

**Tiltak for reduksjon i sykefravær:
Aktiviserings- og nærværsreform**

Ekspertgrupperapport
til Arbeidsdepartementet 01.02.10
ifølge mandat av 27.11.09

Innholdsfortegnelse

1	Oppnevning, mandat og arbeid.....	2
1.1	Bakgrunn for oppnevning av ekspertgruppen.....	2
1.2	Mandat	3
1.3	Ekspertgruppens arbeid	4
1.4	Innspill fra referansegruppen	5
2	Oppsummering.....	7
2.1	Oppsummering av premisser og perspektiver	7
2.2	Oppsummering av ekspertgruppens forslag til administrative tiltak.....	9
2.3	Implementering.....	11
3	Premisser og perspektiver	12
3.1	Forholdet mellom sykmelding, diagnose og helseplager	12
3.2	Utviklingen i sykefravær i Norge	14
3.3	Norge i en internasjonal sammenheng	17
3.4	Forklaringer på utviklingen i sykefraværet i Norge	21
3.5	Inkluderende arbeidsliv og lavt sykefravær – en nødvendig målkonflikt?.....	22
3.6	Sammenheng mellom utforming og bruk av velferdsordninger	23
3.7	Insentiver for arbeidsgiverne	25
3.8	Stor variasjon i legers bruk av gradert sykmelding	25
3.9	Konklusjon	28
4	Administrative tiltak	29
4.1	Aktiviserings- og nærværsreform.....	29
4.2	Kunnskapsbaserte tiltak for redusert sykefravær	41
4.3	Kompetanseløft	44
4.4	Sykmelding ved opphør av arbeidsforhold og permittering	49
4.5	Styrking av NAV kontroll og innkreving	50
4.6	Informasjonsstrategi	51
4.7	Implementering.....	54
	Referanser	55

1 Oppnevning, mandat og arbeid

1.1 Bakgrunn for oppnevning av ekspertgruppen

Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevnte 27. november 2009 en faglig ekspertgruppe for å vurdere mulige administrative tiltak som vil kunne redusere sykefraværet. Bakgrunnen var en urovekkende økning i sykefraværet det siste året, og at avtalen mellom staten og arbeidslivets parter om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) går ut 1. mars 2010. Det fremgår av Soria Moria 2-erklæringen at regjeringen vil opprettholde arbeidstakernes rettigheter i sykelønnsordningen og videreutvikle avtalen om inkluderende arbeidsliv for å forebygge utstøting og fremme inkludering i arbeidslivet. Det er enighet om at høyt sykefravær er et problem både for arbeidstakerne, virksomhetene og samfunnet. Det er også enighet om at det er behov for å vurdere en bredere virkemiddelpakke og få et bedre grunnlag for drøftingene mellom myndighetene og partene i arbeidslivet om ny IA-avtale og tiltak for å redusere sykefraværet. Ekspertgruppen anbefaling vil inngå i dette grunnlaget.

Ekspertgruppen har bestått av:

Seniorforsker, professor Arnstein Mykletun, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Bergen (leder)

Forskningsdirektør, professor Hege R Eriksen, Uni helse, Universitetet i Bergen

Seniorforsker, professor Knut Røed, Frischsenteret, Oslo

Fastlege Gisle Schmidt, Oslo

Fastlege Anette Fosse, Mo i Rana

Overlege Grete Damberg, Arbeids- og velferdsetaten, Oslo

Fylkesdirektør Ellen Christine Christiansen, Arbeids- og velferdsetaten, Oslo

Ass. direktør, professor Bjørn Guldvog, Helsedirektoratet, Oslo

Det har vært oppnevnt en referansegruppe med representanter fra partene i arbeidslivet, slik at disse skulle holdes orientert om arbeidet underveis og kunne gi innspill til ekspertgruppens arbeid.

Sekretariatet for ekspertgruppen har bestått av Tone Kjeldsberg, Bent-Ole Grooss, Geir Jonatan Sharabi og Jørgen Teslo (Arbeidsdepartementet), Lars Fjell Hansson og Morten Petter Johansen (Finansdepartementet), Thorgeir Hernes (Arbeids- og velferdsdirektoratet) og Pål Molander (Statens arbeidsmiljøinstitutt). Ekspertgruppen takker sekretariatet for uvurderlige bidrag.

1.2 Mandat

1.2.1 Ekspertgruppen fikk følgende mandat:

Bakgrunn

Som grunnlag for de videre vurderinger og drøftinger om en videre IA-avtale, er det behov for en vurdering av mulige administrative tiltak ut over de som er nedfelt i IA-avtalen i dag, som kan bidra til en klar reduksjon i sykefraværet. Vurderingene bør bygge på tidligere erfaringer fra Norge og andre land, og annen tilgjengelig kunnskap om sykefraværsutviklingen og "driverne" bak sykefraværet.

Mål for arbeidet

Den faglige vurderingen av mulige administrative tiltak som kan bidra til å redusere sykefraværet skal inngå i det materialet som myndighetene og partene skal legge til grunn for drøftingene om innholdet i en ny IA-avtale. Målet med arbeidet i ekspertgruppen er å komme opp med forslag til endringer i regelverk og administrative oppfølgingsystemer som kan bidra til å redusere fraværet. Det er behov for en vurdering og anbefaling både av tiltak som kan iverksettes på kort sikt og tiltak som må planlegges og forberedes over noe lengre tid. Gjennomgangen skal baseres på en analyse av det systemet vi har i Norge i dag og etterlevelsen av dette. Det siste inkluderer en vurdering av de muligheter, motivasjonsfaktorer og betingelser arbeidstakerne, virksomhetene, sykmelder og Arbeids- og velferdsetaten har for å bidra til redusert fravær hver for seg og sammen. I denne sammenheng blir det spesielt viktig å vurdere sykmelders rolle. Som et ledd i arbeidet skal ekspertgruppen også vurdere *effekten* av tiltak som er implementert de siste årene. I tillegg er det bl.a. viktig å vurdere virkemiddelbruken og erfaringene fra Sverige. Basert på en slik gjennomgang skal det legges fram forslag til endringer som kan bidra til vesentlig redusert sykefravær. Forslagene må også ses i lys av de andre delmålene i IA-avtalen. Eksempler på tiltak som skal vurderes vil være:

- *Bedre oppfølging og nye tilpasninger i de krav som ga betydelig fall i sykefraværet i 2004.* I 2004 ble det bl.a. innført et aktivitetskrav for å få rett til sykepenger, unntatt når medisinske grunner klart er til hinder for det. Et annet krav i endringene fra 2004 var mer bruk av gradert sykmelding og innstramning i bruken av aktiv sykmelding. Utvalget bes vurdere om økningen i sykefraværet etter fallet i 2004 skyldes mindre stram praktisering av regelverket, og eventuelt foreslå tiltak mot dette, herunder bedre oppfølging og kontroll fra myndighetenes side.
- *Gjennomgang av dagens "stopp-punkter" for langtids sykmeldte og vurdering av tiltak for å styrke disse og gjøre dem mer effektive:* 6 uker (oppfølgingsplan), 12 uker (dialogmøte organisert av arbeidsgiver), 26 uker (dialogmøte organisert av Arbeids- og velferdsetaten). Bruk av rådgivende lege i forbindelse med stoppunktene bør vurderes.
- *Aktivitetskrav til arbeidstaker (evt. fyller eksisterende med konkret innhold).* Krav til aktivitet vil kunne forebygge mer langvarige uføreakrierer. Eksempler på tiltak kan være regelmessige og systematiske melderutiner, krav til deltakelse på tiltak og behandlingsopplegg ved lengre fravær.
- *Styrking av sykmelders "portvokterrolle" ved bl.a. utvikling av beslutningsstøtte (veiledning) knyttet til lengde og gradering av sykmelding.* Utvalget bes blant annet vurdere fastere

normer for sykmelding ved ulike diagnoser slik de har utviklet i Sverige. Også andre former for normering og beslutningsstøtte bør inngå i utvalgets arbeid. Hensiktsmessig videre prosess på dette området vurderes.

Organisering av arbeidet

Det opprettes en faglig ekspertgruppe for å skissere og vurdere mulige administrative tiltak mv. som kan bidra til å redusere sykefraværet.

Det oppnevnes også en referansegruppe for dette arbeidet med representanter fra partene i arbeidslivet. Referansegruppen holdes orientert om arbeidet underveis og kan gi innspill til arbeidsgruppens arbeid.

Det opprettes et sekretariat for ekspertgruppen som ledes av Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Ekspertgruppen fremlegger sine vurderinger for Arbeidsdepartementet innen 1. februar 2010. Det er nødvendig at fristen holdes.

1.2.2 Ekspertgruppens kommentar til mandatet

Med administrative tiltak forstår ekspertgruppen endringer i regelverk, myndighetsoppfølging, kompetansekrav mv. Mandatet etterspør tiltak som kan iverksettes på både kort og lengre sikt. På kort sikt forstår vi som innspill til den pågående diskusjonen om tiltak for å redusere sykefraværet, mens lengre sikt forstås som inneværende stortingsperiode og evt. utover denne.

Mandatet er svært vidt ettersom det etterspør "muligheter, motivasjonsfaktorer og betingelser" i forhold til alle aktører i arbeidet med oppfølging av sykefravær; arbeidstakerne, virksomhetene, sykmelder og Arbeids- og velferdsetaten. Videre blir vi bedt om å vurdere sykmelders rolle, dagens "stoppunkter" for langtidssykmeldte og aktivitetskrav til arbeidstaker. Vi blir også bedt om vurdere effekten av tiltak implementert de siste årene, og da vil vi konsentrere oss om årsaker til det markante fallet i sykefravær i 2004. I tråd med mandatet har vi også konsentrert oss om virkemiddelbruk og erfaringer fra Sverige, og vi har vurdert blant annet ordninger for normering av sykmelding i henhold til diagnose.

I arbeidet med rapporten har vi så langt det har vært mulig forsøkt å støtte oss på nasjonal og internasjonal forskning, samt andre former for oppsummeringer av erfaringer.

Samlet har vi forstått mandatet som at en konkret liste med administrative tiltak etterspørres, og at man ønsker en vurdering av virkemidler utover de som inngår i IA-avtalen i dag.

1.3 Ekspertgruppens arbeid

Ekspertgruppen har hatt kort tid til rådighet i sitt arbeid. I desember 2009 og januar 2010 er det avholdt til sammen 12 heldagsmøter, anslagsvis 100 møtetimer for ekspertgruppen samlet. Gruppen

var i desember 2009 på studiebesøk i Stockholm og ble orientert om innretningen og erfaringene med den svenske ordningen for å redusere sykefraværet. Gruppen har også avsatt betydelig tid til arbeid utenom møtetidspunktene, både i mindre grupper og enkeltvis. Ekspertgruppen har hatt møter med Sosialdepartementet, Sosialstyrelsen og Försäkringskassan i Sverige, Sveriges Läkarförbund, svenske forskere og OECD ved Christopher Prinz. Ekspertgruppen har også mottatt og vurdert en rekke skriftlige innspill fra ulike aktører. Det er avholdt to møter med referansegruppen, hvor partene i arbeidslivet har gitt skriftlige og muntlige innspill til ekspertgruppens arbeid, og har mottatt mange skriftlige innspill fra referansegruppen.

Rapporten omhandler ekspertgruppens forslag til administrative tiltak for reduksjon i sykefraværet, og vi gjennomgår også sentrale premisser og perspektiver som ligger til grunn for denne vurderingen. Ekspertgruppen stiller seg samlet bak denne rapporten, og det er ikke dissens på noen punkter. Ingen vedtak er fattet ved flertallsavgjørelser.

Det er utarbeidet 9 vedlegg til ekspertgruppens rapport. Vedleggene står for sekretariatets regning.

1.4 Innspill fra referansegruppen

I tråd med mandatet har det vært opprettet en referansegruppe for ekspertgruppen, med representanter for partene i arbeidslivet. Partene har gjennom to møter bidratt med innspill til gruppen arbeid. Ekspertgruppen har i tillegg mottatt en rekke skriftlige innspill fra partene i løpet av prosessen. Ekspertgruppen opplever at partene i referansegruppen på en rekke områder er samstemte i sine innspill. Følgende er noen hovedtema partene har pekt på:

Det er pekt på at det etablerte system for sykefraværsoppfølging i utgangspunktet er godt, men det er behov for en innstramning av tiltakene og en bedre oppfølging, både fra arbeidsgiver- og arbeidstakersiden og NAV. Mange har pekt på nødvendigheten av økt aktivitet og tidlig intervensjon, bl.a. ved bruk av gradert sykmelding og avventende sykmelding. Tidligere stoppunkter enn i dag bør vurderes, både krav om oppfølgingsplan, dialogmøte 1 og dialogmøte 2. Spesielt bør det rettes oppmerksomhet mot 8-ukers tidspunktet.

Partene har pekt på at NAVs oppfølging av sykmeldte bør styrkes, bl.a. gjennom oppfølging av dialogmøte 2 (som evt. skyves frem i tid) og tidlig vurdering av yrkesrettet attføring. Bruken av eksisterende virkemidler bør effektiviseres, spesielt bruken av kontaktperson ved arbeidslivssentrene og tilretteleggingstilskuddet rettet mot IA-virksomheter. NAV lokal bør styrkes i oppfølgingen av sykmeldte, og NAV bør i større grad ta i bruk eksisterende sanksjoner mot lege/sykmelder, arbeidsgiver og arbeidstaker som ikke følger regelverket.

Styrking av legens/sykmelders oppfølging har også vært et felles tema for referansegruppen. Det er foreslått en plan for hensiktsmessig opplæring/kompetanseutvikling og tilbakemelding til lege gjennom systematisk bruk av NAV statistikk over legers sykmeldingspraksis.

Arbeidsgiverorganisasjonene har i fellesskap pekt på at det bør vurderes beslutningsveiledninger for sykmeldinger – i første omgang for en stor gruppe (muskel/skjelettplager). Sentrale tema her bør være hva som er riktig behandling, når aktivitet bør inngå i behandlingen mv.

Partene har videre gitt innspill om at godt HMS-arbeid og god bedriftshelsetjeneste er viktig i det forebyggende arbeidet, og at innsatsen bør rettes mot de bransjer/yrker/næringer der utfordringene er størst. Det er pekt på behov for forbedret HMS-arbeid for lederne. Fokus på nærværsfaktorer og gode eksempler på tettere oppfølging er viktig. Holdnings- og informasjonsarbeid (ev kampanjer) som legger vekt på arbeidslivets positive og helsefremmende sider kan være aktuelle tiltak, samtidig som det er viktig å unngå moralisering i holdningsarbeidet. Bl.a. har det vært diskutert behov for informasjons-/holdningsarbeid rettet mot unge, f.eks. i samarbeid med videregående skole, høyskoler og universiteter.

Denne oppsummeringen av partenes innspill er ikke fullstendig uttømmende. Ekspertgruppen takker referansegruppen for innspill, og opplever at partene i stor grad peker på tema og problemstillinger som ekspertgruppen også har vært opptatt av.

2 Oppsummering

2.1 Oppsummering av premisser og perspektiver

Det er enighet blant partene om at sykefraværet i Norge er for høyt. I tredje kvartal 2009 var det totale sykefraværet på 7,7 prosent, som er omtrent på samme nivå som tredje kvartal 2001, da trepartsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) ble inngått. Selv om det er mye positivt å si om IA-samarbeidet, har det ikke ført til 20 pst. reduksjon i sykefravær fra nivået i 2001. I tillegg har vi sett en økning i uføretrygding blant unge mennesker, særlig for psykiske lidelser. På den positive siden har pensjoneringsalderen økt med omkring et halvt år siden 2001.

Må vi ha et så høyt sykefravær for å ha et inkluderende arbeidsliv? Mange vil si at det er en iboende målkonflikt mellom et inkluderende arbeidsliv (høy sysselsetting) og lavt sykefravær. Selv om vi har en høy andel sysselsatte, og spesielt blant kvinner og eldre, kan dette ikke uten videre forklare det høye sykefraværet. Sverige har om lag samme yrkesdeltagelse blant kvinner som Norge, men lavere sykefravær. Flere land har om lag like høy generell sysselsetting som Norge, men lavere sykefravær. Andelen kvinner og eldre i arbeidsstyrken har heller ikke økt i en slik grad de siste 10-15 årene at dette kan forklare den stigende tendensen i sykefraværet. Selv om flere faktorer kan spille inn, ser vi at kommuner i Norge med høy sysselsetting har lavere sykefravær enn kommuner med lav sysselsetting. Vi mener derfor at også Norge kan redusere sykefraværet vesentlig uten å gjøre arbeidslivet mindre inkluderende, forutsatt riktige virkemidler.

Det er mange synspunkter på hva som kan være årsaken til variasjonene i sykefraværet de siste 15 årene. Det er ikke lett å få øye på folkehelseårsaker til endringene i sykefraværet. Vi blir tyngre, vi drikker mer og er mindre fysisk aktive, men vi lever også lenger. Det er behandlingsskøer i Norge, men kvaliteten og volumet på behandling har aldri vært så høy som i dag. Noe økt yrkesdeltakelse blant kvinner og eldre kan bare forklare en liten del av endringen i sykefraværet siste år. Selv om det ikke kan utelukkes at økte arbeidskrav og omstillingspress i denne perioden fører til utstøting, gir regelmessige undersøkelser ikke entydige holdepunkter for å si at arbeidslivet er "brutalisert".

De aller fleste land yter mindre enn 100 pst lønn ved sykefravær, og OECD peker på at det høye nivået av sykefravær og uføretrygd i Norge skyldes sjenerøse ytelser sammen med en for lite effektiv portvokterfunksjon. Ekspertgruppen mener det er hevet over enhver tvil at reduksjon i lønn ved sykefravær reduserer det totale sykefraværet. Men det er også hevet over enhver tvil at vesentlig reduksjon i sykefraværet også kan oppnås med andre tiltak. Man skal også være oppmerksom på eventuelle sosiale konkvenser av redusert lønnskompensasjon ved sykdom.

Det er en rekke myter knyttet til sykefravær: *"Man må være 100 pst. frisk for å jobbe."* *"Arbeid er skadelig for helsen hvis du er syk."* *"Det er alltid bra for den syke å være sykmeldt."* *"Man bør ikke gjenhoppta arbeid før legen har sagt at det er greit."*

Mange tenker at man må være sykmeldt hvis man blir syk. Men for de fleste i yrkesaktiv alder går det imidlertid i praksis ikke noe klart skille mellom frisk og syk. Medisinske utredninger av mennesker i arbeid vil ofte avdekke tilsvarende diagnoser og helseplager som blant sykmeldte, men sykmeldte

har vanligvis mer av disse. Helseproblemene som er vanlige ved sykmeldinger er dessuten mange ganger langvarige, og diagnosene og plagene vil ofte være der både før og etter sykmeldingen. Derfor kan normering av sykmeldingsvarighet for slike helseplager være vanskelig.

De vanligste diagnoser ved sykmeldinger er knyttet til muskel- og skjelettsmerter og lettere psykiske lidelser. Hvorvidt arbeidstakeren ber om sykmelding ved slike plager avhenger av personlige, familiære og jobbmessige forhold. Fastlegen skriver ut de fleste sykmeldinger, og spørreundersøkelser tyder på at legen sjelden avslår pasientens anmodning om sykmelding. Det er imidlertid svært stor variasjon mellom sykmeldere i hvor lenge man sykmelder og bruken av gradert sykmelding.

Et for høyt sykefravær er uheldig på minst tre måter:

1. Den sykmeldte: Aktivitet gjennom arbeid (gradert sykmelding eller ingen sykmelding) er ved mange helseproblemer (for eksempel ryggsmertor eller noen lettere psykiske lidelser) terapeutisk. Langtidssykefravær øker også risikoen for varig utstøtning fra arbeidslivet, og reduserer framtidig inntekt selv om man returnerer til arbeid.
2. Samfunnet binder opp midler som kunne brukes til andre gode formål. Høyt sykefravær øker også sosiale forskjeller.
3. Virksomhetene påføres direkte og indirekte kostnader.

I 2004 ble det innført tiltak for økt bruk av gradert sykmelding, og det ble innført en plikt til å vurdere aktivitet etter åtte uker. Bruken av aktiv sykmelding ble samtidig redusert. Disse tiltakene medvirket til et kraftig fall i sykefraværet på over 20 pst. Ekspertgruppen anser at et markert skifte fra full til gradert sykmelding er hensiktsmessig ut fra fire hensyn:

1. For de dominerende helseproblemene blant sykmeldte er aktivitet vanligvis mer helse- og rehabiliteringsfremmende enn det passivitet vil være. Helsefremmende aktivitet kan for de fleste oppnås gjennom fortsatt arbeid i deltid (eller fulltid).
2. Fortsatt kontakt med arbeidsplassen ved utnyttelse av gjenværende arbeidsevne forebygger varig utstøtning fra arbeidsplassen, og ivaretar derved et av IA-avtalens øvrige formål.
3. Tidlig fokus på rett og plikt til utnyttelse av individuell arbeidsevne vil kunne bidra til å avdekke eventuelle arbeidsmiljøproblemer på arbeidsplassen, til å fremme inkludering, og til å framtvinge nødvendige forbedringer og tilretteleggingsbehov i tide.
4. Krav om utnyttelse av gjenværende arbeidsevne vil motvirke utilsiktet overforbruk av sykepenger, og dermed styrke legitimiteten til sykkelønsordningen.

Ekspertgruppen mener at de samlede tiltak som ble iverksatt i 2004 bidro til et markert fall i sykefraværet. Samtidig må det fastslås at intensjonene i tiltakene bare delvis er fulgt opp i praksis. På tross av at man forsøkte å gjøre aktivitet til hovedregelen og øke bruken av gradert sykmelding, er det fortsatt bare mindretallet av sykmeldinger som er graderte. Ekspertgruppen mener det bør være en målsetting at gradert sykmelding blir mer vanlig enn full sykmelding for alt legemeldt sykefravær, og at gradert sykmelding blir helt dominerende for sykmelding ut over åtte uker.

Ekspertgruppen mener at det er ønskelig med reduksjon i både korttidsfraværet og langtidsfraværet. Mest alvorlig er det høye langtidsfraværet fordi langtidsfravær kan føre til utstøtning fra arbeidsmarkedet.

2.2 Oppsummering av ekspertgruppens forslag til administrative tiltak

Ekspergruppen legger med dette fram forslag tiltak som vi mener vil bidra til en vesentlig reduksjon i sykefraværet uten økt utsøtning fra arbeidsmarkedet. Tiltakene kan inndeles i seks hovedgrupper:

2.2.1 Aktiviserings- og nærværsreform

Ekspergruppen foreslår at det iverksettes en aktiviserings- og nærværsreform med sikte på at gradert sykmelding reelt sett skal bli hovedregelen ved sykefravær, og at det ved fravær ut over 8 uker bare rent unntaksvis skal benyttes 100 pst. sykmelding.

Under dette pkt. foreslår ekspertgruppen bl.a. samling og fremskyndig av stoppunktene i sykefraværsoppfølgingen, innskjerpet krav til gradert sykmelding etter åtte uker i kombinasjon med endring i reglene om arbeidsgiverfinansiering i sykepengeperioden. Videre foreslås det at reglene om arbeidsgivers tilretteleggingsplikt og arbeidstakers medvirkningsplikt presiseres/skjerpes, samt at oppfølging gjennom kontroll og sanksjoner bedres.

Gruppen foreslår en forenkling og tydeliggjøring av stoppunktene i sykefraværsforløpet:

1. De første 10 dagene: Det foreslås at den arbeidsgiverfinansierte sykmeldingsperioden forkortes til 10 dager, samtidig som antallet egenmeldingsdager utvides fra 3 til 10. Antall egenmeldingsdager settes lik antall dager i arbeidsgiverperioden, og det presiseres at i denne fasen skal oppfølging av sykefraværet være et forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Det foreslås at den totale rammen for antall egenmeldingsdager utvides til 24 dager i løpet av en 12 måneders periode, som innenfor IA-avtalen i dag.
2. Fra avslutning av egenmeldingsperiode (11. dag) til 8 uker: Etter utløpet av egenmeldingsperioden kreves sykmelding fra lege, med eksplisitt vurdering av arbeidsevne og sykmeldingsgrad. Folketrygden dekker sykepengene med inntil 100 pst. kompensasjon opp til 6 G i denne perioden. Sykmeldingen skal så langt det er mulig være gradert med mindre deltakelse på arbeidsplassen er til skade for arbeidstakerens egen eller andres helse. Arbeidsgiver skal i samråd med arbeidstaker utarbeide en oppfølgingsplan senest innen fire uker. Senest innen åtte uker skal det i regi av arbeidsgiver gjennomføres et dialogmøte hvor denne oppfølgingsplanen skal være hovedtema.
3. Fra og med 8 uker: Sykmeldinger skal som hovedregel være gradert etter 8 uker, selv om dette krever omfattende tilretteleggingstiltak fra arbeidsgivers side og innebærer vesentlige endringer i arbeidsoppgaver for arbeidstakeren. For å gi et tydelig insentiv for bruk av graderte sykmeldinger, begrenses folketrygdens refusjon av sykepenger til maksimalt 80 pst. etter åtte ukers sykefravær. Dette innebærer at det innføres en egenandel for arbeidsgiver på 20 pst. i de tilfeller gradert sykmelding ikke kan gjennomføres. Som grunnlag for godkjenning av sykmeldinger ut over 8 uker skal det foreligge tilfredsstillende oppfølgingsplan og dialogmøte 1 skal som en hovedregel være gjennomført, med angivelse av når det eventuelt forventes å være behov for dialogmøte med NAV (dialogmøte 2). NAV får ansvar for å gjennomføre dialogmøte 2 etter 16-20 uker, og evt. et dialogmøte 3 ved utløpet av sykepengeperioden. NAV skal vurdere om arbeidsgiver har oppfylt tilretteleggingsplikten og om det er behov for å iverksette yrkesrettet

atføring eller andre tiltak. Arbeidsgiver, arbeidstaker og sykmelder/lege kan ta initiativ til dialogmøte 2 på et tidligere tidspunkt.

Forslaget om å gi arbeidsgiver et delansvar for 100 pst. sykefravær etter åtte uker kombinert med redusert arbeidsgiverperiode fra 16 til 10 dager er motivert ut fra et ønske om å gi arbeidsgiverne sterkere insentiver til å forebygge langtidsfravær og utstøtning, samtidig som den samlede arbeidsgiverfinansieringen holdes tilnærmet uendret.

Dette er en ny ordning som i større grad ansvarliggjør arbeidsgiver og arbeidstaker tidlig i sykmeldingsperioden, noe som innebærer at prinsippet i ordningen avventende sykmelding utvides til å gjelde for alle sykefravær i arbeidsgiverperioden, bortsett fra i de tilfeller der arbeidstakers rett til bruk av egenmeldinger er innskrenket.

Dagens skjermingsordninger for mindre virksomheter og langvarig eller kronisk syke videreføres slik at de skal gjelde hele den perioden arbeidsgiver har et medfinansieringsansvar.

2.2.2 Kunnskapsbaserte tiltak for redusert sykefravær

I regi av helsetjenesten, NAV og arbeidsgiver gjennomføres det i dag en rekke tiltak for å forebygge sykefravær og bringe sykmeldte tilbake i arbeid. Effektene av disse tiltakene er i stor grad udokumenterte og kan i noen grad virke mot sin hensikt. F.eks. gis det fortsatt i mange tilfeller råd om hvile, inaktivitet og fravær fra arbeidsplassen for personer med muskel- og skjelettplager, selv om det i dag finnes kunnskap som tilsier at dette kan forverre sykmeldtes prognose.

Det er etter ekspertgruppens vurdering behov for både å oppsummere og formidle kunnskap om tiltak som bidrar effektivt til tilbakeføring til arbeid og å sørge for gjennomføring av tiltak med slik dokumentert virkning. Tiltak som er dokumentert ineffektive eller skadelige må avvikles. Det er videre behov for mer kunnskapsbasert dokumentasjon om effekten av ulike tiltak for å forebygge og redusere sykefraværet. Innenfor helse- og rehabiliteringssektoren foreslår ekspertgruppen at kravene til dokumentert effekt må styrkes. Kunnskapsområdet må styrkes faglig og organisatorisk.

2.2.3 Kompetanseløft

For å styrke og støtte opp under den forslåtte aktiviserings- og nærværsreformen må det iverksettes en rekke tiltak for å bedre de ulike aktørenes kompetanse i sykefraværarbeidet. Det må bygges konsensus om den helsemessige og samfunnmessige nytten i å opprettholde kontakten med arbeidsplassen på tross av sykdom eller helseplager.

Vi anbefaler etablering av faglige veiledere for sykmeldere med fokus på bruk av gradering som virkemiddel, og hvor formålet er arbeidsevne og helse. Videre anbefales det å utarbeide veiledere for arbeidslivet med fokus på tilrettelegging og aktivitet. Samarbeidet mellom NAV og sykmeldere anbefales styrket, og det foreslås at sykmeldere får regelmessige tilbakemeldinger om egen

sykmeldingspraksis, bl.a. med fokus på bruk av gradert sykmelding, sammenlignet med andre relevante leger/sykmeldere. Vi anbefaler også obligatoriske kurs for sykmeldere.

2.2.4 Sykmelding ved opphør av arbeidsforhold og permittering

Ekspertgruppen legger til grunn at formålet med sykepenger er å gi kompensasjon for bortfall av arbeidsinntekt forårsaket av en funksjonsnedsettelse som skyldes sykdom eller skade. Sykelønnsordningen skal ikke kompensere for tapt inntekt forårsaket av arbeidsledighet eller permittering. Ekspertgruppen vil anbefale at det utredes nærmere hvordan og evt. hvilke lovendringer som må foretas for unngå at sykepenger kompenserer for inntektstap som ikke er forårsaket av sykdom eller skade.

2.2.5 Styrking av NAV kontroll og innkreving

Legitimiteten til velferdsordningene avhenger av at fellesskapets midler går til de som har rett til ytelser. Folketrygden er i stor grad et tillitsbasert system. For å opprettholde tilliten til systemet er det avgjørende at de som misbruker den og bevisst mottar midler fra fellesskapet de ikke har rett til, blir avslørt. Bedragerier av sykepenger medfører betydelige tap for det offentlige hvert år. Ekspertgruppen anbefaler en betydelig styrking av virksomheten til NAV kontroll og innkreving.

2.2.6 Informasjonsstrategi

Gjennomføring av ekspertgruppens forslag bør understøttes av en godt planlagt og sammenhengende informasjonsstrategi over flere år. Formålet må være å skape aksept for grunntanken bak den forelåtte aktiviserings- og nærværsreformen.

2.3 Implementering

Ekspertgruppen vil understreke at en effektiv implementering av de foreslåtte tiltakene krever at dette gis høy prioritet på politisk nivå, i forvaltningen og hos øvrige parter gjennom flere år. Det er videre en forutsetning at NAV, som den dominerende offentlige aktøren, settes i stand til å fylle sine roller som støttespiller, rådgiver, oppfølger og kontrollør. Det er ikke minst en forutsetning at NAV raskt har på plass et IKT-system som på en effektiv måte understøtter både oppfølgingsprosessen og kommunikasjonen med de andre aktørene.

3 Premisser og perspektiver

Den norske sykelønnsordningen er en grunnleggende velferdsordning i det norske samfunnet. Ordningen gir trygghet for inntektskompensasjon for enhver "som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade" (folketrygdloven §8-1). Denne grunnleggende tryggheten er et vesentlig velferdsgode, og den kan også være viktig for at mange skal delta i arbeidslivet. Sykefravær vil i mange tilfeller også være et riktig og nødvendig ledd i behandlingen av sykdom.

Men samtidig har et høyt sykefravær kostnader på flere måter:

1. For *den sykmeldte* påvirker det livskvalitet og deltagelse i samfunnet. Arbeidet kan være vesentlig for identitet og følelse av likeverd, det er en viktig kilde til sosiale nettverk, og det kan gi følelse av nytte og av å bidra til fellesskapet. I tillegg er langtidssykefravær over flere måneder ofte inngangsportalen til mer varige trygdeytelser. Langtidsfravær gir således en økt risiko for mer permanent utstøting fra arbeidslivet, noe som også betyr tap av framtidig inntekt. Studier antyder at selv for de som returnerer til arbeid, fører sykefravær til reduserte framtidige inntekter (Markussen 2010).
2. For *samfunnet* binder et høyt sykefravær opp betydelige midler som kunne vært brukt på andre viktige samfunnsoppgaver. Et høyt sykefravær bidrar også til redusert tilgang på arbeidskraft i en tid med en aldrende arbeidsstyrke og befolkning. Vi trenger flere hender for å øke verdiskaping og velferd. I 2009 anslås det at sykefraværet samlet tilsvarer om lag 150 000 årsverk. Sykefraværet slår i tillegg sosialt skjevt ut – det er klart høyere blant de med lav lønn og utdannelse, og bidrar derved også til sosial ulikhet.
3. For *virksomhetene* innebærer sykefravær en rekke direkte og indirekte kostnader i tillegg til sykelønn, for eksempel produksjonstap, løpende utgifter knyttet til ansettelsesforholdet, vikarer og opplæring av disse.

3.1 Forholdet mellom sykmelding, diagnose og helseplager

Sykepenges skal kun ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. I Norge er det en vel innarbeidet praksis at sykdomsdefinisjonene er brede, og avhengig av medisinsk praksis. "Hvorvidt det dreier seg om en sykdomstilstand vil altså være avhengig av hvordan den medisinske vitenskap til enhver tid utformer sykdomsbegrepet og den praksis som har utviklet seg på området." (fra NAVs rundskriv om Folketrygdloven, i kommentar til paragraf 84 om arbeidsuførhet, sist revidert 23 04 08). Hvis vi legger dette til grunn skal sykefravær sees i sammenheng med sykdom og de helseplager som medfører funksjonsnedsettelse. Det er også slik at for en del av de tilstandene det normalt ikke skal sykmeldes for, kan situasjonen være så fysisk eller psykisk belastende at den likevel medfører arbeidsuførhet.

For å bidra til en vesentlig reduksjon av sykefravær er det nødvendig at vi tar hensyn til hvilke tilstander eller helseplager som vanligvis fører til sykefravær. Det store flertallet av sykmeldinger gis for plager og smerter i muskel- og skjelettsystemet og lettere psykiske lidelser, jf. vedlegg 1. De fleste av disse tilstandene er uspesifikke og opptrer ofte med en høy grad av andre samtidige plager, gjerne betegnet som "multisymptom tilstander". Dette betyr f.eks at den "vanlige" ryggpasienten ofte har plager og smerter fra nakke og skulder, plager fra mage-tarmsystemet, og av og til symptomer på angst, depresjon og søvnproblemer (Hagen m.fl. 2006). Det er nødvendig at vi erkjenner at for de fleste av disse tilstandene er det ingen objektive kriterier for å vurdere sykdom eller arbeidsevne, det er som regel det vi kan omtale som subjektive helseplager. Det er ingen grunn til at vi ikke skal akseptere realiteten i disse plagene eller tilstandene. Denne type plager er vanlige og de fleste vil kunne oppleve en eller flere slike plager i perioder av livet, men for et mindretall av arbeidstakerne blir plagene så belastende at de må søke hjelp for plagene, og for noen av disse vil sykmelding være et alternativ.

En del av plagene kan forklares som følger av kroppslig sykdom, for eksempel utmattelse i forbindelse med kreft eller infeksjoner. Mange av plagene kan forklares med utgangspunkt i psykofysiologiske stressmodeller hvor langvarig belastning kombinert med manglende mestring kan føre til sensitivisering og økende plager (Eriksen og Ursin, 2004), som over tid kan gi redusert funksjon, både sosialt og i arbeidslivet, og kan i noen tilfeller føre til hel eller delvis arbeidsuførhet.

Det er heller ikke slik at det å ha en diagnostisert sykdom som kreft eller leddgikt betyr at man nødvendigvis må være sykmeldt.

Det er bare et mindretall av arbeidstakerne som står for mesteparten av fraværet. De fleste som har subjektive helseplager har ingen fysisk eller mental begrensning for å kunne gjennomføre de fleste ordinære aktiviteter på jobb eller fritid. De fleste akutte tilstander går raskt over, med eller uten innblanding fra helsevesenet, eller bedres tilstrekkelig til at man kan returnere til arbeid og andre aktiviteter selv om noen vil oppleve gjentatte og vedvarende tilfeller. De aller fleste arbeidstakere som opplever akutte plager/tilstander vil forbli i arbeid, og det store flertallet av arbeidstakere som blir sykmeldt vil returnere raskt tilbake i arbeid selv om de fortsatt vil ha plager eller symptomer.

Selv om det for de aller fleste vil være helsefremmende å være i noe aktivitet, vil langvarig sykefravær være det riktige for noen. Det som er viktig er å forsøke å redusere det unødvendige sykefraværet og det sykefraværet som kan ha negativ effekt på helse og funksjon for den enkelte arbeidstaker.

For å oppnå reduksjon i sykefraværet, er det nødvendig å fjerne noen oppfatninger eller *myter*, bl.a. følgende: *"Man må være 100 pst. frisk for å kunne jobbe"*. *"Arbeid er skadelig for helsen hvis du er syk"*. *"Man bør friskmeldes for å returnere til arbeid"*.

Slike myter og oppfatninger finnes både i befolkningen og blant de viktigste sykefraværsaktørene (arbeidsgivere, arbeidstakere, og leger). Ekspertgruppen mener det er viktig å understreke at sykdom og sykefravær er forskjellige fenomener – det er arbeidsførheten og arbeidsevnen det bør fokuseres på i arbeidet for å redusere u hensiktsmessig sykefravær. Noen utgangspunkt for arbeidsgruppens vurderinger og forslag er:

- De fleste med helseproblemer som følge av sykdom er i arbeid.
- Det å stå utenfor arbeidslivet kan i mange tilfeller gi eller øke fysiske og psykiske helseproblemer.
- Arbeidet innebærer en aktivitet som ofte kan ha gunstige virkninger på helsen: Mens fravær av arbeid kan utgjøre en helserisiko, kan nærvær for svært mange med sykdommer og plager, og kanskje særlig de med vedvarende og varierende helseplager over tid – virke helende og rehabiliterende, gi bedre helse og redusere sannsynligheten for varige funksjonsnedsettelse.

Ekspertgruppen vil derfor understreke betydningen av å:

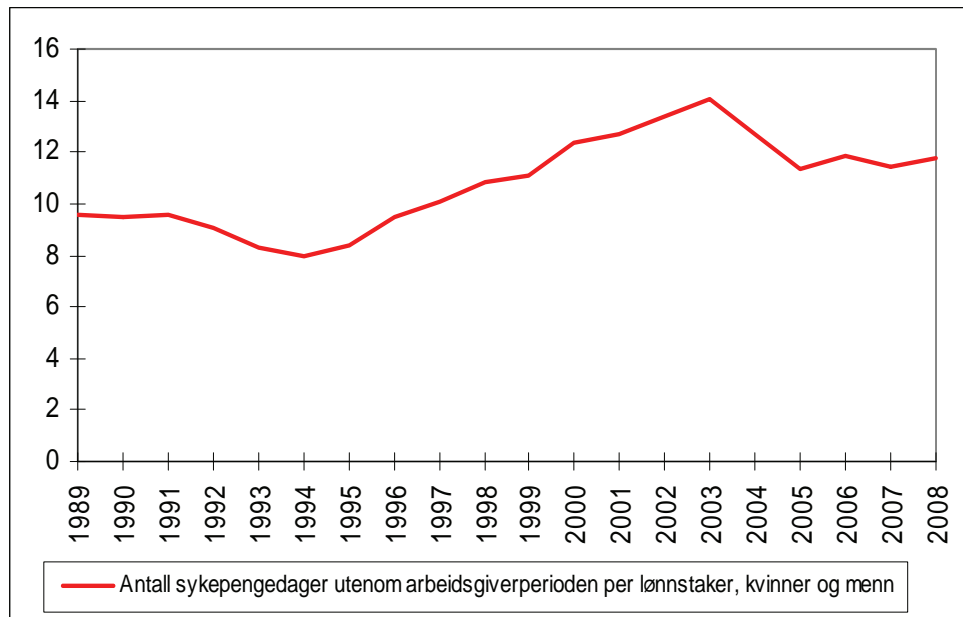
- Sørge for bedre forståelse og kompetanse om mulighetene for å forebygge sykefravær og fremme arbeidsdeltagelse hos alle aktører.
- Styrke det virksomhetsnære arbeidet, bl.a. arbeidsgiverens proaktive, støttende og tilretteleggende innsatser.
- Sikre tidlig og effektiv inngripen og bistand i sykefraværsløpene.
- Styrke kommunikasjonen mellom aktørene, ikke minst mellom arbeidsplass og sykmelder/behandler.
- Fokuserer på hva arbeidstakere faktisk kan gjøre på tross av helseproblemer.
- Redusere fokuset på diagnose.

3.2 Utviklingen i sykefravær i Norge

Det er en pågående debatt om hvorvidt sykefraværet i Norge faktisk har økt eller ikke. Svaret vil avhenge av hvilken tidsperiode man fokuserer på. I vedlegg 1 redegjøres det nærmere for kunnskap om sykefraværutviklingen og spesielt for utviklingen det siste året.

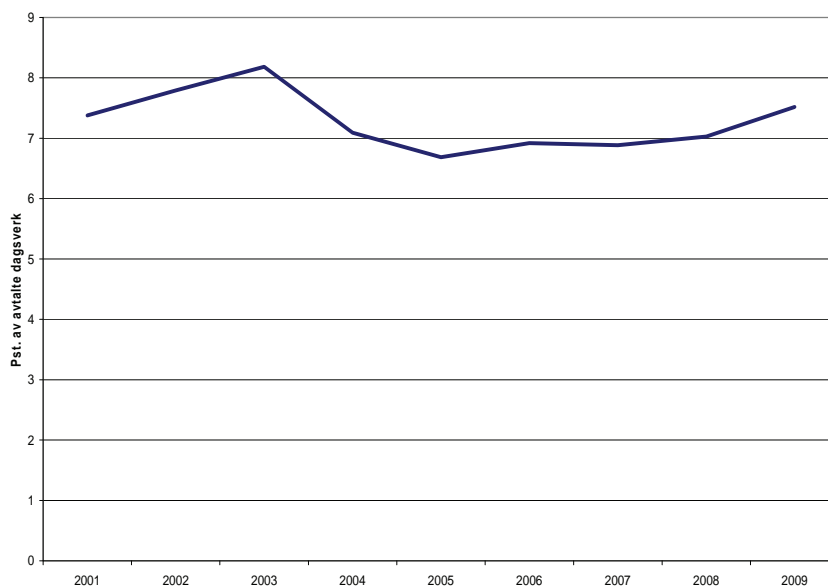
Ulike valg av tidsperioder gir forskjellige svar på spørsmålet om – og eventuelt hvor mye – sykefraværet i Norge har økt. Ekspertgruppen velger imidlertid å legge til grunn at det var en stigende tendens fra midten av 1990-tallet frem 2001, og at sykefraværet deretter av ulike årsaker har variert, jf. figur 1 og 2.

Figur 1. Sykepengedager utover arbeidsgiverfinansiert periode pr. lønnstaker (kilde: NAV)



Tar vi utgangspunkt i 2001, da den første IA-avtalen ble inngått, viser Statistisk sentralbyrås sentrale sykefraværstatistikk, som omfatter både det legemeldte og det egenmeldte fraværet at at sykefraværet i 3. kvartal 2009 lå på om lag samme nivå som i tilsvarende kvartal i 2001.

Figur 2. Tapte dagsverk som følge av sykefravær, i pst. av avtalte dagsverk. Årsgjennomsnitt for perioden 2001-2009 (Kilde: Statistisk sentralbyrå)



Som figur 1 og 2 over viser har det vært variasjoner i sykefraværsutviklingen de siste 20 år:

- En nedgang fra 1988 til 1993 – en periode med bl.a. konjunkturedgang og innstramninger i regelverket.
- En kraftig og langvarig økning fra midten av 1990-tallet og fram til 2003. Økningen på begynnelsen av 2000-tallet gjaldt både det totale og det trygdefinansierte fraværet.
- En brå og markant nedgang fra 2003 til 2005. I 2005 lå det totale fraværet nesten 20 prosent lavere enn gjennomsnittet for 2003.
- En svak økning fra 2005 til 2008, og siden en markert vekst i 2009. Veksten synes markert, også når man ser bort fra pandemien.

Statistikk fra NAV antyder at svingningene ikke skyldes endringer i antallet fravær, men heller at lengden av fravær varierer på ulike tidspunkt. Det ser videre ut som om lengden på fraværet varierer mer blant kvinner enn blant menn, og spesielt for psykiske lidelser og generelle uspesifiserte diagnoser, jf. vedlegg 1.

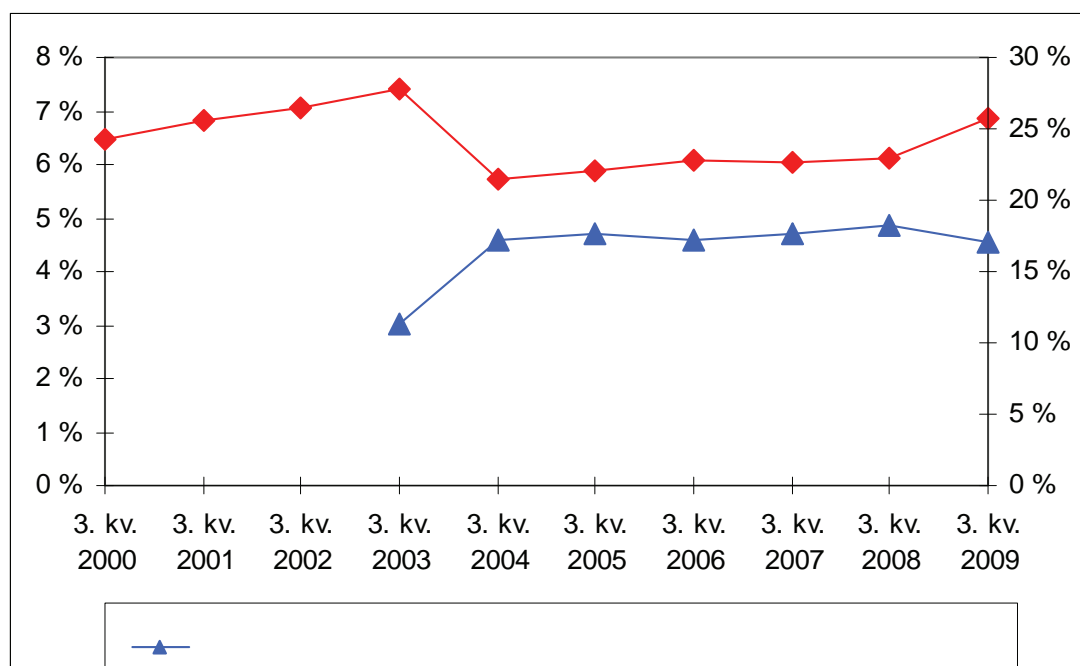
Samlet økte sykefraværet utover arbeidsgiverperioden med 22 pst. fra 1989 til 2008 – fra 9,6 til 11,7 dager per lønnstager per år (NAV 2009). Antallet fravær økte knapt, mens lengden på hvert fravær økte med gjennomsnittlig 19 pst. I perioden 1994 til 2008 var det klart sterkere økning for kvinner enn for menn, og en særlig økning i sykmelding for lettere psykiske lidelser og generelle/uspesifiserte diagnoser. I 2009 har sykefraværet økt betydelig, bl.a. innen bygg- og anleggsbransjen.

Selv om nivået i 2009 om lag tilsvarte nivået i 2001, var utgangspunktet for den opprinnelige IA-avtalen i 2001 en sterk økning i den foregående perioden. Det var – da som nå – bred enighet om at nivået var høyt. Det er således et viktig premiss for ekspertgruppens arbeid at nivået på sykefraværet i dag er for høyt, og at det er viktig å finne frem til tiltak som effektivt kan bidra til fraværsreduksjon.

Et mindretall står for majoriteten av sykefraværet. I 2008 stod 12,4 prosent av landets 2,38 millioner sysselsatte for 80 pst. av de legemeldte fraværsdagene. Dette innebærer at tiltak bør målrettes mot de med særlig stor risiko for lange fravær.

Det markante fallet i 2004 faller sammen med en tydelig økning i bruken av graderte sykmeldinger (figur 3). De administrative tiltakene som ble gjennomført, ga med andre ord en dobbelt gevinst: Samtidig som sykefraværet sank, opprettholdt langt flere av de sykmeldte kontakten med arbeidsplassen ved å jobbe deltid. Fra 2008 til 2009 ser vi den samme tendensen med motsatte fortegn: mens sykefraværet steg, falt bruken av graderte sykmeldinger.

Figur 3. Legemeldt sykefravær (venstre akse) og andel graderte sykmeldinger (høyre akse)



3.3 Norge i en internasjonal sammenheng

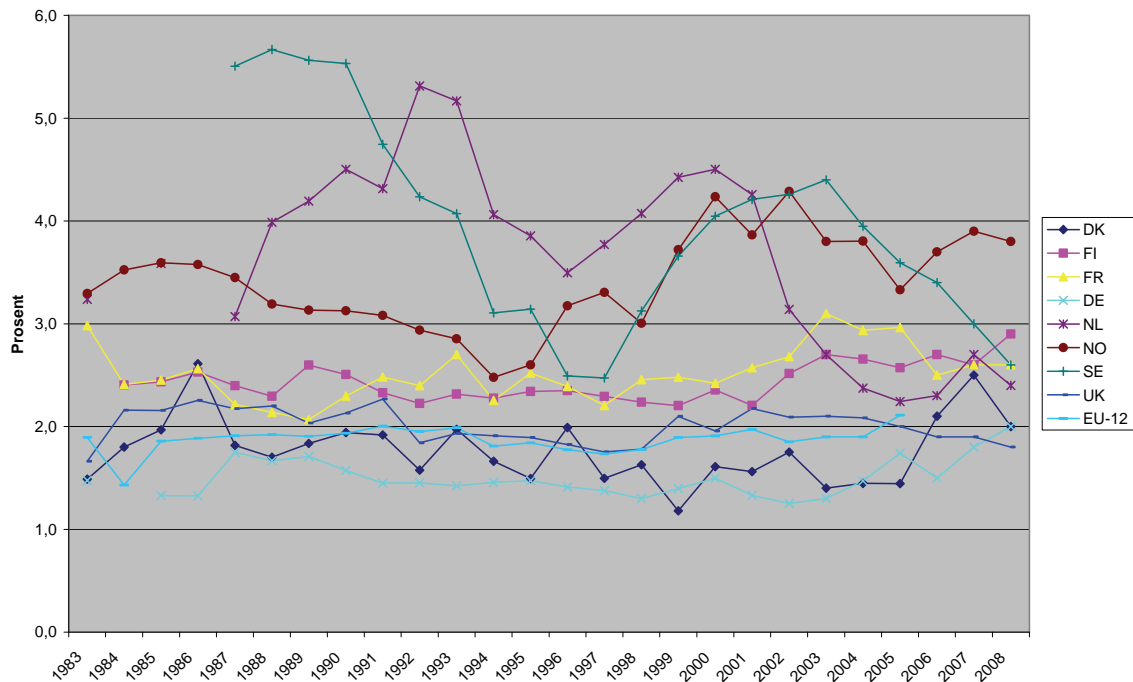
Det er knyttet usikkerhet til sammenlikninger av sykefraværet mellom land. Sammenlikninger er generelt kompliserte pga. ulikheter i stønadsordninger, stillingsvern og andre forhold som kan gi store forskjeller som ikke avspeiler reelle forskjeller i fravær, jf. også vedlegg 2. En tilnærming som gir grunnlag for sammenlikninger – og som er brukt i Eurostats tall i figur 4 – er arbeidskraftundersøkelser (AKU). Sykefravær defineres her som selvrapportert helt fraværende i undersøkelsesuken. Styrken ved denne tilnærmingen er at AKU er en etablert spørreundersøkelse med lik utforming mellom land. En svakhet kan være ulikheter knyttet til hvordan Arbeidskraftundersøkelsene klassifiserer personer med langtidsfravær som sysselsatte.

På basis av AKU-tallene har Norge et høyere sykefravær enn andre land. Men minst like viktig som nivået er det disse tallene sier om *trender*: Mens sykefraværnivået i Norge har holdt seg høyt, har land som Sverige og Nederland – som på begynnelsen av 2000-tallet lå på nivå med Norge i internasjonale sammenlikninger – fått til en markant reduksjon¹.

¹ Dette er oppnådd med svært ulike strategier i de to landene: Mens Nederland særlig har satset på å gi arbeidsgiver et økonomisk medansvar, har Sverige satset samtidig på en rekke fronter. Daværende svenske regjering lanserte en målsetting om å halvere sykefraværet fra 2002 til 2008.

Figur 4. Sykefraværsutvikling i Norge sammenlignet med andre land

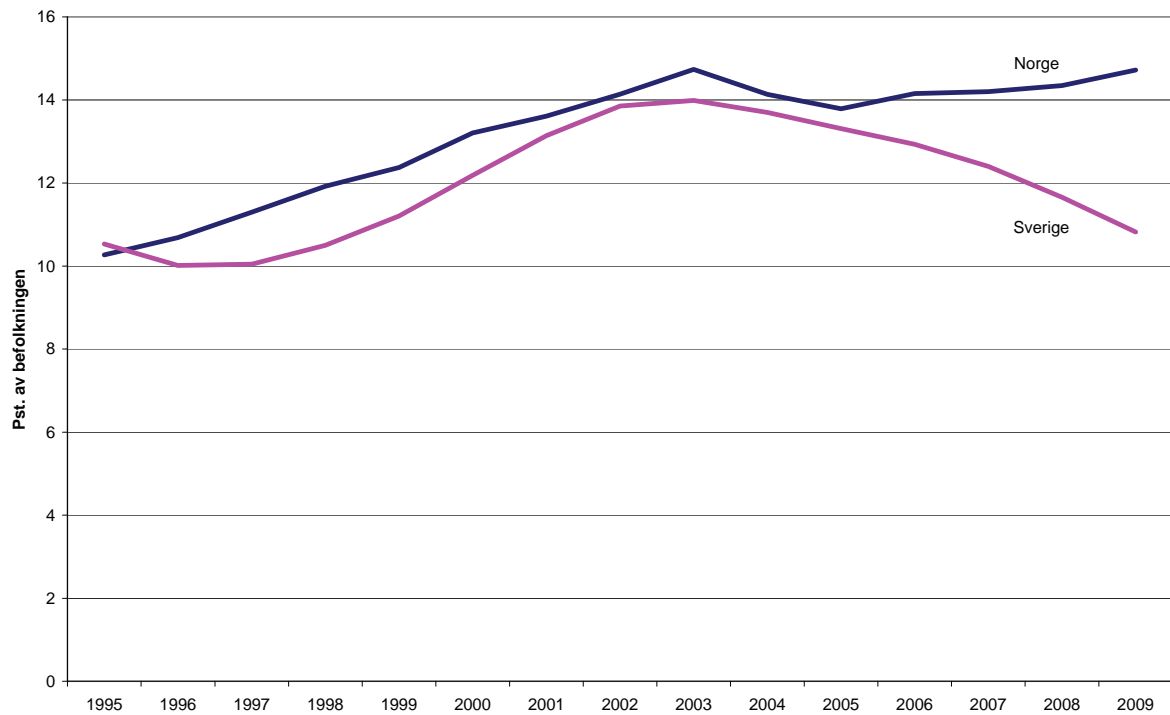
Kilde EUs statistikkbyrå – Eurostat



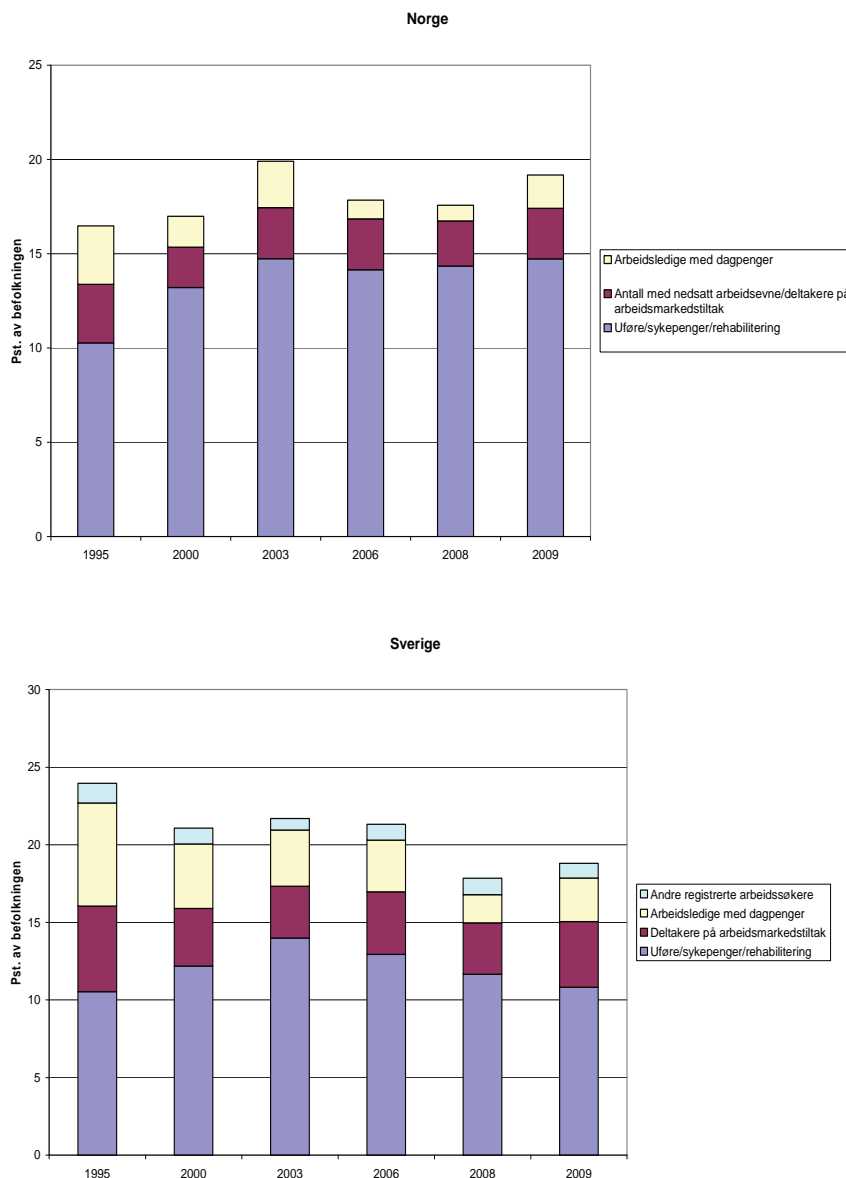
Et spørsmål kan være om et høyt sykefravær i Norge ”kompenseres” av at vi har relativt færre på helse relaterte eller andre tilliggende stønadsordninger. Denne antakelsen styrkes ikke av analyser fra OECD (2009) som bl.a. antyder at Norge har nesten dobbelt så stor andel av den yrkesaktive befolkningen på uføretrygd som OECD-gjennomsnittet. Andelen uføretrygdete i Norge er høyt, selv når vi tar hensyn til at yrkesdeltakelsen i Norge er vesentlig høyere enn OECD-gjennomsnittet.

Sammenlikner vi mer spesifikt med Sverige, som i mange henseender ligner Norge, viser figur 5 under at det samlede antallet årsverk på uføretrygd, rehabiliteringspenger og sykepenger har økt markert siden 1995 her hjemme. Som andel av befolkningen 20-64 år tilsvarte dette vel 14 pst. i 2008 – 4 prosentpoeng høyere enn i 1995. Veksten har fortsatt i 2009. I Sverige har det derimot vært en samlet nedgang de siste årene. I 2009 er det anslått at knapt 11 pst. vil motta slike ytelser – om lag 3 prosentpoeng lavere enn i 2003.

Figur 5. Samlet uttak av uføreytelser, sykepenger og rehabiliteringspenger målt i antall årsverk i aldersgruppen 20-64 år. Prosent av befolkningen (kilder SSB, NAV, det svenske Finansdepartementet og sekretariatet til ekspertgruppen)



Figur 6. Antall på helse relaterte trygdeordninger, deltakere på arbeidsmarkedstiltak og arbeidsledige med dagpenger målt i årsverk i aldersgruppen 20-64 år i henholdsvis Norge og Sverige. Prosent av befolkningen (kilde: NAV, Statistisk sentralbyrå, det svenske Finansdepartementet, arbeidsformidlingen i Sverige og sekretariatet for ekspertgruppen)²



Andelen av befolkningen i aldersgruppen 20-64 år som mottok helse relaterte trygdeytelser, arbeidsmarkedstiltak eller arbeidsledige med dagpenger var i perioden fra 1995 til 2006 høyere i Sverige enn i Norge. Sverige lå på litt over 20 pst., mens tallet i Norge lå på mellom 16 og 20 pst. Siden 2003 har det vært en nedgang i den samlede andelen og i 2008 og 2009 var tallet noe lavere i Sverige enn i Norge. I det vesentligste består forskjellene i at Norge har flere sykmeldte og uføretrygdete enn Sverige. Samtidig har Sverige flere på arbeidsmarkedstiltak og flere arbeidsledige.

² De norske tallene er aldersjustert slik at de skal omfatte aldersgruppen 20-64 år, dvs. til samme aldersinndeling som i Sverige. For 2009 er det brukt prognoser fra det svenske Finansdepartementet. For Norge bygger tallene for 2009 dels på faktiske tall og dels på anslag for 2009. En må være noe varsom med direkte å sammenlikne nivået på de ulike ordningene mellom Sverige og Norge. Dette har bl.a. sammenheng med at de kan ha forskjellig avgrensning.

3.4 Forklaringer på utviklingen i sykefraværet i Norge

I de siste månedenes diskusjon rundt sykefraværet er det lansert en lang rekke hypoteser om årsakene til sykefraværsutviklingen i Norge. Variasjoner i sykefraværet har trolig svært mange og sammensatte årsaker. I regi av Norges forskningsråd gjennomføres det et forskningsprogram om årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Ekspertgruppen har ikke hatt som ambisjon å avklare årsakssammenhenger i denne rapporten. Det kan likevel være grunn til å berøre *noen* mulige forklaringer på økning i sykefravær som ofte trekkes frem i offentligheten:

- Det er samlet sett vanskelig å tilskrive endringene i sykefraværet til utviklingstrekk i helsetilstanden eller sykkeligheten i befolkningen. Ser vi for eksempel på den klart største diagnosegruppen innen sykkelønsordningen, muskel- og skjelettlidelser, holder nivået seg stabilt i befolkningen over tid, selv om forekomsten av sykefravær for slike plager har endret seg (Ihlebak et al. 2007, Kamaleri et al. 2009). Heller ikke når det gjelder psykiske lidelser – en annen stor gruppe innen sykkelønsordningen - gir samlet evidens støtte til antakelser om en forringet psykisk folkehelse de siste 20 årene (Mykletun, Knudsen og Mathisen 2009). På den andre siden er nivået av fysisk aktivitet i den norske befolkningen betydelig redusert de siste tiårene, og bare 20 pst. av den norske befolkningen oppfyller anbefalingene om minst 30 min daglig moderat aktivitet. Videre ser vi en økning av type-2 diabetes, overvekt og andre livsstils sykdommer. Dette er samtidig med en økende dokumentasjon om at fysisk aktivitet kan bidra i forebygging og behandling av f.eks Type-2 diabetes, fedme, muskel-og skjelettplager og sykefravær (Bahr 2008).

Det er godt dokumentert at arbeidsmiljø og arbeidsforhold har betydning for mange arbeidstakers helse (jf. vedlegg 7). For eksempel er det godt dokumentert at høye krav (bl.a. tidspress) sammen med lite kontroll over egen arbeidssituasjon, øker risiko for hjertesykdom. Det er imidlertid vanskelig å tallfeste hvor mye av sykefraværet som kan tilskrives forhold i arbeidsmiljøet og på arbeidsplassen, og likeledes arbeidsmiljøets betydning for de helseproblemer som kan ligge bak sykefravær. En grunn er at sykefravær kan ses som et uttrykk for *forholdet* mellom individets helse og de krav arbeidet stiller. Fysisk aktivitet kan forebygge sykefravær (Tveito et al 2004), mens dårlig fysisk form kan bidra til at evnen til å tåle belastning går ned. Å ha et helseproblem er ikke det samme som ikke å kunne arbeide. En rekke arbeidsfaktorer bidrar til å forme betydningen av et helseproblem for arbeidsevnen. Visse utviklingstrekk kan tilsi at kravene i arbeidslivet øker, og at dette kan gjøre det vanskeligere å stå i arbeid for en andel av de som har helseproblemer. Men det er neppe vitenskapelig grunnlag for å hevde at arbeidsmiljøet generelt er i ferd med å "brutaliseres". Arbeidsmiljøet har imidlertid betydning for sykefraværet, og er en viktig faktor i arbeidet med å forebygge sykefravær - men det finnes ikke dokumentasjon som tilsier at dårlig arbeidsmiljø kan forklare økningen i sykefravær.

- For enkelte diagnoser og helseplager er det såkalte helsekøer, altså ordninger hvor pasienter må vente på behandling. Volumet og kvaliteten på behandling har imidlertid aldri vært så bra som i dag, og ventetidene har vært relativt stabile. Det er derfor ikke mulig å tilskrive vekst i sykefravær - verken siden midten av 1990-tallet eller siden 2004 - til svikt i behandlingsapparatet eller økende ventetider.

- Det er også usikkert i hvilken grad utviklingstrekk i sykefraværet henger sammen med oppfølging fra myndighetene side, jf. at det bl.a. er pekt på de generelle reform- og kapasitetsproblemene i NAV de siste par årene, også når det gjelder sykefraværsoppfølging. Som det fremgår av vedlegg 3, er det en klar økning i NAVs oppfølging og gjennomføring av bl.a. dialogmøte 2 i sykefraværsløpet. Riksrevisjonen pekte i sin rapport Dok. 3:15 (2008-2009) på at de fylkesvise arbeidslivssentrene må utnyttes bedre i IA-arbeidet. Samtidig har NAV arbeidslivssentre hatt flere ansatte og ressurser i 2009 enn tidligere. Partene i arbeidslivet har også gjennom referansegruppen pekt på at alle aktørene i sykefraværarbeidet, dvs. myndighetene, partene og legene/sykmelderne må ta større ansvar og gjøre en bedre innsats for å redusere sykefraværet.
- Personer som faller ut av videregående skole har et høyere sykefravær i arbeidslivet, samt et høyere bruk av velferdsordninger som uføretrygd, dagpenger og rehabiliteringspenger, enn de som fullfører. Ettersom 1 av 3 ikke fullfører videregående skole, er frafallsproblematikken uttalt som et høyt prioritert område for skolemyndighetene. Det er imidlertid gjort overraskende lite undersøkelser av *fraværet* i videregående skole, og det kan derfor ikke dokumenteres om fraværsreglementet bidrar både frafallet i den videregående skolen og til senere sykefravær i arbeidslivet. Ekspertgruppen antar imidlertid at et tidlig fokus på deltakelse og nærvær i skolen vil kunne ha en forebyggende effekt på sykefraværet i arbeidslivet på lang sikt.
- Ekspertgruppen legger til grunn at det er rom for en vesentlig reduksjon i sykefraværet og at effektive *tiltak* for å redusere sykefraværet ikke avhenger av *årsaker* til økning i sykefravær. Tiltak kan være *virkningsfulle* uten at de bygger på dokumentert kunnskap om årsakssammenhenger. Eksempelvis erfarte man i 2004 at sykefraværet kunne reduseres ved *administrative* tiltak og bedre regelverksoppfølging uten at disse nødvendigvis rettet seg mot tydelige årsaker til sykefravær. Sandmanutvalget (NOU 200:27) pekte i sin innstilling også på at det er et viktig prinsipp at tiltak for å forebygge sykefravær og varig utstøting fra arbeidslivet må forankres i arbeidslivet, og at både arbeidsgiver og arbeidstaker må ansvarliggjøres. Dette gjelder uavhengig av hva som er årsaken til sykdommen eller helseplagene.

3.5 Inkluderende arbeidsliv og lavt sykefravær – en nødvendig målkonflikt?

Et virkelig inkluderende arbeidsliv må innebære at også grupper med høyere risiko for fravær får delta. Det reises ofte spørsmål om denne målsettingen kommer i konflikt med målet om et lavt sykefravær, og det høye sykefraværet i Norge blir ofte tilskrevet en særskilt høy andel sysselsatte. Tilsvarende blir ofte den høye andelen kvinner i arbeidslivet pekt ut som en annen vesentlig forklaringsfaktor.

Selv om vi har en høy andel sysselsatte, og spesielt blant kvinner og eldre, kan dette ikke uten videre forklare det høye sykefraværet:

- Sverige har om lag samme yrkesdeltagelse blant kvinner som Norge, og lavere sykefravær.
- Flere land har om lag like høy generell sysselsetting som Norge, men lavere sykefravær (vedlegg 2).
- Andelen kvinner og eldre i arbeidsstyrken har heller ikke økt i en slik grad de siste 10-15 årene at dette kan forklare den stigende tendensen i sykefraværet.
- Kommuner i Norge med høy sysselsetting har samtidig også et lavere sykefravær enn kommuner med lav sysselsetting.

Det vises til vedlegg 1 for en nærmere drøfting av disse spørsmålene. Oppsummert ser ikke ekspertgruppen at det er tilstrekkelig grunnlag for påstanden om at den høye sysselsettingen i Norge nødvendiggjør et sykefravær på dagens høye nivå.

3.6 Sammenheng mellom utforming og bruk av velferdsordninger

3.6.1 En god sykelønnsordning er assosiert med høyt sykefravær

I internasjonal sammenheng er det vanlig at offentlige inntektssikringsordninger, enten disse skal sikre mot inntektstap ved sykdom eller tap av arbeid, gir redusert kompensasjonsgrad sammenlignet med vanlig lønn. Nesten alle land har reduserte ytelser ved sykefravær, og Norge er blant de veldig få som yter 100 pst. kompensasjon opp til 6G. Når det gjelder andre ordninger enn sykelønn har Norge også redusert kompensasjonsgrad. OECD har påpekt at Norges høye nivå av sykefravær og uføretrygd skyldes *en kombinasjon* av sjenerøse ordninger og en lite effektiv kontroll- og portvoktfunksjon.

Sammenhengen mellom nivået i kompensasjonsgraden i sykelønnsordningene og forbruket av sykmelding er etter ekspertgruppens oppfatning godt dokumentert, bl.a gjennom svensk forskning basert på reformer av den svenske sykepengeordninger. Rent empirisk er det en klar sammenheng mellom kompensasjonsgrad og sykefravær (Henrekson og Persson 2004; Johansson og Palme 2002).

IA-avtalens mål om 20 pst. reduksjon i sykefraværet og redusert tilstrømning til uføretrygd er ikke nådd. Når den underliggende tendensen gjennom de siste 15 årene samtidig har vært en svak stigning i sykefraværet som ikke kan forklares av demografiske endringer, er ekspertgruppen av den oppfatning at det vil være mulig å redusere fraværet ved å la både arbeidstaker og arbeidsgiver dele noe av den økonomiske byrden ved sykmelding. Hensynet til fraværnivå må imidlertid vurderes opp mot andre legitime hensyn, slik som hensynet til arbeidstakernes trygghet for egen inntekt, risikoen for uønsket press på arbeidstakerne, forebygging av sosial ulikhet, og hensynet til likebehandling. På bakgrunn av at justering av kompensasjonen til arbeidstakere ikke framstår som aktuell politikk i Norge i dag, ser imidlertid ikke ekspertgruppen grunn til å realitetsbehandle dette mulige administrative tiltaket nærmere. Erfaringer og forskning viser at reduksjon i sykefravær også kan oppnås uten å røre sykelønnsordningen. Lavere kompensasjon vil være et effektivt virkemiddel, men det er ikke det eneste virkemidlet.

Gruppen vil samtidig understreke at opprettholdelse av dagens sykelønnsordning tilsier at man på andre måter må søke å motvirke risikoen for "overforbruk" av ordningen. De viktigste virkemidler for å oppnå dette er knyttet til en strengere oppfølging av arbeidsgivers tilretteleggingsplikt, og av arbeidstakers plikt til å medvirke og om mulig være i arbeidsrelatert aktivitet, samt tettere oppfølging fra myndighetenes side. Gruppen legger til grunn at en utstrakt bruk av aktivitetskrav og gradert sykmelding i vesentlig grad vil kunne bidra til å redusere sykefraværet. Erfaringer både fra Norge og Sverige de siste årene viser at administrative tiltak som fokuserer på aktivitet framfor passivitet kan ha svært god effekt på sykefraværet, selv uten endringer i ytelsesnivået.

3.6.2 Sykmelders "portvokterrolle"

Sykmelder har i dag i mange tilfeller en vanskelig dobbeltrolle, gjennom å dels være behandler og støttespiller for pasienten, og dels "portvokter" ift. folketrygden. Selv om NAV formelt er sykmeldende instans, er dagens praksis at man godtar sykmelders anbefaling. Den reelle portvokterrollen ligger derfor i dag hos sykmelder, som i om lag 80 pst. av tilfellene er en fastlege. De resterende attesteres av privatpraktiserende spesialister eller sykehusleger (Brage og Kann 2006) og andre sykmeldere (kiropraktorer, manuell terapeuter og psykologer i prøvefylker).

Mange fastleger, og i størst grad de yngre, hevder at de tillegger pasientens ønske større vekt enn sitt eget medisinske skjønn (Gulbrandsen mfl. 2002). Enkelte studier tyder på at pasienten i praksis sykmelder seg selv; for eksempel viser en norsk studie fra 1994 at 95 % av pasientene som ønsket sykmelding, fikk det, og at pasientinitierte sykmeldinger som oftest ikke var basert på objektive funn (Larsen, Førde og Tellnes 1994). At pasientens ønsker veier meget tungt støttes også av funn fra Sverige (Larsen mfl. 1994; Englund og Svärdsudd 2000; Englund, Tibblin og Svärdsudd 2000; Wahlström og Alexanderson 2004). I enhver konsultasjon bør selvsagt pasientens ønske og egenvurdering veie tungt, men må samtidig møtes med faglig god vurdering og avveining av hvilke tiltak (for eksempel utredning, behandling og sykmelding) som er hensiktsmessige. Mye tyder imidlertid på at kriteriene for utskrivning av sykmeldinger bygger på et usikkert og varierende grunnlag. Dette gir grunnlag for bekymring, samtidig er det et vanskelig område å kontrollere. Den eneste sanksjonsmuligheten ovenfor sykmeldere ved mislighold er å frata disse retten til å sykmelde. Dette er et så strengt virkemiddel at det knapt blir tatt i bruk i forbindelse med sykmeldingspraksis, bortsett fra i mer omfattende tilsynssaker.

Fokus på å se sykmelding som ledd i øvrig behandling og som et tiltak for å fremme jobbnærvær, kombinert med oppfølging og kontroll av sykmeldingspraksis fra NAVs side, vil trolig kunne gi reduksjoner i sykefraværet. Men rollekonflikten mellom å være pasientens advokat på den ene siden, og sakkyndig på vegne av det offentlige på den andre, innebærer uansett en balansegang. Videre kan pasienten – om hun måtte være misfornøyd med en avvist sykmelding - oppsøke en annen sykmelder.

Ekspertgruppen forutsetter derfor en framtidig streng praktisering av kravet om utnyttelse av gjenværende arbeidsevne ved sykdom og en tilsvarende streng praktisering av arbeidsgivers tilretteleggingsplikt. Gruppen legger til grunn at en utstrakt bruk av aktivitetskrav og gradert sykmelding i vesentlig grad vil dempe problemene med utilsiktet høy bruk av den norske

sykelønnsordningen. Erfaringer både fra Norge og Sverige de siste årene viser at administrative tiltak som fokuserer på aktivitet framfor passivitet kan ha svært stor effekt på sykefraværet, selv uten endringer i ytelsesnivået. Det kan også være behov for større grad av faglig støtte og veiledning for behandlere når sykmelding vs. aktivitet skal vurderes som ledd i behandlingen.

3.7 Insentiver for arbeidsgiverne

Økonomiske incentiver for arbeidsgiverne gjennom medfinansiering av sykelønn ved langtidsfravær vil etter ekspertgruppens oppfatning kunne bidra til redusert sykefravær. Det vil i større grad enn i dagens system stimulere til både sykdomsforebyggende tiltak og til innsatser for å bringe sykmeldte raskere tilbake i arbeid.

Den svenske regjeringen innførte i 2005 en medfinansieringsandel for arbeidsgiverne på 15 pst. Det ble samtidig innført en rekke skjermingstiltak som skulle ivareta hensyn til små foretak og ansettelser av arbeidstakere med antatt høyere risiko for sykefravær (jf. vedlegg 9).

En foreløpig evaluering fra Försäkringskassan i 2006 (reformen hadde da kun virket i ett år) tydet på både negative og positive konsekvenser: En del arbeidsgivere hadde blitt mer aktive med å bistå sykmeldte tilbake til arbeid, men en del arbeidsgivere svarte også at de hadde eller ville komme til å skjerpe inn rutinene ved nyansettelser. Det er imidlertid usikkert om arbeidsgiverne *faktisk* valgte bort personer med helseproblemer. Dagens svenske regjering opphevet denne ordningen i 2007.

OECD arbeider med en omfattende studie om sykefraværet og uføretrygd blant ulike OECD-land (OECD 2009), og har publisert flere delrapporter som blant annet omfatter Norge, Sverige og Nederland. En sammenfattende rapport kommer senere i 2010. OECD har i denne forbindelse anbefalt Norge at arbeidsgiverne betaler en større del av utgiftene til sykepenges. Det vises bl.a. til at en stor andel av de langtidssykmeldte i Norge går direkte over til uføretrygd.

OECD viser også til Nederland, der sykefraværet ble halvert i perioden fra 2000 til 2006. Nederland har fra midten av 1990-tallet konsekvent og gradvis økt arbeidsgivers andel av utgiftene. Fra 2004 har arbeidsgiverne måttet finansiere de totale sykepengeutgiftene i to år.

Det er ekspertgruppens oppfatning at bedre arbeidsgiverincentiver enn i dag vil kunne være et vesentlig bidrag til arbeidet med å redusere sykefraværet også i Norge.

3.8 Stor variasjon i legers bruk av gradert sykmelding

Allmennleger står for majoriteten av sykmeldinger i Norge. Flere studier har vist betydelig variasjon i sykmeldingspraksis mellom leger. Ekspertgruppen har sett nærmere på tall fra NAV om bruken av gradert sykmelding blant 4219 leger med betydelig sykmeldingspraksis (tabell 1).

Av alle sykmeldinger var 18,8 pst. graderte. Gradering var vanligere når sykmeldingsperioden samlet hadde vart mer enn 8 uker (32,2 pst.) enn før dette (10,9 pst.).

Bruken av gradert sykmelding varierer svært mye mellom leger, men ikke så mye mellom diagnoser (Tabell 1). Sammenligner vi gjennomsnittlig andel gradering av sykmeldinger mellom to grupper, nemlig de 10 pst. av legene som oftest versus de 10 pst. som sjeldnest graderte sykmeldinger, var andelen graderte sykmeldinger etter 8 ukers samlet varighet bare 8,5 pst. gradert i den laveste gruppen, mot 64,2 pst. i den høyeste. Bruken av gradering varierte enda mer for sykmeldinger for psykiske lidelser (0,0% pst. mot 68,2 pst.). Det var også betydelig variasjon for sykmeldinger med kortere sykmeldingsforløp enn 8 uker.

Det er neppe utelukkende medisinske grunner til at 10 pst. av allmennleger velger å gradere de lange fraværene for majoriteten (68,2 pst.) av pasientene med psykiske lidelser, mens 10% aldri gjør det. Ekspertgruppen mener denne store variasjonen vitner om et betydelig potensial for endret praksis blant legene. Praksisendring krever systematisk og grundig innsats med opplæring, utvikling og implementering av veiledere, og jevnlig tilbakemelding på den enkelte leges sykmeldingspraksis – med fokus på bruk av gradering av sykmeldinger. Dette er blant virkemidlene som foreslås i kapittel 4.

Tabell 1. Bruk av gradert sykmelding

	Andel gradering	Gjennomsnittlig andel gradering blant de 10 pst. av legene som <u>sjeldnest</u> graderte sykmeldingene	Gjennomsnittlig andel gradering blant de 10 pst. av legene som <u>oftest</u> graderte sykmeldingene
Alle sykmeldinger			
Alle diagnoser	18,8	7,8	31,7
Muskel- og skjelettlidelser (L)	21,4	6,4	40,8
Psykiske lidelser (P)	22,2	2,1	45,8
Sykmeldinger etter 8 uker samlet varighet			
Alle diagnoser	32,2	13,6	54,0
Muskel- og skjelettlidelser (L)	32,7	8,5	64,2
Psykiske lidelser (P)	32,3	0,0	68,2
Sykmeldinger før 8 uker samlet varighet			
Alle diagnoser	10,9	2,9	22,2
Muskel- og skjelettlidelser (L)	12,7	1,0	31,6
Psykiske lidelser (P)	14,5	0,0	40,6

Av 8564 leger som skrev ut minst en sykmelding i tredje kvartal 2009 (785825 sykmeldinger) valgte vi ut 4219 leger som hadde skrevet ut mer enn 60 sykmeldinger, og som hadde brukt diagnosesystemet ICPC, som brukes blant allmennleger. Dette utgjorde 727675 sykmeldinger, altså 93 pst. av alle sykmeldinger tredje kvartal 2009. Kilde: NAV statistikk og utredning ved Ola Thune, i samarbeid med Arnstein Mykletun.

3.9 Konklusjon

Sykefravær er et sammensatt fenomen, og det påvirkes av en lang rekke forhold. Etter ekspertgruppens oppfatning er det imidlertid ikke nødvendig å kjenne årsaksforholdene til bunns for å finne tiltak som vil bidra til å redusere sykefraværet. I forhold til lengre tids tendens til økning i sykefraværet kan det registreres ett unntak: Rundt 2004 opplevde vi et markant fall som i stor grad må knyttes opp mot administrative tiltak som ble innført i juli dette året, samt samarbeid med partene i arbeidslivet om informasjon om og implementering av de nye reglene. Intensjonen med tiltakene var bl.a. å påvirke aktørene på en slik måte at aktivitet og jobbnærvær (graderte sykmeldinger) skulle bli et førstevalg for alle impliserte. Forslagene i denne rapporten bygger videre på erfaringene fra det som ble gjort i 2004.

Ekspertgruppens utgangspunkt er at store grupper som er 100 pst. sykmeldt på mange måter vil tjene på større grad av jobbnærvær – og at det er et stort potensial for dette. Aktivisering, nærvær og gradering bør være en hovedstrategi fordi det bl.a.

- oftest er gunstig i forhold til helse og rehabilitering
- kan tvinge fram arbeidsmiljøforbedringer og tilretteleggingstiltak
- fremmer aktivitet og tilknytning til arbeidet
- forebygger varig utstøting
- forebygger økning i sosial ulikhet.

En viktig målsetting må derfor være å ikke tenke i et enten/eller, men innenfor et både/og-perspektiv. For å gjøre en forskjell er det nødvendig med en rekke samtidige tiltak på mange fronter – en samlet nærvær- og aktiviseringsreform. Ekspertgruppen vil imidlertid understreke at en neppe vil se umiddelbare resultater av tiltakene som skisseres i det følgende. Erfaringene fra bl.a. Sverige og Nederland viser at det er nødvendig med kraftfull og konsekvent innsats over mange år for å få en vesentlig reduksjon av sykefraværet.

4 Administrative tiltak

Ekspertgruppen legger med dette fram forslag tiltak som vi mener vil bidra til en vesentlig reduksjon i sykefraværet. Tiltakene inndeles i seks hovedgrupper:

1. Aktiviserings- og nærværsreform
2. Kunnskapsbaserte tiltak for redusert sykefravær
3. Kompetanseløft
4. Sykmelding ved opphør av arbeidsforhold og permittering
5. Styrking av NAV kontroll og innkreving
6. Informasjons- og gjennomføringsstrategi

Vi gjennomgår i det følgende detaljene i disse:

4.1 Aktiviserings- og nærværsreform

4.1.1 Aktivitet og gradering som utgangspunkt

Ekspertgruppen foreslår at det iverksettes en *aktiviserings- og nærværsreform* med sikte på at gradert sykmelding *reelt sett* skal bli hovedregelen ved sykefravær, og at det ved fravær ut over 8 uker bare rent unntaksvis skal benyttes 100 pst. sykmelding. Ekspertgruppen anser at et markert skifte av tyngdepunkt fra hel til gradert sykmelding vil være virkningsfullt og ønskelig ut fra flere hensyn:

- For de dominerende sykdomsdiagnosene blant norske arbeidstakere er aktivitet normalt mer helse- og rehabiliteringsfremmende enn passivitet. Helsefremmende aktivitet kan for de fleste oppnås gjennom fortsatt arbeid i deltid (eller fulltid).
- Fortsatt kontakt med arbeidsplassen og utnyttelse av gjenværende arbeidsevne forebygger varig utstøtning fra arbeidsplassen.
- Tidlig fokus på rett og plikt til utnyttelse av individuell arbeidsevne vil bidra til å avdekke eventuelle arbeidsmiljøproblemer på arbeidsplassen, til å fremme inkludering, og til å fremtvinge nødvendige forbedringer og tilretteleggingsbehov.
- Krav om utnyttelse av gjenværende arbeidsevne vil motvirke utilsiktet overforbruk av sykepenger, og dermed styrke bærekraften og legitimiteten til sykelønnsordningen.

Gradert sykmelding innebærer at man delvis kan utføre (eller bruke lengre tid på) sine vanlige arbeidsoppgaver, eller på nye arbeidsoppgaver, eventuelt med tilrettelegging. Prinsippet om at gradert sykmelding skal vurderes før 100 pst. sykmelding kan innvilges ble fastslått gjennom endringer i folketrygdloven i 2004, jf. vedlegg 3. Det ble innført en aktivitetsplikt som betingelse for

rett til sykepenger. Aktivitetskravet kom også til uttrykk ved at det ble innført regler om at sykmelder alltid må vurdere om vedkommende kan være i arbeid eller i arbeidsrelatert aktivitet. Senest ved fortsatt sykmelding etter åtte uker, må det i legeerklæring dokumenteres at det foreligger medisinske hinder for arbeidsrelatert aktivitet. I Ot.prp. nr. 48 (2003-2004) ble innføring av aktivitetskravet knyttet eksplisitt til lovens mulighet for å gradere sykepenger. Forutsetningen var altså at delvis sykmelding skulle anvendes i større utstrekning, for at sykmeldte skulle prøve ut arbeidsevnen og holde kontakten med arbeidsplassen.

Ekspertgruppen mener at innføring av de nye reglene i 2004 medvirket til et markert fall i sykefraværet. Samtidig må det fastslås at intensjonene bak endringene bare delvis er fulgt opp i praksis. På tross av at man forsøkte å øke bruken av gradert sykmelding ved å gjøre aktivitet til den formelle hovedregelen, er det fortsatt bare rundt 18 pst. av det totale antallet sykmeldinger som foreskriver gradert fravær, jf. vedlegg 1. Andelen av sykmeldinger som er gradert etter 8 uker, er om lag 32 pst. Statistikk fra Arbeids- og velferdsetaten viser at det er store variasjoner mellom de enkelte sykmeldere mht. hvor stor andel av sykmeldingene de graderer. Ekspertgruppen anser på denne bakgrunn at en tydeliggjøring og forsterking av tilretteleggingskravet rettet mot arbeidsgiver og arbeidstakers medvirkningsplikt, samt økt bruk av gradert sykmelding fortsatt utgjør et betydelig potensial for å redusere sykefraværet i Norge og for å forebygge utstøtningsmekanismer fra arbeidslivet. Ekspertgruppen mener det bør være en målsetting at gradert sykmelding *blir mer vanlig* enn 100 pst. sykmelding for alt legemeldt sykefravær, og at gradert sykmelding blir helt dominerende for sykmelding ut over åtte uker. For å oppnå dette foreslår ekspertgruppen følgende hovedgrep:

- Samling og fremskynding av "stoppunkter" i sykefraværsoppfølgingen.
- Innskjerpet krav til gradert sykmelding etter åtte uker i kombinasjon med endring i reglene om arbeidsgiverfinansiering av sykepengeutgiftene.
- Reglene om arbeidsgivers tilretteleggingsplikt og arbeidstakers medvirkningsplikt presiseres/skjerpes – bedre oppfølging gjennom kontroll og sanksjonsregime.
- Utvikling av *veiledere* for sykmeldingsarbeidet, med fokus på gradering.
- Bedre kommunikasjon mellom sykmeldende behandler, arbeidsplassen og NAV.
- Egenmeldingsperioden settes lik arbeidsgiverperioden.
- Sykmeldinger i egenmeldingsperioden er et forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

Disse grepene er ment å underbygge en holdning hos alle aktører om at sykmelding ikke alltid er rette tiltak ved helseplager og at kartlegging av arbeidsevne og hvilke oppgaver arbeidstakeren kan utføre gitt sine helseplager, og hvilket tilretteleggingsbehov som eventuelt må oppfylles alltid bør vurderes før sykmelding skrives ut, og i så fall i hvilken grad.

Forslaget om utvikling av veiledere i sykefraværsarbeidet er omtalt i pkt. 4.3.

4.1.2 Hovedfaser i sykefraværsløpet

I dag må arbeidsgiver, arbeidstaker, sykmelder og NAV forholde seg til mange stoppunkter og tidsfrister i sykmeldingsprosessen. Ekspertgruppen mener at det er ønskelig å samle, forenkle og å tydeliggjøre disse. Gruppens forslag innebærer at sykefraværsløp inndeles i tre faser:

1. De første 10 dagene: Det foreslås at den arbeidsgiverfinansierte sykmeldingsperioden forkortes til 10 dager, samtidig som antallet egenmeldingsdager utvides fra 3 til 10 dager. Antall egenmeldingsdager settes lik antall dager i arbeidsgiverperioden og det presiseres at i denne fasen skal oppfølging av sykefraværet være et forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Det foreslås at den totale rammen for antall egenmeldingsdager økes til 24 dager i løpet av en 12 måneders periode, som innenfor IA-avtalen i dag. Sykmelding i denne perioden skal først og fremst være et forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, men arbeidstaker må selvsagt oppsøke lege ved behov for behandling.
2. Fra avslutning av egenmeldingsperiode til 8 uker: Etter utløpet av egenmeldingsperioden kreves sykmelding, med eksplisitt vurdering av arbeidsevne og sykmeldingsgrad. Til konsultasjonen skal arbeidstaker medbringe en egenerklæring om arbeidsmuligheter med relevante opplysninger om egen funksjonsevne i forhold til eksisterende arbeidsoppgaver, kontakt med arbeidsgiver mv. Folketrygden dekker sykepengene med inntil 100 pst. kompensasjon opp til 6 G i denne perioden. Sykmeldingen skal så langt det er mulig være gradert med mindre deltakelse på arbeidsplassen er til skade for arbeidstakerens egen eller andres helse. Arbeidsgiver skal i samråd med arbeidstaker utarbeide en oppfølgingsplan senest innen fire uker. Senest innen åtte uker skal det i regi av arbeidsgiver gjennomføres et dialogmøte hvor denne oppfølgingsplanen skal være hovedtema.
3. Fra og med 8 uker: Sykmeldinger skal som hovedregel være gradert etter 8 uker, selv om dette krever mer omfattende tilretteleggingstiltak fra arbeidsgivers side og innebærer vesentlige endringer i arbeidsoppgaver for arbeidstakeren, jf. pkt. 4.1.6. For å gi et tydelig insentiv for bruk av graderte sykmeldinger, begrenses Folketrygdens refusjon av sykepenge til maksimalt 80 pst. etter åtte ukers sykefravær. Dette innebærer at det innføres en egenandel for arbeidsgiver på 20 pst. i de tilfeller gradert sykmelding ikke kan gjennomføres. Som grunnlag for godkjenning av sykmeldinger ut over 8 uker skal det foreligge en oppfølgingsplan og dialogmøte 1 skal som en hovedregel være gjennomført, med angivelse av når det eventuelt forventes å være behov for dialogmøte med NAV (dialogmøte 2). NAV får ansvar for å gjennomføre dialogmøte 2 etter 16-20 uker, og evt et dialogmøte 3 ved utløpet av sykepengeperioden. NAV skal vurdere om arbeidsgiver har oppfylt tilretteleggingsplikten og om det er behov for å iverksette yrkesrettet attføring eller andre tiltak.
Arbeidsgiver, arbeidstaker og sykmelder/lege kan ved behov ta initiativ til dialogmøte 2 på et tidligere tidspunkt.

Ekspertgruppen mener at dette samlede forslaget innebærer en forenkling og tydeliggjøring av dagens stoppunkter i sykefraværsløpet. En mer oversiktlig og slagkraftig vurdering av arbeidstakers mulighet til å øke/gjenoppta arbeid oppnås ved å samle de stoppunktene man i dag har (arbeidsgivers oppfølgingsplan, sykmeldingsutsteders dokumentasjon av hinder for arbeidsrelatert

aktivitet, dialogmøte mellom arbeidstaker og arbeidsgiver) ved 8-ukerstidspunktet. Dette vil også innebære en administrativ forenkling. Senest ved 4 ukers sykmelding skal oppfølgingsplan foreligge. Innen 8 uker avholdes dialogmøte, både i tilfeller med 100 pst. sykmelding og gradert sykmelding. Sykmelder skal delta i dialogmøtet dersom enten arbeidstaker eller arbeidsgiver ønsker det.

Forslaget om å redusere arbeidsgiverperioden fra 16 til 10 dager i kombinasjon med økt økonomisk ansvar for langtidsfraværet er motivert ut fra et ønske om å gi arbeidsgiverne sterkere insentiver til å forebygge langtidsfravær og utstøtning, samtidig som den samlede arbeidsgiverfinansieringen holdes tilnærmet uendret. En forkortelse av arbeidsgiverperioden vil medføre økte administrative kostnader for NAV til håndtering av refusjonskrav; jf. avsnitt 4.1.2.1. På den annen side oppnås administrative besparelser knyttet til at NAV ikke skal ha befatning med legemeldte sykmeldinger de første 10 dagene. Ekspertgruppen mener forslaget om økt arbeidsgiveransvar for ikke-gradert langtidsfravær vil være et viktig og effektivt virkemiddel for å fremme nærvær og deltakelse og å forebygge utstøtning, og legger til grunn at økte administrative byrder vil være små sammenholdt med de potensielle gevinstene.

Ekspertgruppen har også vurdert modeller der økt arbeidsgiveransvar for langtids sykefravær "kompenseres" ved reduksjoner i arbeidsgiveravgiften. Slike modeller kan utformes med enda sterkere insentiver til å forebygge langtids sykefravær, for eksempel ved at arbeidsgivers medansvar for 100 prosent sykefravær inntreffer allerede i starten av folketrygdperioden. De kan også kombineres med opprettholdelse av 16 dager innledende arbeidsgiverperiode, slik at man unngår de økte administrative kostnader forbundet med et økt antall refusjonskrav. Disse hensynene må imidlertid veies opp mot hensynet til at økt samlet arbeidsgiveransvar for sykefraværskostnader kan bidra til at arbeidsgivere blir mer forsiktige med å ansette personer med høy fraværskostnad. Ekspertgruppen mener det er en reell fare for at økt samlet belastning av sykefraværskostnader hos arbeidsgivere kan få slike utilsiktede "bivirkninger". Gruppen mener likevel at en moderat økning i den samlede arbeidsgiverandelen vil ha begrenset betydning for arbeidsgivernes samlede sykefraværskostnader, sammenholdt med den totale reduksjon i sykefraværskostnader som kan oppnås ved en bedre utforming av insentivstrukturen gjennom hele fraværforløpet. Ekspertgruppen har ikke foretatt en nærmere vurdering av en mulig ordning med utvidet medfinansiering hvor arbeidsgiverne dekker mer av utgiftene i sykepengeperioden kombinert med reduksjon i arbeidsgiveravgiften.

4.1.2.1 Egenmeldings-/arbeidsgiverperioden – tydeliggjøring av arbeidsgivers og arbeidstakers ansvar

Ekspertgruppen legger til grunn at spørsmålet om aktivitet/gradering i egenmeldingsperioden skal være et spørsmål som avgjøres i direkte samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Forslaget i punkt 4.1.3 nedenfor om arbeidsgiverfinansiering innebærer reduksjon i arbeidsgiverperioden fra 16 til 10 dager. Ekspertgruppen foreslår at egenmeldingsperioden utvides til å gjelde hele arbeidsgiverperioden. Slik understrekes arbeidsgivers og arbeidstakers ansvar for å vurdere arbeidsevnen og tilretteleggingsmulighetene. Dette vil være viktig og hensiktsmessig av flere grunner: For det første unngår man at sykmelder på grunn av manglende kunnskap om mulighetene for tilrettelegging unødvendig forskriver passivitet. For det andre vil ansvarliggjøring av partene øke sannsynligheten for aktivitet. For det tredje legger en slik forutgående samhandling til rette for at

sykmelder ved sykmelding etter arbeidsgiverperioden kan ha bedre kontakt med og informasjon om arbeidsgiver/arbeidstaker.

Når sykdom fører til kontakt med lege for å avklare nødvendig helsemessig oppfølging, kan sykefravær i noen tilfeller være et nødvendig tiltak i behandlingen. Andre ganger vil imidlertid fravær være uten vesentlig betydning for sykdomsforløpet, eller det kan være direkte skadelig, særlig ved langtidsbruk. Arbeidstakers behov for sykefravær påvirkes av flere faktorer: Først og fremst av plagens/sykdommens styrke og karakter, men også av mulighetene til å tilrettelegge arbeidet og arbeidsgivers/kollegers forventninger. I løpet av de første fraværsdagene vil arbeidsgiver kunne bidra til at arbeidstakeren kan være i arbeid ved å legge til rette for det. Dersom behovet for fravær ikke skyldes sykdom og folketrygdlovens vilkår for rett til sykepenger dermed ikke er oppfylt, og hvor partene allikevel er enige om at fravær er nødvendig, bør arbeidsgiver vurdere velferdspermisjon. God kommunikasjon mellom arbeidstaker og arbeidsgiver ved starten av et sykefravær er viktig, særlig dersom det kan gå mot fravær over lengre tid. Ved å plassere ansvaret for dialog hos arbeidsgiver og arbeidstaker i den første fasen, vil man i større grad kunne sikre at potensialet for å være delvis i arbeid ivaretas.

I dagens system kommer sykmelder inn allerede etter tre dager sykefravær og har i sin vurdering av muligheter for gradert sykmelding lite annet å bygge på enn hva arbeidstakeren tror arbeidsgiver kan tilby av tilrettelegging. I forkant av dette har arbeidsgiver, gitt den korte egenmeldingsperioden, hatt lite insentiv for å bidra til noen avklaring med arbeidstaker om ev. muligheter. Når sykmelder så utferdiger en sykmelding, legitimeres fraværet overfor både arbeidstaker og arbeidsgiver, selv om fraværet i mange tilfeller ikke hadde vært nødvendig. Dagens ordning med avventende sykmelding er et tiltak som nettopp skal bøte på dette, jf. vedlegg 3. Ekspertgruppen vil peke på at en ny ordning som i større grad ansvarliggjør arbeidsgiver og arbeidstaker tidlig i sykmeldingsperioden i prinsippet innebærer at ordningen med avventende sykmelding utvides til å gjelde for alle sykefravær i arbeidsgiverperioden. Behovet for avventende sykmelding som egen ordning faller derfor bort, bortsett fra i de tilfeller der arbeidstakers rett til bruk av egenmeldinger er innskrenket.

Ekspertgruppens forslag innebærer at arbeidstaker har rett til 10 dager egenmelding av gangen. Det er viktig at utvidelsen i antallet egenmeldingsdager følges opp av gode rutiner for kontakt og samarbeid på den enkelte arbeidsplass for å minske risikoen for at arbeidstakere "tar ut" unødvendig fravær. Arbeidsgiver må fortsatt ha mulighet til å kreve legeerklæring dersom det er rimelig grunn til å anta at fraværet ikke skyldes sykdom. Ekspertgruppen foreslår at retten til egenmelding utvides til totalt 24 dager pr. siste 12 måneder, slik som innenfor IA-avtalen i dag.

Forslaget om reduksjon av arbeidsgiverperioden vil i seg selv innebære en merbelastning for NAV ved at arbeidsgiverne vil sende flere krav om refusjon av sykepenger til NAV. Omfanget vil med dagens antall sykmeldte øke med vel 25 pst. og isolert sett representere en merbelastning for NAV. En ytterligere reduksjon til et mindre antall dager enn 10 dager vil øke den administrative merbelastningen ytterligere. Den økte administrative merbelastningen knyttet til flere krav må imidlertid også vurderes i lys av den besparelsen som endringen medfører ved at NAV i regelen ikke lenger skal motta og behandle sykmeldinger fra sykmelder i den utvidete egenmeldingsperioden. Utvidelse av egenmeldingsperioden vil også innebære en administrativ lettelse for helsevesenet, ved at færre sykmeldinger skal vurderes.

4.1.2.2 *Oppfølging etter egenmeldingsperioden*

Et siktemål med utvidet egenmeldingsadgang er at arbeidstaker og arbeidsgiver i større grad enn i dag får mulighet til å vurdere og avklare arbeidssituasjonen og tilretteleggingsbehovene på arbeidsplassen *før* sykmelder kommer inn i bildet. Som grunnlag for sykmelders anbefaling av sykmelding etter 10 dager skal arbeidstaker som hovedregel medbringe en *egenerklæring om arbeidsmuligheter* med relevante opplysninger om egen funksjonsevne i forhold til eksisterende arbeidsoppgaver, kontakt med arbeidsgiver om eventuelle behov/muligheter for tilrettelegging, i tillegg til opplysning om første fraværsdag og navn og telefonnummer til nærmeste leder. Denne blanketten bør også gi anledning for arbeidsgiver allerede på dette tidspunkt til å beskrive muligheter/plan for tilrettelegging. Blanketten skal tas med til lege ved spørsmål om fortsatt sykmelding ut over arbeidsgiverperioden. Sykmeldingsblanketten til NAV bør ha et avkryssingsfelt, hvor legen dokumenterer å ha sett denne dokumentasjon.

Fastsettelse av gradering og angivelse av funksjon

I sykmeldingen angir legen en vurdering av arbeidstakerens arbeidsevne. Det er viktig at angivelse av funksjon og arbeidsevne vurderes kontinuerlig og uavhengig av venting på behandling, eller pågående behandling ut fra prinsippet om at fravær kun bør anbefales dersom nærvær anses for å kunne påvirke sykdomsforløp og prognose i negativ retning.

I dag angir sykmelder en sykmeldingsgrad langs en kontinuerlig skala. Ekspertgruppen anbefaler at sykmeldingsblanketten forenkles noe på dette punktet, slik at sykmelder i stedet krysser av for sykmeldingsgrad basert på et lite antall alternativer, for eksempel 20, 40, 50, 60, 80, eller 100 prosent. I tillegg til å angi sykmeldingsgrad kan sykmelder benytte sykmeldingsblanketten til å angi særskilte behov for oppfølging fra arbeidsgiver og/eller NAV. Blanketten må utformes slik at det kommer klart fram hvem som er målgruppen for de innspillene og vurderingene sykmelder gir. Eksempelvis må det gå fram hva som er rettet til arbeidsgiver og hva som er rettet til NAV. Det er også viktig at sykmelder tidlig i forløpet konkret vurderer om den sykmeldte står i fare for å bli langtids syk, slik at oppfølgingsbehovet synliggjøres. Viktige momenter i denne vurderingen vil være tidligere sykmeldingsforløp, sykdommens/skadens art, prognose og tilgjengelige behandlingsmuligheter som kan ha betydning for arbeidsevne. Dette krever en grundig beskrivelse av om arbeidsplassen, arbeidsoppgaver og muligheter for tilrettelegging/tilpassing er forenlig med eksisterende arbeidsevne. I dag kan sykmeldingsblanketten benyttes som et kommunikasjonsmiddel mellom lege og arbeidsgiver. Denne muligheten bør styrkes og tydeliggjøres i den nye blanketten.

Utarbeiding og innsending av oppfølgingsplan etter fire uker

Ekspertgruppen foreslår at fristen for utarbeiding av oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid bør være når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i fire uker. Dersom det er behov for det, bør bedriftshelsetjenesten/tillitsvalgte/vernetjeneste bistå i arbeidet med oppfølgingsplanen. Iht. dagens regelverk skal Arbeids- og velferdsetaten innhente oppfølgingsplanen senest etter 12 uker, bl.a. som grunnlag for en vurdering av om aktivitetsplikten er oppfylt. NAV skal bare delta aktivt i oppfølgingen på arbeidsplassen i denne fasen, dersom det er behov for det. For å effektivisere dette arbeidet, og igjen tydeliggjøre arbeidsplassen og sykmelders ansvar, anbefaler ekspertgruppen at oppfølgingsplanen bare sendes inn i de tilfeller det er behov for NAVs bistand eller tjenester.

Ekspertgruppen foreslår også at det stilles krav om at oppfølgingsplanen baseres på standardisert elektronisk skjema som er utarbeidet i samarbeid mellom NAV og Arbeidstilsynet. Arbeidstaker plikter å ta med oppfølgingsplanen til sykmelder.

4.1.2.3 Avvikling av ordningen med aktiv sykmelding

Det er ekspertgruppens samlede vurdering at reduksjon i bruken av aktiv sykmelding i 2004 bidro til reduksjon av det totale sykefraværet. Som et ledd i overgangen til økt bruk av gradert sykmelding foreslår ekspertgruppen at dagens ordning med aktiv sykmelding avvikles. Til gjengjeld legges det opp til en skjerpet håndhevelse av arbeidsgivers tilretteleggingsplikt og arbeidstakers medvirkningsplikt for å sikre tilknytning til arbeidsplassen i situasjoner med høy sykmeldingsgrad.

4.1.2.4 Oppfølging av sykefravær ut over åtte uker

Fremskynding og gjennomføring av dialogmøte 1

For å øke sannsynligheten for at den sykmeldte kommer raskere tilbake til arbeidet, foreslår ekspertgruppen at fristen for gjennomføring av dialogmøtet i regi av arbeidsgiver fremskyndes slik at møtet skal avholdes før det har gått åtte uker. Oppfølgingsplanen skal være tema i møtet og skal gi grunnlag for vurderingen av sykmeldingsgrad og i hvilken grad den gjenværende arbeidsevne skal utnyttes gjennom for eksempel redusert arbeidstid og/eller gjennom reduserte krav til tempo/produksjon. Ekspertgruppen foreslår at sykmeldingsblanketten skal ha et avkryssingsfelt, hvor sykmelder skal gi melding til NAV om at innholdet i oppfølgingsplan er kjent. Dialogmøtet innen åtte uker bør avholdes for alle sykmeldte, også for dem som har gradert sykmelding. Dialogmøte 1 skal gjennomføres i alle tilfeller, unntatt hvis det vil være til skade for den sykmeldte eller hvis det er åpenbart unødvendig. Dersom arbeidstakeren har vært sykmeldt 100 pst. fram til dialogmøtet, skal et hovedsiktemål med oppfølgingsplanen være å redegjøre for de tilretteleggingstiltak og endringer i den ansattes arbeidsoppgaver som er nødvendig for å sikre gjenopptakelse av arbeid helt eller delvis. Dersom arbeidstakeren har vært eller antas å starte opp med gradert sykmelding skal oppfølgingsplanen også angi en plan for nedtrapping av sykmeldingsgraden.

Ekspertgruppen foreslår også at det i større grad enn i dag legges opp til at sykmelder deltar i dialogmøtet. Dette vil gi sykmelder et langt bedre grunnlag for sin vurdering av behovet for og nytten av sykmelding etter åtte uker. Arbeidstilsynet har bl.a. pekt på at det er av stor betydning for kvaliteten på den oppfølgingsplan som skal utarbeides/oppdateres at sykmelder deltar i møtet. Kravene bør således endres slik at sykmelder skal være til stede dersom arbeidsgiver og/eller arbeidstaker ønsker det, dvs. også etter ønske fra arbeidsgiver alene. I tillegg bør det legges til rette for hensiktsmessig og praktisk gjennomføring av møtene, slik at i tillegg til arbeidsplassen kan for eksempel legekantoret være møteplass, eller sykmelder kan delta pr. telefon eller lignende.

Oppfølgingsplanen skal vedlegges sykmeldingsblanketten når det er behov for bistand fra NAV. I de tilfeller sykmelder ikke deltar i dialogmøtet, skal oppfølgingsplanen sendes sykmelder, slik at

sykmelder kan gjøre seg kjent med innholdet og dokumentere overfor NAV at han har sett denne. I tilfeller der det er aktuelt å videreføre sykmelding etter 8 ukers fravær (bortsett fra i ovennevnte unntakstilfeller), mener gruppen at det i tillegg skal være et krav at dialogmøtet har vært gjennomført, og at rapport om dette sendes NAV.

En mulig innvending mot å framskynde dialogmøtet er at man da kan komme til å bruke unødvendig mye administrative ressurser på sykmeldte som under alle omstendigheter ville ha gjenopptatt arbeidet raskt. Gruppen innser at det kan være en fare for slik "overadministrering", men mener ut fra en samlet vurdering at det likevel er ønskelig å framskynde møtet. Det påpekes i denne forbindelse at kostnadene ved unødvendig langtids sykefravær og (i verste fall) varig utstøtning fra arbeidslivet er svært store, og at dette legitimerer betydelig forebyggende innsats tidlig i sykefraværsforløpet. I videreutviklingen av modellen må man tilse at det ikke brukes unødvendige administrative ressurser på sykmeldte som likevel raskt vil komme tilbake i arbeid.

Ved framskynding av dialogmøte 1 sikres man et vesentlig bedre grunnlag for vurderingen av mulighetene for arbeidsrelatert aktivitet i forbindelse med vurderingen som skal foretas innen 8 uker. Dessuten vil et tidligere dialogmøte kunne bidra til at de som uansett kommer tilbake, kommer raskere tilbake. Gruppen vil i tillegg påpeke at framskyndingen av dialogmøte 1 gir et mer oversiktlig sykefraværsforløp, med færre frister og stoppunkter å forholde seg til. I den forbindelse har gruppen merket seg at det fra flere hold, bl.a. fra referansegruppen med partene i arbeidslivet, er blitt anført at dialogmøtene i dag kommer for sent. De samme argumentene gjelder forslaget om å gjøre dialogmøtene obligatoriske også i tilfeller med gradert sykmelding.

Dialogmøte 2

I dag har NAV ansvaret for å arrangere dialogmøte 2 innen utgangen av 26 uker fra sykmeldingstidspunktet. I mange tilfeller vil det være åpenbart på 8 ukers tidspunktet at arbeidstaker ikke kommer tilbake i jobb på en stund. I slike tilfeller bør man allerede på dialogmøter 1 beramme et tidspunkt for neste dialogmøte.

Dersom arbeidsgiver og arbeidstaker vurderer at alle muligheter på arbeidsplassen er uttømt, må arbeidsgiver ta kontakt med NAV umiddelbart for å iverksette nødvendig avklaring og vurdering av behov for arbeidsrettede tiltak.

Ekspertgruppen foreslår at tidspunktet for dialogmøte 2 fremskyndes slik at det skal avholdes i perioden 16-20 uker med mindre møtet er avholdt tidligere etter initiativ fra arbeidsgiver og/eller arbeidstaker. Dersom arbeidsgiver, arbeidstaker eller sykmelder tar initiativ til å avholde dialogmøte 2, må NAV-kontoret få beskjed om dato for møte i god tid (senest 4 uker før). NAV plikter å møte. Dersom arbeidsgiver eller arbeidstaker ikke tar initiativ til å avholde dialogmøte 2, har NAV ansvaret for å arrangere møtet. Det skal foreligge en revidert oppfølgingsplan til møtet. NAV må vurdere om arbeidsgiver har oppfylt tilretteggelingsplikten og om det er behov for å iverksette yrkesrettet attføring eller andre tiltak.

Dialogmøte 2 skal avholdes i alle saker unntatt dersom:

- Dialogmøtet vil være til skade for den sykmeldte – dette må dokumenteres av behandler
- Friskmeldingsdato er fastsatt

Arbeidsgiver og arbeidstaker skal delta i møtet. Sykmelder må ha plikt til å møte dersom arbeidstakeren fortsatt er 100 pst. sykmeldt.

NAV skal ikke ha formelle oppfølgingsmøter med kun arbeidstaker så lenge vedkommende har en arbeidsgiver, da dette vil underminere arbeidsgivers ansvar for oppfølging av den sykmeldte. Dersom den sykmeldte ønsker å gi NAV informasjon om forhold som arbeidsgiver ikke bør vite for mye om, men som kan være aktuelt eksempelvis for en senere arbeidsevnevurdering, så skal NAV selvsagt kunne motta slik informasjon.

Dialogmøte 3

I de tilfeller hvor det er behov for et ytterligere stoppunkt i løpet av sykepengeåret, bør NAV ha ansvar for dette. De aktuelle saker vil dreie seg om lange sykmeldingsforløp og dermed fare for overgang til langvarige ytelser. Dette møtet bør legges i henhold til NAVs rutiner for å sikre overgangen mellom sykepenger og arbeidsavklaringspenger slik at det sikres at arbeidsevnevurdering gjennomføres for alle som kan være aktuelle for denne ordningen.

Dersom arbeidstaker fremdeles har en arbeidsgiver, plikter arbeidsgiver å møte. Det samme gjelder sykmelder dersom denne innkalles.

Dialogmøte 3 skal kartlegge om tilretteleggingsmulighetene på arbeidsplassen er uttømt, slik at overgang til arbeidsavklaringspenger eller annet arbeid kan vurderes. Arbeidsgiver plikter til dette møte å dokumentere skriftlig hva som er gjennomført og resultatene av tilretteleggingen.

4.1.3 Innføring av 20 prosent arbeidsgiverfinansiering av ikke-gradert sykefravær ut over 8 uker

For å understøtte et hovedprinsipp om krav til aktivitet og gradert sykmelding foreslår ekspertgruppen at det innføres en bestemmelse om at *folketrygdens refusjon av sykepenger begrenses til maksimalt 80 pst. etter åtte ukers sykefravær*. Dette innebærer at arbeidsgiver i de tilfeller hvor 100 pst. sykmelding videreføres etter åtte uker, får ansvar for de resterende 20 pst. av lønnen til den sykmeldte ut sykepengeperioden. Folketrygden dekker sykelønnen fullt ut så fremt arbeidstakeren er i minst 20 pst. arbeid. Endringen i arbeidsgivers finansieringsansvar for sykelønnsordningen foreslås gjennomført uten at dette samlet sett påfører arbeidsgiver økte kostnader, ved at den initiale arbeidsgiverperioden forkortes fra dagens nivå på 16 dager til 10 dager.

Forslaget om 20 pst. arbeidsgiverfinansiering ved fortsatt full sykmelding etter åtte uker innebærer å flytte arbeidsgivers "risiko" fra korttids- til langtidsfravær og dermed å gi arbeidsgiver incentiver til å nyttiggjøre seg arbeidstakers mulige arbeidsevne gjennom hele sykefraværforløpet. I dagens ordning for medansvar for sykepenger blir incentivene til å øke omfanget av gradering og til å få avsluttet sykmeldingene kraftig redusert etter utløpet av arbeidsgiverperioden (dvs. etter 16. dager). Etter ekspertgruppens vurdering er det behov for å endre innrettingen av dagens arbeidsgiverfinansiering uten å øke det samlede omfanget av den. Når arbeidsgiver må betale 20 pst. lønn, vil det gi arbeidsgivere en sterk interesse i å kunne tilrettelegge arbeidsforholdene for å oppnå større omfang av deltidssykemelding, helt til sykepengeperioden utløper etter ett år. Arbeidsgiver vil da også få et

insentiv til å tilby arbeidstaker alternative oppgaver utenfor rammen av dagens tilretteleggingplikt, jf. punkt 4.1.6.

Ekspertgruppen vil på usikkert grunnlag anslå at forslaget om 20 prosent medfinansiering av fulltidsfravær ut over 8 uker *med basis i dagens graderingsmønster* påfører arbeidsgiverne merkostnader som tilsvarer en reduksjon i den initiale arbeidsgiverperioden fra 16 dager til 10-11 dager. Dette betyr at ekspertgruppens forslag innebærer en videreføring av nivået på arbeidsgivernes samlede finansieringsansvar. Ved bedre oppfølging av sykmeldte i virksomhetene og bruk av graderte sykmeldinger, vil ordningen kunne være lønnsom for virksomhetene.

4.1.4 Skjermingsordninger

Det er to utfordringer knyttet til et ansvar for arbeidsgivere til å medfinansiere sykepengeordningen.

- Et medansvar kan påføre arbeidsgivere uforutsigbare og uforskyldte utgifter som i noen tilfeller kan ha store konsekvenser for virksomhetene. For små virksomheter kan slike sykmeldinger medføre utgifter som utgjør en mye større andel av de totale lønnsutgifter enn for større virksomheter.
- Et medansvar for arbeidsgivere knyttet til sykefravær kan medføre at arbeidsgivere i større grad unnlater å ansette personer som arbeidsgivere tror vil få et betydelig sykefravær. Dette kan eventuelt ramme kronisk syke og personer med antatt høy risiko for sykefravær.

NAV administrerer i dag en egen frivillig og selvfinansierende forsikringsordning der arbeidsgiver kan forsikre seg mot ansvar for sykepenger i arbeidsgiverperioden når de samlede lønnsutbetalingene i det foregående året ikke overstiger 40 ganger grunnbeløpet (dvs. knapt 3 millioner kroner). Det finnes videre en søknadsbasert skjermingsordning der arbeidsgivere kan fritas for ansvar for sykepengeutgifter i arbeidsgiverperioden hvis det kan forventes et omfattende fravær hos arbeidstakerne i arbeidsgiverperioden.

For å unngå utilsiktede effekter av ekspertgruppens forslag, anbefaler gruppen at forsikringsordningen for små virksomheter utvides noe, slik at den kan dekke virksomheter med opp til 10 ansatte. Ekspertgruppen tilrår videre at den nåværende skjermingsordning for omfattende fravær i arbeidsgiverperioden tilpasses slik at den også gjelder for det utvidete ansvaret for fravær ut over åtte uker.

Etter ekspertgruppens vurdering vil den foreslåtte omleggingen i betydelig grad forbedre insentivene for arbeidsgivere til å tilrettelegge for tilbakevending til arbeid. En videreføring og justering av de eksisterende skjermingsordninger for mindre virksomheter og langvarig eller kronisk syke slik at de gjelder i hele den perioden arbeidsgiver har et medfinansieringsansvar, vil i tilfredsstillende grad møte de utfordringene som følger av at arbeidsgivere kan få sykepengeansvar for lengre fravær.

Ekspertgruppen mener at omleggingen, selv uten endring i graderingsomfang, ikke øker den samlede økonomiske belastningen for arbeidsgiverne. Den foreslåtte medfinansiering skal kun gjelde tilfeller der det ikke er mulig å få til gradert sykmelding, og dette vil forutsetningsvis omfatte en mindre

andel av de lange sykefraværene. Om en lykkes i å få til større omfang av gradering, jf. avsnitt 4.1.1., vil arbeidsgiverne som helhet kunne få betydelige gevinster ved omleggingen. Ekspertgruppen mener derfor at det ikke er behov for ytterligere skjermingsordninger ut over det som er skissert over.

4.1.5 Tydeliggjøring av krav om gradert sykmelding og aktivitet etter åtte uker

Ekspertgruppen mener at en intensjon om at sykmeldinger etter åtte uker i all hovedsak skal være graderte, bør komme til uttrykk i folketrygdloven. Ved å oppstille en hovedregel om gradering etter åtte ukers sykmelding, med nærmere angitte unntak, vil man kunne tydeliggjøre at gradert sykmelding skal vurderes også i forhold til andre oppgaver hos arbeidsgiver.

En slik utforming vil i større grad kunne synliggjøre skillet mellom tilfeller hvor medisinske forhold begrunner fortsatt 100 pst. sykmelding og tilfeller hvor det er arbeidsgiver som ikke kan eller ønsker å tilby alternativt arbeid som eventuelt er gradert. Riktignok skiller reglene også i dag mellom slike tilfeller. Etter folketrygdloven § 8-7 fjerde ledd skal sykmelder i vurderingen av om det foreligger medisinske hinder for arbeidsrelatert aktivitet vurdere muligheten også til å ta annet arbeid, samtidig som § 8-4 annet ledd, annet punktum, gir anvisning på at det "unntaksvis likevel ytes sykepenger utover 8 uker dersom arbeidsrelaterte aktiviteter ikke kan gjennomføres på arbeidsplassen". Ekspertgruppen mener at det bl.a. ut fra det relativt store antallet 100 pst. sykmeldinger etter åtte uker kan være grunn til å tro at den sykmeldtes funksjonsevne i en del tilfeller ikke i tilstrekkelig grad er vurdert opp mot annet og ev. gradert arbeid. Som nevnt, er den dominerende delen av sykmeldinger knyttet til tilstander der aktivitet normalt er bedre enn passivitet. Gruppen foreslår å klargjøre vurderingstemaet ved unntak for medisinske grunner til å gjelde funksjonsevnen generelt og la det klart framgå at det ikke er tilstrekkelig at vedkommende ikke kan gjøre sitt vanlige arbeid.

4.1.6 Oppfølging av arbeidsgivers tilretteleggingsplikt og arbeidstakers medvirkningsplikt

Det samlede forslaget, som innebærer enda større vekt på gradering og aktivitet fra den sykmeldte, medfører etter ekspertgruppens oppfatning behov for en tydeliggjøring/skjerping av både arbeidsgivers tilretteleggingsplikt og arbeidstakers medvirkningsplikt.

Bestemmelsen i arbeidsmiljøloven § 4-6 slår fast at "hvis en arbeidstaker har fått redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje e.l., skal arbeidsgiver, så langt det er mulig, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne få beholde eller få et passende arbeid". Loven krever at nødvendige tiltak iverksettes, primært slik at arbeidstaker får beholde sitt opprinnelige arbeid, eventuelt at vedkommende omplasseres til annet passende arbeid. Plikten til tilrettelegging eller omplassering er ikke absolutt, men gjelder "så langt det er mulig". Dersom arbeidsgiver finner at tilrettelegging ikke er mulig, skal det dokumenteres at relevante alternativer er vurdert og eventuelt forsøkt gjennomført. Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt strekker seg neppe så langt som til å definere ikke-relevante arbeidsoppgaver som i praksis kun handler om å ivareta arbeidstakerens tilknytning til arbeidsplassen. Arbeidsgivere bør likevel strekke seg langt for å legge

til rette for at gjenværende arbeidsevne kan utnytted. Ekspertgruppen foreslår derfor at det innføres slik "tilknytningsplikt" for arbeidsgiver i arbeidsmiljøloven.

Utstrekningen av arbeidsgivers tilretteleggingsplikt har også en annen side, nemlig hvor langt arbeidstaker plikter å ta imot tilretteleggingen. Dagens regelverk går ikke så langt at det innebærer en arbeidsrettslig plikt for arbeidstaker til å gjennomføre rene "tilknytningsaktiviteter". Etter folketrygdloven § 8-4 er det riktignok som hovedregel en forutsetning for å opprettholde rett til sykepenger at arbeidstaker innen 8 uker prøver seg i "arbeidsrelatert aktivitet". Denne bestemmelsen er en ren trygderegel som kun regulerer rett til sykepenger og ikke arbeidstakers arbeidsrettslige forpliktelser. En plikt for arbeidstaker til å utføre "tilknytningsaktiviteter" vil således kreve en endring i arbeidsmiljøloven, og ekspertgruppen foreslår at det gjennomføres en slik lovendring.

4.1.7 Kontroll og sanksjoner

Det er i dag liten risiko for sanksjoner for arbeidsgivere, arbeidstakere og sykmeldere som ikke følger opp sine ulike forpliktelser i sykefraværs- og sykmeldingsarbeidet. I en viss grad kan dette skyldes at sanksjonene er så strenge at de i praksis er vanskelige å gjennomføre. Ekspertgruppen mener allikevel det er nødvendig med en innstramning av kontroll- og sanksjonsbruken. For i større grad å sikre gjennomføring av dialogmøtene, har gruppen vurdert om rett til refusjon av sykepenger skal være betinget av at *arbeidsgiver* kan dokumentere at dialogmøte er avholdt eller at det foreligger dokumentasjon om at vilkårene for unntak fra plikten til å avholde dialogmøte er oppfylt.

Gruppen foreslår at det utformes en lovbestemmelse om at rett til refusjon av sykepenger er betinget av at arbeidsgiver har dokumentert at dialogmøte er avholdt eller at det foreligger dokumentasjon om at vilkårene for unntak fra plikten til å avholde dialogmøte er oppfylt. Det er mulig at en bestemmelse om stopp i refusjon fra NAV til arbeidsgiver kan medføre at enkelte arbeidsgivere vil slutte å forskuttere sykepenger. Regelen om stans i refusjon kan eventuelt understøttes ved å innføre en plikt for arbeidsgiver til å forkuttere sykepenger.

Samtidig skjerpes sanksjoner overfor *arbeidstaker* inn. Dersom arbeidstakere ikke medvirker til dialogmøte 1 (og saken ikke omfattes av unntakene i pkt. 4.1.2.3), plikter arbeidsgiver å gi beskjed til NAV slik at NAV kan vurdere om det er grunnlag for å stoppe sykepengene. Arbeidstakeren skal i så fall ha skriftlig varsel om dette. Ved en regel om forskutteringsplikt, kan arbeidsgiver på det grunnlaget be om å få forskutteringsplikten opphevet. NAV bør på tilsvarende måte vurdere å stoppe sykepengene når arbeidstaker ikke møter til dialogmøte 2 og 3 i regi av NAV.

Manglende medvirkning/oppfølging fra *sykmelder* bør i første omgang medføre midlertid stans av refusjon for utfylling av sykmeldingsblankett (L1). Dersom forholdet gjentar seg, bør sykmelder illegges tvangsmulkt, og på sikt bør det evt også vurderes å frata sykmelder rett til å sykmelde i kortere eller lengre periode.

Ekspertgruppen forutsetter at NAVs oppfølgingsaktiviteter blir fulgt tett opp i styringsdialogen mellom departementet og etaten.

4.2 Kunnskapsbaserte tiltak for redusert sykefravær

Det gjennomføres i dag en rekke tiltak for å forebygge sykefravær og bringe sykmeldte tilbake i arbeid. Arbeidsgivere setter i gang en rekke tiltak. Helsetjenesten gir et omfattende behandlingstilbud og NAV gjennomfører opplegg i egen regi eller ved innkjøp av kostnadskrevenne tiltak. Effektene av disse tiltakene er i stor grad udokumenterte og kan i noen grad virke mot sin hensikt. Det er etter ekspertgruppens vurdering behov for både å oppsummere og formidle kunnskap om tiltak som bidrar effektivt til tilbakeføring til arbeid og sørge for gjennomføring av tiltak med slik dokumentert virkning. Tiltak som viser seg ineffektive eller skadelige må avvikles. Det er videre behov for bedre dokumentasjon om effekter av ulike tiltak på sykefravær.

4.2.1 Oppsummere, formidle og gjennomføre

I helsetjenesten har man organisert flere internasjonale samarbeidsorgan for å fremskaffe kunnskap om hvilke tiltak som faktisk virker. Tradisjonelt har helsetjenesten vært opptatt av målsettinger som overlevelse, fravær av sykdom, fravær av smerter og livskvalitet. I økende grad benyttes også retur til arbeid som et selvstendig utfallsmål. I det verdensomspennende kunnskapsoppsummeringsmiljøet Cochrane Collaboration, som innen helseprofesjonene vurderes å gi viktig og tungtveiende kunnskap, finnes nå f. eks. 61 internasjonale kunnskapsoppsummeringer som enten er ferdige eller som er under utarbeidelse som har retur til arbeid som endepunkt. Flere av kunnskapsoppsummeringene omhandler temaer som psykisk helse og muskel- og skjelettplager, men også en rekke andre tilstander er beskrevet. Slike kunnskapsoppsummeringer danner nå grunnlaget for utvikling av veiledere og retningslinjer for behandling av ulike helseproblemer på f. eks. europeisk og nasjonalt nivå.

Muskel- og skjelettplager gir grunnlag for mange sykmeldinger og innvilgelse av uførepensjon, ikke bare i Norge, men også i andre land. Den overveiende del av den vitenskaplige litteraturen vedrørende muskel- og skjelettplager omhandler rygg smerter, mens litteratur vedrørende sykefravær og arbeidsfastholdelse innen andre diagnosekategorier er begrenset. I de kunnskapsbaserte Europeiske retningslinjene for forebygging av ryggplager (EU COST B-13, fra 2004) anbefales at den sykmeldte vender tilbake til arbeid så raskt som mulig³. Tilpassede arbeidsoppgaver og nedsatt arbeidstid kan i noen tilfeller være nyttig i denne fasen. Psykososiale forhold på arbeidsplassen har også betydning for hvor raskt man kan returnere til arbeid.

Ekspertgruppen mener det er viktig at helsetjenesten, NAV og arbeidslivet tar i bruk slike systematiske kunnskapsoppsummeringer når tiltakskjeder utvikles i forhold til sykmeldte. Gruppen mener at man i Norge i for liten grad raskt tar i bruk tiltak som er dokumentert effektive, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten (spesialisert rehabilitering), og blant andre aktører. Samtidig tar det for lang tid før tiltak som ikke gir gode behandlingseffekter fases ut.

Tiltak som ikke har dokumentert effekt i forhold til å bidra til bedre helse, herunder at den sykmeldte kommer raskere tilbake til arbeid, bør i utgangspunktet ikke tilbys i helsetjenesten eller finansieres av

³ <http://www.backpaineurope.org/>

NAV, uten at man samtidig undersøker effekten av tiltaket sammenlignet med annen relevant behandling. Tiltak som ikke er dokumentert virksomme, må anses som utprøvende og må evalueres med tanke på effekt før det anses som etablert behandling.

Ekspertgruppen mener således det bør legges opp til en større bruk av kunnskapsbasert praksis innen sykefraværarbeidet. Dette vil innebære at man tar faglige avgjørelser basert på systematisk innhenting av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og arbeidstakerens/den sykmeldtes ønsker og behov i den gitte situasjonen.

I kapittel 4.3 omtales nasjonale veiledere som skal utarbeides for sykmeldere med tanke på riktig bruk av sykmelding og tilsvarende veiledere om sykefraværsoppfølging rettet mot arbeidslivet. I tillegg til disse sykmeldingsveilederne, mener ekspertgruppen at det er behov for å utvikle nasjonale veiledere som beskriver hvilke tiltak som er aktuelle og anbefalte for ulike tilstander. Slike veiledere må bygge på kunnskapsoppsummeringer som beskrevet over.

Kommunene og helseforetakene skal sørge for at befolkningen tilbys helsetjenester av god kvalitet. I dette "sørge for"-ansvaret ligger også plikten til å gi helsetilbud som er virksomme i forhold til rehabilitering generelt og rehabilitering til arbeid spesielt. Fastlegen representerer en nøkkelfunksjon med tanke på å bistå den sykmeldte i å finne den best virksomme tiltakskjeden. Ekspertgruppen mener det er behov for en gjennomgang av tiltakskjeden både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten i forhold til de tiltakene som har tilbakeføring til arbeid som mål.

Finansieringsordningene, for eksempel folketrygdens takster for helsepersonell, bør justeres slik at tiltak med dokumentert effekt fases inn, og at tiltak med manglende dokumentasjon på effekt fases ut.

Endring av praksis skjer lettest når man får mobilisert et lokalt engasjement. Ekspertgruppen mener det er et stort behov for at kommunene, fastlegene, andre sykmeldere, NAV og helseforetakene i samarbeid med arbeidslivets parter gjennomgår sine rutiner med tanke på sykefraværarbeidet.

4.2.2 Systematisk kunnskapsgenerering gjennom sammenligning av tiltak

Randomiserte kontrollerte studier (RCT) representerer den mest robuste fremgangsmåten for å vurdere effekten av et tiltak, det være seg forebygging, behandling, rehabilitering eller organisering av tjenester. Ekspertgruppen mener man i større grad bør undersøke effekten av tiltak med en slik tilnærming. Ekspertgruppen er klar over at alle effektspørsmål ikke kan besvares av slike studier. Det er tilfeller hvor resultater fra andre typer undersøkelser er så overbevisende at det vil være etisk uforsvarlig å gjennomføre en RCT. Andre framgangsmåter er også aktuelle supplement, som pålitelige tidsserier og avansert statistisk bearbeiding av registerdata. Supplerende kvalitative studier gir ofte verdifull innsikt i hvorfor noe virker eller ikke virker, og om hvordan man kan forbedre tiltaket. Ekspertgruppen mener imidlertid at den store usikkerheten knyttet til effekter av ulike tiltak for å bringe sykmeldte tilbake i arbeid, gjør det både mulig og nødvendig å satse betydelig mer på randomiserte studier. For å avklare om et tiltak faktisk virker etter sin hensikt, er det også nødvendig å øke tilfanget av randomiserte studier. Sykmeldte kan for eksempel fordeles tilfeldig på ulike

oppfølgingstiltak, fordi det ikke finnes faglig grunnlag for å prioritere det ene opplegget framfor det andre.

I arbeidet med sykefravær er det nødvendig å arbeide systematisk, ikke bare med årsaker til sykefravær, men med systematisk implementering og evaluering av tiltak som har til hensikt å forebygge og redusere sykefraværet. Dette gjelder tiltak på og i tilknytning til arbeidsplassen, NAV, helsetjenesten og samhandlingen mellom disse. Ekspertgruppen anbefaler at det tilrettelegges for økt bruk av komparative studier i forhold til tiltak som iverksettes gjennom NAV. Gruppen anbefaler at det settes av en viss andel av de tiltaksmidlende NAV disponerer til studier som kan dokumentere om det er effekter av de tiltakene som gjennomføres. Ved utlysning av offentlige tilbud om ulike tiltak bør det kreves at tiltaket kan følges opp ved å inngå i randomiserte kontrollerte forsøk med mindre de allerede er dokumentert effektive. Midlene bør benyttes til målrettet forskning på definerte målgrupper for å prøve ut de tiltak og endringer man mener kan bidra til en vesentlig reduksjon av sykefraværet. Gruppen vil anbefale at der det finnes flere alternative tilbud hvor det ikke finnes dokumentasjon på hva som virker og hva som ikke virker, i økende grad legges til rette for en tilfeldig utvelgelse til det ene eller andre tiltaket (randomisering) med tilknyttet forskningsoppfølging.

Videre bør det etableres et samarbeidsorgan mellom Arbeidsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, NAV og partene i arbeidslivet som disponerer midler for evaluering av nye tiltak og nye rutiner som foreslås etablert. Tiltaket kan fremme en ønsket integrasjon mellom de som driver tjenestene og forskningsmiljøene. Samarbeidsorganet vil gjøre det mulig å koordinere evaluering av forsøksvirksomhet, overordnet innsikt i spørsmål om kostnadseffektivitet, og avvikling av tiltak som ikke virker.

4.2.3 Styrking av kunnskapssenterfunksjonen eller kompetansesenter

Ekspertgruppen anbefaler at man også styrker kompetansen på feltet gjennom etablering av en nasjonal kunnskapssenterfunksjon. Kunnskapssenterfunksjonen vil kunne være et faglig uavhengig organ underlagt myndighetene og evt. etableres med modell fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten, hvor man arbeider systematisk med å samle internasjonale erfaringer om hvilke tiltak som er effektive. En slik aktør kan få et spesielt ansvar i å rådgive arbeidslivets parter, NAV og helsetjenesten om tiltak som er effektive i forhold til arbeid som mål. Et slikt miljø skulle i all hovedsak ikke ha egen forskning som formål. Som supplement har gruppen også vurdert forslag om å etablere kompetansesenterfunksjoner innen sykefraværsforskning i tilknytning til eksisterende forskningsmiljø.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering er etablert for å bidra til riktigere prioriteringsbeslutninger og bedre kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsgruppen anbefaler at rådet drøfter helsetjenestens samlede innsats i forhold til å redusere unødvendig sykefravær. Det vil være relevant å se på primærhelsetjenestens oppgaver, spesialisthelsetjenestens rolle i arbeidsrettet rehabilitering, private aktørers rolle i helsetjenesten og NAV som bestiller av helsetjenester.

4.3 Kompetanseløft

4.3.1 Behov for et kompetanseløft

For å styrke og støtte opp under den forslåtte aktiviserings- og nærværsreformen, mener eksepertgruppen det må iverksettes en rekke tiltak for å bedre de ulike aktørenes kompetanse i sykefraværarbeidet. Gjennomføring av forslagene i pkt. 4.1. forutsetter enighet om den helsemessige og samfunnsmessige nytten i å opprettholde kontakten med arbeidsplassen på tross av sykdom eller helseplager. Et helseproblem utelukker normalt ikke arbeidsdeltakelse, og dette prinsippet kommer til uttrykk i blanketten "Vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom/sykmelding".

Det er sykmelders oppgave å foreta en medisinsk vurdering av om pasienten *kan* og *bør* arbeide. Gjennomføring av forslaget innebærer videre at både legene/sykmelderne, arbeidstakerne og arbeidsgiverne er bevisste på å vurdere arbeidstakerens funksjons-/arbeidsevne på tross av sykdom eller plager og hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes på arbeidsplassen. Generelt gjelder at arbeidstakere med sykdom eller helseplager så langt det er mulig bør delta i arbeidslivet helt eller delvis; det kan ha stor betydning for helse og livskvalitet å være i arbeidsrelatert aktivitet. Prinsippet er at arbeid er ønskelig hvis det ikke er til skade for en selv eller for andre. Som det fremgår av vedlegg 3, stiller dagens regelverk allerede krav om en slik praksis. Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt er vidtrekkende, og vil styrkes som følge av vårt forslag om aktiviserings- og nærværsreform.. Arbeidstaker skal medvirke, blant annet ved å gi arbeidsgiver opplysninger om sin funksjonsevne. Legen skal vurdere om det er tungtveiende medisinske grunner til at pasienten skal være borte fra arbeidet, både ved førstegangs- og senere sykmeldinger, og dersom sykmelding er nødvendig, skal gradert sykmelding være første alternativ. Allikevel føler mange, både leger, arbeidstakere og arbeidsgivere usikkerhet om rammeverket, og hvordan det best kan følges opp i praksis. Legen mangler ofte informasjon og må basere seg på pasientens opplysninger om subjektive plager, beskrivelse av hva arbeidet krever, og om vilje og muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen. Dette gjenspeiler seg også gjennom store variasjoner i legers sykmeldingspraksis. Arbeids- og velferdsdirektoratet har utviklet et veiledningsverktøy "legers sykemeldingspraksis", jf vedlegg 6. Basert på disse data er det mulig å identifisere hvor stor variasjon det er i sykmeldingsperiodene for enkeltdiagnoser.

Også mange virksomheter er usikre på hvordan de kan tilrettelegge og hvilke muligheter arbeidstakerne kan ha for å arbeide tilrettelagt.

Ekspertgruppen mener at manglende kjennskap til reell arbeidsevne under sykdom og tilretteleggingsmuligheter i arbeidslivet, samt u hensiktsmessig oppfølging i helsevesenet bidrar til at flere enn nødvendig sykmeldes og eventuelt sykmeldes i for høy grad og for lenge. Gruppen mener også det er behov for å systematisere kunnskap om hvordan den sykmeldtes prognose kan forbedres gjennom riktigere bruk av sykmelding. Gruppen mener derfor at det bør prioriteres å iverksette kompetansetiltak for å bedre arbeidsevnevurderingene ved støtte og veiledning til aktørene i sykefraværarbeidet.

4.3.2 Etablering av faglige veiledere for sykmeldere

Ekspertgruppen foreslår at det etableres faglige veiledere for støtte i sykmeldingsarbeidet for lege/sykmelder. Sveriges Läkarförbund fremholdt bl.a. i møte med ekspertgruppen i desember 2009 at svenske leger, spesielt de yngre, opplever det etablerte systemet med beslutningsstøtte for sykmelding for ulike diagnoser som en faglig hjelp i arbeidet og at dette systemet i stor grad er tatt i bruk, jf. også vedlegg 9. Ekspertgruppen har vurdert om tilsvarende ordning bør anbefales i Norge. Formålet må være en ordning som stimulerer til en størst mulig grad av aktivitet i arbeidet og utnyttelse av arbeidsevne, uavhengig av diagnose. Veilederne bør videre være et faglig verktøy for legen, og ikke et kontrollverktøy for NAV. Gruppen er enig om at det i første rekke bør prioriteres å utarbeide veiledere for sykmeldingsarbeid og oppfølging av de store diagnosegrupper for å redusere langtidssykefravær og varig utstøting fra arbeidslivet, dvs. muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser. For disse diagnosegruppene er det vanskeligere å angi en konkret anbefaling om sykemeldingslengde. Gruppen er derfor kommet til at den svenske ordningen med anbefalte sykmeldingsperioder for spesifikke diagnoser ikke vil være hensiktsmessig å gjennomføre i Norge. For å bidra til aktivitet og tilbakeføring til arbeidet, bør veileder i sykefraværarbeid ta utgangspunkt i sykmeldingen som ledd i behandlingen, prognosen og en vurdering av pasientenes funksjon, arbeidsevne og evt. negative virkninger av sykmelding og passivitet. Veilederne bør også inneholde råd og veiledning om de etablerte skjermingsordningene, jf. pkt. 4.1.4.

Ekspertgruppen vil anbefale at det utvikles en basisveileder som gjennomgår prinsippene for et godt sykefraværarbeid på overordnet nivå og at det utarbeides spesifikke veiledere (moduler) som omhandler viktige diagnose- og sykdomsgrupper. Både basisveilederen og de spesifikke fagmodulene bør bl.a. bygge på vurderinger av pasientens prognose og funksjon, samt muligheter til aktivitet, og bør videre omfatte bl.a. en anbefaling om hvordan sykmelding kan og bør brukes som ledd i behandlingen basert på slike kriterier.

Ekspertgruppen anbefaler at man i arbeidet med å utvikle faglige veiledere som støtte i sykmeldingsarbeid benytter arbeidsmetodikken som brukes ved utarbeidelse av prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten. Dette er veiledere som bygger på et omfattende konseptuelt rammeverk for hvordan arbeidsgruppene skal arbeide med det fagspesifikke tema og på hvilke faglige premisser den enkelte fagutøver skal vektlegge klinisk informasjon med hensyn til prioritering og intervensjon overfor den person det gjelder.

Ekspertgruppen anbefaler at relevante fagmiljøer som spesialitetene, berørte profesjoner, sentrale helsemyndigheter og bedriftshelsetjenesten, samt partene i arbeidslivet bør involveres i arbeidet med å utvikle faglige veiledere. Fagmiljøene bør bl.a. utfordres på å definere hvilke diagnosegrupper som bør omfattes, med utgangspunkt i de kategorier av sykdommer og plager som går igjen i sykefraværstatistikken. Helsedirektoratet har kompetanse på å utvikle nasjonale faglige veiledere overfor helsetjenesten. I tillegg til helsemyndighetene må NAV involveres med sin kompetanse på muligheter for tiltak, virkemidler, praktisering av regelverk mv. i utvikling/utarbeidning av veilederne.

Det kan evt. vurderes å starte med, i tillegg til en basisveileder, å utvikle spesifikke moduler for på følgende områder:

- Muskel- skjelettlidelser, herunder sammensatte lidelser

- Psykiske lidelser (helsevern og psykisk helsearbeid i kommunene)
- Spesialisthelsetjenestens bidrag og rolle i sykefraværarbeidet
- Rehabilitering med arbeid som mål

Som et ledd i at det er lege/sykmelders oppgave å vurdere om pasienten *kan* og *bør* arbeide må vurderingen knyttet til om vedkommende *kan* arbeide omfatte en vurdering av arbeidsevne, dvs. pasientens funksjonsevne i forhold til de kravene arbeidet stiller. En slik vurdering må bygge på en undersøkelse av pasienten samt kunnskap om arbeidet som utføres. Den medisinske vurderingen av om pasienten *bør* arbeide bestemmes av leges/sykmelders oppfatning av årsak til sykdom/lidelse og av oppfatningen av behandlingen. For mange kroniske lidelser er det uenighet blant behandlere om hva som er optimal behandling. Ekspertgruppen mener derfor at det *bør* iverksettes systematisk arbeid for å samle vitenskapelig basert kunnskap om hvilken aktivitet som anbefales ved ulike sykdommer/lidelser. Det anbefales å samle slike konklusjoner i veilederne for sykmelder.

Ekspertgruppen mener at veiledere for sykmelder *bør* utvikles som et viktig tiltak for beslutningsstøtte i legers/sykmelders sykmeldingsarbeid. Den foreslåtte modellen innebærer ikke nødvendigvis klare anbefalte tidsperioder for sykmelding med utgangspunkt i diagnose, som i den svenske modellen. Gruppen mener imidlertid at det er ønskelig å nærme seg en vurdering av hvilke spesifikke kriterier man *bør* ta stilling til i forhold til den enkelte som vurderes for sykmelding.

4.3.3 Veiledere for arbeidslivet

Både berørte myndigheter (Arbeidstilsynet og NAV) og partene i arbeidslivet arbeider godt med informasjon om sykefraværarbeidet overfor virksomhetene. Det *bør* vurderes hvordan dette informasjons- og veiledningsarbeidet kan styrkes og formidles tydeligere for å dekke arbeidsgiveres og arbeidstakeres kompetansebehov. Spesielt *bør* det vurderes om sykefravær- og tilretteleggingsarbeid kan få et større fokus i HMS-opplæringen for øverste leder, vernetjenesten og tillitsvalgte enn det har i dag. Krav til slik opplæring er hjemlet i arbeidsmiljøloven og gjelder alle virksomheter. Den obligatoriske opplæringen for arbeidsgiver i HMS-arbeid skal bl.a. omfatte kunnskap om hvordan det i virksomheten skal arbeides for et inkluderende arbeidsliv, herunder betydningen av å tilrettelegge for arbeidstakere slik at de bevarer sin helse og arbeidsevne, tilrettelegge for arbeidstakere med redusert arbeidsevne og arbeidstakere med funksjonshemming, sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær og iverksette tiltak for å hindre utstøting av arbeidstakere.

Selv om det allerede foreligger et betydelig veiledende materiale rettet mot arbeidsgivere og arbeidstakere om tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte, kan dette materialet fremstå fragmentert og ikke tilstrekkelig kjent. Ekspertgruppen anbefaler at det foretas en felles gjennomgang av det eksisterende veiledningsmaterialet for å oppdatere dette i forhold til de nye kravene og rutinene som evt. iverksettes, og for å utarbeide god felles informasjon og støtte til virksomhetene i dette arbeidet. Videre *bør* dette bygge på kunnskapsbaserte erfaringer. I og med at sykmeldingsarbeidet er en aktivitet som ivaretas av flere aktører, er det vesentlig med en felles forståelse av hvilke prinsipper som er førende. Ekspertgruppen mener derfor at veiledningen overfor arbeidslivet *bør* samordnes og justeres ift. de faglige veiledere som foreslås utarbeidet for sykmelder.

Økt bevisstgjøring og kompetanse i virksomhetene, både hos arbeidsgiver- og arbeidstakersiden bør også være et sentralt tema for informasjonsstrategien som foreslås i pkt 4.6.

4.3.4 Behov for styrket samarbeid mellom sykmeldere og NAV

NAV innehar en trygdemedisinsk kompetanse som består av ca. 120 rådgivende overleger, de fleste i deltid. De rådgivende legene skal bl.a. bidra til en bedre sykmeldingspraksis. Dette innebærer å være pådrivere i dialogen med behandlerne lokalt, for eksempel på de lokale møteplassene med fastlegene og gjennom dialog om legens sykmeldingspraksis. De rådgivende legene skal også bidra til utvikling og gjennomføring av kompetanseprogram, for eksempel pålagt undervisning for nye allmennleger (EU-direktiv), gjennom lokale møteplasser for fastleger og NAV og gjennom videre- og etterutdanning i trygdemedisin for leger.

Det er ønskelig med et nærmere samarbeid mellom primærhelsetjenesten/ fastlegen og bedriftshelsetjenesten som "virkemiddel" i arbeidsgivers tilretteleggingsarbeid. Bedriftshelsetjenestens rolle og oppgaver er beskrevet i vedlegg 5. Dette vil kunne bidra til tidligere, bedre og mer helhetlig oppfølging av den enkelte sykmeldte arbeidstaker og bedre bistand til virksomhetene i det konkrete tilretteleggingsarbeidet, samt lette sykmelders og bedriftshelsetjenestens arbeid med vurdering av funksjonsevne mv.

For å styrke legenes forutsetninger for å løse oppgavene knyttet til sykmeldinger på en god måte, gjennomførte trygdeetaten og Legeforeningen i samarbeid i 2004 og 2005 et fagutviklingsprogram for allmennpraktiserende leger: "Legen i det inkluderende arbeidsliv 2004-2005". Det ble i etterkant pekt på oppfølgingen av dette arbeidet først og fremst burde foregå lokalt og fortrinnsvis forankres i allmennlegeutvalgene i samarbeid med NAV-kontorene. I oppfølgingen av dette har NAV oppfordret til minimum to samarbeidsmøter i året, på kommunalt nivå, eller i samarbeid mellom flere kommuner. Møtene er først og fremst beregnet for allmennlegene, men bedriftsleger inviteres også (og ev andre behandlere). Formålet er å skape en lokal arena for informasjonsutveksling og diskusjon om prinsipielle, generelle og lokale problemstillinger som er relevante for fastleger og arbeidsmedisinere i distriktene og NAV ift. tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte, i tillegg til det konkrete samarbeidet om oppfølging av sykmeldte arbeidstakere. De rådgivende overlegene har en viktig rolle i dette arbeidet, og skal ta initiativ til lokale møteplasser. Det varierer imidlertid hvor ofte disse møtene i realiteten avholdes og hvor godt de fungerer. Ekspertgruppen mener at slike lokale samarbeidsmøter mellom allmennlegene, NAV og bedriftshelsetjenesten er et viktig virkemiddel for kompetanseheving og støtte i sykmeldings/sykefraværarbeidet, og anbefaler tettere oppfølging for å sørge for at samarbeidsarenaen etableres og at møtene gjennomføres på en systematisk måte. Ekspertgruppen foreslår at det stilles tydeligere krav om gjennomføring av to møter pr. år, og at så vel fastlegen som rådgivende overleger skal være forpliktet til å delta.

Ekspertgruppen anbefaler at NAVs rådgivende overleger først og fremst benyttes tidlig i sykefraværsløpet, for eksempel ved å bistå veilederne ved NAV lokalt ved tvil om aktivitetskravet er oppfylt ved 8 ukers tidspunktet, ved vurdering av innspill fra behandlere på sykmeldingsblanketten, ved vurdering av unntak fra dialogmøte 2, ved vurdering av tilrettelegging opp mot medisinske begrensninger og muligheter og ved vurdering av muligheter og behov for yrkesrettet attføring sett i

forhold til medisinske forhold. De rådgivende legene bør også bidra gjennom samhandling med sykmelderne gjennom dialogverktøyet "Legers sykmeldingspraksis" (jf. pkt 4.3.5), ved å øke kompetansen til behandlerne om mulighetene som finnes for tiltak og virkemidler, ved ulike faglige møter og kurs som setter fokus på sykefraværarbeid.

4.3.5 Regelmessig tilbakemelding til sykmelder om sykmeldingspraksis

Ekspertgruppen mener at formålet med veilederne (pkt. 4.3.2) skal være en faglig støtte for sykmelder, og ikke et kontrollverktøy i forhold til enkeltsykmeldinger. Det forventes at de faglige kriteriene som nedfelles i veilederne blir fulgt. Dersom sykmelding brukes til ugunst for den som sykmeldes, vil dette være et anliggende for helsesektorens egne oppfølgingssystemer gjennom tilsyn og kvalitetsutvikling. Ekspertgruppen foreslår samtidig å etablere et system for systematisk tilbakemelding til den enkelte lege om legens sykemeldingspraksis, herunder frekvens, lengde, diagnosebruk og graden av gradert sykmelding sammenlignet med andre relevante leger/sykmeldere. Systemet bør bygge på Arbeids- og velferdsetatens statistikkverktøy for legers sykmeldingspraksis, jf. vedlegg 6. Statistikkverktøyet bør brukes i møter mellom fastlege og NAV. Ekspertgruppen foreslår at det avholdes minimum 2 slike møter per år, og at fastlegen er pliktig til å delta.

Et slikt system vil supplere bruken av faglige veiledere med direkte tilbakemelding om egen praksis, og kan således føre til refleksjon og bedre kompetanse i det å sykmelde. NAV kan også bruke det etablerte statistikkverktøyet til en direkte tilbakemelding til leger som det fremgår har sykmeldingspraksis som ikke er i tråd med regelverket. Dette gjøres også i en viss grad i dag.

4.3.6 Obligatoriske kurs for sykmeldere

Det er allerede etablert en rekke obligatoriske kurs for nye allmennleger. For å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon er det fra 1. januar 2006 innført regelendringer som en konsekvens av EØS-direktiv 93/16/EØF og endring i Legedirektivet (rådsskriv 2001/19/EØF). Det er satt krav om minst 3 års veiledet tjeneste og i Norge er det i tillegg krav om at det gjennomgås obligatorisk kurs som omfatter allmennlegens arbeid⁴. De obligatoriske kursene er grunnkurs A og B i spesialiteten allmenntillegemedisin. Kursene omhandler bl.a. tema som legens rolle i det inkluderende arbeidslivet, samhandling med NAV, folketrygdens stønadsordninger i et IA-perspektiv mv. Innholdet i disse temaene har NAV ansvar for (i samarbeid med Legeforeningen). Det er anbefalt

-
- ⁴ EØS-direktiv 93/16/EØF
 - FOR 2005-12-19 nr 1653: Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon
 - Rundskriv IS-18/2005 Obligatorisk krav om tre års veiledet tjeneste for leger som skal praktisere selvstendig for trygdens regning
 - Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (www.safh.no – Yrkesgrupper, Lege: Allmennlege)

at kurset gjennomføres så tidlig som mulig for den nye allmennlegen. Legeforeningen er ansvarlig kursarrangør og sekretariat for kursene, som arrangeres lokalt. Den trygdemedisinske delen planlegges og gjennomføres i samarbeid mellom representanter fra Legeforeningen og NAV.

Ekspertgruppen viser også til at det er iverksatt obligatorisk opplæring i sykefraværsarbeid for øvrige profesjoner som er gitt tillatelse til å sykmelde (fysioterapeuter, manuellterapeuter, samt psykologer som en prøveordning). Gruppen mener det bør gjennomføres tilsvarende obligatorisk opplæring for leger som skal sykmelde. Målet må være at alle sykmeldere får lik bevissthet og kompetanse til å vurdere pasientens arbeidsevne og muligheter til å være helt eller delvis i arbeid i lys av mulighetene til å oppnå god helse. Opplæringen bør knyttes opp til forståelse av de faglige veilederne, kunnskap om arbeidskrav og arbeidsmiljø, sykmelding som ledd i behandlingen mv. I tillegg til å gi generell grunnleggende kunnskap, bør opplæringen målrettes noe ift. kunnskapsbehov innenfor særskilte spesialiteter. Ekspertgruppen anbefaler at det stilles krav om obligatorisk opplæring for alle nye sykmeldere, for etablerte leger bør det stilles krav om at opplæringen skal gjennomføres ila. f.eks. en femårs-periode. Ansvar for krav til opplæringen bør legges til helsemyndighetene (Helsedirektoratet) og NAV og den praktiske gjennomføringen må skje i nært samarbeid med profesjonene.

Ekspertgruppen anbefaler for øvrig generelt at opplæring i trygdemedisin og sykefraværsarbeid bør inngå i alle ledd av utdanningen for fremtidige sykmeldere. Dette bør også være et tema i turnustjenesten og i øvrig videreutdanning, som emnekurs og smågrupper.

Når nye leger, turnusleger, nytilsatte fra utlandet eller lignende inntar rollen som sykmeldere, bør det vurderes hvorvidt de bør introduseres for ordningen for eksempel gjennom et nettbasert introduksjonskurs (for eksempel i Legeforeningens Lupinserie) som forutsetning for å få rett til sykmelding.

4.4 Sykmelding ved opphør av arbeidsforhold og permittering

Ekspertgruppen legger til grunn at formålet med sykepenger er å gi kompensasjon for bortfall av arbeidsinntekt forårsaket av en funksjonsnedsettelse som skyldes sykdom eller skade. Sykelønnsordningen skal således ikke kompensere for tapt inntekt forårsaket av arbeidsledighet eller permittering. Sykepenger basert på tidligere lønn utbetales i dag også til personer som ikke lenger er i arbeid, selv om bortfallet av arbeid ikke er forårsaket av sykdom eller skade.

I disse tilfellene gir sykepengene i dag reelt sett ikke bare kompensasjon for det tap som er forårsaket av sykdommen, de gir også en kompensasjon for tap av arbeid som er vesentlig høyere enn den som ytes til arbeidstakere i tilsvarende situasjon som ikke er syke. Den reelle kompensasjonsgraden blir dermed langt over 100 prosent. Dette skaper en urimelig forskjellsbehandling mellom personer som blir syke like før eller like etter oppsigelse/permittering.

Ekspertgruppen mener at dagens praksis er uheldig, og vil anbefale at det utredes nærmere hvordan og evt. hvilke lovendringer som må foretas for unngå at sykepenger kompenserer for innteksttap som ikke er forårsaket av sykdom eller skade.

Ekspertgruppen understreker at en lovendring på dette punkt ikke må være i konflikt med arbeidsmiljølovens særskilte oppsigelsesvern ved sykdom; jf. Arbeidsmiljøloven § 15-8, 1. ledd: "Arbeidstaker som helt eller delvis er borte fra arbeidet på grunn av ulykke eller sykdom kan ikke *av denne grunn* sies opp de første 12 månedene etter at arbeidsuførheten inntrådte."(vår utheving).

4.5 Styrking av NAV kontroll og innkreving

Legitimiteten til velferdsordningene avhenger av at fellesskapets midler går til de som har krav på ytelser. Folketrygden er i stor grad et tillitsbasert system. For å opprettholde tilliten til systemet er det avgjørende at de som misbruker denne tilliten og bevisst mottar midler fra fellesskapet de ikke har krav på, blir avslørt. Hvis det ikke er et godt kontrollsystem og det blir en allmenn oppfatning om at oppdagelsesrisikoen er liten og at mange misbruker systemet, vil det bidra til å undergrave de gode velferdsordningene.

Bedragerier av sykepenger medfører betydelige tap for det offentlige hvert år. I sin sluttrapport i oppfølgingen av Regjeringens handlingsplan mot økonomisk kriminalitet 2004 - 2007 skriver Embetsmannsutvalget mot økonomisk kriminalitet (EMØK): *"Trygdebedrageri/misbruk peker seg klart ut som et risikoområde. De siste tre årene er det anmeldt trygdebedragerier for over 500 millioner kroner. NAV har etablert egne kontrollenheter som jobber med å oppdage og bekjempe trygdemisbruk, noe som sannsynligvis fører til at stadig flere forhold avdekkes"*.

I perioden 2006 – 2008 ble 379 personer anmeldt for bedrageri av sykepenger for til sammen ca. 50 millioner kroner. De fleste bedrageriene skjer ved at de sykmeldte arbeider svart samtidig som det mottas sykepenger, ved fiktive ansettelse for å oppfylle vilkårene for sykepenger eller ved at lønnsinntekten "blåses opp" for å få høyere sykepengeutbetalinger. Mange av sakene hvor det avdekkes bedrageri av uførepensjon har begynt med bedrageri av sykepenger. Det er også avdekket leger som bevisst skriver feilaktige legeerklæringer til NAV for at personer skal kunne motta sykepenger og uførepensjon.

Arbeids- og velferdsetaten har deltatt i et Nordisk samarbeidsprosjekt for å vurdere årsaker, omfang og kontrollmuligheter i forhold til velferdsordningene. I Sverige har en tverretattlig delegasjon⁵ foretatt en mørketallsberegning av mulig stønadsmisbruk. Med et budsjett på ca. 520 milliarder SEK anslår de stønadsmisbruket (bidragsbrott) til ca 10 milliarder SEK (Försäkringskassan 2009). Sverige og Norge har stor likhet i velferdsordningene. Det er derfor grunn til å tro at mørketallenes andel av det totale stønadsbudsjettet i de to land kan sammenlignes. Mørketallsundersøkelsen i Sverige viser ca 17 pst. feilutbetaling av sykepenger, hvorav ca. 5 pst. skyldes bedrageri, mens de øvrige feilutbetalingene skyldes uaktsomhet fra sykmeldte og/eller feil i saksbehandlingen.

Det er vanskelig å gjøre en kost/nytte-analyse av kontrolltiltak for å bekjempe trygdebedrageri. Beregninger som er gjort i den tidligere trygdeetaten, en modell som også benyttes i Sverige, anslår at inntjeningen er minst 4 ganger kostnadene. Inntektene i en slik modell består av anmeldt beløp og en nøktern vurdering av årlig innsparing pga. reduksjon/stopp i ytelse. Utgiftene baserer seg på kostnadene ved NAV Kontroll og innkreving. NAVs utgifter til saksbehandling er ikke tatt med i dette

⁵ Delegationen mot felaktige utbetalningar (FUT) består av 16 myndigheter og har arbeidet siden 2005.

regnestykket, og heller ikke positive forebyggende gevinster. NAV har en bevisst mediestrategi for å synliggjøre resultatene av kontrollarbeidet. Dette antas å ha betydelig oppdragende betydning og bidrar til at færre misbruker systemet.

Ekspertgruppen mener derfor at at en styrket oppfølging av bedrageri av sykepenges vil være et tiltak i arbeidet for å redusere sykefraværet. Ett viktig tiltak vil være å sikre NAV online tilgang til oppdaterte inntektsopplysninger. I dag rapporterer arbeidsgiverne lønns- og personalopplysninger til den enkelte etat. Det er etablert flere ordninger for elektronisk innrapportering fra arbeidsgiveres lønns- og personalsystemer, uten at disse er samordnet. En del av opplysningene må fortsatt innberettes på papir. Dette er en kostnadskrevende løsning for næringslivet og sikrer heller ikke optimal datakvalitet. NAV, Skatteetaten, Statistisk sentralbyrå og Brønnøysundregistrene har inngått et samarbeid med sikte på å forenkle kommunikasjonen med arbeidsgivere på lønns- og personalområdet. Formålet er å utvikle et system med sikte på månedlig innrapportering av lønn og skattetrekk til ligningskontorene. NAV vil i så fall få mulighet til oppdaterte og pålitelige lønnsdata på vedtakstidspunktet. Dette reduserer både bevisste og ubevisste feil. Foreløpig er det bare iverksatt et forprosjekt i dette arbeidet. Ekspertgruppen mener at dette arbeidet må prioriteres høyt med sikte på å etablere et system for månedlig innrapportering av lønns- og skattetrekk så snart som mulig.

Ekspertgruppen mener videre at for å avdekke bedrageri av sykepenges bør kontrollenhetene i NAV styrkes slik at det kan iverksettes systematiske og målrettede etterkontroller på sykepengeområdet. Gruppen legger til grunn at dette vil være lønnsomt, jf. de svenske erfaringene med en inntjening minimum fire ganger kostnadene. Flere bedragerier vil bli avdekket samtidig som man får sterkere forebyggende virkning ved at oppdagelsesrisikoen økes. Det er behov for flere ressurser for å gjennomføre kontrollene og behandle stønads- og feilutbetalings sakene, og ekspertgruppen mener det bør settes av ressurser til analysearbeid, utredningsarbeid og behandling av forvaltningsaker.

4.6 Informasjonsstrategi

Gjennomføring av ekspertgruppens forslag bør understøttes av en godt planlagt og sammenhengende informasjonsstrategi som støtter opp under økonomiske, normative (blant annet jus og politikk) og fysiske (for eksempel tilrettelegginger på arbeidsplassen) tiltak. Dette vil være et viktig virkemiddel i arbeidet med å redusere sykefraværet. Formålet må være å skape aksept for grunntanken bak den forelåtte "aktivitets- og nærværsreformen".

Strukturene og tiltakene for å redusere sykefraværet er kompliserte. Mengden av tiltak som formidles og antall er målgrupper det største hinderet for å formidle og få god virkning av et budskap. En informasjonsstrategi som skal bidra til å redusere sykefraværet må derfor innebære en kommunikasjonskampanje som forenkler og målretter budskapet for arbeidstakere, arbeidsgivere, sykmelder og andre aktuelle målgrupper. Kampanjen må være av et stort nok omfang og tilstrekkelig varighet til at budskapet når ut og bidrar til forandring.

Å påvirke folks kunnskap og atferd krever langsiktig arbeid i mange kanaler, jf. vedlegg 8. Ved å se på lignende kampanjer for å få ned sykefraværet i bl.a. Danmark kan det gis en antydning om effektmuligheter og kostnader knyttet til informasjonsstrategien i dette arbeidet.

I Danmark er de i startfasen av en kampanje kalt "Fra stress til trivsel" som skal gå i flere faser i perioden 2008-2015. Kampanjens formål er:

- å formidle kunnskap og erfaring om forebygging av stress og fremme trivsel på offentlige arbeidsplasser
- skape bred oppmerksomhet og debatt om hva som skal til for å skape et godt psykisk arbeidsmiljø
- sette fokus på relasjoner og samspill mellom ledere og medarbeidere som bidrar til trivsel på arbeidsplassen

Første fase er avsluttet, og evalueringen foreligger i disse dager. Den tyder på god måloppnåelse når det gjelder oppmerksomhet, men det er for tidlig å si noe om effekt på arbeidsplassene.

I Norge har vi erfaring fra flere kampanjer, bl.a. den som ble gjennomført i forbindelse med endringene i sykmeldingsregelverket i 2004. I den forbindelse førte en samlet virkemiddelpakke til et signifikant fall i sykefraværet, jf. vedlegg 4. Det er ikke vurdert hvor mye av fallet som skyldtes den generelle offentlige oppmerksomheten rundt sykefravær i perioden, hvor mye som kan tilskrives kampanjen som ble gjennomført, hvor mye som skyldes at endringene var forankret gjennom dialog med arbeidslivets parter og hvor mye som skyldtes de faktiske regelendringene. Kampanjen som ble gjennomført var av mindre omfang, men støttet opp under de regelverksendringer som ble gjennomført i samråd med arbeidslivets parter. Det ble kjørt helsides annonser i riksdekkende aviser, i tillegg til plakater på trygdekontor og legekontor og en brosjyre om regelverksendringene.

En norsk småskala-kampanje i to fylker om utredning og behandling av korsryggsmerter ble forskningsmessig evaluert og ga signifikant endring i holdninger og kunnskap i befolkningen om riktig behandling av lave ryggsmerter, men man fant ingen endring i atferd. Forskerne konkluderte med at kampanjer om (i dette konkrete prosjektet) korsryggsmerter må være nasjonale, omfattende og med tilstrekkelig budsjett dersom de skal medvirke til atferdsendring (Werner mfl 2008).

Vi antar at det mangler mye kunnskap om de negative effekter av langvarig sykefravær, samt om hvordan man tilrettelegger for arbeid på arbeidsplassene, jf. kap. 4.3. Vi vet også fra flere undersøkelser at det er liten kunnskap om hvilke ordninger og tiltak som finnes for å holde folk i jobb og få flere i jobb. Det er også betydelige forskjeller i hvorvidt helsetjenesten og NAV kjenner til de ulike tiltakene.

En informasjonstrategis faglige innhold må være kunnskap om de endringer som foreslås i en ny graderings- og aktivitetsreform, samt nye kunnskaper om virkning og bivirkning av arbeidsfravær. Denne kunnskapen gir grunnlaget for en kompetansereform med nye veiledere for sykmeldingspraksis. Utgangspunktet for dette forslaget er en hypotese om at det både hos arbeidstakere, arbeidsgivere og sykmeldere mangler mye grunnleggende kunnskap om "bivirkningene" ved sykefravær, samt kunnskap om hva som holder oss friske.

Sykefraværproblematikken er bred og omfattende. En kampanje for å redusere sykefraværet må derfor være bredt anlagt mot mange målgrupper (NAV, Helsetjenesten, arbeidsgivere, arbeidstakere osv) og ha en viss varighet – helst femårsperspektiv.

4.6.1 Målsetting med kampanjen

Formålet med en informasjonskampanje må være at arbeidstakere, arbeidsgivere og sykmeldere skal kjenne til sine plikter og rettigheter mht. oppfølging av sykmeldte, og hvor de evt. kan henvende for råd og bistand. Samtidig er det viktig å øke kunnskapen om at for langt sykefravær kan ha negative effekter.

Budskapet som fester seg hos mottakerne må være tilpasset de ulike målgruppene:

- arbeidstakere skal tenke at "for min egen helse og livskvalitet og for samfunnets beste er det klokt om jeg holder kontakten med arbeidsplassen og er i jobb så langt det er mulig".
- arbeidsgivere skal tenke at "for bedriftens og samfunnets beste er det klokt om vi skaper en arbeidsplass med et godt arbeidsmiljø som inkluderer også de med redusert arbeidsevne og der sykefraværet er lavest mulig".
- sykmeldere skal tenke at "for min pasients helse og livskvalitet og for samfunnets beste er det klokt om jeg bidrar til at pasienten så langt det er mulig er i arbeid"

Kampanjen bør organiseres i tre faser:

Fase 1: Kunnskapen om hva som holder oss friske og bivirkninger av sykefravær. Dette innholdet må gjennomsyre arbeidet i fase 2 og 3 også

Fase 2: Graderings- og aktivitetsreform

Fase 3: Veiledere

Kampanjen må bruke de virkemidlene som finnes: Utvikle gode nettsider, tv-reklame, informasjon myndighetene og partene i arbeidslivet, mobiliseringsaktiviteter m.m

4.6.2 Organisering og finansiering

Informasjonsstrategien må være godt forankret hos alle aktørene, slik at alle delbudskap og virkemidler er samkjørt. Arbeidsdepartementet bør ha et overordnet ansvar. Prosjektet kan evt. ledes av en styringsgruppe bestående av representanter for alle involverte aktører (bl.a. NAV, Arbeidsdepartementet, Helsedirektoratet og partene i arbeidslivet). Her må arbeidsdeling og finansiering avklares. Som eksempel kan nevnes at i Danmark ble kampanjen "Fra stress til trivsel" forankret i en trepartsavtale mellom regjeringen, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og de offentlige arbeidstakerorganisasjonene LO, FTF og AC om bedre arbeidsmiljø og mindre sykefravær. Videncenter for Arbejdsmiljø fikk i avtalen oppgaven med å styrke forskningsbasert viten om arbeidsmiljø i offentlig sektor

Informasjonsstrategien må samordnes med de eksisterende kampanjene på arbeidsliv og psykisk helse og Raskere tilbake som NAV og Helsedirektoratet har ansvaret for i dag. Det er avgjørende at en ikke kjører tre kampanjer parallelt. Når det gjelder kostnader ved kampanjer bør man innhente

erfaringer fra Danmark og England, som har gjennomført tilsvarende langvarige og omfattende kampanjer.

4.7 Implementering

Ekspertgruppen vil understreke at en effektiv implementering av de foreslåtte tiltakene krever at dette gis høy prioritet på politisk nivå, i forvaltningen og hos øvrige parter gjennom flere år. Det er videre en forutsetning at NAV, som den dominerende offentlige aktøren, settes i stand til å fylle sine roller som støttespiller, rådgiver, oppfølger og kontrollør. Det er ikke minst en forutsetning at NAV raskt har på plass et IKT-system som på en effektiv måte understøtter både oppfølgingsprosessen og kommunikasjonen med de andre aktørene.

Referanser

1. Bahr, R (redaktør) 2008: Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forbygging og behandling. Helsedirektoratet, Oslo
2. Brage S., og Kann, IC.:Fastlegers sykmeldingspraksis 1: Variasjoner. RTV-rapport 05/2006.
3. Englund og Svärdsudd: Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand. J. Prim. Health Care*, 2000;18:81-86.
4. Englund, Tibblin og Svärdsudd: Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. *Scand. J. Prim. Health Care*, 2000: 18:48-52.
5. Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *J Psychosom Res.* 2004;56(4):445-8.
6. Försäkringskassan 2009-02-23: Felaktiga utbetalningar och brott mot socialförsäkringen, Försäkringskassan 2009-01-23: Vad kostar felet för Försäkringskassan?
7. Gulbrandsen m.fl.: Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskrift for den norske Lægeforening* nr 19, 2002: 1874-9
8. Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR, Ihlebæk CM, Ursin H. Comorbid subjective health complaints in low back pain. *Spine.* 2006, 1;31(13):1491-5.
9. Henrekson, M., Persson M. (2004): The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System, *Journal of Labor economics*, Vol. 22, 87-114.
10. Ihlebæk C, Brage S, Eriksen HR: health complaints and sickness absence I Norway, 1996-2003, *Occup. Med (Lond)* 2007; 57(1) 43-9
11. Johansson P., Palme, M. (2002) Assessing the effects of a compulsory sickness insurance on worker absenteeism, *Journal of Human Resources*, Vol. 37, No. 2, 381-409.
12. Kamaleri Y., Natvig, B., Ihlebæk CM., et al: Change in the number of musculoskeletal pain sites: A 14-year prospective study. *Pain* 2009; 141 (1-2): 25-30.
13. Larsen, Førde og Tellnes 1994: Legens kontrollfunksjon ved sykmelding. *Tidsskrift Nor Lægeforening*; 114: 1442-4.
14. Markussen, Simen (2010): The discretionary nature of sick leave. Doktoravhandling levert for PhD-graden, Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo (tilgjengelig fra www.frisch.uio.no)
15. Mykletun og Knudsen: Tapte arbeidsår ved uførepensjon og psykiske lidelser. En analyse basert på FD-trygd. Rapport 2009:4. Nasjonalt folkehelseinstitutt. (ref til første avsnitt 2.1)

16. Mykletun, Knudsen og Mathiesen: Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. FHI-rapport 2009:8
17. Mykletun og Øverland: Eksempler på bruk av koblinger mellom helseundersøkelser og FD-trygd for forskning under den trygdemedisinske modellen, attraksjonsmodellen og utstøtingsmodellen. Norsk Epidemiologi 2009:19(2): 127-137 (ref til første avsnitt 2.1)
18. NOU 200:27 Sykefravær og uførepensjonering – Et inkluderende arbeidsliv
19. OECD: Sickness, Disability av Work; Background Paper, 2009
20. Riksrevisjonens undersøkelse av NAVs innsats for et inkluderende arbeidsliv gjennom arbeidslivssentrene og tilretteleggingstilskuddet. Dokument nr. 3:15 (2008-2009)
21. Tveito, T.H., Hysing, M., & Eriksen, H.R. (2004). Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review. Occupational Medicine, 54, 3-13.
22. Wahlström og Alexanderson (2004): Physicians' sick-listing practices. Scand. J. Public Health 2004:32 (suppl 63) 222-255.
23. Werner EL, Ihlebaek C, Laerum E, Wormgoor ME, Indahl A.): (Patient Educ Couns. 2008 May;71(2):198-203. Epub 2008 Feb

Vedlegg

til

Tiltak for reduksjon i sykefravær:

Aktiviserings- og nærværsreform

Det er utarbeidet 9 vedlegg til ekspertgruppens rapport. Vedleggene er utarbeidet av sekretariatet som faktagrunnlag for ekspertgruppens drøftinger. Vedleggene står for sekretariatets regning.

Innholdsfortegnelse

Vedlegg 1: Kunnskapsstatus – utviklingen i sykefraværet	59
Vedlegg 2: Sykefraværet i ulike land. Er det en sammenheng mellom høyt sykefravær og høy sysselsetting?.....	90
Vedlegg 3: Fakta om sykefraværsløpet, folketrygdloven, arbeidsmiljøloven og myndighetenes håndheving	97
Vedlegg 4: Særlig om endringene i 2004.....	108
Vedlegg 5: Tilgrensende ordninger: Bedriftshelsetjenesten, Raskere tilbake og IA-avtalen	112
Vedlegg 6: Legers sykmeldingspraksis – NAVs statistikk over sykmeldinger skrevet ut av fastlegen. 118	
Vedlegg 7: Kunnskapsoversikt – Arbeidsrelatert helse og sykefravær	124
Vedlegg 8: Erfaringer fra informasjonskampanjer	158
Vedlegg 9: Hva skjer i Sverige?	164

Vedlegg 1: Kunnskapsstatus – utviklingen i sykefraværet

1 Innledning

Notatet gir en beskrivelse av utviklingen i sykefraværet. Notatet er en oppdatering av deler av faktagrunnlaget fra notatet fra den partssammensatte arbeidsgruppen "Grunnlag for drøftinger om en ny IA-avtale" av 13. november 2009. Notatets kapittel 2 inneholder en beskrivelse av utviklingen i sykefraværet det siste året fram til 3. kvartal 2009. Mulige forklaringer til viktige utviklingstrekk er forsøkt påpekt.

I kapittel 3 beskrives sentrale utviklingstrekk i IA-perioden og langsiktige trender ses på. Notatet går i kapittel gjennom mulige forklaringsfaktorer, herunder en gjennomgang av sammenhengen mellom konjunkturer og sykefraværet. Notatet er utarbeidet av Arbeidsdepartementet i samarbeid med representanter fra Finansdepartementet og Arbeids- og velferdsetaten.

2 Sykefraværsutviklingen siste år

2.1 Samlet sykefravær

Det totale sykefraværet, som inkluderer legemeldt og egenmeldt fravær, utgjorde 7,7 pst. av alle avtalte dagsverk i 3. kvartal 2009. Dette er en økning på 11,0 pst. sammenliknet med samme kvartal i fjor. Det egenmeldte fraværet utgjorde 0,9 pst., en økning på 10,4 pst. fra samme kvartal i fjor. Det legemeldte sykefraværet var på 6,9 pst. i 3. kvartal 2009, en økning på 11,0 pst. Det innebærer at veksten i sykefraværet er relativt lik for egenmeldt og legemeldt fravær siste år. I 3. kvartal 2009 var sykefraværet 9,4 pst. for kvinner og 6,4 pst. for menn, se tabell 1.1.

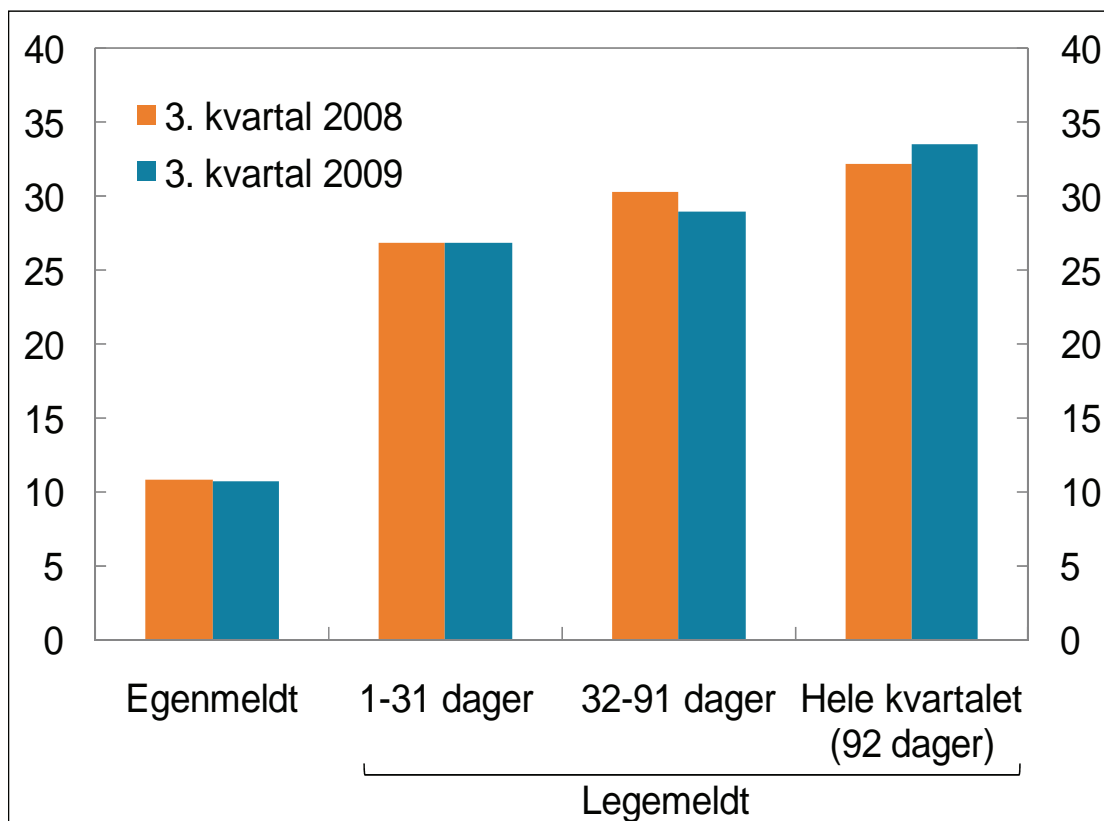
Bosatte innvandrere har i gjennomsnitt noe høyere sykefravær enn etnisk norske. Forskjellen var 0,6 prosentpoeng i legemeldt fravær i 2. kvartal 2009. Forskjellen var om lag den samme året før.

Sykefraværet var i 3. kvartal 2009 høyest i Finnmark (8,3 pst.), dernest kommer Østfold (8,1 pst.) og Troms (8,1 pst.). Fraværet er lavest i Rogaland (5,5 pst.), Sogn og Fjordane (5,8 pst.) og Oslo (6,2 pst.).

Vest-Agder har hatt den største økningen i sykefraværet siste år (+17,4 pst.), dernest Buskerud (+14,6 pst.) og Akershus (+13,4 pst.).

Det er vanskelig å identifisere endringer i varighet på sykefravær på grunnlag av løpende statistikk som publiseres hvert kvartal. SSB har tall som indikerer hvilken retning varigheten beveger seg. Samlet viser statistikken at både egenmeldt fravær samt legemeldt fravær som varte under 31 dager i løpet av kvartalet var uendret fra 3. kvartal 2008 til 3. kvartal 2009 som andel av samlet sykefraværsdagsverk. Fravær som varte fra 32-91 dager var redusert, mens fravær som varte gjennom hele kvartalet økte, se figur 1.1.

Figur 1.1 Sykefraværsdagsverk etter fraværstype (egen- eller legemeldt) og varighet i kvartalet. Prosentvis andel av samlet sykefraværsdagsverk 3. kvartal 2009 (Kilde: Statistisk sentralbyrå)



Tabell 1.1 oppsummerer utviklingen i sykefraværet det siste året.

Tabell 1.1. Sykefraværsprosent (sykefraværsdagsverk i pst. av avtalte dagsverk) (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)

	3. kvartal 2008	3. kvartal 2009	Endring 3. kvartal 2008 – 3. kvartal 2009
Alle			
Samlet	6,9	7,7	11,0
Egenmeldt	0,8	0,9	10,4
Legemeldt	6,1	6,9	11,0
Menn			
Samlet	5,7	6,4	13,2
Egenmeldt	0,7	0,8	8,5
Legemeldt	5,0	5,6	13,2
Kvinner			
Samlet	8,6	9,4	9,1
Egenmeldt	0,9	1,0	12,6
Legemeldt	7,7	8,4	9,1

2.2 Egenmeldt sykefravær

I 3. kvartal 2009 var det egenmeldte fraværet 1,0 pst. for kvinner og 0,8 pst. for menn. Den relativt sterke økningen i det egenmeldte fraværet det siste året må sees i sammenheng med at mange flere var syke med influensa i 2009 sammenliknet med 2008. Veksten i det egenmeldte sykefraværet fra 3. kvartal 2008 til samme kvartal i 2009 var noe høyere for kvinner (12,6 pst.) enn for menn (8,5 pst.)

Det finnes ikke informasjon om diagnose for egenmeldt sykefravær, men det er sannsynlig at mye av veksten i egenmeldt fravær i 3. kvartal skyldes influensa. Ifølge SSB kan økningen i diagnosegruppen "sykdommer i luftveiene", som blant annet omfatter influensa, forklare 30 pst. av veksten i de legemeldte sykefraværsdagsverkene. SSB anslår at om lag 37 pst. av veksten i de totale sykefraværsdagsverkene henføres til influensaen.

2.3 Legemeldt sykefravær

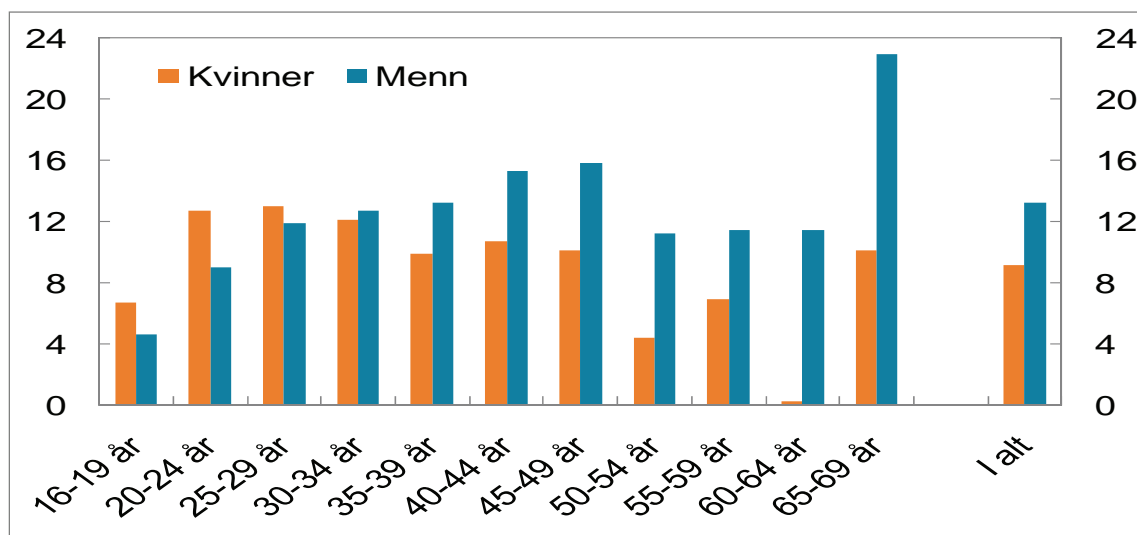
Det legemeldte fraværet økte med 11,0 pst. fra 3. kvartal 2008 til 3. kvartal 2009. Økningen var 13,2 pst. blant menn og 9,1 pst. blant kvinner. Influensa kan forklare om lag 30 pst. av dette jf. omtalen i kapittel 2.2.

I 3. kvartal 2009 var det legemeldte sykefraværet 8,4 pst. for kvinner og 5,6 pst. for menn. Sykefraværslivået for kvinner er høyere enn for menn i alle aldersgrupper. Legemeldt sykefravær er på rundt 3 pst. for arbeidstakere 16-19 år. For menn stiger fraværet jevnt fra 4,5 pst i alderen 20-24 år og til rundt 6 pst. blant menn i alderen 50-54 år. For de eldste menn i arbeidsfør alder er sykefraværet rundt 7-8 pst.

For kvinner er mønsteret noe annerledes. Det er markert høyere blant kvinner fra 20 til 49 år. Dette har sammenheng med svangerskapsrelatert fravær i disse aldersgruppene, se kapittel 3.6. Sykefraværet ligger på rundt 8 – 10 pst. i aldersgruppene fra 25 år til 49 år. Høyest sykefravær finnes blant kvinner i aldersgruppen 30-34 år (9,7 pst.), som er en av de aldersgruppene som føder flest barn.

Det legemeldte sykefraværet har det siste året økt med hele 22,9 pst. blant menn i aldersgruppen 65-69 år. I aldersgruppen 40-49 år har fraværet økt med noe over 15 pst., mens det har økt med rundt 11-13 pst. ellers med unntak av de yngste aldersgrupper hvor fraværsoøkningen er lavere, se figur 1.2. For kvinner er økningen i det legemeldte fraværet høyest i aldersgruppene fra 20-34 år på 12-13 pst. og på rundt 10 pst. blant kvinner 35-49 år.

Figur 1.2 Prosent endring i legemeldte sykefravær etter kjønn og alder, 3. kvartal 2008 – 3. kvartal 2009. (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)

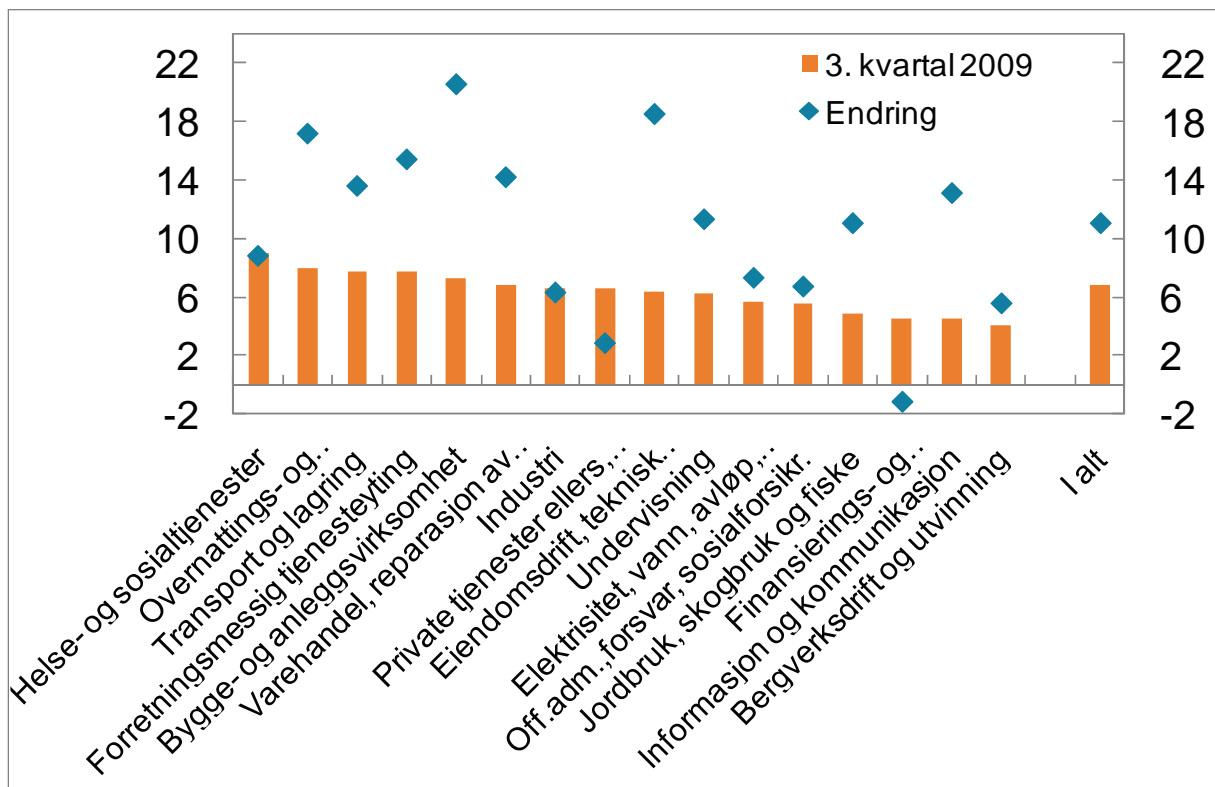


Små og mellomstore bedrifter har hatt en sterkere vekst i legemeldt sykefravær siste året (3. kvartal 2008- 3.kvartal 2009) enn gjennomsnittet, mens store bedrifter (over 200 ansatte) har hatt en

mindre vekst enn gjennomsnittet. Det innebærer at forskjellen i nivået mellom små og mellomstore bedrifter (om lag 7 pst.) og store bedrifter (om lag 6 pst.) har blitt større.

Det legemeldte sykefraværet i 3. kvartal 2009 er høyest (9,0 pst.) innen helse og sosiale tjenester, som sysselsetter hver femte arbeidstaker, se figur 1.3. Andre næringer med høyt sykefravær er overnattings- og serveringsvirksomhet (8,0 pst.) samt transport og lagring (7,8 pst.).

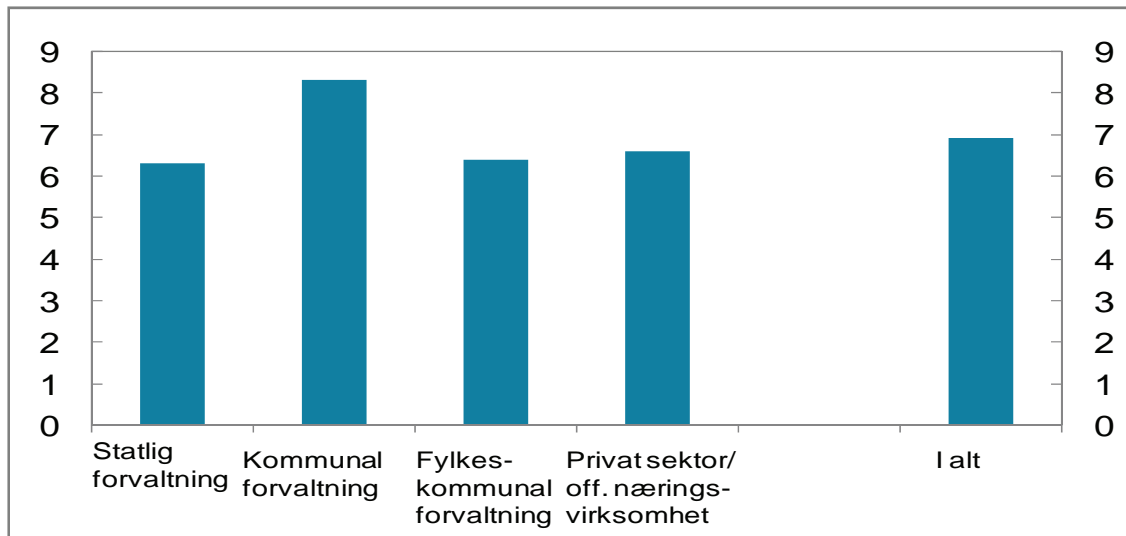
Figur 1.3. Legemeldt sykefravær etter næring i prosent, 3. kvartal 2009. Prosent endr. 3. kvartal 2008 - 3. kvartal 2009 (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



Det er store bransjevise forskjeller i det legemeldte fraværet. Økningen innen bygg og anlegg er på hele 20,5 pst. og på 18,5 pst innen forretningsmessig tjenesteyting og på 17,2 pst. innen overnattings- og serveringsvirksomhet. Innen industrien har sykefraværet økt med 6,3 pst. fra 3. kvartal 2008 til 3. kvartal 2009, se figur 1.3. Finansierings- og forsikringsvirksomhet er den eneste næringen hvor sykefraværet har falt det siste året.

Det siste året har økningen i legemeldt fravær vært størst innen privat sektor (+12,6 pst.). I offentlig sektor har veksten vært svakere. Økningen i legemeldt fravær var 6,5 pst. i statlig forvaltning, 8,1 pst. i kommunal forvaltning og 10,6 pst. i fylkeskommunal forvaltning. Fraværet er fortsatt høyest innen kommunal forvaltning (8,3 pst.), se figur 1.4.

Figur 1.4. Legemeldt sykefravær etter sektor, 3. kvartal 2009. Pst. (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



3 Sykefraværsutviklingen fra 2001

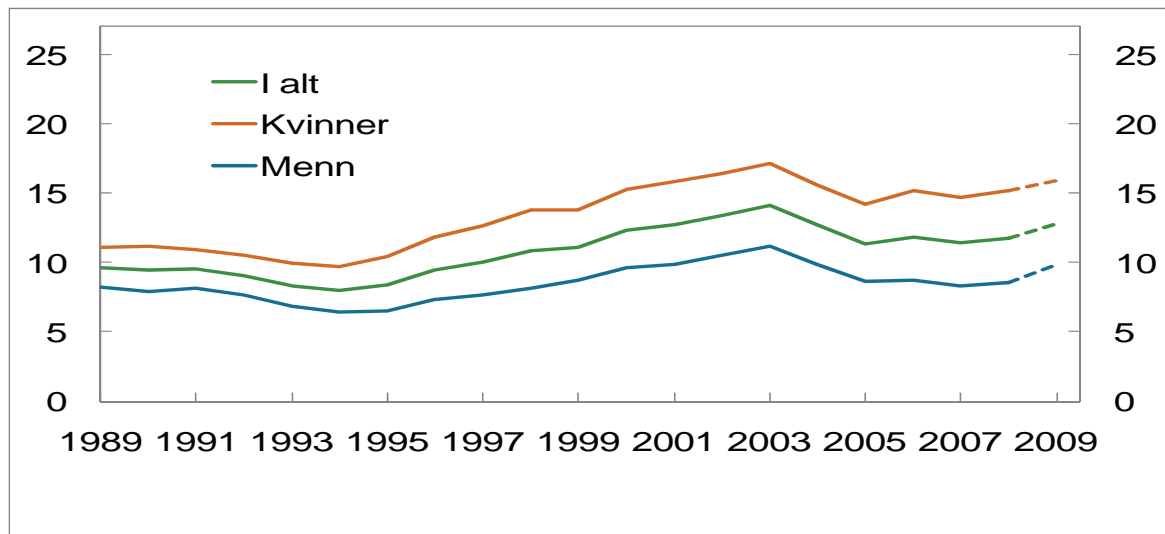
3.1 Utviklingstrekk 1989-2009

Ser vi bort fra en kraftig reduksjon i 2004 som følge av administrative tiltak (krav til funksjonsvurdering, økning i bruk av gradert sykmelding og reduksjon i aktiv sykmelding), ser det ut til at det har vært en trendmessig økning i sykefraværet siden midten av 1990-tallet, se figur 1.5.

Antall sykepengedager utenom arbeidsgiverperioden per lønnstaker per år 1989-2008¹ viser en vekst på 37 pst. for kvinner og 5 pst. for menn. Det er særlig i perioden fra 1989 til 2003 at kvinners sykefravær har økt relativ til menns, se figur 1.5. Det siste året har sykefravær økt mer for menn enn blant kvinner. Dette må ses i sammenheng med at veksten i sykefraværet har skjedd i næringer som har større innslag av menn blant arbeidsstokken.

¹ Antall sykepengedager utenom arbeidsgiverperioden per lønnstaker per år 1989-2008 er korrigert for endring i arbeidsgiverperioden fra 14/16 dager og inkludering av statsansatte i regnskapsstatistikken.

Figur 1.5. Sykepengedager utover arbeidsgiverfinansiert periode pr. lønnstaker pr. år. 1989 – 2008. Anslag for 2009 (stiplet) (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



Som figuren over viser har det vært fluktasjoner i sykefraværsutviklingen de siste 20 år:

- En nedgang fra 1988 til 1993 – en periode med bl.a. konjunkturedgang og endringer i sykepengereguleringen².
- En kraftig og langvarig økning fra midten av 1990-tallet og fram til 2003.
- En brå og markant nedgang fra 2003 til 2005. I 2005 var det totale fraværet nesten 20 pst. lavere enn gjennomsnittet for 2003.
- Økning fra 2005 til 2008, og siden en markert vekst i 2009.

Samlet økte sykefraværet utover arbeidsgiverperioden med 22 pst. fra 1989 til 2008 – fra 9,6 til 11,7 dager per lønnstager per år. Figur 1.5 er ikke justert for sykepengegrad. Justert for sykepengegrad er den prosentvise økningen lavere. Antall fravær økte knapt fra 1989 til 2008, mens lengden på hvert fravær økte med gjennomsnittlig 19 pst. I perioden 1994 til 2008 var det klart sterkere økning for kvinner enn for menn, og en særlig sterk økning i sykmelding for lettere psykiske lidelser og generelle/uspesifiserte diagnoser. I 2009 har sykefraværet økt sterkt, bl.a. innen bygge- og anleggsbransjen.

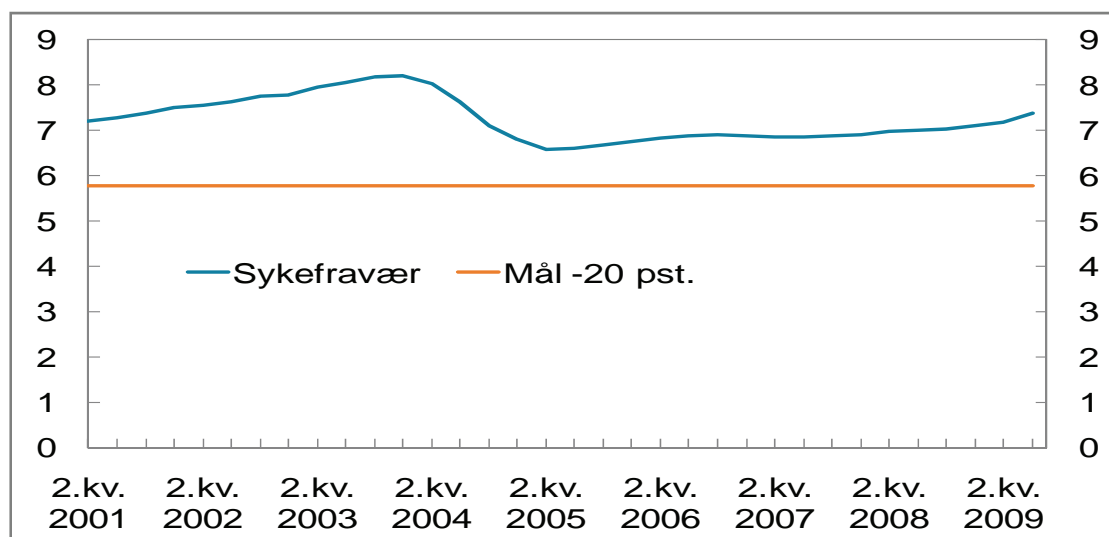
² Fra 1. april 1998 ble arbeidsgiverperioden på 16 dager, før dette var den på 14 dager.

3.2 Samlet sykefravær

I 2008 utgjorde det samlede sykefraværet om lag 7 pst. av alle avtale dagsverk. Veksten i sykefraværet har tiltatt gjennom 2009.

Det samlede antall tapte dagsverk i forhold til avtale dagsverk, var i 3. kvartal 2009 3,6 pst. høyere enn 3. kvartal 2001. I samme periode økte antall sysselsatte med 9,6 pst. Som det fremgår av figur 1.6 har sykefraværet variert gjennom perioden. Det er flere forhold som kan ha påvirket utviklingen i sykefraværet. Innføring av aktivitetsplikt i sykelønnsordningen og økt bruk av gradert sykmelding i 2004 er kanskje de viktigste årsakene til endringen i perioden. Fra 2. halvår 2003 til 2. halvår 2004 falt samlet sykefravær for eksempel fra 8,3 pst. til 6,5 pst., dvs. vel 20 pst.

Figur 1.6 Totalt sykefravær 3. kvartal 2001 – 3. kvartal 2009. Glidende gjennomsnitt. Sykefraværspersent (Kilder: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Arbeidsdepartementet)



Fra 2001 og fram til våren 2004 økte sykefraværspersenten. Etter nedgangen i 2004 har sykefraværspersenten igjen økt gradvis. For eksempel var sykefraværet i 3. kvartal 2009 18 pst. høyere enn i 3. kvartal 2004. Beregninger viser at alderssammensettingen blant de sysselsatte bare forklarer en marginal del av veksten i denne perioden.

Tabell 1.2 nedenfor oppsummerer utviklingen i sykefraværet i 3. kvartal 2001 og 3. kvartal 2009, og endringen i denne perioden.

Tabell 1.2 Sykefraværspersent (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)

	3. kvartal 2001	3. kvartal 2009		Endring 3. kvartal 2001 – 3. kvartal 2009
Alle				
Samlet	7,4	7,7		3,6
Egenmeldt	0,6	0,9		33,2
Legemeldt	6,8	6,9		0,6
Menn				
Samlet	6,3	6,4		1,5
Egenmeldt	0,6	0,8		30,4
Legemeldt	5,7	5,6		-1,6
Kvinner				
Samlet	9,0	9,4		4,6
Egenmeldt	0,7	1,0		35,6
Legemeldt	8,2	8,4		1,6

3.3 Egenmeldt sykefravær

Egenmeldt fravær utgjorde 0,6 pst i 3. kvartal 2001 og 0,9 pst. i 3. kvartal 2009. Økt omfang av egenmeldt fravær kan i noen grad ha sammenheng med at det i forbindelse med at arbeidstakere i IA-virksomheter har utvidet rett til å bruke egenmelding i inntil 24 dager. Omfang av egenmeldinger har økt i 3. kvartal 2009 på grunn av pandemien. Fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2009 har bruk av egenmelding økt med 8,5 pst. for menn og med 16,5 pst. for kvinner.

3.4 Legemeldt sykefravær

Det legemeldte fraværet på 6,9 pst. i 3. kvartal 2009 var om lag på linje med nivået i samme kvartal i 2001.

Det legemeldte sykefraværet i 3. kvartal 2009 var 8,4 pst. for kvinner og 5,6 pst. for menn. Siden 3. kvartal 2001 er det legemeldte fraværet redusert med 1,6 pst. blant menn og økt med 1,6 pst. blant kvinner.

Relativ fordeling av sykefraværstilfellene etter diagnose viser en økning fra 2001 særlig for psykiske lidelser og svangerskapsrelaterte diagnoser.

Sykefraværet varierer med yrker. For kvinner var sykefraværsprosenten særlig høy (i 3. kvartal 2008) for de som arbeider i mannsdominerte fysisk belastende yrker (blant annet bygg, sjåfør).

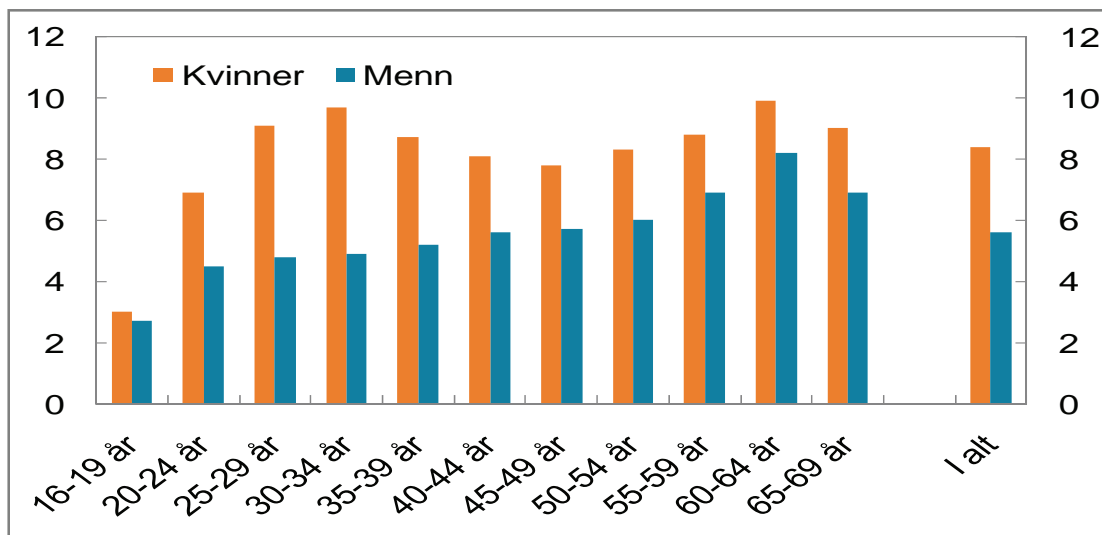
Sykefraværet for menn er høyest for byggeyrker, lagerarbeid og pleie og omsorgsarbeid.

Sykefraværsprosenten er lav for både kvinner og menn i yrker med akademisk utdanning (leger, advokat, lærer mv.).

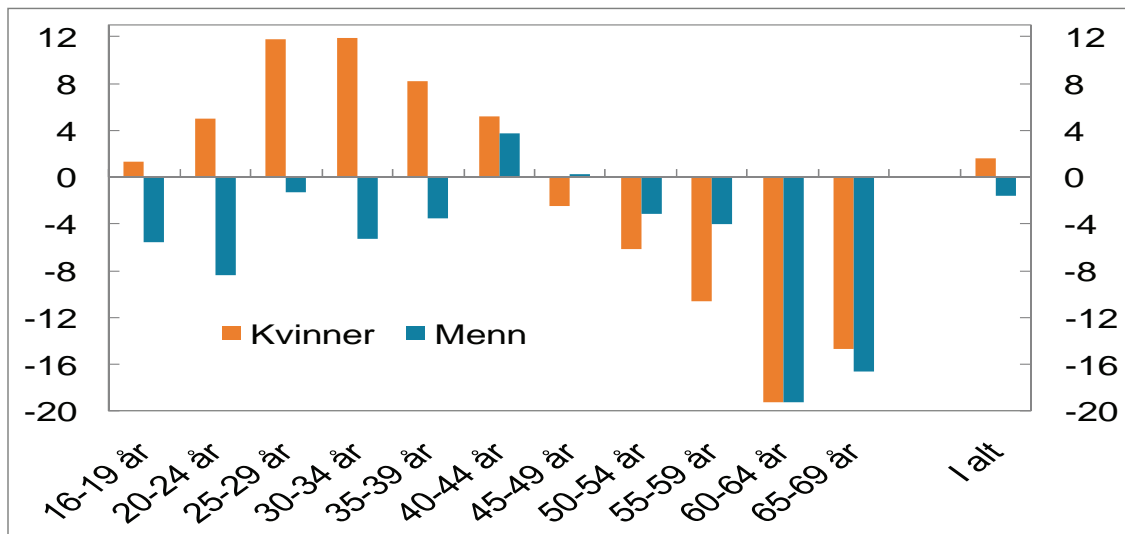
3.5 Alders- og kjønnsforskjeller i sykefraværet

I hovedsak øker sykefraværet med alder fram til 65 år for begge kjønn. Trenden er tydeligere for menn enn for kvinner. Dette har sammenheng med svangerskapsrelatert fravær blant kvinner i aldersgruppen 20-40 år.

Figur 1.7 Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder, 3. kvartal 2009. Pst. (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



Figur 1.8 Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. Pst. endr. 3. kvartal 2001 – 3. kvartal 2009. (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



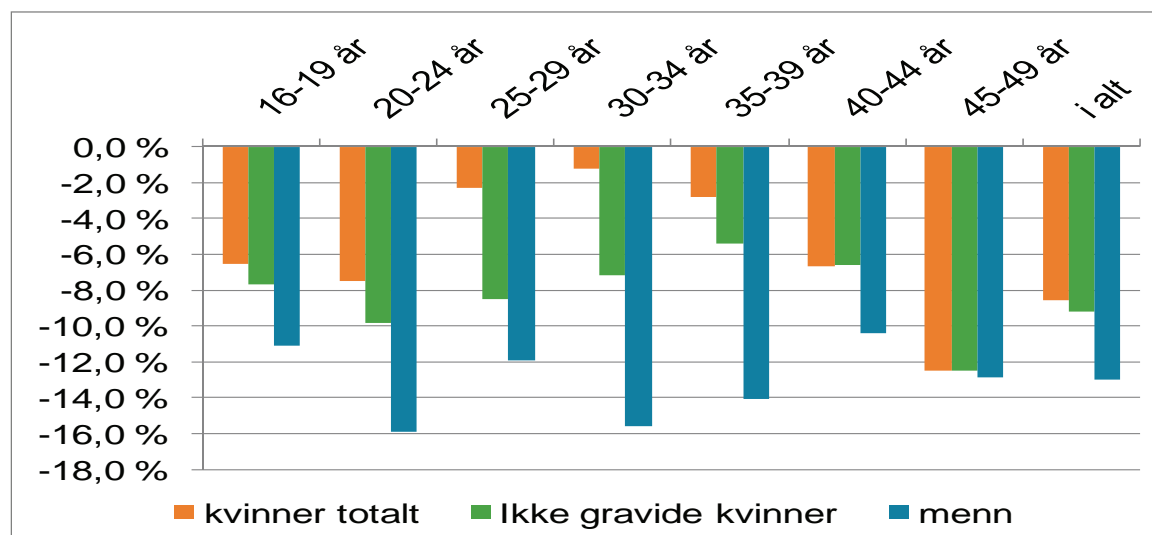
Det legemeldte sykefraværet er siden 2001 redusert blant arbeidstakere over 50 år. Dette gjelder både kvinner og menn, se figur 1.8. Reduksjonen øker med alderen og er særlig høy for personer over 60 år. Det har bidratt til reduserte aldersforskjeller i sykefraværet i perioden. Redusert sykefravær har skjedd samtidig som yrkesfrekvensen for de over 55 år har økt i perioden. Blant gruppen 55-66 år har yrkesfrekvensen økt fra 69,5 i 2001 til 70,8 pst. i 2008 for menn og fra 59,2 til 60,3 pst. for kvinner. For den eldste gruppen 67-74 år var det en økning fra 11,4 til 14,7 pst. blant menn og fra 4,8 til 8,2 pst. blant kvinner i den samme perioden. Absolutt har det vært en sysselsettingsøkning for gruppen 55-66 år på vel 90 000 og om lag 10 000 for aldersgruppen 67-74 år. Utviklingen i sykefraværet blant de eldste aldersgruppene har to motstridende effekter på sykefraværsprosenten. Gjennom at de utgjør en økt andel av de sysselsatte (+ 2 prosentpoeng) har de isolert sett bidratt til å øke sykefraværsprosenten. Gjennom nedgangen i sykefraværet har de isolert sett bidratt til å dempe veksten. Personer over 55 år utgjorde 18 pst. av de sysselsatte i 3. kvartal 2009, hvorav en betydelig del er på deltid. Samlet har de eldste derfor i liten grad påvirket det samlede sykefraværet i perioden.

Høyere sykefravær blant kvinner skyldes heller ikke bare at menn og kvinner i stor grad jobber i ulike næringer. Hvis en ser på sykefraværet i ulike (brede) yrkesgrupper har kvinner høyere sykefravær enn menn i alle yrker. Forskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn synes å være høyere i jobber som krever høyere utdanning enn i jobber som krever lite utdanning. Blant ikke-gravide kvinner i aldersgruppen 16-49 år er sykefraværet om lag 40 pst. høyere enn for menn i samme aldersgruppe.

3.6 Sykefravær og graviditet

Mye av veksten i kvinners sykefravær fra 2001 til 2009 har sammenheng med økning i svangerskapsrelatert sykefravær.

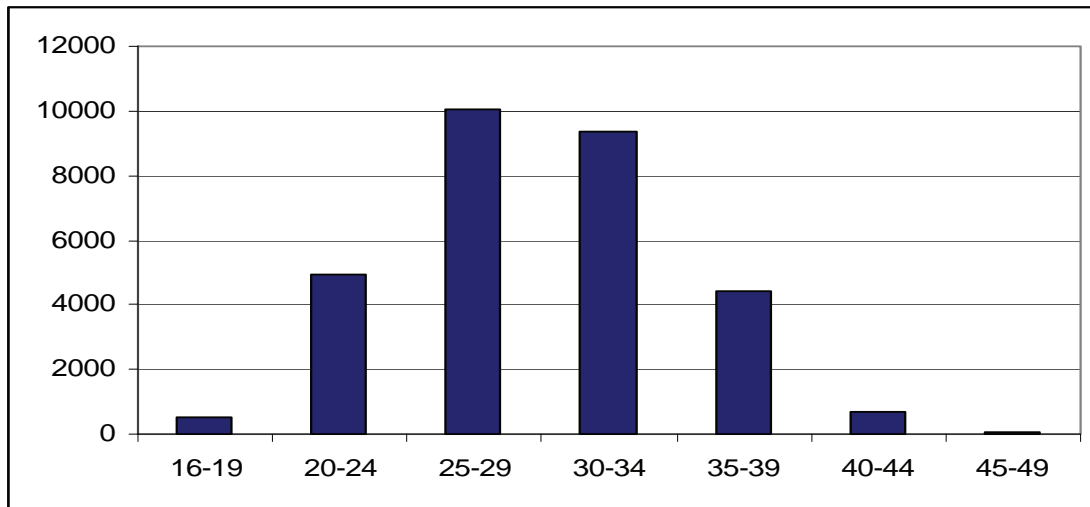
Figur 1.9 Legemeldt sykefravær. Ikke gravide kvinner, kvinner totalt og menn. Pst. endr. 3. kvartal 2001 – 3. kvartal 2008 (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



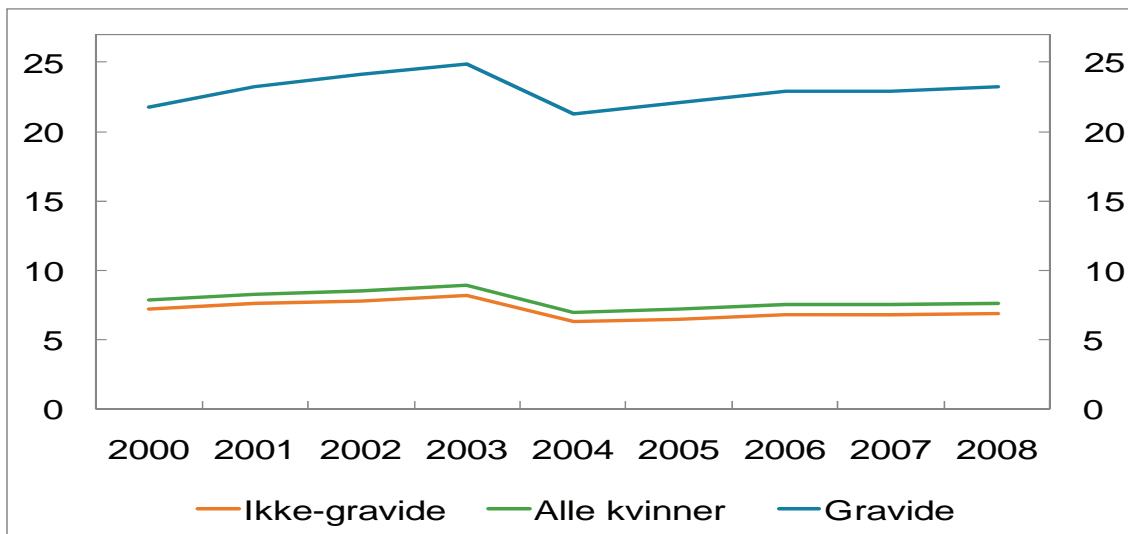
Sykefraværstatistikk viser at kvinner har høyere sykefravær enn menn i alle aldersgrupper fra 20 til 69 år, og at sykefraværet hos kvinner er spesielt høyt i aldersgruppa 20-39 år. Sykefravær under svangerskap er en viktig forklaring på hvorfor sykefraværet hos kvinner i alderen 20-39 år er høyere enn hos menn i samme aldersgruppe. Figur 1.11 viser at sykefraværreduksjonen blant kvinner i aldersgruppene 20-34 år er betydelig lavere enn for menn og for ikke gravide kvinner.

Sykefraværet har i perioden 2001 – 2009 økt blant kvinner i aldersgruppene 20-44 år, samtidig som det er blitt redusert for menn i samme aldersgrupper. Denne forskjellen har i betydelig grad sammenheng med økt bruk av sykmelding for svangerskapsrelaterte lidelser og plager. Antall dagsverk tapt pga diagnosen svangerskapsplager er for eksempel femdoblet fra 2001 til 2008. Særlig har antall tilfeller økt, mens gjennomsnittlig sykefraværperiode har økt lite. Sykefraværet blant gravide har i IA-perioden ligget mellom 20 til 25 pst. Ikke-gravide kvinners sykefravær er omlag 9 pst. lavere enn for kvinner totalt. I aldersgruppene 25-29 år er ikke-gravide kvinners sykefravær om lag 45 pst. lavere enn for kvinner totalt. I aldersgruppen 20-24 år og 30-34 er forskjellen på rundt 30 pst. Nær 6 pst. av alle sysselsatte kvinner mellom 16-49 år var gravide i 3. kvartal 2008.

Figur 1.10 Gravide. Antall sykefraværstilfeller etter alder. 3. kvartal 2008 (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



Figur 1.11 Kvinners sykefravær totalt, gravide og ikke-gravide. 16-49 år. 3. kvartal 2000- 3. kvartal 2008 (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)

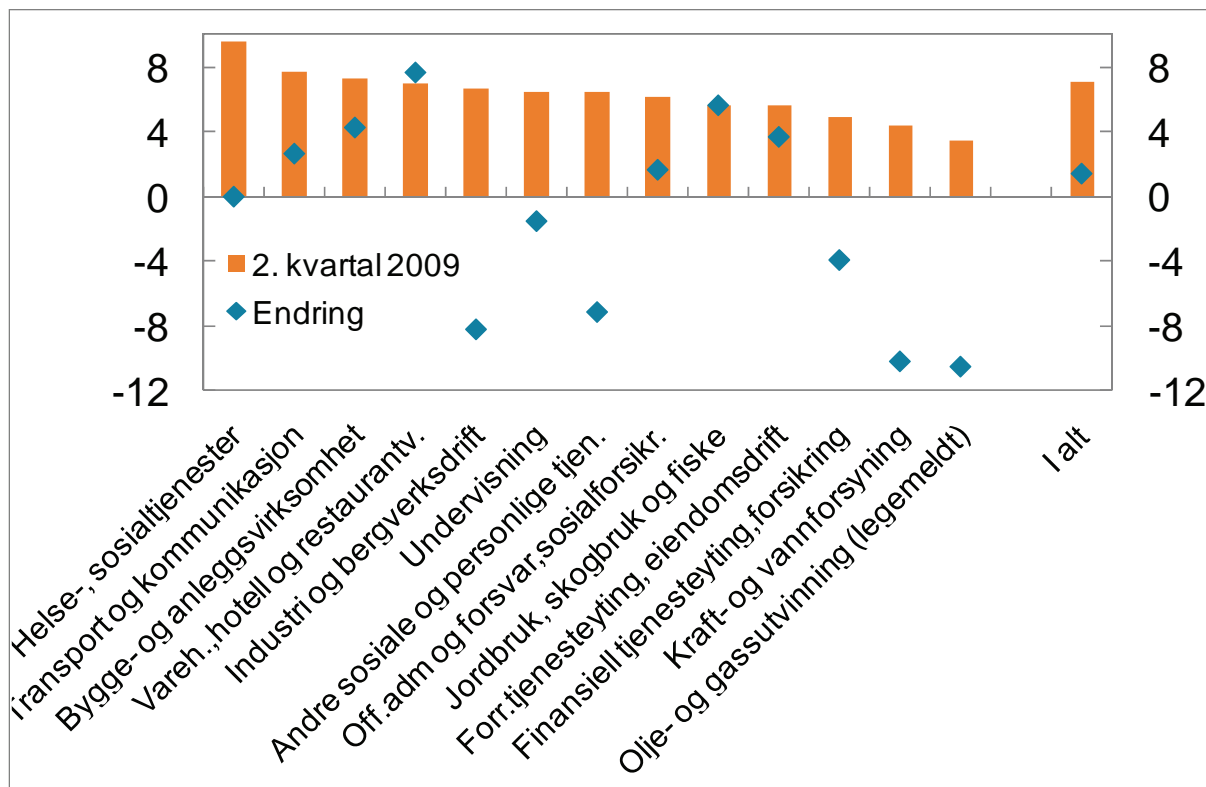


3.7 Sykefravær - forskjeller i bransjer og bedriftsstørrelse

Det legemeldte fraværet etter næring viser at sykefraværet mellom 2. kvartal 2001 og 2. kvartal 2009 er redusert med om lag 10 pst. innen olje- og gassutvinning og kraft- og vannforsyning, se figur 1.12. Videre er sykefraværet redusert med 8 pst. innen industrien, mens det er uendret innen helse- og sosialtjenester. Innen varehandel, hotell og restaurant har fraværet økt med 7,7 pst., mens det har

økt med 5,7 pst. innen jordbruk, skogbruk og fiske og med 4,3 pst. innen bygge- og anleggsvirksomhet³.

Figur 1.12 Totalt sykefravær 2. kvartal 2009 og endring fra 2. kvartal 2001 – 2. kvartal 2009 (Kilde: Statistisk sentralbyrå)



På aggregert nivå har små og mellomstore bedrifter gjennomsnittlig noe høyere sykefravær enn bedrifter med over 200 ansatte. Forskjellene i sykefravær mellom størrelsen på bedriftene er små når man ser på de ulike sektorene. Imidlertid har store virksomheter i kommunal/fylkeskommunal forvaltning noe høyere sykefravær enn små virksomheter, mens det motsatte er tilfellet i privat sektor. I statlig sektor har virksomheter med mellom 20-99 ansatte noe høyere fravær enn øvrige virksomheter. Disse forholdene har vært om lag uendret i perioden 2001-2009.

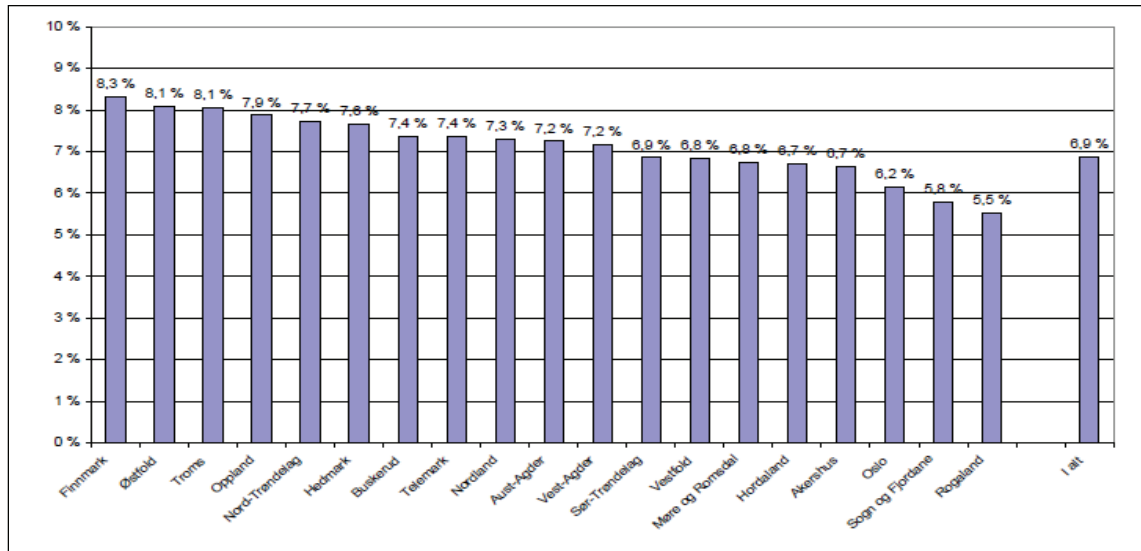
3.8 Sykefravær – geografiske forskjeller

Sykefraværet viser tydelige fylkesvise forskjeller, se figur 1.13. Flere fylker har hatt en økning i sykefraværet fra 2001-2009. Økningen har vært størst i Hordaland (11,2 pst.), Telemark (10,6 pst.) og

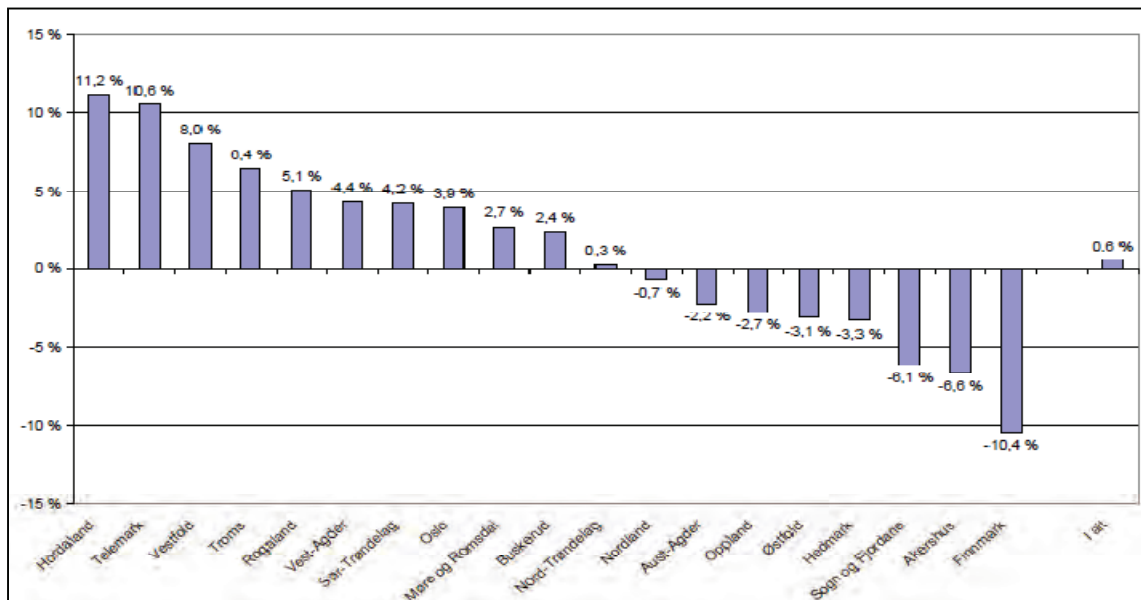
³ Statistisk sentralbyrå har opplyst at de ikke ønsker å produsere sykefraværstatistikk fordelt etter gammel næringskode for 3. kvartal 2009. Det skyldes at bedrifter opprettet etter mai 2009 ikke lenger får næring etter den gamle standarden. Dermed vil andelen "uoppgitt" bli stadig større, noe som vanskeliggjør en sammenligning med tidligere år. De siste sammenliknbare tallene er derfor fra 2. kvartal 2009.

Vestfold (8 pst.). Nedgangen har vært størst i Finnmark (-10,4 pst.), Akershus (-6,6 pst.) og Sogn og Fjordane (-6,1 pst.), se figur 1.14.

Figur 1.13 Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke, 3. kvartal 2009. Pst. (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



Figur 1.14 Pst. endring legemeldt sykefravær etter bostedsfylke, 3. kvartal 2001 – 3. kvartal 2009. (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



Det er vanskelig å se noe klart mønster i det fylkesvise fraværet. Flere forhold kan forklare forskjellen mellom fylkene. Forskjellene kan skyldes ulikheter i nærings- og aldersstruktur, arbeidsmarkedsutviklingen, sosiografiske forhold og utdanningsnivå. Videre kan også forskjeller

i kultur, normer, holdninger til sykefravær og administrativ praksis spille en rolle.

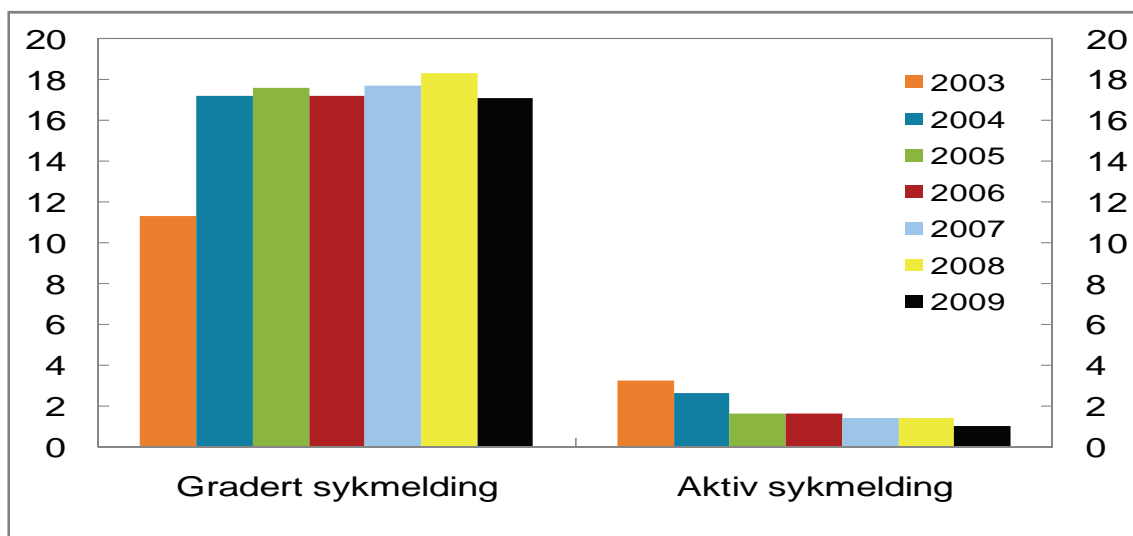
Sysselsettingsfrekvensen var i 2008 høyest i Akershus, Rogaland, Oslo og Sogn og Fjordane. Samtidig er dette fylkene med lavest sykefravær.

3.9 Bruk av gradert sykemelding

17,1 pst. av alle sykefraværstilfeller var gradert i 3. kvartal 2009. Omfanget av gradering økte noe i første del av IA-perioden, men har ligget på om lag 17 pst. siden 2005, se figur 1.15. Hvis en måler gradert sykefravær som andel av alle legemeldte årsverk blant avsluttede sykepengetilfeller, er om lag 30 pst. gradert.

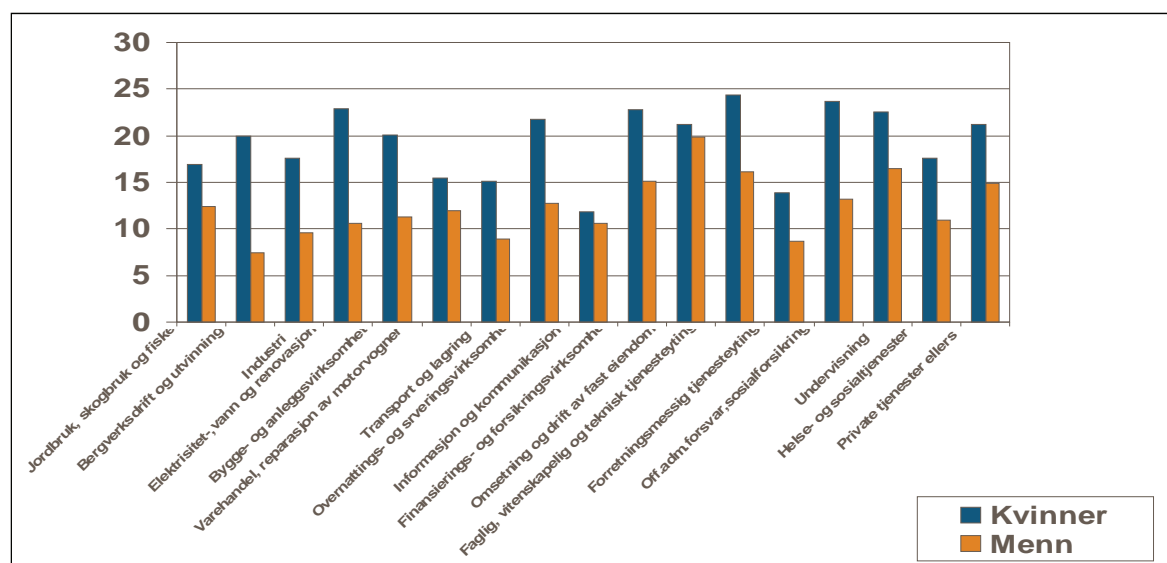
Bruken av aktiv sykemelding, dvs. arbeid med fulle sykepenger, har blitt redusert og er nå nede på 1,0 pst., se figur 1.15. Blant menn brukes aktiv sykemelding i første rekke ved psykiske lidelser. Blant kvinner er det et høyt omfang av aktiv sykemelding både ved svangerskapsrelaterte lidelser, psykiske lidelser og ved muskel og skjelettsykdommer.

Figur 1.15 Andel graderte eller aktive sykefraværstilfeller 3. kvartal 2003 – 3. kvartal 2009 (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



Omfang av graderte tilfeller er 7 prosentpoeng høyere blant kvinner enn blant menn. I alle næringer er omfanget av graderte tilfeller høyere for kvinner enn for menn, se figur 1.16. Innen Bergverksdrift og utvinning, Olje- og gassutvinning og Elektrisitet, vann og renovasjon er kjønnsforskjellene i gradering mellom 12-15 prosentpoeng.

Figur 1.16 Andel graderte sykefraværstilfeller etter næring. Kjønn. 3. kvartal 2009 (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



Bruk av gradert sykemelding har naturlig nok noe sammenheng med yrke. Da kvinner og menn fordeler seg på ulike yrker vil det forklare en god del av kjønnsforskjellene i sykefraværet. Diagnose kan selvsagt også forklare noe av kjønnsforskjellene. Statistikk over bruk av gradering for ulike yrkesgrupper viser generelt at gradering er mindre brukt i mannsdominerte yrker enn i typisk kvinnedominerte yrker og yrker hvor de ansatte oftest har akademisk utdanning. Det er bare et fåtall yrker med høyere andel gradering blant menn enn kvinner i 3. kvartal 2009, for eksempel lederyrker. Innen mannsdominerte yrker er forskjellen mellom kjønnene gjennomgående små. De største forskjellene finner en i yrker hvor de ansatte normalt har høyskole eller universitetsutdanning, som leger, advokater og ingeniører.

Undervisning, Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting og Omsetning og drift av fast eiendom har om lag 5 prosentpoeng høyere omfang av gradering enn gjennomsnittet. Omfanget av gradering er relativt sett minst brukt innen Bergverksdrift og utvinning (7,2 pst.) og Transport og lagring (10,9 pst.).

Gradert sykemelding er særlig benyttet for de som har lengre sykefravær. For kvinner som er sykemeldt over åtte uker er over halvparten på gradert sykemelding. For menn med over åtte ukers sykefravær er om lag 40 pst. gradert.

En studie foretatt av Arbeids- og velferdsdirektoratet viser betydelig variasjon i bruken av gradert sykemelding blant leger, se tabell 1.3. Tabellen sammenligner gjennomsnittlig andel gradering av sykemeldinger mellom to grupper, de 10 pst. av legene som oftest bruker gradert sykemelding versus de 10 pst. som sjeldnest graderer sykemeldinger. For sykemeldinger for muskel- og skjelettlidelser gitt etter 8 uker samlet sykefravær var bare 8,5 pst. gradert i den laveste gruppen, mot 64,2 pst. i den høyeste. Bruken av gradering varierte enda mer for sykemeldinger for psykiske lidelser (0,0 pst. mot 68,2 pst.). Det var også betydelig variasjon for sykemeldinger i kortere sykemeldingsforløp enn 8 uker.

Tabell 1.3 Bruk av gradert sykmelding (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)

	Andel gradering	Gjennomsnittlig andel gradering blant de 10 pst. av legene som sjeldnest graderte sykmeldingene	Gjennomsnittlig andel gradering blant de 10 pst. av legene som oftest graderte sykmeldingene
Alle sykmeldinger			
Alle diagnoser	18,8	7,8	31,7
Muskel- og skjelettlidelser	21,4	6,4	40,8
Psykiske lidelser	22,2	2,1	45,8
Sykmeldinger etter 8 uker samlet varighet			
Alle diagnoser	32,2	13,6	54,0
Muskel- og skjelettlidelser	32,7	8,5	64,2
Psykiske lidelser	32,3	0,0	68,2
Sykmeldinger før 8 uker samlet varighet			
Alle diagnoser	10,9	2,9	22,2
Muskel- og skjelettlidelser	12,7	1,0	31,6
Psykiske lidelser	14,5	0,0	40,6

Av 8 564 leger som skrev ut minst en sykmelding i 3. kvartal 2009 (785 825 sykmeldinger) er det valgt ut 4 219 leger som har skrevet ut mer enn 60 sykmeldinger og som har brukt diagnosesystemet ICPC, som brukes blant allmennleger. Dette utgjorde 727 675 sykmeldinger eller 93 pst. av alle sykmeldinger 3. kvartal 2009.

Det er også undersøkt om legers bruk av gradering påvirker risiko for senere uføretrygding. Se tabell 1.4. Mennesker som i 2005 hadde brukt opp sykmeldingsretten ble fulgt opp med tanke på om de ble innvilget uføretrygd fram til desember 2009. Vi identifiserte to undergrupper ut fra om de gikk til fastleger som i liten (10 pst. laveste) eller stor (10 pst. høyeste) grad brukte gradert sykmelding (altså som i tabell 1.3. over).

Pasienter 50 år og eldre ble inkludert i analysen (N=3285) fordi disse stort sett har hatt en arbeidskarriere. Av pasientene som gikk til fastleger som i stor grad brukte gradert sykmelding ble 61,4 pst. uføretrygdet innen utgangen av 2009, mot 65,4 pst. blant pasienter som gikk til fastleger som i liten grad brukte gradering (tabell 1.4.). Resultatene tyder på at legers bruk av gradert sykmelding påvirker prognosen for senere uføretrygding. Dette kan antyde at økt bruk av gradert sykmelding kan redusere risikoen for uføretrygding. Dette er imidlertid kun en foreløpig analyse. Ytterligere og grundigere forskning omkring denne mulige sammenhengen er nødvendig.

Tabell 1.4 Andel uføretrygdede (UF) innen desember 2009 som funksjon av legens generelle praksis i forhold til bruk av gradert sykmelding. "Sjelden": Legen bruker sjelden gradering. "Ofte": Legen bruker ofte gradering. (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)

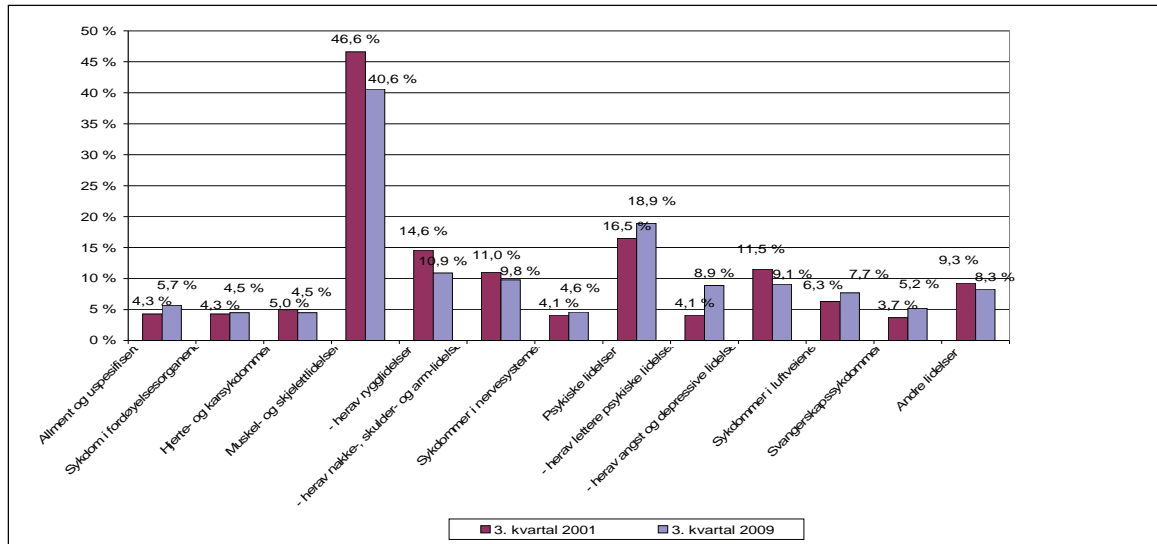
		% UF	Ant	uf
I alt	I alt	63	3285	2069
	Sjelden	65,4	1299	849
	Ofte	61,4	1986	1220
P Psykiske lidelser	I alt	54,2	537	291
	Sjelden	59,3	209	124
	Ofte	50,9	328	167
L Muskel- og skjelett	I alt	64,5	1556	1003
	Sjelden	64,8	640	415
	Ofte	64,2	916	588
Andre lidelser	I alt	65	1192	775
	Sjelden	68,9	450	310
	Ofte	62,7	742	465

3.10 Diagnosefordeling

Den prosentvise fordeling av sykefraværstid viser at muskel- og skjelettlidelser, sykdom i luftveiene og psykiske lidelser er de viktigste diagnosegruppene. Andelen sykefraværstid for muskel- og skjelettlidelser av samlet antall sykepengetilfeller har gått betydelig ned fra 2001 til 2009 (fra 46,6 pst. til 40,6 pst.), se figur 1.17. Likevel er dette fortsatt diagnosen flest sykefraværstid er knyttet til. Omfanget av sykefraværstilfeller pga psykiske lidelser har økt. Andelen av

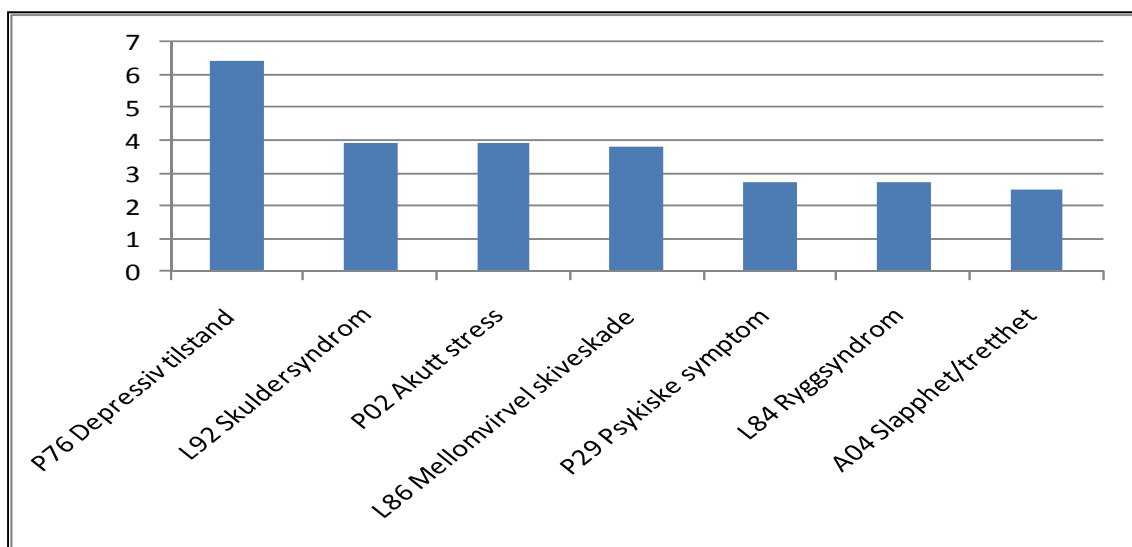
sykefraværsværk knyttet til lettere psykiske lidelser har økt fra 4,1 pst. til 8,9 pst. mens de tyngre psykiske lidelser har hatt en nedgang fra 11,5 pst. til 9,1 pst.

Figur 1.17 Legemeldt sykefraværsværk etter diagnose, 3. kvartal 2001 og 3. kvartal 2009. Pst. (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



De mest brukte diagnosene er depressiv tilstand, skuldersyndrom, akutt stress, mellomvirvel skiveskade, psykiske syndrom, rygg syndrom og slapphet/tretthet. Disse diagnosene er årsak til ¼ av alle tapte sykefraværsværk, se figur 1.18.

Figur 1.18 Legemeldt sykefraværsværk. Andel av alle tapte sykefraværsværk. Pst. (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



Fra 2001 var økningen størst blant lettere psykiske lidelser (fra 4,1 pst. til 8,9 pst.)⁴ og blant svangerskapssykdommer⁵ (fra 3,7 pst. til 5,2 pst), jf. figur 1.17.

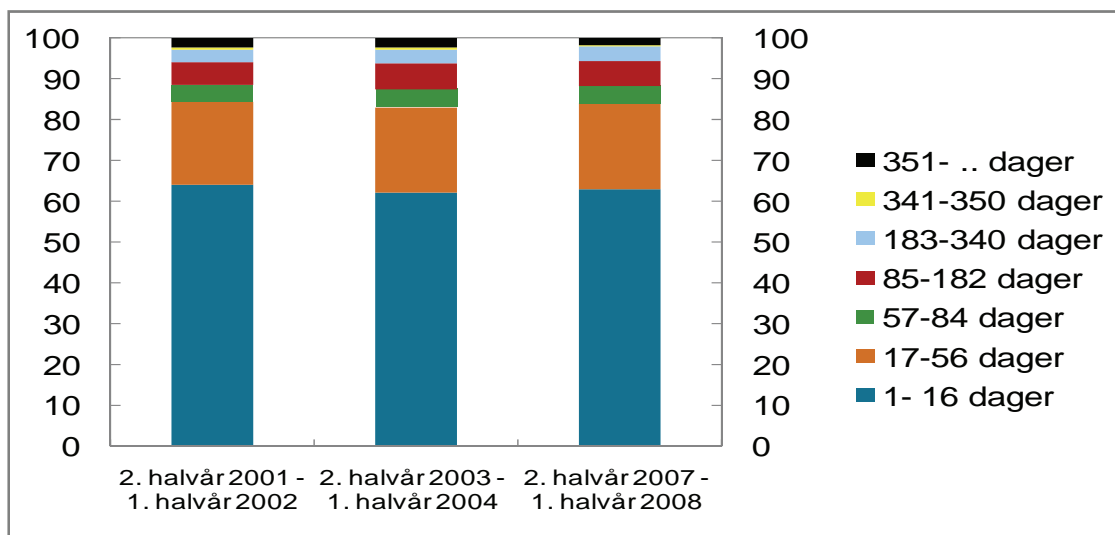
For den enkelte diagnose har det vært stor økning for akutt stress som har økt fra 2,2 pst. i 2001 til 3,9 pst. i 2009. Psykiske symptomer og korsrygg symptomer/plager har også økt mye i denne perioden, fra hhv. 0,9 pst. til 2,7 pst. og fra 0,5 pst. til 2,1 pst.

3.11 Varighet for de vanligste diagnosene

Analyse av varighet av sykefravær må ta utgangspunkt i sykefravær som er avsluttet. Det betyr at en må se på statistikk basert på sykefravær som startet minst ett år tidligere. Når en sammenlikner avsluttede sykefraværstilfeller som startet i perioden 2. halvår 2007 og 1. halvår 2008 (dvs. ett fullt år) med tilsvarende tall for 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002, viser tallene en vekst i antall tilfeller (1,7 pst.).

Figur 1.19 illustrerer varigheten av avsluttede sykefraværstilfeller i ulike perioder. Figuren viser at fordelingen av varigheten av sykefraværstilfeller på ulike varighetsgrupper, har vært om lag uendret i perioden 2001-2008. Det korte fraværet utgjør den høyeste andelen av sykefraværstilfellene, og fraværet fra 1-16 dager har i perioden variert mellom 62 og 64 prosent.

Figur 1.19 Varighet avsluttede sykefraværstilfeller med starttidspunkt i perioden. Legemeldt. Prosentandel. (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)

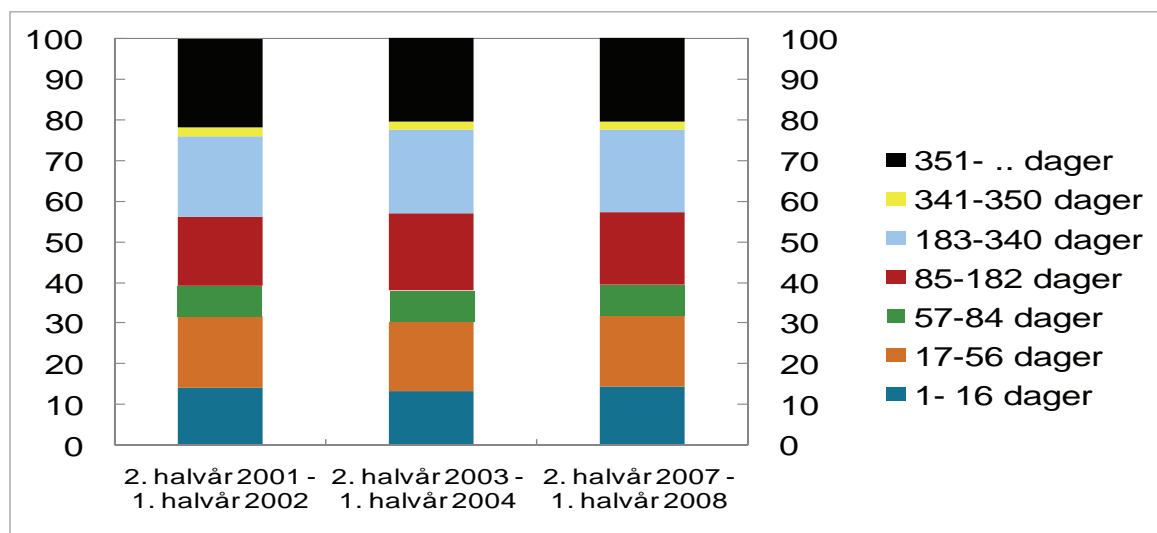


⁴ Den største økningen kom i sykdommer i luftveiene (fra 14,9 pst. til 19,3 pst). Denne økningen er imidlertid et resultat av influensa-pandemien og spesielt knyttet til kjennetegnene for 3. kvartal 2009.

⁵ Økningen for svangerskapssykdommer kan ha sammenheng med at fastlegene har endret kodepraksis i perioden. I ”Sykefravær og svangerskap” i Arbeid og velferd 3/2007 er det vist at andelen av sykmeldte gravide registrert med muskel- og skjelettlidelser ble omtrent halvert fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2006, samtidig som andelen med svangerskapslidelser økte kraftig.

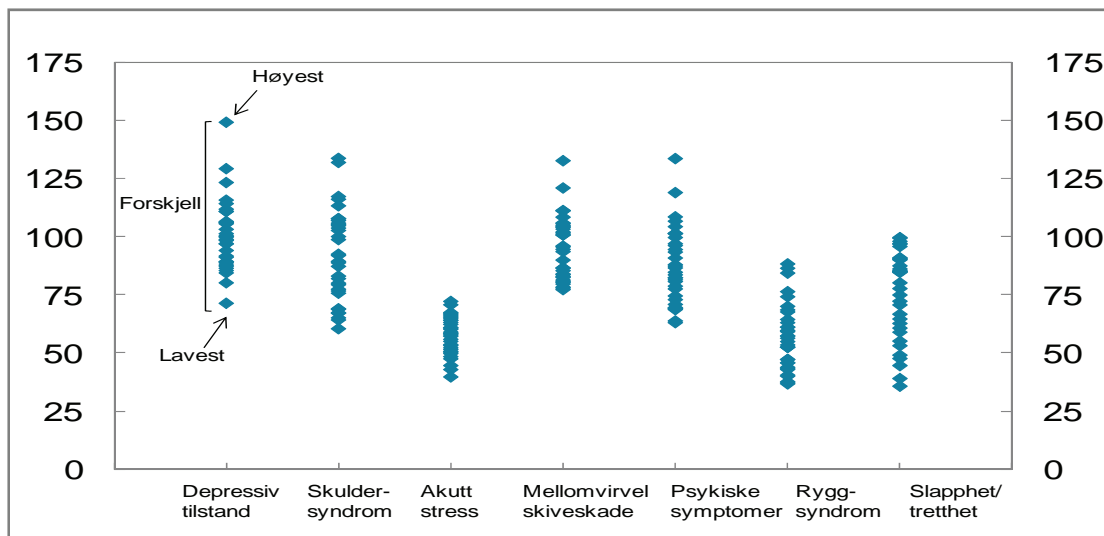
Figur 1.20 illustrerer fordelingen av andel tapte dagsverk i de samme periodene som figur 1.19. Mens sykefraværstilfellene med varighet over ½ år (over 183 dager) kun utgjør 5 pst. av totale tilfeller, står disse for nær 45 pst. av de tapte dagsverkene. Sykefraværstilfellene fra 1-16 dager utgjør hele 63 pst. av totalen i 2008, men tilsvarer kun 14 pst. av totale tapte dagsverk i samme periode.

Figur 1.20 Fordeling av andel tapte dagsverk med starttidspunkt i perioden. Legemeldt. Pst. (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



Sammenligning av gjennomsnittlig sykefraværslengde i kommuner med mer enn 10 000 innbyggere viser at varigheten på sykefraværene varierer i betydelig grad mellom kommunene, se figur 1.21. Prikkene i figuren representerer gjennomsnittlig sykmeldingspraksis for de vanligste diagnosene for hver av de 34 kommunene i undersøkelsen. Figuren illustrerer at spredningen i sykmeldingspraksisen er stor. Dette gjelder også dersom man ser bort fra de høyeste og laveste observasjonene. Forskjellene i sykefraværslengde er størst blant diagnosen depressiv tilstand (78 dager), og lavest for diagnosen akutt stress (33 dager).

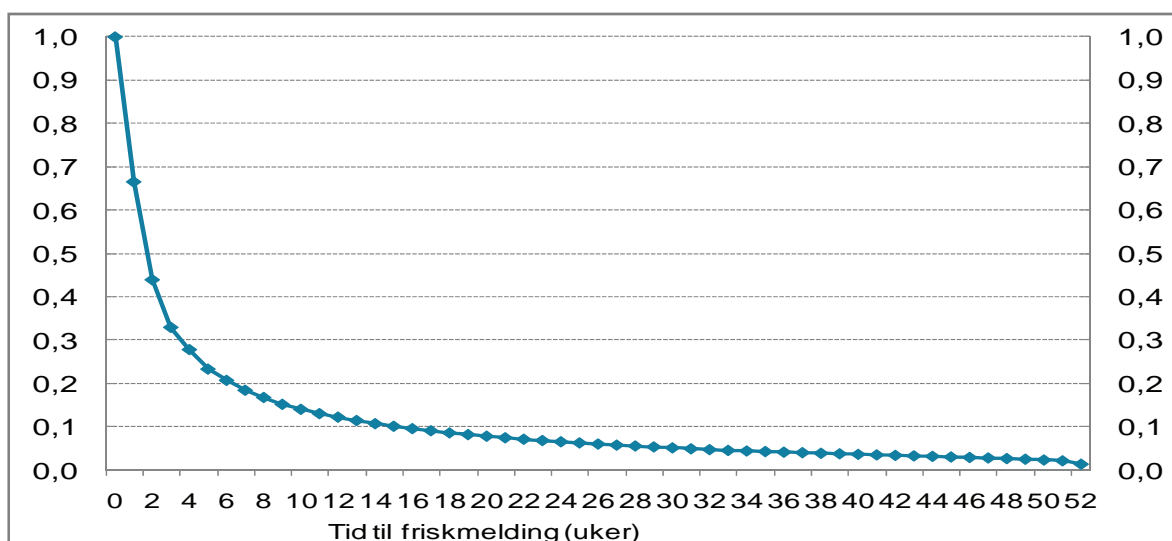
Figur 1.21 Forskjell i gjennomsnittlig sykefraværslengde for ulike diagnoser. Antall dager (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



3.12 Oppbrukte sykepengerettigheter - overganger

Figur 1.22 illustrerer avgang fra sykefravær. Figuren ser på den gruppen som starter på en sykemelding i ett år og følger de ett år fram i tid. Den viser at over halvparten av sykefraværstilfellene er friskmeldt innen 2 uker og at 3/4 er friskmeldt innen 5 uker. Om lag 2,5 pst. av sykefraværstilfellene bruker opp sykepengeretten på 52 uker i tilknytning til det samme sykefraværstilfellet. Avgangsraten fra sykefravær har endret seg svært lite i perioden 2001 til 2008.

Figur 1.22 Tid til opphør av sykemelding. Alle sykefraværstilfeller som startet i perioden 1. juli 2007 - 30. juni 2008 (1,35 millioner tilfeller) (Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet)



Vel 43 000 brukte opp sykefraværsretten sin i 2008, hvorav vel 27 000 brukte den opp i forbindelse med ett sykeforløp, mens om lag 16 000 brukte opp retten på grunn av sammenlegging med tidligere sykemeldingsperioder.

Antall arbeidstakere som brukte opp sine sykepengerettigheter var noe lavere i 2008 enn i 2001, se tabell 1.5. Utviklingen fra 2008 til 2009 viser imidlertid en vekst på om lag 10 pst. i antallet som har brukt opp sykepengeretten. Koblinger viser at 15,8 pst. av de som brukte opp sykepengerettighetene sine i 2008 var i arbeid uten å motta trygd tre måneder etter sykepengeperiodens utløp. Dette er 1,3 prosentpoeng lavere enn i 2001. En vesentlig større andel sto imidlertid registrert i Arbeidstaker/arbeidsgiverregisteret. Andelen var 58,0 pst. i 2008. Det kan dels skyldes manglende utregistrering fra registeret, dels at en del som mottar trygd har arbeid ved siden av.

Det store flertallet bruker opp sykepengerettighetene sine bare en gang. Av de som brukte opp sykepengeretten i 2009 hadde 17 pst. brukt opp sykepengeretten en eller flere ganger tidligere i perioden 2003 til 2009. Det tyder på at en del av de som kommer i arbeid etter at sykepengerettighetene er brukt opp, har problematisk helse og ender opp i nye lange sykdomsforløp.

Tabell 1.5 Personer som har brukt opp sine sykepengerettigheter. Status tre måneder etter. Arbeidstakere 2001 og 2008.

	2001			2008		
	Totalt	Kvinner	Menn	Totalt	Kvinner	Menn
Antall	50 119	29 087	21 032	43 430	26 354	17 076
I arbeid	17,1	17,7	16	15,8	16	15,5
Rehabilitering	38,5	40,6	35,5	47,6	48,7	46
Yrkesrettet attføring	17,5	14,9	21	11,6	10,4	13,6
Tidsbegrenset uførepensjon	0	0	0	2,4	3	1,5
Uførepensjon	17	17,8	15,9	15,2	15,7	14,4
Alderspensjon	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
Død	0,6	0,4	0,8	0,7	0,4	1,1

En relativt høy andel går fra oppbrukte sykepenger og over på uføreytelser. Overgangen til uførepensjon øker naturlig nok over tid. Av de som gikk ut sykepengeperioden i 2002 var det 55 pst. som har fått innvilget en uførytelse innen 2009. For de som avsluttet et sykefravær fra 6 til 12 måneder i 2002 hadde om lag ¼ fått innvilget en uføreytelse innen 2009. Blant de med kortere legemeldt sykefravær var andelen 1/8.

Overgangen til uføreytelser for de som bruker opp sykepengerettighetene øker sterkt når personen passerer 40 år. Om lag halvparten av de mellom 40-49 år som brukte opp sykepengeretten sin i 2002 hadde fått innvilget uføreytelse innen 2009. Men også blant den yngste gruppen 16-29 år var det 17 pst. som hadde fått innvilget en uføreytelse sju år etter at sykepengeretten var nyttet fullt ut i 2002.

4 Mulige årsaker bak endringer i sykefraværet siden 2001

Variasjoner i sykefraværet har trolig svært mange og sammensatte årsaker. Sykefravær kan måles på ulike måter; antall tilfeller, tapte dagsverk eller utbetalte sykepenger. Hvis en skal se på utviklingen over tid synes sykefraværsprosenten den mest relevante indikatoren, dvs. sykefraværsdager som andel av avtalte arbeidsdagsverk. Den tar hensyn til at økonomien vokser over tid. Det gjør også at delvis sykefravær og helt sykefravær kan summeres på en korrekt måte. Vi vil i dette avsnittet omtale faktorer som kan tenkes å påvirke sykefraværsprosenten. Når en bruker begrepet sykefravær i det følgende vil en mene sykefraværsprosenten.

4.1 Endring i alder, kjønn og næringsstruktur betyr lite

Sykefraværet er høyere blant kvinner enn menn, høyere blant eldre enn yngre og varierer med ulike næringer. Endringer i sammensetningen av sysselsatte med hensyn på kjønn og alder vil derfor kunne påvirke sykefraværet. Sykefraværsprosenten vil også kunne påvirkes av endringer i næringsstrukturen. Da vi har et kjønnsdelt arbeidsmarked i Norge vil næringsendringer i stor grad fange opp endringene i perioden som har sin bakgrunn i kjønn.

Beregninger SSB har foretatt viser at endringene i aldersstruktur og næringsstruktur i liten grad har påvirket sykefraværsprosenten i IA-perioden. Dersom alders- og næringsstrukturen var som i 2. kvartal 2001, ville sykefraværet i 2. kvartal 2009 bare vært 0,1 pst. lavere enn det observerte legemeldte sykefraværet dvs. 7,0 pst. i stedet for 7,1 pst. En liten økning i andelen kvinner blant de sysselsatte har derfor liten betydning for endringen i fraværet.

Deler av innvandrergруппene har høyere sykefravær enn gjennomsnittet. Imidlertid viser utviklingen fallende sykefravær for innvandrere slik at ved slutten av perioden var forskjellen redusert til 10 pst. høyere sykefravær enn gjennomsnittet for alle arbeidstakere. Dessuten utgjør innvandrere bare en mindre del av de sysselsatte. Så selv om det har vært en vekst i andel innvandrere blant de sysselsatte (økning fra om lag 6 pst. i 2001 til 9,5 pst. i 2008), har innvandlerne i liten grad påvirket endringen i samlet sykefravær siden 2001.

Personer i yrker som krever høy/lengre utdanning har gjennomgående lavere sykefravær enn personer i yrker som krever lav eller ingen utdanning. Det gjelder for begge kjønnene. Økningen i andelen med høyere utdanning blant de sysselsatte kan derfor isolert sett ha bidratt til å redusere sykefraværet i perioden.

4.2 Endringer i holdninger

Sykefraværet har vist en svak økning i perioden ved at det egenmeldte fraværet har økt (fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2009). Økningen er sterkere når en ser på 3. kvartal 2009 enn på 2. kvartal 2009. Da har både egenmeldt og legemeldt fravær økt. Det kan ha sammenheng med influensaepidemien. Noe økt egenmeldt fravær må sees i sammenheng med at IA-avtalen innebar mulighet for økt egenmeldingsperiode for ansatte i de bedriftene som sluttet seg til avtalen.

Andelen kort legemeldt sykefravær har gått noe ned (i tråd med forventningene i IA-avtalen) mens det mellomlange fraværet relativt sett har økt. Andelen som går ut hele sykepengeperioden har ikke endret seg vesentlig. Det kan indikere en endring i sykemeldingspraksisen i perioden. Noe av det økte fraværet kan derfor ha sammenheng med at en nå får noe lengre sykemeldinger for den samme diagnosen enn ved starten av IA-avtalen. Når en ser på varighet etter diagnose for store diagnosegrupper gjelder dette for enkelte diagnoser, men ikke for alle. Om det skyldes at legen er blitt "snillere med pasienten" eller at kravene i arbeidslivet er blitt tøffere, slik at den enkelte har behov for lengre tid for å restituere seg før arbeidet kan gjenopptas, er det vanskelig å si noe sikkert om. En generell tendens til økning i sykefraværet kan ha påvirket holdningene og slik bidratt til at barrieren for å sykmelde seg har blitt lavere i løpet av perioden.

Det synes å være dokumentert at sykefravær hos en gruppe kan påvirke sykefraværet hos de som jobber sammen med disse eller bor i samme område. En økning i sykefraværet kan derfor gi en selvforsterkende effekt. Tilsvarende kan en nedgang forvente å gi en tilsvarende forsterket positiv utvikling. Slike mekanismer er blant annet dokumentert fra Sverige (Palme).

4.3 Virkninger av konjunktursituasjonen

I enkelte land har en historisk sett at det har vært en viss samvariasjon mellom utviklingen i sykefraværet og konjunktursituasjonen. Det er særlig to hypoteser som er blitt brukt til å forklare at sykefraværet endrer seg i takt med situasjonen i arbeidsmarkedet. Disse blir omtalt som disiplineringshypotesen og sammensetningshypotesen.

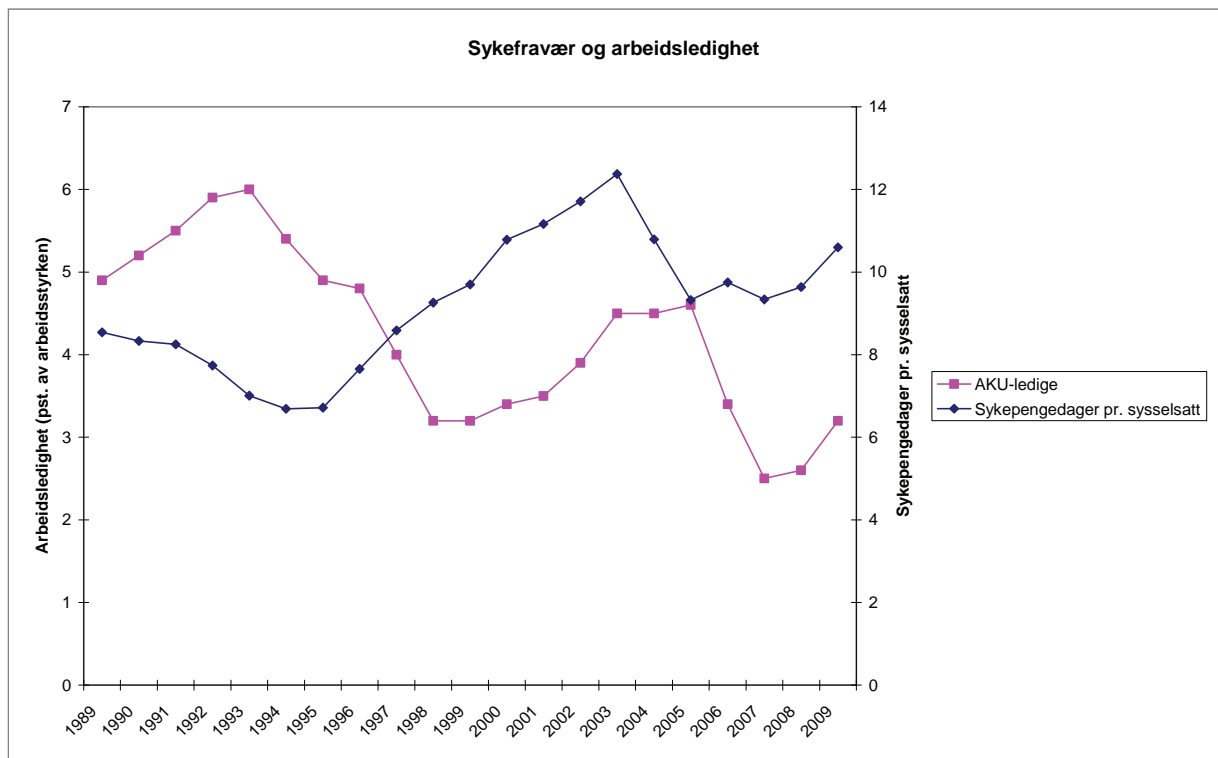
Disiplineringshypotesen går ut på at i økonomiske nedgangstider med stigende arbeidsledighet øker sannsynligheten for å miste jobben. Personer med høyt sykefravær kan være mer utsatt enn andre arbeidstakergrupper, og dette trekker derfor i retning av at arbeidstakerne blir forsiktig med fravær ved sykdom. Den motsatte effekten vil videre opptre i situasjoner ved fallende arbeidsledighet.

Sammensetningshypotesen går ut på at personer med marginal tilknytning til arbeidsmarkedet har dårligere helse/funksjonsevne og større tilbøyelighet til sykefravær enn andre, og at de utgjør en større andel av de sysselsatte i en situasjon med bedring i arbeidsmarkedet enn i perioder med økende ledighet. En situasjon med fallende ledighet, skal derfor ifølge sammensetningshypotesen, føre til økt sykefravær. I økonomiske nedgangsperioder vil derimot disse marginale gruppene trekke seg ut av arbeidsmarkedet, noe som vil redusere sykefraværet. Forskning gir imidlertid lite belegg for å hevde at endret sammensetting av arbeidsstyrken forklarer svingningene i sykefraværet.

En tredje hypotese (presshypotesen) er at perioder med lav arbeidsledighet innebærer høyt arbeidstempo. Dette innebærer høy arbeidsbelastning og dermed mulig økt sykefravær.

Historisk har det i Norge vært en tendens til at sykefraværet har variert med konjunkturutviklingen eventuelt med noe tidsforskyvning. I perioder med økende ledighet har det vært en tendens til at sykefraværet har avtatt, samtidig har sterk vekst i etterspørselen etter arbeidskraft og redusert ledighet i noen grad falt sammen med økende sykefravær. En mulig forklaring kan være at økt stress i arbeidslivet i oppgangstider, eventuelt sammen med økt aktivitet også på fritiden blant annet på grunn av økte inntekter, bidrar til høyere sykefravær. En motsatt bevegelse kan tenkes å skje i lavkonjunkturperioder. Tall for endringen i sysselsettingsprosent etter fylke i denne perioden kan synes å understøtte at det er en viss sammenheng. En slik korrelasjon kan imidlertid være tilfeldig blant annet avhengig av tidsperiode. Samvariasjonen mellom konjunkturutviklingen og utviklingen i sykefraværet synes samlet sett ikke veldig sterk i Norge og siden slutten av 1990-tallet synes sammenhengen å ha blitt svekket.

Figur 1.23 Sykefravær og arbeidsledighet. 1989 – 2009 (Kilde: Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet)



I løpet av det siste året har både sykefraværet og ledigheten økt. Bransjer som nå opplever den kraftigste økning i sykefraværet, blant annet bygg og anlegg, er blant de som er mest berørt av det økonomiske tilbakeslaget.

Enkelte som frykter å bli oppsagt eller permittert kan ønske å bli sykemeldt istedenfor å bli oppsagt, blant annet fordi det gir rett til høyere økonomisk ytelse. Dette vil utgjøre forskjellen mellom full lønn

(opp til 6 G) og nivået på dagpengeutbetalingen (vel 62 pst. opp til 6G). Det er ingen statistikk eller systematisk kunnskap som kan bekrefte en slik hypotese, men en slik tilpasning kan ikke utelukkes som en av årsakene til økt sykefravær. Det har blitt hevdet at den sterke økningen i sykefraværet det siste året i bygg og anlegg kan forklares med en slik mekanisme. Når en ser på sykefraværet i bygge og anleggsbransjen for hele perioden var det også en betydelig økning i forrige lavkonjunktur. Slike hypoteser er i tråd med vurderinger fra OECD om at vår gode sykelønnsordning bidrar til å tiltrekke seg personer som i andre land mest sannsynlig vill være registrerte som arbeidssøkere, til tross for at de har enkelte helsemessige plager.

Veksten i sykefraværet er langt lavere i industri enn i bygg og anlegg, selv om permitteringer og ledighetsveksten har vært omfattende begge steder. Andre forklaringsfaktorer må derfor spille inn, blant annet bedriftsstørrelse.

4.4 Svangerskapsrelatert sykefravær

En del av forklaringen til høyere sykefravær blant kvinner er svangerskapsrelaterte sykdommer. Gravide kvinner har en sykefraværprosent som er om lag fire ganger høyere enn sykefraværprosenten til ikke-gravide kvinner blant kvinner i alderen 16-49 år. Sykefraværprosenten for gravide har fulgt utviklingen til det generelle sykefraværet i perioden. Antallet fødende kvinner har økt med om lag 6 pst. i perioden. Hvis en tar vekk svangerskapsrelaterte sykefraværstilbøyeligheter, reduserer det sykefraværet samlet for kvinner med 0,7 pst. Denne reduksjonen har vært stabil i perioden. Økningen i antall svangerskap og noe økt sykefraværstilbøyelighet i de aldersgruppene som føder flest barn, kan derfor bare delvis forklare økningen i sykefraværet blant yngre kvinner i perioden.

4.5 Helsetilstanden

Det er samlet sett ikke mulig å forklare økningen i sykefraværet med utviklingstrekk i helsetilstanden eller sykdomsheten i befolkningen. Ser vi for eksempel på den klart største diagnosegruppen innen sykelønnsordningen, muskel- og skjelettlidelser, holder nivået seg stabilt i befolkningen over tid, selv om forekomsten av sykefravær for slike plager har endret seg (Ihlebak et al. 2007, Kamaleri et al. 2009).

Heller ikke når det gjelder psykiske lidelser – en annen stor gruppe innen sykepengeordningen - gir forskningen støtte til antakelser om at den psykisk folkehelsen har blitt dårligere de siste 20 årene⁶. Det er godt dokumentert at arbeidsmiljø og arbeidsforhold har betydning for manges helse. For eksempel er det godt dokumentert at høye krav (bl.a. tidspress) sammen med lite kontroll over egen arbeidssituasjon, øker risikoen for hjertesykdom. Det er imidlertid vanskelig å tallfeste hvor mye av sykefraværet som kan tilskrives forhold i arbeidsmiljøet og på arbeidsplassen, og slik arbeidsmiljøets betydning for de helseproblemer som kan ligge bak sykefravær. En grunn er at sykefravær kan ses

⁶ (FHI Rapport 2009:8, Mykletun, Knudsen og Mathiesen).

som et uttrykk for forholdet mellom individets helse og de krav arbeidet stiller. Å ha et helseproblem er ikke nødvendigvis det samme som ikke å kunne arbeide. En rekke faktorer påvirker hvilken betydning et helseproblem har for arbeidsevnen.

4.6 Arbeidsmiljøet

Visse utviklingstrekk kan tilsi at kravene i arbeidslivet øker, og at dette kan gjøre det vanskeligere å stå i arbeid for en andel av de som har helseproblemer. Men det er neppe grunnlag for å hevde at arbeidsmiljøet generelt er i ferd med å "brutaliseres". Arbeidsmiljøet har imidlertid betydning for sykefraværet, og bør derfor være viktig bl.a. i IA-arbeidet.

Det er usikkert hvor mye arbeidsmiljørelaterte sykdommer betyr for det samlede sykefraværet. Anslagene er opptil 40 pst. Arbeidsmiljøet har generelt blitt bedre over tid, blant annet er det blitt færre fysisk krevende arbeidsplasser, både på grunn av endringer i næringsstruktur og bedre tekniske hjelpemidler. Det er likevel slik at det fortsatt er betydelige forskjeller mellom næringene og at næringer med større grad av fysisk arbeid har høyere sykefravær enn næringer med stor andel "kontorjobber". Bedringen i det fysiske arbeidsmiljøet kan også være med å forklare at forskjellene i sykefraværet mellom ulike aldersgrupper har blitt mindre i perioden.

Stress i arbeidet kan både virke positivt og negativt. Hvis en har god kontroll er store krav ofte en spire til ekstra innsats, mens hvis en føler at en ikke har kontroll vil store krav kunne bidra til at en oppfatter arbeidsmiljøet som dårlig. Høyere krav kan være knyttet til krav om økt produktivitet. En har i perioden 2001 – 2009 opplevd meget sterk reallønnsvekst. Det kan ha betydd at kravene til mange arbeidstakere har økt i perioden, kanskje særlig i bransjer med betydelig konkurranse. Det kan gi et press som fører til økt sykefravær for de som har problemer med å oppfylle kravene. De med lavest kompetanse er overrepresentert blant de som er på uføreytelser.

Omstillinger kan bidra til å øke sykefraværet. Erfaringer kan tyde på at nedbemanning og omstilling ikke påvirker sykefraværet vesentlig på kort sikt, men at det øker sykefraværet på mellomlang sikt. Nedbemanning og omstilling føre til at insentivene for å være på jobben øker og at arbeidstakere vanligvis i en slik situasjon i liten grad ønsker å være borte fra jobben. Ved driftsinnskrenkninger behøver en ikke å ta hensyn til hvem som er sykemeldt eller ikke. Dette motvirkes av at en del opplever omstillingene som så krevende at de blir syke og sykmeldte. Enkelte studier av sammenheng mellom sykefravær i virksomheter som gjennomgår nedbemanning eller omstilling viser at de som fortsatt er ansatt i virksomheten etter nedbemanning og omstillingsprosessen i noe større grad enn tidligere blir syke⁷. Andre studier finner ikke noe annet sykefraværsomfang for de som blir igjen enn sykefraværet i bedrifter som ikke omstiller. Det synes imidlertid ikke grunn til å påstå at omfanget av omstillinger har økt i perioden. Snarere er det vel grunn til å tro at omstillingstakten har falt noe, da perioden i stor grad har vært preget av høykonjunktur. Denne drøftingen viser at ulike arbeidsmiljøforhold kan ha påvirket sykefraværstilbøyeligheten i ulik retning i perioden.

⁷ Nedbemanning og sykefravær. Rikstrygdeverket. 6/2005.

4.7 Betydning av økonomiske insentiver og regelverksendringer

4.7.1 Økonomiske insentiver

Selv om sykefravær påvirkes av en rekke faktorer, er det sannsynlig at også økonomiske insentiver i sykelønnsordningen spiller en rolle. Studier av effekten av endringer i sykelønnsordningene indikerer at innstramminger i sykelønnsordninger gir lavere fravær. Enkelte sammenlikninger viser at land med sjenerøse sykelønnsordninger har høyest sykefravær⁸. Den norske sykelønnsordning er sjenerøs i en internasjonal sammenligning.

Ulike undersøkelser tyder bl.a. på at kompensasjonsgraden har en signifikant effekt på sykefraværet⁹. Økes arbeidsgivers kostnader ved sykefravær, vil dette kunne redusere sykefraværet ved at arbeidsgiverne setter inn større innsats for at folk ikke skal bli langtidssykmeldte. Samtidig er det hevdet at dette kan føre til arbeidsgivere i mindre grad ønsker å ansette personer som har høy risiko for mye sykefravær.

4.7.2 Regelverksendringer

Endringer i regelverket for sykepenger, sykmeldingspraksis og oppfølgings- og kontrollrutiner kan påvirke sykefraværet.

Analyser gjort av Arbeids- og velferdsdirektoratet viser at endringene i sykmeldingsregler fra 1. juli 2004 påvirket fastlegenes sykmeldingspraksis i betydelig grad. Dette bekreftes av en forskningsrapport fra Frischsenteret¹⁰ som konkluderte med at reformen i 2004 medførte et fall i sykefraværsraten med 20 pst. og at dette fall i hovedsak kan fordeles på redusert tilgang til sykefravær (1/3) og fall i den forventede varighet på sykefraværet (2/3). Rapporten konkluderer også med at reduksjon i fraværsratene er jevnt fordelt ift. alder og kjønn, men at de observerer en noe sterkere effekt for arbeidere med løs tilknytning til arbeidslivet. De viser til at fastlegene har en sentral portvaktrolle og at det er mulig å påvirke denne rollen. Det var bred enighet om endringer som ble innført i 2004. Samtidig med endringene i sykepengerregelverket ble "sykemeldingsblanketten" endret, det ble gjennomført et opplæringsprogram for legene og det ble iverksatt informasjonstiltak.

⁸ Se blant annet følgende publikasjoner:

Markussen, Simen (2007): Økonomisk sykefraværsforskning: Hva vet vi, og hvor bør vi gå?. Søkelys på arbeidslivet 1/2007.

Ose, Solveig O., Heidi Jensberg, Randi Eidsmo Reinertsen, Mariann Sandsund og Jan Morten Dyrstad (2006): Sykefravær: Kunnskapsstatus og problemstillinger. Rapport A325, SINTEF, Trondheim.

Bonato og Lusiyan (2004): Work absence in Europe.

Osterkamp og Røhn (2007): Being on sick-leave, possible explanations for differences of sick-leave days across countries

⁹ Se omtale i Markussen (2007) side 64, avsnitt om "Sykelønna påvirker fraværet" og Ose med flere (2006) som drøfte sammenhengen i kapittel om "Sykelønnsordningen og sykefravær."

¹⁰ Markussen, Simen. Frischsenteret for økonomisk forskning. 2009: "Closing the gates? – Evidence from a natural experiment on physicians' sickness certification."

4.7.3 Legenes (sykmeldernes) rolle

Legenes sykmeldingspraksis er en viktig faktor som påvirker sykefraværet. Mange leger opplever arbeidet med sykmeldinger som en utfordrende balansegang mellom pasientens forventninger og samfunnets behov for å begrense sykefraværet.

En rapport fra RTV viser at det er store variasjoner mellom legenes sykemeldingspraksis¹¹. Rapporten viser for eksempel at sykemeldingspraksisen varierer avhengig av legenes kjønn, alder, listelengde, geografi og pasientenes alders- og kjønnsfordeling.

Studier av legers sykmeldingspraksis viser at pasientens ønsker veier tungt for legens beslutning¹². Det kan dermed ut se ut til at leger i liten grad avviser å sykmelde pasienter som ønsker sykmelding. Samtidig viser studien til Markussen (2009) at det er mulig å påvirke legenes sykemeldingspraksis. I rapporten "Endringer i fastlegens sykmeldingspraksis"¹³ konkluderes det med at legene endret sin praksis i forbindelse med endringene i 2004.

4.8 Oppfølging fra myndighetene

Myndighetene har gjennom IA-arbeidet trappet opp innsatsen for å få redusert sykefraværet. Det er usikkert hvor sterkt dette har påvirket sykefraværet. Det vises til den gjennomførte evalueringen. Perioden har vært preget av etableringen av NAV. De generelle reform- og kapasitetsproblemene i NAV de siste par årene, også når det gjelder sykefraværsoppfølging, har gitt lavere innsats enn ønsket på mange områder.

Det har likevel vært økning i Arbeids- og velferdsetatens oppfølging av sykmeldte og økt gjennomføring av bl.a. dialogmøte 2 i sykefraværsløpet.

Arbeidstilsynet har på sin side økt tilsynsvirksomheten rettet mot virksomhetens sykefraværsoppfølging.

Selv om innsatsen fra de offentlige etatene på sykefraværet har økt til dels betydelig, er det vanskelig å konkludere om virkningen av innsatsen på sykefraværet.

¹¹ RTV. Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner, 2006

¹² Viser blant annet til omtale i:

Arbeid og velferd. Rapport nr. 4/2008. Sykefravær og konjunktorene – hva vet vi om sammenhengen.

Larsen, Bernt A., Olav H. Førde og Gunnar Tellnes (1994): «Legens kontrollfunksjon ved sykmelding».

Tidsskrift for den norske legeförening 114: 1442-4

Englund, Lars og Kurt Svärdsudd (2000): «Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county». Scandinavian Journal of Primary Health Care 18 (2): 81-6.

¹³ NAV-rapport 2/2007: Endringer i fastlegens sykmeldingspraksis. Konsekvenser for de sykmeldtes arbeidstilknytning og behov for trygdeytelser.

Vedlegg 2: Sykefraværet i ulike land. Er det en sammenheng mellom høyt sykefravær og høy sysselsetting?

Dette vedlegget belyser utviklingen og nivået på sykefraværet i ulike land. Det har vært hevdet at det høye sykefraværet i Norge skyldes at så mange deltar i arbeidslivet. For å belyse dette presenteres det i dette vedlegget bl.a. internasjonale tall for sysselsetting og gjennomsnittlig arbeidstid.

1 Sykefravær og uføretrygd mellom land

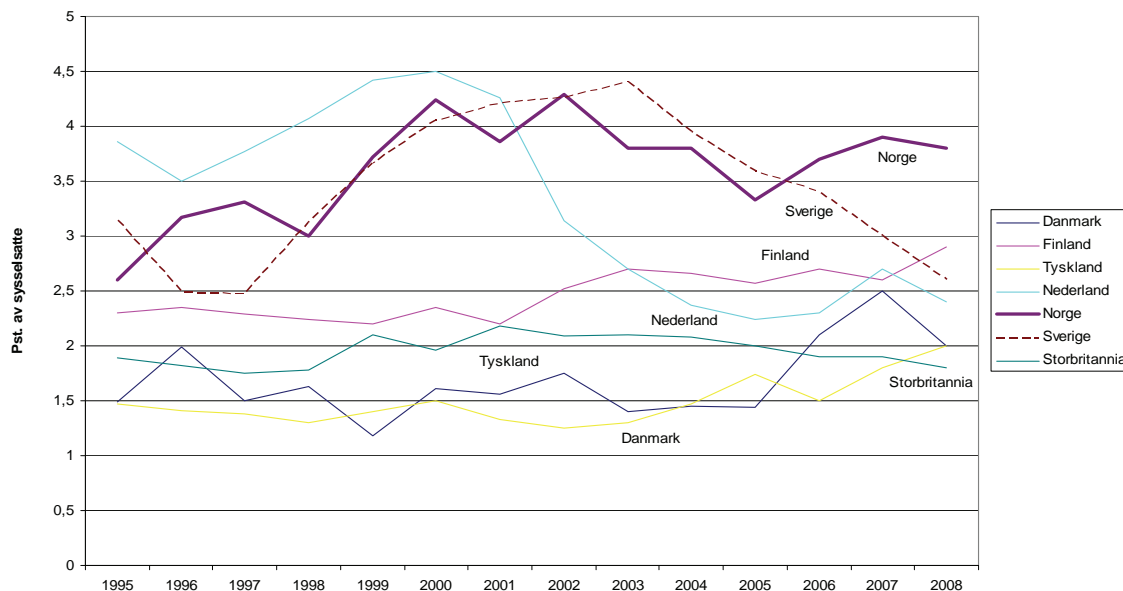
Det er knyttet usikkerhet til internasjonale sammenlikninger av sykefraværet mellom land. Dette har sammenheng med at sykelønnsordningene i de ulike landene er innrettet forskjellig, bl.a. hvor lenge det er mulig å være sykmeldt og hvor stor andel av sykefraværsperioden det offentlige finansierer. I Norge foreligger det i hovedsak tre mål på sykefravær. For det første publiserer Statistisk sentralbyrå tall for antall tapte dagsverk som følge av sykdom i forhold til avtalte dagsverk i den sentrale sykefraværstatistikken. Dette inkluderer i prinsippet alt fravær, både legemeldt (som utarbeides og publiseres sammen med NAV) og egenmeldt fravær. En annen statistikk måler antall sykefraværstid i den perioden som finansieres av folketrygden og publiseres av NAV. Den tredje statistikken tar utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås arbeidskraftundersøkelse (AKU) og er basert på intervjuundersøkelser om den enkeltes status i arbeidsmarkedet. Undersøkelsene bygger på et representativt utvalg av befolkningen i yrkesaktiv alder.

Internasjonale sammenlikninger av sykefraværet tar ofte utgangspunkt i arbeidskraftundersøkelsene. Sykefravær, målt ved disse undersøkelsene, defineres som helt fraværende fra arbeid på grunn av sykdom i undersøkelsesuken. Fordelen med tall basert på denne statistikken er at fravær måles uavhengig av om inntektstapet ved fraværet erstattes eller ikke og uavhengig av hvem som finansierer fraværet. AKU er også en etablert spørreundersøkelse basert på de samme prinsippene mellom land. På den annen side framkommer sykefraværet i AKU bare på en indirekte måte, ved at respondentene blir bedt om å svare på hvorfor de er fraværende fra arbeid. Dette kan bidra til å svekke kvaliteten på statistikken. I tillegg påvirkes kvaliteten av hvordan AKU klassifiserer personer på langtidsfravær som sysselsatt eller ikke. Alt i alt anses imidlertid AKU å være av såpass tilfredsstillende kvalitet at det er mulig å foreta en sammenlikning av sykefraværsnivået mellom Norge og andre europeiske land.

Basert på arbeidskraftundersøkelsene er sykefraværet i Norge høyt sammenliknet med andre land, jf. figur 2.1. I 2008 var 3,8 pst. av alle sysselsatte i Norge i aldersgruppen 20-64 år helt fraværende på grunn av sykdom i minst en uke. Ifølge disse tallene er dette vesentlig høyere enn i andre nordiske landene og i flere andre europeiske land. I 2008 utgjorde bl.a. sykefraværet i Sverige og Danmark

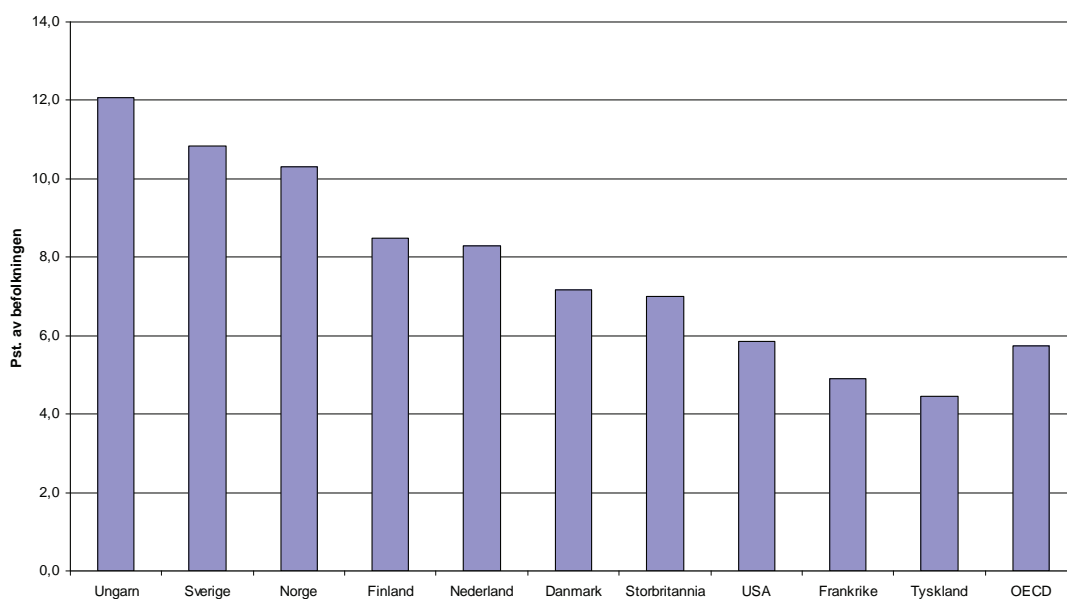
henholdsvis 2,6 og 2 pst. I både Nederland og i Sverige har sykefraværet avtatt de siste 10 årene, mens fraværet i Norge har holdt seg høyt i hele perioden på 2000-tallet. Til sammenlikning har fraværet i Danmark og Tyskland holdt seg lavt i hele perioden.

Figur 2.1 Sykefraværet i ulike land i aldersgruppen 20-64 år. Pst. av sysselsettingen (Kilde: Eurostat)



I tillegg til det høye sykefraværet er antallet på uføretrygd høyt i Norge sammenliknet med andre land, jf. figur 2.2. I 2007 var det bare Ungarn blant OECD-landene som hadde høyere andel på uføretrygd enn Norge. Ifølge tall fra OECD utgjorde andelen på uføretrygd i Norge i overkant av 10 pst. av befolkningen mellom 20-64 år. Dette er nesten dobbelt så høyt som gjennomsnittet i OECD.

Figur 2.2 Antall på uføretrygd. Pst. av befolkningen i aldersgruppen 20-64 år. 2007 (Kilde: OECD)

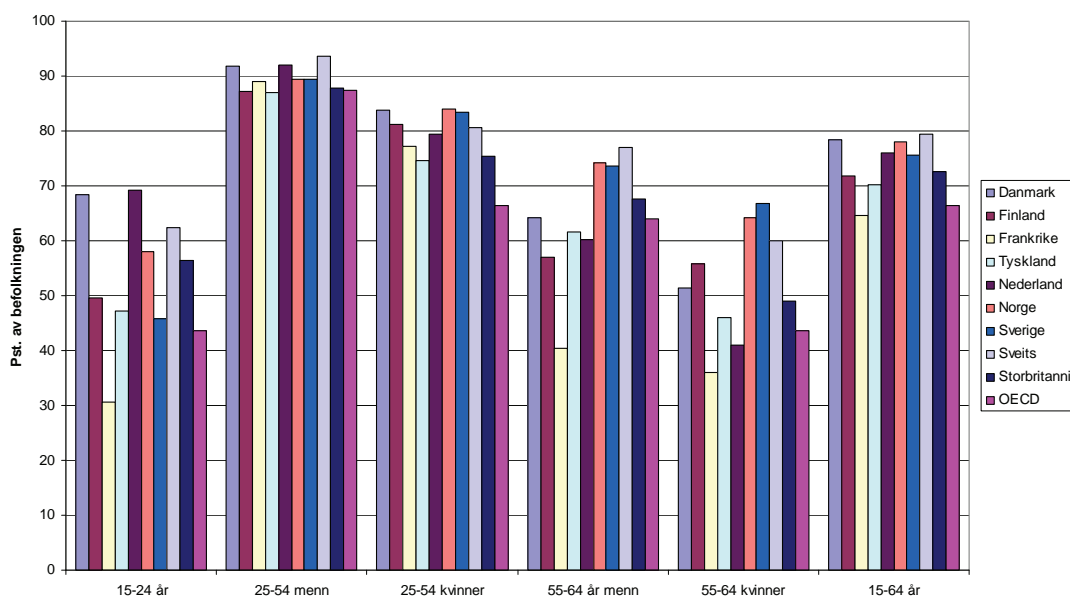


2 Nivå på sysselsetting, målt i personer og i arbeidede timer

Det har vært hevdet at det høye sykefraværet i Norge sammenliknet med andre land skyldes at andelen sysselsatte er særskilt høy i Norge. Figur 2.3 viser antallet sysselsatte i prosent av befolkningen i aldersgruppen 15-64 år. I 2008 var om lag 78 pst. av befolkningen i denne aldersgruppen sysselsatt i Norge. Dette er høyt i internasjonal målestokk, men vi ser at flere land har om lag like høy sysselsetting.

Andelen sysselsatte i Norge er særlig høy blant kvinner og eldre sammenliknet med andre land. Blant kvinner over 25 år er imidlertid sysselsettningsnivået om lag like høyt i Sverige. Blant menn over 55 år er også sysselsettningsnivået i Sverige på linje med det norske nivået. Blant menn i aldersgruppen 25-54 år er derimot andelen sysselsatte i Norge ikke spesielt høy. I denne aldersgruppen er sysselsettningsnivået bare marginalt høyere enn gjennomsnittet i OECD.

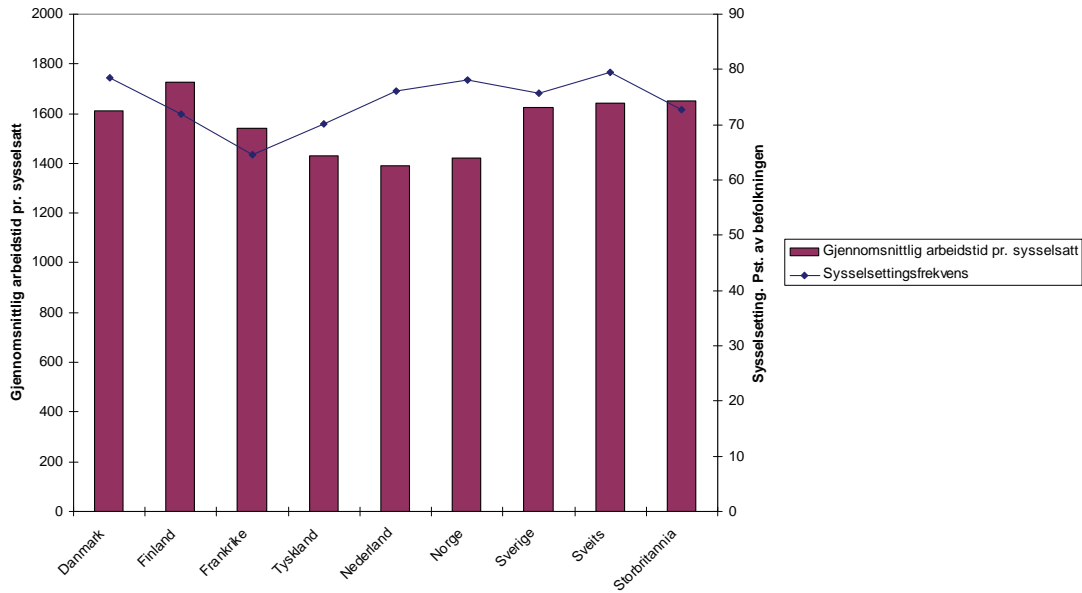
Figur 2.3. Sysselsetting. Pst. av befolkningen i aldersgruppen 15-64 år. 2008 (Kilde: OECD)



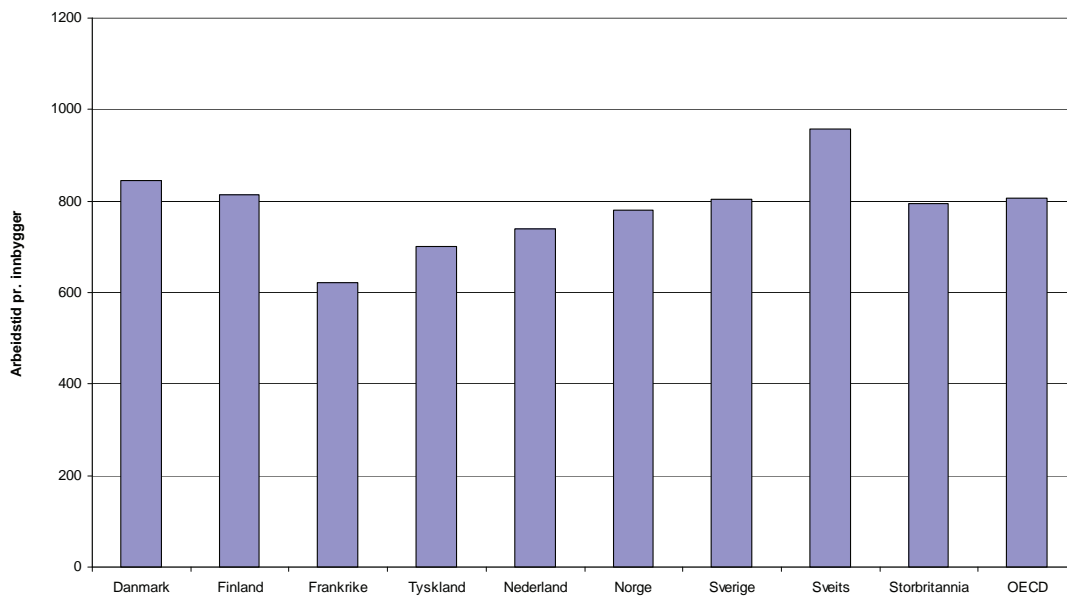
Et annet mål på sysselsettingen enn i antall personer er antall arbeidede timer pr. sysselsatt som viser hvor mye hver enkelt sysselsatt arbeider. Dette målet tar både hensyn til antallet sysselsatte, lengden på et normalarbeidsår, graden av deltidsarbeid og fravær fra arbeid. Selv om Norge har høy andel av befolkningen i yrkesaktiv alder i jobb er den gjennomsnittlige arbeidstiden pr. sysselsatt lav i internasjonal målestokk, jf. figur 2.4. Dette har dels sammenheng med at det er flere deltidssysselsatte i Norge enn i andre land og dels at fraværet blant de sysselsatte er høyere enn i andre land. Dette omfatter bl.a. fravær ved sykdom og ved svangerskapspermisjon, som er bedre utbygd i Norge enn i mange andre land. I 2008 arbeidet i gjennomsnitt hver sysselsatt 1422 timer. Dette er 12 pst. lavere enn i både Sverige og Danmark. Et annet mål på antall arbeidstimer er antall

timer pr. innbygger. Målt på denne måten viser tall for 2008 at antall utførte timer i Norge ligger mer på linje med gjennomsnittet i OECD-området og lavere enn Sverige og Danmark.

Figur 2.4 Gjennomsnittlig arbeidstid pr. sysselsatt og antall sysselsatte i pst. av befolkningen. 2008 (Kilde: OECD)



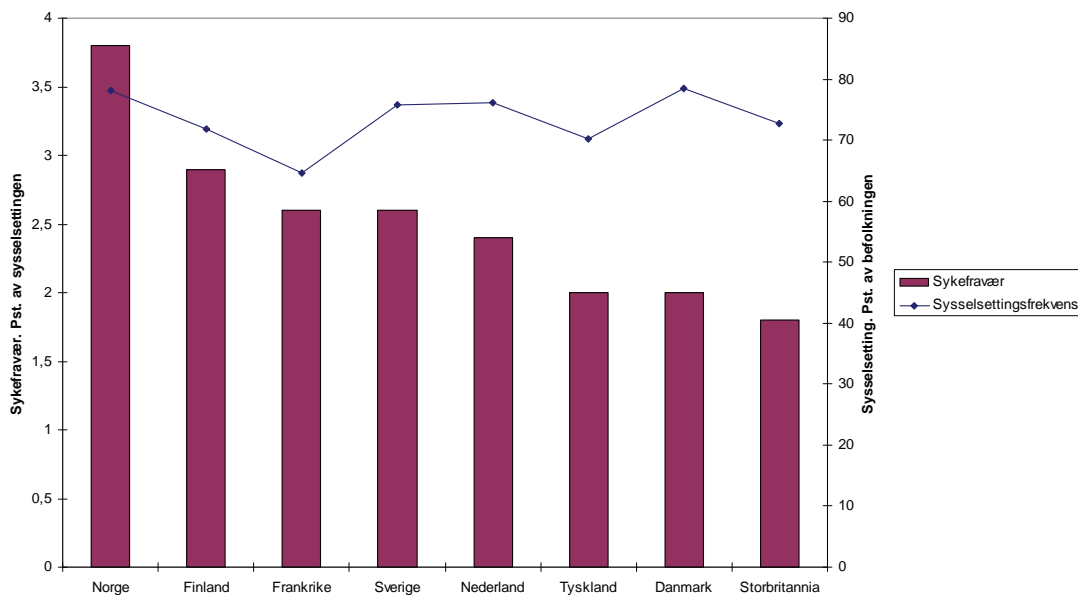
Figur 2.5 Gjennomsnittlig arbeidstid pr. innbygger. 2008 (Kilde: OECD)



3 Er det en sammenheng mellom sykefravær og nivå på sysselsettingen?

Figur 2.6 sammenlikner sykefraværet ifølge arbeidskraftundersøkelsene og sysselsettingsfrekvensen. Vi ser at det ikke er en entydig sammenheng mellom nivået på sykefraværet, målt som andel av antall sysselsatte og antall sysselsatte i pst. av befolkningen. Det er bl.a. flere land som har om lag like høy andel sysselsatte selv med et betraktelig lavere fravær. Høy sysselsetting synes ut fra denne sammenlikningen ikke å være en nødvendig forutsetning for høyt sykefravær.

Figur 2.6 Sykefravær i pst. av sysselsettingen (20-64 år) og andel sysselsatte i befolkningen (15-64 år) i 2008 (Kilder: OECD og Eurostat)



En hypotese som har vært fremmet er at den høye andelen sysselsatte kvinner forklarer at Norge har høyere fravær enn andre land. Forsäkringskassan i Sverige har analysert sykefraværet i ulike land, basert på tall fra arbeidskraftundersøkelsene (Forsäkringskassan 2009). Tall i denne rapporten viser riktignok at sykefraværet blant kvinner er høyere i Norge enn i andre land. Fraværet er imidlertid også høyere blant menn i Norge enn i de øvrige landene. Forsäkringskassan har videre analysert hvordan alders- og kjønns sammensetningen i de ulike landene påvirker sykefraværet. Flere kvinner og eldre vil bl.a. gjennomgående trekke opp sykefraværet. Rapporten konkluderer imidlertid med at alders- og kjønns sammensetningen ikke kan forklare at Norge har høyere sykefravær enn andre land.

Som et mål for sykefraværet mener vi fravær i forhold til sysselsettingen. Med uendret fravær rate vil høyere sysselsetting isolert sett bidra til økt sykefravær, målt i antall fravær dager. Det er imidlertid ikke sikkert at flere sysselsatte fører til økt fravær pr. sysselsatt. For at dette skal inntreffe må fraværet for de nye sysselsatte være høyere enn de som allerede er sysselsatt. En hypotese som har vært fremmet for å forklare at sykefraværet øker i perioder med økende sysselsetting er den

såkalte sammensettingshypotesen. Sammensettingshypotesen går ut på at personer med marginal tilknytning til arbeidsmarkedet som gruppe har dårligere helse/funksjonsevne og større tilbøyelighet til sykefravær enn andre, og at de øker sin andel av de sysselsatte i en situasjon med bedring i arbeidsmarkedet. Dette må ses i sammenheng med at bedriftene i oppgangstider har vanskeligere for å skaffe seg arbeidskraft, og må derfor ansette flere med nedsatt helse. Dette skulle derfor ifølge hypotesen bidra til høyere gjennomsnittlig sykefravær blant de sysselsatte. Forskning gir imidlertid lite belegg for å hevde at endret sammensetting av arbeidsstyrken forklarer svingningene i sykefraværet. (Askildsen m.fl. 2004) har sett på et utvalg av arbeidstakere i aldersgruppen 30-55 år som var registrert i arbeidstakerregisteret i minst ett kalenderår i perioden 1990-1995. I undersøkelsesperioden var arbeidsledigheten først økende, for så å avta fra 1993. Askildsen definerer "stabile" arbeidstakere som de som var i arbeid i alle de seks årene undersøkelsen omfatter. De marginale arbeidstakerne defineres som de som gikk inn og ut av arbeidstakerregisteret i løpet av perioden. Askildsen finner at marginaleffekten av en endring i ledigheten på sykefraværet faktisk er større for stabile arbeidstakere enn for de marginale arbeidstakere. Undersøkelsen gir derfor ikke støtte for at endringer i sysselsettingens sammensetting driver svingningene i sykefraværet.

En annen undersøkelse (Markussen m.fl 2009) støtter også dette synet. Basert på data fra 2001 til 2005 finner forskerne at variasjoner i sykefraværet bare i et svært begrenset omfang kan forklares av endringer i arbeidsstyrken. Undersøkelsen viser at høyere sysselsettingsrate i en gitt kommune bidrar både til høyere tilgang til sykelønnsordningen og høyere avgang fra ordningen. Basert på data fra undersøkelsen beregnes det at en økning i sysselsettingsraten i en kommune fra 80 til 85 pst. reduserer det gjennomsnittlige sykefraværet med 0,3 prosentpoeng. Disse funnene synes dermed heller ikke å bekrefte hypotesen om at høy sysselsetting bidrar til høyt sykefravær.

Referanser

Askildsen, J.E., Bratberg, E og Nilsen, Ø. A (2004): "Svingninger i sykefraværet: Er arbeidsledigheten avgjørende?" Søkelys på arbeidsmarkedet 1/2004, Institutt for samfunnsforskning, Oslo

Bonato, L. og Lusinyan, L. (2004): "Work absence in Europe". IMF Working paper WP/04/193

Forsäkringskassan (2009): "Sjukfrånvaron i Sverige- på väg mot europeiske nivåer?"
Sosialforsikringsrapport 2009:10

Markussen, S. (2007): "Økonomisk sykefraværsforskning: Hva vet vi, og hvor bør vi gå?". Søkelys på arbeidsmarkedet 1/2007. Institutt for samfunnsforskning, Oslo

Markussen, S, Røed, K., Røgeberg, O. J, Gaure, S. (2009): The anatomy of absenteeism. IZA Discussion paper No. 4240

Nossen, J. P (2008): "Sykefraværet og konjunktorene- hva vet vi om sammenhengen?". Arbeid og velferd 4/2008. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Oslo

OECD (2009): "Employment Outlook 2009"

OECD (2009): Sicknes, Disability and Work: "Keeping on track in the economic downturn",
Background paper for the High-Level Forum in Stockholm 14-15 May 2009.

Vedlegg 3: Fakta om sykefraværsløpet, folketrygdloven, arbeidsmiljøloven og myndighetenes håndheving

1 Reglene i dagens sykmeldingsmodell, arbeidsmiljøloven og folketrygdloven

Både arbeidsmiljøloven og folketrygdloven inneholder bestemmelser som gjelder spørsmål om sykefravær og sykmeldingsrutiner. Grovt sagt regulerer arbeidsmiljøloven arbeidsgivers plikt til sykefraværsoppfølging og tilrettelegging av arbeidsplassen for sykmeldte arbeidstakere samt arbeidstakeres medvirkningsplikt. Folketrygdloven regulerer vilkår for rett til sykepenger, herunder arbeidsgivers og arbeidstakers plikter, forholdet til sykmelder, Arbeids- og velferdsetatens oppfølging mv. Regelsettene utfyller hverandre og må sees i sammenheng.

1.1 Arbeidsmiljøloven

En grunnvoll i arbeidet med å forebygge sykefravær og utstøting fra arbeidslivet er de plikter som arbeidsmiljølovgivningen pålegger arbeidsgiver, dvs. arbeidsgiverens generelle plikt til å drive systematisk forebyggings- og tilretteleggingsarbeid, samt plikter til individuell tilrettelegging av arbeidet og arbeidsplassen for den enkelte arbeidstaker. Arbeidsgiver skal sørge for tiltak som forhindrer at virksomhetens ansatte pådrar seg helseskader som følge av arbeidet og samtidig legge til rette for at arbeidstakere med ulike helseforutsetninger kan fortsette i arbeidet.

Arbeidsmiljøloven slår uttrykkelig fast at arbeidsgivere som ledd i HMS-arbeidet skal sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær, jf. § 3-1. Lovens regler om individuell tilrettelegging av arbeidet kan grovt sett deles i to nivåer: Lovens § 4-2 pålegger arbeidsgiver en generell plikt til å legge arbeidet til rette under hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger. I forhold til arbeidstakere som har fått redusert arbeidsevne som følge av ulykke, skade, slitasje eller lignende etter at arbeidsforholdet ble etablert, har arbeidsgiver en særskilt plikt til å iverksette nødvendige tiltak slik at arbeidstakeren skal kunne beholde eller få et passende arbeid, jf. § 4-6. Plikten til tilrettelegging gjelder uavhengig av om tilretteleggingsbehovet har sammenheng med arbeidsforholdet eller ikke, og uansett om den reduserte arbeidsevnen er midlertidig eller av mer varig karakter.

Arbeidstaker skal fortrinnsvis gis anledning til å beholde sitt vanlige arbeid, eventuelt etter særskilt tilrettelegging av arbeidet eller arbeidstiden, endringer i arbeidsutstyr, gjennomgått attføring eller lignende. Eksempler på tiltak kan være:

- anskaffelse eller endringer av teknisk utstyr som arbeidstakeren bruker i sitt daglige arbeid, for eksempel verktøy, maskiner osv.
- endringer av arbeidsplassen: døråpninger, terskler, installering av heis, anskaffelse av rullestolrampe, flytting av dørhåndtak, lysbrytere, tilpasset skrivebord, stol osv.
- endringer i rutiner, endringer av arbeidstid, endringer av arbeidsoppgaver, aktiv medvirkning fra andre arbeidstakere (innlesning på kassett til diktafon, avskrivning etter diktafon osv).
- tiltak i forbindelse med trening, opplæring, omskolering osv.

Lovens formulering «så langt det er mulig» innebærer at arbeidsgiver har et vidtrekkende ansvar. Dersom arbeidsgiver likevel finner at tilrettelegging ikke er mulig, skal det dokumenteres at relevante alternativer er vurdert og eventuelt forsøkt gjennomført.

Dersom det viser seg å ikke være mulig å tilrettelegge for at arbeidstaker kan fortsette i sitt vanlige arbeid, skal arbeidsgiver vurdere omplassering/overføring til annet arbeid. Arbeidstaker og arbeidstakers tillitsvalgte skal rådføres, jf. § 4-6 annet ledd. Arbeidsgivers plikt går ikke så langt som til å opprette en ny stilling, men dersom det er eller blir ledig en passende stilling i virksomheten, skal arbeidstakeren tilbys denne hvis vedkommende ellers er skikket for stillingen.

Av lovens ordlyd "iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal få beholde eller få et passende arbeid" er det imidlertid nærliggende å innfortolke en nedre grense mot tiltak fra arbeidsgivers side som ikke går ut på å tilpasse arbeidstakers tidligere arbeid, men som i praksis kun handler om å ivareta arbeidstakers tilknytning til arbeidsplassen, for eksempel enklere ryddeoppgaver og lignende. Dagens regel er ment som en tilretteleggingsplikt, ikke en tilknytningsplikt. En ren "tilknytningsplikt" kan således neppe utledes av arbeidsmiljølovens regler i dag.

I følge § 4-6 tredje ledd skal arbeidsgiver i samråd med sykmeldte arbeidstakere utarbeide oppfølgingsplaner for tilbakeføring til arbeid med mindre dette er åpenbart unødvendig. Arbeidet med oppfølgingsplanen skal starte så tidlig som mulig, og skal være utarbeidet senest når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i seks uker. Oppfølgingsplanen skal inneholde en vurdering av arbeidstakers oppgaver og arbeidsevne. Planen skal også inneholde aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi, aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene og plan for videre oppfølging.

Det fremgår også av arbeidsmiljøloven § 4-6 fjerde ledd at arbeidsgiver, med mindre det er åpenbart unødvendig, skal innkalle arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i og oppfølgingen av oppfølgingsplanen senest innen tolv uker etter at arbeidstaker ble 100 pst. sykmeldt. Hensikten med dialogmøtet er å sørge for bedre samhandling mellom de berørte aktører og bidra til aktiv tilrettelegging og tiltak i virksomhetene. Arbeidsgiver og arbeidstaker, samt bedriftshelsetjenesten i de virksomheter som har bedriftshelsetjeneste, skal delta. Dersom arbeidstaker ønsker det kan også tillitsvalgt/verneombud være med i møtet. Sykmelder skal delta dersom både arbeidsgiver og arbeidstaker, eller arbeidstakeren alene ønsker det. Dialogmøtet skal som hovedregel avholdes på arbeidsplassen. Legekontoret eller NAV-kontoret kan være alternative møteplasser dersom dette av praktiske eller andre grunner er mest hensiktsmessig.

Partene skal i møtet gjennomgå og arbeide videre med oppfølgingsplanen, herunder vurdere arbeidstakers arbeidsevne og eventuelle tilretteleggingstiltak. Arbeidsgiver skal gi skriftlig melding

om utfallet av dialogmøtet, eventuelt om hvorfor møtet ikke ble gjennomført, til Arbeids- og velferdsetaten.

Arbeidstaker har i henhold til § 15-8 et særskilt vern mot oppsigelse på grunn av sykdomsfravær i de første 12 måneder etter at arbeidsuførheten inntrådte. Etter utløpet av verneperioden i § 15-8 eller i tilfeller der fraværskriteriet ikke er oppfylt, beskyttes arbeidstaker av det generelle vernet mot usaklig oppsigelse i § 15-7. Viktige momenter i saklighetsvurderingen vil være utviklingen og følgene av sykdomsbildet, og hvorvidt arbeidsgiver har oppfylt den lovbestemte tilretteleggingsplikten i § 4-6.

Arbeidstaker skal generelt medvirke ved utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetens systematiske HMS-arbeid. Arbeidstaker skal delta i det organiserte verne- og miljøarbeidet i virksomheten og skal aktivt medvirke ved gjennomføring av de tiltak som blir satt i verk for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø, jf. arbeidsmiljøloven § 2-3 første ledd. Arbeidstaker har dessuten en særskilt fastsatt plikt til å medvirke ved utarbeiding og gjennomføring av oppfølgingsplaner, og til å delta i dialogmøter, jf. § 2-3 annet ledd bokstav f og g. Plikten innebærer blant annet at arbeidstaker må gi arbeidsgiver opplysninger om sin funksjonsevne. Det må imidlertid legges til grunn at disse bestemmelsene ikke går så langt at de innebærer noen arbeidsrettslig plikt for arbeidstaker til å gjennomføre rene "tilknytningsaktiviteter". En slik plikt vil således kreve særskilt hjemmelsgrunnlag.

1.2 Folketrygdloven

Fra 1.7.2004 ble det innført en aktivitetsplikt for alle sykmeldte så tidlig som mulig og senest innen åtte uker, jf. folketrygdloven § 8-4 andre ledd. Etter gjeldende regler skal legen vurdere om det er tungtveiende medisinske grunner til at en person skal være borte fra arbeidet, både ved førstegangs og senere sykmeldinger, jf. folketrygdloven § 8-4 andre ledd og § 8-7 tredje ledd. Dersom legen mener at sykmelding er nødvendig, skal gradert sykmelding være første alternativ, før aktiv sykmelding eventuelt vurderes. For en delvis arbeidsufør person kan det ytes graderte sykepengene ned til 20 prosent.

Som ovenfor nevnt skal arbeidsgiver og arbeidstakere senest innen seks uker ha utarbeidet en oppfølgingsplan for å få den sykmeldte tilbake til arbeid. Ved sykmelding utover åtte uker uten at den sykmeldte er i arbeidsrelatert aktivitet, skal legen sende en "utvidet legeerklæring", jf. folketrygdloven § 8-7, fjerde ledd. Denne skal dokumentere at det er medisinske grunner som er til hinder for aktivitet. Der årsaken til manglende aktivitet ikke kommer inn under de lovbestemte unntak, skal sykepengene stoppes.

Tidligst mulig og senest når arbeidsuførheten har vart i tolv uker uten at en sykmeldt arbeidstaker er i arbeidsrelatert aktivitet, skal Arbeids- og velferdsetaten innhente oppfølgingsplan, unntatt når en slik plan antas å være åpenbart unødvendig, jf. folketrygdloven § 8-7 sjuende ledd. Planen skal gi NAV informasjon om aktivitetskravet ved åtte uker sykmelding er oppfylt, og om det er behov for tjenester eller virkemidler fra etaten.

Behovet for yrkesrettet attføring skal vurderes så tidlig som mulig i sykemeldingsperioden. Dersom bedriftsinterne tiltak ikke fører frem, skal yrkesrettet attføring vurderes. En slik vurdering skal skje

tidligst mulig, og senest ved utløpet av sykepengeperioden. Senest når arbeidsuførheten har vart seks måneder skal Arbeids- og velferdsetaten avholde et dialogmøte mellom den sykmeldte arbeidstaker og arbeidsgiver, unntatt når et slikt møte antas å være åpenbart unødvendig, jf. folketryktdloven § 8-7 åttende ledd. Lege eller annet helsepersonell skal delta hvis det er hensiktsmessig. I møtet skal oppfølgingsplanen gjennomgås på nytt. Behov for annen bistand, som yrkesrettet attføring og rehabilitering bør også være tema og vurderes på dette møtet.

Senest ved utløpet av sykepengeperioden skal det igjen vurderes om yrkesrettet attføring skal prøves.

1.3 Særlig om ordningen avventende sykmelding

Den nye sykmeldingsblanketten som ble introdusert 1. september 2008 bedrer kommunikasjonen mellom lege/sykmelder og arbeidsgiver. Blanketten introduserer også "avventende sykmelding". Dette gir mulighet for toveis kommunikasjon mellom lege/sykmelder og arbeidsgiver, i motsetning til den tidligere sykmeldingsblanketten som var en enveis informasjonskanal. I tillegg har lege/sykmelder større mulighet til å gi klare råd og beskrivelser om hva arbeidstakeren må unngå for å kunne være i jobb, uten å opplyse om diagnose. På blanketten kan lege/sykmelder gi klare meldinger (ja/nei) om det medisinsk sett er mulig å være i jobb, og gi råd og veiledning om hva slags avlastning som eventuelt kan gjøres. Arbeidstakeren tar med seg blankettens ulike deler mellom lege/sykmelder og arbeidsgiver, og deltar selv aktivt i dialogen begge steder.

1.4 Særlig om ordningen aktiv sykmelding

Aktiv sykmelding er en ordning som gir mulighet til å prøve seg i arbeid på tross av sykdom. Lege/sykmelder skal først ha vurdert gradert sykmelding, før aktiv sykmelding anses aktuelt.

En forutsetning er at arbeidsgiver finner andre arbeidsoppgaver i tilknytning til utprøving av funksjonsevnen, opplæring i nye oppgaver eller arbeidstrening.. Arbeidstaker beholder sykepengene (eventuelt rehabiliteringspengene), og arbeidsgiver betaler lønn bare i arbeidsgiverperioden. Perioden med aktiv sykmelding er begrenset til 4 uker i tilfeller der den sykmeldte arbeidstakeren ved utløpet av perioden kan forventes å kunne gjenoppta arbeid, og til 8 uker dersom rehabiliteringen eller tilretteleggingen tar lengre tid. Både 4-ukers og 8-ukers perioder kan forlenges etter vedtak fra NAV.

2 Roller og ansvar – myndighetenes prioriteringer og sanksjonspraksis

2.1 Arbeids- og velferdsetatens oppfølging og kontroll

Arbeids- og velferdsetaten skal fortløpende vurdere om «utvidet legeerklæring» etter åtte ukers sykmelding har god nok kvalitet for fortsatt rett til sykepenger, eventuelt returnere erklæringen til legen. Arbeids- og velferdsetaten har videre plikt til å følge opp den sykmeldte og vurdere om det er grunnlag for iverksetting av yrkesrettet attføring.

I forbindelse med inngåelse av IA-avtalen ble det opprettet Arbeidslivsentre og en kontaktpersonsordning for å støtte opp under IA-virksomhetenes inkluderingsarbeid. Arbeids- og velferdsetaten gir derfor også veiledning om forebyggende utviklingstiltak som støtter opp om IA-samarbeidsavtalens målsettinger.

Arbeids- og velferdsetaten har hjemmel til å iverksette sanksjoner overfor arbeidsgivere, arbeidstakere og leger som ikke følger opp de krav loven setter til dem. Ved lovendingen fra 1. juli 2004 ble kravene og muligheten til å iverksette sanksjoner tydeliggjort. Sanksjoner overfor arbeidsgiver, arbeidstaker og leger skal tas i bruk når andre virkemidler ikke fører frem og det vurderes som nødvendig for å oppnå endring.

2.2 Kontroll og sanksjonsmuligheter overfor den sykmeldte

Etatens oppfølging av den sykmeldte skal som hovedregel starte ved åtte ukers sykmelding. Det kontrolleres da for at pkt 6.1 i sykmeldingen er fylt ut og tilstrekkelig dokumenterer at tungtveiende medisinske grunner er til hinder for aktivitet.

En sykmeldt arbeidstaker har plikt til å gi opplysninger til arbeidsgiver og etaten om egen funksjonsevne og bidra til at hensiktsmessige tiltak for å tilrettelegge arbeidet og utprøving av funksjonsevnen blir utredet og iverksatt. Dersom vedkommende uten rimelig grunn nekter å gi opplysninger eller medvirke til utredning, eller uten rimelig grunn nekter å ta i mot tilbud om behandling, rehabilitering, tilrettelegging av arbeid og arbeidsutprøving eller yrkesrettet attføring, kan retten til sykepenger falle bort. Se folketrygdloven § 8-8.

2.3 Kontroll- og sanksjonsmuligheter overfor arbeidsgiver

Arbeidsgiver har som nevnt ansvar for at det utarbeides en oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker. Arbeids- og velferdsetaten skal be om denne planen dersom de har behov for den. Arbeidsgiver plikter etter krav fra etaten å utlevere oppfølgingsplanen. Har det ikke vært behov for å innhente oppfølgingsplan på et tidligere tidspunkt, og arbeidstaker fortsatt er sykmeldt etter tolv

uker uten å være i arbeidsrelatert aktivitet, skal oppfølgingsplan fra arbeidsgiver innhentes. Dette gjelder ikke der det fremgår av den utvidede legeerklæringen eller annen dokumentasjon at det åpenbart er unødvendig.

Dersom arbeidsgiveren ikke utleverer oppfølgingsplan kan Arbeids- og velferdsetaten ilegge et gebyr dersom det må sendes purring. Gebyret skal utgjøre et halvt rettsgebyr. Dersom arbeidsgiveren etter purring og ny frist fortsatt unnlater å utlevere oppfølgingsplanen kan Arbeids- og velferdsetaten ilegge en tvangsmulkt som utgjør seks promille av grunnbeløpet for hver dag etter utløp et av den nye fristen. I praksis blir denne sanksjonsmuligheten i liten utstrekning benyttet i dag.

Stoppunktene etter åtte og tolv uker skal sikre at de sakene der det av ulike årsaker ikke er aktivitet, blir fanget opp hos det lokale NAV-kontoret.

2.4 Kontroll og sanksjonsmuligheter overfor legene

Sanksjonsmulighetene overfor leger ble utvidet ved at Arbeids- og velferdsdirektoratet kan utelukke en lege fra å utstede legeerklæringer som grunnlag for ytelser fra folketrygden, dersom legen gjentatte ganger ikke følger de nye sykmeldingsreglene og intensjonene med disse, jf. folketrygdloven § 25-7. Det forutsettes at etaten på forhånd har vært i dialog med legen og varslet at man vurderer reaksjoner. Det er utarbeidet retningslinjer for kontroll og sanksjoner i dette arbeidet.

3 Status i oppfølgingsarbeidet

Det er en omfattende oppgave å skulle følge opp, bistå, kontrollere og sanksjonere tidlig i sykefraværsløpene. I gjennomsnitt pr. måned passerer ca. (anslag basert på tall for perioden juli 2008-juni 2009)

- 22 400 6 ukers sykmelding
- 14 000 12 uker
- 7 300 26 uker

3.1 Sanksjoner

NAV har hjemmel for å gå inn med sanksjoner overfor sykmeldte, arbeidsgivere og behandlere som ikke fyller lovpålagte oppgaver i sykefraværsoppfølgingen. Primært har det vært NAVs tilnærming å purre opp og å motivere til forbedring der etaten ser mangler, framfor å sanksjonere. Sanksjonene har vært benyttet som "ris bak speilet". Erfaringen er at dette langt på vei fører fram.

3.2 Oppfølgingsplaner på arbeidsplassen

Arbeidsgiver skal utarbeide oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker senest ved seks ukers sykmelding. Planen innhentes av NAV senest ved 12 uker.

Andelen innregistrerte oppfølgingsplaner har økt fra i gjennomsnitt 36 prosent pr måned i 3. tertial 2008, til 63,1 prosent pr måned i 3. tertial 2009 (beregnet ut fra at gjennomsnittlig 14 000 arbeidstakere passerte 12 ukers sykmelding pr måned i perioden juli 2008 - juni 2009).

Oppfølgingsplan

	3. tertial 2008	3. tertial 2009
Registrerte oppfølgingsplaner	20 159	35 309
Antall oppfølgingsplaner pr mnd	5 040	8 827
Andel av sykmeldte som passerer 12 uker	36,0	63,1

3.3 Dialogmøter i regi av arbeidsgiver

Arbeidsgiver skal innkalle de som er 100 % sykmeldt (om lag 2/3 av alle som passerer 12 uker sykmeldte) til dialogmøte innen 12 ukers sykmelding. Det skal gis skriftlig melding til Arbeids- og velferdsetaten om møtet er avholdt.

Andelen dialogmøte 1 som er innregistrert i NAV har økt fra i gjennomsnitt 7,2 prosent pr måned i 3. tertial 2008, til 8,6 prosent pr måned i 3. tertial 2009 (det er her tatt hensyn til at om lag 1/3 av de sykmeldte ved 12 uker har gradert sykmelding). I SINTEF Helses rapport om evaluering av IA-avtalen mv, vises det imidlertid til at dialogmøte 1 gjennomføres for 71 pst. av alle med behov for det i IA-virkomhetene.¹⁴ Arbeidstilsynet finner at dialogmøte er gjennomført i 42 pst av virksomheter som har fått tilsyn i forbindelse med etatens Sykefraværprosjekt. Diskrepansen kan tyde på at det avholdes dialogmøter som ikke meldes inn til NAV.

Dialogmøte 1

	3. tertial 2008	3. tertial 2009
Registrerte dialogmøter på arbeidsplassen (dialogmøte 1)	2 659	3 195
Antall dialogmøte 1 pr mnd	665	799
Andel av sykmeldte som passerer 12 uker	4,7	5,7
Andel av sykmeldte (100 pst) som passerer 12 uker	7,2	8,6

¹⁴ Ose m fl: Evaluering av IA-avtalen 2009, SINTEF A11947

3.4 Dialogmøter i regi av NAV

Senest når sykmeldingen har vart i seks måneder, skal NAV avholde dialogmøte. Dersom dette ikke er hensiktsmessig, kan det gis unntak.¹⁵

For å få et bilde av hvor mange NAV har vært i kontakt med eller har vurdert for dialogmøte, bør det tas hensyn både til gjennomførte dialogmøter og til gruppen med gyldige unntak.

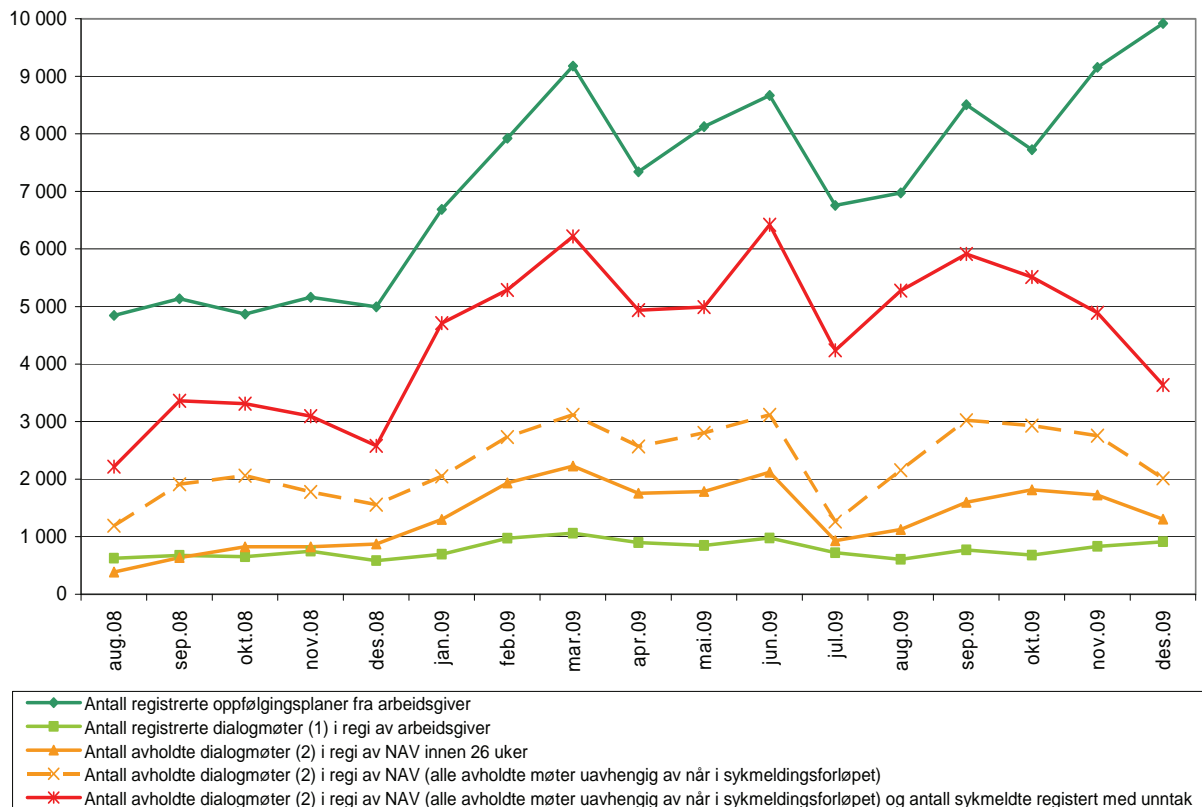
Andelen registrerte dialogmøte 2 og gyldige unntak, har økt fra i gjennomsnitt 42,3 prosent pr måned i tredje tertial 2008 til i gjennomsnitt 68,3 prosent pr måned i tredje tertial 2009. Andelen er beregnet ut fra at 7 300 arbeidstakere passerer 26 ukers sykmelding pr måned (gjennomsnitt for perioden juli 2008 - juni 2009).

Dialogmøte 2

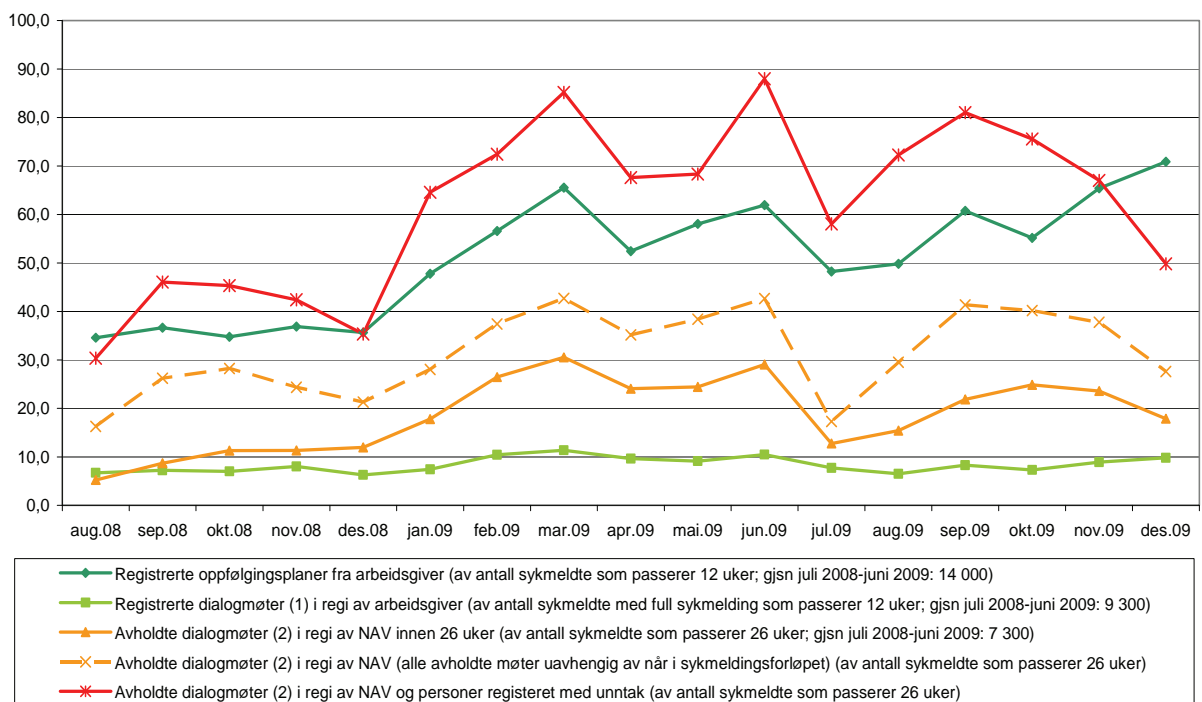
	3. tertial 2008	3. tertial 2009
Registrerte dialogmøter i regi av NAV (dialogmøte 2)	7 307	10 721
Registrerte unntak for dialogmøte 2	5 039	9 237
Registrerte dialogmøte 2 og unntak i alt	12 346	19 958
Antall dialogmøte 2 pr mnd (alle)	1 827	2 680
Antall registrerte unntak for dialogmøte 2 pr mnd	1 260	2 309
Registrerte dialogmøte 2 og unntak i alt pr mnd	3 087	4 990
Andel dialogmøte 2 pr mnd (alle)	25,0	36,7
Andel registrerte unntak for dialogmøte 2 pr mnd	17,3	31,6
Andel registrerte dialogmøte 2 og unntak i alt pr mnd	42,3	68,3

¹⁵ Gyldige unntak er «medisinske grunner», «hensiktsmessige tiltak iverksatt», «forventet friskmelding» og «innleggelse i helseinstitusjon». I tillegg er det et mindre antall saker hvor NAV har sendt ut en innkalling, men der møtet ikke blir avholdt av ulike årsaker. Dette kan blant annet være pga. av at arbeidstaker/arbeidsgiver ikke møter eller at det allerede er iverksatt dokumenterte tiltak. Disse omtales som «ikke gyldige unntak».

Figur 3.1 Antall registrerte oppfølgingsplaner og dialogmøter i regi av arbeidsgiver og antall registrerte dialogmøter i regi av NAV. August 2008-december 2009



Figur 3.2 Andel sykmeldte som får oppfølging i regi av arbeidsgiver og i regi av NAV. August 2008-december 2009



3.5 Arbeidstilsynets rolle og prioriteringer

Arbeidstilsynet fører tilsyn med at arbeidsgivernes følger opp sine forpliktelser iht arbeidsmiljøloven. Etatens overordnede mål er å bidra til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for alle arbeidstakere, med trygge tilsettingsforhold og meningsfylt arbeid for den enkelte.

For å oppnå best mulig effekter i det forebyggende arbeidet, gjennomfører Arbeidstilsynet risikobasert tilsyn. Med begrensede ressurser er det viktig å prioritere de bransjer og virksomheter hvor risikoen for helseskader og ulykker er størst. I de senere år har tilsynet i sine risikovurderinger og prioriteringer hatt et særlig fokus på arbeidsforhold som er viktige årsaker til sykefravær og utstøting.

Arbeidstilsynets oppfølging av arbeidsgivers arbeid med sykefravær og utstøting skjer innenfor den ordinære tilsynsstrategien og med virksomhetens plikt til systematisk HMS-arbeid som utgangspunkt. Kontrollen skjer gjennom tilsynsbesøk, stikkprøver eller mer omfattende gjennomgang av hele HMS-systemet i virksomheten. Staten påser at virksomhetene, som ledd i arbeidsmiljøarbeidet, har innarbeidet rutiner og aktiviteter for systematisk sykefraværsoppfølging og utarbeidelse av oppfølgingsplaner for arbeidstakere med redusert arbeidsevne. Overfor virksomheter som ikke viser vilje til å følge opp dette ansvaret, iverksetter tilsynet reaksjoner slik som pålegg, tvangsmulkt og eventuelt stansning. I alvorlige tilfeller kan det også bli aktuelt med politianmeldelse.

3.6 Arbeidstilsynets sykefraværssatsing

Arbeidstilsynet har i 2008 og 2009 gjennomført 3935 tilsyn innenfor satsingsområdet "forebygging av langtidsykefravær og økt inkludering ved et godt arbeidsmiljø", i hovedsak innenfor bransjene varehandel og hotell- og restaurant. I 2008 ble i overkant av 20 pst. av Arbeidstilsynets tilsyn utført innenfor dette området. Rundt 74 pst. av tilsynene har resultert i en eller flere reaksjoner. En stor andel av reaksjonene er knyttet til at virksomhetene ikke har tilfredsstillende HMS-arbeid med fokus på tilrettelegging, og rutiner for oppfølging av arbeidstakere med redusert arbeidsevne eller sykefravær. Ca 50 pst av de besøkte virksomhetene har skriftlige rutiner for oppfølging av sykmeldte, men disse rutinene var ikke kjent for arbeidstakerne i 70 pst. av tilfellene. 52 pst. har utarbeidet oppfølgingsplaner ved 6 ukers sykmelding. Dialogmøte senest etter 12 ukers fravær er gjennomført i 42 pst. av de besøkte virksomhetene. 60 pst av de besøkte virksomhetene opplyser at de har erfaring med tilrettelegging for arbeidstakere.

Arbeidstilsynet finner at oppfølgingsplanene, der disse er utarbeidet, ofte er mangelfulle. Legens rolle fremkommer som svært avgjørende for hvorvidt oppfølgingsarbeidet blir vellykket. Dersom det ikke er kommunikasjon med legen i oppfølgingsarbeidet i de saker hvor arbeidsgiver har et behov for veiledning, fremkommer at oppfølgingsarbeidet blir mangelfullt. Tilretteleggingsaspektet er også ofte mangelfullt vurdert i oppfølgingsplanene. I 2008 har tilsynene vært rettet mot bransjene varehandel, hotell og restaurant, renhold, samt et prosjekt i undervisningssektoren. Varehandel er den bransjen som har fått flest besøk, nesten 80 pst. av tilsynene.

Arbeidstilsynet har erfart at det er et stort behov for å vektlegge virksomhetenes arbeid med forebygging av sykdom. Utstøtingen fra arbeidslivet har flere årsaker, de er sammensatte og kompliserte. Kompetansen til å følge opp arbeidsrelatert sykdom og årsaker til fravær er for lav og synes å være en medvirkende årsak til at flere arbeidstakere går ut i langvarig sykefravær. Det har innenfor satsingsområdet også vært fokusert på om virksomheter som er pliktige til å ha bedriftshelsetjeneste faktisk har dette og bruker denne tjenesten på en hensiktsmessig måte.

3.7 Samhandling mellom Arbeidstilsynet, Arbeids- og velferdsetaten og Petroleumstilsynet om forebygging og oppfølging av sykefravær

Det er etablert en rekke sentrale og lokale samarbeidsaktiviteter mellom Arbeidstilsynet, Petroleumstilsynet og Arbeids- og velferdsetaten knyttet til forebygging og oppfølging av sykefravær. Samarbeidet gjelder felles veiledningsprosjekter og veiledningsmateriell overfor virksomhetene og avklaring/samkjøring av etatenes sanksjonsregimer samt utveksling av registerdata og annen informasjon og kompetanseutvikling. Samarbeidet er formalisert gjennom sentrale og regionale samarbeidsavtaler og årlige handlingsplaner og vil bli fulgt opp i etatenes løpende arbeid. Samarbeidet har bidratt til at etatene har utarbeidet felles veiledningsmateriale og har økt kunnskapen om hverandres roller, at etatene har en mer helhetlig tilnærming overfor virksomhetene på området forebygging og oppfølging av sykefravær samt et mer felles budskap utad, bl.a. gjennom den nye veilederen om arbeidsgivers tilretteleggings- og oppfølgingsansvar. Det er høsten 2009 inngått en samarbeidsavtale om utlevering av sykefraværdata fra NAV til Arbeidstilsynet. Slike data bidrar sammen med annen informasjon til i en risikovurdering av hvilke bransjer og virksomheter Arbeidstilsynet bør rette en innsats mot.

Vedlegg 4: Særlig om endringene i 2004

Da IA-avtalen ble evaluert midt i den første avtaleperioden høsten 2003, viste resultatene at sykefraværet hadde steget ca. 10 prosent over nivået ved avtaleinngåelse. Avtalen ble likevel videreført, men det var enighet om visse forutsetninger for det videre samarbeidet. Det ble i 2004 vedtatt en rekke endringer i sykmeldingsreglene mht. aktivitet og oppfølging hos arbeidstaker, arbeidsgiver og sykmelder. Bl.a. ble fokus på arbeidsplassen som kjernepunktet i IA-avtalen understreket. I den forbindelse ble det også satt ned en arbeidsgruppe bestående av partene og som vurderte avtalens virkemidler og utdypet nærmere forslag. I etterkant av at disse endringene ble innført, så man en positiv utvikling gjennom redusert sykefravær.

1 Endringene i Ot.prp. nr. 48 (2003-2004)

Som en direkte oppfølging av partenes erklæring og virkemiddelgruppens forslag til tiltak, fremmet departementet Ot.prp. nr. 48 (2003-2004) med forslag til endringer i folketrygdloven og med partenes erklæring som trykt vedlegg. Tiltakene som ble foreslått i proposisjonen understreket arbeidsplassen som den sentrale arena ved sykmelding. Tiltakene ble iverksatt 1. juli 2004.

1.1 Krav om aktivitet

Man innførte et aktivitetskrav i nytt annet ledd i folketrygdloven § 8-4 som betingelse for rett til sykepenges. I proposisjonens generelle merknader ble aktivitetskravet knyttet til lovens mulighet for å gradere sykepenges. Endringen innebar at arbeidsrelatert aktivitet nå skulle prøves så tidlig som mulig og senest innen åtte uker, unntatt når medisinske forhold er klart til hinder for det. Videre skulle aktivitetskravet i unntakstilfeller kunne fravikes når det dokumenteres at arbeidsrelatert aktivitet på den sykmeldtes arbeidsplass ikke kan gjennomføres. I proposisjonens generelle merknader angis at dette spesielt vil være aktuelt når den sykmeldte etter en kortere tid med rehabilitering og rekreasjon vil kunne gjenoppta sitt tidligere arbeid og arbeidsgiveren ikke kan sette den sykmeldte inn i annen aktivitet. En uttalt forutsetning i proposisjonen var at unntaksbestemmelsen skulle praktiseres strengt når legen ikke dokumenterer at medisinske grunner er til hinder for aktivitet på arbeidsplassen.

Aktivitetskravet kom også til uttrykk ved at det ble innført regler om at legen alltid må vurdere om vedkommende kan være i arbeid eller i arbeidsrelatert aktivitet, jf. folketrygdloven § 8-7 tredje ledd.

1.2 Legen må dokumentere hinder for arbeidsrelatert aktivitet

Tidligere oppstilte sykmeldingsreglene som vilkår for rett til fortsatte sykepenger at legen ved åtte ukers sykmelding skulle sende en særskilt legeerklæring med redegjørelse for videre behandlingsopplegg og vurdering av mulighetene for å gjenoppta arbeid. Ved Ot.prp. nr. 48 (2003-2004) ble det i folketrygdloven § 8-7 fjerde ledd krav til at legen senest ved åtte ukers sykmelding i erklæringen måtte dokumentere at det forelå medisinske hinder for arbeidsrelatert aktivitet. Samtidig ble legeerklæring bare obligatorisk der det ikke var iverksatt slik aktivitet.

1.3 Justering av egenmeldingsreglene for å unngå vridning fra egenmelding til legemelding

Tidligere fantes en bestemmelse i daværende annet ledd i folketrygdloven § 8-27 om at en egenmeldingsperiode ikke ble regnet som benyttet dersom fortsatt fravær ble dokumentert med legeerklæring. Som ledd i å forankre fraværsspørsmålet direkte hos arbeidstaker og arbeidsgiver i større grad, ble bestemmelsen opphevet slik at arbeidstakere ikke lenger skulle ha et insentiv til å velge legeerklæring framfor egenmelding.

1.4 Spissing av kravet til etatens oppfølging etter 12 uker

Tidligere skulle etaten treffe vedtak ved 12 uker i alle saker og samtidig vurdere behov for oppfølging med tiltak. I den forbindelse utarbeidet etaten oppfølgingsplaner ved behov. Innsatsen med å skulle utarbeide vedtak i alle saker gikk imidlertid utover arbeid med oppfølgingsplaner, noe også Riksrevisjonen kritiserte. Ved Ot.prp. nr. 48 (2003-2004) gikk man hvor den sykmeldte hadde arbeidsgiver bort fra 12-ukersvedtak og innførte en bestemmelse i § 8-7 sjuende ledd om at trygdekontoret senest etter 12 uker, med mindre det åpenbart var unødvendig, skulle etterspørre oppfølgingsplan fra arbeidsgiver, som etter regler innført i 2003 skulle påbegynnes senest etter åtte uker.

1.5 Gradert sykmelding foran aktiv sykmelding

Da aktiv sykmelding ble innført, var hovedmålsettingen å forhindre passivitet ved å opprettholde kontakten med arbeidsplassen. En analyse fra etaten viste imidlertid at personer med aktiv sykmelding kom senere tilbake i ordinært arbeid enn personer med vanlig sykmelding. Det mente man blant annet hang sammen med at lege, arbeidsgiver og arbeidstaker ble påvirket av utilsiktede insentivvirkninger: Legen hadde liten grunn til å gjøre sykmeldingen kort ettersom pasienten ikke mistet kontakt med jobben, det var lite press på den sykemeldte til friskmelding da han/hun var på jobb uansett, og arbeidsgiver hadde ingen økonomiske insentiver til å legge til rette for friskmelding

da folketrygden betaler sykepenger. Gjennom Ot.prp. nr. 48 (2003-2004) sikret man at legen alltid skal vurdere gradert sykmelding først. Det ble i loven gitt anvisning på at det skal ytes graderte sykepenger dersom den sykmeldte kan utføre en del av sine vanlige arbeidsoppgaver (enten ved å arbeide redusert tid eller ved å bruke lengre tid for å utføre disse oppgavene, for eksempel jobbe heltid, men utfører bare halvparten av oppgavene). Adgangen til å gi aktiv sykmelding ble redusert til åtte uker mot tidligere 12 uker, og loven ble også differensiert slik at perioden for aktiv sykmelding ble fire uker for lettere tilfeller.

1.6 Skjerpede sanksjoner overfor leger og presisering av arbeidstakers medansvar

Det ble ved Ot.prp. nr. 48 (2003-2004) gjort en lovendring i folketrygdloven § 25-7 som medførte at etaten kunne bestemme utelukkelse av en lege fra å utstede legeerklæringer som grunnlag for ytelser fra folketrygden dersom legen gjentatte ganger ikke følger de nye reglene. Departementet forutsatte i proposisjonen at etaten i større grad skulle ta i bruk sanksjonsmuligheten. Det ble også klargjort ved en presisering i folketrygdloven § 8-8 at arbeidstaker har et medansvar for å bidra til å avklare funksjonsevnen.

2 Andre forhold av betydning

2.1 Stor oppmerksomhet om sykefraværet

I forbindelse med de nye sykemeldingsreglene fra 1. juli 2004 ble det lansert en annonsekampanje om hovedinnholdet i de nye reglene. Kampanjen var rettet mot arbeidstakerne. Første versjon av annonsekampanjen skapte mye medieoppmerksomhet blant annet fra partene i arbeidslivet. Budskapet i annonsekampanjen og valg av bilder i kampanjen ble derfor drøftet med arbeidslivets parter og man ble enige om hvordan annonsene skulle se ut. Logoene til arbeidslivets parter og de aktuelle departementer og myndigheter ble tatt inn i annonsen, for å understreke at dette var et budskap som alle kunne stille seg bak. Det var lite medieoppmerksomhet mot den justerte informasjonskampanjen.

Det ble også planlagt en tilsvarende annonsekampanje rettet til arbeidsgivere. Denne ble aldri publisert.

2.2 Fagutviklingsprogram for legene

I løpet av 2004 gjennomførte Legeforeningen og Trygdeetaten et fagutviklingsprogram for fastleger med hovedmål å sette fokus på refleksjon over egen rolle i sykmeldingsarbeidet sett i lys av inkluderende arbeidsliv (IA). Programmet som totalt samlet 1 900 fastleger, ble gjennomført ved tre samlinger og gav inntil 21 godkjente kurstimer innen trygdemedisin.

Sentrale spørsmål i fagutviklingsprogrammet var bl.a. hvordan man skal jobbe rent praktisk, om det å være pasientens beskytter er forenlig med legerollen og om taushetsplikten er truet når opplysninger gis til arbeidsgiver.

I evalueringsnotat fra FAFO¹⁶ oppsummerer de erfaringer fra fagutviklingsprogrammet og gir følgende anbefalinger om veien videre:

- Kunnskapsutvikling og samarbeid som er etablert gjennom program bør inn i permanente former og rettes mot alle allmennpraktikere.
- Oppfølging av de allmennpraktikere som ikke har deltatt i programmet og mot sykehuslegene.

2.3 Ny sykmeldingsblankett

Fra 1. juli 2004 ble attesten "Medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom" innført.

Attesten ble utarbeidet av en arbeidsgruppe med representanter fra legeforeningen, NHO og LO, Sosialdepartementet og Trygdeetaten.

Blankettens Del II (utvidet legeerklæring) skulle fylles ut senest innen åtte uker hvis det var tungveiende medisinske årsaker til at arbeidsrelatert aktivitet ikke var igangsatt. Dersom trygdekontoret ikke mottok erklæringen ved åtte ukers sykmelding, ble sykepengene stoppet.

¹⁶ Leif E. Moland. "Med legene på laget – Et fagutviklingsprogram for å utvikle legenes rolle i det inkluderende arbeidsliv". Arbeidsnotat 6 i følgeforskning Inkluderende arbeidsliv. FAFO-notat 2005-06.

Vedlegg 5: Tilgrensende ordninger: Bedriftshelsetjenesten, Raskere tilbake og IA-avtalen

1 Bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjenesten er et virkemiddel for virksomhetene i arbeidsmiljøarbeidet, også når det gjelder tilrettelegging for sykmeldte mv. Som ledd i det forebyggende HMS-arbeidet, skal arbeidsgiver bl.a. sørge for at bedriftshelsetjenesten bistår ved individuell tilrettelegging, herunder deltakelse i dialogmøter og utarbeidelse av oppfølgingsplan i henhold til arbeidsmiljøloven § 4-6. I de virksomheter som har bedriftshelsetjeneste, er det krav om at denne deltar i dialogmøter etter 12 uker. Bedriftshelsetjenestens rolle i denne sammenheng er ikke behandling, men vil først og fremst være å bistå arbeidsgiver med å tilrettelegge arbeidssituasjonen for den enkelte arbeidstaker. Dette er en naturlig og viktig del av virksomhetenes systematiske og forebyggende HMS-arbeid. Gjennom IA-avtalen ytes det særlig honorar for arbeid med sykmeldte arbeidstakere og arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldt. Honoraret utbetales til virksomhetene for bruk av bedriftshelsetjenesten i denne sammenheng, bl.a. til bedriftshelsetjenestens deltagelse i dialogmøtene.

Iht. arbeidsmiljøloven har virksomhetene plikt til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste dersom risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Vurderingen av om en slik plikt foreligger skal foretas som ledd i gjennomføringen av det systematiske HMS-arbeidet, dvs. i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte. I tillegg er det krav om at alle virksomheter innenfor en rekke utsatte bransjer uten en nærmere vurdering har plikt til å etablere bedriftshelsetjeneste ("bransjeforskriften"¹⁷). Denne forskriften ble revidert fra 1. januar 2010, slik at dekningsområdet for obligatorisk plikt til å ha bedriftshelsetjeneste ble utvidet til følgende åtte nye bransjer: Helse- og sosialsektoren, undervisningssektoren, fiskeoppdrett og klekkerier, gjenvinning, vaktjenester, frisørbransjen, kraft- og vannforsyning og produksjon av tekstiler. Dette er risikoutsatte bransjer med store arbeidsmiljøutfordringer og belastninger. Bransjene preges også i stor grad av tidlig utstøting gjennom sykefravær og uførepensjonering. Ca. 660 000 arbeidstakere er i dag sysselsatt i de åtte nye bransjene, og bransjeforskriften/plikten omfatter således fra nå av ca 40 pst av virksomhetene og 55 pst av arbeidstakerne i Norge. Når en i tillegg regner med de virksomheter som har knyttet til seg bedriftshelsetjeneste på frivillig grunnlag, skal 70 pst av arbeidstakerne nå være tilknyttet bedriftshelsetjeneste.

Kvaliteten på bedriftshelsetjenestene i dag varierer. For å sikre at bedriftshelsetjenestene har den kvalitet og kompetanse som er nødvendig for å bistå virksomhetene i arbeidet med god forebygging og inkludering, innføres også fra 1. januar 2010 en obligatorisk godkjenningsordning for

¹⁷ FOR 2009-02-11 nr 162: Forskrift om at virksomheter innen visse bransjer skal ha godkjent bedriftshelsetjeneste

bedriftshelsetjenestene. Dette innebærer at alle virksomheter som har plikt til å ha bedriftshelsetjeneste, må knytte seg til en godkjent ordning. Forskriften stiller bl.a. minstekrav til kompetanse og volum på tjenestene. Bl.a. stilles det nå krav om at ha en sammensetning og et faglig personale som er i stand til å gi rådgivning innen områdene arbeidsmedisin/arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, og systematisk HMS-arbeid. Ordningene skal også ha et faglig personale som dekker minimum tre årsverk, og de enkelte fagområder (arbeidsmedisin, yrkeshygiene, ergonomi og psykososialt - organisatorisk) må være dekket med minimum 30 prosent av et årsverk. Godkjenningsordningen skal forvaltes av Arbeidstilsynet og det iverksettes en overgangsordning for perioden 2010-2012. For å oppnå det ønskede faglige løftet for bedriftshelsetjenesten, skal myndighetene også prioritere tilsyn og veiledning rettet mot virksomhetenes bruk av bedriftshelsetjenesten, bl.a. gjennom Arbeidstilsynets prosjekt «Forebygging av langtidssykefravær og økt inkludering ved et godt arbeidsmiljø».

I en tverrsnittsundersøkelse av 86 vellykkede IA-virksomheter utvalgt fra Idebanken Inkluderende arbeidsliv som STAMI gjennomførte i 2005, fant man at disse hadde en fraværsutvikling i perioden 2000 – 2004 som ikke avvek noe fra fraværsutviklingen i Norge som sådan, og at dette begrenset muligheten til å lære av de gode virksomhetene (Lie 2008b)¹⁸. De fant imidlertid at virksomhetene som rapporterte å ha et godt samarbeid med sin bedriftshelsetjeneste, hadde om lag 3 % poeng lavere sykefravær enn dem som rapporterte å ha et dårlig samarbeid. De hadde også gjennomført flere IA-tiltak enn dem som rapporterte å ha et dårlig samarbeid med bedriftshelsetjenesten. Dette kan tyde på at et godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten kan være en suksessfaktor for et lavt sykefravær, selv om man naturligvis skal være forsiktig med å konkludere fra en tverrsnittsundersøkelse (Lie 2008b).

Bedriftshelsetjenestens fortrinn framfor andre aktører innen helsetjenesten er at de gjennom sitt daglige virke i bedriftene opparbeider et verdifullt kontaktnett som er av stor verdi når det er behov for å få gjennomført gode atferdingstiltak for de ansatte. Gjennom å bidra til et godt arbeidsmiljø bidrar også bedriftshelsetjenesten til å forebygge sykefravær. Når man nå skal vurdere nye tiltak for et lavere sykefravær, vil bedriftshelsetjenesten kunne spille en viktig rolle.

2 Oppfølging gjennom helse- og rehabiliteringstjenesten – Raskere tilbake

Ordningen "Raskere tilbake" ble etablert i 2007 for å sikre raskere tilgang til nødvendige helsetjenester og nye tiltak under arbeids- og velferdsforvaltningen med et rehabiliteringstilskudd. I 2010 stilles det samlet vel en milliard kroner til disposisjon for denne ordningen. Den har gradvis økt i omfang siden oppstarten i 2007 både under arbeids- og velferdsetaten og på helsesiden. Pr. august i år var det henvist om lag 51 000 sykmeldte til helse- og rehabiliteringstjenester i regi av regionale

¹⁸ Lie A (2008b). Inclusive working life in Norway - Experiences collected from "Models of Good Practice" enterprises. CMJ 2008;49(4):553-60.

helseforetak siden oppstart. Pr. utgangen av 2008 var i alt om lag 6700 sykmeldte henvist til tjenestene avklaring, oppfølging

og arbeidsrettet rehabilitering i arbeids- og velferdsetatens regi (for 2009 foreligger data for kun gjennomsnittlig antall deltakere – i underkant av 1000). Arbeids- og velferdsetaten har i 2009 inngått nye rammeavtaler med leverandører for dagtilbud og døgntilbud innen arbeidsrettet rehabilitering.

Grunnet betydelig overføring av midler fra 2007 til 2008 og 2009, har rammene til nå vært relativt romslige. Både arbeids- og velferdssiden og helsesiden rapporterer om økende aktivitet det siste året.

Ordningen har bidratt til å etablere nye tilbud i gråsonen mellom helse og arbeid, rettet mot brukere med sammensatte behov som tidligere har stått uten et tilfredsstillende tilbud fra helsesektoren og Arbeids- og velferdsetaten. I Arbeids- og velferdsetaten blir gjennomgående kjøp av behandlingstjenester for lettere psykiske/sammensatte lidelser mest brukt, fulgt av det nye tiltaket Arbeidsrettet rehabilitering. Tilbudene oppsummeres av NAV lokalt som en viktig del av sykefraværsoppfølgingen, og de har bidratt til etablering av tilbud i gråsonen helse/arbeid – spesielt for brukere med sammensatte behov

I helsetjenestene står sammensatte lidelser, ortopedi og rehabiliteringstjenester for 80 % av brukerne. Mer enn tredjeparten av midlene tilfaller i 2009 private helseaktører. Erfaringene innen helsesektoren viser at midlene har gitt et raskere utrednings- og behandlingsforløp for mange sykemeldte.

Rehabiliteringstjenesten i helsesektoren har blitt mer arbeidsrettet og de arbeidsrettede tjenestene i Arbeids- og velferdsetaten har fått mer fokus på helse og mer helhetlig tilnærming til brukernes behov. Det rapporteres om godt samarbeid mellom arbeids- og velferdsetaten og helsesektoren mange steder. Graden av formalisert samarbeid varierer, noe som brukere kan oppleve som uoversiktlig. Undersøkelser, både i helsesektoren og i arbeids- og velferdsetaten, viser likevel stor grad av positive tilbakemeldinger fra brukerne.

Det er også pekt på noen utfordringer og forbedringsbehov. Tjenestene er fortsatt i en utviklingsfase, og det er bl.a. igangsatt et metodeutviklingsforsøk innen arbeidsrettet rehabilitering. Det er behov for bedre koordinering, klarere arbeidsdeling og mer gjensidig kunnskap mellom Arbeids- og velferdsetaten og helsesektoren, herunder bedre lokale rutiner rundt henvisninger og bedre gjensidig kunnskap om virkemidler. Det er behov for større involvering fra fastlege/kommunale helsetjenester, og bedre kompetanse i helsesektoren mht. å identifisere de med risiko for langtidsfravær. Videre er påpekt at tjenestene med fordel kan nyttes på et tidligere stadium i sykefraværet, og det er behov for større involvering av fastlegen og den kommunale helsetjenesten. Det planlegges å evaluere arbeidsrettet rehabilitering for å få en gjennomgang av innhold, arbeidsdeling, samarbeid og resultater. Det er videre viktig å heve kompetansen i helsesektoren vedrørende identifikasjon av personer med risiko for langvarig sykefravær. Direktoratene har også pekt på nødvendigheten av en god avklaring i forhold til arbeidsgivers oppfølgings- og tilretteleggingsplikt etter arbeidsmiljøloven.

En sluttrapport med effektevaluering av "Raskere tilbake" fra SNF skulle foreligget i juni 2009. Det har imidlertid tatt lengre tid enn forventet å få på plass en nødvendig forskrift som var en forutsetning for å kunne foreta nødvendige koblinger av data fra Arbeids- og velferdsetatens og de

regionale helseforetakenes registre. På denne bakgrunn, og andre forhold knyttet til grunnlagsdataene, har departementet forlenget SNFs frist til 1. mars 2010. Det foreligger så langt ikke delrapporter eller andre resultater fra SNFs evaluering.

3 IA-avtalen – bakgrunn, utvikling og resultater

Samarbeidet om et mer inkluderende arbeidsliv ble startet i 2001 ut fra en felles erkjennelse mellom partene og myndighetene om behovet for å redusere de viktigste utstøttingsmekanismene og utvikle og fremme nærværsfaktorer i arbeidslivet.

Hovedprinsippet bak IA-avtalen er at det er arbeidslivet/virksomhetene som er arena for å tilrettelegge og forebygge utstøting og følge opp utsatte arbeidstakere, med støtte fra myndighetene. Det ble i 2001 fastsatt tre operative delmål: 1: redusert sykefravær, 2: tilsetting av flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne og 3: økning av den reelle pensjoneringsalder.

Det var videre enighet om en "tiltaksplan" rettet mot arbeidsgivere, arbeidstakere og myndigheter. "IA-virksomheter" inngår en samarbeidsavtale med Arbeids- og velferdsetaten (opprinnelig Trygdeetaten) og forplikter seg da i forhold til målene i avtalen, samtidig som det utløser enkelte rettigheter i form av tilskudd og faglig bistand. Det ble etablert en koordineringsgruppe hvor partene og myndighetene i fellesskap skal bidra til at intensjonsavtalens operative mål nås på en best mulig måte. Koordineringsgruppen har ikke beslutningsmyndighet, og anbefalinger skal være basert på konsensus i gruppen. Koordineringsgruppen forbereder diskusjoner om IA-avtalen i Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd, og har i perioden fått utviklet en rekke felles informasjonstiltak.

Da IA-avtalen ble evaluert midt i den første avtaleperioden høsten 2003, viste resultatene at sykefraværet hadde steget ca 10 % over nivået ved avtaleinngåelse. Avtalen ble likevel videreført, men det var enighet om visse forutsetninger for det videre samarbeidet. Det ble i 2004 vedtatt en rekke endringer i sykemeldingsreglene når det gjaldt krav til aktivitet og oppfølging hos arbeidstaker, arbeidsgiver og sykmelder. I etterkant av at disse endringene ble innført, så man en positiv utvikling gjennom redusert sykefravær.

IA-avtalen ble reforhandlet for perioden 2006-2009 til tross for manglende måloppnåelse. I 2007 ble det videre vedtatt en rekke endringer i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven rettet mot både arbeidsgivere, arbeidstakere og leger/sykmelder som tydeliggjør og forsterker kravene til oppfølging av og tilrettelegging for sykmeldte (oppfølging av Stoltenberg-utvalget). I tillegg til den opprinnelige avtalen og tiltak under denne er det underveis inngått fire detaljerte tilleggsavtaler og iverksatt mange nye fellestiltak. Til sammen 48 virkemidler knyttes til arbeidet med et inkluderende arbeidsliv. Langt de fleste av disse tiltakene er knyttet til den generelle arbeidsrettede innsatsen til Arbeids- og velferdsetaten. Videre brukes det drøyt 1 mrd. kroner på tiltak i regi av Arbeids- og velferdsetaten og helsemyndighetene for å få sykmeldte tilbake til arbeid, "Raskere tilbake", samt en rekke andre tiltak.

Resultatene innenfor de tre delmålene for IA-avtalen er varierende:

- Reduksjon i sykefraværet

Delmål 1 er at sykefraværet skal reduseres med minst 20 pst i avtaleperioden. Resultatene viser imidlertid at det totale sykefraværet i 2. kvartal 2009 var 1,4 pst. høyere enn 2. kvartal 2001, året da avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble inngått. Sykefraværet har variert i perioden og er nå lavere enn ved årsskiftet 2003/2004. Fraværet var 2. kvartal 2009 ca. 13 pst. høyere enn i 2. kvartal 2005, da IA-avtalen ble reforhandlet.

- Økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne

Når det gjelder delmål 2 har det blitt etablert tre indikatorer for å måle resultatene. Andelen sykmeldte som kommer tilbake i arbeid etter 13 uker har i perioden ligget på nivå med målsetningen eller noe høyere. For indikatoren tilbakeføring fra en trygdeytelse til arbeid er målet ikke nådd. Tilgjengelig statistikk gir også det samme bildet når det gjelder sysselsettingsfrekvensen for personer med redusert funksjonsevne i avtaleperioden.

- Økt reell pensjoneringsalder

Den reelle pensjonsalder er økt med 6 mnd. i perioden, dvs. at målet for IA-avtalen på dette punkt er nådd. Undersøkelser fra Senter for Seniorpolitikk viser for øvrig at arbeidsgiveres holdninger til seniorarbeidskraft er positivt endret i perioden.

To av de tre målene i IA-avtalen er således ikke nådd. Evalueringer og erfaringer så langt viser allikevel at det lokale aktivitetsnivået i kjølvannet av IA-avtalen mange steder har vært høyt. Samarbeidet med partene og engasjementet rundt IA-arbeidet både sentralt og lokalt har vært positivt. Bl.a. har det åpnet for aksept og støtte for innføring av nye krav om oppfølging fra arbeidsgivere og medvirkning fra arbeidstakerne i sykefraværsarbeidet. Dette vil være en bakgrunnsfaktor for myndighetenes og partenes felles drøftinger om ny IA-avtale fra 1. mars 2010.

IA-avtalen ble evaluert i regi av SINTEF Helse i 2009¹⁹. SINTEF viser til at resultatene innenfor de tre delmålene i IA-avtalen er varierende, samtidig som det er store forskjeller i IA-arbeidet mellom ulike sektorer og etter størrelse på virksomheten. SINTEF begrunner dette bl.a. med at tradisjonene for å drive HMS-arbeid varierer. Det påpekes at avtalen ikke er tydelig nok på de tillitsvalgte rolle i IA-arbeidet. SINTEF-rapporten fremhever at graden av hvor involverte de tillitsvalgte er og om det legges til rette for anledning til medvirkning, har stor betydning for hvor godt IA-arbeidet er implementert. I følge SINTEF bør det videre utviklingsarbeidet av IA-avtalen ta hensyn til dette og innsatsen målrettes, særlig etter sektor og virksomhetsstørrelse. SINTEF peker på at en gjennomgang

¹⁹ SINTEF Rapport nr A11947, evaluering av IA-avtalen, 2009

og forenkling av virkemiddelpakken synes nødvendig. SINTEFs evaluering trekker fram som en av konklusjonene at: "Virksomhetene er godt fornøyd med NAV Arbeidslivssenter, og sentrene synes særlig viktig for virksomhetene i omstrukturingsperioden i NAV". SINTEF mener videre at IA-samarbeidet bør ha et sterkere fokus på forebygging, ved at en fokuserer mer på å unngå at arbeidstakere faller ut av arbeidslivet.

SINTEF peker på at IA-samarbeidet har gitt nye arenaer for samarbeid mellom hovedavtalepartene på sentralt nivå. Samarbeidet mellom arbeidstakerorganisasjonene og arbeidsgiverorganisasjonene har bedret seg gjennom avtalen. Dette kan ha lagt et grunnlag for en revitalisert avtale med et enda tettere samarbeid mellom arbeidstaker- og arbeidsgiversiden. Evalueringen karakteriserer også myndighetenes rolle i trepartssamarbeidet som relativt krevende mht. å skulle stille virkemidler til disposisjon, uten at dette nødvendigvis reflekteres i målbare effekter. SINTEF mener at en mulig lærdom av dette kan være å fokusere sterkere på det mest mulig operative og virksomhetsnære nivået, der også virkemidlene i hovedsak er plassert.

Vedlegg 6: Legers sykmeldingspraksis – NAVs statistikk over sykmeldinger skrevet ut av fastlegen

1 Statistikkbeskrivelser

Formålet med statistikken er å bedre dialogen mellom fastlegene og NAV i forbindelse med oppfølging av sykefraværet. Statistikken kan gi den enkelte fastlege kunnskap om hvordan han/hun selv sykmelder og dermed også en mulighet for å reflektere over egen praksis. Statistikkverktøyet benyttes i NAVs samarbeid med fastlegene med sikte på at utviklingen går i retning av mindre sykefravær og er ikke utarbeidet for bruk i kontrollhensikt. Statistikkløsningen er utarbeidet i samarbeid med Allmennlegeforeningen.

1.1 Hvem er inkludert i statistikkløsningen

Statistikken er basert på at legen er registrert i fastlegeregisteret. Det vil si at leger i spesialisthelsetjenesten og andre behandlere ikke er inkludert i statistikken.

Pasientgrunnlagsstatistikk hentes fra fastlegeregisteret, viser antall pasienter tilknyttet hver enkelt lege, alders- og kjønnsfordeling blant pasientene og andel pasienter i arbeidsfør alder og er tilknyttet fastlegens praksiskommune og fylke.

1.2 Hva er inkludert i statistikkløsningen

Sykefraværstatistikken er basert på alle sykmeldinger som er registrert av NAV og skrevet ut av en fastlege. Sykefraværet sees i forhold til geografi etter hvor fastlegen har sin praksisavtale. Det betyr at det er sykmeldingens tilknytning til en lege og legens tilknytning til en praksiskommune som bestemmer hvilken kommune som sykefraværet rapporteres under. Dette er uavhengig av pasientens bostedskommune.

Det vises statistikk både for de enkelte sykmeldingsblankettene og for hele sykefraværet:

- Statistikk på *sykmeldingene* – som er hver sykmeldingsblankett som skrives ut av fastlegen
- Statistikk på *sykefraværstilfeller* – et sykefraværstilfelle er perioden hvor en pasient har vært sammenhengende sykmeldt. Et sykefraværstilfelle kan bestå av flere sykmeldinger.

Sykefraværstilfellet knyttes til siste fastlege som har skrevet sykmelding i forbindelse med sykefraværstilfellet.

Statistikken består av 12 måneders periode som avsluttes hvert kvartal med kvartalsvis oppdatering. Dette for å sikre at tallene ikke blir for små.

Løsningen legger opp til at legen i hovedsak skal kunne se utvikling i statistikken over tid.

Det vil også være mulig å se egen statistikk i forhold til gjennomsnittet for kommunen og fylket. Det vil *ikke* være mulig å sammenligne seg med andre leger. I kommuner med færre enn tre leger har man heller ikke mulighet til å sammenligne seg med kommunegjennomsnittet.

Statistikk over sykmeldinger skrevet ut av fastlegen gir oversikt over:

- Varighet av den enkelte sykmelding
- Bruk av graderte sykmeldinger
- Bruk av avventende sykmelding
- Diagnoser (ICPC-2)
- I forhold til pasientens alder og kjønn

Statistikk-løsningen for legers sykmeldingspraksis er tilrettelagt i NAVs datavarehus. **Det er veiledere på NAV lokalkontor som konkret arbeider med oppfølging av sykmeldte og rådgivende overleger som har tilgang til statistikken.** Disse skal ha gjennomført opplæring og har spesiell tilgang til løsningen.

2 Statistikkseksempler

Rapport 6.1 Antall pasienter og andel i arbeid

	Antall pasienter	Antall i arbeid	Andel i arbeid %	Status
01 Østfold	262 038	108 523	41,4	
02 Akershus	499 004	223 776	44,8	
03 Oslo	580 049	262 808	45,3	
04 Hedmark	185 172	74 429	40,2	
05 Oppland	182 275	74 660	41,0	

Rapport 6.2 Andel sykmeldinger etter varighet

	Antall syk- meldinger	Andel gradert %	Snitt varighet i dager	Andel sykmeldinger etter varighet %				
				1 uke og under	1 til 2 uker	2 til 3 uker	3 til 5 uker	5 uker og over
<u>01 Østfold</u>	159 196	21,2	19,6	28,1	21,4	15,1	24,1	11,3
<u>02 Akershus</u>	293 899	24,6	18,2	34,4	19,7	13,8	22,5	9,7
<u>03 Oslo</u>	314 577	23,9	18,0	34,3	19,7	14,6	21,6	9,8

Rapport 6.3 Andel sykmeldinger etter varighet og diagnose

Landet					Andel sykmeldinger etter varighet %				
Diagnose	Antall syk- meldinger	Andel tilfeller %	Andel gradert %	Snitt varighet i dager	1 uke og under	1 til 2 uker	2 til 3 uker	3 til 5 uker	5 uker og over
Allmenne plager	147 484	5,4	25,2	18,8	30,9	21,1	15,3	22,1	10,6
Luftveier	375 102	13,8	5,8	8,8	69,9	18,6	4,4	4,7	2,4
Muskel og skjelett	1 044 123	38,4	25,6	20,8	23,0	22,4	17,2	25,8	11,7
Psykiske lidelser	459 046	16,9	27,2	23,3	16,7	19,8	18,3	30,8	14,3
Svangerskap	140 173	5,1	33,0	22,7	20,1	16,3	17,6	31,0	15,0
Øvrige diagnoser	554 151	20,4	22,3	19,3	33,3	18,7	13,4	22,9	11,7
Ukjent	2 004	0,1	23,3	39,4	13,3	13,2	12,5	34,0	26,9
Sum	2 722 083	100,0	22,9	19,3	30,7	20,3	14,8	23,2	11,0

02 Akershus									
Diagnose	Antall syk- meldinger	Andel tilfeller %	Andel gradert %	Snitt varighet i dager	1 uke og under	1 til 2 uker	2 til 3 uker	3 til 5 uker	5 uker og over
Allmenne plager	16 677	5,7	26,0	17,8	34,5	20,7	14,3	21,5	9,0
Luftveier	50 156	17,1	5,8	7,9	74,5	16,4	3,4	3,9	1,8
Muskel og skjelett	102 219	34,8	29,1	20,2	24,4	22,5	16,7	25,7	10,7
Psykiske lidelser	48 822	16,6	30,3	23,2	16,6	19,7	18,4	32,0	13,3
Svangerskap	15 539	5,3	38,4	22,8	19,6	16,6	17,1	32,2	14,5
Øvrige diagnoser	60 229	20,5	24,1	18,3	36,2	18,1	12,6	22,7	10,4
Ukjent	257	0,1	35,0	47,1	9,7	11,3	13,2	36,6	29,2
Sum	293 899	100,0	24,6	18,2	34,4	19,7	13,8	22,5	9,7

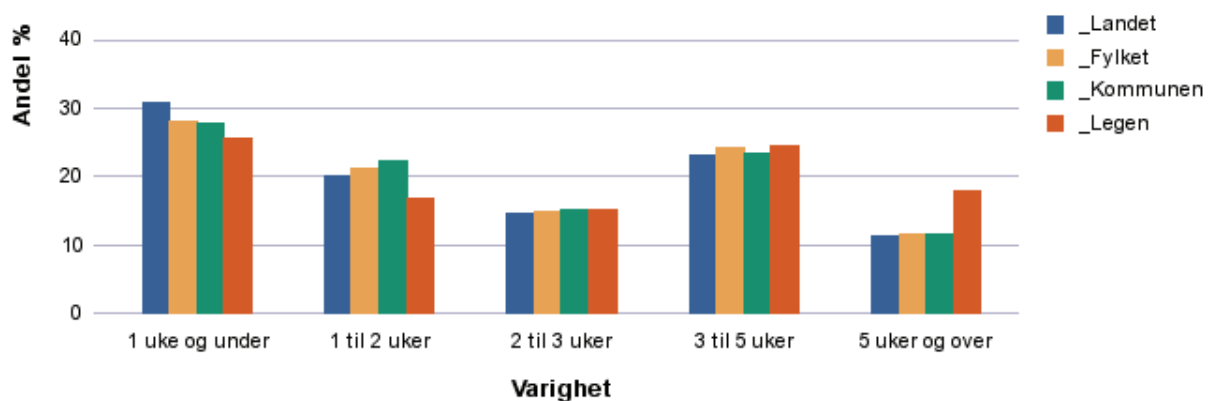
Kari er fastlege i en middels stor kommune. Hun er 45 år gammel og har en praksis på ca. 1300 pasienter.

Rapport 6.4 Oversikt over Karis pasientgrunnlag

		Antall pasienter	Antall i arbeid	Andel i arbeid %
Kvinner	16 år og under	139	1	0,7
	17-29 år	82	45	54,9
	30-49 år	239	196	82,0
	50-66 år	246	164	66,7
	67 år og over	190	1	0,5
	Sum		896	407
Menn	16 år og under	152	1	0,7
	17-29 år	86	51	59,3
	30-49 år	82	67	81,7
	50-66 år	52	36	69,2
	67 år og over	39	1	2,6
	Sum		411	156
Sum		1 307	563	43,1

Rapport 6.5 Statistikk på sykmeldingsblanketten siste periode for Kari og i hennes kommune

	Antall syk-meldinger	Andel gradert %	Snitt varighet i dager	Andel sykmeldinger etter varighet %				
				1 uke og under	1 til 2 uker	2 til 3 uker	3 til 5 uker	5 uker og over
_Legen	814	30,6	23,0	25,6	16,8	15,1	24,6	17,9
_Kommunen	16 047	20,8	19,5	27,7	22,2	15,0	23,5	11,5
_Fylket	163 994	21,1	19,7	28,2	21,1	15,0	24,2	11,6
_Landet	2 785 949	22,9	19,3	30,7	20,2	14,7	23,2	11,2



Rapport 6.6 Statistikk sykmeldingsblanketten – på diagnosegrupper for Kari

Diagnose	Antall syk-meldinger	Andel meldinger %	Andel gradert %	Snitt varighet i dager	Andel sykmeldinger etter varighet %				
					1 uke og under	1 til 2 uker	2 til 3 uker	3 til 5 uker	5 uker og over
Allmenne plager	63	7,7	41,3	20,8	14,3	20,6	20,6	38,1	6,3
Luftveier	96	11,8	17,7	12,1	57,3	19,8	7,3	8,3	7,3
Muskel og skjelett	277	34,0	31,4	27,1	19,5	17,0	13,7	25,6	24,2
Psykiske lidelser	156	19,2	38,5	24,8	13,5	17,9	21,8	28,8	17,9
Svangerskap	34	4,2	35,3	24,6	14,7	2,9	29,4	35,3	17,6
Øvrige diagnoser	188	23,1	25,0	21,5	34,0	15,4	11,2	21,3	18,1
Sum	814	100,0	30,6	23,0	25,6	16,8	15,1	24,6	17,9

Rapport 6.7 Sykmeldingsblankett: Karis utvikling over tid for diagnosegruppe Muskel og skjelett

Diagnose	Periode	Antall syk-meldinger	Andel gradert %	Snitt varighet i dager	Andel sykmeldinger etter varighet %				
					1 uke og under	1 til 2 uker	2 til 3 uker	3 til 5 uker	5 uker og over
Muskel og skjelett	01.01.04 - 31.12.04	296	25,0	27,1	17,6	19,6	22,0	24,3	16,6
	01.01.05 - 31.12.05	289	30,1	27,5	15,9	23,5	14,9	24,9	20,8
	01.01.06 - 31.12.06	273	25,6	22,2	25,6	22,7	12,5	20,5	18,7
	01.01.07 - 31.12.07	277	31,4	27,1	19,5	17,0	13,7	25,6	24,2

Rapport 6.8 Sykefraværstilfeller etter pasientens alder hvor Kari er avsluttende lege

Alder	Antall tilfeller	Andel gradert %	Snitt varighet i dager	Andel sykefraværstilfeller etter varighet %		
				16 dager og under	16 dager til 8 uker	8 uker og over
Kommunen						
16-29 år	1 482	12,1	34,2	65,2	19,3	15,5
30-49 år	3 414	19,3	55,1	52,2	22,6	25,3
50 år og over	1 789	25,9	78,6	42,3	25,2	32,5
Sum	6 685	19,5	56,7	52,4	22,5	25,0
Legen						
16-29 år	57	7,0	27,9	71,9	15,8	12,3
30-49 år	131	42,7	74,4	35,9	26,0	38,2
50 år og over	102	32,4	92,8	38,2	25,5	36,3
Ukjent						
Sum	290	32,1	71,7	43,8	23,8	32,4

Rapport 6.9 Sykefraværstilfeller etter pasientens kjønn, hvor Kari er avsluttende lege – utvikling de siste fire årene

Kjønn	Periode	Antall tilfeller	Andel gradert %	Snitt varighet dager	Andel sykefraværstilfeller etter varighet %		
					16 dager og under	16 dager til 8 uker	8 uker og over
Kvinner	01.01.04 - 31.12.04	233	21,9	74,3	40,8	22,7	36,5
	01.01.05 - 31.12.05	229	25,8	84,2	41,0	18,8	40,2
	01.01.06 - 31.12.06	230	27,8	67,1	43,5	26,1	30,4
	01.01.07 - 31.12.07	229	34,1	78,9	39,7	24,5	35,8
Menn	01.01.04 - 31.12.04	51	19,6	65,8	51,0	17,6	31,4
	01.01.05 - 31.12.05	53	22,6	73,8	50,9	24,5	24,5
	01.01.06 - 31.12.06	61	19,7	42,9	65,6	18,0	16,4
	01.01.07 - 31.12.07	61	24,6	44,9	59,0	21,3	19,7

Referanser

Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner: RTV-rapport 05/06.pdf

<http://www.nav.no/binary/1073745851/file?download=true>

Fastlegers sykmeldingspraksis II: Regelendringer og Legeprogrammet: RTV-rapport 06/06.pdf

<http://www.nav.no/binary/1073745852/file?download=true>

www.nav.no → søk på Legen i det inkluderende arbeidslivet nr 2 2008.pdf

Nav.no - Tall og Analyse – Sykefraværstatistikk <http://www.nav.no/page?id=1073743235>

Vedlegg 7: Kunnskapsoversikt – Arbeidsrelatert helse og sykefravær

1 Innledning

Årsakene til sykefravær er mangfoldige. Arbeidsmiljøfaktorer er en av variablene av betydning i denne sammenhengen. Det er godt dokumentert at arbeidsmiljø og arbeidsforhold har betydning for mange helseutfall. Mye av kunnskapen om "stress" og hjertesykdom kommer eksempelvis fra forskning om virkninger av arbeidsforhold. Det er videre godt dokumentert at høye krav (bl.a. tidspress) sammen med lite kontroll over egen arbeidssituasjon, øker risiko for hjertesykdom. Urettferdig ledelse øker risiko for hjertesykdom og depresjon. De som er lite tilfreds med jobben, har bl.a. større risiko for rygg smerter og dårligere resultater av ischias-operasjon. Mekaniske belastninger som arbeid med tungt håndverktøy og arbeid med løftede armer kan øke risiko for skulderproblemer. Andre eksempler er kjemiske og biologiske eksponeringer som kan gi en rekke helseproblemer. Videre er det mye som tyder på at det å være i arbeid er helsebringende. Arbeidsrelaterte helseutfall er derfor av betydning for sykefravær.

Å kvantifisere hvor stor del av sykefraværet som er arbeidsrelatert/skyldes arbeidsmiljøfaktorer er derimot vanskelig, og heller ikke nødvendigvis konstruktivt. Årsaker til legitimt sykefravær er individuelle, og er en funksjon av individets helse og de kravene arbeidet stiller. Likevel er det slik at det i en rekke undersøkelser er blitt studert hvor stor andel av sykefravær som kan tilskrives, helt eller delvis, arbeidsmiljøforhold. I dette notat vil vi søke å redegjøre for kunnskapsgrunnlaget på dette feltet av relevans for norske forhold.

Å ha et helseproblem er ikke det samme som ikke å kunne arbeide. En rekke arbeidsfaktorer bidrar til å forme betydningen av et helseproblem for arbeidsevnen. Det må være samsvar mellom kravene som arbeidet stiller på den ene siden og den ansattes helse og kompetanse, dvs. kunnskaper, ferdigheter og arbeidsevne, på den andre siden. Holdninger og oppfattelser på arbeidsplassen bidrar til å bestemme hvordan den enkelte vurderer sammenhengen mellom arbeidssituasjon og arbeidsevne. Hvis man selv er overbevist om at man ikke vil klare arbeidsoppgavene, spiller det liten rolle om man faktisk kan trenes til å klare dem.

I tabell 7.1 presenteres det en oversikt over enkelte vitenskapelig studier (ikke utfyllende/systematic review) som har studert arbeidsforhold av betydning for helse og sykefravær, med fokus på mekaniske og psykiske/sosiale eksponeringer, hvilket utgjør de vesentligste bidragene til arbeidsrelatert sykefravær.

Tabell 7.1 Oversikt over et utvalg av vitenskapelige studier som har studert arbeidsforhold av betydning for helse og sykefravær

Mekaniske eksponeringer

Nakke fleksjon Nakke rotasjon	Sykefravær grunnet nakkesmerter	Ariens GA et al, High physical and psychological load at work and sickness absence due to neck pain. Scand J Environ Health, 2002, 28, 222-231.
Flexion and rotation of trunk Lifting	Sykefravær grunnet ryggsmerter	Hoogendorn et al, High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. Occup Environ Med, 2002, 59, 323-328.
Stooping work position, Twisting the back, Pushing/pulling heavy loads, Physical activity at work	Langvarig sykefravær	Labriola M, Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work, PhD thesis, National Inst of Occup Health and Institute of Publ Health, University of Copenhagen, 2006.
Hyppig håndtering av tunge objekter	Sykefravær grunnet ryggsmerter	Eriksen W et al, Work factors as predictors of intense or disabling low back pain; a prospective study of nurses' aides. Occup environ Med, 2004, 61, 398-404.

Psykologiske og sosiale eksponeringer

<p>Lav kontroll (decision authority) Middels utviklingsmuligheter (skill discretion)</p>	<p>Sykefravær grunnet nakkesmerter</p>	<p>Ariens GA et al, High physical and psychological load at work and sickness absence due to neck pain. Scand J Environ Health, 2002, 28, 222-231.</p>
<p>Low job satisfaction</p>	<p>Sykefravær grunnet ryggsmerter</p>	<p>Hoogendorn et al, High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. Occup Environ Med, 2002, 59, 323-328.</p>
<p>Lav kontroll Lave krav Lav sosial støtte Høye krav + lav kontroll hos ansatte hos lavere Sosioøkonomisk status (stillingsnivå) Whitehall: Engelske statsansatte</p>	<p>Korttids og langtids sykefravær hos menn</p>	<p>North FM et al, Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study. Am J Publ Health, 1996, 86, 332-340.</p>
<p>Redusert kontroll (endring) Økte krav (endring) Økt sosial støtte (endring)</p>	<p>Økte langtidsfravær. Reduserte langtidsfravær</p>	<p>Head J et al, Influence of change in psychosocial work characteristics on sickness absence: the Whitehall II study. J Epidemiol Community Health, 2006, 60, 55-61.</p>
<p>Fravær av kultur med oppmuntring og støtte (Hjelpepleiere i Norge)</p>	<p>Sykefravær</p>	<p>Eriksen W et al, Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides.</p>
<p>Hyppig håndtering tunge objekter Middels arbeidskrav Fravær av kultur med oppmuntring og støtte Nattskift Arbeid i sykehjem. Endringer i arbeidsoppgaver som reduserte støtte og oppmuntring på arbeidsplassen</p>	<p>Sykefravær grunnet ryggsmerter Langtidsfravær grunnet ryggsmerter</p>	<p>Eriksen W et al, Work factors as predictors of intense or disabling low back pain; a prospective study of nurses' aides. Occup Environ Med, 2004, 61, 398-404.</p>

Har en langvarig sykdom (diagnose) Lav kontroll (decision latitude) Lav sosial støtte Mental illness Tretthet Low job satisfaction	Langtidsfravær, > 1 mnd	Andrea H, Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and or general practitioner in relation to work: a prospective study. <i>Occup Environ Med</i> , 2003, 60, 295-300.
Fraværskultur	Sykefravær	Martocchio JJ, The effects of absence culture on individual absence., <i>Human relations</i> , 1994, 47, 243-262.
Low decision authority Low supervisor support Low management quality	Langvarig sykefravær	Labriola M, Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work, PhD thesis, National Inst of Occup Health and Institute of Publ Health, University of Copenhagen, 2006.
Høye nivåer av emosjonell støtte (betroelsestøtte) fra nærmeste person	Økt sykefravær	Rael EGS et al, Sickness absence in the Whitehall II study, London: the role of social support and material problems. <i>J Epidemiol Community Health</i> , 1995, 49, 474-481.

2 Arbeidsrelaterte helseproblemer i befolkningen

For å kunne gi et estimat over hvor stor andel av sykefraværet som er arbeidsrelatert på aggregert nivå, med alle de begrensinger og forbehold dette måtte innebære, er det nødvendig å definere hva man legger i begrepet *arbeidsrelatert* sykdom. Det er allmenn enighet om at begrepet arbeidsrelatert sykdom omfatter sykdommer som er *forårsaket* av arbeidsforhold. Det er imidlertid også vanlig å inkludere sykdom som er *forverret* av arbeidsforhold, selv om de kan ha andre årsaker. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer arbeidsrelaterte sykdommer som multifaktorielle, der arbeidsmiljø og arbeidsutførelse har en vesentlig betydning som årsak til sykdommen, sammen med andre faktorer (WHO, 1985). Alle forhold som påvirker en sykdoms forekomst kan ses på som årsaker til sykdommen. Dersom en har som mål å forebygge arbeidsrelatert sykdom, må en derfor inkludere både sykdomstilfeller som kan være forårsaket (helt eller delvis) av arbeidsforholdene og tilfeller som er forverret av arbeidsforholdene. Denne definisjonen er vanlig brukt i Norge, bl.a. av Arbeidstilsynet.

I enkelte andre land, som Nederland og Finland, omtales også sykdom som *nedsetter arbeidsevnen* som arbeidsrelatert sykdom. Det gjøres vanligvis ikke i Norge, selv om interaksjonen mellom arbeid og helse også er viktig i slike tilfeller. Det vil kunne være behov for tiltak på arbeidsplassen både ved sykdom som er forårsaket eller forverret av arbeidsforhold, og ved sykdom som nedsetter arbeidsevnen. Slike tiltak vil kunne ha betydning for den sykes mulighet for å kunne arbeide, og vil derfor ha betydning for sykefraværet.

Statistisk sentralbyrå (SSB) har regelmessig fulgt forekomst av selvrapporterte, arbeidsrelaterte helseproblemer i befolkningen siden 1996, for enkelte forhold helt tilbake til 1989. Det har generelt vært små forandringer i perioden 1996–2006. Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) benytter en rekke datakilder i sitt overvåkingsarbeide. Sentrale kilder i dette arbeidet er levekårsundersøkelsene (LKU) og arbeidskraftsundersøkelsene (AKU) fra SSB, samt European working conditions survey (EWCS) fra European Foundation for the improvement of Working and Living Conditions. En nærmere angivelse av NOAs rapporter som mye av dette notatet bygger på er angitt i referanselisten. LKU-data fra 2009 er ikke tilgjengelig før februar 2010, så i dette notat er data fra 2006 sist oppdaterte tall. Disse datakildene er basert på selvrapporte spørreundersøkelser, med de feilkilder og begrensninger det innebærer, og kan brukes som en indikator på hvordan mennesker selv opplever sitt arbeidsmiljø og arbeidsforhold, og hvordan de opplever at dette påvirker helse og sykefravær.

2.1 Selvrapporterte arbeidsrelaterte eksponeringer – LKU 2006

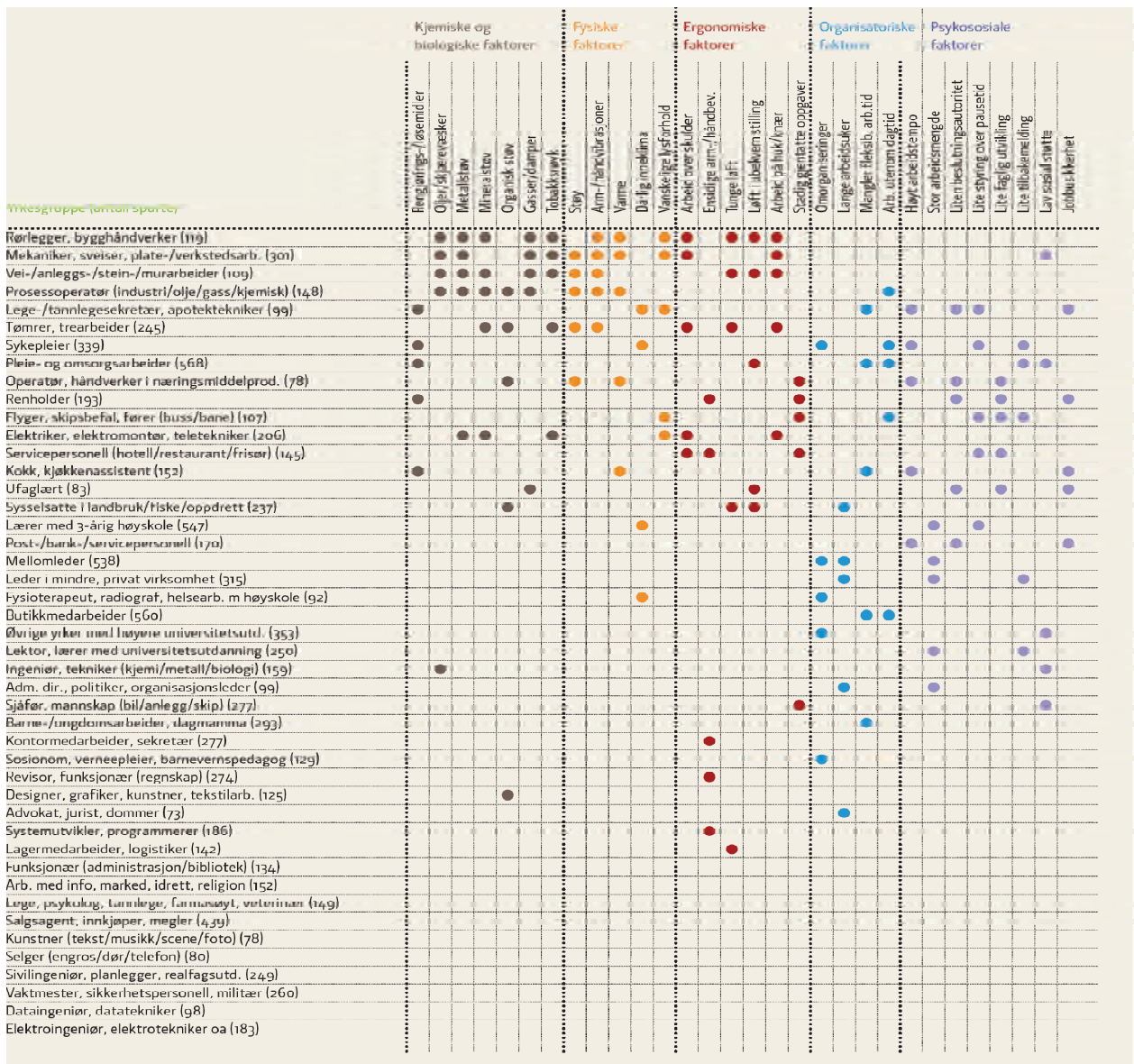
I tabell 7.2 er det samlet en rekke sentrale arbeidsmiljøfaktorer innenfor kjemisk, fysisk, ergonomisk, organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø, basert på data fra LKU 2006. Et landsomfattende representativt utvalg på drøyt 10.000 yrkesaktive personer ble bl.a. spurt om ulike sider ved deres arbeidsmiljø. For å danne et overordnet bilde av hvilke yrkesgrupper som har høyest forekomst av potensielt helseskadelige arbeidsmiljøfaktorer, er de fem yrkesgruppene som er mest utsatt for hver av de utvalgte arbeidsmiljøfaktorene fremhevet. Disse yrkesgruppene omtales som *fem på topp* for hver arbeidsmiljøbelastning (eksponering). Det er viktig å være oppmerksom på at oversikten er basert på hvordan yrkesaktive selv opplever egen arbeidssituasjon. Det må også påpekes at det kan finnes både alvorlige og utbredte problemer i en del av yrkesgruppene som ikke kommer opp blant fem på topp, både fordi forskjellene mellom yrkesgruppene kan være små, og fordi det kan være undergrupper innenfor hver yrkesgruppe som kan være utsatt i betydelig større grad enn resten.

Når det omtales arbeidsmiljøfaktorer som er potensielt helseskadelig, betyr det at det å utsettes for faktoren kan føre til at man utvikler helseplager eller at eksisterende plager forverrer seg. Hvorvidt dette skjer, vil blant annet avhenge av hvor alvorlig, hyppig eller langvarig eksponeringen eller påvirkningen er. I mange tilfeller vil også helsekonsekvensen være avhengig av hvordan den enkelte arbeidstaker takler ulike typer krav i jobben, enten de er av fysisk eller psykologisk art. I det følgende er det brukt begrepet belastende arbeidsmiljøfaktor eller arbeidsmiljøbelastninger når arbeidsmiljøfaktorer som er potensielt helseskadelige omtales.

Når man ser på forekomsten av kjemiske, fysiske og ergonomiske arbeidsmiljøbelastninger, er det langt på vei de samme yrkesgruppene som går igjen blant dem som er mest utsatt. Hvis vi på den

annen side ser på hvilke yrkesgrupper som er mest utsatt for ulike psykososiale og organisatoriske belastningsfaktorer, er bildet mindre entydig. På overordnet nivå kan man si at faglærte og ufaglærte manuelle yrker mest utsatt for kjemiske/biologiske og fysiske faktorer, og at yrker innenfor helse og tjenesteyting mest utsatt for psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer.

Tabell 7.2 Arbeidsmiljøbelastning etter yrkesgruppe. For hver faktor (kolonne) er de fem yrkesgruppene med høyest nivå markert. Yrkesgruppene er deretter sortert etter antall topp-plasseringer. Se rammen for en nærmere beskrivelse av de data som inngår i tabell 7.3. Arbeidsmiljøfaktorene er også nærmere beskrevet i delrapportene. (Kilde: SSB, LKU 2006)



2.2 Selvrapporterte arbeidsrelaterte helseplager – LKU 2006

I tabell 7.3 er det basert på data fra LKU 2006 angitt prosentandel yrkesaktive som har opplevd arbeidsrelaterte symptomer og plager (siste måned) og arbeidsrelatert sykefravær (siste 12 mnd.), etter alder og kjønn.

Tabell 7.3 Prosentandel av alle yrkesaktive som har opplevd arbeidsrelaterte symptomer og plager (siste måned) og arbeidsrelatert sykefravær (siste 12 mnd.), etter alder og kjønn. (Kilde: SSB, LKU 2006)

Kjønn	Alder	Eksem eller hudkløe*	Tetthet/piping i brystet	Depresjon	Angst eller rastløshet	Nedsatt hørsel/løresus	Hodepine	Øyeplager	Smarter i korsryggen	Nakke- eller skuld smerter	Arm-/hånd smerter	Smarter i beina	Plager etter arb.skade	Arbetsrelatert sykefravær
Mann	16–24	3	3	4	7	3	15	4	19	16	12	11	7	3
	25–39	3	2	5	6	3	11	4	16	21	10	10	6	5
	40–54	2	2	5	7	6	11	4	17	24	13	12	6	7
	55–66	2	2	4	5	9	6	5	15	25	13	16	7	6
	TOTALT	3	2	4	6	5	11	4	16	22	12	12	6	5
Kvinne	16–24	6	2	4	5	1	20	3	25	27	11	18	4	5
	25–39	4	1	6	6	1	24	4	17	35	11	9	3	8
	40–54	3	2	6	6	2	20	8	19	42	20	15	4	9
	55–66	4	2	6	6	4	11	8	19	40	22	18	3	10
	TOTALT	4	1	5	6	2	20	6	19	37	16	14	3	8

*For alle arbeidsrelaterte symptomer og plager har vi slått sammen svarkategoriene «litt plaget», «ganske plaget» og «svært plaget».

For å danne et overordnet bilde av hvilke yrkesgrupper som rapporterer høyest forekomst av arbeidsrelaterte helseproblemer og plager i LKU 2006, er igjen de fem yrkesgruppene som skårer høyest på hvert av helseproblemene og plagene angitt i tabell 7.4. Det er igjen viktig å være oppmerksom på at oversikten er basert på hvordan de yrkesaktive selv opplever sin egen helse, samt at denne fremstillingen bare forteller om en del av situasjonen. Det kan finnes både alvorlige og utbredte helseproblemer i yrkesgrupper som ikke kommer opp blant de fem mest utsatte, både fordi forskjellene mellom yrkesgruppene kan være små, og fordi det kan være undergrupper innenfor hver yrkesgruppe som kan være utsatt i betydelig grad. I tabell 7.4 er arbeidsrelaterte plager sortert etter yrkesgruppe. For hver plage (kolonne) er de fem yrkesgruppene med høyest nivå markert. Yrkesgruppene er sortert etter antall plager. Rangeringen er basert på en gjennomsnittskår der svarkategoriene er gitt verdiene 0, 1, 2 og 3, og der 0 vil si lite eller i ingen helseproblemer eller plager, mens 3 betyr at man er svært plaget eller opplever plagen flere ganger ukentlige eller daglig.

Sammenstilling av arbeidsmiljøeksponeringer, helseplager tilskrevet jobben, og nivået av sykefravær og uføretrygning kan gi en indikasjon på hvilke yrker og bransjer som har særlige utfordringer enten det er knyttet til arbeidsmiljø, helse, eller begge aspekter. Sammenstilling er derimot ikke egnet til å

diskutere mulige årsakssammenhenger mellom de påvirkninger og helseplager det er spurt om. For å vurdere årsakssammenhenger bør mål på belastning og mål på helseplager samles inn fra uavhengige kilder og på forskjellig tidspunkt, fordi belastende miljøfaktorer og kroppslige eller psykiske plager gjensidig kan påvirke måten disse forholdene rapporteres på.

Høy forekomst av risikofaktorer i arbeidsmiljøet vil ikke nødvendigvis tilsvare en høy forekomst av helseplager, eller høy forekomst av sykefravær og tidlig avgang fra yrker. En viktig grunn til dette er at ulike seleksjonsmekanismer kan påvirke hvorvidt mennesker jobber i yrker med høy eller lav arbeidsbelastning. På den ene side kan man tenke seg at individer med god helse er mer tilbøyelige til å søke og bli værende i jobber med vanskelige eller tøffe arbeidsvilkår, særlig om man blir god kompensert, f.eks. i form av høy lønn. Mennesker med god helse vil også i større grad tåle mindre gunstige arbeidsvilkår og vil ha lavere sannsynlighet for å forlate jobber med stor arbeidsbelastning. I den grad slike prosesser er viktige vil man ikke finne en klar sammenheng mellom belastende jobber og høy forekomst av helseplager og sykefravær. En motsatt seleksjon vil finne sted hvis de mest ressurssterke individene tok de best og minst belastende jobbene. De med redusert helse og arbeidsevne vil da ende opp med de jobbene som gir størst risiko for dårlig helse og sykefravær. I den grad en slik prosess er viktig vil dette bidra til å overvurdere sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse.

Tabell 7.4 Arbeidsrelaterte plager etter yrkesgruppe. For hver plage (kolonne) er de fem yrkesgruppene med høyest nivå markert. Yrkesgruppene er deretter sortert etter antall topplasseringer. (Kilde: SSB, LKU 2006)

Yrkesgruppe (antall spurte)	Skade, fravær, arbeidsevne, tilfredshet					Smertes, muskel-/skjelettplager					Psykiske plager, søvn			Hud, pust. sårer					
	Plager etter arb.skade	Arbeidsrel. sykefravær	Fysisk utmattethet	Dårlig fysisk arbeidsevne	Dårlig psykisk arbeidsevne	Lite tilfreds med jobben	Forstyrret privatliv	Nakke-/skuldersmerter	Smerter i korsryggen	Arm-/håndsmertner	Smerter i beina	Hodepine	Angst/raskelshet	Depresjon	Ille til møte	Svinnprobl. pga jobb	Eksem eller hudkløe	Tetthet/piping i brystet	Nedsatt hørsel/øresus
Renholder (193)																			
Servicepersonell (hotell/restaurant/frisør) (145)																			
Kjøkk, kjøkkenassistent (152)																			
Sysselsatte i landbruk/fiske/oppdrett (237)																			
Kunstner (tekst/musikk/scene/foto) (78)																			
Lege-/tannlegesekretær, apotektekniker (99)																			
Ufaglært (83)																			
Vei-/anleggs-/stein-/murarbeider (109)																			
Operatør, håndverker i næringsmiddelprod. (78)																			
Prosessoperatør (industri/olje/gass/kjemisk) (14,8)																			
Rørlegger, bygghåndverker (119)																			
Designer, grafiker, kunstner, tekstilarbeider (125)																			
Lærer med 3-årig høyskole (547)																			
Pleie- og omsorgsarbeider (568)																			
Sjåfør, mannskap (bil/anlegg/skip) (277)																			
Sosionom, vernepleier, barnevernspedagog (129)																			
Dataingeniør, datatekniker (98)																			
Funksjonær (administrasjon/bibliotek) (134)																			
Mekaniker, sveiser, plate-/verkstedsarbeider (301)																			
Post-/bank-/servicepersonell (170)																			
Selger (engros/dør/telefon) (80)																			
Tømrer, trearbeider (245)																			
Øvrige yrker m høyere universitetsutdanning (353)																			
Adm. dir., politiker, organisasjonsleder (99)																			
Barne-/ungdomsarbeider, dagmamma (293)																			
Elektriker, elektrømontør, telemontør (206)																			
Kontorarbeider, sekretær (277)																			
Leder i mindre, privat virksomhet (315)																			
Lege, psykol., tannlege, farmasøyt, veterinær (149)																			
Lektor, lærer med universitetsutdanning (250)																			
Mellomleder (538)																			
Revisor, funksjonær (regnskap) (274)																			
Advokat, jurist, dommer (73)																			
Arb. med info, marked, idrett, religion (152)																			
Butikkmedarbeider (560)																			
Elektroingeniør, elektrotekniker oa (183)																			
Flyger, skipsbefal, fører (buss/bane) (107)																			
Fysioterapeut, radiograf, helsearb. m høyskole (92)																			
Ingeniør, tekniker (kjemi/metall/biologi) (159)																			
Lagermedarbeider, logistiker (142)																			
Salgsagenter, innkjøper, megler (439)																			
Sivilingeniør, planlegger, realfagsutdannet (249)																			
Sykepleier (339)																			
Systemutvikler, programmerer (186)																			
Vaktmester, sikkerhetspersonell, militær (260)																			

2.3 Yrkesgrupper med høyest forekomst av helseplager - LKU 2006

De tre yrkesgruppene som opplever mest helseplager når alle typer plager sees under ett, er renholdere, servicepersonell (hotell, restaurant, frisør), og kokker og kjøkkenassistenter. En overvekt av helseplagene er relatert til muskel- og skjelettsmerter, særlig smerter i nakke eller skuldre, smerter i korsryggen og smerter i beina. Vi ser også at disse yrkesgruppene markerer seg med et høyt nivå av fysisk utmattelse etter jobb, flere psykiske plager som angst og nedsatt psykisk arbeidsevne, samt kroppslige plager som eksem og hudkløe blant renholdere og servicepersonell (hotell/restaurant/frisør), og tetthet/piping i brystet blant kokker og kjøkkenassistenter. Samtlige av disse yrkesgruppene har også en høy forekomst av flere arbeidsmiljøbelastninger, spesielt psykososiale og organisatoriske belastninger som kan ha stor betydning for muskel- og

skjelettsmerter (se tabell 7.2). Arbeidsmiljøet blant servicepersonell (hotell/restaurant/frisør) og renholdere kjennetegnes av lav kontroll over egen arbeidssituasjon og ensidige arbeidsoppgaver, mens kokker og kjøkkenassistenter blant annet opplever høyt arbeidstempo og jobbusikkerhet. Et fellestrekk er at alle disse yrkesgruppene har en klar overvekt av kvinner.

Kvinnedominerte yrkesgrupper som har høy forekomst av to eller flere muskel- og skjelettplager, er lege-/tannlegesekretærer og apotekteknikere (som i størst grad opplever smerter i nakke eller skuldre, arm- eller håndmerter og hodepine), og pleie- og omsorgsarbeidere (som i størst grad opplever smerter i korsrygg, armer og hender). To mannsdominerte yrker som har høy forekomst av to eller flere muskel- og skjelettplager, er rørleggere og bygghåndverkere, og gruppen med sjåførere og mannskap, som rapporterer om smerter i beina og dårlig fysisk arbeidsevne.

Kunstnere (tekst, musikk, scene, foto) er den yrkesgruppen som i størst grad opplever psykiske plager og er blant de fem mest utsatte gruppene for blant annet angst, depresjon, og søvnproblemer grunnet jobbtanker. Andre yrkesgrupper som rapporterer høy forekomst av disse plagene, er lærere med 3-årig høyskole, sosionomer, vernepleiere og barnevernspedagoger, og dataingeniører og datateknikere.

Yrkesgruppene som har høyest forekomst av flest helseplager knyttet til hud, pust, hørsel og syn, er prosessoperatører i industri, olje- og gassvirksomhet, og vei-, anleggs-, stein- og murarbeidere, etterfulgt av gruppen mekanikere, sveisere og plate- og verkstedsarbeidere.

Sysselsatte i primærnæringene er blant de yrkesgruppene som har mest plager av forskjellig art, både kroppslige plager som eksem og muskel- og skjelettplager i nakke eller skuldre, og smerter grunnet skade på jobben. Det er denne yrkesgruppen som i størst grad opplever at arbeidsevnen ikke står i forhold til de fysiske og psykiske kravene som stilles. Også blant operatører i næringsmiddelindustrien er det en stor andel arbeidstakere som opplever at de ikke har god nok arbeidsevne i forhold til fysiske og psykiske krav. Mange av disse rapporterer også om tetthet eller piping i brystet, og de har relativt høy forekomst av arbeidsrelatert sykefravær. Ufaglærte skårer høyt på depresjon, smerter i korsryggen, og smerter, nedsatt førlighet eller nedsatt arbeidsevne på grunn av skader etter arbeidsulykke.

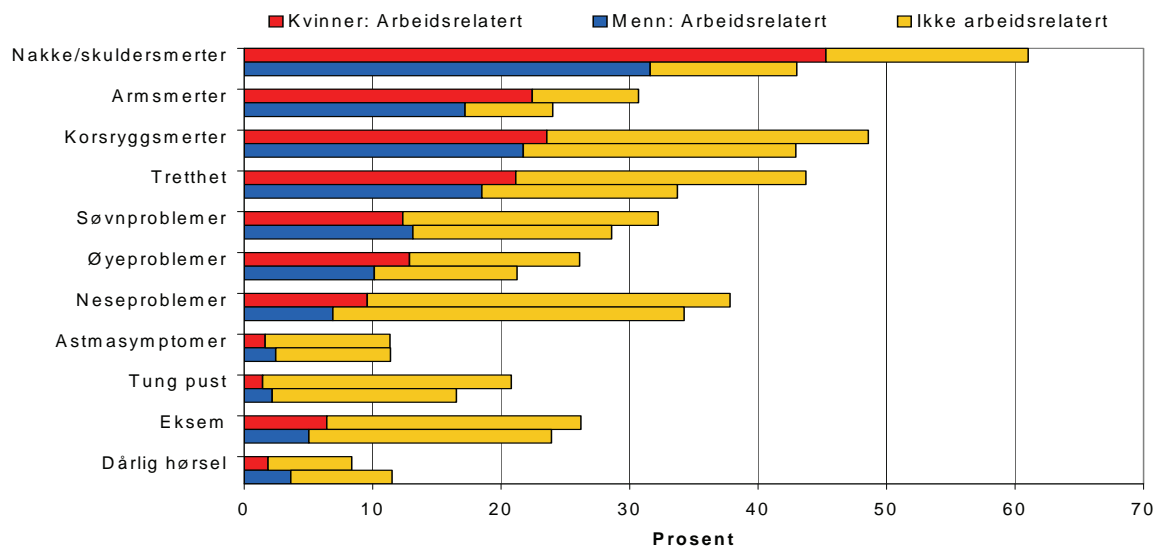
2.4 Selvrapporterte arbeidsrelaterte helseplager – Andre kilder

Forekomst av arbeidsrelaterte helseproblemer har også vært undersøkt i en studie knyttet til Helseundersøkelsen Oslo 2000–2001 (HUBRO) (Mehlum 2006). Alle 30-, 40- og 45-åringene som deltok, fikk spørsmål om de hadde hatt ett eller flere av i alt elleve vanlige helseproblemer i løpet av den siste måneden og om disse helt eller delvis skyldtes arbeid. Nesten 60 % rapporterte arbeidsrelaterte helseproblemer, vanligst nakke-/skulder-smerter (38 %) og korsryggsmerter (23 %), fulgt av smerter i armene (20 %) og uvanlig tretthet (20 %). Helseproblemene representerte sannsynligvis hele spekteret, fra de lettere til de mer alvorlige og invalidiserende.

En stor andel av helseproblemene ble vurdert å være arbeidsrelatert. Nakke/skulder-smerter ble oftest tilskrevet arbeidsforhold, av 74 % av personer med slike smerter. Deretter fulgte arm-smerter (72 %), uvanlig tretthet (51 %) og korsryggsmerter (50 %). Den arbeidsrelaterte andelen for eksem

var 23 % og for astmasymptomer 18 %. Figur 7.1 viser forekomst av selvrapporterte arbeidsrelaterte og ikke-arbeidsrelaterte helseproblemer siste måned blant kvinner og menn i alderen 30, 40 og 45 år basert på HUBRO-data fra 2000-2001.

Figur 7.1 Forekomst av selvrapporterte arbeidsrelaterte og ikke-arbeidsrelaterte helseproblemer siste måned blant kvinner og menn i alderen 30, 40 og 45 år (HUBRO 2000-2001)



Andelen som er arbeidsrelatert kan i mange sammenhenger være høyere for sykefravær enn for helseproblemer generelt i befolkningen. Dette synes å være tilfelle med astma, der man fant en arbeidsrelatert andel på 18 % i HUBRO og hele 70 % blant personer i Midt-Norge som var sykmeldt for astma i mer enn 16 dager (Leira 2006). Denne betydelige forskjellen kan nok delvis forklares ved at disse personene blir syke av jobben og derfor har større behov for fravær fra jobben enn personer som er syke av andre årsaker.

Begge disse studiene og SSBs Levekårsundersøkelser om arbeidsmiljø bygger på selvrapportering av sammenheng med arbeid. Enkelte kan være skeptiske og tenke at personen selv vil overvurdere arbeidsrelasjonen. Dette er studert (Mehlum 2009) blant 217 yrkesaktive personer som rapporterte smerter i nakke/skulder eller arm ved HUBRO og senere undersøkt av arbeidsmedisiner. Legen brukte kriterier utarbeidet av en europeisk ekspertgruppe (Sluiter 2001) for å vurdere om smertene kunne være forårsaket av arbeid. Man fant ganske stor enighet om hvor stor andel av smertetilfellene som var arbeidsrelatert, men litt høyere andel for personene selv enn for legene: 80 mot 65 % for nakke-/skuldersmerter og 78 mot 72 % for armsmerter. Det var imidlertid betydelig uenighet om hvilke av tilfellene som var det, og større grad av enighet om de arbeidsrelaterte enn de ikke-arbeidsrelaterte smertene. Når personen selv rapporterte at smertene skyldtes jobb, var legen ofte enig (69–79 prosent). På den annen side var legen uenig i nesten halvparten av tilfellene (45–49 prosent) når smertene ble rapportert som ikke-arbeidsrelaterte, og mente disse kunne ha sammenheng med arbeidet. Det var dessuten noe større enighet for armsmerter enn for nakke-/skuldersmerter, og for personer med kliniske diagnoser (1 av 4 hadde kliniske funn i tillegg til symptomer) sammenlignet med alle personer med smerter. Selvrapporterte arbeidsrelaterte

helseproblemer ser derfor ut til å kunne brukes som et grovt mål på forekomst og til å følge trender mht. slike helseproblemer i befolkningen, i alle fall for smerter i nakke/skulder/arm.

2.5 Arbeidsrelaterte legekonsultasjoner i allmennpraksis

Både i Norge og i andre land har det vært gjort undersøkelser av arbeidsrelaterte konsultasjoner i allmennpraksis. I en undersøkelse i Nærøy kommune fikk 412 yrkesaktive pasienter (20-67 år) som oppsøkte legekontoret spørsmål om det var sammenheng mellom deres arbeid og den sykdom/helseplage de oppsøkte legen for (Hilt 2003). Av disse var det 40 % av kvinnene og 54 % av mennene som mente plagene hadde mulig eller sikker årsakssammenheng med arbeid. De tilstander som oftest ble relatert til arbeid var muskelskjelettplager (2 av 3) og hjerte/karsykdommer (halvparten). De vanligste årsaker som ble angitt var tungt arbeid (halvparten) og ensidig gjentakende arbeid (1 av 3).

I en studie fra California mente 39 % av pasienter i en allmennpraksis at deres helseproblemer hadde årsakssammenheng med arbeid, mens 66 % anga forverring av plagene pga. arbeidet, selv om plagene ikke var forårsaket av arbeidet (Harber 2001).

De to nevnte undersøkelsene bygger på pasientens egen vurdering. To nordiske studier (fra hhv. Danmark og Sverige) er basert på legens vurdering (Kibsgård 1998, Järhult 1986). Det konkluderes med at 16-20 % av konsultasjoner i allmennpraksis i den yrkesaktive del av befolkningen er arbeidsrelatert, med høyere andel (35 %) for muskel- og skjelettlidelser. Allmennleger er sannsynligvis mindre oppmerksom på arbeidsrelaterte sykdommer enn for eksempel arbeidsmedisinere, noe som illustreres ved at bare 7 % av alle allmennleger i Norge fulgte sin lovpålagte meldeplikt om arbeidsrelatert sykdom og sendte melding til Arbeidstilsynet i 2006 (Samant 2008). De legevurderte anslagene for arbeidsrelaterte konsultasjoner kan derfor være noe lave.

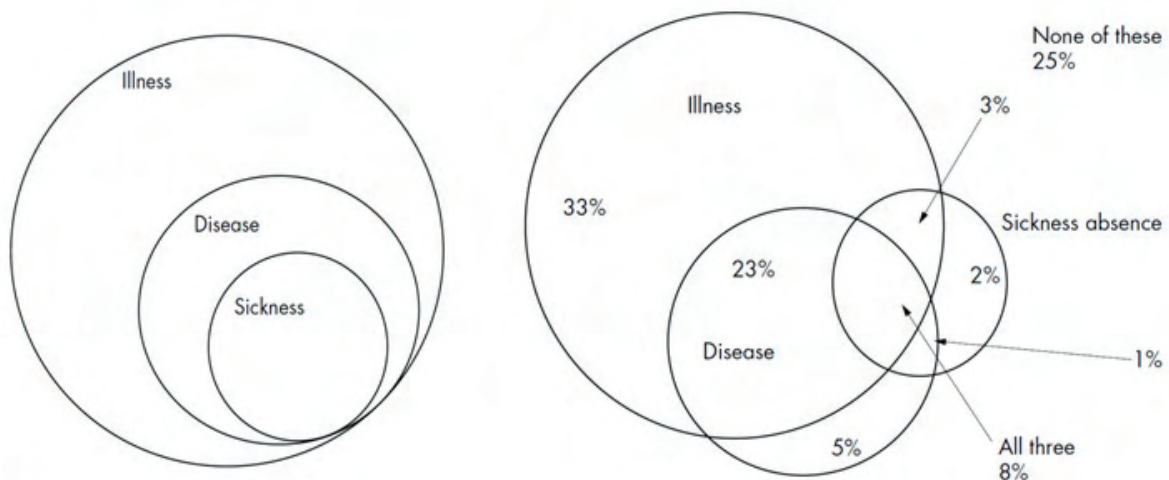
3 Forholdet arbeidsmiljøfaktorer og sykefravær

3.1 Overordnede betraktninger

Generelt gjelder at årsakene knyttet til et hvert fravær er individuelle. Således er arbeidsmiljøfaktorene som påvirker sykefravær også individuelle. Det er heller ikke enkelt å anslå hvor stor andel av sykefraværet som er arbeidsrelatert på et aggregert nivå. For det første, er det avhengig av hvordan man definerer begrepet "arbeidsrelatert", som tidligere nevnt. For det andre, finnes det begrenset med undersøkelser som omhandler arbeidsrelatert sykefravær. Det er derfor nyttig å se på andre mål for arbeidsrelatert sykkelighet i tillegg, som forekomst av arbeidsrelaterte helseproblemer i befolkningen og arbeidsrelaterte konsultasjoner i allmennpraksis.

”Sykdom” er i det norske språk et upresist begrep. På engelsk benyttes ofte begrepene ”illness”, ”disease” og ”sickness” for å beskrive forskjellige aspekter av uhelse. ”Illness” beskriver subjektivt erfart uhelse, med alt fra små til store helseproblemer som oftest er selv-rapportert. ”Disease” er en definert sykdom diagnostisert av lege, mens ”sickness” er relatert til den rollen en person med ”illness” eller ”disease” tar eller blir tildelt i samfunnet. Hvis vi i denne sammenheng lar sykefravær representere sykerollen, viser det seg store avvik mellom den hypotetiske relasjonen mellom disse tre uhelsebegrepene, og den en kan observere i praksis. I et svensk materiale fant en begrenset overlapp mellom de tre dimensjoner (se figur 7.2).

Figur 7.2 Sammenhengen mellom ”disease”, ”illness” og ”sickness” hentet fra Wikman et al., J Epidemiol Community Health 2005.



Venstre: Hypotetiske relasjoner mellom *illness*, *disease* og *sickness*.

Høyre: Faktiske relasjoner mellom *illness*, *disease* og *sickness absence*. Prosent av sysselsatte i alderen 16–74 år i Sverige 1998–2001 (N = 13 887).

Disse relasjoner er av betydning når vi skal vurdere omfanget av *arbeidsrelatert sykkelighet* eller *arbeidsrelatert sykefravær* i en befolkning. Andelen av ”illness” som anslås som arbeidsrelatert vil kunne være forskjellig fra andelen arbeidsrelatert ”disease”, som igjen vil kunne være forskjellig fra andelen av arbeidsrelatert ”sykefravær”.

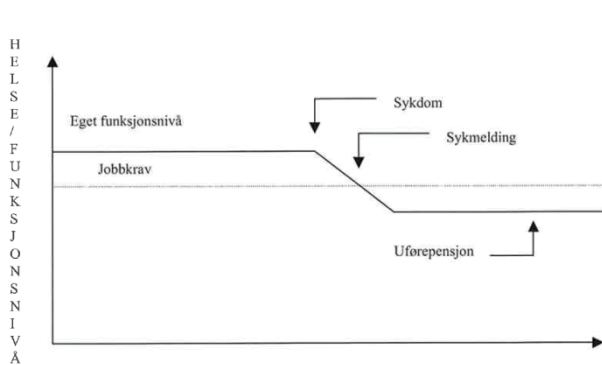
Slike anslag vil også være helt avhengig av hvilke kilder som benyttes. Anslag basert på selvrapporterte helseproblemer vil kunne være svært forskjellig fra anslag basert på legekonsultasjoner, eller på resultater basert kun på kobling av registerdata. For selvrapporterte data er i tillegg spørsmålsformuleringene av betydning, for eksempel om det spørres om arbeidsrelaterte ”helseproblemer” eller ”smerter”, om det gjelder alvorlige eller lettgradige plager, og hvilket

tidsvindu det fokuseres på (dager, uker, siste måned, siste år). Studier på ulike nivåer kan derfor gi ulike resultater.

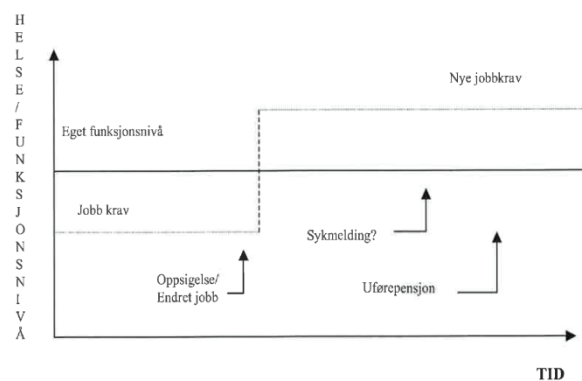
De tradisjonelt brukte definisjoner på arbeidsrelatert helse og sykdom er knyttet til arbeidet som direkte årsak til eller forverring av helseproblemer, eller til redusert arbeidsevne (se over). Et viktig tilleggsperspektiv knyttet til betraktninger om størrelsen på det arbeidsrelaterte sykefraværet er hvilke arbeidskrav og hvilken arbeidsmiljø som tilbys en person med redusert arbeidsevne, uavhengig av sykdomsårsak. Ved optimal tilpasning av arbeidsplassen og optimal tilrettelegging av arbeidet vil kanskje de aller fleste med sykdommer og andre helseproblemer kunne fortsette i arbeid. I den grad det ikke skjer, kan dette også ses på som en del av det "arbeidsrelaterte" sykefraværet. Slik sett kan for eksempel bortimot alt sykefravær pga. muskel- og skjelettlidelser i vid forstand defineres som "arbeidsrelatert".

Sykefravær og utstøtning fra arbeidslivet kan også være et resultat av nye og økte krav i jobben hos personer med uendret arbeidsevne. Dette kan derfor også betraktes som "arbeidsrelatert" fravær. "Arbeidsrelatert" sykefravær pga. manglende eller endret balanse mellom arbeidsevne og jobbkrav kan dermed skje på to måter. Enten ved at arbeidsevnen reduseres pga. sykdom og helseproblemer (uførhet med type I-årsak), eller ved opprettholdt arbeidsevne i møte med nye, økte jobbkrav (uførhet med type II årsak). Dette er illustrert i figur 7.3 nedenfor.

Figur 7.3 Sammenheng mellom helse, jobbkrav og funksjonsnivå og innvirkning på sykemelding/uførhet. (Kilde: NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering)



Figur 5.8 Overgang til sykerollen på grunn av sykdom. "Uførhet med type I-årsak".



Figur 5.7 Overgang til sykerollen på grunn av endringer i arbeidsmarkedet. "Uførhet med type II-årsak"

Det er viktig å være klar over disse prinsipielt forskjellige definisjoner og dimensjoner når en skal tolke studier som rapporterer resultater knyttet til arbeidsrelatert helse og arbeidsrelatert sykefravær.

3.2 Selvrapportert arbeidsrelatert sykefravær – LKU2006

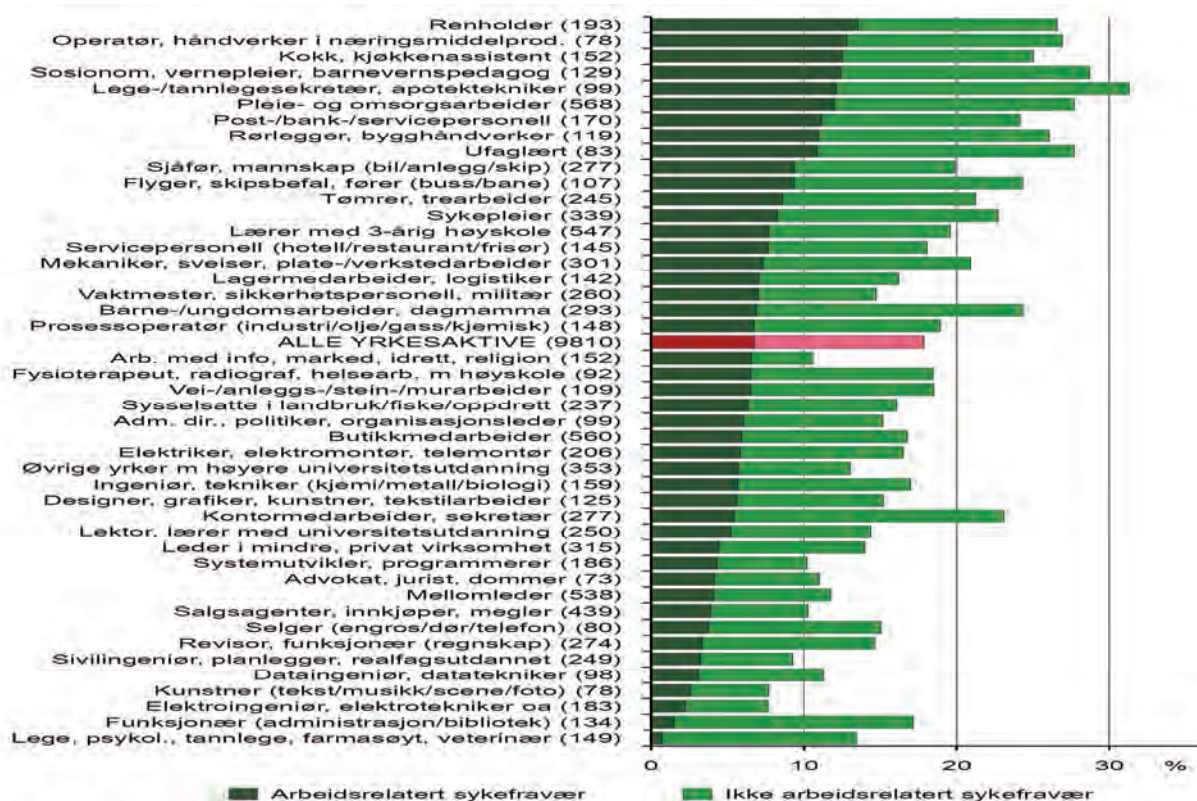
Det er stor interesse for arbeidsrelatert sykefravær, men det er vanskelig å definere denne typen fravær klart og entydig. Årsaken til sykdom er i seg selv vanskelig å avgjøre, enten den ligger i

arbeidsmiljøet eller den henger sammen med andre forhold. Spesielt i perioder med skiftende andel sykefravær, og hvor det er mange forklaringsvariabler som virker samtidig, skal man være forsiktig med å anslå andel arbeidsrelatert sykefravær. Ikke desto mindre finnes det flere undersøkelser som har fokusert nettopp på dette, og som kan gi en pekepinn på hvor stor andel av sykefraværet som kan være arbeidsrelatert.

Svarene fra LKU 2006 gir et bilde av hvordan de yrkesaktive selv oppfatter sammenhengen mellom arbeid og sykefravær. Blant alle yrkesaktive har 18 prosent de siste 12 månedene hatt minst ett sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager. Deltakerne ble spurt om årsaken til fraværet var helseplager som helt eller delvis skyldtes jobben og 7 prosent svaret bekreftende på dette (8 % blant kvinner og 5 % blant menn), dvs. at om lag 40 prosent av de selvrapporterte sykefraværstilfellene tilskrives jobben.

I tabell 7.5 presenteres den første fraværperioden på minst 14 dager rapportert av yrkesaktive i de ulike yrkesgruppene samt fordelingen av arbeidsrelatert versus ikke-arbeidsrelatert fravær i hver yrkesgruppe, med gruppene med mest arbeidsrelatert fravær øverst, basert på data fra LKU 2006. Renholdere rapporterer høyest forekomst av sykefraværstilfeller som de tilskriver jobben, fulgt av operatører og håndverkere i næringsmiddelproduksjon, kokker og kjøkkenassistenter, sosionomer, vernepleiere og barnevernspedagoger, lege-/tannlegesekretærer og apotekteknikere og pleie- og omsorgsarbeidere.

Tabell 7.5 Prosentandel som oppgir at de har hatt minst et arbeidsrelatert/ikke-arbeidsrelatert sykefravær siste året før intervjuet, etter yrke. Antall spurte innenfor hver yrkesgruppe står oppført i parentes. (Kilde: SSB, LKU 2006)



For perioden fra 1996 til 2006 ser vi fra tabell 7.6 er det de fire næringene Helse- og sosialtjenester, Transport og kommunikasjon, Bygg og anlegg og Industri som i snitt har hatt den høyeste forekomsten av selvrapporterte sykefraværperioder. Innenfor de tre første av disse næringene ser vi at det er en relativt høy andel tilskriver fraværet helseplager som helt eller delvis skyldes jobben (mellom 9 og 10 % mot 7 % blant alle yrkesaktive).

Tabell 7.6 Tidstrender sykefravær og arbeidsrelatert sykefravær fordelt på næring. (Kilde: SSB, LKU)

Hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager, siste 12 mnd (%)				
	1996	2000	2003	2006
I alt	14,0	16,0	18,0	18,0
Helse- og sosialtjenester	14,0	21,0	23,0	25,0
Transport og kommunikasjon	18,0	15,0	24,0	21,0
Industri	18,0	18,0	18,0	19,0
Hotell- og restaurant	11,0	21,0	24,0	16,0
Bygg og anlegg	17,0	14,0	20,0	19,0
Primærnæring	12,0	20,0	19,0	17,0
Undervisning	15,0	18,0	16,0	17,0
Offentlig forvaltning	14,0	16,0	19,0	16,0
Annen tjenesteyting	6,0	15,0	20,0	17,0
Varehandel	13,0	15,0	14,0	15,0
Finansiell tjenesteyting	7,0	11,0	14,0	12,0
Bergverk, kraft, annet	7,0	11,0	7,0	12,0

Årsak til sykefraværet var helseplager som skyldtes jobb

			2003	2006
I alt	:	:	9,0	7,0
Transport og kommunikasjon	:	:	16,0	9,0
Bygg og anlegg	:	:	11,0	10,0
Primærnæring	:	:	12,0	7,0
Helse- og sosialtjenester	:	:	9,0	10,0
Annen tjenesteyting	:	:	10,0	7,0
Industri	:	:	9,0	7,0
Hotell- og restaurant	:	:	8,0	7,0
Offentlig forvaltning	:	:	8,0	7,0
Varehandel	:	:	7,0	6,0
Undervisning	:	:	6,0	6,0
Finansiell tjenesteyting	:	:	6,0	5,0
Bergverk, kraft, annet	:	:	4,0	3,0

Tabell 7.7 viser andelen menn og kvinner innenfor ulike aldersgrupper som rapporterte minst en sykefraværperiode på 14 dager eller mer basert på LKU 2006. Kvinner rapporterer gjennomgående flere fraværstilfeller enn menn, men forskjellene er mer uttalt i perioden 2000-06 sammenliknet med målingene i 1993 og 1996. Andelen som rapporterer om fraværstilfeller ser ut til å øke noe med økende alder blant både menn og kvinner. I 2006 rapporterer seks prosent av mennene og 9 prosent

av kvinnene om minst et sykefraværstilfelle som de tilskriver helseplager som helt eller delvis skyldes jobben, dvs. at om lag 40 prosent av de selvrapporterte sykefraværstilfellene tilskrives jobben av både menn og kvinner.

Tabell 7.7 Tidstrender sykefravær fordelt på alder og kjønn. (Kilde: SSB, LKU)

		1989	1993	1996	2000	2003	2006
Sykefravær på mer enn 14 dager, siste 12 måneder for sysselsatte (prosent), etter kjønn, alder og tid.							
Menn							
Alder i alt	:	12	12	13	15 (8)	14 (6)	
16-24 år	:	8	11	8	12 (5)	11 (3)	
25-44 år	:	11	11	12	13 (7)	14 (6)	
45-66 år	:	15	15	14	17 (10)	16 (6)	
Kvinner							
Alder i alt	:	16	15	21	22 (9)	22 (9)	
16-24 år	:	11	12	8	9 (1)	15 (6)	
25-44 år	:	16	13	19	23 (10)	23 (9)	
45-66 år	:	19	19	28	25 (11)	24 (10)	

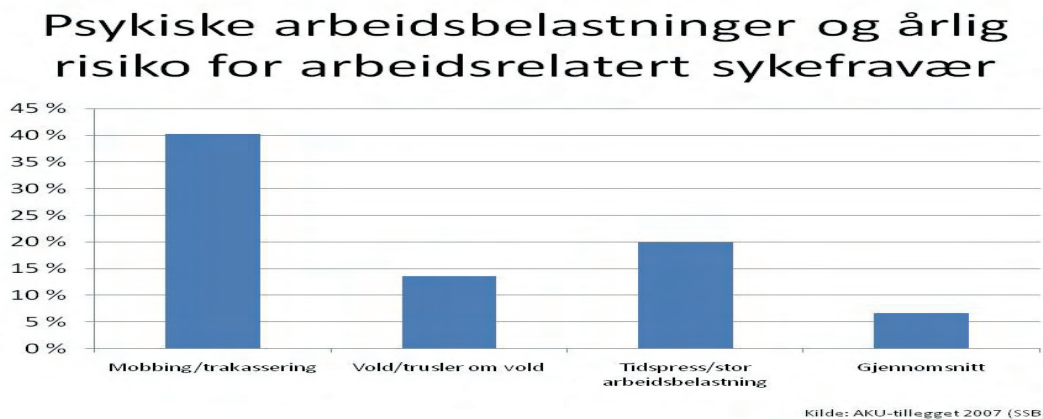
I AKU 2007 var det en tilleggsmodul som blant annet omhandlet jobbesponeringer og arbeidsrelaterte helseproblemer og sykefravær. Et landsomfattende representativt utvalg på drøyt 13.000 yrkesaktive personer ble spurt om ulike sider ved deres arbeidsmiljø.

Ca 7 % av yrkesaktive rapporterte at de i løpet av det siste året hadde vært sykmeldt pga noen form for fysiske eller psykiske helseproblemer eller uførhet som var forårsaket av eller forverret av arbeidet sitt (i det følgende kalt arbeidsrelatert sykefravær). Helseproblemet som oftest ble oppgitt var forskjellige former for muskel- og skjelettplager, som utgjorde ca 2/3 av alle tilfellene, mens psykiske plager utgjorde ca 10 %. Risikoen for arbeidsrelatert sykefravær var størst i næringen "Helse- og sosialtjenester" med ca 9 %.

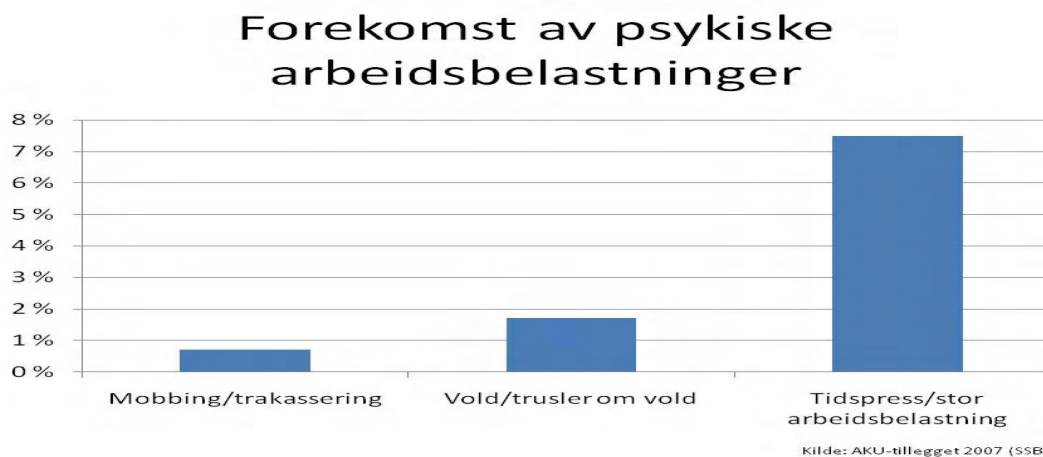
Det ble også spurt om forskjellige forhold på arbeidsplassen som i høy grad kan påvirke psykisk og fysisk helse, og man kan videre undersøke risikoen for et arbeidsrelatert sykefravær hos de som rapporterer om slike forhold. Svaralternativene (gjensidig utelukkende) for forhold som i særlig grad kan påvirke psykisk helse var mobbing/trakassering, vold/trusler om vold og tidspress/stor arbeidsbelastning. Som fremgår i figur 7.4 er risikoen for arbeidsrelatert sykefravær hos de som rapporterer om dette henholdsvis ca 40, 14 og 20 %. Man ser imidlertid av figur 7.5 at dette er arbeidsbelastninger som ikke er spesielt hyppig rapportert. Forekomsten i materialet er henholdsvis ca 1, 2 og 8 %. Det betyr for eksempel at de som mobbes eller trakasseres på jobb har en betydelig forhøyet risiko for et arbeidsrelatert sykefravær, men det gjelder kun en svært liten del av

arbeidsstyrken. Sett på den måten er det ikke den største bidragsyteren til arbeidsrelatert sykefravær.

Figur 7.4 Risiko for arbeidsrelatert sykefravær fordelt på psykososiale og organisatoriske eksponeringer. (Kilde: SSB, AKU 2007)

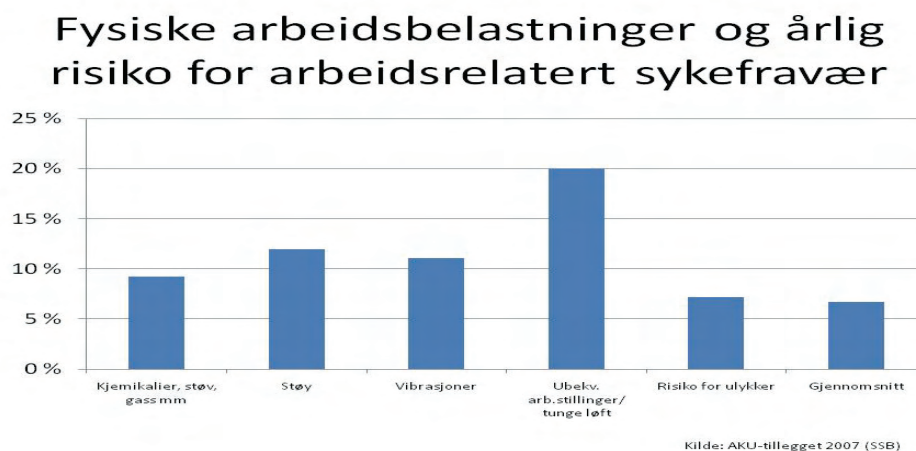


Figur 7.5 Forekomst av psykiske arbeidsbelastninger fordelt på eksponeringer. (Kilde: SSB, AKU 2007)



Arbeidsforhold som i særlig grad kan påvirke fysisk helse det ble spurt om var (også gjensidig utelukkende) kjemikalier/støv/gass mm., støy, vibrasjoner, ubekvemme arbeidsstillinger/tunge løft samt risiko for ulykker. Risikoen for arbeidsrelatert sykefravær hos de som rapporterer om noe av dette er vist i figur 7.6. Tallet ligger stort sett pluss/minus 10 %, mens for ubekvemme arbeidsstillinger/ tunge løft er risikoen ca 20 %. Forekomsten av de respektive forholdene er vist i figur 7.7, og også på dette området er tallet høyest for ubekvemme arbeidsstillinger/tunge løft, ca 12 % rapporterer å ha dette i slik grad at det kan påvirke fysisk helse. Det betyr at dette er den fysiske arbeidsbelastningen som både er hyppigst forekommende og som i størst grad øker risikoen for arbeidsrelatert sykefravær.

Figur 7.6 Risiko for arbeidsrelatert sykefravær fordelt på fysiske eksponeringer. (Kilde: SSB, AKU 2007)



Figur 7.7 Forekomst av fysiske arbeidsbelastninger fordelt på eksponeringer. (Kilde: SSB, AKU 2007)



3.3 Andre undersøkelser av arbeidsrelatert sykefravær

Ved en undersøkelse av sykefravær blant 118 allmennleger og deres pasienter i Buskerud i 1986 fant Tellnes og medarbeidere (Tellnes 1990) at tungt fysisk arbeid ble vurdert av lege og/eller pasient å være medvirkende årsak til sykmeldingen hos 48 % av pasientene totalt og hos 78 % av dem med muskel- og skjelettlidelser. Hos pasienter med muskel- og skjelettlidelser som hadde tungt fysisk arbeid eller gikk og sto mye i jobben, var den arbeidsrelaterte andelen over 90 %. Psykiske faktorer i arbeidet ble vurdert å være medvirkende årsak til sykmeldingen hos 32 %. Det var imidlertid store variasjoner, avhengig av type helseproblem, yrke og type arbeid. Mulighet for forebygging av sykmeldingen (i eller utenfor arbeid) ble anslått å være 37 %, men varierte med diagnose og var 25 % ved luftveissykdom og 50 % ved hudsykdom og muskel- og skjelettlidelser.

I en undersøkelse av 824 personer (18–55 år) i Midt-Norge som var sykmeldt for astma i mer enn 16 dager fant Leira og medarbeidere (Leira 2006) at 70 % hadde arbeidsrelatert astma, basert på følgende to kriterier: (i) luftveislager i forbindelse med arbeidet, og (ii) bedring ved fravær fra arbeidet. De fant at arbeidsrelatert astma var vanlig innen helse/omsorg, industri, bygg/anlegg, sveiser, renhold, transport, frisør og baker.

Det er foretatt enkelte bedriftsvise eller bransjevise undersøkelser av arbeidsrelatert sykefravær. I forbindelse med et prosjekt igangsatt av Fiskeri- og havbruksnæringens landsforening (FHL) i fiskeindustri- og oppdrettsbedrifter i 1997 (Benonisen 1998) ble det innført et system i tre prosjektbedrifter der ansatte som var sykmeldt ble spurt om sykefraværet var arbeidsrelatert. Man fant at det var få egenmeldinger som hadde sammenheng med arbeidsmiljøet, men at langtidsfravær i større grad ble rapportert å være arbeidsrelatert. I gjennomsnitt ble ca 20 % av fraværet rapportert å ha sammenheng med arbeidet, og hovedårsakene var de samme i alle tre bedriftene: ergonomi/ensidig gjentakende arbeid, arbeidsulykker og tempo/stress.

En del undersøkelser av arbeidsrelatert sykefravær omtales i rapporten *Omfang og konsekvenser av arbeidsskader og arbeidsbetinget sykdom på norsk kontinentalsokkel* (Mehlum & Kjuus 2005). Resultatene av denne gjennomgangen er oppsummert i tabell 7.8 nedenfor.

Tabell 7.8 Oversikt over undersøkelser som omhandler arbeidsrelatert sykefravær.

Undersøkelse	Kriterium	Vurdert (av)	Arbeidsrel. andel (%)	Arb.rel. andel – menn (%)
Ptils spørreundersøkelse RNNS 2003	Sykefravær helt eller delvis forårsaket av arbeidssituasjon	Selv	32,1	31,2
RNNS 2001	- samme	Selv	34,5	
Sykefraværprosjektet til NHO og LO 1991–1993			31	
Norske Shell E&P	Forårsaket eller hovedsakelig forårsaket av eksponering i arbeid (inkl. ikke skader)	Bedriftslege	2,1	
SSBs Levekårsundersøkelse i 2003	Helseplager som helt eller delvis skyldes jobben	Selv	44 (perioder) 47 (personer)	51 (perioder) 53 (personer)
Den svenske AKU (Arbeidskraftsundersøkelsen)	Besvær som skyldes jobben	Selv	40	36
Sykmeldte i allmennpraksis (Tellnes) - alle plager	Fysisk eller psykisk belastning på jobb medvirkende årsak til plager	Selv og lege	Minst én av partene: Fysisk: 48,4 Psykisk: 32,1	
- Muskelskjelettplager	- samme	Selv	Fysisk: 78,3* Psykisk: 33,9*	
Borregaard - Langtidssykefravær – 1997	Sikker eller sannsynlig sammenheng med	Lege/sykepl.	22	

arbeid			
- Langtidssykefravær – 1998	- samme	Lege/ sykepl.	18,2
- Langtidssykefravær – 2000	- samme	Lege/ sykepl.	31
Borregaard - Spørreundersøkelse blant friskmeldte – 1999/2000	Sykdommen skyldes i hovedsak forhold på arbeidsplassen	Selv	23 (personer) 28 (dager)

*Tallene er korrigert da de som opprinnelig sto i rapporten, viste seg ikke å stemme med artikkelen.

Det er til dels betydelige forskjeller mellom de ulike undersøkelsene, bl.a. avhengig av hvem som var omfattet av undersøkelsene, og om det var lege eller pasient som vurderte om sykefraværet var arbeidsrelatert. På bakgrunn av disse undersøkelsene og vurdering fra Petroleumsstilsynet, ble det anslått at 25–40 % av sykefraværet på norsk kontinentalsokkel kunne være arbeidsrelatert.

Når det gjelder uførepensjonering kan det være enda vanskeligere å anslå hvor mye som er arbeidsrelatert enn for sykefravær. Noen vil kunne hevde at de fleste tilfeller av uførepensjonering er "arbeidsrelaterte", enten det er arbeidet som er årsak til sykdommene som fører til uførheten, eller det er sykdommene som gir en uførhet som umuliggjør deltakelse i arbeidslivet, med dets krav til yteevne.

En svensk studie viser at variasjoner i arbeidsforhold har stor betydning for uførepensjonering, selv innenfor en fysisk belastende bransje som bygge- og anleggsarbeid (Stattin & Järvholm). Dette gjelder både fysiske, ergonomiske og psykososiale (arbeidskrav og egenkontroll) arbeidsforhold. Risikoen for uførepensjonering var 2-3 ganger høyere blant dem som hadde de dårligste arbeidsforholdene på hvert av disse områdene, enn blant dem som hadde de beste forholdene. Årsaken kan dels være at arbeidsforholdene kan forårsake sykdom som igjen kan føre til uførepensjonering, dels at personer med ikke-arbeidsrelatert sykdom får problemer med å fortsette i arbeid pga. høye fysiske og psykososiale krav i arbeidet.

4 Utviklingstrekk i norsk arbeidsmiljø – Trender/endringer som kan tenkes påvirke graden av arbeidsrelatert sykefravær

4.1 Særlig om omstillinger i arbeidslivet

Omorganiseringer ble det for første gang spurt om i LKU-sammenheng i 2003, samt senere i 2006. Om lag en tredjedel av alle yrkesaktive rapporterer at de har opplevd omorganiseringer som har påvirket deres arbeidssituasjon i løpet av de siste tre årene i denne perioden. Mange omorganiseringer innebærer også nedbemanning, men dataene antyder en nedgang i antallet nedbemanninger i samme periode. Mens 38 % av norske arbeidstakere rapporterte om nedbemanninger i 2003, gjaldt det kun 29 % i 2006. Ulike spørsmålsformuleringer i de to periodene gjør sammenligningen noe usikker, men forskjellene i formulering skulle tilsa at man fanget opp flere

nedbemanning i 2006 fremfor færre. Tallene gjenspeiler trolig derfor en reell nedgang som kan være representativ for endringene – høykonjunktur og høy sysselsetting – som preget arbeidsmarkedet i samme periode.

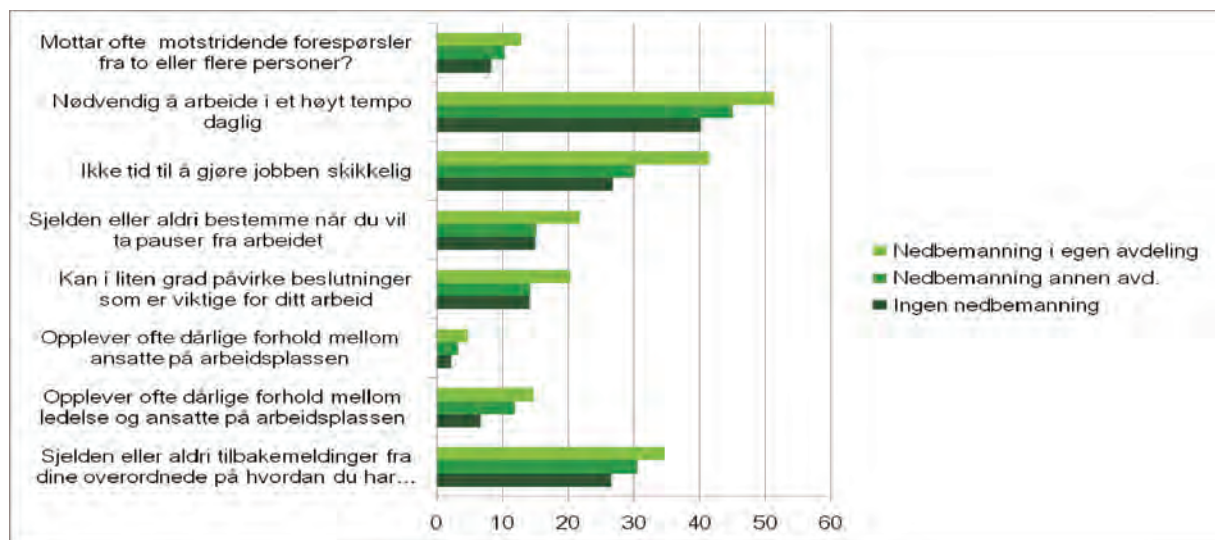
En studie basert på LKU 2003 konkluderte at endringer på arbeidsplassen generelt er knyttet til dårligere arbeidsmiljø og høyere forekomst av selvrapporterte helseplager. Økte krav om at de ansatte må yte mer synes å være en konsekvens av nedbemanning og omorganiseringer. Disse økte kravene ser imidlertid ikke ut til å kompenseres i form av høyere belønning, f.eks. i form av større selvbestemmelse over egen arbeidssituasjon, større jobbsikkerhet eller høyere jobbtillfredshet (Østhus 2007). En annen studie basert på LKU 2006 bekreftet dette bildet. Endringsprosesser på norske arbeidsplasser, er generelt assosiert med en rekke negative utfall som jobbsikkerhet, lav jobbtillfredshet og jobbrelaterte psykiske plager og plager knyttet til nakke, skulder eller rygg. Dette er mest sannsynlig robuste sammenhenger som har gyldighet for norske yrkesaktive generelt, siden sammenhengene i liten grad ble endret når vi kontrollerte for yrke, utdanningsgruppe, sektor, arbeidstid, ansiennitet, alder og kjønn (Sterud 2009).

Figur 7.8 viser en sammenlikning av psykologiske og sosiale arbeidsvilkår blant yrkesaktive som rapporterer om nedbemanning i perioden 2003-2006 sammenliknet med de som ikke rapporterer om nedbemanning i samme periode (LKU 2006). Nedbemanning er relatert til høyere eksponering for jobbkrav, lav kontroll og lav sosial støtte, alle faktorer i arbeidsmiljøet som har godt dokumentert betydning for helse og trivsel. Nedbemanning er dokumentert å medføre negative konsekvenser både for de som blir oppsagt og de som blir igjen i virksomheten. Forskning som har sett på konsekvensene for sykefraværet er imidlertid ikke entydig. I en stor populasjonsstudie fra Sverige fant man ingen sammenheng mellom langtids sykefravær og større nedbemanning (> 18 % reduksjon i arbeidsstyrken) (Westerlund 2004). Tilsvarende fant man i en annen Svensk studie at nedbemanning var relatert til lavere fravær blant kvinner og uendret fravær blant menn (Theorell 2003). To andre studier har imidlertid funnet en sammenheng. Blant Norske sykepleiere fant man at en 20 % reduksjon i arbeidsstyrken førte til en 6 % økning i sykefraværet (Røed 2007). I en studie av kommunalt ansatte i Finland fant man at større nedbemanning (> 18 % reduksjon i arbeidsstyrken) ga en 22 % økning i sykefraværet blant fast ansatte (Vathera 2004). En nyere Norsk studie konkluderte derimot at det var svake indikasjoner på at nedbemanning kan medføre et lavere sykefravær, men det generelle bildet var at nedbemanning ikke så ut til å ha noen effekt på sykefraværet til arbeidstakerne som ble igjen i virksomheten.²⁰

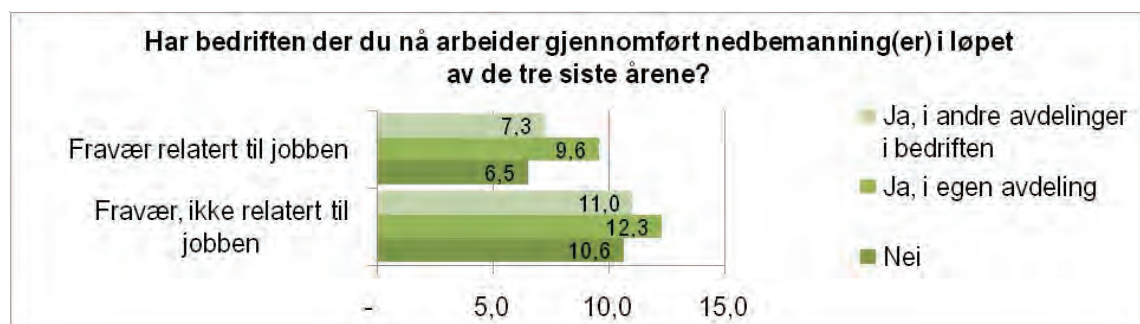
Basert på LKU 2006 observeres en noe høyere forekomst av selvrapporterte sykefraværstilfeller utover 14 dager blant dem som har opplevd nedbemanning og omorganisering i løpet av de siste tre år sammenliknet med dem som ikke rapporterer om slike endringer innenfor treårsperioden, som illustrert i figurene 7.9 og 7.10.

²⁰ http://www.iss.uio.no/publikasjoner/memoranda/pdfs/memorandum_02_09.pdf

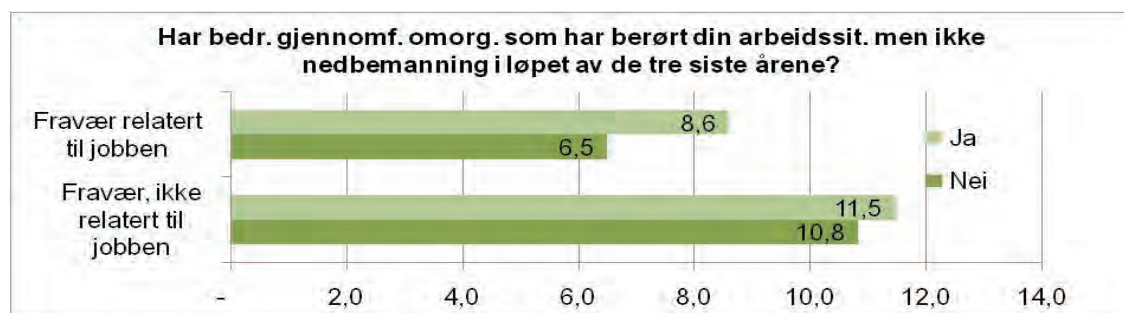
Figur 7.8 Sammenlikning av psykologiske og sosiale arbeidsvilkår blant yrkesaktive som rapporterer om nedbemanning i perioden 2003-2006 sammenliknet med de som ikke rapporterer om nedbemanning i samme periode (Kilde: SSB, LKU 2006)



Figur 7.9 Sammenheng mellom nedbemanning og sykefravær. (Kilde: SSB, LKU 2006)



Figur 7.10 Sammenheng mellom omorganiseringer uten nedbemanning og sykefravær. (Kilde: SSB, LKU 2006)

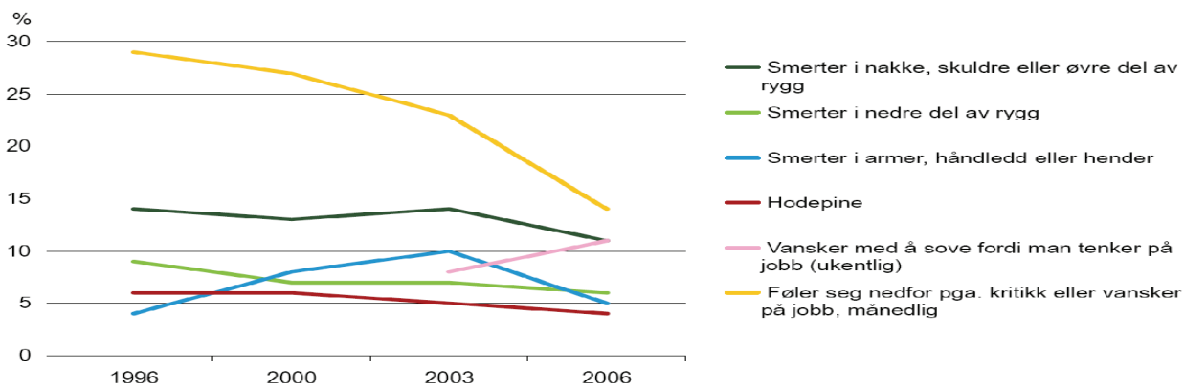


4.2 Trender i arbeidsrelatert helse

Figur 7.11 indikerer at det har vært en svak nedgang i arbeidsrelaterte smerter de siste årene (LKU 1989-2006). I overkant av én av ti yrkesaktive rapporterer om arbeidsrelaterte smerter i nakke, skuldre eller øvre del av ryggen. Sammenlignet med tidligere år er dette en svak nedgang, men smerter i nakke, skuldre eller øvre rygg er fortsatt den hyppigst rapporterte muskel- og skjelettplagen.

Andelen yrkesaktive som har vansker med å sove på grunn av jobbtanker, har derimot økt fra 8 % i 2003 til 11 % i 2006. Siden 1996 har det imidlertid skjedd en vesentlig nedgang i andelen yrkesaktive som føler seg nedfor på grunn av kritikk eller vansker på jobb. I 2006 rapporterte 14 % om slike følelser minst én gang i måneden. Dette tilsvarer en halvering siden 1996, da 29 % av de yrkesaktive opplevde dette. Andelen som rapporterer om angst- eller depresjonsplager tilskrevet jobben har vært relativt stabil (ikke vist i figur).

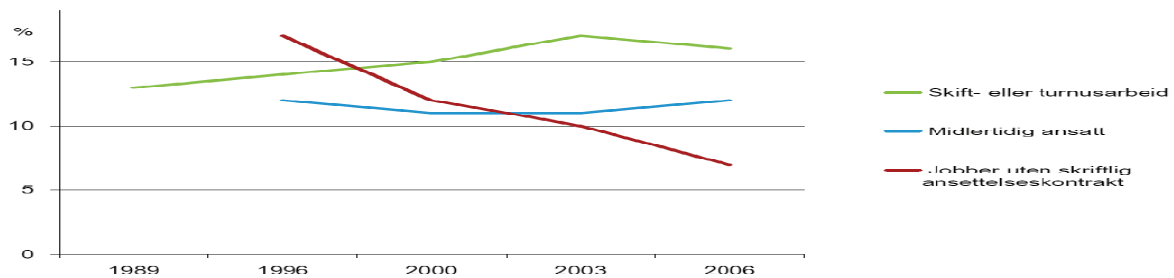
Figur 7.11 Tidsutviklingen av selvopplevde arbeidsrelaterte smerter. (Kilde SSB, LKU)



4.3 Trender psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer

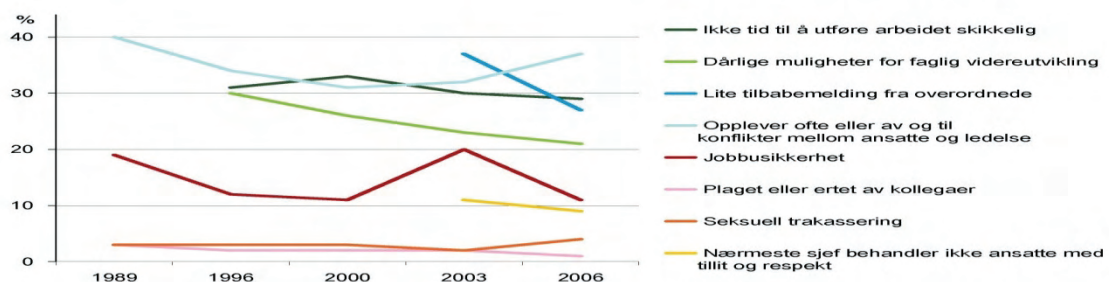
Figur 7.12 viser at det har vært en svak økning i andelen yrkesaktive som jobber skift eller turnus, de siste tiårene (LKU 1989-2006). Denne økningen gjelder både kvinner og menn. Andelen midlertidig ansatte har vært nokså stabil siden midten av 1990-tallet. I samme periode har det derimot vært en vesentlig nedgang i andelen yrkesaktive som jobber uten skriftlig ansettelseskontrakt (fra 17 til 7 %). I 2006 er det fortsatt de yngste arbeidstakerne som oftest rapporterer å arbeide uten skriftlig kontrakt, men nedgangen gjelder for alle aldersgrupper hos begge kjønn.

Figur 7.12 Tidsutviklingen av yrkesaktiv andel som har skift/turnus-arbeid, midlertidig ansettelse eller som arbeider uten skriftlig arbeidskontrakt. (Kilde SSB, LKU)



Trender på psykologiske og sosiale arbeidsmiljøfaktorer kan kun rapporteres for enkelte utvalgte faktorer, da en stor andel av spørsmålene om psykososiale forhold i levekårundersøkelsene ble skiftet ut i 2006-versjonen. Mange nye spørsmål ble også introdusert i 2006. Muligheten for å trekke sikre konklusjoner om utviklingen i arbeidsmiljøet i Norge er derfor begrenset. Enkelte linjer kan man likevel trekke.

Figur 7.13 Tidsutviklingen av psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer. (Kilde SSB, LKU)



Figur 7.13 viser at det i de senere år har vært en økning i andelen som opplever dårlige forhold mellom ansatte og ledelse (LKU 1989-2006). Det har vært en tilsvarende utvikling i andelen som opplever dårlige forhold mellom ansatte. Økningen gjelder begge kjønn og alle aldersgrupper. Siden 2003 ser vi også en viss økning i andelen som rapporterer om seksuell trakassering minst et par ganger i måneden. Denne økningen forekommer kun hos kvinner og er tydeligst blant de yngste arbeidstakerne.

Figur 7.13 viser imidlertid også at det har vært en generell positiv utvikling innenfor mange psykologiske og sosiale faktorer de siste årene. Selv om mer enn én av fire yrkesaktive i 2006 rapporterer at de sjelden eller aldri får tilbakemelding fra overordnet, er dette en betydelig lavere andel enn bare tre år tidligere. Det har også vært en tydelig nedgang i andelen som mener de har dårlige muligheter for faglig videreutvikling, og en noe svakere nedgang i andelen yrkesaktive som opplever at de ikke har tid til å utføre arbeidsoppgavene på en skikkelig måte. Andelen som rapporterer at de blir mobbet av kollegaer, gikk også noe ned i 2006.

De siste tre årene har det vært en halvering av andelen som mener de står i fare for å miste jobben. Denne nedgangen i opplevd jobbussikkerhet har nok sammenheng med endringer i arbeidsmarkedet i samme periode. Mens arbeidsledigheten i 2003 lå på 4,6 %, var den nede i 2,8 % i 2006.

På generelt grunnlag kan man påpeke at LKU 2009-data, som først blir tilgjengelig i februar 2010, ville kunne sagt noe mer eksakt om i hvilken grad arbeidsforhold pr. i dag er av betydning for dagens sykefraværsutvikling. På den annen side viser trendene i arbeidsmiljøforhold i LKU det siste tiåret frem til 2006 å være relativt konstant.

5 Sammenligning arbeidsrelatert helse og sykefravær i Europa

I en europeisk kontekst kjennetegnes situasjonen i Norge av relativt høye krav i jobben, men norske arbeidstakere rapporterer også en relativt høy grad av mulighet til å påvirke egen arbeidshverdag og høye grad av sosiale støtte fra nærmeste leder og kollegaer. Norske yrkesaktive har i gjennomsnitt en av de korteste arbeidsukene i Europa, mye på grunn av den høye andelen som jobber deltid. Andelen som jobber lange arbeidsuker, definert som gjennomsnittlig arbeidstid på 48 timer eller mer, er derimot blant de laveste i Europa. Om lag 6 % oppgir dette blant norske yrkesaktive mot f eks 9 % i Sverige og 10 % i Danmark.

Det overordnede bildet i Norge er at det har vært en positiv utvikling innenfor noen psykologiske, sosiale faktorer og organisatorisk faktorer de siste årene, men mye har også vært relativt stabilt de siste 10-15 årene. Det er lite som tyder på at arbeidsmiljøet har blitt tøffere, men datagrunnlaget er for tynt til å trekke sikre konklusjoner. En måte å undersøke om konklusjonen for Norge virker rimelig kan være å se om bildet samsvarer eller avviker fra det man har observert i land det kan være relevant å sammenlikne seg med.

En dansk studie som ble publisert i 2003 konkluderte med en generelt positive utviklings i det danske arbeidsmiljøet (Burr 2003). Andelen som rapporterte om av jobbussikkerhet, lav kontroll og deltidsarbeid avtok ved de tre målingene i perioden 1990–2000. På den annen side var det en noe større andel som rapporterte å jobbe mer enn 48 timer per uke. Endringer i yrkessammensetningen i utvalget forklarte en del av endringene. I en nyere Dansk studie basert på to målinger i 1997 og i 2005 konkluderte man derimot med at det har vært en negativ utvikling i retning av høyere jobbkrav, mindre innflytelse på jobben (lav kontroll), mer rollekonflikt, mindre rolleklarhet, økt konfliktnivå og dårlig sosialt støtte (Pejtersen and Kristensen 2009)

En mer generell beskrivelse av arbeidsmiljøet i Europa peker på at man har sett en trend i retning av økte jobbkrav. Den største økningen så man i første halvdel av 1990-tallet. Samtidig har man sett at en større andel opplever å kunne påvirke egen arbeidshverdag, men siden 1995 har også denne trenden vært relativt stabil. Det er ingen klare trender når det gjelder sosial støtte, jobbinnhold og jobbussikkerhet. Når det gjelder arbeidsrelaterte helseplager finner man at forekomsten av disse øker i noen land. I Danmark rapporterer en høyere andel om symptomer på utbrenthet, mens i Finland rapporterer en høyere andel om søvnavansker. Mens i andre land, Sverige og Nederland, har forekomsten av helseplager vært relativt stabil (Houtman 2005). Det er imidlertid få nasjonale studier som har publiserte data på utviklingstrekkene det siste tiåret, og det er vanskelig å bedømme

hvorvidt den siste studie fra Danmark er representativ for en generell utvikling i retning av et tøffere arbeidsmiljø.

I hvilken grad arbeidsmiljøutviklingen i Norge har påvirket sykefraværet finnes det begrenset sikker kunnskap om.

5.1 Selvrapporterte sammenhenger i et Europeisk perspektiv – Arbeidsmiljø

Spørreskjemaundersøkelsen European working conditions survey (EWCS) gir en mulighet til å sammenligne hvordan yrkesaktive i Europa opplever arbeidsmiljøforhold og disses innvirkning på helse og sykefravær. Ved å stille de samme spørsmålene til deltagerne fra forskjellige land gis det en mulighet til å sammenligne disse forhold på tvers av landegrensene og nasjonale systemer. Det er midlertid viktig å påpeke at dette er selvrapporterte undersøkelser og at man i forskjellige land kan ha forskjellige terskler i forhold til hva man opplever som plagsomt etc.

Sett i forhold til muskelskjelettrelaterte lidelser og sykefravær kan det være interessant å se hvordan sysselsatte i Norge rapporterer om ergonomiske risikoforhold sammenliknet med sysselsatte i enkeltlandene i EU. Tabell 7.9 viser EU27- landene der andelen sysselsatte rapporterer å være mest og minst eksponert for ergonomiske risikofaktorer en fjerdedel av arbeidsdagen eller mer. Andelen i Norge presenteres nederst i tabellen (%). Tabellen viser at norske yrkesaktive er i gruppen som rapporterer en lavest andel eksponert for ulike ergonomiske risikofaktorer. Når det gjelder løfting av mennesker rapporterer norske yrkesaktive derimot en høyest andel som er eksponert for det.

Tabell 7.9 Andel sysselsatte eksponert for ergonomiske risikofaktorer en fjerdedel av arbeidsdagen eller mer i enkeltland i EU27 sammenliknet med Norge. (Kilde: EWCS, 2005)

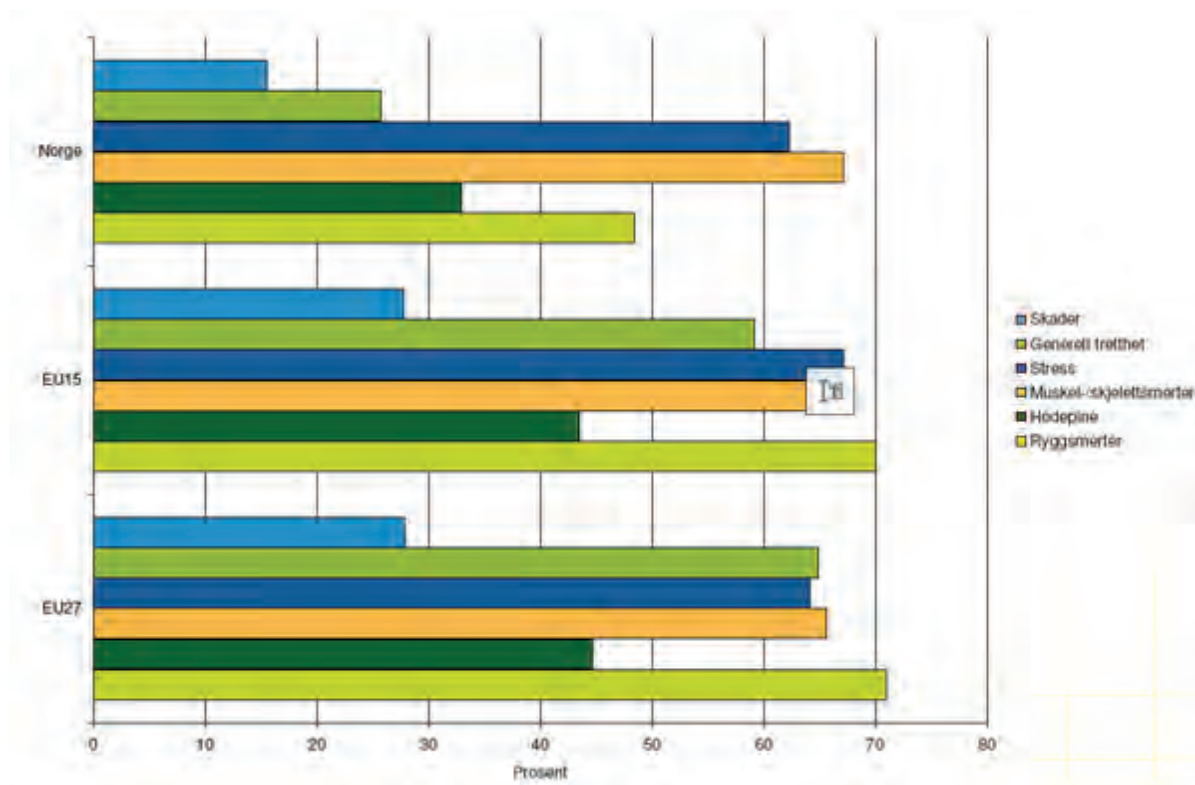
		Vibrasjoner	Smertefulle arbeidstillinger	Løfting av mennesker	Løfting av tunge ting	Ståing og gåing	Gjentatte armbev.
Mest eksponert	1	Ungarn 34,0	Hellas 66,1	Spania 12,4	Romania 44,6	Portugal 79,7	Finland 79,2
	2	Estland 33,4	Romania 61,2	Sverige 12,1	Litauen 41,3	Litauen 79,4	Hellas 76,5
	3	Portugal 33,3	Kypros 59,7	Finland 11,4	Hellas 41,3	Finland 79,4	Romania 76,2
	4	Latvia 31,5	Portugal 56,9	Storbritannia 11,1	Latvia 41,1	Romania 78,3	Portugal 74,1
	5	Litauen 31,2	Ungarn 53,2	Romania 11,0	Polen 40,6	Sverige 77,3	Litauen 67,2
Minst eksponert	23	Belgia 18,6	Danmark 33,1	Slovakia 4,8	Kypros 29,8	Belgia 66,9	Tyskland 56,4
	24	Danmark 16,7	Irland 31,2	Latvia 4,5	Danmark 29,5	Luxemburg 64,4	Luxemburg 53,3
	25	Nederland 15,8	Storbritannia 30,6	Italia 3,9	Italia 28,5	Kypros 62,0	Belgia 52,3
	26	Storbritannia 15,4	Tsjekkia 29,6	Bulgaria 3,6	Luxemburg 25,6	Nederland 58,7	Irland 51,0
	27	Sverige 15,1	Nederland 24,7	Polen 3,1	Nederland 22,0	Tsjekkia 58,5	Malta 50,7
		Norge 13,8	Norge 28,0	Norge 12,8	Norge 28,1	Norge 72,1	Norge 58,8

I Norge var det til sammen ca 10 % i EWCS 2005 som svarte at de var utsatt for forhold som i særlig grad kan påvirke psykisk helse, mens det tilsvarende tallet for EU27 var 28 %. Det var spørsmål om tre ulike forhold, hvor man måtte velge alternativet som passet best. Forekomsten i EU27 for disse forholdene var (tall for Norge i parentes): Mobbing/trakassering 3 % (1 %), vold/trusler om vold 2 % (2 %) og tidspress/for stor arbeidsbelastning 23 % (8 %).

I Norge svarte ca 18 % at det var utsatt for ett av de opplistede forholdene som i særlig grad kan påvirke fysisk helse; i EU27 gjaldt det 41 %. Spesifisert på de ulike eksponeringene, med tall for EU27 (og Norge i parentes): kjemikalier, støv, gass mm 8 % (2 %), støy/vibrasjoner 6 % (1 %), ubekvemme arbeidsstillinger/tunge løft 17 % (12 %) og risiko for ulykker 10 % (2 %).

Figur 7.14 viser de fem hyppigst rapporterte helseplagene inklusive skader Norge sammenlignet med EU (EWCS, 2005). Totalt sett er den hyppigst rapporterte helseplagen muskel-/skjelettlidelser (ryggsmerter og muskel-/skjelettsmerter), etterfulgt av «fatigue» (generell tretthet), stress og hodepine. Andre symptomer som problemer med syn, hørsel og hud samt luftveisproblemer rapporteres av mindre enn 10 % av de sysselsatte i EU. I EU rapporterer de sysselsatte i større grad arbeidsrelaterte helseplager sammenliknet med Norge. Det er imidlertid én helseplage som rapporteres oftere i Norge, og det er muskel-/skjelettsmerter. I denne sammenhengen er det viktig å fremheve at sysselsatte i Norge i mindre grad rapporterer ryggsmerter, enn sysselsatte i EU. I nasjonale arbeidsmiljøundersøkelser inngår ofte ryggsmerter i kategorien muskel- /skjelettsmerter. Det er også langt færre i Norge som rapporterer «fatigue» (generell tretthet) som en arbeidsrelatert helseplage. Årsaken til denne forskjellen kan forklares med den norske oversettelsen av begrepet fatigue. I medisinsk terminologi er «fatigue» noe annet enn generell tretthet.

Figur 7.14 Andel som rapporterer arbeidsrelaterte helseplager i Norge, EU15 og EU27. (Kilde: EWCS, 2005)



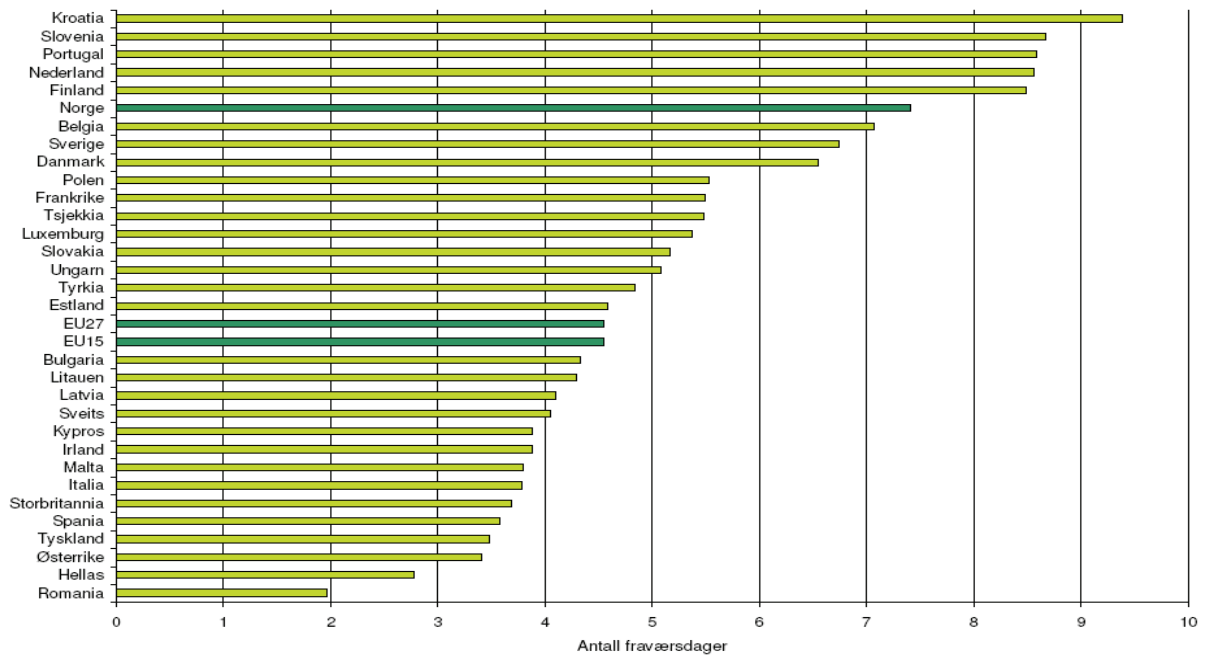
Man må alltid tolke slike undersøkelser som EWCS med en viss forsiktighet. Variasjoner mellom landene kan skyldes mange forhold, slik som kulturelle og politiske forhold, forskjeller i bevissthet og oppmerksomhet rundt arbeidsmiljøforhold og ikke minst språklige nyanser i spørsmålsstillingen. I det store og hele er imidlertid inntrykket at Norge plasserer seg svært gunstig i et europeisk perspektiv.

5.2 Særlig om sykefravær

Et tilsynelatende paradoks er at norske yrkesaktive, til tross for at de på mange arbeidsmiljøfaktorer rapporterer mer positivt enn de fleste EU land og til tross for at de på mange arbeidsrelaterte helseplager rapporterer mer positivt enn de fleste EU land så rapporterer de i større grad helserelatert fravær. I figur 7.15 er gjennomsnittlig antall fraværsdager grunnet helseplager siste 12 måneder, i EU 27, EU15 og enkeltland gjengitt (EWCS 2005). Gjennomsnittet for hvert land refererer til antall helserelaterte fraværsdager for den enkelte sysselsatte. Dette inkluderer alle aktive arbeidstakere og ikke bare de som faktisk har vært fraværende. Gjennomsnittlig antall dager med helserelatert fravær siste 12 måneder er høyere i Norge og de nordiske EUlandene sammenliknet med EU.

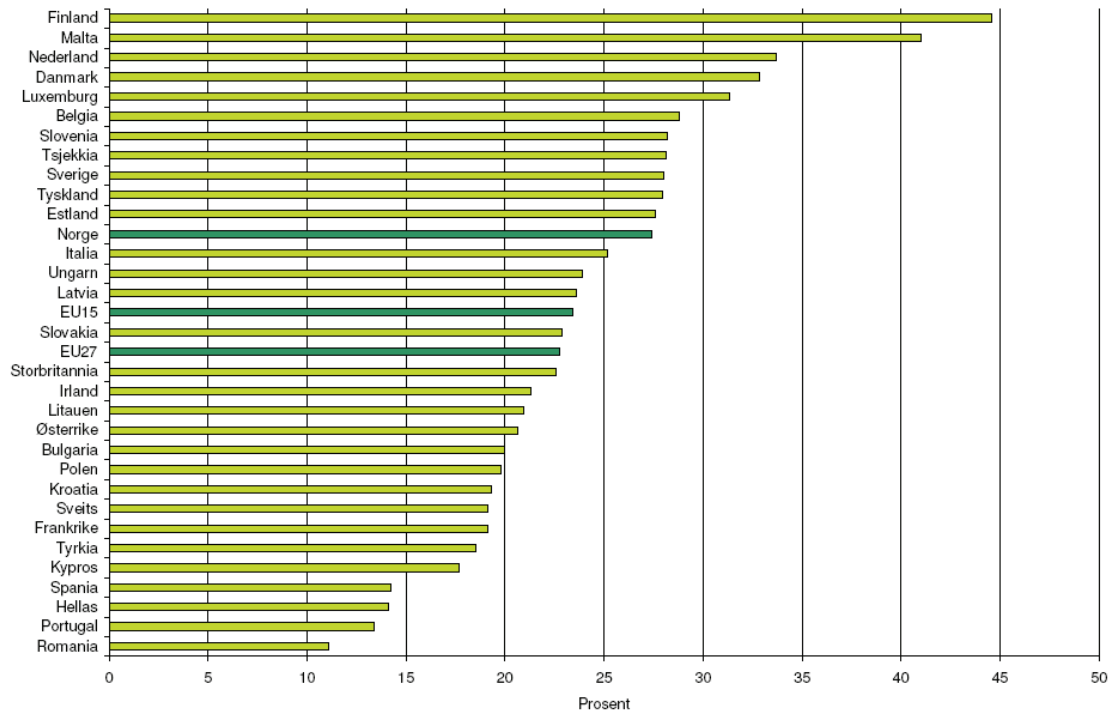
Gjennomsnittlig antall fraværsdager for sysselsatte i Norge er syv dager, mens gjennomsnittlig antall fraværsdager per sysselsatt i Tyskland var mellom tre og fire dager i 2005.

Figur 7.15 Gjennomsnittlig antall fraværsdager grunnet helseplager siste 12 måneder, i EU 27, EU15 og enkeltland. (Kilde: EWCS, 2005)



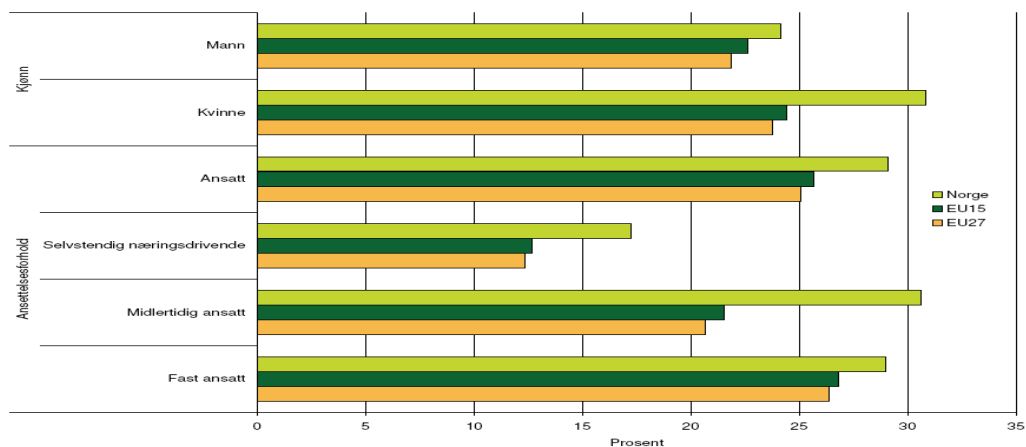
Figur 7.16 viser andel sysselsatte som har vært fraværende i løpet av siste 12 måneder grunnet helseplager i EU27, EU 15 og enkeltland (EWCS, 2005). Spørsmålet som stilles, er: «Har du vært borte siste 12 md. grunnet helseplager?» Helserelatert fravær er et komplekst fenomen som er avhengig av mange faktorer rundt den individuelle arbeidstakers helse og de ulike sykkelønsordningene i det enkelte land. Andelen sysselsatte som rapporterer dette er høyere i Norge og i de nordiske EU-landene sammenliknet med EU. I et nordisk perspektiv er andelen som rapporterer fravær grunnet helseproblemer størst i Finland. Ifølge European Foundation er det ingen sammenheng mellom de som rapporterer at arbeidet påvirker helsen, og fravær som skyldes helseproblemer. Landene som i stor grad rapporterer at helsen påvirkes av arbeidet, er ikke de samme landene som i større grad rapporterer om helserelatert fravær. Et eksempel er Hellas som har den høyeste andelen sysselsatte som rapporterer at helsen påvirkes av arbeidet, men den laveste andelen sysselsatte som er borte fra jobb på grunn av helseproblemer. Det viser hvor komplekst og flerdimensjonalt helserelatert fravær er.

Figur 7.16 Andel sysselsatte som har vært fraværende i løpet av siste 12 måneder grunnet helseplager i EU27, EU 15 og enkeltland (Kilde: EWCS, 2005).



Ved å se på helserelatert fravær etter kjønn og ansettelsesforhold i Norge, EU 27 og i EU15 (EWCS 2005) illustrerer figur 7.17 at andelen kvinner og menn som har rapportert å ha hatt et helserelatert fravær siste 12 måneder i Norge er høyere enn i EU. Det er også større forskjell mellom kjønnene i Norge når det gjelder helserelatert fravær enn i EU. Hvis man kun ser på norske sysselsatte kvinner, er det i overkant av 31 % som har rapportert å ha hatt et helserelatert fravær siste 12 måneder, sammenliknet med 24 % blant kvinnene i EU15.

Figur 7.17 Helserelatert fravær etter kjønn og ansettelsesforhold i Norge, EU 27 og i EU15. (Kilde: EWCS, 2005)



Referanser

- Benonisen AT. Måltrettet HMS-arbeid i fiskeindustri- og oppdretts-bedrifter ved hjelp av systematisk arbeid mot HMS-tap (skader og sykefravær). Rapport til NHOs Arbeidsmiljøfond 1998.
- Black C (2008a). Working for a healthier tomorrow. Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population. London; 2008.
- Black C (2008b). Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population. Summary of evidence submitted. London; 2008.
- Burr H et.al., Trends in the Danish work environment in 1990-2000 and their associations with labor-force changes. Scand J Work Environ Health. 2003 Aug;29(4):270-9.
- Gudding IH, Lie A. Bedriftsfysioterapeutens medvirkning til det inkluderende arbeidsliv. Oslo: STAMI; 2005. Report No.: 1.
- Harber P, Mullin M, Merz B, Tarazi M. Frequency of occupational health concerns in general clinics. J Occup Environ Med 2001;43(11):939-45.
- Hilt B, Kvenild K, Stenersen H. Arbeidsrelaterte sykdommer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003 August 14;123(15):2065-7.
- Houtman, I.L.D., *Work-related stress*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005, [NL0502TR01](#).
- Järhult B, Brühl P. Arbete som orsak till sjukdom. Läkartidningen 1986;83(42):3497-501.
- Kant IJ, Jansen N, van Amelsvoort L, van Leusden R, Berkouwer A. Structured Early Consultation with the Occupational Physician Reduces Sickness Absence Among Office Workers at High Risk for Long-Term Sickness Absence: a Randomized Controlled Trial. Journal of Occupational Rehabilitation 2008 Mar 20;18(1):79-86.
- Kibsgård KA, Andersen JH, Rasmussen K. Arbejdsmedicin i almen praksis. En undersøgelse af arbejdsskaders omfang og art i Ringkjøbing Amt. Ugeskr Læger 1998;160(34):4863-7.
- Leira HL, Berg JA, Bratt U, Slåstad S. Mye arbeidsrelatert sykdom blant astmatikere. Tidsskr Nor Lægeforen 2006 September 21;126(18):2367-9.
- Lie A, Gudding IH, Bjørnstad O, Aasnæss S. Bedriftshelsetjenestens rolle i det inkluderende arbeidsliv. Statens arbeidsmiljøinstitutt: STAMI-rapport nr. 2; 2004.
- Lie A (2008a). Kan sykefravær forebygges? Arbeidsmiljø 2008;(6):32.
- Lie A (2008b). Inclusive working life in Norway - Experiences collected from "Models of Good Practice" enterprises. CMJ 2008;49(4):553-60.
- Mehlum IS, Kjuus H, Veiersted KB, Wergeland E. Self-reported work-related health problems from the Oslo Health Study. Occup Med (Lond) 2006 September;56(6):371-9.
- Mehlum IS, Veiersted KB, Wærsted M, Wergeland E, Kjuus H. Self-reported versus expert-assessed work-relatedness of pain in the neck, shoulder, and arm. Scand J Work Environ Health 2009 May;35(3):222-32.

Mehlum, I. S. and Kjuus, H. Omfang og konsekvenser av arbeidsskader og arbeidsbetinget sykdom på norsk kontinentalsokkel. Oslo: STAMI; 2005. STAMI-rapport nr. 4, 2005.

NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering

Pejtersen, J.H. and Kristensen, T.S. 2009. The development of the psychosocial work environment in Denmark from 1997 to 2005. *Scand.J.Work Environ.Health* 35(4):284-293.

Røed, K and Fevang, E. Organisational change, absenteeism and welfare dependency. 2005:9. 2005. Oslo: Health Economics Research Programme at the University of Oslo.

Ref Type: Report

Samant Y, Parker D, Wergeland E, Wannag A. The Norwegian Labour Inspectorate's Registry for Work-Related Diseases: Data from 2006. *Int J Occup Environ Health* 2008;14(4):272-9.

Sluiter JK, Rest KM, Frings-Dresen MH. Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health* 2001;27 Suppl 1:1-102.

Spurgeon A. *Managing Attendance at Work: An Evidence-Based Review*. Institute of Occupational Health. The University of Birmingham.: British Occupational Health Research Foundation.; 2002.

STAMI-rapport (2008), Arbeidsmiljø og helse – slik norske yrkesaktive opplever det. Årg. 9, nr. 16

Statens Offentliga Utredningar. Företagshälsovård på tre ben. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar; 2006. Report No.: 11.

Stattin M, Järvholm B. Occupation, work environment, and disability pension: a prospective study of construction workers. *Scand J Public Health* 2005;33(2):84-90.

Sterud T. Nedbemanning og omorganiseringer blant norske yrkesaktive – har informasjon og medvirkning betydning for helse og trivsel? *Søkelys på arbeidsmarkedet* nr. 1 2009

Taimela S (2008a), Justen S, Aronen P, Sintonen H, Laara E, Malmivaara A, et al. An occupational health intervention programme for workers at high risk for sickness absence. Cost effectiveness analysis based on a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2008 Apr;65(4):242-8.

Taimela S (2008b), Malmivaara A, Justen S, Laara E, Sintonen H, Tiekso J, et al. The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomised controlled trials. *Occup Environ Med* 2008 Apr;65(4):236-41.

Taskinen H. *Good Occupational Health Practice. A guide for planning and follow-up of occupational health services*. Helsinki: Ministry of Social Affairs, Finnish Institute of Occupational Health; 2001.

Tellnes G, Bruusgaard D, Sandvik L. Occupational factors in sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 1990 March;8(1):37-44.

Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P., and Ferrie, J.E. 2004. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *British Medical Journal* 328(7439):555-558.

Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health* 2005 June;59(6):450-4.

Westerlund, H., Ferrie, J., Hagberg, J., Jeding, K., Oxenstierna, G., and Theorell, T. 2004. Workplace expansion, long-term sickness absence, and hospital admission. *Lancet* 363(9416):1193-1197.

World Health Organization. Identification and control of work-related diseases. Report of a WHO Expert Committee. Genève (Sveits): WHO; 1985. Technical Report Series No. 714.

Østhus,S. 2007. For better or worse? Workplace changes and the health and well-being of Norwegian workers. *Work Employment and Society* 21(4):731-750.

Vedlegg 8: Erfaringer fra informasjonskampanjer

1 Informasjonskampanjer

En kampanje kan defineres som "Intensjonale forsøk på å påvirke en relativt avgrenset målgruppe til å endre forestillinger, oppfatninger, holdninger eller atferd, ved hjelp av ulike budskap presentert gjennom ulike kommunikasjonskanaler."

Kampanjer som virkemiddel er:

- Omfattende og intensive
 - Gir høy oppmerksomhet over et lengre tidsrom
- Setter agendaen
 - bidrar til debatt
- Emosjonelt sterke
 - involverer mottakerne emosjonelt og rasjonelt
- Kampanjer kan i liten grad dokumentere direkte effekt på adferd
- Kampanjer kan øke kunnskap og kanskje påvirke holdninger
- Effektive virkemidler er under press fra opinion og internasjonalt
- Komplisert – og upopulært? – budskap
- Nødvendig å forenkle
- Kampanjer virker **ikke** alene, men kun sammen med andre tiltak

Nedenfor er en sjekkliste for hvordan man planlegger, gjennomfører og evaluerer en kampanje:

- Hva er **problemet**?
- Kan problemet løses ved hjelp av **kommunikasjonskampanje**?
- Når er kampanje et riktig **hjelpemiddel** for å nå sine mål?
- Hva er **kunnskapsgrunnlaget**?
- Hva er **målet**?
- Hvem er **målgruppene**?
- Hva er **budskapet**?
- Hva skal være **etterlatt inntrykk**?
- Hvilke **kanaler**?
- Hvilke **tiltak**?
- Hva må **evalueres**?
- **Spørre den det gjelder!**

En kommunikasjonsplan bør bestå av hva som er saken, hvilke mål som skal oppnås, rammene en opererer innenfor (beskrivelse av hvem som har bestilt, forhold til andre aktører, budsjett etc).

Videre bør det være diskutert fram et budskap som er egnet overfor de konkrete målgruppene og hvilke kanaler (web, presse, rundskriv, brev, tlf) som skal benyttes. Det bør også tas stilling til

hvordan en skal evaluere innsatsen. Særlig er dette viktig ved større kommunikasjonstiltak som kampanjer, der det vil være ønskelig å måle en før og etter-situasjon hos målgruppene.

Det finnes noen suksesskriterier for kampanjer:

- Kampanjer virker ikke alene og større endringer krever flere sett av virkemidler over tid. Kommunikasjonen virker sterkest når den virker sammen med andre tiltak over tid
- Organisering: Må prioriteres høyt både hos fag- og kommunikasjonsavdeling, og på tvers av alle aktører i arbeidet
- Må ha målbare mål for arbeidet – hvis ikke vet vi jo ikke om vi lykkes. Grundige evalueringer må foretas for å øke kunnskapen og forbedre senere kampanjer
- Spørre den det gjelder - teste
- Sterk integrasjon mellom PR og betalt kommunikasjon fordi kompleksiteten ved temaer krever redaksjonell dekning og utdyping
- Gode kunnskaper om å kjøpe og følge opp gode kommunikasjonstjenester
- Gode allianser - referansegrupper
- Kampanjer skal være kunnskapsbaserte

2 Svenske erfaringer

Svenske myndigheter hevder at en av årsakene til at de har redusert sykefraværet er at det har skjedd en vesentlig holdningsendring i landet de siste årene. En av grunnene til holdningsendringene er at det har blitt gjennomført flere kampanjer. Disse holdningsendringene har delvis gått forut for øvrige strukturelle endringer, og har ved enkelte anledninger tatt ut effekten av strukturelle endringer før de er iverksatt.

Det har dessverre ikke vært mulig å få et godt nok tallgrunnlag fra Sverige på hvilke holdninger og kunnskapsmål som er endret, eller hvor mye. Det mangler blant annet nullpunktsundersøkelser.

3 Erfaringer fra norske langsiktige kampanjer

Helsedirektoratet er trolig den norske statlige aktøren som har mest erfaringer med langsiktig kampanjearbeid. Dette har vært gjennomført blant annet på tobakk, psykisk helse og alkohol. Tobakkskampanjene er de som har tydeligst evaluering knyttet til måloppnåelse.

3.1 Tobakk

Utgangspunktet for kampanjene var at det kom en tydelig målsetting fra daværende helseminister Høybråten i 2002 om å halvere ungdomsrøykingen innen fem år. Tallet på ungdomsrøykingen i

aldersgruppen 16-24 år falt fra 28 % i 2002 til 16 % i 2007. I totalbefolkningen røykte 32 % av den norske befolkningen mellom 16 og 74 år daglig i 2000. I 2008 var det tilsvarende tallet 21 %.

Helsedirektoratet startet sitt kampanjearbeid med to omfattende kampanjer i 2003. Det året alene sank tallet på dagligrøykere fra 29 % til 26 %, den største reduksjonen i et enkelt år noensinne. Innstramningen i røykeloven til å omfatte serveringssteder kom først i juni 2004, så mye av reduksjonen i tobakksbruken det seneste tiåret skjedde før serveringsstedene ble røykfrie. Parallelt med dette har det skjedd andre innstramninger som økning i avgiften på tobakk.

Helsedirektoratet brukte 10 millioner kroner i året over en femårsperiode på dette arbeidet. I rapporten "En gjennomgang av forskningslitteraturen om tiltak for redusere røyking blant ungdom" av Jostein Rise og Karl Erik Lund, SIRUS (2002) ble det anbefalt å bruke nærmere 30 kroner pr innbygger pr år til kampanjer. Dette var tall basert på erfaringer bl.a fra amerikanske delstater.²¹ Flere av tobakkskampanjene er evaluert.²²

3.2 Psykisk helse

For å øke befolkningens og tjenestenes kunnskap om psykisk helse er det siden år 2000 iverksatt skoleprogrammer, befolkningskampanjer og kampanjer rettet mot tjenesteapparatet. De viktigste målgruppene for informasjonstiltakene har vært befolkning, tjenesteapparat i kommunen og spesialisthelsetjenesten, skoleelever og arbeidsliv.

De viktigste tiltakene:

- Befolkningskampanjen "Et åpent sinn"

Helsedirektoratet gjennomfører på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet den befolkningsrettede kampanjen "Et åpent sinn". Hensikten med kampanjene er å vise befolkningen at det er vanlig å få psykiske problemer og øke kunnskapen om hjelpetilbudet og om hva man kan gjøre for å styrke sin egen og andres psykiske helse.

- God informasjon i tjenesteapparatet

For å øke kunnskapen i tjenesteapparatet om utviklingen på psykisk helse-feltet og for å bedre informasjonen fra tjenesteapparatet og ut til befolkningen er det gjennomført mange tiltak.

²¹ http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/Gjennomgang_av_forskn_1087a.pdf

²² http://www.helsedirektoratet.no/tobakk/kampanjer/tobakk_tidligere_kampanjer/evalueringer_av_kampanjer_p_tobakksomr_det_62159

- Informasjonsmateriell på flere språk

Informasjonsmateriell om hjelpetilbudet og de vanligste psykiske lidelsene. Brosjyrene er oversatt til 17 språk.

- Verdensdagen for psykisk helse

Siden år 2000 har Verdensdagen for psykiske helse 10.oktober blitt markert over hele landet. Mental helse har drevet mobilisering og stimulering av nettverk for å øke antall arrangementer.

4 Måling av tillitt og åpenhet

Det har siden 2005 blitt foretatt målinger i befolkningen i forhold til tillitt og åpenhet. Disse er en del av det samlede indikatorsettet som følger utviklingen på feltet for psykisk helse.

4.1 Arbeid og psykisk helse

Siden 2002 har Rådet for psykisk helse gjennomført tiltak for å hindre utstøting av mennesker med psykiske lidelser fra arbeidslivet og for å få flere inn i jobb. Via Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2008-2012 gjennomfører NAV og Helsedirektoratet en kommunikasjonsstrategi for å støtte opp under tiltakene i planen. Det er utarbeidet nettsider for helsetjenesten, for NAV-systemet og for ledere i arbeidslivet og for arbeidstakere/arbeidssøkere.

4.2 Psykisk helse i skolen

Siden år 2002 har det blitt utviklet 6 undervisningsprogrammer i den nasjonale satsingen Psykisk helse i skolen. Per juni 2008 hadde over 100 000 elever og 26 000 lærere og helsepersonell vært igjennom minst ett av programmene. Se lenke til høyre.

4.3 Støtte til bruker-, opplysnings- og pårørendeorganisasjoner:

Organisasjonene driver opplysningsvirksomhet. De største er: [Mental Helse Norge](#) , [Landsforeningen for pårørende i psykiatrien \(LPP\)](#) , [ADHD Norge](#) , [Voksne for barn](#) , [Rådet for psykisk helse](#) , [Angstringen](#) , [Stiftelsen psykiatrisk opplysning](#) , [Norsk selvhjelpsforum](#) og [We shall overcome](#).

Budsjettet for kommunikasjonsinnsatsen på psykisk helse har de siste årene vært på mellom 30 og 40 millioner årlig. Det vurderes en samlet evaluering av kampanjeaktivitetene i 2010 for å følge opp NIBR-evalueringen fra 2008 som ble gjennomført med undersøkelser før de store befolkningsrettede tiltakene i psykisk helse-kampanjene ble iverksatt.²³

5 Holdninger eller kunnskap

I forbindelse med arbeidet på Raskere tilbake har NAV fått utarbeidet noen omnibusundersøkelser. Her følger noen hovedpunkter fra undersøkelsene

Arbeidstakere (oktober 2009):

- Flere enn 4 av 5 (84 %) er villige til å endre arbeidsoppgaver i en periode for å unngå å bli sykmeldt. Dette er en økning sammenlignet med 2008.
- Aldersgruppen over 50 år er i mindre grad villige til å endre arbeidsoppgaver for å unngå sykmelding. På samme måte er de som har kun grunnskoleutdanning i mindre grad villig til å endre arbeidsoppgaver enn de med lengre utdanning.
- 6 % har opplevd å ikke få sykmelding når de har hatt et opplevd behov for det. Dette er tilsvarende tall som for 2008.
- 1 av 8 (13 %) tror siste sykmelding kunne vært unngått eller kortere om de hadde fått en avventende sykmelding. Dette tallet er tilsvarende som for 2008.

²³ Mer informasjon på www.psykisk.no og <http://www.nibr.no/uploads/publications/727f605671a15ce27e334873b543fc02.pdf>

Arbeidsgivere (2. kvartal 2009):

- Hva er eventuelt den viktigste hindringen for at du som arbeidsgiver ikke foretar tilrettelegging av arbeidet for å unngå sykemelding i arbeidsgiverperioden?

Det er faglig eller praktisk sett vanskelig å få til	31 %
Tilrettelegging krever mer av meg som arbeidsgiver enn det jeg får tilbake	2 %
Arbeidstaker er lite villig til å få arbeidet tilrettelagt	2 %
Dårlig kommunikasjon med sykmeldende behandler	3 %
Ingen hindring	29 %
Økt belastning på kollegaer	2 %
Det koster for mye penger	4 %
Manglende kunnskap om regelverk og tilretteleggingsplikt	1 %
Få ansatte/ikke behov	4 %
Tidspress	1 %
Annet	4 %
Vet ikke	17 %

- Er din erfaring at ansatte vanligvis er positive til å være helt eller delvis i jobb under sykdom, dersom det er helsemessig forsvarlig?
 - Ja 81 %
 - Nei 9 %
- Tror du at tettere kontakt med legen vil kunne bidra til å redusere sykefraværet på din arbeidsplass?
 - Ja 53 %
 - Nei 41 %
- Tror du noen av de ordinære sykmeldingene kunne vært unngått hvis legen hadde foreslått en avventende sykmelding?
 - I bedrifter med 1-4 ansatte svarer 20 % ja
 - I bedrifter med 5-19 ansatte svarer 34 % ja
 - I bedrifter med 20-99 ansatte svarer 53 % ja
 - I bedrifter med over 100 ansatte svarer 65 % ja

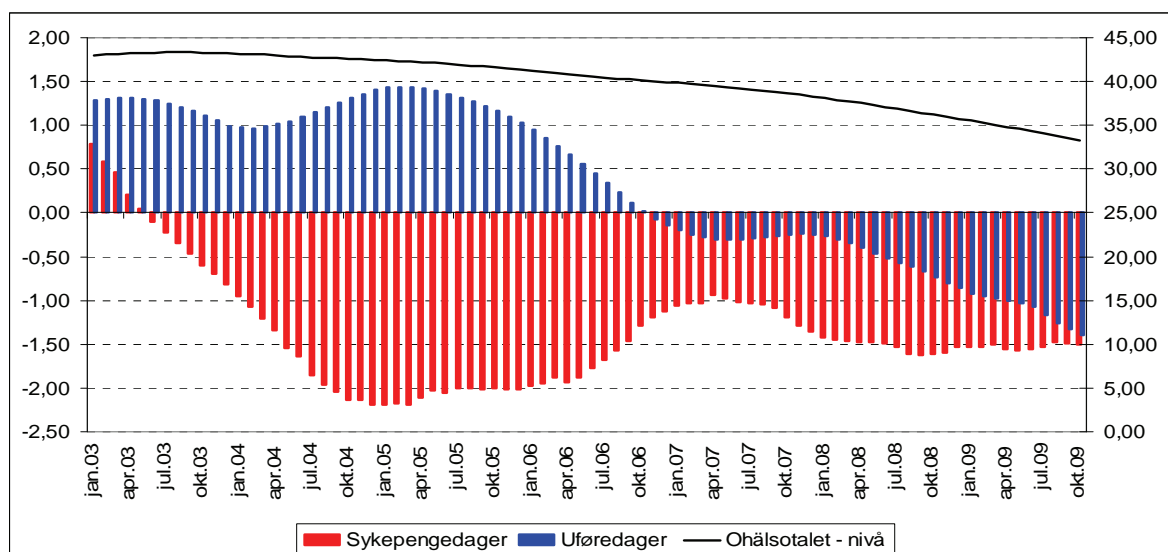
Vedlegg 9: Hva skjer i Sverige?

1 Et betydelig fall i helse relatert fravær

Statstikk fra Sverige viser at sykefraværslivået nådde et topp-punkt i 2003 og at dette siden har falt.

Reduksjonen i sykefraværet i Sverige sammenfaller med den daværende regjeringens målsetning om å halvere sykefraværet i Sverige fra 2002 til 2008. Dette målet var knyttet til antall dager med sykelønn (sjukpenning). I Sverige har det tradisjonelt vært mulig å gå på sykepenger uten noen bestemt tidsbegrensning. En første effekt av tiltak for å få ned antallet sykefraværsdager var å skyve en del personer over på uførepensjon ("sjuk och aktivitetsersättning"). Men det er i Sverige også gjort en innsats for å etablere et samlemål for alt helse relatert fravær. Det er definert som summen av antall dager på sjukpenning, rehabpenning og dager på sjuk- og aktivitetsersättning delt på antallet i befolkningen i aldersgruppen 20 til 64 år. Selv om det i starten var en del overveltning fra sykepenger til uførepensjon, er det nå et fall i begge ordninger. Det samlede Ohälsotalet har falt betydelig fra 2003 til i dag (Försäkringskassan 2009 d). Figur 9.1 viser utviklingen siden 2003 når det gjelder samlet nivå av sykepenger og uføreytelse og endringstall i forhold til året før for både sykepenger og uføreytelser.

Figur 9.1 Endring i antall sykepengedager og "uføredager" i forhold til samme måned året før (endring i dager per innbygger mellom 16 og 64 år) venstre akse, samt utviklingen i ohälsotalet høyre akse



I starten av 2003 var det en vekst i sykepengedagene men den var avtakende. Fallet i sykepenger startet våren 2003, jf at de røde søylene kommer under nullpunktet, og har falt siden. Det var fortsatt en vekst i antallet mottakere av uføreytelse og denne veksten tiltok i 2005, noe som kan ses i sammenheng med en overveltning fra sykepenger. Men fra sommeren 2006 har antallet uføredager også falt, jf. at de blå søylene kommer under nullpunktet. Det samlede fallet har akselerert. Mens fallet fra høsten 2007 til høsten 2008 var på 6 ½ pst, var fallet fra høsten 2008 til høsten 2009 over 8 pst. Det er en reduksjon både for kvinner (fra vel 50 dager til rundt 40 dager) og menn (fra 35 dager til 27 dager) og i alle deler av landet. Stockholm ligger lavest med godt under 30 dager, mens Jämtland ligger høyest med over 40 dager.

2 Skyldes utviklingen i Sverige en overveltning til arbeidsmarkedsbaserte ordninger?

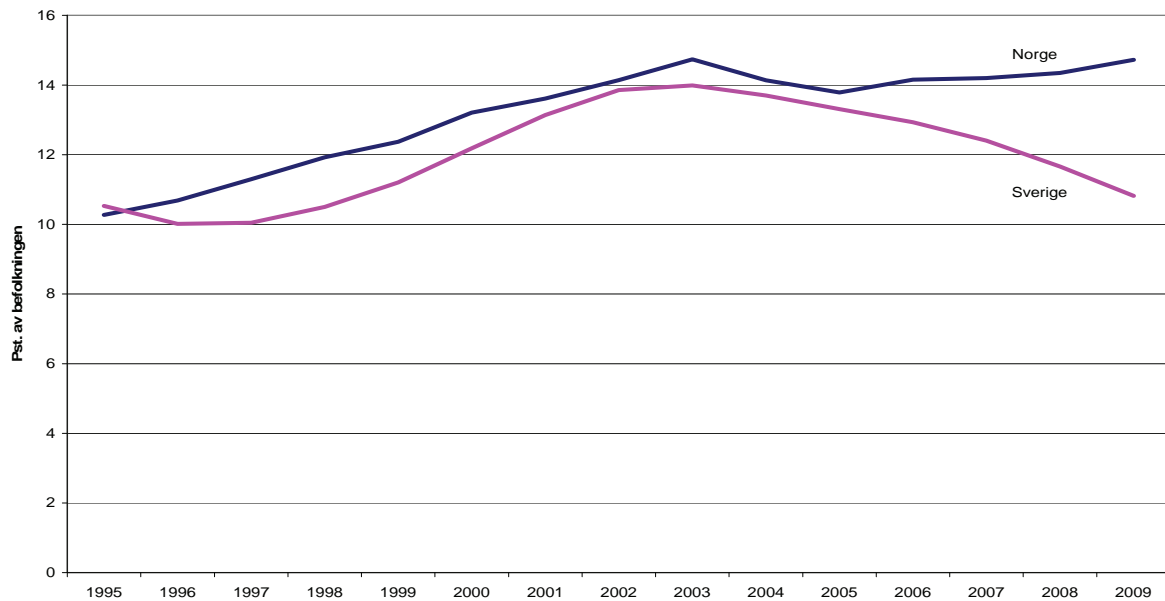
En mulighet til fallet i de helse relaterte stønadene kunne være at det skjer en overveltning fra helse relaterte stønader til arbeidsledighet og tiltaksplasser. Følgende forhold kan tilsi at en overføring av personer fra helse relaterte ordninger til dagpenger ikke forklarer utviklingen vi har sett i Sverige.

- Avsluttede langvarige sykepengetilfeller går i stor grad over i arbeid. En undersøkelse fra Försäkringskassan (2009a) viser at i avsluttede sykepengetilfeller med 180 dagers varighet eller mer har over 70 pst ansettelse eller eget foretak som hovedsaklig sysselsetting. 11 pst er arbeidssøkende eller på arbeidsmarkedstiltak. 3 pst beskriver seg som syke uten stønad fra Försäkringskassan.
- Utviklingen i arbeidsledighet følger ikke utviklingen i ohälsotalet. Mens dette har vært jevnt fallende, har arbeidsledighetstallene variert. Arbeidsledigheten steg fram til 2005 og falt i perioden 2005 til 2008, jf rapport fra Försäkringskassan (2009 c side 33).

3 Utviklingen i Sverige i forhold til i Norge

En sammenlikning mellom Sverige og Norge viser at det samlede antallet årsverk på uføretrygd, rehabiliteringspenger og sykepenger har økt markert siden 1995 i Norge. Som andel av befolkningen 20-64 år tilsvarte dette vel 14 pst. i 2008 - 4 prosentpoeng høyere enn i 1995. Veksten har fortsatt i 2009. I Sverige har det derimot vært en samlet nedgang de siste årene. I 2009 er det anslått at knapt 11 pst. vil motta slike ytelser - om lag 3 prosentpoeng lavere enn i 2003.

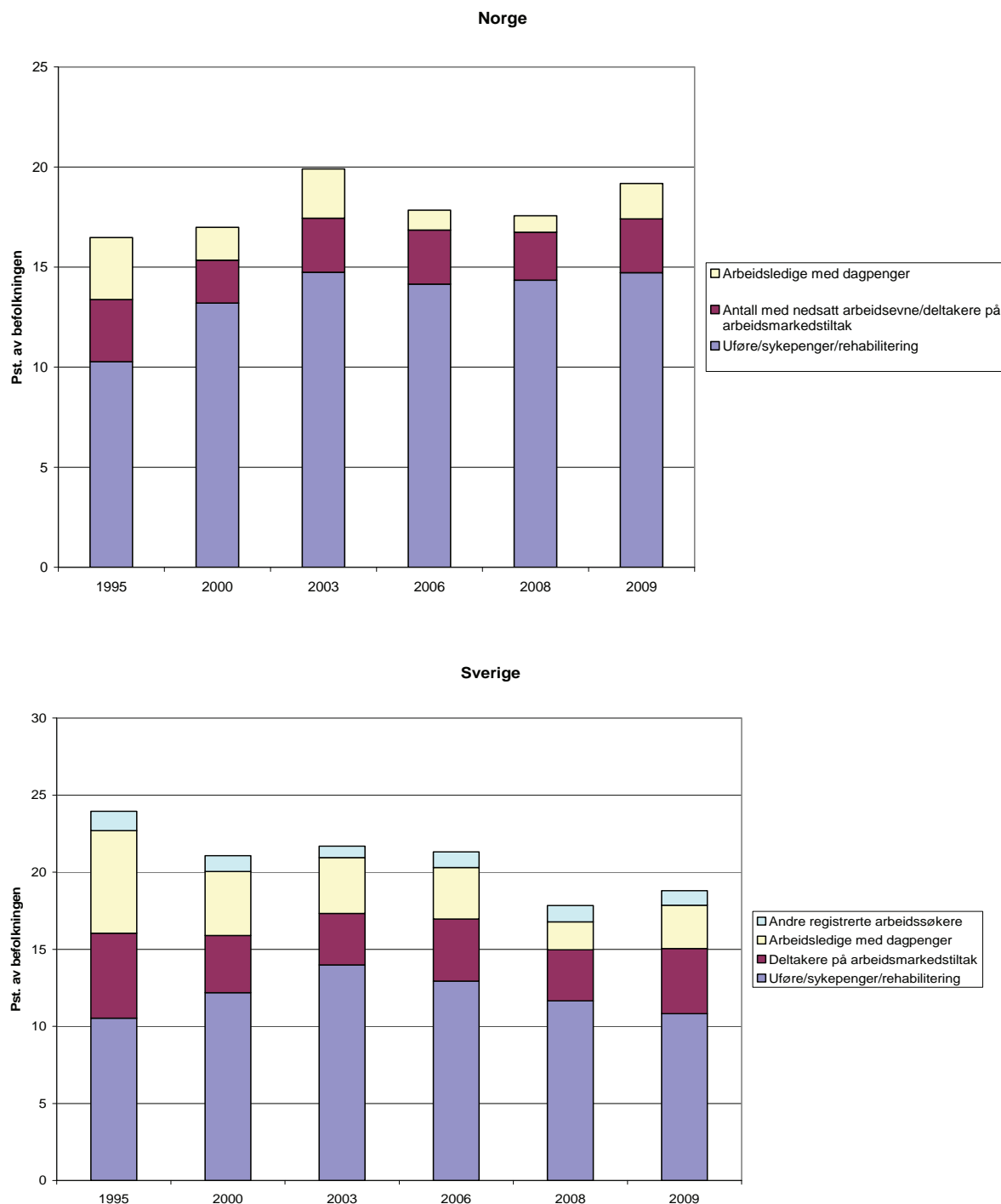
Figur 9.2 Samlet uttak av helserelevante ytelser. Prosent av befolkningen 20-64 år (Kilder: SSB, NAV, det svenske Finansdepartementet og sekretariatet til ekspertgruppen)



Utviklingen i antallet på helserelevante ytelser kan også ses i sammenheng med utviklingen innenfor arbeidsmarkedsrelaterte ytelser.

Figur 9.3 under viser at andelen av befolkningen i aldersgruppen 20-64 år som mottok helserelevante trygdeytelser, arbeidsmarkedstiltak eller arbeidsledige med dagpenger i perioden fra 1995 til 2006 var høyere i Sverige enn i Norge. Sverige lå på litt over 20 pst., mens tallet i Norge lå på mellom 16 og 20 pst. Siden 2003 har det vært en klar nedgang i den samlede andelen i Sverige og i 2008 og 2009 var tallet noe lavere i Sverige enn i Norge. I det vesentligste består forskjellene i at Norge har flere sykmeldte og uføretrygdete enn Sverige. Samtidig har Sverige flere på arbeidsmarkedstiltak og flere arbeidsledige.

Figur 9.3 Antall på helse relaterte trygdeordninger, deltakere på arbeidsmarkedstiltak og arbeidsledige med dagpenger målt i årsverk i aldersgruppen 20-64 år i henholdsvis Norge og Sverige. Prosent av befolkningen (Kilder: NAV, Statistisk sentralbyrå, det svenske Finansdepartementet, arbeidsformidlingen i Sverige og sekretariatet for ekspertgruppen)²⁴



²⁴ De norske tallene er aldersjustert slik at de skal omfatte aldersgruppen 20-64 år, dvs. til samme aldersinndeling som i Sverige. For 2009 er det brukt prognoser fra det svenske Finansdepartementet. For Norge bygger tallene for 2009 dels på faktiske tall og dels på anslag for 2009. En må være noe varsom med direkte å sammenlikne nivået på de ulike ordningene mellom Sverige og Norge. Dette har bl.a. sammenheng med at de kan ha forskjellig innretning.

4 Endring i finansielle insentiver ser ikke ut til å forklare utviklingen

På begynnelsen av 1990 tallet ble det gjort betydelige endringer i det finansielle ansvaret for sykefravær i Sverige. En arbeidsgiverperiode på to uker ble innført i 1992 og en karenndag kom i 1993. Også kompensasjonsnivået ble redusert og har etter hvert blitt 80 pst for sykelønn (med mulighet for avtalebaserte økninger opp til 90 pst)²⁵. Det har vært ulike endringer i arbeidsgivernes finansieringsansvar i perioden. En kort periode fra 1. januar 2005 til 2006 hadde arbeidsgiverne et medfinansieringsansvar på 15 pst knyttet til heltids sykmeldte²⁶. Dette ansvaret ble avskaffet av den nye borgerlige regjeringen høsten 2006. Vi er ikke kjent med en grundig evaluering av effekten av utvidet arbeidsgiveransvar. En rapport fra 2006 (Försäkringskassan 2006) har hovedvekt på i hvilken grad reformen i sin startfase medførte endringer i atferden til arbeidsgivere og endringer i administrative oppfølgingstiltak. Den nye regjeringen har introdusert spesielle subsidier til arbeidsgivere for å ansette langtidsledige og personer som har gått på helserelevante stønader. En oversikt over utviklingen over tid er gitt i en særlig rapport fra OECD (2009) om helserelevante stønader i Sverige.

Selv om den endringen vi har sett i fraværet i Sverige ikke ser ut å ha blitt utløst av endringer i finansielle rammebetingelser, er det likevel mulig at en forutsetning for å ha oppnådd det en har oppnådd, er at deler av det finansielle ansvar/risiko er plassert hos arbeidstaker/arbeidsgiver. Utvidet arbeidsgiveransvar kan også ha bidratt i en periode men slik at en evt. effekt ikke forsvant da den ble opphevet.

5 Hva har da blitt gjort i Sverige?

I det følgende gis det noen punkter som kan bidra til å forklare det som har skjedd i Sverige.

5.1 En "profesjonalisering" av den svenske trygdeetaten

Tidlig på 2000 tallet, på bakgrunn av det stigende fraværet da, ble det satt i gang et omfattende prosjekt, Prohälsa, for å profesjonalisere uhelsearbeidet og utvikle et felles arbeidssett. På bakgrunn av arbeidet i Prohälsa, som var et samarbeid mellom etatsfolk og forskere, innførte Försäkringskassan i 2003 og 2004 et strukturert arbeidssett med felles metoder i sykeforsikringen.

Erfaringer med dette arbeidet er analysert i en rapport fra 2007 (Försäkringskassan 2007). Det sies om metodeopplegget i denne rapporten blant annet:

²⁵ En tar utgangspunkt i 97 pst. av sykepengegrunnlaget og regner 80 pst. av dette.

²⁶ Dette kan ha gitt insentiver til overgang til mer gradert sykmelding i Sverige.

”Arbetsmomenten i metoden tidig bedömning innehöll formellt sett inga nyheter när metodsamlingen lanserades. Kronologin i processen når en begäran om sjukpenning inkommer – granska, komplettera, bedöma, besluta – kan te sig ganska självklar. Detta var dock ett sätt att markera försäkringsmässigheten i motsats till den tidigare rådande kulturen som betonat utbetalning framför utredning”

En konklusjon i rapporten er at sykemeldingsretten håndteres *striktere* og mer *försäkringsmässigt* enn tidligere. Antallet *avstämningsmöten*²⁷ er dobbelt så høyt i 2006 sammenliknet med 2005. Det er videre bedre dokumentert de vurderinger som er gjort på ulike tidspunkt. Omfanget av deltidssykemeldinger er økt betydelig siden 2002.

Rapporten drøfter (side 7) tegn som tyder på at det er flere som får avslag på sykmelding fra Försäkringskassan. I 2006 fikk 1,5 pst avslag. Det mangler gode tall på avslag fra før 2005. Det har vært en vekst i andel deltidssykemeldte. Rapporten er usikker på om det kan skyldes Försäkringskassans virksomhet eller andre forhold. Her nevnes at fra 2003 er legeerklæringen utformet slik at deltidssykemelding skal være normen og hel sykmelding må særlig begrunnes. På flere områder gjengir rapporten at det var mye som manglet i forhold til full gjennomføringen av metodeopplegget. Over halvparten av saksbehandlerne oppgav at de måtte hoppe over den lovfestede ettårsvurderingen på grunn av tidsmangel.

Et element i den svenske standardiseringen er at i 2005 ble den svenske trygdeetaten samlet til en organisasjon. Før 2005 bestod etaten av 21 halvveis autonome regionale enheter. Sammenslåingen kan gjøre det lettere enn tidligere å få et samlet systematisk opplegg for arbeidet med sykefravær.²⁸

5.2 Et program for å bedre kvaliteten på sykmelding i de ulike landstingene

I en avtale mellom den svenske regjeringen og Sveriges Kommuner og Landsting er det lagt opp til å fordele midler på bakgrunn av oppnådde resultater når det gjelder sykmelding. Dette lå til grunn for en avtale i perioden 2006 til 2008 og ligger også til grunn for en avtale fra desember 2008 (Regeringskanselliet 2008) som skal fordele midler i 2010 på basis av oppnådde resultat i 2009. En milliard svenske kroner skal fordeles. 250 mill. kroner fordeles etter antall innbyggere og inntil 750 mill. kroner fordeles etter resultater og tiltak. Ved reduksjoner i fraværet på under 5 pst. på ett år, gis landstinget 15 pst. av gjennomsnittlig sykepengeutgift. For reduksjon på over 5 pst. gis 25 pst. av sykepengeutgiftene. For landsting som iverksetter spesielle tiltak for å øke bruken av den forsikringsmessige beslutningsstøtten, jf nedenfor, kan satsen økes til henholdsvis 20 pst. og 50 pst. Hvis antallet på uføreytelser økes, gjøres det fratrukket. Hvis summen av dette medfører utgifter ut over den fastsatte summen på 750 mill. kroner, reduseres bidragene andelsvis.

²⁷ Et *avstämningsmöte* er et møte der den forsikrede, Försäkringskassan og minst en annen som kan påvirke situasjonen for den sykmeldte (arbeidsgiver, lege e.l)

²⁸ Opplegget medfører i seg selv ikke større potensial i Sverige i forhold til Norge for å få til mer samordnet nasjonal styring. Men det blir større potensial i Sverige i forhold til tidligere institusjonelle forhold, noe som kan legge til rette for forbedring i forhold til det tidligere høye nivået.

5.3 Innføring av et beslutningsstøttesystem ved sykmelding

Et tiltak som ble iverksatt relativt sent og som derfor ikke kan ha bidratt til det initiale fallet i fravær, men som kan ha bidratt til det fortsatte fallet, er beslutningsstøttesystemet for sykmelding.

5.3.1 Hva er beslutningsstøttesystemet ved sykmelding?

Socialstyrelsen og Försäkringskassan fikk i slutten av 2005 (Sosialdepartementet 2005) av den daværende regjering i oppdrag å utforme en mer kvalitetssikret, enhetlig og rettssikker sykmeldingsprosess. En første versjon av forsikringsmedisinsk beslutningsstøtte ble publisert i oktober 2007. I sin første versjon var støtten komplett i mai 2008. Veiledningen ligger på Socialstyrelsens hjemmesider. Veiledningen består av to deler:

Den ene delen handler om övergripande princip vid sjukskrivning. Den andra delen handler om rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga (lämpliga sjukskrivningstider) för olika diagnoser.

Fra den spesifikke tilrådsdelen sies det for eksempel dette om akutt lumbago:

Akut lumbago	M54.5
Det finns inga medicinska belägg för att tungt arbete vid ryggsmärtor förlänger läkningen eller innebär risker för fortsatta besvär eller komplikationer.	
<ul style="list-style-type: none">• Vid fysiskt lätt arbeten (med få lyft, böjningar och vridningar) kan arbetsförmågan vara nedsatt i upp till 1 vecka.• Vid fysiskt tunga arbeten (med lyft, böjningar och vridningar) kan arbetsförmågan vara nedsatt i upp till 2 veckor främst för att det är svårt med tyngre lyft.	

En kan klikke seg videre og få en del ytterligere veiledning.

I veiledningen fra Socialstyrelsen side 15 (Socialstyrelsens hjemmesider) om hvordan beslutningsstøtten skal brukes, understrekes det at anbefalingene skal være en støtte i dialogen med pasienten. Det sies blant annet:

Beslutsstödet är inte tänkt att ersätta dialogen utan att förbättra den. En förutsättning för att detta ska uppnås är att båda parter ser på och använder instrumentet på ett samstämmigt sätt. Det betyder bland annat att rekommendationerna inte får uppfattas som nya styrande regler för hur sjukskrivningar ska bedömas. Varje enskilt fall ska fortfarande bedömas individuellt. Detta betyder att avsteg alltid kan göras. För vissa diagnoser kan sådana avsteg förväntas bli mer vanliga än för andra. Den eftersträlvade kvalitetshöjningen ligger i dessa fall i den motivering som läkaren då ska göra.

Detta förväntas bidra till att andelen sjukskrivningar som är kopplade till en medveten och uttalad behandlingsstrategi ökar.

I en rapport fra februar 2009 (Socialstyrelsen 2009) redegjør Socialstyrelsen og Försäkringskassan for hvordan de har arbeidet med beslutningsstøtten i det foregående året for å forbedre innsatsen. Socialstyrelsen fokuserte på å utvikle den vitenskaplige basisen for rådene. Det vises (side 11) til at et hundretalls (!) leger har blitt rekruttert til et panel for validere anbefalingenes tidsgrenser. En oppdatert versjon (Socialstyrelsen 2009 b) kom i juni 2009. Det har vært en ambisjon om å koble det forsikringsmedisinske arbeidet sammen med kvalitetsarbeid ellers i helsevesenet:

Ett led i ambitionen att stärka beslutsstödet kvalitet och legitimitet är att när så är möjligt koppla stödets försäkringsmedicinska innehåll till Nationella riktlinjer för god vård. I de riktlinjer för depression och ångest som Socialstyrelsen planerar att publicera 2009 har exempelvis rekommendationer för sjukskrivning hämtade från beslutsstödet arbetats in som delmoment i en sammanhållen beskrivning av tidig diagnostik och behandling av depression och ångesttillstånd. (fra februar rapporten 2009 side 12)

Försäkringskassan rapporterer om ulike problemer med bruken av beslutningsstøtten, så som manglende begrunnelser fra leger for å avvike fra beslutningsstøttens tilråding, problemer med at støtten fortsatt ikke finnes i alle de journalsystemer som anvendes av leger og at mange saksbehandlere ikke mener de har tid til be om utfyllende begrunnelser fra leger.

5.3.2 Hva er effekter av beslutningsstøttesystemet?

I en kvantitativ studie fra juni 2009 (Försäkringskassan 2009a) av sykmeldingsmønsteret for fravær over 15 dager før (mars-juni 2007) og etter innføring av beslutningsstøtten (mars – juni 2008), vises en sammenlikning av mønster (blant annet mediantall og spredning).

Kort oppsummert viser disse resultatene at sykmeldingstidene har blitt kortere (mediantiden har gått ned fra 46 til 43 dager). Reduksjonen er større for kvinner enn for menn. Sykmeldingstiden ble redusert for 50 diagnoser med anbefaling og økt i 10 av de 72 spesifikke diagnosene knyttet til fysiske sykdom. Det er imidlertid slik at sykmeldingstiden har gått ned også for lidelser som ikke enda hadde en tilknyttet anbefaling (som psykiske sykdommer). Men spredningen er ikke blitt redusert for disse sykdommene, jf tabell 1 i rapporten.

Det foreligger en meget omfattende rapport, (Alexanderson m.fl. 2009) som er utarbeidet under ledelse av Kristina Alexanderson ved Karolinske Institut, som viser resultater fra en stor intervjuundersøkelse om legers sykmeldingspraksis. Mer enn 22 000 svenske leger (61 pst. av alle) svarte på ca 150 spørsmål om ulike aspekter ved sykmelding.

Kort oppsummert er vurderingen av resultatene knyttet til beslutningsstøtte slik (side 90):

Resultaten visar att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, som infördes under 2007 och 2008, har fått ett förhållandevis stort genomslag. Det används och tycks fungera som ett stöd, i synnerhet för icke-specialister som använder det i högre utsträckning än specialister. Inom

vårdcentraler och företagshälsovård användes beslutsstödet betydligt oftare än inom andra verksamheter. Dock hade drygt var tredje läkare mycket eller ganska mycket problem med att följa beslutsstödet principer och rekommendationer. Det fanns ett stort behov av att lära sig mer om att använda beslutsstödet, även bland specialisterna.

Beslutsstödet underlättade kontakten med patienten för mer än hälften av läkarna som använde det. Även kontakter med vårdpersonal, Försäkringskassan och patientens arbetsgivare alternativt Arbetsförmedlingen underlättades för en tredjedel. Få, endast fyra procent (tabell 38) hade problem med att Försäkringskassan tolkade beslutsstödet på annat sätt än man själv. Beslutsstödet verkar alltså ha fått ett stort genomslag, det används och tycks fungera som ett stöd, men det finns möjligtvis mer att göra för att underlätta för användarna. Som i andra interventioner krävs en långsiktighet för att kunna utvärdera effekten, vidare uppföljning av användandet av beslutsstödet behövs.

5.3.3 Perspektiver på beslutningsstøttesystemet

Et grunnleggende premiss for tenkningen om beslutningsstøttesystemet, er at sykmelding er en sterkvirkende medisinsk intervensjon. Det kan virke bra, men det kan også ha den bivirkning at langvarig sykemelding kan gjøre folk sykere. I de overordnede prinsippene for sjukskrivning (Socialstyrelsens hjemmesider) sies det slik:

”Läkares bedömning av arbetsförmågan är ett verktyg vid vård och behandling. Det betyder att bedömningen ska ske med samma medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder.

En viktig utgångspunkt är att en väl avvägd belastning ofta leder till optimal läkning. För många åkommor innebär fullständig inaktivitet eller passiv vila att läkning förhindras eller försenas. Men det är också viktigt att ha i åtanke att för korta sjukskrivningar kan medföra bakslag med förlängd sjukskrivning och negativ påverkan på den långsiktiga arbetsförmågan och hälsan som följd (exempelvis vid hjärnskada.)”

Med dette utgangspunktet (at sykmeldingen er en medisinsk intervensjon) er det behov for å ha tilsyn med sykmeldingen, slik Socialstyrelsen i Sverige og Helsetilsynet i Norge følger opp medisinsk praksis ellers. Det er videre behov for å utvikle det vitenskaplige grunnlaget for sjukskrivning, jf. at Socialstyrelsen fokuserte å utvikle den vitenskaplige basisen i 2008.

Et sentralt tema i internasjonal styringsdebatt er om offentlige myndigheter ikke nødvendigvis skal tvinge gjennom en bestemt type atferd, men legge opp en ”valgarkitektur” der den enkelte ”lettest” velger det som myndighetene vurderer som det mest fornuftige. Et eksempel kan være at reglene for tjenestepensjoner via arbeidsforhold utformes slik at arbeidsgiver trekker innskudd fra arbeidstaker, med mindre arbeidstaker ber om noe annet. Det vil kunne føre til at flere vil betale inn til pensjonsplanen enn om arbeidstaker selv må ta initiativ til å starte innbetaling til planen. Cass Sunstein som er jurist og en sentral rådgiver i Obamas administrasjon har sammen med en økonom

(Thaler), utgitt en bok kalt Nudge om denne styringsfilosofien²⁹. Den skal gi rom for frihet ved at den enkelte kan velge noe annet enn myndighetenes valg for dem, men med mindre en foretar en egen vurdering vil en ende opp med myndighetenes forhåndsvalg.

Beslutningsstøtten for leger kan beskrives som "dulting" "påskynding" av leger slik at de med mindre de har særlige grunner for avvik mht til sykmeldingslengde, vil følge rådene fra beslutningsstøtten. Hvis pasienten har individuelle særtrekk og/eller har andre sykdommer samtidig kan legen be om en annen sykmeldingslengde. Legenes beholder sin autonomi når det gjelder å vurdere selv hva som er medisinsk best for sin pasient- men det kreves en ekstra innsats ved at det må gis en særlig begrunnelse.

5.4 Tiltak fra 1. juli 2008 – Innstramming av tidsgrenser – rehabiliteringskjede

Etter regjeringsskiftet i Sverige høsten 2006 er det blitt innført nye tiltak som skal bidra til reduksjon i helserelatert fravær. Det fallet som startet tidligere i 2003 har fortsatt, med minst like stor styrke. Tolkningen av de ulike tiltakene fra 2008 kan dermed være at de ikke satte i gang fraværsreduksjonen men at de bidrar til at reduksjonen fortsetter.

5.4.1 Fastsetting av ytre grenser for sykepenger

Mens Sverige tidligere ikke har hatt en ytre grense for når sykepengerrettigheter opphører, ble slike grenser innført fra 1. juli 2008. I utgangspunktet gis det rett til sjukpenning i 364 dager. En har da rett til 80 pst. av SGI (sjukpenninggrundande inkomst)³⁰. Deretter kan en etter søknad få innvilget forlenget sjukpenning på 75 pst. av SGI i ytterligere 550 dager. Det finnes imidlertid en mulighet for ved alvorlig sykdom å søke om "fortsatt sjukpenning" og beholde 80 pst. kompensasjon. I proposisjonen fra oktober 2009 (Regeringen 2009a) foreslås det visse unntaksregler også for grensen 550 dager (dvs. etter 914 dager til sammen). En skal da kunne få forlenget sjukpenning for eksempel ved opphold på sykehus.

Et annet element i regelendringene fra 1. juli 2008 var å avskaffe den tidsbegrensede sjukersättningen. Dette er en ordning som kan sammenliknes med den norske tidsbegrensede uførestønaden. Uføreordningen er delt i to - en for yngre mellom 19 og 29 år, aktivitetsersättning, med varighetskrav på minst ett år, og en for personer mellom 30 år og 64 år, sjukersättning, med forventning om at en aldri vil komme tilbake i arbeid.

Med innføring av slike ytre grenser for ordninger vil det oppstå et tidspunkt der personers rettigheter til disse ordningene opphører. Det ble innført overgangsregler som medfører at rettighetene utløper i perioden 2010-2012, med en stor topp i januar 2010. Beregninger fra Försäkringskassen som er

²⁹ Tidsskriftet Minerva har høsten 2009 hatt flere oppslag om "nudge" eller "dulting" som brukes som oversettelse, blant annet en reportasje av Meisingset.

³⁰ SGI skal multipliseres med faktoren 0,97 før sjukpenning beregnes.

gjengitt i proposisjonen fra oktober, side 17 ff., tilsier at rettighetene utløper for 54 000 i 2010, 27 000 i 2011 og 9 000 i 2012.

Som et tiltak for å ivareta behov for dem som mister forsikringsrettigheter innføres det endringer i reglene for arbeidsledighetsforsikring (Regeringen 2009 b) som gir lettere rett til arbeidsledighetstrygd og et nytt arbeidsmarkedsrettet introduksjonsprogram. Dette programmet kommer til å inneholde en konsentrert utredning og kartlegging av individenes forutsetninger og behov for støtte og vare i maksimalt tre måneder. Etter perioden henvises personen til arbeidsformidlingens generelle tiltak.

5.4.2 Innføring av grenser for prøving mot arbeidsmarkedet (rehabiliteringskjeden)

Det er fra 1. juli 2008 også innført faste tidspunkter for prøving av arbeidsevne (Regeringen 2008). De første 90 dagene skal Försäkringskassan vurdere om den forsikrede skal kunne klare sitt vanlige arbeid eller annet passende arbeid hos arbeidsgiver. Fra 91 dager skal Försäkringskassan vurdere om arbeidstaker kan gjøre annet arbeid hos arbeidsgiver. Fra 181 dager skal arbeidsevne vurderes i forhold til hele arbeidsmarkedet. Unntak kan finnes av særlige grunner. En grunn som er nevnt i proposisjonen er at den sykmeldte raskt vil komme tilbake i arbeid hos egen arbeidsgiver. Fra 1. januar 2010 skal en etter en Riksdagsbeslutning også utsette vurderingen om den er "oskäligt". En rapport fra Inspektionen för socialförsäkringen (ISF 2009) har vurdert effektene av de nye tidsgrensene. Ifølge denne rapporten har endringene medført kortere sykmeldingsforløp selv om effekten ikke er stor. Før grensen ved 180 dager oppleves et markert hopp i avgangen fra ordningen.

Innføringen av de ytre tidsgrensene og utformingen av tidsgrenser for vurdering mot hele arbeidsmarkedet har vakt stor politisk diskusjon i Sverige. En gruppe leger (Goldman m.fl.2009) tok opp spørsmålet om håndteringen av kreftsyke og opposisjonen (blant annet sosialdemokratene) har kritisert regjeringen for innstrammingene. I en debatt i Riksdagen (Dagens Nyheter 2009) ble det brukt sterke ord som "bevisst løgn" mellom partiene. Leder av sosialkomitèen i Riksdagen, Gunnar Axén, Moderatene, mente sosialdemokratene hadde vært med på alle stegene i rehabiliteringskjeden, unntatt det siste. De rødgrønne opposisjonspartiene har nå, som en opptakt til valget i Sverige til høsten, signalisert en omfattende omlegging av sykelønnsordningen hvis de vinner valget (Dagens Nyheter 2010).

6 Holder dette som forklaring på hva som har skjedd?

En refleksjon en kan gjøre seg ved å gå sammenlikne det sterke og vedvarende fallet i uhelse i Sverige med det som faktisk har vært gjort, er at effekten har vært sterkere enn det en kunne forvente. En del av de tingene som har vært gjort, har blitt iverksatt lenge etter at fallet startet og kan evt. bare bidra til det fortsatte fallet. I rapporten fra Försäkringskassan fra 2007 var det lite ønske om å konkludere med at det systematiske arbeidet i etaten hadde bidratt til fallet. Dels skyldtes dette et strengt krav til belegg (side 20) (bare eksperimentelle studier kan gi grunnlag for å måle effekter) dels

at det som skjedde mht til fraværsreduksjon også kunne skyldes generelle holdningsendringer. Blant annet trekkes det fram at Forsikringskassen kjørte holdningskampanjer i denne perioden. Også OECD rapporten om Sverige fra 2009 (side 14) trekker fram at det som har skjedd kan skyldes holdningsendringer.³¹

I en artikkel i Dagens Sosialförsäkring (DS), som er et etatsblad for Försäkringskassan, fra november 2009 spørres det hvorfor uhelsetallet har falt så sterkt. Tallet er mye sterkere enn det for eksempel Försäkringskassan selv hadde som mål for utgangen av 2008 (37 dager). Da var det faktiske tallet under 35 dager og det har fortsatt å falle. Ifølge artikkelen finnes det ingen direkte forskning på feltet i Sverige. *”Det är en intressant fråga men nej, vi har inte tittat just på detta. Ungefär så har svaren låtit när DS har efterlyst forskningsresultat.”* Men artikkelen peker blant annet på at holdningene i samfunnet til sykmelding har forandret seg. Tommy Sundholm fra Försäkringskassan peker på at blant annet beslutningsstøtten har medført at legene har innsett sin rolle og i større grad vurderer om sykmelding er det rette. Arbeidsformidlingen arbeider med sykmeldte, noe de ikke gjorde tidligere. Og Försäkringskassan er blitt mye mer nøye med vurderingen av retten til sykepenger. Men Sundholm mener at Försäkringskassan burde foreta en mer helhetlig vurdering av årsakene til nedgangen.

En svensk studie har undersøkt hvordan sykefraværsutvikling kan forklares (Lindbeck m.fl. 2009). Studien tar utgangspunkt i at det er store geografiske variasjoner og studerer hvordan sykefraværet utvikler seg blant annet for personer som flytter til et sted som har et annet fraværsnivå enn der personene kom fra. Resultater fra Sverige tyder på at sykefravær er smittsomt. Personer påvirkes av hvordan fraværet og hvordan normene til fravær er på det nye stedet. Et viktig element i Palmes teoriutvikling er at i og med smitteeffekten så vil det være en merutvikling over tid, en sosial multiplikator. En endring i et år vil forsterkes over tid. Det betyr at enkelte endringer som i og for seg kan være av mindre betydning kan forsterkes over tid. Studien er basert på data fra mer enn 10 år tilbake da fraværet økte i Sverige. Men resonnementene kan kanskje også bidra til å forklare fraværsreduksjonen i de senere år. Gitt dette kan en positiv utvikling som en fikk til i Sverige fra 2003, blitt opprettholdt og forsterket over tid. Stadige tiltak for å følge opp sykmeldingspraksis og sykmeldte på en strikt og ”försäkringsmässig” måte kan ha vært nødvendige for å oppnå dette.

³¹ OECD er for øvrig bekymret for om den svenske reformen fortsatt vil leve opp til intensjonene. De insentivene som er på plass er svake (side 7). OECD tilrår blant annet at insentivene forbedres ved hjelp av økning av arbeidsgivernes finansieringsansvar (side 37).

Referanser

Dagens Nyheter (2009): Beslut om försäkringsreglerna: oppslag 9. desember 2009

Dagens Nyheter (2010): Så blir sjukförsäkringen om vi vinner valet i höst Oppslag 19. januar 2010

Dagens Socialförsäkring (2009): Varför rasar ohälsotalet? (Nr. 8 November 2009)

Försäkringskassan (2006): Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen – en första utvärdering. Analyserar 2006:18

Försäkringskassan (2007): De gemensamma metoderna i sjukförsäkringen – hur blev det? Redovisar 2007:8

Försäkringskassan (2009a): Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar Socialförsäkringsrapport 2009:5

Försäkringskassan (2009b): Kartläggning av försörjningskällor efter avslutad period med sjukpenning Socialförsäkringsrapport 2009:7

Försäkringskassan (2009c): Sjukfrånvaron i Sverige- På väg mot Europeiske nivåer? Utvecklingen i åtta länder 1990–2007 Socialförsäkringsrapport 2009:10

Försäkringskassan (2009d): Bilag til pressmedelände 2009 -12-18 Ohälsotalet fortsätter gå ned.

Goldman, Ulla Blom m.fl. (2009): Svårt cancersjuka kvinnor tvingas söka heltidsarbete. Dagens Nyheter 2. desember 2009.

ISF- Inspektionen för socialförsäkringen (2009): Rehabiliteringskedjans effekter på sjukskrivningstiderna: Rapport 2010-1

Kristina Alexanderson m.fl.(2009): Läkares arbete med sjukskrivning-enkät till alla läkare i Sverige 2008-utveckling sedan 2004i Östergötland och Stockholm Karolinska Institutet Sektionen för försäkringsmedicin Institutionen för klinisk neurovetenskap 2009

Lindbeck, Asser; Palme, Mårten; Persson, Mats: (2009): Social Interaction and Sickness Absence Research Papers in Economics, Department of Economics, Stockholm University No 2009:4:

Meisingset, Kristian (2009): Frihet til Folket – Minerva 16. september 2009

OECD (2009): Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers SWEDEN: Will the recent reforms make it?

Regeringen (2008): En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete Proposition 2007/08:136

Regeringen (2009a): Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen, m.m. i samband med förstärkta insatser för återgång i arbete. Proposition 2009/ 10:45

Regeringen (2009b): Förändringar i arbetslöshetsförsäkringen – stöd till personer som varit långvarigt sjukfrånvarande och familjehemsföräldrar proposition 2009/10:49

Regeringskansliet/Sveriges Kommuner och Landsting(2008): Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009

Socialdepartementet (2005): Uppdrag att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess.” Regeringsbeslut 29 2005- 1-17

Socialstyrelsen, Försäkringskassan (2009) Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd