Sykefravær rundt større livshendelser

Sammendrag

Bakgrunn. Sykefraværet i Norge doblet seg i perioden 1993–2003. Det er uenighet om i hvilken grad dette skyldes endringer i medisinske faktorer, i ikke-medisinske faktorer eller i sammensetningen av arbeidsstokken.

Materiale og metode. For perioden 1993–2005 benyttet vi en regresjonsmodell til å estimere det ekstra fraværet som var knyttet til større livshendelser: separasjon, graviditet og ektefelles død. Dataene ble hentet fra administrative registre som dekker hele den norske befolkningen og omfatter alle legemeldte sykefraværsepisoder med varighet 16 dager eller mer. De primære utfallsmålene var insidens (andelen personer med sykefravær i et gitt tidsvindu) og fravær (andelen sykmeldte dager i et gitt tidsvindu). Fraværet for personer eksponert for de angitte livshendelsene ble sammenliknet med kontrollgrupper som samsvarte i kjønn, alder, skolegang og inntekt.

Resultater. Personer i hver av de tre gruppene eksponert for en større livshendelse hadde oftere og mer sykefravær enn sine kontrollgrupper i 1993. Dette ekstra sykefraværet økte fra 1993 til 2005. Endringene i ekstra sykefravær var til dels betydelige, særlig for gravide. Mens gravides sykefraværsandel i 1993 var 15,4 prosentpoeng høyere enn kontrollgruppen, var differansen 24,8 prosentpoeng i 2005.

Fortolkning. Vi mener det er lite sannsynlig at økningen i ekstra fravær skyldes endrede medisinske konsekvenser av livshendelsene eller en endret sammensetning av arbeidsstokken. Vi tror økningen skyldes en kombinasjon av endrede holdninger hos arbeidstakere og/eller leger rundt fravær som ikke er (strengt) medisinsk begrunnet, økt åpenhet om og diagnostisering av psykiske plager og/eller en økt medikalisering av naturlig variasjon i helse (graviditet) eller følelsesliv (sorg).

> Se også side 1203

Simen Markussen

simen.markussen@frisch.uio.no

Ole Røgeberg

Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning

Over en tiårsperiode fra 1993 til toppåret 2003 ble arbeidstakeres sykefravær doblet (1, 2). I arbeidet med å forstå denne endringen er to skiller viktige.

For det første er det nødvendig å skille mellom endringer på *individnivå* og endringer på *gruppenivå*. Hypotesen om at økningen skyldes en høyere andel arbeidstakere med høy alder eller dårlig helsetilstand, plasserer forklaringen på gruppenivå: Den samme gruppen, forflyttet fra 1993 til 2003, ville hatt uendret fravær. Denne gruppehypotesen finner liten støtte i forskningen (2, 3). Et eksempel på en hypotese på individnivå er at arbeidslivet er blitt tøffere og gjør folk mer syke. Det samme individet, forflyttet fra 1993 til 2003, ville fått høyere sykefravær (4).

For det andre bør det skilles mellom *medisinske* og *ikke-medisinske* forklaringer. Et eksempel på en medisinsk forklaring er at et tøffere arbeidsliv har gitt økt stress og belastninger og dermed økt forekomst av sykdom. Eksempler på ikke-medisinske forklaringer er at normer eller holdninger til bruk av sykefraværsordningen har endret seg.

En norm er et vanskelig begrep å operasjonalisere. Spørreundersøkelser kan være misvisende, både fordi holdninger/normer til dels kan være ubevisste og fordi svarene kan vris i retning av hva som oppleves som sosialt akseptert å svare. I noen grad kan man nærme seg fenomenet ved å observere atferd i situasjoner der medisinske forklaringer og forklaringer på gruppenivå kan utelukkes. I en norsk studie av sykmeldingslengder ved brudd, forstuinger og dislokasjoner fant man at frekvensen av disse diagnosekategoriene var uendret blant arbeidstakere fra 1995 til 2008, mens gjennomsnittlig sykmeldingslengde innen diagnosekategoriene økte med 20 % i samme tidsperiode (5). Forfatterne fant ingen holdpunkter for at endret demografi eller vær (holke) kunne forklare økningen og konkluderte med at den økte sykmeldingslengden er forbundet med endrede holdninger til bruk av sykefraværsordningen.

I dette arbeidet studerer vi større livshendelser på individnivå for å undersøke om det har vært sykefraværendringer som skyldes ikke-medisinske faktorer. Med større livshendelser mener vi her separasjon, graviditet og ektefelles død. Disse hendelsene har stor betydning for individene, men ingenting tilsier at de medisinske konsekvensene har endret seg i løpet av analyseperioden (1993–2005). Forskningsspørsmålet kan presiseres som: Fører store livshendelser som graviditet, separasjon og ektefelles død til mer «ekstrafravær» nå enn tidligere?

Materiale og metode

Data og utvalg

I analysen benyttet vi data fra Forløpsdatabasen trygd som dekker alle sykefraværsepisoder av varighet utover 16 dager i perioden 1993–2005. Ved hjelp av krypterte personspesifikke identifikasjonsnumre ble dette koblet til registerdata fra Statistisk sentralbyrå over folkeregistrert kjønn, fødselstidspunkt, skolegang, sivilstatus, foreldre/barnkobling, bosted, arbeidsforhold og likningsført inntekt.

Tre typer større livshendelser ble identifisert og tidfestet: separasjon, graviditet og ektefelles død. Vi fant separasjoner ved hjelp av opplysninger om endret sivilstatus, ektefelles dødsfall ved hjelp av dødsdato samt opplysninger om ektefelles identitet og graviditeter ved hjelp av informasjon om fødsel kombinert med foreldres id-nummer. Separasjon og ektefelles død ble begge delt videre opp i to hendelser – rett før og rett etter – ut ifra en hypotese om at periodene før og etter disse hendelsene kan være assosiert med økt sykefravær. For hver av livshendelsene identifiserte vi alle eksponerte personer for hvert år i perioden 1993–2005 (dvs. alle personer registrert med den respektive livshendelsen det året). Selv om enkelte datasett også var tilgjengelig i nyere årsganger, var det kun for disse årene at alle

Hovedbudskap

- Personer som hadde gjennomgått større livshendelser (separasjon, graviditet og ektefelles død) hadde oftere og mer langtidssykefravær (> 16 dager) enn deres kontrollgrupper
- Dette ekstra fraværet økte i perioden 1993–2005

Tabell 1 Endringer i sykefravær assosiert med livshendelser. Regresjonskoeffisienter fra lineære regresjonsmodeller med interaksjonsledd mellom kalenderår og livshendelse. Koeffisientene er tolkbare som forskjeller i prosentpoeng og alle er statistisk signifikante ($p < 0,001$). F.eks. hadde gravide 15,4 prosentpoeng høyere fraværsandel enn kontrollgruppen (ikke-gravide kvinner i samme alder, utdanning, inntekt) i 1993. I 2005 var denne forskjellen 24,8 prosentpoeng, en økning på 9,4 prosentpoeng eller 61 %

	Før separasjon	Etter separasjon	Graviditet	Før ektefelles død	Etter ektefelles død
<i>Fravær (prosent av dager i tidsvindu)</i>					
Livshendelsesforskjell 1993	1,7	2,5	15,4	6,5	8,2
Livshendelsesforskjell 2005	2,7	4,4	24,8	10,9	16,8
Vekst i 1993–2005	1,0	1,9	9,4	4,8	8,6
Prosentvis endring	59	79	61	73	105
<i>Insidens (prosent av gruppe med fravær i tidsvindu)</i>					
Livshendelsesforskjell 1993	3,8	4,5	48,3	26,0	39,3
Livshendelsesforskjell i 2005	7,0	8,1	62,0	38,1	52,0
Vekst i 1993–2005	3,2	3,6	13,7	12,1	12,7
Prosentvis endring	84	79	28	47	32
Antall	384 909	384 823	974 591	46 529	46 400

nødvendige data (for både livshendelser og samsvarsvariabler) var tilgjengelig. Antallet personer i de eksponerte gruppene ble således bestemt av livshendelsenes forekomst i den sysselsatte delen av befolkningen. Antallet separasjoner lå på rundt 10 000 i året, graviditeter på 24 000–29 000 og ektefelles dødsfall litt over 1 000 ganger.

For hver gruppe eksponert for en bestemt livshendelse i et bestemt år ble det konstruert en kontrollgruppe bestående av individer som samsvarte med de eksponerte i alder, kjønn, skolegang og inntektsnivå (gruppert etter antall G). Dette ble gjort for hvert eksponerte individ ved å identifisere alle som ikke var eksponert for samme livshendelse det året og som tilsvarte individet på de oppgitte kjennetegnene. Deretter ble det trukket to individer tilfeldig fra denne gruppen (randomisering gjennom generatoren for tilfeldige tall i statistikkpakken SAS versjon 9.2). For hvert eksponerte individ i et spesifikt år finnes det derfor to samsvarende observasjoner i kontrollgruppen det samme året. I prinsippet kan én person være eksponert for flere livshendelser (f.eks. både separasjon og graviditet). Disse inngår da både i analysen for graviditet og separasjon.

Utfallsmål

Utfallsmålet for de eksponerte var insidens og fraværsandel i et tidsvindu rundt personens livshendelse. Insidens er her andelen personer med sykefravær i et gitt tidsvindu. Fraværsandel er sykmeldte dager som andel av alle indviddager i et gitt tidsvindu. For medlemmene av kontrollgruppen er vinduet konstruert rundt tidspunktet for livshendelsen til individet de ble sammenliknet med. På denne måten vil eventuelle årstidseffekter og andre tidsspesifikke effekter påvirke eksponerte og kontrollgrupper likt.

Tidsvinduene varierer mellom hendelsene

og er i utgangspunktet basert på skjønn (hvilket tidsrom vi antar at denne livshendelsen vil påvirke i særlig grad): For separasjon så vi separat på 50-dagersperioden forut for separasjonsdatoen og 100-dagers perioden etter. For ektefelles dødsfall så vi separat på 180-dagersperioden i forkant og 180-dagersperioden i etterkant. For graviditet så vi på perioden 280 dager til 30 dager før fødsel.

Grensene for tidsvinduene er uten større betydning. Dersom formålet var å måle «all» fraværskning som kunne tilskrives en livshendelse, ville det være sentralt å sikre at tidsvinduet var stort nok til å fange opp alle effekter i for- og etterkant av hendelsen. Vårt formål er å undersøke om nivået på ekstrafraværet knyttet til livshendelser har endret seg i analyseperioden. Det er da tilstrekkelig å undersøke fraværet innenfor et mindre intervall av den perioden der livshendelsen kan antas å ha effekt.

Statistikk

For å undersøke om det livshendelsesassosierte ekstrafraværet har endret seg over tid benyttet vi en fleksibelt spesifisert regresjonsmodell. Hvert kalenderår var representert med en egen dummyvariabel og et interaksjonsledd mellom år og livshendelse. Dette gir en modell som gjør det mulig å undersøke om forskjellen mellom de eksponerte og kontrollgruppen varierer over tid.

Med dummyvariabler for hvert enkelt kalenderår vil endringer relatert til 1993 estimeres separat for hvert senere år. Dette tilfører en ytterligere troverdighet: Effektene for ulike år og deres interaksjonsledd med livshendelsen bør danne en troverdig tendens når de ses i sammenheng.

Siden modellen ble estimert med to ulike utfallsmål (insidens og fraværsandel) separat for hver livshendelsestype, ble det gjennomført totalt ti estimeringer. Koeffisiente-

ne er tolkbare som prosentpoeng i det aktuelle utfallsmålet.

Ytterligere to varianter av analysen ble gjennomført: Den beskrevne analysen ble også gjennomført med kontrollvariabler som beskrev individkjennetegn (landkoder etter fødeland, kommunenummer for bosted og detaljert inntekt) utover de som ble benyttet i prosedyren for å finne samsvarende kontrollperson. I tillegg ble analysen for gravide gjennomført separat for tre aldersgrupper av kvinner (under 26, 26–34, 35 og over).

Etikk

Arbeidet er en del av forskningsprosjektet *Sykefravær i Norge – Årsaker, konsekvenser og politikkimplikasjoner* (6), med støtte fra Norges forskningsråd. Datasettene som ble brukt, er godkjent av dataeier til bruk innenfor dette prosjektet. Konsesjon er gitt av Datatilsynet. I tillegg ble en del av skrivearbeidet finansiert av prosjektet Sykefravær – *Utførhet, normer og tiltak* (7).

Resultater

Koeffisientene i tabell 1 uttrykker det ekstra sykefraværet (både insidens og fraværsandel) assosiert med separasjon, graviditet og ektefelles død i 1993 samt den estimerte økningen i ekstra sykefravær mellom 1993 og 2005.

Alle koeffisientene er positive og signifikante (p -verdier $< 0,001$). Dette betyr for det første at personer i hver av tre gruppene eksponert for livshendelse hadde høyere fravær enn sine kontrollgrupper i 1993. Det betyr videre at det ekstra sykefraværet var høyere i 2005 enn i 1993, det vil si at forskjellen mellom de eksponerte gruppene og deres kontrollgrupper økte over tid.

Effektene var ikke bare statistisk signifikante, men også av betydelig størrelse. For eksempel hadde gravide i 1993 et sykefravær som var 15,4 prosentpoeng høyere enn kontrollgruppen innenfor livshendelsesvinduet. 12 år senere hadde gravide et sykefravær som var 24,8 prosentpoeng høyere enn kontrollgruppen, en økning på 9,4 prosentpoeng. Vi poengterer at dette er prosentpoeng som viser forskjellen mellom de eksponerte og deres kontrollgruppe: Innenfor livshendelsesvinduet gikk de gravides sykefravær (andel dager sykmeldt) fra å ligge på 18,2 % i 1993 til 30,0 % i 2005. Til sammenlikning økte kontrollgruppens fravær fra 2,7 % i 1993 til 5,2 % i 2005. Tilsvarende forskjeller finner vi i estimatene for insidens. Insidensen for gravide i 1993 lå 48,3 prosentpoeng høyere enn kontrollgruppen, mens den tilsvarende forskjellen i 2005 var steget til 62,0 prosentpoeng.

Siden det totale fraværet gjenspeiler insidens multiplisert med den gjennomsnittlige varigheten av fraværsepisodene, sier disse tallene også noe om varigheten. I forhold til det livshendelsesesspesifikke fraværet har gravides fravær (andel dager innenfor tidsvindu

Figur 1 Sykefraværstillegget av ulike livshendelser i ulike år. F.eks hadde gravide 15 prosentpoeng høyere fravær enn sin kontrollgruppe i 1993. Denne differansen økte til 25 prosentpoeng i 2005. a) Fravær i form av andel sykmeldte dager innenfor livshendelsens vindu, b) insidens i form av andel individer med sykefraværperiode i livshendelsens tidsvindu

sykmeldt) økt mer enn insidens (antall episoder innenfor tidsvindu med sykefravær). Dermed må også den gjennomsnittlige lengden på fraværsepisodene ha økt. Ut fra samme resonnement skyldes fraværsoøkningen på begge sider av ektefelles død økninger både i antall fraværsepisoder og i snittlengde på fraværsepisodene. For separasjoner, derimot, drives fraværsoøkningen utelukkende av økt insidens.

Figur 1 viser forskjellen i fraværandel (fig 1a) og insidens (fig 1b) mellom de eksponerte og kontrollgruppene over tid. For alle livshendelsene var det en jevn økning i det livshendelsesassosierte fraværet utover 1990-årene. For graviditet fortsatte økningen også etter 2000.

Inkludering av individspesifikke kontrollvariabler utover de som ble benyttet i samsvaringsprosedyren endret ikke koeffisientene nevneverdig. Analyse av graviditetseffekten gjort separat for kvinner i tre aldersgrupper viste at endringen i gravidens fravær var stor i alle gruppene, men størst blant kvinner i den yngste aldersgruppen (under 26 år) (data ikke vist).

Forekomsten av separasjon, graviditet og ektefelles død endret seg ikke betydelig i perioden (data ikke vist).

Diskusjon

Personer som hadde gjennomgått større livshendelser hadde til dels markant høyere sykefravær enn kontrollgruppene. Fraværstillegget økte utover 1990-årene for de tre undersøkte livshendelsene, og fortsatte utover 2000-tallet for gravide. Dette indikerer enten en endret holdning hos pasienter og/eller leger i forhold til fravær som ikke er

(strengt) medisinsk motivert, eller en endring i de medisinske vurderingene lege og pasient gjør i tilknytning til livshendelser. For eksempel kan det være at pasienter utviste økt åpenhet om psykiske plager og at leger i høyere grad enn før diagnostiserte plagene. Det kan også skyldes endrede kriterier for diagnosene som fører til sykmelding eller en økende medikalisering av normal variasjon i helse (graviditet) og emosjoner (livshendelser).

Vi mener det er lite trolig at de påviste endringene skyldes medisinske faktorer. Man kan tenke seg at belastningen knyttet til større livshendelser slår ut i medisinsk sykdom eller skade, men det er mindre klart hvorfor disse medisinske effektene skulle endres betydelig i perioden 1993–2005. Dersom økt sykdom eller skade ligger bak økningen, tilsier dette at vi har opplevd en sterkt negativ helseutvikling blant gravide, siden deres sykefravær økte fra rundt 18 % til rundt 30 %. Dersom tidligere udiagnostiserte psykiske plager ligger bak økningen, ville det være overraskende at det var livshendelsen graviditet som opplevde en mest markant økning – all den tid dette er en svært normal og oftest ønsket livshendelse. Selv om vi ikke kan konkludere, synes vi disse momentene trekker i retning av at det er endrede holdninger og/eller økt medikalisering av normal variasjon som ligger bak de påviste økningene i sykefravær.

Tilsvarende mener vi det kan avvises at endringene skyldes endret sammensetning av arbeidsstokken i form av flere «marginale» arbeidstakere med generelt høyere fraværssisiko. Endret sammensetning av arbeidsstokken er en gruppeeffekt som det er tatt høyde

for gjennom parede kontrollgrupper. Økningen i fraværet i ett år måles i samme års kontrollgruppe. Er det en høyere andel arbeidstakere med dårligere helse i senere år, vil dette også være tilfellet i kontrollgruppene. Bare dersom det er interaksjonseffekter mellom livshendelsen og endrede karakteristika i gruppen, vil dette slå ulikt ut. Vi diskuterer muligheten for interaksjon nedenfor.

Innledningsvis nevnte vi to måter å skille ulike forklaringer på sykefraværsoøkningen. Sett i lys av disse, tilsier resultatene at vesentlige endringer i sykefraværet i perioden 1993–2005 trolig skyldes faktorer på individnivå som ikke er av medisinsk art. Basert på denne studien kan vi ikke konkludere i forhold til hvilke årsaksmekanismer som forklarer de observerte endringene, men det er grunn til å undersøke videre om det har vært en endring i holdninger hos arbeidstakere og/eller leger til fravær som ikke er (strengt) medisinsk begrunnet, og om det har foregått en utvidelse av sykdomsbegrepet og/eller økt åpenhet rundt psykiske diagnoser.

Styrker og svakheter

Økningen i det livshendelsesassosierte fraværet ble identifisert ved å sammenlikne alle som opplevde ulike livshendelser i et bestemt år med en kontrollgruppe som samsvarte disse på en del observerbare kjennetegn det året. Dette var mulig fordi vi hadde tilgang til befolkningsdekkende registerdata. I forhold til de eksponerte gjorde datatilgangen at utvalgsskjevhet ikke ble et problem.

Studien dekker kun sykefravær utover 16 dager (folketrygdbeholdt fravær) og gir ingen grunnlag for å si noe om kortvarige sykefraværsepisoder.

Tanken bak metoden er at eventuelle endringer på gruppenivå hos eksponerte (f.eks. forskjeller i alder og utdanning mellom gruppen av gravide i 1993 og 2004) fanges opp gjennom tilsvarende endringer i sammensetningen av de kontrollgruppene. Med andre ord: Hvis gravide i 2004 var en gruppe kvinner som *uavhengig av graviditeten* ville hatt høyere sykefravær enn gruppen av gravide i 1993, så ville også kontrollgruppen for gravide i 2004 være en gruppe kvinner med høyere sykefravær enn kontrollgruppen i 1993. Det er utviklingen over tid i *forskjellen* mellom de eksponerte og kontrollgruppene for en livshendelse som identifiserer hvorvidt livshendelsen som sådan gir et høyere sykefravær enn tidligere.

Våre data inneholdt ikke informasjon om hvilke diagnoser som ble benyttet under sykmeldingen. Det kunne vært interessant å vite hvilke diagnoser som assosieres med den påviste økningen i livshendelsesrelatert sykefravær. Dette ville imidlertid ikke ha endret funnet om at fraværet assosiert til de studerte hendelsene har økt.

Av svakheter i det metodiske oppsettet er det to som bør nevnes:

Divergens mellom de eksponerte og kontrollgruppene over tid. Samsvaringsmetoden er identisk for ulike år, men dette utelukker ikke at kontrollgruppen kan divergere fra de eksponerte utover i analyseperioden på variabler som ikke ble brukt i paringen. Anta, for eksempel, at andelen innvandrere i arbeidsstokken økte gjennom perioden og at disse arbeidstakerne både har et annet fraværsmønster og at de sjeldnere separerer seg. Siden landbakgrunn ikke dekkes av vår prosedyre, ville dette gjort at andelen innvandrere i kontrollgruppen økte mer enn blant de eksponerte. Resultatene fra analysene som inkluderte ytterligere kontrollvariabler (utover de brukt til paring) burde i så fall endret resultatene. Dette var ikke tilfelle.

Interaksjonseffekter. Samsvaringsmetoden er ment å gjøre sammensetningen av de eksponerte og kontrollgruppen lik innenfor et gitt år. Dersom ulike årskull skiller seg på dimensjoner som interagerer med effekten av livshendelsene, vil dette kunne gi oss misvisende resultater. Dette kan vi kontrollere ved å kjøre analysene på nytt med den mulige interaksjonsvariabelen lagt inn. Det er her tre mulige forstyrrende karakteristika.

Det første gjelder alderen hos gravide. Gravide var i snitt eldre i 2004 enn i 1993. Hvis graviditet også var en tyngre påkjenning for eldre kvinner, ville dette kunne for-

klare at de eksponerte i 2004 hadde høyere fravær sammenliknet med kontrollgruppen enn det som var tilfellet i 1993. Slik var det ikke. Når analysen ble gjennomført separat for gravide innenfor ulike aldersgrupper, gjenfant vi økningen. Videre fant vi at økningen over tid var størst blant de yngste kvinnene. Med andre ord skyldes ikke endringene en forklaring på gruppenivå (sammensetningseffekter).

Det andre gjelder kravene i arbeidslivet. I tråd med det som enkelte ganger kalles brutaliseringshypotesen, kan det tenkes at folk i større grad enn før har arbeid der det er vanskelig å bidra hvis man ikke føler seg helt på topp. Dersom enkelte sektorer har utviklet seg i en slik retning, eller sysselsettingen har forflyttet seg til sektorer mer preget av dette, vil særlig mer psykisk pregede vansker forventes å øke. Denne hypotesen virker lite rimelig i forhold til de observerte forskjellene mellom livshendelsene som ble analysert: Det er lite plausibelt at gravide blir dramatisk mer svekket for mentalt arbeid enn de som separerer seg eller mister en ektefelle. Vi mener derfor at forskjellene mellom de ulike livshendelsene taler imot dette, og vi har liten tro på at en slik innvendig kan forklare våre resultater.

Det tredje gjelder marginale arbeidstakere. Fra 1993 til 2001 kom det mange arbeidsledige inn i arbeidsstyrken. Disse kan ha vært «skjørere» og dermed blitt sterkere påvirket av livshendelser enn andre. Vi anser dette som lite trolig. Det har tidligere vært vist at antallet nye sysselsatte var for lite til å kunne skape endringer i sykefraværet generelt (8). Økningen i fravær har til dels vært såpass stor at de nye arbeidstakerne måtte ha vært sykmeldt mer enn 100 % for å kunne stå bak endringen. Siden endringene i det livshendelsesassosierte fraværet er enda sterkere, vil det samme gjelde her, med mindre denne gruppen opplevde de ulike livshendelsene markant oftere. I så fall skulle det absolutte antallet livshendelser i arbeidsstokken ha økt trendmessig gjennom perioden, noe som ikke var tilfellet.

Et videre tegn på at denne faktoren har vært av liten betydning, er resultatene fra et tidligere arbeid som viste at sammensetningseffektene i denne perioden trakk fraværet ned og ikke opp (5). Årsaken er at samtidig som mange arbeidsledige kom i arbeid i 1990-årene, økte også andelen uførepensjonister kraftig. Mens økningen i sysselsetting som følge av redusert arbeidsledighet økte sykefraværet, siden de nyan-

komne hadde høyere fravær enn de mer permanente arbeidstakerne, virket økningen i uføretrygd motsatt. Når de arbeidstakerne med høyest sykefravær gikk ut av arbeidsstokken og inn i varig trygd, reduserte dette fraværet. Det viser seg altså at den fravær-reducerende virkningen av økt uføretrygd er viktigere enn den fraværøkende virkningen av redusert arbeidsledighet (5).

Simen Markussen (f. 1978)

er forsker ved Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.

Forfatteren har fylt ut ICJME-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har fått midler fra Norges forskningsråd til denne studien.

Ole Røgeberg (f. 1974)

er seniorforsker ved Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.

Forfatteren har fylt ut ICJME-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har fått midler fra Norges forskningsråd til denne studien.

Litteratur

1. Gjesdal S. Sykefraværets utvikling i Norge 1975–2002. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 742–5.
2. Askildsen JE, Bratberg E, Nilsen OA. Unemployment, labor force composition and sickness absence: a panel data study. Health Econ 2005; 14: 1087–101.
3. Bjørn E, Gaure S, Markussen S et al. The rise in absenteeism: disentangling the impacts of cohort, age and time. J Popul Econ 2012; doi: 10.1007/s00148-012-0403.
4. Quinlan M. The implications of labour market restructuring in industrialized societies for occupational health and safety. Econ Ind Democracy 1999; 20: 427–60.
5. Dale-Olsen H, Markussen S. Økende sykefravær over tid? Sykefravær, arbeid og trygd 1972–2008. Søkelys på arbeidslivet 2010; nr. 1–2: 105–21.
6. Frischsenteret. Prosjekter. Sykefravær i Norge – Årsaker, konsekvenser og politikkimplikasjoner. www.frisch.uio.no/prosjekter/p4132.html [22.3.2012].
7. Frischsenteret. Prosjekter. Sykefravær – Uførehet, normer og tiltak. www.frisch.uio.no/prosjekter/p4133.html [22.3.2012].
8. Markussen S. Økonomisk sykefraværskforskning: Hva vet vi, og hvor bør vi gå? Søkelys på arbeidslivet 2007; nr. 1: 63–81.

Mottatt 24.2. 2011, første revisjon innsendt 1.7. 2011, godkjent 22.3. 2012. Medisinsk redaktør Erlend T. Aasheim