

SINTEF A14516

RAPPORT

Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag

Solveig Osborg Ose

SINTEF Helse
Gruppe for arbeid og helse

Februar 2010

www.sintef.no

**SINTEF****SINTEF RAPPORT****SINTEF Helse**

Postadresse:
7465 Trondheim/
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag

FORFATTER(E)

Solveig Osborg Ose

OPPDRAKSGIVER(E)

Arbeidsdepartementet

RAPPORTNR. SINTEF A14516	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. Bent-Ole Grooss	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04788-2	PROSJEKTNR. 60H14830	ANTALL SIDER OG VEDLEGG 35
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HAI\Prosjekt\78108830 SAMDATA kommune\Prosjekt 2008		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Solveig Osborg Ose	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2010-01-31	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, Forsknings sjef	<i>Britt Venner</i>

SAMMENDRAG

I denne rapporten har vi tatt utgangspunkt i den omfattende kunnskapsstatusen som ble utarbeidet i 2006 "Sykefravær – Kunnskapsstatus og problemstillinger" (SINTEF Rapport A325). Vi har gått gjennom litteratur fra Norge og undersøkt om konklusjonene fra 2006 fortsatt er gyldige. Omtrent 60 nye publikasjoner er gjennomgått. Følgende tema og spørsmål er tatt opp:

- Sykefraværsutviklingen i et lengre perspektiv
- Hva ligger bak dagens sykefravær diskusjon?
- Er sykefraværet i Norge høyt?
- Sykelighet og sykefravær
- Kjønnforskjeller i sykefraværet
- Konjunkturutvikling
- Omstillinger og sykefravær
- Arbeidsmiljø og sykefravær
- Livsstil og sykefravær
- Sykelønsordningen og sykefravær
- Legers sykmeldingspraksis
- Legen som portvakt
- Legens vurdering av arbeidsmulighet
- Effekt av endrede sykmeldingsregler 1. juli 2004
- Tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte
- Oppsummering og avsluttende kommentarer

STIKKORD		ENGELSK
GRUPPE 1	Sykefravær	Sick-leave, sickness absenteeism
GRUPPE 2	Litteraturgjennomgang	Literature review
EGENVALGTE	Kunnskapsstatus	Status of knowledge

Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Arbeidsdepartementet i løpet av 14 intense dager i januar 2010.

Arbeidsdepartementet ba oss oppdatere kunnskapsstatusrapporten fra 2006. Siden 2006 har det vært publisert en mengde internasjonale og nasjonale relevante artikler. Å gjennomføre et fullstendig søk, uthenting av artikler og rapporter, nøye gjennomlesning og vurdering av relevans og perspektiv, skrive en rapport og konkludere – er opplagt umulig å gjennomføre innen denne tidsrammen.

Vi har derfor blitt enige om at vi tar utgangspunkt i det vi fant for tre og et halvt år siden og oppdaterer kunnskapsstatusrapporten med nye norske bidrag.

Det er publisert en god del sykefraværsforskningen fra Norge siden 2006. Dette skyldes i hovedsak satsningen i Norges forskningsråd og langvarig støtte til trygdeforskningsmiljøer. Det er særlig publisert mye forskning basert på registerdata. Ingen land har så godt datagrunnlag for å studere sykefravær som Norge og noen av de mest sentrale bidragene i internasjonal sammenheng kommer derfor fra Norge.

Denne rapporten inneholder derfor oppsummeringene fra de ulike kapitlene i 2006-rapporten i tillegg til en beskrivelse av omtrent 60 nye arbeider fra Norge. Tre nye kapitler eller tema er tatt med. Ikke alle arbeidene det refereres til er publisert, men noen er lagt ut som diskusjonsartikler eller working papers (merket wp i tekst) fra diverse sentrale sykefraværsforskningsmiljø de siste årene.

Trondheim 1. februar 2010

Solveig Osborg Ose

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn og status.....	3
1.1	Sykefraværsutviklingen i et lengre perspektiv.....	3
1.2	Hva ligger bak dagens sykefraværsdiskusjon?.....	4
1.3	Er sykefraværet i Norge høyt?	7
2	Sykelighet og sykefravær	9
3	Kjønnforskjeller i sykefraværet	12
4	Konjunkturutvikling.....	14
5	Omstillinger og sykefravær	18
6	Arbeidsmiljø og sykefravær	19
7	Livsstil og sykefravær	21
8	Sykelønnsordningen og sykefravær	23
9	Legers sykmeldingspraksis	24
9.1	Legen som portvakt	24
9.2	Legens vurdering av arbeidsmulighet.....	25
9.3	Effekt av endrede sykmeldingsregler 1. juli 2004.....	25
10	Tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte	27
11	Oppsummering og avsluttende kommentarer	29
12	Referanser.....	32

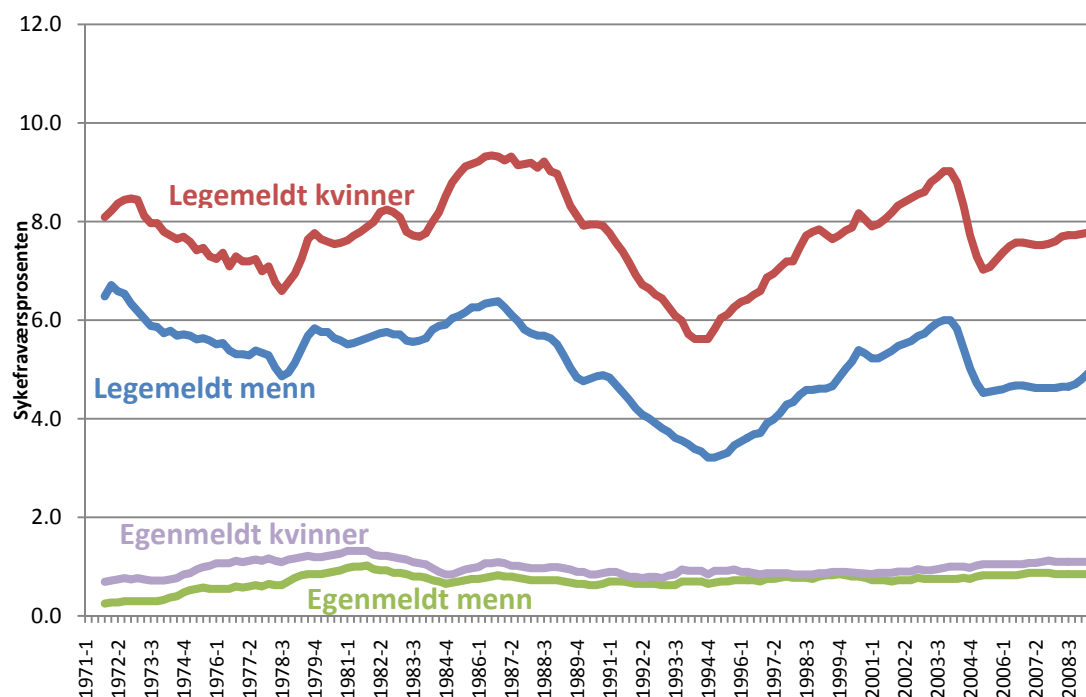
1 Bakgrunn og status

Høsten 2006 leverte vi en kunnskapsstatusrapport til Sykefraværsutvalget ledet av statsminister Jens Stoltenberg (SINTEF Rapport A325). Konklusjonene vi kom frem til da, tas med i denne rapporten og det suppleres med nyere norsk forskning på de ulike områdene. Noen områder, for eksempel leger sykmeldingspraksis og virkninger av omstillinger på sykefravær, er mer tydelige nå enn de var i 2006 og er også sentral i dagens diskusjon. Vi tar dette med som nye kapitler.

Vi innleder med en kort historikk av hva som har ledet frem til sykefraværsdebatten som pågår i Norge nå i begynnelsen av 2010.

1.1 Sykefraværsutviklingen i et lengre perspektiv

Det er vanskelig å finne sammenhengende tidsserier for sykefraværet langt tilbake i tid. Sentral fraværsstatistikk kom på plass i 2000 (samarbeid mellom SSB og NAV), så etter årtusenskiftet er det greit å følge utviklingen. Den eneste sammenhengende og tilnærmede komplette dataserien fra tidligere år kommer fra NHOs bedriftsdatabase. Dette er data som har vært offentliggjort i kvartalsvise rapporter helt siden 1950-tallet. Tallene omfatter omtrent 1000 bedrifter og gir informasjon om legemeldt og egenmeldt sykefravær. I figur 1 har vi koblet sammen dataseriene fra NHO og SSB.¹



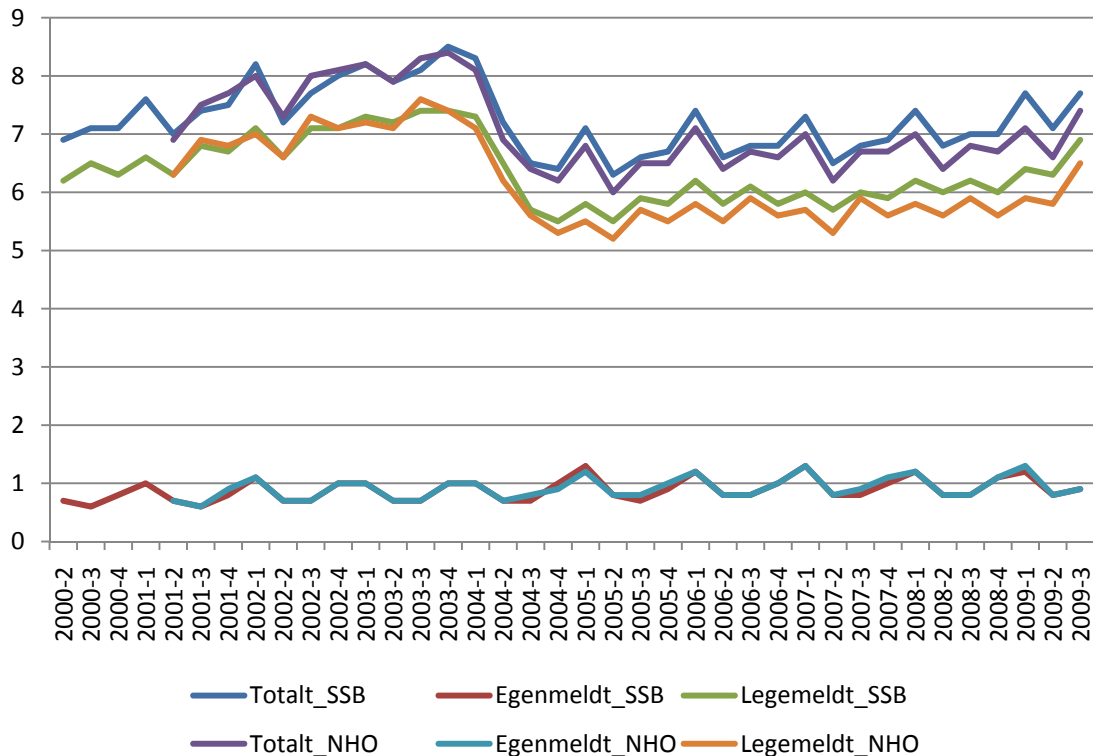
Figur 1. Legemeldt og egenmeldt sykefraværsprosent, menn og kvinner. Glidende gjennomsnitt (4). 1971 kv1-2009 kv3. Kilde: NHO og SSB.

Dette gir ikke nødvendigvis et godt bilde av utviklingen, da perioden 1971-2001 kun inneholder informasjon fra NHO-området. Dersom vi sammenlikner sentral fraværsstatistikk med NHO-tallene etter 2000 (SSB leverer

¹ Tallene fra 1971 til 2001 kommer fra NHO statistikken, mens tallene fra 2001 er fra SSB. NHO-tallene er nivåjustert slik at tallene treffer kurven til SSB (reducerer nivået tilsvarende gjennomsnittlige avvik mellom tidsseriene i fellesperioden 2000-2001).

kvartalsvise tall til NHO som vi har brukt), finner vi at utviklingen i sykefraværet (både legemeldt og egenmeldt) er relativt likt for NHO-området og resten av arbeidslivet, se figur 2.

Selv om vi ikke kan se bort fra at forholdet mellom sykefraværet i NHO-området og i resten av arbeidslivet kan være ulikt i før 2000, er det sammenfall mellom tidsseriene for den perioden vi har data for fra begge seriene. Vi antar derfor at figur 1 gir et relativt godt bilde av utviklingen i sykefraværet fra 1971 til i dag.



Figur 2. Legemeldt og egenmeldt sykefraværprosent i NHO bedrifter (NHO) og for alle (SSB). Kilde: SSB.

Den sterke nedgangen som observeres i 2003/2004 finnes i hovedsak å skyldes endringer i reglene for sykmeldinger innført 1. juli 2004. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 9.3.

En interessant observasjon fra denne figuren er at det kan se ut som nedgangen i det legemeldte fraværet fra 2003/2004 var større i NHO området enn ellers. Det var også på denne tiden mange virksomheter inngikk samarbeidsavtaler for et inkluderende arbeidsliv. Evalueringen av IA-avtalen (Ose et al., 2009) viser at sykefraværet særlig i private virksomheter gikk ned som følge av IA-avtalen.²

1.2 Hva ligger bak dagens sykefraværstidspunkt?

En historisk oppsummering om hva som ligger bak dagens sykefraværstidspunkt burde nok startet langt tilbake i tid. I et kortere perspektiv starter dagens diskusjon med myndighetenes og partene i arbeidslivet sin respons på den langvarige økningen i sykefraværet som startet rundt 1994, se figur 1. Tallet på nye uførepensjonister økte også dramatisk utover 1990-tallet. Prognosene som ble utarbeidet på slutten av 90-tallet viste at både sykefraværet og tilgangen til uførepensjon ville fortsette å øke dersom det ikke ble satt i verk nødvendige tiltak.

² Forskjellene mellom NHO-området og resten av arbeidslivet etter 2004 kan altså både skyldes sterkere effekt av IA-avtalen her enn ellers, men også at endringen i legers sykmeldingspraksis mulig hadde større effekt i NHO-området. Dette er ikke undersøkt.

Den demografiske utviklingen ville i tillegg medføre at andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder ville reduseres i årene fremover. Utviklingen ble vurdert å skape både velferdsmessige utfordringer og problemer med den budsjettmessige handlefriheten.

Derfor nedsatte regjeringen Bondevik I den 9. april 1999 et bredt sammensatt offentlig utvalg som skulle:

Utrede årsakene til økningen i sykefraværet og nytilgang til uførepensjon, kartlegge ordningenes sosialpolitiske rolle og samfunnsøkonomiske betydning, og foreslå tiltak som kan redusere sykefraværet og begrense uføretilgangen (St.prp. nr. 1 for 1999 s.59).

Utvalget ble ledet av fylkesrådmann Matz Sandman, og utredningen fra utvalget (NOU 2000:2 Sykefravær og uføre-pensjonering. Et inkluderende arbeidsliv) la grunnlaget for det som senere ble IA-avtalen. Utvalget foreslo en tiltakspakke som bestod av både bedriftsrettede og generelle økonomiske virkemidler. Ett av forslagene fra Sandmanutvalget var å endre sykelønnsordningen slik at arbeidsgiver skulle dekke 20 prosent av sykepengeutbetalingene fra folketrygden etter utløpet av arbeidsgiverperioden og ut hele sykepengeperioden. Arbeidstakerne skulle bidra med en egenandel på 20 prosent i arbeidsgiverperioden. Helhet i tiltakspakken ble fremhevet som viktig.

Utvalgets arbeid resulterte i et sterkt kunnskapsgrunnlag i tillegg til konkrete forslag til tiltak for å reversere den uheldige utviklingen i sykefraværet og uførepensjonen. Mer om bakgrunnen for IA-avtalen finnes i Ose et al., 2009 kapittel 1.

IA-avtalen ble inngått mellom regjeringen Stoltenberg II og arbeidslivets parter 3. oktober 2001 og bygger i stor grad på Sandmanutvalgets innstilling, bortsett fra at IA-avtalen i realiteten innebar en fredet sykelønnsordning. Det videre arbeidet med IA-avtalen i årene som fulgte kan oppsummeres med tidsaksen vist i figur 3 på neste side.

En sentral hendelse i sykefraværdebatten etter at IA-avtalen ble inngått oppsto 5. september 2006. Daværende Arbeids- og inkluderingsminister Bjarne Håkon Hansen varslet gjennom en pressemelding³ at regjeringen ville foreslå at fra 1. mars 2007 skulle arbeidsgiverne betale full lønn under sykdom de første 14 dagene (før: 16 dager). Deretter skulle arbeidsgiverne betale 20 prosent av utgiftene de første seks månedene og 10 prosent resten av sykelønsperioden.⁴

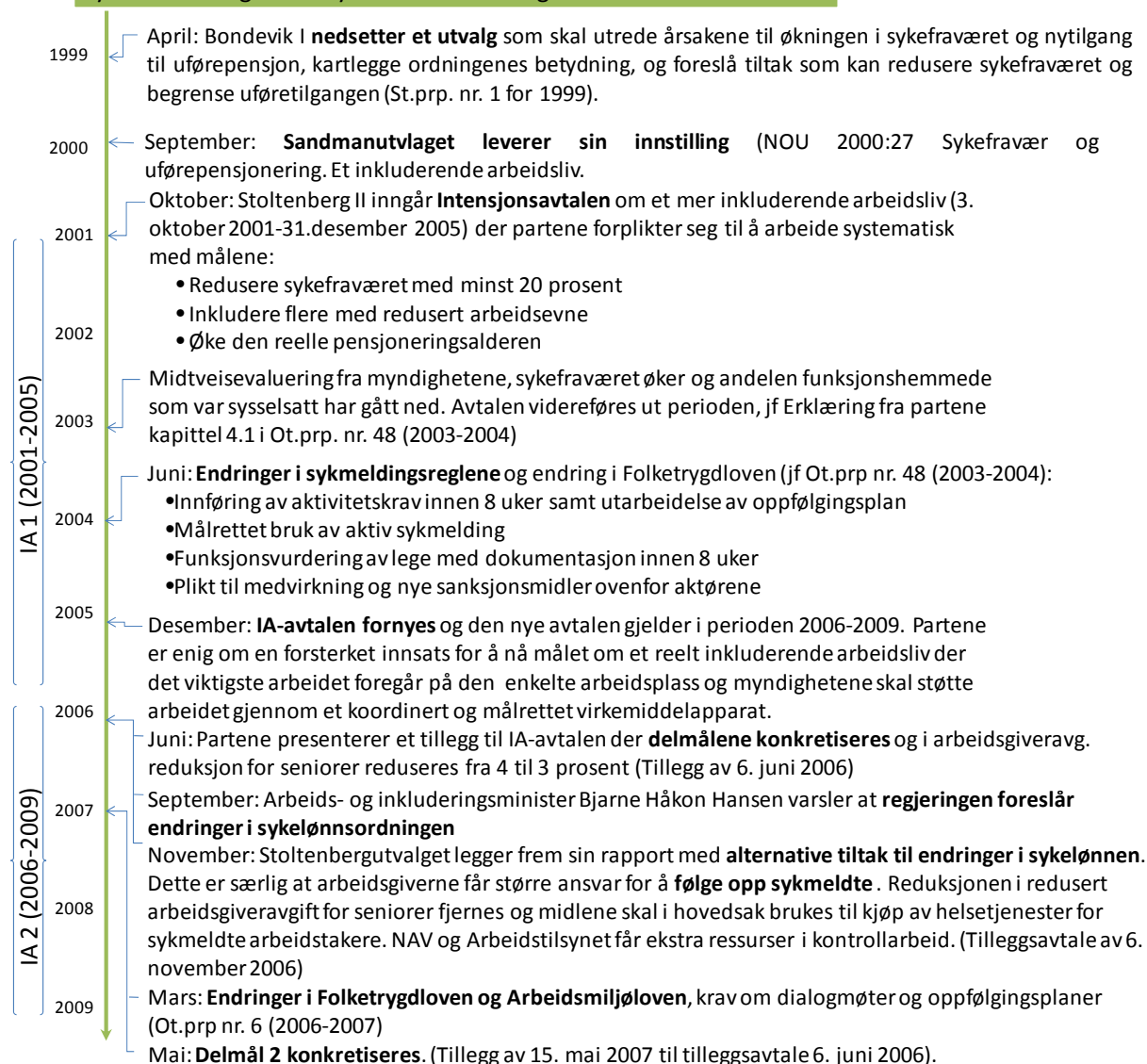
Dette opplevde partene i arbeidslivet som et brudd på IA-avtalen og de reagerte sterkt på utspillet. Tre dager senere inviterer LO de andre partene i arbeidslivet til toppmøte for å drøfte IA-arbeidets framtid. Etter hektisk møtevirksomhet både i Folkets Hus, i stortingsgruppene til Ap og Sp og i sentralstyret i SV endte striden med et brev fra statsministeren datert 11. september der han inviterte partene i IA-samarbeidet til ny dialog om tiltak for å få ned fraværet i et eget utvalg med ham selv som leder. Det første møtet i utvalget ble berammet allerede til neste dag. Utvalget skulle foreslå alternative løsninger som vil gi tilsvarende forventet nedgang i sykefraværet og i statens kostnader til sykepenger innenfor samme budsjetttramme i folketrygden som i regjeringens forslag. Uvalgets forslag skulle foreligge innen 1. november 2006.

Den 6. november 2006 leverte Sykefraværsutvalget, eller det som noen har kalt Stoltenbergutvalget, sin rapport som inneholdt diverse tiltak for å få redusert det trygdefinansierte sykefraværet. De viktigste tiltakene var å gi arbeidsgiverne større ansvar for å følge opp sykmeldte og å bruke over 600 mill kr på å kjøpe helsetjenester for å få sykmeldte raskere tilbake på jobb (Tillegg til IA-avtalen, 6. november 2006). I tillegg oversendte utvalget diverse forslag til lovendringer og budsjettendringer til stortinget.

³ Se pressemelding utsendt 05.09.2006: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/presesenter/pressemeldinger/2006/Sykefravaret-skal-ned-arbeidsgiverne-ma-finansiere-en-del-av-sykepengeutgiftene.html?id=271902>.

⁴ Omtrent det samme forslaget ble fremmet av regjeringen Bondevik i forslag til statsbudsjett for 2005, men da skulle arbeidsgiverne dekke 10 prosent av sykepengene under hele fraværet i tillegg til redusert arbeidsgiverperiode til 14 dager. Regjeringen Bondevik inngikk budsjettforlik med Fremskrittspartiet og kuttene i sykelønnsordningen ble lagt på is til 1. juli 2005. I budsjettavtalen står det at "Partene vil be Regjeringen foreta en ny vurdering av forslaget, dersom det viser seg at fraværet går ned mer enn forventet". I revidert nasjonalbudsjett (mai 2005) ble kuttforslaget trukket, under henvisning til den gunstige utviklingen i sykefraværet.

Sykefraværet og antall nye uføre øker kraftig utover 90-tallet



Figur 3. IA-avtalens historikk. Kilde: Ose et al., 2009 (Evaluering av IA-avtalen).

Nye tiltak som ble foreslått høsten 2006 var:

- Mer aktivitetsorienterte tiltak tidligere i sykmeldingsperioden
- Tiltak som bidrar til bedre og mer forpliktende oppfølging og tydeliggjøring av ansvar
- Tiltak som bedrer mulighetene for kontroll og sanksjoner innenfor dagens regelverk

Gjennom Sykefraværsutvalget/Stoltenbergutvalget oppnådde partene igjen et konstruktivt samarbeid som blant annet førte til endringer i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven i forhold til oppfølging av sykmeldte gjeldende fra 1. mars 2007 (se kapittel 10).

Arbeidet med IA-avtalen fortsatte med en ny IA-avtale som ble kalt IA 2 (2006-2009). Regjeringen og partene i arbeidslivet er nå i gang med å forhandle om en tredje avtale om et inkluderende arbeidsliv og drøfte tiltak for å få ned sykefraværet.

Situasjonen er at utgiftene til sykepengene øker, delvis pga økt sysselsetting, men også fordi sykefraværet øker jevnt og i det siste særlig innen konjunkturutsatte næringer som bygg og anlegg. Denne økningen i bygg og anlegg så vi forresten også i 2003/2004, da vi hadde forrige topp i arbeidsledigheten. Dette ser vi på i kapittel 4.

De siste månedene av 2009 og i begynnelsen av 2010 har media ukentlig hatt oppslag om utviklingen i sykefraværet av typen: "Sykefraværet eksploderer", "Sykefraværet har aldri vært høyere" osv. Det har vært mye debatt og diskusjon og disse har i stor grad tatt utgangspunkt i at sykefraværet har eksplodert den senere tiden. Debatten bygger ikke alltid på kunnskap om komplekse sammenhenger, men ender ofte med mye synsing og uttalelser som kanskje er mer uttrykk for politiske meninger enn konstruktive innspill i debatten.

Med denne bakgrunnen inviterte Arbeidsdepartementet til faglig seminar om sykefraværsutviklingen med intensjon om å samle de sentrale aktørene i sykefraværsdiskusjonen for å gå gjennom ulike forklaringer på utviklingen i sykefraværet. Seminaret fant sted 12. januar 2010 på Clarion Hotel Royal Christiania, Oslo. Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm åpnet konferansen og la i sin åpningstale vekt på behovet for forskningsbasert kunnskap. Innleggene og diskusjonen fra denne dagen er en del av kunnskapsgrunnlaget for departementets videre arbeid med sykefraværsproblematikken. Mye data og interessant statistikk ble presentert. En grundig konferanserapport ble utarbeidet (se Ose 2010).

Når drøftingene om en ny avtale for et inkluderende arbeidsliv mellom hovedavtalepartene startet opp nå i slutten av januar, er utgangspunktet at de må få på plass tiltak for å få ned sykefraværet. Les for eksempel Stoltenberg sin kronikk i Dagens Næringsliv 23.1.2010 der statsministeren starter med følgende budskap: *Denne uken startet drøftingene om en ny avtale for et inkluderende arbeidsliv. Det har stor betydning at vi får på plass en avtale som faktisk gir resultater. Sykefraværet i dag er ikke vesentlig forskjellig fra for 10 år siden, men det er fortsatt på et nivå alle partene i arbeidslivet mener er for høyt...* Kronikken inneholder også følgende budskap: *I de kommende ukene som drøftingene skal pågå må vi se på alle aktørene som har en rolle i forhold til sykefraværet: den ansatte, arbeidsgiveren, fastlegen og Nav. Det er viktig at vi får de ulike forslagene på bordet og kan ha en reell debatt om hva vi tror kan virke og hva vi ikke har tro på. Jeg mener det er viktig at vi går inn i dette med et åpent blikk og er villig til å se på nye løsninger. Men to premisser ligger til grunn og disse forhandler vi ikke om: Retten til full lønn under sykdom skal ikke røres. Det er en rettighet vi har kjempet fram og som vi skal ivareta. Derfor vil vi ikke innføre karensdager eller andre ordninger som svekker arbeidstakernes rett til full lønn når de er syke. For arbeidsgiverne sin del har vi vært veldig klare på at en eventuell endring av arbeidsgivernes sykepengeansvar ikke skal øke arbeidsgivernes samlede kostnader.*

Med dette bakteppet går vi videre med å se på om noen av konklusjonene våre fra kunnskapsstatusrapporten vi leverte til Sykefraværsutvalget (Stoltenbergutvalget) høsten 2006 blir annerledes når vi ser på ny norsk forskning på området.

1.3 Er sykefraværet i Norge høyt?

I 2006 konkluderte vi på følgende måte: Når det hevdes at sykefraværet har økt sterkt i det siste, er dette for det første en upresis beskrivelse (for hvilken periode, for hvilke sektorer eller bransjer osv) og for det andre er det vanskelig å se at dette er tilfellet uansett hvordan det vurderes. Sykefraværet er ikke historisk høyt i Norge i dag, men det var det for snart tre år siden.

Sykefraværet var altså historisk høyt i årsskiftet 2003/2004, men har etter dette gått ned. Det er mulig denne historisk bratte nedgangen i sykefraværet skyldes en midlertidig effekt av endrede regler for legers sykmeldingspraksis. Dette vet vi for lite om til å kunne si sikkert.

Det er tendenser til at fraværet igjen øker, og særlig for kvinner. Dette betyr at kjønnsforskjellene øker, og denne tendensen er spesielt tydelig i det egenmeldte sykefraværet.

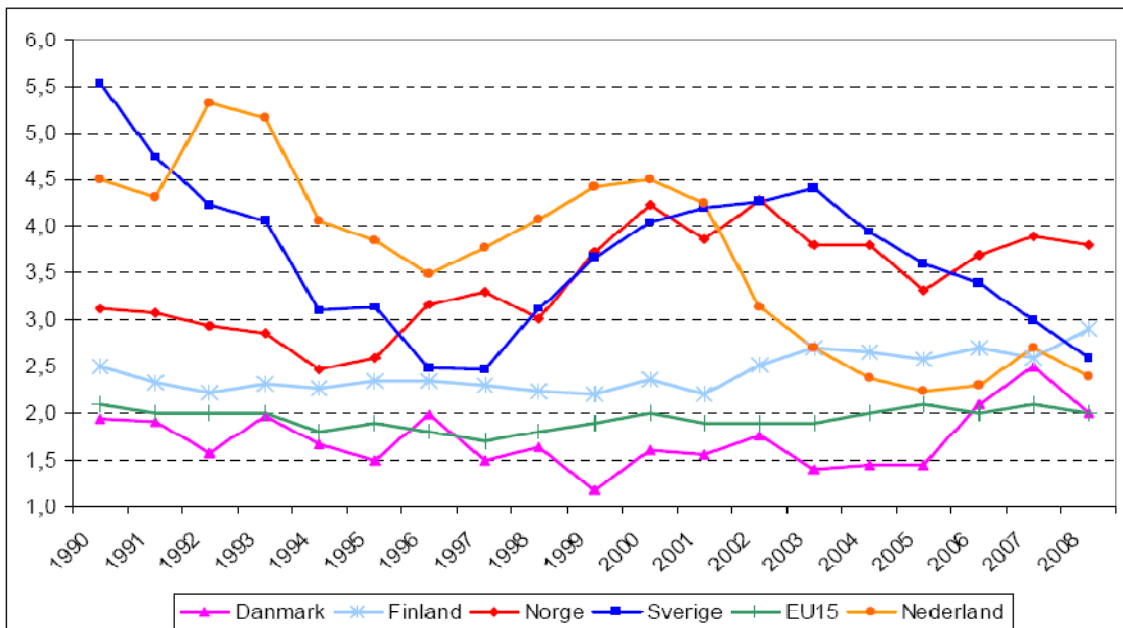
Sykefraværet i Norge er høyt i forhold til andre land, men det er vanskelig å sammenligne sykefraværet mellom land grunnet forskjeller i sykelønnsordningene, nærings sammensetning, registreringspraksis og systemforskjeller.

I dag har vi mer kunnskap og det kan nå for eksempel med større sikkerhet fastslås at nedgangen i 2003/2004 i stor grad skyldes endrede regler for sykmeldingspraksis. Vi ser på dette i kapittel 9.3.

Vi så i forrige rapport tendenser til økte kjønnsforskjeller i sykefraværet. Dette er noe dempet ved at økningen i fraværet etter finanskrisen har vært størst blant menn. Dette skyldes sannsynligvis at det typisk er

mannsdominerte næringer som er konjunkturutsatt. Det er ingen dramatisk utvikling i sykefraværet for kvinner sammenliknet med menns fravær som det ved noen anledninger har vært hevdet.

Vi har også fått bedre tall for å sammenlikne sykefraværet mellom land. Figuren under antas å være basert på det beste tilgjengelige sammenlikningsmaterialet.



Figur 4. Arbeidskraftundersøkelsen. EUROSTAT.

Som figur 4 viser, har både Norge, Sverige og Nederland en betydelig variasjon i sykefraværet og Norge ligger høyt på slutten av perioden. Det er fortsatt problematisk å sammenlikne sykefravær mellom land og ingen ser ut til å ha full oversikt over hva som regnes med i de ulike lands statistikker. Eurostat statistikken er basert på arbeidskraftundersøkelsene i de ulike land og gjennomføres primært for å måle hvor mange som er i arbeid og hvor mange som er ledige. Undersøkelsen er godt standardisert på dette, men mindre standardisert for å måle fravær i følge SSB. Hvem som omfattes av statistikken og rettighetene varierer også.

Selv om det fortsatt er uklart om Norge har svært høyt sykefravær sammenliknet med andre land, er det likevel enighet om at det er stort potensial for å redusere sykefraværet.

2 Sykelighet og sykefravær

Dersom endringer i sykefravær skyldes endringer i sykelighet, forventer vi å finne samvariasjon mellom forekomst av sykdom og sykefravær som skyldes disse sykdommene.

Sykelighet omfatter både sykdom og plager. Mens sykdom karakteriseres av objektive funn og diagnostiseres av lege, er plager av mer subjektiv karakter. Selvpålevde plager kan også være forbundet med objektive funn, men plagene er sterkere enn det de objektive funnene tilsier. Mens arbeidsmedisin tradisjonelt har fokusert på arbeidsrelaterte sykdommer og sykefravær, vil målet om et inkluderende arbeidsliv også kreve kunnskap om forholdet mellom deltagelse i arbeidsliv og sykefravær og sykdommer som ikke er relatert til arbeidsplassen.

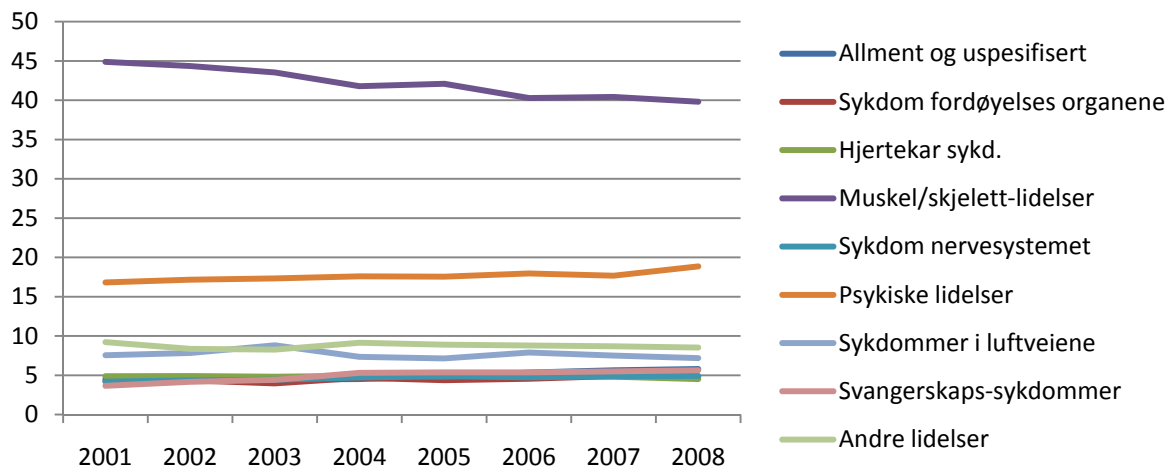
I 2006 konkluderte vi med følgende: Muskel- og skjelettsykdommer har høy forekomst i befolkningen og er den dominerende diagnosegruppen for sykefravær. Diagnosegruppen omfatter flere sykdommer, som varierer over tid med hensyn til forekomst og sykefravær. Det er også stor variasjon mellom de ulike undergruppene (f. eks. rygg, knær, nakke, revmatisme og fibromyalgi) med hensyn til risiko for langtidssykefravær og uførhet. I forhold til konsekvenser, både for den enkelte og for samfunnet, vil det være mye å vinne på å iverksette tiltak rettet mot denne diagnosegruppen. I dag har vi mye kunnskap som viser at fysisk aktivitet har positiv effekt på flere av undergruppene innen muskel- og skjelettplager/sykdommer. Resultatene fra studier som er gjennomført viser at vi mangler kunnskap om hvordan vi best kan motivere til fysisk aktivitet som vil gi varige positive helseeffekter. Forskning på motivasjon og tilpasset fysisk aktivitet vil innen kort tid gi kunnskap som kan implementeres og bidra til å snu den negative utviklingen der sykdom og plager i muskel- og skjelettsystemet fører til sykefravær.

Det ser ut til å være et visst samsvar mellom andel sykepengetilfeller som har årsak i en psykisk lidelse og anslag på prevalens i befolkningen. Det å ha en psykisk lidelse medfører store problemer knyttet til mestring. En del undersøkelser viser at de med psykiske lidelser har økt sannsynlighet for fravær. Det er også viktig at her er det en sterk seleksjon inn i arbeidsmarkedet, da mange av disse lidelsene oppstår i tidlig alder. Mange unge med psykiske lidelser blir tidlig uføretrygdet. Det er svært viktig å se nærmere på denne gruppens tilknytning til arbeidslivet og undersøke hvordan arbeidslivet kan være med på å gjøre folk friskere. Det ser også ut til at det er milde depresjoner som betyr mest i forhold til sykefraværet.

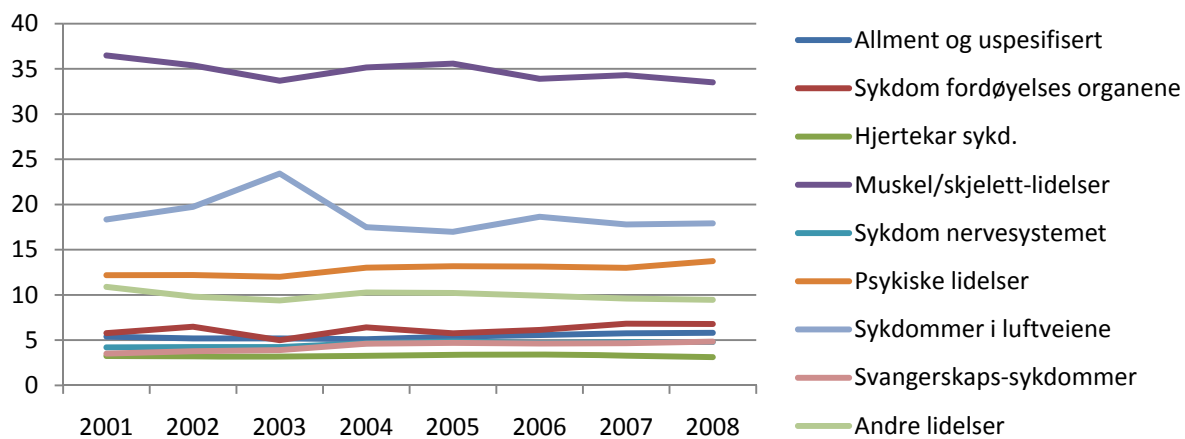
Plagene med astma og øvrig KOLS er knyttet til fremprovokasjon av symptomer. Det kan være vanskelig å diagnostisere disse sykdomsgruppene. Dette vil gjøre det vanskelig å undersøke forholdet mellom sykelighet og sykefravær. Resultatene fra de undersøkelsene som foreligger tyder på at opplæring og trening i forhold til egen mestring og kontroll når det gjelder symptomer kan bidra til å redusere sykefravær hos personer som har astma og KOLS. Det er viktig med slik opplæring og bevisstgjøring i ung alder for de som har astma. Siden forekomst av astma/astmalignende har vært økende blant norske barn, kan det være nyttig å initiere slik opplæring i løpet av den tiden barna er i skolen.

Vi har funnet lite nytt i forhold til dette temaet i litteraturen, men det finnes noe oppdatert statistikk som sier noe om utviklingen. Vi starter med noen figurer som viser utviklingen i det legemeldte sykefraværet etter diagnoser. Figur 5 viser utvikling i andel av sykepengedager etter diagnose mens figur 6 viser utvikling i andel av sykepengetilfeller etter diagnose. Figur 7 viser gjennomsnittlig antall sykepengedagsverk per tilfelle for hver diagnosegruppe.

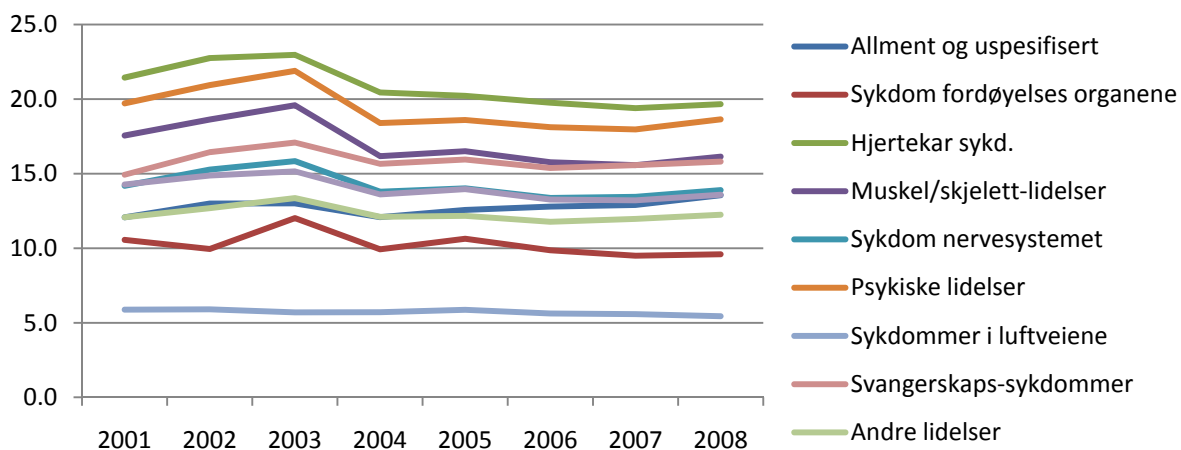
Det er altså flest sykefraværsværk som går tapt i sykefravær grunnet muskel/skjelettlidelser (40 prosent i 2008), mens den nest vanligste årsaken er psykiske lidelser (19 prosent i 2008). Tendensen fra 2001 er at en lavere andel av både sykepengedagene og tilfellene skyldes muskel/skjelettlidelser og at både dager og tilfeller som skyldes psykiske lidelser øker. Hjerte og karsykdommer har lengst gjennomsnittlig varighet (figur 7), mens sykdommer i luftveiene som forventet har kort varighet, men utgjør en stor andel av sykepengetilfellene (figur 6).



Figur 5: Andel sykefraværtdagsverk etter diagnose, 4. kvartal 2001 -2008. Kilde: NAV.



Figur 6: Andel sykefraværstifeller etter diagnose, 4. kvartal 2001 -2008. Kilde: NAV.



Figur 7: Dager per tilfelle i gjennomsnitt, 4. kvartal 2001 -2008. Kilde: NAV.

Hovedkategoriene som fremkommer på forrige side inneholder mange underdiagnoser og NAV har sett nærmere på hvilke av disse som er de mest brukte. Tabell 1 viser de mest brukte diagnosene i 2008. P76 Depressiv tilstand er den mest brukte diagnosen og disse utgjør alene 6,4 prosent av alle årsverkene som går tapt i legemeldt sykefravær. Den nest hyppigste brukte diagnosen er L92 Skuldersykdom som utgjør omtrent 4 prosent av alle tapte årsverk. Flere p-diagnoser følger deretter.

Tabell 1. Mest brukte diagnose i 2008, NAV.

	Tapte årsverk	Antall tilfeller	Andel tapte årsverk	Akkumulert andel
I alt	115 088	1 480 079		
P76 Depressiv tilstand	7 334	50 436	6,4	6,4
L92 Skuldersyndrom	4 513	37 336	3,9	10,3
P02 Akutt stress	4 440	51 394	3,9	14,2
L86 Mellomvirvel skiveskade	4 429	34 503	3,8	18,0
P29 Psykiske symptom	3 082	26 152	2,7	20,7
L84 Ryggsyndrom	3 054	43 618	2,7	23,3
A04 Slapphet/tretthet	2 933	30 352	2,5	25,9

Det mangler prevalensdata over tid for psykiske lidelser for å konkludere med at økningen i sykefraværet knyttet til denne diagnosegruppen skyldes økt sykdom i befolkningen. Det kan også være en vridning i forhold til hvilke diagnoser legene bruker når folk blir sykmeldt. Dersom for eksempel Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) har hatt effekt på holdningene til psykisk sykdom kan dette bidra til at diagnosene i større grad benyttes. Om det er slik at noen av tilfellene som i dag diagnostiseres med psykisk sykdom tidligere fremkom som muskel- og skjelettlidelser har vi ikke tilstrekkelig kunnskap til å konkludere med. Vi vet heller ikke hvor stor andel av sykepengetilfellene som kamufleres med psykiske lidelser eller andre diagnoser som egentlig skyldes sosiale forhold som ikke gir rett til sykepengen (z-diagnoser).

Særlig var økningen i sykefraværet sterk i perioden 1994 til 2003, se figur 1. Det har kommet en ny studie siden 2006 som sier noe om denne økningen skyldes dårligere helse generelt. Denne studien har koblet informasjon fra sykepengeregisteret sammen med en spørreundersøkelse gjennomført på to tidspunkt, 1996 og 2003 (Ihlebaek et al., 2007). Forskerne fant ingen særlig sammenheng mellom endring i prevalens av selvrapporterte helseplager og prevalens av sykefravær med diagnoser som passet til de selvrapporterte helseplagene. Det var ingen stor forskjell i helseplager fra 1996 til 2003, men de fant en økning i allergi og alvorlig astma. Selv om helseplagene ikke økte i perioden, er det klart en økning i sykefraværet og særlig finner de en stor økning i diagnoser knyttet til søvnproblemer, trøtthet, angst og hjertebank, men dette utgjør en liten andel av alle sykepengedagene totalt sett.

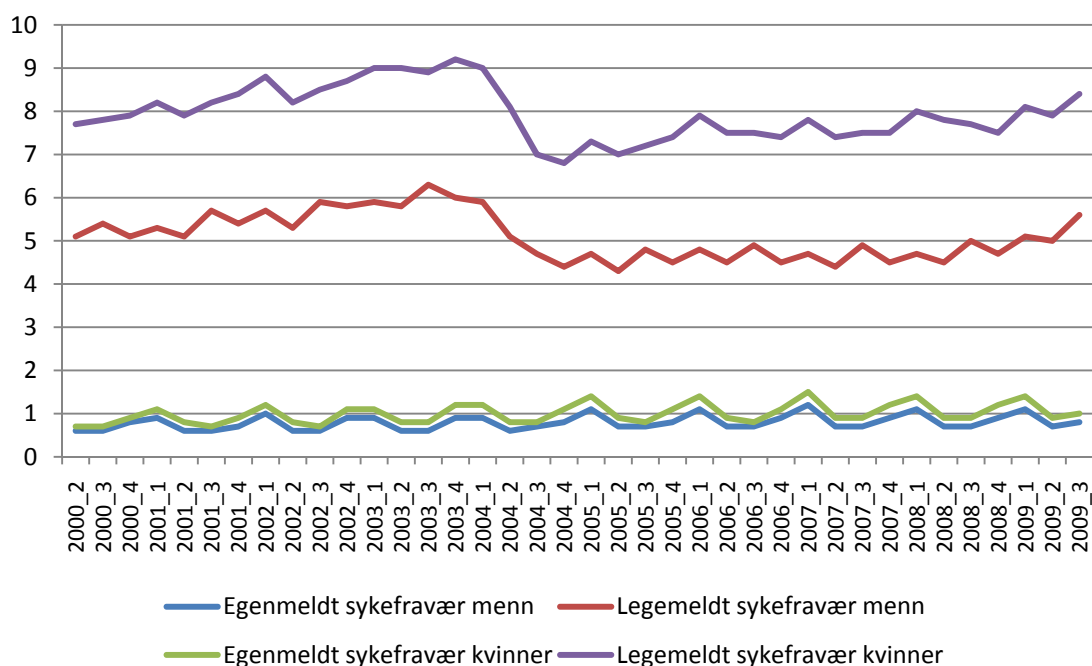
Med blant annet bakgrunn i økningen som observeres i diagnosegruppen psykiske lidelser ble det i 2008 utarbeidet en omfattende kunnskapsstatus over feltet arbeid og psykisk helse (Ose et al., 2008). Hovedkonklusjonene fra denne rapporten er at det finnes lite forskning om lettere psykiske lidelser på tross av betydelige epidemiologiske, sosiale og økonomiske konsekvenser.

Konklusjon: Helsemessige forhold kan i liten grad forklare utviklingen i sykefraværet. Muskel- og skjelettlidelser utgjør fortsatt den største hoveddiagnosegruppen i det legemeldte sykefraværet og omtrent 40 prosent av sykepengedagene skyldes slike lidelser. Depressiv tilstand er den enkeltdiagnosen som står for den største andelen av tapte årsverk i sykefraværstatistikken. Generelt ser vi at lettere psykiske lidelser står for en stor og økende andel av det legemeldte sykefraværet. Dette observeres også i de fleste andre vestlige land, men det er lite kunnskap om årsakssammenhenger. Det er fortsatt ukjent i hvor stor grad disse diagnosene brukes til å kamuflere forhold som ikke gir rett til sykepengen (sosiale problemer, økonomiske vanskeligheter, konflikter på arbeidsplassen eller i familie osv).

3 Kjønnforskjeller i sykefraværet

I 2006 konkluderte vi med følgende: Fraværet for kvinner er gjennomgående høyere enn for menn. Vi observerer økende kjønnforskjeller de siste årene. Dette gjelder både legemeldt og egenmeldt sykefravær. Vi finner ikke forskning som kan belyse utvikling i kjønnforskjeller over tid, men vi ser noen indikasjoner på hva som kan forklare tendenser til økende sykefravær. Andelen sykmeldte grunnet svangerskapsproblemer har økt fra omtrent 8 % i 2001 til over 11 % i 2005. Dersom det ikke er noen endring i hvordan disse sykmeldingene rapporteres, kan dette være en reell årsak til økende kjønnforskjeller. Dette er viktige problemstillinger som må undersøkes nærmere.

Vi ser først på utviklingen i sykefraværet mellom kvinner og menn i perioden 2000 til 2009, se figur 8.



Figur 8: Egenmeldt og legemeldt sykefraværspersent, kvinner og menn. 2. kvartal 2002 til 3. kvartal 2009, SSB.

Det er altså relativt stabile kjønnforskjeller i sykefraværet de siste årene.

Vi har funnet noen nye publikasjoner på dette området, men noen sentrale artikler fra tidligere er Mastekaasa & Dale-Olsen (2000); Mastekaasa (2000; 2005); Gjesdal & Bratberg (2002).

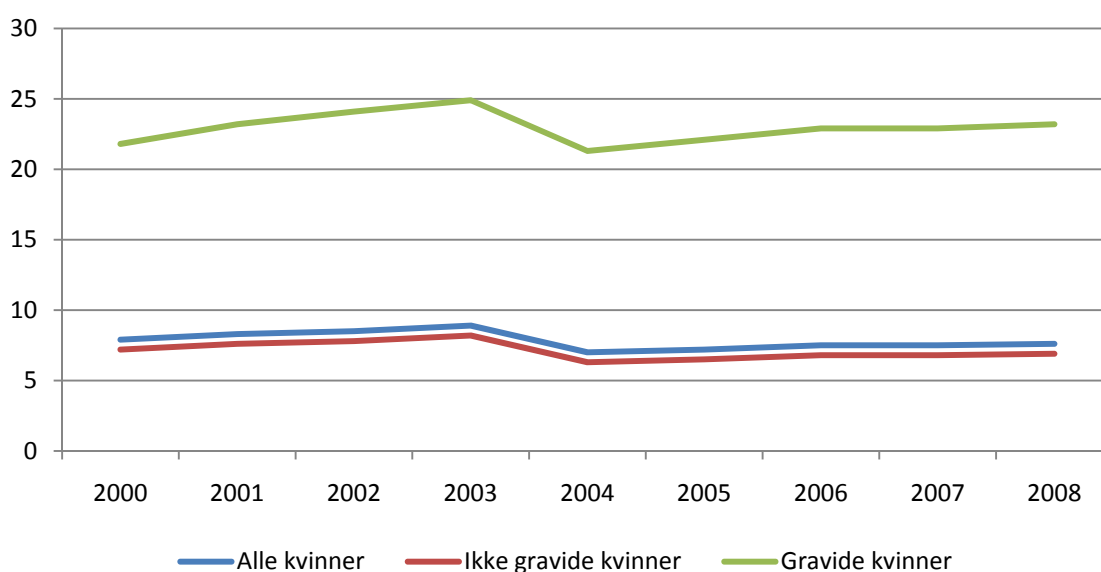
Basert på Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) gjennomført i 2000-2001, har forskere fra Universitetet i Oslo undersøkt om yrke, arbeidsbetingelser, inntekt helse og psykisk belastning kan forklare kjønnforskjellene i sykefraværet (Smeby et al., 2009). De finner at ingen av disse faktorene kan forklare kjønnforskjeller og konkluderer med at en må lete etter andre forklaringer.

Dette funnet støttes også av studie fra Frischsenteret som gjennom omfattende analyser av registerdata viser at de store kjønnforskjellene i legemeldt sykefravær består når de kontrollerer for faktorer som barn, graviditet, utdanning, yrke og inntekt (Markussen et al., 2009_wp). Sistnevnte finner også tegn til at en god kjønnsbalanse på arbeidsplassen kan være godt for arbeidsmiljøet (ibid). Det samme fant vi i analysene vi gjorde i evalueringen av IA-avtalen (Ose et al., 2009).

Sykefraværet knyttet til gravide har vi også noe ny informasjon om. Antall fødende kvinner med rett til fødselspenger (vilkåret for å få fødselspenger er at kvinnen har vært yrkesaktiv), økte markert frem til 1990 og har deretter holdt seg relativt stabilt (Bjørnstad, 2006). Vi vet fortsatt ikke om økningen i svangerskapsrelatert sykefravær skyldes at legene har blitt flinkere til å bruke disse diagnosene de senere årene. En av årsakene til en slik vridning kan være at arbeidsgivere kan søke unntak for ansvaret for å utbetale sykepenger i arbeidsgiverperioden dersom sykefraværet skyldes svangerskapet (Folketrygdloven § 20-8). NAV dekker utgiftene til sykepenger i arbeidsgiverperioden etter visse vilkår i disse tilfellene.

I figur 9 fremkommer ny statistikk fra NAV⁵ over utviklingen i sykefraværet for kvinner i alderen 16-49 år. Sykefraværet blant gravide er altså betydelig høyere enn blant ikke gravide. At sykefraværsprosenten er 20-25 prosent for denne gruppen synes høyt, men utviklingen følger utviklingen i legemeldt sykefravær for øvrig, se figur 2.

Vi kjenner til at det foregår en del tiltak rettet mot gravide arbeidstakere, for eksempel i regi av NAV Arbeidslivssenter. Erfaringer fra ulike prosjekter tyder på at det er stort potensial for å oppnå redusert sykefravær blant gravide.



Figur 9: Legemeldt sykefraværspersent for kvinner totalt, gravide og ikke gravide. Alder 16-49 år. 3. kvartal 2000-2008. Kilde: NAV.

Konklusjon: Det er relativt stabile kjønnsforskjeller i sykefraværet over tid, men nivået blant kvinner er stabilt høyere enn for menn. Vi har ikke kommet noe særlig nærmere en forklaring på disse nivåforskjellene. To nye studier fra Norge tyder på at yrke, arbeidsbetingelser, inntekt og annet ikke kan forklare en vesentlig del av kjønnsforskjellene. Om variablene i god nok grad fanger opp ulikheter i selve jobbinholdet er usikkert og dette er kanskje en dimensjon som må undersøkes nærmere med andre metoder. Kjønnsforskjeller i sykefraværet er dermed i stor grad fortsatt uforklart.

⁵ Figuren ble vist av Stein Langeland i Arbeids- og velferdsdirektoratet i foredrag holdt på faglig seminar om sykefravær 12. januar i regi av Arbeidsdepartementet.

4 Konjunkturutvikling

I 2006 konkluderte vi med følgende: Det finnes ikke mye forskning på konjunkturvariasjon i sykefraværet. Det er mange som hevder at den observerte sammenhengen mellom arbeidsledighet og sykefravær skyldes at flere marginale arbeidstakere kommer i jobb når ledigheten stiger. Disse har i utgangspunktet høyere fravær enn de som er i jobb fra før og det totale sykefraværet går derfor opp når ledigheten går ned. Det finnes få, om noen, forskningsresultater som viser at dette er tilfellet. De fleste resultatene støtter hypotesen om at vi disiplineres i lavkonjunkturtider fordi vi er redd for jobbene våre.

Vi mener kunnskapsgrunnlaget er for tynt til å konkludere med at årsakene til konjunkturvariasjonen i sykefraværet kun er disiplinering. Vi tror ikke forskning som har forsøkt å måle sammensetningseffekter har brukt gode nok mål på de virkelige marginale arbeidstakerne. Dette er sannsynligvis ikke mottakere av grunn- og hjelpetønad eller alle ansatte på midlertidige kontrakter. Det er også mulig de marginale arbeidstakerne ser ulik ut fra sektor til sektor.

Spørsmålet er om vi måler marginale arbeidstakere på rett måte? Tester vi egentlig sammensetningseffekter eller tester vi noe annet. Hvem er de virkelige marginale arbeidstakerne? Tar vi med for store grupper når vi ser på midlertidige ansatte, er de marginale?

Fremtidig forskning bør inkludere sektoranalyser for å finne ut mer om mekanismene bak konjunkturvariasjonen.

Vi starter med å gjenta noe av bakgrunnen for forskning på sammenhengen mellom sykefravær og arbeidsledighet (konjunkturer) i et langt tidsperspektiv, se figur 10 på neste side.⁶

Figuren viser at det i lange perioder er en negativ sammenheng mellom sykefraværet og arbeidsledigheten. Som vi også viste til i forrige rapport er det vanligvis tre hypoteser som presenteres i denne sammenheng:

Presshypotesen: Perioder med lav arbeidsledighet og høykonjunktur innebærer høyt tempo pga stor etterspørsel etter bedrifters produkter. Pga belastningen på arbeidstakerne øker sykefraværet og en negativ sammenheng mellom sykefravær og arbeidsledighet oppstår.

Disiplineringshypotesen: Når ledigheten øker, øker også sannsynligheten for å miste jobben fordi etterspørselen etter bedriftenes produkter reduseres. Selv om oppsigelsesvernet i Norge er sterkt, vil bedriftene ønske å kvitte seg med de minst produktive medarbeiderne dersom nedbemanning må gjennomføres. En arbeidstaker med høyt sykefravær antas å ha lavere produktivitet enn andre ansatte. I tillegg innebærer en situasjon med høy arbeidsledighet at det er vanskeligere å skaffe seg alternativt arbeid dersom en skulle bli arbeidsledig. Både økt sannsynlighet for å miste jobben og mindre sannsynlighet for å finne nytt arbeid, gjør at økt arbeidsledighet vil kunne fungere som en disiplineringsmekanisme. I tillegg kan arbeidstakere i en situasjon med nedbemanning være mer forsiktig med å ha fravær fordi det vil øke presset på arbeidskollegene fordi bemanningen er lav i utgangspunktet. Dette er også en form for disiplinering, men da er det arbeidstakerne som disiplinere hverandre og ikke frykten for å miste jobben som disiplinere.

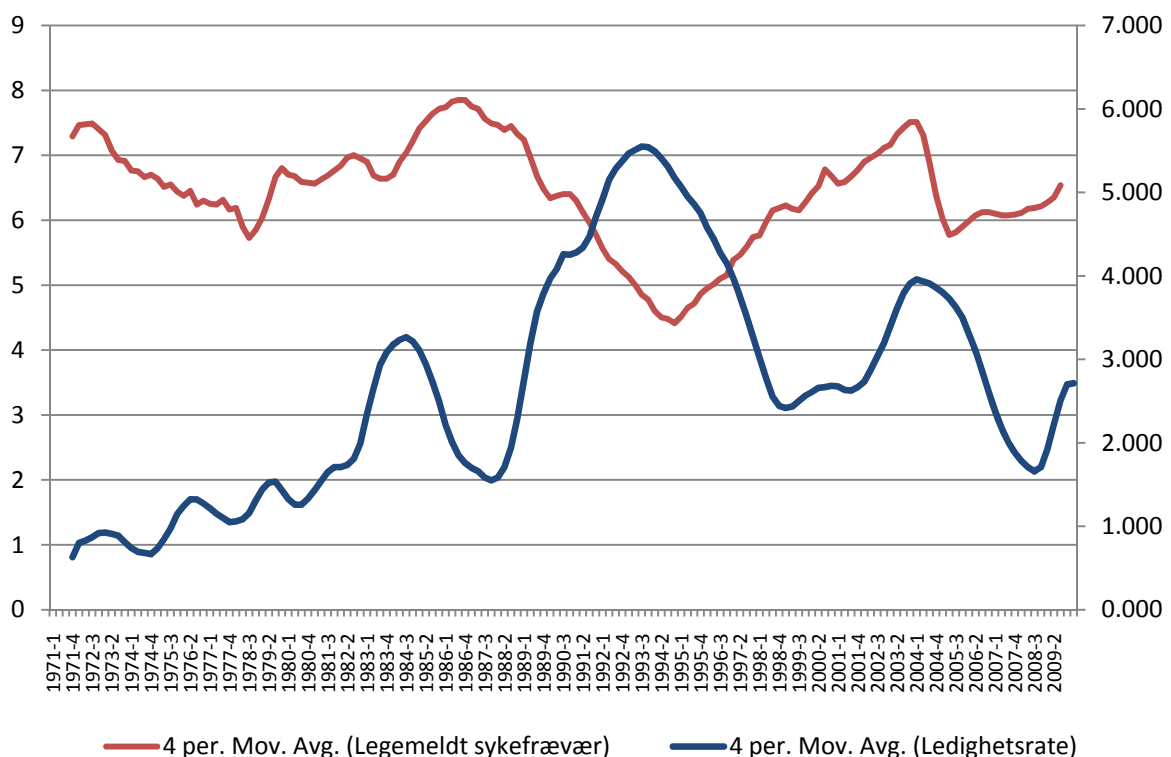
Sammensetningshypotesen: Sammensetningshypotesen forklarer den observerte negative sammenhengen mellom sykefravær og arbeidsledighet med at lav ledighet, og få jobbsøkere å velge mellom, medfører at bedriftene må ansette flere marginale arbeidstakere. Dette kan være arbeidstakere med helseproblemer som

⁶ Ledighetsratene er hentet fra LABORSTA - database og labour statistics som vedlikeholdes av International Labour Organization. Datamaterialet er i utgangspunktet månedlige rater for både menn og kvinner, men er kodet om til kvartalsvise observasjoner. Kvartalsratene er beregnet som gjennomsnittet av de 3 månedene i hvert kvartal.

har større sannsynlighet for sykefravær. Med andre ord, når ledigheten reduseres vil flere marginale arbeidstakere bli ansatt, noe som i sin tur medfører at sykefraværet øker.

Det er også lett å tenke seg hvorfor sykefraværet og arbeidsledigheten kan gå i samme retning, altså økende sykefravær samtidig som arbeidsledigheten øker. Perioder med stigende arbeidsledighet betyr at det kan være nedbemanninger i virksomhetene. De ansatte kan bli utslitt fordi det er for stor belastning på de gjenværende. Når ledigheten igjen reduseres betyr det at bedriftene "oppbemannet". Belastningen reduseres og dermed reduseres sykefraværet.

Det vi observerer i figur 10 er en nettoeffekt av disse og andre forhold. Det kan for eksempel godt være at i en periode med økende ledighet, reduseres fraværet fordi arbeidstakerne disiplineres. Men som en konsekvens av at folk går på jobb selv om de er syke, kan det føre til at folk blir mer alvorlig syke og fraværet øker mer enn det gikk ned pga disiplineringseffekten. Vi vil da observere at fraværet øker når ledigheten øker. I andre perioder kan den negative effekten av at folk går på jobb når de er syke være svakere fordi arbeidstakerne kan ha endret terskel for å være hjemme fra jobb. Hvilke av effektene som dominerer, kan altså endre seg over tid. Hva som påvirker styrken av de ulike effektene kan også endre seg over tid og kan være forskjellig mellom ulike sektorer.



Figur 10: Legemeldt sykefravær og arbeidsledighet. Kilde: NHO, SSB og LABORSTA.

Som vi også påpekte i forrige rapport, er kunnskap om sammenhengen mellom sykefravær og arbeidsledighet viktig først og fremst for myndighetene og arbeidsgiverne. For myndighetene er årsakene bak sammenhengen viktig for utformingen av politikken og for arbeidsgiverne hvorvidt bedriftsspesifikke tiltak skal iverksettes eller ikke. Dersom det er sammensetning som forklarer sammenhengene mellom fravær og ledighet, vil det være tiltak på mikronivå som er viktig i form av støtte og tilrettelegging for arbeidstakere med helse- og tilpassingsproblemer. Dersom disiplinering er forklaringen, vil det være viktig å ha best mulig kunnskap om sammenhengene fordi det vil gjøre trygdebudsjetteringen – og dermed samlet budsjettering – lettere. Kunnskap om disse sammenhengene er også viktig for utformingen av stønadssystemer rettet både mot bedrifter og arbeidstakere.

Det kan også hevdes at konjunkturavhengigheten ikke kan være særlig sterk i offentlig sektor som jo ikke direkte påvirkes av svingninger i etterspørselen. Det finnes lite informasjon om konjunkturavhengigheten i

offentlig sektor, men også her skjer det store omstillingsprosesser og endringer som kan ha tilsvarende betydning for utvikling i sykefraværet som konjunkturedringer.

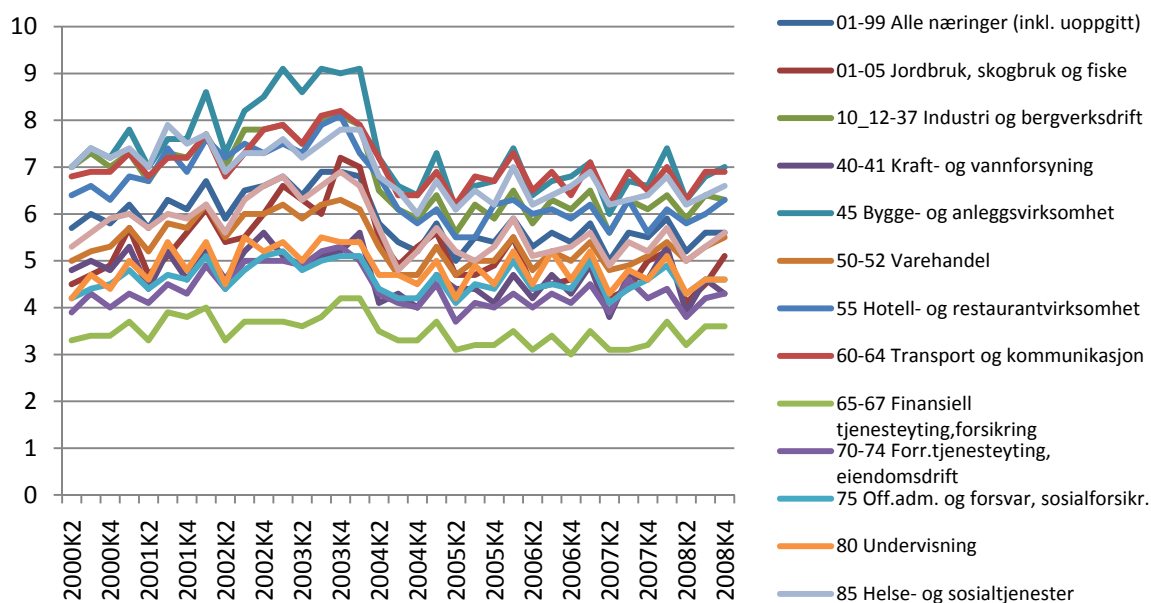
I rapporten fra 2006 så vi også på en studie fra Norge som viste at den negative sammenhengen mellom sykefravær og konjunkturer i stor grad skyldes endringer i sykefraværet blant arbeidstakere som er godt etablert i arbeidsmarkedet og ikke fordi det kommer flere syke inn i arbeidslivet (Askildsen et al., 2005).

I 2006 kom også en artikkel fra SSB (Bjørnstad 2006) som viste at det er klare konjunkturrelle bevegelser i sykefraværet, særlig med en sterk økning etter konjunkturoppgangen fra midten av 1990-tallet (se figur 10 over). Gjennom en enkel feiljusteringsmodell kommer de frem til at veksten i sykefraværet frem til 2003 kan forklares med konjunkturoppgangen. Alders- og kjønnsvidningen blant de sysselsatte i perioden 2000-2005 har i seg selv bidratt til sykefraværsutviklingen. Denne modellen ble senere oppdatert og på det faglige seminaret 12. januar fortalte Bjørnstad hva oppdateringen innebærer for sykefraværsutviklingen vi nå observerer. Der viste han at modellen til SSB predikerer sykefraværet svært godt og konklusjonen fra dette foredraget er at det er utviklingen i arbeidsmarkedet (arbeidsledighet, dynamikk, yrkesdeltagelse, alderssammensetning) som kan forklare utviklingen i sykefraværet. Modellen predikerer en relativt kraftig økning i sykefraværet i 2009 på 11,2 % eller en økning på 0,7 prosentpoeng i sykefraværsprosenten. Utviklingen det siste året kan dermed tolkes som et resultat av høykonjunktoren som har snudd til en nedgangskonjunktur. Og nedgangskonjunktoren vil bidra til å trekke sykefraværet ned i henhold til modellen med omtrent samme størrelsesorden. Modellen predikerer en nedgang i sykefraværet på 12,3 prosent fra 2010 til 2012 eller en reduksjon i sykefraværsprosenten på 0,8 prosentpoeng.

En ny artikkel (Nordberg og Røed, 2009) bruker registerdata til å komme nærmere en forklaring på den observerte sammenhengen mellom sykefravær og arbeidsledighet. De studerer sykefravær i forhold til økonomiske insentiver og makroøkonomiske betingelser. De økonomiske betingelsene de fokuserer på er endringen i inntekt som følge av en overgang fra sykepenger til rehabilitering eller uføretrygding. Overgangen representerer en signifikant reduksjon i inntekt, så de sykemeldte har økonomisk interesse av å komme tilbake i arbeid før de kommer under andre støtteordninger. Makroøkonomiske forhold antas å påvirke muligheten for å komme tilbake til arbeid etter lang tids sykemelding og å påvirke tilbakefallsratene inn i nye sykemeldinger etter at de har kommet i jobb igjen. Resultatene viser at det er en klar tendens til at sykemeldte kommer tilbake i arbeid like før rettigheten til sykepenger opphører. Dette resultatet viser at ikke alt sykefravær er knyttet til helse, selv om en del av de som kommer tilbake i arbeid like før utløp av rettighet faller tilbake til nye sykemeldinger. Makroøkonomiske betingelser påvirker sannsynligheten for å gå fra langtidssykemeldt til arbeid igjen. Estimaten viser at det er mindre sannsynlig å komme tilbake til arbeidslivet i gode tider, til tross for at etterspørselen etter arbeidskraft er størst da. Forfatterne tolker dette i retning av at det er kjennetegn ved den sykemeldte arbeidstaker (reelle helseproblemer eller disiplineringseffekter) heller enn kjennetegn ved arbeidsgiver som forklarer manglende tilbakeføring til arbeid. Andre resultater fra artikkelen gir støtte til sammensetningshypotesen. De som kommer sist inn i arbeidsstyrken i gode tider har dårligere helse enn den eksisterende arbeidsstyrken. Forfatterne konkluderer også med at en lengre fraværsperiode kan betraktes som en investering i helse og bidra til at tilbakefall unngås eller reduseres.

Det har også vært diskutert om eventuelle konjunktursammenhenger som observeres når ledigheten stiger er en effekt av at sykelønsordningen er sjenerøs. Særlig har det vært nevnt at den store økningen i sykefraværet for eksempel innen bygg- og anleggsvirksomhet (som både observeres nå og som ble observert i forrige konjunkturedgang i 2003/2004) skyldes at folk tyr til sykemeldinger når oppdragsmengden går ned og det er fare for permitteringer.

SSB undersøkte denne problemstillingen i en rapport fra 2004 (Næsheim & Pedersen, 2004). Bakgrunnen var nettopp at lønntakere har et betydelig inntektsbortfall ved en permittering. Samtidig er det slik at bedriftene som regel vil være tjent med å ha folk permittert enn sykemeldt. De kobler flere register og ser på status ved utløpet av november 2002 og 2003 (ledigheten steg bratt fra 2001-2003) og vi observerer særlig økning innen bygg og anleggsvirksomhet for menn i denne perioden, som er illustrert i figur 11 under.



Figur 11: Legemeldt sykefravær etter næring for menn. SSB.

De fant at bedrifter uten permitterte i næringer som ellers utmerker seg ved å ha et høyt permitteringsomfang (fiske/fiskeoppdrett, bygge- og anleggsvirksomhet og en del industrinæringer), ikke har unormalt høyt sykefravær. Det ser derfor ikke ut til at bedrifter bruker sykmelding av ansatte som et alternativ til permittering. Når tallene ble brutt ned på undernæringer, fant de noe mer variasjon. Blant bedrifter i næringer hvor høye permitteringsandeler ikke er uvanlig, var sykefraværet relativt lavt i permitteringsperioden. I næringer hvor permitteringer er mer uvanlig, var det derimot tegn til relativt høye sykefravær (for eksempel i deler av verkstedindustrien). Det fremheves at dette ikke behøver å bety at de ansatte bevisst forsøker å utnytte den økonomiske fordel som ligger i å være sykmeldt fremfor permittert og at det heller kan være reelt sykefravær som følge av usikkerhet rundt egen fremtid/økonomisk situasjon.

Konklusjon: I modellen for å predikere sykefravær basert på arbeidsmarkedsforhold fra SSB skyldes utviklingen i sykefraværet både at sammensetningen av arbeidsstyrken endres og at sykefraværet påvirkes av arbeidsledigheten. Den kan derfor ikke si noe om hva som gjør at konjunktorene påvirker sykefraværet. I analysene til Frischsenteret finner de både tegn på disiplineringseffekter og på sammensetningseffekter. Dette er et funn som er i tråd med forventningene, flere effekter er til stede samtidig. Det er mulig vi har kommet et steg videre i å forstå konjunktoreffekter, men hovedspørsmålet gjenstår fortsatt. Hvorfor følger sykefraværet i ulike næringer og sektorer, med noen unntak, omtrent samme utvikling over tid? Fortsatt er det sannsynligvis noe å hente på å se på ulike næringer og forklaringer. For eksempel kan det hende at ulike omstillingsprosesser i offentlig sektor har sammenfalt med konjunktorene. Vi ser videre på dette i neste kapittel.

5 Omstillinger og sykefravær

Tall fra levekårsundersøkelsen i 2006 viste at nærmere halvparten av alle yrkesaktive hadde vært igjennom nedbemanning eller omorganisering i løpet av en treårsperiode (Sterud, 2009). Analyser viste at omorganisering og nedbemanning i nåværende virksomhet var assosiert med en rekke negative utfall som jobbusikkerhet, lav jobbtilfredshet, jobbrelaterte psykiske plager og plager knyttet til nakke, skulder eller rygg (ibid).

En studie basert på norske registerdata ser på effekter av nedbemanninger i helse- og sosialsektoren på 1990-tallet (Røed & Fevang, 2007). De har sett på alle sykepleiere og hjelpepleiere som var ansatt i kommunale eller fylkeskommunale tjenester (sykehus, psykiatriske institusjoner) og som ikke mottok noen form for trygdeytelser (utenom foreldrepermisjonspenger og sykepenger) i slutten av oktober 1992. Et kriterium var også at de var under 53 på dette tidspunktet. Totalt over 43 000 personer. Data inkluderer alle fylker og kommuner i Norge, med unntak av Oslo. Disse pleierne ble fulgt i registrene fra 1992 og til 2000. Ulike register ble så koblet til for å få informasjon om blant annet antall årsverk i de ulike institusjonene. De fant at en stor andel av pleierne hadde opplevd nedbemanninger ved sin enhet i perioden og de finner at dette førte til økt sannsynlighet for å bli mottakere av sykepenger eller andre helserelaterte ytelser. De finner også at nedbemanninger reduserer sannsynligheten for at sykmeldte kommer tilbake til jobb og at de som fortsetter etter nedbemanningen også har noe høyere sannsynlighet for sykefravær. En reduksjon i antall årsverk på 20 prosent førte til en økning i sykefraværet for de som forble ansatt på 7 prosent i sannsynligheten for fravær og 10 prosent reduksjon i sannsynligheten for å bli friskmeldt etter en sykmelding. Effektene av nedbemanninger på sannsynligheten for å motta andre trygdeordninger og det å gå ut av arbeidslivet ble funnet å være mye større enn effekten på sykefraværet.

En annen studie, også basert på registerdata, som omfatter en stor del av den norske arbeidsstyrken for perioden 2000-2003 konkluderer foreløpig med motsatt funn – at sykefraværet faktisk går litt ned eller er uendret etter nedbemanninger (Østhus & Mastekaasa, 2009_wp). Forskerne poengterer også at resultatene ikke nødvendigvis kan generaliseres til å gjelde land med svakere velferdsordninger og oppsigelsesvern.

Oppsigelsesvernet i Norge ble også tatt opp i en studie fra SSB som undersøker om arbeidsgivere bruker nedbemanningssituasjoner til å bli kvitt arbeidstakere de ikke ønsker å beholde (Henningsen & Hægeland 2008_wp). De ønsker å undersøke om oppsigelsesvernet i Norge er så strengt at slike effekter blir synlige. Forskerne finner støtte for hypotesen om at virksomheter bruker nedbemanninger som en sorteringsmekanisme for å avsette de minst produktive og at det dermed er disse som er best beskyttet gjennom reglene for oppsigelser i normale tider. De finner likevel at det er bare en liten del av de som blir sagt opp under nedbemanninger som blir det ut fra opportunistisk sorteringsatferd fra arbeidsgiverne. De konkluderer da med at stillingsvernet i Norge ikke kan være en viktig hindring for virksomheter å bli kvitt noen.

En artikkel som er akseptert for publisering, også basert på norske registerdata, studerer arbeidstakere som var fulltidssatte i industrivirksomheter i mai 1991 og som ufrivillig måtte slutte i jobben pga eksogene sjokk i arbeidsmarkedet - displaced workers (Huttunen et al., 2010). De så på personer i virksomheter som nedbemannet med 30 prosent eller mer i 1991 og sammenliknet med personer i virksomheter som ikke ble lagt ned eller nedbemannet i særlig grad. De som utsettes for nedbemanninger har høyere sannsynlighet for å forlate arbeidsmarkedet. Denne artikkelen tar også opp langtidseffektene av nedbemanninger på lønnsinntekt, men de finner ikke store effekter og argumenterer med at dette skyldes lav lønnsvariasjon i Norge i utgangspunktet. En artikkel fra Frischsenteret finner motsatt resultat, nemlig at inntekten i stor grad påvirkes av sykefravær og at denne effekten varer i lang tid (Markussen, 2009b_wp). Forskjellen i utvalget mellom disse to studiene er at Huttunen et al., 2010 ser på industriansatte mens Markussen, 2009 ser på alle sysselsatte.

En annen artikkel tar også tak i dette med effekter av nedbemanning og utstøting fra arbeidslivet (Rege et al., 2009a). De ser på arbeidstakere som var fulltidsansatt i 1993, 30-60 år, ansatt mer enn ett år i virksomheten. De fant at arbeidstakere som opprinnelig var ansatt i virksomheter som ble nedlagt mellom 1993 og 1998 hadde nesten 30 prosent større sannsynlighet for å bli mottakere av uførepensjon i 1999 sammenliknet med ansatte i virksomheter som ikke hadde nedbemanninger. De samme forskerne finner også at virksomhetsnedleggelse påvirker skoleprestasjonene til barna og det er særlig negativt at fars arbeidsplass nedlegges (Rege et al., 2007_wp) og at nedleggelse fører til økt voldskriminalitet (Rege et al., 2009b_wp).

I perioden 1992-2000 er det funnet at blant et stort utvalg sykepleiere og hjelpepleiere i kommunene og i spesialisthelsetjenestene, opplevde 14 prosent at virksomheten ble nedbemannet med mer enn 20 prosent og ytterligere 36 % opplevde at arbeidsplassen ble nedbemannet med mer enn 10 prosent (Røed & Fevang, 2007).

Det er anslått at omtrent 5 prosent av tilstrømmingen til uføretrygd i perioden 1993 til 2003 kan forklares direkte av nedbemanninger som fant sted i perioden 1992-2000 i de bedriftene folk var sysselsatt i på dette tidspunktet (Fevang og Røed, 2006).

Funnene tyder på at betydelige omstillingsprosesser pågikk i perioden 1992 – 2000. Fra omtrent 1998 opphørte det negative forholdet mellom arbeidsledighet og sykefravær som tidligere var tydelig. Når ledigheten steg fortsatte sykefraværet å øke og dette vedvarte helt til omtrent 2003 (se figur 10). Det er grunn til å se nærmere på hvordan omstillingene i offentlig sektor, og særlig innen helsetjenestene og sosialtjenestene som sysselsetter mange, påvirker totalutviklingen i sykefraværet. Dette kan bidra til å forstå de observerte sammenhengene mellom konjunkturer og sykefravær bedre.

Oppsummering: Den langvarige økningen i sykefraværet fra midten av 90-tallet og frem til årtusensskiftet sammenfaller med store omstillinger i offentlig sektor. Flere nye forskningsbidrag finner at det er en sammenheng mellom nedbemanninger og sykefravær, mens andre ikke finner noen effekt. De ser på ulike utvalg i arbeidslivet og de som ikke finner en slik effekt ser på hele arbeidsbefolkningen. Dette kan tyde på at sykefraværet påvirkes av omstillinger i noen sektorer, men ikke i andre. Nye studier har også vist at nedleggelse av virksomheter kan gi store sosiale konsekvenser.

6 Arbeidsmiljø og sykefravær

I 2006 konkluderte vi på følgende måte: Vi vet altså mye om hvilke arbeidsmiljøfaktorer som ser ut til å ha en sammenheng med sykefraværet. Problemet er at vi ikke vet hvor sterke disse sammenhengene er.

Det er gjort overraskende få forsøk på å forklare hvor mye av sykefraværet som påvirkes av arbeidsmiljøfaktorer i forhold til andre faktorer. De studiene som er inne på dette, har ikke dette som hovedtema og det er derfor ikke klart at dette måler arbeidsmiljøets betydning på det totale sykefraværet. Dersom arbeidsmiljøet har begrenset påvirkning på arbeidstakernes helse, vil det være viktigere å se på forhold utenfor arbeidsplassen. Om forhold på arbeidsplassen har stor betydning for arbeidstakernes helse, er det naturlig å iverksette tiltak på bedriftsnivå.

Vi starter med noen tall fra levekårsundersøkelsen 2006 som viser andel av de spurte som svarer bekreftende på at de har hatt jobberelaterte plager.

Tabell 2. Svar på levekårsundersøkelsen 2006.

	Begge kjønn (%)	Menn (%)	Kvinner (%)
Eksem eller allergiske utslett som skyldes jobb	1	1	1
Øyeplager med kløe, rødhet, rennende øyne som skyldes jobb	1	1	2
Nedsatt hørsel eller øresus, som skyldes jobb	1	1	1
Føler seg fysisk utmattet når de kommer hjem fra arbeid, ukentlig	32	29	36
Har vansker med å sove fordi de tenker på jobb, ukentlig	11	9	12
Føler seg nedfor pga. kritikk eller vansker på jobb, 1 gang i mnd eller oftere	14	13	16
Hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager, siste 12 mnd	18	14	22
Antall sykefraværperioder på mer enn 14 dager, gjennomsnitt	1	1	1
Årsak til sykefraværet var helseplager som skyldtes jobb	7	6	9
Gått på jobb selv om man var syk fire ganger eller mer siste år	22	21	24
Jobber i bedrift med bedriftshelseteneste, andel av ansatte	60	67	52
Hatt kontakt med bedriftshelseteneste siste 12 mnd, andel av ansatte	24	31	15
Antall ansatte som svarte	9 312	4 771	4 541
Antall sysselsatte som svarte	9 961	5 236	4 725

Som vi ser svarer 32 prosent av respondentene at de ukentlig føler seg utmattet når de kommer hjem fra jobb, mens 18 prosent av de spurte har hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager de siste 12 månedene. 7 prosent svarte at dette helt eller delvis skyldes jobben. Dette betyr at 39 prosent av de med fravær over 14 dager mener fraværet skyldes forhold på jobben som gir helseplager. Det er også interessant at 60 prosent av respondentene sier de arbeider i en bedrift med bedriftshelsetjeneste (BHT), men at andelen er lavere blant kvinner. Fra januar 2010 er det pliktig BHT både innen undervisningssektoren og innen helse- og sosialtjenester. En større andel kvinner vil da dekkes. Fra evalueringen av IA-avtalen vet vi at BHT er en sentral støttespiller for virksomhetene i tillegg til arbeidslivssentrene. Les mer om BHT i Lie, 2009 og Bjørnstad et al., 2009.

I 2006 kom det også en artikkel fra STAMI basert på analyser fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) 2000-2001 (Mehlum et al., 2006). Alle i alderen 30, 40 og 45 år i Oslo ble invitert til å delta i helseundersøkelsen.⁷ Alle som gjennomførte undersøkelsen ble spurt om de hadde hatt helseproblem i løpet den siste måneden og om problemene var relatert til jobben. Om lag 33 prosent av de inviterte fylte ut spørreskjema. Blant disse fant de at nesten 60 prosent rapporterte en eller flere arbeidsrelaterte helseproblemer, der det vanligste var smerter i nakke/skuldrer (38%), korsryggsmerter (23%) fulgt av smerter i armene (20 %) og uvanlig tretthet (20 %). En stor andel av de vanlige helseproblemene ble vurdert å være arbeidsrelatert. Smerter i nakke/skulder og arm ble tilskrevet arbeidsforhold av 3 av 4 med slike smerter, mens halvparten av personene med korsryggsmerter og uvanlig tretthet mente det skyldtes jobben.

I en ny artikkel så flere av de samme forfatterne på om det var samsvar mellom selvrapportert arbeidsrelatert nakke/skulder og armsmerter og ekspertvurderinger (Mehlum et al., 2009). Utvalget besto av 217 arbeidstakere som rapporterte smerter i nakke/skulder eller arm i løpet av siste måned som gjennomgikk en helseundersøkelse. De målte så om det var samsvar mellom det respondentene selv rapporterte og det som ekspertene rapporterte (etter gitte kriterier) i forhold til om smertene var arbeidsrelatert. En stor andel av tilfellene ble vurdert å være arbeidsrelatert, men mer hyppig fra selvrapportert enn fra eksperter (80 prosent vs 65 prosent for smerter i nakke/skulder og 78 prosent vs 72 prosent for armsmerter). Men det var betydelig avvik i hvilke tilfeller som ble funnet å være arbeidsrelatert. Det var større enighet om smerter rapportert som arbeidsrelaterte enn ikke-arbeidsrelaterte smerter. De konkluderte med at selvrapportering ikke overdriver andelen som er relatert til jobben, men at graden av enighet påvirkes av hvordan "arbeidsrelatert" defineres og forstås.

En studie ble gjennomført i Midt-Norge blant 824 personer i alderen 18-55 år som hadde vært sykmeldt for astma mer enn 16 dager i perioden 2000-2003 (Leira et al., 2006). Målet med denne studien var å vurdere om individuelle forhold hadde betydning for mottakelighet samt om det var samsvar mellom pasient og leges vurdering av arbeidseksponeringens betydning for sykdommen. De fikk svar fra 72 prosent, derav 58 prosent kvinner. Sykdommen ble klassifisert som arbeidsrelatert ved positivt svar på spørsmålene: "Har du noen ganger fått luftveisplager i forbindelse med ditt arbeid?" og "Bedret luftveisplagene seg ved fravær fra arbeidet?". De fant at 70 prosent hadde arbeidsrelatert astma. Knapt halvparten av de spurte anga at legen trodde sykdommen hadde sammenheng med arbeidet. Det var færre røykere blant dem enn blant de øvrige. Verken røyking eller atopi økte risikoen for arbeidsrelaterte plager. Inneklima på arbeidsplassen ble hyppigst angitt som årsak til arbeidsrelatert astma. Reduksjon av arbeidsmessig eksponering reduserte plagene for de fleste.

I en ny omfattende artikkel fra Frischsenteret har de forsøkt å beregne hvor stor andel av tverrsnittsvariasjonen i et stort registerdatasett i likevekt kan tilordnes ulike forklaringsvariabler (Markussen et al., 2009_wp). Der finner de først og fremst at det er svært mye av variasjonen i sykefraværet (66 prosent) som ikke kan forklares med de over 400 dummyvariablene som er inkludert i analysene. Men blant de variabelgruppene som forklarer mest av den forklarte variansen, finner vi jobbkjennetegn som lønn, arbeidstid og senioritet og arbeidsplassvariabler (næring, størrelse, kjønns sammensetning m.m.). Om disse til sammen forklarer nesten 20 prosent av variasjonen, betyr dette at disse variablene forklarer om lag halvparten av all forklart variasjon i sykefraværet i deres modeller.

⁷ Se www.fhi.no/hubro

Basert på et svært omfattende spørreskjema med svar fra nesten 10 000 hjelpepleiere er det samlet inn et datagrunnlag som gir mulighet for analyser av en mengde faktorer knyttet til arbeidsmiljø, helse, livsstil, arbeidstid, trivsel, mestring, sykefravær m.m. som til nå har vært benyttet til å se på hva som påvirker trivsel og mestring i denne yrkesgruppen (Ose et al., 2009). Mestrings og trivselsvariablene som er brukt i denne analysen er at de er fornøyd med jobben sin, er fornøyd med arbeidstid og stillingsandel, ikke har hatt fravær fra jobb siste halve år (etter varighet), ikke er utslitt når de kommer hjem fra jobben, god evne til å løse problemer som oppstår, at de er fornøyd med sin egen evne til å løse problemer som dukker opp i arbeidet, at de vurderer sin egen arbeidsevne i forhold til fysiske krav ved jobben som god, at de vurderer sin egen arbeidsevne i forhold til psykiske krav ved jobben som god. Disse faktorene er analysert enkeltvis og vi finner at det er arbeidsmiljøfaktorene som i aller størst grad forklarer forskjeller i mestring og trivsel. Det er da kontrollert for kjønn, alder, egenvurdert helse (somatisk og psykisk), arbeidstidsordning, type enhet de er ansatt ved m.m. Den viktigste enkeltfaktoren for trivsel og mestring var å ha en god leder. De som ikke var fornøyd med lederen hadde systematisk høyere sykefravær og lavere skåre på de andre trivsels- og mestringsindikatorerne.

Det har kommet en del nye begreper inn i sykefraværstudien som kan være nyttig å se litt nærmere på. Nye begreper som sykenærvar, langtidsfriskhet, mestringsfravær og nærværspres kan utvikle vårt syn på sykefravær i nye retninger (Saksvik & Finne, 2009). Nærværspres er funnet å være relatert til den personlige, subjektive opplevelsen av forhold i arbeidsmiljøet og en selv som presser en til å gå på jobb. Sykenærvar derimot er mer en miljøfaktor som dreier seg om tilrettelegging av arbeidet på en best mulig måte for å kunne stå i jobben uten å være helt frisk. Sykenærvar er lettere å regulere til tross for at det er den enkelte arbeidstaker som til syvende og sist tar valget her også. Nærværspres er en mer intrikat psykologisk faktor som omgivelsene har vanskeligere for å gjøre noe konkret med uten å forstå hvordan den enkelte opplever og tolker den totale situasjonen (ibid).

I et arbeid som inngår i en ny bok finner vi en diskusjon om begrepet og utbredelsen av sykenærvar (Biron & Saksvik, 2010). De konkluderer med at sykefravær og sykenærvar må ses i sammenheng siden de er to sider av samme sak. Psykososial risiko på arbeidsplassen er funnet å påvirke psykisk og fysisk helse, til å øke sykefraværet og i den senere tid også funnet å påvirke sykenærværet (altså at arbeidstakere går på jobb selv om de burde vært hjemme). Tiltak bør derfor være omfattende og både fokusere på forebygging av uhelse og fremme god helse. Dette må altså sees i sammenheng, fraværet av uhelse gir ikke automatisk framvekst av god helse. Det beste for langtidssykes helse er å gå på jobb om det er mulig, dvs uten at det øker den psykososiale risikoen.

Konklusjon: I følge tall fra Levekårsundersøkelsen fra 2006 svarte nesten 40 prosent av de som hadde sykefravær som varte i 14 dager eller mer, at fraværet skyldtes jobbrelaterte helseplager. Det har kommet flere undersøkelser som viser at det er en sammenheng mellom arbeid og muskelsmerter i skulder og arm. Sykefravær over 16 dager som skyldes astma finnes i stor grad å være arbeidsrelatert i en annen undersøkelse. I en studie av hjelpepleiere er det funnet at det er arbeidsmiljøfaktorene som i aller størst grad forklarer forskjeller i mestring og trivsel innen kommunale pleie- og omsorgstjenester. Basert på disse funnene ser det ut til å være et stort potensial for redusert sykefravær med satsning på utvikling av gode arbeidsmiljø. Nye begreper som sykenærvar, langtidsfriskhet, mestringsfravær og nærværspres kan utvikle vårt syn på sykefravær.

7 Livsstil og sykefravær

I 2006 konkluderte vi på følgende måte: Fysisk inaktivitet er en risikofaktor for en rekke sykdommer på linje med overvekt og røyking, og det er i denne oversikten sett på livsstilsfaktorene fysisk aktivitet, tobakkrøyking og alkoholforbruk i tillegg til overvekt og fedme i forhold til sykefravær.

Forskning viser at personer som er fysisk aktive på fritiden har mindre sykefravær sammenliknet med inaktive arbeidstakere. Vitenskapelig belegg for effektivitet av fysisk aktivitetsprogrammer på arbeidsplasser er fremdeles begrenset på grunn av få høykvalitets randomiserte kontrollerte forsøk.

Det er uklart hvor store mengder fysisk aktivitet som er nødvendig for å oppnå en reduksjon i sykefraværet. Denne type informasjon er imidlertid viktig i forhold til anbefalinger om optimal mengde fysisk aktivitet som er nødvendig for å oppnå arbeidsrelaterte fordeler.

Det vil også være viktig å undersøke hva som motiverer for deltakelse i fysisk aktivitet, slik at fysisk aktivitet blir sett på som positivt i seg selv. Studier som finner at barn som er fysisk aktive i barne- og ungdomsårene også med stor sannsynlighet vil være fysisk aktive i voksen alder, viser at tiltak rettet mot barns atferd er viktig.

Forskning på sykefravær viser at røyking og høyt alkoholforbruk øker risikoen for sykefravær. Konklusjoner fra de få studiene som foreligger omkring overvekt og fravær, viser at overvektige personer har høyere sykefravær sammenliknet med personer som ikke er overvektige.

Vi har ikke funnet noe særlig nytt på dette området, men har heller ikke søkt spesifikt på temaet uten å knytte det til sykefravær. Konklusjonen endres sannsynligvis ikke og det er fortsatt mye vi ikke vet om sammenhengen mellom livsstil og sykefravær.

Sammenhengen mellom livsstil og sykefravær blir også synlig gjennom faktorer som tilhører forskningsfeltet sosial ulikhet. Her studeres faktorer som påvirker helse, for eksempel inntekt, utdanning, yrke osv. Når livsstil har sterk sammenheng med sosiale faktorer, er det naturlig at funn som viser at de med lavere utdanning har høyere sykefravær, de med lavere inntekt har høyere sykefravær osv. Dette er faktorer som har liten interesse for beslutningstakere. Å gi alle høyere utdanning er ikke mulig. Det handler om grunnleggende ulikheter mellom ulike sosiale grupper i samfunnet og forskning om sosial ulikhet kan bidra til å bedre forståelsen om.

Å velge utdanning og dermed ofte yrke er en sentral beslutning. I en nylig artikkel argumenteres det for at arbeidsrelaterte holdninger må forstås som et resultat av både seleksjons- og sosialiseringsmekanismer (Dæhlen, 2009). Ved å undersøke betydningen av sosialisering under utdanning og tidlig arbeidsliv, finnes det at mye av holdningen er til stede allerede ved studiestart. Dette tyder på at studentene er selektert ut fra sine holdninger. Forskeren konkluderer med at forskjeller i syn på arbeidet gjør seg gjeldende allerede før valg av utdanning og yrke og dette innebærer en større treghet i utvikling mot en endring av dagens makt- og inntektsforhold mellom ulike grupper, som for eksempel mellom kvinner og menn og mellom ulike sosiale lag.

En ny spennende registerstudie på sosial ekskludering av unge mennesker (Raaum et al., 2009) definerer unge som sosialt ekskludert dersom de er utenfor skole/arbeid og har lav forventet sannsynlighet for å komme tilbake. De finner at sannsynligheten for sosial ekskludering er ikke-syklisk, mer vanlig blant unge tidlig i 20 årene enn blant tenåringer og er sterkt avhengig av familiebakgrunn, men uavhengig av kjønn.

En tidlig studie gjennomført i 13 norske kraftselskap blant 2 435 ansatte, viste at 10 prosent av de ansatte sto for 82 prosent av sykefraværet (Tveito et al., 2002). De 10 prosentene hadde typisk mer fysisk arbeid, lavere utdanning, risikoutsatt ved at de røykte, hadde lav jobbtilfredshet, sov dårlig, opplevde stress og var lite fysisk aktive.

Konklusjon: Forskning viser at livsstil har sammenheng med sosial tilhørighet. Å redusere sosial ulikhet kan bidra til bedre helse og dermed lavere sykefravær. Utfordringen er å finne virkemidler for å utjevne sosiale forskjeller og da er vi inne på folkehelseområdet. Det antas likevel å være slik at et godt arbeidsliv kan motvirke mange av de negative konsekvensene av sosiale forskjeller. Arbeidsplassen er en sosial arena som også kan brukes til å treffe mennesker som kanskje i mindre grad er mottakelig for helseinformasjon, livsstilveiledning og annet, men dette er et område med store kunnskapshull.

8 Sykelønnsordningen og sykefravær

I 2006 konkluderte vi på følgende måte: Utformingen av sykelønnsordningen tilligger offentlige myndigheter. Ut fra de forskningsresultatene som foreligger kan derfor myndighetene foreta innstramminger dersom de ønsker å redusere fraværet, men det er stor risiko for at problemene med sykenærsvær øker. Det finnes høyest sykenærsvær blant omsorgsarbeidere og lærere, men det er lite forskning på dette. En vanlig kombinasjon er lav månedlig inntekt, høyt sykefravær og høyt sykenærsvær.

Et sentralt argument mot innstramminger i sykelønnsordninger er nettopp at slike tiltak kan ramme de arbeidstakerne som er dårligst lønnet og som sliter med helseplager. Med andre ord vil fordelingsvirkningene være uønsket. Dette er en problemstilling som er lite analysert og som det burde være en utfordring å gå nærmere inn på, både teoretisk og empirisk.

Fra Norge ser det ut til å være lite nytt knyttet direkte til forskning på endringer i sykelønnsordningen. Dette skyldes også at det ikke har vært noen endringer som kan undersøkes empirisk.⁸ Det har likevel vært noen forsøk med endringer i mindre skala som det kan være interessant å se nærmere på.

I Kristiansand kommune har de hatt et forsøk med bruk av utvidet egenmelding fra 2002. Forsøket varte i tre år. De ansatte fikk mulighet til selv å dokumentere sykefravær på inntil 50 dager fordelt på 1-10 perioder som et kontrollert intervensjonsforsøk (Fleten et al., 2009). Dialog med arbeidsplassen var forutsatt for både egenmeldt og legemeldt fravær når fraværet hadde vart i fem dager. Forsøket viste at egenmelding i stor grad erstattet legemelding for fravær med inntil en ukes varighet. Gjennomsnittslengden av sykefraværet i arbeidsgiverperioden på 16 dager ble forkortet med 0,8 dager. Kurven for tilbakevending til arbeid tilsvarte forventet tilfriskningskurve uten de karakteristiske toppene ved fem, syv og 14 dager som en ser ved legemeldt fravær. Både antall korte sykefravær og andel av ansatte med korttidsfravær økte, men til tross for en forventet registreringseffekt økte ikke sykefraværet som prosent av mulige arbeidsdager i arbeidsgiverperioden. Forskerne konkluderer med at utvidet egenmeldingsrettigheter med strukturert oppfølging fra arbeidsplassen resulterte i et endret mønster for korttidsfravær som kan indikere at dagens ordninger for egenmeldt fravær ikke er tilpasset arbeidstakernes behov.

I en artikkel som ennå ikke er publisert diskuteres forholdet mellom helse og fravær i en velferdsstat (Markussen, 2007_wp). Der diskuteres den U-formede sammenhengen som observeres mellom sjenerøsiteten i velferdsordninger og i sykefraværet. Sammenhengen antas å skyldes at sjenerøse ordninger fører til at folk blir lenger sykmeldt enn de må fordi det er svake insentiver til å komme tilbake til jobb. I et mindre sjenerøst system blir det dyrt å være borte fra jobb, og når kostnadene er tilstrekkelig høye kan arbeidstakerne komme tilbake til jobb for tidlig og det blir korte og hyppige fraværstilfeller, som for eksempel observeres i Storbritannia. Forskeren sier da at et velferdssystem mellom disse to ekstreme punktene, kan føre til at arbeidstakere blir hjemme når de er syke, men går på jobb når de er friske. Dermed lavt fravær. Konklusjonen er at å maksimere helse ikke er det samme som å minimere sykefraværet. Empirisk støttes teorien basert på aggregerte data for 12 OECD land.

En annen studie fra Norge har sett på andre økonomiske insentiv, nemlig økt inntektsskatt (Dale-Olsen, 2009_wp). Forskeren finner at økt marginalsatt reduserer avkastningen av å jobbe slik at fraværet øker, jf effektivitetslønns-teori. Omfattende registerdata benyttes og hypotesen bekreftes.

Konklusjon: Det er ikke oppnådd ny kunnskap i forhold til hva eventuelle innstramminger i sykelønnsordningen vil bety. Sannsynligvis kommer det mer kunnskap fra våre naboland, som etter hvert har gjennomført store endringer i sine sykelønnsordninger. Norge har hatt omtrent samme sykelønnsordning siden 1978 og siden registerdata for så langt tilbake ikke er tilgjengelig, er det vanskelig å analysere effekter på sykefraværet av

⁸ I LO/NAF avtalen ble antall karensdager redusert fra 14 til 9 dager i 1966, til seks dager i 1968 og til tre dager i 1973. Den siste karensdagen forsvant i 1978 da dagens universelle ordning som dekket alle arbeidstakere kom på plass. Egenmeldinger var tillatt de første seks dagene, men ble redusert til fire dager i 1984.

disse endringene. Et forsøk med utvidet egenmelding i Kristiansand er evaluert og de konkluderer med at dagens ordning med egenmeldinger bør vurderes.

9 Legers sykmeldingspraksis

Dette var ikke et tema i kunnskapsstatusrapporten fra 2006 og det fantes da heller ikke særlig mye forskning på dette området. De senere årene er det gjort en del på dette, og da særlig i Sverige. Et godt utgangspunkt gis i Wahlström & Alexanderson (2004). Noen nyere artikler er Engblom et al., 2009; Swartling et al., 2007; Norrmén et al., 2008). Her ser vi kun på det som er gjort i Norge, selv om det absolutt vil være relevant å se dette i sammenheng da det er store likheter mellom det norske og det svenske systemet.

9.1 Legen som portvakt

Omtrent 80 prosent av alle sykmeldingene skrives ut av fastleger. Dette betyr at fastlegen har en betydelig rolle som portvakt for sykelønnsordningen. Når legen har fått rollen som sykmelder og dermed som portvakt, ligger det forventninger om at legen hindrer overforbruk av sykmeldinger og dermed hindrer at sykefraværet er høyere enn det trenger å være.

1. juli 2004 ble reglene for sykmeldinger endret og dette har vist seg å påvirke legers sykmeldingspraksis i betydelig grad (se kapittel 9.3). En annen endring som kan tenkes å ha betydning for legers sykmeldingspraksis er innføringen av fastlegeordningen i 2001.

En artikkel ser på innføringen av fastlegeordningen i 2001 og om denne har påvirket legens oppfatning av seg selv som portvakt for trygdeordninger (Carlsen & Norheim, 2003). Datakildene er strukturerte fokusgruppeintervju og korte spørreskjema. De fant at legenes portvaktrolle ble svekket med fastlegeordningen. Årsakene var at det ble mer åpen konkurranse mellom legene, høyere forventninger fra pasienten og mer ansvar for den enkelte fastlege. De konkluderer med at fastlegene i Norge har opplevd et skift i maktforholdet mellom lege og pasient i favør av pasienten gjennom fastlegereformen.

En annen norsk artikkel ser nærmere på rollekonflikten legen opplever i sykmeldingssituasjonen (Gulbrandsen et al., 2007). Forskerne har gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant over 300 allmennleger. De grupperer legene i fire forskjellige grupper. Leger som ikke syntes sykmelding var en byrde, var lite i tvil, syntes de var strenge og hadde høy kompetanse (12%). En annen like stor gruppe var helt motsatt. Begge disse gruppene oppfattet sykmelding som medisinsk relevant arbeid selv ved rene psykososiale problemstillinger. En tredje gruppe på 32 % av legene var tydeligst karakterisert ved at de mente sykmelding var relevant bare ved biomedisinsk veldefinerte tilstander. Legene i den førstnevnte gruppen og de i den andre gruppen hadde signifikant forskjellige personlighetstrekk. Det var ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt antall sykmeldinger per uke, egen jobbtilfredshet eller grad av paternalistisk innstilling.

Det er også flere artikler underveis til publisering som tas med her og vi starter med en fra Institutt for økonomi fra Universitet i Bergen (Aakvik et al., 2010). De benytter registerdata og finner at 98 prosent av variasjonen i lengde på sykefraværet skyldes forhold ved pasienten heller enn legekarakteristika eller kjennetegn ved kommunene. Medisinsk diagnose har stor betydning for variasjonen i lengden på sykefraværet, men det er altså lav variasjon i lengden på fraværet mellom legene. Dette sier de kan bety at legens portvaktrolle er svak og at de dermed agerer som pasientens forsvarer. De antyder at dette skyldes at pasientrettighetene har blitt sterkere.

En annen artikkel finner omtrent det samme (Carlsen & Nyborg, 2009_wp). Pga asymmetrisk informasjon kan ikke legene forventes å fylle rollen som portvakt. Bedre portvakter ville blitt dårligere behandlere og pasientene, både de som er syke og de som skulker, ville foretrukket leger som gir behandling. Den asymmetriske informasjonen oppstår fordi legen ikke kan skille en skulker fra en som er virkelig syk. De konkluderer med at valget mellom det å jobbe og det å bli sykmeldt, i stor grad er pasientens valg. Gjennom intervjuer konkluderer de med at det vanligvis er slik at korte sykmeldinger innvilges når pasienten ønsker det, mens lengre sykmeldinger innvilges dersom pasienten fortsatt ønsker det etter å ha diskutert med legen.

9.2 Legens vurdering av arbeidsmulighet

Legene har i større grad fått i oppgave å vurdere funksjonsevnen eller arbeidsevnen til personer som sykmeldes. 1. september 2008 kom ny sykmeldingsblankett, kalt Vurdering av arbeidsmulighet/sykmelding. Sykmelder skal først vurdere om det er mulig for pasienten å være i aktivitet. Dersom svaret er ja skal de vurdere avventende sykmelding⁹ eller arbeidsrelatert aktivitet (gradert sykmelding, aktiv sykmelding, reisetilskudd). Vi vet for eksempel fra NAV at avventende sykmelding har vært lite brukt (0,6 prosent av alle sykmeldinger 2. kvartal 2009), men det er ikke så mye kunnskap om hvorfor.

Allerede i 2001 ble sykmeldingsattesten endret til å inkludere et felt slik at legene skulle vurdere hva pasienten er i stand til å gjøre mens vedkommende er syk. Oppmerksomheten skulle rettes fra sykdom til funksjonsevne, jf IA-avtalen. I 2003 møttes legeföreningen og Rikstrydeverket fordi tallene viste at bare 35 prosent av legene fylte ut funksjonsvurderingsskjemaet.¹⁰ Forklaringen fra legene var for eksempel at legene var skeptisk i forhold til om opplysningene i det hele tatt ble brukt, fordi de hadde dårlig erfaring med hva utfyllingen av 8 ukers sykmeldingsskjemaet ble brukt til. Det ble også påpekt at funksjonsvurderingen er mer komplisert enn å sette et kryss i et skjema og at legene er pasientenes advokat og taushetsplikten vil da i noen tilfeller kunne være et hinder for at funksjonsvurderingen fylles ut. Se også debatt om det nye skjemaet på nettsidene til Dagens Medisin i 2002.¹¹

En norsk studie har gjennom 4 fokusgruppeintervju med 23 leger og sett på holdninger blant norske allmennleger i forhold til vurdering av funksjonsevne i forhold til sykmeldingspraksis (Krohne & Brage, 2008). De finner at funksjonsevne er et komplekst og interaktivt begrep som spenner over følgende hovedområder: fysisk, psykisk og sosial fungering. Dette skal så relateres til pasientens evne til å møte jobbkravene. Legene opplever at de har lite kunnskap om hvilke faktiske arbeidsoppgaver pasienten har og dette kan være en barriere både i forhold til motivasjon og mulighet til å vurdere funksjonsevne.

En helt nylig publisert artikkel ser på de strukturerte funksjonsvurderingene legene skal gjøre av sykmeldte for å se om de kan fortsette i jobb (Østerås et al., 2010). De sier at mange leger rapporterer vanskeligheter med denne vurderingen og derfor er motvillig. Dette skyldes mangel på trening og retningslinjer og manglende kunnskap om de ulike yrkesmessige krav pasientene møter. De har gjennomført en intervensjon der en egen opplæring i strukturert funksjonsvurdering er gitt på en workshop over en dag der de blant annet hadde gruppearbeid og rollespill. Metoden skulle anvendes på 10 personer med langtidsfravær etter visse inklusjonskriterier. De fant at intervensjonsgruppen brukte gradert sykmelding oftere og aktiv sykmelding sjeldnere enn kontrollgruppen, men de fant ingen effekt på varighet av sykmeldingsepisoden. Konklusjonen var at intervensjonen påvirker sykmeldingspraksisen til legen fordi de brukte mer graderte sykmeldinger.

En norsk artikkel fra 2000 fant at arbeidsevnen i stor grad ble vurdert likt av lege og pasient (Reiso et al., 2000). De fant ut at enigheten var høy selv om pasienten vurderte ut fra hva som krevdes på jobben og legen ut fra medisinske forhold. En annen artikkel som så på fastlegens evne til å vurdere hvor lenge sykefraværet kom til å vare, konkluderte med at det er bedre å spørre pasienten selv (Fleten et al., 2003).

9.3 Effekt av endrede sykmeldingsregler 1. juli 2004.

De nye reglene som kom 1. juli 2004 var en oppfølging av erklæringen fra partene i IA-avtalen, og hadde som hovedformål å øke aktiviteten blant sykmeldte, Folketrygdlovens § 8 og § 25 ble endret (Ot.prp. nr. 48 (2003-2004)).

⁹ Avventende sykmelding gjelder i arbeidsgiverperioden (de første 16 dager). Avventende sykmelding er en melding om at sykmelding kan unngås dersom arbeidet tilrettelegges. Utgangspunktet er at legen har svart JA på at aktivitet er mulig. Sykmelder har da vurdert og bekreftet at de medisinske vilkårene for sykmelding er til stede. I et eget felt beskrives hvilke hensyn som bør tas og/eller hvilke muligheter som foreligger. Eksempelvis avlaste høyre arm for tyngre løft eller ensidige belastninger. Aktuell periode fylles ut i eget felt.

¹⁰ Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123:2928

¹¹ <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2002/11/21/fastleger-sykmelder-omstrid/index.xml>

Pasienter skulle nå bare kunne sykmeldes dersom det fantes tungtveiende medisinske årsaker og 100 prosent sykmelding skulle unngås i størst mulig grad. Dersom det var mulig med gradert sykmelding og deretter aktiv sykmelding skulle dette være første alternativ. Sykmeldingsattesten ble erstattet med en ny attest "Medisinsk vurdering av arbeidsmuligheter ved sykdom". Denne fokuserer i større grad på aktivitet til tross for sykdom enn tidligere sykmeldingsblanketter.

Pasientene skulle så fort som mulig prøve seg igjen i arbeidet, enten med reisetilskudd, gradert eller aktiv sykmelding. Det skulle være medisinsk begrunnet om arbeidstakeren ikke kunne gjøre arbeidsrelaterte oppgaver utover åtte uker og legen skal da sende en utvidet legeerklæring. Leger som gjentatte ganger ikke fulgte de nye reglene kunne risikere å miste retten til å skrive legeerklæringer (Feiring, 2004). Dette ble senere tonet ned, men kan ha blitt vurdert som en reell trussel (Brage og Kann, 2006).

Arbeidstaker og arbeidsgiver ble pliktig til etter 12 ukers sykmelding å utarbeide en oppfølgingsplan. Om ikke dette ble gjort kunne trykdeetaten bøtelegge de involverte. Aktiv sykmelding skulle nå bare brukes der pasienten ikke kunne fullføre sine vanlige arbeidsoppgaver. Dersom en del av oppgavene kunne utføres skulle gradert sykmelding benyttes (Feiring, 2004).

Flere har sett på effekten av endringene i reglene på legers sykemeldingspraksis.

Analyser gjort av RTV/NAV (RTV-rapport nr. 05/2006, RTV-rapport nr. 06/2006 og NAV-rapport 3, 2007 – Brage og Kann, 2006) viser at endringene i sykmeldingsregler fra 1. juli 2004 påvirket fastlegenes sykmeldingspraksis i betydelig grad. De sykmeldte færre pasienter, friskmeldte pasientene tidligere og økte bruken av graderte sykepenger. Endringene i deres praksis i hvor raskt pasientene ble friskmeldt (dvs. kortere sykmeldinger) kom samtidig som regelendringene, mens endringene i antall fravær og graderte sykepenger kom mer gradvis og startet tidligere på året. Gjennom hele år 2004 var det en betydelig økning i bruken av graderte sykepenger. Senere er det funnet at de sykmeldte som gikk til leger som var blitt raskere til å friskmelde, hadde bedre utsikter til å holde seg i arbeidslivet, nettopp fordi langvarig sykefravær gir økt risiko for å falle ut av arbeidslivet. Legene selv rapporterer også om økt bruk av graderte sykepenger etter 1. juli 2004. En av fire leger skrev ut kortere sykefravær og en av fem skrev ut færre sykmeldinger og hadde mer kontakt med arbeidsgiverne til sine pasienter.

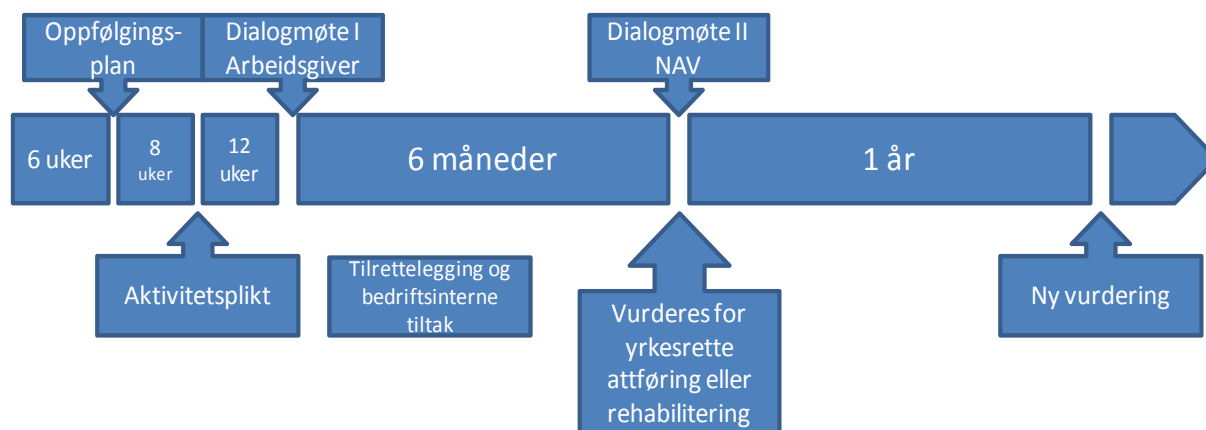
I en artikkel som ikke er publisert finner de gjennom analyser av registerdata at reformen førte til en reduksjon i sykefraværet på rundt 20 prosent (Markussen, 2009a_wp). De konkluderer med at 1/3 skyldes at færre ble sykmeldt, mens 2/3 skyldes lavere varighet av sykmeldingene. Dette indikerer at legene klarte å få den sykmeldte tilbake til jobb tidligere enn før. Alle typer arbeidstakere så ut til å påvirkes av reformen på samme måte. Forfatteren konkluderer med at legen har en viktig portvaktrolle og at denne funksjonen kan påvirkes av sentrale retningslinjer. Strengere overvåkning kan gjøre det mulig å opprettholde en mer sjenerøs sykelønnsordning uten økt moral hazard. Reformen som styrker forhandlingsstyrken til legen, ved å tvinge legen å utføre medisinske vurderinger og skrive ut delvis sykmelding når det er hensiktsmessig, ser derfor ut til å være en fruktbar måte å redusere sykefraværet på i et sjenerøst veldferdssystem i følge forfatteren.

Konklusjon: Legens rolle som portvakt for sykelønnsordningen finnes i flere arbeider å være svak. Det gis ulike forslag til forklaringer på dette, der den ene er at pasientrettighetene er styrket, blant annet gjennom fastlegeordningen. Det kommer også frem at legene har en utfordrende oppgave når de skal vurdere arbeidsevnen til de som vurderes sykmeldt. For å gjøre dette trenger de informasjon om hvilke oppgaver pasienten utfører i jobben sin. Kommunikasjonen mellom lege og arbeidsgiver ble forventet å øke som følge av den nye sykmeldingsblanketten som ble gjeldende fra 1. september 2008. Dette har ikke skjedd i særlig grad og det er fortsatt for lite kunnskap om årsakene til dette. En forklaring, når en ser på legenes forutsetninger for å gjøre funksjonsvurderinger og arbeidsevnevurderinger, kan være at de har for lite trening i dette. En langsiktig strategi er da kanskje å gjøre vurdering av arbeidsevne til et tema i utdanningen av legene. En annen mulighet, som diskuteres i dagens situasjon, er at lengden på sykefraværene i større grad standardiseres etter diagnose. Man skal ikke se bort fra at leger kan ha behov for en slik veiledning og kanskje også særlig som et argument overfor pasienten dersom det er slik at pasientmakten har blitt for stor - som flere studier antyder.

10 Tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte

Et relativt nytt tema i sykefraværsforskningen er effekt på sykefraværet av oppfølging av sykmeldte og tilrettelegging av arbeidsoppgaver. Fra og med 1. mars 2007 skulle alle virksomheter, ansatte, NAV og leger forholde seg til en tidsakse for sykefraværsoppfølging, se figur 12.

Hvorvidt denne oppfølgingsmodellen følges av de ulike aktørene og hvorvidt sykefraværet reduseres som følge av denne relativt store endringen, blir sentrale tema i sykefraværsforskningen i årene fremover.



Figur 12: Tidsakse sykefraværsoppfølging.

Oppfølgingsplan innen 6 uker

Innen 6 uker skal arbeidsgiver i dialog med arbeidstaker ha utarbeidet en oppfølgingsplan for hvordan den sykmeldte raskest mulig kan komme tilbake i arbeid.

Aktivitetsplikt, senest etter 8 uker

Er den sykmeldte ikke i arbeidsrelatert aktivitet innen 8 uker, kreves en utvidet legeerklæring som dokumenterer at det er tungtveiende medisinske grunner som hindrer aktivitet.

Dialogmøte etter 12 uker

Hvis arbeidstakeren har vært sykmeldt på full tid i 12 uker, skal arbeidsgiver innkalle til et dialogmøte. Hvis arbeidstaker ønsker det, skal også sykmelder delta. Bedriftshelsetjenesten skal delta hvis slik finnes.

Dialogmøte senest etter 6 måneder

Hvis sykmeldingen forlenges, skal NAV-kontoret innen 6 måneder innkalle til nytt dialogmøte. Arbeidstaker og arbeidsgiver har møteplikt og lege/helsepersonell skal møte når det vurderes som hensiktsmessig.

Det foreligger ingen systematiske studier av den samhandlingen aktørene i arbeidslivet (arbeidsgiver, arbeidstaker og behandler/NAV) er pålagt gjennom IA-avtalen, men dette er et tema som nevnes for eksempel i Programplanen 2008-2016 for Sykefraværsprogrammet. Det forventes derfor mer forskning på dette området etter hvert.

En NAV-rapport så på den nye oppfølgingsmodellen vist i figur 12 (Guldbransen et al., 2009). De undersøkte om modellen er tatt i bruk og hvilke erfaringer aktørene har med praktisering av modellen. De har sett på utviklingen i sykefraværet og om det kan spores endringer i friskmeldingsmønsteret. De klarte ikke å identifisere noen åpenbare tegn til endringer i sykefraværet, men de sier at det likevel ikke er grunnlag for å konkludere med at oppfølgingsmodellen ikke har effekt. De sier at det kan være andre forhold som har hatt betydning for utviklingen i sykefraværet de siste årene, blant annet kan det ikke utelukkes at utviklingen er påvirket av at det i samme periode har vært en sterk konjunkturoppgang og et meget stramt arbeidsmarked.

I evalueringen av IA-avtalen har vi sett på hvordan IA-virksomhetene har fulgt opp sitt tilretteleggings- og oppfølgingsansvar (se kapittel 7 i Ose et al., 2009). Vi konkluderer med at disse regelendringene, som altså kom på plass som en følge av IA-avtalen, men som er en del av arbeidsmiljøloven og derfor omfatter alle virksomheter, kanskje kan sies å være den aller største effekten av IA-avtalen. Tidligere var det uaktuelt for arbeidsgiver å ta kontakt med en sykmeldt arbeidstaker og spørre om når de kunne komme tilbake, nå er det nesten uhørt å ikke ta kontakt. Tilrettelegging av arbeidsoppgaver forventes når man får helseproblemer.

Ett av formålene med regelendringene som kom i mars 2007 var å tydeliggjøre, presisere og til dels utvide arbeidsgivers plikt til å drive forebyggende sykefraværarbeid og tilrettelegge for arbeidstakere med redusert arbeidsevne. Evalueringen viser at tilretteleggingsplikten for arbeidsgiverne fører til at de ansatte i mange tilfeller stiller for store krav til tilrettelegging. Over halvparten av lederne og representanter for de ansatte i over 3000 IA-virksomheter mener dette. Andelen er høyest i kommunal sektor og lavest i privat sektor. Det viser seg at det er særlig mange som har tilrettelagt arbeid i kommunene og da særlig innen helse- og sosialtjenester. I tillegg er det slik at tilrettelegging i denne type virksomhet i større grad går ut over andre ansatte enn i andre virksomheter.

Tidsaksen for sykefraværsoppfølgingen med oppfølgingsplan, dialogmøte 1 og dialogmøte 2 ser generelt ut til å være et godt grep for tettere oppfølging (Ose et al., 2009). For mange vil en slik tilnærming bety at de har lavere sannsynlighet for å falle ut av arbeidslivet. Det er likevel noen problemer med denne tidsaksen. For det første er tidsaksen for hver aktivitet for lang, og "senest" betyr ofte at det er dette tidspunktet som brukes. Oppfølgingsplaner bør utarbeides tidligere enn 6 uker i mange tilfeller, og dialogmøte 1 bør avholdes lenge før det har gått 12 uker. Dialogmøte 2, som skal gjennomføres av NAV, er svært ressurskrevende. Mange aktører skal involveres og arbeidslivssentrene bruker mye tid på å finne møtetidspunkter og ha kontakt med alle som skal involveres. Når en relativ liten andel opplever at dette er et viktig møte, må dette gjøres mer målrettet ved å identifisere kjennetegn ved de som kan ha nytte av et slikt dialogmøte. NAV har informasjon om dette og kan gjøre analyser. NAV bør sannsynligvis tidligere inn i prosessen. Dette har flere årsaker, men særlig når det er andre faktorer enn sykdom som er den reelle grunnen til sykefraværet må NAV inn på et tidligere tidspunkt.

Konklusjon: Tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte er et nytt område i sykefraværskforskningen og det er foreløpig ikke mye forskning på området.

Regelendringene som pålegger alle virksomheter å utarbeide oppfølgingsplaner, gjennomføre dialogmøter osv hadde virkning fra 1. mars 2007.

Evalueringen av IA-avtalen viser at oppfølging av sykmeldte nå har blitt en selvfølge for mange. Dette er kanskje den største effekten av IA-avtalen – før var det uhørt å ringe til en ansatt som var syk for å høre hvordan det gikk og om når de var tilbake. Nå er det uhørt å ikke gjøre det. Evalueringen peker også på sentrale utfordringer med tilretteleggingsplikten i mange virksomheter, og særlig oppleves det som vanskelig når mange trenger tilrettelegging (for eksempel i kommunale pleie- og omsorgstjenester og i sykehusene). Tilretteleggingen for sykmeldte arbeidstakere eller de som står i fare for å bli sykmeldt kan gå ut over andre ansatte som må ta over oppgavene til andre i tillegg til egne oppgaver. Det er også fare for at de som blir syke krever så mye av ressursene til lederne at de som ikke trenger tilrettelegging ikke blir sett.

En kan for eksempel tenke seg at antall personer en leder bør ha personalansvar for, er lavere enn tidligere som følge av økte krav om tilrettelegging og oppfølging. Dersom brøken ansatte per leder ikke justeres når leder får nye oppgaver uten at andre oppgaver fordeles til andre, kan resultatet av slike endringer bli økt sykefravær. Dette finnes det svært lite kunnskap om.

En må også være oppmerksom på de negative sidene ved tilrettelegging, og særlig at tilrettelegging for noen ansatte går ut over andre. Foreløpige funn tyder på at slike konsekvenser er tydeligst i helse og omsorgssektoren og i undervisning. Det trengs mer forskning for å forstå disse utfordringene og for å finne frem til gode tiltak på de enkelte arbeidsplassene.

11 Oppsummering og avsluttende kommentarer

Oppdraget for denne rapporten har vært å oppdatere kunnskapsstatusrapporten vi utarbeidet høsten 2006 med ny forskning på sykefravær fra Norge. Arbeidet er utført i løpet av 14 intense dager og jeg har gjennom både systematiske og usystematiske søk fått godt over 100 treff. Mange av disse ble ikke vurdert å være relevant direkte for sykefraværstemaet, men hadde vært relevant om vi skulle sett sykefravær for eksempel i sammenheng med kunnskap om uføre. Rapporten refererer til omtrent 60 nye vitenskaplige artikler og rapporter. Noen få referanser var også med i forrige rapport og kom altså før 2006. De fleste er publisert, men noen foreligger som diskusjonsartikler eller er akseptert i tidsskrift for publisering.

Sykefraværskunnskapen i Norge har hatt et formidabelt oppsving siden vi gjorde forrige kunnskapsstatusoppsummering i 2006. Dette skyldes i stor grad satsningen på sykefraværskunnskapen i Norges Forskningsråd og det publiseres fra mange av prosjektene som har fått støtte. Mange prosjekt pågår og det forventes mange spennende resultater og publikasjoner fra disse.

Mange av arbeidene som er publisert den siste tiden er basert på omfattende registeranalyser og det er mange fra samme miljø. Særlig har Frischsenteret blitt et sentralt miljø for forskning på sykefravær. Det er gode studier basert på imponerende datamengder som ofte gir klare svar. Mange sammenhenger vi før antok fantes har nå blitt bekreftet, men det er fortsatt mange ubesvarte spørsmål som registerstudier ikke kan besvare.

Det meste av sykefraværsvariasjonen er likevel fortsatt uforklart og det er også de store kjønnsforskjellene i sykefraværet.

Når en kommer til politikimplikasjoner av funnene blir det vanskelig. Ikke alle empiriske resultat gir myndighetene handlingsinformasjon. At lav utdanning har sammenheng med høyere sykefravær gir for eksempel ingen umiddelbar informasjon til myndighetene som de kan handle ut i fra. Store befolkningsundersøkelser gir mye kunnskap, men forskningsfunn basert på analyser av enkelte yrkesgrupper og med fokus på å finne frem til spesifikke sykefraværshværende virkemidler kan være lettere å nyttiggjøre. I Norge er det stort mangfold i forskning på sykefravær og det ventes mange publikasjoner fremover.

Vi ser kort på følgende sentrale tema i sykefraværdebatten:

- Utvidelse av arbeidsgiverperioden til å dekke mer av sykefraværet utover arbeidsgiverperioden?
- Innstramminger av legers sykmeldingspraksis?
- Et bedre NAV?
- Misbrukes sykelønsordningen og må strammes inn?
- Nytt det å forebygging sykefravær?

Utvidelse av arbeidsgiverperioden til å dekke mer av sykefraværet utover arbeidsgiverperioden

En slik endring kan ha minst to effekter:

- a) Arbeidsgiverne får insentiver til å investere i arbeidsmiljø og arbeide mer effektivt for å få folk tilbake på jobb ved langvarig sykefravær. Arbeidsgiverne vil få mer fokus på tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte i tråd med 2007-reglene om oppfølging av sykemeldte.
- b) Arbeidsgiverne får insentiver til å ikke ansette eller beholde personer med forventet høyt sykefravær (hvem som forventes å ha høyt sykefravær er ikke nødvendigvis de samme som faktisk har høyt sykefravær). Dette kan skape ekskluderings effekter heller enn inkluderings effekter.

Hvilke av disse effektene som dominerer kan ikke forskningen gi oss svar på. Vi vet at mye av sykefraværet finnes å være arbeidsrelatert, men i hvor stor grad slike funn betyr at arbeidsgiver kan gjøre noe med helseplagene den enkelte opplever, er fortsatt uklart. Mye antas å kunne forebygges. Dette gir da at a) kan ha stor betydning.

I forhold til å inkludere såkalte marginale arbeidstakere i arbeidslivet, vet vi at viljen har vært stor, men resultatene har vært færre. Evalueringen av IA-avtalen viste blant annet at ledere i virksomhetene ofte har stor vilje til inkludering, men at det er vanskelig å få til en match mellom de som står utenfor og en arbeidsgiver. Dette er et stort tema som det blir for langt å gå inn på her, men det er forhold som i alle fall tyder på at mange virksomheter, og kanskje særlig IA-virksomheter tar et sosialt ansvar (Trygstad, 2006).

Funn fra forskningen kan ikke gi oss svaret på hvor store effektene vil være på investering i arbeidsmiljø og ekskludering, men det finnes argument i begge retninger. Noen virksomheter arbeider allerede svært godt med arbeidsmiljø, mens mange kanskje kan trenge insentiver for økt innsats. Dersom det er den første typen virksomheter som allerede er inkluderende, kan resultatet bli at den andre typen virksomheter blir mer ekskluderende og kynisk i sine ansettelser. De fokuserte kanskje ikke på trivsel og mestring i utgangspunktet. Spørsmålet er om det heller kan finnes gode gulrøtter heller enn å bruke en pisk som kanskje treffer feil? Problemet er asymmetrisk informasjon – myndighetene vet ikke hvilke virksomheter som allerede arbeider godt med arbeidsmiljø og inkludering og derfor bør belønnes, og hvilke virksomheter som trenger økonomiske insentiv for å bli bedre.

Innstramminger av legers sykmeldingspraksis?

Innstramminger i sykmeldingsreglene i 2004 falt sammen med en stor reduksjon i sykefraværet. Flere forskere har undersøkt dette og samtlige konkluderer med at regelendringene hadde stor betydning for legers sykmeldingspraksis. De sykmeldte færre og fraværene ble kortere, se kapittel 9.3. Det er derfor grunn til å tro at innstramminger kan ha tilsvarende effekt.

Samtidig vet vi fra forskning at mange leger mener sykmeldingsreglene allerede er for strenge og de opplever at de må bryte reglene for å hjelpe pasientene i en vanskelig situasjon. For eksempel gir ikke sosiale årsaker rett til sykepengen.

Dette tyder kanskje på at reglene allerede er strenge nok. Samtidig finner vi fra forskningen at mange leger synes det er vanskelig å gjøre arbeidsevnevurderinger av pasientene og de mangler kunnskap. Trening i å gjøre dette kan legges inn i legeutdanningen, og slik vi forstår det har dette lite fokus i dag. Det bør vurderes nøye dersom legene fortsatt skal ha denne rollen.

Det er også en diskusjon om egenmeldingsperioden skal gjøres lenger. I dag kan ansatte i IA-virksomheter bruke egenmelding i inntil 8 dager pr. gang innenfor en total ramme på 24 dager i en 12 måneders periode. Dette omfatter over halvparten av de ansatte i dag. Det egenmeldte fraværet har gått fra å utgjøre 10 % av det totale fraværet i 2001 til 12 % i 2008. Dette er ikke en formidabel økning. Samtidig viser egenmeldingsforsøket i Kristiansand at det legemeldte fraværet reduseres når det åpnes for svært lange egenmeldinger (50 dager) betinget på en tett dialog mellom ansatt og arbeidsgiver. Det totale fraværet ble lite endret, men funn tydet på at de unge arbeidstakerne var mindre ansvarlige enn de mer voksne ansatte.

Om leger fortsatt skal sykmelde etter 4 dager (eller 8 dager for IA-ansatte) er også en stor diskusjon. En må da også ta hensyn til den forebyggende effekten legekontakten har på sykefraværet. Dette er i liten grad diskutert.

Om standardisering av lengden på sykmeldingen etter diagnose kan være et godt grep, kan ikke forskningen direkte svare på. Men det er mulig at en slik veiledning kan hjelpe legene i sine samtaler med pasientene. Flere forskningsbidrag tyder på at pasientene har fått mer makt slik at balansen i lege-pasientforholdet er endret. Kanskje særlig som følge av fastlegereformen. En slik veiledning, om den brukes, kan kanskje bidra positivt i motsatt retning.

Et bedre NAV?

NAV og NAV-reformen får av mange skylden for at sykefraværet øker. Det finnes ikke belegg fra forskningen på å si dette. Det er mange tema som bør diskuteres i debatten om NAV og særlig er det noen konsekvensrelaterte spørsmål som forskning ikke til nå har tatt opp. Noen spørsmål for fremtidig forskning kan nevnes.

Kanskje fungerer NAV for godt, kanskje er virkemidlene og tiltakene nå så mange og lett tilgjengelige at folk føler trygghet på at NAV tar ansvaret for oss uansett hvordan vi reder oss? Kanskje blir tiltakene satt inn for tidlig slik at ikke andre muligheter prøves ut før en blir mottaker heller enn ansatt? Kanskje brukes tiltakene av for mange som hadde hatt det bedre uten på lenger sikt? Kanskje virker ikke tiltakene for de som trenger de

aller mest? Kanskje fungerer store deler av NAV veldig godt men at fokus på enkeltsaker og triste historier ødelegger bildet? Kanskje var NAV-reformen et feilgrep? Kanskje begynner nå de lokale NAV-kontorene å fungere etter intensjonen?

Spørsmålene er mange og forskningen synes tynn og fragmentert. Evalueringen av NAV-reformen er på vei og vil kanskje gi de riktige svarene på mange av de ubesvarte spørsmålene.

Det er likevel viktig å ta på alvor innvendingene fra partene i arbeidslivet på konkrete punkter som NAV bør forbedres på, men det er altså ikke belegg for å gi NAV skylden for utviklingen i sykefraværet.

Misbrukes sykelønnsordningen og må strammes inn?

Forskningen gir ikke belegg for å si at noen bransjer bevisst bruker sykmeldinger heller enn permitteringer, resultatene antyder heller at det ikke er slik. Det er behov for grundigere analyser på dette området. Det er heller ikke belegg fra forskningen å si at misbruk av sykelønnsordningen foregår i stort omfang. Det er heller ikke grunnlag for å si at det norske folk har dårlig arbeidsmoral og misbruker ordningen.

Det er derimot funn som tyder på at unge mennesker har en annen holdning til stønadsordningene og er storbrukere i ung alder (Johnsen, 2010). Det kan derfor være grunn til å se nærmere på særlig unges holdninger i forhold til ulike velferdsordninger.

Innstramminger i sykelønnsordningen kan ikke diskuteres uten å referere til Ebba Wergelands pølsemmodell - klemmer man ett sted er det fare for at det tyter ut et annet sted. Vi vet ikke om innstramminger i sykelønnsordningen for eksempel fører til en dramatisk økning i sosialhjelpsutgifter eller andre trygdeutgifter samtidig som sykefraværet går ned. Det er derfor behov for å se ulike ordninger i sammenheng når en studerer effekter på sykefraværet som følge av endringer i sykelønnsordningen.

Hjelper det å forebygge sykefravær?

Effekt av forebygging av sykefravær er vanskelig å måle. Det finnes derfor lite forskning på temaet. Det er derimot mye forskning som sier at arbeidsmiljøet påvirker sykefraværet. De aller fleste vil nok være tilbøyelig til å mene at forebygging av sykefravær er mulig – uten at vi har belegg fra forskningen for å si at folk vil mene det....

12 Referanser

- Askildsen J E, Bratberg E & Ø A Nilsen (2005): Unemployment, labor force composition and sickness absence: A panel data study. *Health Economics*, 14(11), 2005, 1087-1101.
- Biron C & P Ø Saksvik (2010): Sickness Presenteeism and Attendance Pressure. Factors: Implications for Practice. In Cary L., Cooper, James C. Quick, and Marc Schabracq (Eds.). *Work and Health Psychology. The handbook*, 3rd Edition. London: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bjørnstad O, Lie A, Sletmo K & S Høiback (2009): Bedriftshelsetjenestens rolle og innsats i virksomhetene: Et samarbeidsprosjekt mellom Arbeidstilsynet og Statens arbeidsmiljøinstitutt. STAMI-rapport, årg.10, nr. 3 (2009).
- Bjørnstad R (2006): Er det økte sykefraværet tegn på et mer inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv?, Økonomiske analyser 6/2006, Statistisk sentralbyrå.
- Bjørnstad R (2010): Er et høyt sykefravær tegn på et mer inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv?, foredrag holdt 12. januar 2010 på faglig seminar om sykefravær.
- Brage S & I C Kann (2006): Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner. RTV-rapport 05/2006.
- Brage S & I C Kann (2006): Fastlegers sykmeldingspraksis II: Regelenringer og Legeprogrammet.
- Carlsen B & K Nyborg (2009): The Gate is Open: Primary Care Physicians as Social Security Gatekeepers. Memorandum No 07/2009.
- Carlsen B & O F Norheim (2003): Introduction of the patient-list system in general practice Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2003, Vol. 21, No. 4, Pages 209-213.
- Dale-Olsen H (2009): Absenteeism, efficiency wages and economic. Paper presentert ved National Institute of Economic and Social Research (NIESR) i London, 9.12.2008, og ved ESPE 2009 i Sevilla, 10-12.6.09.incentives
- Dæhlen M (2009): Seleksjon og sosialisering: Hvordan formes vårt syn på arbeidet? Søkelys på arbeidslivet, Årgang 26 (1): 3-11.
- Engblom M, Alexanderson K & C E Rudebeck (2009): Characteristics of sick-listing cases that physicians consider problematic – analyses of written case reports. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, December 2009, Vol. 27, No. 4, Pages 250-255.
- Fevang E & K Røed (2005): Omstillinger og nedbemanninger blant pleiere en belastning for Folketrygden? Søkelys på arbeidsmarkedet, Vol. 22, No. 2
- Fevang E & Røed K (2006): Veien til uføretrygd i Norge. Rapport 10/2006. Frischsenteret.
- Fleten N & R Johnsen (2006): Reducing sick leave by minimal postal intervention: a randomised, controlled intervention study. *Occup Environ Med* 2006;63:676-682.
- Fleten N, Johnsen R & O H Førde (2004): Length of sick leave – Why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals. *BMC Public Health* 2004, 4:46.
- Fleten N, Krane L & R Johnsen (2009): Utvidet egenmelding – en vei mot riktigere sykefravær? *Norsk Epidemiologi* 2009; 19 (2): 223-228
- Gjestdal S & E Bratberg (2002): The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits. Results from a multiregister based, prospective study in Norway 1990-1995. *European Journal of Public Health*, 12(3), 2002, 180-186.
- Gulbrandsen E, Lysø N & K Paulsen (2009): Sykefraværsutvalgets modell for oppfølging av sykmeldte – to år etter. // Rapport Nr 1 // 2009. NAV.
- Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Šaltyté-Benth J & O G Aasland (2007): General practitioners' relationship

to sickness certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Vol. 25, No. 1, Pages 20-26.

Henningsen M and T Hægeland (2008): Downsizing as a sorting device. Are low-productive workers more likely to leave downsizing firms?, Discussion Papers 543 - Statistics Norway

Hensing G, Andersson L & Brage S (2006): Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Medicine* 2006, 4:19

Huttunen K, Møen J & K G Salvanes (2010): How Destructive Is Creative Destruction? The Costs of Worker Displacement. IZA Discussion Paper No. 2316, September 2006. *Forthcoming Journal of the European Economic Association*.

Ihlebaek C, Brage S & H R Eriksen (2007): Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003, *Occupational Medicine* 2007;57:43–49

Johnsen R (2010): Unge og sykefravær. Foredrag holdt på faglig seminar om sykefravær 12. januar 2010.

K Krohne & S Brage (2008): How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *British Journal of General Practice*, Volume 58, Number 557, December 2008 , pp. 850-855(6).

Kristensen P (2008): Inequalities in health, social causation and the role of occupation. *Scand J Work Environ Health* 2008;34(4):235–238.

Leira H L, Berg J A, Bratt U & S Slåstad (2006): Mye arbeidsrelatert sykdom blant astmatikere *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; Nr. 18 – 21. september 2006. 126:2367-9

Lie A (2009): Nye bransjer med BHT-plikt. STAMI-publikasjon 2009 (2).

Lien L (2007): Sykefravær og uføretrygd - et spørsmål om mer enn sykdom og sykkelighet. *Nordlandsforskning. Rapport 2007-10*.

Markussen S (2007): Trade-offs between health and absenteeism in welfare states: striking the balance. Memorandum no 19/2007.

Markussen S (2009a): Closing the gates? - Evidence from a natural experiment on physicians' sickness certification. MEMORANDUM No 19/2009, Uio.

Markussen S (2009b): The Effects of Sick-Leaves on Earnings. Memorandum no 20/2009. Universitetet i Oslo, Dep of Economics

Markussen S, Røed K, Røgeberg O J & S Gaure (2009): The Anatomy of Absenteeism. IZA DP No. 4240

Mastekaasa A & H Dale-Olsen (2000). Do women or men have the less healthy jobs? An analysis of gender differences in sickness absence. *European Sociological Review*. ISSN 0266-7215. vol. 16, s 267 – 286.

Mastekaasa A (2000): Fraværsforebygging i Staten. En evaluering av åtte sykefraværsprosjekter. ISF Rapport (2000:015) Oslo: Institutt for samfunnsforskning (2000).

Mastekaasa A (2000): Parenthood, gender and sickness absence. *Social Science and Medicine*. ISSN 0277-9536. vol. 50, s 1827 – 1842.

Mastekaasa A (2005): Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. *Social Science and Medicine*. vol. 60, s 2261 – 2272.

Mehlum I S, Kjuus H, Veiersted K B & E Wergeland (2006): Self-reported work-related health problems from the Oslo Health Study. *Occupational Medicine* 2006; 56:371–379.

Mehlum I S, Kristensen P, Kjuus H & E Wergeland (2008): Are occupational factors important determinants of socioeconomic inequalities in musculoskeletal pain?. *Scand J Work Environ Health* 2008;34(4):250–259

Mehlum I, Veiersted K B, Wærsted M, Wergeland E & H Kjuus (2009): Self-reported versus expert-assessed work-relatedness of pain in the neck, shoulder, and arm, *Scand J Work Environ Health* 2009;35(3):222–232

Nordberg M & Knut Røed, 2009: Economic Incentives, Business Cycles, and Long-Term Sickness Absence , *Industrial Relations* , Vol. 48 (2009), 203-230.

- Norrmén G, Svärdsudd K & D KG Andersson (2008): How primary health care physicians make sick listing decisions: The impact of medical factors and functioning. *BMC Family Practice* 2008, 9:3.
- Næsheim H N & Pedersen T (2004): Permittering og sykefravær. SSB Rapport 2004/23.
- Ose S O (2010): Konferanserapport: Faglig seminar om sykefravær, 12. januar 2009. SINTEF Rapport A14282. Trondheim.
- Ose S O, Jensberg H, Reinertsen R E, Sandsund M, Dyrstad (2006): Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. SITNEF Rapport A325.
- Ose S O, Bjerkan A M, Hem K G, Johnsen A, Lippestad J, Paulsen B, Mo T O, Saksvik P.Ø (2009). Evaluering av IA-avtalen (2001-2009). SINTEF rapport A11947. Trondheim.
- Ose S O, Haus S R, Pettersen I, Jensberg H og Paulsen B (2009): Mestring og trivsel blant hjelpepleiere i norske kommuner: Analyser basert på informasjon fra nesten 10 000 hjelpepleiere. SINTEF rapport A12594. Trondheim.
- Ose S O, Jensberg, H, Kaspersen, S, og Kalseth B (2008): Kunnskapsstatus: Arbeid, psykisk helse og rus. SINTEF Rapport A7177. Trondheim.
- Rege M, Telle K & M Votruba (2007): Parental Job Loss and Children's School Performance, Research Department, Statistics Norway, Discussion Papers No. 517. Revise and resubmit from The Review of Economic Studies.
- Rege M, Skardhamar T, Telle K & M Votruba (2009): Job Loss and Crime: Evidence from Plant Closure. Working Paper.
- Rege, M., K. Telle and M. Votruba (2009): The Effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilization, *Journal of the European Economic Association*, June 2009, Vol. 7, No. 4, Pages 754-785.
- Reiso H, Gulbrandsen P & S Brage (2004): Doctors' prediction of certified sickness absence. *Family Practice* Vol. 21, No. 2
- Reisoa H, Nygård J F, Brage S, Gulbrandsen P & G Tellnes (2000): Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family Practice* Vol. 17, No. 2, 139-144.
- Røed K & E Fevang (2007): Organizational Change, Absenteeism, and Welfare Dependency. *Journal of Human Resources*, Vol. 42, No. 1, 156-193
- Raaum O, Rogstad J, Røed K & Lars Westlie (2009): Young and Out: An Application of a Prospects-Based Concept of Social Exclusion. *Journal of Socio-Economics*, Vol. 38, 173–187.
- Saksvik P Ø & L B Finne (2009). Sykenærvær og langtidsfriskhet. Psykologen som sykemelder. I P.Ø. Saksvik & K. Nytrø (red), *Klinisk organisasjonspsykologi*. (s. 345-364). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Smeby L, Bruusgaard D & B Claussen (2009): Sickness absence: Could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health? *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 37, No. 7, 674-681 (2009).
- Sterud T (2009): Nedbemanning og omorganiseringer blant norske yrkesaktive – har informasjon og medvirkning betydning for helse og trivsel? *Søkelys på arbeidslivet* 1/2009, årgang 26, 59-73. ISSN 0800-6199
- Swartling M, Peterson S & R Wahlström (2007): Views on sick-listing practice among Swedish General Practitioners – a phenomenographic study. *BMC Fam Pract.* 2007; 8: 44.
- Trygstad S (2006): Sykefravær og sosialt ansvar. Fafo-rapport 542.
- Tveito T H, Halvorsen A, Lauvålien J V & H R. Eriksen (2002): Room for everyone in working life? 10% of the employees – 82% of the sickness leave. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12 (1): 63-68.
- Wahlström R & K Alexanderson (2004): Physicians' sick-listing practices. In: Alexanderson K, Norlund A (Eds). *Sickness absence - causes, consequences and physicians' certification practice: A systematic literature review by Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU)*. 32 . *Scand J Public Health*,. pp. 222–255.
- Østerås N, Gulbrandsen P, Kann I C & S Brage (2010): Structured functional assessments in general practice increased the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Public*

Health 2010, OnlineFirst 7. januar.

Østhus S & Mastekaasa A (2009): Downsizing and sickness absence. Working Paper, Dep of Economics, UiO.

Aakvik A, Holmås T.H. & M. Kamrul Islam (2008): Does variation in GP practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data. Working Papers in Economics. No. 17/08. Social Science and Medicine, Forthcoming.