

SINTEF Digital

Postadresse:
Postboks 4760 Torgarden
7465 Trondheim
Sentralbord: 73593000

info@sintef.no

Foretaksregister:
NO 919 303 808 MVA

2018:01047 - Åpen

Rapport

Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland

Miniprojekt

Forfattere

Solveig Osborg Ose
Silje L. Kaspersen
Jorid Kalseth



SINTEF Digital

Postadresse:
Postboks 4760 Torgarden
7465 Trondheim
Sentralbord: 73593000

info@sintef.no

Foretaksregister:
NO 919 303 808 MVA

Rapport

Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland

EMNEORD:
EmneordVERSJON
1DATO
2018-10-31

FORFATTERE

Solveig Osborg Ose
Silje L. Kaspersen
Jorid KalsethOPPDRAKSGIVER
NHOOPPDRAKSGIVERS REF.
Kristina Jullum HagenPROSJEKTNR
102018816ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
82

SAMMENDRAG

Overskrift sammendrag

Denne rapporten handler om hvordan de ulike landene har bygget opp systemer for oppfølgingen av sykmeldte, og er en første tilnærming til grundigere komparative analyser av sykefravær. For å forstå oppfølgingsregimene, er det nødvendig å se på de ulike lands sykefraværsordninger og andre ordninger. Prosjektet har ikke hatt ramme til å gå inn i alle detaljene rundt ordningene som for eksempel rettigheter til og bruk av permisjon med eller uten lønn, regler for arbeidsledighetsregistrering, sosialstøtteordninger, tidligpensjonsordninger, familiestøtteordninger etc. Det er for eksempel stor sannsynlighet for at ordningene brukes ulikt i de ulike landene. I Norge dekker sykepengeordningen sannsynligvis en del langtidsfravær fra jobb som ville vært registrert som arbeidsledighet i andre land. Det er også sannsynlig at vi i Norge bruker sykelønn og sykepenger i tilfeller som burde vært permisjon, med eller uten lønn. Andre faktorer som vil ha betydning når vi sammenlikner sykefraværet i ulike land, er hvor strenge kravene til sykdomsbegrepet er. I Norge brukes sykefravær som løsning for eksempel ved stress og overbelastning. Andre land kan ha bedre støttesystemer rundt virksomhetene og de ansatte i slike livssituasjoner, som gir mindre behov for denne type fravær. Slike forhold vil påvirke hvor effektive systemene for oppfølging av sykmeldte er. Vi finner i liten grad elementer i andre lands oppfølgingsregimer som tilsier at det bør prøves ut i Norge.

UTARBEIDET AV
Solveig Osborg Ose

SIGNATUR

KONTROLLERT AV
Marian Ådnanes

SIGNATUR

GODKJENT AV
Jon Harald Kaspersen

SIGNATUR

RAPPORTNR
2018:01047ISBN
978-82-14-06923-5GRADERING
ÅpenGRADERING DENNE SIDE
Åpen

Forord

Denne rapporten handler om hvordan de inkluderte landene har innrettet oppfølgingen av sykmeldte i sine systemer. Vi takker for bidrag fra HR-direktører i ni store NHO-virksomheter som har delt sine erfaringer med sykefraværarbeid og oppfølging av sykmeldte.

Vi takker også for gode og viktige innspill fra arbeidstakerrepresentantene Kjell Rauto i Sverige, Pia Schreiber Pedersen i Danmark, Anne Mironen i Finland og Björn Ágúst Sigurjónsson på Island, og arbeidsgiverrepresentantene Catharina Back i Sverige, Katrine Nordbo Jakobsen i Danmark, Jan Schugk i Finland og Jon Runar Palsson på Island, og forskerne som har bidratt: Sara Hultqvist i Sverige, Iben Nørup i Danmark, Taina Leinonen i Finland, Andreas Blume og Mike Paternoga i Tyskland og Angelique de Rijk i Nederland.

Takk også til vår kontaktperson i NHO, Kristina Jullum Hagen, som fikk organisert de ni intervjuene på en god måte som gjorde det gjennomførbart gitt den korte tiden vi fikk til rådighet til å utføre prosjektet. Takk også til Ann Torill Benonisen i NHO for at hun fremskaffet kontakter for arbeidsgiverorganisasjonene i de nordiske landene, og til Øystein Nilsen og Tor Idar Halvorsen i LO for å fremskaffe kontakter på arbeidstakersiden.

Vi håper rapporten kan være et bidrag i en konstruktiv debatt om sykelønnsordningen og om hvordan oppfølgingsregimet best kan innrettes. Det finnes ingen enkle fasitsvar, men målet må være å oppnå en god balanse mellom rettigheter og plikter både på ansatt- og arbeidsgiversiden.

For SINTEF,



prosjektleder Solveig Osborg Ose, dr. polit i samfunnsøkonomi/seniorforsker

Trondheim 31. oktober 2018

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	7
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn.....	11
1.2 Sykelønn i Europa	11
1.3 Metode og datagrunnlag.....	13
1.4 Rapportens oppbygging.....	14
2 Tidligere forskning	15
2.1 Søkestrategi	15
2.2 Forskningsrapporter	15
2.3 Systematiske kunnskapsoppsummeringer	19
2.4 Funn fra sentrale enkeltstudier av sykefraværsoppfølging.....	21
2.5 Oppsummering	23
3 Resultat	25
3.1 De ulike lands ordninger.....	25
3.2 Funn fra intervjuer med ni store NHO-virksomheter	30
3.3 Innspill fra arbeidsgiver- og arbeidstakerrepresentanter i Norden.....	38
4 Diskusjon.....	57
4.1 Systemene for sykefraværsoppfølging i de ulike landene.....	57
4.2 Hvilke kompetansemiljø bistår partene i sykefraværsarbeidet på arbeidsplassen?	60
4.3 Erfaringer med systemene for sykefraværsoppfølging i ulike land	61
4.4 Hva er fordeler og ulemper ved de ulike modellene?	63
4.5 Finnes det beste praksis-modeller i andre land som kan ha overføringsverdi til Norge?	65
4.6 Fare for lavere sysselsetting om arbeidsgivere skal betale mer av langtidsfraværet	66
4.7 Kostnader ved sykefravær for arbeidsgiver.....	67
4.8 Behov for forbedringer i det norske oppfølgingsregimet.....	71
4.9 Bedre faglig støtte nær arbeidsplassene	71
4.10 Hvorfor NAV Arbeidslivssenter bør bestå.....	72
4.11 Andre diskusjonspunkter	74
5 Konklusjon.....	77
Bidragstere	78
Referanser.....	79

Sammendrag

Denne rapporten handler om reglene for oppfølging av sykmeldte i ulike land og ikke om sykelønnsordningene. Men oppfølgingsregimene er selvsagt nært knyttet til det enkeltes land sykelønnsordning. Alle land i Europa har systemer for sykelønn, og de fleste land har ordninger som gir ansatte rett til sykepenger i kortere eller lengre perioder. Det er stor variasjon i hvem som har rettigheter i ordningen, varigheten på rettighetene og kompensasjonsgraden. Hvem som finansierer ordningen er også ulikt. Av de landene som er inkludert i denne rapporten, har Nederland et system som er fullfinansiert av arbeidsgiver de første to årene av en sykmelding, mens arbeidsgiverperioden varierer i de andre landene, fra ti dager i Finland til seks uker i Tyskland. Med unntak av Sverige og Nederland, får de fleste arbeidstakere full lønn ved sykdom i arbeidsgiverperioden.

Sykelønnsordningene har blitt endret i nesten samtlige EU-land de siste 20 årene, de fleste av dem i retning av mindre rettigheter for arbeidstakerne i form av karenperioder, lavere dekningsgrad og kortere perioder som gir rett til sykelønn. Disse innstrammingene er sannsynligvis årsaken til en tydelig dreining i forskningen over mot sykenærvær heller enn sykefravær, fordi arbeidstakerne presses til å jobbe når de er syke på grunn av innstrammingene.

En grundig litteraturgjennomgang viser at det ikke foreligger et godt kunnskapsgrunnlag for hvordan arbeidsgiverne kan forebygge mer av sykefraværet enn de gjør i dag. Forskningen har i stor grad fokusert på sykmeldte som pasienter heller enn sykmeldte som ansatte. Dette gjør at arbeidsplassfokuset forsvinner i forskningen, og at helsetjenestene tar stor plass. Slik forblir forebyggingspotensialet i liten grad utforsket og tatt ut, og det skjer i begrenset grad metodeutvikling og utvikling av praktisk kunnskap som arbeidsgivere og arbeidstakere kan ta i bruk i forebyggingsarbeidet.

Sverige og Danmark har strammet inn sykelønnsordningene slik at flere arbeidstakere mister inntektssikringen, og dermed tryggheten som ordningene var ment å gi. Om dette i seg selv fører til økte bekymringer og helseproblemer i befolkningen vet vi ikke, men det er grunn til å tro at kvaliteten på velferdsordningene har sammenheng med folkehelsen. Fagforeningene i begge landene er i dag svært kritiske til innstrammingene, og de opplever at medlemmer mister rettigheter og presses ut på jobb jakt mens de er syke. Dette synes ikke å være en linje vi i Norge bør følge, og arbeidstakersiden både i Danmark og Sverige advarer sterkt mot å bruke deres ordninger som forbilde når vi i Norge skal diskutere nye løsninger.

Generelt ser både det finske og det norske systemet ut til å fungere relativt bra. Dersom Norge skal fortsette å satse på langsiktig forebyggingsarbeid i arbeidslivet og få høyest mulig

sysselsetting i et robust og stabilt arbeidsmarked, vil den klare anbefalingen være å heller se i retning av Finland enn i retning av Sverige og Danmark. Finland har kultur for bruk av bedriftshelsetjenester, mens Sverige og Danmark ser ut til å gå bort fra denne type støtteordninger og heller tegne helseforsikringer for sine ansatte. En av de største utfordringene i alle de nordiske landene ser ut til å være langtidssykefravær som skyldes lettere og moderate psykiske lidelser. Ingen av landene ser ut til å ha funnet en god løsning for å forebygge dette, men aktiv forebygging på arbeidsplassen er sannsynligvis et viktig element i dette arbeidet.

Det er mange som i dag blir langtidssykmeldte som kunne kommet tilbake i arbeid om arbeidslivet hadde bygget opp bedre støttefunksjoner rundt arbeidsplassene, for eksempel regionale tiltak. Vi mener NAV Arbeidslivssenter kan videreutvikles for å bli et enda bedre støttesystem for arbeidsgivere og arbeidstakere. De kan bli enda bedre på forebygging, og kan bistå alle arbeidsgivere – ikke bare de med IA-avtale som i dag. Små og mellomstore virksomheter har udekkede behov for bistand til å gjøre forbedringer, og med arbeidslivssentrene har myndighetene et verktøy for å nå ut til alle arbeidsplasser. Dette ser det ikke ut som de andre landene vi har sett på har, og sentrene gir en unik mulighet for å utvikle og videreføre innsatsen som er lagt ned i IA-arbeidet for å utvikle gode og robuste arbeidsplasser i hele landet. Sentrene kan rustes opp til å håndtere problemer som ansatte sliter med i dagens arbeidsliv, og systematisk bygge kompetanse for å møte utfordringene som kommer i arbeidslivet fremover. Det er behov for mer støtte rundt arbeidsplassene dersom målet er å oppnå høyest mulig sysselsetting. Dette vil være en mye bedre og mer langsiktig løsning enn at arbeidsgiverne kjøper helseforsikringer som kan fjerne fokus fra forebygging og mer i retning av behandling og reparasjon, som altså ser ut til å være trenden både i Danmark og i Sverige.

Å legge arbeidslivssentrene inn i de lokale NAV-kontorene (som nødvendigvis må ha et individfokus) og overlate alt ansvar til et kommersielt BHT-marked, vil bety mindre støtte til arbeidsplassenes systemfokus for å fortsette å bygge gode og robuste arbeidsplasser som effektivt forebygger unødvendig sykefravær.

Det er ikke grunnlag for å si at den norske sykkelønsordningen og oppfølgingsregimet fungerer dårlig. De norske og finske ordningene er sannsynligvis de som fungerer best i dag. Men fordi arbeidsgiverne er portvakt for folketrygdens utgifter, må de i større grad forebygge sykefravær enn det de gjør i dag. Men det er dårlig tilgang på forskningsbasert kunnskap som arbeidsgiverne kan bruke i forebyggingsarbeidet. Det trengs anvendt forskning for å utvikle gode forebyggingstiltak utenfor helsevesenet, og mer støtte rundt den enkelte arbeidsplass for å forebygge sykefravær og tidlig avgang fra arbeidslivet. Det trengs også mer støtte til ansatte som får problemer av ulike slag. I dag er det få tilgjengelige tjenester nært knyttet til arbeidslivet, og

helsevesenet blir eneste løsning. Dette drar i retning av en sykeliggjøring av befolkningen heller enn å forebygge at ulike livsproblemer man møter gjennom livet gir for stor belastning for den enkelte. Gode støttesystemer på arbeidsplassen for ansatte som får problemer har vært prøvd ut i Norge med lovende resultater. Å hjelpe ansatte som sliter er en mye bedre strategi for å redusere sykefraværet, enn å forsøke å presse folk tilbake med strenge krav til sykmeldte.

Å innføre strengere krav i oppfølgingsregimet vil sannsynligvis ikke ha særlig stort potensial for å redusere sykefraværet og tidlig avgang fra arbeidslivet i Norge. Dersom målet er å redusere det langvarige sykefraværet og uføreandelen, er det grunn til å undersøke nærmere forebyggingssystemet som finnes rundt arbeidslivet i Tyskland, og forebyggingseffekten av bedriftshelsetjenesteordningen i Finland.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

NHO ba i Konkurransesgrunnlag av 14. juni 2018 om tilbud på en utredning med formål å sammenligne sykefraværsoppfølgingsregimer i ulike land, og gi en vurdering av fordeler og ulemper ved disse ulike systemene. Med system for sykefraværsoppfølging menes den samlede innretningen av rettigheter og plikter hos arbeidsgiver, arbeidstaker og myndigheter ved sykefravær.

Utredningen skulle ta utgangspunkt i eksisterende forskning og kunnskapskilder, og supplere disse kildene med intervjuer med bedrifter som har tilstedeværelse i flere land for å få deres vurdering av oppfølgingsregimene. NHO ba om svar på følgende problemstillinger:

- Hvordan ser systemene for sykefraværsoppfølging ut i de nordiske landene (pluss evt. 1-2 andre land)?
- Hvilke kompetansemiljø bistår partene i sykefraværsarbeidet på arbeidsplassen?
- Hvordan opplever bedriftene systemene for sykefraværsoppfølging i ulike land?
- Hva er fordeler og ulemper ved de ulike modellene?
- Finnes det beste praksismodeller i andre land som kan ha overføringsverdi til Norge?

Utgangspunktet var at det foreligger relativ god kjennskap til systemene for sykelønn og sykepenger i ulike land, men lite kunnskap om reglene for oppfølgingen av sykmeldte. Som henvist til i oppdragsbeskrivelsen, er det i noen land lagt vekt på at sykmelder skal ha bransjekunnskap eller virksomhetskunnskap, og at dette er av betydning for sykefraværsoppfølgingen.

SINTEF anerkjente behovet for denne utredningen fordi IA-avtalen nå skal reforhandles. Vi ønsket derfor å gjennomføre prosjektet selv med den knappe tidsrammen som var gitt. Prosjektperioden har vært fra 8. august til 13. oktober 2018, og dette er derfor ikke ment å være en omfattende utredning.

1.2 Sykelønn i Europa

Alle EU- og EØS-land har systemer for sykelønn, og de fleste land har ordninger som gir ansatte rett til sykepenger i kortere eller lengre perioder. Det er stor variasjon i hvem som har rettigheter i ordningen, varigheten på rettighetene og kompensasjonsgraden. Rettighetene kan variere mellom ulike typer arbeidstakere (vanlig ansatt, selvstendig næringsdrivende, arbeidsledige) og etter kategorier av ansatte (offentlig, privat, funksjonær, arbeider). Kompensasjonsgraden varierer også betydelig, fra 25 prosent til 100 prosent. Det er god kunnskap om de ulike lands sykelønnsordninger, og en sentral kilde av nyere dato er rapporten fra EU-kommisjonen fra

desember 2016, men denne inkluderer bare EU-land [1]. Denne rapporten viser for eksempel at flere land har ordninger som gir full lønn under sykdom. I Luxembourg, Tyskland, Østerrike, Belgia og Norge får ansatte full lønn i minst en måned, men det er i Norge varigheten med full lønn er lengst.

Rapporten inneholder følgende konklusjoner:

- Sykelønnsordningene har blitt endret i nesten samtlige EU-land de siste 20 årene, de fleste av dem i retning av færre rettigheter for arbeidstakerne i form av karenstid, lavere dekningsgrad og kortere perioder som gir rett til sykelønn. I noen av landene som ikke har hatt en sykelønnsordning, har introduksjonen av sykelønnsordningen kommet som følge av at arbeidsgiverne ville ha et system for å kunne følge bedre med på de ansattes fravær.
- Rask tilbakeføring til arbeid bør være et sentralt mål i all sykefraværspolitik, og forebygging av sykefravær må være like viktig som å ha gode systemer for behandling og rehabilitering.
- Det er store forskjeller i behovet for og bruken av sykelønn mellom kjønn, aldersgrupper, yrkesgrupper og sosioøkonomisk status. Kvinner har høyere sykefravær enn menn, og eldre har lengre langtidsfravær enn yngre. Jo mer fysisk krevende jobb, og jo lavere sosioøkonomisk status – jo høyere sykefravær. Intervensjoner må skreddersys disse systematiske forskjellene.
- Sykelønnsordningene for selvstendig næringsdrivende varierer mye mellom land (frivillige/tvungne forsikringer, rett til offentlig sykelønn osv.). Ansatte på korttidskontrakter er i mye mindre grad dekket av sykelønnsordningene, sammenliknet med fast ansatte.
- Bærekraftigheten i sykelønnsordningen henger nært sammen med forholdet mellom arbeidsgivernes og statens økonomiske ansvar i ordningen. I flere land er arbeidsgivers ansvar stort, og blir sett på som en måte å holde kontroll med sykefraværet på, og redusere de offentlige utgiftene.
- Sykelønnsordningene henger nært sammen med de øvrige velferdsordningene i et land, som f.eks. uførhet, arbeidsledighetstrygd og alderspensjoner. En sammenlikning av sykelønnsordningene mellom ulike land må ta inn over seg denne konteksten, noe som i for liten grad er gjort hittil.
- Forfatterne peker på sykenærvar (å gå på jobb selv om man er syk og burde vært hjemme) som en av de største utfordringene i dagens arbeidsliv. Ikke bare fordi det kan føre til smitte og lav produktivitet, men også fordi det er en sentral risikofaktor for senere lange sykefravær.

1.3 Metode og datagrunnlag

Det er benyttet ulike metoder for å besvare problemstillingene. NHO ønsket at utredningen skulle ta utgangspunkt i eksisterende forskning og kunnskapskilder, og at disse kildene skulle suppleres med intervjuer med medlemsbedrifter som har tilstedeværelse i flere land for å få deres vurdering av oppfølgingsregimene.

Vi har derfor intervjuet ni NHO virksomheter som har tilstedeværelse i flere land. Dette var SAS Ground Handling, Veidekke, Manpower, Norwegian, Equinor, Securitas, Bravida, Orkla og Nokas. NHO inviterte HR-ledere med god kunnskap om sykefraværsoppfølging til intervjuer. Intervjuene ble gjennomført som samtaler og diskusjoner heller enn formelle intervjuer som vi vanligvis gjør i forskningsprosjekt, og dette skyldes at prosjektvarigheten ikke gav tid til å hente inn nødvendige tillatelser for å kunne gjøre opptak av intervjuene. Det er derfor ikke brukt sitater fra disse intervjuene.

SINTEF har etablert et europeisk nettverk av forskere som er opptatt av rettigheter og plikter i arbeidslivet, blant annet sykelønnsordninger. Nettverkets medlemmer har bidratt med informasjon om sykelønnsordningene fra sine land generelt, og om reglene for oppfølging av sykmeldte spesielt.

I tillegg har vi etablert kontakt med arbeidsgiverorganisasjoner (via NHO) og fagforeninger (via LO) i de nordiske landene. Arbeidsgiverne har svart på følgende spørsmål:

- In your country, are the employers in general satisfied with the sick pay (paid by employer) and sickness benefit (paid by the state/insurance) schemes?
- What would the employers typically want to change in this system?
- When media write about sick-leave, what is typically the angle?
- Are the employers in general satisfied with the follow-up legislation of sick-listed employees?
- Are the employers in general satisfied with the GPs role in the follow-up of sick-listed employees?
- Who assist the employers when employees are sick-listed?
- What are the typical problems with sick-leave seen from an employer's perspective?
- Other things you think we should include

Representanter for fagforeningene har svart på følgende spørsmål:

- In your country, are the employees in general satisfied with the sick pay (paid by employer) and sickness benefit (paid by the state/insurance) schemes?
- What would the employees typically want to change in this system?
- When media write about sick-leave, what is typically the angle?
- Are the employees in general satisfied with the follow-up legislation of sick-listed employees?
- Are the employees in general satisfied with the GPs role in the follow-up of sick-listed employees?
- Who support employees with health problems at the workplace?
- What are the typical problems with sick-leave seen from an employee's perspective?
- Other things you think we should include:

Svarene ble gitt på sitt eget språk fra Sverige og Danmark, og på engelsk fra Finland og Island. Spørsmålet om hvordan media vinkler sakene om sykefravær, er tatt med for å se om det stort sett er det samme som diskuteres i de ulike landene.

Datagrunnlaget for denne rapporten består derfor av følgende:

- Tidligere forskning på oppfølging av sykmeldte.
- Samtaler med ni medlemsbedrifter i NHO som har tilstedeværelse i flere land.
- Forskere i nettverk har svart på 51 spørsmål om sykefraværsordningen og oppfølging av sykmeldte.
- Svar fra representanter for arbeidsgivere (rekruttert via NHO) i Sverige, Danmark, Finland og Island.
- Svar fra representanter for arbeidstakere (rekruttert via LO) i Sverige, Danmark, Finland og Island.

1.4 Rapportens oppbygging

Resultater fra systematisk litteratursøk er presentert i kapittel 2. Resultatene fra datainnsamlingene er vist i kapittel 3, mens kapittel 4 inneholder diskusjonsdelen. Konklusjonene ligger i kapittel 5.

2 Tidligere forskning

Vi har gjort litteratursøk etter norsk og internasjonal forskning som omhandler oppfølging av sykmeldte. Det er gjort mye forskning på sykefravær generelt de senere årene, og da særlig diagnosespesifikke studier av sykefravær knyttet til psykiske problemer og lidelser og muskel- og skjelettlidelser [2]. Et søk for perioden 2010-2018 i Google Scholar på "Sick leave" og "Sickness absence" gav i oktober 2018 henholdsvis litt over 33 000 og 19 000 treff. Et søk på "Sickness absence management", som er det denne rapporten i stor grad handler om, gav imidlertid bare litt over 300 treff. Generelt er inntrykket at det er publisert lite forskning på temaet sykefraværsoppfølging, og at de intervensjonene det har blitt publisert resultater fra internasjonalt de siste årene, handler om systemer for sykefraværsoppfølging som vi har hatt i Norge i mange år allerede.

2.1 Søkestrategi

Vi har begrenset søket til artikler som sammenfatter sykefraværsforskning (såkalte review-artikler) og artikler som omhandler "sickness absence management". Vi begrenset søket i tid fra 2010 og fram til i dag, fordi det allerede foreligger norsk kunnskapsoppsummering på sykefraværsfeltet fra 2006 [3] og i fra 2010 [4]. I søkemotoren Google Scholar benyttet vi følgende søkeord: "Sick leave review" (76 treff), "Sickness absence review" (61 treff) og "Sickness absence management" (313 treff). I PubMed, Web of Science Core Collection, LISTA og Library of Congress søkte vi på de samme søkeordene og fikk litt i overkant av 300 treff. I tillegg til å søke i de nevnte databasene, gjorde vi tematiske søk på norsk både i Google Scholar og ved enkeltinstitusjoner som vi vet jobber med temaet. Vi gjorde også tematiske søk på nettsidene til OECD, ILO, EU og WHO.

Etter gjennomgang av alle titler sto vi igjen med et elektronisk bibliotek med 150 artikler som i større eller mindre grad er relevante for prosjektet. Vi konsentrerte oss om å gjennomgå sammendrag for alle de systematiske review-artiklene og artiklene som omhandlet "sickness absence management", og scoret artiklene etter relevans for prosjektet på en skala fra 1 til 3, der 1 var mest relevant. I det følgende gir vi en oppsummering av funnene for de mest aktuelle artiklene, der vi starter med en gjennomgang av de mest relevante rapportene på temaet. Merk at i noen tilfeller bruker vi forkortelsen RTW (return-to-work) på engelsk i teksten.

2.2 Forskningsrapporter

I SINTEF-rapporten "Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime?– Oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner" [5] sammenfattet forskerne resultater fra

en omfattende datainnsamling blant alle involverte aktører i sykefraværarbeidet; arbeidstakere, arbeidsgivere, fastleger, NAV og bedriftshelsetjenesten – og gjorde en vurdering av regelverket slik det forelå per første kvartal 2013. Rapporten konkluderte med at gode system og rutiner for oppfølging av sykmeldte er viktig for å sikre at mennesker som blir syke blir tatt godt vare på, og for at arbeidsgivere skal være trygg på hva de skal gjøre når noen av de ansatte blir syke. Regimet rundt oppfølgingen av sykmeldte slik det var i 2013 ble imidlertid oppfattet som for rigid, ressurskrevende og lite kunnskapsbasert, og det var vanskelig å se at det strenge oppfølgingsregimet hadde noen effekt på sykefraværet. Det ble påpekt at sorteringen og prioriteringen av sykmeldingstilfellene i NAV måtte bli mer effektiv, og at insentivene i systemet i liten grad så ut til å bidra til økt inkludering eller lavere frafall fra arbeidslivet, men kunne heller gjøre arbeidsgiverne mer restriktive i forhold til hvem som ansettes.

Videre fant forskerne at jobbmobilitet og relasjonene på arbeidsplassen har betydning for om folk kommer tilbake etter sykmelding når de er friske nok. Dårlige relasjonelle forhold på arbeidsplassen kan både forlenge helseproblemene og hindre tilfriskning, men det kan også føre til at den sykmeldte ikke kommer tilbake i jobb når helsen egentlig tilsier at vedkommende kunne jobbet (unødvendig sykefravær). De med høy jobbmobilitet klarer seg selv, og finner en ny jobb når de blir friske nok til det dersom de har en dårlig relasjon til arbeidsplassen de ble sykmeldt fra. Man må derfor anta at folk som forblir sykmeldt selv om de er friske nok til å komme tilbake i jobb, har lav jobbmobilitet og/eller dårlig relasjon til hele eller deler av arbeidsplassen (leder, kolleger, arbeidsoppgaver el.l.). Rapporten favner også resultater fra tidligere sykefraværrelaterte prosjekter i SINTEF [4, 6, 7] og har egne kapitler med gjennomgang av nasjonal og internasjonal forskning for hver av aktørene som er involvert i sykefraværarbeidet.

I 2013 kom OECD-rapporten "Mental health and work: Norway" som påpekte at på tross av en rekke tiltak for å få ned sykefraværet i Norge, var sykefraværet blant de med psykiske utfordringer og lidelser fortsatt høyt. En av barrierene som ble nevnt var at arbeidsgiverperioden av sykefraværbetalingen er relativt kort (16 dager) i forhold til et gjennomsnittlig sykefravær for psykiske lidelser som da lå på 76 dager, og at arbeidsgiver dermed ikke får sterke insentiver til å engasjere seg i å få den sykmeldte tilbake i jobb. Det nevnes også at mange sykefravær kommer som følge av konflikter på arbeidsplassen, tilfeller der både arbeidstaker, arbeidsgiver og behandler helst vil unngå følelsesmessig utfordrende møter. I tillegg vil mange av de med psykiske lidelser slite med unngåelsesatferd, dårlig sykdomsinnsikt, vanskelige relasjoner til kolleger og passive mestringsstrategier som følge av sykdommen, faktorer som alle kan bidra til å motarbeide god oppfølging av den sykmeldte [8]. OECD etterlyste videre mer involvering fra både fastlege og NAV tidlig i sykmeldingsprosessen:

"In a series of tripartite agreements, employers, unions and NAV developed rules to follow-up employees in the case of sick leave. These elaborate rules involving all parties have potential to improve the situation. But they need strengthening if they are to achieve the desired results. First, the existing sanctions should be increased and applied rigorously in practice. Second, physicians should be actively involved in return-to-work planning earlier and on a more regular basis. Third, the return-to-work plan should not be elaborated between lay persons (employers and employees) alone; physicians and NAV professionals should also be involved from the beginning."

Ett av problemene med denne rapporten, er at de ikke skiller mellom psykiske lidelser og lettere psykiske helseproblemer. Forslagene er i liten grad foreslått ut i fra kunnskap og forståelse om det norske arbeidslivet, og det foreligger ikke forskning som tilsier at disse tiltakene vil gi lavere sykefravær.

Et av de få forskningsprosjektene i Norge som er relevant for våre problemstillinger, fremkommer i en rapport fra 2007 fra Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) i Bergen [9]. Her har de kartlagt og sammenliknet holdninger til sykefravær i Norden. Utgangspunktet for rapporten er en spørreundersøkelse gjort av Opinion i de nordiske landene. Folk ble spurt om i hvilken grad det er akseptabelt å være borte fra jobben på grunn av forhold som forkjølelse, samlivsbrudd, søvmangel, mobbing osv., og hvor langvarig sykefravær man kan akseptere av ulike årsaker. Hovedproblemstillingen var om sjenerøse velferdsordninger fører til mindre restriktive holdninger til sykefravær, og hvordan egenskaper ved arbeidstakeren påvirker holdninger til sykefravær. Rapportforfatterne finner at holdninger til sykefravær i de nordiske landene avhenger av:

- kjønn (kvinner har mer restriktive holdninger enn menn)
- alder (eldre har mer restriktive holdninger enn yngre)
- utdanningsnivå (påvirker holdningene, men effektene er ikke entydige)
- sektor (ansatte i privat sektor har mer restriktive holdninger enn ansatte i offentlig sektor)
- hvor mange timer en jobbet i gjennomsnitt per uke (de som jobber mye har mer restriktive holdninger enn de som jobber lite)

Om man er ansatt i stor eller liten bedrift og hvilket yrke man har, påvirket i liten eller ingen grad holdningene til sykefravær. De finner imidlertid ikke at holdningene varierte entydig i forhold til

hvor restriktive velferdsordningene er i de ulike landene, men at de to landene med mest restriktive sykelønnsordninger (Island og Finland), også har de mest restriktive holdningene til sykefravær. I sin rapportoppsummering har de listet de geografiske funnene slik (sitert, *ibid.*):

- Norske arbeidstakere er mest restriktive når det gjelder fravær begrunnet med at en er forkjølet med litt feber, men samtidig minst restriktiv når det gjelder fravær på grunn av mobbing på arbeidsplassen.
- Svenske arbeidstakere er mest restriktive når det gjelder holdninger til å ta seg fri når det offentlige dekker utgifter til sykefravær, og minst restriktiv når det gjelder sykefravær grunnet for lite søvn.
- Islandske arbeidstakere er mest restriktive når det gjelder holdninger til lengden av sykefravær (ulike årsaker), og minst restriktiv når det gjelder å arbeide helt eller delvis om arbeidsgiver legger arbeidsoppgavene til rette for det.
- Danske arbeidstakere er mest restriktive når det gjelder lengden på sykefravær grunnet for lite søvn, og minst restriktiv når det gjelder vanskeligheter på grunn av samlivsbrudd.
- Finske arbeidstakere er mest restriktive når det gjelder fravær begrunnet med at nære familiemedlemmer trenger støtte/omsorg og minst restriktive når det gjelder fravær begrunnet med at man har drukket mye alkohol kvelden før.

Forskerne kommenterer at det ikke nødvendigvis er kausale sammenhenger som vil gi endring i holdningene til folk dersom sykelønnsordningene blir mer restriktive – til det trengs longitudinelle data og andre metodiske tilnærminger.

I Finland er det nylig publisert resultater fra en kontrollert studie av effekten av å få sykmeldende lege til å gjøre mer aktivt bruk av tilrettelagt arbeid (ofte gradert sykmelding) for pasienter som hadde vært kortere enn seks uker sykmeldt med muskel-skjelett eller psykisk helseproblematikk [10]. Fem mellomstore og store virksomheter inngikk i forsøket, og legene (ansatt i bedriftshelsetjenesten) gikk gjennom en felles opplæringsmodul for å bli bedre til å tenke tilrettelagt arbeid/graderte sykmeldinger. 34 pasienter ble inkludert i forsøket. Det ble ikke registrert noe effekt av forsøket i form av kortere sykefravær når man sammenliknet med en kontrollperiode i de samme virksomhetene. I sin konklusjon skriver forskerne at denne type intervensjon kanskje vil ha vanskelig for å vise effekt, fordi tilrettelegging av arbeid allerede ble gjort i mange tilfeller også før intervensjonen. Dette er noe å ta med seg til liknende forskningsforsøk i Norge, der det i mange tilfeller allerede eksisterer ordninger og praksiser som vil gjøre det vanskelig å påvise effekt av intervensjoner som ikke er "annerledes nok" i forhold til det som gis til vanlig.

2.3 Systematiske kunnskapsoppsummeringer

Systematiske kunnskapsoppsummeringer skal favne all relevant litteratur publisert på et tema, gitt visse inklusjonskriterier (ofte krav om at studiene inneholder elementer av randomisering og kontrollgrupper). Vi fant 46 systematiske kunnskapsoppsummeringer fra 2010 og fram til i dag da vi benyttet søkeordene beskrevet i søkestrategien over, og prioriterte ut fra sammenhengen mellom relevans til dette prosjektet og opplysninger i tittelen. Ved gjennomlesing av sammendrag fant vi at følgende 14 av de 46 var relevante for vårt prosjekt, i alfabetisk rekkefølge: [2, 11-23].

De fleste av artiklene sammenfatter funn fra spesifikke intervensjoner som skulle føre til lavere sykefravær og raskere "return to work". Flere av artiklene har konsentrert seg om enkelte diagnosegrupper (særlig muskel-/skjelettlidelser og psykiske lidelser) eller spesifikke yrkesgrupper (sykepleiere, fastleger, offentlig ansatte mv.). Få av artiklene omhandler systemet for oppfølging av sykmeldte, som vi var mest interessert i. Under oppsummerer vi resultatene fra de mest relevante kunnskapsoppsummeringene fra de tre siste årene.

De Boer et al. (2016) sammenfattet litteratur om forventninger til sykefraværlengde, og så på hvilke uttrykk og metoder som var brukt i retningslinjer til sykefraværarbeid i Europa og Nord-Amerika. De identifiserte fire retningslinjer fra velferdsinstitusjoner (Frankrike, Serbia, Spania og Sverige) og fire retningslinjer fra private institusjoner (én i Nederland, tre i USA). Retningslinjene omhandlet mellom 63 og 65000 diagnoser (ICD 10). De fant at forventningene til sykefraværlengde var definert som minimum, maksimum og optimum, eller ut ifra gjennomsnittsmål (gjennomsnitt, median, persentiler), gjerne med ulike forventninger når det gjelder alder og type jobb. Pragmatisk ekspertkonsensus var det hyppigst brukte utgangspunktet for vurderingene, sammenholdt med sykefraværstatistikk og andre retningslinjer/veiledere. Artikkelforfatterne konkluderer med at denne type retningslinjer for sykefraværlengde ikke har blitt tilstrekkelig evaluert med tanke på effekt, og at de er svært vanskelige å sammenlikne [14].

Flere av litteraturoppsummeringene så på effekten på return-to-work av ulike intervensjoner for de som er sykmeldt på grunn av psykisk helse- eller muskel-/skjelettlidelser. De fleste av disse fant lite eller ingen effekt av intervensjonene [12, 13, 18, 20, 24, 25], men det finnes også oppsummeringer som konkluderer med effekt. Et eksempel er Brand et al. (2017) som sammenfattet litteratur om helhetlige systemtilnærminger for å bedre helse og livskvalitet for helsepersonell, og fant elleve studier som kunne vise til positiv effekt på sykefravær av intervensjoner på arbeidsplassen. Et Cochrane-sammendrag fra 2017 (et av de mest omfattende og systematiske typene litteraturoppsummeringer som gjøres) så på effekten av arbeidsplassintervensjoner for å hindre uførhet blant sykmeldte arbeidstakere, og

sammenliknet utfall med sykmeldte arbeidstakere i andre bedrifter som fikk oppfølging som vanlig eller rene kliniske intervensjoner i helsetjenesten. Studien inkluderte til slutt 14 randomisert kontrollerte studier (n = 1897 studieobjekter); åtte studier med arbeidstakere med muskel-/skjelettplager, fem studier med arbeidstakere med psykiske lidelser og én studie med kreftpasienter. Arbeidsplassintervensjoner viste seg å ha veldig variert effekt på tilbakegang til arbeid, noen studier viste reduksjon av akkumulert sykefraværstid, mens andre ikke fant forskjell mellom arbeidsplassintervensjoner og vanlig oppfølging. Der arbeidsplassintervensjoner viste seg å ha best effekt sammenliknet med vanlig oppfølging (både på kort og lang sikt) gjaldt det sykmeldte muskel-/skjelettlidelser, mens det for psykiske lidelser og kreft ble konkludert med svært lite eller ingen effekt (her var det også dårlig kvalitet på studiene). De fant også tendenser til at arbeidsplassintervensjoner kunne bidra til flere gjentakende sykefravær [23].

Mikkelsen og Rosholm (2018) gjorde et omfattende systematisk litteratursøk og metaanalyser på intervensjonsstudier av "return-to-work" for sykmeldte med vanlige psykiske lidelser, stressrelaterte sykdommer, somatiske sykdommer og personlighetsforstyrrelser. De fant 3777 publikasjoner, der 42 (n = 38 938 studieobjekt) ble inkludert i den systematiske kunnskapsoppsummeringen, og 32 (n = 9459 studieobjekt) ble inkludert i metaanalysen. Studien konkluderer med at det var sterke indikasjoner på at intervensjoner som inkluderer kontakt med arbeidsplassen, og intervensjoner bestående av flere tiltak samtidig, har effekt. Resultatene var mer moderate for graderte sykmeldinger (graded RTW). De fant også at intervensjoner som rettet seg mot reduksjon av stress fungerte bedre enn andre typer intervensjoner for psykiske lidelser [17]. En liknende oppsummering av Salomonsson et al. (2018) fant at psykologiske intervensjoner hadde positiv effekt både på sykefravær og symptomer, men fant ikke at det var forskjeller i effekten av arbeidsplassfokusede psykologiske intervensjoner, problemløsningsfokusede intervensjoner, kognitiv terapi eller økt samhandling mellom tjenestene (collaborative care). De konkluderte også med at psykologiske intervensjoner for sykmeldte må forbedres [26].

Sabariego et al. (2018) gjorde en oppsummering av europeiske strategier for å få personer med kroniske lidelser inn i arbeidslivet igjen. De fant 32 relevante publikasjoner, der 21 av dem ble inkludert i studien. Tiltak som ble funnet å ha positiv effekt var gradert sykmelding, tidlige ergonomiske intervensjoner for ryggsmarter, uførhetsevaluering fulgt av informasjon og anbefalinger og multidisiplinære, koordinerte og skreddersydde RTW-intervensjoner. Studien la også vekt på at det er en positiv sammenheng mellom det å ha en aktiv arbeidsmarkedspolitikk med fokus på arbeid, samtidig som man har gode trygdeordninger og ordninger for å matche arbeidsledige med vakante jobber [21].

2.4 Funn fra sentrale enkeltstudier av sykefraværsoppfølging

Litteratursøket vårt på "sickness absence management" endte etter gjennomlesning av sammendrag med 26 enkeltstudier med relevans for prosjektet: [15, 23, 27-51].

En nylig publisert kvalitativ artikkel fra Norge undersøkte positive og negative erfaringer som ledere i en kommune hadde med sykefraværsoppfølging. 11 kvinnelige ledere som arbeidet innenfor helse- og omsorg og barnehager ble rekruttert av kommunens bedriftshelsetjeneste og deltok i to fokusgruppeintervju. Lederne var i stor grad fornøyde med sykefraværsoppfølgingen, og nevnte tre forhold som var viktig for god oppfølging; at formelle og uformelle spilleregler ble fulgt av den sykmeldte, at dialogen mellom leder og sykmeldt var åpen og preget av tillit, og at det måtte være mulig å gjøre tilrettelegginger på arbeidsplassen. De samme suksesskriteriene gjaldt for at konisk syke kunne være sykenærværende (noe som trolig generelt blir oppfattet som positivt i Norge), og forfatterne stiller spørsmål ved om sykmeldte med psykiske lidelser i større grad bør være åpne med arbeidsgiver om helseproblemene. Videre påpekes det at lederne som deltok i studien etterlyste mer kunnskap om psykiske lidelser og hvilke konsekvenser og muligheter som ligger i slike helseutfordringer med tanke på arbeidsoppgaver [51].

En randomisert kontrollert studie fra England testet ut responsen på en intervensjon kalt "collaborative case management" som besto av at langtidssykmeldte (mellom fire uker til 12 måneder) ble oppringt av personer med opplæring i metoden og fikk veiledning i bruk av en selvhjelpsbok. Sammenligningsgruppen fikk bare oppfølging som vanlig fra fastlege eller bedriftshelsetjeneste. Et av utfallsmålene var å se hvordan en slik type intervensjon blir mottatt blant sykmeldte. Over 1000 potensielle studiedeltakere ble invitert til å delta, men de fikk respons fra bare 61 personer (5,5 prosent), der 16 av dem ble randomisert til studien. Grunnlaget for å si noe om effekt var derfor for lite. Forskerne møtte store utfordringer med å klare å rekruttere deltakere til studien, og skriver at dette gjerne kan handle om at de sykmeldte ikke så verdien i å delta [50]. Samme konklusjon kom i en relativt god studie om innføringen av et e-helseopplæringsprogram for ledere [43]. Studiene kan være verdifull for andre forskere og arbeidsgivere som vurderer å teste ut eller implementere nye tiltak for å redusere sykefravær. Det finnes for øvrig studier som viser god effekt av sykefraværsoppfølging som fokuserer på økt mestring hos den sykmeldte og selvhjelp [35].

En oppsummering av resultater fra andre relevante enkeltstudier viser at:

- Det er viktig å designe studier med et langsiktig perspektiv på return-to-work. Flere av studiene viste effekter av arbeidsplass- og/eller helseintervensjoner på kort sikt, mens når man fulgte opp etter noen måneder eller ett år, så var det ikke lenger noen effekt når man sammenliknet med kontrollgruppen [23, 28, 52].
- Hvilke instanser som har ansvar for oppfølging spiller en rolle. En studie fra Spania som sammenliknet effekten på gjennomsnittlig sykefravær blant sykmeldte som ble fulgt opp av et privat forsikringsselskap eller vanlig offentlig trygdesystem, viste at de som ble fulgt opp av privat forsikringsselskap hadde kortere sykefravær. Dette gjaldt både fast ansatte og selvstendig næringsdrivende [30].
- Tidlig oppfølging, støttende ledelse og et biopsykososialt helseperspektiv viser seg å ha god effekt på sykefraværet. En studie som testet ut en ny modell for tidlig sykefraværsoppfølging i Skottland (EASY – Early Access to Support for You - startet på dag 1 av sykefraværet, rettet seg mot både arbeidstaker og ledere) tok utgangspunkt i kjente teorier for hva som kan redusere sykefravær (opprettholde kontakt i sykefraværsperioden, tidlig biopsykososial oppfølging, fysioterapi, behandling for vanlige psykiske problemer, tilrettelegging, gradert tilbakegang til arbeid og forebygging). Sykefraværet ble redusert gjennom implementeringsperioden av EASY, og forfatterne konkluderer med at tidlig oppfølging, basert på det sykefraværsforskningen har vist kan ha effekt, later til å fungere [32]. Det samme resultatet av en kunnskapsoppsummering av flere liknende intervensjoner ble allerede publisert i 2012 [15]. Tre år senere kunne den samme forfatteren konkludere med at støtte fra leder er svært viktig for hvor fort folk kommer tilbake etter sykefravær [34]. Viktigheten av støttende ledelse finnes det mange enkeltstudier som viser, se f.eks. referanser i [38, 39] og fokus på en biopsykososial modell i sykefraværsoppfølgingen får også støtte i flere studier [46].
- Systemer for sykefraværsoppfølging kan også virke ubehagelige for de som skal gjøre oppfølgingen i bedriften hvis de føler at systemet presser de ansatte til å komme på jobb når de ikke burde. En studie av oppfølging av ansatte med kroniske lidelser fant at de som følger opp ofte kom opp i etiske dilemmaer der de følte at de presset kronisk syke til sykenærvær [53]. Dette er også konklusjonen i Roelen og Groothof (2010), som vektla at lederne må trene seg til å tolke hvor klare de sykmeldte er for tilbakegang til arbeid til enhver tid i sykefraværsløpet. Videre påpeker Whysall et al. (2018) at sykenærvær og sykefravær ofte opptrer samtidig, og gjerne på arbeidsplasser med dårlig psykososialt arbeidsmiljø, slik at de som følger opp sykmeldte også må være bevisst på i hvilken grad virksomheten har uheldig sykenærvær [48].

- Mange fastleger opplever sykefraværarbeidet som utfordrende, og da særlig knyttet til å vurdere funksjonsnivå. En utprøving av kollegial veiledning (en-til-en) for fastleger i Norge (tidligere fastleger ansatt på NAV veiledet fastleger) viste lovende resultater, og ble oppfattet nyttig. Fastlegene mente at kollegaveiledning kunne være med på å endre deres egen sykefraværpraksis [36].
- I Finland utnyttet forskerne lovendringer i sykefravær oppfølgingen til å studere utvikling i sykefraværet. I 2012 endret regelverket seg slik at arbeidsgivere måtte varsle bedriftshelsetjenesten hvis et sykefravær ble forlenget. To tilfeldige utvalg av arbeidstakere fra hele arbeidspopulasjonen ble trukket ut på to tidspunkt før og etter lovendring (2010 og 2013) og nær 2,6 millioner arbeidstakere ble inkludert i hvert utvalg. Man sammenliknet så nivået for langvarig return-to-work etter minst 30 dagers sykefravær. Resultatene viste fire prosent høyere RTW, og 0,42 dager kortere tid til RTW, etter lovendringen. Effekten var større for kvinner enn menn, de med psykiske diagnoser, de som bodde i områder med lav arbeidsledighet og de som jobbet i offentlig vs. privat sektor. De største positive endringene i sykefraværet kom mellom to og seks uker inn i sykefraværet. Studien konkluderer med at lovendringen hadde en positiv effekt på sykefraværet [49].

2.5 Oppsummering

En sentral rapport fra EU-kommisjonen fra desember 2016 viser at sykelønnsordningene har blitt endret i nesten samtlige EU-land de siste 20 årene, de fleste av dem i retning av mindre rettigheter for arbeidstakerne i form av karenperioder, lavere dekningsgrad og kortere perioder som gir rett til sykelønn.

Disse innstramningene er sannsynligvis årsaken til en tydelig dreining i forskningen over mot sykenærvær. Etter å ha gått gjennom en god del av sykefraværslitteraturen fra 2010 og fram til i dag kan vi slå fast at det ikke finnes mange gode studier av sykefravær oppfølging på systemnivå, med arbeidsgiverperspektiv, eller studier som gjør komparative analyser mellom land (med unntak av EU- og OECD-rapporter som sammenlikner statistikk). Det er åpenbart behov for mer forskningsbasert kunnskap på dette feltet. Det forskes imidlertid mye på prediktorer for sykefravær og intervensjoner på arbeidstakernivå som skal redusere sykefravær hos de med muskelskjelettlidelser og psykiske lidelser. Forskningen har typisk fokus på sykmeldte som pasienter, heller enn sykmeldte som ansatte.

Kunnskapsoppsummeringene som er gjort hittil gir sprikende resultater, men generelt er det små effekter av intervensjonene som er undersøkt. Kvaliteten på studiene er dessuten gjennomgående middels eller lav. To av de seneste kunnskapsoppsummeringene, herunder ett

Cochrane-sammendrag (2017), fant noe positiv effekt av arbeidsplassintervensjoner, det ene særlig for sykmeldte med muskel-/skjelettlidelser (men ikke for psykiske lidelser og kreft) og det andre for psykiske lidelser (Mikkelsen og Rosholm, 2018). Videre ser vi at litteraturen peker på viktigheten av longitudinelle studier der man ser på effekt over lang tid. Flere av intervensjonsstudiene kunne vise til effekter på kort sikt, men når man sjekket igjen etter f.eks. 12 måneder, var det ingen langtidseffekter. Slik kunnskap er av stor betydning når man skal vurdere nytte-kostnad av ulike intervensjoner. Tidlig oppfølging, støttende og empatisk ledelse og et biopsykososialt helseperspektiv i oppfølgingen peker seg ut som elementer som kan bidra til raskere tilbakegang til arbeid. En kvalitativ studie blant ledere i en norsk kommune peker dessuten på viktigheten av åpen og god dialog mellom leder og sykmeldt, at både uformelle og formelle spilleregler blir fulgt, og at det må være mulig å gjøre tilrettelegging på arbeidsplassen hvis man skal lykkes i sykefraværsoppfølgingen.

3 Resultat

3.1 De ulike lands ordninger

Kjennetegn ved de inkluderte landenes sykelønnsordninger er oppsummert i tabell 3.1. Tabell 3.2 til tabell 3.5 gir detaljer om reglene for oppfølging av sykmeldte. Resultatene er i stor grad generert av de involverte forskerne i de ulike landene, og det arbeides med en internasjonal publikasjon basert på dette datagrunnlaget. Tabellene kommenteres ikke videre i teksten, men ligger som grunnlag for diskusjonen som gjøres i kapittel 4.

Tabell 3.1 Fakta om sykelønn- og sykepengeordningene i Norden, Nederland og Tyskland

	Danmark	Finland	Tyskland	Norge	Sverige	Nederland	Island
Ulike regler for ulike grupper arbeidstakere:	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
Arbeidsgiverperiode	30 dager	10 dager	6 uker	16 kalenderdager	2-14 kalenderdager	2 år	Varies (3-12 mnd)
Kompensasjonsgrad i arbeidsgiverperioden	De fleste har full lønn	100%	100%	100%	80% uten tak	Maks 170% for maks 2 år og minimum 140% for 2 år	100%
Maksimal varighet	22 uker i løpet av 9 måneder	300 arbeidsdager over 2 år	78 uker over 3 år	52 uker	52 uker, men ingen grense om alvorlig sykdom	2 år	Avhengig av kontrakt
Kompensasjonsgrad etter arbeidsgiverperioden	Beregnet av timelønn	Varies, avhengig av inntektsnivå, lav inntekt gir høyere kompensasjonsgr.	70%	100%	80% til dag 364 72% fra dag 365	Arbeidsgiver dekker hele	100%
Karensdag	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja, 1 dag	Opp til arbeidsgiver	Nei
Kan kontrakter gi bedre betingelser?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er bedre betingelser i kontrakt vanlig?	Ja, offentlige ansatte får 100% lønn og det samme gjelde i mange private virksomheter	De fleste arbeidsgivere betaler full lønn de første 1-2 månedene	Ja, vanlig	Ja, de fleste arbeidstakere som tjener mer enn 6 G, har arbeidsgivere som betaler differansen	Ja, vanlig	Mange arbeidsgivere betaler 100% lønn første året og 70% andre året	Ja, vanlig
Maksimal lengde avhengig av diagnose	Delvis, kan vare lenger enn 22 uker om alvorlig sykdom	Ja	Ja	Nei, men det er utarbeidet diagnose-spesifikke anbefalinger	Veiledet varighet på sykmelding til legene	Nei	Nei
Etter maksimal lengde og fortsatt syk	Jobbavklaringspenger	Søke om midlertidig eller varig ufør	Arbeidsledighetstrygd	AAP	Ingen tidsgrense	Kan søke uførepensjon etter to år	Fagforeningsfond, og noe fra staten
Kvalifiseringsperiode	Arbeidet 74 timer siste 8 uker/240 timer i løpet av de siste 6 mnd.	Kontrakt i minst en måned/ingen krav	4 uker	4 uker	Ingen, retten gjelder fra første dag	Ingen, retten gjelder fra første dag	En måned

Tabell 3.2 Oppfølging av sykmeldte, sykmeldingsrett og kontakt i Norden, Nederland og Tyskland

	Danmark	Finland	Tyskland	Norge	Sverige	Nederland	Island
Er sykmelding fra lege nødvendig?	Nei, men arbeidsgiver kan kreve etter 3 dager	Arbeidsgiver bestemmer om behov, men utover arbeidsgiverperioden kreves sykmelding fra lege	Ja, sykmelding fra lege kreves etter 3 dager	Ja, sykmelding fra lege kreves etter 3 (ikke IA) eller 8 (IA) dager	Ja, sykmelding fra lege kreves etter 6/8 dager	Nei	Nei, bare om arbeidsgiver etterspør
Hvem kan skrive ut sykmelding?	Bare leger, typisk fastlegen	Leger	Lege, kiropraktor, fysioterapeut	Lege, kiropraktor, fysioterapeut	Leger og tannleger	Ingen	Leger
Krav til kvalifikasjoner og kunnskap hos sykmelder om arbeidsliv	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Har ikke sykmeldinger	Ingen
Gradert sykmelding mulig	Ja	Ja, etter arbeidsgiverperioden	Ja, etter et langt sykefravær	Ja, men ikke mindre enn 20% sykmeldt, teller som full sykmelding i varighetsrett	Ja, om arbeidsevnen er redusert med minst 1/4	Ja, uten begrensning	Ja, men teller som full sykmelding
Mulig for arbeidsgiver å bestride sykmelding	Nei	Ja, kan be om at annen lege vurderer	Ja, kan be om at annen lege vurderer	Ja, kan sende et brev til NAV og bestride sykmeldinger	Nei	Nei, men legitimiteten av sykmelding sjekkes i ettertid	Ja, og disputten kan ende i retten
Behov for ny vurdering senere i sykefraværsløpet	Ja, etter 8 uker vil jobbsenteret i kommunene kreve en medisinsk erklæring uavhengig av om arbeidsgiver har fått dette tidligere	Fornyng av sykmelding når den går ut, pluss at etter 60 arbeidsdager sykmeldt må en utvidet erklæring leveres	Fornyng av sykmelding når den går ut	Fornyng av sykmelding når den går ut, pluss etter 8 uker sykmeldt må ny legeerklæring som viser omfattende medisinske problemer leveres	I løpet av de første 90 dagene skal arbeidsevne kun vurderes ut ifra nåværende jobb eller annen jobb hos samme arbeidsgiver	Vurderinger gjøres når situasjonen endres	Når arbeidsgiver ber om det
Kontakt mellom sykmeldt og system	Varies, jobbsentrene følger opp	Systemet sender informasjonsbrev etter 60 arbeidsdager og etter 150 arbeidsdager	Systemet gir beskjed om de dekker sykefravær etter 6 uker	Flere brev sendes til den sykmeldte fra NAV, uke 8, dialogmøte innen 6 mnd	Opptil den som har saken	Det er bedriftslegen som følger opp sykmeldte frem til uke 92. Etter søkes uføretrygd	Etter arbeidsgiverperioden er over, er det opp til den ansatte å ha kontakt
Kontakt mellom arbeidsgiver og system	Varies, jobbsentrene følger opp	Lite, men arbeidsgiver får refundert lønnsutbetalinger utover arbeidsgiverperioden	Lite, men arbeidsgiver får refundert lønnsutbetalinger utover arbeidsgiverperioden	Arbeidsgiver sender oppfølgingsplan til sykmelder og til NAV, NAV innkaller til dialogmøte innen 6 mnd	Saksbehandler kan kalle inn alle parter til møte, refundert lønnsutbetalinger	Tett kontakt	Ingen formelle regler

Tabell 3.3 Oppfølging av sykmeldte, krav og ansvar

	Danmark	Finland	Tyskland	Norge	Sverige	Nederland	Island
Krav til den sykmeldte	Gi beskjed om sykdom snarest mulig For å ha rett til sykepenger, må den sykmeldte prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet som jobbsenteret i kommunen foreslår snarest mulig	Gi beskjed om sykdom snarest mulig Levere sykmelding fra legen Søke sykepenger innen to måneder fra første fraværsdag	Gi beskjed om sykdom snarest mulig For å ha rett til sykepenger, må den sykmeldte prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet snarest mulig	Gi beskjed om sykdom snarest mulig For å ha rett til sykepenger, må den sykmeldte prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet snarest mulig	Gi beskjed om sykdom snarest mulig For å ha rett til sykepenger, må den sykmeldte prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet snarest mulig	Gi beskjed om sykdom snarest mulig Samarbeide tett med arbeidsgiver Delta i arbeidet med plan	Gi beskjed om sykdom snarest mulig Levere sykmelding om arbeidsgiver ber om det
Krav til arbeidsgiver	Utbetale lønn Innkalle til møte	Utbetale lønn Gi beskjed til bedriftshelse-tjenesten dersom sykmeldingen har vart i 30 dager.	Utbetale lønn Innkalle til møte	Utbetale lønn Innkalle til møte Utarbeide oppfølgingsplan innen fire uker, sende denne til sykmelder og til NAV Delta på dialogmøte med NAV innen 6 mnd (fremskyndes ved behov)	Utbetale lønn Dersom sykmeldingen forventes å vare mer enn 60 dager, må arbeidsgiver utarbeide en plan for tilbakeføring til arbeid, med unntak av tilfeller der det er opplagt at den ansatte ikke kommer tilbake i jobb. ¹	Utbetale lønn Arbeidsgiver må leie inn en sertifisert bedriftslege innen 6 uker for å analysere problemet som gir sykefravær Innen 8 uker formulere en plan inkludert til rettelegging og friskmelding ²	Ingen plikter i praksis, da sykepengerne etter arbeidsgiverperioden utbetales av fagforeningen
Krav til møter mellom arbeidsgiver og arbeidstaker	Ja, etter 4 uker må arbeidsgiver invitere den sykmeldte til et møte for å diskutere situasjonen og lage en plan for reintegrasjon ³	Nei	Ja, om sykmeldt mer enn 6 uker i løpet av 12 mnd, skal arbeidsgiver kalle inn til et møte for å diskutere situasjonen og reintegrasjon etter fravær. ⁴	Ja, arbeidsgiver skal innkalle arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen senest innen 7 uker om ikke åpenbart unødvendig	Nei, ikke krav om antall møter men arbeidsgiveren har stort ansvar for rehabilitering	Ja, innen 6 uker og 8 uker	Nei, ingen bestemmelser om møter

¹ Det kom endringer juli 2018 som innebærer at arbeidsgiverne får enda større ansvar og skal senest dag 30 av sykmeldingen opprette obligatorisk rehabiliteringsplan. Det er ikke krav til noe møte, men at arbeidsgiveren skal planlegge tilbakegang til arbeid (friskmelding) for alle.

² Om ikke friskmeldt etter 1 år, må arbeidsgiver tilby annen jobb i en annen organisasjon (oftest via en reintegrasjonsaktør). Om den ansatte ikke er tilbake i arbeid etter to år, kan det søkes om uføretrygd.

³ Etter 8 uker fravær kan den ansatte be om en plan for hvordan de kan bli værende på arbeidsplassen.

⁴ Formålet er å finne ut om sykefraværet skyldes forhold på arbeidsplassen og om det bør gjøres tilrettelegging. Den ansatte er ikke pliktig til å møte, men dette vil tas hensyn til i en eventuell rettslig situasjon etter oppsigelse.

Tabell 3.4 Oppfølging av sykmeldte, støtte og oppsigelse

	Danmark	Finland	Tyskland	Norge	Sverige	Nederland	Island
Er det mulig å si opp den ansatte når de er sykmeldt?	Ja, men avhengig av type kontrakt	Ja, men ikke bare på grunn av sykdom	Ja, men arbeidsgiver må være sikker på at den ansatte ikke blir frisk	Nei, kan ikke sies opp de første 12 månedene	Ja, kan sies opp dersom arbeidsgiver har gjort alt de kan for å fasilitere friskmelding	Nei, veldig strengt vern	Ja, i privat sektor men vanskeligere i offentlig sektor
Finnes det noen sanksjoner i systemet?	Ja, arbeidsgiver kan sende en advarsel dersom en ansatt har mye sykefravær, og mulighet for oppsigelse	Ja, om 90-dagers vurderingen som bedriftslegen, arbeidsgiver og arbeidstaker skal gjøre sammen, ikke er gjort og dokumentert, kan myndighetene stoppe utbetalingen av sykepenger	Ja, kan sende en advarsel dersom en ansatt har mye sykefravær, og mulighet for oppsigelse	Ja, arbeidsgiver kan bestride sykmeldinger	Om en plan ifølge Försäkringskassan har lav kvalitet og ikke blir fulgt opp, kan Försäkringskassan anmelde arbeidsgiver til Arbeidsmiljøverket	Ja, det gjøres en vurdering etter 52 uker og etter 2 år om arbeidsgiver, bedriftslege og arbeidstager har gjort det de kan, om ikke kan de få bøter	Ja, kan si opp den ansatte
Hvem bistår arbeidsgiverne om sykefraværet vedvarer?	Jobbsenteret i kommunen	BHT og aktører innen yrkesrettet rehabilitering	Har BHT og forebyggings-selskaper	Lokale NAV kontor, eller NAV Arbeidslivssenter ⁵ (BHT for noen)	Kan ta kontakt med fagforeningene, eller arbeidsmiljø-myndighetene	Bedriftslegen	Ikke et offentlig system, men arbeidsgiver kan kjøpe private tjenester
Hvilken kompetanse har disse aktørene?	Arbeidsmarked, sosialt arbeid, yrkeshelse	BHT personell, særlig helsekompetanse	Variert	Trygdesystemet, arbeidsmarked, helse om BHT	Variert	Kompetanse på å omsette medisinske diagnoser til arbeidsevne	Ikke relevant
Skiller mellom arbeidsrelatert og ikke arbeidsrelatert?	Nei, ingen skiller mellom "social risk" and "occupational risk"						

⁵ NAV arbeidslivssenteret bistår på ulike måter for å nå målene i IA-avtalen: krevende enkeltsaker, økonomiske virkemidler, systematisk sykefraværsoppfølging, seniorpolitikk, forebyggende og helsefremmende arbeid, inkludering av personer som står utenfor, psykisk helse og arbeid. De kan også bidra til kompetanseheving på sykefraværsoppfølging, dialogferdigheter, konfliktforebygging og konflikthåndtering, utvikling av partssamarbeidet, medarbeiders medvirkningsplikt etc.

Tabell 3.5 Oppfølging av sykmeldte, BHT sin rolle og andre aktører

	Danmark	Finland	Tyskland	Norge	Sverige	Nederland	Island
Organisering av BHT	BHT plikten ble avskaffet i 2009, erstattet delvis av helseforsikringer og risikobaserte tilsyn med smilefjesordning der negative funn kan gi pålegg om bruk av profesjonelle rådgivere ⁶	Arbeidsgivere er pliktig til å organisere og finansiere forebyggende BHT arbeid. Har minimumskrav, og kan få refundert noe av utgiftene fra Kela	Arbeidsgiver er pliktig til å tilknytte seg arbeidsmedisinsk- og sikkerhetskompetanse, internt eller eksternt ansatt. ⁷	Bransjevis pålegg om BHT-tilknytning interne eller eksterne BHT. Godkjenningsordning.	Bedriftshelse-tjeneste er ikke obligatorisk, men skal være behovsstyrt. Företagshäls-vården skal være en uavhengig ressurs som er ekspert på arbeidsmiljø og rehabilitering. ⁸	Arbeidsgivere kan ha sin egen BHT tjeneste eller kan kjøpe tjenester, skal ha fokus på forebygging. Arbeidsgiver betaler	Ingen krav til å ha BHT
Rolle i forebyggingsarbeidet	Ingen tydelig aktør eller rolle	BHT skal forebygge arbeidsrelatert sykefravær og arbeidsulykker, skal fremme arbeidskapasitet og funksjonsnivå og hjelpe arbeidsplassen til å fungere mer effektivt. ⁹	Egne forebyggings-tjenester organisert rundt bransjer ¹⁰	BHT-er en fagkyndig og rådgivende tjeneste innen forebyggende HMS-arbeid.	Ingen tydelig aktør eller rolle, men företagshäls-vården skal arbeide forebyggende	Sterk rolle i oppfølging av sykmeldte og skal arbeide forebyggende og fremme gode arbeidsplasser	Kontrakt-basert
Systemene /forsikringskassene eller offentlige aktørers rolle i forebygging	Jobbsentrene skal følge opp sykmeldte og kan foreslå forebyggings-tiltak på arbeidsplassen	Arbeidsrettet rehabilitering gis av det offentlige som en universell rettighet for å forebygge tidlig avgang fra arbeidslivet.	Forsikring-kassen kan gi råd om forebygging til arbeidsgiver	Både BHT og NAV Arbeidslivssent er skal arbeide forebyggende	Nei, ikke generelt men kan overprøve leger i enkeltsaker for å unngå sykmeldinger	Ikke direkte forebyggende tiltak ¹¹	Nei
Intensiver for forebygging av sykefravær, arbeidsgiver	I liten grad, men arbeidsgiver er ansvarlig for arbeidsmiljø og skal forebygge	Ja, de fleste arbeidsgivere betaler full lønn de første månedene og har sterke insentiver for forebygging. ¹²	Nei, ikke utover 6 uker	Nei, ikke direkte utover 16 dager, men har betydelige kostnader knyttet til sykefravær.	Nei, ingen sterke insentiver. ¹³	Ja, svært sterke insentiver fordi de har alt ansvar for lønn under sykdom ¹⁴	Arbeidsgiver kan få bistand fra VIRK til forebygging ¹⁵

⁶ Ansvar er flyttet fra myndighetene til virksomhetene, bort fra bransjefokus over til bedriftsfokus, virksomhetene prioriterer selv innsatsen.

⁷ Kommersielt BHT marked med små og store aktører. Krav til omfang og bruk. Støtte til små virksomheter

⁸ Det ser ut som virksomhetene ser arbeidsmiljø, sykefravær, rehabilitering, behandlinger og medarbeidergoder i nær sammenheng.

⁹ Om sykmeldingen varer i 90 arbeidsdager, skal bedriftslege vurdere gjenværende arbeidskapasitet og tilbakeføring til arbeid

¹⁰ Egne forebyggingstjenester (Technische Aufsichtsdienste, TAD) gjennom yrkesskadeforsikringskasser. De skal gi arbeidsgiverne råd når det gjelder rehabilitering og kompensasjon. Alle arbeidsgivere er pliktig til å ha forsikring. Egen forsikringskasse for offentlig sektor, bidrar også i forebygging.

¹¹ Myndighetene kontrollerer både arbeidsgiver og arbeidstaker for å sørge for at de følger reglene i sykefravær-arbeidet, og de kan gi sanksjoner om de finner feil.

¹² Store arbeidsgivere har insentiver for å forebygge arbeidsuførhet fordi beløpet de betaler i pensjonsforsikring er avhengig av hvor mange av de tidligere ansatte som har blitt permanent uføre mens de arbeidet i bedriften

¹³ Arbeidsgiverbetaling av sykelønn ble introdusert på begynnelsen av 1990-tallet for å gi insentiver til lavere sykefravær.

¹⁴ Men også gjennom lovpålagt involvering av bedriftslege i alle langvarige sykefraværstilfeller

¹⁵ VIRK er et rehabiliteringsfond som er etablert av virksomhetene.

3.2 Funn fra intervjuer med ni store NHO-virksomheter

Generelt var de vi intervjuet store og ansvarlige arbeidsgivere, som hadde gode rutiner og praksis for arbeidet med sykefravær generelt, og oppfølging av sykmeldte spesielt. De hadde alle en erkjennelse av at sykefravær og sykefraværsoppfølging var noe de måtte arbeide med kontinuerlig, og de brukte mye ressurser på dette. Ingen av disse virksomhetene hadde spesielt høyt sykefravær, og de tilhører heller ikke bransjer som tradisjonelt har høyt sykefravær. De hadde likevel mye kunnskap om oppfølging av sykmeldte, men de utgjør ikke et representativt utvalg av arbeidsgivere i Norge. Alle vi intervjuet var på ulike måter ansvarlig for sykefraværsoppfølgingen i virksomheten. I det følgende går vi gjennom noe av det som kom frem i disse samtalene.

Om IA-avtalen

Respondentene fra de ni bedriftene var delte i synet på IA-avtalen. Mens noen mente at trepartssamarbeidet som er strukturert gjennom IA-avtalen er svært viktig for stabiliteten i norsk arbeidsliv, var det andre som mente at avtalen hadde lav verdi og ikke burde videreføres. Følgende argumenter for fortsettelse av IA-avtalen ble fremmet:

- Trepertssamarbeidet er viktig for stabiliteten i norsk arbeidsliv.
- Trepertssamarbeidet er viktig å ha struktur på, og IA-avtalen bidrar til dette.
- Myndighetene, særlig representert ved NAV Arbeidslivssenter, vil få kunnskap fra mange bransjer og arbeidsplasser som gir merverdi i videre arbeid.
- Virksomheten får god bistand fra kontaktperson i NAV Arbeidslivssenter.
- Viktig å mobilisere fagforeningene lokalt og IA-avtalen bidrar til mer samarbeid.
- Bevegelse fra konfliktlinje til samarbeidslinje gjennom IA-avtalen.

Følgende argumenter mot IA-avtalen ble fremmet:

- Avtalen har liten praktisk betydning.
- Kontaktperson i NAV Arbeidslivssenter bidrar ikke som forventet.
- Sykefraværet har ikke gått ned som følge av avtalen.
- IA-avtalen hindrer endringer i sykelønnsordningen.

Om sykelønnsordningen

De aller fleste av disse lederne mente at karensdager burde innføres og/eller at kompensasjonen burde være lavere ved sykdom enn den er i dag. Noen mente at dette ville ramme skjevt og treffe de som har de tyngste og dårligst betalte jobbene, og at det derfor fortsatt burde være full lønn ved sykdom. Flere reflekterte over at det i dagens arbeidsmarked er et tydelig skille mellom de som har fleksible jobber og kan arbeide hjemme om de er litt pjusk, og de som må

møte opp til avtalt tid og har tyngre og mer manuelle jobber. Noen tenkte at det kanskje kunne utvikles et system der noen grupper ble beskyttet, men ingen hadde gode forslag om hvordan dette skulle fungere i praksis.

Den ene lederen tok også opp problemet med at full lønn ved sykdom i deres bransje inkluderer overtidsbetaling og andre tillegg, og at dette kan gi insentiver til sykefravær når utsiktene til høy lønn ble lavere etter en periode med mye utbetalt lønn. Den ansatte vil da ha økonomisk gevinst av å bli sykmeldt.

Alle mente at det ikke var noe poeng at syke folk skulle gå på jobb og smitte kolleger og selv bli sykere, men samtidig mente de at sykelønnsordningen er så generøs i Norge at terskelen for å ha sykefravær blir for lav for mange.

Dette var virksomheter i privat sektor, men vi diskuterte også offentlig sektor og det høye sykefraværet i kommunal sektor. Noen mente at teknologisk utvikling kanskje kunne redusere belastningen for de som arbeider i pleie og omsorg i årene fremover, mens andre mente at man burde se nærmere på bemanningen og belastningen i disse yrkene for å finne ut mer om årsakene til det høye sykefraværet.

Dekke andel av sykepengene ved langtidsfravær

Vi diskuterte hva som ville skjedd om arbeidsgivere skulle dekke en større del av langtidsfraværet. Disse lederne mente generelt at de i dag gjør svært mye for å forebygge sykefravær og advarte tydelig mot at små virksomheter ville få problemer om arbeidsgiver må betale mer, og at de nok ville bli mer restriktive med å ansette flere, eller til å ta på seg oppdrag som krevde at de ansatte flere.

Generelt ønsket de å få mer kunnskap om gode forebyggingstiltak, men samtidig mente de at for å forebygge lange fravær på individnivå måtte de ha mer kontroll på årsakene bak sykefraværene, og dermed mer informasjon om de sykmeldte.

Som den ene arbeidsgiveren sa, de ønsker jo ikke at folk skal være syke, og de bruker derfor mye ressurser på å unngå det allerede i dag. De mener forslaget er naivt i forhold til hva mer arbeidsgiverne kan gjøre, og etterspør trylleformelen som de trenger for å forebygge alt sykefravær.

Satsing på forebygging og oppfølging

Alle mente at forebygging, oppfølging og tilrettelegging der lederne er tett på sine ansatte er det mest effektive for å holde sykefraværet lavt. De mente at lederstil og måten lederne forholder seg til ansatte på hadde stor betydning for nivået på sykefraværet, og at innholdet i oppfølgingen vil variere etter hvilken situasjon den sykmeldte er i.

Samtlige mente også at de hadde et visst nivå av unødvendig sykefravær, men at de aller fleste ansatte ikke var sykmeldt om de ikke var syke. De fremhevet viktigheten av å være tett på, og var opptatt av at ansatte som blir sykmeldt følges opp på en god måte. De var generelt opptatt av at lederne måtte kjenne sine ansatte godt slik at de visste hvilken type oppfølging de trengte. Som den ene lederen sa, noen sykmeldte vil ikke ha kontakt i det hele tatt, mens andre gjerne ville hatt lederen sittende ved siden av og bli holdt i hånda. Alle disse virksomhetene hadde sykefraværsoppfølging som en del av lederopplæring og -utvikling.

Alle mente at reglene for oppfølging av sykmeldte var greie å forholde seg til. Dersom det ikke hadde vært noen regler for hva som skulle gjøres og når, mente de at mye mindre ville vært gjort. Den ene lederen beskrev arbeid med sykefravær som en elv som renner, at de må være på hele tiden og underbygge gode holdninger og tilby et godt arbeidsmiljø.

Flere av disse virksomhetene hadde innført nye tiltak for å forebygge sykefravær. Dette var typisk tettere oppfølging av de som hadde mange fraværstilfeller, og særlig de med hyppig korttidsfravær. Dette mente de hadde god effekt, og er noe alle arbeidsgivere bør gjøre systematisk. Det var også forslag om å fremskynde alle Dialogmøte 2 i de sykmeldingene som arbeidsgiver vurderte til å kunne bli langvarige.¹⁶

Disse store virksomhetene hadde satt i gang ulike tiltak for å bedre arbeidsmiljøet og øke det kollektive samholdet. Noen hadde også etablert egne spesialister på sykefraværsarbeid som skulle betjene hele bedriften.

Disse lederne mente tydelig at sykefravær er leders ansvar, og at det er på arbeidsplassen virkemidlene i stor grad befinner seg. Men de mente de burde få drahjelp av en noe strengere sykelønnsordning som gav litt høyere terskel for å bli sykmeldt.

¹⁶ Dette ser nå ut til å bli lettere ved at NAV planlegger å starte med å sende ut forespørsel til arbeidsgiverne om de ønsker å fremskynde Dialogmøte 2 som skal avholdes innen seks måneders varighet av sykmeldingen.

Forståelse for situasjonen

Selv om de fleste av lederne mente at det burde innføres karensdag og/eller redusert kompensasjon ved sykefravær, uttrykte de stor forståelse for at ansatte hadde behov for sykmeldinger. Fordi de arbeidet med oppfølging av sykmeldte, hadde de også mange historier om vanskelig liv som ansatte lever. De nevnte ansatte som har vært utsatt for incest i barndommen, annet misbruk som har gitt traumer, ubearbeidede tap, vonde skilsmisser og ansatte med barn med store utfordringer.

Heller sykmeldt enn arbeidsledig

Som mange andre arbeidsgivere, hadde også disse erfaring med folk som ble sykmeldt som de tidlig forsto ikke ville komme tilbake til den jobben de ble sykmeldt ifra. Disse blir nesten alltid sykmeldt i 12 måneder før noe skjer. Da har de vært så lenge borte fra jobb at det blir vanskelig å starte og jobbe igjen, også i en ny jobb. En av lederne hadde fått hjelp av kontaktpersonen ved NAV Arbeidslivssenter i et slikt tilfelle, og situasjonen endte med at den ansatte fikk en ny jobb som var mer tilpasset arbeidsevnen. Men de fortalte at i de aller fleste tilfellene, ender disse opp med å gå over på AAP. Legene beskrives som uvillige til å råde pasientene til å gi slipp på arbeidsgiver selv om det er tydelig for alle inkludert legen, at den sykmeldte ikke kommer tilbake i nåværende jobb. Den ene lederen foreslo at det burde være mulig å være sykmeldt og få sykepengeser samtidig som de prøver ut og finner alternative løsninger som blir permanente, slik at overgang til AAP unngås. Vi diskuterte også hva som foregår i perioden fra Dialogmøte 2 til overgang til AAP. Lederne hadde samme erfaring, - det skjer lite i denne perioden, og få kommer tilbake i jobb.

Mister kontakt ved overgang til AAP

Som tidligere funnet i andre prosjekt, erfarer arbeidsgiverne typisk at de mister kontakten med den ansatte når de går over på AAP. Arbeidsgiver har derfor i praksis ikke en rolle etter at sykepengere rettighetene er brukt opp.

Fortsatt stor variasjon i NAV kontorene

Det er det lokale NAV som har ansvaret for sykmeldte på myndighetssiden. Fordi ansatte typisk tilhører ulike NAV distrikt, blir det mange NAV-veiledere på lokalkontorene å forholde seg til for arbeidsgiverne. De hadde alle erfaringer med at det er stor variasjon etter hvem de forholder seg til på NAV. Flere mente at de opplevde en strengere linje i NAV når det gjelder sykmeldte enn tidligere, mens andre mente at det ikke har vært særlig endringer de siste årene. Flere påpekte at NAV kunne ha vært en bedre bidragsyter i det å systematisk påpeke at arbeidstakerne også har noen plikter knyttet til sykmeldingen, som å bidra med å finne riktig tilrettelegging.

Gode støttesystemer

Disse virksomhetene var store og hadde dermed tilgang på gode støttesystemer som BHT, coachingtilbud og andre støttefunksjoner. Den ene virksomheten hadde som nevnt en omfattende kollegastøtteordning, mens to av de andre bedriftene har egne ressurspersoner på sykefravær som bistår ledere rundt i virksomheten i sykefraværsarbeidet.

NAV Arbeidslivssenter er viktig om de tilbyr riktig kompetanse

De som har en kontaktperson ved NAV Arbeidslivssenter som de opplever gjør en god jobb, mener at dette er en viktig støtte i arbeidet med sykefravær og inkludering. De som ikke har en kontaktperson med riktig kompetanse, mente naturlig nok at arbeidslivssentrene ikke har så stor betydning.

Årsaker til høyt sykefravær

Alle virksomhetene har enkeltavdelinger der sykefraværet er høyere enn andre steder. Nokså unisont forklarer de dette med svakheter i arbeidsmiljø og i ledelse.

Alle nevnte at noen blir sykmeldte fordi det er konflikter mellom ansatte, eller mellom ansatte og ledere. De mente tydelig at dette ikke er sykmeldingsgrunn og at sykmelding fører til at situasjonen vedvarer over lenger tid fordi legen sykmelder og tar den ansatte ut av situasjonen, heller enn å oppfordre den ansatte til å ta grep for å løse konflikten de er i. Små konflikter oppstår til stadighet i alle organisasjoner mente de, men det verste som skjer er at en av partene trekker seg ut av konflikten gjennom en sykmelding, heller enn å bli værende på jobb og bidra til løsning. Som den ene lederen sa, de ansatte må kunne forventes å takle små konflikter på en eller annen måte, uten at de trenger å bli diagnostisert og sykmeldt for det.

Unge og eldre

Flere av virksomhetene opplevde høyere korttidsfravær blant de unge arbeidstakerne. De mente at arbeidsmoralen kanskje var for lav noen steder, men de hadde satt ned tiltak for å følge de opp bedre. Med ett unntak mente lederne at unge oppleves å ha lavere terskel for korttidsfravær enn de som har passert femti. Den ene lederen hadde andre erfaringer, og mente at ungdommer i dag er veldig ordentlige og oppfører seg mye bedre enn ungdommen gjorde i egne oppvekstår, og at de heller ikke hadde mye unødvendig sykefravær.

Psykiske helseproblemer

Alle respondentene kom på ulike måter inn på temaet psykiske helseproblemer som årsak til sykefravær. Noen beskrev dette som en epidemi som var ute av kontroll, mens andre mente at

sykelønnsordningen brukes for å dekke opp alle mulige problemer som ikke er medisinsk begrunnet eller er innenfor sykdomsbegrepet.

Flere av disse lederne kom inn på at mange i befolkningen ikke er robuste nok til å tåle motstand, og at dette gir seg utslag i behov for sykmelding. Den ene lederen mente at de beste og mest robuste arbeidsfolkene, var barn av bønder. De var vant med å ta i et tak og de var robuste i forhold til å takle situasjoner i livet som alle før eller senere havner i. En annen mente at det er mye ensomhet i befolkningen, og at det ikke er alle som har en fortrolig å snakke med som kan bidra til at følelsene og tankene bearbeides på en god måte. Kollegastøtteordninger ble trukket frem som en mulig vei å gå for å gi ansatte som trenger det bedre støtte. De var tydelige på at de, som er store virksomheter, har mye større mulighet for å bygge opp mer robusthet og hindre ensomhet blant de ansatte, enn det de mange små virksomhetene kan klare.

Det var ingen av disse lederne som mente at "dette får det offentlige systemet ta seg av", og de så helt klart at de som arbeidsgivere hadde en sentral rolle i forhold til ansatte som sliter. Bekymringen med å overlate dette til offentlige tjenester, ble også av enkelte knyttet til behovet for økte skatter for å finansiere dette.

At ansatte sykmeldes med begrunnelse av "noe psykisk" synes de er vanskelig å forholde seg til som arbeidsgiver. De har liten forståelse for at legene sykmelder for lettere psykiske problemer når alt tilsier at de burde fortsatt i jobb for å ha noe som er stabilt i livet. Noen av disse virksomhetene har tegnet helseforsikring for sine ansatte, så løsningen blir ofte å tilby noen psykologtimer i tråd med den ansattes ønsker.

Forhold på arbeidsplassen eller private forhold

Disse representantene for arbeidsgiverne mente at sykefraværet ofte skyldes forhold på hjemmebane. Den ene lederen mente at det er stor forskjell på hvor mye folk forteller om sin egen hjemmesituasjon. Mens noen aldri forteller noe, er det andre som deler svært mye. De problematiserte i liten grad at de som arbeidsgivere fikk ansvar for hele livet til folk, noe som mange arbeidsgivere sa i begynnelsen av IA-avtaleperioden. Det virker å være en god forståelse for at de som arbeidsgivere må se hele mennesket og ikke bare ansatt delen. Flere reflekterte over at denne dreiningen hadde vi kanskje ikke sett uten IA-avtalen.

Mye tilrettelegging

Alle fortalte om mye tilrettelegging rundt enkeltpersoner som får helseproblemer. Generelt fikk vi inntrykk av at disse arbeidsgiverne var svært gode og hadde blitt profesjonelle på tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte. Store virksomheter har jo også større muligheter for

å finne passende oppgaver, og kan flytte folk til mindre belastende arbeidssituasjoner for en periode.

Grenser for tilrettelegging og gradering

Alle var tydelige på at det er grenser hvor mye de kan tilrettelegge, og at de i dag gjør svært mye for enkeltpersoner med behov. Gradering kan noen ganger være en løsning, men det er ikke mulig å få til i alle tilfeller, eller i alle deler av virksomhetene.

Norge som HMS-eksportør

Informantene kom fra store virksomheter med lokasjoner i flere land. I samtalene diskuterte vi om de i praksis eksporterte det norske HMS-systemet til lokasjonene i andre land. Og dette ser ut til å være tilfelle i alle virksomhetene i større eller mindre grad. Flere mente at de også eksporterte andre relevante elementer, som et verdibasert menneskesyn, skandinavisk lederstil og et utvidet arbeidsgiveransvar i forhold til situasjonen i mange andre land.

Legens rolle

Alle var enige om at legene er for slepphendte med sykmeldinger og at de burde være en bedre portvakt både for arbeidsgivers sykelønnsutgifter og for folketrygdens sykepengeutgifter. Vi diskuterte også om arbeidsgiver kunne hatt en større rolle i å avgjøre om sykmelding var nødvendig, men ingen mente at det var en god ide. Det ville innebære alt for stor risiko fordi den ansatte kunne ha medisinske tilstander arbeidsgiver ikke var i stand til å vurdere. Vi diskuterte også mulighet for egne bedriftsleger som kunne sykmelde eller vurdere sykmeldinger. De mente typisk at store virksomheter kunne hatt bedriftslege, men at de mange små og mellomstore virksomhetene ikke hadde rammer til å ansette egne bedriftsleger. Men de reflekterte også over om dette kanskje kunne være mer lønnsomt enn å kjøpe inn helseforsikringer og bruke private helsetjenester.

Konklusjonen i disse diskusjonene ble at legene har en rolle i sykmeldingsarbeidet som er viktig for arbeidsgiverne, men at de gjerne kunne sett at de ble strengere, særlig overfor de sykmeldte med lettere psykiske helseproblemer, der det er viktig å ikke gå passiv og alene med vanskelige tanker.

Diagnose og lengden på sykefraværet

Noen mente at det høres bra ut å innføre standarder på lengden på sykmeldingen etter diagnose, mens andre mente at dette blir for skjematisk og ikke har noe for seg. En viktig innvending som kom frem, var at det er viktig å ikke gjøre systemet for komplekst. Flere mente

at det er stor fare for at mer detaljerte regler påfører ordningen for stort byråkrati og detaljerte krav til alle parter, uten at det fører til lavere sykefravær.

Inkludering

Lederne uttrykte bekymring rundt unge som ikke kommer inn i arbeidslivet og for at mange lever av langvarige ytelser fra NAV. Flere av disse virksomhetene rekrutterte unge med lav utdanning. De andre mente at de hadde så mange ansatte selv som trengte tilrettelegging og oppfølging, at de ikke så et stort potensial i å inkludere mange nye utenfra.

Forebygging av sykefravær

Forebygging av sykefravær var tema i alle intervjuene. De fleste var enige om at forebygging av sykefravær må begynne tidlig, helst i barnehagene og i skolen. Som arbeidsgiver som følger opp sykmeldte og tilrettelegger mye for ansatte, mente den ene lederen at skolesystemet gjør for lite for å identifisere og dyrke enkeltindividets potensial, og for å tilrettelegge for elevenes ulike behov. Virksomhetene hadde ulike arbeidsmiljøtiltak som typisk hadde som mål å bedre trivsel og samhold, og dermed redusere sykefraværet. De mente at skolene burde jobbe litt mer slik som dem.

Oppsummering intervjuer

Dette er som beskrevet innledningsvis ikke et representativt utvalg av norske virksomheter, og det er NHO som har bestemt hvem vi skulle snakke med. Vi kan ikke ut i fra dette si at arbeidsgivere i Norge generelt er gode på forebygging av sykefravær, men dersom flere og flere arbeider på samme systematiske måte som disse virksomhetene, kan trolig norsk arbeidsliv forvente ytterligere nedgang i sykefraværet. Som alle disse lederne har forstått, handler det om å skape gode og trygge arbeidsplasser som gir produktive ansatte. SINTEF har over mange år gjennomført en rekke forskningsprosjekter i norsk arbeidsliv. Vi har intervjuet mange ledere og representanter fra arbeidsgiversiden i alle bransjer, og vi mener de aller fleste arbeidsgivere i Norge er seriøse og ønsker å bidra til at ansatte trives og presterer. Samtidig er det slik at de aller fleste arbeidstakere er seriøse og ønsker å bidra godt i jobben sin. Dette skaper et godt arbeidsliv og gir en stabilitet som alle tjener på. Vi må passe på at vi ikke lager ordninger som forsøker å forbedre de dårlige aktørene, men som ender opp med å straffe de gode. Dette gjelder både på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden.

3.3 Innspill fra arbeidsgiver- og arbeidstakerrepresentanter i Norden

I dette kapitlet ser vi på svarene fra representantene for både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden i de nordiske landene. De som har svart tilhører organisasjonene sentralt, og vi antar at det de beskriver om hvordan ordningene fungerer gir et reelt bilde av dagens situasjon. Svarene er oppsummert i de to neste tabellene og utdypinger følger etter tabellene.

Tabell 3.6 Fornøydhet med eget system, sykelønnsordningen

	Danmark	Finland	Island	Sverige	Norge
Er arbeidsgivere fornøyd med dagens system?	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
Er arbeidstakere fornøyd med dagens system?	Nei	Ja	Ja	Nei	Ja
Arbeidsgiveres meninger/krav	Karensdag og lavere kompensasjon	Karensdag og lavere kompensasjon	Stor økonomisk belastning på arbeidsgiverne, ønsker kortere varighet og lavere dekning	Redusert varighet på ytelsen Arbeidsgiver betaler for mye	Karensdag og lavere kompensasjon
Arbeidstakernes meninger/krav	Uverdigg behandling av syke mennesker, et system preget av mistro, som ofte er med på å gjøre dem sykere. 63 organisasjoner som alle opplever hvordan syke, utslitte mennesker med varig funksjonsnedsettelse ikke får hjelp. De har laget seks forslag til å forbedre reformen (Værdig Reform), Dagens ordning fører mange mennesker inn i meningsløs aktivering, utsiktsløse ressursforløp og ydmykende og langsom saksbehandling.	Bedre kompensasjon for langtidssyke, og at arbeidsgivere skal betale mer av sykefraværet. Noen sykmeldte opplever mistillit fra arbeidsgiver.	Ingen krav, stort sett fornøyd	Mange arbeidstakere har mistet rett på sykepenger, mye mer utrygg situasjon for mange. Altfor stivbente regler. Syke folk havner i fattigdom. Karensdagen fører til at de som ikke har råd til å tape inntekt går syke på jobben. Arbeidsevnen vurderes mot et fiktivt arbeidsmarked.	Ingen krav, stort sett fornøyd Opptatt av å beholde IA-avtalen.

Tabell 3.7 Fornøydhhet med eget system, oppfølgingsregimet

	Danmark	Finland	Island	Sverige	Norge
Er arbeidsgiverne fornøyde med oppfølgingsregimet?	Nei	Ja, men forbedringsmuligheter	Det er ikke noe regelverk rundt oppfølging av sykmeldte. Arbeidsgiver kan be om sykmelding	Bra at det er klare regler, men fungerer dårlig i praksis Ikke fornøyde med samarbeid rundt oppfølgingen	Ja, men forbedringsmuligheter
Er arbeidstakerne fornøyde med oppfølgingsregimet	Nei	Ja	Ja	Nei	Ja
Arbeidsgivers forhold til legene	Får ikke kontakt og ikke nok informasjon, legen er dårlig portvakt	Får ikke kontakt og ikke nok informasjon, legen er dårlig portvakt	Får ikke kontakt og ikke nok informasjon, legen er dårlig portvakt	Får ikke kontakt og ikke nok informasjon, legen er dårlig portvakt	Får ikke kontakt og ikke nok informasjon, legen er dårlig portvakt
Størst problem	Lettere psykiske helseproblemer	Lettere psykiske helseproblemer	Lettere psykiske helseproblemer	Lettere psykiske helseproblemer	Lettere psykiske helseproblemer
Mediefokus	Sykefraværet kobles sammen med problemer på arbeidsplassene. Sykefraværet omtales ofte som et problem blant personer som er ansatt i offentlig sektor, for eksempel eldrepleie, sykepleiere på sykehus og ansatte på skoler.	Sykefraværet er for høyt. Om det går opp eller ned. Sykefravær uten medisinsk grunnlag. En deprimert ordning.	Utbrenthet pga stress i arbeid og samfunn blir mer og mer vanlig. Fondet som dekker sykelønn krymper.	At arbeidsevnen vurderes generelt og ikke for jobben den sykmeldte har (180 dagers vurderingen) Psykiske helseproblemer blant kvinner. Syke kastes ut av ordningen og fattiggjøres. Kritikk av regjeringen.	Sykefraværet er for høyt. Om det går opp. Kvinnens sykefravær. Innspill på forslag til endringer fra ulike aktører.

Danmark

Arbeidsgivere i Danmark

Ønsker kortere arbeidsgiverperiode

Arbeidsgiverne ønsker kortere arbeidsgiverperiode enn 30 dager, og vil ha mulighet for refusjon tidligere. De ønsker typisk at arbeidsgiverperioden skal forkortes eller avskaffes.

Mener ytelsen fra det offentlige er for høy

Arbeidsgiverne mener det offentlige systemet er for generøst, og at ytelsene er for høye slik at arbeidstakerne ikke får incentiver til å komme tilbake i arbeid.

Mener varigheten er for lang

Det er i praksis ikke en varighetsbegrensning ifølge arbeidsgiverne. De mener at sykepenger skal være en midlertidig ytelse, og at det da må det være varighetsbegrensning.

Den sykmeldte bør ikke få velge bort tidlig innsats

Den sykmeldte medarbeider bør ikke kunne takke nei til tidlig innsats fra kommunen mener arbeidsgiverne. Vi har ikke undersøkt hvor hyppig dette forekommer.

Hva skriver media om sykefraværet i Danmark

Det er ifølge arbeidsgiverrepresentantene mye fokus på stress i samfunnet generelt og for flere yrkesgrupper spesielt. Stress brukes ofte som forklaring på et høyt sykefravær, og sykefraværet kobles til problemer på arbeidsplassene.

Sykefraværet omtales ofte som et problem blant personer som er ansatt i offentlig sektor, for eksempel innen eldrepleie, sykepleiere på sykehus og ansatte på skoler.

Bra med tidsfrister i oppfølgingen

Arbeidsgiverne er tilfredse med ventetiden fra arbeidsgiverne har meldt sykefravær hos en medarbeider til kommunene (senest i femte uke), og til kommunen går i gang med innsatsen (senest uke 8).

Mange kommuner å forholde seg til

Fordi det er kommunen der den ansatte bor som har ansvar for sykefraværsoppfølgingen, kan arbeidsgiver måtte forholde seg til mange forskjellige kommuner.

Stor variasjon mellom kommuner

I Danmark har arbeidsgiveren mulighet for å henvende seg til et jobbsenter (Jobcenter) i kommunen hvor den ansatte er bosatt. Men de opplever stor variasjon i kommunenes servicenivå overfor virksomhetene.

Leger må i større grad bidra

Arbeidsgiversiden mener at legene i større grad må bidra til at pasientene kommer raskt tilbake i arbeid. Særlig opplever de at legene gir lange sykmeldinger for tilstander der sykmelding ikke nødvendigvis er den beste behandlingen. De ønsker også muligheter for en "second opinion" fra en annen enn den sykmeldtes egen lege.

Arbeidstakere i Danmark

Mange har ikke rettigheter til full lønn under sykdom

Innstrammingene som kom i 2014 er en torn i øyet til alle fagforeningene, ifølge LO Danmark. Retten til full lønn under sykdom handler om den ansattes kontrakt og hvilke kollektive avtaler som gjelder. En stor andel av arbeidsstyrken har kun offentlig sykelønn eller rett til full lønn bare en kort periode.

Ønsker lenger varighet

Arbeidstakersiden ønsker at den høye kompensasjonen skal gis i hele sykefraværsperioden, og ikke bare i arbeidsgiverperioden.

Ønsker bedre og raskere arbeidsevnevurdering

Arbeidstakersiden ønsker bedre og raskere hjelp fra myndighetene for å avklare arbeidsevnen og jobbmulighetene. I dag opplever fagforeningene at alvorlig syke medlemmer blir "jaget ut i arbeidsutprøvinger og meningsløse ressursforløp".

Mer deltakelse i arbeidsliv for kronisk syke

Arbeidstakersiden ønsker bedre muligheter for å få hjelp til å delta i arbeidslivet (helt eller delvis) for de som er kronisk syke eller har varige funksjonsbegrensninger.

Mer tilgang til tidlig pensjon

Arbeidstakersiden ønsker bedre tilgang til tidligpensjon på grunn av sykdom og arbeidsuførhet, jf. kravene fra de 65 fagforeningene og brukerorganisasjoner for personer med ulike utfordringer (www.vaerdigreform.dk).

Mediesaker

Det siste året har det vært spesielt mye mediefokus på hvor vanskelig det er å få tidligpensjon ifølge arbeidstakersiden. De mener at mange alvorlig syke mennesker i dag står uten rettigheter, og den minste utsikt til bedret arbeidsevne brukes som argument for å avslå tidlig pensjon.

Oppfølging fra arbeidsgiver burde ikke være frivillig

Oppfølgingsregimet i Danmark er i praksis frivillig. Selv om det er lovbestemt at en arbeidsgiver må følge opp sykmeldte, har det ingen konsekvenser om de ikke gjør det. Men det er likevel mange arbeidsgivere som har utviklet rutiner som beskriver hvordan sykmeldte skal følges opp, eller hvordan de skal ta imot sykmeldte som kommer tilbake til jobb.

Rett til innsyn i sykehus journal

Når arbeidsgiver dekker mye av sykefraværet, kan det oppstå press i andre deler av systemet (helsevesen og trygdesystem), fordi arbeidsgiver får sterkere insentiver til å unngå sykefravær. I 2017 tok en fagforening en sak til høyesterett. Saken omhandlet en arbeidsgiver som krevde å få se sykehuspapirene til en ansatt som fikk full lønn under sykdom fra arbeidsgiver. Arbeidsgiveren vant saken, men Folketinget meldte raskt om endringer i regelverket for å begrense arbeidsgivers tilgang til slik dokumentasjon ifølge LO Danmark.

Fastlegens vurdering overprøves

Fra arbeidstakersiden er det et stort problem at fastlegens vurdering ofte overprøves av andre. I 2014 ble reglene endret slik at saksbehandler på jobbsentrene i kommunene måtte spørre om fastlegens vurdering i ulike situasjoner under sykefraværsperioden. Dette var til noe hjelp, men fortsatt blir fastlegens vurdering overprøvd av saksbehandler ifølge LO Danmark.

Manglende forståelse for tilretteleggingsbehov

LO Danmark forteller at arbeidstakere ofte opplever mangel på forståelse fra kolleger og ledere for behov for tilrettelegging på grunn av sykdom for en periode (deltid, endring i arbeidsoppgaver eller arbeidsmengde) eller varig tilrettelegging. Det statlige systemet som skal yte hjelp og støtte for å få en arbeidstaker til å stå i jobben om de får helseproblemer, oppleves av arbeidstakere å arbeide sakte, er byråkratisk og vanskelig å forstå.

Reformstorm i velferdsordningene

Velferdsordningene har vært utsatt for store innstramminger de siste ti årene i Danmark. Arbeidstakersiden opplever at de har gått fra velferd til arbeidsferd (welfare to workfare), og at de har endt opp med en lovgivning som gir systemet ansvar for å klargjøre innbyggernes arbeidsevne på nærmest uendelig basis. Dette er en av årsakene til samarbeidet i Værdig Reform mellom fagforeningene og brukerorganisasjonene.

Finland

Arbeidsgivere i Finland

Ønsker karensdager eller lavere kompensasjon

Mange arbeidsgivere, kanskje de fleste ifølge arbeidsgiverrepresentanten, ønsker en form for reduksjon i kompensasjonsgraden, enten gjennom karensdag eller for eksempel 80 prosent lønn heller enn 100 prosent som arbeidsgiverne nå betaler de første tre månedene, og i noen avtaler også lenger.

Ønsker å redusere sykefravær som ikke er legitimt

Arbeidsgiverne opplever at kompensasjonen er så høy at det er svake insentiver for ansatte både for å komme raskt tilbake til jobb og til å forebygge eget sykefravær. De mener også at redusert kompensasjon kan bidra til å redusere antall unødvendige sykefraværsdager, som enten ikke er basert på sykdom (for eksempel konflikter på arbeidsplassen) eller at de har et helseproblem som tilsier at de kan fortsette å arbeide dersom det tilrettelegges.

Mediesaker om sykefravær i Finland

De skriver om sykefraværet går opp eller ned ifølge arbeidsgiverrepresentanten. Media skriver også om den høye andelen psykiske plager (angst og depresjonssymptomer) i arbeidslivet, og alt sykefraværet som skyldes dette. De kobler det til kvaliteten på arbeidsmiljøet. Avisene spekulerer også på om alt sykefraværet egentlig er nødvendig sykefravær, eller om ansatte hevder de er syke eller overdriver symptomene for å få betalt fri fra jobb.

Fornøyd med oppfølgingsrutinene

Arbeidsgiverne er generelt fornøyd med reglene for oppfølging av sykmeldte. De er pliktig til å gi beskjed til BHT når den ansatte har vært borte eller kommer til å være borte fra jobb i over 30 dager. Når sykefraværet har vart i 60 dager, skal legen vurdere behov for rehabilitering, men dette gjøres ikke alltid ifølge arbeidsgiverrepresentanten. Når en person har vært sykmeldt i 90 dager, skal bedriftslegen, arbeidsgiveren og arbeidstakeren sammen vurdere gjenværende arbeidsevne og muligheten for å komme tilbake til jobb.

Dersom denne vurderingen ikke er gjort og dokumentert, kan myndighetene stoppe utbetalingen av sykepenger. Kvaliteten og nøyaktigheten av disse vurderingene varierer i stor grad, og det er ikke alltid de er gjort sammen med arbeidsgiver ifølge representanten for arbeidsgiverne.

BHT følger opp, mindre behov for fastlegen

Bedriftshelsetjenesten har en stor rolle i finsk arbeidsliv. I de fleste tilfeller inkluderer BHT også en medisinsk tjeneste som ansatte frivillig kan tilknytte seg, eller som betales av arbeidsgiver. Dette betyr at bedriftsleger og sykepleiere har en stor rolle i oppfølgingen av sykmeldte. Fastlegen er egentlig ikke involvert i sykefraværarbeidet, men har mer fokus på å vurdere uførhet og skrive ut sykmeldinger.

Yrkesrettet attføring er tilgjengelig

BHT har en stor rolle i tilbakeføring til arbeid, men dersom det er langsiktige helseproblemer eller det kan se ut som det går mot varig arbeidsuførhet, er det spesielle tjenesteytere som er tilgjengelig. I tillegg vil pensjonsforsikringsaktører delta aktivt i å støtte retur til arbeid gjennom arbeidsrettet attføring.

Ikke-medisinske årsaker som sykmeldingsgrunn

Sykmeldinger som leger skriver ut uten at det er en medisinsk årsak som ligger til grunn, er krevende for arbeidsgiver. Begrunnelsene kan være konflikter på arbeidsplassen, trøbbel på hjemmebane, dødsfall og andre hendelser som ikke gir rett til betalt sykmelding. En enda viktigere sak ifølge arbeidsgiverrepresentanten, er de lange sykefraværene som skyldes muskel- og skjelettproblemer og psykiske helseproblemer. Der den riktige og mest effektive behandlingen er ifølge arbeidsgiverrepresentanten (som er lege), en kort sykmelding og en planlagt, rask tilbakekomst til arbeid – støttet av nødvendig tilrettelegging på arbeidsplassen.

Arbeidstakere i Finland

Arbeidstakere er generelt fornøyd med dagens ordning

Arbeidstakerne i Finland er generelt fornøyd med full lønn ved sykdom i tre måneder eller mer. Kollektive avtaler bestemmer hvor lenge de får sykelønn. Sykepengene ligger lavere enn sykelønnen, og arbeidstakersiden ønsker at perioden med full lønn skal forlenges, og at ansatte som får behov for fravær utover perioden med full lønn får en høyere kompensasjon.

Arbeidsgivere burde dekke mer

Arbeidstakerrepresentantene mener at dersom det skulle vært gjort endringer, burde arbeidsgiver betale en større del av kostnadene knyttet til sykepenger, slik at de fikk sterkere insentiver til forebygging.

Media om sykefravær

Media skriver ofte om at sykefraværet er for høyt ifølge arbeidstakerrepresentanten, eller at ansatte har sykefravær uten medisinsk årsak og overskrifter som "Offentlig ordning er deprimert" forekommer.

Oppfølgingsregimet er bra

Fastlegene har generelt ikke en rolle i oppfølging av sykmeldte, men dette gjøres av arbeidsgiver og BHT. BHT og bedriftslegen kan også støtte ansatte på arbeidsplassen, og ikke bare arbeidsgiverne.

Mistillit kan forekomme

I de fleste tilfellene er det ikke noen problemer knyttet til sykefravær. Men det kan forekomme at en arbeidsgiver ikke aksepterer et sykefravær, og ikke tror på de ansatte som oppgir at de er syke. Eller når en arbeidsgiver krever at en ansatt skal komme på jobb når de har en sykmelding.

Island

Arbeidsgiverne på Island

Arbeidsgivere har for stor belastning

Mange arbeidsgivere, spesielt små og mellomstore virksomheter, mener at dagens regler påfører dem for store kostnader. På Island må arbeidsgiverne bære nesten hele sykelønnskostnaden, og de får ingen refusjon fra staten for ordinært sykefravær og skader som ikke er arbeidsrelatert. Når det er arbeidsrelaterte ulykker får de noe støtte fra staten, men dette dekker bare en liten andel av utgiftene som påløper. Arbeidsgiveren betaler også en prosent av ansattes lønn inn i et fond som drives av fagforeningene. Totalt er ordningen altfor kostbar for arbeidsgiverne, slik de ser det.

Kompensasjonen er for høy

Det er ingen karensdager i den islandske ordningen, og den ansatte får full lønn den første måneden av sykefraværet, inkludert overtidsbetalinger og bonuser. Mange arbeidsgivere ønsker at det ikke skal være full lønn.

Varigheten er for lang

Mange arbeidsgivere mener at en måned med full lønn er for lenge, og ønsker at de skal ha ansvar en kortere periode. Den ansatte tjener opp rett til sykelønn over tid, to dager for hver arbeidet måned. Den ansatte har derfor rett til to dager etter første måneden som ansatt, fire dager etter to måneder etc. Sykefraværsrettighetene kan være tre til fire måneder etter fire år som ansatt, opptil seks måneder etter ti år i noen kollektive avtaler. Full lønn fra arbeidsgiver og i tillegg tre måneder ved arbeidsrelatert skade. Rettighetene til fagutdannede bygningsarbeidere, er basert på hvor lenge de har vært i denne typen arbeid. Etter arbeidsgiverperioden er kompensasjonen lavere, men den totale rettigheten til lønn under sykdom er 12 måneder uavhengig av type sykdom.

Vanskelig med tvilsomme sykmeldinger

Mange arbeidsgivere klager også over at de ikke har noen virkemidler tilgjengelig ved tvilsomme sykmeldinger. Noen virksomheter har svært mye korttidsfravær, og dette er mer vanlig i bedrifter med en høy andel ufaglærte og lavtlønte ansatte. Mange arbeidsgivere opplever at ansatte ser på sykedagene som betalt ferie. Det synes også å være en kultur for at ansatte som mottar oppsigelse går rett til legen og får en sykmelding, slik at de får tatt ut alle sykefraværsdagene de har opparbeidet rettigheter til, i løpet av oppsigelsesperioden.

Mediesaker om sykefravær på Island

Sykefravær er et hyppig tema i nasjonale media og sakene har typisk to vinklinger: a) Utbrenthet på grunn av stress i arbeidsliv og samfunn blir mer og mer vanlig og b) Sykepengefondene til fagforeningene tømmes.

Har ikke oppfølgingsregime

Det er ikke noen regler for hvordan sykmeldte skal følges opp på Island. Arbeidsgiver kan alltid kreve en legeerklæring på vanlig vis, og denne er grunnlaget for arbeidsgiverens plikt til å betale sykelønn. Arbeidsgiverne kan betvile legeerklæringen om den ikke er korrekt utfylt. I de kollektive avtalene for kontorarbeidere og betjening, kan arbeidsgivere kreve at den ansatte må ha en sykmelding fra bedriftslegen.

Fastlegen er dårlig portvakt

Arbeidsgiverne mener det er for lett å få sykemelding i dag, og at legene ikke er en barriere for fravær dersom den ansatte ikke ønsker å gå på jobb. Arbeidsgiverne opplever at det er svært vanskelig å utfordre en sykmelding fra legen.

På Island kan virksomhetene kjøpe tjenester fra bedriftsleger eller folkehelseaktører. De kan søke om tjenester fra arbeidsrehabiliteringsfondet (VIRK) om de får langtidssyke.

Arbeidstakerne på Island

Generelt fornøyd

Arbeidstakerne er generelt fornøyd med sykelønnsordningen de har på Island. De er fornøyd med at de får sykelønn fra arbeidsgiver, og at tapte inntekter for langtidssyke dekkes av VIRK.

Lenger varighet for de med dårligst dekning

For de som har kun en måneds varighet på perioden med full lønn, ønsker arbeidstakersiden en lenger periode med full dekning.

Lang ventetid på sykehusbehandling

Arbeidstakerne mener en av utfordringene for arbeidstakerne som blir syke, er at det er lang ventetid på sykehusbehandling og på andre ressurser.

Sverige

Arbeidsgivere i Sverige

Ordningen mangler maksimal varighet

Sverige endret sykelønnsordningen i 2008 og grensen på maksimal varighet på sykefraværet ble da satt til to og et halvt år. Denne grensen ble fjernet i 2016 og det er i dag i praksis ingen øvre grense for lengden på sykefraværet ifølge arbeidsgiverne. De observerer en økning i det lange fraværet, og mener det bør være en øvre grense.

Ingen vurderingskrav etter ett år sykmeldt

I 2008 ble også rehabiliteringskjeden etablert, og det kom et tydelig regelverk som knyttet sammen retten til sykepenger med vurdering av arbeidsevnen på faste vurderingstidspunkt. Arbeidsgiverne mener at en svakhet med dette systemet, er at reglene heller ikke nå er tydelig nok og at det ikke er noen vurderingskrav om sykefraværet varer over ett år.

Arbeidsgiverne betaler for mye

Arbeidsgiverne mener de betaler for mye for sykefraværet i dag. De mener det er lenge å betale de 14 dagene med sykelønn fordi de allerede har store kostnader knyttet til sykefravær som

produksjonsbortfall og vikarkostnader. I tillegg er de med å finansiere trygdeavgiftene gjennom arbeidsgiveravgiften og har kostnader knyttet til kollektive avtaler.

Nye krav til arbeidsgiverne

Fra juli 2018 har arbeidsgiverne fått enda større ansvar og skal senest dag 30 opprette obligatorisk rehabiliteringsplan.

Arbeidsgiverne opplever at dette er et veldig firkantet system, og det burde ikke være nødvendig å gjøre dette for alle som er sykmeldt i 30 dager. Det er ikke krav om noe møte, men at arbeidsgiveren skal planlegge tilbakegang til arbeid (friskmelding) for alle som er sykmeldt i 30 dager. Men legene skriver utilstrekkelige legeerklæringer og de mangler ofte informasjon om hvordan arbeidsevnen reduseres på grunn av sykdom. Uten slike opplysninger mener arbeidsgiverne at de har få muligheter til å ta vare på arbeidsevnen som gjenstår. Arbeidsplassorientert rehabilitering blir vanskelig å implementere, og den obligatoriske rehabiliteringsplanen blir vanskelig å utvikle når nødvendig informasjon mangler.

Små arbeidsgivere er beskyttet

Små arbeidsgivere er beskyttet mot for store utgifter til sykepenges ved at de automatisk får tilbake penger via sin skattekonto om de overskrider et visst nivå. Virksomhetens totale lønnskostnader brukes for å beregne erstatningen, og det gis erstatning for den delen av sykelønnskostnadene som overstiger 0,5-1,5 prosent av virksomhetens totale lønnskostnad. Maksimal erstatning er satt til 250 000 kroner per år per virksomhet. Erstatningen er differensiert og høyere erstatning gis til mindre bedrifter. Virksomheten rapporterer hvor mye de har betalt i sykelønn til skatteverket, og Forsikringskassen beslutter om de skal betale erstatning til virksomhetene basert på om de har sykelønnskostnader som er høyere enn 1,5 prosent av den totale lønnskostnaden. Erstatningen blir kreditert skattekontoen til virksomheten. Dette foregår automatisk mellom skatteverket og trygdeverket gjennom digitale løsninger. Arbeidsgiverne er fornøyde med denne ordningen.

Hva er typiske mediesaker om sykefravær?

Det handler ofte om negative oppslag om beslutninger som forsikringskassen gjør i rehabiliteringsløpet, spesielt ved vurderingen etter 180 dager. Det er slik at forsikringskassen vurderer om de har arbeidsevne generelt, ikke bare til jobben de har i dag. Arbeidstakere kan nektes sykepenges om forsikringskassen konkluderer med at de har arbeidsevne i normalt tilgjengelig arbeid i arbeidsmarkedet.

For arbeidstakere som etter medisinsk behandling/rehabilitering sannsynligvis kan komme tilbake i arbeid innen ett år, kan 180 dagsprøvingen skyves på til dag 365. Disse sakene handler mest om de som har sykepengen over ett år.

Arbeidsgiverrepresentanten mener at et problem med media er at de anser sykelønnsordningen som en yrkesforsikring, heller enn en inntektssikring ved bortfall av lønn.

Det skrives også en del om psykisk uhelse, særlig gjelder dette kvinner og det er ofte lange sykmeldinger. Arbeidsgiverne opplever at den psykiske uhelsen ofte koples til arbeidsplassen av media, men det er ikke alltid det bare er arbeidslivet det handler om. Ofte er det private årsaker, eller en kombinasjon av private og arbeidsplassrelaterte årsaker.

Bra med vurderingspunkter, men samarbeidet fungerer dårlig

Arbeidsgiverne er fornøyde med at det skal gjøres vurderinger av den sykmeldtes arbeidsevne på faste tidspunkt, og at det er relativt tydelig avklart ansvarsforhold. Men de mener at den strukturerte oppfølging der forsikringskassen er ansvarlig for å samarbeide med helsevesenet, arbeidsgivere og arbeidstakere, ikke fungerer bra. Arbeidsgiverne kan ikke gjøre forsikringskassens jobb, og dette fører til at innsatsen ikke settes inn og sykmeldingene blir unødvendig langvarige.

I følge arbeidsgiverrepresentanten synes Forsikringskassen å være mest opptatt av å følge regelverket og å være portvakt, og tar i for liten grad ansvar for koordineringsrollen.

Forsikringskassen skal kalle inn til et møte for å klargjøre rehabiliteringsbehov og planlegge tilbakegang til arbeid, men de gjør det ifølge arbeidsgiveren sjelden. Dersom for eksempel arbeidsgiver mener det er behov for arbeidstrening, er det lite arbeidsgiver kan gjøre dersom ikke forsikringskassen tar dette videre fordi det er Forsikringskassen som fatter beslutning om det skal gis rehabiliteringspenger ved arbeidstrening. Det er ikke mulig å motta sykepenge når de er i arbeidstrening.

Vanskelig når arbeidsgiver ønsker kontakt med legen

Et annet problem er når arbeidsgiver ønsker kontakt med helsevesenet, dette er svært vanskelig å få til. Arbeidstakerne må godkjenne at helsevesenet deler informasjon med arbeidsgiveren, men det er vanskelig når arbeidstaker ikke ønsker at arbeidsgiver skal få tilgang til informasjonen. Arbeidsgiverne kan snakke med og informere legene, men legene trenger ikke å

svare. Mange leger har ikke forstått dette, og henviser til pasientkonfidensialitet ifølge arbeidsgiverrepresentanten.

Legeforbundet og arbeidsgiverne samarbeider ikke formelt. Men det skal nå opprettes en ny rolle i helsetjenesten, med en rehabiliteringskoordinator, som i dag kun finnes noen steder. Alle lenene/fylker skal ha dette fremover. De skal jobbe både internt i helsevesenet og eksternt mot blant annet arbeidsgiverne, med fokus på å få sykmeldte tilbake i arbeid.

Legene følger ikke opp

Representanten mener det er store problemer på legeområdet, og hovedproblemet er at de ikke forstår at de må vurdere arbeidsmulighetene, og ikke bare beskrive sykdom i legeerklæringene. Legeerklæringene er ofte for dårlig utfylt, og det er ikke nok å være syk. Arbeidsgiverne mener de må ha mer informasjon for å kunne utføre de rehabiliteringspliktene som de er pålagt, men også for å vurdere retten til sykelønn som de i Sverige er pålagt å gjøre.

Det ble innført en anbefalt lengde på de somatiske diagnosene (beslutningsstøtte), og sykmeldingene ble kortere. Det er også innført anbefalt lengde på psykiske diagnoser, men legene følger ikke anbefalt lengde og fraværene blir lange, ifølge arbeidsgiverne. Forsikringskassen trenger legeerklæring som begrunner hvorfor legen avviker fra anbefalt lengde på sykmeldingen, og må be legen om mer informasjon. Legene opplever at de overstyres av Forsikringskassen.

Fra BHT til helseforsikring og behandling

Bedriftshelsetjeneste er ikke obligatorisk, men skal være behovsstyrt. Om virksomheten ikke har egne ressurser, må de kjøpe dette i det private markedet. En undersøkelse som arbeidsgiverorganisasjonen har gjort, viste at 80 prosent av virksomhetene kjøper helse- og arbeidsmiljøtjenester, 60 prosent kjøper medisinske helsetjenester privat og 40 prosent har private helseforsikringer. De som ikke kjøpte tjenester, hadde gode forklaringer (nye virksomheter, mellom to avtaler etc.).

Mange kjøper psykologbehandling til sine ansatte, uavhengig av årsak til problemene. 1. juli 2018 kom nye skatteregler slik at skatteverket kobles i forhold til grensen for rehabiliteringsansvar. Arbeidsgiverne har ikke medisinsk ansvar, men det er dårlig tilgang på helsetjenester (ventetidene har fordoblet seg de siste årene), og arbeidsgiverne tvinges til å kjøpe private helsetjenester selv om de ikke har et medisinsk ansvar.

Det har vært fremmet kritikk om at utstrakt bruk av helseforsikringer fører til økte sosiale forskjeller. Analyser Svensk Försäkring har gjort, viser at dette ikke først og fremst er et høyinntektsfenomen. Majoriteten av ansatte som har arbeidsgiverbetalt helseforsikring er mennesker med lav og middels inntekt. Tidligere var det et fåtall på arbeidsplassen som var forsikret, for eksempel ledergruppen. Men i dag får alle ansatte tilbud om helseforsikring, og det er ikke lenger en rask tilgang til medisinsk behandling for eliten ifølge arbeidsgiverrepresentanten.

Det er særlig små virksomheter som ikke har anledning til å vente på behandling i offentlig helsevesenet, og velger derfor å kjøpe private tjenester til den sykmeldte.

Mye av kostnadene går til psykologbehandling og rusbehandling.

Vanskelig når de ikke kan fortsette i samme jobb

For ansatte som har redusert arbeidsevne i nåværende jobb, men som kan fungere bedre i en annen jobb, får lite støtte av systemet for å bytte jobb ifølge arbeidsgiverrepresentanten som mener systemene rundt personer med redusert arbeidsevne må utvikles og forbedres.

De uten jobb faller utenfor

Den allmenne forsikringen er koblet til arbeid og inntektsbortfall. For at flere skal få en reell trygghet, kreves det derfor at flere kommer inn på arbeidsmarkedet. Sverige er i høykonjunktur, men ledigheten er høy blant innvandrerne. Dette er et punkt det må arbeides bedre med fremover, ifølge arbeidsgiverrepresentanten.

Setter av midler til forskning

Partenes eget forsikringsselskap – AFA Försäkring (eiet av arbeidsgiverorganisasjonen Svenskt Näringsliv, LO og PTK (27 fagforbund) setter av 150 millioner årlig for forskning på arbeidsmiljø og helse. AFA har både åpne forskingsutlysninger og programsatsinger. Den siste programsatsingen handler om unges uhelse, særlig psykisk uhelse. De mener at mange unge er dårlig rustet for arbeidslivet, og de sliter med mye. Utlysningen ble bestemt fordi det finnes lite forskning på dette, og det er store kunnskapshull som må utforskes.

Arbeidstakere i Sverige

Svært kritisk til store deler av sykeforsikringen

De forandringene som Sverige gjorde under den forrige borgerlige regjeringen er et svært dårlig forbilde, ifølge arbeidstakersiden. De sier de har sett svært mange av fagforbundenes medlemmer bli så syke at de ikke kan arbeide, men likevel mister retten til sykepenger. Det nyliberalistiske systemskiftet som skjedde i Sverige i arbeidsledighetsforsikringen (2007) og sykeforsikringen (2008) har ifølge arbeidstakerrepresentanten ført at svenske lønsmottakere har fått en mye mer utrygg situasjon.

Samtlige faglige sentralorganisasjoner (LO, TCO og SACO) påpeker store mangler i dagens ordning.

For stivbente regler i forhold til tiden det tar å bli frisk

Tidsgrensene når arbeidsevnevurderinger skal gjøres senest på sykedag 90, 180 og 364 er for stivbente for den som har behov for sykepenger.

Blir vurdert mot et teoretisk arbeidsmarked

Forsikringskassen vurderer arbeidsevnen på noen vurderingstidspunkt mot det som i praksis er et fiktivt arbeidsmarked og ikke mot det faktisk eksisterende arbeidet. Det er nylig satt ned en statlig utredning for å se på dette. Dette gjør at mange lønsmottakere som i dag rammes av sykdom og ikke kan arbeide, fattiggjøres. Dessuten tvinges alt for mange lønsmottakere i dag til å fylle ut den allmenne forsikringen med kollektivavtalt erstatning, ettersom innteksttaket i den allmenne forsikringen er for lav.

For strenge kvalifikasjonskrav i ordningen

Kvalifikasjonskravene til sykelønn er for strenge mener arbeidstakersiden. I dag har sannsynligvis Sverige de strengeste kvalifikasjonskravene i OECDs for sykelønn og førtidspensjon (SOU 2009:89, s. 277). De misforholdene som ligger i den allmenne sykeforsikringen påvirker også den avtalte, fordi disse er koblet sammen. Grunnproblemet finnes i den allmenne forsikringen og lovgrunnlaget bak denne ifølge arbeidstakerrepresentanten.

Ønsker konkrete endringer i den allmenne sykeforsikringen

Arbeidstakersiden ønsker følgende endringer:

1. Tidsgrensene for vurderinger av arbeidsevnen må endres og bli mindre stivbente, dvs. individuelle tilpasningsmuligheter må kunne hensyntas

2. Kravene ved tidsgrensene må balanseres slik at de i større grad treffer de som kan levere rehabilitering og tilbakeføring til arbeid. I dag er kravene altfor ensidig rettet mot den enkelte sykmeldte
3. Forsikringskassen arbeidsutprøving må forandres slik at den prøves ut mot eksisterende arbeid, og ikke som i dag, mot det som i praksis er en teoretisk/fiktiv arbeidsmarked.
4. Inntektstaket i sykeforsikringen må heves og kobles til lønnsutviklingen og ikke til prisutviklingen som i dag. Målet bør være at 80 prosent av lønnstakerne skal få 80 prosent av lønnen ved sykdom, i dag gjelder dette bare for ca. halvparten av lønnstakerne.
5. Karensdagen i sykeforsikringen bør avskaffes helt. Denne fører til smittespredning og til at lønnstakere avstår fra sykmelding når de er syke av økonomiske hensyn og kan dermed risikere egen helse og potensielt andres.
6. Kvalifikasjonskravene må gjøres rimeligere og mindre strenge, så de langtidssyke gis økonomisk trygghet
7. Arbeidsgiverne må få tydeligere krav på seg til å forebygge helseproblemer og forenkle rehabiliteringen og tilbakegang til arbeid. De arbeidsgiverne som ikke tar dette ansvaret, bør kunne rammes av merkbare økonomiske sanksjoner.

Hva er typiske mediesaker om sykefravær?

I den senere tiden har media i Sverige i større utstrekning blitt oppmerksom på at mange syke kastes ut av ordningen og fattiggjøres. Regjeringen har fått kritikk for manglene i sykelønnsordningen. Denne kritikken har pågått siden den borgerlige regjeringen gjorde omfattende endringer og nedskjæringer i sykeforsikringen i 2008. Den rødgrønne regjeringen (2014-2018) har ikke hatt flertall for å gjøre endringer, og har derfor i media også blitt rammet av kritikken i sykeforsikringen.

Norge

Arbeidsgivere i Norge

Ønsker karensdag, men vil ikke betale mer av fraværet

Mange arbeidsgivere ønsker et system der ansatte ikke er fullt kompensert som i dag. Mange tar til orde for en eller flere karensdager, og redusert kompensasjon på lenger fravær. Arbeidsgiver betaler kun de første 16 dagene, og få ser ut til å støtte et system hvor arbeidsgiverne betaler mer.

Media om sykefravær i Norge

Det er noen tema som går igjen a) at Norge har den generøse ordningen i verden, og verdens høyeste sykefravær, b) at kvinner er mye mer sykmeldt enn menn c) at sykkelønnen må strammes inn fordi det er overforbruk d) forslag til endringer i ordningen fra ulike aktører.

Generelt fornøyd med oppfølgingsregimet

I Norge må arbeidsgiver sørge for at en oppfølgingsplan utarbeides innen 4 uker og innkalle et møte med arbeidstaker innen 7 uker. Arbeidsgiver må tilpasse arbeidet til arbeidstaker så mye som mulig og bidra til løsninger som hindrer unødig sykefravær.

Arbeidsgiver må også delta i et dialogmøte innen 26 uker på det lokale NAV-kontoret og må sende en oppdatert plan til NAV før møtet. Mange arbeidsgivere opplever at det er nyttig å ha et strukturert oppfølgingsregime slik at de vet hva de skal gjøre på ulike tidspunkt. Men små arbeidsgivere som sjelden opplever langtidsfraværstilfeller kan synes det er vanskelig å vite hva de skal gjøre når ansatte blir langtidssyke. Før oppfølgingsregimet ble implementert (gradvis siden 2001), kontaktet arbeidsgiverne sjelden ansatte som var sykmeldt. I dag vil det være unaturlig for arbeidsgivere å ikke ringe eller følge opp sykmeldte.

For enkelt å bli sykmeldt

Mange arbeidsgivere opplever at det er for enkelt å få sykmelding fra fastlegen. Den vanlige holdningen er at det er den ansatte som bestemmer om de skal være sykmeldt, og ikke legen. Fastlegene bekrefter til en viss grad at dette er tilfelle, og at de ikke kan gjøre annet enn å lytte til det pasienten sier. Legene har høy arbeidsbelastning og mange syke pasienter, som er mye sykere enn de som trenger en sykmelding, som de må prioritere.

Flere aktører som bidrar i oppfølgingsarbeidet

Både NAV Arbeidslivssenter og BHT (for de med BHT-plikt) bistår arbeidsgiveren i oppfølging av sykmeldte.

Få virkemidler for arbeidsgiverne

Arbeidsgiverne erfarer ofte at de slipper opp for muligheter når ansatte blir sykmeldt og ikke ønsker tilrettelegging for å kunne klare å arbeide.

NAV og legene tviholder på arbeidsgiver

Arbeidsgiverne opplever at selv om både den ansatte, legen, NAV og leder mener at den ansatte ikke kommer til å returnere til jobben de er sykmeldt fra, er det sjelden noen tar grep før sykepengere rettighetene er brukt opp.

Tett oppfølging er viktig

Mange arbeidsgivere forstår at oppfølging av sykmeldte og aktivt forebyggingsarbeid er viktig for å holde sykefraværet lavt. Andre skylder på at legene ikke er strenge nok, og på den generøse sykelønnsordningen som gjør at ansatte har lav terskel for å bli sykmeldt.

Arbeidstakere i Norge

Full lønn under sykdom er viktig

Arbeidstakere i Norge er generelt fornøyd med sykelønnsordningen som gir 100% inntektskompensasjon fra første fraværsdag. Den siste karensdagen ble fjernet i 1978, og hovedbegrunnelsen var at den var urettferdig fordi mange arbeidstakere hadde bedre avtaler med sine arbeidsgivere.

Ikke nødvendig med endringer

Den norske sykelønnsordningen er et viktig sikkerhetsnett for inntektsbortfall ved sykdom og bidrar til høy sysselsetting og til at mange ønsker å delta i arbeidslivet. Sysselsettingen er avhengig av gode sikkerhetsordninger som hindrer usikkerhet og at risikoen legges på den enkelte. Universelle ordninger som gjelder alle er mest rettferdig og minst byråkratisk.

Ikke store innvendinger til oppfølgingsregimet

I begynnelsen av IA-avtalen, da sykefraværsoppfølgingsregimet gradvis ble implementert, var arbeidstakersiden skeptisk til at arbeidsgiveren skulle kunne ta kontakt med den sykmeldte. Nå har det blitt vanlig at arbeidsgiveren har tett kontakt med sykmeldte, og det er lite protester fra arbeidstakersiden på dette området i dag.

Fastlegen fungerer bra for arbeidstakerne

Før sommeren 2014 skulle fastlegen delta på Dialogmøte 1 sammen med den sykmeldte og arbeidsgiveren. Dette gikk greit i de fleste tilfeller, men det gjorde lite fra eller til at legen deltok. Dette er fordi de fleste sykefraværstilfeller går greit å håndtere for arbeidsgiver. I noen tilfeller ble møtet holdt under forutsetning av at legen ikke fikk snakke om helsesituasjonen til den sykmeldte (den sykmeldte gav ikke legen fritak fra taushetsplikten), og da førte heller ikke

dialogmøtet til en raskere avklaring. Dette var typisk tilfeller der arbeidsgiver ikke mente det var behov for sykmelding og fordi arbeidstaker kunne velge hva som ble delt, betydde det ikke så mye fra eller til for situasjonen. Dette ble endret også fordi det var en ressurskrevende ordning, og mange unødvendige møter ble holdt. Dersom den ansatte ønsker det, kan legen bli med på møte med arbeidsgiver også slik det er i dag.

Bedriftshelsetjenesten er ikke alltid tilgjengelig for de ansatte

Bedriftshelsetjenesten oppleves noen steder å være en lederstøtte heller enn en fri og uavhengig aktør som skal bistå begge sider.

Mistenksomhet

Mestringsfølelsen kan oppleves svekket hvis det blir nødvendig med sykefravær (dobbel byrde av å være syk og ikke i stand til å jobbe, redusert selvtillit osv.) I noen tilfeller kan arbeidstakere oppleve mangel på forståelse for årsaken til sykefraværet på arbeidsplassen (kollegaer eller ledere), og at de mistenkes for å ikke være syk, men bare vil ha fri fra jobb.

LO har lagt til under "annet" at de er opptatt av å bevare IA-avtalen, og at de har fokus på annet enn sykefravær og at seniorbiten av avtalen også er viktig.

4 Diskusjon

Hensikten med denne rapporten er ikke å sammenlikne nivået på sykefraværet i disse landene eller å foreslå endringer i den norske sykelønnsordningen, men å fremskaffe kunnskap om oppfølgingsregimene de ulike landene har valgt. Dette betyr for eksempel at vi ikke har sett på hvor mye arbeidstakerne og arbeidsgiverne betaler inn i ordningene gjennom skatter og avgifter, og utgiftene de offentlige systemene har ved ordningene. Dersom ordningene skal sammenliknes, må dette være blant elementene som vurderes.

4.1 Systemene for sykefraværsoppfølging i de ulike landene

Vi finner at det er svært ulike systemer for oppfølging av sykmeldte i de inkluderte landene. I Nederland er det iverksatt et omfattende regime for oppfølgingen, og arbeidsgiver har et stort ansvar og dekker alle kostnadene de første to årene. Etter seks ukers sykmelding, er arbeidsgiver pliktig til å leie inn en sertifisert bedriftslege for å analysere problemet som gir sykefravær. Innen åtte uker må arbeidsgiver og arbeidstaker utarbeide en plan for at den ansatte skal komme tilbake i arbeid, og planen må inkludere tilretteleggingstiltak og friskmeldingsplan. Dersom den ansatte fortsatt er sykmeldt etter ett år, må arbeidsgiver tilby den sykmeldte en annen jobb i en annen organisasjon. Dette gjøres ofte ved å leie inn en "reintegrasjonsaktør". Dersom den ansatte ikke er tilbake etter to år, kan det søkes om uføretrygd fra det offentlige systemet.

Danmark har valgt en helt annen modell, der det er kommunale jobbsenter som har ansvar for oppfølging av sykmeldte. Arbeidsgiver har fortsatt plikter, og må invitere den sykmeldte til et møte for å diskutere situasjonen, og de må lage en plan for tilbakekomst til arbeid (reintegrasjon). Etter åtte uker kan den ansatte be arbeidsgiver om en plan for å bli værende på arbeidsplassen. Etter åtte uker krever jobbsenteret en medisinsk erklæring uavhengig om arbeidsgiver har fått dette tidligere. For å ha rett til sykepenger, må den sykmeldte snarest mulig prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet som jobbsenteret foreslår. Arbeidsgiverne i Danmark må forholde seg til jobbsenteret i den kommunen den ansatte bor, og de opplever stor variasjon i kommunenes servicenivå overfor virksomhetene. Fagforeningene oppgir at innstramningene som ble gjennomført i 2014 gir en situasjon der syke mennesker blir jaget ut i arbeidsutprøvinger og meningsløse ressursforløp. Det har samtidig blitt veldig vanskelig å få innvilget tidligpensjon eller uføretrygd for syke mennesker, og dette har ført til at 65 fagforeninger og mange brukerorganisasjoner har gått sammen for å få endret reglene.

Se til Sverige, sier mange i Norge. Det synes å være en utbredt misforståelse at fordi Sverige har en karensdag og 80 prosent lønn ved fravær, fikk de en sterk nedgang i sykefraværet i perioden 2002-2011. Men Sverige fikk karensdagen i 1993 og dette gav en kortsiktig nedgang, før

sykefraværet igjen økte frem til 2002. Kompensasjonsnivået er endret flere ganger, men det er ikke noen tydelig sammenheng mellom kompensasjonsnivået og nivået på sykefraværet i Sverige [54]. Forskerne konkluderer med at folkehelseindikatorer som alkoholsalg og faktorer relatert til arbeidsbetingelser og arbeidshelse, heller er det som påvirker utviklingen i sykefraværet (ibid). Det var også i Sverige de første studiene av sykenærver ble gjort, og det ble tidlig klart at de yrkesgruppene som har høyt sykefravær også er de som har høyt sykenærver [55].

En av lederne i NHO-bedriftene vi snakket med, arbeidet i Sverige på 1990-tallet da karensdagen ble innført. I den virksomheten vedkommende arbeidet i, opplevde de ingen endring i korttidsfraværet som følge av karensdagen. De konkluderte med at dette skyltes at de ansatte i den virksomheten bare tok kostnaden dette innebar, men justerte ikke adferden. Dette kan enten tolkes som at de ikke hadde særlig mye korttidsfravær som inneholdt elementer av valgfrihet om de skulle være hjemme eller ikke, eller at fraværsdagen var verdt kostnaden. At karensdager kan føre til økt smittefare og mer alvorlig sykdom synes nå å være erkjent av mange, og det er altså kun Sverige, av de inkluderte landene, som har valgt å beholde dette. I Nederland er det i stor grad opp til arbeidsgiver om det skal være karensdag eller ikke, men det ser ikke ut til å være vanlig.

I Sverige er oppfølgingsregimet relativt omfattende og arbeidsgiver har stort rehabiliteringsansvar. I 2008 ble den såkalte "rehabiliteringskjedan" innført og det ble innført en øvre tidsgrense for sykepenger på to og et halvt år. Denne grensen ble fjernet i 2016, og det er i dag ingen øvre grense for lengden på sykefraværet ved alvorlig sykdom. Arbeidsgiverne observerer en økning i det lange fraværet, og mener det bør gjeninnføres en øvre grense. "Rehabiliteringskjedan" innebærer at det skal gjøres vurderinger av arbeidsevnen på faste tidspunkter. For dag én til 90 vurderes arbeidsevnen mot til den jobben som den sykmeldte har, dag 91-180 skal arbeidsevnen vurderes også mot annet arbeid hos arbeidsgiveren. Etter dag 180 skal arbeidsevnen vurderes mot om man kan ta et normalt forekommende arbeid på arbeidsmarkedet. Det kan gjøres unntak, men i mindre grad etter dag 365. Altså kan man risikere å miste sykepengene om man etter 90 dager ikke er i stand til å ta et annet arbeid hos arbeidsgiveren, og etter 180 dager ikke kan ta et, etter Forsikringskassens vurderinger, normalt forekommende arbeid på arbeidsmarkedet. Selv om arbeidsgiversiden er fornøyd med at det gjøres vurdering av arbeidsevnen på faste tidspunkt, erfarer de at samarbeidet med myndighetene fungerer dårlig særlig fordi Forsikringskassens ikke tar et koordineringsansvar av samarbeidet mellom arbeidsgiverne, helsetjenestene og myndighetene. I juli 2018 fikk arbeidsgiverne enda større ansvar og skal senest dag 30 av sykmeldingen opprette en

obligatorisk rehabiliteringsplan. Arbeidsgiverne mener det er alt for strengt å kreve at dette skal gjøres for alle arbeidstakere.

Fagforeningene i Sverige erfarer at innstrammingene har ført til at mange arbeidstakere har fått en mye mer utrygg situasjon, og advarer norske myndigheter og partene mot å gå i samme retning som de har gjort i Sverige. Særlig det at sykmeldte vurderes opp mot et fiktivt eller teoretisk arbeidsmarked skaper store utfordringer. Alle de sentrale fagforeningene i Sverige krever endringer i dagens ordning.

I Tyskland er arbeidsgiverperioden seks uker og det gis full lønn ved sykefravær i arbeidsgiverperioden, og deretter 70 prosent lønn i maksimum 78 uker over tre år. Det er ikke et veldig strengt regime for oppfølging av sykmeldte, men om sykefraværet vedvarer utover arbeidsgiverperioden skal arbeidsgiver kalle inn til et møte for å diskutere situasjonen og reintegrasjon etter sykefravær.

På Island er det i praksis ingen regler for oppfølging av sykmeldte, og det er arbeidsgiver som dekker sykelønn i henhold til regler for opptjente rettigheter. Arbeidsgiverperioden varierer fra tre til 12 måneder med full lønn etter hvilken kontrakt de ansatte har. Arbeidsgiverne på Island er ikke fornøyde med ordningen fordi det koster arbeidsgiveren for mye. De ønsker, som arbeidsgiverne i alle de nordiske landene, karensdag og/eller redusert kompensasjon. Arbeidstakersiden på Island er i stor grad fornøyd med dagens system. Hovedproblemet på Island ser ut til å være at fagforeningsfondene som finansierer sykelønnsordningen tappes for raskt, uten at det virker å være særlig fokus på, eller insentiver for, forebygging av sykefravær.

I Finland har de kort arbeidsgiverperiode (ti dager) med full lønn ifølge lovverket. I praksis har de fleste ansatte full lønn den første tiden, og arbeidsgiverperioden varer typisk fra 1 til 3 måneder. Etter arbeidsgiverperioden med full lønn, har de et regressivt kompensasjonssystem der lav lønn kompenseres med rundt 70 prosent, og høy lønn med omtrent 40 prosent. Sykepenger ytes i maksimum 300 arbeidsdager. Arbeidsgiverne har stort ansvar i oppfølgingsarbeidet og BHT-personell og bedriftsleger er sentral i det finske systemet. Arbeidsgiverne er pliktige til å gi beskjed til BHT når den ansatte har vært borte, eller kommer til å være borte fra jobb i 30 dager. Når sykefraværet har vart i 60 dager, skal bedriftslegen vurdere behov for rehabilitering. Når en person har vært sykmeldt i 90 dager, skal bedriftslegen, arbeidsgiveren og arbeidstakeren sammen vurdere gjenværende arbeidsevne og mulighet for å komme tilbake til jobb. Dersom denne vurderingen ikke er gjort og dokumentert, kan myndighetene stoppe utbetalingen av sykepenger. Kvaliteten og nøyaktigheten av disse vurderingene varierer i stor grad ifølge arbeidsgiverne, og det er heller ikke alltid de er gjort

sammen med arbeidsgiver. Arbeidsgiverne er generelt fornøyd med reglene for oppfølging av sykmeldte i Finland, og arbeidstakerne er generelt fornøyd med dagens sykelønnsordning og med oppfølgingsregimet.

I Norge ble den siste karensdagen fjernet i 1978. Hyppige korttidsfravær gjør at mange arbeidsgivere i alle de nordiske landene ønsker seg karensdager, slik at terskelen for korttidsfravær blir høyere. Dette er forståelig, men vil gi utilsiktede konsekvenser. I helse- og omsorgssektoren vil for eksempel mange velge å gå på jobb selv om de er syke, fordi de ikke har råd til å ta inntektstapet som karensdager medfører. Dette vil i neste runde føre til at pasienter og brukere blir smittet, og dermed høyere kostnader for kommuner, helsetjenester og samfunnet for øvrig. Sykenærvær er et tema som får økende oppmerksomhet av forskere, og årsaken er sannsynligvis at sykelønnsordningene strammes inn i mange land. Et annet argument mot karensdager er at mange i gode jobber vil forhandle seg frem til full lønn ved sykdom, så forskjellene mellom folk vil øke. En alternativ løsning er å gi arbeidsgiverne drahjelp i håndteringen av hyppige korttidsfravær, ved for eksempel å innføre krav til oppfølging av denne gruppen. En mal eller en oppskrift som skal følges i slike tilfeller, vil kunne gi arbeidsgiverne legitimiteten de trenger for å ta opp situasjonen med den enkelte arbeidstaker. Dette er en type fravær som best håndteres på arbeidsplassen, men mange arbeidsgivere vegrer seg for å gå inn i disse tilfellene. Andre arbeidsgivere har ikke god nok oversikt over korttidsfraværet sitt og jobber ikke systematisk med forebygging. De mener ofte at den rause sykelønnsordningen eller slepphendte leger har skylda for unødvendig sykefravær.

Oppsummert kan vi si at tendensen er at land som har en kortere arbeidsgiverperiode, typisk får et større oppfølgingsansvar fordi de i praksis blir portvoktere av den offentlige sykepengeordningen. I Tyskland, med seks ukers arbeidsgiverperiode, har arbeidsgiverne få krav knyttet til oppfølging fordi de dekker kostnadene selv. Det samme gjelder på Island, der arbeidsgiverne bærer det aller meste av kostnadene, og har i praksis ingen krav på seg til oppfølging av sykmeldte.

4.2 Hvilke kompetansemiljø bistår partene i sykefraværsarbeidet på arbeidsplassen?

Både Finland og Nederland har satset på egne bedriftsleger. Særlig i Finland står BHT sterkt, og dette er i motsetning til i Sverige og Danmark, der BHT ser ut til å bli erstattet av helseforsikringer. Det er slike tendenser også i Norge, og en av lederne vi snakket fra NHO-bedriftene fortalte at de hadde sagt opp IA-avtalen og skaffet helseforsikring for alle ansatte.

I Finland har de også yrkesrettet rehabiliteringstjenester som arbeidsgiver kan bruke dersom det går mot varig arbeidsuførhet. I tillegg får de bistand fra aktører innen pensjonsforsikringsbransjen, som har sterke insentiver for å bidra til å hindre varig uførhet fra arbeid.

I Danmark har de et jobbsenter i hver kommune som kan bistå arbeidsgiverne, men arbeidsgiverne opplever at det er ulikt hvor god bistand de får. Vi har ikke grunnlag for å si noe om kompetansen på jobbsentrene. Men det kan se ut som arbeidsgiverne i Danmark har svake insentiver til forebygging, når jobbsentrene har fått en så sentral rolle i oppfølgingsarbeidet.

I Tyskland er det også BHT-ordninger, men det finnes også forsikringskasser som kan bidra. De har også egne virksomheter som driver med forebygging, men dette har vi ikke nok informasjon om.

I Norge er det NAV Arbeidslivssenter og BHT som skal bistå arbeidsgiverne. Vi har ikke grunnlag for å vurdere kompetansen til disse aktørene når det gjelder oppfølging av sykmeldte slik situasjonen er i dag. Vi vet heller ikke hvordan virksomhetene bruker disse aktørene i forebyggings- og oppfølgingsarbeidet i dag, men i 2013 fant vi at mange arbeidsgivere hadde god nytte av bistanden fra både BHT og fra NAV Arbeidslivssenter.

I Sverige kan arbeidsgivere ta kontakt med arbeidsmiljømyndighetene for å få bistand, men i praksis kjøper de mye tjenester fra private aktører. Vi er usikre på om arbeidsgivere i Sverige har særlig støtte rundt forebyggings- og oppfølgingsarbeidet slik systemet i dag er innrettet.

På Island er det ingen offisielle system, men arbeidsgiverne kan kjøpe tjenester fra private aktører. Heller ikke her har arbeidsgiverne tydelig støtte rundt forebyggings- og oppfølgingsarbeidet.

Generelt ser det ikke ut til at andre land enn de som har en sterk bedriftshelsetjeneste knyttet til seg, har bransjespesifikk støtte rundt arbeidsplassen.

4.3 Erfaringer med systemene for sykefraværsoppfølging i ulike land

Arbeidsgiverne både i Finland og Norge er stort sett fornøyde med oppfølgingsregimet, selv om det er forbedringspotensial i begge landene. I Finland er for eksempel ikke alltid arbeidsgiver med når bedriftslegen og den ansatte vurderer gjenværende arbeidsevne og mulighet for å komme tilbake i arbeid etter 90 dager sykmelding. Det er også stor variasjon i kvaliteten på vurderingene som gjøres ifølge arbeidsgiverne. Både arbeidsgiverne og arbeidstakerne synes å

være rimelig fornøyde med oppfølgingsregimet i disse to landene. Det synes å være en rimelig balanse i disse sykkelønnsordningene, da hverken arbeidsgiverne eller arbeidstakerne ønsker betydelige endringer – med unntak av karensdag/reduert kompensasjon som mange arbeidsgivere i begge land, i likhet med arbeidsgivere ellers, fortsatt har stor tro på.

I Sverige er arbeidsgiverne fornøyde med at det er klare regler for oppfølgingen av sykmeldte og at det gjøres arbeidsevnevurderinger på ulike tidspunkt opp mot ulike løsninger. Problemet ifølge arbeidsgiverne, er at det ikke er noen regler rundt sykefravær som varer over ett år. Arbeidsgiverne er heller ikke fornøyde med at det i praksis ikke er en øvre grense for varigheten på sykefraværet, og de mener det er det lange fraværet som nå øker i Sverige. Men arbeidsgiverne mener at den strukturerte oppfølgingen der Forsikringskassen er ansvarlig for å samarbeide med helsevesenet, arbeidsgivere og arbeidstakere er bra i teorien, men ikke fungerer på en bra måte i dag. De erfarer at mange sykmeldinger blir unødige langvarige på grunn av dette.

I Sverige har arbeidsgiverne fått et betydelig ansvar for rehabilitering av sykmeldte. Selv om de ikke har ansvar for medisinsk rehabilitering, virker det som systemkravene fører til at flere og flere arbeidsgivere kjøper private helsetjenester og helseforsikringer til de ansatte, uten at dette nødvendigvis fører til bedre forebygging. Kanskje dette bare fører til økt unødvendig medisinsk behandling. Arbeidsgiverne har i Sverige fått et veldig stort ansvar for oppfølging av sykmeldte, og vi mistenker at dette har ført til at de kjøper helseforsikringer og private helsetjenester heller enn at de fokuserer på forebygging av sykefravær. Vi er usikre på hvorfor dette skjer, men har ikke hatt anledning til å gå dypere inn i disse problemstillingene i dette prosjektet. Det kan ha sammenheng med at helseforsikringer og betaling for behandling i private tjenester, er mer konkret og avgrenset enn det komplekse og langvarige forebyggingsarbeidet.

Det andre store problemet i Sverige er at innstramningene har ført til at folk mister rettigheter og havner i en utrygg situasjon. Reglene oppleves som altfor rigide, og sykekarensdagen fører til at folk som ikke har råd til å tape inntekt, går på jobb når de er syke. Syke folk havner i fattigdom sier fagforeningene, og årsaken er blant annet at forsikringskassen vurderer sykmeldtes arbeidsevne mot en jobb de ikke har. Dette betyr at de blir arbeidsledige når de er for syke til å utføre jobben de har.

I Danmark er arbeidsgiverne misfornøyde med en relativt lang arbeidsgiverperiode, 30 dager. Men hovedproblemet er også der at innstramningene har ført til svakere rettigheter for mange syke folk. Fagforeningene melder om uverdige behandling av syke mennesker, og et system som

er preget av mistenksomhet som kan bidra til at folk blir sykere, og at mange mennesker føres inn i meningsløs aktivering, utsiktsløse ressursforløp og ydmykende og langsom saksbehandling.

På Island er det som nevnt ikke et lovbestemt oppfølgingsregime, fordi det er arbeidsgiver som bærer stordelen av kostnadene ved sykefravær.

4.4 Hva er fordeler og ulemper ved de ulike modellene?

Om vi skal forsøke å sette disse oppfølgingsregimene opp mot hverandre, kan vi grovt rangere de som i tabellen under.

Tabell 4.1 Grovkategorisering av oppfølgingsregimene

Land	Krav til syk-meldte	Krav til arbeidsgiver	Arbeidsgiverperiode	Samlet arbeidsgiverbyrde
Danmark	Høy	Lav	Middels	Middels
Finland	Middels	Høy	Lang	Høy
Island	Lav	Lav	Lang	Høy
Sverige	Høy	Høy	Kort	Høy
Norge	Middels	Middels	Kort	Middels
Tyskland	Middels	Lav	Lang	Høy
Nederland	Høy	Høy	Lang	Høy

Fordelene med det svenske regimet, er at det er klare tidspunkt for når det skal gjøres arbeidsevnevurderinger. Og fordi dette har blitt et så sentralt ledd i oppfølgingsregimet i Sverige, blir dette en viktig del av systemet. Som vi vet fra vår forskning på NAV, er ikke en arbeidsevnevurdering noe ukomplisert som er lett å gjøre i praksis. I Sverige har de i tillegg komplisert dette med å skulle vurdere arbeidsevne til en hvilken som helst jobb etter 180 dager, og ikke bare mot den jobben de har i dag. Det er lett å forstå argumentene for å innføre dette. Også i Norge mener vi at mange som er sykmeldte ville ha vært i stand til å utføre et annet arbeid enn det de har i dag, og vi selv har tatt til orde for at det bør være bedre insentiver for å skifte arbeid når vi ikke mestrer eller tåler arbeidet vi i dag er sykmeldt for. Men problemet i praksis, når vi skal vurderes mot andre jobber enn den vi har, er at vi faktisk ikke har tilgang til denne jobben. Dette skaper naturlig nok store utfordringer for folk som er syke, men som forventes å være i stand til å gjøre en annen jobb enn den de har. Dette skaper stor usikkerhet og fagforeningene mobiliserer. Ikke mot arbeidsgiverne, men mot systemet som oppleves alt for strengt, og som ikke ivaretar syke mennesker.

Det samme har skjedd etter innstramningene i Danmark. Fagforeningene og brukerorganisasjonene mobiliserer, ikke mot arbeidsgiverne, men mot systemet. Det er vanskelig å se at oppfølgingsregimene i Danmark og Sverige har noen klare fordeler.

At BHT er involvert i Finland og Nederland er sannsynligvis en fordel med disse systemene, men det er i tillegg lagt sterke føringer på hvordan arbeidsgiverne skal følge opp sykmeldte, selv om det er arbeidsgiverne som dekker mye av kostnadene. Disse får derfor en tung arbeidsgiverbyrde.

Sverige har kort arbeidsgiverperiode og arbeidsgiverne er derfor i stor grad portvakt for den offentlige ordningen. Det er derfor et strengt oppfølgingsregime og stort rehabiliteringsansvar, og samlet sett en tung arbeidsgiverbyrde. Arbeidsgiverne ser heller ut til å kjøpe helseforsikringer og private helsetjenester heller enn å forebygge. Den ene store ulempen i det svenske systemet er stort sykenærvær i lavtlønte sektorer forårsaket av karensdagen og lavere kompensasjonsgrad. Den andre er at utryggheten i arbeidslivet har økt, og det bør undersøkes om dette bidrar til økte bekymringer og mer sykdom i befolkningen.

I Norge og Danmark er arbeidsgiverbyrden relativt lav. Men systemet fungerer sannsynligvis bedre i Norge enn i Danmark, der de har valgt å gi kommunene ansvar for sykefraværsoppfølging. Dette gjør at forebyggingsinsentivene på arbeidsgiversiden er nesten fraværende.

Fordelene med den norske ordningen er at den gir god inntektssikring ved sykdom. Ulempen er at arbeidsgiverne ikke har sterke nok insentiver til å forebygge sykefravær, og blir derfor en dårlig portvakt av folketrygdens utgifter. En mulighet er å øke arbeidsgiverperioden, eller at arbeidsgiverne dekker en større andel av langtidsfraværet, for å gi arbeidsgiverne insentiver til å forebygge. Ulempen er at dette kan føre til lavere sysselsetting. Dette er nærmere forklart i kapittel 4.7.

Hovedproblemet med den norske sykkelønnsordningen er trolig ikke at arbeidsgivere ikke forebygger sykefravær, men at støttesystemene i arbeidslivet ikke er bygget opp for å takle utfordringene i dagens arbeidsliv. Dagens BHT-ordning ser i begrenset grad ut til å bidra til økt forebygging av helseproblemer og andre problemer på arbeidsplassen. Selv om arbeidsgiverne ønsker å forebygge, er det lite kunnskap om hvilke tiltak som er effektive på ulike typer arbeidsplasser, jf. kapittel 2. Forskningen har i stor grad handlet om sykmeldte som pasienter, heller enn sykmeldte som ansatte på en arbeidsplass. Forskningen må derfor bygges opp på forebygging av sykefravær, heller enn på behandling av sykmeldte i helsevesenet.

Det finnes heller ikke tjenester som er bygd opp rundt arbeidslivet med formål om å støtte arbeidstakersiden. Det moderne og effektive arbeidslivet vi har i Norge gir oss rom for å tenke at det å hjelpe folk som sliter, er bedre enn å forsøke å presse dem med økonomiske insentiver. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 4.11.

4.5 Finnes det beste praksis-modeller i andre land som kan ha overføringsverdi til Norge?

Nei, det er ingen oppfølgingsregimer som virker å være bedre enn det vi har i Norge. Generelt ser både det finske og det norske systemet ut til å fungere relativt bra. Dersom Norge skal fortsette å satse på langsiktig forebyggingsarbeid i arbeidslivet og få høyest mulig sysselsetting i et robust og stabilt arbeidsmarked, vil den klare anbefalingen være å heller se i retning av Finland enn i retning av Sverige og Danmark. Mens systemet i Sverige gjøres svært strengt på både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, er det i Danmark gjort innstramminger særlig på arbeidstakersiden.

Det finnes flere muligheter om vi tenker at sykelønnsordningene skal gi insentiver til forebygging av sykefravær. En lang arbeidsgiverperiode eller en høy arbeidsgiverbyrde som i Nederland, Tyskland, Island og i Finland gir bedre forebyggings-insentiver for arbeidsgiverne. I Sverige har de kort arbeidsgiverperiode, men tung totalbyrde for arbeidsgiverne. Men det er likevel usikkert hvor gode forebyggingsinsentiver som ligger i den svenske ordningen.

Å gi stort ansvar til arbeidsgiverne i oppfølgingsregimet, må være basert på at arbeidsgiverne har de riktige virkemidlene. Vi er usikre på om de har det i Sverige når det ender med at de kjøper flere private helsetjenester og tegner helseforsikringer for alle ansatte. Både arbeidstaker- og arbeidsgiversiden i Sverige uttrykker bekymring for økte forskjeller mellom de som er innenfor og utenfor arbeidsmarkedet når velferdsgodene svekkes for de utenfor arbeidslivet og styrkes for de innenfor.

Dersom det er langsiktig forebyggingsarbeid som ønskes, som for eksempel intensjonene i IA-avtalen tilsier, er det Nederland, Finland og Tyskland som peker seg ut når det gjelder å ha den beste støtten til arbeidsgiverne. Felles for disse er at bedriftshelsetjenesten har en sentral plass. I Norge er kanskje situasjonen noe midt mellom Danmark og Sverige på den ene siden, og Finland på den andre siden. Med BHT-plikt for utsatte bransjer, men med et kommersielt BHT marked som ikke nødvendigvis fokuserer på forebygging.

Dersom det ønskes å gi arbeidsgiver sterkere insentiver for forebygging av sykefravær, kan det være grunn til å se nærmere på det finske systemet, der store arbeidsgivers pensjonsinnbetaling er avhengig av hvor mange ansatte som har blitt permanent uføre mens de arbeidet i bedriften. Dette gir sannsynligvis gi sterke forebyggingsinsentiver. Men de som har høyt sykefravær i Norge, er ansatte på kommunale arbeidsplasser med svake rammer rundt HMS-arbeidet. Innsatsen bør heller dreie seg om å forbedre arbeidsforholdene for disse ansatte for å oppnå redusert sykefravær, enn å satse på at økonomiske insentiver gjennom endringer i sykelønsordningen gir automatiske forbedringer. HMS-arbeidet bør fornyes og moderniseres i hele arbeidslivet, men manglene er størst i offentlig sektor.

4.6 Fare for lavere sysselsetting om arbeidsgivere skal betale mer av langtidsfraværet

Om arbeidsgivere skal betale mer av langtidsfraværet, vil arbeidsgivere få enda sterkere insentiver til å ikke ansette folk de tror vil kunne komme til å bli sykmeldte, og risikoen er at dette trekker i retning av lavere sysselsetting og et mindre inkluderende arbeidsliv.

Hvor riktige arbeidsgivernes forventninger om fremtidig sykefravær vil være, varierer etter hvor godt de som ansetter kjenner statistikk og årsaksmekanismene bak sykefraværet. Kvinner, eldre og personer med helseproblemer vil være naturlig å unngå å ansette om en bruker sykefraværsstatistikken. Sannsynligvis tenker en del arbeidsgivere slik allerede i dag. SSB finner for eksempel at nesten 40 prosent av arbeidsplassene i Norge er uten kvinnelige ansatte.¹⁷ Dette skyldes ikke nødvendigvis at de ikke ansetter kvinner i frykt for høyt sykefravær, men kanskje heller at vi har et sterkt kjønnssegregert arbeidsmarked i velferdsstatene. Men vi har møtt mange ledere i andre prosjekter som er åpne om at de unngår å ansette kvinner i fertil alder, fordi de forventes å ha mye fravær knyttet til svangerskap, fødsel og småbarnsfase. Om kostnadene ved sykefravær øker for arbeidsgiveren, vil med høy sannsynlighet flere arbeidsgivere resonnerer på denne måten.¹⁸

¹⁷ Tabell: 08479, SSB.

¹⁸ Å redusere lengden på fedrekvoten for foreldrepermisjon vil for eksempel gjøre det mindre attraktivt å ansette kvinner, fordi det forventes at mor vil ta en større andel av permisjonen om de får velge selv.

4.7 Kostnader ved sykefravær for arbeidsgiver¹⁹

Kostnadene ved sykefravær vil variere fra arbeidsplass til arbeidsplass, og vi kan skille mellom lønnsrelaterte kostnader eller direkte kostnader (arbeidsgiveravgift, pensjonskostnader, feriepenger, lønnsutgifter etc.) og indirekte kostnader (lavere produksjon, vikarutgifter, redusert produktivitet, omdømmeproblemer etc.)[56]

Direkte kostnader

I motsetning til hva noen synes å tro, er det ikke slik at arbeidsgiver ikke har kostnader knyttet til langtidsfravær fordi folketrygden dekker fravær ut over 16 dager. Arbeidsgivere får ikke refundert hele lønnskostnaden fra folketrygden, men bare lønnsutgifter og arbeidsgiveravgift av lønn.

De får derimot ikke dekket

- Pensjonskostnader
- Lønn og feriepenger utover 6G
- Feriepengeavsetning inntil 6G etter 48 dagers sykefravær
- Arbeidsgiveravgift av feriepenger etter 48 dagers sykefravær
- Arbeidsgiveravgift av pensjon

Det kan være vanskelig å beregne hvor mye dette utgjør for arbeidsgiverne, men det er utviklet enkle modeller som kan brukes på den enkelte arbeidsplass for å vise hva sykefraværet for enkeltansatte koster arbeidsgiveren.

Steinkjer kommune etablerte en modell for å beregne kostnadene for arbeidsgiveren ved fravær og NAV Arbeidslivssenter i daværende Nord-Trøndelag²⁰ videreutviklet modellen og brukte den i arbeidet for å bevisstgjøre arbeidsgiverne om kostnadene ved sykefravær. Modellen er ytterligere forbedret og ligger tilgjengelig på KS' nettsider, der den kan lastes ned i Excel-format, slik at arbeidsgivere kan gjøre egne beregninger.²¹ Denne modellen gjelder alle sykmeldte, uavhengig av om de er ansatt i offentlig eller privat sektor. Modellen kan derfor brukes av alle arbeidsgivere og virksomheter.

¹⁹ Denne teksten er i stor grad hentet fra boken til prosjektleder "Sykefravær, HMS og inkludering", Gyldendal forlag, 2016.

²⁰ Takk til Trond Thorshaug, leder for NAV Arbeidslivssenter i Nord-Trøndelag for nyttige diskusjoner og gode innspill.

²¹ "Beregningsmodell for kostnader av sykefravær i kommunene" www.ks.no, alternativt kortlink fra KS.

Slike konkrete modeller tydeliggjør at sykefraværet har en kostnad for den enkelte arbeidsplass, og kan bidra til at arbeidsgivere motiveres til å arbeide for å redusere sykefraværet for eksempel gjennom HMS-investeringer.

For å kunne beregne kostnadene ved sykefravær på bedriftsnivå for enkeltansatte trenger man informasjon om den ansattes årslønn, stillingsstørrelse og arbeidsgiveravgiftsone (I, Ia, II, III, IV, IVa, V). Grunnbeløpet endres hvert år gjennom trygdeoppgjøret. I 2016 utgjorde grunnbeløpet 92 576 kroner.

Nedenfor er et eksempel på hvordan modellen kan brukes for å beregne arbeidsgivers kostnad for en sykmeldt ansatt som blir borte hele året og har en årslønn på kroner 518 000, som tilsvarer gjennomsnittlige årslønn i Norge i 2016.

Hva er kostnaden for arbeidsgiver av en persons sykefravær?						
Modellen viser hva den enkelte medarbeiders fravær koster arbeidsplassen hver enkelt måned, samt akkumulert kostnad over en lengre periode						
Beregningsdata for utfylling - fyll ut egne verdier i hvite felter:						
Årslønn(uten tillegg)	518 000	Total årslønn	518 000			
Stillingsstørrelse %	100					
Arbeidsgivers pensjonsandel, i prosent	18.0					
G i Folketrygden	92 576	6G	555 456			
Antall kalenderdager i arbeidsgiverperioden	16.0					
Arbeidsgiveravgift	14.1 %					
Avvikling av ferie i beregningen?(ja/nei)	ja					
Arbeidstaker < 60 år = ja, ellers = nei	ja					
Tillegg pr. år utover grunnlønn	0					
Resultater:						
Periode	Bruttolønn for arbeidstakeren	Bruttolønnskostnad for arbeidsgiver inkl. sosiale kostnader	Arbeidsgivers kostnad inkl. sosiale kostnader (ikke refundert)(#)	Akkumulert kostnad arbeidsgiver inkl. sosiale kostnader(#)	Arbeidsgivers kostnadsandel, pr. måned	Arbeidsgivers kostnadsandel, akkumulert
Arbeidsgiverperioden	23 022	34 149	34 149	34 149	100 %	100.0 %
Måned 1 minus arbeidsgiverperioden	20 144	29 880	4 137	38 286	14 %	59.8 %
Måned 2	43 167	64 029	8 866	47 152	14 %	36.8 %
Måned 3	43 167	64 029	13 549	60 700	21 %	31.6 %
Måned 4	43 167	64 029	14 776	75 476	23 %	29.5 %
Måned 5	43 167	64 029	14 776	90 252	23 %	28.2 %
Måned 6(evt. ferieavregning feriepenger)	-6 641	-9 851	-2 273	87 979	23 %	28.4 %
Måned 7	43 167	64 029	14 776	102 755	23 %	27.5 %
Måned 8	43 167	64 029	14 776	117 531	23 %	26.8 %
Måned 9	43 167	64 029	14 776	132 307	23 %	26.3 %
Måned 10	43 167	64 029	14 776	147 083	23 %	26.0 %
Måned 11	43 167	64 029	14 776	161 859	23 %	25.7 %
Måned 12	43 167	64 029	14 776	176 635	23 %	25.4 %
Sum	468 192	694 470	176 635	176 635		25.4 %
Andel av lønnskostnadene som arbeidsgiver må betale for et års sykefravær						25.4 %

Figur 4.1 Beregningsmodell for arbeidsgivers kostnad ved ansattes sykefravær. Kilde: KS.

Grunnen til at kostnadene for arbeidsgiver stiger etter tre måneder (se fra fjerde kolonne figur 4.1), er at feriepengeavsetning av lønn og arbeidsgiveravgift av feriepenger kun dekker de første 48 sykefraværdsdagene.

Eksempellet viser at dersom en ansatt med en lønn på 518 000 kroner er fraværende i et helt år, gir dette arbeidsgiveren 176 635 kroner i direkte kostnader. Den største komponenten kommer fra arbeidsgivers pensjonskostnader og feriepengeavsetning. Totalt utgjør arbeidsgivers akkumulerte kostnadsandel 25,4 prosent av bruttolønnskostnaden, inkludert sosiale kostnader (pensjon, arbeidsgiveravgift, feriepengeavsetning). Folketrygden dekker altså 74,6 prosent av kostnadene i dette tilfellet, mens arbeidsgiveren dekker resten. Årslønnen er her under seks G.

Dersom den ansatte tjener over seks ganger grunnbeløpet, blir kostnaden for arbeidsgiver betydelig høyere. I tabell 4.2 er det beregnet noen eksempler som illustrerer kostnadene.

Tabell 4.2 Arbeidsgivers lønnsrelaterte kostnader i forbindelse med et sykefravær på ett år, tre eksempler fra KS sin kostnadsmodell.

	Eksempel 1	Eksempel 2	Eksempel 3
Årslønn (uten tillegg)	350 000	600 000	1 000 000
Stillingsstørrelse (prosent)	75	100	100
Arbeidsgivers pensjonsandel, (prosent)	19	19	19
Folketrygdens grunnbeløp (G)	92 576	92 576	92 576
Antall kalenderdager i arbeidsgiverperioden	16	16	16
Arbeidsgiveravgift (prosent)	14,1	14,1	14,1
Avvikling av ferie i beregningen? (ja/nei)	ja	ja	ja
Er arbeidstakeren over 60 år?	ja	nei	nei
Tillegg pr. år utover grunnlønn	0	0	40 000
Bruttolønnskostnad for arbeidstakeren	237 260	542 308	940 000
Bruttolønnskostnad for arbeidsgiver inkl. sosiale kostnader	354 634	810 593	1 405 027
Arbeidsgivers kostnad inkl. sosiale kostnader (ikke refundert), akkumulert	92 218	255 314	849 748
Arbeidsgivers kostnadsandel (prosent), akkumulert	26,0	31,5	60,5

Kostnadsandelen for arbeidsgiver øker med økt lønn når den ansatte tjener mer enn seks ganger grunnbeløpet, noe som utgjorde en bruttolønn på over kroner 555 456 kroner i 2016. Disse eksemplene viser at arbeidsgiverne har sterkere økonomiske insentiv til å redusere sykefraværet blant høytlønte enn lavtlønte, fordi folketrygden bare dekker lønnskostnader opp til 6G. Men

dette viser også at det ikke er riktig å si at sykefravær utover 16 dager er gratis for arbeidsgiverne. I tillegg til disse direkte kostnadene, har arbeidsgiverne indirekte kostnader ved sykefravær.

Indirekte kostnader

De indirekte kostnadene med sykefravær er avhengig av følgende faktorer:

- Hvor lett det er å erstatte den ansatte, både på kort og lang sikt.
- Hvor lett det er å utsette arbeidsoppgavene til den sykmeldte er tilbake i arbeid.
- Hvor tett knyttet til andres arbeidsoppgaver oppgavene til den sykmeldte er.
- Hvilke konsekvenser sykmeldingen har for produksjonen eller driften.

En høyt kvalifisert ansatt med spesialkompetanse er vanskeligere å erstatte enn en som utfører enkle arbeidsoppgaver uten høye krav til kvalifikasjoner. Dersom det er mulig å utsette arbeidsoppgavene til den sykmeldte er tilbake i arbeid, vil konsekvensene av en sykmelding være mindre enn om dette ikke er mulig. Dersom den sykmeldte arbeider i et team der alle arbeidsoppgavene er tett knyttet til hverandre, vil konsekvensene være større enn om den sykmeldtes arbeidsoppgaver utføres mer på selvstendig grunnlag. En sykmelding som fører til at produksjonen eller driften stopper opp, vil være mye mer alvorlig enn om produksjonen er uendret om noen blir sykmeldt.

Når de fire spørsmålene over er besvart, kan en gå videre og vurdere kostnader knyttet til:

- bruk av vikarer og midlertidig ansatte
- bruk av overtid
- omorganisering og omfordeling av arbeidsoppgaver
- produksjonsbrudd
- leveranseavvik
- kundetilfredshet
- turnover
- omdømme

En arbeidsplass med vedvarende høyt sykefravær vil få problemer med å ansette de personene de ønsker, og de får store opplæringskostnader. Omdømmet svekkes og dette påvirker lønnsomheten. Dette vet arbeidsgiverne i Norge.

Men de vet også at dersom arbeidstakere som fungerer dårlig i jobben sin blir sykmeldte, er vanskelig å få tilbake i arbeid. I slike tilfeller kan arbeidsgiver ha insentiver til å bidra til at sykmeldingen varer lenge, og til at den sykmeldte til slutt går over på arbeidsavklaringspenger

og blir NAV sitt ansvar. Før dette skjer har gjerne arbeidsgiver gjort mye over mange år for å få den ansatte til å fungere.

4.8 Behov for forbedringer i det norske oppfølgingsregimet

Det største problemet i dagens regime er kanskje at det skjer svært lite oppfølging mellom seks måneder og overgang til arbeidsavklaringspenger (AAP). I et annet prosjekt som St. Olavs hospital, NTNU og SINTEF gjennomfører med finansiering av FoU-midler fra NAV, arbeider vi med å utvikle bedre modeller for samhandling mellom helsevesenet og NAV. Økt innsats rundt Dialogmøte 2 kan være en mulighet for å forebygge overgang til AAP.

Et mer dramatisk alternativ er å sette maksdato for sykepenger til 6 måneder heller enn til 12 måneder, fordi det i realiteten skjer lite mellom 6 til 12 måneder sykmeldt. Men dette vil være en dramatisk innstramming i sykelønnsordningen, og gi risiko for at flere havner i passive AAP løp etter kortere tid. Samtidig ville kanskje mange av de som kommer tilbake i jobb når sykepengerrettighetene er oppbrukt, kommet tilbake tidligere med en slik endring. Men risikoen er at de havner i nye langtidsfravær etter kort tid.

4.9 Bedre faglig støtte nær arbeidsplassene

Det er mange som i dag blir langtidssykmeldte som kunne kommet tilbake i arbeid om arbeidslivet hadde bygget opp bedre støttefunksjoner rundt de ansatte. For eksempel kan NAV Arbeidslivssenter videreutvikles til å bli et enda bedre støttesystem rundt arbeidsplassene. De kan bli enda bedre på forebygging, og kan bistå alle arbeidsgivere – ikke bare de med IA-avtale. Små og mellomstore virksomheter har udekkede behov for bistand for å gjøre forbedringer, og gjennom arbeidslivssentrene har myndighetene et verktøy for å nå ut til alle arbeidsplasser. Dette er det ingen andre land vi har sett på som har, og disse sentrene gir en unik mulighet for å utvikle og videreføre innsatsen som er lagt ned i IA-arbeidet med å skape gode og robuste arbeidsplasser i hele landet. Sentrene kan rustes opp til å håndtere problemer som ansatte sliter med i dagens arbeidsliv, og systematisk bygge kompetanse for å møte utfordringene som kommer i arbeidslivet fremover. Det er behov for mer støtte rundt arbeidsplassene for å forebygge mer. Dette vil være en mye bedre og mer langsiktig løsning enn at arbeidsgiverne kjøper helseforsikringer som kan fjerne fokus fra forebygging og i retning av mer unødvendig medisinsk behandling.

Det beste hadde kanskje vært å fusjonere arbeidslivssentrene med de beste BHT-leverandørene. Det bør vurderes om det finnes muligheter for en sterkere kobling av kompetansen i BHT-ene

og i arbeidslivssentrene. Å legge arbeidslivssentrene inn i de lokale NAV-kontorene (som nødvendigvis må ha et individfokus) og overlate alt ansvar til et kommersielt BHT-marked, vil bety mindre støtte til arbeidsplassenes systemfokus for å fortsette og bygge gode og robuste arbeidsplasser som effektivt forebygger unødvendig sykefravær.

4.10 Hvorfor NAV Arbeidslivssenter bør bestå

Teksten i dette underkapittelet er hentet fra prosjektleders velferdskommentar høsten 2015, men argumentene er fortsatt gyldige.

Mange klarer seg godt uten NAV

Med internett ble det lettere å koble potensielle arbeidstakere og arbeidsgivere. Allerede på 1990-tallet ble rubrikkannonserne i de store avisene erstattet med databaser av stillinger på Finn.no. I dag brukes mange ulike kanaler for å finne de riktige ansatte. I tillegg til Finn.no, benyttes sosiale nettverk som Facebook, LinkedIn og databaser over CV-er som potensielle arbeidstakere registrerer seg i. Andre bruker rekrutteringsselskap som har bygget opp egne metoder for å finne kompetent arbeidskraft.

Disse kanalene passer best for arbeidssøkere som har god helse og høy formell kompetanse. Men en del mennesker lykkes ikke å finne en jobb på denne måten, og har behov for at NAV eller andre bidrar til at de kommer i arbeid.

To sentrale aktører i NAV

De som har behov for hjelp fra NAV har typisk enten helseproblemer, sosiale problemer eller ulike mestringsproblemer. Det er derfor noe annet enn enkle formidlingskanaler som skal til.

NAV har to sentrale aktører i markedsarbeidet: de lokale NAV-kontorene og de fylkesvise arbeidslivssentrene. Disse to aktørene har helt ulike roller. Arbeidslivssentrene er ressurs- og kompetansesentre for et inkluderende arbeidsliv. De er spesialister på virksomhetsnivå. De lokale NAV-kontorene er spesialister på individnivå.

NAV-kontorene skal følge opp alle som får helseproblemer og behov for en helsesrelatert ytelse, alle som blir arbeidsledige, alle med behov for økonomisk sosialhjelp og andre grupper med ulike behov. NAV-kontorene forvalter vårt økonomiske sikkerhetsnett. Det er vanskelig å se at NAV-kontorene har ressurser til tett oppfølging av mange arbeidsgivere i tillegg til alle oppgavene de har på individnivå.

Det er individkompetansen i NAV-kontorene og virksomhetskompetansen i arbeidslivssentrene som må kobles på en god måte om NAV skal få til mer helhetlig arbeid mot arbeidsgiverne.

Arbeidsgivernes insentiver

Arbeidsgiverne har sterke insentiver til å samarbeide med arbeidslivssenteret i fylket. De får tilgang på en fast kontaktperson ved senteret som skal koordinere samhandling internt i NAV, sterk kompetanse om inkluderende arbeidsliv, økonomiske virkemidler, bistand til å etablere gode rutiner og system, hjelp til organisasjonsutvikling, lederstøtte, bistand til å forbedre arbeidsmiljøet og tilgang på kurs, kompetanseutvikling og kunnskap. De kan også få støtte om virksomheten kommer i en utfordrende situasjon eller de kan få gode eksempler/erfaringer fra andre virksomheter. Motivene kan være basert på at de ønsker lavere sykefravær, bli bedre til å rekruttere/beholde arbeidskraft eller at de vil ta mer samfunnsansvar. Dersom arbeidslivssentrene leverer med høy kvalitet, vil arbeidsgiverne ha sterke insentiver til et kontinuerlig samarbeid.

Arbeidsgiverne har ikke de samme insentivene til å samarbeide med de lokale NAV-kontorene. De har behov for samarbeid når de vil finne løsninger for enkeltansatte i virksomheten.

Vågeg-utvalget foreslår sammenslåing

Vågeg-utvalget konkluderer med at arbeidslivssentrene må overføres til NAV-kontorene for "å styrke NAVs samlede markedsarbeid ut mot arbeidsgivere og sikre bedre koordinerte og mer helhetlige tjenester til arbeidsgiver."

Den opplagte risikoen med en slik løsning er at kunnskapen som finnes i sentrene i dag, utvannes og svekkes. Kontorene og sentrene må anses som spesialister på ulike områder, og det er vanskelig å se hvordan en sammenslåing vil bevare spesialiseringen. Særlig er det vanskelig å se hvordan arbeidsgivernes insentiver til å samarbeide med arbeidslivssentrene kan overføres til NAV-kontorene som har et så tydelig individfokus og som skal ha det. Den relative størrelsen, med i overkant av 500 årsverk ved arbeidslivssentrene og rundt 12 000 ved NAV-kontorene, tilsier også at virksomhetskompetansen kommer i skyggen av individkompetansen om årsverkene ved sentrene fordeles ut til NAV-kontorene.

Det finnes også gode alternativer til sammenslåing. En løsning kan være som de har gjort i Møre og Romsdal, der arbeidslivssenteret har et tydeligere ansvar for markedsarbeidet i NAV enn i andre fylker. Der er det lederen for arbeidslivssenteret som har ansvaret for markedskoordinatorene og markedsteamene i NAV-kontorene i fylket. Dersom man ønsker å

forsterke arbeidet opp mot virksomhetene, synes dette som en mer logisk løsning enn å flytte markedsressursene inn i NAV-kontorene.

Realistiske forventninger

De jobbene som finnes til enhver tid i arbeidsmarkedet, utlyses gjennom de kanaler som forventes å fremskaffe de beste kandidatene. Kvalifiserte søkere konkurrerer om jobbene og arbeidsgiverne velger de de tror egner seg best. Dette foregår i stor grad uten innsats fra NAV. NAV vil aldri bli en sentral arbeidsformidler som effektivt matcher alle arbeidstakere og arbeidsgivere. De må heller samarbeide med arbeidsgivere som er villige til å inkludere de som ikke lar seg formidle gjennom de vanlige kanalene. NAV trenger da arbeidslivssentrene som sterke og tydelige spesialiserte regionale ressurs- og kompetansesenter for et inkluderende arbeidsliv. Det er vanskelig å se at NAV og partene i IA-avtalen har et bedre virkemiddel enn disse sentrene.

Selv om utviklingen ser ut til å gå riktig vei, er det fortsatt stort potensial for å videreutvikle samarbeidet mellom NAV-kontorene og arbeidslivssentrene. Men de trenger tid og ro til å etablere et robust samarbeid, og ikke stadige diskusjoner om omorganisering og restrukturering av tjenestene som skaper usikkerhet og kompetanseflukt.

4.11 Andre diskusjonspunkter

Når arbeidsgivere skal følge opp ansatte som er sykmeldte, er det en del problematikk som går igjen i alle landene og som ikke nødvendigvis løses med å gjøre endringer i oppfølgingsregimene. Dette handler særlig om fastlegens rolle som portvakt, og om lettere psykiske helseproblemer som sykefraværsgrunn.

Legens rolle som portvakt

Det er sannsynligvis få arbeidsgivere som ønsker å selv ha ansvaret for hvem som får sykmelding, fordi de ikke har medisinsk kompetanse til å avgjøre når en person har behov for en sykmelding. Arbeidsgiverne er dermed prisgitt vurderingene som gjøres av legene. I Nederland har de løst dette med at det er bedriftsleger som gjør vurderinger, men i Finland er det fastlegene som skriver ut sykmeldinger og arbeidsgivere opplever også der at det er mangler i portvaktfunksjonen til legene.

I Sverige har de forsøkt å innføre retningslinjer for legene når det gjelder hvor lange sykmeldinger de gir. De opplever likevel at legene ikke følger retningslinjene som er innført,

særlig innen psykiske helseproblemer. Vi er derfor usikre på om dette er en løsning som vil bety så mye fra eller til for utviklingen i sykefraværet.

I Norge opplever noen arbeidsgivere at legene spiller litt mer på lag enn tidligere, men det er fortsatt stor frustrasjon rundt lange sykmeldinger for diffuse tilstander. Det er lite arbeidsgiverne får gjort om folk blir borte fra jobb, og arbeidsgiverne mener i noen tilfeller at de kunne gjort mer om den ansatte hadde fortsatt i jobb heller enn å bli sykemeldt. Mer fokus på graderte sykmeldinger kan være en løsning i noen tilfeller, men dette fjerner ikke årsaken til at behovet for å ha fravær fra jobb har oppstått.

I Norge er det sannsynligvis enighet om at i de aller fleste tilfellene er det den ansatte som bestemmer om de skal bli sykemeldt eller ikke, og ikke fastlegen. De beste arbeidsgiverne har også forstått at det er ikke fastlegens skyld at ansatte går til legen og blir sykemeldt.

Lettere psykiske lidelser som sykefraværsgrunn

Felles for mange arbeidsgivere, ikke bare i Norge, er utfordringen med økende sykefravær som begrunnes med vanlige psykiske problemer som angst og depresjonssymptomer. Det bør tas en diskusjon med legene om vi skal regne dette som sykdom, eller om det er best at det ikke gis tilgang til å bruke sykmeldinger i slike tilfeller. Dette betyr en strengere definisjon av sykdomsbegrepet. Motivet må da være at det beste for den sykemeldte er å fortsette å være i arbeid og aktivitet når de får ulike livsmestringsproblemer. Det viktigste vil være å gi støtte og hjelp til de som trenger det, men da må det finnes en slik støtte.

Det mangler en tjeneste som på en god måte hjelper mennesker i en vanskelig situasjon ut av problemene. Å snakke med en psykolog kan være til hjelp for noen, mens andre trenger støtte fra annet hold. I den ene virksomheten hadde de en kollegastøtteordning, som kanskje kan være noe å utforske videre. I Trondheim kommune har de etablert en lavterskel samtaltjeneste for sine ansatte som både inkluderer gruppetilbud og mestringssamtaler med formål om å forebygge sykefravær knyttet til lettere psykiske helseproblemer. Denne tjenesten ble etablert etter et forskningsprosjekt avdekket behov for dette [57]. Dette kan være aktuelt for store arbeidsgivere, men vil ikke være aktuelt for små arbeidsgivere. En mulighet som bør diskuteres er at NAV Arbeidslivssenter kan videreutvikles til å kunne tilby en lavterskel mestringstjeneste som er basert på gode erfaringer fra Rask psykisk helsehjelp i kommunene og tilbudet for ansatte i Trondheim kommune og andre steder. Det synes å være et betydelig potensial for å forebygge sykefravær som skyldes dårlig mestring av egen livssituasjon, men det bør bygges opp rundt arbeidslivet og ikke i helsetjenesten, og ha et annet innhold enn individuelle psykologtilbud eller behandling av psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Dette bør partene i arbeidslivet og

myndighetene gå sammen om. Dersom det ikke gjøres et systematisk forebyggingsarbeid på dette området, vil kanskje sykefravær knyttet til slike problemer fortsette å øke.

Det er også et problem at vi kaller det lettere psykiske lidelser. Ofte handler det ikke om sykdom eller lidelser, men om en livssituasjon som har blitt tung og vanskelig. SINTEF har nylig utarbeidet en rapport om tjenestetilbud til mennesker med lettere psykiske helseproblemer [58]. I 2008 utarbeidet SINTEF en omfattende rapport om arbeid, psykisk helse og rus [59]. Basert på disse arbeidene i tillegg til mange forskningsrapporter om helsetjenestene innen psykisk helse, konkluderer vi med at det bør bygges opp støttetjenester rundt arbeidslivet som forebygger, heller enn å etablere helsetjenester for personer med ulike livsmestringsproblemer.

NAV har etablert Senter for jobbmestring og Helsedirektoratet har etablert Rask Psykisk Helsehjelp (RPH). Men dette er tjenester som handler om behandling av enkeltpersoner heller enn forebyggingstiltak som treffer bredt. RPH er basert på kognitiv adferdsterapi og etableres i stadig flere kommuner, og det er typisk folk i arbeid som benytter tilbudet. Men det er ikke slike tiltak som løser samfunnsutfordringene knyttet til produksjonstapet i samfunnet. Dette treffer for få. Det må tenkes mye bredere og det må gjøres en grundig prioritering av tiltak på ulike nivå. Tjenestene må ses i sammenheng, og det kan ikke være kostbar individuell behandling i helsetjenestene for lettere psykiske lidelser som er løsningen på problemene i arbeidslivet. Lettere psykiske helseproblemer og psykiske helseplager er så utbredt at det må ses i tett sammenheng med folkehelsearbeidet heller enn noe som skal løses i helsetjenestene. Det må utvikles løsninger nær arbeidslivet for ansatte som sliter, og ikke som helsetjenester i kommunene.

Dilemmaet for fastlegene er at de ikke kan la være å sykmelde når det ikke finnes noe alternativ for pasienten som kommer til legen med symptomer på overbelastning og utslitthet. Det vil ikke være fornuftig å presse denne gruppen til arbeid og aktivitet uten å tilby noe som kan støtte dem, da risikerer vi at de kommer i en enda vanskeligere situasjon.

Adopterer hyppig fra hverandre, har de samme utfordringene

Generelt er det store likheter mellom sykkelønsordningene i de nordiske landene og landene ser ut til å adoptere løsninger fra hverandre, uten at det nødvendigvis foreligger god kunnskap om hvordan ordningene fungerer. Fordi ordningene er ganske like, oppleves mye av den samme problematikken i hele Norden. Leger som er dårlige portvakter og de økende problemene med lettere psykiske problemer som sykefraværsgrunn, synes å være felleselementer på arbeidsgiversiden. På arbeidstakersiden handler det om innstramminger i ordningene som gir dårlige livssituasjoner for syke mennesker. Det store fokuset på å få ned sykefraværet kan føre

til at syke mennesker føler seg mistenkeliggjort og utsettes for ydmykkelser gjennom oppfølgingen. Dette har sannsynligvis dårlig effekt på tilfriskning og mulighet for å oppnå full arbeidsevne.

5 Konklusjon

Det er ikke grunnlag for å si at den norske sykelønnsordningen og oppfølgingsregimet fungerer dårlig. De norske og finske ordningene er sannsynligvis de som fungerer best i dag. Men arbeidsgiverne i alle de nordiske landene må i større grad forebygge sykefravær enn det de gjør i dag. Det er generelt lite kunnskap om effektive forebyggingstiltak, og en av hovedårsakene er at sykefraværsforskningen har fokusert på sykmeldte som pasienter, heller enn på sykmeldte som ansatte. Det er derfor lav tilgang på forskningsbasert kunnskap som arbeidsgiverne og ansattrepresentanter kan bruke i forebyggingsarbeidet. Det trengs mer anvendt forskning for å utvikle gode forebyggingstiltak på arbeidsplassen, og mer støtte rundt den enkelte arbeidsplass for å forebygge sykefravær og tidlig avgang fra arbeidslivet, fordi det er begrensninger på hvor mye arbeidsgiver kan få til alene, særlig i små og mellomstore virksomheter. Derfor er samarbeidet med NAV svært viktig. Det trengs også mer støtte til ansatte som får problemer av ulike slag. I dag er det få tilgjengelige tjenester nært knyttet til arbeidslivet, og helsevesenet blir eneste løsning. Dette drar i retning av en sykeliggjøring av befolkningen heller enn å forebygge at ulike livsproblemer man møter gjennom livet gir for stor belastning for den enkelte. Gode støttesystemer på arbeidsplassen for ansatte som får problemer har vært prøvd ut i Norge med lovende resultater. Å hjelpe ansatte som sliter er en mye bedre strategi for å redusere sykefraværet enn å forsøke å presse folk tilbake med strenge krav til sykmeldte.

Å innføre strengere krav i oppfølgingsregimet vil sannsynligvis ikke ha særlig stort potensial for å redusere sykefraværet og tidlig avgang fra arbeidslivet. Sverige og Danmark har gjennomført endringer som har ført til dårligere inntektssikring ved sykdom, og fagforeningene mobiliserer for å få gjennomført endringer. Om dette i seg selv fører til økte bekymringer og helseproblemer i befolkningen vet vi ikke, men det er grunn til å tro at kvaliteten på velferdsordningene har sammenheng med folkehelsen. Det er mer fornuftig å se til Finland, der de har mer fokus på arbeidsplassen og lang tradisjon for bruk av bedriftshelsetjenester. I Sverige og Danmark ser det ut som bedriftshelsetjenestene byttes ut med helseforsikringer. Dette bidrar sannsynligvis ikke til at det utvikles et sterkt forebyggingsarbeid i arbeidslivet. Det bør undersøkes grundigere hva som er potensialet for BHT-markedet i Norge, det har ikke dette prosjektet hatt rammer til.

Bidragstere

I tillegg til lederne i de ni norske NHO-bedriftene, har følgende personer bidratt med informasjon:

	Land	Navn	Institusjon
Forskere som har svart på 51 spørsmål om sine lands ordninger	Sverige	Sara Hultqvist	Lund University
	Danmark	Iben Nørup	Aalborg University
	Finland	Taina Leinonen	Finnish Institute of Occupational Health
	Tyskland	Andreas Blume	Ruhr-Universität Bochum
	Nederland	Angelique de Rijk	Maastricht University
Arbeidsgivere	Island	Jon Runar Pálsson*	Confederation of Icelandic employers.
	Sverige	Catharina Back	Svenskt Näringsliv
	Danmark	Katrine Nordbo Jakobsen	Dansk Arbejdsgiverforening (DA)
	Finland	Jan Schugk	Confederation of Finnish Industries (EK)
Arbeidstakere	Island	Björn Ágúst Sigurjónsson	Rafiðnaðarsamband Íslands
	Sverige	Kjell Rauto	LO Sverige
	Danmark	Pia Schreiber Pedersen	LO Danmark
	Finland	Anne Mironen	SAK

* Fordi vi foreløpig ikke har etablert et samarbeid med forskere fra Island, tok Jon Runar Paulsen ansvaret for å finne svar på de samme spørsmålene som forskerne svarte på.

Referanser

1. Spasova, S., D. Bouget, and B. Vanhercke, *Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union*. 2016, Background.
2. de Vries, H., et al., *Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review*. *J Occup Rehabil*, 2018. **28**(3): p. 393-417.
3. Ose, S., et al., *Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger*. 2006, SINTEF Rapport a325.: Trondheim, Norge.
4. Ose, S., *Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag*. 2010, SINTEF-rapport: Trondheim.
5. Ose, S., et al., *Oppfølging av sykmeldte - fungerer dagens regime? Oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner*. 2013, SINTEF-rapport Trondheim.
6. Ose, S., I. Brattlid, and R. Slettebak, *12 år med IA-avtaler - hva nå?* . 2013, SINTEF-rapport: Trondheim.
7. Ose, S., et al., *Sykefravær - gradering og tilrettelegging*. 2012, SINTEF-rapport: Trondheim
8. OECD, *Mental Health and Work: Norway*. 2013.
9. Dahl, S., T. Holmås, and F. Skjeret, *En kartlegging av holdninger til sykefravær i Norden (Attitudes towards sickness absence in the Nordic countries)*. SNF-rapport nr. 23/07, 2007.
10. Viikari-Juntura, E., et al., *Efficacy of temporary work modifications on disability related musculoskeletal pain and depressive symptoms: a controlled trial*. 2017, Finnish Institute of Occupational Health: Tampere, Finland.
11. Brand, S.L., et al., *Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review*. *PLoS One*, 2017. **12**(12): p. e0188418.
12. Carroll, C., et al., *Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions*. *Disabil Rehabil*, 2010. **32**(8): p. 607-21.
13. Cochrane, A., et al., *Early interventions to promote work participation in people with regional musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis*. *Clin Rehabil*, 2017. **31**(11): p. 1466-1481.
14. de Boer, W.E., et al., *Expectation of sickness absence duration: a review on statements and methods used in guidelines in Europe and North America*. *Eur J Public Health*, 2016. **26**(2): p. 306-11.
15. Higgins, A., P. O'Halloran, and S. Porter, *Management of long term sickness absence: a systematic realist review*. *J Occup Rehabil*, 2012. **22**(3): p. 322-32.
16. Hoefsmit, N., I. Houkes, and F.J. Nijhuis, *Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review*. *J Occup Rehabil*, 2012. **22**(4): p. 462-77.
17. Mikkelsen, M.B. and M. Rosholm, *Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders*. *Occup Environ Med*, 2018. **75**(9): p. 675-686.
18. Nigatu, Y.T., et al., *Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Psychol Med*, 2016. **46**(16): p. 3263-3274.

19. Odeen, M., et al., *Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence*. *Occup Med (Lond)*, 2013. **63**(1): p. 7-16.
20. Palmer, K.T., et al., *Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review*. *Rheumatology (Oxford)*, 2012. **51**(2): p. 230-42.
21. Sabariego, C., et al., *Effectiveness of Integration and Re-Integration into Work Strategies for Persons with Chronic Conditions: A Systematic Review of European Strategies*. *Int J Environ Res Public Health*, 2018. **15**(3).
22. Vargas-Prada, S., et al., *Effectiveness of very early workplace interventions to reduce sickness absence: a systematic review of the literature and meta-analysis*. *Scand J Work Environ Health*, 2016. **42**(4): p. 261-72.
23. Vogel, N., et al., *Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017. **3**: p. CD011618.
24. Nigatu, Y.T., et al., *Prognostic factors for return to work of employees with common mental disorders: a meta-analysis of cohort studies*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2017. **52**(10): p. 1205-1215.
25. van Vilsteren, M., et al., *Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(10): p. CD006955.
26. Salomonsson, S., E. Hedman-Lagerlof, and L.G. Ost, *Sickness absence: a systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders*. *Psychol Med*, 2018. **48**(12): p. 1954-1965.
27. Alexis, O., *The management of sickness absence in the NHS*. *Br J Nurs*, 2011. **20**(22): p. 1437-40, 1442.
28. Andersen, L.N., et al., *Longer term follow-up on effects of Tailored Physical Activity or Chronic Pain Self-Management Programme on return-to-work: A randomized controlled trial*. *J Rehabil Med*, 2016. **48**(10): p. 887-892.
29. Bartys, S., A.K. Burton, and C.J. Main, *Occupational case management can reduce sickness absence*. *European Journal of Public Health*, 2005. **15**: p. 62-62.
30. Benavides, F.G., et al., *Evaluation of the management of nonwork-related sick leave lasting more than 15 days in Catalonia (Spain)*. *Gaceta Sanitaria*, 2010. **24**(3): p. 215-219.
31. Brookes, K., et al., *Systematic review: work-related stress and the HSE management standards*. *Occup Med (Lond)*, 2013. **63**(7): p. 463-72.
32. Demou, E., et al., *A novel approach to early sickness absence management: The EASY (Early Access to Support for You) way*. *Work - a Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation*, 2016. **53**(3): p. 597-608.
33. Estorce, T.P. and P. Kurcgant, *[Sick leave and nursing personnel management]*. *Rev Esc Enferm USP*, 2011. **45**(5): p. 1199-205.
34. Higgins, A., P. O'Halloran, and S. Porter, *The Management of Long-Term Sickness Absence in Large Public Sector Healthcare Organisations: A Realist Evaluation Using Mixed Methods*. *J Occup Rehabil*, 2015. **25**(3): p. 451-70.
35. Linden, M., et al., *Reduction of sickness absence by an occupational health care management program focusing on self-efficacy and self-management*. *Work*, 2014. **47**(4): p. 485-9.
36. Nordhagen, H.P., et al., *Case-specific colleague guidance for general practitioners' management of sickness absence*. *Occup Med (Lond)*, 2017. **67**(8): p. 644-647.
37. Roelen, C., et al., *Development and validation of a prediction model for long-term sickness absence based on occupational health survey variables*. *Disabil Rehabil*, 2018. **40**(2): p. 168-175.
38. Roelen, C.A. and J.W. Groothoff, *Rigorous management of sickness absence provokes sickness presenteeism*. *Occup Med (Lond)*, 2010. **60**(4): p. 244-6.

39. Holmgren, K. and S. Dahlin Ivanoff, *Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study.* J Occup Rehabil, 2007. **17**(1): p. 93-106.
40. Sahlin, E., et al., *Nature-based stress management course for individuals at risk of adverse health effects from work-related stress-effects on stress related symptoms, workability and sick leave.* Int J Environ Res Public Health, 2014. **11**(6): p. 6586-611.
41. Schnitzler, L., A. Kosny, and M. Lifshen, *Healthcare providers' experience with the management of mental health conditions in the context of Workers' Compensation.* Work, 2018. **59**(3): p. 449-462.
42. Smedley, J., et al., *Evaluation of a case management service to reduce sickness absence.* Occup Med (Lond), 2013. **63**(2): p. 89-95.
43. Stansfeld, S.A., et al., *Pilot study of a cluster randomised trial of a guided e-learning health promotion intervention for managers based on management standards for the improvement of employee well-being and reduction of sickness absence: GEM Study.* BMJ Open, 2015. **5**(10): p. e007981.
44. Gabbay, M., et al., *NICE guidance on long-term sickness and incapacity.* Br J Gen Pract, 2011. **61**(584): p. e118-24.
45. Toppinen-Tanner, S., et al., *Preventing Sickness Absence With Career Management Intervention: A Randomized Controlled Field Trial (vol 58, pg 1202, 2016).* Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2017. **59**(1): p. E2-E2.
46. Wagner, S., et al., *International employee perspectives on disability management.* Disabil Rehabil, 2018. **40**(9): p. 1049-1058.
47. Warren, J., K. Garthwaite, and C. Bamba, *'It was just nice to be able to talk to somebody': long-term incapacity benefit recipients' experiences of a case management intervention.* J Public Health (Oxf), 2013. **35**(4): p. 518-24.
48. Whysall, Z., J. Bowden, and M. Hewitt, *Sickness presenteeism: measurement and management challenges.* Ergonomics, 2018. **61**(3): p. 341-354.
49. Halonen, J.I., et al., *Sustained return to work and work participation after a new legislation obligating employers to notify prolonged sickness absence.* Scand J Public Health, 2018. **46**(19_suppl): p. 65-73.
50. Kenning, C., et al., *Collaborative case management to aid return to work after long-term sickness absence: a pilot randomised controlled trial, in Collaborative case management to aid return to work after long-term sickness absence: a pilot randomised controlled trial.* 2018: Southampton (UK).
51. Lau, B., A. Dye, and S. Aaseth, *Lederes erfaringer med oppfølging av sykmeldte. Kjennetegn ved enkle versus utfordrende saker. .* Psykologtidsskriftet, 2018. **55**(7): p. 586-567.
52. Andersen, L.N., et al., *"Here we're all in the same boat"--a qualitative study of group based rehabilitation for sick-listed citizens with chronic pain.* Scand J Psychol, 2014. **55**(4): p. 333-42.
53. Munir, F., J. Yarker, and C. Haslam, *Sickness absence management: encouraging attendance or 'risk-taking' presenteeism in employees with chronic illness?* Disabil Rehabil, 2008. **30**(19): p. 1461-72.
54. Lidwall, U. and S. Marklund, *Long-term sick leave in Sweden 1992-2008 and the role of economic conditions, legislation, demography, work environment and alcohol consumption.* European Journal of Public Health, 2010. **20**: p. 284-285.
55. Aronsson, G., K. Gustafsson, and M. Dallner, *Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism.* Journal of Epidemiology & Community Health, 2000. **54**(7): p. 502-509.
56. Ose, S.O., *Sykefravær, HMS og inkludering.* 1. utgave. ed. 2016, Oslo: Gyldendal Akademisk. 257 pages.

57. Ose, S.O. and R. Slettebak, *Trondheim kommunes arbeid med oppfølging av sykmeldte: Et følgeforskningsprosjekt*, in *Rapport A25013*. 2013, SINTEF: Trondheim.
58. Ose, S.O., S.L. Kaspersen, and C.S. Børve, *En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer*. 2018, Trondheim: SINTEF Rapport 2018:00201. 95.
59. Ose, S.O., et al., *Kunnskapsstatus: arbeid, psykisk helse og rus*. SINTEF Rapport A7177. 2008, Trondheim.



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no