnivå og er i dårligst fysisk form, få den største helsegevinsten for en gitt økning i aktivitetsnivået. Dette vil igjen si at den største helseforskjellen er mellom personer som ikke er fysisk aktive, og personer som er noe fysisk aktive. Regelmessig moderat fysisk aktivitet kan videre gi en betydelig helsegevinst for de aller fleste<sup>53</sup>, samt at intensitet og hyppighet av aktiviteten også spiller en rolle. Dette samsvarer med konklusjonen i Proper et al (2006). Rapporten viser videre til at lengden<sup>54</sup> av aktiviteten også har en helsegevinst, og henviser til de generelle anbefalingene om at barn bør være aktive i minst 60 minutter hver dag, og voksne i minst 30 minutter hver dag.

Trening virker positivt inn både på den fysiske og mentale helsen, og gjør oss bedre rustet til å tåle hverdagens krav. Selv om noen studier viser til at befolkningen trener mer, har den generelle hverdagsaktiviteten gått ned. En nedgang i den totale aktiviteten, kan således være en medvirkende årsak til den økte forekomsten av helseplager i befolkningen.

Kun et fåtall studier ser på sammenhengen mellom overvekt og demografi og sosioøkonomisk status, og på sammenhengen mellom overvekt, helse og bruk av helsetjenester. Dette skyldes

---

<sup>51</sup> Dataene er fra tre store nederlandske databaser; to kontinuerlige tverrsnittundersøkelser og en prospektiv kohort(panel/longitudinal) studie

<sup>52</sup> Se Helsedirektoratet (2010)

<sup>53</sup> Rapporten viser til Jansson og Anderssen(2009)og Strømme(2000)

<sup>54</sup> Rapporten viser her til Jansson og Anderssen(2009)og Pate et al(1995)

spesielt mangel på individdata, og at sykefravær som skyldes overvekt gjerne dokumenteres som sykefravær på grunn av andre årsaker (Sans de Galdeano, 2006).

Allebeck og Mastekaasa (2004) viser til femten artikler som ser på betydningen av livsstilsfaktorer for sykefravær. En generell utfordring med disse studiene er at det er brukt tverrsnittsdesign, som gjør det vanskelig å avgjøre om sykefravær skyldes lite fysisk aktivitet, overvekt, røyking osv. De identifiserer likevel tre studier<sup>55</sup> som spesifikt ser på betydningen av overvekt på sykefravær, og tre studier<sup>56</sup> som ser på betydningen av fysisk aktivitet på sykefravær. Hovedfunnet er at overvekt og inaktivitet er assosiert med et høyere sykefravær. De påpeker likevel at overvekt og inaktivitet kan være et resultat av annen sykdom, og at det ikke nødvendigvis er livsstilsfaktorene i seg selv som utløser sykdom og sykefravær.

Marklund et al (2005) redegjør i sin litteraturanalyse for ulike faktorer som kan påvirke sykefraværet, og finner at overvekt er en medvirkende, men liten årsak til det høye sykefraværet

Ose et al (2006) viser blant annet til SSB (2005) og Drøyvold et al (2006)<sup>57</sup> hvor det fremkommer at kroppsvekten til den norske befolkningen har økt i alle aldersgrupper under 70 år i løpet av de siste 10 årene. Drøyvold et al finner at menn og kvinner i alderen 20-29 år, henholdsvis har økt sin vekt med gjennomsnittlig 7.9 kg og 7.3 kg, og at incidensen av overvekt og fedme er ca 20 % i denne perioden. Ose et al relaterer dette til at befolkningens daglige aktivitet i betydelig grad er redusert pga strukturelle endringer i samfunnet, og at folk generelt er mindre aktive enn tidligere. De oppsummerer også funn fra studier<sup>58</sup> som ser på sammenhengen mellom overvekt og sykefravær, og viser til at overvektige personer har et høyere sykefravær sammenliknet med personer som ikke er overvektige. Blant disse studiene er Vingard et al (2005) som finner at overvekt er en risikofaktor for langtidsfravær, og Moreau et al (2004) som finner at overvekt er assosiert med både kort- og langtidsfravær.

---

<sup>55</sup> Se blant annet Moens et al (1999) og Tucker og Friedman (1998)

<sup>56</sup> Viser til blant annet Eriksen og Bruusgaard (2002)

<sup>57</sup> Studien er en prospektiv populasjonsbasert studie med oppfølging over 11 år. 21565 menn og 24337 kvinner fra 20 år og oppover deltok. Første helseundersøkelse var i 1984-1986, og den andre var i 1995-1997

<sup>58</sup> Se Nathell et al (2002), Vingard et al (2005) og Moreau et al (2004). Se også Jans et al (2007)

Ulset et al (2007) er en litteraturstudie som ser på forekomsten av overvekt<sup>59</sup> i Norge. Studien er basert på empiriske arbeider i perioden 2000-2005, og inneholder artikler fra Norge, Europa og USA. Forfatterne konsentrerer seg om personer<sup>60</sup> med en BMI >30<sup>61</sup>, da sykdomsrisikoen er mangedoblet for denne gruppen sammenlignet med normalvektige (Bray, 2004). Resultatene viser at andelen med fedme er gjennomsnittlig 19.5 % for menn, og gjennomsnittlig 20 % for kvinner. I følge Ulset et al, har en ikke sett så høye tall her til lands tidligere. Forekomsten av fedme var tilnærmet uendret for 40-45 åringer fra 1960-1980 årene, men har deretter mer enn doblet seg de siste 20 årene. Det er ingen nevneverdige forskjeller mellom kjønnene blant de yngre aldersgruppene, mens det blant de eldre aldersgruppene er flere kvinner som lider av fedme. Sammenliknet med andre land, er forekomsten av fedme blant dansker og svensker på norsk nivå, mens forekomsten blant briter er betraktelig høyere og amerikanerne har den største forekomsten.

Sans –de- Galdeano (2005) benytter longitudinelle mikrodata for voksne i aldersgruppen 15-75 år, fra 9 europeiske land i perioden 1998 til 2001, for å undersøke forekomsten av overvekt i Europa. Studien avdekker at antall overvektige øker med 8.5 % i fireårsperioden. Incidensen av overvekt er klart assosiert med lav sosioøkonomisk status, hvor utdanning og husholdningens inntekt er de viktigste faktorene. Dette er også gruppen som i størst grad er sykemeldt og mottar ulike offentlige støtteordninger. Videre er den negative sammenhengen mellom overvekt og helse godt dokumentert (WHO, 2000)<sup>62</sup>, og probit modellene som ser på sannsynligheten for å ha dårlig/veldig dårlig helse, ha en kronisk lidelse, indikerer at overvekt øker sannsynligheten for å ha en dårlig eller veldig dårlig helse, samt ha en kronisk lidelse. Forfatteren studerer ikke korrelasjonen mellom fysisk inaktivitet og dårlig helse/overvekt, og dette kunne vært aktuelt og inkluderer i modellen. Resultatene i studien er videre signifikant for begge kjønn, men effektene virker å være størst for kvinner. Dette er også sammenfallende med at kvinner rapporterer om mer plager og sykdom (WHO, 1998), samt bruker mer helsetjenester enn menn<sup>63</sup> (Bertakis et al, 2000). Det er også velkjent at overvekt og fedme er korrelert med blant annet diabetes type 2, økt kolesterol, høyt blodtrykk, visse krefttyper og ulike belastningslidelser (WHO, 2000), og en forventer således å finne en økt etterspørsel

---

<sup>59</sup> Se også Vilimas et al(2005) og Handeland og Hjelmesæth(2009) som finner at forekomsten av overvekt blant norske barn og unge er urovekkende. Overvekt hos barn, har betydning for overvekt i voksen alder, og overvekt er forbundet med en rekke sykdommer som for eksempel diabetes type 2 og belastningslidelser, som kan føre til sykefravær

<sup>60</sup> Studien omfatter voksne i alderen 19 år og oppover

<sup>61</sup> BMI er klassifisert av WHO. BMI>25 klassifiseres som overvekt, og BMI>30, klassifiseres som fedme

<sup>62</sup> Se også WHO (2010, a)

<sup>63</sup> Se også WHO(1998)

etter helsetjenester for denne gruppen. Sans de Galdeano finner at overvektige mennesker har signifikant flere legebekøk enn mennesker med en normal BMI. Dette funnet gjelder for både kvinner og menn. Generelt er betydningen av overvekt på legebekøk stor. For kvinner er antall bekøk 30 % høyere enn gjennomsnittlig antall bekøk for normalvektige, med unntak for Hellas og Portugal. For menn er dette tallet 28 % høyere for overvektige menn i alle land, bortsett fra i Italia, Hellas og Spania. Sans-de-Galdeano (2005) finner videre at overvektige menn ikke er mer borte fra jobben enn normalvektige ansatte, med unntak av finske menn. For kvinner er resultatene fra de 9 landene tvetydige. I 6 av 9 land, har kvinner med en BMI over 25 eller 30, signifikant større sannsynlighet for å være borte fra jobben enn sine normalvektige medarbeidere, mens overvektige kvinner i Danmark, Hellas og Østerrike ikke har økt sannsynlighet for sykefravær. Det skal her sies at sykefravær pga overvekt ikke kan differensieres fra annet sykefravær, og at tidligere studier impliserer at annet sykefravær brukes for å dekke over sykefravær som skyldes overvekt (Sans-de-Galdeano, 2005).

I følge Sturm (2002) har overvekt en sterkere sammenheng med kroniske lidelser, og beslaglegger større ressurser i helsevesenet, enn det røyk og alkohol gjør. I følge WHO<sup>64</sup> er det klare sammenhenger mellom fedme og kroniske sykdommer, og fedmerelaterte lidelser står for 2-6 % av de totale helsekostnadene i den industrialiserte verden (Ulset et al, 2007)<sup>65</sup>. Bare i Europa er 135 millioner innbyggere overvektige, og i USA er andelen to ganger høyere enn i 1970 årene (Sanz-de-Galdeano, 2005).

I takt med en økende forekomst av overvekt, er det nødvendig å bli bevisst på de kostnadene som relaterer seg til denne tilstanden. Overvekt og fedme medfører økt sykdomsrisiko, og er som vist over, korrelert med sekundære helseplager som kan føre til sykefravær. Schmier et al (2006) samler i sin litteraturanalyse åtte studier<sup>66</sup> som ser på forholdet mellom kostnader og ressurser assosiert med overvekt på arbeidsplassen. Et generelt funn er at overvektige eller ansatte som lider av fedme har et høyere sykefravær eller en økt tilstrømning til uføretrygd. Utgifter til helsetjenester er også betydelig høyere for ansatte med en høyere BMI. Funnene bekreftes i Moreau et al (2004), som i sin belgiske studie finner at økt kroppsvekt er assosiert med et høyt årlig sykefravær og langtidsfravær.

---

<sup>64</sup> WHO(2010, b)

<sup>65</sup> Viser til WHO(2000)

<sup>66</sup> Studiene er engelskspråklige publikasjoner, og omfatter: Bungum et al(2003), Mansson et al(1996), Narbro et al(1996), Nathell et al(2002), Rissanen et al(1990), Robbins et al(2002), Thompson et al(1998) og Tucker og Friedman(1998)

Oppsummert viser studiene at overvekt er et økende problem både i Norge og OECD for øvrig. I følge WHO er også prevalensen av overvekt i lav og middel inntektsland dramatisk økende (WHO 2010, b). Hvor mye av sykefraværet som kan tilskrives overvekt er usikkert, men funn tyder på at det er mørketall, og at overvekt som årsak, skjuler seg bak andre diagnoser. Det er likevel klart at overvektige mennesker er mer syke enn normalvektige mennesker, og at en stadig større andel av befolkningen nå enn tidligere, lider av overvekt.

Hva vi spiser har stor betydning for helsen vår, og de fleste kroniske sykdommer har en sammenheng med kosthold og fysisk aktivitet. Et riktig sammensatt kosthold kan forhindre mangelsykdommer, og gjøre oss mer motstandsdyktige mot kroniske sykdommer. Et for høyt inntak av sukker, mettet fett og salt har stor betydning for helsen vår (Folkehelseinstituttet 2010, a), og for eksempel kan en endring av spise - og treningsvaner, ha stor innvirkning på kroniske sykdommer som for eksempel diabetes type 2. Rapporten fra Folkehelseinstituttet avdekker at inntaket av grønnsaker, frukt og fisk er lavere enn ønskelig. I tillegg får nordmenn i seg for lite D-vitamin, folat og for mye mettet fett. I følge studien til Stene – Larsen (2006), har blant annet et økt inntak av mettet fett, raffinert sukker og andre livsstilsfaktorer, bidratt til økt forekomst av en rekke sykdommer som for eksempel hjerte og karsykdommer, kreft, type 2 diabetes, allergier m.m.

Det finnes lite forskning på kosthold og sykefravær, men maten vi spiser påvirker helsen vår, og dette igjen har betydning for om vi blir syke, og for forløpet av en eventuell kronisk sykdom.

### **3.1.4.2 Alkoholforbruk**

En rekke studier både på norske data og data fra andre land, viser en sammenheng mellom alkoholforbruk og kort – og langtidsfravær. Blant annet finner Grimsmo og Rossow (1997) at en betydelig andel av korttidsfraværet kan tilskrives alkoholbruk. I tillegg viser de til at skader og ulykker lettere oppstår i ruset tilstand, og til at et langvarig misbruk kan føre til kroniske plager. Dette fører igjen til at alkohol også er korrelert med et økt langtidsfravær.



Marklund et al (2005) viser til en rekke studier<sup>67</sup>, og sammenfatter funnene med at både de som konsumerer lite alkohol og de som konsumerer mye alkohol, har et signifikant høyere kortidsfravær sammenliknet med de som viser måteholdenhet i forhold til alkoholinntak.

Norström og Moan (2009) ønsker å gjenskape og utvide resultatene fra studiene som er sammenfattet i Marklund et al (2005)<sup>68</sup>, og bruker norske sykefraværdata i perioden 1957-2001 som grunnlag for studien. Resultatene støtter tidligere funn på sammenhengen mellom alkoholforbruk og sykefravær.

Resultatene over sees også i Ose et al (2006). De viser blant annet til funnene som er gjort i Grimsmo og Rossow (1997), Hermansson et al (2002)<sup>69</sup> og Holder (1991)<sup>70</sup>, hvor individ med et høyt inntak av alkohol, har økt risiko for sykefravær og da spesielt kortidsfravær.

Sykefravær knytter seg til ulykker som oppstår i bakrus, og mer kroniske tilstander hvor et høyt alkoholforbruk er assosiert med økt risiko for en rekke somatiske og psykiatriske sykdommer som kan forårsake sykefravær

Drikkemønster og alkoholforbruk er også knyttet til alder. Boman et al (2005) viser til Leifman og Gustafsson (2003) som i sin studie finner at unge voksne i begynnelsen av tyveårsalderen, konsumerer mest relativt til de andre aldersgruppene. Konsumet virker deretter å synke med stigende alder. Nyere tall i Norge viser også at alkoholforbruket blant norske gutter i løpet av de siste ti årene har økt med 50 %, mens det blant jenter har skjedd en fordobling. Alkoholforbruket har samtidig også blitt mer skjevdelt, ved at ca 10 % av befolkningen nå står for ca 50 % av forbruket (Arbeidstilsynet, 2007). Arbeidstilsynet viser også til beregninger gjort av IRIS<sup>71</sup>, som viser at 33 % av korttidsfraværet og 15 % av langtidsfraværet er alkoholrelatert, selv om det ikke er dette som oppgis som årsak. I følge kilden er det typiske fraværet en dagers fravær, og sannsynligheten for dette dobles når det drikkes alkohol, også ved moderat alkoholinntak. Arbeidstilsynet viser til at det har vært en økning i alkoholforbruket i ulike jobbsammenhenger. Et økt alkoholforbruk kan altså være en medvirkende årsak til økningen i korttidsfraværet.

---

<sup>67</sup> Se blant annet Marmot et al(1993), Leifman et al(1995), Upmark et al(1999), Backhans og Leifman(2001),Vahtera et al(2002)og Boman et al(2005),

<sup>68</sup> De viser også til funnene i Hammer (1999),Grimsmo og Rossow(1997). Avhengig av antakelsene som gjøres i disse to studiene, estimeres det at mellom 14 og 50% av korttidsfraværet, 1-3 dager, kan tilskrives alkoholbruk

<sup>69</sup> Studien pågikk i en 36 måneders periode og omhandlet 989 ansatte. Dataene ble hentet fra en alkoholscreening.

<sup>70</sup> Dataene er hentet fra 1888 ansatte i et stort vestlig tekstilfirma i perioden 1974-1987

<sup>71</sup> IRIS står for International Research Institute of Stavanger. IRIS er et uavhengig forskningsinstitutt, og ble etablert I 1973. Instituttet forsker blant annet på sosial vitenskap og økonomisk utvikling

### **3.1.4.3 Røyking**

Ose et al (2006) viser til at røyking har høye kostnader for samfunnet gjennom sykefravær, og henviser blant annet til Parrott (2004) som finner at 34 millioner arbeidsdager er tapt hvert år i England og Wales på grunn av røykerelaterte sykdommer. I tillegg finner Ruff et al(2000) i sin tyske studie at 47 % av de totale kostnadene ved kols, slag, hjertesykdom, aterosklerose<sup>72</sup> og lunge – strupehode - og munnkreft kan tilskrives røyking. Selv om antall røykere blant europeiske menn har gått ned, viser La Vecchia og Levi (2003) til at kostnadene relatert til kreft vil forbli høye, og at forekomsten av kreft ikke vil være tilbake på 1950-tallsnivå før rundt 2015. Studier viser videre til at røykere har økt hyppighet av sykefravær<sup>73</sup>. Blant ansatte i helsevesenet, er røyk assosiert med økt risiko for sykefravær, spesielt når sykefraværet skyldes ryggmerter (Torres et al, 2005).

Selv om det ikke finnes mange studier som ser på sammenhengen mellom røyk og sykefravær, er det hevet over enhver tvil at røyk påvirker helsen vår negativt. Studier som foreligger, viser også at røykere har økt sannsynlighet for fravær, og røyk kan således sies å være en medvirkende årsak til sykefraværet. Samtidig har antall røykere i befolkningen<sup>74</sup> gått ned siden 1973, og det har vært en nedgang for begge kjønn (Helsedirektoratet, 2007). Røykevanene har således bedret seg i befolkningen, og dette er gode utsikter for fremtiden.

### **3.1.4.4 Sosialt nettverk og subjektive helseplager**

I rapporten til Folkehelseinstituttet (2010, a) fremgår det at: ”det sosiale nettverket<sup>75</sup> er av stor betydning for vår psykiske og fysiske helse. Blant annet kan sosial støtte forhindre at psykiske påkjenninger utvikler seg til lidelser, og bidra til at sykdom oppleves lettere hos de som allerede er rammet, mens mangel på støtte kan bidra til angst, depresjon og alvorligere psykiske lidelser, samt spesielt hjerte- og karsykdommer. ”Det å oppleve at noen bryr seg og er glad i en, at en er verdsatt, og at en hører til hos noen, fremmer god helse, både psykisk og fysisk” (Folkehelseinstituttet, 2010, a). Mangel på omsorg i barneår, vold, å ha foreldre med psykiske problemer, rusproblemer eller andre tilpasningsutfordringer i livet, gir økt

---

<sup>72</sup> Aterosklerose er det samme som åreforkalkning, og er fettavleiringer på innsiden av blodårene som frakter blod fra hjertet til resten av kroppen

<sup>73</sup> Bertera(1991) og Bush og Wooden(1995)

<sup>74</sup> Gjelder for aldersgruppen 16-74 år

<sup>75</sup> ”Det sosiale nettverket er alle de menneskene som omgir oss; familie, venner, kollegaer, naboer, og som har større eller mindre betydning for livene våre, positivt eller negativt”

sannsynlighet for å utvikle psykiske lidelser senere i livet. Andre stressfaktorer som for store opplevde krav på skole og ellers i livet, mobbing, skilsmisse, manglende samlingsplasser i fritiden, dårlig bomiljø, svak økonomi, trivsel på arbeidsplassen og støtte i kollegaer kan også bidra til at psykiske påkjenninger vokser seg større, og til slutt utløses i en psykisk lidelse (Folkehelseinstituttet, 2010, a).

Mykletun og Knudsen (2009)<sup>76</sup> viser i sin kunnskapsstatus om psykiske lidelser i Norge, til at miljøfaktorer betyr mye for om en psykisk lidelse utvikles. Selv om psykiske lidelser kan være genetisk betinget, vil ulike miljøfaktorer, som for eksempel forholdet til viktige omsorgspersoner og utviklet personlighet, være en utløsende mekanisme for om en psykisk lidelse utvikler seg. Forfatterne understreker derfor betydningen av såkalte beskyttelsesfaktorer som motvirker utviklingen av psykiske lidelser, som sosial støtte, mestringsevne og helsefremmende livsstil. Arbeid er en kilde til mestring og personlig utfoldelse, og er således en viktig arena for sosialt nettverk og anerkjennelse fra andre mennesker. Ved for eksempel å tilrettelegge i arbeidslivet for at mennesker med ulike psykiske problem kan delta og utføre en jobb, kan arbeidsuførhet forebygges og arbeid brukes som del av et behandlingsforløp, for å lære mennesker å leve med sykdom, samt øke tilbakeføringsgraden til arbeidslivet. Myklestad et al (2005), Sanne et al (2003), Sanne et al (2004) og Overland et al (2006) viser til at det er betydelige større psykiske helseforskjeller blant personer som er i jobb sammenliknet med de som står utenfor arbeidsmarkedet, enn det er mellom ulike yrkesgrupper. Waddell og Burton (2006) viser videre til at arbeid er positivt for den psykiske helsen, og at dette også gjelder for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Burns et al, 2007).

Stene-Larsen (2006) viser til den nære sammenhengen mellom det sosiale nettverket og den psykiske helsen. Et økende fokus på individet og individuell utfoldelse, har ført til at flere har valgt bort tryggheten som en familie, venner og naboer representerte før i tiden, da det offentlige ikke kunne tilby et sikkerhetsnett på det nivået vi har i dag. Det individualistiske samfunnet har ført med seg en høyere skilsmissefrekvens, mange enslige og en økning i antall mennesker som er ensomme og blir psykisk syke.

---

<sup>76</sup> Rapporten er utarbeidet på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet, og målet er å kartlegge ”utviklingen i psykiske lidelser, identifisere risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, årsaksfaktorer og samfunnsmessige konsekvenser av psykiske lidelser”. Rapporten er basert på tilgjengelig forskningslitteratur fra både Norge og internasjonalt

Litteraturen som er gjennomgått over, støtter teorien om at det sosiale nettverket, tilknytning til arbeidslivet og nære relasjoner er viktig for helsen vår. I dag lever mer enn 860 000 personer alene i Norge (SSB, 2010, c). Fra 1990 har dette tallet økt med ca 34 %.

Kjernefamilien som begrep er for mange i oppløsning, og samboerskap gjør også brudd lettere. Ulike psykiske lidelser er blitt en av hovedårsakene til sykefravær og uføretrygd, og det er visse faktorer som taler for at en endring av de sosiale relasjonene i samfunnet, kan være en medvirkende årsak til sykefraværet.

Det finnes lite forskning på sammenhengen mellom det sosiale nettverket og sykefravær, men funn så langt viser altså at det sosiale nettverket har stor betydning spesielt for den psykiske helsen. I følge Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet (2010, a) er psykiske vansker en undervurdert årsak til sykefravær, og en antar at andelen som sykemeldes på grunn av subjektive helseplager er langt høyere enn det som innrapporteres.

Psykiske lidelser og muskel – skjelettplager er undergrupper av subjektive helseplager, og de utgjør til sammen nesten 50 % av sykefraværet i 2009. Skillet mellom disse undergruppene av diagnoser er ofte uklare<sup>77</sup>, da de ikke kan påvises ved objektive tester, og legen i stor grad er avhengig av pasientens beskrivelser av symptomer og plager ved diagnostisering. Subjektive helseplager representerer således en stor utfordring for både helsepersonell og folketrygden, og problemer knyttet til moralsk hasard<sup>78</sup> oppstår. Psykiske lidelser er en stor og økende diagnosegruppe<sup>79</sup> til sykefravær, og trenden de siste årene har vært at psykiske lidelser har økt, mens forekomsten av muskel – skjelettlidelser har gått noe ned. Det er usikkert om dette skyldes en endret sykemeldingspraksis og at leger i større grad sykemelder på bakgrunn av en psykisk lidelse fremfor muskel – skjelettplager, eller om dette er en reell endring. Funn fra nyere studier viser likevel at det har vært en økning i lettere psykiske lidelser som depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser i befolkningen, og at blant de 8-900 000 nordmennene som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet, er psykiske lidelser en av de viktigste grunnene (Nav, 2010, h).

Mykletun og Knudsen (2009) oppsummerer rapporten med at ca halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og ca 1/3 i løpet av ett år.

---

<sup>77</sup> Dette gjelder spesielt for lettere psykiske lidelser som depresjon og angst

<sup>78</sup> Se blant annet Markussen(2010,a)som viser til at to personer med samme sykdom og samme jobb, vil vurdere arbeidsevnen ulikt, som igjen vil gi seg utslag i ulikt sykefravær

<sup>79</sup> Se Folkehelseinstituttet (2010, a ), Gjesdal (2005) og Hensing et al (2006)

Prevalensen av psykiske lidelser i Norge er omtrent på nivå med andre vestlige land, og ulike angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet - og misbruk er de vanligste psykiske lidelsene i den norske befolkningen. Videre tyder litteraturgjennomgangen på at det ikke har vært noen vesentlig endring i prevalensen av psykiske lidelser de siste tiårene, men at det heller er samfunnets måte å forholde seg til disse lidelsene på som har endret seg.

Gjesdal (2005) viser i sin artikkel til at psykiske lidelser er blitt en viktigere årsak til sykefravær for både kvinner og menn, og at dette også er en trend internasjonalt. Han trekker også frem at til tross for fremskritt innenfor behandling av psykiske lidelser, har det ikke skjedd en nedgang i varighet av fraværene. Folkehelseinstituttet (2010, a) fremhever at det ikke er holdepunkter for at psykiske lidelser er vanligere enn før, men at samfunnets holdninger til disse lidelsene er endret. Å ha en psykisk lidelse er mindre tabubelagt enn før, og flere søker og får hjelp. Et interessant innspill gjennom rapporten, er også betydningen av å tilrettelegge for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne fungere i arbeidslivet. Det er ikke bare av samfunnsøkonomiske grunner vi skal forsøke å bekjempe økningen i langtidssykemelding og uføretrygd, det er også ”en sterk folkehelserettet begrunnelse”. Vi gir ikke mennesker den beste hjelpen ved å gi dem passive ytelser. Det de trenger er hjelp til å fungere et tilnærmet normalt liv, ha en jobb å gå til, og muligheten til å opprettholde et sosialt nettverk. Langvarige passive trygdeytelser, kan føre mennesker enda lenger bort fra livet de en gang hadde, og bidra til å forankre mennesker i pasientrollen.

Psykatri har fått økte bevilgninger over budsjettene, behandlingstilbudet har økt, flere sykemeldes med en psykiatrisk diagnose, flere DPS<sup>80</sup> bygges, og IA avtalen som kom i 2001, var med å synliggjøre behovet for å inkludere mennesker med nedsatt funksjonsevne i arbeidslivet. Dette økte fokuset har klart samfunnsøkonomiske og menneskelige konsekvenser. For mange mennesker blir en psykiatrisk diagnose veien ut av arbeidslivet for godt, og en økende tilstrømning til syke - og uføretrygd, skaper et økt trykk på de offentlige budsjettene. Dersom Mykletun og Knudsen (2009) sine beregninger om at nær halvparten av befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og ca en tredjedel i løpet av ett år, er dette svært alvorlige fremtidsutsikter for sysselsettingen og utgiftene over folketrygden. Et tankekors er også at så mange unge mennesker rammes av en psykisk lidelse<sup>81</sup>, og at de som

---

<sup>80</sup> DPS står for distriktpsykiatrisk senter, og er en statlig klinikk som samarbeider nært med kommunene i sine respektive nærområder

<sup>81</sup> Se også SSB (2010, a)

tradisjonelt sett har vært de mest robuste og tilpasningsdyktige i arbeidslivet, nå i økende grad har behov for offentlig forsørging.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Tilfeller %	Tilfeller %	Tilfeller %	Tilfeller %	Tilfeller %	Tilfeller %	Tilfeller %	Tilfeller %	Tilfeller %
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Allment og uspesifisert	5,4	5,2	5,2	5,1	5,4	5,6	5,8	5,8	5,9
Sykdom fordøyelses organene	5,8	6,5	5,0	6,4	5,7	6,1	6,8	6,8	5,7
Hjertekar sykd.	3,2	3,2	3,2	3,3	3,4	3,4	3,3	3,1	3,1
Muskel/skjelett-lidelser	36,5	35,4	33,7	35,2	35,6	33,9	34,3	33,5	31,5
... herav rygglidelser	11,6	11,0	10,2	10,3	10,2	9,8	9,8	9,6	8,9
... herav nakke/skulder/arm	8,7	8,3	8,0	8,0	8,3	7,8	8,0	7,7	7,2
Sykdom nervesystemet	4,2	4,2	4,2	4,7	4,9	4,7	4,8	4,8	4,6
Psykiske lidelser	12,2	12,2	12,0	13,0	13,2	13,1	13,0	13,7	13,4
... herav lettere psykiske lid	3,9	4,0	4,2	5,0	5,8	6,2	6,5	7,1	7,1
... herav angst/depressive lid	7,7	7,8	7,5	7,5	6,9	6,5	6,0	6,1	5,9
Sykdommer i luftveiene	18,4	19,7	23,4	17,5	17,0	18,6	17,8	17,9	22,4
Svangerskaps-sykdommer	3,5	3,8	3,9	4,6	4,7	4,6	4,7	4,8	4,6
Andre lidelser	10,9	9,8	9,4	10,3	10,2	9,9	9,6	9,5	8,9

Figur 3.2: Sykefraværstilfeller 4.kvartal 2001-2009(Nav, 2010, b)

Markussen et al (2009) finner i sin studie at rundt 70 % av sykefraværet i Norge skyldes potensielle kroniske tilstander, og da muskel – skjelettplager og psykiske plager. Dersom de tar høyde for lengden på sykefraværet i forbindelse med slike diagnoser, utgjør sykefraværet på grunn av subjektive helseplager 93 % av det totale legemeldte fraværet. Forfatterne understreker riktignok at det ikke er klare skiller mellom tilstander som fører til kort – og langtidsfravær, og at for eksempel ulike akutte luftveisplager kan føre til langtidsfravær, mens ulike muskel – skjelettplager kan føre til korttidsfravær.

Markussen (2010, a) viser til studien av Ihlebaek et al (2007), som finner at det er lite samsvar mellom egenrapporterte helseplager og endring i sykefraværet på individnivå. I løpet av en periode hvor sykefraværet økte med 65 %, forble egenrapporterte helseplager konstant. Samtidig viser objektive helsemål til at helsen forbedres. Ihlebaek et al konkluderer derfor med at økningen i sykefraværet ikke kan forklares med en endret helse i befolkningen, men heller med sammensatte faktorer, som endringer i de forventningene en har til egen helse.

Kamaleri et al (2009) gjør også liknende funn i sin 14 år lange prospektive studie<sup>82</sup> på muskel – skjelettlidelser. Smerter flere steder i kroppen, er mer alvorlig og hemmende, enn smerter konsentrert til en spesiell kroppsdel. På bakgrunn av dette, undersøker de om det har forekommet eventuelle endringer i antall smertesteder i kroppen i løpet av perioden. De finner at til tross for en liten økning i gjennomsnittlig antall rapporterte smertesteder på kroppen, viser resultatene at det er et relativt stabilt smertemønster.

Eriksen et al (1998) viser til at subjektive helseplager står for ca 50 % av alle langtidssykemeldinger og uførepensjon i Danmark, Finland, Norge og Sverige. Forfatterne baserer seg på tall fra nasjonale undersøkelser i 1993 av 2030 menn og 2016 kvinner i aldersgruppen 15 år og oppover i de respektive landene. Rundt 75 % av deltakerne i studien, har opplevd en subjektiv helseplage i løpet av den siste måneden. Forfatterne konkluderer med at det ikke er store forskjeller mellom landene, men at svenskene rapporterte om flest plager, mens finnene formidler færrest plager. Subjektive helseplager er altså like utbredt som diagnosegruppe i resten av Norden, og er således ikke unikt for Norge. Det kan videre da ikke sies å være noen forskjeller i sykdomstilfeller, som kan forklare forskjeller i sykefravær mellom Norge og andre OECD land. Dette bekreftes også i Dahl et al (2007)<sup>83</sup> som viser til at sykefraværet i Norge, men også de andre nordiske landene, er høyt sammenlignet med resten av Europa, og at dette ikke kan tilskrives ulikheter i helse.

Bergendorff og Thoursie (2003)<sup>84</sup> ser på om nivået på sykefraværet i Sverige er unikt i europeisk sammenheng. For å justere for ulikheter i forsikringsordningene, er bare fravær over 5 dager tatt med, og sykefraværet er delt opp i forhold til kjønn og aldersgrupper<sup>85</sup>. Resultatet av studien viser at utviklingen og nivået på sykefraværet har vært svært ulik i nasjonene som inngår i studien, og at Norge, Sverige og Nederland skiller seg ut<sup>86</sup>. I følge forfatterne er det lite trolig at det er forskjeller i helse mellom de ulike befolkningsgruppene, som kan forklare forskjellene i sykefravær. Samtidig viser de til resultat fra European Foundation for the improvement of living and working conditions (2000) om at det psykososiale arbeidsmiljøet oppleves som vanskeligere i Sverige sammenliknet med andre EU land, og at det har vært en økende rapportering om hodepine, høyt arbeidstempo og

---

<sup>82</sup> Fra 1990 til 2004

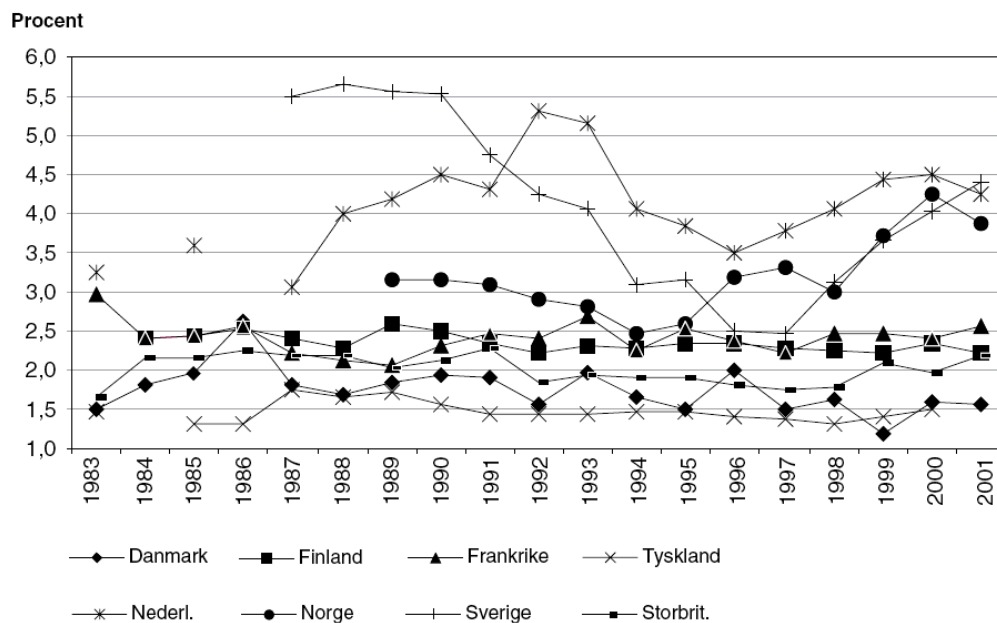
<sup>83</sup> Henviser til Norden (2005)

<sup>84</sup> Som vist tidligere er denne rapporten basert på to andre studier; Ds(2002) og Riksförsäkringsverket(2002)

<sup>85</sup> Sykefraværet studeres for aldersgruppen 20-64 år

<sup>86</sup> Dette sammenfaller med funn i Nyman et al(2002)

søvnproblem. I tillegg vises det til arbeidsmiljøundersøkelser (SOU 2000:121) hvor andelen ansatte som opplever økt psykisk stress på jobben har økt siden midten av 1990 tallet i Sverige. Bergendorff og Thoursie peker også på at sykefraværet har variert kraftig, og at det i Sverige for eksempel har svingt mellom 2.5 % og 5.7 %. Mens Sverige og Nederland gjennom ulike tiltak har klart å redusere sykefraværet, er sykefraværet fremdeles høyt i Norge (Ds, 2002 og Riksforsäkringsverket, 2002)



Figur 3.3: Sykefravær blant ansatte i alderen 20-64 år i perioden 1983-2001. Prosent (Ds, 2002, Riksforsäkringsverket, 2002)

I Marklund et al (2005), fremkommer det at tretthet blant arbeidstakere blir oppgitt som en av årsakene til sykefravær, men at den endrede helsetilstanden bare delvis kan forklare økningen i fraværet. I motsetning til Bergendorff og Thoursie (2003), betegnes trøtthet her som en helseplage, og funnene tolkes som at helsetilstanden i befolkningen har endret seg som følge av økt psykisk stress.

Leontaridi og Ward (2002)<sup>87</sup> studerer sammenhengen mellom arbeidsrelatert stress og sykefravær i 15 OECD land, deriblant Norge, Sverige, Danmark, Italia og Storbritannia. Dataene er hentet fra ISSP<sup>88</sup> i 1997. 9240 sysselsatte rangerer selvopplevd stress på arbeidsplassen fra 1-5, hvor 1 indikerer "aldri stresset", og 5 "alltid stresset". Storbritannia

<sup>87</sup> Se også Bergendorff og Thoursie(2003)

<sup>88</sup> ISSP står for Social Survey Program



fungerer som referanseland i studien. Til tross for ulikheter mellom land, som kan skyldes ulikheter i forsikringsordninger, er det en klar sammenheng mellom selvopplevd stress på jobben og de ansattes tilbøyelighet til sykefravær og si opp jobben. Individ som opplever stress i en eller annen form på jobben,<sup>89</sup> har 10 – 14 % større sannsynlighet for å være borte fra jobben eller slutte. Videre øker sannsynligheten for fravær og si opp jobben, med økende selvopplevd stress. Kvinner opplever mer stress enn menn, og stress øker med økende utdanning, inntekt og ferdigheter, noe som impliserer at stress øker med ansvar. Stress kan også oppleves ulikt på forskjellige utdanningsnivå, og ilegges ulik betydning. Stress øker videre i takt med antall timer på arbeid. Tregheter i arbeidsmarkedet, samt innsats som kreves for å bytte jobb, kan forklare at individ som opplever mye stress, er mer tilbøyelig til å være borte fra jobben enn å slutte. Artikkelforfatterne avslutter med at få studier er gjort på området, på grunn av manglende longitudinelle data, og at videre studier er viktig for å kunne sette inn treffsikre tiltak for å forhindre sykefravær. I tillegg er dette deskriptive sammenhenger, hvor en blant annet ikke har kontrollert for forhold i arbeidsmarkedet, kulturelle forskjeller, individuelle egenskaper osv. Leontaridi og Ward mener det er viktig å avdekke eventuelle forhold på arbeidsplassen som oppleves stressende og negativ for de fleste. Slike forhold kan føre til at mange slutter, og at arbeidsplassen opplever stor gjennomtrekk av ansatte med de kostnadene dette medfører.

Forskning som foreligger viser at det sosiale nettverket er viktig for helsen, og spesielt den psykiske helsen. I løpet av de siste tiårene har samfunnet gjennomgått en rekke endringer, hvor blant annet kjernefamilien og nære relasjoner har blitt erstattet med individuell utfoldelse og frihet. Dette har ført til at antallet som lever alene har økt med 34 % siden 1990. Mangel på nære relasjoner, trygghet og sosiale arenaer, såkalte beskyttelsesfaktorer, fører til at psykiske lidelser lettere utløses, og forskningen viser at andelen som sykemeldes på bakgrunn av en psykisk lidelse har økt. Dette kan både skyldes en endret sykemeldingspraksis for subjektive helseplager ved at en oftere sykemelder på bakgrunn av en psykisk lidelse fremfor muskel – skjelettplager, men også at forekomsten av lettere psykiske lidelser som depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser har økt i befolkningen. Dette er også et funn i nyere forskningslitteratur.

---

<sup>89</sup> Stress blir her kategorisert som fysisk krevende arbeidsoppgaver, relasjoner til sjef og kollegaer og faktorer som går på jobbtillfredshet

### 3.1.5 Helseskadelig eksponering på arbeidsplassen

Bergendorff og Thoursie (2003) viser til at befolkningen i Sverige scorer bra på generelle helseindikatorer som røyking, fedme, alkohol, levealder, og forventet levealder etter 65<sup>90</sup>. Sykefraværet blir derfor forklart med et dårlig psykososialt arbeidsmiljø, og at dette er en faktor som siden slutten av 1990 tallet har blitt merkbart verre i Sverige i forhold til EU. En majoritet av ansatte i spesielle yrkesgrupper, melder om økende stress og krav på jobben, og at de i større grad opplever å ikke innfri forventningene. Et for høyt arbeidstempo, hodepine, søvnmangel og for liten medbestemmelse over arbeidsmengden, har siden midten av 1990 tallet meldt seg i større grad<sup>91</sup>. Dette samsvarer med funnene i Tveråmo et al (2003) og i Marnetoft et al (2007), hvor flertallet i studien mener at en forverring av arbeidsmiljøet forklarer økningen i sykefraværet. I Vinberg og Gelin (2005) vises det til at bedrifter som investerer i læring og utvikling for de ansatte, satser på arbeidsmiljøet og god ledelse, opplever en positiv effekt på sykefraværet.

Resultatene fra rapporten til Bergendorff og Thoursie (2003), støttes av Eriksen et al (2003), Marklund (2001) og Ose et al (2006). Sistnevnte trekker frem at arbeidsmiljø og fravær er det området hvor det finnes flest publikasjoner, og at det er en klar sammenheng mellom et dårlig arbeidsmiljø og sykefravær. Sykefraværet forklares ut i fra en ”demand – control– support” – modell. I følge denne modellen medfører anstrengende jobber med høye psykiske/mentale krav og lite påvirkningsmuligheter, til negativt stress og sykefravær. Fysisk krevende jobber gir også høyere sykefravær. Allebeck og Mastekaasa (2004) finner en signifikant men liten effekt av et fysisk tungt arbeid på sykefravær, og en signifikant og moderat effekt av liten medbestemmelse og kontroll over arbeidssituasjonen på sykefravær.

Lund et al (2006)<sup>92</sup> finner også at et fysisk tungt arbeid fører til sykdom og sykefravær. 5357 danske ansatte ble intervjuet og fulgt opp i en 18 måneders periode. Ved hjelp av cox regresjonsanalyse, ble risikofaktorer i det fysiske arbeidsmiljøet estimert, og langtidssykemeldte klassifisert som ansatte som mottok sykepenger utover 8 uker. 348 ansatte, eller 6.9 %, ble langtidssykemeldt, og studien konkluderer med at fysisk krevende arbeidsoppgaver og uheldig belastning, fører til sykefravær.

---

<sup>90</sup> De refererer her til OECD (2001)

<sup>91</sup> De viser også til SOU 2000:121. Her understrekes viktigheten av tidlig og forebyggende innsats på arbeidsplassen, slik at arbeidstakerne holder ut et hele yrkeskarrieren

<sup>92</sup> Se også Blank og Diderichsen (1996) og Tveito et al (2002)

Det er gjerne vanlig å tenke at et fysisk tungt arbeid kan gi belastningsskader og lidelser etter hvert som en blir eldre. Kroppen blir raskere trøtt og sliten, og både fysisk styrke og smidighet tapes med årene. Hakkanen et al (2001) finner noe overraskende at unge og uerfarne i tunge fysiske jobber, har en større risiko for å utvikle muskel - skjelett lidelser og for å bli sykemeldt, enn eldre arbeidstakere. De konkluderer med at mangel på erfaring i hvordan et arbeid skal utføres, øker risikoen for å pådra seg skader. Resultatet er basert på en 2 års studie med 532 arbeidere, 160 erfarne og 372 nyansatte i lastebilfirma i Finland. Forfatterne understreker i midlertidig at få studier er gjort på området. Det kan her tilføres at de eldre som deltar i arbeidslivet helt frem til pensjonsalderen, er en selektert gruppe, og utgjør den delen av sin generasjon med den sterkeste helsen og de beste forutsetningene og holdningene for å stå et langt liv i arbeid. De unge i arbeidslivet utgjør fremdeles en ikke-selektert gruppe, hvor mange med både dårlig helse og dårligere arbeidsmoral, bidrar til at sykefraværet er høyt, og at det kan være høyere enn sykefraværet blant eldre. Som tidligere vist i oppgaven, har økningen i sykefraværet også vært størst blant de yngre aldersgruppene. Videre er det også mulig å tenke seg at et endret levesett med mye stillesitting og redusert fysisk aktivitet, kan ha gjort sitt til at den yngre generasjonen er mindre robust til å tåle fysisk krevende jobber. Det kan også tenkes at unge mennesker i dag ikke ønsker fysisk krevende jobber, og at terskelen ved ubehag og smerter er lavere enn hva den var før i tiden. I tillegg har det gjerne også vært en holdning i samfunnet om at de flinke og de med utdanning har kontorjobber, mens de andre tar jobbene ”på gulvet”. Mindre status, lavere selvfølelse og lojalitet til jobben, kan føre til sykefravær. Jeg ser nærmere på dette i kapittelet om holdninger og sykefravær<sup>93</sup>.

Eriksen (2004)<sup>94</sup> ser på forekomsten av muskel – skjelettlidelser blant norske hjelpepleiere, og hvordan prevalensen av disse plagene varierer med demografiske faktorer, stillingsprosent og type sektor. Resultatene fra studien viser at prevalensen av slike plager er svært høy blant hjelpepleiere, men at forekomsten varierer med blant annet stillingsprosent, alder og hvor de arbeider. Blant annet rapporterer hjelpepleiere innenfor psykiatri, barn og kommunehelsetjenesten om minst plager, mens spesielt hjelpepleiere på sykehjem og i eldreomsorgen er mer utsatt for muskel - skjelettplager. Funnene speiler således på mange

---

<sup>93</sup> Henviser blant annet til Dahl et al(2007)

<sup>94</sup> Studien ble basert på 6485 tilfeldig utvalgte hjelpepleiere som ikke var sykemeldt eller gravid i perioden studien ble gjennomført. Resultatene i studien er basert på innsendte spørreskjema

måter arbeidshverdagen på disse ulike stedene, hvor oppgavene på sykehjem er preget av tunge løft, mye stell og dårlig tilgang på hjelpemidler, mens psykiatrien domineres av veiledning, samtaler og utdeling av medisiner.

Funnene i Eriksen (2004) støttes i Horneij et al (2004)<sup>95</sup>. Bakgrunnen for deres studie er den høye forekomsten av muskel- skjelettplager spesielt blant syke - og hjelpepleiere relativt til andre yrkesgrupper. De ønsker å se om egenrapportert helse, tid til arbeid og fritid, kan forutsi fremtidig sykefravær uavhengig av årsak, og fremtidig sykefravær som skyldes muskel – skjelettplager. Funnene i studien viser at helserelevante faktorer som tidligere ryggplager og tidligere sykefravær er assosiert med et høyere fremtidig sykefravær uavhengig av årsak. Faktorer relatert til helse, arbeid og fritid; tidligere ryggplager, tidligere sykemelding som ikke skyldes muskel – skjelettplager, fysisk krevende arbeidsoppgaver og opplevelsen av å ha en fysisk krevende arbeidshverdag, er også assosiert med et høyere fremtidig sykefravær på grunn av muskel – skjelettplager. Forfatterne konkluderer med at tidlig intervensjon og forebygging er viktig for å kunne redusere fremtidig sykefravær uavhengig av diagnose, og fremtidig sykefravær som skyldes muskel – skjelettplager.

Dahl et al (2007)<sup>96</sup> finner at så mange som 96% av de sykemeldte arbeidstakerne i Norge, er villige til å arbeide i sykdomsperioden, dersom arbeidsgiver tilrettelegger arbeidet. Det vil si store gevinster for arbeidsgiver og samfunnet, av å tilrettelegge arbeidet for den enkelte sykemeldte arbeidstaker

Forskning som foreligger gir ingen holdepunkter for å si at det har skjedd en vesentlig endring i befolkningshelsen som kan forklare økningen i kort – og langtidsfraværet. Det har likevel blitt et større fokus på psykisk helse, og funn i studier gir indikasjoner på at folks oppfatninger av hva som er god helse er i endring. Flere mennesker lever alene og har ikke et godt sosialt nettverk. Dette kan ha bidratt til at forekomsten av lettere psykiske lidelser og subjektive helseplager har økt i befolkningen. Livsstil, det psykososiale og fysiske arbeidsmiljøet trekkes også frem som viktige komponenter for en god helse og deltaking i arbeidslivet, og det har også vært en klar økning i overvekt og alkoholforbruk de siste årene. Bak disse faktorene

---

<sup>95</sup> Studien omfatter totalt 771 syke- og hjelpepleier. De ble delt i to ulike grupper; hvor sammenhengen mellom egenrapportert helse, tid til arbeid og fritid og generelt sykefravær ble studert, og den andre hvor sammenhengen mellom egenrapportert helse, tid til arbeid og fritid og sykefravær som skyldes muskel – skjelettlidelser ble studert.

<sup>96</sup> Kartlegge holdninger til sykefravær i Norden. Første rapport som ser på holdninger, og sammenligner holdninger mellom land

ligger individets valg og egenskaper. Det er valget om å trene, og valget om å gå på jobb selv om livssituasjonen i perioder er vanskelig. Markussen (2010, a)<sup>97</sup> fremhever at sykefraværet er sterkt korrelert med observerbare<sup>98</sup> og ikke observerbare karakteristikker ved individet, og viser til at heterogenitet blant ansatte står for nesten all uforklart variasjon i sykefravær i ulike modeller. Selv om det her også er viktig at arbeidsgivere tar ansvar for å bekjempe og få ned sykefraværet, viser vilje og evne til å tilrettelegge og tilpasse arbeidssituasjonen i forhold til den enkelte arbeidstaker, er det en forutsetning at arbeidstaker også tar del i og ansvarliggjøres i prosessen, slik at kort- og langtidsfraværet kan reduseres.

## 4.0 Holdninger til arbeid og sykefravær

Individs holdninger kan sjelden måles eller observeres. Å avdekke et individs vilje til å etterkomme etablerte regler og normer i forhold til arbeid og sykefravær, for eksempel det å gå på jobb så lenge en er frisk, er i de fleste sammenhenger umulig både for legen som sykemelder og for forskere som skal studere hva holdninger betyr for sykefravær. Forskere må derfor vise kreativitet i sine studier for å kartlegge holdninger til arbeid, og for å kunne avdekke eventuelle endringer i disse holdningene. Individens holdninger til sykefravær, er et voksende tema innenfor sykefraværsforskningen. Ulike metoder er benyttet for å innhente mer kunnskap og informasjon om hvilke holdninger som råder i arbeidslivet og for å fange opp eventuelle endringer i holdninger, deriblant spørreundersøkelser, analyser av ulike data, teoretiske modeller, empiriske studier og naturlige eksperiment. Allebeck og Mastekaasa (2004) viser til at økningen i sykefraværet de siste årene i Sverige og Norge ofte forklares med endrede holdninger til sykefravær, men at det likevel er få studier som ser på betydningen av holdninger for sykefravær. I kunnskapsstatusen til Ose et al (2006) berøres temaet så vidt under kapittelet om sykelønnsordninger og sykefravær, men på grunn av lite forskning vies emnet lite oppmerksomhet. Som nevnt har feltet blitt mer aktuelt i løpet av de siste årene som sykefraværet har økt, og en ikke kan finne endringer i helse som forklaring på dette.

Betydningen av sosiale normer og gruppeeffekter<sup>99</sup> er studert i en rekke sammenhenger. For eksempel finner Åberg et al (2003) i en svensk studie av ungdom i alderen 20-24 år i perioden 1992-1999, at en høy arbeidsløshet i individets omgangskrets, forlenger individets egen

---

<sup>97</sup> Se også Markussen et al (2009)

<sup>98</sup> Observerbare egenskaper ved individet er for eksempel alder og kjønn, mens personlighet og holdninger er eksempler på uobserverbare egenskaper ved individet.

<sup>99</sup> Henviser til Manski(1993)for nærmere beskrivelse av disse effektene

arbeidsledighetsperiode<sup>100</sup>. Gruppe – effekter er også studert innenfor skole, kriminalitet og pensjon, og i samtlige studier finner en støtte for en signifikant sosial effekt på individuell atferd (Lindbeck et al, 2009, Glaeser et al, 2003). Ichino og Maggi (2000) ser på hvilken betydning sosiale normer har for sykefravær ved å se på endring i sykefraværsatferd ved jobbytte i en stor italiensk bank. Kontrollert for en rekke faktorer som observerbare individuelle egenskaper, finner de klare positive sammenhenger mellom sykefraværet til en som bytter arbeidssted internt i firmaet, og det gjennomsnittlige sykefraværet til de nye medarbeiderne. Dersom kollegaers sykefravær øker med 10 %, øker individets sykefravær med 1.6 %.

Lindbeck et al (2003) ser på økonomiske incentiver og arbeidsnormer i en forsikringskontekst, og fokuserer spesielt på "free riding" på det sosiale forsikringssystemet<sup>101</sup>. For å belyse problemstillingen antar forfatterne i sin modell, at alle individ har samme produktivitet, men at de verdsetter fritid relativt til arbeid ulikt. Det antas også at individene foretar en økonomisk avgjørelse i forhold til å delta i arbeidsmarkedet eller ikke, samt en politisk avgjørelse som stemmegiver i forhold til type velferdssystem. Stønadmottakerne deles inn i de som prøver å skaffe seg et arbeid, og de som ikke prøver å skaffe seg et arbeid. De som ikke ser etter en jobb, stigmatiseres ved å avvike fra etablerte og riktige holdninger til arbeid. Det antas videre at denne stigmatiseringen avtar ved et økende antall stønadsmottakere, og at de sosiale normene avhenger av størrelsen på forsikringen. Forfatterne antar at noen av de arbeidstakerne som verdsetter fritid høyt relativt til arbeid, velger å free ride på det sosiale forsikringssystemet. Resultatene i modellen viser at når skattetrykket går fra lavt til høyere, øker først antall mottakere sakte på grunn av gode holdninger til arbeid. Dette endrer seg i midlertidig med flere mottakere og høyere skattetrykk. Riktige holdninger til arbeid, gjør det mulig å øke stønaden med en moderat økning i skattesatsen.

Bokenblom og Ekblad (2008) ser på om sykefraværsatferd på arbeidsplassen påvirker den individuelle avgjørelsen om å sykemelde seg. Dataene i studien er basert på informasjon om ansatte i Örebro kommune fra 2003-2006, og omfatter 11009 ansatte i 1602 arbeidsgrupper på 413 arbeidsplasser. Dataene omfatter både kort- og langtidsfravær. Resultatene fra studien viser at det er en positiv og signifikant gruppe – effekt på individuell sykefraværsatferd, og at

---

<sup>100</sup> Dette er også funn i Clark(2003), Conley og Topa(2002) og Topa(2001)

<sup>101</sup> Gratispassasjer vil her si at det ikke er overensstemmelse mellom det vedkommende betaler inn til den offentlige forsikringsordningen, og de ressursene det legger beslag på i etterkant

dette hovedsakelig er en effekt mellom kjønn og mellom aldersgrupper. Individet tilpasser seg gradvis til atferden til gruppen, og det estimeres i modellen at dette tar ca 2-3 år.

Lindbeck et al (2004) ser på om det er en sammenheng mellom det økende sykefraværet og lokale holdninger til arbeid og sykefravær. Bakgrunnen for studien var at sykefraværet i Sverige i perioden 1998-2003 økte med 82 %. Denne eksepsjonelle økningen førte til en stor debatt om bakenforliggende årsaker, og en kunne ikke se at verken en endret helsetilstand i befolkningen eller en liten økning i syketrygden i 1998<sup>102</sup>, kunne ha ført til dette (Lindbeck et al, 2004). En mulig forklaring er da at normer og holdninger til sykefravær har endret seg og gitt opphav til såkalte sykefraværskulturer. Disse kulturene vil utmerke seg med et høyere fravær på visse arbeidsplasser, geografiske områder, yrker osv (Lindbeck et al, 2004).

Forfatterne finner at det er signifikante forskjeller i sykefravær mellom ulike geografiske områder og arbeidsplasser, og får således støtte for hypotesen om lokale sykefraværskulturer. Lindbeck et al understreker at datamaterialet<sup>103</sup> i studien er fra Västra Götaland som har 1.5 millioner innbyggere, da det ikke foreligger en felles database for hele Sverige. Dette fører til at ekstremtilfellene ikke er med i studien. Videre er dataene i Sverige ufullstendige for korttidsfravær, slik at studien er basert på tall om langtidssfravær<sup>104</sup> for aldersgruppen 25-64 år, for perioden 1995 til 2001. Lindbeck et al finner at variasjonen mellom de ulike arbeidsplassene er mye større enn blant de ulike geografiske områdene. For områdene varierer sykefraværet mellom 3.3 og 38.6 dager, mens sykefraværet på de ulike arbeidsplassene<sup>105</sup> varierer fra -20.68 til 36.60 dager. Denne variasjonen i sykefravær mellom ulike arbeidsplasser, kan i følge forfatterne ikke diskuteres uavhengig av arbeidsmiljøstudier. Likevel fremhever de at samfunnet har mye å vinne på å bekjempe lokale sykefraværskulturer, og da spesielt på arbeidsplasser, da denne komponenten synes å være viktigere enn bosted. Avslutningsvis trekker de frem at tiltak som settes inn ikke må gjøre det vanskeligere for marginale arbeidstakere å delta i arbeidslivet, samt at politikere ikke må legge ytterligere kostnader på arbeidsgiver, da dette bare vil forverre situasjonen for de marginale arbeidstakerne. Forskjellene mellom arbeidsplassene kan også tyde på at arbeid har større betydning enn bostedsområdet for om en person blir sykemeldt eller ikke, men de trekker også frem at det er mulig at betydningen av bostedsområde er underestimert i denne studien. Både geografisk område og arbeidsplass, er statistisk signifikant på 1 % nivå, og residualen i

---

<sup>102</sup> Viser til Henrekson og Persson(2004) og Johansson og Palme(2002)

<sup>103</sup> Dataene er hentet fra Statistika Centralbyråns databas LOUISE, samt sykemeldingsdata fra Riksförsäkringsverket

<sup>104</sup> Fravær utover de første 14 dagene for hvert syketilfelle

<sup>105</sup> Kontrollert for ulik personalstruktur på de respektive arbeidsplassene

analysen kan forklares med ulike ikke observerbare forhold på arbeidsplassen, som for eksempel stress og et dårlig arbeidsmiljø. Forfatterne konkluderer med at ulikhetene i sykefravær mellom arbeidsplasser og regioner, i hovedsak kan tilskrives sosiale normer og sosial interaksjon, men at det er flere grunner til at sykefraværet har økt de siste årene.

Marnetoft et al (2007) ser også nærmere på de regionale forskjellene i sykefraværet, og sammenligner hvordan mennesker i nordre del av Sverige og Stockholm oppfatter sin helse, og hvilke holdninger de har til arbeid, fritid og velferdssystemet. Resultatene fra studien viser at en større andel av menneskene i nord Sverige enn i Stockholm oppfatter sin helse som dårlig, opplever mye smerte i kroppen, og oppgir at jobben påfører dem stress. De formidler videre at et dårligere arbeidsmiljø er årsaken til det økende og høye sykefraværet. Nesten 50 % av deltakerne i nord Sverige og Stockholm, mener at mange av de som er sykemeldte i realiteten ikke er syke.

I Lindbeck et al (2009) ser forfatterne nærmere på om sykefraværet til individer påvirkes av sykefraværsatferden til naboen. Studien baseres på et datasett<sup>106</sup> for perioden 1996-2002 for ansatte i privat og offentlig sektor i aldersgruppen 18-64 år, og omfatter ca 5 millioner individ. Studien konsentreres til lengre sykefravær, og fravær over 14 dager. Videre begrenses studien til mindre geografiske områder med en gjennomsnittlig populasjon på 404 individ. Fire ulike tilnæringsmåter<sup>107</sup> brukes, og de ser på om individuell atferd påvirkes av interaksjonen mellom nettverket i nabolaget og nettverket på jobben, og om individ som flytter fra et nabolag til et annet, påvirkes av sykefraværsmønsteret i det nye nabolaget. Disse to tilnæringsmåtene er bygget på svake antakelser, og er ment for å finne spor av gruppe – effekter. Videre søkes det å kvantifisere gruppe – effekten, og de siste tilnæringsmåtene er således bygget på noen sterkere antakelser. Her studerer forfatterne om innvandrere justerer sin sykefraværsatferd til svenske innbyggere i det nabolaget hvor de bosetter seg, og til slutt studeres fraværsatferden i offentlig og privat sektor. Linbeck et al finner, uavhengig av tilnæringsmetode som brukes, statistisk signifikante funn for at gruppe - effekter er viktig for individuell sykefraværsatferd.

---

<sup>106</sup> Datasettet kombinerer informasjon om individuelt sykefravær fra the Swedish National Insurance Agency og ulike sosioøkonomiske data fra LISA. Datasettet gir også informasjon om individenes nabolag og arbeidssted

<sup>107</sup> Hver tilnæringsmetode bygger på spesifikke antakelser, hvor noen er såkalte svake antakelser og noen er såkalte sterke antakelser. Eks på en svak antakelse er at individ som flytter og som forventer å øke sitt sykefravær, ikke flytter til et nabolag med et høyt sykefravær. Eks på en sterk antakelse er at innvandrere med en høy sannsynlighet for å bli sykemeldt, ikke har bosatt seg i et nabolag med høyt sykefravær blant etniske svensker.



Rege et al (2009) benytter et naturlige eksperiment for å studere i hvilken grad sosial interaksjon påvirker uføretilgangen blant eldre arbeidstakere, og bruker postnummer for å identifisere nabolag. Studien baseres på data fra FD trygd i perioden 1992-2003 over 378 148 hel - og deltidansatte i aldersgruppen 45-63 år. Disse dataene knyttes så opp mot sysselsettingen i 1995, 1999 og 2003, og den empiriske strategien er å teste om nedbemanning øker uføretilgangen, og om sosial interaksjon er et element i dette. Dersom sosial interaksjon forekommer, vil det observeres en økt tilstrømning til uføretrygd blant arbeidere i naboområder som ikke direkte berøres av nedbemanningen. Resultatene av studien viser 1 % økning i et individs sannsynlighet for å bli uføretrygdet som følge av nedbemanning, øker sannsynligheten for at individets nabo som ikke berøres av nedbemanningen, blir ufør med 0.5 %. Rege et al konkluderer med at sosial interaksjon øker uføretilgangen i nabolag blant individ som ikke direkte berøres av nedbemanning.

Markussen (2007, a) viser også til at andelen uføretrygdete varierer kraftig med geografi, og at dette er en bekreftelse på at sosial interaksjon og ulike kulturer er en viktig bakenforliggende årsak til endringer i samfunnet, og relevant for å forstå utviklingen i sykefraværet.

Bratberg et al (2010) ser på observerbare og ikke-observerbare variasjoner i sannsynlighet og lengde på egen – og legemeldt sykefravær blant grunnskolelærere i Norge, og om det egenmeldte sykefraværet er spesielt utsatt for moralsk hasard. Longitudinelle data<sup>108</sup> fra KS for perioden 2004-2006, samt data fra GSI<sup>109</sup> og SSB<sup>110</sup> er grunnlaget for studien. Totalt omfatter studien 53 753 lærer, 2028 skoler og 344 kommuner. Resultatene av studien viser at det er store variasjoner i gjennomsnittlig lengde på sykefravær mellom lærere<sup>111</sup>, skoler og kommuner, og at mye av denne variasjonen kan tilskrives observerbare karakteristikk ved de enkelte variablene. Den uforklarte variasjonen i sykefravær kan i midlertidig i stor grad tilskrives individuelle karakteristikk ved lærerne, og så mye som 96 % og 98 % for henholdsvis variasjon og lengde av det legemeldte sykefraværet. Totalt viser også resultatene at variasjonen i egenmeldt sykefravær mellom skoler og kommuner, er ca tre ganger høyere enn variasjonen for legemeldt sykefravær. Dette forklarer forfatterne med ulike

---

<sup>108</sup> Dataene gir informasjon om totalt sykefravær, lærernes inntekt, stillingsprosent, type stilling, erfaring, alder, kjønn, arbeidssted og tilhørende kommune

<sup>109</sup> GSI står for Grunnskolens Informasjonssystem. Dataene gir informasjon om hver enkelt skole, antall lærere, antall elever per lærer, og antall elever som mottar spesialundervisning

<sup>110</sup> Dataene fra SSB gir informasjon om arbeidsledighet, levekår og antall innbyggere i ulike kommuner.

<sup>111</sup> Lærere, skoler og kommuner er senere referert til som variabler

fraværskulturer blant lærere, men også med forskjeller i arbeidsmiljø, og det at lærere for eksempel har et ulikt antall elever, og et ulikt antall elever som trenger tilrettelegging i undervisningen. Bratberg et al avslutter med at hovedfokuset for å redusere sykefraværet, må være på individet, individuell helse og incentiv til å sykemelde seg, da majoriteten av variasjonen i sykefraværet skyldes individuelle egenskaper.

I Holmås et al (2010) ser forfatterne på om sykefraværet til en lærer påvirkes av sykefraværet til kollegaer på arbeidsplassen. De baserer studien på samme datamateriale som i Bratberg et al (2010). For å belyse den sosiale interaksjonseffekten, studeres lærere som bytter skole og arbeidssted. Sykefraværet på den nye og tidligere arbeidsplassen sammenliknes, og det testes om en endret sykefraværsatferd delvis kan forklares med sykefraværet til kollegaene. I tillegg ser forfatterne på nyutdannede lærere og deres sykefraværsatferd, da denne gruppen ikke har blitt utsatt for gruppeeffekter enda. Det kontrolleres videre for uobserverbar individuell heterogenitet<sup>112</sup> i modellen. Resultatene av analysen viser at det er en signifikant sosial interaksjonseffekt i det egenmeldte sykefraværet, og at en lærer som bytter arbeidssted, justere sitt egenmeldte fravær i forhold til sykefraværnivået til sine nye kollegaer. En lærer øker sykefraværet med opptil en halv dag når kollegaene i gjennomsnitt øker sykefraværet med en dag. Gruppeeffektene blir også sterkere over tid, uavhengig av om det er en skole med lavt eller høyt sykefravær. Nyutdannede lærere har et egenmeldt sykefravær som er signifikant forskjellig fra null, som styrker hypotesen om at det er det egenmeldte sykefraværet som er utsatt for gruppeeffekter og sosial interaksjon.

Det foreligger altså støtte i forskningslitteraturen for at sosiale normer og gruppeeffekter påvirker sykefraværet. Dersom de sosiale normene til arbeid og sykefravær endrer seg i feil retning, og syketrygd blir oppfattet og benyttet som en inntektskilde uavhengig av sykdom, er det likevel individets<sup>113</sup> egne holdninger som til slutt vil være avgjørende for om individet velger å gå på arbeid, eller velger å bli hjemme når helsen tilsier at en er frisk nok til å gå på arbeid

Modig og Broberg (2002) finner at nesten 50 % av de spurte i studien mener det er ok å sykemelde seg selv om de ikke er syke, men fordi de har familieproblemer, er stresset, eller

---

<sup>112</sup> Blant annet ulikheter i helse

<sup>113</sup> Viser også til Lindbeck et al(2006) senere i kapittelet.

opplever et dårlig arbeidsmiljø. Ca 1/5 oppgir at de mener det er en rett å sykemelde seg dersom de har en dårlig sjef, eller om de ikke trives på jobben.

Markussen et al (2009)<sup>114</sup> peker på at fallet i sykefraværet i 2004 i Norge som følge av endringen i regelverket, underbygger det at sykdom i seg selv ikke er en tilstrekkelig betingelse for sykefravær, og de ser i sin studie nærmere på ulike faktorer som kan påvirke sykefraværet; individuelle faktorer, arbeidsmiljøfaktorer, konjunkturer, legenes sykemeldingspraksis og egenskaper ved velferdssystemene. De finner blant annet at fallet i sykefraværet i første kvartal 2004, og spesielt fallet i antall langtidssykemeldinger på grunn av potensielle kroniske tilstander<sup>115</sup>, er påfallende. Forfatterne finner også at sannsynligheten for å komme tilbake i jobb faller fra ca 26 % i løpet av første uke med sykemelding til ca 5 % etter ti uker. I det sykemeldingsperioden på 52 uker nærmer seg slutten, øker sannsynligheten for å komme tilbake i jobb, og fra uke 48, er sannsynligheten for å komme tilbake i jobb høyest sykemeldingsperioden sett under ett.

Forskere har også studert betydningen av holdninger for sykefravær i lys av forsikringsordninger og kompensasjonsgrad ved inntektsbortfall på grunn av sykdom.

Dahl et al (2007) ser på om sjenerøse forsikringsordninger fører til mindre restriktive holdninger til sykefravær. Studien er basert på en spørreundersøkelse som er gjennomført av Opinionen i Norge, Sverige, Danmark, Finland og Island. Deltakerne blir spurt om deres holdninger til sykefravær: ”i hvilken grad er det akseptabelt å være borte fra jobb på grunn av forkjølelse, søvmangel, mobbing, samlivsbrudd osv, og hvor langvarig sykefravær kan en akseptere ut i fra de ulike årsakene”. Videre spørres det om holdninger til sykefravær dersom det ansettes en vikar i stillingen, dersom det offentlige kompenserer inntektsbortfallet, og om det er et ønske å arbeide i sykdomsperioden dersom arbeidsgiver tilrettelegger for dette. Ved å sammenligne de ulike forsikringsordningene, finner forfatterne blant annet at forskjeller i holdninger til sykefravær innenfor et land, er betydelig mindre enn forskjellene mellom land. Dette kan være et bevis for at ulike forsikringsordninger gir opphav til ulike holdninger. Men som Dahl et al påpeker, er utfordringen her er at holdningene ikke varierer entydig i forhold til kompensasjonsgrad. Når spørsmålene aggregeres i to indekser; en for i hvilken grad

---

<sup>114</sup> Studien gjennomføres i perioden 2001-2005, og baseres på alle sysselsatte individ i Norge i aldersgruppen 30-60 år. Totalt omfatter dette 1.78 millioner individ.

<sup>115</sup> Potensielle kroniske tilstander er her muskel-skjelettlidelser og psykiske lidelser.

respondentene kan akseptere ulike årsaker til sykefravær, og en som måler hvor langvarig sykefravær en kan akseptere for de ulike årsakene, finner de likevel at landene med de minst sjenerøse sykelønnsordningene – Island og Finland- også har de mest restriktive holdningene til sykefravær. De finner videre at ansatte i privat sektor har mer restriktive holdninger til sykefravær enn ansatte i offentlig sektor. I forhold til lengden på sykefravær, finner de den samme tendensen, om ikke fullt så entydig. Selvstendig næringsdrivende har videre den mest restriktive holdningen til sykefravær. Dersom det ansettes en vikar i stillingen, er offentlige ansatte minst restriktive til å være lenge borte fra jobben. Bedriftsstørrelse og type yrke har liten eller ingen påvirkning på de ansattes holdninger til sykefravær. Utdanningsnivå påvirker holdningene, men denne effekten er ikke entydig, og når det gjelder lengden av sykefraværet, er det ikke store forskjeller mellom utdanningsgruppene. Individ med høy utdanning er mer restriktive til å godta en sykemelding om det ansettes en vikar i stillingen, og om det offentlige dekker utgiftene til syketrygd. De er også mer tilbøyelige til å arbeide i sykdomsperioden, dersom arbeidsgiver tilrettelegger for det. Kvinner har mer restriktive holdninger enn menn i forhold til hva som er akseptable årsaker til sykefravær, selv om studien ikke sier noe mer om de bakenforliggende årsakene til denne forskjellen. De er også mer villig til å arbeide i sykdomsperioden, dersom arbeidsgiver tilrettelegger for det. Når det gjelder holdninger til lengden av sykefravær, er det ikke klare kjønnsforskjeller lenger. Kvinner mener også det er mer akseptabelt å være sykemeldt dersom det ansettes en vikar i stillingen. Dahl et al finner også at eldre har mer restriktive holdninger enn yngre. ”Det synes å være en klar tendens til at yngre generelt er mer liberale til sykefravær enn eldre”. Men når det gjelder holdninger til lengden av sykefravær, er det ikke lenger klare alderseffekter. Yngre arbeidstakere er også mer liberale til sykefravær dersom det ansettes en vikar i stillingen, og når det offentlige dekker utgiftene til sykelønn. Når det gjelder tilrettelegging for arbeid i sykdomsperioden, er de eldre mer motvillige til dette enn de yngre arbeidstakerne. De som jobber mye<sup>116</sup> har videre mer restriktive holdninger til å være borte fra jobben, enn de som arbeider lite<sup>117</sup>. I forhold til lengden på sykefraværet, er ikke tendensen like klar. Videre er de som arbeider mye mer restriktive til å være borte fra jobben dersom det ansette en vikar i stillingen eller dersom det offentlige kompenserer for inntektsbortfallet. Ved tilrettelegging fra arbeidsgivers side, er det ingen klare forskjeller mellom de som arbeider mye og de som arbeider lite. Selv om holdninger til en viss grad varierer med alder, kjønn, utdanning, sektor

---

<sup>116</sup> 40-49 timer/uke, eller mer enn 50 timer/uke

<sup>117</sup> 8-15 timer/uke. Forholdet mellom stillingsprosent og sykefravær bekreftes også i Barmby et al(2003)

og stillingsprosent, avdekker studien til Dahl et al at det også til dels er store forskjeller i holdningene til sykefravær mellom arbeidstakeren i de nordiske landene.

Forskere har også sett på betydningen av holdninger for sykefravær ved å se på hvordan bedriftsstørrelse og stillingsvern påvirker sykefraværet.

Barmby og Stephan (2000)<sup>118</sup> ser på sammenhengen mellom sykefravær og bedriftsstørrelse ved hjelp av to tyske paneldatasett for perioden 1984-1990<sup>119</sup>, og belyser således etterspørselssiden og dets betydning for sykefraværet. Datasettene består av kombinerte individ og bedriftsdata. Kontrollert for en rekke faktorer som alder, inntekt og antall barn, finner forfatterne at sykefraværet er høyere i større bedrifter. Spesielt er denne effekten stor for kvinner og industriarbeidere. En mulig forklaring på dette kan være at terskelen for å ta ut sykemelding i en stor bedrift er lavere, da konsekvensene av at en ansatt er borte fra jobb gjerne er mindre enn i en bedrift som har få ansatte.

I Lindbeck et al (2006) studeres sammenhengen mellom stillingsvern og sykefravær i et naturlig eksperiment, og de bruker paneldata fra LISA som inneholder informasjon om alle individ som permanent er bosatt og lever i Sverige. Studien konsentreres til privat sektor og firma med opptil 25 ansatte, sykefravær over 14 dager, aldersgruppen 25-64 år i perioden 1998-2002. Bakgrunnen for studien var reformen som den svenske regjeringen innførte 1. januar 2001 som gjorde det lettere for firma å avskjedige ansatte uavhengig av ansiennitet, og ga små firma muligheten til å beholde to ansatte uavhengig av ansettelsestiden i firmaet. Reformen brukes således som en eksogen faktor til å studere endring i individuell atferd og individers holdninger til arbeid og sykefravær, og Lindbeck et al ser både på atferdsmessige<sup>120</sup> og sammensetningseffekter<sup>121</sup> av reformen. Resultatene av studien viser at sykefraværet reduseres med ca én dag per arbeidstaker per år, eller ca 3.3 %. Videre finner de at individ med et høyt sykefravær, har en økt tilbøyelighet til å slutte i jobben, og således bidrar til å redusere sykefraværet. Firma viser også å være mindre restriktive i ansettelse av individ med et høyt sykefravær, og dette bidrar igjen til at sykefraværet øker i slike firma. Lindbeck et al

---

<sup>118</sup> Datasettet består av totalt 4656 observasjoner for menn, 1601 observasjoner for kvinner, og informasjon om nær 1000 bedrifter i produksjonssektoren

<sup>119</sup> Med unntak av 1989

<sup>120</sup> En endring av atferd vil for eksempel være at individ er mindre syke etter at reformen er innført fordi et høyt sykefravær kan føre til avskjedigelse fra jobben. Individ med et høyt sykefravær vil også være mer tilbøyelig til å si opp jobben

<sup>121</sup> Sammensetningseffekter av en slik reform består av toleffekter. En oppmykning av stillingsvernet gjør det lettere for firma å avskjedige ansatte med et høyt sykefravær, samtidig vil firma også bli mindre grundige i sine referansesjekker, og ha en økt tilbøyelighet til å ansette individ med et høyt sykefravær

understreker at resultatene må sees i lys av at reformen er et lite eksperiment, og kun gir små firma muligheten til å se bort fra ansiennitetsregler ved eventuell nedbemanning. Sterkere effekter vil derfor være ventet ved en mer inngripende politisk reform.

Markussen (2007, a) viser til data fra Bergendorff et al (2004) og OECD (2006) hvor ansatte i fast jobb har det høyeste sykefraværet. I følge Markussen kan dette skyldes et bedre stillingsvern og en lavere kostnad ved sykdom og fravær fra jobb blant fast ansatte, men også at midlertidig ansatte har mer fleksibilitet i hverdagen og at gjerne flere unge mennesker går på tidsbegrensede kontrakter.

Riphahn og Thalmaier (1999) ser på om individ endrer sykefraværsatferd fra en prøveperiode til fast ansettelse i en stilling. De tar utgangspunkt i tysk lov som indirekte regulerer prøveperiodene, og hvor arbeidsgiver har mulighet til å sortere ut ansatte ”som ikke passer inn” i løpet av en seks måneders periode. De baserer analysen på data fra GSOEP<sup>122</sup> i perioden 1984-1997 for ansatte i del - og heltidsstillinger. Det skilles videre mellom industriarbeidere og kontoransatte, samt kontoransatte i offentlig sektor, da de har ulike prøveperioder på henholdsvis 1-3 måneder og 6 måneder. Resultatene fra studien viser at i nesten samtlige tilfeller øker sykefraværet etter at prøveperioden er over. For kontoransatte og for kontoransatte i offentlig sektor er sannsynligheten for sykefravær signifikant høyere etter at prøveperioden er over. Funnene bekrefter således hypotesen om atferdsmessige endringer i sykefravær fra en prøveperiode til en fast stilling. Resultatene gjenskapes også i den italienske studien til Ichino og Riphahn (2005) som finner at nyansatte har et signifikant høyere sykefravær etter endt prøveperiode, og i Ichino og Riphahn (2004) hvor forfatterne konkluderer med at et økt stillingsvern øker sykefraværet, og at dette både gjelder ansatte i store firma med sterkt stillingsvern, og ansatte i offentlig sektor med sterkt stillingsvern.

Holdninger til sykefravær kan også studeres indirekte gjennom empiriske studier hvor en ved hjelp av eksogene faktorer belyser holdninger og variasjon i individuell atferd.

Thoursie (2004)<sup>123</sup> ser i sin empiriske studie på sammenhengen mellom sykeforsikring og moralsk hasard ved hjelp av to sportsarrangementer. I 2003 var antall sykedager per arbeidstaker i Sverige estimert til 25 dager, og Thoursie ønsket på bakgrunn av dette, å teste

---

<sup>122</sup> GSOEP står for German Socioeconomic Panel, og er det eneste paneldatasettet som gir mikrodata om prøveperioder og sykefravær i Tyskland

<sup>123</sup> Dataene er hentet fra the Swedish National Social Insurance Board, og inneholder start og sluttdato for alle syketilfeller, kjønn og alder.

ut om en dårlig arbeidsmoral kunne forklare noe av det høye sykefraværet. Sykdom de første 7 dagene dokumenteres med egenmelding, og legeerklæring er ikke påkrevd før den åttende sykedagen. Fra andre sykedag får de ansatte 80 % kompensasjon av inntektsbortfall ved sykdom, samt en tilleggssykeforsikring på 10 % for visse sykefraværstilfeller<sup>124</sup>. Det er således en periode på syv dager hvor arbeidstakeren selv diagnostiserer sykdom, og hvor forsikringssystemet ikke kan overprøve det som rapporteres inn. Sportsbegivenheter på tv brukes her som en eksogen kilde til å forklare eventuell variasjon og endring i individuell atferd, og et potensielt misbruk av forsikringssystemet estimeres ved å sammenligne endringer i antall menn og kvinner som melder seg syke i en periode med sportsarrangement på tv, og perioden før. Hypotesen er at menn rapporterer om mer sykdom under slike begivenheter, da de tradisjonelt er mer opptatt av sport enn kvinner, og da det foreligger empiriske bevis for at menn ser mer sport på tv enn det kvinner gjør. Kvinner brukes her da som en referansegruppe. Resultatene av studien viser en økning i antall sykedager for menn i aldersgruppen 20-44 år under sportsarrangement, og gir således klare bevis for at yngre menn misbruker sykeforsikringssystemet. Sannsynligheten for å sykemelde seg avtar også signifikant med alder, og er i følge forfatteren et generelt funn ved analyser av korttidsfravær. Dersom alder er en god indikator, viser resultatene at misbruk av sykeforsikringssystemet ikke er relatert til stillingsvern, men til forskjeller i arbeidsmoral på tvers av aldersgrupper. Thoursie finner også at en høyere kompensasjonsrate ved inntektsbortfall på grunn av sykdom, er signifikant assosiert med en høyere sannsynlighet for sykefravær. Forfatteren viser til at resultatene må tolkes med varsomhet, da det i Sverige maksimalt kompenseres for 80 % av inntekten inntil SEK 24000/mnd<sup>125</sup>, og kompensasjon for inntektsbortfall over denne grensen vil være en avtakende funksjon av inntekt. Den estimerte positive sammenhengen mellom økt kompensasjonsrate og økt sykefravær kan da være en mulig forklaring for den positive sammenhengen mellom lavinntektsgrupper og sykefravær. Forfatteren avslutter med at dersom funnene i studien aggregeres til et år, og dersom en tar i betraktning alle sportsarrangement som sendes på en arbeidshverdag, kan effekten av dette være betydelige tap i produktivitet og i produksjon, samt betydelige kostnader for sykeforsikringssystemet.

Thoursie (2005)<sup>126</sup> bruker informasjon om bursdager som et naturlig eksperiment for å avdekke eventuell moralsk hasard og misbruk av sykeforsikringssystemet. Eksperimentet er

---

<sup>124</sup> Denne tilleggssykeforsikringen gjelder helst for lengre sykefravær, og gjelder i prinsippet alle ansatte i Sverige. Tilleggssykeforsikringen er fremforhandlet mellom fagforeninger og arbeidsgivere.

<sup>125</sup> Dette er kompensasjonen i 2003

<sup>126</sup> Dataene er fra 1987 og er registrerte sykefraværstilfeller i Swedish National Social Insurance Board. Sykefraværene varer fra en til syv dager

en oppfølging av studien i 2004, og Thoursie ønsker å se om mannlige arbeidere er mer tilbøyelige til å misbruke forsikringssystemet og om de har lavere arbeidsmoral enn kvinner. Resultatene indikerer at yngre menn misbruker forsikringssystemet, og har et høyere sykefravær på bursdager. Funnene viser også at disse mennene har et lavere sykefravær uken før bursdagen, og således omfordeler sykefraværet over tid, slik at sykemelding kan brukes når nytten av fritid er høy, som for eksempel ved bursdager. Thoursie understreker at selv om summen av fraværet tilsynelatende er null, forårsaker sykefravær tap av produksjon og produktivitet, da arbeidstakere ikke alltid kan erstattes med vikarer på grunn av manglende tid og/eller kvalifikasjoner. Resultatene i denne studien, bekrefter således funnene i Thoursie (2004).

En endring i egenmeldingsperioden kan også brukes som en ekstern faktor for å kartlegge holdninger til arbeid og sykefravær.

Hesselius et al (2005) utfører i 1988 et unikt sosialt eksperiment i Sverige, hvor de studerer endringer i sykefraværsatferd i den egenmeldingsperioden utvides fra 8 til 14 dager. Eksperimentet utføres i to geografiske områder, i Gøteborg<sup>127</sup> og i Jämtland, hvor forsøksgruppen<sup>128</sup> har 14 egenmeldingsdager og kontrollgruppen har 7 egenmeldingsdager. Mens individene i Jämtland har hatt 14 egenmeldingsdager siden januar 1988 og eksperimentet således medfører en innskjerping av egenmeldingsperioden for forsøksgruppen, betyr eksperimentet en utviding av egenmeldingsperioden for halvparten av innbyggerne i Gøteborg. Resultatene viser at varigheten av sykefraværet gjennomsnittlig øker med 6.6 % i de to områdene, mens det ikke forekommer en økning i antall sykefraværstilfeller. Verken utdanning, inntektsnivå eller alder påvirker resultatet, mens menn i større grad enn kvinner, påvirkes av kontroll med egenmeldingsdagene. I Hesselius et al (2008) utvides studien fra 2005, og de ser her nærmere på i hvilken grad sosiale normer og sosial interaksjon påvirker sykefraværet. Funnene for forsøksgruppen i studien fra 2005, sammenliknes med tre referansegrupper; deriblant den resterende halvparten av de kommunalt ansatte i Gøteborg og individ som lever i grensekommuner til Gøteborg. Forfatterne finner at individ som bor i nærheten av forsøksgruppen, har et høyere sykefravær enn de som bor lengre vekk. Dette er i følge Hesselius et al et resultat av endogen sosial interaksjon. I den analytiske delen av

---

<sup>127</sup> Gøteborg hadde 237391 innbyggere og Jämtland 64996 innbyggere i perioden da eksperimentet ble utført

<sup>128</sup> Disse velges ut ved hjelp av et randomisert utvalg hvor de som er født på en partallsdag utgjør forsøksgruppen i eksperimentet



studien, finner forfatterne også at det er en stor og statistisk signifikant endogen sosial interaksjonseffekt på varigheten av det egenmeldte sykefraværet

Nyere forskning om holdninger og sykefravær tyder på at individuelle holdninger og sosiale normer er korrelert med sykefravær. Feltet har fått økt oppmerksomhet de siste årene, og som vist, er forskningen hovedsakelig fra de siste 5-6 årene. Det er klare funn på at sosiale normer og individets holdninger påvirker sykefraværet, og at disse faktorene er i endring. Med et sykefravær som har økt og endret seg mye i løpet av de siste tiårene, er det ikke urimelig å anta at individuelle holdninger og sosiale normer er en viktig årsak til denne utviklingen. Dette fremheves også i Markussen (2010,a). Funn fra studier gir også klare indikasjoner på at kompensasjonsgraden i syketrygden gir individ incentiver til å være borte fra jobben, selv om de er frisk nok til å gå på arbeid. Ansatte opplever her at arbeid er noe negativt og noe som gir redusert nytte i hverdagen, og er da tilbøyelige til å ha et sykefravær som er høyere enn hva som indikeres gjennom helsestatusen (Hassink og Koning, 2005).

## **5.0 Økonomiske incentiv**

Nivået på sykefraværet kan også sees i sammenheng med hvor sjenerøst det sosiale forsikringssystemet er, og mange forskere<sup>129</sup> peker på at et sjenerøst forsikringssystem fører til moralsk hasard. I Norge kan dette være med og forklare både utvikling og nivå av sykefraværet. Sykeforsikringen gjelder alle arbeidere og gir 100 % kompensasjon ved inntektsbortfall på grunn av sykdom fra første fraværsdag og opptil 52 uker. Mens standard incentivteori i slike tilfeller fremhever betydningen av streng kontroll og egenandeler for å forhindre moralsk hasard, er sykeforsikringssystemet i Norge helt uten slike mekanismer. Avhengig av om bedriften er en IA bedrift eller ikke, kan arbeidstaker selv vurdere om han er syk de første 3 eller 8 dagene. Ved lengre sykefravær må arbeidstaker få en sykemelding fra lege, men som jeg vil komme tilbake til i neste kapittel, er det klare indikasjoner på at legene ikke er gode portvoktere, og at arbeidstakerne i stor grad bestemmer om de skal sykemeldes eller ikke. Dahl et al (2007) fremhever at full forsikring medfører at individet ikke har noen økonomisk kostnad ved å sykemelde seg, mens et mer restriktivt sykeforsikringssystem vil medføre et inntektsbortfall for individet. De antar derfor på generelt grunnlag, at en sjenerøs forsikringsordning ved inntektsbortfall, vil gi et høyere sykefravær enn mer restriktive forsikringsordninger. Dette bekreftes også i deres studie. Et godt system for inntektsbortfall

---

<sup>129</sup> Deriblant Bratberg et al(2010), Markussen (2010, a) og Dahl et al(2007)

må derfor både ta hensyn til den midlertidige inntektskompensasjonen, men samtidig gi incentiver til individet om å vende tilbake til arbeid. Markussen (2010, a) viser også til at politikere må ta høyde for moralsk hasard når forsikringssystemet skal utformes. Helse og arbeidsevne er subjektivt og vanskelig å måle, subjektive helseplager er en hovedårsak til sykefravær, og problemet med asymmetrisk informasjon fører til store finansielle utfordringer for velferdsstaten. Betydningen av forsikringssystemet for sykefraværet er vanskelig å studere i Norge da det bare er foretatt små endringer av sykeforsikringsordningen. I Sverige har derimot forsikringsordningen vært igjennom en rekke endringer og gjort det mulig å studere hva endringer i sjenerøsiteten av ordningen betyr for sykefraværet. Det foreligger således en del forskningslitteratur på dette emnet fra Sverige.

Lindbeck (1995,a)<sup>130</sup> fremhever at det er viktig å forstå at et godt og sjenerøst forsikringssystem som ikke har ordentlige kontrollrutiner, til slutt kan undergrave sitt eget økonomiske fundament ved at utstrakt misbruk vil føre til eskalerende utgifter som i lengden ikke kan forsvares over skatteseddelen. I Sverige har en i større grad enn i Norge, våget å gripe fatt i denne problemstillingen, og blant annet innført en karensdag samt redusert kompensasjonsgraden til 80 %.

Nederland som var en rik gassnasjon til utpå midten av 1970 tallet, måtte til slutt gjøre dramatiske kutt da de offentlige utgiftene til sykestrygd og ulike sosiale ordninger vokste over alle grenser, og ikke lenger var forenelig med reduserte inntekter fra gassfeltene. I begynnelsen av 1990 årene økte også sykefraværet og antallet uføretrygdede så dramatisk at landets statsminister i følge Nav (2004, a) erklærte Nederland for ”sykt”. Men til tross for sterk reformaktivitet over en 15 års periode med blant annet utvidelse av arbeidsgiverperioden, og en kompensasjonsgrad ved sykdom på 70 % i dag, har det vist seg vanskelig å redusere antall personer som går på ulike offentlige støtteordninger. Utbyggingen av velferdsstaten i Nederland foregikk i en periode med sterk økonomisk vekst, og de økonomiske konsekvensene av rettighetene var derfor ikke i fokus. Da gassinntektene tok slutt, og den økonomiske situasjonen endret seg i midten av 1970 årene, ble kostnadsreduksjon etter hvert svært viktig. Med utgangspunkt i funn så langt i oppgaven og paralleller trukket til Nederland, er det derfor all grunn til å ta utviklingen i sykefraværet og antallet på ulike trygdeordninger i Norge på alvor. Forebygging av sykefravær er viktig, og det er også helt sentralt med et

---

<sup>130</sup> Se også Lindbeck et al(1999)

forsikringssystem som gir de rette incentivene til arbeid, samtidig som en kompensasjonsgrad ved inntektsbortfall på grunn av sykdom må bestå.

I forskningslitteraturen er det ulike tilnæringsmåter til denne problemstillingen. Blant annet fokuserer noen forskere på økonomiske incentiver i forhold til arbeidstakerne og ser på kompensasjonsgraden ved inntektsbortfall gjennom det offentlige forsikringssystemet. Kompensasjonen ved arbeidsledighet og sykdom settes også i sammenheng, og en studerer om ulikheten i kompensasjonsgraden i de to ordningene, øker sannsynligheten til å sykemelde seg (Larsson, 2004). Andre konsentrerer seg om økonomiske incentiver i forhold til arbeidsgivere, og ser på i hvilken grad arbeidsgivere tilrettelegger for de ansatte på arbeidsplassen. Utvidelse av arbeidsgiverperioden kan også være et incentiv for arbeidsgivere til å tilrettelegge for en arbeidstaker med redusert arbeidsevne, men lite forskning foreligger her. Det eneste jeg har funnet, og som vist til i Ose et al (2006), er utvidelsen av arbeidsgiverperioden i Nederland. I følge Nav (2004, a) og Ose et al (2006) er virkningene av denne reformen usikker, og sykefraværet i Nederland er fremdeles høyt, selv om de har lyktes å redusere nivået noe.

Tidligere har både Allebeck og Mastekaasa (2004) og Ose et al (2006) vist til at det er lite forskning på området og at videre forskningsinnsats er viktig, men at funn så langt tyder på at det er en sammenheng mellom sjenerøs kompensasjonsgrad og økt sykefravær. Dette bekreftes også i Osterkamp (2002), Bonato og Lusinyan (2004), Frick og Malo (2005)<sup>131</sup> og Osterkamp og Röhn (2007)<sup>132</sup>. Osterkamp (2002)<sup>133</sup> konkluderer i sin studie med at det er en rimelig antakelse at sjenerøse sykeforsikringssystem blir utnyttet, men at også andre faktorer kan være signifikant. Bonato og Lusinyan (2004) finner i sin paneldatastudie av 18 europeiske land, at sykefraværet øker på grunn av sjenerøse forsikringssystemer hvor arbeidstakerne bærer lite eller ingen av kostnadene ved sykefraværet. Osterkamp og Röhn (2007) bekrefter disse funnene noen år senere, og finner en sterk og positiv korrelasjon mellom sjenerøsiteten i sykeforsikringssystemet og antall sykefraværsdager. Markussen (2007, b)<sup>134</sup> viser i sin analyse til at sjenerøse forsikringssystemer fører til et høyere langtidsfravær da incentivene for å vende tilbake til jobb er svake. Dette er sammenfallende med situasjonen i Norge i dag

---

<sup>131</sup> Studien omfatter E-14, og er basert på data fra the European Survey on Working Conditions fra år 2000. De finner blant annet at sjenerøsiteten på forsikringssystemet påvirker sykefraværet, men at individuelle egenskaper hos de ansatte er en enda viktigere forklaring på sykefraværsatferd

<sup>132</sup> Studien omfatter 20 OECD land

<sup>133</sup> Studien omfatter 19 OECD land, og består av sykefraværsdata og totale kostnader av syketrygd som andel av BNP

<sup>134</sup> Markussen kombinerer sin normative analyse med data fra ulike kilder i perioden 1995-2003, deriblant Bonato og Lusinyan(2004) og Scruggs(2004)

hvor langtidsfraværet er høyt og økende. Et moderat sjenerøst forsikringssystem vil gi arbeidstakerne incentiver til å være borte fra jobb når de er syke, og vende tilbake til arbeidet når de er friske. I Markussen (2010, a) vises det til at en beregnet optimal kompensasjonsrate ved sykdom er 70 %, som tilsvarer et moderat sjenerøst forsikringssystem og blant annet finnes i Nederland.

I Norge er kompensasjonsnivået i en nordisk og internasjonal sammenheng sjenerøst, og det er støtte i empirien for å hevde at forsikringssystemet er en medvirkende årsak til det høye sykefraværet. Ser vi på andre land i Norden, har for eksempel Finland 9 karensdager og 70 % kompensasjon i maksimalt 300 dager, Sverige har 1 karensdag og 80 % kompensasjon i en ubegrenset tidsperiode, mens Danmark har 100 % kompensasjon fra første fraværsdag i opptil 365 dager (Naz, 2003). Nederland har ingen karensdager og 70 % kompensasjon i inntil 3 år, men da arbeidsgiver har det økonomiske ansvaret i sykefraværsperioden, ansees derfor ikke forsikringen som spesielt sjenerøs i følge kriterier i Osterkamp og Röhn (2007). Tidligere i oppgaven har jeg også vist til at sykefraværet i Norge er høyt i både en nordisk og internasjonal sammenheng, og disse funnene sammenfaller således med dataene fra blant annet Bonato og Lusinyan (2004) og Osterkamp (2002). I sistnevnte studie trekkes Norge frem som et land med både svært sjenerøs kompensasjonsgrad og et sykefravær på topp tre i OECD.

Johansson og Palme (2004) ser i sin studie på om kompensasjonsgraden i det svenske sykeforsikringssystemet påvirker individets sykefraværsatferd. Bakgrunnen for studien er reformen 1. mars 1991 som reduserer kompensasjonsnivået fra 90 % til 65 % de første 3 dagene av sykefraværsperioden, og 80 % fra 4. til 90. sykefraværsdag. Etter dag 90. er kompensasjonsnivået 90 %. Hypotesen til Johansson og Palme er da med utgangspunkt i denne endringen, at incidensen av sykefraværstilfeller vil gå ned og at lengden på sykefraværstilfeller vil øke. Dataene er hentet fra SLLS<sup>135</sup> og Riksförsäkringsverket og omhandler 1396 industriarbeidere i aldersgruppen 20-64 år i perioden 1990-1991. Analysen gir støtte til hypotesen, og viser at incidensen av sykefraværstilfeller går ned, samt at varigheten av lengre sykefraværstilfeller øker.

Broström et al (2002) tar utgangspunkt i samme datamateriale som Johansson og Palme (2004), men ser på om ulike kostnader knyttet til det å være sykemeldt, kan forklare noe av

---

<sup>135</sup> SLLS står for Swedish Level of Living Survey, og er et mikrodasett som inneholder informasjon fra intervjuer og offisielle registre for et tilfeldig utvalg på ca 6000 individ

kjønnsforskjellen i sykefraværet. Resultatene viser at kostnadene ved sykefravær har en signifikant negativ effekt på incidensen av sykefraværstilfeller for både kvinner og menn. Videre viser analysen at menn gjennomsnittlig har 11.5 dager lengre sykefraværstilfeller enn kvinner, og 0.3 dager færre sykefraværperioder. Det vil si at kvinner har flere korte sykefraværperioder enn menn, og at kostnadene for menn ved korte sykefravær er høyere enn kostnadene for kvinner<sup>136</sup> ved korttidsfravær. Mye kan tilskrives forskjeller i inntekt mellom kjønnene. Totalt kan forskjellene i kostnader mellom kjønnene forklare ca 1/3 av forskjellene i antall sykefraværperioder mellom kvinner og menn. De resterende 2/3 forklares med individuelle forskjeller i sykefraværstferd. Barmby et al (1991)<sup>137</sup> finner at individuelle egenskaper er mest avgjørende for om et individ sykemeldes eller ikke, men at det er kompensasjonsgraden som avgjør lengden på sykefraværet. Betydningen av kompensasjonsnivået på sykefraværet bekreftes også i deres oppfølgingsstudie i 1995.

Henrekson og Persson (2004)<sup>138</sup> ser også på sammenhengen mellom kompensasjonsgrad og sykefraværstferd. Til dette bruker de tidsseriedata fra 1955-1999, og paneldata fra 1983-1991. Sverige har gjennomgått flere reformer med det formål å redusere sykefraværet og kostnadene knyttet til dette, og er således et godt utgangspunkt for å identifisere endringer i sykefraværstferd som følge av institusjonelle endringer. Hovedfunnet i studien etter å ha kontrollert for en rekke faktorer som arbeidsledighet, andelen kvinner og eldre, er at endringer i kompensasjonsnivået generelt fører til store endringer i sykefraværstferden. Denne sammenhengen viser seg både når kompensasjonsnivået økes og reduseres. Et mer sjenerøst kompensasjonsnivå fører til at det aggregerte sykefraværet øker, mens et mer restriktivt kompensasjonsnivå fører til at det aggregerte sykefraværet reduseres. Det er også klare funn for at sykefraværstferden til kvinner er mer sensitiv i forhold til økonomiske incentiver enn sykefraværstferden til menn.

Puhani og Sonderhof (2009)<sup>139</sup> evaluerer i en tysk studie effekten av en reduksjon i kompensasjonsgraden ved sykdom fra 100 % til 80 % i 1996, og sammenlikner dette med økningen i kompensasjonsgraden fra 80 % til 100 % i 1999. Studien er basert på data fra

---

<sup>136</sup> Viser også til liknende funn i Johansson og Palme(1996)

<sup>137</sup> For flere studier som ser på betydningen av økonomiske incentiver på individuell sykefraværstferd, se også Johansson og Palme(1996), Krueger og Meyer(2002) og Engström og Holmlund(2005).

<sup>138</sup> Hoveddatabasen i studien er Riksförsäkringsverket, RFV. Denne er supplert med data fra SAF som står for Svenska Arbetsgivareföreningen og omfatter ca 220000 ansatte i privat sektor. Ved å kombinere disse datakildene, klarer forfatterne å identifiserer fravær helt ned til første fraværstferd

<sup>139</sup> I Tyskland mottar den sykemeldte sykepenger fra første dag. Arbeidsgiverperioden varer i 6 uker, og det er denne perioden som omfattes av reformen i studien. Fra syvende uke, mottar den sykemeldte sykepenger fra det offentlige, og kompensasjonsgraden er da 70 %.

GSOEP i perioden 1994-1995 og perioden 1999 og 2000, for å avdekke sykefraværsliv før, under og etter reformen. Datasettet omfatter sysselsatte i aldersgruppen 20 – 64 år. Analysen kontrollerer for en rekke faktorer som gruppeeffekter, tid og uobserverbar individuell heterogenitet gjennom å bruke paneldata i en fast - effekt estimering. De finner at reduksjonen i kompensasjonsnivået i 1996, fører til en reduksjon i antall sykedager med gjennomsnittlig 2 dager per år. Denne reduksjonen skrives seg i store trekk fra kortere sykefraværperioder. De finner ikke indikasjoner på at en lavere kompensasjon påvirker helsen negativt eller fører til økt bruk av helsetjenester.

Forskning ser også på betydningen av økonomiske incentiver fra et arbeidstakerperspektiv, og incentiveeffektene som oppstår i samspillet mellom arbeidsledighetstrygd og sykestrygd.

Innenfor arbeidsmarkedsøkonomi og arbeidstilbudsmodeller, antar en at et individs helse vil påvirke grensenytten mellom inntekt og fritid. Et individ med nedsatt helse vil da verdsette fritid høyere enn inntekt relativt sett. Larsson (2002)<sup>140</sup> henviser til Barmby et al (1994) og bruker den teoretiske modellen her som en ramme for sin egen diskusjon. Ideen er at et individ foretar et nyttemaksimerende valg hvor det relative forholdet mellom inntekt og fritid vektet i forhold til et gitt nivå på helse. Sykestrygd assosieres med mer fritid enn arbeidsledighetstrygd, siden en som er arbeidsledig er forpliktet til å søke jobb og delta på kurs. Barmby et al viser til at en økning i sykestrygden fører til mer fravær fra jobb, og at en høyere sykestrygd også fører til en lavere kostnad ved sykdom. Gitt at fritid er et normalt gode, vil dette føre til et redusert arbeidstilbud fra arbeidstakerens side. På samme måte vil en økning i sykestrygden relativt til arbeidsledighetstrygden, redusere arbeidstakerens innsats for å finne en jobb, som impliserer en høyere sannsynlighet for å bytte til og forbli sykemeldt (Larsson, 2002).

Larsson (2004) ser nærmere på om ulike kompensasjonsgrader i arbeidsledighets – og sykestrygden fører til at arbeidsledige eller individ som står i fare for å miste jobben, har en økt tilbøyelighet til å sykemelde seg. Bakgrunnen er en reform i Sverige i juli 2003, som harmoniserer erstatningen til arbeidsledige og arbeidsledige som er sykemeldt. Reformen innebærer at erstatningen ved sykdom til en arbeidsledig ikke skal overstige erstatningen ved

---

<sup>140</sup> Studien er basert på data fra LINDA, og er en registerbasert database på ca 300 000 individ. Den omfatter blant annet AKSTAT; informasjon om arbeidsledighetsperioder og SFR; informasjon om sykefraværperioder

arbeidsledighet. I Sverige og i flere andre land<sup>141</sup>, får arbeidsledige en lavere kompensasjon enn arbeidstakere som er sykemeldt, og det foreligger altså økonomiske incentiv for et individ til å sykemelde seg. Studien i 2004 er en utvidelse av studien i 2002, og sammenfatter funnene fra de to arbeidene. Larsson finner at arbeidsledige er klart overrepresentert blant sykemeldte i perioden 1998-2001 selv om de ikke nødvendigvis er lengre sykemeldt enn de andre. Videre finner hun at en arbeidsledig som bare har noen dager igjen av arbeidsledighetsperioden, har tre ganger så høy sannsynlighet for å sykemelde seg sammenliknet med en arbeidsledig som akkurat har mistet jobben. Hun finner også at muligheten for å få en høyere kompensasjon ved sykdom enn ved arbeidsledighet, øker sannsynligheten for at en arbeidsledig person sykemelder seg (Larsson, 2004).

Holmlund (2004) viser i sin normative analyse til Riksforsäkringsverket (2003) som finner at varigheten av sykefraværstilfeller blant arbeidsledige som er sykemeldt, er signifikant lengre enn sykefraværperioder for andre sysselsatte, selv etter at det er kontrollert for en rekke individuelle egenskaper. Han viser også til at arbeidsledighetstrygden bør settes høyere enn sykestrygden til arbeidsledige, for å skape incentiver til jobbsøking.

Arbeidsledighetstrygd og sykestrygd er bare to eksempler på sosialforsikringer som virker sammen og gir opphav til moralsk hasard. En harmonisering av forsikringene kan således forhindre noe av problemet, men utfordringen ligger da i hvor stor en slik eventuell forsikring skal være og dette vil være en nærmest umulig oppgave for politikerne (Larsson, 2004).

Arbeidsgivere har også incentiver til å forhindre sykefravær blant arbeidstakerne. Sykefravær er korrelert med redusert effektivitet, tap av produksjon og ekstra utgifter i form av vikarer og eventuell opplæring av disse, og arbeidsgiver har mye å vinne på å ha arbeidstakere som er stabile i jobben og som gir forutsigbarhet i produksjon og drift. Til tross for at Prendergast (1999) påpekte at det er lite forskning på området, finnes det fremdeles bare et fåtall studier.

Hassink og Koning (2005)<sup>142</sup> ser på om et månedlig lotteri reduserer sykefraværet blant 438 nederlandske industriarbeidere. For å delta i lotteriet, kan den ansatte ikke ha vært sykemeldt i de foregående 3 månedene, og intensjonen med bonussystemet er å redusere sykefraværet blant de ansatte. Vinneren av lotteriet som velges ut ved hjelp av et randomisert utvalg,

---

<sup>141</sup> I Norge får for eksempel en som er arbeidsledig 62.4 % av tidligere inntekt opptil 6G, mens en som er sykemeldt får 100 % av tidligere inntekt inntil 6G. I Sverige var kompensasjonsgraden ved sykestrygd i perioden da studiene ble utført, 35-40 % høyere enn ved arbeidsledighetstrygd.

<sup>142</sup> Studien utføres i perioden 2001-2003. Opprinnelig omfatter studien 481 ansatte, men i løpet av perioden slutter 105 personer og 62 personer ansettes. Sykefraværdataene aggregeres over tid, og utgjør til slutt 9637 månedlige observasjoner

mottar en gave på 75 euro og blir deretter ekskludert fra videre deltakelse i lotteriet. Sykefraværstferden til de ansatte blir på denne måten studert i tre faser; før lotteriet, i løpet av lotteriet, og perioden etter arbeideren har vunnet lotteriet. Resultatet av lotteriet viser at antall sykefraværstilfeller reduseres med 3.5 %, og at sykefraværet reduseres med 1.6 %. Effekten er kortvarig, og etter at en ansatt har vunnet lotteriet, går sykefraværet tilbake til tidligere nivå. Mulig vil andre regler for deltakelse, som for eksempel at alle får delta i samtlige lotteri uavhengig av tidligere premie, gi mer langvarige incentiveeffekter. Samtidig vil signaleffekten av lotteriet svekkes. Studien til Hassink og Koning er inspirert av tidligere studier som ser på incentiver og produktivitet (Lazear, 2000), og lotteriet indikerer her økonomisk incentiv og sykefraværet produktivitet. De viser til at de fleste tidligere studier har sett på sammenhengen mellom incentiver og produktivitet, og at deres studie således er banebrytende innenfor økonomiske incentiv og den direkte effekten på sykefravær.

Engelland og Riphahn (2004) finner også støtte for at bonussystem er en effektiv incentivmekanisme for økt innsats blant ansatte, men de finner ikke signifikante sammenhenger mellom økonomiske incentiv og sykefravær. I følge forfatterne er ikke dette overraskende, da tidligere studier på det sveitsiske arbeidsmarkedet har avdekket at sveitsere ikke modererer sykefraværstferden på grunn av økonomiske incentiv. Hva dette skyldes, går ikke forfatterne nærmere inn på. For å identifisere virkningene av økonomiske incentiv på atferd, sammenlignes ansatte på tvers av avdelinger over tid. Studien er basert på et paneldatasett av 6425 ansatte<sup>143</sup> i et stort internasjonalt selskap i perioden 1999 -2002. Firmaet bruker både en overraskelsesbonus på 1400-3400 euro som tildeles når en ansatt har oppnådd et bestemt mål, samt en mer strukturert og forutsigbar bonus hvor den ansattes lønn per år delvis bestemmes av egen innsats. Denne satsen varierer mellom 10-85 % og regnes ut årlig ut i fra en individuell evaluering av innsats og produktivitet i forhold til oppsatte mål. Forfatterne finner støtte for at arbeidstakernes innsats responderer positivt på overraskelsesbonuser og på årlige evalueringer av deres innsats, men ikke signifikante bevis for at økonomiske incentiver påvirker sykefraværet.

Sammenhengen mellom økonomiske incentiv og sykefravær har i likhet med holdninger og sykefravær, fått økt oppmerksomhet det siste tiåret. Økonomiske incentiv og holdninger virker også sammen, og det er ofte ikke mulig å skille disse faktorene fra hverandre. Forskning på begge felt tyder på at individuelle holdninger, sosiale normer og økonomiske

---

<sup>143</sup> Blant de ansatte i studien er produksjonsmedarbeidere, forskere, merkantilt personell og ledere



incentiver påvirker kort- og langtidsfraværet, og forskningslitteraturen påpeker at disse faktorene må få økt oppmerksomhet på den politiske agendaen.

## 6.0 Legens rolle

Forsikringssystemet i sjenerøse velferdsstater er utformet på en slik måte at legen er pålagt flere ulike roller. De skal både fungere som fagkyndige leger og diagnostisere sykdom, og samtidig ha et ansvar for å forvalte systemet og bestemme hvem som skal sykemeldes og uføretrygdes. Denne dobbeltrollen gjør at legens rolle kan bli vanskelig og konfliktfylt. Subjektive helseplager som ikke kan påvises objektivt ved hjelp av medisinske tester, gjør at legen i stor grad må basere sin avgjørelse på pasientenes informasjon. I tillegg ønsker gjerne pasientene sykemelding. Legen stilles da overfor et dilemma om å la pasientens ønsker veie tyngst, sine egne faglige vurderinger og/eller hensynet til systemet.

Hverken Allebeck og Mastekaasa (2004) eller Ose et al (2006) har viet legens rolle oppmerksomhet. I løpet av senere år er det kommet flere analyser som tar opp spørsmålet om legens rolle som portvakt og advokat for forsikringssystemet, og om det er rimelig å pålegge og forvente at legen skal innfri en slik dobbeltrolle. I tillegg ser analyser på om lege – pasient forholdet kan være for tett, og om dette fører til at sykemeldinger rekvireres til tross for fravær av sykdom.

Selv om legens rolle ikke belyses i den forrige kunnskapsstatusen, foreligger det noe forskning på området. Carlsen og Norheim (2003) viser til flere studier; Bradley (1992), Fidler et al (1999), Iversen og Lurås (1998), O`Donnel (2000) og Webb og Lloyd (1994), som finner at legene i sine avgjørelser, også påvirkes av økonomiske og sosiale incentiver, som for eksempel betalingssystemet og relasjonen til kollegaer og pasienter. I Tellnes et al (1990) fremkommer det også at egenskaper ved legene påvirker sykemeldingspraksisen. Videre viser Carlsen og Norheim (2003) til funn i studier som indikerer at pasientens ønsker i stor grad styrer legenes avgjørelser, og også i enkelte tilfeller er mer avgjørende enn legenes egne faglige vurderinger (Armstrong et al, 1991, Webb og Lloyd, 1994, O`Donnel, 2000 og Steinke et al, 1999). Disse funnene er med og understreke dilemmaet legene står overfor både som portvoktere for sykeforsikringssystemet og som advokater for pasientene<sup>144</sup>. I tillegg viser studiene at legenes avgjørelser og sykemeldingspraksis ikke kan løsrives fra endrede

---

<sup>144</sup> Henviser også til Wahlström og Alexanderson (2004)

holdninger og normer i samfunnet, og at denne interaksjonen kan være med og forklare hvorfor det legemeldte sykefraværet har økt.

I forskningslitteraturen har legenes rolle, sykemeldingspraksis og faktorer som påvirker legenes sykemeldingspraksis, blant annet blitt belyst ved hjelp av kvalitative studier.

Englund et al (2000,a)undersøker hvilke faktorer og egenskaper ved legene som påvirker deres sykemeldingspraksis. 360 allmennleger, 180 psykiatere og 180 ortopediske kirurger introduseres for ulike kasuistikker, og fyller ut en sykemelding for hvert tilfelle.

Kasuistikkene gir blant annet informasjon om pasientenes holdninger til sykemelding.

Resultatene av studien viser at pasientenes holdninger til sykemelding er den viktigste årsaken til at pasientene sykemeldes. De som ønsker å bli sykemeldt, får kravet innfridd, mens de som i større grad viser reservasjon mot å bli sykemeldt, i mindre grad blir sykemeldt. Generelt sykemelder psykiatere mest, deretter allmennleger og ortopediske kirurger. Videre skriver kvinnelige leger ut flere sykemeldinger enn mannlige leger, uavhengig av legens spesialitet og pasientenes holdninger. Sykemeldingspraksisen påvirkes således av legenes kjønn og spesialitet, og av pasientenes holdninger.

Carlsen og Norheim (2003)studerer fastlegereformen<sup>145</sup> som ble innført 1.juni 2001, og om den har påvirket legen i rollen som både portvokter for forsikringssystemet og som advokat for pasientene. Carlsen og Norheim ser på legenes skjønnsmessige avgjørelser i forhold til henvisninger, foreskrivning av medikamenter på blå resept og sykemeldinger, og baserer studien på data fra 11 gruppeintervjuer med 81 leger våren 2002. Resultatene viser at legene i varierende grad mener at fastlegereformen har fått konsekvenser for hvordan de tenker og utfører portvaktrollen. Blant de som mener at reformen har fått innflytelse, er de fleste av den oppfatning at portvokterrollen er blitt svekket. Legene mener de er mer passive nå enn før, og prøver å unngå konflikter med pasientene. Dersom en konflikt oppstår, er de så mer ettergivende og er mer tilbøyelige til å gå på akkord med faglige vurderinger til fordel for å gjøre pasientene mer tilfredse. En del av denne endringen tilskrives den økte konkurransen mellom legene. Pasientene har fått mer makt og kan bytte fastlege dersom de ikke er fornøyde. Dette vil påvirke legens inntekt direkte, og i studien fremkommer det også at pasientmangelen er et reelt økonomisk problem for enkelte fastleger. Blant de legene som har for få pasienter,

---

<sup>145</sup> I fastlegeordningen er 30 % av inntekten knyttet direkte opp mot antallet pasienter legen har, og 70 % er knyttet til pasientenes egenandeler og aktivitetsbaserte refusjoner fra RTV. Den refusjonsbaserte inntekten kan økes ved blant annet å utføre flere kontroller og prøver per pasient, samt utvide konsultasjonstiden. I mars 2002 hadde 52.2% av legene færre pasienter enn ønsket, såkalte åpne lister. Iversen og Lurås(1998) som evaluerte ordningen, viser til at leger som har slike lister, kompenseres ved å øke aktivitetsnivået, og for eksempel utfører flere kontroller og prøver per pasient

henvises det til videre utredning og undersøkelser, selv når behandling ikke er initiert, for å øke den refusjonsbaserte inntekten. De legene som har nok pasienter på listene, mener på sin side at det er lettere å ta upopulære avgjørelser. Fastlegene rapporterer at de i snitt har 12-14 pasientskifter i måneden, og at de for å unngå slike bytter blant annet gir sykemelding per telefon og innfrir pasientenes ønsker om sykemelding. I de få tilfellene hvor legene ikke gir etter for pasientenes ønsker, er det faglige vurderinger og ikke hensynet til forsikringssystemet som er avgjørende. Studien til Carlsen og Norheim avdekker således at legene i mindre grad enn før opptrer som portvoktere, og i større grad som pasientens advokat. De er også i større grad enn før drevet av økonomiske incentiver og konkurranse. Selv om økt aktivitet i primærhelsetjenesten relativt til spesialisthelsetjenesten er i tråd med intensjonene i reformen pga lavere kostnadsnivå, uttrykker legene at de i liten grad tar hensyn til den offentlige ressursbruken. Iversen og Lurås (2000 a, b) gjør også funn som indikerer at aktivitetsnivået hos fastlegene øker samtidig som henvisningsraten til spesialisthelsetjenesten holder seg stabil. I Carlsen og Norheim (2005) sin oppfølgingsstudie av Carlsen og Norheim (2003), bekreftes dilemmaet<sup>146</sup> i legenes dobbeltrolle som både behandler og portvokter, og utfordringene med å avvise ønsker om sykemelding fra pasientenes side.

Swartling et al (2007) gjennomfører semistrukturerte intervju med 19 allmennleger stasjonert på 17 forskjellige steder i primærhelsetjenesten i 4 kommuner i Sverige. Legene varierer i alder, og antallet innbyggere de betjener varierer fra under 9000 til over 85000. Intervjuene gjennomføres i perioden november 2003 til juli 2004. Resultatene av studien viser at det er store kvalitative forskjeller i hvordan allmennlegene vurderer sykefravær og dilemmaet mellom å ivareta både pasientene og forsikringssystemet. Samtlige leger er innforstått med denne potensielle konflikten. Mens enkelte leger uttrykker fortvilelse over dilemmaet, er noen leger strenge portvoktere, mens andre leger igjen forholder seg passivt til konflikten og ivaretar pasientenes interesser. Swartling et al fremhever at legenes rolle som portvoktere av sykeforsikringssystemet må undersøkes nærmere, men at det er indikasjoner på at sykemeldingspraksisen må gjøres mindre konfliktfylt for legene.

Norrmèn et al (2008) ser på hvilke faktorer som påvirker legenes sykemeldingspraksis. Datagrnnlaget er en spørreskjemaundersøkelse av 474<sup>147</sup> legekonsultasjoner i

---

<sup>146</sup> Se også Pearson(2000)

<sup>147</sup> Disse 474 konsultasjonene inneholder både informasjon om pasientene og om legene. Informasjon om legene er for eksempel alder, kjønn og spesialisering

primærhelsetjenesten i Örebro kommune i 1996, hvor blant annet pasientenes<sup>148</sup> diagnose kartlegges. Resultatet av studien viser at redusert arbeidsevne og helseplager som vurderes som ikke somatiske av legen, øker risikoen for sykemelding. I tilfellene hvor helseplagene vurderes som somatiske, er risikoen for sykemelding mindre, selv om plagene reduserer arbeidsevnen. Dersom lege og pasient ikke er enige om graden av plagene, er risikoen for sykemelding likevel høyere, da legen ikke vil risikere å ødelegge lege - pasient forholdet.

Carlsen og Nyborg (2009)<sup>149</sup> ser nærmere på lege – pasientforholdet etter fastlegereformen, og viser til at asymmetrisk informasjon gjør det umulig for legene å fungere som portvoktere for forsikringssystemet. Helse er subjektivt, og i mange tilfeller er de subjektive helseplagene ikke mulig å påvise gjennom objektive tester. Slik kan ikke legene skille mellom de som ønsker å ha fri fra de som virkelig er syke. Etter fastlegereformen er det også legens ansvar ene og alene for at helsen til pasientene ivaretaes. Dersom sykdom eller skade ikke oppdages, og legene feilaktig tolker pasientene som unnasluntrere, vil ansvaret senere ved en eventuell alvorlig sykdom, være lett å plassere. Dette er en uttalt bekymring blant legene. Legene stilles altså overfor en kontinuerlig konflikt mellom de to rollene, og en strengere portvokterrolle vil gå på bekostning av en dårligere behandling av pasientene. I konkurransesituasjonene mellom fastlegene, vil legene som da setter portvokterrollen over advokatrollen, tape i konkurransen mot de andre både i forhold til antall pasienter og i forhold til egen inntekt. I de fleste tilfeller vil derfor legenes interesser og ansvar rettes mot pasientene<sup>150</sup>. Med utgangspunkt i legenes utdanning og kunnskap, er det også naturlig at legene har fokuset rettet mot pasientene. Carlsen og Nyborg finner i sin analyse at ”dørene til sykemeldingskassen er vidåpen”. Med mindre legene føler et sjeldent sterkt ansvar for utgiftene i det offentlige forsikringssystemet, fungerer de ikke som portvoktere. Blant annet fremkommer det at samtlige leger ikke kan huske å ha nektet en pasient en korttidssykemelding<sup>151</sup>. I forhold til lengre sykemeldinger prøver legene i noen større grad å overtale pasientene om å gå tilbake til jobb, men dersom de ikke lykkes, får pasientene en sykemelding eller forlengelse av sykemeldingsperioden<sup>152</sup>. Det

---

<sup>148</sup> Pasientene er i aldersgruppen 18-64 år. De blir forespurt om å fylle ut spørreskjemaet når de er på en vanlig konsultasjonstid hos legen, og de er således ikke sykemeldte eller pensjonerte i tiden de fyller ut skjemaet.

<sup>149</sup> Studien kombinerer kvalitative og kvantitative data; semistrukturerte dybdeintervjuer med 28 leger, fordelt på 4 gruppeintervjuer, og en teoretisk modell hvor helse i forhold til portvokterrollen analyseres. Opprinnelig ble 97 leger invitert til å delta, men da forfatterne fulgte prinsippet om ”datametning”, det vil si at de samler inn data inntil ingen ny informasjon fremkommer, ble utvalget mindre enn først beregnet.

<sup>150</sup> Se også WMA(2006). WMA som står for the World Medical Association`s Code of Medical Ethics. Her er ett av prinsippene at helsen til pasienten er første prioritet. I the Charter of Medical Professionalism(2002) er også et grunnleggende prinsipp av pasientens helse går foran markedskrefter, sosialt press og administrative retningslinjer

<sup>151</sup> Korttidssykemelding er i følge legene i denne studien sykefravær i 2-3 uker

<sup>152</sup> Se også Wahlström og Alexanderson(2004), Gulbrandsen et al(2002) for liknende funn

vil si at den endelige avgjørelsen om sykemelding i realiteten ligger hos pasientene. Hvorfor sykefraværet ikke er enda høyere i Norge, forklares blant annet med betydningen av sosialt fellesskap, følelsen av å gjøre en god jobb og hensynet til fremtidige karriereutsikter. Disse faktorene forklarer igjen hvorfor sykefraværet er høyere blant de som har et dårlig arbeidsmiljø, lavere utdanning og dårligere betalte jobber.<sup>153</sup>

Legenes rolle, sykemeldingspraksis og hva som påvirker legenes sykemeldingspraksis, har også blitt belyst gjennom analyser av ulike datasett.

Englund og Svärdsudd (2000,b) kartlegger legenes sykemeldingspraksis, hyppighet og lengde på sykemeldingene, og hvilke diagnoser som brukes som sykemeldingsgrunnlag. Dataene omfatter 53 allmennleger og 301 pasienter i en kommune i Sverige i 1996. Resultatene viser at 9 % av alle legekonsultasjoner omhandler spørsmålet om sykemelding, og at bare 6 % av forespørslene blir avslått. Mannlige og kvinnelige allmennleger er ikke nevneverdig ulike i sine vurderinger av sykdom og sykemelding, men resultatene viser at kvinnelige allmennleger sykemelder i større grad enn mannlige kollegaer. En forklaring kan være at kvinner som ønsker å bli sykemeldt, oftere velger en kvinnelig enn en mannlig allmennlege. I de tilfellene hvor legene i utgangspunktet ikke ser behovet for å sykemelde, blir likevel sykemeldinger utskrevet i 87 % av tilfellene. Dette støtter teorien om at pasientene har mye makt i sykemeldingsprosessen, og at det er kjønnsforskjeller i sykemeldingspraksis mellom allmennlegene.

Arrelöv et al (2005) ser på om lokale strukturelle faktorer<sup>154</sup> påvirker legenes sykemeldingspraksis. 57 563 sykemeldinger fra åtte kommuner<sup>155</sup> i Sverige innhentes i løpet av fire måneder i 1995 og to måneder i 1996. Justert for en rekke faktorer som pasientens alder<sup>156</sup>, kjønn, diagnose, om legen blant annet er allmennlege eller spesialist, finner Arrelöv et al store variasjoner i lengden på og antallet sykemeldinger mellom de ulike kommunene, mellom kommuner av ulik størrelse og mellom kommuner som har/ikke har lokalsykehus. De finner således støtte for at legenes sykemeldingspraksis påvirkes av lokale strukturelle faktorer. En forklaring i følge forfatterne, kan være at leger i små og oversiktlige kommuner

---

<sup>153</sup> Carlsen og Nyborg(2009) henviser her til Brekke og Nyborg(2008), Markussen(2009,b) og Ose et al(2006)

<sup>154</sup> Lokale strukturelle faktorer er i denne studien landekode, antall innbyggere i kommunen og om kommunen har et lokalsykehus

<sup>155</sup> Kommunene er spredt i geografi og omfatter både urbane og ikke urbane områder

<sup>156</sup> Pasientene i studien er i aldersgruppen 16-64 år

lever tetter på sine pasienter, og påvirkers lettere av sosiale normer i lokalsamfunnet, samt vil ha en tilbøyelighet for å bekymre seg over omdømmet sitt. En lege som arbeider på et stort sykehus, lever ikke så tett på sine pasienter, og vil ha en større tilbøyelighet til å følge profesjonskunnskapene i sine avgjørelser.

En rapport fra Rikstrykdeverket (2006) ser på fastlegers sykemeldingspraksis ved hjelp av registerdata fra sykefraværs – og fastlegeregistrene. Den viser at kvinnelige leger sykemelder sjeldnere<sup>157</sup>, friskmelder raskere og bruker graderte sykemeldinger i større grad enn menn. Spesialister i allmenntilleggsmedisin rekvirerer flere sykemeldinger enn andre leger, men er også raskere til å friskmelde, samt bruke graderte sykemeldinger. Rapporten viser også at legenes sykemeldingspraksis kan relateres til lokale forhold som legetetthet og pasienttilgang. Leger i store kommuner og leger med fulle pasientlister, skriver ut færre sykemeldinger enn leger i mindre kommuner og med ledig kapasitet. Dette kan relateres til den nevnte konkurransesituasjonen mellom fastlegene, og til dobbeltrollen som legene skal fylle. Avslutningsvis trekkes det frem at det er en betydelig variasjon i sykemeldingspraksisen mellom legene, og at dette kan være en indikasjon på at legene til en viss grad har påvirkningskraft overfor pasientene.

Aakvik et al (2008) ser i sin studie på ulike faktorer som kan forklare variasjon i lengden av sykefraværstilfeller mellom pasienter, kommuner og leger. Datasettet<sup>158</sup> består av kombinerte lege – pasient opplysninger fra henholdsvis NAV og SSB, samt informasjon om kommunene, og dekker hele den norske befolkningen i 2003. Utvalget består av pasienter som var sykemeldt i 2003 på grunn av psykiske eller muskel – skjelettplager. Resultatene av analysen viser at alle observerbare egenskaper ved leger og pasienter er signifikant assosiert med lengden på sykefraværet. I midlertidig kan 98 % av denne variasjonen tilskrives egenskaper ved pasientene, og denne faktoren er viktigere enn legens vurderinger og lokale forhold i kommunen. Videre finner Aakvik et al små variasjoner i legenes sykemeldingspraksis, noe som underbygger teorien om at legene er dårlige portvoktere og mest opptatt av pasientene.

Legenes rolle og sykemeldingspraksis har også blitt studert gjennom naturlige eksperiment.

---

<sup>157</sup> Dette funnet er det motsatte av hva vi kan se i blant annet Englund et al(2000,a)

<sup>158</sup> Individdataene inneholder info om blant annet diagnose, lengden på sykefraværet. Dataene om legene inneholder blant annet info om legens alder, kjønn og antall pasienter på listen. Info om kommunen er blant annet antall arbeidsledige

Markussen (2009, a) ser i sin studie på reformen av 1. juli 2004, som pålegger legene å bruke gradert sykemelding i stedet for full sykemelding, så langt dette er mulig. I tillegg er det innført skjerpede krav om dokumentasjon på arbeidstakerens sykefravær fra 8. sykefraværsuke, hvor det skal foreligge tungtveiende medisinske grunner til hvorfor arbeidstakeren ikke kan returnere til ordinær aktivitet. Legene er også oppfordret til å begrense bruken av aktiv sykemelding, da den trolig misbrukes som ordning. Markussen ønsker å belyse om legene kan være effektive portvoktere, og om denne rollen kan påvirkes gjennom politiske vedtak. Resultatene viser at legene kan fungere som portvoktere når forholdene legges til rette for det. Effektene<sup>159</sup> av reformen er et umiddelbart dropp i sykefraværet med ca 20 % for alle grupper arbeidere, og redusert tilstrømning til og redusert varighet av sykefraværet. Den reduserte varigheten av sykefraværstilfellene utgjør ca 2/3 av den totale effekten av reformen, og er i tråd med reformens hensikt. Markussen finner også stor grad av heterogenitet mellom legene i hvordan de responderer på reformen. Leger som ikke har fulle lister, har en mindre reduksjon i fraværet enn leger med fulle lister. Dette er uønskede sideeffekter av reformen, hvor legens portvaktrolle kommer i konflikt med legens egne økonomiske interesser. Markussen forklarer de store effektene av reformen med at legene blant annet ble forespeilet å miste retten til å sykemelde dersom de ikke reduserte sykefraværet. Samtidig førte reformen til en forskyvning av makt fra pasient til lege ved at legene nå kunne bruke reformen i forhandlinger med pasientene om sykemelding. Funnene indikerer at en sjenerøs kompensasjonsgrad ved inntektsbortfall på grunn av sykdom er mulig dersom det foreligger sterkere kontroll med ordningen. Konkurransespektet som er belyst over, er likevel en del av reformen som bidrar til at kostnadene og forbruket i helsesektoren forblir høye.

Forskningslitteraturen som er gjennomgått over, viser at legen ofte stilles i en rollekonflikt hvor hensynet til pasientene skal veies opp mot hensynet til å forvalte systemet. Med et ansvar for andre menneskers helse, og få muligheter til faglig diskusjon med andre kollegaer<sup>160</sup>, føler legene det er vanskelig å motsette seg pasientens meninger, ønsker og krav. I tillegg er også pasientenes helse legens viktigste oppgave, ut i fra både valg av profesjon og etiske prinsipper. Som vist til i blant annet Markussen (2009, a), kan disse oppgavene gjøres noe lettere for legene ved at politikerne legger føringer på sykemeldingspraksis og sykemeldingsprosessen. Det er videre klare funn på at pasientene har fått mer makt, og at fastlegerereformen har bidratt

---

<sup>159</sup> Markussen viser til Markussen et al(2009) som finner at 2 % av variasjonen i sykefraværet skyldes legen. Dette indikerer at legene likevel kan ha en viss portvokterrolle, og at pasientene ikke nødvendigvis sitter med all makten

<sup>160</sup> Dette gjelder spesielt legene i primærhelsetjenesten

til dette. Blant annet fremkommer det at pasientenes ønsker og krav i en del tilfeller er det avgjørende for om en sykemelding rekvireres, og at pasientene bevisst for eksempel velger kvinnelige leger for å få en sykemelding. Legene har videre blitt satt i et ytterligere dilemma, ved at de skal veie egne økonomiske interesser opp mot hensynet til offentlige utgifter. Dette er en klar sideeffekt av fastlegereformen. Legens rolle og sykemeldingspraksis er korrelert med nivået på sykefraværet og nivået på de offentlige helseutgiftene, og det er rimelig å anta at legens sykemeldingspraksis er en medvirkende årsak til økningen i det legemeldte sykefraværet.

## 7.0 Konjunkturer i Arbeidsmarkedet

Innledningsvis gjennomgikk jeg faktorer som kan være med og forklare variasjonen i sykefraværet. En relativt mye studert sammenheng er korrelasjonen mellom sykefravær og konjunkturerne i arbeidsmarkedet, og det har lenge vært observert en negativ sammenheng mellom disse. I følge Ose et al (2006) har denne trenden vist seg fra begynnelsen av 1970 tallet og frem til i dag, men det har samtidig også vært perioder hvor korrelasjonen har vært svak eller til og med positiv. Spesielt fra slutten av 1990 tallet og frem til 2004, har det vært en tydelig positiv sammenheng, og både sykefraværet og arbeidsledigheten har økt i denne perioden. Ose et al trekker frem at det godt kan være en negativ sammenheng over tid, selv om korrelasjonen i perioder er svak eller positiv. I følge Nossen (2008)<sup>161</sup> er også sammenhengen mellom konjunkturer og sykefravær moderat i Norge, og det høye sykefraværet vi har nå, skyldes konjunkturoppgangen vi har hatt. Sykefraværet i Norge virker med omtrent ett års etterslep i forhold til ledigheten, og vil i følge denne studien gå ned. Men som Markussen (2010,b) viser til, har også sykefraværet økt kraftig i 2009 til tross for finanskrisen og nedgangstider. Dette er med og forsterke den positive sammenhengen mellom sykefravær og konjunkturer som Ose et al (2006) viser til. I følge Allebeck og Mastekaasa (2004) er det signifikante vitenskapelige bevis for at det er en negativ samvariasjon over tid mellom sykefraværet og konjunktursvingningene i arbeidsmarkedet, men at denne sammenhengen må studeres nærmere.

Det er flere forklaringer som søker å belyse den negative samvariasjonen mellom sykefravær og konjunkturerne i arbeidsmarkedet. En negativ korrelasjon vil si at sykefraværet er høyt når

---

<sup>161</sup> Se også Nav (2010,a)



arbeidsledigheten er lav, og økonomien er i en oppgangsperiode. Blant disse forklaringene er presshypotesen, disiplineringshypotesen og sammensetningshypotesen. I følge presshypotesen vil et stort arbeidstempo i høykonjunkturer føre til at arbeidstakerne blir syke, som bidrar til at sykefraværet øker i høykonjunkturer. Disiplineringshypotesen viser til at arbeidstakerne opplever stor trygghet i jobben i oppgangsperioder, og derfor tillater seg større sykefravær enn de ville gjort i en nedgangsperiode. I tillegg vil flere alternative jobbmuligheter i gode tider føre til at arbeidstakerne har en mer avslappet arbeidsmoral. Dette bidrar til at sykefraværet øker i høykonjunkturer. Sammensetningshypotesen forklarer den negative samvariasjonen mellom sykefravær og konjunktorene med at lav arbeidsledighet og få arbeidstakere å velge mellom i oppgangstider, fører til at bedriftene ansetter marginale arbeidstakere med ulike helseproblemer, som igjen fører til at sykefraværet øker i høykonjunkturer.

I følge Ose et al, er det mest forskning som gir støtte til den negative korrelasjonen mellom sykefravær og konjunktorene, og at det er disiplinering av arbeidstakerne som ligger bak dette. Som vist til innledningsvis, har det vært observert en positiv sammenheng mellom sykefraværet og konjunktorene de siste årene, hvor sykefraværet har økt til tross for økende arbeidsledighet. En forklaring på dette er at nedbemanninger i dårlige økonomiske tider, fører til et økt press på de arbeidstakerne som er igjen, og til at disse blir syke på grunn av en for stor total belastning. Ved at arbeidstakere presser seg til å gå på jobb, til tross for sykdom, såkalt sykenærver, kan dette føre til mer og alvorligere sykdom, som igjen kan bidra til den positive<sup>162</sup> samvariasjonen mellom sykefravær og arbeidsledighet.

Forskning som foreligger frem til 2006, gir ingen klare indikasjoner på hva som ligger bak konjunkturvariasjonene i sykefraværet, men det er som nevnt flest studier som gir støtte til disiplineringshypotesen<sup>163</sup>. I følge Ose et al (2006) må derfor mer forskning til for å belyse mekanismene bak konjunktursyklusene. De mener også at hypotesen om sammensetningen av arbeidsstokken kan ha en større betydning enn det som er påvist så langt i forskningen.

Det antas at sysselsettingsgraden og sammensetningen av arbeidsstyrken påvirker sykefraværet, og at økt sysselsetting fører til økt sykefravær. Som vist til tidligere i oppgaven,

---

<sup>162</sup> Se også Novo et al(2001) og Johansson og Palme(2002)

<sup>163</sup> Se blant annet Askildsen et al(2000), Dyrstad og Ose(2001), Audas og Goddard(2001), Arai og Thoursie(2003), Bonato og Lusinyan(2004) og Askildsen et al(2005)

foreligger det ikke forskningsresultat som gir støtte til denne hypotesen<sup>164</sup>. Funn indikerer heller at det er vekst ”innen et individ” som forårsaker variasjonen i sykefraværet over konjunktorene<sup>165</sup>

Fahr og Frick (2007) ser i en tysk studie på det inverse forholdet mellom sykefravær og arbeidsledighet, og undersøker om de finner belegg for disiplineringshypotesen og sammensetningshypotesen. Datasettet inneholder informasjon om månedlig sykefravær og arbeidsledighet for en 14 års periode mellom 1991 - 2004, og inneholder totalt 333 observasjoner fra henholdsvis Vest og Øst Tyskland. Resultatene i analysen gir klar støtte til disiplineringshypotesen som forklaring på det inverse forholdet mellom sykefravær og arbeidsledighet. Arbeidstakere virker å umiddelbart endre sykefraværsatferd ved en endring i arbeidsledigheten, og de som har dårligst helse og høyest sykefravær, endrer sykefraværsatferd raskest. Fahr og Frick konkluderer derfor med at sammensetningshypotesen er av mindre betydning for variasjonen i sykefraværet over konjunktursyklusene, men at mer forskning er viktig for å bekrefte dette resultatet.

Hvordan sykefraværet varierer over konjunktursyklusene, kan også studeres ved å se på sykefraværsatferd til ansatte ved organisatoriske endringer som for eksempel nedbemanning og bedriftsnedleggelse.

Røed og Fevang (2006)<sup>166</sup> analyserer norske sykepleieres sykefraværsatferd og hvordan denne påvirkes av arbeidsplass karakteristikk. Dataene omfatter sykepleiere under 53 år, som arbeider på sykehus, sykehjem og i kommunehelsetjenesten, og hentes inn i perioden 1992 - 2000. Det antas at offentlig ansatte ikke mister jobben som følge av nedbemanning, og studien ser derfor på effektene av omstrukturering og mulig overflytting på sykefraværet til sykepleierne. Resultatene av studien viser at en nedbemanningsprosess<sup>167</sup> medfører en signifikant økning i sykefraværet blant de som fremdeles er i jobb. Nedbemanning er også korrelert med en økt sannsynlighet for lengre trygdekarrierer; langtidsfravær og uføretrygd. Totalt finner Røed og Fevang at en nedbemanningsprosess på minst 20 %, fører til at mellom 1.5 % og 3.0 % av den opprinnelige arbeidsstokken starter en slik trygdekarriere eller

---

<sup>164</sup> Se blant annet Markussen et al(2009), Markussen(2007,a), Markussen(2010,b)

<sup>165</sup> Se blant annet Johansson og Palme(1996) og Askildsen et al(2005)

<sup>166</sup> Viser også til Huttunen et al(2005) og Rege et al(2005) for liknende resultat. Se også Ferrie et al(1995,1998,a,b), Ferrie et al(2002), Vahtera et al(2000),Kivimäki et al(2000), Kivimäki et al(2001),Vahtera et al(2004), Vahtera et al(2005)

<sup>167</sup> Nedbemanningsprosesser og økt sykefravær knyttes gjerne opp mot demand-control teori(Karasek og Theorell, 1990)hvor høye jobbkrav og liten påvirkningskraft i jobben kan utløse depresjoner, angst og utmattelse, som igjen øker sykefraværet.

forsvinner ut av arbeidsstyrken uten trygdeytelse. Studien gir således støtte til at det foreligger en positiv samvariasjon mellom sykefravær og konjunktorene. Resultatet må sees i lys at av forfatterne har studert offentlig ansatte som ikke er utsatt for de samme konjunktursvingningene i arbeidsmarkedet som privat ansatte. I nedgangstider blir offentlige ansatte gjerne overflyttet til andre stillinger og avdelinger, mens privat ansatte mister jobbene sine.

Sykefravær og endring i sykefraværsatferd over konjunktursyklusene kan også studeres i forhold til økonomiske incentiver

Nordberg og Røed (2009) undersøker sammenhengen mellom økonomiske incentiver og langtidsfravær over konjunktursykluser<sup>168</sup>. De gjennomgår registerdata fra 1992 - 1999 og over 2 millioner sykemeldinger<sup>169</sup> for sykefraværsperioder over 2 uker, og setter dette i forhold til tre ulike forhold som gjennom konjunktursykluser kan påvirke fraværsatferden. Den første er disiplineringseffekter på de ansatte, deretter incentiver arbeidsgiverne har for å holde ansatte i arbeid og ikke sykemeldt, og til slutt hvordan konjunktursykluser påvirker de ansattes helse i oppgangstider. Hovedfunnene i analysen er at et strammere arbeidsmarked reduserer sannsynligheten for at de som allerede er sykemeldt vender tilbake igjen til arbeidet. Arbeidstakere som er kommet tilbake i jobb, har en høyere sannsynlighet for å bli sykemeldt igjen. Og de arbeidstakerne som har brukt opp syketrygdperioden, vender tilbake til arbeidet, selv om dette viser seg å være et kortvarig fenomen. Resultatene indikerer at variasjonen i sykefraværet over konjunktursyklusene primært er drevet av arbeidstakernes atferd gjennom disiplinering og/ eller helsetilstand, og at økonomiske incentiver er en brikke i denne prosessen. Vedvarende gode økonomiske tider, fører også til at arbeidstakere med redusert helse trer inn i arbeidsmarkedet.

Det foreligger noe nyere forskning på sammenhengen mellom sykefravær og konjunktorene i arbeidsmarkedet, som gir støtte til at det er disiplinering av ansatte som driver variasjonen i sykefraværet over konjunktursyklusene, og fører til at det er en negativ samvariasjon mellom disse to faktorene. Samtidig finnes det studier som viser til at uro for nedbemanning og omstillingsprosesser, driver opp sykefraværet i nedgangstider, og på sin side gir støtte for en positiv korrelasjon mellom sykefravær og konjunktorene. Det foreligger også funn fra studier

---

<sup>168</sup> Observasjonsperioden i studien var karakterisert av relativt store konjunktursvingninger

<sup>169</sup> Sykemeldingene er for individ under 60 år

som viser at det er store forskjeller i sykefraværsatferd mellom individ, og at sykefraværsatferd over konjunkturer kan forklares med individuell variasjon blant arbeidstakere. Videre er det stor grad av heterogenitet blant næringer og sektorer. Det er ikke holdepunkter for at sysselsettingsgrad, andelen kvinner, eldre og innvandrere i arbeidsstyrken påvirker sykefraværet i en slik grad, at de kan forklare hvorfor sykefraværet varierer over konjunkturerne, og hvorfor sykefraværet har økt.

## 8.0 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg søkt å belyse faktorer som påvirker kort- og langtidsfraværet, og gjort en kunnskapsstatus på området. Utgangspunktet for studien er arbeidende til Allebeck og Mastekaasa (2004) og Ose et al (2006), og disse er så supplert med forskningslitteratur fra Norden og OECD området i perioden 1990 - 2010. En del nyere forskning foreligger innenfor livsstil, holdninger, økonomiske incentiv og legens rolle, og denne forskningen har gitt et ytterligere bidrag til å belyse sykefraværet og økningen i det totale sykefraværet. Jeg viser i denne kunnskapsstatusen til at sykefraværet sett under ett har økt, og til at utviklingen i noen bakenforliggende faktorer fremhever seg spesielt som mulige forklaringer på dette. Til tross for at helsen i befolkningen er god, har det vært en økt forekomst av subjektive helseplager i befolkningen, og spesielt lettere psykiske lidelser. Det er også flere som lever et inaktivt liv med et dårlig kosthold og høyt alkoholforbruk. Holdninger til arbeid har også endret seg, og dette knyttes i forskningslitteraturen opp mot normendringer i samfunnet og sjenerøse velferdsordninger. I tillegg er legens rolle som både advokat for pasienten og forvalter av forsikringssystemet konfliktfylt. Studier viser at fastlegereformen og sterkere pasientrettigheter, påvirker legens sykemeldingspraksis, og at dette kan være en medvirkende årsak til at det legemeldte sykefraværet har økt. Et viktig funn er også at det foreligger stor individuell variasjon i sykefraværsatferd. Blant annet gjør forskjeller i oppvekstmiljø, utviklet personlighet og evne til å håndtere og forsvare seg med livets små og store utfordringer, til at samme sykdom og krav i arbeidslivet håndteres forskjellig, og til at sykefraværsatferd varierer mellom individ. Utfordringen ved å innhente slike data gjør forskning vanskelig, men økt fokus bør likevel rettes mot denne faktoren i fremtiden.

## Referanser

- Aakvik, A., Holmås, T.H., Islam, M.K., (2008): Does variation in GP practice matter for the length of sick leave? A Multilevel analysis based on Norwegian GP patient data. *Scandinavian journal of public health*, 26(1), 34-43
- Akhavan, S., Bildt, C., (2004): Arbetsvillkor, hälsa och sjukfrånvaro bland invandrade kvinnor. Arbetslivsrapport nr 2004: 21. Arbetslivsinstitutet
- Alexanderson, K., Leijon, M., Åkerlind, I., Rydh, H., Bjurulf, P., (1994): Epidemiology of sickness absence in a Swedish County in 1985, 1986 og 1987. A three year longitudinal study with focus on gender, age and occupation. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 22, No. 1, 27-34
- Alexanderson, K., Sydsjø, A., Hensing, G., Sydsjø, G., Carstensen, J., (1996): Impact of pregnancy on gender differences in sickness absence. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol 24, No. 3, pp 169-176
- Allebeck, P., Mastekaasa, A., (2004): Risk factors for sick leave-general studies. Chapter 5. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 32, No. 5, pp 49-108
- Anderssen, S., (2009): Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge: resultater fra en kartlegging I 2008 og 2009. Oslo: Helsedirektoratet
- Anderssen, S., Kolle, E., Steene-Johannesen, J., Ommundsen, Y., Andersen, L.B., (2008): Fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge: en kartlegging av aktivitetsnivå og fysisk form hos 9- og 15 åringer. Oslo: Helsedirektoratet i samarbeid med Norges idrettshøgskole
- Arai, M., Thoursie, P. S., (2003): Incentives and Selection in Cyclical Absenteeism. *Labour Economics*, 2005
- Arbeidstilsynet(2007). Kontroll og veiledning om arbeidsmiljø. Økning i alkoholforbruk på jobben. <http://www.arbeidstilsynet.no/nyhet.html?tid=95870>
- Armstrong, D., Fry, J., Armstrong, P., (1991): Doctor's perceptions of pressure from patients for referral. *British Medical Journal*; 302, 1186-1188
- Arrelöv, B. E., Borgquist, L., Svärdsudd, K. F., (2005): Influence of local structural factors on physicians sick listing practice: a population based study. *European Journal of Public Health*, Vol. 15, No. 5, pp 470-474
- Askildsen, J.E., Bratberg, E., Nilsen, Ø.A. (2000): Sickness absence over the business cycle. Department of Economics, UIB
- Askildsen, J.E., Bratberg, E., Nilsen, Ø. A., (2005): Unemployment, Labour Force Composition and Sickness Absence: A panel data study. IZA DP No. 466
- Audas, R., Goddard, J., (2001): Absenteeism, Seasonality and the Business Cycle. *Journal of Economics and Business*; 53, 405-419
- Auestad, M., (2005): Sykefravær i offentlig og privat sektor. SNF-rapport nr 23/05. SNF-prosjekt nr 4370. Endring i arbeidsforhold i Norge
- Backhans, M., Leifman, H., (2001): Vem blir nykterist? Om nykteristen som avvikare. *Sosiologisk forskning*; 38, 58-91
- Barmby, T.A., Ercolani, M.G., Treble, J.G., (2000): Sickness absence: An international comparison. *The Economic Journal* 2002, 112; 315-331
- Barmby, T.A., Ecolani, M., Treble, J., (2003): Sickness absence in the UK: 1984-2002. Paper prepared for presentation at The Economic Council of Sweden's Conference "Sickness Absence: Diagnoses and Cures"
- Barmby, T.A., Orme, C., Treble, J., (1991): Worker absenteeism: An analysis using microdata. *Economic Journal*; 101, 214-229

- Barmby, T.A., Sessions, J., Treble, J.G., (1994): Absenteeism, efficiency wages and shirking. *Scandinavian Journal of Economics*; 96, 561-566
- Barmby, T.A., Stephan, G., (2000): Worker absenteeism: Why Firm Size May Matter. *The Manchester School*; 68(5), 568-577
- Bengtsson, T., Scott, K., (2005): Ursprungsland och sjukskrivning. Sjukpenninganvändning bland invandrare och svenskfödda, 1981-1991. En longitudinell studie. Working paper. Department of Economic History, Lund University
- Bergendorff, S., Thoursie, P.S., (2003): Utblick Europa. Är Sverige unikt? Sjukskrivning - försäkring eller försörjning. Rapport från forskarseminaret i Umeå, januari 2003
- Bergendorff, S., Berggren, S., Briman, M.C., Nyberg, K., Palmer, E., Thoursie, P.S., Söderberg, J., (2004): Sickness Absence in Europe – A Comparative Study. *Social Insurance studies No. 2*, Swedish National Insurance Board
- Bernaards, C.M., Jans, M.P., Van den Heuvel, S.G., (2006): Can strenuous leisure time physical activity prevent psychological complaints in a working population
- Bertakis, K.D., Azari, R., Helms, L.J., Callahan, E.J., Robbins, J.A., (2000): Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice* 2000; 49: 147-52
- Bertera, R.L., (1991): The effects of behavioural risks on absenteeism and health-care costs in the workplace. *J Occup Med* 33
- Bijl, R.V., van Zessen, G., Ravelli, A., de Rijk, K., Langendoen, Y., (1998, a): The Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS): objectives and design. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1998; 33: 581-6
- Bijl, R.V., Ravelli, A., van Zessen, G., (1998, b): Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands mental health survey and incidence (NEMESIS). *Soc Psychiatry Epidemiol* 1998; 33: 587-95
- Bjerkedal, T., Thune, O., (2003): Hva koster sykkelønnsordningen? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. Nr. 5-6. mars 2003; 123: 662-3  
[http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=761989](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=761989)
- Blank, N., Diderichsen, F., (1996): Social inequalities in the experience of illness in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 24, No. 2, pp 81-89
- Bokenblom, M., Ekblad, K., (2008): Sickness Absence and Social Interactions- Evidence from a Swedish Municipality. Working paper no 11, 2007. Örebro University
- Boman, U., Leifman, H., Norström, T., Romelsjö, A., (2005): Alkohol och sjukskrivning – analyser på individ – och befolkningsnivå. Kapittel i Marklund et al (2005): Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar
- Bonato, L., Lusinyan, L., (2004): Work absence in Europe. IMF Working paper 04/193. European Department
- Bradley, C.P., (1992): Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *British Journal of General Practice*; 42, 454-458
- Bratberg, E., Dahl, S.Å., Risa, A. E., (2002): "The double burden": Do Combinations of career and family obligations increase sickness absence among woman? *European Sociological Review*, Vol 18, No. 2, pp 233-249
- Bratberg, E., Holmås, T. H., Thøgersen, Ø., (2003): Assessing the effects of an early retirement program. *Journal of Population Economics*, Vol 17, No.3, pp 387-408
- Bratberg, E., Naz, G., (2009): Does paternity leave affect mothers sickness absence? Working paper No. 06/09. Department of Economics UIB

- Bratberg, E., Holmås, T.H., Islam, M.K., Vaage, K.,(2010): Teachers` sickness absence in primary schools. A panel data multilevel analysis. UIB
- Bray, G.A., (2004): Medical consequences of obesity. *J. Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 2583-9
- Brekke, K.A.,Nyborg,K.,(2008): Selfish Bakers, Caring Nurses? A Model of Work Motivation. HERO. Working Paper 2008:1. Oslo: Health Economics Research Programme
- Broström, G., Johansson, P., Palme, M., (2002): Economic incentives and gender differences in work absence behavior. IFAU. Working paper 2002:14
- Brox, J.I., Frøystein, O.,(2005): Health related quality of life and sickness absence in community nursing home employees: randomized controlled trial of physical exercise. *Occup Med* 55(7): 558-563
- Bruusgaard, D., (2003): Hvor stort er egentlig sykefraværet? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, Nr. 5-6. Mars 2003; 123: 602  
[http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=755877](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=755877)
- Bungum, T., Satterwhite, M., Jackson, A.W., Morrow, J.R.Jr.,(2003): The relationship of body mass index, medical costs, and job absenteeism. *Am J Health Behav.* 2003; 27(4):456-62
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rossler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S., Wiersma, D., Grp, E., (2007): The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness. A randomised controlled trial. *Lancet*; 370(9593), 1146-1152
- Bush, R., Wooden, M., (1995): Smoking and absence from work: Australian evidence. *Soc Sci Med* 41
- Carlsen, B., Norheim, O. F., (2003): Hvordan påvirker fastlegeordningen legens skjønsmessige avgjørelser? Notatserie i helseøkonomi, Nr. 17/03. HEB
- Carlsen, B.,Norheim, O.F.,(2005): Saying no is no easy matter. A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research*; 5(70)
- Carlsen, B., Nyborg, K.,(2009): The gate is Open: Primary care physicians as social security gatekeepers. Department of Economics. UIO
- Clark, A., (2003): Unemployment as a social norm. Psychological evidence from panel data. *Journal of Labour Economics*; 21(2), 323-351
- Conley, T., Topa, G.,(2002): Socio – economic distance and spatial patterns in unemployment. *Journal of Applied Econometrics*; 17, 303-327
- Dahl, S.-Å., Holmås, T.-H., Skjeret, F., Kjerstad, E.,(2007): En kartlegging av holdninger til sykefravær i Norden. SNF – rapport nr. 23/2007. SNF-prosjekt nr 2726. ”Sammenhengen mellom holdning i sykefravær og sykefraværsregime”
- Dahl, S.Å., Hansen, H.T.,(2006): Sickness absence among immigrants in Norway. Til konferansen: ”Migration and Social Policies in Europe”. Pamplona June 8.-10. 2006
- Dalsgard, O.S., (2002): Psykiatrisk epidemiologi i Norge – et historisk tilbakeblikk. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12(3): 163-172
- Drøyvold, W.B., Nilsen, T.I.L., Krüger, Ø., Holmen, T.L., Krokstad, S., Midthjell, K., Holmen, J., (2006): Change in height, weight and body mass index: Longitudinal data from the HUNT study in Norway. *Int J Obes (Lond)*. 30(6)
- Ds 2002: 49: Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder. Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm: Fritzes

- Dyrstad, J.M., Ose, S.O.,(2001): Non- linear unemployment effects in sickness absence: Discipline or Composition effects?Department of Economics. NTNU
- Engelland, A., Riphahn, R.T., (2004): Incentive effects of bonuses payments: evidence from an international company. Discussion paper no. 1229. IZA
- Englund, L., Tibblin, G., Svärdsudd, K.,(2000,a): Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. Scandinavian Journal of Primary Health Care, Volume 18, Issue 1, Aug 2000, pp 48-52
- Englund, L., Svärdsudd, K., (2000,b): Sick-listing habits among general practioners in a Swedish county. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2000; Vol. 18, No 2, pp 81-86
- Engström, P., Holmlund, B., (2005): Worker Absenteeism in search equilibrium. CESifo Working paper no. 1607
- Eriksen, W., (2004): The prevalence of musculoskeletal pain in Norwegian nurses´aides. Int Arch Occup Environ Health, Vol 76, No. 8,pp 625-630
- Eriksen, W., Bruusgaard, D., (2002): Physical leisure-time activities and long-term sick leave: a 15- month prospective study of nurses´ aides. J Occup Environ Med, Vol 44, No. 6, pp 530- 538
- Eriksen, W., Bruusgaard, D., Knardahl, S., (2003): Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses aides. Occup Environ Med 2003, Vol 60, No. 4, pp 271-278
- Eriksen, H. R., Svendsrod, R., Ursin, G., Ursin, H., (1998): Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. Europ J of Public Health, Vol. 8, No 4, pp 294-298
- Fahr, R., Frick, B., (2007): On the inverse relationship between unemployment and absenteeism: evidence from a natural experiments and worker heterogeneity. Discussion paper no. 3171. IZA
- Ferrie, J.E.,Shiple, M.J.,Marmot, M.G.,Stansfeld, S.A.,Smith,G.D.,(1995): Health effects of Anticipation of Job Change and Non-Employment: Longitudinal Data from the Whitehall II Study. British Medical Journal, Vol 311, 1264-1269
- Ferrie, J.E.,Shiple, M.J.,Marmot, M.G.,Stansfeld, S.A.,Smith, G.D.,(1998, a): The Health Effects of Major Organisational Change and Job Insecurity. Social Science and Medicine, Vol 46, 243-254
- Ferrie, J.E., Shiple, M.J.,Marmot, M.G.,Stansfeld, S.A.,Smith, G.D.,(1998, b): An Uncertain Future: The Health Effects of Threats to Employment Security in White-Collar Men and Women. American Journal of Public Health, Vol 88, 1030-1036
- Ferrie, J.E.,Shiple, M.J.,Stansfeld, S.A.,Marmot, M.G.,(2002): Effects of Chronic Job Insecurity and Change in Job Security on Self Reported Health, Minor Psychiatric Morbidity, Physiological Measures, and Health Related Behaviours in British Civil Servants: The Whitehall II Study. Journal of Epidemiology and Community Health, Vol 56, 450-454
- Fidler, H.,Lockyer, J. M., Toews, J., Violato, C.,(1999): Changing Physicians` Practices: The Effect of Individual Feedback. Academic Medicine; 74, 702-714
- Folkehelseinstituttet(2010, a): Folkehelseerapport 2010: 2. Helsetilstanden i Norge  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5583&MainArea\\_5661=5583:0:15,1134:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5583=5603:84163:::1:5585:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5583&MainArea_5661=5583:0:15,1134:1:0:0:::0:0&MainLeft_5583=5603:84163:::1:5585:1:::0:0)
- Folkehelseinstituttet(2010, b): Faktaark. Levealder i Norge – fakta om forventet levealder.  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:72449:::1:5647:44:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:72449:::1:5647:44:::0:0)



- Folkehelseinstituttet (2010, c): Tema. Spedbarnsdødelighet på et historisk lavt nivå:  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,2687:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:84201::1:5569:2:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2687:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:84201::1:5569:2:::0:0)
- Forsäkringskassan (2009): Sjukfrånvaron i Sverige – på väg mot europeiske nivåer? Sosialforsikringsrapport 2009:10
- Frick, B., Malo, M.A.,(2005): Labour market institutions and individual absenteeism in the European Union. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*; 47(4), 505-529
- Gjesdal, S.,(2005): Sykefraværets utvikling i Norge 1975-2002. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, nr 6, 125: 742-745
- Glaeser, E.L., Sacerdote, B.I.,Scheinkman, J.A.,(2003): The social multiplier. *Journal of the European Economic Association*; 1(2), 345-353
- Grimsmo, A., Rossow, I., (1997): Alkohol og sykefravær. SIFA rapport nr 3/97
- Hagen, K. og J. I. Hippe, red. (1991): Alle vet jo at... Rapport om sykelønn og sykefravær. Oslo:FAFO.
- Hakkanen, M., Viikari-Juntura, E., Martikainen, R., (2001): Job experience, work load, and risk of musculoskeletal disorders. *Occup Environ Med*, Vol 58, No. 5, pp 129-135
- Hammer, T.,(1999): Sykefravær og rusmiddelbruk blant unge i arbeid. NOVA rapport 6/99
- Handeland, M., Hjelmæsæth, J., (2009): Fedmeepidemien – vi må begynne med barna. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129:12
- Hassink, W., Koning, P., (2005): Do financial bonuses to employees reduce their absenteeism? Outcome of a lottery. Discussion paper no. 1644. IZA
- Hatland, A. (1996): Trygd og arbeid. I: Hatland, A., S. Kuhnle og T. I. Romøren, *Den norske velferdsstaten*. Oslo:Ad Notam Gyldendal.
- Heggebø, L.K., (2003): European Youth Hearth Study-the Norwegian part: a cross – sectional study of physical activity, cardiorespiratory fitness, obesity and blood pressure in children and youth. Oslo: The Norwegian University of Sport and Physical Education, Department of Sports Medicine
- Helsedirektoratet(2007): Rapporter. Tall om tobakk 1973-2006(Oppdatert 2008)  
[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/tall\\_om\\_tobakk\\_1973\\_2006\\_13509](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/tall_om_tobakk_1973_2006_13509)
- Helsedirektoratet(2010): Anbefalinger for fysisk aktivitet.  
[http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?\\_pageid=134,67665&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_piref134\\_76551\\_134\\_67665\\_67665.artSectionId=385&\\_piref134\\_76551\\_134\\_67665\\_67665.articleId=664734](http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,67665&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref134_76551_134_67665_67665.artSectionId=385&_piref134_76551_134_67665_67665.articleId=664734)
- Henrekson, M., Persson, M., (2004): The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System. *Journal of Labor Economics*, vol 22, s 87-113
- Hensing, G., Andersson, L.,Brage, S.,(2006): Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Medicine* 2006, 4:19
- Hermansson, U., Helander, A., Brandt, L., Huss, A., Rönnerberg, S., (2002): The alcohol use disorders identification test and carbohydrate-deficient transferrin in alcohol-related sickness absence. *Alcohol Clin Exp Res*; 26, 28-35
- Hesselius, P., Johansson, P., Larsson, L., (2005): Monitoring sickness insurance claimants: evidence from a social experiment. Working paper 2005:15. IFAU

- Hesseliuss, P., Johansson, P., Vikström, J.,(2008): Påverkas individen av omgivningens sjukfrånvaro? Rapport 2008:11. IFAU
- Holder, H.,(1991): A comparison of occupational and nonoccupational disability payments and work absences for alcoholics and nonalcoholics. *J Occup Med.* 33(4)
- Holmlund, B.,(2004): Sickness absence and search unemployment. CESifo Working paper 1227
- Holmås, T.H., Rieck, K.,M.,E.,Vaage, K.,(2010): Social interactions at the Workplace: Exploring Sickness Absence Behavior. Work in Progress. UIB
- Horneij, E., Jensen, I.B., Holmström, E.B., Ekdahl, C., (2004): Sick leave among home care personnel: a longitudinal study of risk factors. Research article. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2004, 5:38
- Huttunen, K.,Møen, J.,Salvanes,K.G.,(2005): How Destructive is Creative Destruction? The Costs of Worker Displacement. Working paper
- Ichino, A., Maggi, G.,(2000): Work environment and individual background. Explaining regional shirking differentials in a large Italian firm. *The Quarterly Journal of Economics*; 115(3), 1057-1090
- Ichino, A., Riphahn, R.T., (2004): Absenteeism and employment protection: three case studies. Rapport til en konferanse organisert av "the Economic Council of Sweden" on " Sickness absence: Diagnoses and cures", Stockholm 2003
- Ichino, A., Riphahn, R.T., (2005): The effect of employment protection on worker effort: absenteeism during and after probation. *Journal of the European Economic Association.* Vol 3, No1, pp 120-143
- Ichino, A., Moretti, E., (2009). Biological gender differences, absenteeism, and the earnings gap. Discussion paper No. 2207. *American Economic Journal. Applied Economics*, 1(1):183-218.
- Ihlebaek, C., Brage, S., Eriksen,H.R.,(2007). Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med*, 2007;57(1):2-3
- Innstrand, S. T., (2009): Work/home conflict and facilitation: COR(e)relations. A longitudinal study on work-home interaction in different occupational groups in Norway. Doktorgrad. NTNU
- Iversen, T., Lurås, H.,(1998): The Effect of Capitation on GP's referral decisions. Senter for helseadministrasjon skriftserie 1998:2. UIO
- Iversen, T., Lurås, H.,(2000,a): Economic motives and professional norms: The case of general medical practice. *Journal of Economic Behavior and Organization*; 43, 447-470
- Iversen, T.,Lurås, H., (2000,b): The Effect of Capitation on GP's Referral Decisions. *Health Economics*; 9,199-210
- Jans, M.P.,van den Heuvel, S.G.,Hildebrandt, V.H., Bongers, P.M.,(2007): Overweight and Obesity as Predictors of Absenteeism in the Working Population of the Netherlands. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*; 2007(49),9,975-980
- Jansson, E.,Anderssen, S.A.,(2009): Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. In: Bahr R, editor. *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling.* Oslo. Helsedirektoratet; 2009, 37-44
- Johansson, P., Palme, M., (1996): Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data. *Journal of Public Economics*; 59, 195-218
- Johansson, P., Palme, M.,(2002): Assessing the effect of public policy on worker absenteeism, *Journal of Human Resources*, vol 37, s 381-409
- Johansson, P., Palme, M., (2004): Moral hazard and Sickness Insurance. *Journal of Public Economics*, 2005

- Kamaleri Y., Natvig, B., Ihlebæk CM., et al (2009): Change in the number of musculoskeletal pain sites: A 14 year prospective study. *Pain* 2009; 141 (1-2): 25-30.
- Karasek, R., Theorell, T., (1990): *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York. Basic Books
- Kessler, R. C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H-U., Kendler, K.S., (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J., Ferrie, J.E., (2000): Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *BMJ* 2000; 320: 971-975
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Ferrie, J.E., Hemingway, H., Pentti, J., (2001): Organisational downsizing and Musculoskeletal Problems in Employees: A Prospective Study. *Occupational and Environmental Medicine*; 58, 811-817
- Kringle, E., Torgersen, S., Cramer V. A., (2001): A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1091-8
- Kringle, E., (2002): Trekk fra internasjonal psykiatrisk epidemiologi. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12(3): 173-179
- Krueger, A., Meyer, B., (2002): Labor supply effects of social insurance in Auerbach, A., Feldstein, M., (eds). *Handbook of Public Economics*; 4. Amsterdam
- Laaksonen, M., Martikainen, P., Rahkonen, O., Lahelma, E., (2008): Explanations for gender differences in sickness absence: evidence from middle-aged municipal employees from Finland. *Occup Environ Med* 2008; 65: 325-330
- Larsson, L., (2002): Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance in Sweden. IFAU. Working paper 2002: 6
- Larsson, L., (2004): Harmonizing unemployment and sickness insurance: Why (not)?. IFAU. Working paper 2004:8
- La Vecchia, C., Levi, F., (2003): Lung cancer in Europe: the leveling of an epidemic. *Eur J Public Health* 13
- Lazear, E.P., (2000): Performance pay and productivity. *American Economic Review*; 90(5), 1346-1361
- Leifman, H., Gustafsson, N., (2003): En skål för det nya millenniet. En studie av svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet. Forskningsrapport nr 11, Stockholm. SoRAD
- Leifman, H., Köhlhorn, E., Allebeck, P., Andréasson, S., Romelsjö, A., (1995): Abstinence in Late Adolescence-Antecedents to and Covariates of a Sober Lifestyle and its Consequences. *Social Science and Medicine*; 41, 113-121
- Leontaridi, R.M., Ward, M.E., (2002): Work-related stress, quitting intentions and absenteeism. Discussion paper no. 493. IZA
- Lindbeck, A., (1995, a): Welfare State disincentives with endogenous habits and norms. Institute for International Economic Studies, University of Stockholm and IUI, Sweden. Published in *Scandinavian Journal of Economics*. No 441, 1995
- Lindbeck, A., Nyberg, S., Weibull, J.W., (1999): Social norms and Economic incentives in the Welfare state, *Quarterly Journal of Economics*, 114(1), pp 1-35
- Lindbeck, A., Nyberg, S., Weibull, J.W., (2003): Social norms and welfare state dynamics. CESifo working paper No. 931

- Lindbeck, A., Palme, M., Persson, M., (2004): Sjukskrivning som ett socialt fenomen. Ekonomisk debatt nr 4 2004
- Lindbeck, A., Palme, M., Persson, M., (2006): Job security and work absence: evidence from a natural experiment. CESifo Working paper no. 1687. Public Finance
- Lindbeck, A., Palme, M., Persson, M.,(2009): Social interactions and sickness absence. CESifo Working paper series no. 2215
- Lovdata: LOV 1997-02-28 nr 19: Lov om Folketrygd(Folketrygdloven). Kap.8  
<http://www.lovdata.no/all/hl-19970228-019.html>
- Lund, T., Labriola, M., Christensen, K.B, Bültmann, U., Villadsen, E., (2006): Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. BMJ 332: 449-452, 2006
- Manski, C.F.,(1993): Identification of endogenous social effects. The reflection problem. Review of Economic Studies; 60(3), 531-542
- Mansson, N.O., Eriksson, K.F., Israelsson, B., Rånstam, J., Melander, A., Rastam, L., (1996): Body mass index and disability pension in middel aged men-on linear relations. Int J Epidemiol, 1996; 25(1): 80-5
- Marklund, S., (2001): Worklife and Health in Sweden 2000. Arbetslivsinstitutet. Stockholm
- Marklund, S., Bjurvald, M., Hogstedt, C., Palmer, E., Theorell, T., (2005): Den höga sjukfrånvaron-problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet. Stockholm
- Markussen, S., (2007, a ): Økonomisk sykefraværsforskning: Hva vet vi, og hvor bør vi gå?Frischsenteret
- Markussen, S., (2007, b): Trade-offs between health and absenteeism i welfare states: striking the balance. Frisch Center for Economic Research
- Markussen, S., (2009,a): Closing the gates? Evidence from a natural experiment on physicians sickness certification. Memorandum no 19/2009. Department of Economics. UIO
- Markussen, S.,(2009,b): The Effect of Sick- leaves on Earnings. Memorandum 20/2009. The Ragnar Frisch Center
- Markussen, S., (2010, a): The discretionary nature of sick leave. The Ragnar Frisch Center
- Markussen, S., (2010, b): Sykefravær i Norge-Fakta og synspunkter. Frischsenteret
- Markussen, S., Røed, K., Røgeberg, O.J., Gaure,S.,(2009): The Anatomy of Absenteeism. IZA DP No. 4240
- Marmot, M.G., North, F., Feeney, A., Head, J., (1993): Alcohol Consumption and Sickness Absence: From the Whitehall II Study. Addiction; 88, 369-382
- Marnetoft, S.-U., Selander, J., Åkerström, B., Asplund, R., Dahl, A., (2007): A comparison of perceived health, attitudes to work, leisure time, and social welfare systems among people in a rural area in the north of Sweden and among people in the city of Stockholm. IOS Press. Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation. Volume 28, Number 2/2007
- Mastekaasa, A., (2000): Parenthood, gender and sickness absence. Soc Sci Med 2000; 50(12): 1827-42
- Mastekaasa, A., Dale-Olsen, H., (2000): Do women or men have the less healthy jobs? An analysis of gender differences in sickness absence. European Sociological Review, Vol. 16, No 3, pp 267-286
- Medical Professionalism Project(2002): Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Annals of Internal Medicine; 136(3), 243-246

- Modig, A., Broberg, K., (2002): Är det OK at sjukskriva sig om man inte är sjuk? Rapport T22785, Temo Stockholm
- Moens, G., Van Gaal, L., Muls, E., Viaene, B., Jacques, P., (1999): Body mass index and health among the working population- epidemiologic data from Belgium. Eur J Public Health 1999; 9(2), 119-123
- Moreau, M., Valente, F., Mak, R., et al (2004): Obesity, body fat distribution and incidence of sick leave in the Belgian workforce. The Belstress study. Int J Obes Relat Metab Disord 28: 574-582
- Myklestad, I., Rognerud, M., Johansen, R., (2005): Rapport 2008:8. Levekårsundersøkelsene 2005. Utsatte grupper og psykisk helse 2008. Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Oslo
- Mykletun, A., Knudsen, A.K., (2009): Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8, Nasjonalt Folkehelseinstitutt
- Narbro, K., Jonsson, E., Larsson, B., Waaler, H., Wedel, H., Sjöström, L., (1996): Economic consequences of sick leave and early retirement in obese Swedish women. Int J Obes Relat Metab Disord, 1996; 20(10):895-903
- Nathell, L., Jensen, I., Larsson, K., (2002): High prevalence of obesity in asthmatic patients on sick leave. Respir Med, 2002; 96(8): 642-50
- NAV(2004, a): Endringer i den nederlandske uføreordningen, og erfaringer fra kampen mot "den hollandske syken". Rapport 01/2004. Skrevet av Kristoffersen, P.
- Nav(2004, b): Effekt av aktiv sykemelding, 2002-2003. Rapport 03/2004. Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.  
<http://www.nav.no/systemsider/S%C3%B8k?queryparameter=aktiv+sykemelding>
- Nav(2007): Sykefravær og Svangerskap. Arbeid og Velferd. Nr 3/2007  
<http://www.nav.no/systemsider/S%C3%B8k?queryparameter=sykefrav%C3%A6r+og+graviditet>
- Nav(2008): Sykefraværstatistikk. Statistikknotat sykefravær pr. 4. kvartal 2007: Utviklingen i sykefraværet, 4. Kvartal 2007. Notat. Arbeids- og velferdsdirektoratet/ Statistikk og utredning  
<http://www.nav.no/85936.cms>
- Nav(2009, a): Sykefraværstatistikk. Statistikknotat sykefravær 1.kvartal 2009: Utviklingen i sykefraværet, 2.kvartal 2009. Notat. Arbeids- og velferdsdirektoratet/ statistikk og utredning  
<http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rsstatistikk/Sykefrav%C3%A6rsstatistikk/202831.cms>
- Nav(2009,b): Sykefraværstatistikk. Flere sykemeldte.  
<http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rsstatistikk/Sykefrav%C3%A6rsstatistikk/202831.cms>
- Nav(2010, a ): Økt legemeldt sykefravær etter finanskrisen. Arbeid og velferd nr 1 – 2010  
<http://www.nav.no/232006.cms>
- Nav(2010, b): Sykefraværstatistikk pr. 4. Kvartal 2009. Sykefraværstilfeller 4.kvartal 2001-2009. Diagnose og kjønn. Antall og prosent.  
<http://www.nav.no/242759.cms>
- Nav(2010, c): Inkluderende arbeidsliv. Om IA - avtalen  
<http://www.nav.no/Arbeid/Inkluderende+arbeidsliv/Relaterte+sider/234599.cms>
- Nav(2010, d): Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 1.mars 2010 – 31. Desember 2013(IA – avtalen)  
<http://www.nav.no/systemsider/S%C3%B8k?offset=0&queryparameter=IA+avtalen+2001>

Nav(2010, e): Nye regler for alderspensjon  
<http://www.nav.no/Pensjon>

Nav(2010, f): Sykepenger til arbeidstakere  
<http://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Sykmelding/Sykepenger+til+arbeidstakere>

Nav(2010, g): Regler ved sykemelding  
<http://www.nav.no/1073747188.cms>

Nav(2010, h): Aktuelle tema. Om arbeid og psykisk helse  
<http://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Aktuelle+tema/187410.cms>

Naz, G., (2003): Comparative data of absence due to sickness in nordic countries. Working paper No. 10/03. SNF project 4860

Nordberg, M., Røed, K., (2009): Economic incentives, business cycles, and long term sickness absence. Industrial relations: A journal of economy and society, vol. 48, issue 2, pp. 203-230

Norden(2005): Nordiske initiativer til nedbringelse av sygefravær. Rapport. Nordisk ministerråd

Norrmen, G., Svärdsudd, K., Andersson, D.K.G., (2008): How primary health care physicians make sick listing decisions: The impact of medical factors and functioning. Research article. BMC Family Practice 2008,9:3

Norström, T., Moan, I.S., (2009): Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway. The European Journal of Public Health

Nossen, J.P.,(2008): Sykefraværet og konjunktorene - hva vet vi om sammenhengen? Arbeid og Velferd nr 4-2008. Nav  
<http://www.nav.no/200576.cms>

Novo, M., Hammarström, A., Janlert, U., (2001): Do high levels of unemployment influence the health of those who are not unemployed? A gendered comparison of young men and women during boom and recession. Social Science and Medicine, Vol. 53, No. 3, pp 293-303

Nyman, K., Bergendorff, S., Palmer, E.,(2002): Den svenska sjukan-sjukfrånvaron I åtta länder (Sickness in Sweden-sickness absence in eight countries). ESO Report Ds 2002:49. Ministry of Finance, Stockholm

O'Donnel, C.A.,(2000): Variation in GP referral rates: What can we learn from the literature? Family Practice; 17(6), 462-471

OECD(2001): Health at a Glance. OECD Health Data 2001. A Comparative Analysis of 30 Countries. Download tables and graphs.  
[http://www.oecd.org/document/61/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_1913405\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/61/0,3343,en_2649_34631_1913405_1_1_1_1,00.html)

OECD(2006): Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – Norway, Poland and Switzerland

OECD(2009): Sickness, disability and work. Keeping on track in the economic downturn. Background paper. High-level forum, Stockholm, 14. – 15. May 2009

Ose, S.O., Jensberg, H., Reinertsen, R.E., Sandsund, M., Dyrstad, J.M.,(2006): Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. SINTEF Helse. Gruppe for arbeid og helse. Rapport

Osterkamp, R., (2002): Work lost due to illness-an international comparison. Dice reports. CESifo Forum 4/2002. Institute for Economic Research at the University of Munich

Osterkamp, R., Röhn, O., (2007): Being on sick leave: possible explanations for differences of sick leave days across countries. CESifo Economic Studies, Vol 53, No 1, pp 97-114

Overland, S., Glozier, N., Maeland, J.G., Aaro, L.E., Mykletun, A., (2006): Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study(HUSK). BMC Public Health; 2006,6

- Parrott, S.G.C., (2004): Economics of smoking cessation. *BMJ*; 328(7445)
- Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G.W., King, A.C., (1995): Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *J Am Med Assoc*, 1995; 273, 402-407
- Pearson, S.D., (2000): Caring and cost: The Challenge for Physician Advocacy. *Ann Intern Med*; 133(2), 148-153
- Prendergast, C., (1999): The provision of incentives in firms. *Journal of Economic Literature*; 37(1), 7-63
- Proper, K.I., van den Heuvel, S.G., de Vroome, E.M., et al (2006): Dose-response relation between physical activity and sick leave. *Br J Sports Med* 40: 173-178
- Puhani, P.A., Sonderhof, K., (2009): The effects of a sick pay reform on absence and on health related outcomes. IZA DP No. 4607
- Rege, M., Telle, K., Votruba, M., (2005): The Effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilization. Discussion Paper No. 435; Statistics Norway, Research Department
- Rege, M., Telle, K., Votruba, M., (2009): Social interactions effects in disability pension participation – Evidence from plant downsizing. Working papers in Economics. UIS
- Regjeringen (2000): Arbeidsdepartementet. Dokumenter. NOU 2000:27. Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv.  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2000/nou-2000-27.html?id=143251>
- Regjeringen (2003): Helse- og omsorgsdepartementet. Dokumenter. St.meld. nr 16(2002-2003). Resept for et sunnere Norge. 4.1.4. Fysisk aktivitet på arbeidsplassen  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-4/1/4.html?id=328668>
- Regjeringen (2007): Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Ny uførestønning og ny alderspensjon til uføre. NOU 2007:4; 5.7.1. Innstramninger i de medisinske inngangsvilkårene  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2007/nou-2007-4/6.html?id=467239>
- Regjeringen (2010): Arbeidsdepartementet. Tiltak for reduksjon i sykefravær. Aktiviserings- og nærvarsreform. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet. Mykletun, A., et al.  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2010/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform.html?id=592648](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter_planer/rapporter/2010/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform.html?id=592648)
- Riksförsäkringsverket (2002): Svensk sjukfrånvaro i ett europeisk perspektiv. RFV Analyserar 2002: 11. Stockholm: Riksförsäkringsverket
- Riksförsäkringsverket (2003): Regionala skillnader i sjukskrivning-hur ser de ut och vad beror de på? (Regional differences in sickness reporting – patterns and causes). RFV Analyserar 2003:12. The National Social Insurance Board. Stockholm
- Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen (2006): Fastlegers Sykemeldingspraksis. RTV-rapport 05/2006
- Riphahn, R.T., Thalmaier, A., (1999): Behavioral effects of probation periods: An analysis of Worker Absenteeism. IZA DP No. 67
- Rissanen, A., Heliovaara, M., Knekt, P., Reunanen, A., Aromaa, A., Maatela, J., (1990): Risk of disability and mortality due to overweight in a Finnish population. *BMJ*. 1990; 301(6756): 835-7
- Robbins, A.S., Chao, S.Y., Russ, C.R., Fonseca, V.P., (2002): Costs of excess body weight among active duty personnel, US Air Force, 1997. *Mil Med*. 2002; 167(5): 393-7

- Ruff, L.K., Volmer, T., Nowak, D., Meyer, A., (2000): The economic impact of smoking in Germany. Eur Respir J; 16
- Røed, K., Fevang, E.,(2006): Organizational change, absenteeism and welfare dependency among Norwegian nurses. The Ragnar Frisch Center for Economic Research
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A.A., Moen, B.E., Tell, G.S.,(2003): Occupational differences in levels of anxiety and depression. The Hordaland Health Study. Journal of Occupational and Environmental Medicine; 45(6), 628-638
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A.A., Moen, B.E., Tell, G.S.,(2004): Farmers are at risk for anxiety and depression. The Hordaland Health Study. Occupational Medicine- Oxford; 54(2), 92-100
- Sanz- de-Galdeano, A., (2005): The obesity epidemic in Europe. Discussion paper. IZA DP No. 1814
- Schmier, J.K., Jones, M.L., Halpern, M.T., (2006): Cost of obesity in the workplace. Scand J Work Environ Health 32:5-11
- Scruggs, L.,(2004): Welfare State Entitlements Data Set: A Comparative Institutional Analysis of Eighteen Welfare States, Version 1.1
- Skollerud, K.H., (2008): Effekter av tiltak på sykefravær. TØI-rapport 992/2008
- SOU(2000):121: Sjukfrånvaro och sjukskrivning-fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm. Fritzes
- SSB(2005): Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt
- SSB (2010, a): Tema. Helse  
<http://www.ssb.no/helsetilstand/>
- SSB (2010, b): Arbeidsmiljø, sykefravær. Statistikker. Sykefravær, egen- og legemeldt, 4.kvartal 2009. Fortsatt vekst i sykefraværet  
<http://www.ssb.no/sykefratot/arkiv/>
- SSB(2010, c): Familier, husholdninger, barn. Statistikker. Familier og husholdninger. Befolkningsstatistikk. Familier og husholdninger 1.januar 2010. En av fem alene  
<http://www.ssb.no/vis/emner/02/01/20/familie/main.html>
- Steinke, D.T., MacDonald, T.M., Davey, P.G.,(1999): The Doctor – Patient Relationship and Prescribing Patterns. A View from Primary Care. PharmacoEconomics; 16(6), 599-603(5)
- Stene – Larsen, G., (2006): 1880-2005 – fra fattigdomssykdommer til overflodslidelser. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, Nr. 1-5. Januar 2006; 126: 38-43  
[http://www.tidsskriftet.no/?seks\\_id=1316569](http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1316569)
- Strømme, S.B.,(2000): Fysisk aktivitet og helse: anbefalinger. Oslo. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Rapport 2/2000
- Sturm, R., (2002): The effects of obesity, smoking and drinking on medical problems and costs. Obesity outranks both smoking and drinking in its deleterious effects on health and health costs. Health Affairs: 21(2): 245-53
- Swartling, M., Peterson, S., Wahlström, R., (2007): Views on sick-listing practice among Swedish General Practitioners- a phenomenographic study. Research article. BMC Family Practice 2007, 8:44
- Tellnes, G., Sandvik, L., Moum, T., (1990): Inter-doctor variation in sickness certification. Scandinavian Journal of Primary Health Care, Vol. 8, No. 1, pp. 45-52



- Thompson, D., Edelsberg, J., Kinsey, K.L., Oster, G., (1998): Estimated economic costs of obesity to US business. *Am J Health Promot.* 1998; 13(2): 120-7
- Thoursie, P.S., (2004): Reporting sick-are sporting events contagious? Research Article. *Journal of Applied Econometrics.* Vol 19(6), pp 809-823
- Thoursie, P. S.,(2005): Happy birthday!You are insured- differences in work ethics between female and male workers. FIEF working paper series 2005 No. 203
- Topa, G., (2001): Social interactions, local spillovers and unemployment. *The review of Economic studies;* 60(2), 261-295
- Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V., (2001): The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 590-6
- Torres, L. A., Cabrera de L. A., Marco Garcia, M.T., et al(2005): Smoking and sickness absence among public health workers. *Public Health* 119: 144-149
- Tucker, La, Friedman, G.M.,(1998): Obesity and absenteeism. An epidemiologic study of 10.825 employed adults. *Am J Health Promot* 12
- Tveito, T.H.,Halvorsen, A., Lauvålien, J.V., Eriksen, H.R., (2002): Room for everyone in working life? 10 % of the employees – 82% of the sickness leave. *Norsk epidemiologi* 2002; 12(1): 63-68
- Tveråmo, A., Dalgard, O. S., Claussen, B., (2003): Økende psykisk stress blant unge voksne i Norge 1990-2000. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2011-5. Nr. 15
- Ulset, E., Undheim, R., Malterud, K., (2007): Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* Nr. 1-4. Januar, 2007; 127: 34-37
- Upmark, M., Möller, J., Romelsjö, A., (1999): Longitudinal population – based study of self reported alcohol habits, high levels of sickness absence, and disability pensions. *Journal of epidemiology and community health;* 53, 223-229
- Vahtera, J.,Kivimäki, M.,Pentti, J.,Theorell, T.,(2000): Effect of Change in the Psychosocial Work Environment on Sickness Absence: A Seven Year Follow Up of Initially Healthy Employees. *Journal of Epidemiology and Community Health;* 54,484-493
- Vahtera, J., Poikolainen, K., Kivimaki, M., Ala-Mursula, L., Pentti, J., (2002): Alcohol intake and sickness absence: A curvilinear relation. *American Journal of Epidemiology;* 156, 969-976
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P., Ferrie, J.,(2004): Organisational Downsizing, Sickness Absence and Mortality: 10-Town Prospective Cohort Study. *British Medical Journal;* 328, 555-559
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Forma, P., Wikström, J., Halmeenmäki, A.L.,Pentti, J.,(2005): Organisational Downsizing as a Predictor of Disability Pension: The 10-Town Prospective Cohort Study. *Journal of Epidemiology and Community Health;* 59, 238-242
- Van Amelsvoort, L.G.,Spigt, M.G.,Swaen, G.M.,et al (2006): Leisure time physical activity and sickness absenteeism; a prospective study. *Occup Med (Lond)* 56: 210-212
- Vilimas, K., Glavin, K., Donovan, M.L., (2005): Overvekt hos åtte-og tolv åringer i Oslo i 2004. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3088-3089
- Vinberg, S., Gelin, G., (2005): Organizational and health performance in small enterprises in Norway and Sweden. *Work* 24: 305-316

Vingard, E., Lindberg, P., Josephson, M., et al(2005): Long term sick listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors. A three year follow up study. Scand J Public Health 33: 370-375

Vistnes, J.P.,(1997): Gender differences in days lost from work due to illness. Industrial and Labor Relations Review 1997; 50(2):304-323

Waddell, G., Burton, A., (2006): Is Work good for your health and well being? London. Stationary Office

Waaler, H.T., Hofoss, D., Grøtvedt, L., (2003): The increase in life expectancy in Norway 1985-1998: Good years or bad? Norsk Epidemiologi 2003; 13(1), 207-211

Wahlström, R.,Alexanderson, K.,(2004): Physician`s sicklisting practices. Chapter 11. Scandinavin Journal of Public Health; 32(0), 222-255(1), 161-188

Webb, S., Lloyd, M., (1994): Prescribing and referral in general practice: a study of patients`expectations and doctor`s actions. British Journal of General Practice; 44, 165-169

WHO(1998): Gender and Health. WHO Technical Paper, Reference WHO/FRH/WHD/98.16.

WHO(2000): Obesity. Preventing and managing the global epidemic

WHO(2010, a): Documents and publications. Global strategy on diet, physical activity and health. Obesity and overweight. Facts

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>

WHO(2010, b): Health topics. Obesity

<http://www.who.int/topics/obesity/en/>

WHO(2010, c): Health action in crises. Definitions. Health

<http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>

World Medical Association(2006): World Medical Association International Code of Medical Ethics

Åberg, Y., Hedström, P., Kolm, A.S.,(2003): Social interactions and unemployment. Working paper 2003:18. Department of Economics Uppsala University

Åkerlind, I., et al,(1996): Sex differences in sickness absence in relation to perantant status. Scandinavian Journal of Public Health, Vol. 24, No. 1, pp. 27-35