

Elias Nosrati og Sigurd M. N. Oppegaard

Sosial ulikhet i sykefravær

Hva finnes av data, hva sier de, og hva er kunnskapshullene?





Sosial ulikhet i sykefravær. Hva finnes av data, hva sier de, og hva er kunnskapshullene?

Dette notatet gir en kortfattet oversikt over hvilke datakilder som er tilgjengelige for å måle sosiale ulikheter i sykefraværet og andre helserelaterte utfall i Norge. Forfatterne drøfter hvordan disse datakildene kan anvendes i forskningspraksis og det gis flere illustrative eksempler. Notatet drøfter også potensielle mangler i datakildene og viktige kunnskapshull om sosiale ulikheter i sykefravær.

Innhold

1 Innledning	2
2 Kort overblikk over sosial ulikhet i helse.....	4
3 Datakilder om sykefravær: Hva kjennetegner dataene, og hvordan brukes de?.....	6
3.1 Aggregert sykefraværstatistikk	6
3.2 Registerdata på individnivå.....	9
3.3 Spørreundersøkelser	10
3.4 Andre datakilder	16
4 Datakilder for andre relevante ytelser og helseutfall	20
4.1 Helserelaterte ytelser og trygd.....	20
4.2 Arbeidsrelaterte helseutfall.....	22
4.3 Andre registerkilder	24
4.4 Folkehelsestatistikk	25
5 Avslutning: Hva vet vi om sosial ulikhet i sykefravær, og hva vet vi ikke?	27
Litteratur	29

1 Innledning

Helt siden innføringen av lønnstakernes rett til full lønn under sykdom i 1978, har den norske sykefraværdebatten blusset opp med jevne mellomrom. Siden årtusenskiftet, har debatten som regel tiltatt i forkant av partenes forhandlinger knyttet til avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen, først inngått i 2001). Høsten 2024 var intet unntak. Det antatt høye sykefraværet i Norge sammenlignet med andre land, spesielt i kjølvannet av koronapandemien (Køber, 2024), har gitt opphav til bekymringer knyttet til økte sykefraværskostnader, lavere arbeidsmarkedsdeltakelse blant utsatte grupper og velferdsstatens sosiale og økonomiske bærekraft.

Disse bekymringene har ført til at blant annet arbeidsgiverorganisasjonene har ønsket å (gjen)reise det politisk sensitive spørsmålet om selve sykelønnsordningen bør reformeres. LO og de øvrige arbeidstakerorganisasjonene har imidlertid argumentert for at foreslåtte endringer i sykelønnsordningen ikke bare vil undergrave den overordnede retten til full lønn under sykdom, men også forsterke underliggende sosiale ulikheter: Noen har mer fysisk og psykisk krevende jobber enn andre, og noen har også større muligheter enn andre for å ha hjemmekontor ved forkjølelse og liknende. Dette skaper vedvarende ulikheter i sykdomsforekomst og dermed også i sykefravær. I tillegg er utbetaling av sykepenger ulikt regulert i ulike tariffavtaler (Alsos, 2019). Derfor vil en eventuell sykelønnsreform få ulike konsekvenser for ulike grupper i samfunnet.

Dette notatet har som formål å gi en kortfattet oversikt over hvilke datakilder som er tilgjengelige for å måle sosiale ulikheter i sykefraværet i Norge. Notatet gir først et raskt overblikk over sosiale helseulikheter i Norge. Deretter presenteres de ulike datakildene som kan brukes til å måle sykefravær og andre helseutfall. Underveis belyser vi hvordan disse datakildene kan anvendes og gir noen illustrative eksempler. Avslutningsvis drøfter vi potensielle mangler i datakildene og viktige kunnskapshull om sykefravær.

Et sentralt utgangspunkt for notatet er at det er store sosiale ulikheter i både sykdomsforekomst og sykefravær mellom ulike grupper i samfunnet, herunder grupper som har lik eller likeartet sosial og økonomisk situasjon. Disse gruppenes sosiale og økonomiske situasjon defineres av hva slags forhold folk inngår i for å overleve (jfr. Flemmen & Ljunggren, 2024) og kan måles ut fra faktorer som yrke, næring, lønn, formue, hvorvidt en eier virksomheter, har lederstillinger og utdanning. Vi vet eksempelvis at det er store forskjeller mellom yrker når det gjelder muligheten for å ha hjemmekontor (STAMI, 2024) og fleksible arbeidstidsordninger (NOU 2021: 2, s. 193), noe som kan gjøre det lettere for noen yrkesgrupper å unngå sykemelding ved kort og/eller mild sykdom. Det er likeledes store forskjeller i eksponering for belastende arbeidsmiljøfaktorer som kan medføre både akutte og kroniske helseplager og tilsvarende reduksjon i arbeidsevne (STAMI, 2024).

Notatet har imidlertid ikke som formål å gå inn i grundige drøftinger av *hvorfor* sykefraværet og andre tilgrensende helseutfall varierer som de gjør. Vi viser heller til sentrale datakilder og publikasjoner på feltet og vektlegger muligheter og begrensninger ved de tilgjengelige ressursene.

Notatet er strukturert som følger: Vi begynner med en oversikt over hovedtrekk i forskningen på sosial ulikhet i helse. Deretter går vi gjennom ulike kilder til data om sykefravær i Norge og hva disse kan fortelle om den sosiale ulikheten i sykefraværet. I påfølgende kapittel ser vi på datakilder om andre relevante og tilgrensende helseutfall, før vi til sist avslutter med en oppsummerende drøfting.

2 Kort overblikk over sosial ulikhet i helse

I Norge finnes det store og vedvarende sosiale ulikheter i helse, og dette til tross for en utjevningsorientert velferdspolitik forankret i universelle offentlige tjenester (Mackenbach, 2019). Eksisterende forskning viser at både sykdomsbyrder og dødelighetsrater er skjevt fordelt i den norske befolkningen: Både akutte og kroniske helseproblemer og tilhørende dødelighetsrisiko er uforholdsmessig konsentrert nederst i samfunnshierarkiet. Sentrale sykefraværsrelaterte helseutfall, fra kortvarige luftveisinfeksjoner til langvarige muskel- og skjelettplager samt psykiske lidelser, varierer betydelig etter inntekt, formue, utdanning og yrke (f.eks. Dahl et al., 2014; Dahl & Elstad, 2022; Elstad et al., 2007; Gugushvili & Wiborg, 2024; Mæland et al., 2009; Nosrati, 2024; Næss et al., 2007; Syse et al., 2022).

Det helseulikhetensmålet som er grundigst kartlagt i norsk kontekst er forholdet mellom utdanningsnivå og helse. De mest oppdaterte tallene finnes i Dahl og Elstads studie av utdanningsforskjeller i såkalte tapte leveår, altså tap av leveår som kunne ha blitt levd blant de som dør tidligere enn det som anses som ønsket livslengde. Om vi anser Norges forventede levealder på 83 år (i 2024) som ønsket livslengde, kan vi si at et dødsfall som 43-åring representerer 40 tapte leveår, mens et dødsfall som 80-åring representerer tre tapte leveår: «Et dødsfall som skjer i ung alder vil altså føre til et større tap av leveår enn et dødsfall som gammel, i tråd med hvordan vi vanligvis føler: Et dødsfall som ung er langt vanskeligere å akseptere enn et dødsfall i høy alder» (Dahl & Elstad, 2022, s. 13).

Tapte leveår defineres med andre ord i forhold til en referansealder. I Dahl og Elstads studie er referansealderen definert som hvor gammel den avdøde kunne forvente å bli om han eller hun hadde levd like lenge som gjennomsnittet blant andre på samme alder. Referansealderen for en som dør når de er 40 år, er med andre ord den gjenstående forventede levealderen blant alle 40-åringene. Forfatterne bruker data fra Statistisk Sentralbyrå (se de neste kapitlene) for å beregne antall tapte leveår som ble forårsaket av dødsfallene for befolkningen som helhet og for ulike utdanningsgrupper i 2020.

På basis av dette, viser Dahl og Elstad at menn med lang utdanning fra høyskole eller universitet mistet «bare» 6 prosent av sine potensielle leveår i 2020, eller totalt 12 463 leveår, mens tapet blant menn uten utdanning etter grunnskolen var over tre ganger så stort på rundt 21 prosent, eller totalt 73 728 leveår. Blant kvinner, var det under 3 prosent av de potensielle leveårene som gikk tapt for de høyest utdannede, eller 5296 leveår, sammenlignet med nærmere 20 prosent, eller 71 651 leveår, blant kvinnene med lavest utdanning (Dahl & Elstad, 2022, s. 14). Videre beregner forfatterne at dersom alle utdanningsnivåer hadde hatt samme lave risiko for tidlig dødsfall som de med høyest utdanningsnivå, ville anslagsvis 174 000 leveår blitt vunnet for befolkningen som helhet – bare i løpet av året 2020 (Dahl & Elstad, 2022, s. 16).

Disse utdanningsrelaterte helseulikhetene i totaldødelighet gjenspeiles i så godt som alle dødsårsaker, fra hjerte- og karsykdommer og kreft til skader og ulykker og selvmord (Elstad et al., 2007; Strand et al., 2010). De gjenspeiles også i den underliggende

sykdomsbyrden. De med lavere utdanning har dårligere egenvurdert helse og har større risiko for langvarig smerte, psykiske lidelser, kols, diabetes, fedme, andre kroniske sykdommer samt akutte skader og infeksjonssykdommer (Syse et al., 2022). Den skjevt fordelte sykdomsbyrden fører dermed også til tilsvarende forskjeller i uførhet og sykefravær (Dahl et al., 2014).

Utdanningsrelaterte forskjeller i sykdom og levealder henger tett sammen med andre former for sosial ulikhet og er ofte forankret i ulik eksponering for helserelaterte risikofaktorer på arbeidsplassen (se for eksempel Knardahl et al., 2016; Sterud, 2014; Aagestad et al., 2014). Organisatoriske og psykososiale, mekaniske og ergonomiske, kjemiske og biologiske samt fysiske arbeidsmiljøforhold varierer systematisk etter utdanningslengde og tilsvarende yrkesbaserte arbeidsoppgaver (STAMI, 2024). Arbeidsmiljøets rolle i sykefraværet og ulikhetsbildet mer generelt drøftes nærmere i kapittel tre og kapittel fire.

Ulike posisjoner i yrkeshierarkiet er likeledes knyttet til ulike lønninger og formue, noe som påvirker fordelingen av helserelaterte ressurser i samfunnet. Nyere forskning bekrefter at det finnes store helseulikheter mellom ulike inntektsgrupper i den arbeidsføre befolkningen (Nosrati, 2024), men også at formue er en viktig og undervurdert helsefaktor (Gugushvili & Wiborg, 2024): Mens Norge har en relativt sammenpresset inntektsfordeling på grunn av den norske modellen for lønnsdannelse, hvor partene i arbeidslivet forhandler om lønninger med utgangspunkt i lønnsevnen i konkurranseutsatt industri, i tillegg til offentlige overføringer fra velferdsstaten, er fordelingen av formue langt mer ulik, også i internasjonalt perspektiv. Den sosialt skjeve fordelingen av sykdom, sykefravær, uførhet og dødelighet følger den skjeve fordelingen av formue svært tett.

Gugushvili og Wiborg (2024) bruker norske registerdata om formue ved 40-årsalderen for å predikere dødelighet før nådde 62 år i den norske befolkningen i arbeidsfør alder. De finner at omkring 95 prosent av menn blant de 10 prosent med høyest formue overlever til 62 år, mens under 80 prosent av menn overlever blant de 10 prosent med lavest formue. De 1 prosent rikeste har mellom to og seks ganger så stor dødelighetsrisiko som de 1 prosent fattigste, avhengig av nøyaktig hvordan den underliggende statistiske modellen blir spesifisert. Dette understuderte forholdet mellom formue og helse kan med andre ord være en viktig brikke i forklaringen av de store og vedvarende helseulikhetene i den ellers tilsynelatende egalitære norske konteksten (jfr. Nosrati et al., 2024).

3 Datakilder om sykefravær: Hva kjennetegner dataene, og hvordan brukes de?

I dette kapittelet går vi gjennom ulike kilder til data om sykefravær i Norge. Vi ser på hva slags måleenheter dataen baserer seg på og hvordan de kan brukes og har blitt brukt for å si noe om sosial ulikhet i sykefravær. For å kartlegge sosiale ulikheter i sykefravær, brukes i hovedsak én (eller flere) av fire datakilder: (1) aggregerte sykefraværstall fra Nav og SSB, (2) registerdata på individnivå, (3) spørreundersøkelser som forvaltes av SSB og (4) andre register- og surveydata. Vi tar for oss hver av disse kildene i det som følger under.

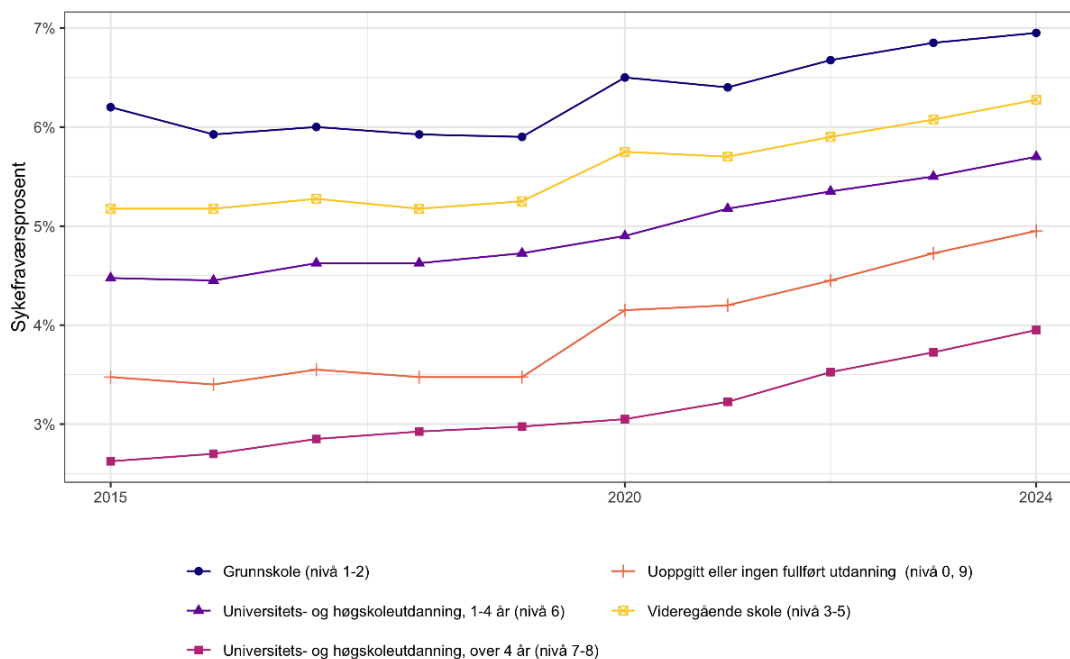
3.1 Aggregert sykefraværstatistikk

Den offisielle aggregerte sykefraværstatistikken, som gir tallgrunnlaget for den offentlige debatten, består av to hovedkilder. SSB publiserer aggregert sykefraværstatistikk i Statistikkbanken.¹ Disse statistikkene bygger på tre underliggende datakilder. SSBs egen utvalgsundersøkelse for sykefravær, som er en undersøkelse blant omkring 10 000 bedrifter, brukes for å måle egenmeldt sykefravær på aggregert nivå. Informasjon om legemeldt sykefravær innhentes fra Nav sitt sykemeldingsregister, mens informasjon om avtalte dagsverk, samt andre data knyttet til arbeidsforhold på både person- og bedriftsnivå, hentes gjennom A-ordningen, som er hovedkanalen for arbeidsgiveres rapportering av opplysninger om inntekt og ansatte til Nav, SSB og Skatteetaten. I Statistikkbanken ligger sesong- og influensajusterte tall om sykefravær for alle lønnstakere mellom 16 og 69 år. Videre kan tallene brytes ned på kjønn, sykefraværstype (egenmeldt versus legemeldt), bostedskommune, arbeidsfylke, næring, ansettelsesform, arbeidstidsordning, innvandringskategori, landbakgrunn og utdanningsnivå.

Figur 1 gir et enkelt eksempel på hvordan disse tallene kan brukes for å utforske sosiale ulikheter i sykefraværet i praksis. Her tar vi utgangspunkt i data fra tabell 13333: Utdanningsnivå-, kjønns- og aldersfordelt sykefravær og lønn 2015K1–2024K4 i Statistikkbanken. Dette er ikke ment som en omfattende analyse, men kun som en øvelse i å belyse hvordan datakildene eventuelt kan brukes for å produsere enkle og tilgjengelige oversikter. Figuren viser store forskjeller i sykefraværet etter utdanningsnivå. For de med mer enn fire år med universitets- og høgskoleutdanning, ligger sykefraværsprosenten rett under 4 prosent i 2024, som er opp fra godt under 3 prosent for et tiår siden. For de som kun har fullført grunnskoleutdanning, ligger sykefraværsprosenten på nærmere 7 prosent, som er opp med rundt ett prosentpoeng siden 2015.

¹ <https://www.ssb.no/statbank/list/sykefratot>

Figur 1 Sykefraværprosent etter utdanning, 2015–2024

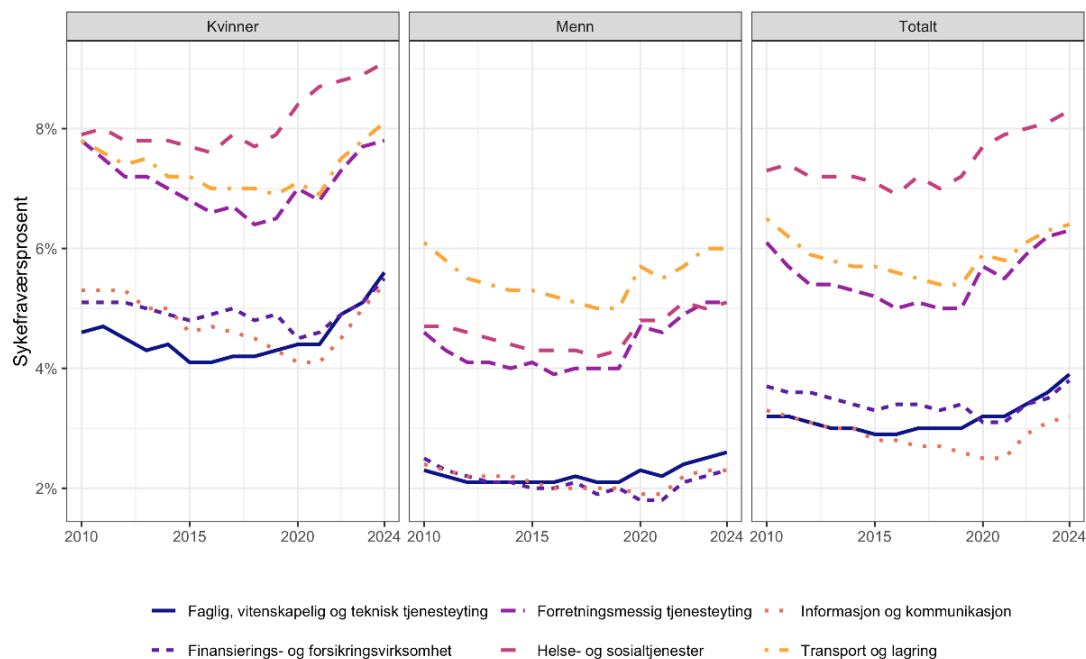


I likhet med SSB, produserer Nav sykefraværstatistikk på bakgrunn av de samme tre datakildene. De har sitt eget sykemeldingsregister for statistikk over legemeldt sykefravær, SSBs utvalgsundersøkelse for sykefravær blant omkring 10 000 bedrifter samt data fra A-ordningen. For å beregne den totale sykefraværprosenten, altså antall sykefraværsdagsverk som prosentandel av avtalte dagsverk, deles sykefraværsdagsverk på avtalte dagsverk og ganges med 100. I disse beregningene tas det høyde for både stillingsprosent og sykemeldingsgrad, det vil si hvor stor del av lønnstakerens stillingsprosent sykemeldingen gjelder for. Sykemeldingsgraden kan variere mellom 20 prosent sykemeldt og 100 prosent sykemeldt. Tallene kan også sesongjusteres. Videre brytes sykefraværstatistikken ned på alder (mellom 16 og 69 år), kjønn, yrke, næring, sektor, bosted og medisinsk diagnose (for legemeldt fravær). Nav publiserer både aggregerte datafiler og årsnotater på sine nettsider.² Under illustrerer vi hva disse datafilene kan brukes til.

Figur 2 visualiserer utviklingen i sykefraværprosenten mellom 2010 og 2024 for de tre næringene med høyest gjennomsnittlig sykefravær i den gitte tidsperioden og de tre næringene med lavest sykefravær. I tillegg til totalen, vises utviklingen separat for kvinner og menn. Figuren viser at de tre næringene med høyest gjennomsnittlig sykefraværspersent er helse- og sosialtjenester etterfulgt av transport og lagring og forretningsmessig tjenesteyting. De tre næringene med lavest gjennomsnittlig sykefraværspersent er finansierings- og forsikringsvirksomhet, faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting, og informasjon og kommunikasjon. I alle tilfeller ser vi betydelige kjønnsforskjeller, hvor fraværprosenten blant kvinner ligger to til tre prosentpoeng høyere enn fraværprosenten blant menn. Fraværprosenten er spesielt høy og økende blant kvinner i helse- og sosialtjenester.

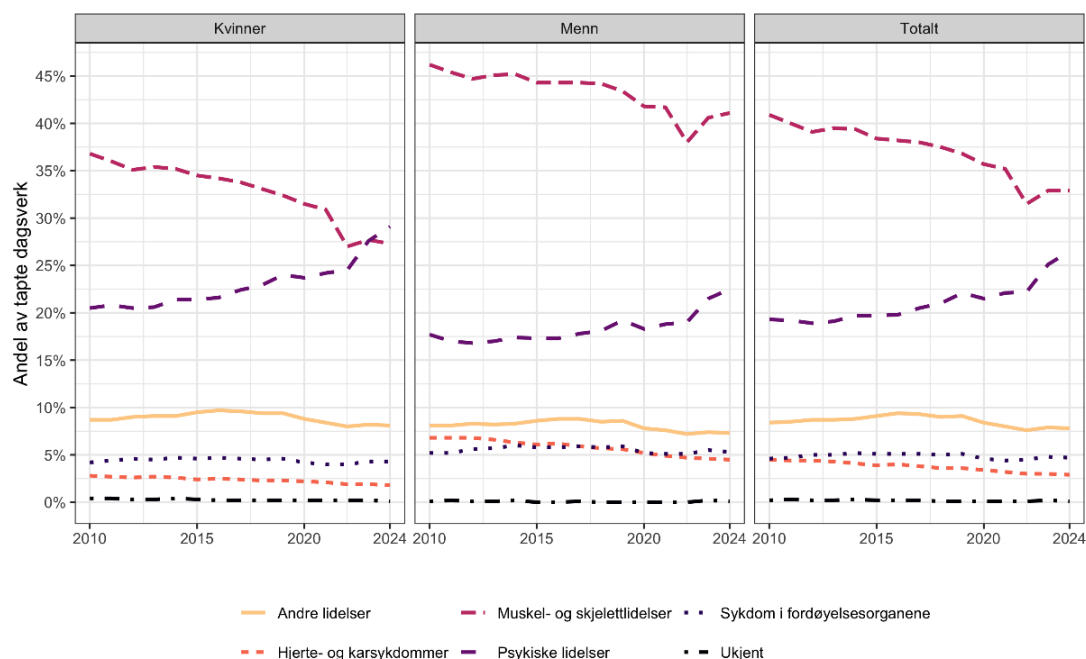
² <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravaersstatistikk-arsstatistikk>

Figur 2 Sykefraværprosent etter næring og kjønn, 2010–2024



Ser vi i stedet på hvilke medisinske diagnosegrupper som står bak (det legemeldte) sykefraværet, som i figur 3, finner vi at muskel- og skjelettlidelser står for rundt en tredjedel av det totale fraværet. Disse lidelsene har hatt en nedadgående trend siden 2010, etterfulgt av psykiske lidelser, som har en oppadgående trend, mens andre lidelser ligger på et betydelig lavere og relativt stabilt nivå. Hjerter- og karsykdommer, sykdom i fordøyelsesorganene og ukjente lidelser bidrar minst til sykefraværet og følger også en relativt flat trend.

Figur 3 Andel av tapte dagsverk etter diagnosegruppe og kjønn, 2010–2024



Et annet anvendt eksempel er STAMI/NOAs framstilling av tall fra Nav³ om langtidssykefravær.⁴ Denne viser at frafallet etter langtidssykefravær i perioden 2015 til 2022 blant kvinner var 78 per 10 000 og 55 per 10 000 blant menn. Frafallet etter langtidssykefravær øker også med alder⁵ og varierer i stor grad mellom yrker. Buss- og drosjesjåfører var yrkesgruppen med høyest frafall (139 per 10 000), etterfulgt av lastebilsjåfører (136 per 10 000) og renholdere (133 per 10 000). Yrkene med det laveste frafallet etter langtidssykefravær var leger (20 per 10 000), sivilingeniører (20 per 10 000) og IKT-rådgivere (19 per 10 000). STAMI/NOA sin framstilling av frafall etter næring illustrerer de samme tendensene som frafall etter yrke. For frafall gir ikke STAMI/NOA oversikt over variasjon over tid. Endringer i frafall etter langtidssykefravær og variasjoner i utviklingstendensene mellom yrker og bransjer må derfor undersøkes med utgangspunkt i andre datakilder.⁶

3.2 Registerdata på individnivå

Utover de aggregerte tallene, er det mulig for forskere å søke om tilgang til de underliggende registerdataene som måles på individnivå. De norske hovedregistrene som forvaltes av SSB inneholder i hovedsak fire variabler som er direkte knyttet til sykefravær: For det første, finnes det en nøkkel for å koble person og arbeidsforhold, siden en person kan ha flere arbeidsforhold i en gitt referanseperiode.⁷ Denne nøkkelen omfatter alle arbeidsforhold meldt inn gjennom A-ordningen, som er hovedkilden til informasjon om arbeidsforhold. For det andre, finnes det en variabel som måler avtalte dagsverk, som vil si antall arbeidsdager som lønnstaker har avtalt med arbeidsgiver å jobbe i en gitt referanseperiode, justert for stillingsprosent.⁸ For det tredje, finnes det en variabel som måler antall arbeidsdager med legemeldt sykefravær, justert for stillingsprosent og sykemeldingsgrad.⁹ Dette er variabelen som brukes i SSBs egen sykefraværstatistikk som publiseres i Statistikkbanken samt i Nav sin sykefraværstatistikk (se over). Til slutt finnes det en variabel som viser sykepenger fra folketrygden utbetalt av Nav.¹⁰ For å kartlegge sosiale ulikheter i sykefravær, kan disse variablene kobles på detaljerte mikrodata om blant annet arbeidsforhold, inntekt, formue og utdanning. Dette kan eksempelvis gjøres i microdata.no-portalen.¹¹ Alternativt kan forskere opprette en separat søknad til Sikt og SSB om tilgang til personlig identifiserbare data.

³ <https://noa.stami.no/metode/datakilder/nav/>

⁴ <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/frafall/>

⁵ I gruppen mellom 18 og 24 var det på 19 per 10 000, mens det for de mellom 25 og 34 var på 41 per 10 000 og 55 per 10 000 i segmentet mellom 34 og 44 og 68 per 10 000 blant 45 til 54. Før de eldste kategoriene, de mellom 55 og 61 og de mellom 62 og 66, var frafallet etter langtidssykefravær på henholdsvis 104 per 10 000 og 212 per 10 000.

⁶ Basert på Navs registre gir STAMI/NOA også en oversikt over det legemeldte sykefraværet for gravide kvinner mellom 20 og 44 år (både kortids- og langtidssykefravær) og sammenligner med sykefraværet til ikke-gravide kvinner i samme alder. Sykefraværssandelene kan differensieres på yrkesnivå og næringsnivå. STAMI/NOA gir imidlertid ikke oversikt over variasjonen ut ifra demografiske egenskaper eller utvikling over tid, men slår for gravide kvinner sammen alt sykefravær i perioden 2015 til 2022.

⁷ https://microdata.no/discovery/variable/no.ssb.fdb/40/ARBEIDSFORHOLD_PERSON

⁸ https://microdata.no/discovery/variable/no.ssb.fdb/40/SYKEFRAVAR_AVTALTE_DAGSVERK1

⁹ https://microdata.no/discovery/variable/no.ssb.fdb/40/SYKEFRAVAR_SYKEFRAVAR_DAGSVERK1

¹⁰ https://microdata.no/discovery/variable/no.ssb.fdb/40/INNTEKT_SYKEPENGES?searchString=sykepenger

¹¹ <https://www.microdata.no/>

Et eksempel på hvordan disse registerdataene er brukt, finner vi i STAMI/NOA sin oppsummering av statistikken om lønnstakeres sykefravær på over 16 dager i Nav sine registre.¹² Per juni 2025 er siste oppdatering på STAMI/NOA sine nettsider fra 2022. Siden dette er legemeldt sykefravær, registreres det diagnose. STAMI/NOA rapporterer på åtte ulike kategorier: muskel- og skjelettdiagnoser, psykiske diagnoser, nervesystemdiagnoser, luftveisdiagnoser, hjerte- og kardiagnoser, huddiagnoser, svangerskapsdiagnoser, og andre diagnoser. Analysene viser prosentandelen sykefravær på over 16 dager for disse diagnosene på en rekke variabler: kjønn, alder, sektor, yrke og næring.

Med utgangspunkt i disse datakildene legger STAMI/NOA til rette for kunne gjøre rimelig detaljerte undersøkelser av hvordan sykefravær på over 16 dager varierer ut ifra diagnoser, bakgrunnsegenskaper og sosiale faktorer. I *Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024* skriver for eksempel STAMI (2024, s. 176–177) at man finner den høyeste andelen fravær forårsaket av muskel- og skjelettdiagnoser blant renholdere (3,5 prosent), helsefagarbeidere (3 prosent) og lastebilsjåfører, mens det høyeste fraværet som følge av psykiske lidelser er blant vernepleiere og sosialarbeidere (2,7 prosent) og barnehagelærere (2,4 prosent). Lastebilsjåfører, buss- og drosjesjåfører, og los og flygere er yrkene der andelen fravær grunnet hjerte- og kardiagnoser er høyest (0,4 prosent).

I framstillingen av Navs sykefraværsregistre legger STAMI/NOA videre til rette for å undersøke det legemeldte sykefraværet for ulike yrkesgrupper og i ulike næringer over tid med utgangspunkt i tidsserier fra 2015 til 2022. Her kan trendene yrkes- og næringsgrupper sammenlignes med gjennomsnittet for hvert år.

3.3 Spørreundersøkelser

I Norge gjennomføres det jevnlig to spørreundersøkelser som er relevante for å forstå sykefravær: Arbeidskraftsundersøkelsen (AKU) og Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU-A). Begge undersøkelsene administreres av Statistisk sentralbyrå og er gratis og fullt tilgjengelige for forskere og studenter i forbindelse med studier, analyser, og forsknings- og utredningsarbeid. Statlige organer, fylkeskommuner, Norges Bank, Riksrevisjonen, sentrale statistikkmyndigheter i andre land og internasjonale organisasjoner med grunnlag i folkerettslig avtale kan også få tilgang.¹³ På nettsidene til SIKT kan man imidlertid gjøre enkelte enkle analyser og se fordelingen av svar på utvalgte spørsmål.

Arbeidskraftsundersøkelsen (AKU)

Arbeidskraftsundersøkelsen (AKU) måler sykefravær ved å spørre om årsaker til at personer med inntektsgivende arbeid var midlertidig fraværende fra arbeidet i referanseuka, altså den uka respondentene svarer på undersøkelsen, og hvor mange dager respondenten eventuelt var borte. I SSBs statistikkbank rapporteres det fire mulige årsaker til midlertidig fravær: sykdom, ferie, avspasering/arbeidstidsordninger og andre

¹² <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/legemeldt-sykefravaer/>

¹³ <https://surveybanken.sikt.no/no/study/177e1aaa-cadc-430c-91de-e4193887e930/7?type=studyMeta-data&file=991f9e76-2b85-4644-96a3-0b54ebfd8c98/5>

årsaker / uoppgitt.¹⁴ Denne variabelen er tilgjengelig som årsgjennomsnitt¹⁵ og kvartalsvis.¹⁶ I denne rapporteringen kan fraværet kun differensieres på kjønn. For mer detaljerte analyser, må man få tilgang til hele datasettet.

Sykefraværet målt med AKU ligger tilsynelatende over to prosentpoeng under SSBs andre sykefraværstatistikk (Køber, 2024). Dette kan delvis forklares med at AKU ikke fanger opp sysselsatte som har sykefravær kun i *del* av referanseuka (NOU 2021: 2, s. 187), men også ulike sykefraværsmål. Den offisielle sykefraværstatistikken (SSBs bedriftsundersøkelse og Navs tall), måler andelen sykefraværsværker av antall avtalte dagsverk, mens AKU måler antallet med sykefravær som del av antallet totalt sysselsatte respondenter. AKU fanger også opp sykefraværet blant selvstendige næringsdrivende og andre sysselsatte med kortere jobbforhold, en gruppe med generelt lavt sykefravær, mens den offisielle sykefraværstatistikken kun måler sykefraværet for lønns-mottakere. Utviklingen i de to statistikkene over tid viser seg imidlertid å være relativt parallelle (Køber & Horgen, 2024).

Arbeidskraftsundersøkelsen (AKU) er en kvartalsvis spørreundersøkelse på individnivå som siden 1972 har kartlagt forholdene i det norske arbeidsmarkedet. AKU retter seg først og fremst mot å studere arbeidsmarkedsdeltakelse (arbeidsledighet, sysselsetting og andel utenfor arbeidsstyrken) og endringer over tid. AKU i Norge er den norske versjonen av arbeidskraftsundersøkelser – «labour force surveys» – som gjennomføres i en rekke land. Undersøkelsen er delvis standardisert for å legge til rette for internasjonale sammenligninger på de mest sentrale variablene (Horgen et al., 2023). Det gjelder også for sykefraværet, der internasjonale sammenligninger ofte baserer seg på AKU-tall (Barmby et al., 2002).¹⁷ Statistisk sentralbyrå bruker AKU-tall for å sammenligne sykefraværet i Norge med andre land (Køber & Lien, 2025). Den nordiske mediske-statistiske komiteen (NOMESCO) og den nordiske sosial-statistiske komiteen (NOSOSCO), for eksempel, bruker også denne undersøkelsen for å sammenligne sykefraværet i de nordiske landene.¹⁸ Det finnes også eksempler på NOU-er som baserer sine sammenligninger av sykefraværet i Norge med andre land på AKU-tall (se for eksempel NOU 2019: 7, s. 69; NOU 2021: 2, s. 188).

Populasjonen AKU søker å kartlegge er bosatte personer som primært er mellom 15 og 74 år. SSB trekker hvert kvartal representative utvalg fra Folkeregisteret på cirka 21 000 personer. Alle respondenter over 18 år har ifølge statistikkloven plikt til å svare på

¹⁴ <https://www.ssb.no/statbank/table/04547/>. I det fulle datasettet registreres det elleve ulike årsaker til midlertidig fravær: ferie/helligdag; avspasering, arbeidstidsordning; egen sykdom eller skade, sykt barn, foreldre- eller fødselspermisjon, kurs eller utdanning, utenfor sesong; ufrivillig permittert, har fått en jobb, men har ikke begynt i den enda, og andre grunner (se <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidskraftsundersokelsen-variabler#1.45>).

¹⁵ <https://www.ssb.no/statbank/table/04547/>

¹⁶ <https://www.ssb.no/statbank/table/04545/>

¹⁷ Proba Samfunnsanalyse undersøkte i 2014 om sykefraværstall fra arbeidskraftsundersøkelsene Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Storbritannia og Sverige kunne brukes for å sammenligne sykefraværet. Rapporten konkluderte med at det er lite ved måten AKU er designet og gjennomføres på som antyder at tallene ikke er sammenlignbare, men at faktorer som forskjeller i bruken av gradert sykefravær og sykefraværets maksimale varighet kan påvirke hvordan arbeidskraftsundersøkelsene måler sykefraværet (Proba Samfunnsanalyse, 2014). SSB selv kom til en lignende konklusjon i 2012 (Berge et al., 2012; se også Køber & Horgen, 2024; NOU 2021: 2, s. 189–192).

¹⁸ <https://nhwstat.org/welfare/sickness-and-health/paid-absence-due-sickness>.

undersøkelsen.¹⁹ Spørreskjemaet kobles med bakgrunnsopplysninger SSB har om respondentene fra diverse registre (Horgen et al., 2023). Mens den offisielle sykefraværsstatistikken basert på SSBs bedriftsundersøkelse kun kartlegger sykefraværet til ansatte arbeidstakere, måler AKU fraværet for alle sysselsatte, som vil si også selvstendig næringsdrivende (Horgen et al., 2023, s. 21).

AKU inneholder to variabler som kan brukes for å si noe om den sosiale ulikheten i sykefravær, høyeste fullførte utdanning og yrkeskode.²⁰ AKU kan imidlertid også kobles sammen med registerdata, noe som kan muliggjøre analyser av betydningen av andre variabler, som for eksempel inntekt og formue.

Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU-A)

Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU-A) er en spørreundersøkelse som gjennomføres hvert tredje år. LKU-A undersøker arbeidsmiljøet blant sysselsatte i Norge og har spørsmål om hva som kjennetegner arbeidsmiljøet (det fysiske, kjemiske, ergonomiske og psykososiale), helseplager og sykefravær (Bye & With, 2023). LKU-A samler data på individnivå og gjør det mulig å analysere sammenhengen mellom sykefravær og egenskaper ved den enkeltes arbeid og arbeidsmiljø. Levekårsundersøkelsen gjennomføres imidlertid for sjeldent til å kunne si noe om nivået på sykefraværet i arbeidslivet.

For å kartlegge arbeidsmiljøet blant sysselsatte i Norge, trekker SSB ut et landsrepresentativt utvalg for populasjonen mellom 18 og 66 år.²¹ Dataene samlet inn gjennom spørreundersøkelsen komplementeres av SSB med registerbaserte opplysninger. Informasjon om arbeidsforhold og arbeidssted (yrke, næring) hentes fra a-ordningen. Utdanningsopplysninger hentes fra utdanningsregisteret, og befolkningsregisteret gir opplysninger om familie, landbakgrunn, bosted og innvandring. Inntektsopplysninger kommer fra SSBs inntektsregister, mens opplysninger om legemeldt sykefravær hentes fra Nav (Bye & With, 2023).²²

Dette gjør at LKU-A kan brukes som grunnlag for solide analyser av sammenhengen mellom arbeidsmiljøfaktorer og sykefravær samt komparative analyser av yrkes- og næringsgrupper (se under). LKU-A spør videre respondentene om deres egenmeldte sykefravær, og er dermed antakelig den beste kilden til data på individnivå om egenmeldt sykefravær. I tillegg spør LKU-A også respondentene om sykefraværet – både det egenmeldte og sykefraværet på over 14 dager – kan beskrives som arbeidsrelatert, det vil si forårsaket av forhold på jobben.

Dette gjør LKU-A til en god kilde for å studere sammenhenger mellom sykefravær og andre forhold og egenskaper, og den eneste åpne kilden til data om arbeidsrelatert

¹⁹ <https://www.ssb.no/innrapportering/aku>

²⁰ https://surveybanken.sikt.no/no/study/NSD3284/1?file=991f9e76-2b85-4644-96a3-0b54ebfd8c98_5&type=studyMetadata

²¹ For en detaljert gjennomgang av utvalg, svarprosent og metode for 2022-undersøkelsen, se Bye og With (2023).

²² Forskere og andre som analyserer LKU-A kan imidlertid ikke koble respondenter med andre registerbaserte opplysninger i ettertid (NOU 2025: 5, s. 83).

sykefravær (NOU 2025: 5, s. 82), men LKU-A er lite egnet til å si noe om endringer i det totale sykefraværnivået.

Funn og bruk av LKU-A

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) oppsummerer funnene fra LKU-A gjennom tjenesten Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA). NOA publiserer hvert tredje år en «faktabok» som gir en oversikt over viktige trender og tendenser i arbeidsmiljøet i norsk arbeidsliv. Den ferskeste faktaboken ble publisert i 2024 (se STAMI, 2024).

STAMI/NOA har også egne nettsider som sammenstiller statistikk om arbeidsmiljø, arbeidsmiljøeksponeringer og helseutfall.²³ Her gjennomgår STAMI/NOA LKU-A sine ulike mål på sykefravær etter ulike bakgrunnsvariabler. Av disse er yrkeskategori den viktigste for å forstå den sosiale ulikheten i sykefraværet. Under gjør vi rede for hovedtrekkene i disse analysene av det korte og egenmeldte sykefraværet, det lengre og lege-meldte sykefraværet, og fraværsskader når det kommer til sosial ulikhet.

Egenmeldt sykefravær og arbeidsrelatert egenmeldt sykefravær

STAMI/NOA sin framstilling av LKU-A for 2022 viser at 55 prosent av de spurte oppgir å ha hatt egenmeldt sykefravær det siste året. Av disse svarte 10 prosent, én av fem, at fraværet skyldtes forhold på arbeidsplassen (STAMI, 2024, s. 172). STAMI/NOA viser at det er tydelige variasjoner mellom yrker. Framstillingen viser sykefraværet for 44 ulike yrker basert på STYRK08-kategoriseringen.²⁴ LKU-A for 2022 viser at det egenmeldte sykefraværet er lavest blant profesjonelle kunstnere, der kun 31 prosent oppgir å ha vært borte fra jobb med egenmelding det siste året. Andre yrker med lavt egenmeldt sykefravær er los/flygere (36 prosent) og lastebilsjåfører (39 prosent). Det egenmeldte sykefraværet er høyest blant barnehagelærere (73 prosent), vernepleiere og sosialarbeidere (73 prosent) og sykepleiere (74 prosent). I disse dataene er det altså en antydning til at det egenmeldte sykefraværet er spesielt lavt i yrker der mange arbeidere er klassifisert som selvstendig næringsdrivende snarere enn ansatte arbeidstakere og dermed har begrenset rett på sykepenger og lavere enn gjennomsnittet i yrker der det er lett å ha hjemmekontor, mens det er høyere i yrker der det er særlig viktig å unngå smitte.

I LKU-A oppgir også respondentene om sykefraværet deres er forårsaket av jobben og faktorer på arbeidsplassen. For 2022 oppga ti prosent å ha hatt arbeidsrelatert sykefravær med egenmelding. Her ser vi indikasjoner på en sosial gradient, som vil si at sykefraværet blir *gradvis* lavere desto høyere «status» et yrke har. Yrkene der færrest oppgir å ha arbeidsrelatert sykefravær med egenmelding, er toppledere (4,1 prosent), saksbehandlere (4,4 prosent) og IKT-rådgivere (4,7 prosent), mens yrkene der flest oppgir å ha arbeidsrelatert sykefravær med egenmelding, er barnehagelærer (22 prosent), barnehage- og skoleassistent (21 prosent), pleiemedarbeider (19 prosent) og helsefagarbeider (18 prosent).

STAMI/NOA rapporterer videre variasjonen i typene sykefravær etter kjønn og utdanningsnivå. LKU-A for 2022 viser at 61 prosent av kvinner og 50 prosent av menn oppgir

²³ <https://noa.stami.no/>

²⁴ <https://noa.stami.no/yrker-og-naeringer/noas-yrkes-og-naeringsgrupper/>

å ha hatt egenmeldt sykefravær det siste året. Andelen som oppgir å ha hatt arbeidsrelatert sykefravær med egenmelding er 12 prosent blant kvinner og 8,7 prosent blant menn.²⁵

Forskjellene i det egenmeldte sykefraværet etter utdanningsnivå ser imidlertid ut til å være små. Andelen som svarer at de har hatt egenmeldt sykefravær det siste året er 51 prosent blant de med kun grunnskoleutdanning, 53 prosent blant de med videregående skole som høyere oppnådde utdanningsnivå, 60 prosent blant de med kort universitets- eller høyskoleutdanning og 58 prosent blant de med lang universitets- eller høyskoleutdanning. Andelen som oppgir at dette sykefraværet skyldes forhold på arbeidsplassen lå ifølge LKU-A i 2022 på om lag 10 prosent for alle utdanningsgruppene unntatt de med lang universitets- eller høyskoleutdanning, der andelen var 7,5 prosent.²⁶

LKU-A viser også trenden i selvrapportert sykefravær over tid. For 2022 viser tallene STAMI/NOA presenterer, som nevnt, at 55 prosent av respondentene oppgir å ha hatt sykefravær med egenmelding det siste året. 2022-tallene ligger tydelig høyere enn for tidligere år LKU-A har blitt gjennomført: I 2009 var andelen på 42 prosent, i 2013 på 42 prosent, i 2016 hadde den steget til 44 prosent og var i 2019 på 45 prosent. LKU-A viser altså en øking på ti prosentpoeng i andelen som har hatt egenmeldt sykefravær de siste tolv månedene fra 2019 til 2022, noe som antakelig kan forklares med koronapandemien. Omleggingen av datainnsamlingen for LKU-A i 2022 kan imidlertid også ha spilt en rolle her (Bye & With, 2023).

Lengre sykefravær og lengre arbeidsrelatert sykefravær

For andelen sysselsatte som det siste året har hatt et sammenhengende sykefravær på over 14 dager, rapporterer STAMI/NOA tall fra 1999 fram til 2022, med målepunkt hvert tredje år, når LKU-A gjennomføres. For andelen med arbeidsrelatert sykefravær rapporterer STAMI/NOA tall fra 2009 til 2022. Tidsseriene viser at andelen som oppgir å ha vært borte fra jobben i mer enn 14 dager det siste året i perioden har variert mellom 15 og 19 prosent, med en oppgang på fire prosentpoeng, fra 15 til 19 prosent, fra 2019 til 2022. Andelen som svarer at sykefraværet var arbeidsrelatert varierte fra 2009 til 2022 mellom 5,3 prosent og 7,1 prosent, med en øking fra 5,4 i 2019 til 7,1 i 2022. Begge disse økningene fra 2019 til 2022 kan, som også nevnt over, skyldes koronapandemien, men potensielt også at datainnsamlingsprosessen for LKU-A ble lagt om før 2022-undersøkelsen (se Bye & With, 2023).

Disse tidslinjene er imidlertid basert på aggregert data for sysselsatte i Norge som helhet, og det foreligger ingen muligheter på STAMI/NOA sine nettsider for å sammenligne trendene mellom for eksempel ulike yrker, bransjer, eller demografiske egenskaper. For

²⁵ Det egenmeldte sykefraværet varierer også noe med alder. Mens 50 prosent av sysselsatte mellom 18 og 24 svarer at de har vært borte fra jobb med egenmelding det siste året, er andelen på 62 prosent for de mellom 25 og 34, 60 prosent blant de mellom 35 og 44, 53 for dem mellom 45 og 54 og på 48 for de mellom 55 og 66. I disse alderssegmentene er det små variasjoner i det egenmeldte sykefraværet som oppgis å være forårsaket av forhold på arbeidsplassen.

²⁶ Når det kommer til virksomhetsstørrelse, indikerer STAMI/NOAs analyse av LKU-A fra 2022 at det egenmeldte og arbeidsrelaterte sykefraværet er tydelige lavere i virksomheter med kun én sysselsatt enn i virksomheter med flere sysselsatte. Dette kan potensielt forklares med at dette er virksomheter der arbeiderne er klassifisert som selvstendig næringsdrivende og dermed har begrenset rett på sykepenger.

å si noe om utviklingen over tid for ulike sosiale grupper, er det derfor nødvendig å gjøre egne spesifikke analyser av det fullstendige LKU-A-datasettet for ulike år.

STAMI (2024, s. 172) understreker viktigheten av arbeids- og arbeidsplassrelaterte faktorer for sykefravær i Norge og viser, med henvisning til tall fra LKU-A fra 2022, at 38 prosent, altså mer enn én av tre, av de som oppga å de siste tolv månedene ha vært borte fra arbeid i mer enn to uker i strekk svarte at fraværet helt eller delvis kunne tilskrives jobben.²⁷ STAMI/NOAs analyser av LKU-A for 2022 viser videre at andelen som oppgir å ha hatt sykefravær på over 14 dager varierer ut ifra en rekke bakgrunnsvariabler.²⁸ Andelen var på 23 prosent blant kvinner og 15 prosent blant menn,²⁹ og det var også en tendens til at andelen øker med respondentenes alder. Utdanningsnivå ser også ut til å være avgjørende for hvorvidt respondentene oppgir å ha hatt sykefravær på over 14 dager og for om sykefraværet var arbeidsrelatert. I motsetning til for det egenmeldte sykefraværet, ser vi her en tydelig sosial gradient. Det vil si at andelen som har hatt langt sykefravær og som oppgir at dette er arbeidsrelatert blir lavere desto høyere utdanning respondentene har.³⁰

STAMI/NOAs analyser av LKU-A for 2022 viser også at det er stor variasjon etter yrke.³¹ Andelen som har hatt sykefravær på over 14 dager er ifølge STAMI/NOA særlig høyt blant barnehagelærere (37 prosent), helsefagarbeidere (29 prosent), renholdere (28 prosent) og sykepleiere (27 prosent). Dette er fysisk krevende yrker som også er tradisjonelt spesielt kvinneorienterte, og sykefravær i forbindelse med svangerskap kan være én av faktorene som bidrar til høyt lengre sykefravær. Andelen som oppgir at dette sykefraværet er arbeidsrelatert er høyest blant barnehagelærere (19 prosent), renholdere (15 prosent), bygningsarbeidere (12 prosent), kokker/kjøkkenassistenter (11 prosent) og tømrere/snekkere (11 prosent). I denne gruppen ser vi et tydeligere innslag yrker som kjennetegnes av fysisk krevende arbeidsprosesser og tunge løft. En grundigere drøfting av *hvorfor* sykefraværet varierer mellom yrker på måten det gjør, går imidlertid utover rammene av dette prosjektet.

Yrkene med det laveste sykefraværet på over 14 dager er sivilingeniører (9,3 prosent), toppledere (9,7 prosent), lektorer i videregående skole (11 prosent) og IKT-rådgivere (11 prosent). Yrkene med det laveste arbeidsrelaterte sykefraværet på over 14 dager er toppledere (4 prosent), sivilingeniører (3,6 prosent), IKT-rådgivere (3,3 prosent) og lektorer i videregående skole (2,6 prosent).

²⁷ For 2019 kunne 34 prosent av sykefraværet over 14 dager tilskrives arbeidsrelaterte faktorer (STAMI, 2024: 175).

²⁸ <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/legemeldt-sykefravaer/>

²⁹ For arbeidsrelatert sykefravær på over 14 dager var andelen på 8,3 prosent blant kvinner mot 6 prosent blant menn.

³⁰ Blant respondentene med kun grunnskoleutdanning, svarte 22 prosent at de hadde hatt sykefravær på over 14 dager og 8,8 prosent at fraværet helt eller delvis var forårsaket av jobben. For respondentene med videregående skole var andelen henholdsvis på 20 og 7,9 prosent, mens de var på 18 og 6,6 prosent blant de med kort universitets- eller høyskoleutdanning og 14 og 4,5 prosent blant de med lang universitets- eller høyskoleutdanning.

³¹ <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/legemeldt-sykefravaer/>

Fravær grunnet arbeidsskader

LKU-A har også data på om respondentene har hatt fravær fra jobben på grunn av en arbeidsskade. STAMI/NOA sin framstilling av 2022-tallene viser at to prosent, tilsvarende 53 000 personer, svarer at de har hatt fravær på grunn av arbeidsskade. Videre har andelen fraværsskader falt de siste to årene, fra 3,3 prosent i 2000 til 1,4 i 2016 og 1,5 prosent i 2019.

Andelene varierer imidlertid tydelig etter yrke.³² Tømrere og snekkere topper denne statistikken. Her oppgir syv prosent å ha hatt fraværsskade. Andelen er også høy blant kokker og kjøkkenassistenter (5,6 prosent), lager- og logistikkmedarbeidere (4,7 prosent), mekanikere (4,6 prosent) og operatører, lastebilsjåfører og vernepleiere/sosialarbeidere (4,5 prosent). Andelen er ifølge LKU-A 2022 imidlertid null prosent i en rekke yrker: toppledere, lektorer i videregående skole og høyere utdanning, IKT-rådgivere, sivilingeniører, saksbehandlere, rådgivere i administrasjon, samfunnsvitenskap og økonomi, psykologer og fysioterapeuter, profesjonelle kunstnere, presisjonshåndverkere, losere og flygere, leger, kontormedarbeidere, IKT-teknikere og frisører og kosmetologer.

I 2022 oppga videre menn i tydelig større grad enn kvinner å ha hatt fraværsskader (2,4 mot 1,7 prosent).³³ Det er også en tendens til at andelen fraværsskader synker desto høyere utdanning respondenten har: Andelen som rapporterte om fraværsskader i LKU-A i 2022 var 3,2 for de med kun grunnskoleutdanning, 2,5 for de med videregående, 1,5 for de med kort universitets- eller høyskoleutdanning og 0,4 for de med lang universitets- eller høyskoleutdanning.

3.4 Andre datakilder

I tillegg til de overnevnte kildene til data om sykefravær, har flere andre organisasjoner og institusjoner også publisert data og analyser som potensielt kan bidra til økt forståelse for sosial ulikhet i sykefravær. I det følgende gir vi en kort beskrivelse av noen slike datakilder. Disse er imidlertid ofte mer avgrenset i omfang og tematikk.

Rapporter fra Folkehelseinstituttet (FHI)

Folkehelseinstituttet (FHI) har lite egen data om sykefravær, men gjennomfører og bidrar i en rekke undersøkelser og studier av blant annet sykefravær. FHI er spesielt kompetent på systematiske kunnskapsoppsummeringer³⁴ og har også en egen temaside om sosial ulikhet i helse.³⁵ Som en del av *Folkehelse rapporten*, en samling av kunnskapsoppsummering og statistikk om helsetilstanden i Norge, har FHI utarbeidet et kapittel om sosiale helseforskjeller (Syse et al., 2022). Dette kapittelet undersøker ikke spørsmål knyttet til sosial ulikhet i sykefravær. I kapittelet om arbeid og helse i Norge fra samme rapport gir Smith et al. (2022) en oversikt over utviklingen i og årsakene til sykefravær og uførhet i Norge basert på data fra Nav og analyser fra STAMI. Kapittelet understreker også at sykefravær varierer ut ifra alder, kjønn og yrke/næring, og refererer

³² <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/arbeidsskader/>

³³ Når det kommer til alder var andelen fraværsskader for de mellom 25 og 34 år på 2,7 prosent mot 2,4 for de mellom 18 og 24, og sank deretter per alderskohort til 1,2 prosent for de mellom 55 og 66 år.

³⁴ <https://www.fhi.no/ku/kunnskaps-og-beslutningsstotte/hva-tilbyr-vi/>

³⁵ <https://www.fhi.no/he/ulikhet/>

videre til studier som finner at sykefravær og uførhet er vanligere blant arbeidstakere med lav utdanning og i yrker med lave utdanningskrav.

I 2022 publiserte FHI en rapport som gjennomgikk forskning på tiltak for å redusere sykefravær (FHI, 2022).³⁶ Målet med rapporten er å sammenstille og kategorisere publisert forskning om forsøk på og måter for å redusere sykefravær, i tillegg til å identifisere kunnskapshull. Rapporten er også publisert som et «forskningskart».³⁷ I gjennomgangen av denne forskningen om tiltak for å redusere sykefraværet gjør imidlertid FHI ingen spesifikke refleksjoner omkring om sosial ulikhet i sykefravær og eventuelle forskjeller i veien tilbake i arbeid.

FHI gjennomfører også forskningsprosjekter der de samler inn og analyserer data som kan være relevant for å forstå sosial ulikhet i helse. Forskere fra blant annet FHI har for eksempel undersøkt fastlegers rolle i sykepengeordningen (Hoff et al., 2024) og gjennomført litteraturgjennomganger og kunnskapsoppsummeringer om kjønnsforskjeller i sykefravær (Nilsen et al., 2017). TOPP-studien, som fra 2021 gjennomføres av Universitetet i Oslo etter å ha blitt drevet av FHI,³⁸ har kartlagt trivsel og psykisk helse blant barn, ungdom og deres familier siden 1993. Dataene fra denne undersøkelsen har blant annet blitt brukt for å studere kjønnsforskjeller i sykefravær (Østby et al., 2018), og man kan se for seg at det er muligheter for å bruke dem til å undersøke sosiale ulikheter i sykefravær. Datamaterialet fra TOPP-studien er imidlertid ikke åpent tilgjengelig. FHI-forskere har også vært med på analyser av Helseundersøkelsene i Hordaland (HUSK) for å studere sammenhengen mellom arbeidsrelatert stress og langtidssykefravær (Wang et al., 2014). Disse studiene sier selv lite om sosial ulikhet i sykefravær, men datamaterialet de baserer seg på kan potensielt brukes for å utforske ulikhetsrelaterte spørsmål.

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) administrerer Statens arbeidsgiverportal og publiserer en oversikt over sykefraværet i det statlige tariffområdet.³⁹ Denne oversikten er basert på estimater fra Statistisk sentralbyrå og skal dekke de om lag 170 000 statlig ansatte. Det kommer ikke tydelig fram om disse estimatene er basert på SSBs bedriftsundersøkelse eller registertall.

Tallene oppdateres hvert kvartal. De viser det totale sykefraværet i staten, andelen av sykefraværet som er egenmeldt og andelen som er legemeldt. For det legemeldte sykefraværet gjør DFØ det mulig å skille på kjønn, alder og departementsområde. For det egenmeldte er det i denne framstillingen bare mulig å skille på kjønn.

³⁶ Denne rapporten er en utvidet og oppdatert versjon av en rapport fra 2021 der FHI hadde et smalere inklusjonskriterium for hvilke studier de analyserte: De tok kun for seg langvarige og/eller hyppige sykefravær.

³⁷ <https://arbeidoghelse.no/nytt-kart-over-forskning-pa-tiltak-ved-sykefravaer/>.

³⁸ <https://www.sv.uio.no/psi/forskning/prosjekter/topp-studien/om-topp-studien/nye-endringer-i-topp-studien.html>

³⁹ <https://arbeidsgiver.dfo.no/strategisk-hr/personalpolitikk/inkluderende-arbeidsliv-i-staten/statens-sykefravaer-statistikk-over-tid>

Helse i Arbeid: Effektforskning, profilering, digitalisering og samhandling mellom arbeid og helse

Studien *Helse i Arbeid: Effektforskning, profilering, digitalisering og samhandling mellom arbeid og helse* (HiA) samler data som kan være relevant for å forstå sosial ulikhet i sykefravær. Den gjennomføres på pasienter henvist til «Helse i arbeid»-poliklinikker i Norge og baserer seg på et spørreskjema som fylles ut i forkant av konsultasjonen. HiA-studien har pågått siden august 2021 og har som mål å kartlegge hvor motivert pasienter er for arbeid, arbeidsmiljøet og andre barrierer for retur til arbeid (se Aars et al., 2025).⁴⁰

KS – kommunesektorens organisasjon

KS publiserte tall for det legemeldte sykefraværet i kommunesektoren fra 2018 til 2024, og kvartalsvis fra 2022 ut 2024.⁴¹ Disse tallene ser kun på det legemeldte sykefraværet og er hentet fra SSBs tilrettelegging av Navs registre. KS sin framstilling viser det legemeldte sykefraværet i prosent av avtalte dagsverk blant ansatte i alle næringer i kommunesektoren og etter kjønn.⁴²

Norsk nakke- og ryggregister (NNRR)

Norsk nakke- og ryggregister (NNRR) er et nasjonalt medisinsk register over pasienter med nakke- og ryggplager som behandles på nakke- og ryggpoliklinikker ved universitetssykehusene i Norge. Registeret administreres av Universitetssykehuset i Nord-Norge og helsepersonell, og forskere og andre som ønsker tilgang til datamaterialet, må søke.⁴³ NNRR inneholder flere variabler som kan være interessante for å undersøke sosial ulikhet i helse, som demografiske data, utdanningslengde, arbeidsforhold, diagnoser, radiologiske data, behandlinger, type konsultasjon, livskvalitet og pasienttilfredshet.⁴⁴ Registeret samler inn data fra universitetssykehusene og et spørreskjema til pasienten seks og tolv måneder etter behandlingen.⁴⁵

NNRR har blant annet blitt brukt for å undersøke sammenhengen mellom gradert sykemelding, muskel- og skjelettdiagnoser og å komme tilbake i jobb (Bardal et al., 2025).

Næringslivets hovedorganisasjon (NHO)

Næringslivets hovedorganisasjon (NHO) publiserer kvartalsvise oppsummeringer av sykefraværet i NHO-bedrifter.⁴⁶ Disse oppsummeringene er basert på SSBs bedriftsundersøkelse (for estimering av egenmeldt sykefravær) og Navs registre for det legemeldte fraværet. Rapportene gjør det mulig å si noe om variasjonen i nivået på det totale,

⁴⁰ <https://www.nordlandssykehuset.no/kliniske-studier/helse-i-arbeid-effektforskning-profilering-digitalisering-og-samhandling-mellom-arbeid-og-helse/>

⁴¹ <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/fravar/sykefravarsstatistikk/>

⁴² KS gir også en tabell med sykefraværet etter næring og kjønn på fylkesnivå.

⁴³ <https://www.unn.no/fag-og-forskning/medisinske-kvalitetsregistre/norsk-nakke-og-ryggregister/#resultater-og-arsrapporter>.

⁴⁴ <https://helsedata.no/no/forvaltere/universitetssykehuset-nord-norge-hf/norsk-nakke--og-ryggregister/>

⁴⁵ <https://www.unn.no/4a462e/contentassets/6cc83c8154f9467a81c234b759e60f08/brukermanual-nnrr-august-2024..pdf>

⁴⁶ https://arbinn.nho.no/arbeidsrett/sykefravar_og_permisjoner/sykefravar-statistikk/artikler/sykefravar-i-nho-bedrifter/.

egenmeldte og legemeldte sykefraværet mellom bransjer blant NHOs medlemsbedrifter, i tillegg til endringer over tid.

Videre samler og publiserer Norsk industri sykefraværstatistikk fra sine medlemsbedrifter.⁴⁷ Statistikken er basert på innrapportering fra bedriftene⁴⁸ og følger en bestemt mal.⁴⁹ Norsk industri presenterer statikken samlet for alle medlemsbedriftene (informasjon om enkeltvirksomheter krever innlogging) og for hvert kvartal. Den går tilbake til 1993 og kan differensieres kjønn og på om sykefraværet er egenmeldt, legemeldt og på om det går utover arbeidsgiverperioden.⁵⁰

SINTEF

SINTEF har på oppdrag fra Fagforbundet initiert et forskningsprosjekt om forebygging av helseutfordringer blant 13 ulike yrkesgrupper⁵¹ (se Ose et al., 2024). Målet er å bidra med konkrete forebyggende tiltak for å redusere arbeidsrelatert sykefravær og frafall. SINTEF gjennomførte våren 2024 en baselineundersøkelse og skal følge et utvalg på om lag 3500 av Fagforbundets medlemmer over tid, for å kunne si noe om utviklingen i deres psykososiale arbeidsmiljø. Baselineundersøkelsen viser stor variasjon mellom de ulike yrkesgruppene. Flere av dem opplever et økt arbeidspress på grunn av underbemanning og lite støtte, noe som fører til økt stress, utbrenthet og sykefravær. Basert på funnene fra hver av yrkesgruppene finner STAMI at det er et stort potensial for forbedring av arbeidsmiljøet i alle yrkesgruppene og foreslår mulige tiltak for hver av dem. Neste undersøkelse vil gjennomføres i 2026.

⁴⁷ https://www.hms.norskindustri.no/syk_rapport_list.cfm

⁴⁸ <https://www.hms.norskindustri.no/syk.cfm>

⁴⁹ <https://www.hms.norskindustri.no/files/62.pdf>

⁵⁰ https://www.hms.norskindustri.no/syk_rapport.cfm?rapportID=1.

⁵¹ Disse er frisører; dyrepleiere og klinikkassistenter; trafikkbetjenter, brannforebyggere og feiere; bussjåfører, trikkeførere og kontrollører i kollektivtrafikk; ansatte ved bad- og idrettsanlegg; barnehageansatte; ansatte i tilrettelagt undervisning og skoleskoler; Nav-ansatte; helsesekretærer; kontorfaglig skolepersonell; helsefagarbeidere, inkludert omsorgsarbeidere og hjelpepleiere; og ambulanspersonell (Ose et al., 2024, s. 6).

4 Datakilder for andre relevante ytelser og helseutfall

Sykefravær er tett knyttet sammen med andre helserelaterte ytelser og andre helseutfall. I dette kapittelet gir vi en kort oversikt over hvilke datakilder som er tilgjengelige om disse. Målet er å redegjøre for kilder til data som kan være med på å frambringe en dypere forståelse av den sosiale ulikheten i sykefraværet, så vel som den sosiale ulikheten i helse generelt. Kapittelet er tematisk organisert. Vi ser først på helserelaterte ytelser og trygd, deretter arbeidsrelaterte helseutfall, andre registerkilder og til sist folkehelsestatistikk.

4.1 Helserelaterte ytelser og trygd

For det første ser vi på kilder til data om helserelaterte ytelser og trygd. Dette datamaterialet kommer først og fremst fra Nav.

Arbeidsavklaringspenger (AAP)

Arbeidsavklaringspenger (AAP) er en type ytelse som henger tett sammen med sykefravær, ettersom en stor andel AAP-mottakere kommer fra lange sykefraværsforløp (NOU 2021: 2, s. 186). Nav publiserer månedlige tall om mottakere av AAP.⁵² Det publiseres også et årlig oppsummeringsnotat om arbeidsavklaringspenger (se Grønlien, 2024), i tillegg til tall og tabeller for antall mottakere de siste tre måneder etter alder og kjønn, fylke og alder, kommune, diagnose og alder, diagnose og kjønn, detaljert om diagnose og innvandringsstatus og fødeland. For lengre tidsserier publiserer Nav antall mottakere per år tilbake til 2010 for alder og kjønn, diagnose og alder, og diagnose og kjønn.

Nav publiserer videre tidsserier for nye mottakere av AAP per år fra 2011 til i dag etter alder og kjønn, fylke og alder, fylke og kjønn, og status to måneder før første AAP-mottak. Nav lager tabeller over avgang fra AAP, det vil over personer som har mottatt AAP som ikke mottar ytelsen to måneder senere. På dette målet har Nav tidsserier fra 2011 til i dag etter alder og kjønn, fylke og alder, og fylke og kjønn, i tillegg til personenes arbeidsmarkedsstatus seks måneder etter avgang fra AAP. I tillegg publiserer Nav en tabell med oversikt over antallet og andelen AAP-mottakere etter hvor mange år de har mottatt ytelsen fra 2010 til i dag.

AAP-tallene som Nav publiserer inneholder altså ikke variabler som inntekt, utdanningsnivå, yrke eller bransje. Dette gjør det vanskelig med utgangspunkt i disse tallene å si noe om den sosiale ulikheten i AAP-mottak.

Uføretrygd

En neste ytelse som kan være relevant for å forstå konsekvensene av den sosiale ulikheten i sykefraværet, er uføretrygd. Det finnes mye forskning om uførhet og uføretrygd i

⁵² <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/arbeidsavklaringspenger>.

Norge, som blant annet konkluderer med at det er en klar sammenheng mellom yrke og blant annet uførhet (Hernæs et al., 2024). Andre finner at det er en sosial gradient i risikoen for uførhet etter langtidssykefravær, altså at risikoen øker desto lavere den sosiale statusen – her operasjonalisert som utdanningsnivå og inntekt – er (Ohm et al., 2024).

Nav er den viktigste kilden til data om uføretrygd i Norge og publiserer nye tall hvert kvartal.⁵³ Statistikken viser mottakere av uføretrygd etter en rekke variabler: kjønn og alder, fylke og kjønn, fylke og alder, fylke og uføregrad, uføregrad og kjønn, uføregrad og alder, utbetalingsgrad og alder, uføregrad og utbetalingsgrad, ytelse og kjønn, innvandrersstatus og kjønn, innvandrersstatus og fødeland, barnetrygdmottakere og personer som med beregnet ytelse som «ung ufør». For flere av disse tabellene går tallene tilbake til 2016. For antall og andel uføre etter kommuner og bydeler har Nav tall fra 2023 til 2025.

Nav har også statistikk over nye mottakere av uføretrygd, for perioden 2016 til 2025 etter kjønn og alder, fylke og kjønn, fylke og uføregrad, og uføregrad og kjønn, og for fylke og alder og uføregrad og alder for kun 2025. For avgang fra uføretrygd har Nav tall etter kjønn og alder fra 2016 til 2025.

Også på uføregrad er det begrenset hva Navs tall kan fortelle om sosial ulikhet. Heller ikke Navs årsnotater for uføretrygd (se Ellingsen, 2024, 2025) studerer uføretrygd ut ifra faktorer som inntekt, utdanningsnivå, yrke eller næring.

Nav publiserer også fordeling av diagnoser for mottakere av uføretrygd (beholdning og nye mottakere), men har tilsynelatende kun offentliggjort statistikken for uføre mellom 18 og 29 år (etter diagnose, kjønn og alder).⁵⁴

En statistikk som kan være potensielt relevant for å forstå sosial ulikhet i sykefravær, er Navs oversikt over uføretrygdde som mottar ytelsen helt eller delvis på grunn av yrkesskade.⁵⁵ Her publiserer Nav årlige tall tilbake til 2015 etter kjønn og alder, og etter fylke. For å brukes til å si noe om sosial ulikhet, bør disse tallene knyttes til variabler som yrke, næring, utdanning, inntekt, formue og lignende, noe som ikke kan gjøres med utgangspunkt i statistikken Nav vanligvis offentliggjør.

Som med AAP-tallene kan Nav sine egne rapporter i seg selv si lite om sosial ulikhet i nedsatt arbeidsevne. Tallgrunnlaget kan imidlertid kobles sammen med andre datakilder, noe STAMI/NOA gjør i sine analyser av nye uføre,⁵⁶ altså nye personer som har fått innvilget uføretrygd og med det har en arbeidsevne som er nedsatt minst 50 prosent.⁵⁷ I disse analysene viser STAMI/NOA variasjon i antallet nye uføre per 1000 sysselsatte etter næring. Her slår STAMI/NOA sammen statistikken for årene 2017 til 2023. Tallene viser at næringene med den største andelen nye uføre i perioden var

⁵³ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd>

⁵⁴ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd>

⁵⁵ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/uforepensjonister-med-yrkesskadefordeler>.

⁵⁶ <https://noa.stami.no/metode/datakilder/nav/>

⁵⁷ <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/nye-ufore/>

sosialtjenester/barnevern (21 nye uføre per 1000 sysselsatte), bemanningsbyrå (19 per 1000), passasjertransport på vei og bane (18 per 10 000), eiendoms- og vakttjenester (17 per 1000), landbruk (17 per 1000) og godstransport på vei og bane og post- og budtjenester/spedisjon (16 per 1000). Næringene med lavest andel nye uføre i perioden var forsvar (2,7 per 1000 sysselsatt), nødetater/fengselsvesen (3,3 per 1000) og IT og telekommunikasjon (3,8 per 1000). Gjennomsnittet i alle næringer var 11 nye uføre per 1000 sysselsatte.⁵⁸

4.2 Arbeidsrelaterte helseutfall

For å forstå den sosiale ulikheten i sykefraværet, kan det være relevant å også forstå den sosiale fordelingen av arbeidsrelaterte helseutfall mer generelt. STAMI/NOA presenterer flere slike analyser.

Å ikke kunne jobbe til forventet pensjonsalder

STAMI/NOA presenterer for det første en oversikt over andelen i aldersgruppen 50 til 66 som tror at de ikke vil komme til å orke eller være friske nok til å jobbe til pensjonsalder.⁵⁹ Disse analysene er basert på LKU-A fra 2019. STAMI/NOA viser hvordan andelen som tror de ikke vil kunne jobbe til pensjonsalder varierer mellom yrker og næringer. Gjennomsnittet for sysselsatte i 2019 var 14 prosent, mens andelen renholdsarbeidere var 33 prosent, og grunnskolelærere og ansatte i kundeserviceyrker var 32 prosent. For bønder og fiskere var andelen på 28 prosent. Andelen som tror de ikke vil kunne klare å jobbe til pensjonsalder var ifølge STAMI/NOA sin framstilling av LKU-A 2019 lavest blant IKT-rådgivere og teknikere (6,2 prosent), ledere i industri og bygg (6,7 prosent), ledere i utdanning og helse (8,4 prosent), ledere i tjenesteyting (9,3 prosent) og ledere i andre sektorer (10 prosent).

Variasjonen mellom næringer viser at jord- og skogbruk, fiske og akvakultur helt tydelig var næringen der flest oppga at å tro de ikke kom til å klare å jobbe til pensjonsalder, med en andel på 32 prosent. Næringene med laveste andeler som tror de ikke kommer til å kunne jobbe til pensjonsalder var lege- og tannklinikker (4,4 prosent), politi/brannvern/forsvar/utenriks (6,9 prosent) og utvinning av olje og gass (8,8 prosent).

Andelene sysselsatte mellom 50 og 66 år som tror de ikke vil kunne jobbe til pensjonsalder varierer ifølge STAMI/NOAs analyser av LKU-A 2019 også med kjønn (17 prosent kvinner og 12 prosent menn) og alder (12 prosent for gruppen fra 50 til 54 år og 17 prosent for de mellom 55 og 66). Andelene er også tydelig lavere blant de med høyere utdanning fra universitet eller høyskole på mer enn fem år sammenlignet med andre utdanningsgrupper, mens variasjonene ut ifra virksomhetsstørrelse ser ut til å være små. Grundigere analyser er imidlertid nødvendig for å undersøke den relative

⁵⁸ STAMI/NOA viser også at andelen nye uføre varierer med kjønn og alder. Blant kvinner var andelen nye uføre 13 per 1000 sysselsatte mot 9,6 per 1000 sysselsatte menn. Andelen nye uføre øker videre kraftig med alder. Andelen nye uføre blant 18 til 44 år gamle sysselsatte var 7,3 per 1000. I gruppen 45 til 54 var den 13 per 1000 og 22 per tusen for de mellom 55 og 67. For trenden over tid har STAMI/NOA tall på nye uføre fra 2014 til 2023, fordelt på kjønn. Disse viser en øking av antallet nye uføre kvinner og menn fra 2016 til 2019, og deretter en nedgang, først bratt og deretter slak. I 2023 fikk ble 15 500 nye kvinner og 11 300 nye menn ifølge STAMI/NOAs framstilling av Navs tall innvilget uføretrygd.

⁵⁹ <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/eldre-i-arbeid/>.

forklaringskraften til ulike faktorer, som arbeidsprosesser, fysisk og psykososialt arbeidsmiljø, og så videre.

Arbeidsskadedødsfall

STAMI/NOA rapporterer videre arbeidsskadedødsfall etter næring og over tid.⁶⁰ I deres definisjon er et arbeidsskadedødsfall en arbeidsskade som fører til at den skadde dør i løpet av ett år etter at skade skjedde. STAMI/NOA baserer sin framstilling på data fra Tilsynsmyndighetene (Arbeidstilsynet, Havindustritilsynet, Sjøfartsdirektoratet og Luftfartstilsynet) og Nasjonalregnskapet til SSB. Basert på data for perioden 2021 til 2023 sett under ett, viser STAMI/NOA at gjennomsnittet i arbeidsskadedødsfall per 100 millioner arbeidstimer i norsk arbeidsliv var på 0,81. Mange næringer ligger på null, noe som viser at det ikke fant sted et eneste arbeidsskadedødsfall der i perioden. I utvinning og brytning av mineraler var det imidlertid 9,1 arbeidsskadedødsfall per 100 millioner arbeidstimer, etterfulgt av fiske og akvakultur (8,3), luftfart (7,3) og jord- og skogbruk (5,2). Sjøfart (3,4), bygge- og anleggsvirksomhet (1,9), vann, avløp og renovasjon (1,1) og industri (1,0) er andre næringer med arbeidsskadedødsfall over gjennomsnittet.

Trenden viser at det har vært en nedgang i arbeidsskadedødsfall i Norge de siste 15 årene, fra 66 i 2009 til 23 i 2024. STAMI/NOA sin oversikt differensierer tendensene i landbaserte næringer, sjøfart, luftfart og petroleum.

Arbeidsskader

STAMI/NOA presenterer også statistikk for meldte arbeidsskader, basert på tall SSB henter fra Nav, dit arbeidsgivere skal sende arbeidsskademeldinger.⁶¹ Selvstendig næringsdrivende er ikke dekket av yrkesskadeerstatningen og vil i hovedsak ikke dukke opp i denne statistikken, med mindre de har tegnet egen yrkesskedeforsikring fra Nav.⁶² Basert på disse tallene viser STAMI/NOA at gjennomsnittet i rapporterte skader per 1000 ansatte etter næring i Norge i 2022 var 8,3.⁶³ Offentlig administrasjon, sikkerhet og trygd er næringen med tydelig flest rapporterte arbeidsskader, med 17 per 1000 ansatt.⁶⁴ Andelen meldte skader var også høy i transport og lagring (14 per 1000 ansatt), landbruk/fiske/akvakultur (12) og kraft-/vannforsyning/avløp/renovasjon (12). Næringen med lave andeler meldte skader var informasjon/finansvirksomhet/faglig tjenesteyting (1,2 per 1000 ansatt), overnatting og servering (3,4) og personlig tjenesteyting (3,7).

STAMI/NOA viser også antall meldte skader etter skadetype og andelen skadetyper etter næring. Andelen rapporterte arbeidsskader per 1000 ansatte per år viser videre en svakt nedadgående trend, fra 9,8 i 2014 til 8,3 i 2023. I 2020, under koronapandemien,

⁶⁰ <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/arbeidsskadedodsfall/>

⁶¹ <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/arbeidsskader/>

⁶² Denne begrensningen er spesielt kritisk i næringer som jordbruk, landbruk og fiske, der både andelen selvstendig næringsdrivende og skaderisikoen er høy. Det samme gjelder plattformmediert gigarbeid, der for eksempel matbud som jobber for Foodora og Wolt generelt er klassifisert som selvstendig næringsdrivende og eksponert for et høyt stressnivå og risiko for ulykker (Oppegaard, 2024).

⁶³ STAMI/NOA sine analyser kan sammenlignes med risikobildet Arbeidstilsynet setter sammen årlig: <https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/rapportar/risikobilde/risikobilde-sammendrag-2025.pdf>.

⁶⁴ En ordentlig drøfting av hvorfor skadeomfanget tilsynelatende var så høyt i denne næringen er utenfor det vi har kapasitet til å gå inn på i dette prosjektet. En mulig faktor som bidrar til høye tall her, er at dette antakelig er arbeidsplasser der en høy andel av skadene faktisk meldes. STAMI/NOA sin framstilling viser også at dette er næringen med tydelig høyest andel vold og trusler (20 prosent av yrkesskadene).

var andelen meldte skader særlig lav: 7,7 per 1000 ansatte. Andelen rapporterte arbeidskader varierte i 2022 også etter kjønn (8,7 for kvinner og 7,8 for menn) og alder. Andelen meldte yrkesskader per 1000 ansatte er lav for de yngste og eldste arbeidstakerne (4 og 4,7 per 1000 ansatte) og et sted mellom 8,3 og 9,5 i aldersgruppene mellom.

Opplevd skaderisiko

Med utgangspunkt i LKU-A fra 2022 viser STAMI/NOA hvordan opplevd skaderisiko varierer mellom yrker.⁶⁵ Andelen sysselsatte som oppga at de vurderte risikoen for å bli utsatt for arbeidsulykker som middels eller stor var i 2022 i gjennomsnitt 19 prosent. For lastebilsjåfører var andelen imidlertid på hele 64 prosent, mens den var 61 prosent for buss- og drosjesjåfører. Blant bønder og havbruksarbeidere oppga 59 prosent at de mente risikoen for skader var middels eller stor, mot 56 prosent blant anleggsarbeidere, 54 prosent blant politi, brannvesen og ambulansemedarbeidere, og 48 prosent blant tømrere og snekkere. Andelen var lavest for IKT-rådgivere (2,1 prosent), rådgivere i administrasjon, samfunnsvitenskap og økonomi (2,5 prosent) og lektorer i høyere utdanning (3,6 prosent). Næringsfordelingen av opplevd skaderisiko fordeler seg i det store og hele etter forskjellene mellom yrker.

Ifølge STAMI/NOA sin framstilling av LKU-A for 2022 oppga menn i mye større grad enn kvinner at de opplevde skaderisiko på jobben (24 prosent mot 14 prosent). Andelen som oppga at de anså risikoen for arbeidsulykker som middels eller stor falt videre gradvis med alder: fra 27 prosent for de mellom 18 og 24 til 14 prosent for de mellom 55 og 66. Også her ser vi en tydelig utdanningsgradient, der andelen som opplever skaderisiko faller desto høyere utdanning respondentene har.

4.3 Andre registerkilder

Det finnes tre andre fremtredende datakilder som kan kobles til SSBs registerdatabase for å kartlegge sosiale ulikheter i helse. Norsk pasientregister (NPR)⁶⁶ inneholder helseopplysninger om alle personer som har fått behandling eller som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette registeret er utformet for å danne grunnlag for administrasjon, styring, finansiering og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenesten, men kan også brukes som grunnlag for samfunnsvitenskapelig og helsefaglig forskning. Registeret inneholder sensitive administrative opplysninger om blant annet henvisning og ventetider, avdelingsopphold og polikliniske kontakter samt pasientforløp. Sosiale opplysninger omfatter boforhold og omsorgssituasjon. Mer omfattende sosioøkonomiske forhold kan studeres ved kobling til SSBs registerdata, etter eventuell godkjenning fra REK og Sikt.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR),⁶⁷ som inneholder opplysninger om personer som har søkt om, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra kommunene. Registeret er primært utformet for planlegging, styring, finansiering og evaluering av helse- og omsorgstjenester i kommunene, men kan også danne grunnlag for

⁶⁵ <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/opplevd-skaderisiko/>

⁶⁶ <https://www.fhi.no/he/npr/>

⁶⁷ <https://helsedata.no/no/forvaltere/folkehelseinstituttet/kommunalt-pasient--og-brukerregister/>

samfunnsvitenskapelig og helsefaglig forskning. Registeret inneholder en lang variabel-liste, som kan utforskes på registerets nettside⁶⁸ før eventuell søknad om datatilgang.

Dødsårsaksregisteret (DÅR)⁶⁹ inneholder opplysninger om dødsfall og dødsårsaker i Norge fra 1951 og frem til i dag. DÅR gir detaljert innsikt i dødelighetsmønstre i befolkningen og endringer i dødsårsaker over tid.

Kreftregisteret⁷⁰ inneholder opplysninger om alle krefttilfeller i Norge og legger til rette for utstrakt forskningsaktivitet om kreftsykdommenes årsaker, diagnose, naturlige forløp og behandlingseffekter mv. I likhet med de andre registrene i dette avsnittet, kan data fra kreftregisteret kobles til andre registerdata for å belyse sosiale ulikheter i helse og sykefravær, men datatilgang er krevende og er avhengig av godkjenning fra REK og Sikt.

4.4 Folkehelsestatistikk

Til sist finnes det i Norge en rekke kilder til mer generell folkehelsestatistikk som kan brukes for å belyse sosiale ulikheter i helse. Disse administreres i stor grad av Folkehelseinstituttet (FHI). Norgeshelsa Statistikkbank⁷¹ inneholder omfattende statistikk om helse, sykdom, risikofaktorer og befolkning i norske fylker. Dataene er offentlig tilgjengelige, og alle brukere kan lage tabeller og ulike typer diagrammer. Databasen dekker blant annet befolkningssammensetning, lokale levekår og miljø (herunder bolig, skole og utdanning, inntekt og gjeld, arbeid og stønadsmottakere, valgdeltakelse, luftforurensning, voldshendelser, skader og ulykker, sosial støtte samt egenvurdert fornøydhet med tilværelsen mv.), helserelatert atferd (herunder kosthold, fysisk aktivitet mv.) og forskjellige helseutfall (herunder levealder, egenvurdert helse, ulike sykdomsgrupper, tannhelse og bruk av helsetjenester).

Kommunehelsa statistikkbank⁷² tilsvarer den nasjonale statistikkbanken, men på kommunenivå. Den inneholder statistikk om helse, sykdom, risikofaktorer og befolkning i norske kommuner. I likhet med Norgeshelsa statistikkbank, er dataene offentlig tilgjengelige og alle brukere kan lage tabeller og ulike typer diagrammer.

Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser (HKR)⁷³ inneholder opplysninger fra 2012 til i dag om personer med hjerte- og karsykdommer. Det består av et basisregister som inneholder opplysninger om personer med hjerte- og karsykdommer som har vært innlagt eller vært inne til polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Registeret inneholder også opplysninger om personer som har en hjerte- og kardiagnose som dødsårsak, i tillegg til dødsårsak for personer som tidligere har blitt behandlet for en hjerte- og karsykdom i spesialisthelsetjenesten. HKR er et direkte personidentifiserbart helseregister og krever derfor søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for datatilgang. Dersom en slik søknad blir innvilget, kan brukere koble

⁶⁸ <https://helsedata.no/no/variabler/?page=search>

⁶⁹ <https://helsedata.no/no/forvaltere/folkehelseinstituttet/dodsarsaksregisteret/>

⁷⁰ <https://sb.kreftregisteret.no/>

⁷¹ <https://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>

⁷² <https://khs.fhi.no/webview/>

⁷³ <https://helsedata.no/no/forvaltere/folkehelseinstituttet/hjerte-og-karregisteret/>

registeret til andre registerdata fra SSB for å kartlegge sosiale ulikheter i hjerte- og kar-sykdommer i hele befolkningen.

Cohort of Norway (CONOR)⁷⁴ er en samling av opplysninger fra flere norske helseundersøkelser på ett sted om til sammen 174 362 deltakere i ulike aldersgrupper og fra ulike deler av landet. Den inneholder opplysninger om blant annet forekomst av enkelte sykdommer, generelle spørsmål om helse, bruk av blodtryksmedisin, fysisk aktivitet, utdanning, røyke- og alkoholvaner og forekomst av hjertesykdom i slekten samt informasjon om fødested, boligforhold, familie, arbeidssituasjon og trygdeytelser. Datatilgang krever søknad om tilgang til personlig identifiserbare data.

Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa)⁷⁵ er en av verdens største helseundersøkelser og er spesielt godt egnet for å kartlegge helserelaterte prosesser som utspiller seg innad i familier og over generasjoner. Studien samler sosioøkonomiske og medisinske data fra 114 000 barn, 95 000 mødre og 75 000 fedre. Databasen inneholder tusenvis av variabler som favner alt fra det klinisk-medisinske til det psykososiale. Datatilgang krever søknad om tilgang til personlig identifiserbare data.

⁷⁴ <https://helsedata.no/no/forvaltere/folkehelseinstituttet/cohort-of-norway-conor/>

⁷⁵ <https://www.fhi.no/op/studier/moba/>

5 Avslutning: Hva vet vi om sosial ulikhet i sykefravær, og hva vet vi ikke?

I dette notatet har vi undersøkt hva som finnes av data om sykefravær i Norge og hva denne kan fortelle oss om sosial ulikhet i sykefraværet. Gjennomgangen viser at det finnes mye data og statistikk om sykefravær i Norge. Samtidig er datamaterialet spredt ut over mange forskjellige kilder og administreres av ulike organisasjoner. Noen tall finnes i noen registre, noen kommer fra spørreundersøkelser, og andre igjen fra pågående forskningsprosjekter og studier. Dette kan gjøre det vanskelig å få en helhetlig oversikt. Flere av datakildene baserer seg videre på ulike mål på sykefravær og inneholder i varierende grad og ofte ulike variabler som gjør det mulig å si noe om den sosiale (skjev)fordelingen av sykefraværet. Dette gjør at analyser basert på de forskjellige datakildene ikke nødvendigvis er direkte sammenlignbare.

Datakildene vi har gjennomgått antyder imidlertid at det i Norge i dag en betydelig sosial skjevfordeling i sykefraværet. SSB sine tall viser for eksempel en utdanningsgradient i det (legemeldte) sykefraværet (se figur 1), som vil si at sykefraværet går ned desto høyere utdanningsnivået blir. Videre viser Nav sine tall at det er store forskjeller i det legemeldte sykefraværet mellom næringer (se figur 2). Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU-A), gjennomført av SSB og analysert av STAMI/NOA, framstår som en særlig god åpen datakilde til analyser av sammenhengen mellom sykefravær (og andre helseutfall) og arbeidsrelaterte faktorer. LKU-A har tall på individnivå for egenmeldt og legemeldt sykefravær, om sykefraværet kan beskrives som arbeidsrelatert og en rekke bakgrunnsvariabler som gjør det mulig å si noe om hvordan de ulike typene sykefravær henger sammen med faktorer som yrke og utdanning.

Videre viser gjennomgangen over at selv om datakildene vi har sett på indikerer at det finnes en tydelig sosial ulikhet i sykefraværet, er det samtidig behov for mer systematiske gjennomganger. Det er for eksempel behov for analyser som sammenstiller og sammenligner de ulike målene på sykefravær og sosial ulikhet. De åpne datakildene har imidlertid ofte kun én eller to variabler som kan brukes som mål på sosial ulikhet, for eksempel næring eller utdanningsnivå. Ingen av de åpne datakildene vi fant publiserer heller tall som viser hvordan sykefravær varierer med inntekt. For å gjennomføre systematiske analyser av den sosiale ulikheten i sykefraværet i Norge, vil det derfor være nødvendig å få tilgang til de fullstendige datasettene.

Eksisterende registerdata danner et godt utgangspunkt for slike analyser, ved å legge til rette for at ulike datakilder kan kobles sammen, men det kreves gjerne kompliserte søknadsprosedyrer for å få tilgang. Registerdata vil imidlertid gjøre det mulig å studere sammenhengen mellom ulike sosiale indikatorer på sosial posisjon og mål på ulikhet. Dette vil legge til rette for analyser som muliggjør en dypere forståelse av hvilke mekanismer som skaper den sosiale ulikheten i sykefraværet og den relative betydningen til og samspillet mellom faktorer som blant annet det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet, helseskadelige eksponeringer, arbeidstid, utdanningsnivå og -type, boforhold og økonomi. Det vil også være mulig å undersøke hvordan ulikheten i sykefraværet (og

andre relevante helseutfall) har utviklet seg over tid ut ifra forskjellige mål på sosial ulikhet.

Hvis man er interessert i hvordan effektene av eventuelle endringer sykepengeordningen vil slå ut, vil det videre være viktig å vite mer om hvordan sykepenger reguleres i tariffavtalene. Alsos (2019) gir en oversikt over sykepengebestemmelsene i de største tariffavtalene, men vår gjennomgang viser at om arbeidstakere har tariffestet rett på sykepenger eller ikke, er noe det ikke finnes direkte data på i registrene eller spørreundersøkelsene.

Videre vil det kunne være interessant og viktig å studere forholdet mellom formue og sykefravær mer omgående enn det som er blitt gjort hittil. Ulikhetsforskningen i Norge framhever at mens lønnsstrukturen i Norge er relativt sammenpresset, er formuesulikheten stor og økende (se Toft & Hansen, 2022). Ny forskning viser at formue i Norge er en viktig variabel for predikering av dødelighet (Gugushvili & Wiborg, 2024), men det er ennå ingen som har sett på forholdet mellom formue og sykefravær.

Litteratur

- Alsos, K. (2019). *Tariffavtalenes regulering av lønn under sykdom*. Fafo-notat 2019:1. Oslo: Fafo.
- Bardal, I., Aars, N. A. P., Sanatkar, S., Stevelink, S. A. M., Brandseth, O. L., Brinchmann, B. & Mykletun, A. (2025). Is the association between graded sickness absence and return to work confounded by health? A longitudinal cohort study from the Norwegian neck and back registry. *BMC Public Health* 25, 1202. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22368-1>.
- Barmby, T. A., Ercolani, M. G. & Treble, J. G. (2002). Sickness Absence: An International Comparison. *The Economic Journal*, 112(480), F315–F331.
- Berge, C., Johannesen, J. H. & Næsheim, H. (2012). *Internasjonal sammenligning av sykefravær. Er Arbeidskraftundersøkelsene egnet som datakilde?* Statistisk sentralbyrå, Rapporter 6/12. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Bye, L. S. & With, M. L. (2023). *Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø 2022. Dokumentasjonsnotat*. Notater/Documents 2023/57. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Dahl, E. & Elstad, J.I. (2022). *Sosial ulikhet tar liv – faglige og folkehelsepolitiske vurderinger*. Nasjonal forening for folkehelsen.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Ellingsen, J. (2024). *Utviklingen i uføretrygd 2023. Statistikknotat*. Arbeids- Og Velferdsdirektoratet/ Statistikkseksjonen.
- Ellingsen, J. (2025). *Utviklingen i uføretrygd 2024. Statistikknotat*. Arbeids- Og Velferdsdirektoratet/ Statistikkseksjonen.
- Elstad, J. I., Hofoss, D. & Dahl, E. (2007). Hva betyr de enkelte dødsårsaksgrupper for utdanningsforskjellene i dødelighet? *Norsk Epidemiologi*, 17(1): 37–42.
- FHI. (2022). *Forskning om tiltak for å redusere sykefravær i arbeidslivet: et forskningskart (oppdatering)*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/forskning-om-tiltak-for-a-redusere-sykefravar-i-arbeidslivet-rapport-2022.pdf>, 23 april 2025.
- Flemmen, M. & Ljunggren, J. 2024. *Klasse. En innføring*. Oslo: Cappelen Damm.
- Grønlien, E. (2024). *Arbeidsavklaringspenger 2024. Statistikknotat*. Arbeids- Og Velferdsdirektoratet/ Statistikkseksjonen.
- Gugushvili, A. & Wiborg, Ø. N. (2024). Wealth and mortality among late-middle-aged individuals in Norway: a nationwide register-based retrospective study. *The Lancet Regional Health – Europe*, 48, 101113. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101113>.
- Hernæs, E., Hernæs, Ø. & Røes, K. (2024). Hvem er «sliterne» i arbeidslivet? Yrkesvise forskjeller i livsinntekt, uførhet, avgangsalder og pensjon. *Søkelys på arbeidslivet*, 41(1), 1–19.
- Hoff, E.H., Kraft, K.B., Moe, C.F. Nylenna, M., Østby, K. A. & Mykletun, A. (2024). The cost of saying no: general practitioners' gatekeeping role in sickness absence certification. *BMC Public Health* 24, 439. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17993-1>.
- Horgen, E. H., Lien, H. H., Sandvik, O. & Sundt, C. S. (2023). *Dokumentasjon av Arbeidskraftundersøkelsen etter omleggingen i 2021. Ifølge den europeiske rammeforordningen av 2019 for statistikk om personer og husholdninger*. Notater/Documents 2023/37. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M. B. & Nordby, K.-C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær - Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 179–199.
- Køber, T. (2024). Norge skiller seg ut med høyt sykefravær etter pandemien. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/artikler/norge-skiller-seg-ut-med-hoyt-sykefravaer-etter-pandemien>, 5 mai 2025.

- Køber, T. & Horgen, E. (2024). Om å sammenligne sykefraværet internasjonalt. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/artikler/om-a-sammenligne-sykefravaeret-internasjonalt>, 5. mai 2025.
- Køber, T. & Lien, H. (2025). Sykefraværet i Norge øker mer enn i nabolandene. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/artikler/sykefravaeret-i-norge-oket-mer-enn-i-nabolandene>, 6 mai 2025.
- Mackenbach, J. P. (2019). Health inequalities in Europe. How does Norway compare? *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 666–671.
- Mæland, J.G., Elstad, J.I., Næss, Ø. & Westin, S. red. (2009). *Sosial Epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nilsen, W. Skipstein, A. Østby, K. A. & Mykletun, A. (2017). Examination of the double burden hypothesis—a systematic review of work–family conflict and sickness absence, *European Journal of Public Health*, 27(3), 465–471, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx054>.
- Nosrati, E. 2024. Ulikhetsbarometeret – ulikhet og helse. Oslo: Fafo. https://www.fafo.no/images/pub/Faktaflak_6.pdf
- Nosrati, E., Eikemo, T.A., Marmot, M. 2024. Health, wealth, and the Nordic model revisited. *Nordic Welfare Research*. 9(1): 98–102.
- NOU 2019:7. *Arbeid og inntektssikring. Tiltak for økt sysselsetting*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- NOU 2021:2. *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring. Tiltak for økt sysselsetting*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- NOU 2025:5. *Kvinner arbeidshelse. Kunnskap og tiltak*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Næss Ø., Rognerud, M. & Strand, B.H. (red.) (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. FHI 2007:1. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Ohm, E., Madsen, C., Gravseth, H. M., Brage, S., Grøholt, E. K., Alver, K., & Holvik, K. (2024). Post-injury long-term sickness absence and risk of disability pension: The role of socioeconomic status. *Injury*, 55(4), 111480. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2024.111480>.
- Oppegaard, S. M. N. (Red.). (2024). *The Working Environment of the Future. Digitalization and OSH challenges in the Nordics*. TemaNord 2024:531. København: Nordisk Ministerråd. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn%3Anbn%3Ase%3Anorden%3Aorg%3Adiva-13268>
- Ose, S. O., Thaulow, K. & Tjønnås, M. S. (2024). *Baselinerapport for Fagforbund-kohorten*. SINTEF-rapport 2024:01366. Trondheim: SINTEF Digital.
- Proba Samfunnsanalyse. (2014). *Internasjonal sammenligning av sykefravær. Delrapport 1*. Oslo: Proba Samfunnsanalyse.
- Smith, R. Veda, Ø. Klungsøyr, K., Knapstad, M., Knudsen, A. K. S. & Skogen, J. C. (2022). Arbeid og helse i Noreg. *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse-rapporten/samfunn/arbeid-og-helse/?term=#sjukefravr-og-ufretrygd>, 23 april 2025.
- STAMI. (2024). *Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. Status og utviklingstrekk*. Statens arbeidsmiljøinstitutt. Hentet fra <https://noa.stami.no/wp-content/uploads/2024/09/Faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2024.pdf>, 22 april 2025.
- Sterud, T. (2014). Work-related mechanical risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *European Journal of Public Health*, 24, 111–116.
- Strand, B.H., Groholt, E.K., Steingrimsdóttir, O.A., Blakely, T., Graff-Iversen, S., & Næss, O. (2010). Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960–2000. *British Medical Journal*, 340. BMJ 2010; 340.
- Syse, A., Grøholt, E. K., Madsen, C., Aarø, L. E., Strand, B. H. & Næss, Ø. E. (2022). Sosiale helseforskjeller i Norge. *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse-rapporten/samfunn/sosiale-helseforskjeller/?term=>, 23. april 2025.
- Toft, M. & Hansen, M. N. (2022). Dynastic cores and the borrowed time of newcomers. Wealth accumulation and the Norwegian one percent. *The British Journal of Sociology*, 73(2), 291–314.

- Wang M.-J., Mykletun, A., Møyner, E. I., Øverland, S., Henderson, M., Stansfeld, S., Hotopf, M. & Harvey, S. B. (2014). Job Strain, Health and Sickness Absence: Results from the Hordaland Health Study, *PLoS ONE* 9(4), e96025. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096025>.
- Østby, K. A., Mykletun, A. & Nilsen, W. (2018). Explaining the gender gap in sickness absence, *Occupational Medicine*, 68(5), 320–326. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy062>
- Aagestad, C., Johannessen, H. A., Tynes, T., Gravseth, H.M. & Sterud, T. (2014). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56, 787–793.
- Aars, N. A., Bardal, I., Brinchmann, B. & Mykletun, A. (2025). Naturalistic trial of nudging patients and clinicians in the Norwegian sickness absence clinics: a study protocol for the NSAC Nudge Study, *BMJ Open*, 15, e089758. doi: 10.1136/bmjopen-2024-089758.

Fafo

Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning

Borggata 2B, Oslo

Postboks 2947 Tøyen, 0608 Oslo

Sentralbord: 22 08 85 00

E-post: fafo@fafo.no

fafo.no

