

Rapport 2025/31 | For Arbeids- og inkluderingsdepartementet



VISTA
ANALYSE



IDEAS2EVIDENCE

Samfunnsøkonomiske perspektiver på kvinners arbeidshelse

Ingeborg Rasmussen, Tyra Ekhaugen og Andrea Rørvik Marti

Dokumentdetaljer

| | |
|-------------------------|---|
| Tittel | Samfunnsøkonomiske perspektiver på kvinners arbeidshelse |
| Rapportnummer | 2025/31 |
| Forfattere | Ingeborg Rasmussen, Tyra Ekhaugen og Andrea Rørvik Marti |
| ISBN | 978-82-8126-725-1 |
| Prosjektnummer | 24-INR-31 |
| Prosjektleder | Ingeborg Rasmussen |
| Kvalitetssikrer | Orvika Rosnes |
| Oppdragsgiver | Arbeids- og inkluderingsdepartementet |
| Dato for ferdigstilling | 18.mars 2025 |
| Kilde forsidefoto | https://www.storyblocks.com/images |
| Tilgjengelighet | Offentlig |
| Nøkkelord | Samfunnsøkonomi, helse, arbeidsliv, kvinnearbeidshelse, sykefravær |

Om Vista Analyse

Vista Analyse AS er et samfunnsfaglig analyseselskap med hovedvekt på økonomisk utredning, evaluering, rådgivning og forskning. Vi utfører oppdrag med høy faglig kvalitet, uavhengighet og integritet. Våre sentrale temaområder er klima, energi, samferdsel, næringsutvikling, byutvikling og velferd. Vista Analyse er vinner av Evalueringsprisen 2018.

Våre medarbeidere har meget høy akademisk kompetanse og bred erfaring innenfor konsulentvirksomhet. Ved behov benytter vi et velutviklet nettverk med selskaper og ressurspersoner nasjonalt og internasjonalt. Selskapet er i sin helhet eiet av medarbeiderne.

Forord

Regjeringen nedsatte 8. mars 2024 et offentlig utvalg som skulle utarbeide et helhetlig kunnskapsgrunnlag om kvinners arbeidshelse. På vegne av utvalget har Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) innhentet faglig bistand fra Vista Analyse og Ideas2evidence. Oppdraget består av to deler:

1. En overordnet samfunnsøkonomisk beregning av de totale kostnadene og øvrige effekter knyttet til nedsatt kvinnehelse og kvinners fravær, frafall fra, og redusert deltakelse i arbeidslivet. Det skulle også gis en vurdering av nytten og potensialet knyttet til forebyggende og tilretteleggende tiltak for å fremme god arbeidshelse og arbeidstilknytning blant kvinner.
2. Faglig bistand til vurderingene av de økonomiske og administrative konsekvensene av utvalgets forslag.

I denne rapporten presenterer vi resultatene fra del 1.

Oppdraget er gjennomført av Andrea Rørvik Marti, i Ideas2evidence, Tyra Ekhaugen og Ingeborg Rasmussen, Vista Analyse. Siri Bråten Øye og Ina Sandaker har bistått med datainnhenting og beregninger.

Utredningsarbeidet er gjennomført i god dialog med utvalgets sekretariat der sekretariatsleder Tone Kjeldsberg har vært kontaktperson og AIDs kontakt for oppdraget. Vi takker hele sekretariatet for et givende samarbeid. En takk også til utvalgsleder Nina Tangnæs Grønvold for gode innspill og diskusjoner underveis i arbeidet.

Oslo 18.mars 2025

Ingeborg Rasmussen
Partner
Vista Analyse AS

Innhold

| | |
|--|-----------|
| Sammendrag og konklusjoner | 5 |
| Realiserbart gevinstpotensial ved tiltak | 6 |
| 1 Innledning | 9 |
| 1.1 Bakgrunn og mandat | 8 |
| 1.2 Sentrale metodiske spørsmål | 9 |
| 1.3 Avgrensning av oppdraget | 12 |
| 2 Bakgrunn | 13 |
| 2.1 Kvinners arbeidshelse | 13 |
| 2.2 Kvinners arbeidsmiljø | 14 |
| 2.3 Tilgjengelig statistikk | 15 |
| 3 Helsekostnader og samfunnsøkonomi | 37 |
| 3.1 Hva viser tidligere beregninger? | 10 |
| 3.2 Tap av liv og livskvalitet | 16 |
| 3.3 Utviklingen i DALY og risikofaktorer anslått av GDB | 40 |
| 3.4 Dødsfall | 21 |
| 4 Hva er kostnadene? | 17 |
| 4.1 Samfunnsøkonomiske kostnader | 17 |
| 4.2 Behandlingskostnader | 24 |
| 4.3 Helse- og sosialsektoren | 27 |
| 4.4 Arbeidsgivers kostnader ved sykefravær | 31 |
| 4.5 Konsekvenser for offentlige budsjetter – statens kostnader | 26 |
| 4.6 Nytte og kostnader beregnet på individnivå – livsløpsbetraktning | 34 |
| 5 Gevinstpotensial ved tiltak | 42 |
| 5.1 Realiserbart gevinstpotensial | 38 |
| 5.2 Ulike tilnærminger for å anslå det realiserbare gevinstpotensialet | 43 |
| 5.3 Oppsummering | 51 |
| Referanser | 53 |
| A Inngangsdata og forutsetninger | 52 |

Sammendrag og konklusjoner

Kvinner har høyere sykefravær enn menn, og en høyere andel kvinner enn menn mottar uføretrygd. Årsakene til dette er sammensatte, og ligger delvis i de arbeidsoppgavene som utføres i kvinnedominerte yrker og næringer, samt de eksponeringene arbeidstakere utsettes for i disse yrkene og næringene. Med kjente risikofaktorer i flere av de store kvinnedominerte yrkene, er det rimelig å anta at det er mulig å redusere flere av disse faktorene, og dermed også bidra til at færre kvinner påføres helseproblemer på arbeidsplassen.

Vi har anslått de samfunnsøkonomiske kostnadene ved redusert arbeidshelse for kvinner og det fraværet og frafallet fra arbeidslivet dette medfører, til 59 milliarder kroner årlig. Vi finner at gevinstpotensialet ved å lykkes med tiltak som i større grad enn i dag forebygger kvinners frafall fra arbeidslivet, er betydelig. Med store variasjoner i sykefravær og arbeidsrelatert helsetap på tvers av sammenlignbare virksomheter, sektorer og yrker, er det grunn til å anta at flere virksomheter kan høste store gevinster ved forholdsvis enkle tiltak. Vi har beregnet gevinstpotensialet ved tiltak som kan bringe sykefraværet for kvinner ned på samme nivå som menns sykefravær til 19 mrd. kroner årlig. Reduseres sykefraværet til norske kvinner til samme nivå som svenske kvinner har, reduseres kostnadene med 24 mrd. kroner.

Kommunesektoren sysselsetter en stor andel av de yrkesaktive kvinnene. Det er også i kommunene vi finner det høyeste fraværet og de største andelene med arbeidsrelatert sykefravær.

Kostnader ved arbeidsrelatert helsetap for kvinner

Arbeidsrelaterte skader og sykdommer, samt fravær og frafall fra arbeidslivet, medfører kostnader både for den enkelte, for virksomheter og for samfunnet. I vurderinger av de samfunnsøkonomiske kostnadene bør ideelt sett alle kostnader inkluderes, som behandlingkostnader i helsevesenet, tap av liv, helsetap, livskvalitet, produksjonstap, kostnader for den som rammes, virksomheten osv. Vi har beregnet kostnadene ved produksjonstap, produktivitetstap, dødsfall og behandlingkostnader som følger av arbeidsrelatert helsetap for kvinner. Med skattefinansieringskostnader blir de samlede kostnadene 59 milliarder kroner årlig (se Tabell SI under).

Man er i dag enige om at årsaken til kvinners høyere sykefravær og frafall til en viss grad kan tilskrives forskjeller mellom de yrkene menn og kvinner typisk jobber i. En nylig studie viste at de tyngste yrkene, de som er preget av størst grad av ulike arbeidsmiljøeksponeringer, var typiske kvinnedominerte yrker, eksempelvis sykepleiere og renholdere (Le et al., 2023). I denne typen yrker eksponeres arbeidstakerne både for en høy andel fysiske belastninger i arbeidsmiljøet, som for eksempel tunge og ukomfortable løft, og arbeid på huk og knær eller med armene over hodet. Denne typen yrker er samtidig ofte preget av høy grad av psykososiale arbeidsmiljøbelastninger. Dette er eksponeringer i arbeidsmiljøet som har en dokumentert sammenheng med både sykefravær og frafall, som for eksempel høye kvantitative krav i kombinasjon med lav kontroll, emosjonelle krav, seksuell trakassering og vold eller trusler om vold (Agestad et al., 2014; Sterud, 2013). Kvinner er også i langt større grad enn menn utsatt for vold, trusler om vold og seksuell trakassering i arbeidet. I alt 7,6 prosent av kvinner rapporterer at de har blitt utsatt for vold på jobben i løpet av det siste året, sammenliknet med 2,6 prosent av menn. Med kjente

risikofaktorer, er det også mulig for arbeidsgivere å finne tiltak som reduserer risikoen for at kvinner skal påføres helseproblemer i arbeidslivet.

Kommunene sysselsetter en stor andel av kvinnene. Det er også der kommunene er arbeidsgiver at vi finner høyest fravær som følge av arbeidsrelaterte helsetap. Med store variasjoner i sykefravær på tvers av ulike kommuner, sektorer og bransjer, er det grunn til å anta at det er mulig å redusere risikofaktorer og bedre arbeidsforholdene for en stor andel kvinner.

Tabell S1 Samfunnsøkonomiske årlige kostnader – prissatte virkninger

| | Beste estimat | Lavt estimat | Høyt estimat |
|---|----------------------|---------------------|---------------------|
| | Mrd.kroner | Mrd.kroner | Mrd. kroner |
| Produksjonstap som følge av arbeidsrelatert sykefravær, ufør og arbeidsavklaring | 47,2 | 32,6 | 56,4 |
| Tap av liv som følge av dødsfall | 0,05 | 0,05 | 0,09 |
| (Arbeidsrelaterte dødsfall som følge av helseskadelig eksponering i arbeidslivet) | - | (9,34) | (32,21) |
| Behandlingskostnader, arbeidsrelatert helsetap | 4,2 | 2,6 | 5,7 |
| Tap av produktivitet | 2,5 | 0,0 | 5,0 |
| Skattefinansieringskostnad | 5,3 | 3,5 | 6,5 |
| Sum prissatte kostnader | 59,3 | 48,1 | 105,9 |

Realiserbart gevinstpotensial ved tiltak

Hvor store gevinster er det mulig å oppnå ved tiltak? Vi definerer det realiserbare gevinstpotensialet som den nytteøkningen som kan oppnås ved å gjennomføre alle realiserbare forebyggende og tilretteleggende tiltak for å fremme god arbeidshelse og arbeidstilknytning blant kvinner.

Med «realiserbart» mener vi noe annet enn realistisk: Vi ser bort fra politiske og økonomiske begrensninger. Samtidig er realiserbart gevinstpotensial noe annet enn «teoretisk gevinstpotensial», som simpelthen er de samlede kostnadene med motsatt fortegn, dvs. gevinstene ved å fjerne *alle* arbeidsrelaterte helseproblemer for kvinner.

Vi vet at det ikke er mulig å fjerne alle arbeidsrelaterte helseproblemer. Dagens kostnader blir dermed en øvre grense for hvor store gevinster det er mulig å oppnå. Men hva er mulig? Spørsmålet er grunnleggende kontrafaktisk og umulig å gi et sikkert svar på. Vi anvender fem ulike tilnærminger for å belyse spørsmålet. Hver av tilnærmingene har store svakheter, og ingen av dem er opplagt «best». Tilnærmingene er som følger:

1. Menns sykefravær
2. Sykefraværet i Sverige

3. Målet i IA-avtalen
4. Enkelte næringer og yrker
5. Tiltakspakker i enkelte bransjer

For hver av tilnærmingene beregner vi et gevinstpotensial i kroner som omfatter de samfunnsøkonomiske gevinstene ved redusert sykefravær, uførhet og medisinsk behandling, tilsvarende det som inngår i de samfunnsøkonomiske kostnadene beregnet i kap. 3. Anslagene fremkommer ved å først beregne hvor stor reduksjon i det arbeidsrelaterte sykefraværet som vurderes som realiserbart i den aktuelle tilnærmingen. Denne reduksjonen ganges opp med et beløp fra beregningene i kap. 3. Resultatene er oppsummert i Tabell S2.

Tabell S2 Oppsummering: Gevinstpotensialet ved fem ulike tilnærminger

| Metodisk tilnærming | Reduksjon i arbeidsrelatert sykefravær fra 2023-nivået | Hvem gevinstene beregnes for – andel av sysselsatte kvinner | Realiserbart gevinstpotensial (2024-kroner) |
|---------------------------------|---|--|--|
| 1. Menns sykefravær | 32 prosent | Hele | 19 mrd. kroner |
| 2. Sykefraværet i Sverige | 41 prosent | Hele | 24 mrd. kroner |
| 3. Målet i IA-avtalen | 10 prosent | Hele | 6 mrd. kroner |
| 4a. Næring: Helse- og sosialtj. | 23 prosent | 33,8 prosent | 5 mrd. kroner |
| 4b. Yrke: Renholder | 44 prosent | 3,8 prosent | 1 mrd. kroner |
| 5. Bransje: Barnehager | 5 prosent | 6,2 prosent | 0,2 mrd. kroner |

Tilnærming 1-3 er ment å vise gevinstene for hele samfunnet:

1. Hvis det arbeidsrelaterte sykefraværet for kvinner i Norge ble redusert til nivået for norske menn, ville det gi en gevinst på 19 mrd. kroner. Her antas kvinner å «være som menn», med de samme mulighetene og utfordringene, og de samme tilpasningene i arbeidsmarkedet.
2. En reduksjon til nivået for svenske kvinner ville gi en gevinst på 24 mrd. kroner. Her lar vi kvinner være kvinner, men antar at politikken, virkemiddelbruken og arbeidsmarkedet er sammenlignbart Sverige.
3. En reduksjon tilsvarende målet i IA-avtalen 2019-24 ville gi en gevinst på 6 mrd. kroner. Her er vi tilbake i det norske systemet, med norske kvinner, og antar en virkemiddelbruk og måloppnåelse som ble vurdert som realistisk av partene i IA-arbeidet.

De andre tilnærmingene er avgrenset til enkelte næringer, yrker og bransjer:

4. Hva hvis det arbeidsrelaterte sykefraværet i særlig utsatte næringer og yrker ble redusert til et gjennomsnittsnivå – hva ville gevinstene være da? For næringen helse- og sosialtjenester beregnes gevinstene til 5 mrd. kroner, og for yrket renholdere til 1 mrd. kroner. I denne tilnærmingen er den prosentvise reduksjonen stor, mens antallet berørte mennesker er lavere enn i samfunnet som helhet.
5. Her illustreres gevinstpotensialet med en tiltakspakke som faktisk er gjennomført: IA bransjeprogram barnehage. Med en slik reduksjon i det arbeidsrelaterte sykefraværet for alle de ansatte i barnehagene, ville gevinsten være 0,2 mrd. kroner.

Beregningene er basert på offentlig tilgjengelige tall, noe som i praksis betyr et mangfold av kilder og definisjoner. Usikkerheten er også helt grunnleggende, fordi vi ikke kan vite hva som er et «realiserbart» gevinstpotensial eller hva som må til for å realisere gevinstene.

Til tross for usikkerheten er det slående hvor stor forskjell det er på de gevinstene som følger av å sammenlikne seg med Sverige, og de som følger av vedtatte mål (IA-avtalen) og gjennomførte bransjeprogram. En mulig tolkning er at det er mye å hente på store politiske grep, mens det innenfor den politikken som føres i dag, kan være vanskelig å finne tiltak som gir store gevinster. En annen tolkning, basert på at det også i Norge finnes virksomheter i «belastede» bransjer som utmerker seg med lavt sykefravær og frafall, er at det finnes lavhengende frukter på virksomhetsnivå.

1 Innledning

Regjeringen nedsatte 8. mars 2024 et offentlig utvalg som skal utarbeide et helhetlig kunnskapsgrunnlag om kvinners arbeidshelse. På vegne av utvalget har Arbeids- og inkluderingsdepartementet innhentet faglig bistand fra Vista Analyse og Ideas2evidence.

I denne rapporten presenterer vi grunnlaget for de samfunnsøkonomiske betraktningene som presenteres i NOU 2025:5: *Kvinnens arbeidshelse. Kunnskap og tiltak*.

Utredningen er i gjennomført i dialog og samarbeid med utvalgets sekretariat og utvalget.

1.1 Sentrale metodiske spørsmål

Formålet med en samfunnsøkonomisk analyse er å få best et mulig grunnlag til å ta gode beslutninger.¹ En samfunnsøkonomisk analyse skal være helhetlig i den forstand at den skal ha hele det norske samfunnet for øye, og ikke bare for eksempel enkelte befolkningsgrupper eller næringer. En samfunnsøkonomisk analyse skal også være helhetlig i den forstand at den vurderer virkninger både på kort og lang sikt, omstillingskostnader, fordelingsvirkninger og usikkerhet.

Utgangspunktet for en samfunnsøkonomisk analyse er problembeskrivelsen og det **nullalternativet** som utledes av problembeskrivelsen. Nullalternativet er det kvantifiserte svaret på spørsmålet: Hva er dagens situasjon når det ikke gjennomføres nye tiltak for å adressere de problemene som er identifisert? Samfunnsøkonomisk analyse går deretter videre til å identifisere mulige tiltak for å adressere dagens problemer, vurdere disse tiltakene opp mot hverandre og undersøke fordelingsvirkninger, usikkerhet mv. Sentralt i rammeverket for disse analysene er *Utredningsinstruksen*, som også ligger til grunn for kravene til samfunnsøkonomiske analyser.

I dette oppdraget er det de innledende delene av samfunnsøkonomisk analyse som står mest sentralt: Hva er de samfunnsøkonomiske kostnadene ved dagens situasjon med redusert arbeidshelse for kvinner og de konsekvensene dette har? Disse analysene fra kapittel 3 brukes som utgangspunkt for kapittel 5, der vi spør: Hvor stort er potensialet for å redusere disse kostnadene gjennom forebyggende og tilretteleggende tiltak?

1.1.1 Metodiske utfordringer

Tematikken kvinners arbeidshelse reiser flere metodiske utfordringer. Vi vil her særlig trekke fram følgende, og viser til de respektive kapitlene for ytterligere drøftinger.

Uklare årsakssammenhenger. Hva ved en kvinnes helse blir bestemt av arbeidet, og hva blir det ikke? Hva ved sykefravær og uførhet blir bestemt av hennes «arbeidshelse» og hva blir bestemt av andre forhold? Kompleksiteten forsterkes av omfattende samvariasjon, bl.a. ved at forhold hjemme gir økt sårbarhet for forhold på jobb, og omvendt. Dette er en form for utfordringer som gjelder mange samfunnsøkonomiske analyser, særlig der menneskelig atferd står sentralt. I

¹ Avsnittet er basert på DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser fra juni 2023, [Samfunnsøkonomiske analyser | DFØ](#), samt våre egne erfaringer.

praksis håndteres utfordringen gjennom transparens om robustheten i de ulike delene av analysene.

Manglende og usikre data. Arbeidshelse har mange aspekter. Mens sykefravær, uførhet og behandlingskostnader kan observeres og til en viss grad kostnadsberegnes, er det vanskelig eller umulig å få sikker kunnskap om kostnader i form av redusert arbeidsproduktivitet, stress, lavere livskvalitet mv. Manglende og usikre data gjelder mange samfunnsøkonomiske analyser, og igjen er transparens veien å gå. I tillegg tilstreber vi å omtale alle viktige virkninger, og ikke bare de som kan observeres og måles.

Beholdning, strøm og forløp. Til enhver tid er det en beholdning av kvinner som er i arbeid, er sykmeldte, er uføre mv. Samtidig er det en strøm av kvinner inn i og ut av arbeid, inn i og ut av sykefravær, inn i og ut av uførhet mv. Tilsvarende gjelder behandling, plager og andre tilstander: Vi har både en beholdning og en strøm av kvinner. Enkeltpersoner har dessuten forløp: De går fra tilstand til tilstand, og hele tiden med visse sannsynligheter for å gå over i nye tilstander. Samfunnsøkonomisk analyse har ofte som mål å beregne den neddiskonterte samfunnsøkonomiske kostnaden (og nytten) over tid. Med en miks av beholdning og strøm som vi her står overfor, gir det lite mening. Vi velger derfor å beregne de totale samfunnsøkonomiske kostnadene som en årskostnad basert på tilstanden i 2024. Tidsdimensjonen får vi fram gjennom ett eksempel der vi ser på to scenarier på individnivå.

Formålet med analysen er viktig for den metodiske tilnærmingen. Vi har valgt å ikke inkludere verdien av helsetap målt i DALY eller andre mål i vår analyse. Hovedgrunnen for dette valget er usikkerhet i relevante data for å vurdere kvinners arbeidshelse, og at vi oppfatter utvalgets mandat å i første rekke være rettet mot arbeidslivet og de direkte samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til deltagelse eller ikke deltagelse i arbeidslivet. Vi gir i stedet en oppsummerende diskusjon og presentasjon av sentrale begreper og metoder som brukes i helseøkonomiske analyser (kapittel 4). Vi refererer også vurderinger av arbeidsrelatert helsetap for norske kvinner og menn fra GBD-studien (Global Burden) der verdien DALY brukes. For å komme fra DALY til kroner anbefaler vi å bruke Helsedirektoratets omregninger som er brukt for å beregne det samlede helsetapet i Norge. Der er verdien per DALY vurdert til 0,82 millioner 2019-kroner, 0,79 millioner 2020-kroner og 0,98 millioner 2021-kroner (Helsedirektoratet, 2024). Kostnadene som presenteres i avsnitt 3.3 kan regnes om til kroner, og vil da komme i tillegg til de samfunnsøkonomiske kostnadene. Helsedirektoratet presiserer for øvrig også i sin veileder at det ikke er nødvendig å sette en økonomisk verdi på liv, leveår, DALY eller QALY. Begrunnelsen er at når man velger å sette en økonomisk verdi på disse helseenhetene innføres ytterligere usikkerhet.

1.2 Hva viser tidligere beregninger?

Vi har funnet to tidligere utredninger der kostnadene ved ikke-optimalt arbeidsmiljø er vurdert. Studiene inkluderer konsekvensene av helsetap for både menn og kvinner. I motsetning til vår analyse, inkluderer begge disse analysene en vurdering verdien av helsetap i form av DALY der helsetapet også er vurdert. Formålet med analysene er å vurdere verdien av bedriftshelsetjenesten, noe som også gjør det mer relevant å inkludere verdien av helsetap. Vi har i større grad rettet oss mot arbeidslivet og de samfunnsøkonomiske kostnadene ved redusert arbeidshelse blant kvinner.

SINTEF estimerte de samfunnsøkonomiske kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader i landbaserte virksomheter i Norge i 2016 til **30 milliarder 2016-kroner** (SINTEF, 2016). Kostnadsestimatene er basert på eksisterende nasjonale og internasjonale statistikkilder (NAV, Statistisk sentralbyrå, Norsk pasientregister, Statsbudsjettet, Arbeidstilsynets register og prosjektet Global Burden of Disease²) og omfatter årlig omfang av døde, tapte leveår, behandlinger på sykehus og ved legevakt, og antall uføre-trygdede med yrkessykdommer og -skader. Alle elementene er vurdert i kroner, og angir den samfunnsøkonomiske kostnaden for hver kostnadskategori. Resultatene viser at 63 prosent av de totale kostnadene utgjøres av tapte leveår og tapt livskvalitet som følge av arbeidsrelaterte sykdommer og skader. De direkte kostnadene til behandling, uførepensjon og tapt produksjon utgjør 37 prosent av kostnadene. Kostnadene inkluderer begge kjønn.

Oslo Economics gjorde en tilsvarende beregning i 2018 og beregnet de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til et ikke-optimalt arbeidsmiljø til **75 (30 – 110) milliarder kroner årlig**, og den årlige kostnaden for virksomhetene til 30 (15 – 45) milliarder kroner årlig (Oslo Economics, 2018). Beregningene tar utgangspunkt i SINTEF sine beregninger og baserer analysene på det samme rammeverket, men oppdaterer kroneverdien til 2018-kroner. I tillegg inkluderes noen flere kostnadsposter, blant annet produktivitetstap og arbeidsrelaterte psykiske lidelser.

Både SINTEF og Oslo Economics har tatt utgangspunkt i forutsetninger om bortfall av arbeidsdager som kan tilskrives arbeidsbelastning eller andre forhold på arbeidsplassene. Det er lagt til grunn at dette bortfallet er 5 millioner fraværsdager for begge kjønn. Som det vil framgå av kapittel 3 legger vi til grunn et betydelig høyere antall fraværsdager knyttet til arbeidsrelatert sykefravær selv om vi kun ser på kvinners arbeidsrelaterte fravær. I tillegg gjør vi anslag for frafall som følge av uføregrad og arbeidsavklaring som skyldes forhold på arbeidsplassen. Vi får dermed også høyere kostnader knyttet til produksjonstap enn de tidligere analysene viser, selv om vår analyse er avgrenset til kvinners arbeidshelse.

Både SINTEF og Oslo Economics bygger på metodikken brukt i en rapport fra Helsedirektoratet, hvor samfunnskostnader ved sykdom og ulykker, samt helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer ble beregnet (Helsedirektoratet, 2015). I denne studien ble **samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker i Norge estimert til 1 840 milliarder kroner i 2015**. Sykdomsbyrden ble beregnet til å utgjøre 73 prosent av de samlede kostnadene, hvorav 34 prosent var knyttet til tapte leveår og 39 prosent til tapt livskvalitet. Helsetjenestekostnadene ble anslått til 315 milliarder kroner, tilsvarende 17 prosent av de totale samfunnskostnadene. Helsedirektoratet brukte tapte skatteinntekter som verdi på produksjonstap og estimerte dette til 175 milliarder kroner i 2015, tilsvarende 10 prosent av de samlede kostnadene. Av dette var 4 prosent relatert til sykefravær, 5 prosent til uførhet og 1 prosent til dødsfall i arbeidsfør alder. Sykdomsbyrde defineres av GBD-prosjektet som sykdomsbyrde i form av tap av helse, og ikke etter hvorvidt sykdommene påvirker for eksempel inntekt, helsetjenestebruk eller produktivitet. Helsedirektoratet beregnet kostnadene ved all sykdom og ulykker, og får naturlig nok et mye høyere kostnadstall enn analysene som kun ser på arbeidsrelaterte skader, ulykker og sykdom.

² <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>

1.3 Avgrensning av oppdraget

Utgangspunktet for utvalgets oppdrag og arbeid er *kvinnens arbeidshelse*.

“ «Arbeidshelse» defineres som helseforhold som helt eller delvis skyldes utøvelsen av arbeidet og påvirkninger fra arbeidsmiljøet

Det er godt dokumentert at ulike arbeidsmiljøforhold har betydning for arbeidshelse, fravær fra og manglende deltagelse i arbeidslivet. Utvalget gir en grundig oversikt over eksisterende kunnskap på området i sin NOU. I vårt kapittel 2 gir vi en overordnet oversikt over kunnskap og datakilder som er særlig relevante for den samfunnsøkonomiske analysen.

For å avgrense oppdraget har vi tatt utgangspunkt i definisjonen av arbeidshelse. I praksis innebærer dette at våre analyser og vurderinger er rettet mot helseforhold som helt eller delvis skyldes utøvelsen av arbeidet og påvirkninger fra arbeidsmiljøet. Vi anerkjenner at det også er store kostnader forbundet med at en del kvinner aldri kommer inn i arbeidslivet på grunn av helseutfordringer, og ved at en del kvinner blir syke og faller ut av arbeidslivet som følge av forhold utenfor arbeidet. Selv om det finnes en del kunnskap som viser at det kan være helsefremmende å delta i arbeidslivet, og at rammebetingelser og tiltak kan ha mye å si for hvor enkelt det er å komme i og bli stående i arbeid, er det svært begrenset med data som sier noe om hvor stor andel av de som står utenfor arbeidslivet på grunn av helseutfordringer som arbeidslivet kan påvirke. I kapittel 3 viser vi de samfunnsøkonomiske kostnadene ved nedsatt kvinnearbeidshelse og de konsekvensene dette har for kvinners fravær, frafall fra, og redusert deltakelse i arbeidslivet. I kapittel 5 viser vi det realiserbare gevinstpotensialet ved tiltak for å fremme god arbeidshelse og arbeidstilknytning blant kvinner som er eller har vært i arbeid.

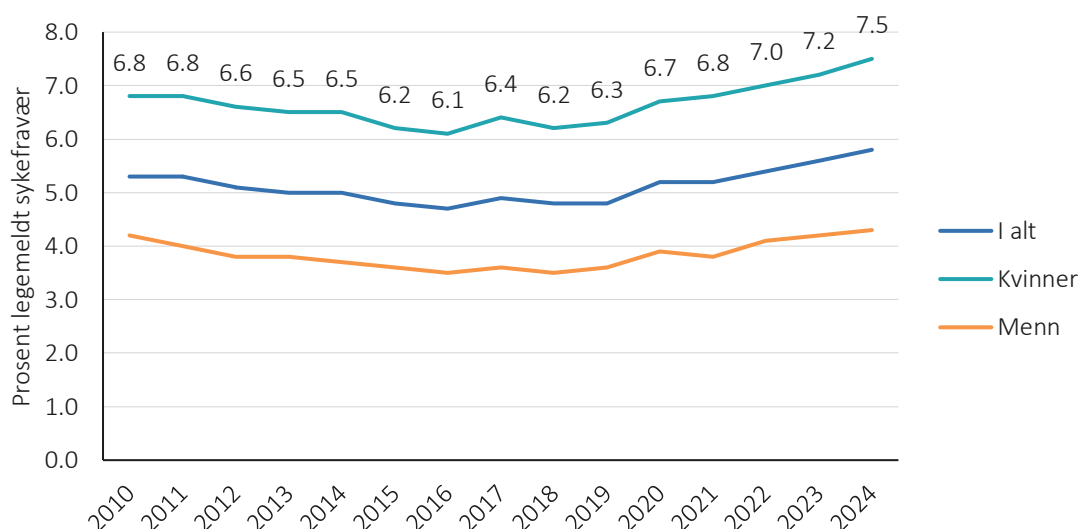
2 Bakgrunn

Kvinner har høyere sykefravær enn menn, og en høyere andel kvinner enn menn mottar uføretrygd. Årsakene til dette er sammensatte, og ligger delvis i de arbeidsoppgavene som utføres i kvinnedominerte yrker og næringer, samt de eksponeringene arbeidstakere utsettes for i disse yrkene og næringene. I dette kapitlet gjør vi rede for noe av den eksisterende kunnskapen om kvinners arbeidshelse og arbeidsmiljø. For en grundig kunnskapsgjennomgang viser vi til Kvinnearbeidshelseutvalgets NOU. Videre gjør vi rede for den tilgjengelige statistikken som legges til grunn for den samfunnsøkonomiske analysen av kvinners arbeidshelse. Det nasjonale kunnskapsgrunnlaget om kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse er godt, men ikke uttømmende. Derfor drøfter vi også de mangler og svakheter som eksisterer i datagrunnlaget.

2.1 Kvinners arbeidshelse

Kvinner har et høyere sykefravær enn menn. I 2023 var sykefraværet for kvinner på 8,5 prosent, mot 5,2 prosent for menn.³ Muskel- og skjelettplager og psykiske diagnoser står for over halvparten av det totale langtidssykefraværet (sykefravær over 16 dager). Andelen med tidlig avgang til uføretrygd er også høyere for kvinner enn menn (Faggruppen for IA-arbeidet, 2023). I 2023 mottok 12,8 prosent av kvinner i alderen 18-67 år uføretrygd, mot 8,5 prosent av menn.⁴

Det legemeldte sykefraværet økte fra 5,6 prosent til 5,8 prosent fra 2023 til 2024. For kvinner økte sykefraværet fra 7,2 til 7,5 prosent. Sykefravær med psykiske lidelser bidro mest til økningen i sykefraværet, og sto for 73 prosent av økningen i det legemeldte sykefraværet det siste året, og det økte mest for personer under 40 år. Aldersgruppen 30-34 har det høyeste sykefraværet for kvinner (8,8 prosent) mens helse- og sosialtjenester har det høyeste sykefraværet (Moberg & Aldridge, 2025).



Kilde: NAV – Årsstatistikk – sykefravær og sykepenger. Oppdatert 27.02.2025

³ SSB-tall basert på registerdata for legemeldt og egenmeldt sykefravær. Se tabell her: [12441: Sykefravær for lønnstakere \(prosent\), etter kjønn, næring \(SN2007\), statistikkvariabel, år og type sykefravær](#). Statistikkbanken.

⁴ SSB Statistikkbanken, tabell 11714

Det har lenge vært omtalt som et paradoks at menn har kortere levealder enn kvinner, samtidig som kvinner ser ut til å være mer utsatt for sykdom og helseplager enn menn (Avdic et al., 2019). Dette er noe som ses internasjonalt, men også norske tall viser at yrkesaktive kvinner rapporterer dårligere helse og mer helseplager, enn menn. I Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø 2022 oppgav 6,6 prosent av yrkesaktive kvinner og 4,6 prosent av yrkesaktive menn at de anser sin egen helse som dårlig eller svært dårlig⁵.

Det å være i arbeid kan være en kilde til god helse, men mye forskning viser også at helseproblemer kan forårsakes eller forverres av forhold på arbeidsplassen. Tall fra STAMI (2024) viser at over 1 av 3 sykefravær helt eller delvis kan tilskrives arbeidet. Menn rapporterer en noe høyere andel arbeidsrelatert sykefravær enn kvinner, men siden kvinner har høyere sykefravær i utgangspunktet, er den totale andelen arbeidsrelaterte sykefravær høyest for kvinner.

Kvinner rapporterer større grad av muskel- og skjelettplager, spesielt smerter i nakke og skuldre. Kvinner rapporterer også langt mer psykiske plager, hodepine og søvnvansker enn menn. Også når man ser på andelen arbeidsrelaterte helseplager, altså de som vurderes som helt eller delvis forårsaket av arbeidet, er dette høyest hos kvinner for alle de nevnte plagene (STAMI, 2024).

2.2 Kvinners arbeidsmiljø

Vi har fortsatt et kjønnsdelt arbeidsliv i Norge. I offentlig sektor arbeider 70 prosent kvinner, mot 37 prosent i privat sektor. Kvinner er sterkt overrepresentert innen helse- og omsorgssektoren, undervisningssektoren, og personlig tjenesteyting.

Man er i dag enige om at årsaken til kvinners høyere sykefravær og frafall til en viss grad kan tilskrives forskjeller mellom de yrkene menn og kvinner typisk jobber i. En nylig studie viste at de tyngste yrkene, de som er preget av størst grad av ulike arbeidsmiljøeksponeringer, var typiske kvinnedominerte yrker, eksempelvis sykepleiere og renholdere (Le et al., 2023). I denne typen yrker eksponeres arbeidstakerne både for en høy andel fysiske belastninger i arbeidsmiljøet, som for eksempel tunge og ukomfortable løft, og arbeid på huk og knær eller med armene over hodet. Denne typen yrker er samtidig ofte preget av høy grad av psykososiale arbeidsmiljøbelastninger. Dette er eksponeringer i arbeidsmiljøet som har en dokumentert sammenheng med både sykefravær og frafall, som for eksempel høye kvantitative krav i kombinasjon med lav kontroll, emosjonelle krav, seksuell trakassering og vold eller trusler om vold (Agestad et al., 2014; Sterud, 2013).

I mange kvinnedominerte yrker handler mye av arbeidshverdagen om menneskekontakt, det være seg barn, pasienter, elever og så videre. Det å arbeide med mennesker kan oppleves både meningsfylt og givende, men kan også gi opphav til det som omtales som emosjonelle krav. Det kan for eksempel innebære at man må justere eller undertrykke egne følelser eller håndtere andre menneskers sorger og gleder. Det å oppleve emosjonelle krav over tid øker risiko for emosjonell utmattelse, og for sykefravær (Indregard et al., 2018a; Indregard et al., 2018b., Indregard et al., 2017) Personer som rapporterer om høye emosjonelle krav i arbeidet har også høyere risiko for å ha et høyt sykefravær, enn personer som i mindre grad rapporterer slike krav (Agestad et al., 2014).

⁵ STAMI/NOA (SSB/LKU-A 2022)

Kvinner er i langt større grad enn menn utsatt for vold, trusler om vold og seksuell trakassering i arbeidet. I alt 7,6 prosent av kvinner rapporterer at de har blitt utsatt for vold på jobben i løpet av det siste året, sammenliknet med 2,6 prosent av menn.⁶ Også vold og trusler som ikke fører til skader, kan være belastende. Både vold, trusler om vold og seksuell trakassering ble i en nylig studie funnet å øke risiko for avgang til uføretrygd i den norske yrkesaktive befolkningen (Sterud et al., 2023).

Også når det kommer til det organisatoriske arbeidsmiljøet er det viktige forskjeller. Selv om andelen menn som jobber regelmessig nattarbeid (13 prosent) er noe høyere enn for kvinner (9,8 prosent)⁷, er andelen som jobber skift- eller turnusordninger høyere for kvinner enn for menn (34 vs. 29 prosent)⁸. Uregelmessige arbeidstider er forbundet med økt risiko for søvnforstyrrelser, feilhandlinger, metabolske lidelser og enkelte kreftformer (Fischer et al., 2017; Hansen, 2017; Knutsson & Kempe, 2014; Vyas et al., 2012).

Flere studier viser dessuten at psykososiale arbeidsmiljøbelastninger kan ha en større effekt på sykefraværsrisiko hos kvinner enn hos menn (Aagestad et al., 2014). Dette kan ha sammenheng med faktorer utenfor jobb-sfæren, eller i krysningspunktet mellom hjemme- og jobb-sfæren. En nylig studie viste at norske kvinner og menn rapporterte samme nivå av arbeid-familiekonflikt, men blant de som rapporterte særlig høye nivåer av dette var det kun hos kvinner en tydelig sammenheng med økt risiko for sykefravær (Marti et al., 2022). Det er med andre ord mange faktorer ved arbeidsmiljøet som kan påvirke kvinners arbeidshelse.

2.3 Tilgjengelig statistikk

I innhenting av data til bruk i den samfunnsøkonomiske analysen har det blitt lagt vekt på at disse skal være basert på statistikk som er representativ for norske yrkesaktive kvinner. Som hovedkilde benytter vi statistikk tilgjengeliggjort av STAMI gjennom Faktabok om Arbeidsmiljø og -Helse og på nettsidene noa.stami.no, i kombinasjon med data fra SSB. Disse danner det nasjonale kunnskapsgrunnet for arbeidsmiljøtilstanden i den norske yrkesaktive befolkningen. Her presenteres tall for blant annet arbeidsmiljøeksponeringer, arbeidshelse, arbeidsrelatert sykefravær, arbeidsulykker, arbeidsskader og arbeidsskadedødsfall fordelt på kjønn, alder, og ulike yrker og næringer.

Statistikken som STAMI tilgjengeliggjør er hentet fra flere ulike kilder. Hovedkilden er SSBs Levekårsundersøkelse om arbeidsmiljø (LKU-A). Dette er en nasjonalt representativ undersøkelse som gjennomføres hvert tredje år blant norske sysselsatte. Undersøkelsen inkluderer blant annet spørsmål om de sysselsattes arbeidsmiljø og helse. I tillegg inkluderer den spørsmål om hvorvidt eventuelt sykefravær eller konkrete helseproblemer er helt eller delvis forårsaket av jobben. Dette gir et grunnlag for å anslå det arbeidsrelaterte bidraget av samfunnsøkonomiske kostnader til sykefravær, uføretrygd og behandling av helseproblemer i spesialisthelsetjenesten.

De siste årene er det publisert en rekke vitenskapelige studier ledet av STAMI basert på tall fra LKU-A og sykefraværs- og uførestatistikk hos NAV. Disse studiene viser at det er en kausal sammenheng mellom konkrete arbeidsmiljøeksponeringer, sykefravær og uføretrygd. Basert på

⁶ <https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/konflikter-vold-og-trakassering/vold-og-trusler-om-vold/>

⁷ <https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/arbeidstid/nattarbeid/>

⁸ <https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/arbeidstid/arbeidstidsordning/>

resultatene fra disse studiene er det mulig å beregne tilskrivbar risiko, forebyggingspotensialet knyttet til konkrete eksponeringer i arbeidsmiljøet. Tallene er også presentert i Faktabok om Arbeidsmiljø og -Helse 2021. I den samfunnsøkonomiske analysen bruker vi disse for å beregne de samfunnsøkonomiske kostnadene som kan tilskrives konkrete eksponeringer i kvinners arbeidsmiljø, som for eksempel emosjonelle krav og vold og trusler.

Kunnskapsgrunnlaget som presenteres av STAMI gir et godt utgangspunkt for en samfunnsøkonomisk analyse. Det er imidlertid flere tilfeller der vi ikke har et tilstrekkelig tallgrunnlag for å gjøre samfunnsøkonomiske gode anslag. Vi vet for eksempel at eksponeringer i arbeidsmiljøet, for eksempel skift- og turnusarbeid, kan øke risikoen for alvorlige sykdommer som kreft og hjerte- karsykdom, men datagrunnlaget er ikke tilstrekkelig til at vi kan gjøre et anslag på den samfunnsøkonomiske kostnaden av arbeidsrelaterte eksponeringer på denne typen utfall. I tillegg er det andre faktorer som kan bidra til å påvirke den arbeidsrelaterte helsen, som for eksempel livsfase, livssituasjon, eksisterende helseutfordringer og sykdom.

Helseplager og sykdom har ikke alltid en konkret årsak, og arbeidsmiljø kan være én av flere faktorer som spiller inn. Estimer av arbeidsrelaterte helseproblemer og sykefravær er basert på selvrapporing, hvilket innebærer at man ber respondenten selv vurdere hvorvidt helseplagen eller sykefraværet er eller var helt eller delvis forårsaket av arbeidet. Her er det den sysselsatte som selv gjør sin subjektive vurdering, hvilket medfører en viss usikkerhet i de anslagene som oppgis.

3 Hva er kostnadene?

Arbeidsrelaterte skader og sykdommer, samt fravær og frafall fra arbeidslivet medfører kostnader, både for den enkelte, for virksomheter og for samfunnet. I dette kapitlet ser vi nærmere på de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til helseproblemer blant kvinner som helt eller delvis skyldes utøvelse av arbeidet og påvirkninger fra arbeidsmiljøet. Vi viser også statens og virksomhetenes kostnader ved det samme fraværet og frafallet.

Kapitlet starter med en gjennomgang av kostnadspostene i de samfunnsøkonomiske beregningene og en oppsummering av resultatene fra de påfølgende kapitlene.

Kostnadene for både samfunn og virksomheter avhenger naturlig nok av hvor stor andel av sykefraværet, frafall fra arbeidslivet med overgang til uføretrygd og nedsatt arbeidsevne som kan tilskrives arbeidslivet. Dette er størrelser som må estimeres på grunnlag av tilgjengelig statistikk og kunnskap presentert i kapittel 2. For å sikre transparens og bidra til forståelse av resultatene har vi lagt vekt på å vise forutsetninger og inngangsdata bak de ulike fravær og frafallskategoriene vi har beregnet kostnader av (kapittel 3.2.2 og 3.2.3).

I vurderinger av de samfunnsøkonomiske kostnadene skal ideelt sett alle kostnader, som behandlingskostnader i helsevesenet, tap av liv, helsetap, livskvalitet, produksjonstap, kostnader for den som rammes, virksomheten osv. inkluderes. Vi har ikke inkludert, eller forsøkt å verdsette verdien av helsetap i de samfunnsøkonomiske kostnadene. Helsetap vurdert i et helseøkonomisk perspektiv behandles i stedet i kapittel 4.

Vår hovedberegning viser at kostnadene ved arbeidsrelatert helsetap for kvinner kan anslås til 59 mrd. kroner årlig. Kostnaden gir også et teoretisk utgangspunkt for gevinstpotensialet dersom arbeidslivet i større grad enn i dag, lykkes med å skape helsefremmende arbeidsplasser.

3.1 Samfunnsøkonomiske kostnader

De samfunnsøkonomiske kostnadene ved arbeidsrelatert sykefravær og frafall fra arbeidslivet kan kategoriseres i følgende poster:

1. Produksjonstap
2. Tap av produktivitet på arbeidsplassen
3. Behandlingskostnader i helsevesenet (spesialisthelsetjenesten, legevakt/fastlege, kommunehelsetjenesten, andre helsetjenester)
4. Tap av liv (arbeidsulykker og skader)
5. Skattefinansieringskostnader for kostnader over offentlige budsjetter (trygd, sykepenger og offentlige utgifter til behandling, etc)
6. Helsetap og tap av livskvalitet for de som berøres
7. Kostnader for virksomhetene
8. Andre samfunnskostnader

I de samfunnsøkonomiske analysene verdsetter vi post 1 til 5. Helsetap og tap av livskvalitet for de som berøres, er en vesentlig kostnadspost. Manglende verdsetting betyr ikke at kostnadene

ikke anerkjennes. Metodiske utfordringer, kombinert med formålet med denne analysen, gjør at vi ikke har funnet det hensiktsmessig å verdsette disse kostnadene sammen med de øvrige kostnadspostene. Vi gir i stedet en drøfting av mulige metodiske tilnærminger og beregninger av arbeidsrelatert helsetap og tap av livskvalitet basert på en helseøkonomisk tilnærming i kapittel 4.

Virksomhetenes kostnader (post 7) inngår i post 1 og 2, men er i tillegg beregnet for seg (kapittel 3.5). Forebygging og tilrettelegging for et godt og helsefremmende arbeidsmiljø gjøres i stor grad på virksomhetsnivå. Det er derfor relevant å vise kostnadene på virksomhetsnivå, og dermed også gi et bilde av gevinstpotensialet ved tilrettelegging og tiltak som kan redusere risikoen for helseproblemer som følge av arbeidsbelastning eller andre forhold på arbeidsplassen.

Andre samfunnskostnader behandler vi kun kvalitativt med utgangspunkt i illustrasjoner på individnivå, der vi gir eksempler på livsløpskostnader som kan følge med arbeidsrelaterte helseproblemer som fører til fravær og frafall fra arbeidslivet (kapittel 3.6).

Tabell 3.1 oppsummerer prissatte samfunnsøkonomiske kostnadene. I de påfølgende avsnittene går vi gjennom inngangsdata og forutsetninger bak hver enkelt kostnadspost. Posten «Arbeidsrelaterte dødsfall som følge av helseskadelig eksponering i arbeidslivet» er satt i kursiv fordi den skiller seg fra de øvrige postene ved at lavt estimat er høyere enn beste estimat. Vi har ikke inkludert denne posten i beste estimat fordi vi anser datagrunnlag for denne posten som svakt, men har likevel valgt å vise konsekvensene av å inkludere denne posten basert på data der dødsfall er forsøkt estimert.

Tabell 3.1 Prissatte samfunnsøkonomiske kostnader av nedsatt kvinnearbeidshelse og kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet. Mrd. 2024-kroner. Årlige kostnader

| | Beste estimat Mrd.kroner | Lavt estimat Mrd.kroner | Høyt estimat Mrd.kroner |
|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Produksjonstap som følge av arbeidsrelatert sykefravær, ufør og arbeidsavklaring | 47,2 | 32,6 | 56,4 |
| Tap av liv som følge av dødsfall | 0,05 | 0,05 | 0,09 |
| <i>Arbeidsrelaterte dødsfall som følge av helseskadelig eksponering i arbeidslivet</i> | | 9,34 | 32,21 |
| Behandlingskostnader, arbeidsrelatert helsetap | 4,2 | 2,6 | 5,7 |
| Tap av produktivitet | 2,5 | 0,0 | 5,0 |
| Skattefinansieringskostnad | 5,3 | 3,5 | 6,5 |
| Sum prissatte kostnader | 59,3 | 48,1 | 105,9 |

3.1.1 Inngangsdata og generelle forutsetninger

Tabell 3.2 viser de viktigste forutsetningene og inngangsdataene som beregningene av de samfunnsøkonomiske kostnadene bygger på. I beregningene av verdien på bortfall av arbeid har vi brukt arbeidskraftkostnadene dvs. lønn inklusiv skatt, arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader som verdi på produksjonen. Dette er samme forutsetning som ble brukt i NOU 2021: 12 *Kompetanse, aktivitet og Inntektssikring Tiltak for økt sysselsetting* og som også er brukt i tidligere rapporter fra Vista Analyse og tilsvarende beregninger som er gjort for andre NOU-utvalg.

Tabell 3.2 Inngangsdata arbeidsliv, arbeidstid og dagsverk. Kvinner 2024

| Faktor | inngangsdata | Kilde/Merknad |
|--|--------------|--|
| Antall sysselsatte kvinner | 1 377 000 | Arbeidskraftundersøkelsen, SSB, 2024 |
| Gjennomsnittlig stillingsprosent | 83,8 % | SSB Tabell 12580, 2023 |
| Utførte ukeverk (a 37,5 timer) (1000) | 896 000 | Arbeidskraftundersøkelsen, SSB, 2024 |
| Utførte dagsverk (1000) (ukeverk *5) | 4 480 000 | Beregnet |
| Månedslønn | 53 000 | SSB tabell 11421 (beregnet med utgangspunkt i kvinnedominerte sektorer medianinntekt) |
| Dagsverkslønn | 2 730 | Avledet av månedslønn og antall dagsverk |
| Antall dagsverk i året (full tid) | 233 | SSB (AKU) |
| Faktisk arbeidstid per uke | 30,7 | SSB tabell 07855 |
| Skattefinansieringskostnad | 20% | R-109/21 |
| Verdien av et statistisk liv 2012 | 30 0000 | R-109/21 |
| Sosiale kostnader, arbeidskraftkostnader | 30% av lønn | Samme forutsetning som er brukt blant annet NOU 2021:2 og tilsvarende analyser gjennomført av Vista Analyse. |
| Forventet BNP-vekst | 0,5 % | Perspektivmeldingen 2024 (Meld. St. 31 (2023-2024)) |
| Egenmeldt sykefravær kvinner, årsverk 2024 | 12 762 | SSB Tapte dagsverk. Beregnet til årsverk |
| Legemeldt sykefravær kvinner, årsverk 2024 | 86 673 | NAV Tapte dagsverk. Beregnet til årsverk |
| Egenmeldt sykefravær kvinner, prosent 2024 | 1,1 | SSB |
| Legemeldt sykefravær kvinner, prosent 2024 | 7,5 | NAV |

3.2 Produksjonstap og skattefinansieringskostnad som følge av fravær og frafall fra arbeidslivet

I beregningene av kostnader ved produksjonstap som følge av sykefravær eller frafall fra arbeidet som følge av nedsatt arbeidsevne, arbeidsavklaring eller uføregrad, er det verdien av bortfall av produksjon som beregnes. Når en arbeidstaker er borte fra jobb pga. sykefravær, eller ikke kan arbeide som tidligere som følge av påførte helseproblemer som gir helt eller delvis uførhet, så går det tapt dagsverk som ellers ville vært utført. Vi har regnet dagsverkene om til årsverk basert på forutsetningene i Tabell 3.2. Verdien av tapt produksjon hviler på en forutsetning om at verdien av arbeidet som går tapt, minst er verdt det arbeidsgiver er villig til å betale for å få arbeidet utført. Arbeidsgivers kostnad inkluderer lønn og sosiale utgifter. Vi har lagt til grunn at arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader tilsvarer 30 prosent av årslønnene. Verdien av produksjonstapet er dermed per definisjon arbeidskraftkostnadene for tapte årsverk som kan tilskrives arbeidsbelastning eller andre forhold på arbeidsplassen.

Tapet oppstår uavhengig av om arbeidsgiver setter inn en vikar, andre arbeider mer, eller fraværet ikke dekkes opp. Kostnadene ved å erstatte med en vikar er ikke inkludert. Dette ville gitt en dobbelttelling i og med at en vikar hindrer produksjonstapet for virksomheten som bruker vikar. Ved bruk av vikar blir arbeidsgivers kostnad i stedet vikarkostnadene, som igjen tilsvarer kostnaden ved produksjonstapet. For samfunnet som helhet, vil vikaren ha en alternativverdi et annet sted. Dette betyr at produksjonstapet da vil komme et annet sted i økonomien.

Merarbeid som skapes for å skaffe vikar, produktivitetstap osv. kommer i tillegg. Denne type kostnader finnes det dårligere data for, og det er også store variasjoner mellom virksomheter. Vi

har gjort forsiktige anslag over hva produktivitetstap knyttet til kvinners arbeidsrelaterte sykefravær (jf. kapittel 3.2.5). Det reelle produksjonstapet som følge av tap av arbeidskraft, vil variere på tvers av virksomheter, bransjer og sektorer. Arbeidskraftkostnadene er et uttrykk for hva de tapte årsverkene minst er verdt.

3.2.1 Skattefinansieringskostnad

Skattefinansieringskostnad, også kjent som skattekostnad, refererer til kostnader som oppstår når offentlige tiltak finansieres gjennom skatteinntekter. Denne kostnaden kommer i tillegg til de direkte kostnadene ved et tiltak eller et offentlig tilbud som eksempelvis helsetjenester som er finansiert over offentlige budsjetter. Skattefinansieringskostnaden som skal brukes i samfunnsøkonomiske analyser er fastsatt av Finansdepartementet i rundskriv R-109/21 til 20 prosent

Sykelønn og trygd er overføringer og ikke en samfunnsøkonomisk kostnad i seg selv. Kostnadene ved denne type overføringer kommer som følge av at ordningene er skattefinansiert. Innkrevinger av skatter påvirker folks atferd, noe som reduserer effektiviteten i økonomien. Den samfunnsøkonomiske kostnaden ved overføringer i form av trygd og sykelønn, er dermed skattefinansieringskostnaden, dvs. 20 prosent av overføringene. I kapittel 3.3 viser vi statens kostnader ved arbeidsrelatert frafall fra arbeidslivet.

Trygdeordninger og inntektssikring for de som faller ut av arbeidslivet, er imidlertid viktige for å sikre økonomisk trygghet for individer som står overfor sykdom, arbeidsledighet, eller andre situasjoner som fører til inntektstap. Dette kan bidra til sosial stabilitet og velferd, som har positive samfunnsøkonomiske effekter. Gevinstene ved inntektssikring er ikke inkludert i beregningene.

3.2.2 Tapte årsverk som følge av arbeidsrelatert sykefravær

Vi har tatt utgangspunkt i data fra STAMI og SSB som viser det arbeidsrelaterte sykefraværet. Videre har vi tatt hensyn til deltid ved å bruke gjennomsnittlig stillingsandel og regne fraværet om til fulle dagsverk og full dagsverklønn. Antall legemeldte sykefraværsdager i 2024 er hentet fra NAV, mens egenmeldte sykefraværsdager er hentet fra SSB (jf. Tabell 3.2). I Tabell 3.3 har vi beregnet hva antall sykefraværsdager betyr i årsverk i 2024. Basert på oppgitte beregningsforutsetninger og inngangsdata får vi i alt 34 000 tapte årsverk som følge av arbeidsrelatert sykefravær.

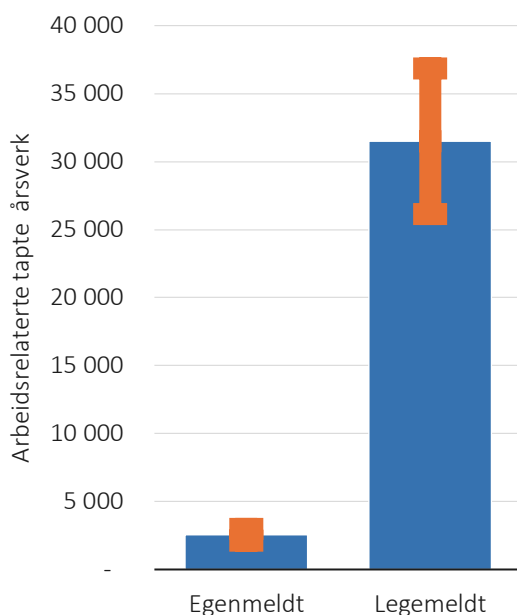
Tabell 3.3 Arbeidsrelatert sykefravær målt i årsverk og prosent. Kvinner 2024

| Sykefravær | Antall årsverk arbeidsrelatert sykefravær | Sykefravær 2024 Prosent | Arbeidsrelatert sykefravær Prosent | Andel arbeidsrelatert sykefravær av totalt sykefravær |
|---------------------------------------|---|-------------------------|------------------------------------|---|
| Egenmeldt | 2 552 | 1,1 % | 0,2 % | 20,0 % |
| Legemeldt | 31 498 | 7,5 % | 2,7 % | 36,3 % |
| Sum sykefravær hoved beregning | 34 050 | 8,6 % | 2,9 % | 34,2 % |

Kilde: Vista Analyse 2025 basert på STAMI, NAV og SSB

Det er flere usikkerhetsdrivere i beregningene. Figur 3.1 viser anslagene over tapte årsverk som kan tilskrives helseproblemer som følge av forhold på arbeidsplassen. De blå søylene i figuren representerer bortfall av årsverk og tilsvarer første kolonne i tabellen over. De oransje linjene illustrerer usikkerheten. Vårt beste estimat for arbeidsrelatert sykefravær er på 2,9 prosent. Dette tilsvarer 34 prosent av alt sykefraværet for kvinner. Vi har lagt et usikkerhetsspenn på det arbeidsrelaterte sykefraværet som går fra 2,4 prosent til 3,4 prosent

Figur 3.1 Arbeidsrelaterte sykefravær tap av årsverk med usikkerhet



Både det legemeldte og egenmeldte sykefraværet varierer fra år til år. Som vist i kapittel 2.3 økte det legemeldte sykefraværet fra 2023 til 2024 med 3,4 prosent. Om økningen i det arbeidsrelaterte sykefraværet er proporsjonal med den samlede økningen i sykefraværet er usikkert. Det arbeidsrelaterte sykefraværet er basert på selvrapporing i Levekårsundersøkelsen fra 2022. Selvrapporterte tall er mer usikre enn registerdata, samtidig er det langt fra opplagt at andelen arbeidsrelatert sykefravær er en konstant andel av det samlede sykefraværet.

Det er også noe usikkerhet i beregningene fra dagsverk til årsverk, men disse anser vi som ubetydelige.

Usikkerheten målt i årsverk spenner fra 28 000 til 40 000 årsverk samlet for begge kategoriene.

3.2.3 Tapte årsverk som følge av arbeidsrelatert uførhet og arbeidsavklaring

Kunnskapen og datagrunnlaget for å beregne hvor stort frafall fra arbeidslivet som kan tilskrives arbeidsrelatert helsetap som fører til arbeidsavklaring og deretter hel eller delvis uførhet, er beheftet med atskillig større usikkerhet enn frafall som kan tilskrives sykemeldinger. På dette området har det vært nødvendig å gjøre en rekke antagelser.

Per utgangen av 2024 var det ifølge tall fra NAV, 130 00 kvinner registrert med nedsatt arbeidsevne. Det var 93 000 kvinner som mottok arbeidsavklaringspenger (5,4 prosent av alle kvinner) og 219 000 kvinner som mottok uføretrygd.

For å få noen anslag på arbeidsrelatert uføregrad og arbeidsavklaring har vi tatt utgangspunkt i tre grupper. Den første gruppen (A) er mottakere av uføretrygd, der hele eller deler av uførheten er en følge av yrkesskade. Dette er opplagt arbeidsrelaterte tilfeller. Usikkerheten i beregningen av antall tapte årsverk i denne kategorien er knyttet til uføregrad og stillingsandel før yrkesskaden inntraff, og i hvilken grad arbeidstakere med delvis uføregrad velger å bruke restarbeidsevnen i

arbeidslivet. Det siste krever at arbeidsgiver gir muligheter til redusert stillingsprosent slik at uføregrad og arbeid kan kombineres.

Den neste gruppen (B) er registrerte uføre per utgangen av 2024, minus gruppen uføre som følge av yrkesskade, og psykisk utviklingshemmede eller andre medfødte diagnoser. Selv om denne gruppen også deltar i arbeidslivet, har vi forutsatt at de som mottar uføretrygd i denne gruppen ikke er påført helsetap som følge av arbeidslivet. Vi har også utelatt aldersgruppen under 30 år. Dette fordi det normalt tar tid å utvikle helsetap som følge av belastninger i arbeidslivet som fører til vedtak om uføregrad når gruppen med yrkesskader er tatt ut. Her har vi gjort forutsetninger om hvor stor andel som har fått en uføregrad som følge av arbeidsrelaterte helseplager.

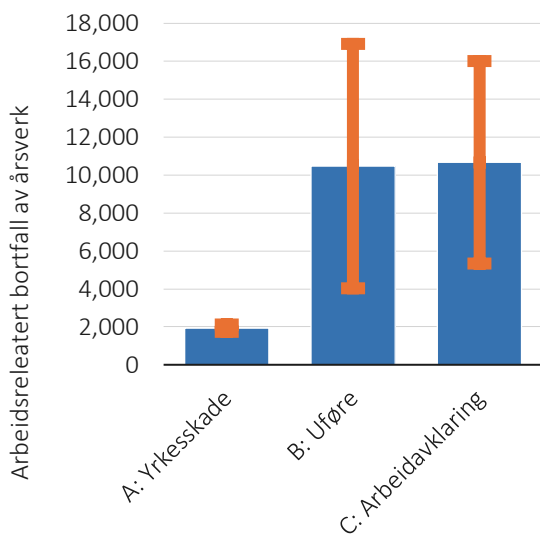
Den siste gruppen (C) er registrerte med arbeidsavklaringspenger per utgangen av 2024. Også for denne gruppen har vi gjort forutsetninger om andeler som skyldes arbeidsrelatert helsetap. Som det framgår av tabellen under har vi lagt til grunn at en større andel av mottakere av arbeidsavklaringspenger er der som følge av arbeidsrelatert helsetap enn gruppen uføre.

Tabell 3.4 Arbeidsrelatert frafall fra arbeidslivet. Uføre og arbeidsavklaring

| Uføre- og arbeidsavklaringspenger. Kategorier: | Antall mottakere 2024 (NAV 2024) | Andel arbeidsrelaterte tilfeller (anslag beste estimat, lavt og høyt) | Bortfall av årsverk arbeidsrelatert helseplager – beste estimat |
|---|----------------------------------|---|---|
| A: Mottakere av uføretrygd, der hele eller deler av uførheten er en følge av yrkesskade, | 3 072 | 100 % | 1 931 |
| B: Mottakere av uføretrygd (eksl. Yrkesskade, medfødte misdannelser og mottakere under 30 år) | 183 455 | Beste estimat 9 % Lavt estimat 3 % Høyt estimat 14 % | 10 475 |
| C Mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP), fjerde kvartal - beregnet bortfall inkluderer overgang til uføretrygd | 93 485 | Beste estimat 18 % Lavt estimat 9 % Høyt estimat 25 % | 10 676 |
| Sum ufør og arbeidsavklaring | | | 23 082 |

Figur 3.2 viser anslagene over tapte årsverk som følge uføregrad og/eller nedsatt arbeidshelse med arbeidsavklaring som kan tilskrives arbeidsforhold. Som det framgår av figuren er usikkerheten betydelig støtte på dette området enn på beregnede tapte årsverk som følge av arbeidsrelatert sykefravær.

Figur 3.2 Arbeidsrelaterte tap av årsverk, Uføregrad og arbeidsavklaring



Det er flere usikkerhetsdrivere i beregningene av frafall fra arbeidslivet som følge av arbeidsrelatert uføregrad enn det er i beregningene over. I tillegg til usikkerhet om hvor stor andel av helsetapet som kan tilskrives arbeidslivet, er det også usikkerhet knyttet til hvordan arbeidstakere med gradert uføregrad tilpasser seg. Noen vil velge å gå helt ut av arbeidslivet, mens andre med en gradert uførhet som eksempelvis arbeidet deltid i utgangspunktet vil fortsette i omtrent samme stillingsgrad. På tross av høy usikkerhet vurderer vi det som riktigere å inkludere uførhet og arbeidsavklaring enn å utelate disse gruppene i beregningene.

3.2.4 Resultat: Samfunnsøkonomisk kostnad som følge av produksjonstap

Beregnet produksjonstap med skattefinansieringskostnad er oppsummert i Tabell 3.5.

Tabell 3.5 Samfunnsøkonomisk kostnad ved estimert produksjonstap som følge av arbeidsbelastning og/eller forhold på arbeidsplassen, mrd-2024 kroner

| | Beste estimat Mrd. kroner | Lavt estimat Mrd. kroner | Høyt estimat Mrd.kroner |
|--|------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Produksjonstap ved arbeidsrelatert sykefravær, uføregrad og arbeidsavklaring | 47,2 | 32,6 | 56,4 |
| Skattefinansieringskostnad sykelønn og trygd | 4,6 | 3,1 | 5,5 |
| Sum | 51,8 | 35,6 | 61,9 |

3.2.5 Tap av produktivitet på arbeidsplassen

Arbeidslivet kan gi helseplager og nedsatt helse uten at dette fører til sykefravær eller frafall fra arbeidsplassen. Dette kan gi mange former for produktivitetstap:

- Det kan være en barnehagelærer som ikke kan løfte barn, sitte på gulvet eller gjøre andre fysiske oppgaver som følger med yrket.
- En helsefagarbeider som tidligere kunne hjelpe en bruker fra seng til rullestol, men som ikke lenger kan løfte og derfor må hjelp fra en kollega eller finne andre måter å løse oppgaven på som tar mer tid eller gir lavere kvalitet for brukeren.
- En lærer på femteklassetrinnet som stadig blir sittende alene med 65 elever fordi kolleger i teamet er borte, og skolen ikke prioriterer vikar, vil ikke kunne gi samme undervisning som når de resterende tre i teamet er på jobb. Produktiviteten blir dermed lavere fordi læreren

som blir alene må løse oppgaven på en annen måte enn når hun har rammer som gjør det mulig å gi elevene god undervisning.

- Produktivitetstapet kan også komme som følge av gode kolleger som bruker tid på å støtte og avlaste en kollega som har fått helseutfordringer som følge av arbeidslivet.
- En utmattende arbeidskonflikt som involverer hele arbeidsplassen eller andre forhold som gjør at en arbeidstager, gruppe eller et arbeidsmiljø har lavere produktivitet enn de kunne hatt dersom alt hadde vært perfekt, og ingen hadde hatt noen form for helsetap som følge av arbeidslivet.
- Nedgang i produksjonen som følge av fravær. Dette kan være alt fra en utsatt operasjon, kortere åpningstid i en barnehage, lengere ekspedisjonstid, mv.
- Tidsbruk på å finne vikar eller omrokere arbeidskraft

Alt eksemplene gir produktivitetstap som har en kostnad. Listen er på langt nær uttømmende. Vi vil samtidig understreke at produktivitet ikke handler om å løpe fortere, dekke flere brukere på en vakt eller gjøre oppgaver på kortere tid. Det handler vel så mye om rammer, rom og helse til å kunne utføre oppgavene på en kvalitativt god måte.

Hvor stort dette produktivitetstapet er, eller hvordan det skal beregnes er derimot svært usikkert. Oslo Economics (2018) beregner produktivitetstap ved et ikke optimalt arbeidsmiljø ved å ta utgangspunkt i den samlede produksjonen i Norge, målt i brutto nasjonalprodukt. Det gjøres beregninger der det antas at alle var arbeidstakere hadde blitt en halv prosent mer produktive som følge av at forholdene på arbeidsplassen hadde vært optimale. Dette ville gitt en økning i produksjonsverdien på 16,2 milliarder kroner i 2017.

Vi har ikke funnet litteratur eller data som gir bedre tilnærminger enn Oslo Economic har benyttet. Vi bruker derfor samme tilnærming, men avgrenser utvalget til kvinner og har beregnet kostnadene av arbeidsmiljøeksponering som gir tap i kvinnearbeidshelsen med redusert produktivitet på 0,5 prosent.

Vårt beste anslag på produktivitetstap som følge av redusert kvinnearbeidshelse er dermed **2,5 mrd. kroner** med et usikkerhetsintervall som spenner fra 0 til 5 mrd. kroner.

3.2.6 Behandlingskostnader

Behandlingskostnader består av to kategorier; legebeseøk i primærhelsetjenesten og behandling i spesialisthelsetjenesten. Den første kategorien er beregnet med utgangspunkt i antall sykmeldinger og varighet, der det er gjort forutsetninger om antall legebeseøk per sykmelding. Beregningene gir et rimelig anslag over reelle kostnader i forbindelse med sykmeldinger og oppfølging i primærhelsetjenesten.

Når det gjelder behandling i spesialisthelsetjenesten er grunnlaget for å gjøre gode anslag atskillig dårligere. Mesteparten av kostnadene i spesialisthelsetjenesten skyldes sykdommer og ulykker som ikke er arbeidsrelaterte. Kostnadene ved arbeidsrelaterte behandlinger blir derfor også små. Usikkerhetsspennet er stort, men i og med at kostnadsposten er relativt liten, sammenlignet med produksjonsbortfallet, har denne usikkerheten mindre betydning.

Tabell 3.6 Estimerte behandlingstkostnader ved arbeidsrelatert helseplager

| | Beste estimat Mrd.kroner | Lavt estimat Mrd.kroner | Høyt estimat Mrd.kroner |
|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Arbeidsrelaterte kostnader for legekonsultasjoner | 1,9 | 1,4 | 2,2 |
| Arbeidsrelaterte kostnader i spesialhelsetjenesten | 2,4 | 1,2 | 3,5 |
| Skattefinansieringskostnad behandlingstkostnader | 0,7 | 0,4 | 1,0 |
| Sum behandlingstkostnader | 5,0 | 3,1 | 6,7 |

3.2.7 Arbeidsulykker med tap av liv og arbeidsrelaterte tap av liv

Det finnes ulike måter å estimere arbeidsrelaterte dødsfall på. Nasjonal statistikk viser at svært få kvinner dør i arbeidsulykker i Norge. I perioden 2015-2023 omkom seks kvinner i registrerte arbeidsskadedødsfall i Norge, hvilket tilsvarer mindre enn ett dødsfall i året. De fleste av disse dødsfallene skyldes vold, terror eller trafikkulykker (STAMI 2024).

Dersom man anvender anslag som omfatter dødsfall fra skader, lidelser eller sykdommer som helt eller delvis forårsakes av arbeidet, øker imidlertid tallene. WHO/ILO har estimert at i 2016 døde 1006 personer i Norge som følge av arbeidsmiljøeksponeringer. De presenterer imidlertid ikke nasjonale tall nedbrutt på kjønn eller aldersgruppe. Globalt står kvinner for 20 prosent av de arbeidsrelaterte dødsfallene. Dermed kan vi basert på disse tallene anslå 202 dødsfall blant kvinner årlig som følge av arbeidsmiljøeksponeringer. Dødsratene øker med økende alder, og dødsraten er høyest for aldersgruppen 85-89. Arbeidsmiljøeksponeringene som tilskrives flest dødsfall globalt er lange arbeidsuker, forurensninger i arbeidsluften, og arbeidsskader. De vanligste dødsårsakene er KOLS, slag, hjerte-karsykdom og ulike former for kreft i luftveiene.

Estimatene fra WHO/ILO er basert på målinger av 41 etablerte sammenhenger mellom arbeidsmiljøeksponering og helseutfall som har blitt veldokumentert gjennom forskning og jevnlig overvåkes. Allikevel er det usikkerhet tilknyttet disse anslagene da det her er snakk om utfall som i mange tilfeller tar flere tiår å utvikle. Det vil også være usikkerhet knyttet til dødsårsak, og særlig for aldersgruppen 85 år og eldre der de fleste dødsfallene som følge av eksponeringer i arbeidslivet er registret.

WHO/ILO sine estimater er produsert for å belyse den globale tilstanden i arbeidsrelaterte dødsfall. Det kan være mer nærliggende å se på estimater av dødsrater i land som likner mer på oss. Det Svenske Arbetsmiljöverket publiserte i 2019 en kunnskapsoppsummering om arbeidsrelatert dødelighet. I denne rapporten presenteres også analyser for arbeidsrelaterte dødsfall per år som følge av en rekke eksponeringer, også fordelt på kjønn. I alt estimeres det her at 1277 kvinner i Sverige døde som følge av arbeidsrelaterte skader, lidelser eller sykdommer i 2016. Det tilsvarende tallet for Norske sysselsatte kvinner blir i dette tilfellet 690. De vanligste oppgitte årsakene til arbeidsrelaterte dødsfall i denne rapporten er stress, skiftarbeid, støv og eksos i arbeidsluften.

Tabell 3.7 Samfunnsøkonomisk kostnad ved tap av liv. Mrd.kroner

| | Hoved- Beregning og beste estimat | Lavt inkludert langsiktige arbeidsskade r | Høyt inkludert langsiktige arbeidsska der |
|---|---|---|---|
| Tap av liv, arbeidsulykker | 0,047 | 0,047 | 0,093 |
| Arbeidsrelaterte dødsfall som følge av helseskadelig eksponering i arbeidslivet | Ikke relevant | 9,3 | 32,2 |
| Sum samfunnsøkonomisk kostnad | 0,047 | 9,4 | 32,3 |

Merk at vi i hovedberegningen kun har inkludert tap av liv som følge av arbeidsulykker. Lavt og høyt anslag inkluderer dødsfall som følge av eksponeringer som over tid kan føre til tap av liv. For begge kategoriene har vi brukt verdien av et statistisk liv som grunnlag for verdsettingen.

3.3 Konsekvenser for offentlige budsjetter – statens kostnader

Konsekvenser for offentlige budsjetter og samfunnsøkonomiske kostnader er to forskjellige ting selv om inngangsverdien og mye av innholdet er sammenfallende. Press på offentlige finanser er en utfordring, og det er også godt kjent at eldrebølgen vil føre til at det blir færre arbeidstagere per pensjonist.

Perspektivmeldingen 2024 (Meld. St. 31 (2023-2024)) vurderer at økt sysselsetting framstår som det mest attraktive alternativet for å dempe det framtidige presset på offentlige finanser. Det vil gi økt verdiskaping, økte inntekter og reduserte utgifter, samtidig som det er gunstig for de som kommer i arbeid. På den annen side vil tiltak for å øke sysselsetting ofte kunne innebære enten økte utgifter eller reduserte inntekter for det offentlige. Den samlede virkningen på offentlige finanser vil avhenge av budsjettgevinsten fra økt sysselsetting fratrukket kostnadene ved tiltaket.

Vi har beregnet konsekvensene for kostnader over statsbudsjettet av arbeidsrelatert helsetap for kvinner, basert på de samme inngangsdataene og forutsetningene som er brukt i den samfunnsøkonomiske analysen. Foreløpige tall fra nasjonalregnskapet for 2024 er hentet ut for å vise de samlede kostnadene på kostnadspostene som i størst grad berøres av nedsatt arbeidshelse blant kvinner. Tabell 3.8 viser utgifter hentet fra Statsregnskapet der utbetalinger til kvinner og utbetalinger til kvinner som kan tilskrives arbeidsforhold er estimert.

Tabell 3.8 Offentlige utgifter til sykepenger, uføretrygd og arbeidsavklaringspenger, 2024. Mrd. kroner

| | Totalt Statsregnskapet 2024. Mrd.kroner* | Estimert andel kvinner Mrd.kroner | Arbeidsrelatert sykkelønn, uføretrygd og arbeidsavklaringspenger kvinner Mrd.kroner |
|---------------------------------------|---|--|---|
| Utbetalt sykepenger 2024 | 61,5 | 33,4 | 12,1 |
| Utbetalt uføretrygd 2024 | 125,2 | 67,3 | 6,1 |
| Utbetalt arbeidsavklaringspenger 2024 | 46,7 | 26,5 | 4,8 |
| Sum | 233,4 | 127,2 | 23,1 |

*Beregnet basert på Statsregnskap 1.per mnd data hentet 1.mars 2024

Budsjettgevinsten er summen av direkte skatter og avgifter av arbeid (37,2 prosent av årslønn) og netto uføreytelse (uføretrygd fratrukket 18,7 prosent skatt). Vi har beregnet konsekvensene for statsbudsjett av arbeidsrelatert helsetap for kvinner til 31,5 mrd. kroner i 2024.

Tabell 3.9 Arbeidsrelatert helsetap for kvinner. Konsekvenser for offentlig budsjetter. Mrd. 2024-kroner

| | |
|---|-------------|
| Utbetalinger fratrukket skatt | 18,4 |
| Skatter og avgifter av arbeid | 13,1 |
| Sum konsekvenser for offentlige budsjetter | 31,5 |

I vurderinger av økonomiske og administrative konsekvenser for utvalget, representerer postene i tabellen over gevinstpotensialet for offentlige budsjetter. Eventuelle tiltak som krever økte offentlige midler vil komme som en kostnadspost, og må inkluderes i beregningene for å vise nettoeffekten.

3.4 Helse- og sosialsektoren – en delmengde av de samfunnsøkonomiske kostnadene

Omtrent en tredjedel av kvinner i arbeidslivet jobber i helse- og sosialsektoren. En høy andel deltidsarbeid, både frivillig og ufrivillig, gjør at sektoren har en mindre andel av arbeidskraften målt i årsverk enn i sysselsettingen. Fra et kvinnearbeidshelseperspektiv er sektoren viktig, både fordi flest kvinner jobber her, og fordi det er i denne sektoren vi finner flest arbeidsrelaterte helseplager. Vi har derfor valgt å se nærmere på de samfunnsøkonomiske kostnadene ved arbeidsrelatert sykefravær i denne sektoren.

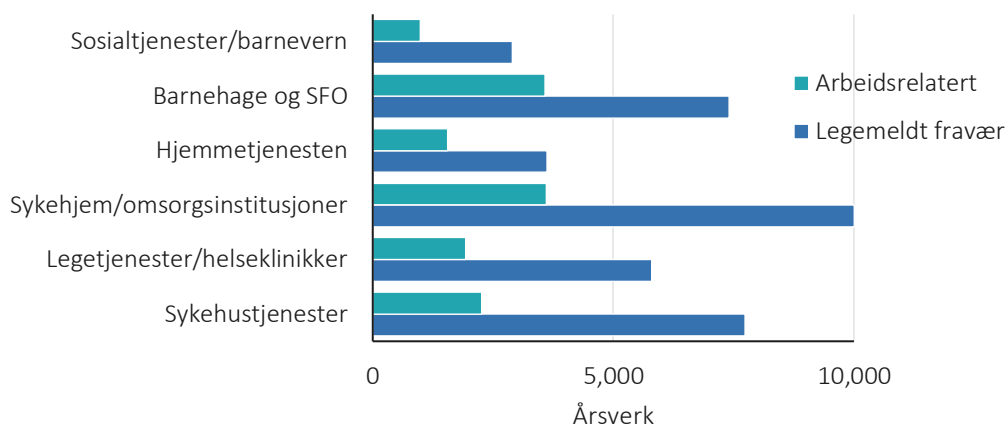
Helse- og sosialsektoren er den sektoren med høyest sykefravær, og har i tillegg det høyeste arbeidsrelaterte sykefraværet målt i prosent. Sektoren hadde, etter våre beregninger, 44 prosent av det arbeidsrelaterte sykefraværet for kvinner i 2024. I beregningene har vi brukt antall legemeldte sykefraværsdager for 2024 fra NAV mens andelen selvrapportert arbeidsrelatert sykefravær er hentet fra STAMI (2024) og Levekårsundersøkelsen (SSB: LKU. 2022). Det er de samme kildene som er brukt i beregningene av de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene.

Totalt gir det arbeidsrelaterte legemeldte sykefraværet et frafall på i underkant av 14 000 årsverk i denne sektoren. I tillegg kommer egenmeldte sykefravær, og fravær som følge av arbeidsrelatert uføregrad, arbeidsavklaring og frafall fra arbeidsplassen, sektoren eller arbeidslivet på grunn av belastende arbeidsforhold. Uføregrad og arbeidsavklaring er mindre relevant å beregne på sektornivå. Dette fordi vi ikke har forløpsdata og dermed ikke har informasjon om hvor eventuelle arbeidsrelaterte helsetap kan være påført.

I kapittel 5.2.4 ser vi på gevinstpotensialet ved å lykkes med tiltak som reduserer sannsynligheten for arbeidsrelatert sykefravær i helse- og sosialsektoren. I dette kapittelet fokuserer vi mest på kostnader og enkelte kjennetegn ved sektoren.

I Figur 3.3 viser vi hvordan det legemeldte sykefraværet i sektoren fordeler seg der sykefraværet er regnet om fra tapte dagsverk til årsverk.

Figur 3.3 Helse- og sosialsektoren. Legemeldt sykefravær målt i tapte årsverk



Kilde: NOA/STAMI, LKU-A: 2022 (SSB), NAV Sykefraværstetikk årstall 2024

Tabell 3.10 viser andelen arbeidsrelatert fravær fordelt på underkategorier. Kategorien barnehage/SFO har det høyeste prosentvise arbeidsrelaterte fraværet. Målt i bortfall av dagsverk kommer sektoren likevel omtrent på samme nivå som sykehjem/omsorgsinstitusjoner, selv om det arbeidsrelaterte sykefraværet i denne undersektoren er 12 prosentpoeng lavere enn for barnehager.

Tabell 3.10 Arbeidsrelatert legemeldt fravær. Kvinner. Helse- og sosialsektoren

| Sektor | Andel arbeidsrelatert legemeldt fravær (STAMI, 2024) |
|-------------------------------|--|
| Sykehustjenester | 29,2 % |
| Legetjenester/helseklinikker | 33,3 % |
| Sykehjem/omsorgsinstitusjoner | 36,0 % |
| Hjemmetjenesten | 43,1 % |
| Barnehage og SFO | 48,4 % |
| Sosialtjenester/barnevern | 34,0 % |

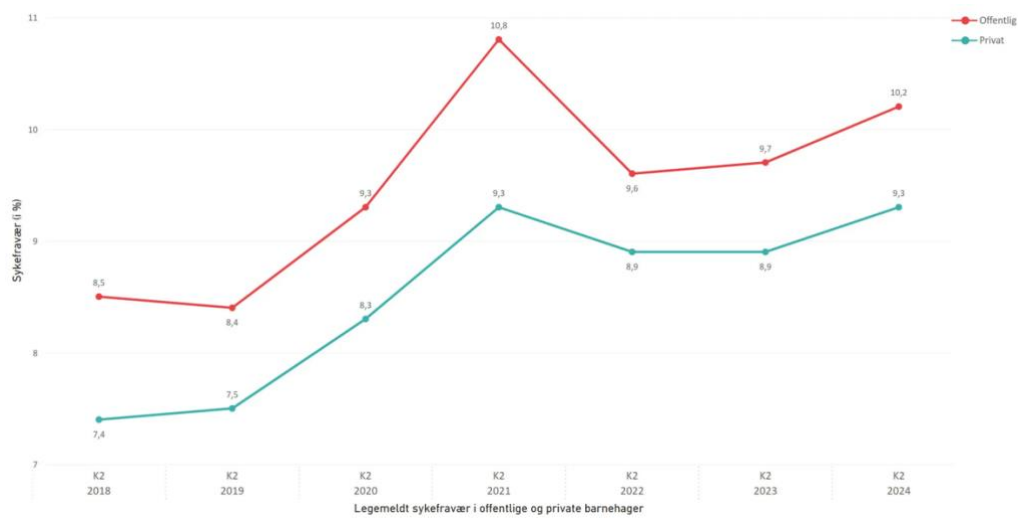
Kilde: NOA/STAMI. LKU-A: 2022 (SSB)

Kjennetegn ved enkelt næringer i sektoren

«Sykehjem/omsorgsinstitusjoner» og «Hjemmetjenesten» har kvinneandel på 82 prosent og sysselsetter nær 150 000 kvinner. Dette er i all hovedsak kommunale arbeidsplasser, med en liten andel private/ideelle aktører. Private aktører innen sykehjem/omsorgsinstitusjoner leverer som hovedregel tjenester på kontrakt med kommunen. «Hjemmetjenesten» domineres også av kommunalt ansatte, men med enkelte tilbydere som leverer tjenester direkte til bruker eller til kommunen.

I underkant av halvparten av barnehagene er offentlige, men offentlige barnehager er i gjennomsnitt større enn private barnehager. Offentlige barnehager har derfor mer enn halvparten av barnehagebarna. Barnehagesektoren ligger høyt både på sykefravær og arbeidsrelatert sykefravær. Private barnehager ligger rimelig konstant med om lag 1 prosentpoeng lavere fravær enn offentlige.

Figur 3.4 Sykefravær i offentlige og private barnehager



Kilde: Barnehagemonitor/SSB/Barnehage.no

Datagrunnlaget for arbeidsrelatert sykefravær skiller ikke mellom private og offentlige barnehager. Vi har dermed ikke grunnlag for å kunne anta noe om det det er forskjeller i det arbeidsrelaterte legemeldte sykefraværet. Det er bemanningsnormer i barnehagesektoren. Det er derfor rimelig å anta at det ikke er vesentlige forskjeller i antall barn per ansatt mellom private og offentlige barnehager. Med systematiske forskjeller i sykefraværet over tid, vil de offentlige barnehagene nødvendigvis ha høyere personalkostnader enn private barnehager knyttet til sykefravær. I kapittel 3.5 gir vi noen eksempler på hva virksomhetenes kostnader ved arbeidsrelatert helsetap kan være.

Risikofaktorer i sektoren er knyttet til relativt høy forekomst av sterk støy, høye jobbkraav og lav jobbkontroll, høye emosjonelle krav, vold og trusler (situasjoner der barn er utagerende), ubekvemme løft, arbeid på huk og knær samt eksponering for biologisk materiale som kroppsvæsker, sammenliknet med gjennomsnittet for alle næringer. Kostnadene ved disse risikofaktorene vises gjennom et høyt arbeidsrelatert sykefravær. Tiltak rettet mot disse konkrete risikofaktorene vil kunne gi betydelige samfunnsøkonomiske gevinster.

I likhet med andre næringer i sektoren er det utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde arbeidskraft og kanskje særlig barnehagelærere. Ifølge Utdanningsforbundet er det også en høy avgang fra dette yrket. Det oppgis at 4 av 10 barnehagelærere i yrkesaktiv alder ikke arbeider i barnehage⁹. For den enkelt barnehageeier kan de største gevinstene ved å lykkes med et å skape et mindre helsebelastende arbeidsmiljø være andre enn de direkte kostnadene som kan regnes i kroner og øre.

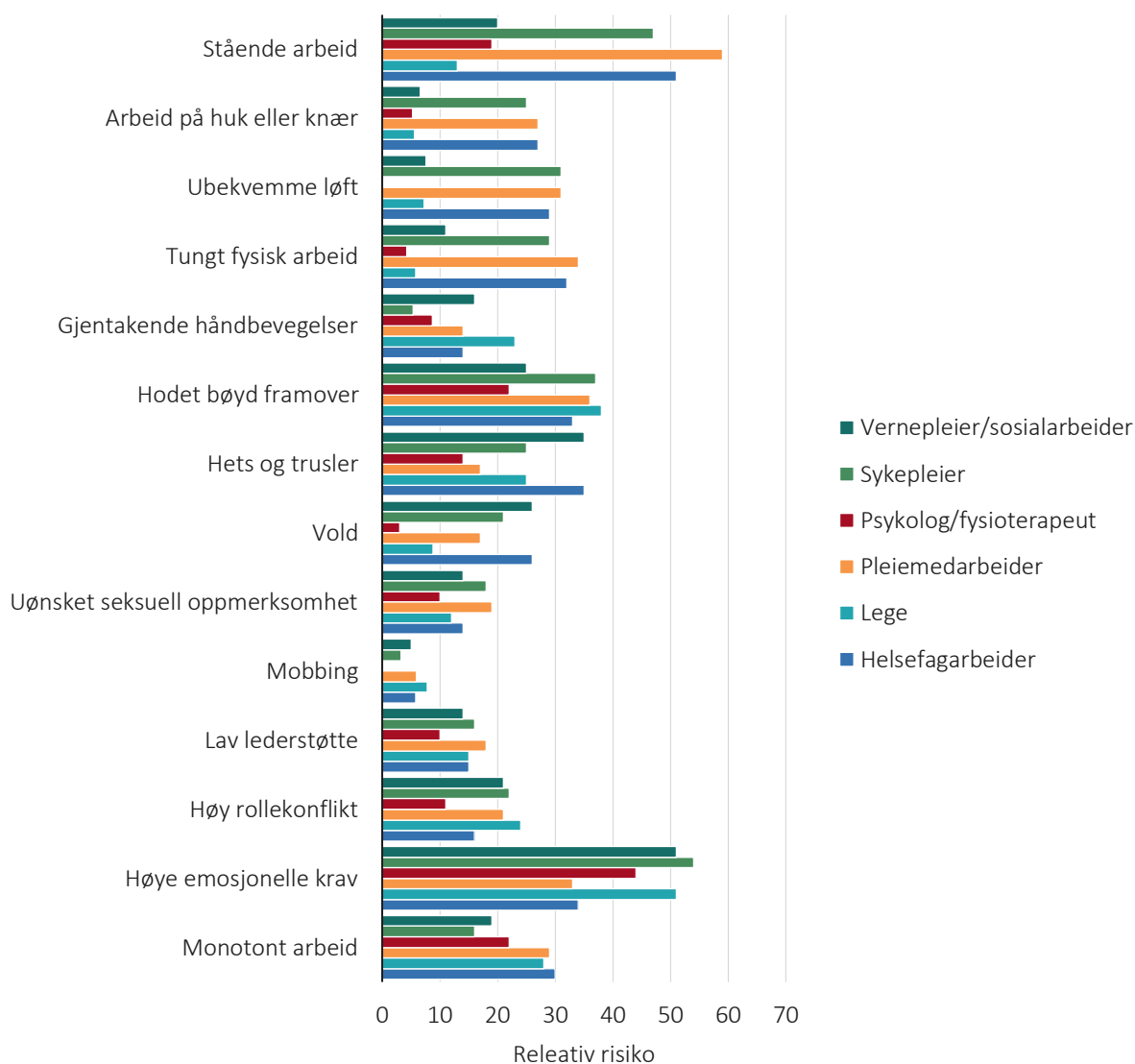
Store variasjoner på tvers av virksomheter som i utgangspunktet framstår som sammenlignbare mht. tjenestene som leveres, brukere og bemanning, tilsier at det er mulig å lykkes med forebyggende tiltak som i større grad enn i dag ivaretar kvinners arbeidshelse.

⁹ <https://www.utdanningsforbundet.no/var-politikk/kampanjer/tid-for-de-minste/tall-og-statistikk-om-bemanning-i-barnehagen/>

3.4.1 Risikofaktorer for helserelaterte yrker

Figur 3.5 viser risikofaktorer i et utvalg helserelaterte yrker. Figuren bygger på data fra STAMI (2024). Som det framgår av figuren er stående arbeid en risikofaktor pleiemedarbeidere og helsefagarbeidere, mens høye emosjonelle krav er den største risikofaktoren for leger, sykepleiere og vernepleiere/sosialarbeidere. Pleiemedarbeidere har også en høy relativ risiko knyttet til ubekvemme løft og tungt fysisk arbeid i tillegg til også de har en høy emosjonell belastning. Sykehjem/omsorgsinstitusjoner har står for en stor andel av det arbeidsrelaterte sykefraværet for kvinner. Forebyggende tiltak rettet mot de nevnte risikofaktorene har et stort gevinstpotensial, og vil også kunne bære relativt sett høye tiltakskostnader og fremdeles være lønnsomme for samfunnet, virksomhetene og kommunene.

Figur 3.5 Arbeidsmiljøeksponeringer for helserelaterte yrker



Kilde: STAMI (2024)

3.5 Virksomhetenes kostnader ved sykefravær

Arbeidsgivere dekker sykepenger de første 16 dagene av sykefravær, med skjermingsordninger for kronisk syke og svangerskapsrelaterte sykdommer. Det finnes en forsikringsordning i NAV for små virksomheter som dekker sykepenger fra 4. til 16. fraværsdag. Det finnes også private forsikringsordninger som kan bidra til å redusere arbeidsgivers kostnader ved sykefravær. Utbetaling av sykepenger ved sykefravær (egenmeldt og legemeldt) er en direkte kostnad for virksomhetene.

Kostnadene ved sykefravær inkluderer mer enn bare sykepenger. Andre kostnader omtales ofte som indirekte kostnader. De indirekte kostnadene sammenfaller i stor grad med det vi har omtalt som produktivitetstap i gjennomgangen over.

Arbeidsgivers indirekte kostnader ved sykefravær varierer på tvers av bransjer, størrelser og bedrifter. Det finnes også en rekke «sykefraværskalkulatorer» tilgjengelig der arbeidsgiver kan beregne kostnadene. Felles for de fleste beregningene er at det skilles mellom direkte og indirekte kostnader. Vi har tatt utgangspunkt i en modell utviklet av SINTEF der virksomhetenes kostnader er beregnet med utgangspunkt i en større spørreundersøkelse (Hem, 2011). Kostnadene er oppdatert i flere sammenhenger. NHO (2024) anslår med utgangspunkt i SINTEF-modellen bedriftenes ekstrakostnader til 21 000 kroner per uke sykefravær i 2024. Kostnadene varierer avhengig av organisasjonens fleksibilitet og andre faktorer. Ved sykefravær ut over 16 dager vil nettokostnaden reduseres som følge av at lønn opp til 6 G til den sykemeldte blir kompensert av NAV.

De indirekte kostnadene ved sykefravær, såkalte skjulte utgifter, ved sykefravær er blant annet:

- Lønnsutbetaling til vikarer
- Nedgang i produksjonen eller omsetningen frem til og etter sykefraværsperioden
- Ekstra belastning for andre ansatte og evt. overtidbetaling til disse
- Nedsatt effektivitet i avdelingen pga. kollegaens sykemelding
- Tap av kunder for eksempel pga. for lang ekspedisjonstid
- Kostnader i tid og penger ved å finne en vikar for den syke ansatte
- Kostnader ved eventuell roking av andre medarbeidere
- Kostnader for lederen i form av tid brukt på sykesamtaler og opplæring av nye kollegaer eller forbedre ansatte på endringer

Et kompensasjonstak på 6G betyr at omtrent to tredjedeler av lønsmottakere i Norge får full lønn under sykdom gjennom folketrygden. Statsansatte og kommunalt ansatte har rett til full lønn under sykdom uavhengig av lønnsnivå. I privat sektor varierer det mht. dekning av kostnader over 6 G. Noen er bundet av tariffavtaler, som gir full lønn under sykdom, men disse varierer og mange begrenser retten til tre måneder. For øvrige ansatte i privat sektor avhenger retten til full lønn under sykdom vanligvis av individuelle avtaler eller bedriftsinterne ordninger. En bedriftsundersøkelse gjennomført av NHO i 2023 viser at nesten 39 prosent av virksomhetene og omtrent halvparten av de ansatte hadde slike ordninger (NHO, 2024).

Ordninger som kan dempe bedriftens risiko og kostnader ved sykefravær

Skjermingsordningen for kronisk syke og andre med risiko for høyt sykefravær innebærer at arbeidsgivere kan fritas for sykepenges i arbeidsgiverperioden for de arbeidstakerne som kvalifiserer. Hensikten med ordningen er å gjøre det enklere for arbeidstakere med risiko for høyt sykefravær å komme inn i arbeidsmarkedet, og å bidra til at disse arbeidstakerne blir værende i arbeidsmarkedet. Vista Analyse har evaluert skjermingsordningen (Vista Analyse, 2022). I evalueringen konkluderer vi med at skjermingsordningen stort sett fungerer etter hensikten. Ordningen ser ut til å bidra til høyere arbeidsdeltakelse i ett til to år etter at man er blitt medlem av ordningen, men virkningen på lenger sikt avtar og er usikker. Arbeidsgivere oppgir at ordningen gjør det lettere å ansette personer med risiko for høyt sykefravær. Ordningen er brukt av færre enn antallet som sannsynligvis kvalifiserer til å delta i ordningen. I tillegg til å dempe arbeidsgivers kostnader, kan denne type ordninger bidra til at arbeidsgivere ansetter personer, i dette tilfelle kvinner, som av ulike årsaker kan ha en risiko for høyt sykefravær.

Det finnes også en forsikringsordning for små bedrifter der bedrifter med samlede lønnsutgifter på under 40 G kan forsikre seg mot betaling av sykepenges i arbeidsgiverperioden etter dag tre av en sykemelding. Ordningen er finansiert av forsikringspremiene til deltakende bedrifter. Også denne ordningen er evaluert av Vista Analyse. Det viktigste funnet i evalueringen er at forsikringsordningen brukes av svært få, og er lite kjent blant målgruppen. Virksomhetene som bruker forsikringsordningen, har høyere sykefravær enn sammenlignbare virksomheter. Det er mest sannsynlig forårsaket både av en seleksjonseffekt, og at ordningen i seg selv gir svekkede incentiver til å begrense fraværet. Høyere fravær blant de forsikrede virksomhetene er uheldig da det gjør forsikringen dyrere og lite attraktiv for virksomheter med en gjennomsnittlig fraværslisiko.

I tillegg finnes det private forsikringsordninger som arbeidsgivere kan benytte seg av. Mange ordninger og store variasjoner gjør det vanskelig å fastsette gode gjennomsnittstall for arbeidsgivers kostnader.

Vi mener likevel at det er godt belegg for å anslå en kostnad som ligger mellom 21 000 kroner og 26 000 kroner per uke, tilsvarende pluss/minus 5 000 kroner per sykedag. Med utgangspunkt i tapte dagsverk/årsverk som er beregnet foran tilsier dette at virksomhetenes kostnader knyttet til arbeidsrelatert sykefravær blant kvinner er på +/- 40 mrd. kroner per år.

Virksomhetene har ikke kostnader ved uføretrygd, men kan ha indirekte kostnader ved gradert uførhet. Bedriftens faste kostnader kan i mange tilfeller være tilnærmet de samme ved en med gradert uførhet som for en fulltidsansatt.

3.5.1 Kommunenes kostnader basert på modell utviklet av KS

KS har utviklet en modell som beregner kostnadene ved sykefravær i kommunesektoren samlet og per kommune/fylkeskommune. Modellen beregner også hvordan kostnadene fordeles mellom arbeidsgiver og staten. Dette inkluderer kostnader for arbeidsgiver ved fravær utenfor arbeidsgiverperioden.

I likhet med beregningene av de samfunnsøkonomiske kostnadene presentert foran, defineres kostnad som verdien av produksjonstapet som oppstår når ansatte har sykefravær. Verdien beregnes som kostnadene som går tapt ved sykefravær.

KS har beregnet at kostnadene ved sykefraværet i kommunal sektor per 2023 var på omtrent 30 milliarder kroner. Kostnadene inkluderer både kvinner og menns sykefravær (KS, 2024).

I Tabell 3.11 viser vi et eksempel på kommunen som arbeidsgiver sine kostnader ved et sykefravær på hhv. 8,5 prosent og 7,5 prosent basert på KS sin modell. Eksempelkommunen har 9000 innbyggere. Eksempelkommunen er litt større enn mediankommunen i Norge i 2020 som hadde et folketall på ca. 5100 innbygger og litt mindre enn gjennomsnittskommunen som i 2020 var på ca. 15 000 innbyggere.

Som det framgår av eksempelet vil kommunens gevinst som arbeidsgiver ved å redusere sykefraværet med ett prosentpoeng være på 2,5 millioner kroner. En stor kommune, som eksempelvis Bergen, vil få en gevinst på omtrent 53 millioner kroner ved å redusere sykefraværet med ett prosentpoeng.

Kommunene er arbeidsgiver for en stor andel av de yrkesaktive kvinnene, og er også arbeidsgiver i de sektorene med høyest arbeidsrelatert sykefravær blant kvinner. Det ligger med andre ord et stort gevinstpotensial i bedre forebyggingsarbeid i kommunal sektor.

Kostnadspostene som inngår i KS-modellen, er vist i regneksemelet i Tabell 3.11. I motsetning til SINTEF-modellen som også inkluderer indirekte kostnader, har KS-modellen kun kommunenes (arbeidsgivers) direkte kostnader med i beregningene. Kostnadsberegningene er dermed ikke sammenlignbare.

Tabell 3.11 Regneksempel fra en kommune med 9000 innbyggere

| | Sykefravær 8,5 prosent | Sykefravær 7,5 prosent |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Arbeidsgivers kostnad i arbeidsgiverperioden | 21 032 438 | 19 334 082 |
| Arbeidsgivers kostnad i arbeidsgiverperioden, eks pensjonskostnad og arbeidsgiveravgift på pensjonskostnad | 17 899 947 | 16 454 538 |
| Arbeidsgivers kostnad til pensjon i arbeidsgiverperioden | 2 745 391 | 2 523 702 |
| Arbeidsgivers kostnad til arbeidsgiveravgift på pensjon i arbeidsgiverperioden | 387 100 | 355 842 |
| Arbeidsgivers kostnad utenfor arbeidsgiverperioden | 6 390 244 | 5 502 710 |
| Arbeidsgivers kostnad utenfor arbeidsgiverperioden, eks pensjonskostnad og arbeidsgiveravgift på pensjonskostnad | 927 583 | 798 752 |
| Arbeidsgivers kostnad til lønn utover 6G utenfor arbeidsgiverperioden | 376 669 | 324 353 |
| Arbeidsgivers kostnad til feriepenger på lønn utover 6G utenfor arbeidsgiverperioden | 45 877 | 39 505 |
| Arbeidsgivers kostnad til arbeidsgiveravgift på feriepenger og lønn utover 6G utenfor arbeidsgiverperioden | 59 579 | 51 304 |
| Arbeidsgivers kostnad til feriepenger utover det trygden refunderer på lønn inntil 6G | 390 410 | 336 187 |
| Arbeidsgivers kostnad til arbeidsgiveravgift på feriepenger inntil 6G | 55 048 | 47 402 |
| Arbeidsgivers kostnad til pensjon utenfor arbeidsgiverperioden | 4 787 608 | 4 122 663 |
| Arbeidsgivers kostnad til arbeidsgiveravgift på pensjon utenfor arbeidsgiverperioden | 675 053 | 581 295 |
| Sum | 27 422 682 | 24 836 792 |

Kilde: Beregninger basert på regnemodell hentet fra KS

3.6 Nytte og kostnader beregnet på individnivå – livsløpsbetraktning

I dette avsnittet belyser vi gjennom noen scenarier hva de samfunnsøkonomiske konsekvensene av et en kvinne påføres et arbeidsrelatert helsetap som gjør at hun faller ut av arbeidslivet. Vi ser på ulike scenarier for livsløpet, dvs. når vedkommende faller ut og hvor lenge hun står utenfor arbeidslivet som følge av helsetapet fra arbeidslivet.

I beregningene er det lagt til grunn at kvinner som faller ut av arbeidslivet som følge negative eksponeringer i arbeidslivet kan være mer sensitive for ytre eksponeringer enn de som står i arbeid. Med utgangspunkt i denne forutsetningen har vi lagt til grunn at denne gruppen vil ha noe redusert arbeidsevne, eller lavere arbeidsinnsats enn gjennomsnittet i befolkningen før de faller ut. Det er derfor lagt en beregningsteknisk forutsetning om at gruppen vil ha en produksjonsevne som tilsvarer 75 prosent av gjennomsnittet i befolkningen.

Vi har regnet på ulike livsløpsløpsscenarioer. Merk at det beregnes nåverdi over en periode der analyseperioden i hvert scenario er satt lik det antall år som det er forutsatt at personen står

utenfor arbeidslivet. Tiltaks- eller behandlingkostnader er ikke inkludert. Arbeidsdeltagelse kan gi positive helsegevinster og økt livskvalitet. Dette er ikke inkludert i beregningene.

3.6.1 Forutsetninger, inngangsdata og resultater

Det legges til grunn at personen tilhører en gruppe med noe lavere produksjon enn gjennomsnittet. Lavere produksjon kan både være en følge av lavere stillingsandel og/eller lavere produktivitet enn gjennomsnitt som følge av helseplagene (psykisk eller fysisk) som gjør at vedkommende står i fare for å bli ufør.

Produksjonsverdien av arbeidsinnsats antas å være lik lønnskostnadene dvs. lønn inklusiv skatt, arbeidsgiveravgift og pluss sosiale kostnader. Det legges til grunn at lønnen er 75 prosent av gjennomsnittlig årslønn i 2024, og at arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader samlet tilsvarer 30 prosent av lønnen.

Dersom vedkommende faller ut av arbeidslivet vil hun få en uføreytelse tilsvarende 66 prosent av beregnet lønn. Den samfunnsøkonomiske kostnaden ved trygd og offentlige ytelser er som vist over, skattefinansieringskostnaden, dvs. 20 prosent av utbetalingen.

Kostnadene over offentlige budsjetter (budsjettgevinst) er beregnet for seg. Kostnadene er som vist over, summen av direkte skatter og avgifter av arbeid (36,1 prosent av årslønn) og netto uføreytelse (uføretrygd fratrukket 18,7 prosent skatt). I beregningene benyttes det en kalkulasjonsrente på 4 prosent, i henhold til Finansdepartementets R-109/21. Lønnskostnader og uføreytelse realprisindekteres med 0,5 prosent, som tilsvarer det langsiktige anslaget for vekst i BNP per innbygger i Perspektivmeldingen 2024.

Forutsetninger og inngangsdata er oppsummert i følgende tabell:

Tabell 3.12 Forutsetninger og inngangsdata for beregning av livsløpskostnad på individnivå

| Inngangsdata og forutsetninger | data | Kilde |
|--|-------------|--|
| Gjennomsnittlig årslønn alle sektorer 2024. | NOK 705 100 | SSB tabell 11536 |
| Arbeidsgiveravgift, sosiale kostnader mv. andel av årslønn | 30 % | Vanlig beregningsforutsetning, se f.eks. NOU 2021:12 |
| Realprisjustering lønn | 0,50 % | Rundskriv 109/21 og Perspektivmeldingen 2024 (Meld. St. 31 (2023-24)) |
| Skattefinansieringskostnad | 20 % | Rundskriv 109/21 |
| Kalkulasjonsrente | 4 % | Rundskriv 109/21 |
| Produksjon av gjennomsnittsbefolkningen | 75 % | Forutsetning begrunnet i forventet arbeidsevne i gruppen person tilhører |

I de følgende beregningene tar vi for oss nåverdien for 2 ulike scenarier:

A: Kvinnen møter en høy arbeidsbelastning fra første dag i arbeidslivet som gir et helsetap som ikke er forenlig med fortsatt arbeid. Kvinnen faller ut av arbeidslivet i en alder av 37 år og står utenfor arbeidslivet i 30 år, og blir uføretrygdet fram til pensjonsalder.

B: Kvinnen blir sykemeldt, og ender som ufør 20 år før pensjonsalder.

Den samfunnsøkonomiske og budsjettmessige kostnaden er vist i tabellen under. Kostnadene viser også gevinstpotensialet ved å lykkes med en forebygging som gjør at en kvinne som ellers

ville falt ut av arbeidslivet som følge av belastninger og helsetap påført av arbeidslivet ivaretas, og står i arbeid fram til pensjonsalder.

Tabell 3.13 Prissatte gevinster i millioner kroner (nåverdi), 2024 kroner:

| | Produksjon stap | Skattefinansiering skostnad av uføretrygd | Samlet samf.øk kostnad | Budsjettk ostnad |
|---|--------------------|---|------------------------------|---------------------|
| A Kvinnen faller ut av arbeidslivet 30 år før pensjonsalder, og blir uføretrygdet fram til pensjonsalder. | 12,6 | 1,4 | 14,0 | 9,0 |
| B Kvinnen faller ut av arbeidslivet 20 år før pensjonsalder, og blir uføretrygdet fram til pensjonsalder. | 9,7 | 1,0 | 10,7 | 6,7 |

Kostnader ved eventuelle tiltak er ikke inkludert. Kostnadene speiler også det dirkede gevinstpotensialet ved eventuelle forebyggingstiltak i et godt og helsefremmende arbeidsmiljø som ivaretar helse på en måte som gjør at kvinnene i de to scenariene står i arbeidslivet fram til pensjonsalder.

Kvinnen selv vil uansett bære de største kostnadene. Det er hun som må leve med et påført helsetap, og som også vil få en lavere livsløpsinntekt som følge av at hun ikke kan arbeide.

Helsegevinsten og øvrige gevinster ved å være i arbeid for personen det angår er ikke inkludert i talleksemlene.

4 Helsekostnader i helseøkonomiske analyser

Vurderinger av de samfunnsøkonomiske konsekvensene av kvinner arbeidshelse ligger metodisk sett i grenselandet mellom helseøkonomiske analyser der begreper som DALY eller QALY står sentral, og samfunnsøkonomiske analyser der det ikke settes kroneverdier på denne type verdier. I dette kapitlet går vi kort gjennom ulike mål som brukes i samfunnsøkonomiske analyser og helseøkonomiske analyser.

Vi har ikke inkludert verdien av arbeidsrelatert helsetap i de samfunnsøkonomiske analysene. FHI viser at yrkesrelaterte arbeidstapet for kvinner i Norge, kun representerer i underkant av 2 prosent av kvinners helsetap målt i DALY. Dette tilsier at det er andre forhold som står bak de største sykdomsbyrdene som rammer kvinner.

4.1 Samfunnsøkonomi og helseøkonomi

I enkelte tilfeller skjer det at mennesker dør som følge av arbeidet. Arbeidsrelaterte helseplager kan også gi redusert livskvalitet. Årsakssammenhengene kan være komplekse. Forhold på arbeidsplassen virker sammen med en rekke andre forhold på helse og livskvalitet, og det kan gå mange år fra eksponering til for tidlig død.

Usikkerheten gjør vi ikke har innarbeide verdien av tapt liv utover tap av liv ved arbeidsulykker og livskvalitet i de samfunnsøkonomiske kostnadene presentert i kapittel 3. Samtidig er det viktig å anerkjenne at slike verdier kan være betydelige. I dette avsnittet beskriver vi ulike måter å forstå slike verdier på. Vi gjengir også verdien av et statistisk liv, som er den eneste av disse verdiene som er fastsatt i rammeverket for samfunnsøkonomiske analyser.

Usikkerheten i verdsettingen av tapt liv og livskvalitet gjelder både grunnlagsstørrelsene og verdsettingen av dem. Grunnlagsstørrelsene: Hvor mange dødsfall og tapte leveår forårsakes av arbeidet? Hvor mange får redusert sin livskvalitet som følge av arbeidet, og hvor mye reduseres livskvaliteten deres med? Dernest verdsettingen: Hva er verdien av et liv? Hva er verdien av redusert livskvalitet?

Rammeverket for samfunnsøkonomiske analyser anerkjenner usikkerheten. De mest relevante dokumentene i denne sammenhengen er Finansdepartementets rundskriv R-109/21 Prinsipper og krav ved samfunnsøkonomiske analyser og Helsedirektoratets nylig oppdaterte temaveileder til Utredningsinstruksen om verdsetting av helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2024). Et viktig grunnlagsdokument for disse er NOU 2012: 06 Samfunnsøkonomiske analyser.

Vi viser til R-109/21: «Det er ikke nødvendig å tilordne en økonomisk verdi til helsemålene statistiske liv, statistiske leveår eller kvalitetsjusterte leveår for å benytte disse målene i en samfunnsøkonomisk analyse, for eksempel ved gjennomføring av kostnadseffektivitetsanalyser eller kostnads virkningsanalyser.»

Usikkerheten understrekes også i Helsedirektoratets temaveileder: «I større grad enn tidligere vil vi også tydeliggjøre at anbefalingene er basert på stor usikkerhet, både teoretisk og empirisk, og

at anbefalingene vi kommer med dermed er både er pragmatiske og foreløpige. Usikkerheten gjelder både hvordan vi kan måle virkninger på helse- og livskvalitet ved ulike helseenheter, og hvordan vi kan gi slike virkninger/helseenheter en økonomisk verdsetting.» (Helsedirektoratet, 2024, side 12).

4.1.1 Tap av liv – verdien av et statistisk liv (VSL)

Hva er verdien av et menneskeliv? Det er utviklet en metodikk som fastsetter denne verdien til bruk i samfunnsøkonomiske analyser. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at dette er bare én av mange måter å vurdere menneskers verdi på, se under.

Verdien av et statistisk liv (VSL) er fastsatt i Finansdepartementets rundskriv R-109/21: «Verdien av et statistisk liv (VSL) er definert som verdien av en enhets reduksjon i forventet dødsfall i en gitt periode. En estimert VSL representerer den totale betalingsvilligheten til en gitt populasjon (her Norges befolkning) for en risikoreduksjon som er akkurat stor nok til at en forventningsmessig vil spare ett liv. Ved fastsettelsen av betalingsvillighet er det forutsatt at tiltaket berører et stort antall individer og at risikoen for hver enkelt er liten.

- Den økonomiske verdien av et statistisk liv settes til 30 mill. 2012-kroner. Denne skal benyttes for alle sektorer.
- For analyser spesielt rettet mot barns sikkerhet, kan det som en tilleggsanalyse anvendes en verdi som er to ganger dette.
- Den økonomiske verdien av et statistisk liv skal oppjusteres tilsvarende veksten i BNP per innbygger i siste tilgjengelige Perspektivmelding fra Finansdepartementet.»

Verdien av et statistisk liv blir med denne metodikken anslått til 46,9 mill. kroner i 2024.

Ifølge Helsedirektoratets temaveileder omfatter VSL «materielt konsum og alt annet konsum/aktivitet som gir livskvalitet, også verdien av helserelatert livskvalitet». Helsedirektoratet, 2024, side 34). Ifølge Holden-utvalget kan VSL ses som å «omfatte 'alt som gir livet verdi', både av materiell karakter (produksjonsverdier) og ikke-materiell karakter (velferdsverdier).» Begrepet «statistisk liv» brukes for å understreke at det ikke dreier seg om konkrete menneskeliv, men en form for abstraherte gjennomsnittsbetraktninger.

Selv om det er fastsatt en verdi på et menneskeliv til bruk i samfunnsøkonomiske analyser, er det viktig å være klar over at dette bare er én måte å tenke om menneskeverd på. Enkelt sagt representerer VSL verdien av et menneske for *mennesker i Norge her og nå, med vekt på den økonomiske verdien*. Andre perspektiver kan legge større vekt på den emosjonelle og eksistensielle verdien et menneske kan ha for dem rundt seg. Et menneske kan dessuten ha verdi for dyr og planter – og et menneske i Norge kan ha verdi for mennesker (og dyr og planter) i andre land. Fra et religiøst perspektiv kan et menneske ha verdi for Gud.

Selv når vi antar et snevert «for mennesker i Norge her og nå»-perspektiv er det verdt å merke seg at verdsettingen ser bort fra heterogeniteten i den reelle befolkningen og antar at et menneske har like stor samfunnsøkonomisk verdi uavhengig av dette menneskets produktivitet, arbeid, antall barn, helse osv.

4.1.2 Tapt livskvalitet – QALY og DALY – målenheter i helseøkonomiske analyser

Arbeidsrelaterte helseplager kan gi redusert livskvalitet som kan utgjøre betydelige kostnader både for den enkelte og for samfunnet. Tilsvarende kan økt livskvalitet utgjøre en betydelig gevinst ved tiltak som lykkes i å redusere arbeidsrelaterte helseplager. Analysene omtalt i kapittel 0 har beregnet verdien i arbeidsrelatert tap av helse (DALY) i beregningene av samfunnskostnadene ved arbeidsrelatert sykdom og skade, også omtalt som ikke-optimalt arbeidsmiljø. I kapittel 4.2 viser vi eksempler på data fra GDB-prosjektet der blant annet utviklingen i DALY på verdensbasis, deriblant Norge.

Livskvalitet beskrives av Helsedirektoratet som «et helhetsperspektiv på livet til enkeltmennesker og grupper, både på ett gitt tidspunkt, en periode i livet og over livsløpet. Det er et normativt begrep som understreker at et godt liv har flere kjennetegn, både av materiell og ikke-materiell art. Hvilke kjennetegn dette er varierer, men blant de mest sentrale finner vi frihet og autonomi, trygghet og mening, helse og livsglede, deltaking og engasjement, mestring og selvutvikling, samt fravær av unødig lidelse.»¹⁰

Det er verdt å merke seg at livskvalitet er en individuell størrelse som består av subjektive og objektive komponenter. Livskvalitet er *opplevd* og *egenvurdert*. Livskvalitet omfatter objektive størrelser som helsetilstand, funksjonsevne og levekår. Livskvalitet omfatter individets subjektive forståelse av arbeidsrelaterte helseplager, men også den subjektive forståelsen av endringen i de objektive størrelsene.

For å få frem kompleksiteten: Sett at fire ansatte har samme arbeidsbelastning, for eksempel tunge løft. Disse fire kan ha ulike forutsetninger for å tåle belastningen, slik at bare to får redusert helse som følge av den. Disse to kan imidlertid også oppleve denne endringen ulikt, og respondere ulikt på den, slik at endringen i livskvalitet blir svært forskjellig.

Kvalitetsjusterte leveår (QALY) og **helsetapsjusterte leveår (DALY)** er to metoder for beregning av tapt livskvalitet. Helsedirektoratets veileder vier atskillig plass til diskusjon av de to metodene, men uten å gi klare definisjoner eller anbefalinger til hvordan de bør brukes.¹¹ Heller ikke i andre deler av rammeverket for samfunnsøkonomisk analyse er dette gjort. Vi går derfor til utenlandske kilder for definisjoner.

Kvalitetsjusterte leveår (QALY) er et mål på helsetilstanden til en person eller en gruppe der gevinstene i form av leveår, justeres for å reflektere livskvaliteten på de ekstra leveårene.¹² Ett kvalitetsjustert leveår (QALY) kan dermed ses som ett ekstra år med perfekt helse. QALY beregnes ved å estimere antall ekstra leveår som følge at et tiltak, og multiplisere dette med en indikator for livskvalitet (på en skala fra 0 til 1). Livskvalitet kan her forstås som personens evne til å utføre daglige gjøremål, og frihet fra smerte og uro.

Helsetapsjusterte leveår (DALY) er et mål på konsekvensene av et helseproblem i form av antallet tapte helsejusterte leveår.¹³ Ett helsetapsjustert leveår (DALY) kan dermed ses som tapet av ett år med perfekt helse. Helsetapsjusterte leveår for et gitt helseproblem beregnes som summen av det dette problemet forårsaker av tapte leveår som følge av prematur dødelighet (YLL) og antallet

¹⁰ Side 7-9.

¹¹ Se bl.a. Vedlegg 2 og 4.

¹² Beskrivelsen av QALY er hentet fra National Institute of Health and Care Excellence: [Glossary | NICE](#).

¹³ National Institute of Health and Care Excellence [Glossary | NICE](#)

tapte gjenværende leveår med god helse (YLD). YLL beregnes som antallet dødsfall multiplisert med en faktor som fanger opp de avdødes alder, mens YLD beregnes som antallet år med svekket helse multiplisert med en indikator for hvor mye helsen er svekket.¹⁴

Selv om QALY i utgangspunktet sier noe om gevinster av tiltak, mens DALY sier noe om kostnader ved svekket helse, kan fortolkningene enkelt snus slik at de begge kan si noe om både gevinster og kostnader. Det kan også argumenteres for at QALY fanger opp flere sider ved livskvalitet enn DALY, som er mer spisset mot helse.

I praksis er det likevel tilgangen på data og gode indikatorer som først og fremst bestemmer bruken av QALY og DALY. Et konkret eksempel på bruk av QALY med DALY som supplement, er Holden-utvalgets utredninger av smitteverntiltak ved Covid-19.¹⁵ Her drøftes også bruken av VSL som utgangspunkt, og farene dette gir for dobbelttelling.

4.2 Utviklingen i DALY og risikofaktorer anslått av GDB

FHI¹⁶ presenterer utviklingen i sykdomsbyrden i Norge etter kjønn og alder. Resultatene er basert på det globale sykdomsbyrdeprosjektet (GBD2021).

Resultatene viser at sykdomsbyrden per 100 000 kvinne i Norge fallende, dvs. at norske kvinner i dag lever med en lavere sykdomsbyrde enn noen gang tidligere. Norge, i likhet med resten av Norden, har også en lav sykdomsbyrde sett i en global sammenheng.

GBR har også anslått det *arbeidsrelaterte helsetapet* i Norge for kvinner til 11 614 DALY i 2021. Dette representerer under 2 prosent av totale DALY for norske kvinner. Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettsykdommer knyttet til ergonomiske risikofaktorer i yrket summerer seg til i underkant av 5 000 DALY, og er dermed den største bidragsyteren til tapt livskvalitet på grunn av arbeidsrelaterte forhold. Eksponering for kreftfremkallende stoffer gav tapt livskvalitet på 2300 DALY i 2021. Lungekreft er den dominerende sykdomsgruppen her, og vi ser at det først og fremst er kvinner over 60 år som er rammet. Eksponeringen som har utløst kreften kan ligge mange år tilbake. Omfang av eksponering som kan gi lungekreft er kraftig redusert i arbeidslivet. Det kan heller ikke utelukkes at en andel av tilfellene kan ha sammenheng med røyking på arbeidsplassen. Det er derfor grunn til å anta at de yngre aldersgruppene ikke vil utvikle lungekreft i samme grad som sine eldre kolleger. En verdsetting av tapt livskvalitet i 2024 på grunn av arbeidsrelaterte forhold, vil dermed fange opp kostnadene for eksponering som ligger et stykke bakover i tid, og som i adskillig mindre grad er til stede i arbeidslivet i dag. En positiv utvikling i det arbeidsrelaterte helsetapet målt i DALY vil være positivt, men kan være et resultat av en generell samfunnsutvikling og/eller tiltak som er iverksatt langt tilbake i tid.

Muskel- og skjelettsykdommer finner vi imidlertid også i aldersgrupper som har vært kort tid i arbeidslivet. Dette bekrefter andre undersøkelser som viser at mekaniske og ergonomiske faktorer i arbeidslivet gir en risiko for tapt livskvalitet som følge av slitasjeskader. Det at yngre kvinner med kort tid i arbeidslivet også antas å få redusert livskvalitet (DALY), bekrefter at arbeidsrelaterte helsetap kan komme etter relativt kort tid i arbeidslivet. Det arbeidsrelaterte

¹⁴ WO: Disability-adjusted life years (DALYs).

¹⁵ Samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak - regjeringen.no.

¹⁶ <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrde-i-norge/>

helsetapet på dette området står likevel kun for 0,68 prosent av det samlede helsetapet for kvinner i 2021 hvis vi legger resultatene fra GDB til grunn.

Vår vurdering er at det gir bedre og mer presis informasjon å følge utviklingen i muskel- og skjelettsykdommer i yrker som eksponerer for dette direkte framfor å først regne om til tapte helsejusterte leveår for så deretter å sette en kroneverdi på disse leveårene etter etablerte standarder. Det samme gjelder for andre kjente helseplager som kvinner er utsatt for i ulike yrker. GDB inkluderer ikke arbeidsrelaterte psykiske lidelser og gir neppe et fullstendig bilde av helsetapet som kan tilskrives eksponeringer i ulike yrker og næringer.

GDB vurderer også risikofaktorer, herunder faktorer man kan gjøre noe med. For kvinner er det vurdert at yrkesfaktorer man kan påvirke, forklarer 1,8 prosent av sykdomsbyrden (DALY) for kvinner og 4,1 prosent for menn. Det er med andre ord flere kjente risikofaktorer som kan påvirkes for menn enn for kvinner, og Helsedirektoratet viser til at på langt nær alle faktorer som gir helsetap er forklart.

4.2.1 Nærmere om bruken av DALY i denne sammenhengen

Verdsetting av den arbeidsrelaterte helsebyrden (DALY) vurderes som lite beslutningsrelevant og er heller ikke egnet til å vurdere nytte og kostnader ved tiltak. Usikkerhet i beregninger i DALY, og særlig usikkerheten knyttet til hvor mye av helsetapet som kan tilskrives arbeidsrelaterte forhold, gjør at vi vurderer en verdsetting av det arbeidsrelaterte helsetapet for kvinner som lite relevant for formålet med denne utredningen. Utviklingen i eksponering som påvirker kvinners helse og arbeidsrelatert helsetap er viktig, også i en samfunnsøkonomisk analyse. Når kunnskapsgrunnet om risikofaktorer, eksponeringer og helsetap må baseres på en lang rekke forutsetninger og usikre inngangsdata, gir det likevel mer informasjon å følge utviklingen i helsetap i yrker der mange kvinner rammes direkte, enn å tvinge utfallene inn i en indikator og deretter sette en kroneverdi på denne. Vår vurdering er at verdsetting av DALY risikerer å tilsløre et problem mer enn det opplyser.

Oslo Economics (2018) beregnet helsetapet for et ikke optimalt arbeidsmiljø for begge kjønn til å ligge mellom 41 og 71 mrd. kroner i 2018. Helsetapet ble med dette beregnet til å være 54 prosent av de totale samfunnsøkonomisk kostnadene. Kostnadene er beregnet til 27,8 milliarder 2018-kroner med det usikkerhetsspenn som går fra 17,8 til 35,9 milliarder kroner. Nedre estimat er hentet fra Sintef (2016).

Basert på uttrekk fra GDB kan verdien av arbeidsrelaterte helsetap for kvinner i 2021 anslås til å ligge mellom 10 og 20 mrd. 2024 kroner. Tallet inkluderer ikke helsetap som følge av arbeidsrelatert psykisk uhelse. Beregningene fra GDB er modellbasert og det oppgis høy usikkerhet. På tross av at resultatene bygger på analyser av omfattende helsedata som kan være egnet til å gi et helhetlig bilde av helsetilstanden i ulike befolkningsgrupper, og også er egnet til å sammenlikne utviklingen i helsetilstand mellom befolkningsgrupper lokalt eller på nasjonalt nivå, vurderer vi ikke dataene som per i dag som egnet til å verken følge eller verdsette kvinnearbeidshelsen i Norge. Dataene gir likevel et godt bilde av utviklingen i helsetilstanden for kvinner i Norge og andre land. De kan dermed gi verdifull kunnskap viktige faktorer som har betydning for kvinners helsetilstand selv om det er manglende kunnskap om hva som påvirker kvinners helse og arbeidshelse.

5 Gevinstpotensial ved tiltak

Oppdragsgiver ønsker en vurdering av potensialet knyttet til forebyggende og tilretteleggende tiltak for å fremme god arbeidshelse og arbeidstilknytning blant kvinner. Hvor mye er det mulig å fremme god arbeidshelse og arbeidstilknytning for kvinner, og hva er gevinstene ved dette?

I Perspektivmeldingen 2024 stilles et liknende spørsmål: Hvor mange ekstra årsverk kan realiseres gjennom ulike retningsvalg? Én av tilnærmingene deres anvendes også her: Hva hvis sykefraværet ble redusert til svensk nivå? Andre tilnærminger i Perspektivmeldingen 2024 er bl.a. økt yrkesdeltakelse blant hhv. eldre og innvandrere; redusert overgang til uføretrygd; tidligere gjennomføring av høyere utdanning og redusert ufrivillig deltid, se Meld. St. 31 (2023-2024) Perspektivmeldingen 2024. Ideen her er den samme, men siden vi undersøker det snevrere potensialet knyttet til kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning, må vi også ta i bruk andre innfallsvinkler.

5.1 Realiserbart gevinstpotensial – definisjon

Vi definerer **det realiserbare gevinstpotensialet** som **den nytteøkningen som kan oppnås ved å gjennomføre alle realiserbare forebyggende og tilretteleggende tiltak for å fremme god arbeidshelse og arbeidstilknytning blant kvinner.**

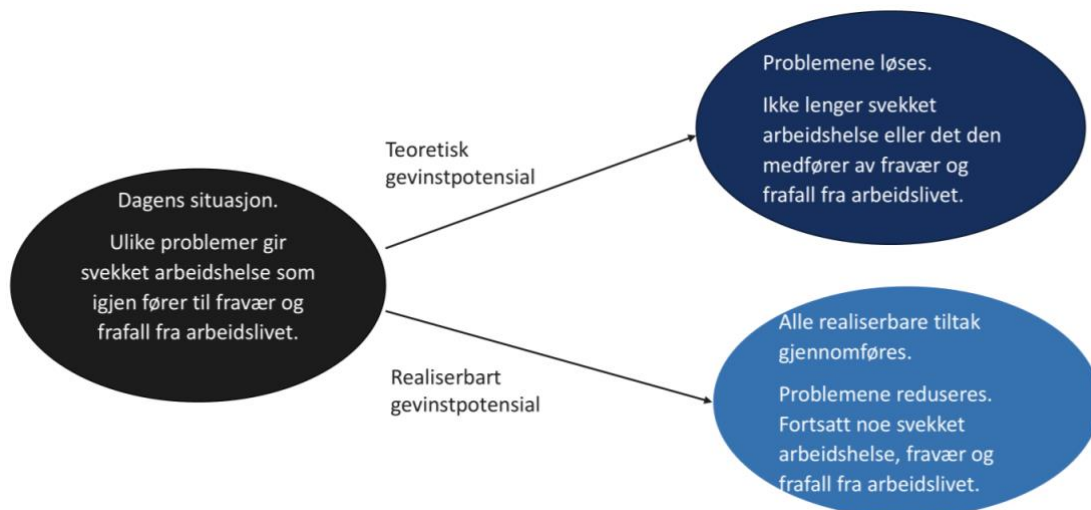
I dette kapittelet vurderer vi ikke gevinstpotensialet ved konkrete tiltak for å forbedre enkeltsituasjoner eller redusere bestemte eksponeringer. Det vi gjør, er å vurdere hva gevinstpotensialet er ved å gjennomføre «alle realiserbare tiltak» - uten å drøfte hva disse tiltakene kan være. Med «realiserbare» mener vi noe annet enn «realistiske»: Vi ser bort fra budsjettbegrensninger og politiske bindinger for eksempel knyttet til sykelønnsordningen. Men det må være praktisk mulig. Vi kan for eksempel ikke anta at det finnes tiltak som gir perfekt ledelse, eller at alle ansatte kan få full kontroll over egne oppgaver.

Realiserbart gevinstpotensial er noe annet enn **teoretisk gevinstpotensial**, se Figur 5.1. Det teoretiske gevinstpotensialet finner vi ved å snu kostnadene fra kapittel 3 og si at «her er kostnadene ved dagens uheldige situasjon, da vil maksimal nytte ved tiltak være å fjerne alle disse kostnadene». Med hovedanslaget i kapittel 3, blir det teoretiske gevinstpotensialet 59 mrd. kroner.

I STAMI (2021) bestemmes forebyggingspotensialet som problemomfanget knyttet til spesifikke arbeidsmiljøfaktorer. Men ikke alle problemer kan fjernes med tiltak. Det realiserbare potensialet vil derfor være mindre enn problemomfanget.

Det realiserbare gevinstpotensialet vil ligge et sted mellom dagens situasjon og det teoretiske gevinstpotensialet, men vi kan ikke vite sikkert hvor det vil ligge.

Figur 5.1 Realiserbart vs. teoretisk gevinstpotensial



Kilde: Vista Analyse.

5.2 Ulike tilnærminger for å anslå det realiserbare gevinstpotensialet

Hvor mye er det mulig å fremme god arbeidshelse og arbeidstilknytning for kvinner, og hva er gevinstene ved dette? Spørsmålet er grunnleggende kontrafaktisk: Hva hvis alle realiserbare tiltak var gjennomført? Spørsmålet kan ikke besvares med fakta: Vi har ikke noe empirisk grunnlag for å beskrive en slik tilstand på en måte som er «sann» eller som alle kan være enige i.

I stedet tar vi i bruk seks ulike tilnærminger som hver for seg og sammen belyser det vi er ute etter å finne ut. Alle tilnærmingene tar utgangspunkt i dagens situasjon, målt ved kvinners arbeidsrelaterte sykefravær, og spør: Hva hvis situasjonen i stedet var sånn? Hvor stor forskjell er det fra i dag, og hvor store gevinster ville en slik forskjell gitt? De seks tilnærmingene er å ta utgangspunkt i:

1. Menns sykefravær
2. Sykefraværet i Sverige
3. Målet i IA-avtalen
4. Enkelte næringer og yrker
5. Tiltakspakker i enkelte bransjer

De ulike tilnærmingene gir informasjon om forskjellige sider ved gevinstpotensialet, se nærmere om dette under. Tilnærming 1-3 tar et makroperspektiv og ser samfunnet som helhet. De kan også brytes ned på lavere nivåer, som næring eller yrke, avhengig av datagrunnlag. Tilnærming 4-5 er mikrobaserete.

5.2.1 Menns sykefravær som utgangspunkt

Tilnærmingen svarer på gevinsten ved å lukke gapet mellom kvinner og menn. Hva er gevinsten av å redusere kvinners arbeidsrelaterte sykefravær til det kommer på nivå med det til menn?

Ideen er som følger: Menn har lavere sykefravær enn kvinner, også arbeidsrelatert sykefravær. Ved å ta bort «det kvinnelige» ved kvinners sykefravær, vil det være på mennenes nivå. Hvis

menneskes sykefravær kan ses som det beste vi kan få til, kan det være et godt mål for hvor mye det kan være realistisk å redusere kvinnes sykefravær. Tilnærmingen kan brukes på samfunnsnivå, og mer disaggregert for eksempel etter alder og (noen) yrker.

Tilnærmingen har svakheter. Følgende kan være særlig viktige:

- Det finnes ikke tiltak mot alt det «kvinnelige» som bidrar til sykefravær. Kvinner skal fortsatt gå gravide, flere kvinner enn menn tar på seg tunge omsorgsoppgaver for barn og foreldre mv. Isolert sett betyr dette at det mannlige sykefraværet er for lavt til å fungere som realiserbart nivå, og dermed gir *for høyt gevinstpotensial*.
- Visse utfordringer er større for menn enn for kvinner. Noen av disse utfordringene finnes det tiltak mot, andre ikke. Isolert sett tilsier dette at det kvinnelige sykefraværet bør kunne reduseres med mer enn som så, dvs. at det mannlige sykefraværet gir et *for lavt gevinstpotensial*.
- Også det mannlige arbeidsrelaterte sykefraværet er høyere enn det behøvdde vært. Det arbeidsrelaterte sykefraværet utgjør en større andel av sykefraværet for menn enn for kvinner. Dagens politikk og virkemiddelbruk påvirker også menn: Det mannlige sykefraværet gir et *for lavt gevinstpotensial*.
- På makronivå ser vi at sykefraværet i andre land er betydelig lavere, inkludert andre nordiske land, se også neste eksempel. Ved å bruke norske menns sykefravær som mål, ses det bort fra mulighetene for å gjøre noe med velferdspolitikken og virkemiddelbruken på nasjonalt nivå. Det mannlige sykefraværet gir et *for lavt gevinstpotensial*.

Tilnærmingen i praksis

Resultatene er vist i Tabell 5.1. Vi tar utgangspunkt i det registerbaserte sykefraværet for 2023 for hhv. kvinner og menn basert på SSBs tall for legemeldt og egenmeldt sykefravær, og beregner det arbeidsrelaterte sykefraværet som andel av disse basert på andelen arbeidsrelatert sykefravær fra STAMI. Merk at vi da antar at disse andelene stemmer også for det registerbaserte sykefraværet. Dette gir en differanse mellom kvinners og menns arbeidsrelaterte sykefravær på 1,0 prosentpoeng, som tilsvarer en reduksjon på 32 prosent fra utgangsnivået på 3,1 prosent.

Verdien av en slik reduksjon får vi ved å ta 32 prosent av de samlede kostnadene på 59 mrd. kroner slik disse er beregnet i kapittel 3.

Tabell 5.1 Gevinstpotensial Tilnærming 1 – menns sykefravær som utgangspunkt

| Størrelse | Verdi |
|---|----------------|
| Kvinnens registrerte sykefravær 2023, egenmeldt og legemeldt | 8,5 prosent |
| Andel arbeidsrelatert sykefravær av totalt sykefravær for kvinner | 36,1 prosent |
| Menns registrerte sykefravær 2023, egenmeldt og legemeldt | 5,2 prosent |
| Andel arbeidsrelatert sykefravær av totalt sykefravær for menn | 40,0 prosent |
| Utgangspunkt: Kvinners arbeidsrelaterte sykefravær 2023 | 3,1 prosent |
| Mål: Menns arbeidsrelaterte sykefravær 2023 | 2,1 prosent |
| Reduksjon i prosent | 32 prosent |
| Teoretisk gevinstpotensial (totale samfunnsøkonomiske kostnader) | 59 mrd. kroner |
| Realiserbart gevinstpotensial | 19 mrd. kroner |

Kilder: Det registerbaserte sykefraværet er hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12441/>, og andelen arbeidsrelatert sykefravær er hentet fra STAMI (2024).

Så hva er det realiserbare gevinstpotensialet ved forebyggende og tilretteleggende tiltak for å fremme god arbeidshelse og arbeidstilknytning blant kvinner? Hvis kvinners arbeidsrelaterte sykefravær ble redusert med 32 prosent, tilsvarende avstanden til menns arbeidsrelaterte sykefravær, ville det gitt en gevinst på 19 mrd. kroner. Denne gevinsten omfatter de samme utgiftene som anslaget for de samfunnsøkonomiske kostnadene i kap. 3, herunder kostnader ved sykefravær, uførhet og helsehjelp.

Det er ikke opplagt om en nedgang på 32 prosent er for høyt eller for lavt sammenliknet med hva som faktisk er «realiserbart», når vi vel å merke ser bort fra politiske og økonomiske begrensninger på tiltakene. Over har vi pekt på flere grunner til at dette anslaget kan være for lavt, men også grunner til at det kan være for høyt. De andre tilnærmingene gir andre svar.

Andre anvendelser av Tilnærming 1

Tilnærmingen kan også brukes på mindre aggregerte nivåer, som for yrker og aldersgrupper. Der kan den være mer treffsikker enn på samfunnsnivå.

Ved bruk på enkeltyrker rydder vi bort (en del av) de systematiske forskjellene mellom kjønnene som er knyttet til selve jobben, jf. svakhetene omtalt over. Med andre ord: Innenfor ett og samme yrke vil det være færre systematiske forskjeller mellom kvinner og menn enn når vi ser hele arbeidslivet under ett. Differansen mellom kvinner og menn vil dermed i større grad reflektere rene kjønnsforskjeller enn når det er mange andre forhold som forstyrrer. Det bør unngås å velge yrker med sterk overrepresentasjon av ett kjønn, siden det kan være en fare for at de få kvinnene/mennene som er i yrket, har ikke-observerte kjennetegn som kan påvirke risikoen for arbeidsrelatert sykefravær, uten at det er mulig å korrigere for dette i beregningene. For eksempel kan de få kvinnene som har valgt å være rørleggere, godt være annerledes langs noen kriterier enn den gjennomsnittlige mannlige rørleggeren.

Tilsvarende kan tilnærmingen være mer presis innenfor visse aldersgrupper enn for befolkningen sett under ett. For eksempel vil det være få graviditeter og lite småbarnsomsorg i høyere aldersgrupper.

5.2.2 Sykefraværet i Sverige som utgangspunkt

Hva er gevinsten ved å redusere det arbeidsrelaterte sykefraværet til norske kvinner til det kommer på nivå med sykefraværet til kvinner i andre land – som Sverige?¹⁷ En liknende øvelse ble gjort i Perspektivmeldingen 2024, se Meld. St. 31 (2023-2024) Perspektivmeldingen 2024, avsnitt 3.5.3. Her vises det til at en reduksjon i sykefraværet til svensk nivå, alt annet gitt, ville gitt 40 000 flere årsverk i 2023, og det konkluderes slik: «Potensialet for økt arbeidsinnsats gjennom redusert sykefravær er betydelig.»

Sammenlikningen med Sverige er relevant også i vår sammenheng: Norske kvinner kan ha mer til felles med svenske kvinner enn de har med norske menn, også når det kommer til forhold som påvirker det arbeidsrelaterte sykefraværet. Vi tenker her særlig på forhold som fruktbarhet, kjønnsroller, familiestrukturer og yrkesvalg.

Samtidig er det til dels store forskjeller i politikk og virkemiddelbruk mellom de ulike landene. Den norske sykkelønsordningen er for eksempel betydelig mer generøs enn den svenske. Når arbeidstakeren ikke taper økonomisk på å sykmelde seg framfor å jobbe, er det naturlig om arbeidsrelaterte utfordringer oftere slår ut i økt sykefravær i Norge enn i Sverige. Andre forskjeller finnes også, og det er ikke vår hensikt å gi en oversikt over disse.

Poenget er at det svenske sykefraværet for kvinner kan gi en idé om hvor langt ned det er mulig å komme med en annen politikk og virkemiddelbruk enn i Norge, og uten å late som at kvinner er menn som i Tilnærming 1.

Tilnærmingen har svakheter. Følgende kan være særlig viktige:

- Heller ikke Sverige har gjennomført alt av realiserbare tiltak for å fremme god arbeidshelse og arbeidstilknytning blant kvinner. Isolert sett tilsier dette at det å bruke svenske kvinners sykefravær gir et *for lavt* *gevinstpotensial*.
- Sverige har en politikk og virkemiddelbruk som ikke vil fungere like godt i det norske samfunnet. Det kan i så fall tilsi at deres sykefravær er lavere enn det som er realiserbart i Norge, og at tilnærmingen gir et *gevinstpotensial* som er *for høyt*.
- Beregningstekniske forutsetninger, se under: Det arbeidsrelaterte sykefraværet i Sverige utgjør ikke samme andel av det totale sykefraværet som i Norge. Anslaget blir dermed feil, uten at det er opplagt hvilken vei skjevheten går.

Tilnærmingen i praksis

Sykefraværstallene i Norge og andre land er ofte ikke sammenliknbare. For Sverige er det gjort et arbeid for å fremskaffe sammenliknbare 2023-tall for Sverige og Norge.¹⁸ De svenske tallene er imidlertid ikke fordelt på kjønn. Det er dessuten AKU-tall, som ikke korresponderer direkte verken med de registerbaserte tallene vi ellers bruker i dette kapitlet, eller de selvrapporterte tallene som andelen arbeidsrelatert sykefravær er beregnet ut fra. Det at vi bruker relative differanser

¹⁷ Andre land kunne også vært valgt, så lenge de «likner på Norge» med hensyn til forhold som kan påvirke det arbeidsrelaterte sykefraværet. Et eksempel er Danmark.

¹⁸ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/artikler/norge-skiller-seg-ut-med-hoyt-sykefravaer-etter-pandemien>

gjør ulikhetene i tallgrunnlag mindre problematisk enn om vi brukte absolutte differanser. Beregningene hviler likevel på visse antakelser.

Konkret antar vi 1) at kvinners sykefravær utgjør like stor andel av det totale sykefraværet i begge land og 2) at det arbeidsrelaterte sykefraværet for kvinner utgjør like store andel av kvinners sykefravær i begge land. I så fall blir den relative differansen mellom kvinners arbeidsrelaterte sykefravær, lik den relative differansen mellom det generelle sykefraværet i de to landene.

Det svenske sykefraværet er 41 prosent lavere enn det norske. Beregningene videre er som i Tilnærming 1, og gir følgende resultat: Hvis kvinners arbeidsrelaterte sykefravær ble redusert prosentvis like mye som forskjellen mellom det norske og svenske sykefraværet i 2023, ville det gitt en gevinst på 24 mrd. kroner.

Tabell 5.2 **Gevinstpotensial Tilnærming 2 – sykefraværet i Sverige**

| Størrelse | Verdi |
|--|----------------|
| Utgangspunkt: Norske kvinners arbeidsrelaterte sykefravær 2023 | 3,1 prosent |
| Sykefraværet i Norge 2023 (AKU-tall) | 4,4 prosent |
| Mål: Sykefraværet i Sverige 2023 | 2,6 prosent |
| Reduksjon i prosent | 41 prosent |
| Teoretisk gevinstpotensial (totale samfunnsøkonomiske kostnader) | 59 mrd. kroner |
| Realiserbart gevinstpotensial | 24 mrd. kroner |

Kilder: Sykefraværstallene er hentet fra denne SSB-artikkelen (lenke til bakenforliggende regneark ligger på nettsiden): <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/artikler/norge-skiller-seg-ut-med-hoyt-sykefravaer-etter-pandemien>. Andelen arbeidsrelatert sykefravær er hentet fra STAMI (2024).

Det svenske sykefraværet i 2023 lå 41 prosent lavere enn det norske. Forskjellen er dermed enda større enn mellom menn og kvinner i Tilnærming 1. Likevel kan vi heller ikke her si sikkert om 41 prosent er for stor nedgang til å være realiserbart, eller om vi kunne gått enda lenger ned.

Også ved denne tilnærmingen kan treffsikkerheten økes ved å bruke mer disaggregerte tall. Hva slags disaggregering som er nyttig, avhenger av hvor skjevhetene kan ligge. Forskjeller mellom Norge og Sverige/Danmark i politikken for graviditet, fødselspermisjon og småbarnsperioden kan justeres for ved å sammenlikne høyere aldersgrupper. Forskjeller i tidligpensjonsordninger eller annen eldrepolitikk som kan påvirke utfallene, kan også hensyntas.

5.2.3 Sykefraværsmålet i IA-avtalen

Mens ideen i Tilnærming 1 og 2 er å bruke reelle sykefraværstall (mer eller mindre sammenliknbare med norske kvinners arbeidsrelaterte sykefravær), er ideen her å bruke et mål fastsatt av partene i arbeidslivet. IA-avtalen 2019-24 hadde som mål at sykefraværet skal reduseres med 10 prosent¹⁹ Målet var først en reduksjon med 10 prosent fra 2018 til 2022, men da dette ikke ble oppfylt, ble avtalen videreført ut 2024. Utgangspunktet er årsgjennomsnittet for 2018, som for kvinner var 7,32 prosent.²⁰

Vår vurdering er at tilnærmingens viktigste svakheter er som følger:

¹⁹ IA-avtalen 2019–2024 - [regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

²⁰ Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk

- IA-avtalens målsetting gjelder sykefraværet generelt, og ikke bare det arbeidsrelaterte sykefraværet. Det fleste av tiltakene i avtalen er rettet mot arbeidslivet, men ikke alle.
- IA-avtalens mål er vurdert som realiserbart av partene i arbeidslivet, etter forhandlinger og kompromisser, og innenfor økonomiske og politiske rammer. Det er rimelig å anta at dette gir et *for lavt* realiserbart gevinstpotensial.
- IA-avtalen gjelder for en relativt kort periode, og dette legger begrensninger på hva slags tiltak som kan gjennomføres innenfor avtaleperioden. Uten slike begrensninger kunne målet vært høyere. IA-avtalens mål gir dermed et *for lavt* gevinstpotensial.

Alt i alt ser vi IA-avtalens mål som et nøkternt anslag på hva som faktisk er realiserbart. Anslaget på 6 mrd. kroner kan dermed fungere som en nedre grense for det realiserbare gevinstpotensialet på samfunnsnivå.

Tabell 5.3 **Gevinstpotensial Tilnærming 3 – Sykefraværsmålet i IA-avtalen**

| | Verdi |
|--|----------------|
| Utgangspunkt: Norske kvinners arbeidsrelaterte sykefravær 2023 | 3,1 prosent |
| Mål: Reduksjon i prosent | 10 prosent |
| Teoretisk gevinstpotensial (totale samfunnsøkonomiske kostnader) | 59 mrd. kroner |
| Realiserbart gevinstpotensial | 6 mrd. kroner |

Kilde: Målet for IA-avtalen er hentet herfra: [IA-avtalen 2019–2024 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no).

5.2.4 Enkelte næringer og yrker

Noen næringer og yrker er forbundet med høyere risiko for helsemessige utfordringer enn andre. Hvor store gevinster ville det være ved å få disse næringene og yrkene på et gjennomsnittsnivå? Tilnærmingen kan gi informasjon om gevinstpotensialet for bestemte næringer og yrker. Samtidig sier den ikke nødvendigvis noe om gevinstpotensialet for samfunnet eller arbeidslivet som helhet.

Selv med denne begrensningen har tilnærmingen svakheter. Følgende kan være særlig viktige:

- Noen næringer og yrker gir belastninger som ikke alltid kan reduseres med tiltak, for eksempel i form av fysisk eller psykisk krevende oppgaver og arbeidstidsordninger. Å anta at sykefraværet her skulle reduseres til et lavere nivå, kan være lite realistisk og mer gi et bilde av de teoretiske enn de realiserbare gevinstene. Tilnærmingen kan dermed gi et *for høyt* realiserbart gevinstpotensial.
- Det er allerede gjennomført en rekke ulike tiltak for bedre arbeidshelse i Norge, og mer i noen næringer og yrker enn i andre. Effektiv politikk innebærer at det gjennomføres mer omfattende tiltak der risikoen er høy, enn der den er lav. Hvis politikken har vært effektiv, skal det dermed allerede være gjennomført omfattende tiltak i de næringene og yrkene som er forbundet med høyest risiko for helsemessige utfordringer. I så fall vil de største gevinstene i disse næringene og yrkene allerede være tatt ut, og tilnærmingen vil gi et *for lavt* realiserbart gevinstpotensial hvis resultatene herfra overføres på andre næringer og yrker.

Tilnærmingen i praksis

Vi velger å fokusere på næringen helse- og sosialtjenester og yrket renholder i denne tilnærmingen. Det er brukt registerbaserte sykefraværstall fra SSB og nærings- og yrkesspesifikke andeler for arbeidsrelatert sykefravær fra STAMI. Siden de registerbaserte sykefraværstallene ikke er sammenliknbare, er resultatene oppgitt i to forskjellige tabeller.

Resultatene for næringen helse- og sosialtjenester er oppgitt i Tabell 5.4. Her er det – som over – brukt sykefraværstall som omfatter både lege- og egenmeldt sykefravær, og som viser gjennomsnittlig sykefravær i 2023. Beregningene viser at gevinstene ved å redusere det arbeidsrelaterte sykefraværet blant kvinner i helse- og sosialtjenester til gjennomsnittsnivået for alle næringer, beløper seg til 5 mrd. kroner.

Tabell 5.4 **Gevinstpotensial Tilnærming 4 – enkelte næringer: Helse- og sosialtjenester**

| Størrelse | Helse- og sosialtjenester |
|--|----------------------------------|
| Registerbasert sykefravær 2023 | 10,5 prosent |
| Andel arbeidsrelatert sykefravær | 37,8 prosent |
| Utgangspunkt: Arbeidsrelatert sykefravær 2023 | 4,0 prosent |
| Mål: Gjennomsnitt for alle næringer og yrker | 3,1 prosent |
| Reduksjon i prosent | 23 prosent |
| Andel av alle sysselsatte kvinner | 33,8 prosent |
| Teoretisk gevinstpotensial (totale samfunnsøkonomiske kostnader) | 59 mrd. kroner |
| Realiserbart gevinstpotensial | 5 mrd. kroner |

Kilde: SSB-tall for registerbasert sykefravær totalt for kvinner og for næringen helse- og sosialtjenester er hentet fra SSB: <https://www.ssb.no/statbank/table/12441/>, og viser årsgjennomsnitt for summen av legemeldt og egenmeldt sykefravær. Andelene arbeidsrelatert sykefravær er hentet fra STAMI (2024).

Resultatene for yrket renholdere er oppgitt i Tabell 5.5. Det registerbaserte sykefraværet som formidles av SSB på yrkesnivå, omfatter bare legemeldt sykefravær (ikke egenmeldt), og oppgis bare på kvartalsnivå (ikke som gjennomsnitt over hele år). Sykefraværet blant renholdere er høyt, og en stor andel av sykefraværet oppgis å være arbeidsrelatert. Hvis det arbeidsrelaterte sykefraværet blant kvinnelige renholdere ble redusert til det generelle nivået, ville dette tilsvart en reduksjon på hele 44 prosent. Renholdere utgjør 3,5 prosent av alle sysselsatte kvinner. En reduksjon på 44 prosent anslås da å gi en samfunnsøkonomisk gevinst på 1 mrd. kroner.

Tabell 5.5 Gevinstpotensial Tilnærming 4 – enkelte yrker: Renholdere

| Størrelse | Renholdere |
|--|----------------|
| Registerbasert legemeldt sykefravær 4. kvartal 2023 for renholdere | 9,4 prosent |
| Andel arbeidsrelatert sykefravær for renholdere | 53,6 prosent |
| Registerbasert legemeldt sykefravær 4. kvartal 2023, gjennomsnitt | 7,8 prosent |
| Andel arbeidsrelatert sykefravær gjennomsnitt | 36,1 prosent |
| Utgangspunkt: Arbeidsrelatert legemeldt sykefravær 2023 for renholdere | 5,0 prosent |
| Mål: Gjennomsnittlig arbeidsrelatert legemeldt sykefravær 2023 | 2,8 prosent |
| Reduksjon i prosent | 44 prosent |
| Andel av alle sysselsatte kvinner | 3,5 prosent |
| Teoretisk gevinstpotensial (totale samfunnsøkonomiske kostnader) | 59 mrd. kroner |
| Realiserbart gevinstpotensial | 1 mrd. kroner |

Kilder: SSB-tall for registerbasert legemeldt sykefravær for 4. kvartal for renholdere er hentet herfra: [12452: Yrkes- \(3-siffernivå\) og kjønnsfordelt sykefravær 2015K1 - 2024K3. Statistikkbanken](#), mens tilsvarende tall som gjennomsnitt for alle kvinner er hentet herfra; totalt for kvinner er hentet herfra; og for yrket renholdere er hentet fra SSB: <https://www.ssb.no/statbank/table/12441/>, og viser årgjennomsnitt for summen av legemeldt og egenmeldt sykefravær. Andelene arbeidsrelatert sykefravær er hentet fra STAMI (2024).

5.2.5 Tiltakspakker i enkelte bransjer

Hva vil være gevinsten av å redusere det arbeidsrelaterte sykefraværet i en virksomhet slik at det ble like lavt som i en annen? Ideen i denne tilnærmingen er å sammenlikne ulike virksomheter, der noen har gjennomført tiltak for å få ned det arbeidsrelaterte sykefraværet, mens andre ikke har det. Ved å velge virksomheter med tilnærmet samme arbeidsoppgaver og rammevilkår for arbeidstidsordninger mv., kan det være mulig å få frem gevinstpotensialet ved å gå fra én situasjon til en annen.

Denne tilnærmingen er i realiteten en form for tiltaksanalyse, som mer analyserer effekten av en konkret tiltakspakke gjennomført i en gitt kontekst og i gitte virksomheter, enn det samlede realiserbare gevinstpotensialet ved tiltak. Tilnærmingen er dermed i enda større grad enn de andre ment som en illustrasjon på enkelte sider ved tematikken – i dette tilfellet potensialet ved tiltak innad i en bransje.

Tilnærmingen i praksis

Som eksempel bruker vi IA bransjeprogram barnehage.²¹ Bransjeprogrammet er en tiltakspakke som bygger på IA-avtalens to hovedmål om redusert sykefravær og frafall. Bransjeprogrammet har tre innsatsområder: 1) En bra dag på jobben – bidra til å gjøre kjent og tatt i bruk, 2) HMS og helsefremmende arbeid i barnehager og 2) Tidlig innsats i sykefraværarbeidet.

Med denne typen tiltak er det rimelig å anta at hele sykefraværsreduksjonen kommer i det arbeidsrelaterte sykefraværet, se Tabell 5.6. En sykefraværsreduksjon på 5 prosent for 6,2 prosent av sysselsatte kvinner, anslås å gi en gevinst på 0,2 mrd. kroner.

²¹ Bransjeprogrammet er omtalt bl.a. her: [Om IA-bransjeprogram barnehage - KS](#).

Tabell 5.6 Gevinstpotensial Tilnærming 5 – tiltakspakker i enkelte bransjer: Barnehage

| Størrelse | Barnehage |
|--|-----------------|
| Utgangspunkt: Sykefravær 2. kvartal 2024 barnehagene generelt | 9,4 prosent |
| Mål: Sykefravær 2. kvart 2024 barnehager innenfor IA bransjeprogrammet | 8,9 prosent |
| Reduksjon i prosent | 5 prosent |
| Andel av alle sysselsatte kvinner 2023 | 6,2 prosent |
| Teoretisk gevinstpotensial (totale samfunnsøkonomiske kostnader) | 59 mrd. kroner |
| Realiserbart gevinstpotensial | 0,2 mrd. kroner |

Kilder: Antall ansatte i barnehager 2023 oppgis til 95 592 her:

<https://www.ssb.no/utdanning/barnehager/statistikk/barnehager>. Andel kvinnelige ansatte 2022 oppgis til 87,7 prosent her: <https://www.ssb.no/utdanning/faktaside/barnehager>.

5.3 Oppsummering

Vi anvender seks tilnærminger for å anslå hvor store gevinster det er mulig å oppnå med tiltak. For hver av tilnærmingene beregnes et gevinstpotensial i kroner som omfatter de samfunnsøkonomiske gevinstene ved redusert sykefravær, uførhet og medisinsk behandling, tilsvarende det som inngår i de samfunnsøkonomiske kostnadene beregnet i kap. 3. Anslagene fremkommer ved å først beregne hvor stor reduksjon i det arbeidsrelaterte sykefraværet som vurderes som realiserbart i den aktuelle tilnærmingen. Denne reduksjonen ganges opp med kostnadene fra kap. 3. Resultatene er oppsummert i Tabell 5.7.

Tabell 5.7 Oppsummering: Gevinstpotensialet ved fem ulike tilnærminger

| Metodisk tilnærming | Reduksjon i arbeidsrelatert sykefravær fra 2023 | Hvem gevinstene beregnes for – andel av sysselsatte kvinner | Realiserbart gevinstpotensial (2024-kroner) |
|---------------------------------|---|---|---|
| 1. Menns sykefravær | 32 prosent | Hele | 19 mrd. kroner |
| 2. Sykefraværet i Sverige | 41 prosent | Hele | 24 mrd. kroner |
| 3. Målet i IA-avtalen | 10 prosent | Hele | 6 mrd. kroner |
| 4a. Næring: Helse- og sosialtj. | 23 prosent | 33,8 prosent | 5 mrd. kroner |
| 4b. Yrke: Renholder | 44 prosent | 3,8 prosent | 1 mrd. kroner |
| 5. Bransje: Barnehager | 5 prosent | 6,2 prosent | 0,2 mrd. kroner |

Tilnærming 1-3 er ment å vise gevinstene for hele samfunnet:

1. Hvis det arbeidsrelaterte sykefraværet for kvinner i Norge ble redusert til nivået for norske menn, ville det gi en gevinst på 19 mrd. kroner. Her antas kvinner å «være som menn», med de samme mulighetene og utfordringene, og de samme tilpasningene i arbeidsmarkedet.
2. En reduksjon til nivået for svenske kvinner ville gi en gevinst på 24 mrd. kroner. Her lar vi kvinner være kvinner, men antar at politikken, virkemiddelbruken og arbeidsmarkedet er som i Sverige.
3. En reduksjon tilsvarende målet i IA-avtalen 2019-24 ville gi en gevinst på 6 mrd. kroner. Her er vi tilbake i det norske systemet, med norske kvinner, og antar en virkemiddelbruk og måloppnåelse som ble vurdert som realistisk av partene i IA-arbeidet.

De andre tilnærmingene er avgrenset til enkelte næringer, yrker og bransjer:

4. Hva hvis det arbeidsrelaterte sykefraværet i særlig utsatte næringer og yrker ble redusert til et gjennomsnittsnivå – hva ville gevinstene være da? For næringen helse- og sosialtjenester beregnes gevinstene til 5 mrd. kroner, og for yrket renholdere til 1 mrd. kroner. I denne tilnærmingen er den prosentvise reduksjonen stor, mens antallet berørte mennesker er lavere enn i samfunnet som helhet.
5. Her illustreres gevinstpotensialet med en tiltakspakke som faktisk er gjennomført: IA bransjeprogram barnehage. Med en slik reduksjon i det arbeidsrelaterte sykefraværet for alle de ansatte i barnehagene, ville gevinsten være 0,2 mrd. kroner.

Beregningene er basert på offentlig tilgjengelige tall, noe som i praksis betyr et mangfold av kilder og definisjoner. Usikkerheten er stor også helt grunnleggende, fordi vi ikke kan vite hva som er et «realiserbart» gevinstpotensial.

Til tross for usikkerheten er det slående hvor stor forskjell det er på de gevinstene som følger av å sammenlikne seg med Sverige, og de som følger av vedtatte mål (IA-avtalen) og gjennomførte bransjeprogram. En mulig tolkning er at det er mye å hente i store politiske grep, mens det innenfor den politikken som føres i dag, kan være vanskelig å finne tiltak som gir store gevinster.

Referanser

- Avdic, D., Hägglund, P., Lindahl, B., & Johansson, P. (2019). Sex differences in sickness absence and the morbidity-mortality paradox: a longitudinal study using Swedish administrative registers. *BMJ Open*, 9(8), e024098. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-024098>
- Bakke, B., Degerud, E. M. M., Gravseth, H. M. U., Hanvold, T. N., Løvseth, E. K., Mjaaland, B., Sterud, T., & Øygardslia, H. (2021). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk*. <https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/handle/11250/2757495>
- Faggruppen for IA-arbeidet. (2023). *Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk*.
- Fischer, D., Lombardi, D. A., Folkard, S., Willetts, J., & Christiani, D. C. (2017). Updating the “Risk Index”: A systematic review and meta-analysis of occupational injuries and work schedule characteristics. *Chronobiology International*, 34(10), 1423–1438. <https://doi.org/10.1080/07420528.2017.1367305>
- Global Burden of Disease (GBD) (2024): Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study . <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-burden-disease-2021-findings-gbd-2021-study>
- Hansen, J. (2017). Night Shift Work and Risk of Breast Cancer. *Current Environmental Health Reports*, 4(3), 325–339. <https://doi.org/10.1007/S40572-017-0155-Y>
- Helsedirektoratet. (2015). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker. Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2024): Virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – temaveileder til utredningsinstruksen - Helsedirektoratet.
- Hem, K.-G. (2011). *Bedriftenes kostnader ved sykefravær*. SINTEF Rapport 2011-03-30.
- Holden-utvalget (2022): «Holden-IV (covid-19) Hovedrapport. Samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak.»
- Indregard, A. R., Knardahl, S., Nielsen, M. B. (2017) Emotional dissonance and sickness absence: a prospective study of employees working with clients. *Int Arch Occup Environ Health*, 90(1):83
- Indregard, A. R., Knardahl, S., Nielsen, M. B. (2018b) Emotional Dissonance, Mental Health Complaints, and Sickness Absence Among Health- and Social Workers. The Moderating Role of Self-Efficacy. *Front Psychol.*, 9(592)
- Indregard, A. R., Ulleberg, P., Knardahl, S., Nielsen, M. B. (2018a). Emotional Dissonance and Sickness Absence Among Employees Working With Customers and Clients: A Moderated Mediation Model via Exhaustion and Human Resource Primacy. *Front Psychol.*, 9(436)

- Knutsson, A., & Kempe, A. (2014). Shift work and diabetes--a systematic review. *Chronobiology International*, 31(10), 1146–1151. <https://doi.org/10.3109/07420528.2014.957308>
- KS. (2024). *Kostnadsberegning av sykefravær*. Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/c032887e96504f0aaf33ba82afe03ef0/Kostnadsberegning-av-sykefraver-nov24.pdf>
- Le, G. H., Hermansen, Å., & Dahl, E. (2023). Constructing and validating an occupational job strain index based on five Norwegian nationwide surveys of living conditions on work environment. *BMC Public Health*, 23(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/S12889-022-14957-1/FIGURES/2>
- Laaksonen, M., Mastekaasa, A., Martikainen, P., Rahkonen, O., Piha, K., & Lahelma, E. (2010). Gender differences in sickness absence--the contribution of occupation and workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36(5), 394–403. <https://doi.org/10.5271/SJWEH.2909>
- Marti, A. R., Degerud, E., & Sterud, T. (2022). Onset of Work-Life Conflict Increases Risk of Subsequent Psychological Distress in the Norwegian Working Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13292. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013292>
- Meld. St. 31 (2023-2024) . (2024). *Perspektivmeldingen 2024*. Finansdepartementet .
- Moberg, L., & Aldridge, A. (2025). *Utviklingen i legemeldt sykefravær Året 2024*. NAV Statistikknotat.
- NHO. (2024). *Økonomisk overblikk - Tema: Sykefravær. 3/2024*.
- NOU 2021:2. (2021). *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring. Tiltak for økt sysselsetting*. Utredning fra Sysselsettingsutvalget oppnevnt ved kongelig resolusjon 5. april 2019. Avgitt til Arbeids- og sosialdepartementet 11. februar 2021.
- NOU 2012: 06 Samfunnsøkonomiske analyser.
- NOU 2025: 5 Kvinners arbeidshelse. Kunnskap og tiltak
- Oslo Economics. (2018). *Samfunnsnyttan av bedriftshelsetjenesten*. Oslo Economics, 27. mai 2018
- SINTEF. (2016). *Kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader*. SINTEF Teknologi og samfunn, rapport 2016-03-07 av Karl-Gerhard Hem, Øyvind Dahl, Tarald Rohde, Anita Øren.
- Sterud, T. (2013). Work-related psychosocial and mechanical risk factors for work disability: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(5), 468–476. <https://doi.org/10.5271/SJWEH.3359>
- Sterud, T., Marti, A. R., & Degerud, E. (2024). Comprehensive evaluation of the impact of workplace exposures on physician-certified sick leave in the general working population. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-024-17662-3>
- Sterud, T., Marti, A. R., & Degerud, E. M. (2023). Adverse social behaviour at work and health-related employment exit: A prospective population-based four-wave survey. *European Journal of Public Health*, 33(1), 74–79. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKAC179>

- Tynes, T., Sterud, T., Johannessen, H. A., Gravseth, H. M., Løvseth, E. K., Alfonso, J. H., & Aasnæss, S. (2015). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015 - status og utviklingstrekk*.
- Vista Analyse. (2022). *Syk, men skjermet: Evaluering og utredning av skjermingsordningen for kronisk syke og forsikringsordningen for små virksomheter*. Vista Analyse rapport 2022/32: Av: Haakon Riekeles, Andreas Skulstad, Mina Skille Mariussen, Ingeborg Rasmussen, Simen Markussen og Rolf Golombek.
- Vista Analyse (2023): *Selvstendig og trygg - evaluering av de individuelle forsikringsordningene for selvstendige og frilansere i Folketrygden*. Vista Analyse rapport 2023/23 Av: Haakon Riekeles, Andreas Skulstad, Mina Skille Mariussen og Ingeborg Rasmussen
- Vyas, M. V., Garg, A. X., Iansavichus, A. V., Costella, J., Donner, A., Laugsand, L. E., Janszky, I., Mrkobrada, M., Parraga, G., & Hackam, D. G. (2012). Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345(7871). <https://doi.org/10.1136/BMJ.E4800>
- 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(8), 787–793. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000212>



Vista Analyse AS
Meltzers gate 4
0257 Oslo

post@vista-analyse.no
vista-analyse.no