

Simen Markussen

## Økonomisk sykefraværsforskning: Hva vet vi, og hvor bør vi gå?

**Høsten 2006 ble sykefraværet debattert mer enn noen gang. Men hva vet vi egentlig om sykefravær? I denne artikkelen vil jeg presentere relevant litteratur, forsøke å avkle to myter samt skissere noen spørsmål for videre forskning på feltet.<sup>1</sup>**

En nyklassisk økonoms utgangspunkt for å forstå sykefravær er gjerne arbeidstilbudsmodellen. I sin enkleste form sier denne at en arbeidstaker velger mellom konsum og fritid. Arbeid er kun et nødvendig onde for å få mat på bordet. En klassisk referanse er gjerne Shapiro og Stiglitz' artikkel om likevektsledighet og disiplineringsmekanismer fra 1984. I deres modell er arbeidstakernes innsats ikke perfekt observerbar, slik at arbeiderne står overfor en avveining mellom nyttetapet fra å yte innsats og den økte risikoen for å miste jobben som manglende innsats medfører. Økt kontroll, redusert ledighetsstøtte og høyere arbeidsledighet vil derfor entydig redusere skulkingen. Koplingen til sykefravær er gjort senere og er vanligvis så enkel som at man betrakter sykefravær som skulk.

Vi kan forstå de fleste av en klassisk økonoms ryggmargsreflekser i lys av dette modellapparatet. Vi forventer at sjenerøse velferdsordninger og sterkt stillingsvern fører til økt sykefravær. Høy arbeidsledighet gjør det verre å miste jobben og reduserer derfor sykefraværet. Med dette i bakhodet virker det helt rimelig at sykefraværet i Norge og Sverige er det høyeste i Europa, siden vi har lav ledighet, sterkt stillingsvern og sjenerøse velferdsordninger.

Det finnes en annen gruppe økonomer som vil hevde at mesteparten av variasjonen i sykefravær, mellom og innad i land, ikke skyldes *atferd*, men i stedet drives av *sammensetningen* av arbeidsstyrken. Deres utgangspunkt er at folk har ulik helse. Dermed vi sorterer folk etter helse, vil de med god helse typisk ansettes først, og de med dårligst helse ansettes sist. Derfor har land med høy sysselsetting høyere fravær enn land med lav sysselsetting, noe som igjen gir en plausibel forklaring på det høye fraværet i Norge og Sverige siden vi har svært høy sysselsetting. I denne artikkelen vil jeg forsøke å kritisk gjennomgå disse forklaringsmodellene samt presentere enkelte forskningsresultater fra den senere tid.

Tabell 1. Norsk sykefravær 2006

	Fraværets lengde i dager				
	1-16	17-56	57-84	85-182	183-365
Andel av alle forløp (%)	59,0	21,4	4,3	7,1	8,3
Andel av totalt sykefravær (%)	9,9	16,3	6,3	19,8	47,6

Kilde: NAV og egne beregninger. Merk at andelene av totalt sykefravær er omtrentlige da intervallets midtpunkt er benyttet.

#### Hva vet vi?

I Norge er sykefraværet svært ujevnt fordelt. Norge hadde i 2006 et sykefravær på 6,8 % ifølge NAV. Dette fraværet er svært ujevnt fordelt i arbeidsstyrken. Fra tabell 1 ser vi at nær 60 % av alle fraværsforløp er kortere enn 16 dager. 8,3 % av fraværsforløpene er mellom et halvt år og et år. Likevel utgjør disse 8,3 % omlag halvparten av antall fraværsdager i løpet av et år. Det er altså en relativt liten gruppe som utgjør store deler av fraværet.

Nær 40 % av sykefraværet er diagnostisert som muskel og skjelettlidelser. Mentale lidelser utgjør om lag 14 %, det samme gjør luftveissykdommer. Fraværet varierer også mye mellom bransjer. I 3. kvartal 2006 var fraværet lavest innenfor olje- og gassutvinning med 3,4 %, mens det innenfor helse- og sosialtjenester var 8,1 %. Fraværet var lavest i Rogaland med 4,6 % og høyest i Finnmark med 8 %. Fraværet var høyest blant kvinner med omlag 7,5 % og noe lavere blant menn med 4,9 %.

*Sykelønna påvirker fraværet.* En rekke arbeider har forsøkt å vise sammenhengen mellom størrelsen på sykelønna og sykefraværet. Fra økonomisk teori burde sammenhengen være rett fram; jo større inntektstap arbeidstakeren lider ved å være hjemme jo mindre er han borte fra jobb. Dersom vi tillater oss å se opp fra arbeidstilbudsmodellen et øyeblikk, er det ikke åpenbart at kutt i sykelønna gir lavere fravær, og spesielt ikke om sykelønna er lav fra før. Dersom stillingsvernet er svakt, slik at en risikerer jobben ved å være borte (lenge), kunne en tenke seg at en går tilbake i jobb "for tidlig". Dette vil i så fall kunne føre til flere, men kortere fraværsperioder, altså høyt korttidsfravær og lite langtidsfravær. At sykelønn har noe å si for sykefravær, helt generelt, burde likevel være lett å godta.

I et arbeid av Henrekson og Persson (2004) studeres virkningen av en rekke reformer i den svenske sykelønnsordningen i perioden 1955 til 1999. De finner at reformer som gjør sykelønnsordningen mer sjenerøs, følges av høyere sykefravær. Reformen som strammer inn sykelønnsordningen, følges av redusert fravær. I *Sykefravær – kunnskapsstatus og problemstillinger*, som er en omfattende litteraturstudie fra SINTEF helse gjort på oppdrag fra Norges forskningsråd, slås dette også fast: "De landene som har (...) de mest sjenerøse sykelønnsordningene, har også det høyeste fraværingsnivået" (Ose et al. 2006:14). Dette bekreftes også av Bonato og Lusinyan (2004). Her benyttes aggregerte data for 18 land i perioden 1983–2003<sup>2</sup>. Variasjonen i sykefravær mellom land og over tid forsøkes forklart med en rekke demografi- og arbeidsmarkedsvariabler, så som yrkesdeltakelse, alderstruktur, forventet levealder, arbeidstid, stillingsvern og

kjønns sammensetning av arbeidsstokken. En av variablene er også lønnskompensasjon etter skatt ved sykefravær. De konkluderer med at "sickness benefits have a robust and positive impact on absence" (Bonato og Lusinyan 2004:25).

I Johansson og Palme (2002) studeres effekten av en reduksjon i sykelønnsordningen for korte fravær gjennomført fra 1. mars 1991, samt en skattereform fra 1. januar 1991 som innebar en reduksjon i marginalskatten. Johansson og Palme (2002) studerer fraværet til 1386 arbeidere (blue collar workers) i perioden 1. januar 1990 til 31. desember 1991. Observasjonsenheten er dag/person, slik at de har et panel med 730 observasjoner for alle 1386 individer. I perioden reformen ble innført, falt gjennomsnittlig antall fraværsdager per person fra 24 i 1990 til 22,5 i 1991. Samtidig gikk Sverige inn i en lavkonjunktur. Arbeidsledigheten økte fra 2,1 % i 1990 til 4,1 % i 1991. Ved hjelp av en rik forløpsanalysemodell, der de også kontrollerer for uobserverbar heterogenitet, klarer de å skille virkningen av kutt i sykelønnsordningen, skattereform og økt arbeidsledighet fra hverandre. De finner at en reduksjon i sykelønna reduserte både antall fravær og lengden på fraværperiodene (Johansson og Palme 2002:405).

*Stillingsvernet påvirker fraværet.* Det er naturlig å tenke seg at stillingsvern har mye å si for sykefraværet. En arbeidstaker som frykter for jobben sin, vil trolig strekke seg lenger for å unngå fravær enn en som har en helt sikker jobb. I Sverige ble det i 2001 besluttet å endre ansiennitetsreglene for ansatte i bedrifter med opp til ti ansatte. Endringen gikk ut på at bedriftene kunne unnta to ansatte fra "sist inn først ut"-regelen. Dette innebærer en vesentlig endring i stillingsvernet for mange ansatte. Som et eksempel kan vi tenke oss en bedrift med fem ansatte, der arbeidsstokken skal reduseres med én person. Tidligere ville det vært gitt hvem som måtte gå, nemlig den som ble ansatt sist. Fire av fem ansatte har derfor fullt stillingsvern med de gamle reglene. Med de nye reglene kunne hvem som helst av de tre sist ansatte måtte gå. Det er derfor kun to av fem ansatte som nå har beskyttelse. I et arbeid av Lindbeck, Palme og Persson (2006) forsøker de å evaluere virkningen av dette på sykefraværet. De betrakter reformen som et naturlig eksperiment da de argumenterer for at den ikke ble diskutert offentlig før i 2000. De sammenligner sykefraværsutviklingen i de berørte bedriftene med en kontrollgruppe av ansatte i bedrifter med mellom 11 og 20 ansatte. De finner at fraværet falt med omlag 0,25 dager per ansatt i de berørte bedriftene. I de aller minste bedriftene, der reformen hadde relativt størst effekt, falt fraværet med 0,4–0,65 dager per ansatt. Bak disse aggregerte effektene fant de at arbeidstakere med høyt fravær før reformen, i større grad forlot de minste firmaene med svakest stillingsvern. Videre fant de også at de minste bedriftene i større grad ansatte arbeidstakere som tidligere hadde hatt høyt fravær. Blant de ansatte som faktisk ble i bedriften, falt fraværet med omlag én dag.

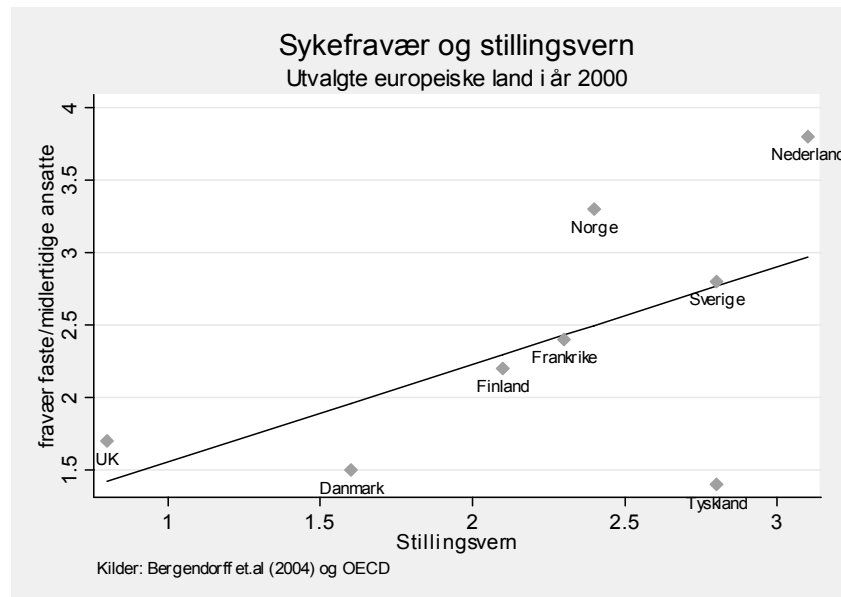
En annen øvelse som illustrerer stillingsvernets betydning, er å sammenligne sykefraværet blant faste og midlertidig ansatte. Dette er gjort av Bergendorff et al. (2004) for åtte europeiske land.

Tabell 2. Sykefravær blant faste og midlertidig ansatte. Sykefraværet blant fast ansatte delt på sykefraværet blant midlertidig ansatte i noen europeiske land

	Andel midlertidig ansatte		
	1995	2000	Snitt 1995-2005
Tyskland	1,4	1,4	12,0
Danmark	1,7	1,5	10,3
UK	2,3	1,7	6,6
Finland	2,4	2,2	16,8
Frankrike	2,4	2,4	13,5
Sverige	3,7	2,8	15,0
Norge	3,8	3,3	10,4
Nederland	4,7	3,8	13,1

Kilde: Bergendorff et.al (2004) og OECD Employment Outlook.

Figur 1. Sykefravær og stillingsvern



Note: Figuren viser at faste ansattes sykefravær relativt til midlertidig ansattes sykefravær.

Tabell 2 viser sykefraværet blant faste ansatte delt på sykefraværet blant midlertidig ansatte i noen europeiske land. Vi ser at i alle landene er fraværet blant de fast ansatte atskillig høyere enn blant de midlertidig ansatte. Siden midlertidig ansatte har et langt dårligere stillingsvern enn faste ansatte, kan dette si noe om sammenhengen mellom stillingsvern og sykefravær. At midlertidig ansatte har lavere fravær, kan selvfølgelig også ha andre årsaker. En av disse kan være at midlertidig ansatte har en viss fleksibilitet knyttet til når de jobber, og dermed velger å ta ut fridager de dagene de er syke. Fast ansatte er gjerne også eldre enn midlertidig ansatte.

Vi kunne tenke oss at forskjellen på midlertidig ansatte og faste ansatte ble større dersom det var relativt få midlertidig ansatte, altså om andelen midlertidig ansatte var lav. Fra kolonnen lengst til høyre i tabell 2 ser det ikke ut til å være noen slik sammenheng. Forholdet mellom faste og midlertidig ansattes fravær ser ikke ut til å være påvirket av hvor stor andel midlertidig ansatte utgjør av alle sysselsatte.

For å utforske sammenhengen mellom sykefravær og stillingsvern ytterligere kan vi krysse forholdet mellom faste og midlertidig ansattes sykefravær med OECDs indeks for stillingsvern. Dette er gjort i figur 1. Dersom det er sånn at frykten for å miste jobben gjør at en strekker seg litt lenger for å gå på jobb enn om en har fast stilling, burde det være større forskjell mellom fraværet til fast og midlertidig ansatte ved sterkt stillingsvern enn ved svakt stillingsvern. Vi ser av figur 1 at det ser ut til å være en slik sammenheng.

*Omstillingsprosesser øker fraværet.* En rekke arbeider har studert sammenhengen mellom helse, sykefravær og omstillingsprosesser.<sup>3</sup> Det er godt dokumentert at arbeidstakere som ufrivillig mister jobben, har økt sannsynlighet for å forsvinne permanent fra arbeidsmarkedet. Huttunen et al. (2005) studerer sysselsetting blant norske menn i industribedrifter. De finner at 7 år etter en omstillingsprosess er 13 % av arbeidstakerne som ble nedbemannet helt utenfor arbeidsmarkedet. I en kontrollgruppe med tilsvarende arbeidstakere, som ikke ble utsatt for nedbemanning, er kun 8 % av arbeidstakerne utenfor arbeidslivet.

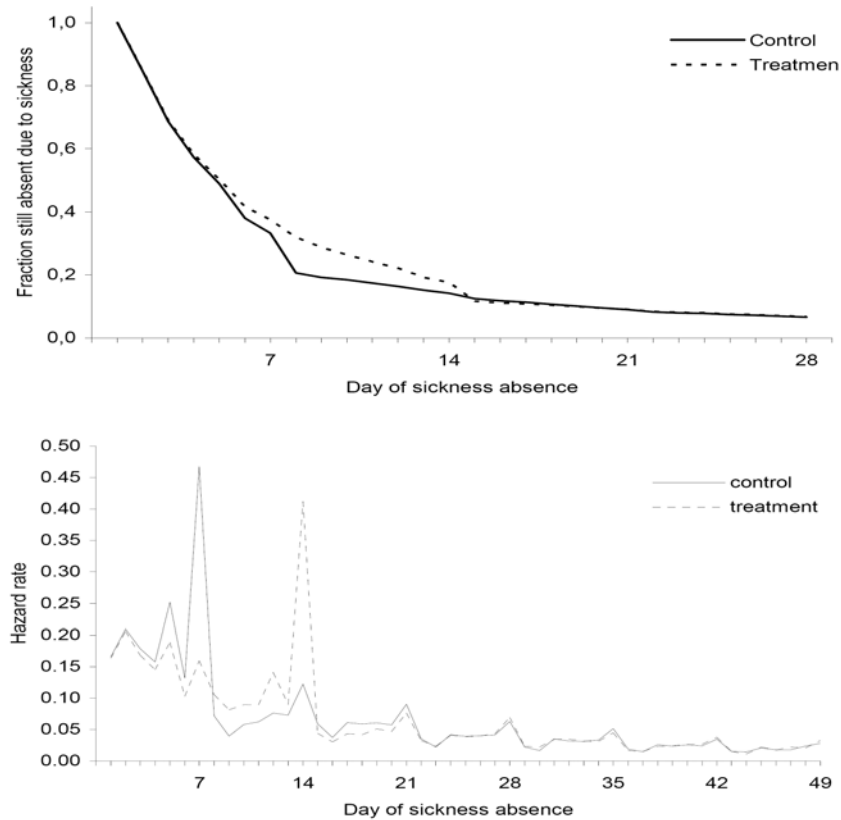
En rekke medisinske studier har vist at større omstillingsprosesser kan ha negative helseeffekter for de berørte. Mest berømt er kanskje Whitehall studiene (se Ferrie et al. 1995, 1998a, 1998b, 2002). I 1998 ble en større omstillingsprosess iverksatt i den britiske statsforvaltningen. For noen av departementene innebar dette en periode med omfattende usikkerhet. Et av departementene ble senere privatisert. Studiene av dette "eksperimentet" viser at ansatte som var berørt, opplevde redusert helse. Dette viste seg både på egenrapporterte helse mål og kliniske undersøkelser.

Røed og Fevang (2007) studerer virkningen av omstillingsprosesser blant norske hjelpe- og sykepleiere. Det typiske er at dette er omstillinger som ikke fører til permitteringer, siden de ansatte tilbys tilsvarende jobber ved nærliggende institusjoner. Forskerne finner at en større nedbemanning, definert som en reduksjon på minst 1/5 av de ansatte, fører til at mellom 1,5 % og 3 % av de ansatte blir avhengige av stønadsordninger som sykepenges og uføretrygd eller trekker seg helt ut av arbeidsmarkedet. Etter at nedbemanningsprosessen er avsluttet, avtar naturlig nok effekten, men det tar hele seks år før den ikke lenger er signifikant forskjellig fra null.

Vi ser dermed at stillingsvern og jobbsikkerhet er et tveegget sverd når det gjelder sykefravær. På den ene siden tyder mye på at et begrenset stillingsvern er med på å disiplinere arbeidstakerne og redusere fraværet. På den andre kan usikkerhet og jobbrelatert stress føre til redusert helse og økt fravær.

*Antall egenmeldingsdager påvirker fraværet.* I 2005 ble det gjennomført et unikt eksperiment i Sverige. I Göteborg og Jämtland ble alle innbyggere født på en partallsdato gitt en utvidet egenmeldingsperiode slik at de ikke behøvde å kontakte lege før etter

Figur 2. Effekten av forlenget egenmeldingsperiode



Note: Figurene er hentet fra Hesselius, Johansson og Larsson (2005). Den øverste figuren viser andelen som fortsatt er hjemme på grunn av sykdom etter som tiden går. "Control" er gruppen med én ukers egenmeldingsperiode. "Treatment" er gruppen med to ukers egenmeldingsperiode. Den nedste figuren viser sannsynligheten for å komme tilbake i jobb per dag, betinget at man har vært borte frem til denne dagen. Vi ser at denne sannsynligheten for kontrollgruppen har en topp på dag sju mens eksperimentgruppen har en topp på dag 14.

14 dager. De som var født på en oddetallsdato, fortsatte med det eksisterende regelverket som sier at en må besøke legen senest dag 8. Hesselius, Johansson og Larsson (2005) studerer virkningen av dette på sykefraværet. Totalt var mer enn 237 000 mennesker berørt av eksperimentet. Ved hjelp av forløpsanalyse studerer de blant annet sannsynligheten for å komme tilbake i jobb etter sykdom over tid. Sannsynlighetene per dag er betinget av at en har vært hjemme fram til denne dagen. Resultatet er vist i figur 2, som er hentet fra Hesselius, Johansson og Larsson (2005).

For gruppen med åtte dagers egenmeldingsperiode er denne betingede tilbakevendings-sannsynligheten klart størst dag syv, dagen før legen må besøkes. For gruppen med utvidet egenmeldingsperiode er den betingede sannsynligheten for å komme tilbake i jobb klart størst dag 14.

Tabell 3. Egenmelding og karénsdager

	Egenmeldingsdager	Karénsdager	Kommentar
Sverige	8	1	
Danmark	4	0	Egenerklæring etter to dager
Spania	4	3	
Norge	3/8	0	IA bedrifter har 8
Nederland	0	0	Hjemmebesøk fra inspektør
Tyskland	0	0	
UK	0	3	
Sveits	0	3	
Frankrike	0	0	
Finland	0	9	
Island	0	14	

Kilde: Bonato og Lusinyan (2004).

Det kan altså tyde på at den utvidede egenmeldingsperioden har den virkningen at arbeidstakere som trolig hadde begynt å jobbe etter én uke i det gamle systemet, nå begynner først etter to uker. I gjennomsnitt økte sykefraværperiodene med 6,6 %. Interessant nok fant de derimot ingen virkning på *antall* sykemeldinger.

Både når det gjelder karénsdager og antall egenmeldingsdager er det stor variasjon mellom europeiske land. I tabellen under har jeg forsøkt å illustrere dette. Tabellen er basert på Bonato og Lusinyan (2004).

Vi ser at de skandinaviske landene, sammen med Spania, skiller seg ut ved å ha egenmeldingsdager. Karénsdager, altså dager i begynnelsen av sykemeldingen uten sykepenger, er relativt utbredt. Det er to land som skiller seg ut i så måte, Finland og Island, med 9 og 14 karénsdager.

#### To myter om sykefravær

Jeg vil her presentere to påstander om sykefravær en ofte hører brukt i samfunnsdebatten, men som ikke er like åpenbare i det en går dem noe nærmere etter i sømme-  
ne.

*"Høyt fravær i gode tider skyldes kun marginale arbeidstakers inntog i arbeidslivet".*

Den klassiske debatten om sykefravær er knyttet til observasjonen at sykefraværet svinger med konjunktorene. I gode tider er sykefraværet vanligvis høyere enn i dårligere tider. En vanlig forklaring på dette er at i gode tider kommer personer med dårligere helse inn i arbeidslivet, såkalte marginale arbeidere. Disse personene har høyere fravær, og derfor går fraværet opp. Dette er en forklaring som ofte benyttes i norsk offentlighet. Det er derimot ikke lett å finne forskningsresultater som styrker denne hypotesen (Ose et al. 2006:14). Enkel regning viser også at denne forklaringen neppe kan drive konjunkturvariasjonene i sykefraværet. Jeg vil nedenfor kort illustrere hvorfor.

La oss grovt sett anta at sykefraværet i gruppen langtidsansatte er  $x$  % og konstant. La denne gruppen være  $N$  stor. Vi kan tenke oss at i en høykonjunktur ansettes en andel  $a$  utover  $N$  som allerede er ansatt slik at arbeidsstyrken da er på totalt  $(1 + a)$

*N.* La denne gruppen nytilsatte ha et sykefravær på  $bx$  %. Dersom  $b = 2$ , betyr dette at arbeidere ansatt i høykonjunktur har dobbelt så høyt fravær som andre. Vi kan sette opp sykefraværet i høy- og lavkonjunktur i følgende tabell:

	Dager	Prosent
Lav	$xN$	$x$
Høy	$xN + bxaN$	$x(1 + ab)/(1 + a)$

Vi kan da spørre oss om hvor stor  $b$  må være for at sykefraværet skal gå fra  $x$  til  $x + e$  % i høykonjunktur. For å løse dette setter vi opp følgende ligning:

$$x(1 + ab)/(1 + a) = x + e$$

Denne ligningen løser vi for  $b$ .

$$b = 1 + (e/x)(1 + a)/a$$

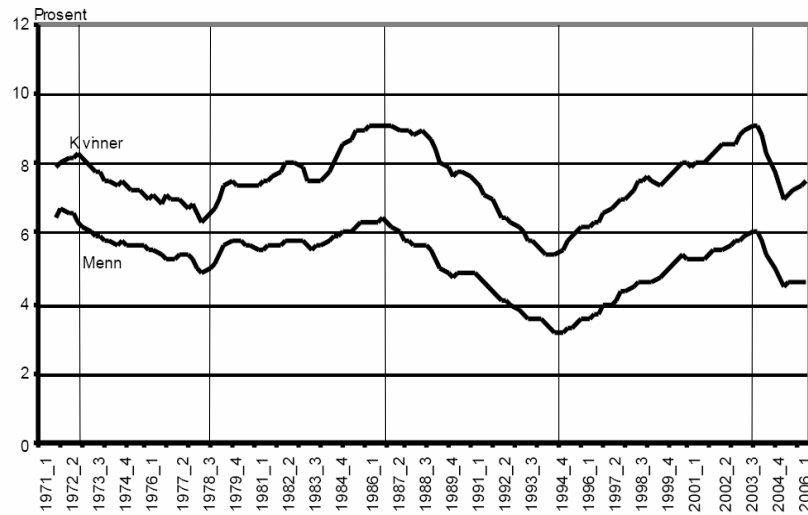
Hvor stor må  $b$  være for at de ansatte som går ut og inn av arbeidslivet, skal forklare konjunktursvingningene i sykefraværet i Norge? Figur 3 er hentet fra Ose et al. (2006). Den viser sykefraværet i Norge fra 1971–2006 for kvinner og menn. Mesteparten av denne serien stammer fra NHO som har gjort utvalgsundersøkelser på sykefravær i lang tid. Fra 2001 har SSB produsert sykefraværstatistikk, og serien fra NHO er standardisert til å passe med SSBs tall. De vertikale linjene markerer topp- og bunnpunkter for sykefraværet. I tabellen under har jeg samlet nøkkeltall for sykefravær og yrkesdeltakelse. Basert på topp- og bunnpunktene for sykefraværet har jeg delt hele tidsserien inn i fire perioder.

Periode 1 er tiden fra 1972–1978. I denne perioden falt sykefraværet med omlag ett prosentpoeng for kvinner og 0,8 prosentpoeng for menn. Samtidig var veksten i sysselsetting svært kraftig for kvinner, hele 21,2 %. Relevant i denne sammenhengen er likevel ikke veksten i antall personer sysselsatt, men i sysselsettingsraten. Målt på denne måten vokste sysselsettingen med 17,8 % for kvinner og 0,9 % for menn. Periode 2 er tiden 1978–1986. I denne perioden økte sykefraværet med 2,5 prosentpoeng for kvinner og 1,2 prosentpoeng for menn. Yrkesdeltakelsen for kvinner økte kraftig, både relativt og absolutt. Yrkesdeltakelsen for menn falt med et halvt prosentpoeng målt som andel av befolkningen. Periode 3 er tiden 1986–1994. Den relative sysselsettingen falt kraftig i denne perioden, og sykefraværet falt med 3,6 prosentpoeng for kvinner og 3,05 prosentpoeng for menn. Periode 4 er tiden 1994–2003. I denne perioden økte både sysselsettingen og sykefraværet.

I tabell 4 har jeg regnet ut  $b$  – hvor mye høyere sykefraværet til de arbeidstakerne som går inn i eller ut av arbeidslivet, må være for at disse skal drive de observerte endringene i sykefraværet. Ved tre av åtte tilfeller tar  $b$  negative verdier, og de ansatte som går inn eller ut av arbeidslivet, må ha negativt fravær for å forklare sykefraværendringen. Dette skyldes at sykefraværet i denne perioden er negativt korrelert med endringene i den relative sysselsettingen. For perioden 1986–1994 må sykefraværet til de kvinnelige arbeidstakerne som mistet jobben i denne perioden, ha vært nesten 15



Figur 3. Sykefravær i Norge, 1971 – 2006



Note: Figuren viser sykefravær i Norge fra 1971-2006 for kvinner og menn. Sykefraværstatistikken frem til 2001 stammer fra NHO. Denne er så standardisert til å passe med SSB sin sykefraværstatistikk fra 2001 og fremover. Figuren er hentet fra Ose et.al (2006).

Tabell 4. Sykefravær og konjunkturer

	1972-1978		1978-1986		1986-1994		1994-2003	
	kvinner	menn	kvinner	menn	kvinner	menn	kvinner	menn
Vekst i sysselsetting								
Totalt	23,6%	6,3%	23,5%	5,2%	2%	-6,0%	14,9%	8,7%
Andel av bef. 16-74, pp.	7,8	0,7	9,1	-0,5	-0,9	-7,3	6,5	3,0
Endring i sykefravær, pp.	-1,7	-1,2	2,5	1,2	-3,6	-3,05	3,6	2,85
<i>a</i>	0,178	0,009	0,176	-0,006	-0,028	-0,098	0,124	0,047
<i>e/x</i>	-0,207	-0,194	0,385	0,240	-0,311	-0,355	0,452	0,500
<i>b</i>	-0,4	-20,5	3,6	-36,1	14,9	5,5	7,1	21,0
"Marginales" fravær	-3,0	-127,0	23,2	-180,3	133,9	34,1	38,1	66,1

Kilder: Ose et.al. (2006) og egne beregninger.

ganger høyere enn for dem som ikke mistet jobben for at dette skal ha forårsaket fallet i sykefraværet. For menn er tilsvarende tall 5,5. For perioden 1994–2003 må sykefraværet til de ekstra kvinnene som har kommet i arbeid i denne perioden, være 7,1 ganger høyere enn fraværet til dem som allerede var i jobb. For menn er tilsvarende tall 21,0. Det virker helt usannsynlig at denne gruppen med arbeidstakere i gjennomsnitt skal ha mer enn 12 ganger høyere fravær enn arbeidstakere med mer permanent tilknytning til arbeidslivet. I den nederste raden i tabell 4 har jeg regnet ut hva denne grup-

pens sykefravær faktisk måtte være for at deres inntog i eller utgang fra arbeidslivet skulle drive konjunktursvingningene. Vi ser at for fire av åtte tilfeller får vi absurde resultater, der denne gruppen enten må ha negativt fravær (fordi fraværet er motsyklisk til yrkesdeltakelsen) eller ha mer enn 100 prosent fravær. Det virker for eksempel åpenbart at reduksjonen i sysselsetting alene ikke kan forklare reduksjonen i kvinners sykefravær fra 1986 til 1992. Jeg tror også det er vanskelig å hevde at de omlag 100 000 mennene som kom i jobb fra 1994 til 2003, har et sykefravær på 66 prosent i gjennomsnitt.

Årsaken er enkel: forskjellen på høy- og lavkonjunktur målt i antall ansatte er relativt liten. For at den nyansatte gruppen skal endre for eksempel sykefraværet i hele gruppen vesentlig, må den nyansatte gruppen være svært forskjellig fra de andre. Tenk deg at du har en kjele med en liter vann, og at dette holder 5 grader. Ned i dette vannet slipper du drøye tre spiseskjeer med varmt vann.<sup>4</sup> Dette vannet skal være temmelig varmt for at så lite vann skal gjøre noe vesentlig med temperaturen i kjelen. "Nøyaktig det samme" gjelder for sykefravær. Ved nærmere ettersyn virker det derfor ikke sannsynlig at seleksjonshypotesen kan forklare noen vesentlig del av konjunktursvingningene i sykefraværet.

*"Sykefraværet i Norge skyldes bare at vi har så høy yrkesdeltakelse."*

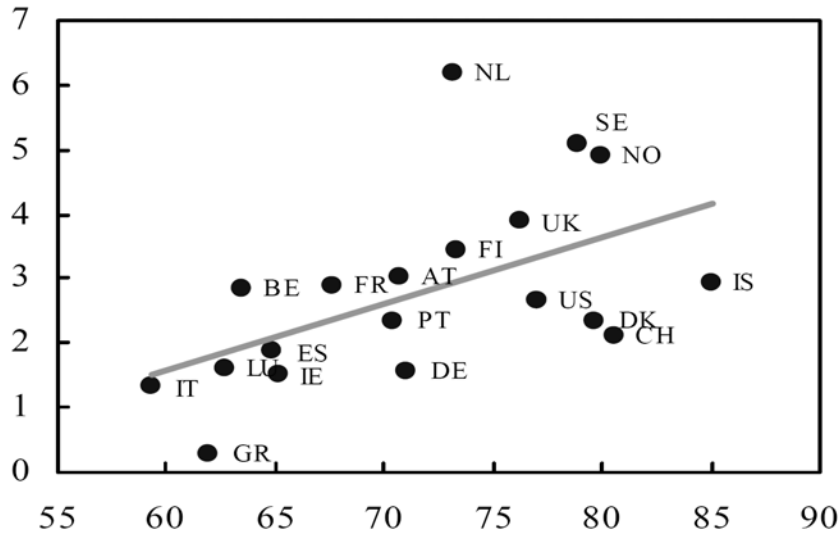
Det blir ofte sagt at det relativt høye sykefraværet i Norge skyldes vår høye yrkesdeltakelse. I figur 4 fra Bonato og Lusinyan (2004) illustreres sammenhengen mellom yrkesdeltakelse og sykefravær. Det ser ut til å være en klar sammenheng, men variasjonen er stor.

Norge har en relativt høy yrkesdeltakelse i internasjonal sammenheng, men på ingen måte unikt høy. I tabell 5 presenteres gjennomsnittlig yrkesdeltakelse og sykefravær for ti OECD-land i perioden 1995–2003. Jeg har valgt kun å presentere de landene som har yrkesdeltakelse på nivå med Norge. Det er verdt å nevne at det er en rekke problemer forbundet med å sammenligne sykefraværet i ulike land. Den kanskje aller viktigste innvendingen er at hvor lenge en har status som sykemeldt, men fortsatt i arbeid, varierer mellom land. Dette gjør at en langtidssykemeldt i ett land vil kunne være uføretrygdet i et annet og arbeidsledig i et tredje. På den annen side er det interessant å forsøke å sammenligne oss med andre mer eller mindre tilsvarende land, og dette datamaterialet er trolig det beste vi har.

Det er flere ting vi kan lære av denne tabellen. (1) Norge er ikke unikt. Verken yrkesdeltakelse eller sykefravær i Norge er eksepsjonelt internasjonalt. (2) Det er ingen entydig sammenheng mellom yrkesdeltakelse og sykefravær. Riktignok vil en finne sterk korrelasjon mellom sykefravær og yrkesdeltakelse i OECD, men det er stor variasjon. (3) Danmark, Sveits og Island har klart å kombinere høy yrkesdeltakelse med relativt lavt sykefravær. Det kan være interessant å lære av deres erfaringer.

Det er selvsagt sånn at en rekke andre forhold enn yrkesdeltakelse har innvirkning på sykefraværet. Landene i tabellen er ulike langs mange dimensjoner som også er svært viktige for sykefraværet. Island har for eksempel et system med 14 karensdager og mindre utbygd velferdsstat.

Figur 4. Yrkesdeltakelse og sykefravær



Note: Figuren viser gjennomsnittlig sykefravær og yrkesdeltakelse blant personer i alderen 15-64 år i perioden 1995-2002 for en rekke europeiske land. Figuren er hentet fra Bonato og Lusinyan (2004).

Tabell 5. Sykefravær og yrkesdeltakelse i OECD. Gjennomsnittlig sykefravær i Europeiske land med yrkesdeltakelse over OECDs gjennomsnitt i perioden 1995-2003

	Sykefravær	Yrkesdeltakelse
Sveits	2,3	77,9
Portugal	2,3	66,4
Danmark	2,4	75,4
Island	3,0	82,6
Østerrike	3,1	68,1
Finland	3,5	65,1
UK	4,0	71,3
Norge	5,0	76,7
Sverige	5,2	73,1
Nederland	6,0	70,2

Kilde: OECD World Factbook og IMF WP/04/193

Sveits har et system med svært høyt innslag av private ordninger. I en rapport fra OECD fra 2006 anbefaler OECD Sveits å innføre en obligatorisk sykeforsikringsordning (OECD 2006).

En innvending mot å lære av Island, Sveits og Danmark kan jo være at arbeidstakere i disse landene rett og slett ikke tar seg råd til å være syke, og at dette til slutt går på helsa løs. Kanskje er årsaken til disse landenes lave sykefravær at de har et stort sykenærvær, altså at syke arbeidstakere hviler i Norge, men går på jobb i Sveits, Island og Danmark. Det er ikke lett verken å bekrefte eller avkrefte en slik hypotese.

Tabell 6. Selvpoplevd helse og forventet levealder

	Danmark		Island		Sveits		Norge		EU 15	
	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m
Selvpoplevd helse:										
God og veldig god	71,6	79,2	80,5	79,2	84,0	87,8	77,0	82,8	57,4	64,6
Brukbar	21,4	15,5	14,7	17,9	12,3	9,1	14,8	12,3	29,3	26,0
Dårlig og svært dårlig	7,1	5,3	4,7	3,0	3,7	3,1	8,1	4,9	13,2	9,4
Forventet levealder	79,5	74,8	82,3	78,5	83,0	77,8	81,5	76,4	81,6	75,8

Kilde: Eurostat, Health in Europe (2005)

Likevel, dersom det var slik, skulle vi tro at det slo ut negativt for folks helse. I tabell 6 presenterer jeg noen indikatorer for helse produsert av Eurostat (2005).

Vi ser av tabellen at folks selvpoplevde helse i Danmark, Island, Sveits og Norge er godt over snittet i EU15. Fra disse tallene er det heller ingenting som tyder på at folk i Danmark, Island og Sveits har større helseplager enn nordmenn. Tvert imot, i både Sveits og Island er folks selvpoplevde helse bedre enn i Norge. Det er flere som oppfatter sin egen helse som god, og færre som mener at den er dårlig. Både islendinger og sveitsere forventes også å leve lenger enn nordmenn. Danskene derimot har en lavere levealder, noe som ofte forklares med dårligere kosthold og røyking.

Med bakgrunn i tall for yrkesdeltakelse, sykefravær og noen enkle helsemål ville det være feil å konkludere med at om vi kutter i sykelønnsordningen, får folk bedre helse og lever lenger. På den annen side er det heller ikke åpenbart at høy yrkesdeltakelse gir høyt fravær, eller at mindre sjenerøse systemer gir dårligere helse.

#### Hva lurer vi på?

Jeg ønsker her å kaste ut en hanske til forskere som interesserer seg for sykefravær. Det finnes en rekke spørsmål der vi mangler kunnskap. Jeg vil under skissere fire slike utfordringer.

*Hvorfor benyttes ikke alle gratis fridager?* Den selviske, kyniske og materialistiske homo oeconomicus jobber ikke med mindre dette gir ekstra betalt. Ansatte i bedrifter omfattet av avtalen om et inkluderende arbeidsliv kan ta ut opptil 24 dager med egenmeldt fravær i løpet av ett år. Dette tilsvarer omtrent ett månedsverk. Dette er i utgangspunktet gratis fridager siden det utbetales full lønn. Et interessant spørsmål er derfor: Hvorfor tar ikke alle arbeidstakere ut alle sine egenmeldingsdager?

Det er minst to typer svar på dette spørsmålet. En kan hevde at den noe stiliserte homo oeconomicus ikke er representativ for folk flest. De økonomiske modellene fanger ikke opp slike ting som moral, pliktfølelse, samvittighet og arbeidslyst. Mens homo oeconomicus ikke har noen skrupler med å grafse til seg alt som er gratis, vil virkelige mennesker føle samvittigheten gnage om de ringer sjefen og lyver om egen helsetilstand.

En annen mulighet er at fridagene ikke er helt gratis likevel. Kanskje er det sånn at sykefravær i dag har en kostnad i form av redusert lønnsvekst i morgentid. Dersom du har mange år igjen i yrkeslivet, vil en ørliten reduksjon i lønnsveksten i dag bli svært kostbar på lang sikt siden det lavere lønnsnivået varer ved hele yrkeslivet. En innledende øvelse kan derfor være å ta utgangspunkt i det vi vet om folks verdsetting av ekstra fritid fra andre studier. Vi kan da spørre oss hvor stor kostnaden av fravær må være i form av redusert lønnsvekst for at disse fridagene ikke skal benyttes, i sin helhet eller i det hele tatt. Et enkelt regnestykke illustrerer at reduksjonen i lønn ikke trenger å være særlig stor før "fritiden" får en betydelig kostnad. Tenk deg to arbeidstakere som begge tjener 300 000 kroner i året. En av dem benytter noen av disse "fridagene" og tar ut 1 prosent fravær. Den andre benytter ikke fraværsordningen. Dersom lønna er lik verdien av arbeidet for arbeidsgiveren, vil fraværet koste arbeidsgiveren 3000 kroner. Anta at arbeidsgiveren straffer dette fraværet med en halv promilles reduksjon i lønnsveksten (altså 0,05 prosent). Dette innebærer at årslønna neste år for arbeideren med fravær reduseres med 150 kroner sammenlignet med arbeideren uten fravær. Fra og med neste år tenker vi oss at de to arbeiderne har akkurat lik lønnsvekst. 150 kroner høres kanskje ikke så mye ut, men det er faktisk mer enn man skulle tro. Lønnsforskjellen mellom de to arbeiderne vil fortsette å vokse med lønnsveksten slik konsekvensen av dette fraværet følger arbeideren resten av karrieren. Om vi for enkelhets skyld lar arbeiderne diskontere fremtiden med  $1/(1 + g)$ , der  $g$  er lønnsveksten, vil nåverdien av den reduserte årslønna være antall år igjen av arbeidslivet multiplisert med 150 kroner. Har du 40 år igjen, koster altså 1 prosent redusert arbeid deg 6000 kroner. Dette vil så gradvis endre seg etter hvert som tiden til pensjonering reduseres. Vi vet at eldre arbeidstakere har høyere fravær enn yngre arbeidstakere. Men for å kunne konkludere med at denne modellens prediksjon stemmer brukbart med data, må modellen testes grundig. At fraværet øker med alder, kan vel så gjerne skyldes at eldre arbeidstakere har større helseproblemer, slitasjeproblemer og så videre.

Om enn stilisert, så gir en slik modell flere prediksjoner som er interessante å undersøke. Modellen impliserer at jo mer følsom lønnsutviklingen er for sykefravær, jo færre egenmeldingsdager vil bli benyttet. Det virker rimelig at lønnsutviklingen i bedrifter med sterke fagforeninger er mer regulert enn andre steder. Har da bedrifter med sterke fagforeninger og høy grad av regulering i lønsspørsmål også høyere egenmeldt fravær? Vil ansatte med gode opprykksmuligheter la være å benytte egenmeldingsdagene, mens ansatte med mindre muligheter for opprykk benytter dem?

Dersom det er sånn at fravær har en langsiktig kostnad, hva skyldes det? Igjen er det mulig å tenke seg (minst) to konkurrerende historier som kan forklare dette. Den ene er at det skyldes kunnskap og erfaring. Det å være på jobb er lærerikt. Dersom en er borte, går en glipp av det som skjer den dagen. I tillegg risikerer en å ikke delta i prosjekter som går over lenger tid, dersom disse oppgavene da tilfaller andre. Dersom avlønning skjer etter kunnskap, vil dette gjøre at fravær blir kostbart.

En annen måte å tenke på er at arbeidsgiveren har begrenset informasjon om sine egne ansatte. Vi kan tenke oss at han lurer på hvilken ansatt som skal gis opprykk, men har vanskeligheter med å se den enkeltes produktivitet og innsats. Vi kan da tenke oss

at fravær tjener som et signal til arbeidsgiver om arbeidstakerens innsats. En ansatt som piner seg til jobben til tross for sykdom, og kanskje blir bedt om å gå hjem igjen, signaliserer at han prioriterer jobben høyt og er pålitelig. På denne måten gis også fravær en kostnad i form av redusert lønnsvekst. Disse to hypotesene har derimot ulike prediksjoner. Dersom kunnskapshistorien er den relevante, spiller årsaken til fraværet mindre rolle. Hvorvidt den ansatte er rammet av en lett verifiserbar lidelse (beinbrudd) eller en vanskelig verifiserbar lidelse (stress, vond rygg) burde ikke spille noen rolle for lønnsutviklingen. Det er deltakelsen, eller mangelen på den, som er den avgjørende faktoren. Dersom signaliseringshistorien er den relevante, burde lett verifiserbare lidelser har langt mindre å si for lønna enn vanskelig verifiserbare lidelser. Arbeidsgiveren vil vanskelig tro at en ansatt har påført seg selv en lidelse for å slippe å arbeide. Derimot kan arbeidsgiver lett mistenke at stadige ryggplager eller stressproblemer skyldes lav arbeidsmoral.

Identifisering og kvantifisering av disse mekanismene burde være en viktig, interessant og ikke minst mulig oppgave. Ikke minst er det interessant å avdekke avvikene der økonomiske resonnementer vanskelig kan forklare det vi observerer.

*Hvilken betydning har legen? Hvilken betydning har legen for sykefraværet? I rapporten Fastlegers sykemeldingspraksis (RTV 05/2006) undersøkes fastlegers sykemeldingspraksis ved hjelp av registerdata fra sykefraværs- og fastlegeregistrene. Med "sykemeldingspraksis" menes hvor hyppig legene sykemelder sine pasienter, hvor lenge og hvor raskt de tar i bruk graderte sykepenger. Studien viser at "kvinnelige fastleger hadde en sykemeldingspraksis som avvek betydelig fra de mannlige legene. De sykemeldte sjeldnere, friskmeldte raskere og brukte mer graderte sykepenger. Disse forskjellene ble beholdt når det ble tatt hensyn til at deres praksisprofil var annerledes, med blant annet færre pasienter, men forholdsvis flere kvinnelige pasienter" (RTV 05/2006:9). Videre viser studien at "spesialister i allmennmedisin foreskrev flere sykemeldinger enn andre leger, men at de var raskere til både å friskmeldte og å bruke graderte sykepenger" (RTV 05/2006:9). Interessant er det også at studien finner klare sammenhenger mellom legens arbeidssituasjon og sykemeldingspraksis. "Leger i kommuner med stor legetetthet og leger med stor praksis skrev ut færre sykemeldinger enn leger med fulle lister. (...) Leger med mye ledig kapasitet skrev ut færre sykemeldinger enn leger med fulle lister" (RTV 05/2006:9).*

For økonomer er kanskje de siste resultatene, om sammenhengen mellom sykemeldingspraksis og arbeidssituasjon, de mest relevante. Vi kan tenke oss fastlegesystemet som et marked der pasienter velger lege. RTVs resultater kan tyde på at leger som er utsatt for mer konkurranse om pasienter fra andre leger, skriver ut flere sykemeldinger. Er dette av frykt for å miste pasienter? Er årsaken til at leger med få pasienter skriver ut få sykemeldinger at de har få pasienter nettopp fordi de er strenge med sykemeldinger? Eller er det sånn at leger som har mer tid til den enkelte pasient, kan tilby en bedre oppfølging og dermed redusere antall sykemeldinger? Dette er spørsmål av stor interesse for å forstå legens og fastlegereformens virkning på sykefraværet.

Legen er gitt en komplisert dobbeltrolle i det norske systemet. På den ene siden skal han eller hun være en slags portvakt til norske velferdsordninger. Legen forvalter indirekte enorme beløp med offentlige midler til sykefravær, uføretrygd, medisiner med mer. På den andre siden er legene opplært i Hippokrates legeetik, som sier at pasienten er det viktigste, uansett. Denne dobbeltrollen gir opphav til en mulig rollekonflikt. Den amerikanske sosiologen Deborah Stone drøfter dette i boka *The Disabled state*: "For most aspects of medical care, doctors are taught to think in a context of unlimited resources. They are supposed to provide therapy whenever a diagnosis indicates illness" (Stone 1984:150–151). Legen er altså opplært til å være pasientens advokat, ikke velferdsstatens vokter. Det er derfor grunn til å spørre seg hvor mye vakthold vi egentlig kan forvente at legen skal stå for. Når vi i tillegg vet at mer enn halvparten av sykefraværet er i kategoriene "muskel- og skjelettlidelser" samt "mentale lidelser", som begge er mer eller mindre uidentifiserbare, skjønner vi at legen har en vanskelig, for ikke å si umulig oppgave. Det burde derfor ikke komme som noen stor overraskelse at de få undersøkelsene som er gjort, tyder på at legen gir sykemelding i rundt 95 prosent av tilfellene der en pasient ber om dette (Larsen et al. 1994).

Legens kvantitative betydning for fraværet er også av interesse. Dersom legens påvirkningskraft på det totale sykefraværet er relativt liten, vil andre spørsmål knyttet til arbeidsmarkedet trolig være av større interesse – også for forskningen. Er det sånn at nær sagt alle pasienter som ber om en sykemelding, får en sykemelding, kan det tenkes at legens portvaktfunksjon ikke virker særlig godt. Det kan likevel hende at legen gjennom "sin væren og sitt vesen" kan påvirke hvor ofte pasienter ber om sykemelding. RTV (2006) viser at det er betydelig variasjon mellom leger. Dette kan tyde på at legen har en viss påvirkningskraft, men også her er det behov for mer viten.

*Normendring?* Antallet stønadsmottakere øker i Norge. Grovt regnet var det omlag fem arbeidstakere per mottaker av uførepensjon, attførings-, rehabiliterings- og sykepenger i 1998. I 2005 var dette redusert til fire arbeidstakere per stønadsmottaker. Det kan derfor være grunn til å spørre seg om vi ser konturene av en normendring. Normer er vanskelige for økonomer, siden de ikke kan telles. Dette gjør at en gjerne forsøker å telle alt annet og måle normer som et slags residual. Dette er ikke veldig tilfredsstillende, men det finnes likevel arbeider som er verdt å merke seg.

I artikkelen "*Sjukskrivning som et sosialt fenomen*" studeres sykefraværet i Västra Götaland i 2001 (Lindbeck et al. 2004). Forfatterne viser hvordan mengden sykefravær varierer kraftig mellom kommuner så vel som mellom bedrifter. Etter å ha kontrollert for en rekke individuelle kjennetegn sitter de fortsatt igjen med stor uforklart variasjon. Denne variasjonen forklarer forfatterne med at det dannes lokale *sjukskrivningskulturer* – altså en form for redusert stigma dersom mange benytter seg ofte av sykkelønsordningen. Artikkelen lider derimot litt under at disse lokale sykemeldingskulturene ikke identifiseres eksplisitt, men kun som et residual etter å ha kontrollert for diverse variabler. Det kan derfor godt tenkes mange andre årsaker til variasjonen mellom steder og bedrifter.

Mari Rege, Kjetil Telle og Mark Votruba står sammen bak en studie av uføretrygd knyttet til nedbemanning i bedrifter. De viser at en ett-prosentpoengs økning i en persons sannsynlighet for å bli ufør som følge av nedbemanning, øker sannsynligheten for at vedkommendes nabo – som ikke berøres direkte av nedbemanningen – blir ufør med et halvt prosentpoeng (Rege et al. 2007). Siden nedbemanning av naboens bedrift burde være uavhengig av vedkommendes helsetilstand, kan dette betraktes som et slags naturlig eksperiment. Disse resultatene lider derfor langt mindre enn Lindbeck et al. (2004) av at normer og sosial interaksjon ikke kan observeres. Vi ser også at andelen uføre i norske kommuner varierer kraftig, fra mer enn 22 prosent til under 5 prosent. Dette stemmer godt overens med funnene i begge disse artiklene.

Rege et al. (2007) omtaler tre ulike kanaler en slik sosial interaksjonseffekt kan virke gjennom. (1) Normer eller sosialt stigma: Når en benytter seg av velferdsordninger, følger det en sosial sanksjon fra ens omgivelser. Denne sanksjonen avhenger igjen av hvor mange andre i ens omgivelser som benytter seg av velferdsordningene. (2) Læring og erfaringsutveksling: Når én benytter seg av en ordning, kan vedkommendes erfaringer gjøre det lettere for andre å benytte ordningen. (3) Selskap: Verdien av fritid kan tenkes å øke om bekjente også er hjemme. Det er derfor ikke åpenbart at slike sosiale interaksjonseffekter som Rege et al. (2007) finner, skyldes normer. Likefullt virker det rimelig at sosial interaksjon også er relevant for forståelsen av utviklingen i sykefraværet.

I Mofitt (1983) blir et sosialt stigma modellert eksplisitt. Utgangspunktet er et forsøk på å besvare hvorfor mange av dem som har krav på sosiale stønader, ikke benytter seg av stønadene. Mofitt (1983) modellerer deltakelsesbeslutningen som en maksimering av nytte og inkluderer et stigma ved å delta. Modellen blir så estimert på individdata. Han finner støtte for at et slikt stigma finnes. Han finner også at stigmaet ikke er knyttet til hvor mye støtte en mottar, men til det å motta støtte overhodet. Sosial interaksjon og normer kan tenkes å ha stor betydning for å forstå utviklingen i sykefravær. Kunnskapen på feltet er svært begrenset, og det er behov for mer arbeid på området.

*Helse og sykefravær.* Ved hjelp av data fra NAV kan vi bryte ned antall sykefraværstilfeller på diagnoser. Dette er lett tilgjengelig informasjon for perioden 2002–2006. I 2006 var 68 % av sykefraværet innenfor tre diagnosegrupper; muskel- og skjelettlidelser, mentale lidelser og luftveissykdommer. Jeg vil videre kun fokusere på disse tre diagnosene. I tabell 7 presenteres antall sykefraværstilfeller i tredje kvartal i 2002–2006 samt prosentvis endring fra foregående år for 2003–2006.

Fra 2003 til 2004 skjer det et dramatisk fall i antall sykefraværstilfeller. Samlet er reduksjonen hele 14,1 %. Sommeren 2004 ble det innført krav til legen om å vurdere restarbeidsevne ved sykemelding samt i større grad å benytte gradert sykemelding. Denne endringen ser ut til å ha hatt en dramatisk virkning på sykefraværet, i alle fall på kort sikt. Nedgangen er derimot ikke jevnt fordelt utover alle diagnoser. Innenfor muskel- og skjelettlidelser, den største diagnosegruppen, var fallet 15,9 %, herunder rygg-lidelser (–19,4 %) og nakke/skulder/arm (–18,6 %). Antall sykemeldingstilfeller grunnet luftveissykdommer ble også kraftig redusert med 17,5 %.



Tabell 7. Sykefravær og diagnose. Sykefravær i Norge innenfor de største diagnosegruppene, målt i 1000.

	2002	2003	2004	2005	2006
Totalt fravær	438	428	367	388	409
Muskel og skjelettlidelser	173	170	143	150	153
...herav ryggidelser	54	52	42	44	44
...herav nakke/skulder/arm	39	39	31	33	34
Mentale lidelser	56	56	49	52	55
...herav lettere psykiske lid.	18	19	17	22	25
...herav angst/depressive lid.	36	35	30	28	28
Sykdommer i luftveiene	61	57	47	51	57
Prosentvis endring fra året før					
Totalt fravær	...	-2,4	-14,1	5,8	5,2
Muskel og skjelettlidelser	...	-1,4	-15,9	4,7	1,8
...herav ryggidelser	...	-4,3	-19,4	4,3	0,5
...herav nakke/skulder/arm	...	-0,4	-18,6	5,6	1,5
Mentale lidelser	...	0,3	-11,8	4,5	7,2
...herav lettere psykiske lid.	...	4,5	-7,4	25,6	15,7
...herav angst/depressive lid.	...	-1,1	-14,7	-7,6	0,3
Sykdommer i luftveiene	...	-7,2	-17,5	9,5	11,0

Kilde: NAV

I 2005 og 2006 øker sykefraværet igjen. Ser vi på figur 3, kan det se ut som om sykefraværet har en sterkt stigende tendens, men utsettes for et nivåskifte i forbindelse med regelendringene i 2004.

Når fraværet øker igjen, skjer det derimot ikke innenfor samme diagnoser som der reduksjonen var kraftigst. Vi ser at muskel- og skjelettlidelser øker langt mindre enn det totale fraværet, spesielt i 2006. Derimot har vi en dramatisk oppgang både i luftveissykdommer og i mentale lidelser. Lettere psykiske lidelser øker med hele 45 % fra 2004 til 2006.

Hva skyldtes fallet i sykefravær fra 2003 til 2004? Var dette fallet et permanent nivåskifte eller et midlertidig skifte der fraværet gradvis har normalisert seg? Hvorfor var fallet størst innenfor ikke-verifiserbare diagnoser som vond rygg? Hvorfor var økningen etterpå størst innenfor en annen ikke-verifiserbar diagnosegruppe – lettere psykiske lidelser? Dette er spørsmål det vil være interessant å kunne svare på for å forstå mer av utviklingen i sykefraværet.

#### Avsluttende kommentarer

Jeg har i denne artikkelen presentert noen bruddstykker fra den eksisterende økonomiske forskningen på sykefravær. Sentrale stikkord er kompensasjonsgrad (sykelønn), stillingsvern og yrkesdeltakelse. Jeg har også forsøkt å eksaminere noen ofte hørte ar-

gumenter om sykefravær, konjunkturer og yrkesdeltakelse. Til slutt har jeg forsøkt å skissere noen spørsmål vi må jobbe videre med. For lesere uten bakgrunn fra økonomifaget vil det kanskje fremstå som noe pussig at forhold som organisasjon og ledelse ikke vies noe oppmerksomhet. Det er jeg i så fall den første til å si meg enig i. Samtidig kan det hende at andre og mer kvalitative disipliner har mer å bidra med på disse områdene.

#### Noter

1. Jeg ønsker å takke Knut Røed, Lars Westlie, Kjell Arne Brekke, Ole Røgeberg og Pål Schøne for kommentarer og innspill. Artikkelen inngår i et forskningsprosjekt "Levedyktig velferdsstat" ved Frischsenteret, finansiert av Velferdsprogrammet, Norges forskningsråd.
2. For noen land begynner dataseriene noe senere. Disse er (starttidspunkt i parentes): Spania (1987), Østerrike (1995), Portugal (1986), Finland (1995), Sverige (1995), Island (1995), Norge (1995), Sveits (1996).
3. Denne delen bygger på Røed og Fevang (2007).
4. En spiseskje = 0,015 liter (Wikipedia)

#### Referanser

- Bergendorff S., S. Berggren, M. Cohen Birman, K. Nyberg, E. Palmer, P. Skogman Thoursie og J. Söderberg (2004), *Sickness Absence in Europe – A Comparative Study*. Social Insurance studies No. 2, Swedish National Insurance Board.
- Bonato L. og L. Lusinyan (2004), *Work Absence in Europe*. IMF Working Paper WP/04/193.
- Ferrie J.E. (2001), "Is job insecurity harmful to health?". *Journal of the Royal Society of medicine*, 94:71–76.
- Ferrie J.E., M.J. Shipley, M.G. Marmot og S.A. Stansfeld (2002), "Effects of Chronic Job Insecurity 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*, 56:450–454.
- Ferrie J.E., M. Shipley, M.G. Marmot, S.A. Stansfeld, G.D. Smith (1995), "Health Effects of Anticipation of Job Change and Non-Employment: Longitudinal Data from the Whitehall II Study". *British Medical Journal*, 311:1264–1269.
- Ferrie J.E., M. Shipley, M.G. Marmot, S.A. Stansfeld, G.D. Smith (1998a), "The Health Effects of Major Organisational Change and Job Insecurity". *Social Science & Medicine*, 46:243–254.
- Ferrie J.E., M. Shipley, M.G. Marmot, S.A. Stansfeld, G.D. Smith (1998b), "An Uncertain Future: The Health Effects of Threats to Employment Security in White-Collar Men and Women". *American Journal of Public Health*, 88:1030–1036.
- Henrekson M., M. Persson (2004), "The effects of sick leave of changes in the sickness insurance system". *Journal of Labor Economics*, 22(1):87–114.
- Hesselius P., P. Johansson og L. Larsson (2005), *Monitoring sickness insurance claimants: evidence from a social experiment*. Working paper 2005:15, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Huttunen K., J. Møen og K.G. Salvanes (2005), *How destructive is creative destruction? The cost of worker displacement*. Working paper, Universitetet i Bergen.
- Johansson P. og M. Palme (2002), "Assessing the Effect of Public Policy on Worker Absenteeism". *Journal of Human Resources*, 37:2002:381–409.
- Larsen B.A., O.H. Førde og G. Tellnes (1994), "Physician's role in certification for sick leave". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 114:1442–1444.
- Lindbeck A., M. Palme og M. Persson (2006), *Job security and work absence: evidence from a natural experiment*. Seminar paper no. 743, Institute for international economic studies, Stockholm University.
- Moffitt R. (1983), "An Economic Model of Welfare Stigma". *American Economic Review*, 73:1023–1035.

- OECD (2006), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – Norway, Poland and Switzerland*.
- Ose, S.O., H. Jensberg, R.E. Reinertsen, M. Sandsund og J.M. Dyrstad (2006), "Sykefravær, kunnskapsstatus og problemstillinger". SINTEF helse, Oktober 2006.
- Rege M., K. Telle og M. Votruba (2007), *Social Interaction Effects in Disability Pension Participation – Evidence from Plant Downsizing*. Discussion Papers No. 496, March 2007, Statistics Norway.
- Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen (2006), *Fastlegers sykemeldingspraksis*. RTV-rapport 05/2006.
- Røed K. og E. Fevang (2007), "Organizational Change, Absenteism and Welfare Dependency among Norwegian Nurses". *Journal of Human Resources*, 42:156–193.
- Shapiro C. og J.E. Stiglitz (1984), "Equilibrium Unemployment as a Worker Discipline Device." *The American Economic Review*, 74:433–444.
- Stone, D.A. (1984), *The Disabled State*, Philadelphia: Temple University Press.