

SINTEF A14282

RAPPORT

Konferanserapport: Faglig seminar om
sykefravær, 12. januar 2010

Solveig Osborg Ose

SINTEF Helse
Gruppe for arbeid og helse

Januar 2010

www.sintef.no

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

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

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

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Konferanserapport: Faglig seminar om sykefravær, 12. januar 2010

FORFATTER(E)

Solveig Osborg Ose

OPPDRAGSGIVER(E)

Arbeidsdepartementet

RAPPORTNR. SINTEF A14282	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Bent-Ole Grooss	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04787-5	PROSJEKTNR. 80H14830	ANTALL SIDER OG VEDLEGG 77
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\78108830 SAMDATA kommunel\Prosjekt 2008		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Solveig Osborg Ose	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2010-01-20	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, Forsknings sjef	<i>Britt Venner</i>

SAMMENDRAG

Rapporten utgjør en del av kunnskapsgrunnlaget for Arbeidsdepartementets videre arbeid med sykefravær og inkludering.

Arbeidsdepartementet inviterte til faglig seminar om sykefraværsutviklingen 12. januar 2010 med intensjon om å samle de sentrale aktørene i sykefraværsdiskusjonen for å gå gjennom ulike forklaringer på utviklingen i sykefraværet. Representanter fra myndighetene, partene i arbeidslivet, ekspertgruppen og inviterte forskere som har analysert ulike sykefraværsproblemstillinger, deltok på seminaret. Seminaret var gratis og åpent for pressen.

SINTEF fikk i oppdrag å skrive konferanserapporten. I denne rapporten presenteres innleggene som ble holdt og diskusjonene og spørsmålene som kom underveis.

STIKKORD		ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helsearbeid	Community Mental Health Services
GRUPPE 2	Kommuner	Municipalities
EGENVALGTE	Øremerkede midler	Earmarked grants

Innhold

1	INNLEDNING	5
2	PROGRAM	6
3	PRESENTASJONER OG INNLEGG	7
3.1	Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm åpner seminaret	7
3.2	Utviklingen i sykefraværet. Stein Langeland, Arbeids - og velferdsdirektoratet	11
3.2.1	Statistikkgrunnlag og utvikling i sykefraværet	11
3.2.2	Status og utvikling i sykefraværet siste år	14
3.2.3	Sykefravær fordelt på ulike diagnoser	16
3.2.4	Analyseprosjekter i NAV.....	17
3.2.5	Sykefravær etter varighet	18
3.2.6	Hva skjer med dem som bruker opp sykepengere rettighetene?	19
3.2.7	Sammenhengen mellom sykepengedager per lønnstaker og andel ledige	20
3.3	Sykefravær og yrkesdeltakelse. Roger Bjørnstad, SSB	23
3.3.1	Velferdsordninger og hvordan de påvirker arbeidsmarkedet.....	23
3.3.2	Høy yrkesdeltakelse, særlig blant kvinner og eldre	24
3.3.3	Hva kan forklare utviklingen i sykefraværet i Norge	25
3.3.4	Makroøkonomisk modell for å forklare og predikere sykefraværet	28
3.3.5	Utfordringer knyttet til fiskale hensyn	30
3.3.6	Konklusjon.....	32
3.4	Sentrale forklaringsfaktorer sett fra partene i arbeidslivet (LO og NHO)	33
3.4.1	Innspill fra LO ved Stein Reegård	33
3.4.2	Innspill fra NHO ved Svein Oppegaard	35
3.5	Sykefravær som sosialt fenomen – ulike typer fravær. Steinar Westin, NTNU	37
3.5.1	Det store bildet	37
3.5.2	Utvikling i sykefraværet	38
3.5.3	Hva er sykefravær? Lengde og sammenlikning mellom land.....	39
3.5.4	Trenger bedre statistikk på sykefravær.....	40
3.5.5	Har vi et problem i Norge?	41
3.5.6	Konklusjon.....	42
3.6	Kva kan registerdata fortelja oss om sjukefraværet? Kjell Vaage, Universitetet i Bergen	43
3.6.1	Registerdata og bruksområder	43

3.6.2	Økonomiske insentiv	44
3.6.3	Sykefravær og konjunkturer.....	44
3.6.4	Omstillinger og sykefravær	45
3.6.5	Normer/holdninger	45
3.6.6	Konklusjon.....	46
3.7	Arbeidsmiljøets betydning. Helge Kjuus, STAMI	47
3.7.1	Bakgrunn	47
3.7.2	Kan observert økning i sykefraværet skyldes forverring av arbeidsmiljøet?	48
3.7.3	Arbeidsrelatert sykelighet: Forekomst i befolkningen	51
3.7.4	Ebbas pølsemodell	53
3.7.5	Er det ut fra et helseperspektiv uetisk å være opptatt av å redusere sykefraværet?.....	53
3.7.6	Konklusjon.....	54
3.8	Fastlegenes portvaktrolle. Benedicte Carlsen, Rokkansenteret	55
3.8.1	Bakgrunn	55
3.8.2	Porten er åpen!	55
3.8.3	Hvorfor er porten åpen?	56
3.8.4	Leger, NAV og arbeidsgiver	57
3.8.5	Om standardiserte sykmeldinger	57
3.8.6	Konklusjon.....	58
3.9	Unge og sykefravær. Roar Johnsen, NTNU.....	59
3.9.1	Bakgrunn	59
3.9.2	Sykefraværsutviklingen blant unge i Norge og i Danmark	59
3.9.3	Sykefraværsutviklingen (arbeidsdeltakelse) blant unge i en ungdomspopulasjon	62
3.9.4	Unge bruk av trygdeordninger	62
3.9.5	Har unge en annen fraværskultur enn voksne?	64
3.9.6	Hva kjennetegner tiltak som har effekt?.....	64
3.9.7	Konklusjon.....	64
3.10	Arbeid og psykisk helse. Solveig Osborg Ose, SINTEF Helse.....	65
3.10.1	Bakgrunn	65
3.10.2	Den norske tilnærmingen	66
3.10.3	Forskning på arbeid og psykisk helse.....	67
3.10.4	Sosiale problemer som ikke gir rett til sykepenger – arbeidsgivers rolle?	67
3.10.5	Hva har negative konsekvenser for vår psykiske helse?	68
3.10.6	Hva er forslagene til tiltak fra andre land?	68
3.10.7	Konklusjon	69

4	SPØRSMÅL, INNSPILL OG DEBATT	70
4.1	Til Stein Langeland, Arbeids- og velferdsdirektoratet.....	70
4.2	Til Roger Bjørnstad, SSB	71
4.3	Til Stein Reegård, LO	72
4.4	Til Svein Oppegård, NHO.....	72
4.5	Til Steinar Westin, NTNU.....	73
4.6	Til Kjell Vaage, UiB	73
4.7	Til innlegget til Helge Kjuus, Stami.	74
4.8	Til Benedicte Carlsen, Rokkansenteret	75
4.9	Til Roar Johnsen, NTNU.....	76
4.10	Til Solveig Osborg Ose, SINTEF Helse	76
4.11	Generelle kommentarer.....	81
5	OPPSUMMERING.....	82

1 Innledning

Arbeidsdepartementet inviterte til faglig seminar om sykefraværsutviklingen med intensjon om å samle de sentrale aktørene i sykefraværsdiskusjonen for å gå gjennom ulike forklaringer på utviklingen i sykefraværet. Seminaret ble ledet av leder for NFR-programmet Velferd, arbeidsliv og migrasjon (VAM), professor Alf Erling Risa. Representanter fra myndighetene, partene i arbeidslivet, ekspertgruppen og inviterte forskere som har analysert ulike sykefraværsproblemstillinger, deltok på seminaret. Seminaret var gratis og åpent for pressen.

Forskere og partene fra arbeidslivet, representert ved NHO og LO, var invitert til å holde innlegg som skulle belyse hvorfor sykefraværet øker, og hvorfor sykefraværet i Norge er høyere enn i andre land vi vanligvis sammenligner oss med. Ulike forklaringer på bakgrunnen for forskjeller i sykefravær skulle også presenteres.

Arbeidsdepartementet var ansvarlig for planlegging og gjennomføring av seminaret. De var i planleggingen av konferansen i dialog med ekspertgruppen som skal gi sykefraværsreducerende innspill til myndighetene.

SINTEF fikk i oppdrag å skrive konferanserapporten. I denne rapporten presenteres innleggene som ble holdt og diskusjonene og spørsmålene som kom underveis. Rapporten er basert på presentasjonene som vi etter konferansen fikk oversendt fra Arbeidsdepartementet, tilstedeværelse på konferansen og på lydopptak gjort med digital opptaker i løpet av konferansen.

Innleggene og diskusjonen fra denne dagen er en del av kunnskapsgrunnlaget for departementets videre arbeid med sykefraværsproblematikken. Mye data og interessant statistikk ble presentert. Vi har derfor i samråd med oppdragsgiver valgt å utarbeide en omfattende konferanserapport der sentrale figurer og tabeller fra de ulike presentasjonene er tatt med. For å lette arbeidet til leseren som leter etter noe spesielt, har vi valgt å dele opp de lengre innleggene i etter hvilke tema det ble snakket om.

Programmet for dagen følger på neste side. Statsråd Hanne Bjurstrøm åpnet seminaret og hele hennes innledning er tatt med i begynnelsen av kapittel 3. Resten av kapittel 3 inneholder en gjennomgang av hver enkelt presentasjon. I kapittel 4 refereres det fra diskusjonene som kom underveis. En kort oppsummering gis i kapittel 5.

2 Program

Utviklingen i sykefraværet

10.00 - 10.10

Velkommen ved politisk ledelse i AD (Statsråd Hanne Bjurstrøm åpner seminaret).

10.10-10.50

Utviklingen i sykefraværet siste år/senere årene (Stein Langeland, Arbeids- og velferdsdirektoratet).

10.50 -11.10

Sykefravær og yrkesdeltakelse. Roger Bjørnstad, SSB.

11.10 -11.40

Sentrale forklaringsfaktorer sett fra partene i arbeidslivet (LO og NHO).

Stein Reegård, LO og Svein Oppegård, NHO

11.40 -12.00

Diskusjon

12.00 -13.00

Lunsj

Forklaringer til økt sykefravær (institusjonell tilnærming)

13.00 -13.30

Sykefravær som sosialt fenomen: Ulike typer fravær v/sykefraværsforskningsprogrammets leder professor Steinar Westin, NTNU.

13.30 -14.00

Hva kan registerstudier fortelle oss? v/Professor Kjell Vaage, UiB.

14.00 -14.30

Arbeidsmiljøets betydning v/ Avdelingsdirektør Helge Kjuus, Stami.

14.30 -15.00

Fastlegenes portvaktrolle v/Benedicte Carlsen, Rokkansenteret.

15.00-15.15

Kaffepause med litt å spise

Hva forklarer forskjeller i sykefravær (individuell tilnærming)?

15.15 -15.45

Unge og sykefravær v/professor Roar Johnsen, NTNU

15.45 -16.15

Arbeid og psykisk helse v/Solveig Osborg Ose, SINTEF Helse

16.15 -17.00

Plenumsdiskusjon – hva vet vi om driverne bak sykefraværet?

17.00

Avslutning

3 Presentasjoner og innlegg

Bent-Ole Grooss i Arbeidsdepartementet ønsket alle velkommen og introduserte Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm.

3.1 Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm åpner seminaret

Statsrådens innledning gjengis i helhet og er hentet fra Arbeidsdepartementets nettsider.

Åpning av faglig seminar om sykefravær

Jeg vil starte med å ønske dere alle velkommen, og uttrykke stor takknemlighet for at så mange kunne stille opp på så kort tid. Jeg ser også at det er mange her som kommer utenfra forskermiljøene. Det er flott! Er det noe vi alle raskt kan enes om, tror jeg, så er det at den debatten som nå går om sykefravær, på alle måter kan tjene på å få et større innslag av innsikter og perspektiver fra forskningen.

Det er flott at så mange forskere har kommet. Det er ikke alltid like lett å få forskere til å vise seg frem når debattene raser som sterkest i politikk og medier. Og særlig ikke i et tema som sykefravær. Forutsigbart får ømtålige spørsmål om arbeidsmoral og skulk stor oppmerksomhet. Dette er vanskelige debatter fordi det er så lett å trå feil, og utpeke noen grupper som snyltere og gratispassasjerer på velferdsgodene våre. Nettopp derfor er det så viktig at vi skaper arenaer som denne konferansen, slik at vi alle kan sette oss ned i ro og mak og ta til oss de kunnskapene som er basert på solide innsikter fra forskningen.

Sykefravær et et uyhre sammensatt fenomen – kanskje er det ikke ett fenomen i det hele tatt, men et begrep vi fester på mange ulike fenomener. Ett er i alle fall sikkert, at selv om vi vet en god del om sykefraværets mange sider, er det mye vi ikke vet. Derfor er det et viktig bidrag fra forskningen at det stilles nye spørsmål, og jeg håper at vi alle her i dag kan bidra til å sette nye tematikker og spørsmål på dagsordenen. Jeg trenger forskere som både kan komme med svar og med nye spørsmål. For oss som skal lage politikk, og som har ansvar for å forvalte en så god ordning som sykelønnsordningen, er det viktig å vite hva vi ikke vet!

Jeg trenger ikke fortelle dere at sykefravær og sykelønnsordningen står høyt i min og hele regjeringens bevissthet. Den økningen vi har sett den siste tiden har innebåret en kraftig og uforutsett vekst i folketrygdens utgifter. 5 milliarder er veldig mye penger. Selv om jeg ikke er økonom, så forstår jeg at uten veksten i fraværet, kunne disse milliardene vært brukt på andre gode formål. Men økningen i fraværet er også bekymringsfull, og det vet dere i salen like godt som meg, fordi langtidsfravær i så altfor mange tilfeller er begynnelsen på en lengre karriere i trygdesystemet. Og så er veksten bekymringsfull av den tredje og enkle grunn at vi ikke vet hva som skjer! Det er i seg selv en viktig bekymring at store utgifter fra felleskassen drives av faktorer vi ikke kjenner. Dermed har vi et svakt kunnskapsgrunnlag for å kunne utforme gode og treffsikre tiltak, og å kunne hjelpe på gode måter de mennesker som sliter med å beholde fotfeste i arbeid.

Det er to gjengangere som alltid dukker opp når vi får offentlige debatter om sykefravær. Den første er misbruksdebatten som jeg allerede har nevnt. Den andre er argumentet om at vår gode sykelønnsordning i seg selv bidrar til høyt sykefravær. Regjeringen er krystallklar på dette punktet: Sykelønnsordningen skal ikke endres! Den skal beholdes om en ordning hvor folk med helseproblemer ikke skal få dårligere råd. Sykelønnsordningens oppgave er ikke å hindre misbruk, men å være en forutsigbar inntektsforsikring for alle yrkesaktive med helsesvekket arbeidsevne. Dersom ordningens misbrukes, noe vi helt sikkert kan finne enkeltseksempler på, er dette et uvesen som må angripes på andre måter.

Regjeringens strategi for et lavere sykefravær bygger på to utgangspunkt: Det første at siden årsakene til sykefraværet er mange og sammenvevde, må mange virkemidler utvikles og anvendes på bred front. Et systematisk arbeid fra helseprofesjonene i å avhjelpe folks helseproblemer, så vel som et bevisst fokus på arbeidsplasser og arbeidsmiljø er begge deler like viktig. Selv om mange årsaker til fravær kan ligge utenfor arbeidsplassen i snever forstand, er det i bedrifter og virksomheter at løsningene må utvikles.

Derfor er regjeringens andre utgangspunkt at vi nå går inn i forhandlinger med arbeidslivets parter om en ny avtale om et inkluderende arbeidsliv. Mange spør om hvorfor vi gjør det, når IA-samarbeidet ikke har ledet oss nærmere det opprinnelige målet om 20 prosent reduksjon. Svaret på det er enkelt. Det finnes ingen annen strategi som med troverdighet kan lede oss til målet enn nettopp et systematisk samarbeid mellom de parter som sitter med nøklene til et arbeidsliv hvor det er raushet og rom for flest mulig! Også for dem som av mange og forskjellige årsaker har svekket funksjonsevne.

Når jeg inviterer til konferanser som dette, når vi bevilger betydelige midler til velferdsforskning og et eget sykefraværprogram, samt at vi har satt ned to ekspertgrupper for å se på fraværsårsaker, så uttrykker dette et stort behov for ny og solid kunnskap om velferdsordningene våre.

Vi er ikke ute etter å få forskningens sannhetsstempel på egne antakelser. Forskning som ikke er produsert med forskersamfunnets egne kvalitetskrav er verdiløs for oss. Forskning som ikke er solid og sannferdig vitenskap, kan aldri bli nyttig. Forskerne må derfor stå fritt til selv å forfølge sine forskningsspørsmål. Men forskningen må også være relevant, og tørre å være modig. Forskingen må være kritisk, og utfordre alle vedtatte sannheter. Forskingen må også gå inn i politisk og ideologisk betente spørsmål, og tørre å finne sannheter som noen kan oppleve som ubehagelige. Bare da er kunnskapen relevant. Bare da kan synsing og påstander om at "alle vet jo at..." fortrennes av solid viten og nødvendig innsikt.

Med disse få ordene håper jeg at vi alle får en spennende dag. En av de litt mer triste sidene ved den jobben jeg har, er at jeg så ofte må gå når det spennende begynner. Jeg skulle svært gjerne vært her og lyttet og lært i hele dag. Dessverre må jeg derfor gå til andre oppgaver. Men det sitter folk her som vil notere flittig, og bringe til meg de innsikter og problemstillinger som vil komme opp.

Sykefraværsarbeidet er så viktig at det gjelder å få med seg alle innsikter, synspunkter og nye spørsmål dersom vi skal lykkes i å redusere fraværet ved at flere mennesker opplever større muligheter til å tilbringe mer av sin tid i arbeid.

Jeg vil igjen takke alle som ved innlegg og fremmøte bidrar til denne konferansen, og beklage at jeg må videre. Jeg ønsker dere all lykke med en spennende dag. Takk for oppmerksomheten.

Hanne Bjurstrøm beklaget deretter at hun ikke kunne være til stede hele dagen, men forsikret tilhørerne om at hun hadde mange folk i salen som fulgte med og ville informere henne.

Bjurstrøm introduserte deretter Alf Erling Risa som skulle lede konferansen. Han er professor ved Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen og er leder for VAM programmet (Velferd, Arbeidsliv og Migrasjon).

Risa ønsket alle velkommen og sa at selv om det er departementet som arrangerer konferansen, er det åpent for å diskutere alle sider av sykefraværproblematikken. Han informerte om at programmet for dagen var stramt, men at det legges opp til spørsmål og diskusjon likevel. Han sa at gjennom første innlegg skulle vi få "risset opp et kart" over hva det er som faktisk har foregått og hvordan dette landskapet ser ut, og gav ordet til Stein Langeland i Arbeids- og velferdsdirektoratet.

3.2 Utviklingen i sykefraværet. Stein Langeland, Arbeids - og velferdsdirektoratet

Stein Langeland er seksjonssjef for statistikk og utredningsenheten i Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir).

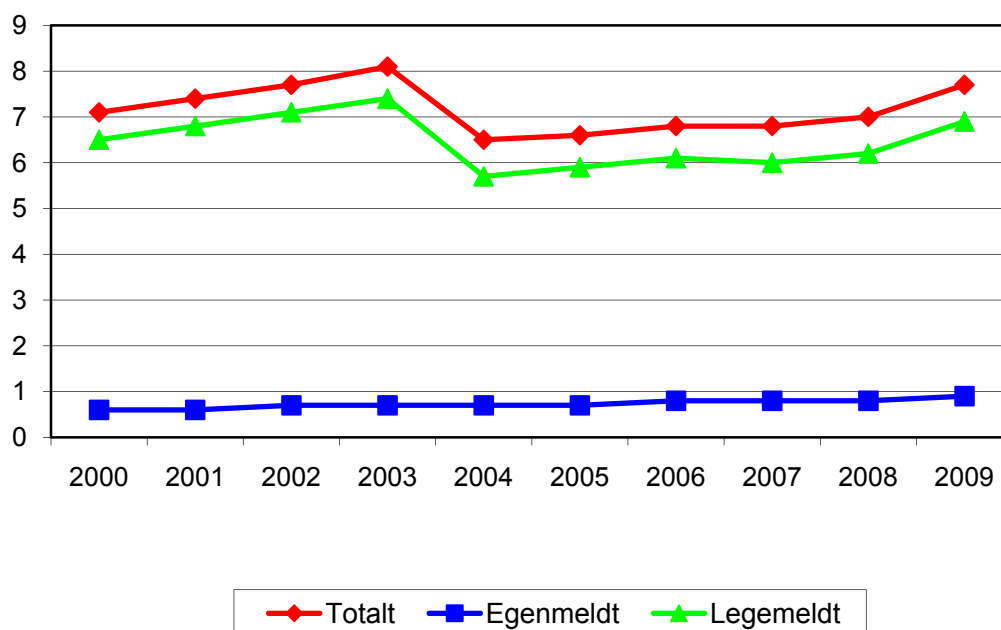
Fordi dette innlegget gir mye av bakgrunnen for seminaret og inneholder en mengde faktainformasjon om sykefraværet, har vi valgt å bruke en del plass på Langeland sin presentasjon.

3.2.1 Statistikkgrunnlag og utvikling i sykefraværet

Langeland fortalte først litt om statistikkgrunnlaget. AVdir utvikler i samarbeid med SSB statistikk for legemeldt sykefravær og beregner tapte dagsverk i forhold til avtalte dagsverk. I tillegg har AVdir tall fra sykepengestatistikken som går lenger tilbake i tid. Han sa at dette var to ulike datagrunnlag og at en måtte være litt nøye når en sammenlikner disse datakildene.

Langeland fortalte videre om hvordan sykefraværstallene kan kobles mot andre register som stønadsregistrene, folkeregisteret og fastlegeregisteret. Det er et stort omfang av data som skal registreres. I løpet av ett år er det 1,4 millioner legemeldte sykmeldinger fordelt på 800 000 personer som skal behandles. Tapte årsverk utgjorde 115 100 årsverk i 2008.

Han viste deretter følgende figur.

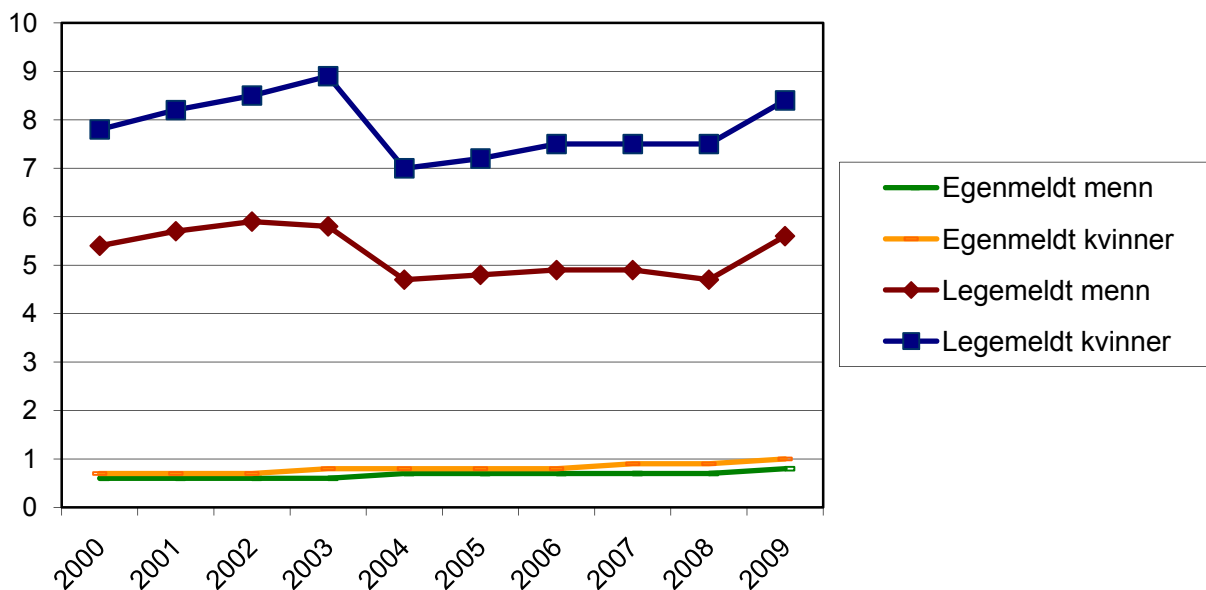


Figur: Sykefravær totalt, legemeldt og egenmeldt. 3. kvartal 2000-2009.

Dette er fra sykefraværstatistikken som NAV utarbeider i samarbeid med SSB. Langeland kommenterte at det er riktig at vi har hatt høyere sykefravær tidligere (2003) enn det vi har i dag. Nedgangen i 2003/2004 ble kommentert og det ble fastslått at dette skyldes innstramminger i regelverket for sykmeldinger 1. juni 2004 (aktivitetskrav, økt bruk av graderte sykmeldinger m.m.).

Bakgrunn for diskusjonen vi har nå er veksten det siste året, med 10 prosent vekst i egenmeldt sykefravær og 11 prosent vekst i det legemeldte sykefraværet.

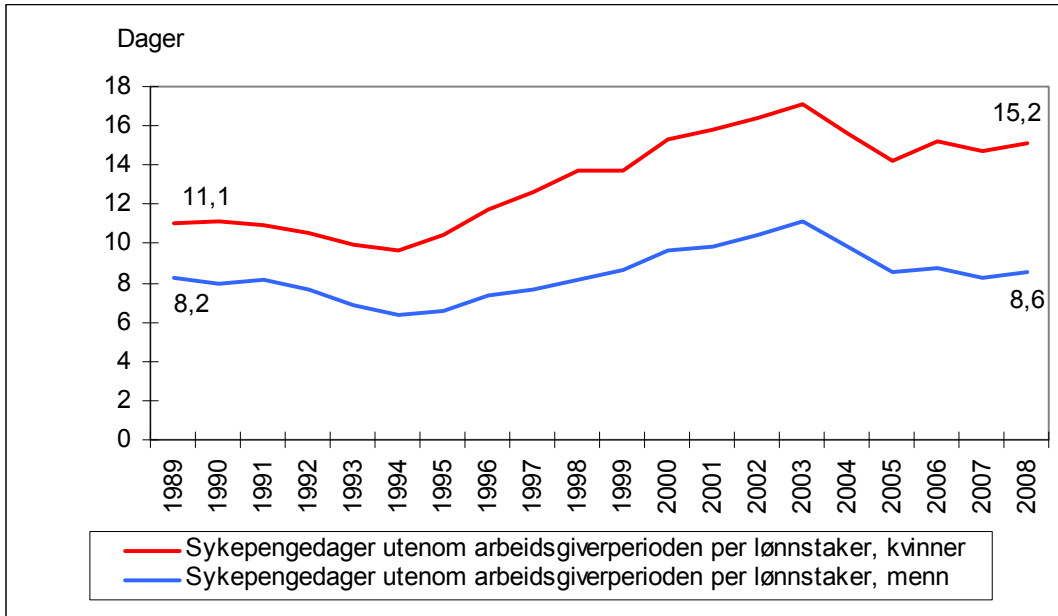
Videre ble sykefraværet fordelt på kjønn vist med følgende figur.



Figur: Sykefravær legemeldt og egenmeldt. Kjønn. 3. kvartal 2000-2009.

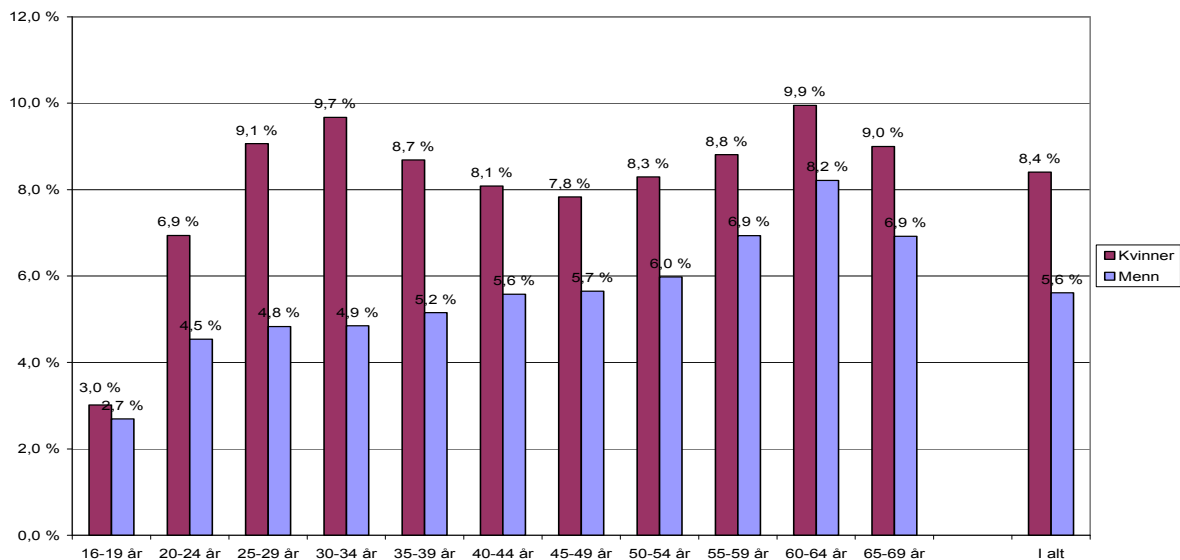
Langeland kommenterte at utviklingen er veldig lik for kvinner og menn, men kvinner har høyere sykefraværingsnivå. Det er en svak økning i sykefraværet for kvinner i forhold til menn i det meste av perioden, men det siste året øker sykefraværet kraftigere for menn enn for kvinner. Sykefraværet var 9,4 % for kvinner og 6,4 % for menn ved utgangen av 3. kvartal 2009.

Han sa videre at det ikke er slik at nå øker sykefraværet veldig kraftig for kvinner, denne påstanden må nyanseres noe. Vi må gå lenger tilbake i tid for å se hvordan utviklingen har vært. Han nevner at de har fått litt kjeft for å legge fram sykepengestatistikken fordi tallene ikke tar hensyn til gradert sykmeldinger og han sier at det er usikkert hvordan tallene ville blitt påvirket av å inkludere arbeidsgiverperioden og justere for deltid, men sier at effekten ville trolig vært begrenset. Langeland sier at det derfor er forsvarlig å legge frem denne statistikken som altså viser at kvinners sykefravær har økt med 36 % mot en økning i menns fravær på 4 %. Figuren på neste side ble presentert i denne sammenhengen.



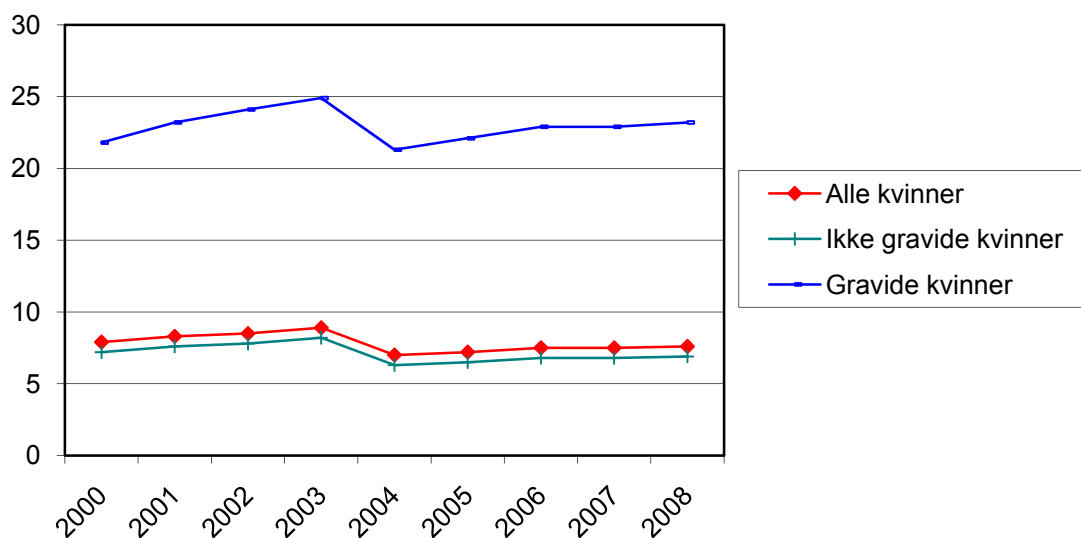
Figur: Antall sykepengedager utenom arbeidsgiverperioden per lønnstaker, kvinner og menn 1989-2008.

Videre viste Langeland to figurer som han sa viste at det ikke er så stor forskjell om man sammenlikner utviklingen i sykefraværs- og sykepengestatistikken i perioden 2001-2008. En figur for kvinner ble presentert der det fremkommer at sykepengedager per lønnstaker ligger lavere enn legemeldt sykefraværsprosent fra 2001-2004, men følger deretter sykefraværsprosenten relativt godt. For menn viste Langeland en figur der sykepengedager per lønnstaker ligger under legemeldt sykefraværsprosent for hele perioden. Han kommenterte ikke sammenhengen mellom sykepengedager per lønnstaker og utviklingen i sykefraværsprosenten lenger tilbake enn til 2001. Deretter presenterte han en figur som viste legemeldt sykefravær etter kjønn og alder.



Figur: Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder, 3. kvartal 2009. Prosent

Fraværet øker med alder både for kvinner og menn. Sykefraværet er høyt for mange yngre kvinner. Langeland poengterte at sykefraværet er meget høyt for en del yngre kvinner og gikk videre til å se på sykefravær blant gravide og ikke gravide kvinner, se neste figur.



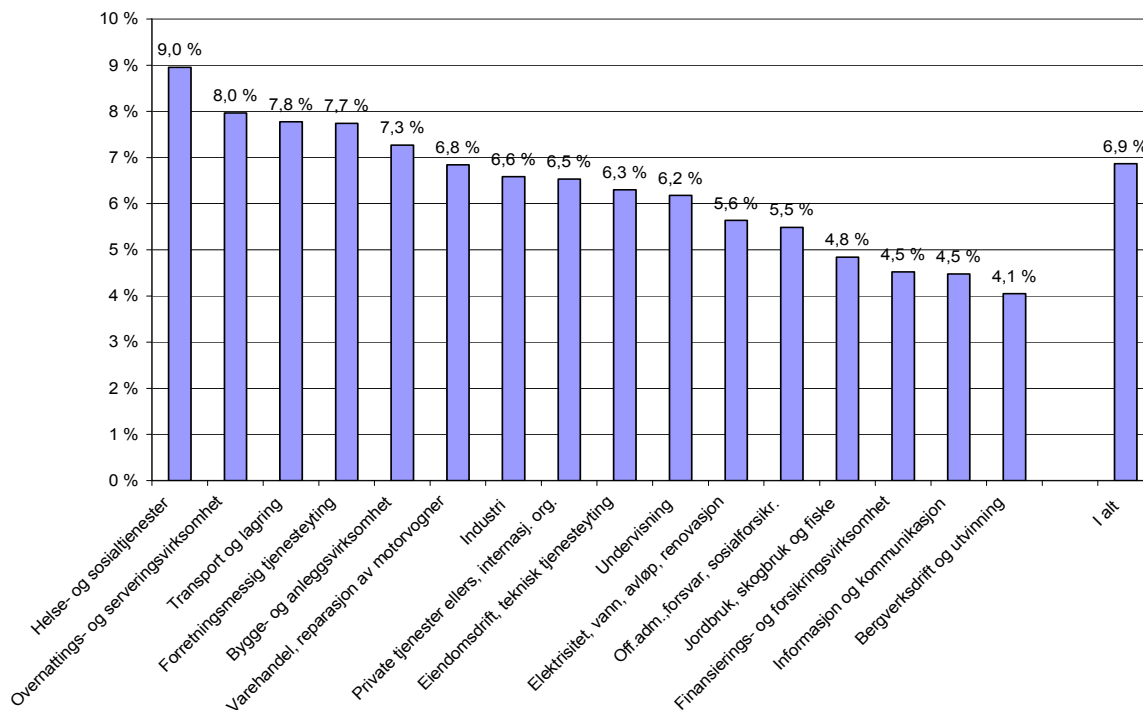
Figur: Kvinners sykefravær totalt, gravide og ikke gravide. Alder 16-49 år. 3. kvartal 2000-2008

Figuren viser at det er høyt sykefravær blant gravide. Det har vært oppe i 25 % men det er noe lavere nå. Innstramminger av regelverket i 2004, medførte en sterk nedgang i sykefraværet også for gravide i forhold til ikke gravide kvinner. Han sa at dette ikke er så veldig rart, særlig fordi leger i større grad skulle vurdere gradert sykmelding for gravide etter endringen.

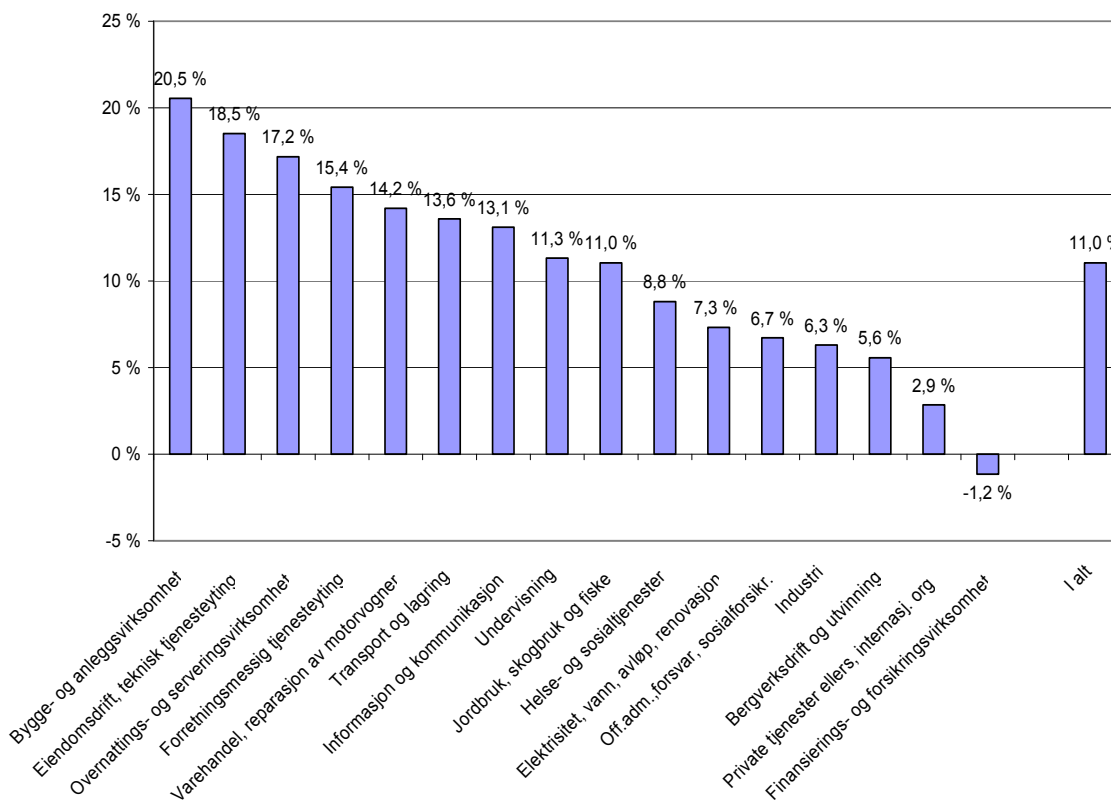
3.2.2 Status og utvikling i sykefraværet siste år

Etter denne innledningen gikk Langeland over til å snakke om situasjonen i 3. kvartal 2009 (siste tilgjengelige tall) og hvordan utviklingen siste år har vært.

Han startet med å vise en figur om sykefraværnsnivået etter næring og en som viste endring i sykefraværet etter næring.



Figur: Legemeldt sykefravær etter næring, 3. kvartal 2009



Figur: Prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet etter næring, 3. kvartal 2008-2009

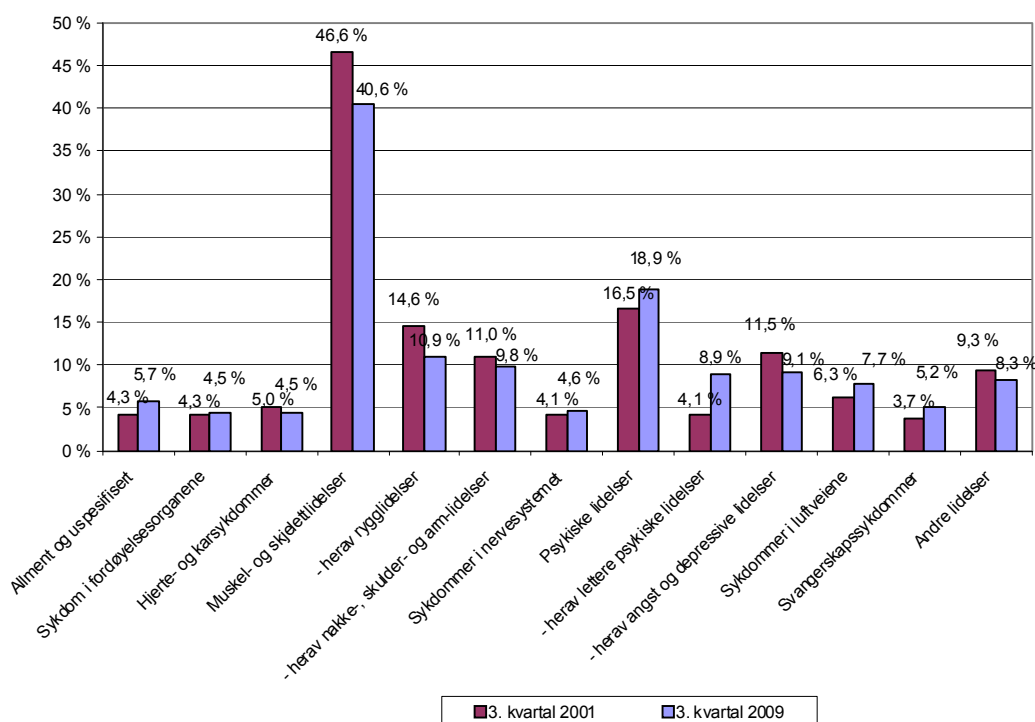
Det legemeldte sykefraværet er altså høyest i helse- og sosialtjenester (9%), overnattings- og serveringsvirksomhet (8%) og innen transport og lagring (7,8%) i 3. kvartal 2009. Det laveste sykefraværet finnes i 3. kvartal 2009 innen bergverksdrift og utvinning (4,1%) og innen finansierings- og forsikringsvirksomhet og informasjon og kommunikasjon (4,5%). Størrelsen på de ulike næringene i forhold til antall sysselsatte ble ikke kommentert.

Fra 3. kvartal 2008 til 3. kvartal 2009 finnes den sterkeste økning i bygge- og anleggsvirksomhet (20,5%) og innen eiendomsdrift med mer (18,5%) og overnattings- og serveringsvirksomhet (17,2%). Svakest økning finnes i finansierings- og forsikringsvirksomhet (nedgang på 1,2%). Industri har en økning på 6,3 % i denne perioden.

Langeland gikk så litt tilbake til kjønnsforskjeller og viste utviklingen i det legemeldte sykefraværet etter kjønn og alder i perioden 3. kvartal 2008 til 3. kvartal 2009. Tallene viser en særlig sterk økning blant menn, og da særlig blant de eldre aldersgruppene. Han sa også at tidligere var det sterk økning blant ungdom, men nå har vi plutselig fått en endring ved at sykefraværet nå øker betydelig mer for menn, og da ganske voksne menn.

3.2.3 Sykefravær fordelt på ulike diagnoser

NAV ser også på utvikling i legemeldt sykefraværsdagsverk etter diagnose og Langeland viste fordeling på diagnoser og utvikling fra 2001 til 2009 med følgende figur.



Figur: Legemeldte sykefraværsdagsverk etter diagnose, 3. kvartal 2001 og 3. kvartal 2009. Prosent.

Det er en nedgang i muskel-skjelettlidelser fra å utgjøre 46,6% til 40,6 % av alle legemeldte sykefraværsværk, og en økning i psykiske lidelser fra 16,5% i 2001 til 18,9% i 2009. Det er særlig økning i lettere psykiske lidelser.

Langeland viste også en tabell som viste de mest brukte diagnosene i det legemelte sykefraværet.

Tabell: Mest brukte diagnose i 2008

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

Oversikten viser at depressiv tilstand står for den største andelen tapte årsverk (6,4%), mens skulderyndrom var den nest største diagnosegruppen (3,9% av alle tapte årsverk).

3.2.4 Analyseprosjekter i NAV

Langeland gikk deretter over til å fortelle om ulike analyseprosjekt som NAV arbeider med og da spesielt om virkingene av aktivitetskrav for sykmeldte, altså endringene som kom i sykmeldingsreglene i juni 2004.

Gjennom kobling av fastlegeregisteret og sykefraværregisteret har de funnet at det er betydelige forskjeller mellom legene i antall sykmeldinger, lengde på sykmeldingene og gradering. Kvinnelige leger sykemelder mindre og kortere, og grader mer.

Analysen har også vist at legers praksis påvirker pasientene. Rask friskmelding øker sjansene for å bli i arbeidslivet og det går kortere tid til neste sykmelding for de som sykmeldes raskt.

En spørreundersøkelse om legers holdning til regelendringene viste at legene var positive til endringene og mente at endringen holdt pasientene lenger i arbeidslivet. Legene mente også at endringene bidro til bedre helse for pasientene. Han henviste også til NAV sitt analysetidsskrift Arbeid og velferd nr 3 – 2007 (Kann og Brage) for de som vil se nærmere på noen av analysene. Datagrunnlaget for å følge legers sykmeldingspraksis er noe NAV har gode tall på. Ut fra dette snakket han om at det er store variasjoner mellom kommuner i forhold til lengde på sykefraværet. Han viste en tabell over kommuner med høyest og lavest gjennomsnittlig sykefraværslengde etter diagnose (kommuner med mer enn 10 000 innbyggere).

Tabell: Kommuner med lavest og høyest gjennomsnittlig sykefraværslengde etter diagnose. Kommuner med mer enn 10 000 innbyggere. Sykmeldt av fastlegen. 4. kvartal 2008-3. kvartal 2009

Diagnose		Lavest varighet	Høyest varighet	Forskjell i varighet (dager)
P76 Depressiv tilstand	Tilfeller	399	76	
	Varighet	71,3	149,2	77,9
L92 Skulderysindrom	Tilfeller	242	75	
	Varighet	60,4	133,7	73,3
P02 Akutt stress	Tilfeller	155	70	
	Varighet	39,7	72,3	32,6
L86 Mellomvirvel skiveskade	Tilfeller	366	56	
	Varighet	77,2	132,7	55,5
P29 Psykiske symptomer	Tilfeller	908	63	
	Varighet	63,0	118,9	55,9
L84 Ryggsyndrom	Tilfeller	117	121	
	Varighet	36,7	88,4	51,7
A04 Slapphet/tretthet	Tilfeller	150	70	
	Varighet	35,7	99,7	44

Det er altså stor forskjell mellom kommuner med høyest og lavest varighet.

Videre viste Langeland at antall graderte sykemeldinger økte fra 2003 til 2004. I 2009 var 17 prosent av sykefraværstilfellene knyttet til graderte sykemeldinger, mens under 1 prosent var knyttet til aktive sykemeldinger. Til sammenlikning var andelen hhv 11,3% og 3,2%. Den største endringen fant sted fra 2003 til 2004.

Det er altså mange graderinger av sykmeldte og dette betyr at man jobber med å finne løsninger. Han viste også noen forskjeller mellom næringer i andel graderte sykefraværstilfeller fordelt på kjønn, men dette ble ikke kommentert.

3.2.5 Sykefravær etter varighet

Datagrunnlaget gir også mulighet for å måle varighet for avsluttede sykefraværstilfeller og dette gir grunnlag for å si hvilket sykefravær som øker. Langeland viste følgende tabell:

Tabell: Varighet for avsluttede sykefraværstilfeller med starttidspunkt i perioden. Legemeldt fravær

	2. halvår 2001 og 1. halvår 2002		2. halvår 2003 og 1. halvår 2004		2. halvår 2007 og 1. halvår 2008	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
I alt	1 324 552	100	1 235 156	100	1 347 696	100
1- 16 dager	847 553	64	769 120	62	843 194	63
17-56 dager	269 658	20,4	255 724	21	282 472	21
57-84 dager	54 671	4,1	54 967	4,5	59 158	4,4
85-182 dager	73 841	5,6	78 323	6,3	82 209	6,1
183-340 dager	42 773	3,2	43 465	3,5	45 877	3,4
341-350 dager	3 317	0,3	3 259	0,3	3 434	0,3
351- .. dager	32 739	2,5	30 298	2,5	31 352	2,3

Han sa at mange hevder at det er det lange fraværet som øker og at dette i og for seg er riktig, men ikke relativt sett. Det er sterk økning for alle varighetsgrupper. Når en ser på endring for de med starttidspunkt 2. halvår i 2007 og 1. halvår i 2008, viser tallene at indeksen er høyere for det korte sykefraværet.

3.2.6 Hva skjer med dem som bruker opp sykepengere rettighetene?

Langeland viste også en figur som viste at antall arbeidstakere som har brukt opp sykepengere rettighetene gikk ned som følge av regelendringene i 2004. Videre viste han en tabell som viste status 3 måneder etter at sykepengene ble oppbrukt.

Tabell: Oppbrukte sykepengere rettigheter. Status 3 måneder etter. Arbeidstakere 2001 og 2008

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

Nesten halvparten av de som har brukt opp sykepengere rettighetene var etter tre måneder innenfor ulike rehabiliteringsopplegg i 2008. Nær 16 prosent var tilbake i arbeid (tilbake til arbeid og ikke i kombinasjon med andre ytelser).

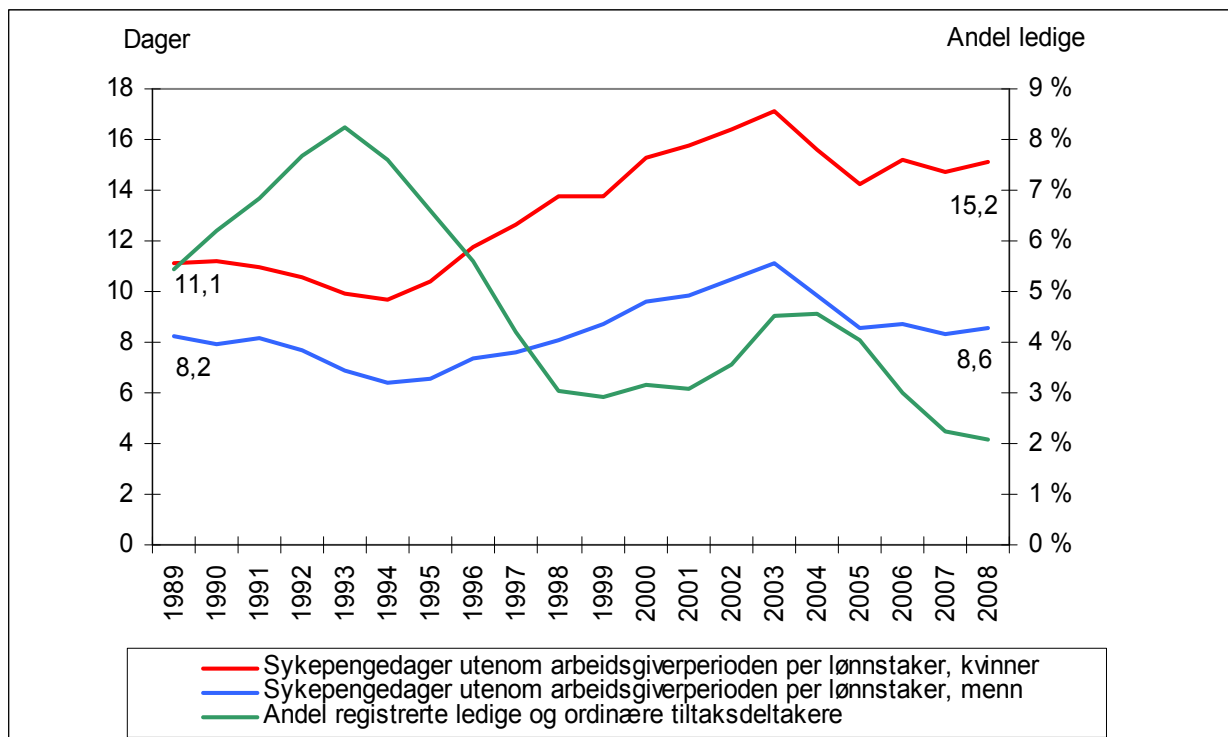
Langeland viste også en slide om overgang til uførestønad etter alder. Han viste at blant arbeidstakere som avsluttet et sykepengetilfelle utover arbeidsgiverperioden i 2002, har 55 prosent mottatt uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad på et senere tidspunkt (frem til 2009). Andelen øker klart med alder. Også blant de som ikke brukte opp rettighetene i 2002 gikk 14 prosent over til uførestønad. Andelen øker med varighet av siste sykefraværestilfelle.

Han viste også to figurer som viste økningen i antall arbeidstakere som har brukt opp sykepengere rettighetene, en figur for kvinner og en for menn for årene 2007, 2008 og 2009.

Antallet øker i 2009 både blant kvinner og menn. Han sier at det kan se ut som den økningen vi nå har i sykefraværet medfører økt innslag av langtidssykmeldte (fordi det er flere som har brukt opp sykepengere rettighetene). Figurene viser betydelig vekst sammenlignet med samme kvartal året før i 4. kvartal 2008 og 3. kvartal 2009. Dette var nominelle tall og ikke andeler.

3.2.7 Sammenhengen mellom sykepengedager per lønnstaker og andel ledige

Deretter viste Langeland en figur som illustrerer den negative korrelasjonen mellom sykefravær og arbeidsledighet, som han sa er observert i mange land.



Figur: Antall sykepengedager utenom arbeidsgiverperioden per lønnstaker per år 1989-2008 (korrigert for endring 14/16 dager og statsansatte) og andel registrert ledige og ordinære tiltaksdeltakere

Han sa at det var en tydelig sammenheng i begynnelsen av perioden, men at denne sammenhengen ikke er den samme utover perioden.

På slutten av foredraget snakket Langeland om alderssammensetningens betydning for utviklingen i sykefraværslivået. De har fått en del bestillinger på alderskorrigert sykefravær, men har ikke gjort så mye mer enn å levere tall til ulike fagmiljøer foreløpig. Han viste følgende tabell.

Tabell: Beregning av legemeldt sykefravær i 2. kvartal 2009 med varierende alderssammensetning av arbeidstakerne

	Faktisk alderssammensetning i perioden					
	2kv2009	2kv2008	2kv2007	2kv2006	2kv2005	2kv2001
Beregnet sykefravær 2. kvartal 2009	6,31 % (faktisk)	6,30 %	6,31 %	6,31 %	6,31 %	6,23 %

Langeland sa at alder betyr noe, men ikke mye, for utviklingen i sykefraværet.

Til slutt viste han overgang til uførestønad etter diagnose og sa at det ikke er så overraskende at for eksempel hjerte-kar ligger høyt.

Tabell: Arbeidstakere som avsluttet et sykepengetilfelle utover arbeidsgiverperioden i 2002 – hvor mange har mottatt ufp eller TU på et seinere tidspunkt (2009).

Av de som brukte opp sykepengerettighetene i 2002:	Andel	Antall
Hjerte-kar	76 %	5 245
Nervesystemet	66 %	4 072
Luftveier	65 %	4 305
Allment/uspesifisert	54 %	2 897
Fordøyelse	53 %	2 810
Muskel/skjelett	53 %	33 808
Psykisk	48 %	12 335
Svangerskap/fødsel	14 %	444

Alf Erling Risa takket Stein Langeland for å ha ”tegnet kartet” som vi nå kan begynne å navigere ut i fra.

3.3 Sykefravær og yrkesdeltakelse. Roger Bjørnstad, SSB.

Roger Bjørnstad er forskningsleder for forskningsområdet Makroøkonomi i Statistisk Sentralbyrå. Han er samfunnsøkonom (dr.polit/PhD) og forsker på konjunkturanalyser og prognoser, makroøkonometrisk modellering, makroøkonomiske analyser og tidsserie-økonometri.

3.3.1 Velferdsordninger og hvordan de påvirker arbeidsmarkedet

Bjørnstad innledet med å si at han er makroøkonom og at han er opptatt av sykefraværet i et makroøkonomisk perspektiv. Virkning av konjunkturer, de lange linjene, men også virkningen av sykelønnsordningen på norsk økonomi i et litt bredere perspektiv.

Han sa at det er viktig å huske på at sykelønnsordningen er en velferdsordning, men at kostnadene ved velferdsordningen ikke bare er bestemt av utgiftene fordi ordningen også påvirker motivene for å arbeide. Men sykelønnsordningen er kostbar for staten og det er viktig å redusere offentlige utgifter og øke yrkesdeltakelsen for å finansiere eldrebølgen.

Bjørnstad stiller videre spørsmål om sykelønnsordningen likevel er nyttig fordi den gir arbeidstakere incentiver til å delta i arbeidslivet og arbeidsgivere får incentiver til å sysselsette de med forventet mye sykefravær. Sykelønnsordningen gir dermed både insentiver til å delta i arbeidsmarkedet og inkludering, men også til fravær.

Sykelønnsordningen er et ledd i den norske/nordiske modellen. Denne modellen har vært en suksess – med høy yrkesdeltakelse, stor omstillingsevne og sterk økonomisk vekst. Han stiller spørsmål om en samtidig kan argumentere for at sykelønnsordningen er kostbar for samfunnet og gir feil insentiver.

Bjørnstads sentrale spørsmål er:

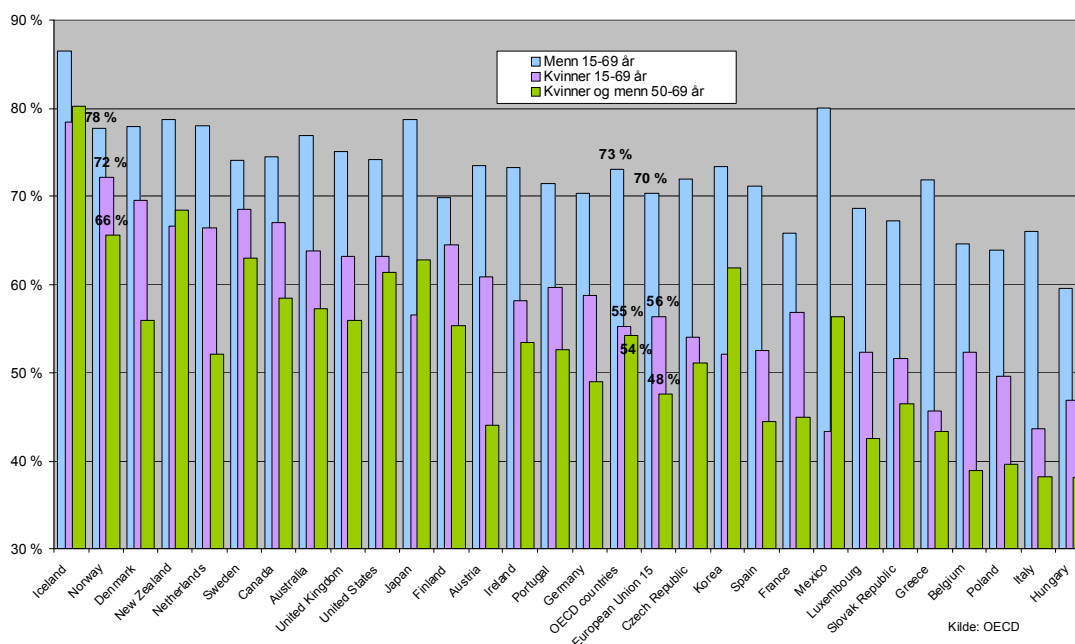
- Bidrar sykelønnsordningen til en høy yrkesdeltakelse blant grupper med forventet høyt sykefravær?
- Vil innstramminger i sykelønnsordningen redusere den særnorske høye yrkesdeltakelsen så mye at det blir vanskeligere, og ikke lettere, å finansiere eldrebølgen

Han snakket videre om at velferdsstaten er en suksess, dersom staten finner finansieringen. Selv om velferdsstatene har blitt spådd en svak økonomisk utvikling har historien vist det motsatte. Flere land ønsker nå å lære av velferdsstatene, som har blitt kalt Den nordiske modellen eller Flexicurity (flexibility og security). Velferdsstatene har hatt høy økonomisk vekst, en stor del av befolkningen i arbeid, stor fleksibilitet (omstillingsevne) og høy og jevnt fordelt velferd og livskvalitet. Forklaringen har vært sentralisert lønnsdannelse og samarbeid om inntektspolitikken og at trygghet og inntektssikring gir innsatsvilje. Bjørnstad forklarte at den nordiske velferdsmodellen bygger på arbeidslinja og universelle ordninger i motsetning til den kontinentaleuropeiske velferdsmodellen med behovsprøving.

Bjørnstad sa videre at velferdsstaten dermed er mer kostbar for staten (ikke samfunnet) jo flere som jobber og at finansieringen er da den største utfordringen (ikke konsekvensene). Men Bjørnstad sa også at Folketrygden fra 1967 (innført som en pay-as-you-og ordning) innebærer at systemet er sårbart for demografiske skjevheter. I tillegg til at mange har rett til ytelser, blir finansieringen av eldrebølgen ekstra utfordrende. Utgiftene øker nemlig med brukernes alder.

3.3.2 Høy yrkesdeltagelse, særlig blant kvinner og eldre

Bjørnstad presenterte videre en figur som viste at Norge har høy yrkesdeltakelse. Kun Island ligger høyere enn Norge.



Figur:

Sysselsetting som andel av befolkningen etter kjønn og alder i OECD-land, 2008

I figuren er landene rangert etter sysselsettingsandel totalt.

Han viste videre en figur som viste at det er særlig kvinner og eldre som i større grad er i jobb i Norge sammenliknet med OECD land og EU 15.

Bjørnstad konkluderte derfor med at årsaken til at Norge har omtrent den høyeste sysselsettingen i verden, er at kvinner og eldre i større grad er sysselsatt i Norge enn i andre land.

Han poengterte videre at dersom Norge hadde hatt samme sysselsetting som OECD gjennomsnittet eller EU-gjennomsnittet, hadde vi hatt nesten 400 000 færre sysselsatte i Norge. Vi har altså 400 000 flere sysselsatte i Norge fordi vi har inkludert så mange kvinner og eldre i arbeidslivet. Han viste også en figur som viste at kvinner og eldre har høyest sykefravær og at disse derfor er de største brukerne av sykelønnsordningen. Bjørnstad sier videre at dette tyder på at sykelønnsordningen og andre ordninger trolig bidrar til å inkludere disse gruppene i arbeidslivet.

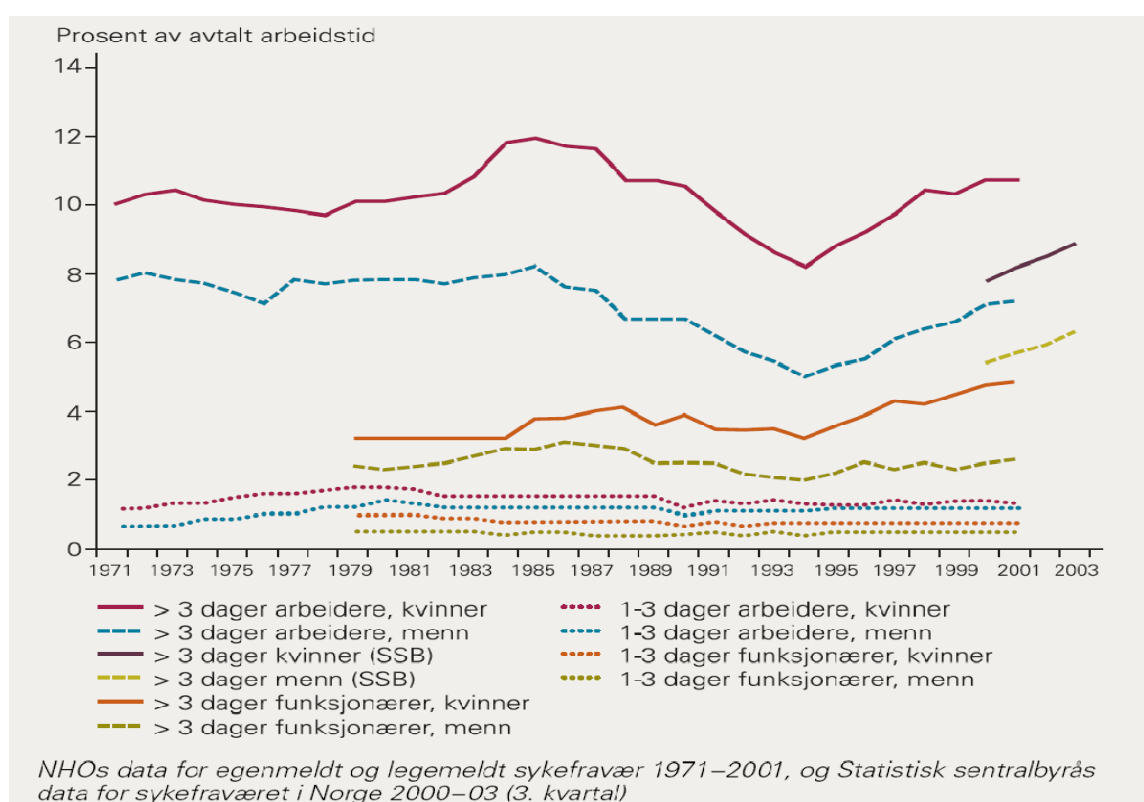
Deretter gikk Bjørnstad over til følgende spørsmål: Hva kan forklare utviklingen i sykefraværet i Norge?

3.3.3 Hva kan forklare utviklingen i sykefraværet i Norge

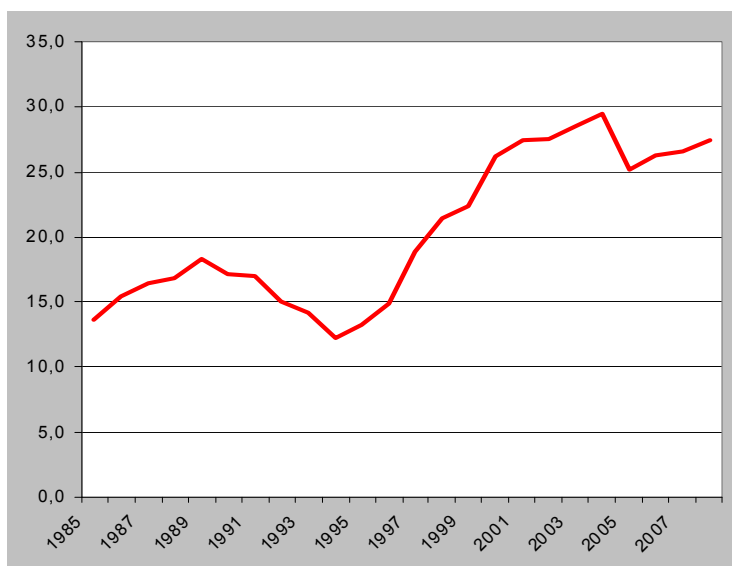
Han har et makroperspektiv og det første temaet han gikk gjennom var konjunktursvingninger i sykefravær.

Først viste han en figur som viste utviklingen i sykefraværet i NHO området og utviklingen i antall millioner sykefraværsdager dekket av folketrygden (langtidsfravær).

Bjørnstad poengterer at NHO statistikken er den lengste sykefraværsserien vi har i landet. Basert på denne figuren sier han at sykefraværet er bemerkelsesverdig stabilt over en lang tidsperiode, men at det også styres av de sterke konjunktursvingningene.



Figur: NHO-området 1971-2001, fra Sturla Gjesdal (TNL 2005)



Figur: Antall millioner sykefraværsk dager dekket av folketrygden (langtidsfravær)

Bjørnstad påpeker at denne kurven har en underliggende vekst på grunn av økt sysselsetting blant annet, men også sterke konjunktursvingninger er synlig her og effekt av omleggingene i 2004.

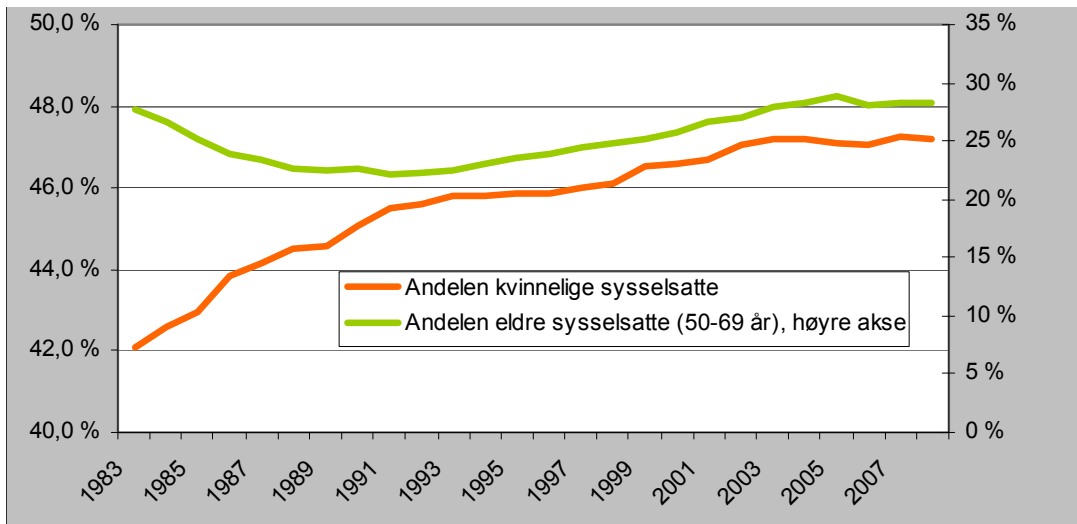
Han sier videre at konjunkturutviklingen har stor betydning for utviklingen i sykefraværet, og at enhver analyse av sykefraværet på et gitt tidspunkt er dømt til å bli preget av konjunktursituasjonen.

Han ser videre på årsaken til konjunkturrelle svingninger. De tre kjente hypotesene ble presentert:

- Disiplinering
 - Frykt for å miste jobben kan i større grad holde både syke og friske på jobben i dårlige tider
- Sammensetning
 - De som får jobb når arbeidsmarkedet er stramt har et høyere sykefravær enn gjennomsnittet forøvrig. De med høyest sykefravær mister jobben først når ledigheten stiger.
- Utbrenthet
 - Høyt arbeidspress reduserer den fysiske og mentale helsen

Han sier videre at flere studier har forkastet at det er sammensetningseffekter som forklarer de konjunkturrelle svingningene. Det er ingen konsensusforklaring, men mange peker på disiplineringseffekter som viktigst. Han stiller da spørsmålet om hvorfor det da er langtidsfraværet som svinger, mens korttidsfraværet er stabilt?

Bjørnstad viste også en figur som viste at demografiske endringer blant sysselsatte påvirker sykefraværet.



Figur: Andelen kvinnelige og eldre sysselsatte, 1983-2008

Bjørnstad gikk deretter videre med å se på årsaken til at kvinner har høyere sykefravær enn menn: Fra NOU 2000: 27 vet vi at opptil 50 prosent av de totale forskjellene kan tilskrives forplantnings- og fødselsrelatert sykefravær. Han viste i den forbindelse til en studie av Hauge og Opdalshei (2000) som fjernet sykefravær med diagnoser knyttet til svangerskap og sykdommer i reproduksjonsorganene, og at dette utgjorde 37,3% av forskjellen totalt og 71,4 % av forskjellene i alderen 20 til 34 år. Bjørnstad nevnte også muligheten for endringer i bruk av diagnoser ved at fødselsrelatert sykefravær kan diagnostiseres annerledes, vanlige plager er ryggplager, muskelkramper, åreknuter, hjertebank, pusteproblemer, sukkersyke, fordøyelsesproblemer, nyrebetennelse, angst og søvnproblemer.

Han sa også at vi har et kjønnsdelt arbeidsmarked: Høyest fravær i typiske kvinneyrker (helse- og sosialtjenester, der er 82% kvinner). I tillegg kan kjønnsforskjeller forklares av biologiske forskjeller ved at typiske "kvinnesykdommer" som osteoporose og fibromyalgi er langvarige og uten effektive behandlingstilbud.

Hypotesen om at kvinner er dobbeltarbeidende ble nevnt og at kvinner har lavere inntekt og det er en sammenheng mellom inntekt og helse. Han viste også til at kvinner oppsøker helsevesenet og får behandling tidligere enn menn, mens menn går lenger med plagene.

Bjørnstad viste også en figur som viste sterk vekst i yrkesaktivitet blant "fødende kvinner", gjennom å se på utviklingen i antall fødende kvinner med rett til fødselspenger. Det var særlig vekst i perioden frem til rundt 1990.

3.3.4 Makroøkonomisk modell for å forklare og predikere sykefraværet

Deretter gikk Bjørnstad over til å snakke om SSB sin makromodell for å forklare og predikere sykefraværet.

Han fortalte at modellen først ble utarbeidet i SSB av Marte Solli i 2000 på data fra 1984-1998, oppdatert av Atle F. Bjørnstad i 2006 på data til og med 2004. Hensikten har vært å forklare og predikere sykefraværet i en makroøkonomisk konjunkturmodell.

De har tatt utgangspunkt i antall avsluttede sykepengetilfeller og antall sykepengedager per sykepengetilfelle og modellert for 6 demografiske grupper

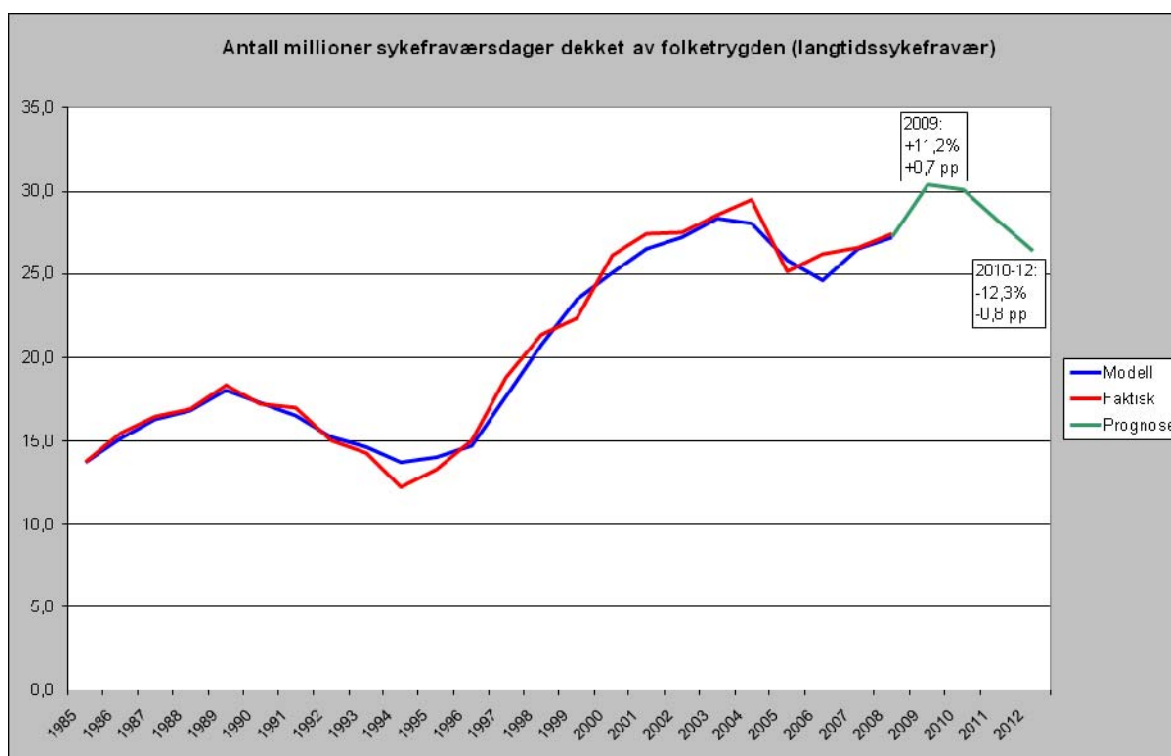
- Under 20 år, 20-29 år, 30-49 år, 50-59 år, 60-66 år, 67 år og over
- Kun sykefraværet utover arbeidsgiverperioden (langtidsfraværet) som er modellert
- Ingen kjønnsdimensjon i modelloppsettet
- Modelloppsettet tar hensyn til endringer i alderssammensetningen

Forklaringsvariablene de har inkludert er:

- Ledighet inngår med en tidsforsinkelse i antall sykepengetilfeller (ikke i antall sykepengedager per tilfelle), slik at lavere ledighet øker sykefraværet.
 - Fanger opp konjunktursvingninger
- Gjennomsnittlig yrkesdeltakelse inngår med en tidsforsinkelse både i antall sykepengetilfeller og i antall sykepengedager per tilfelle, slik at høyere yrkesdeltakelse øker sykefraværet.
 - Fanger opp konjunktursvingninger
 - Fanger opp virkningen på sykefraværet av de marginale gruppene på arbeidsmarkedet
- Yrkesdeltakelsen i gruppen inngår slik at sykefraværet måles som andeler

De finner helt klare tegn til at konjunktorene påvirker sykefraværet og dette dominerer på ethvert tidspunkt. Det er altså slik at når det er høy ledighet er det lavt sykefravær, men han forklarte at dette vil virke med et tidsetterslep. Bjørnstad poengterer at dette er viktig. Akkurat i det konjunktorene snur, er det motsatt virkning, men over tid vil en lavkonjunktur bidra til å redusere sykefraværet.

Deretter viste Bjørnstad figuren som viser modell, faktisk utvikling og prognose i antall millioner sykefraværsdager dekket av folketrygden (langtidsfraværet).



Figur: Makromodell for utviklingen i sykefraværet, modell, faktisk og prognose

Som figuren viser, forklarer modellen utviklingen svært bra. Bjørnstad forklarte at regelendringen i 2004 er kontrollert for (modellen kan selvsagt ikke forklare regelendringer).

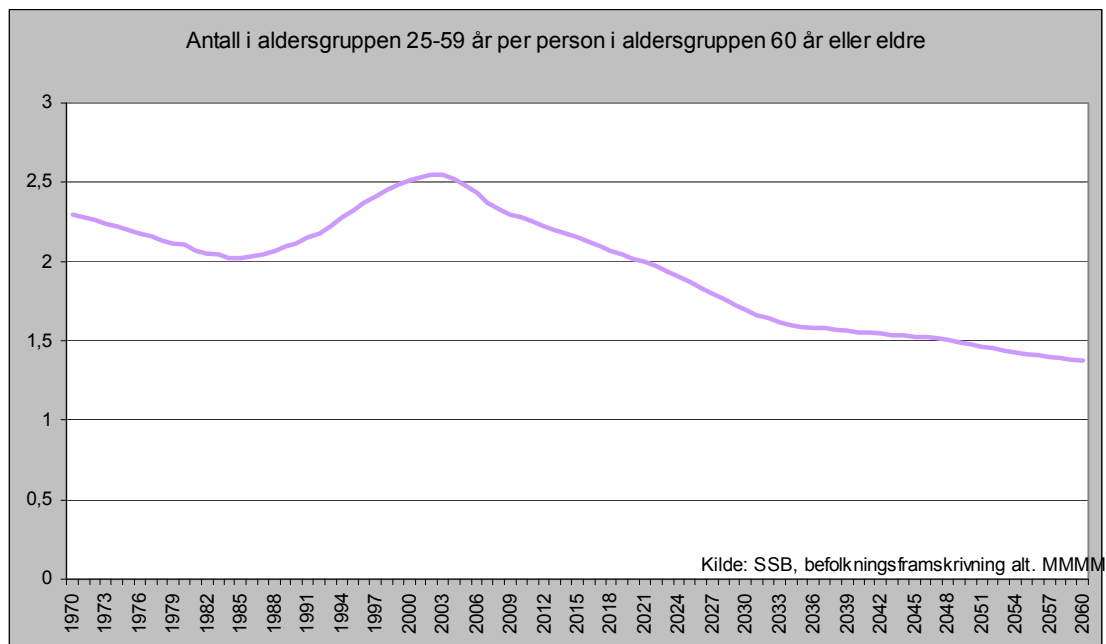
De har lagt inn prognosene fra SSB over arbeidstakere frem til 2012 i modellen og kan dermed predikere sykefraværet.

Den sterke konjunkturoppgangen fra 2003, med sterk økning i sysselsetting og yrkesdeltakelse, har nå snudd og det er konjunkturedgang. Modellen predikerer en relativt kraftig økning i sykefraværet i 2009 på 11,2 % eller en økning på 0,7 prosentpoeng i sykefraværsprosenten. Utviklingen kan dermed tolkes som et resultat av høykonjunktoren som har snudd til en nedgangskonjunktur. Og nedgangskonjunktoren vil bidra til å trekke sykefraværet ned i henhold til modellen med omtrent samme størrelsesorden. Modellen predikerer en nedgang i sykefraværet på 12,3 prosent fra 2010 til 2012 eller en reduksjon i sykefraværsprosenten på 0,8 prosentpoeng.

Bjørnstad gikk deretter over til å snakke om utfordringer i sykelønnsordningen knyttet til fiskale hensyn, altså velferdsmodellen kontra eldrebølgen.

3.3.5 utfordringer knyttet til fiskale hensyn

Bjørnstad viste en figur som viste befolkningsframskrivninger fra SSB.

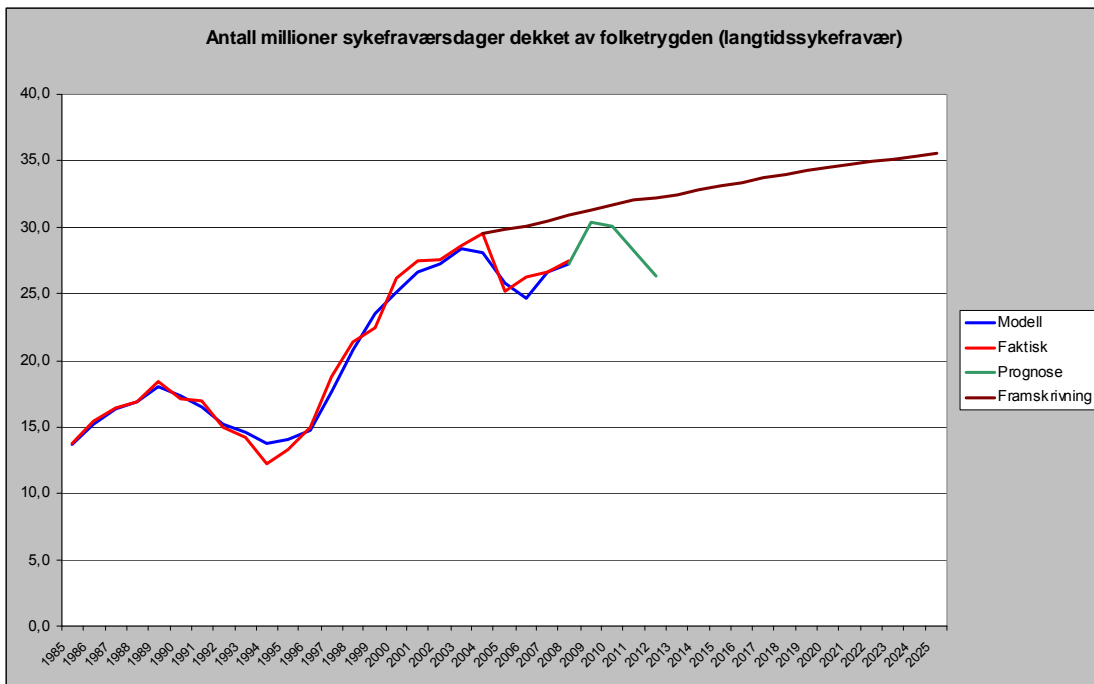


Figur: Antall personer 25-59 år per person 60 år eller eldre

Figuren viser forsørgerevnen, eller antall personer i aldersgruppen 25-59 år per person over 60 år. Bjørnstad sa at det å kunne finansiere velferdsordningene i dag, med mange personer i yrkesaktiv alder, er relativt enkelt. Men den utviklingen vi står overfor er utfordrende. Han sa også at dette ikke noen enkelt bølge, men heller et tidevannsskift eller en økning i vannstanden. Denne bølgen fortsetter altså. Fremskrivningen fra SSB går til 2060. Utfordringene blir store i årene fremover.

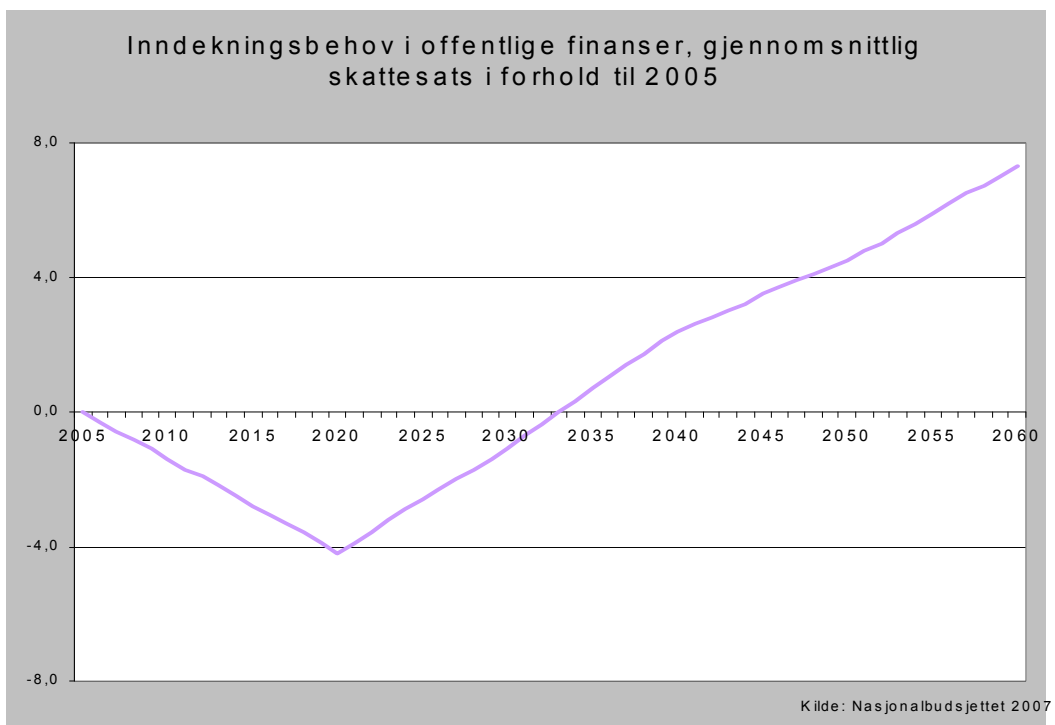
Bjørnstad viste også hva modellen gir dersom en holder sykefraværsprosenten konstant som i 2004, uendret nivå på ulike kjønn og aldersgrupper. Se neste figur.

Figuren viser hvordan totalutviklingen i sykefravær blir dersom han tar hensyn kun til befolkningsendringene. Eldrebølgen bidrar til at det ligger et underliggende press på sykepengeutgiftene. Sykefraværet kommer til å øke og øke som følge av aldringen i befolkningen. Bjørnstad poengterer at det ikke ligger noen adferd i denne modellen.



Figur: SSB modellen viser bidraget til sykefraværet fra befolkningsendringene

Videre viste Bjørnstad en figur som viste inndekningsbehov i offentlige finanser og gjennomsnittlig skattesats i forhold til 2005.



Figur: Sykelønnsordningen koster, og kommer på toppen av andre utgifter knyttet til eldrebølgen

Figuren viser underdekningen i de offentlige finansene i årene fremover. Tallene er hentet fra statsbudsjettet i 2007. Oljepengene fases nå inn i høy hastighet. Til 2020 kan det generelle skattenivået bli justert med 4 prosentpoeng og likevel kan vi finansiere veksten i utgiftene. Det vil være finansieringsproblem frem mot 2050.

3.3.6 Konklusjon

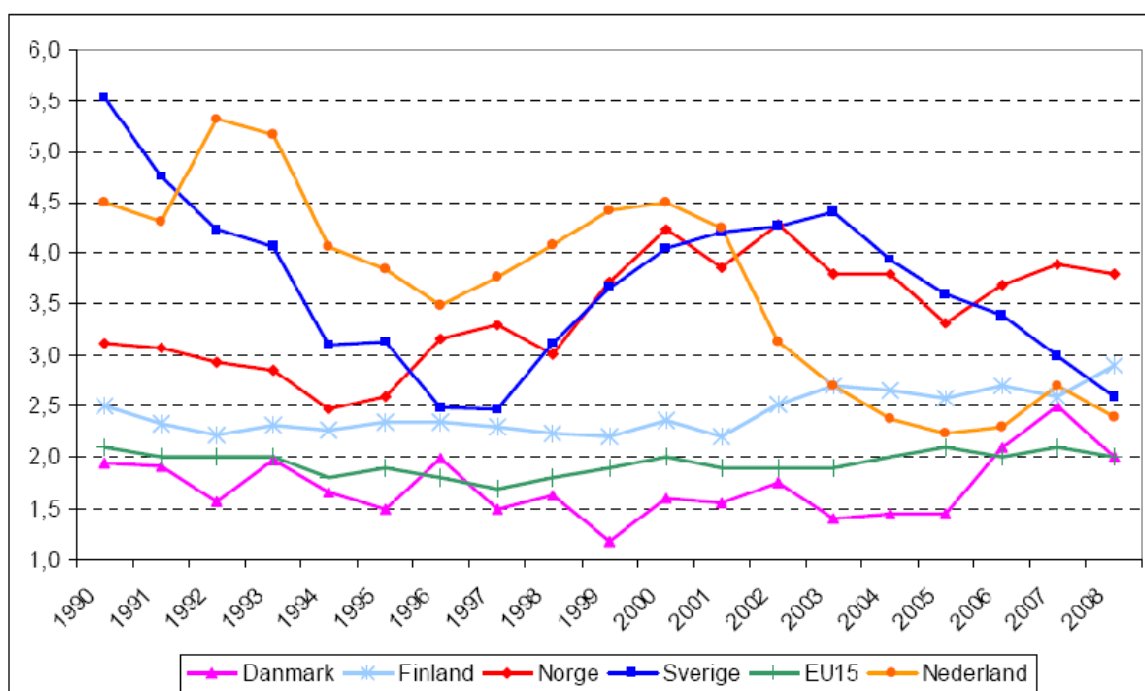
Bjørnstad oppsummerer med å si at det er viktig å huske de fiskale hensynene i sykelønnsdebatten, men en må skille argumentene fra hverandre. Sykelønnsordningen er en velferdsordning. Den har insentiver i arbeidsmarkedet, både til å ekskludere og til å inkludere. Sykelønnsordningen bidrar til at flere kvinner og flere eldre deltar i arbeidslivet og de er de største brukerne av sykelønnsordningen.

3.4 Sentrale forklaringsfaktorer sett fra partene i arbeidslivet (LO og NHO).

3.4.1 Innspill fra LO ved Stein Reegård

Stein Reegård er avdelingsleder i Samfunnspolitisk avdeling i Landsorganisasjonen i Norge (LO).

Reegård startet med å si at han var der fordi han var medlem av referansegruppen som skulle gi innspill til ekspertgruppen. Han sa at han ikke var i forhandlingsmodus, men ville ha en mer faglig tilnærming i sitt innlegg. Reegård mente at utviklingen i sykefraværet i Norge allerede var godt dekket, men at han heller ville snakke litt om Sverige. Han poengterte at Sverige har relativ lik sysselsettingsstruktur som Norge.



Figur: Utvikling i sykefraværet i ulike land. AKU, SSB.

Reegård sa at det er vanskelig å sammenlikne sykefraværet mellom land, men at dette er de beste tallene til formålet. Figuren viser at sykefraværet har variert mer i Sverige enn i Norge. Men fraværet har falt i en lang periode i Sverige.

Han poengterer følgende fakta fra den svenske sykelønnsordningen:

- Karensdag: Den har vært den samme siden 1993.
- Arbeidsgiverperiode: Den ble 14 dager i 1991 og har siden variert mellom 14 og 28. Nå er den tilbake på 1991-nivå, altså 14 dager.
- Arbeidsgiver ble fra 2005 pålagt 15 pst andel. Denne ble avviklet i 2007

Han sier at det hevdes at en viktig forskjell mellom Norge og Sverige er at de har en karensdag. Det er det kanskje, sier han, men dette kan ikke være en viktig forklaring på nedgangen i sykefraværet

som særlig observeres fra 2003, fordi karensdagen kom allerede i 1993. Heller kan ikke variasjonen i arbeidsgiverperioden forklare utviklingen. Sverige forsøkte med betaling av arbeidsgiver på 15 % utover arbeidsgiverperioden i 2005, men dette ble avvirket i 2007. Det er omtrent de er nå, oppsummerer Reegård.

Han kommenterte også at å innføre arbeidsgiverbetaling utover arbeidsgiverperioden har to effekter isolert sett:

- Arbeidsgiver kan få insentiver til å arbeid langsiktig med arbeidsmiljø
- Arbeidsgiver kan få insentiver til å ikke ansette de som forventes å ha høyt sykefravær

Regaard sa at det som kanskje var mest interessant fra Sverige, men samtidig ikke er så lett å trenge igjennom, er de administrative endringene. Han sa at her har det foregått mye, men det var særlig innsatsen fra 2003 der de lanserte målet om å halvere fraværet, som var viktig. Dette høres voldsomt ut, sa han og det ble satt i gang mye som han sier han ikke har helt klart å trenge igjennom, men det har mye med prosessene mellom institusjonene og aktørene å gjøre – og kvaliteten. Han mener at det norske systemet er bedre integrert enn det svenske, der de har delt opp ved at det er noen som driver med arbeidsmarkedspolitikk og noen som driver med trygden.

Han sa videre at store nyhetene i Sverige stammer fra 2008. Disse er:

- Tidsbegrensning i sykelønnsordningen
- Beslutningsstøtte (bl.a veiledende sykemeldingslengde)

Han fortalte at i Sverige er det en ganske brutal stopp på sykepengene etter et halvt år. Tidligere var det omtrent tidsbegrenset lengde, mens vi i Norge lenge har hatt en grense på ett år. Dette har de gått en del tilbake på fortalte han. Innføring var omstridt og forarbeidet var dårlig.

Regaard sa at beslutningsstøtten ikke er så dramatisk som den er fremstilt her i Norge. Blant annet er den frivillig.

Han går tilbake til å snakke om sammenlikningsproblemer i sykefraværstall mellom land. Tallene i figuren viser 4 prosent, mens andre tall fra SSB viser 7-8 prosent.

Regaard henviste videre til en OECD rapport fra 2006 (Sickness, Disability and Work: BREAKING THE BARRIERS Norway, Poland and Switzerland).

Han viste følgende tre poeng fra denne:

- First, the duration a person can be on sickness benefits and still be accounted as employed varies between countries.
- Second, differences in employment protection legislation mean that absent employees in some countries are more easily laid off and therefore not accounted as employed.
- In interpreting data on long-term sickness absence, it is important to keep in mind that sickness benefits can last up to 12 months in Norway, but only six months (with a possible extension to nine) in Poland. In Switzerland, sickness benefits can last up to two years.

Stein Reegård overgav deretter ordet til NHO.

3.4.2 Innspill fra NHO ved Svein Oppegaard

Svein Oppegaard er direktør for arbeidslivspolitik i Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO).

Oppegård startet med å si at vi til nå har sett mye statistikk og at det nå foreligger et godt grunnlag for hva det skal jobbes videre med. Han sier at de ikke skal starte forhandlingene om IA-avtalen nå, men de er i forberedelsesfasen og han vil ta opp noen av de problemstillingene de er opptatt av i NHO.

De er opptatt av hva som skal til for å lykkes i IA-arbeidet og har følgende forslag:

- 1) Flere virksomheter må bli IA-virksomheter
- 2) Tiltak partene er enige om må tas i bruk og forsterkes
- 3) Vi bør kunne lære av det svenske systemet

Innsatsen må konsentreres på bedrift og virksomhetsnivå og i NAV. Alle må gå i takt for å oppnå resultater påpekte han. Oppegård fortalte at han har vært 1 mnd i NHO systemet og kom fra personaldirektør i SAS og at han har vært med på det aller meste som er mulig å være med på innenfor arbeidslivet -pluss en god del ting til. Å ha flere tusen kabinansatte kvinner som jobber skift er ganske utfordrende. Selv om han ikke ville bruke SAS som et eksempel, fortalte han at det de så veldig tydelig var at konsentrasjon av innsatsen på virksomhetsnivå og i samarbeidet med NAV og Arbeidslivssentrene var viktig.

Oppegaard sa at god ledelse og systematisk arbeid ALLTID gir gode resultater - i alle typer virksomheter. Han sa at selv ganske gjennomsnittlige bedrifter vil kunne ha stor nytte av et systematisk arbeid.

Videre sa han at det må lønne seg, og bli mer attraktivt, å være IA-bedrift. Det må være noen gulrøtter:

- Kontaktperson hos NAV arbeidslivssenter må på plass for alle IA-virksomheter (også for små bedrifter)
- Tilretteleggingstilskuddet må gjøres mer attraktivt og lettere å utløse
- "Raskere tilbake" må forbeholdes IA-virksomheter

Han gikk videre til å snakke om tiltak partene er enige om må tas i bruk og forsterkes.

- NAV må prioritere sykefraværsarbeidet
 - Dialogmøter, legers sykmeldingspraksis og arbeidslivssentrene
 - Det må settes aktivitetsmål på dette i NAV og rapporteres på dette til Arbeids- og pensjonspolitisk råd
 - Vedtatte sanksjonsmuligheter mot arbeidsgiver, arbeidstaker og leger fra 2004 må tas i bruk, f.eks

Han sa at vedtatte sanksjonsmuligheter må tas i bruk. Eksempler er:

- Arbeidstakere som ikke medvirker til oppfølgingsplan/dialogmøte bør fratras sykepenger
- Arbeidsgivere som ikke følger opp sine forpliktelser bør ilegges bøter
- Leger som ikke gjør funksjonsvurdering eller nekter å samhandle ved f. eks dialogmøter, bør fratras rett til å foreskrive sykmelding
- Større grad av målstyring (aktivitetsmål og rapportering på alle nivå og for alle aktører i ny IA-avtale)
- Nye grep må forsterke eksisterende avtale
 - Dialogmøter fra 12 uker og 6 måneder kan legges tidligere
 - Oppfølgingsplan kan forskyves fra 6 uker og legges tidligere

Oppegård gikk videre til å snakke om det svenske systemet. Han mener Norge har noe å lære av svenskene. Som personalsjef i SAS har han erfaring med de skandinaviske systemene. Han fortalte at selv om det er likheter, er det også systematiske forskjeller i måten å jobbe på. Det bør derfor være mulig å se på noe av den sykmeldingspraksisen som har vært brukt i Sverige og følge den veiledningen som er knyttet opp til forventet sykmeldingspraksis (Konsten at sjukskriva). Han sier også at det er viktig å lage retningslinjer for når aktivitet er en del av behandlingen, og når passivitet er en del av behandlingen - et nyttig verktøy for felles forståelse mellom legene - og i dialogen mellom lege og pasient.

NHO mener også at det er viktig å vurdere forsterkning av individets ansvar ved sykefravær i Norge, for eksempel i utforming av individuell oppfølgingsplan og dialogmøter.

Han avslutter med å si at det er viktig å ha politiske fanebærere på saken over tid.

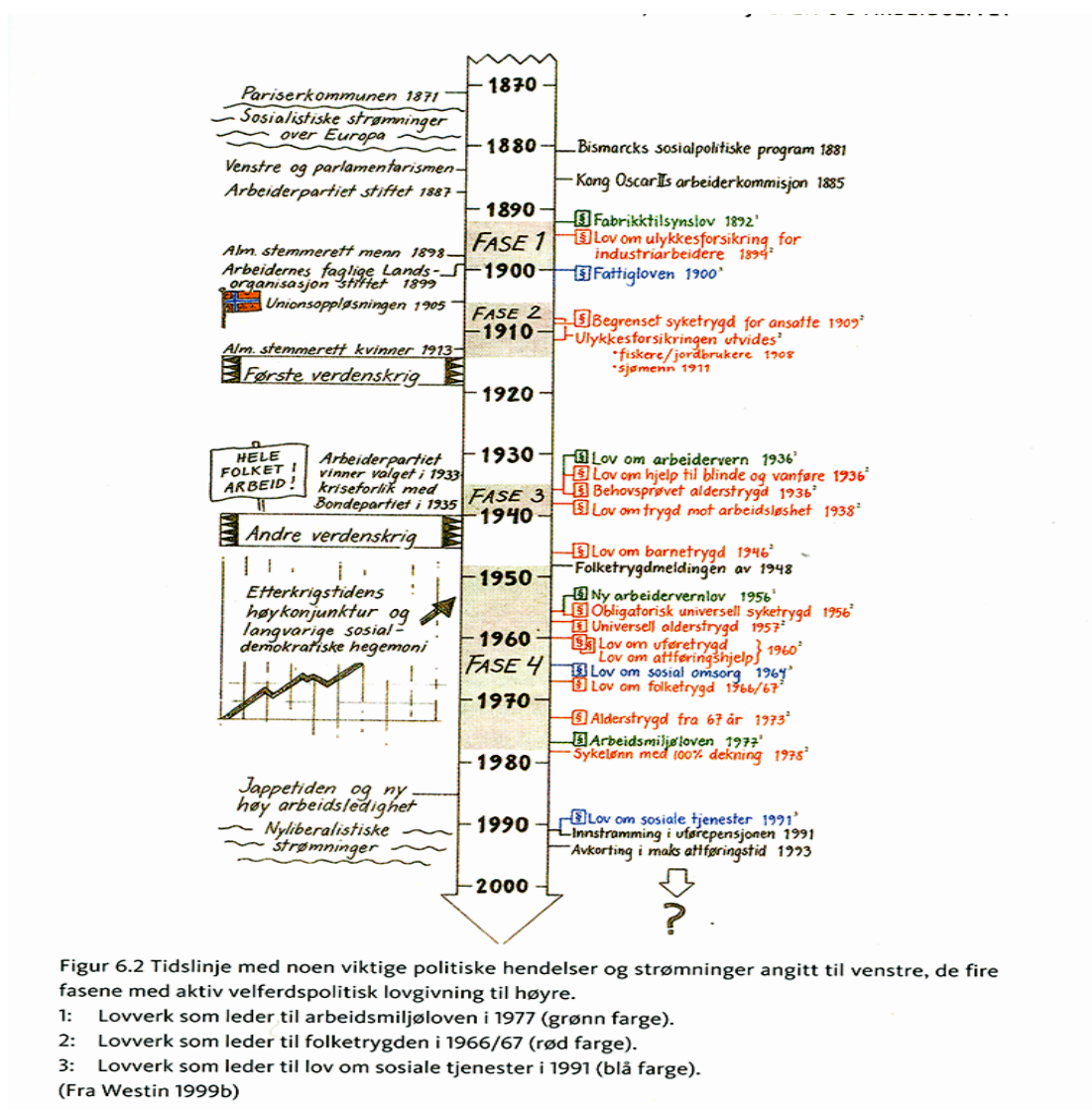
3.5 Sykefravær som sosialt fenomen – ulike typer fravær. Steinar Westin, NTNU.

Steinar Westin er professor ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU. Han er i tillegg fastlege. Han er også leder for sykefraværprogrammet i NFR.

Westin startet med å si at han i dette foredraget snakket på vegne av seg selv og ikke som leder av NFR-programmet.

3.5.1 Det store bildet

Han fortalte at han var opptatt av det store bildet og viste følgende figur:



Figur: Viktige politiske hendelser og strømninger, 1870-2000

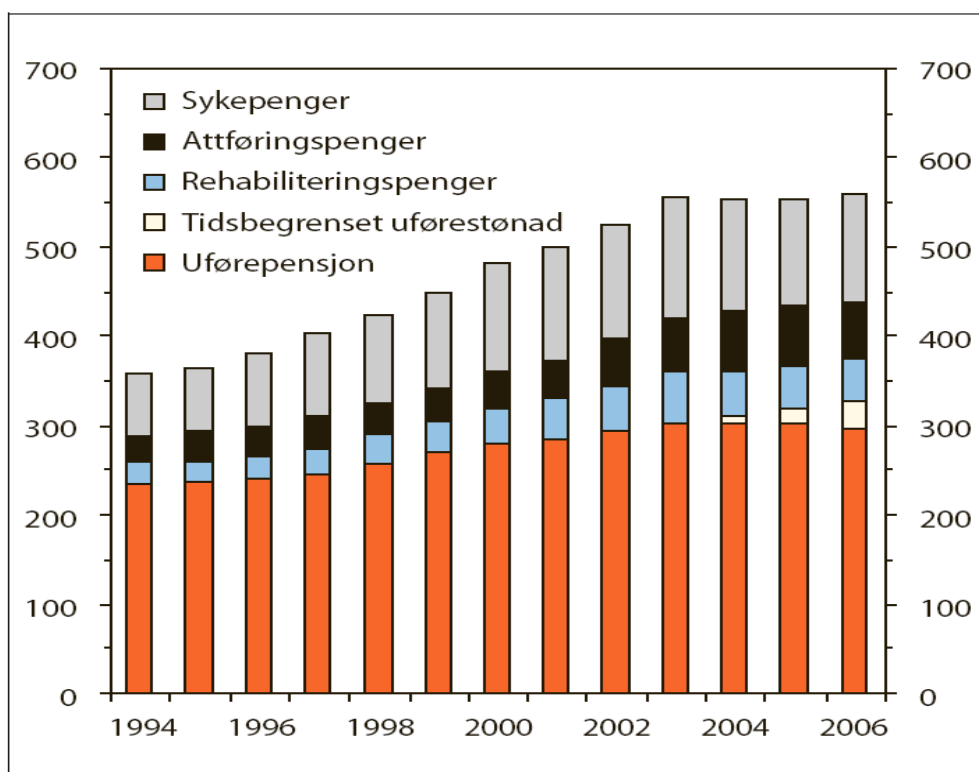
Han sa at Folketrygden og velferdsordningene har tre solide pilarer: Fabrikktilsynsloven i 1892, Lov om ulykkesforsikring for industriarbeidere i 1899 og Fattigloven i 1900. Westin snakket litt om hva figuren viser og kom til innføringen av Sykelønn med 100% dekning i 1978. Dette var et storslagent prosjekt fortalte han, men det var jo en umulig ordning? Westin sa at det motsier enhver økonomisk teori - at en skal få full lønn under fravær fra jobb. Det er jo derfor eventyrlig at den har overlevd i over 30 år sier han.

Om hva som har skjedd etter 2000, sa han at den storslagne utviklingen vi så i forrige århundre nå er på vei i motsatt retning. Barnetrygden er nedjustert, gravferdshjelpen avskaffet, omtrent 50 ordninger har gått i innstrammende retning, med noen små unntak.

Westin sier at han tar dette som et bakteppe for det som diskuteres i dag. Dette er altså ikke en enkeltstående hendelse men noe som ikke kan løsrives fra den lange konteksten. Han sa at dette bør alle tenke over.

3.5.2 Utvikling i sykefraværet

Westin viste deretter følgende figur.



Figur: Antall personer med helse relaterte ytelser. Pr 31.12.1994-2006-. Tusen

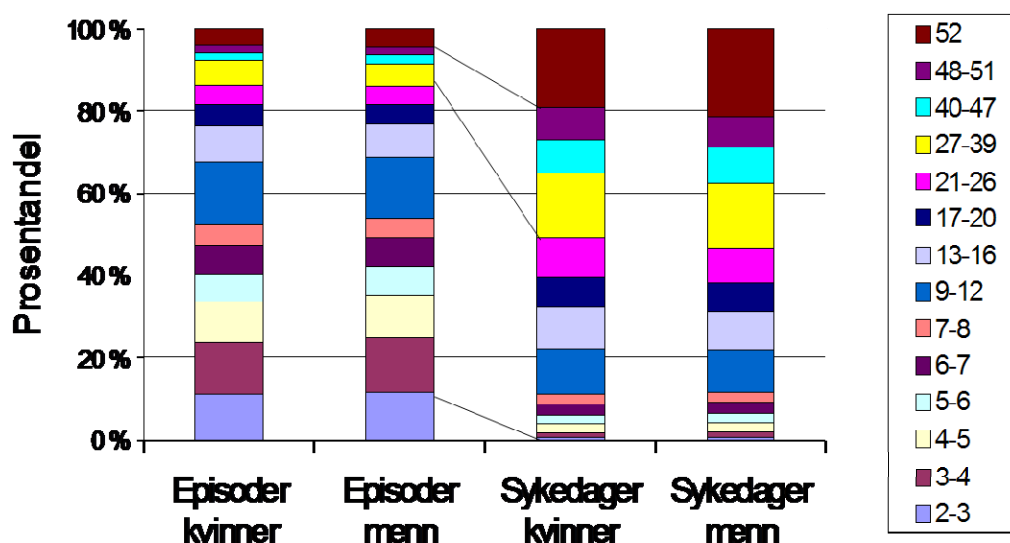
Han sier det ikke er noe stor bevegelse de siste årene, men påpeker selv at han har bare tall til og med 2006.

Westin viste deretter utviklingen i sykefraværet (SSB tallene) tapte dagsverk og deretter NHO og SSB serien som vist tidligere. Han konkluderer med at fraværet først og fremst er stabilt.

Sykefraværet er derfor ikke rekordhøyt slik det fremstilles i media. Westin viste også figuren som viser sammenhengen mellom arbeidsledighet og sykefravær (også vist tidligere). Han sa at dette er en sammenheng som er gammel og ble oppdaget på 1920-tallet.

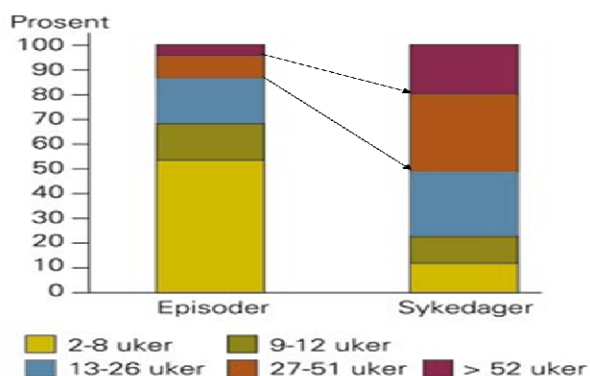
3.5.3 Hva er sykefravær? Lengde og sammenlikning mellom land

Westin ser deretter på sykefravær etter lengden på fraværet. Han viste følgende figur (fra Sturla Gjesdal, 2005).



Figur: Fordeling av sykefraværsepisoder og sykedager etter varighet i uker. Sykefravær betalt av RTV i 2001, kvinner og menn

Denne viser at de lange fraværsepisodene står for en stor andel av fraværet.



Figur: Sykefraværsepisoder og sykedager etter varighet, totalt

Figuren viser at fravær over 27 uker står for over halvparten av alle sykepengedagene.

Westin poengterte videre: Dersom det er slik at dette lange fraværet ikke teller i alle land, blir det meningsløst å sammenlikne sykefraværet mellom land. Han sier at i alle fall teller ikke dette fraværet i Danmark, Sverige vet han ikke. Han sa at i Norge heter det sykefravær i 52 uker. Om vi kaller det noe annet (arbeidsavklaring, uførepensjon, midlertidig attføring eller ett eller annet) etter 6 mnd, ville sykefraværet vært halvert over natta. Det ville kanskje også ført til at noen fikk mindre ytelser da andre ytelser er lavere enn sykepenger.

Vår egen panikkfølelse i forhold til det høye sykefraværet må vi skjønne i forhold til denne store dimensjonen, sa Westin. De andre landene teller ikke dette fraværet. De fleste OECD land, så vidt han vet, teller ikke dette. Må sammenlikne likt med likt når vi skal felle en dom over vår egen sykelønnsordning.

Westin viste videre til et debattinnlegg han hadde i 2006 (Dagbladet 12.des 2006), der poenget var at det ligger svært mange forskjellige forhold i det som kalles "sykefravær".

3.5.4 Trenger bedre statistikk på sykefravær

Han sa videre at han nå skulle være litt mer faglig, og viste en splitting av sykefraværet i forhold til inndeling i ulike kategorier i forhold til lengde på sykefraværet:

Et forslag kunne se slik ut, evt grovere kategorier:

- 1: 1 - 3 dager (egenmeldinger...men hva med IA-bedriftene?)
- 2: 4 - 16 dager (resten av arbeidsgiverperioden, viktig nå med "gult kort")
- 3: 15 dager - 2 måneder (fram til det som en gang var grensen for sykmelding II)
- 4: 2 måneder - 6 måneder (et halvt år begynner å bli lenge, kan ev slås sammen med:
- 5: 6 måneder - 12 måneder (her ligger de lange sykmeldingene som veier tungt, og som ofte inngår i andre lands statistikk)
- 6: ...med en særlig kategori for alle 12+ måneder, det vil si 52 uker uten friskmelding, som antakelig er en god tidlig indikator på det som blir til uførepensjoner om et år eller tre-fire ("uførepensjonens inkubasjonstid").
- 7: ...en egen kategori for aktiv sykmelding (som langt på vei er offentlig subsidiert lønn til bedriftene, - særlig viktig fordi ordningen kom i utstrakt bruk ved innføring av IA-avtalen og trolig står for mye av de "uforklarte" bevegelser i sykefraværet før og etter 2004).

Westin viste deretter et bilde av forsiden på Dagens Næringsliv (26. november) som preges av tittelen "Dobbelt sykefravær i Norge". Saken det dreide seg om var sykefraværet i Veidekkes ulike nordiske avdelinger. Han viste til teksten inne i avisen der det sto at korttidsfraværet i Veidekke er stort sett likt i Norge, Sverige og Danmark og at det er langtidsfraværet som varierer. Det er derfor ikke karensdagen som har betydning. Westin sitt poeng var at det er dette som burde stått på forsiden "Karensdag påvirker ikke sykefraværet".

Poenget til Westin er at hvis lange sykefravær ikke teller med i våre naboland, eller erstattes av andre ordninger, blir vi misledet til å tro at det er noe galt med Norge...

Westin sa at forståelsen av at sykefraværet er så høyt i Norge altså ikke er riktig. Han viste følgende sitat: ... *One is reminded of the apocryphal story of Lyndon Johnson telling his campaign manager to start a rumor that his opponent enjoyed carnal relations with pigs. "I don't believe it," Johnson said. "I just want to make him deny it."*

3.5.5 Har vi et problem i Norge?

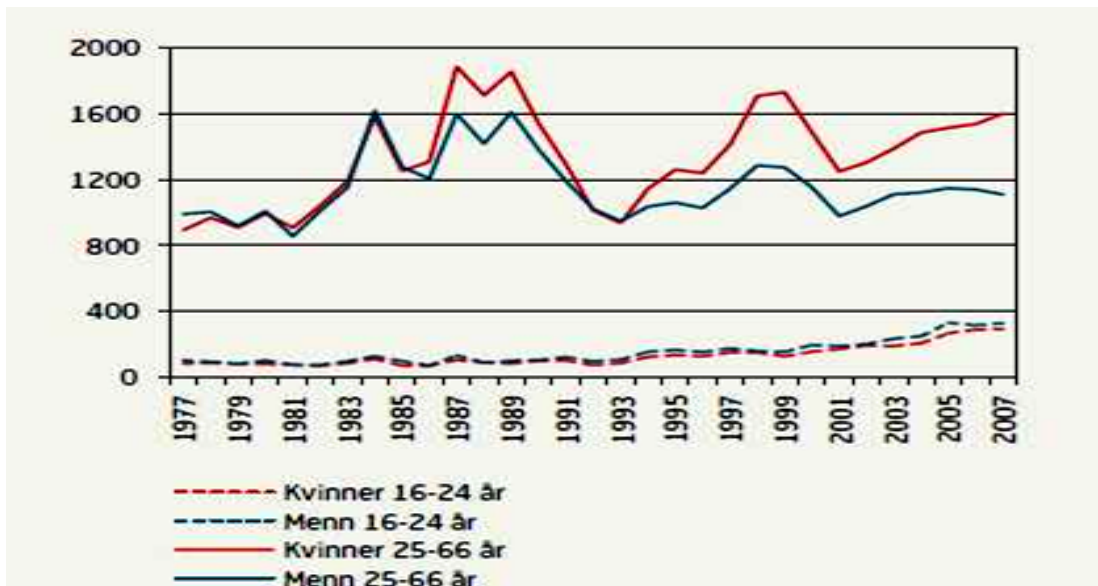
Han spør videre om vi da har et problem. Han sier at svaret er ja. Det er de lange fraværene, og særlig de som i realiteten er i uførepensjonens inkubasjonstid. Westin henviste videre til et stykke han hadde skrevet i Dagbladet 18. oktober 2009.

"Her står den norske velferdsstaten overfor sitt store dilemma. Med en åpen økonomi og et sterkt konkurranseutsatt næringsliv, og en politikk for offentlig sektor som også i stigende grad hyller konkurranse, anbud, downsizing og outsourcing, blir rommet for de halvsyke trangere. Det skal mer til for å forsvare en lønn. Våre politikere ser ikke uten videre at stadige effektiviseringer og dereguleringer har sin pris. Fastlegene ser hvordan dette foregår, men der blir det omformet til individuelle problemer og heter sykdom. Det er bokstavelig talt et annet departement. Og der ligger folketrygden."

Med andre ord, sier han, det er svært ulike typer forklaringer man kan gi på sykefraværets bevegelser. Tilsvarende må det man evt. vil foreslå av tiltak være styrt mot det sosiale fenomenet man har for øyet, og det må spesifiseres mer enn i de to grove kategoriene "egenmeldt" eller "legemeldt" fravær.

Han viste videre en tabell som viste omstillingseffekter i Posten, utarbeidet av Fafo. Denne viser at sykefraværet økte veldig i løpet av et par år og en bølge av atferingsytelser i den samme kohorten. To år etterpå finner de en bølge av uførepensjonister som følge av omstilling i Posten. Westin sier at slike omstillingseffekter finnes, det har vi relativt gode data på, men de blir ikke brukt. Slike omstillinger produserer uførepensjonister. Han sa også at folk som blir rammet av slike omstillinger ikke er nødvendigvis er friske, men de ville klart seg i jobb uten konkurranseutsetting. Han viste også til en kronikk i Bergens Tidene i 2005 der han sa: Så omfattende er feilen i regnestykkene at noen av Bondeviks statsråder trolig fungerer som landets mest hemningsløse trygdemisbrukere. Dette var altså en kommentar til myndighetenes omstillingsprosesser i statlige virksomheter som produserer uførepensjonister.

Westin viste videre en figur som viste tilgangsrater for uføreytelser 1977-2007, se neste figur. Fra denne sa Westin at de lange trendene i uføreytelserne er enda mer bevegelige enn sykefraværet. Han viste til økningen blant de unge (16-24 år) og sa at det kanskje er det viktigere at kongeriket Norge er bekymret over denne utviklingen, altså overgangen til arbeid, heller enn å sloss om noen prosent opp og ned i sykefraværet. Dette er et fenomen vi må ta tak i.



Figur: Tilleggsrater per 100 000 for uføreytelser 1977-2007. Kilde NAV.

Westin tok også med følgende tekst fra en egen artikkel i Adressavisen 8. januar 2010: Det er selvsagt mange gode argumenter for å barbere sykelønnsordningen. Men det er påfallende at de som snakker varmest for det, kan være rimelig sikre på at karensdager og slikt ikke kommer til å gjelde dem. Nei, det er "de andre" vi tenker på. Flettfrid Andresen ville sikkert hatt sitt syn på denne saken, hun som mener at "underklassen skal man behandle pent, bare den holder seg der". Hegnar & co føler seg for tiden trygge på det.

3.5.6 Konklusjon

Westin konkluderer med at det ikke er grunnlag for endringer i sykelønnsordningen, men at det er særdeles viktig å gjøre noe med at folk faller ut av arbeidslivet.

Som alternativ til endringer i sykelønnsordningen foreslår Westin:

- Tiltak som fremmer integrering – vekt på IA-avtalens to siste punkter
- Rammevilkår som ikke fremmer ekskludering – mer samfunnsøkonomi, mindre "bedriftsøkonomi"
- Fulle IA-avtalen med innhold – positiv oppfølging av sykmeldte
- Tiltak som styrker Nav's medisinske kompetanse,
- som også kan inspirere legers aktive interesse for godt sosialmedisinsk arbeid
- Flere virksomheter med IA-rammer og 8 dagers egenmelding
- Unngå nye ressurskrevende byråkratiske rutiner
- Bedre og mer meningsfull statistikk over sykefraværet
- Ha is i magen – sykefraværet vil synke igjen

Han sier at sykefravær handler også om en sosial dimensjon, dette med å utjevne sosiale helseforskjeller har også med levekår å gjøre. Steinar Westin avslutter med å henvise til St.meld. nr. 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Han sier at dersom vi gjeninnfører karensdager og redusert dekning vil dette ha viktige fordelings effekter.

3.6 Kva kan registerdata fortelja oss om sjukefråværet? Kjell Vaage, Universitetet i Bergen

Kjell Vaage er professor ved Institutt for samfunnsøkonomi, Universitetet i Bergen. Han er samfunnsøkonom (dr.polit) og hans hovedforskningsområder er trygdeøkonomi, anvendt arbeidsmarkedsøkonomi og anvendt økonometri.

3.6.1 Registerdata og bruksområder

Vaage startet med å fortelle at registerdata vanligvis blir samlet inn til administrative formål og omfatter vanligvis hele befolkningen fra ca midten av 80-tallet (trygd, pensjon, sysselsetjing/arbeidsløyse, inntekt/formue, utdanning, familie, bedrifts-id, lokalisering, m.m.). Viktige produsenter/administratorer er SSB, NAV, Skatteetaten, NSD, KS.

Han fortalte om ulike koblinger som gjøres mellom ulike register (FD-Trygd, individ-bedrift, individ-fastlege, individ-saksbehandler, osv.) og kopling av register med andre typer data (FOB, regionale helseundersøkelser, osv.).

Vaage sa at registerdata kanskje i dag er det viktigste verktøyet i empirisk trygde- og arbeidsmarkedsforskning. Noen "storforbrukarar" innen økonomisk forskning er UiB/NHH, Frisch, UiS, SSB, ISF, NAV. Han sa at registerdata også benyttes innen andre samfunnsfag, psykologi og medisin.

Deretter fortalte han om fordelene med registerdata som typisk er knyttet til omfanget og at det er lite frafall og rapporteringsfeil. Ulempene med registerdata er at de er avgrenset ut i fra formålet med data, slik at en mangler informasjon om egenmeldt sykefravær, helseinformasjon, timelønn. Registerdata fanger heller ikke opp "mykere data": normer, holdninger, motivasjon, vurderinger osv. Registerdata er også utfordrende å bearbeide og modellere pga format og omfang. I tillegg er det et dataetterslep i data.

Bruksområdene til registerdata er:

- Beskrivende statistikk (som publisert av SSB og NAV jevnlig)
- Analyser

Vaage nevner følgende aktuelle tema under analyser:

- Økonomiske insentiv
- Sysselsetjing og arbeidsløyse: konjunkturar
- Globalisering, omstilling
- Normer/holdninger
- Legens rolle
- Arbeidsmiljø, bedriftsatferd

3.6.2 Økonomiske insentiv

Vaage gikk videre til å se nærmere på temaet økonomiske insentiv. Han startet med å se på om sykefraværet blir påvirket av sykelønnsordningen og argumenterte for hvorfor det er slik:

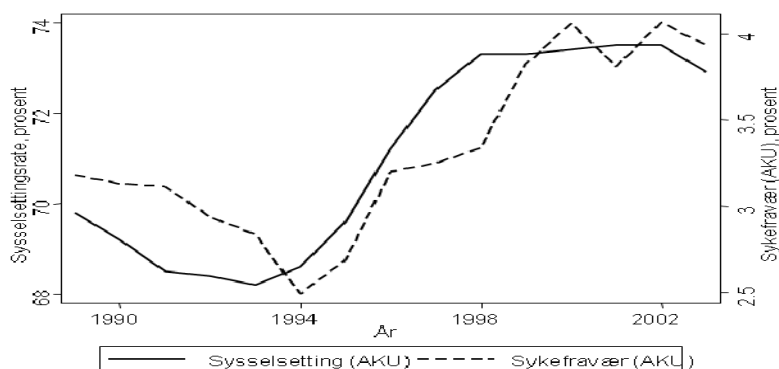
- Empiriske analyser fra andre land tyder på det (spesielt Sverige)
- Vanskelig å tenke seg teoretisk at så ikke er tilfelle, men
 - Balansegang mellom å stimulere til arbeid og hindra sjukenærvær og utstøting
 - Påvirker ikke langtidsfraværet?
 - Kan ikke forklare dagens økning siden ordninga uendret i 30 år?
- Registerdata i prinsippet godt eigna til å analysere effekter av omlegginger i ordninga:
 - Om effekt: hvor sterk?
 - Utsikta verknader?

Han sa også at fordi det ikke har vært endringer i den norske ordningen, er det mangel på norske analyser.

3.6.3 Sykefravær og konjunkturer

Deretter snakket han litt om sammenhengen mellom sykefravær og konjunkturer og nevnte de samme forklaringene som Bjørnstad gjennomgikk (sammensetning, disiplinering og stress). Vaage sa at alle disse hypotesene predikerer prosyklisk variasjon i sykefraværet, men gir ulike politikimplikasjoner.

Han viste også en figur som viser utviklingen i sysselsettingen og sykefraværet fra Arbeidskraftundersøkelsen – det er en sammenheng mellom sysselsetting og sykefravær.



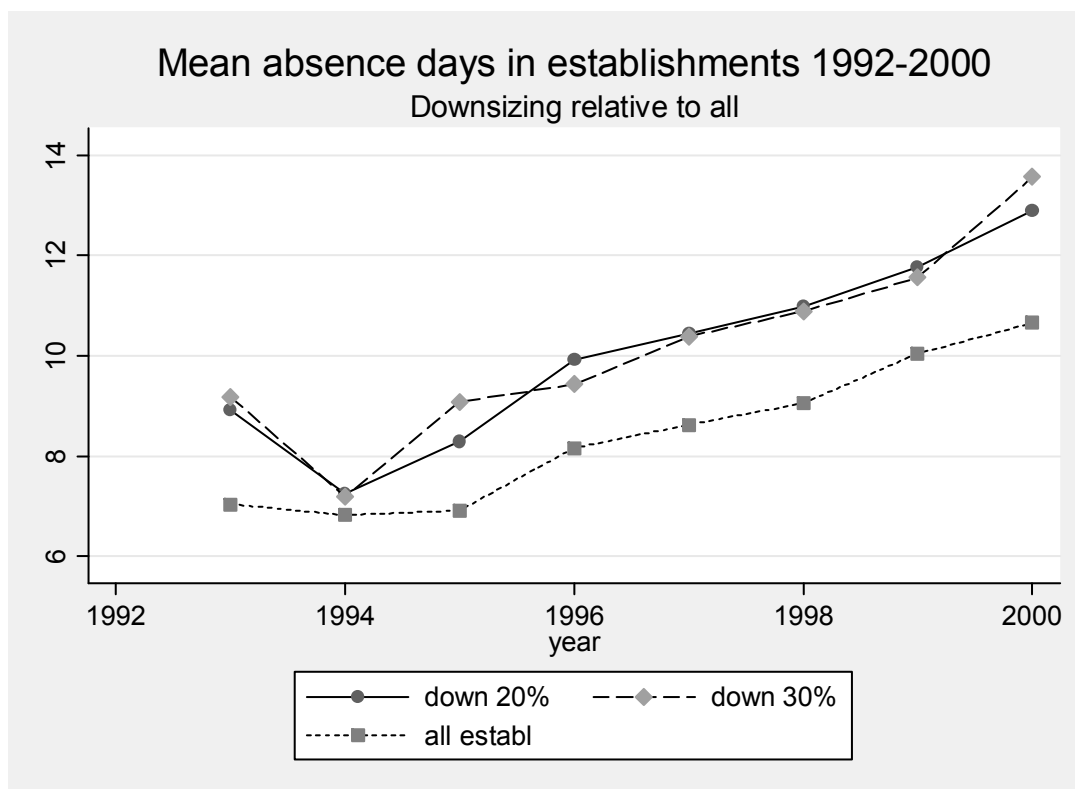
Figur: Sysselsetting og sykefravær (AKU)

Vaage gikk deretter nærmere inn på sammensetningshypotesen (sykefraværet varierer fordi sammensetningen blant de sysselsatte varierer med konjunkturerne). Han viste hvordan denne hypotesen kan testes empirisk. Han fortalte blant annet om en panelstudie fra Universitetet i Bergen (Askildsen et al., 2005). De finner at den negative sammenhengen mellom ledighet og sykefravær ikke skyldes sammensetningseffekter.

3.6.4 Omstillinger og sykefravær

Vaage gikk videre til å se på omstillinger i arbeidsmarkedet. Han sa at det var en stor og voksende litteratur om strukturelle endringer/omstillinger og arbeidsledighet. Han fortalte om et pågående arbeid der han og kolleger bruker norske registerdata til å studere trygdeeffekter av omstilling. De finner at omstillinger påvirker sykefraværet.

Han viste en figur som viser at sykefraværet er høyere i omstillingsbedrifter.



Figur: Sykefravær i virksomheter som nedbemanner

Resultatene deres viser at omstillinger øker sykefraværet.

3.6.5 Normer/holdninger

Deretter gikk Vaage over til å snakke om normer. Han relaterte det til utviklingen i sykefraværet og hvordan dette kan måles i registerdata. Han sa at det er vel ingen som tviler på at slike ting kan spille en rolle, at normene påvirker holdningene våre. Hvorfor er det slik at flertallet av oss ikke benytter muligheten til å ligge hjemme i senga? Normer og sanksjoner antas å påvirke dette (yte etter evne og få etter behov). Hvordan se nærmere på dette med registerdata?

Forskergruppen i Bergen har sett på data for lærere i grunnskolen. Hvordan kollegafraværet påvirker eget fravær. De ser på lærere som flytter fra en skole til en annen. Vaage fortalte at de finner at høyt kollegafravær øker ens eget egenmeldt fravær, men det er vanskelig å identifisere tilsvarende effekt for legemeldt fravær.

3.6.6 Konklusjon

Vaage oppsummerer med å si at prosessene bak sykefraværet er sammensatte, og man trenger innsikt og innsats fra mange hold. Registerdata er en rik kilde til studie av trygd, sammen med informasjon om arbeid, familie, utdanning osv. Potensialet er langt fra uttømt, men kan kombineres med flere register, myke data. Spørsmålene er fortsatt mange flere enn svarene.

3.7 Arbeidsmiljøets betydning. Helge Kjuus, STAMI

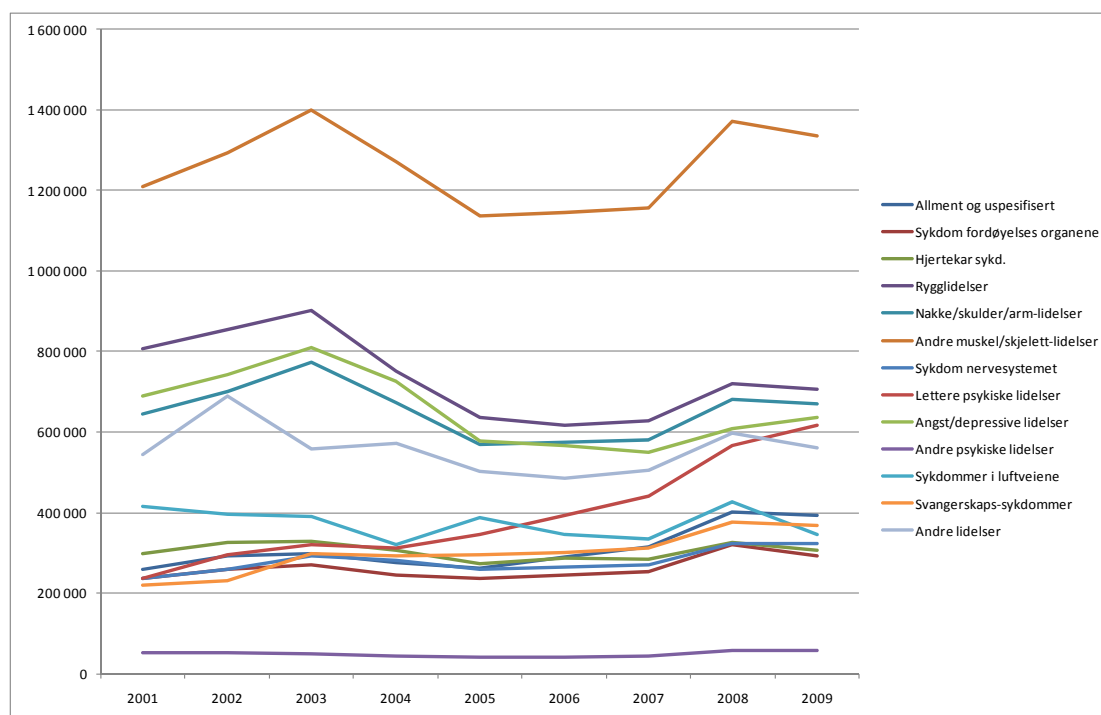
Helge Kjuus er avdelingsdirektør for Avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Han er arbeidsmedisiner og har kompetanse innen eksponering, arbeidsmiljø og arbeidsrelaterte helseplager.

3.7.1 Bakgrunn

Helge Kjuus innledet med å si at han arbeidet innen forebyggende medisin. Han sa at vi hadde nå hørt at det er veldig mange ting som henger sammen med sykefravær, og selv hadde han to budskap. Det var:

- sykefravær henger sammen med sykdom og
- sykefravær henger sammen med arbeid

Kjuus startet med å vise noen figurer for utviklingen av sykefraværet, men gikk raskt gjennom dem fordi de hadde vært vist tidligere på dagen. Han viste også en figur som viste antall sykefraværsværk etter diagnose og utvikling over tid.



Figur: Antall sykefraværsværk 2001-2009, etter diagnose

Kjuus kommenterte at eneste diagnosen med klart oppadgående trend var "Andre psykiske lidelser". Han sa at dette kan ha sammenheng med arbeidsmiljøet, men det vet vi ikke. Det samme bildet observeres både for menn og kvinner.

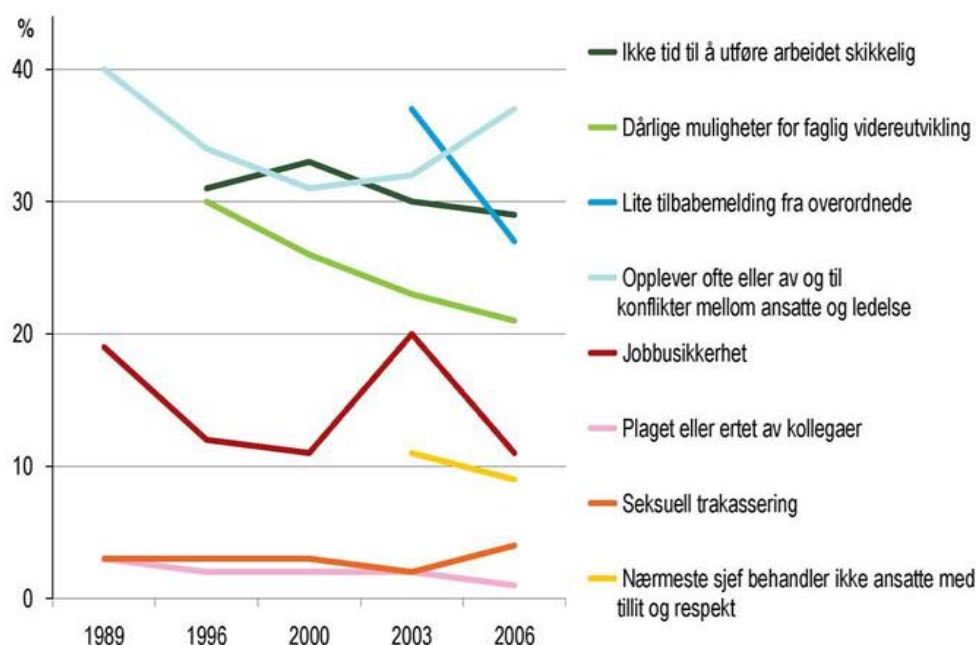
Han viste også figuren som Langeland viste over bransjevis endring i sykefraværet fra 2008 til 2009 som viser at det er innen bygg- og anleggsvirksomheter, transport og lagring at sykefraværet har økt og særlig blant menn.

Kjuus konkluderte her med at i et 40-års perspektiv er sykefraværet i Norge påfallende stabilt. Men at det i et 3-års perspektiv er en liten økning i sykefraværet, spesielt relatert til "lette, psykiske lidelser".

Spørsmålet Kjuus ser videre på er om den observerte økningen i sykefraværet for perioden 2005-2009 kan forklares med arbeidsmiljøet og om arbeidsmiljøet blitt mer "brutalt?" Han sier at det er sparsomt med empiriske data.

3.7.2 Kan observert økning i sykefraværet skyldes forverring av arbeidsmiljøet?

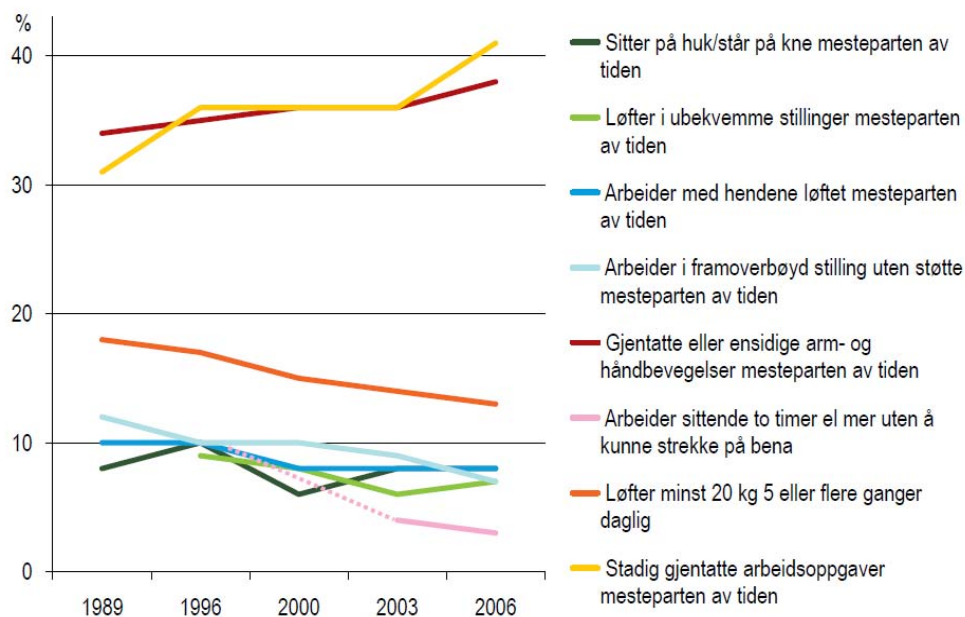
Han startet med en figur som viste data fra Levekårsundersøkelsen fra 1989 til 2006.



Figur: Psykososialt arbeidsmiljø – trend (1989-2006), LKU 2006, SSB

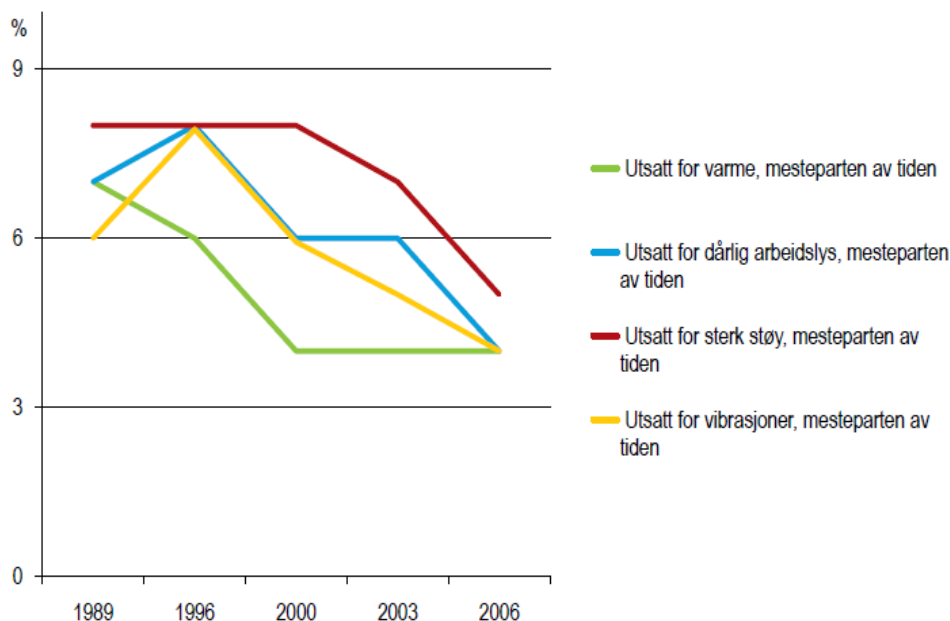
Bortsett fra en økning i andelen som rapporterer om konflikter eller dårlige forhold mellom ansatte og ledelse, er bildet at det generelt har vært en positiv utvikling i perioden 1989-2006. Men antall spørsmål som er sammenliknbare over tid er begrenset og man har i liten grad studert bransjespesifikke utviklingstrekk.

Den neste figuren han viste var trender i ergonomisk arbeidsmiljø i samme periode. Denne viste at andel med stadig gjentatte arbeidsoppgaver og gjentakende arm- og håndbevegelser mesteparten av tiden, var de to kategoriene som økte mens de andre viste nedadgående trend.



Figur: Ergonomisk arbeidsmiljø – trend (1989-2006), LKU 2006, SSB

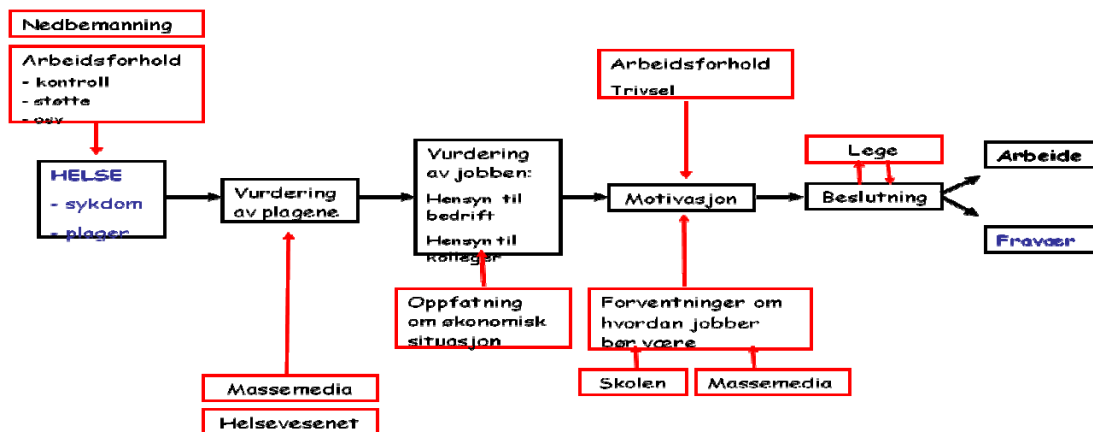
Det samme bildet kom frem når han viste utviklingen i arbeidsrelaterte helseplager i perioden.



Figur: Fysisk arbeidsmiljø – trend (1989-2006), LKU 2006, SSB

Han konkluderer med at det ikke er klare trender i retning av dårligere arbeidsmiljø basert på LKU-data, men heller en tendens til bedring. Datagrunnlaget dekker ikke perioden 2006-2009. Kjuus sa også at det finnes en del undersøkelser i enkelte bransjer som viser at den usikkerhet som nedbemanning gir, kan ha ført til økt sykefravær. Det er da ikke overraskende at det er de mer diffuse kategoriene som lettere psykiske lidelser som øker.

Kjuus sier at vi kan alle være enig om at det går an å gjøre noe med sykefraværets størrelse gjennom forebyggende arbeid. Han viste også følgende figur:

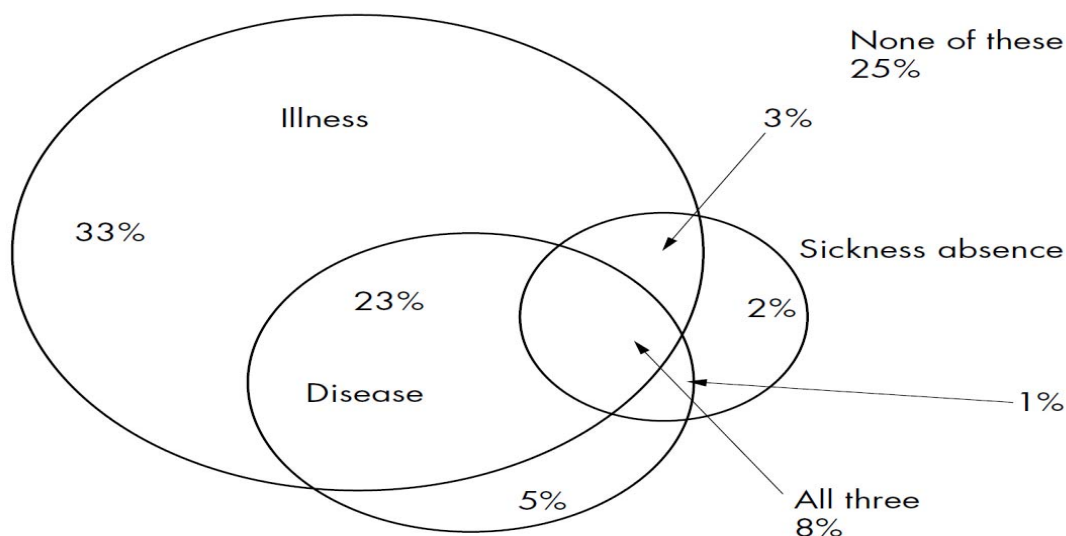


(Knardahl 2006)

Figur: Modell for å vise noen av faktorene som bestemmer sykefravær

Han sa at det ikke bør være noen tvil om at sykefravær har sammenheng med helse og sykdom.

Kjuus viste også til følgende sammenheng. 86 prosent av de sykmeldte har enten sykdom eller "illness".



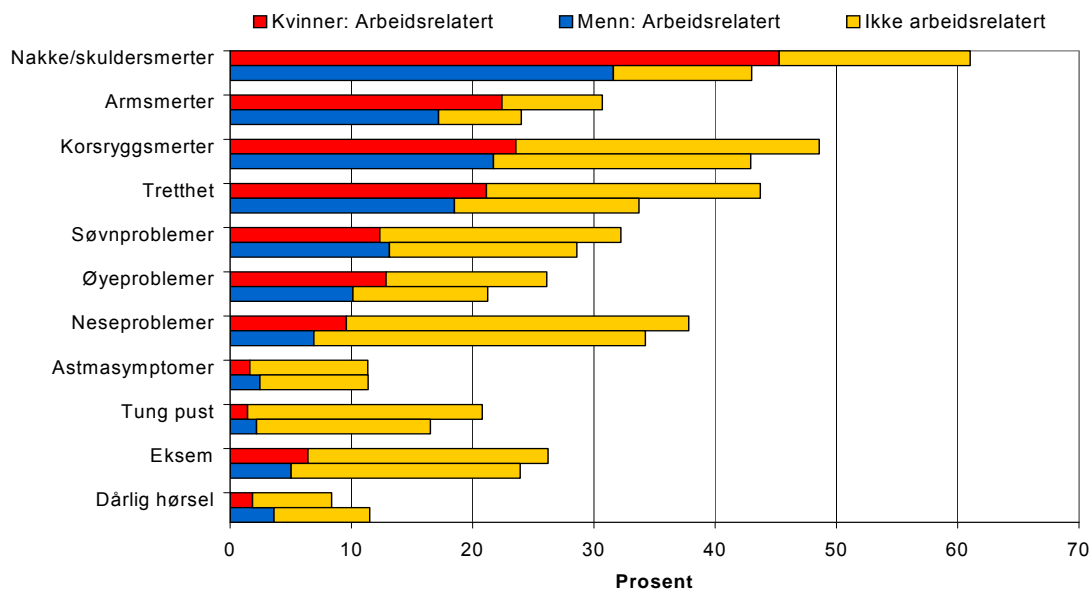
Figur: Relation between illness, disease, and sickness absence. Percentage of employed aged 16-64 in Sweden 1998-2001 (n=13 887)

Kjuus konkluderer med at sykdom (disease, illness) er en viktig årsak til sykefravær og at viktige tiltak for å redusere sykefraværet innebærer å forebygge sykdom. Han sa videre at mange sykdommer kan forebygges og at arbeidsrelaterte sykdommer og plager kan forebygges.

Han sa videre at når målet er forebygging, vil et sykdomstilfelle være arbeidsrelatert når det er forårsaket (helt eller delvis) av arbeidsforholdene eller blir forverret av arbeidsforholdene.

3.7.3 Arbeidsrelatert sykkelighet: Forekomst i befolkningen

Kjuus startet med å vise følgende figur.

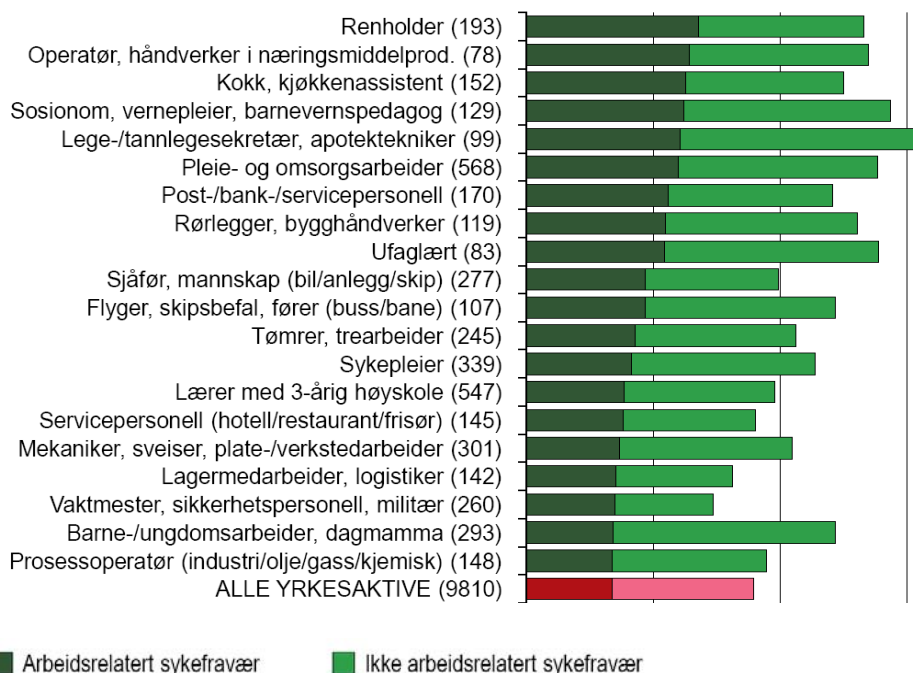


Figur: Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) 2000-2001 (alder 30, 40 og 45 år) (N= 8594)

Nesten 60 % rapporterte at de den siste måneden hadde hatt ett eller flere av disse helseproblemene som var forårsaket av arbeidsforhold. Vanligst var nakke/skulder-smerter (38 %) og korsryggsmerter (23 %), fulgt av smerter i armene (20 %) og uvanlig tretthet (20 %).

En stor andel av de vanlige helseproblemene ble vurdert å være arbeidsrelatert. Smerter i nakke/skulder og arm ble tilskrevet arbeidsforhold av 3 av 4 med slike smerter, mens halvparten av personene med korsryggsmerter og uvanlig tretthet mente det skyldtes jobb.

Kjuus tok også opp problemet med selvrapporing av sykkelighetens sammenheng med arbeid. Han viste til en studie som fant ganske stor enighet om hvor stor andel av tilfellene som var arbeidsrelatert, men det var betydelig uenighet om *hvilke* tilfeller det var. Han viste også til noen flere undersøkelser som viste at en stor andel av folks sykdommer og plager har sammenheng med arbeid, eller blir forverret av arbeid. Han sa at hvor stor andel avhenger av definisjonen av "arbeidsrelasjon". Deretter visste han følgende oversikt fra Levekårsundersøkelsen:



Figur: Selvrappert sykefravær, etter yrke (LKU 2006, SSB)

Spørsmålet i LKU er formulert slik: Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager? Var årsaken til fraværet helseproblemer som helt eller delvis skyldtes jobben?

Denne viser at 18 % rapporterer minst ett sykefravær på mer enn 14 dager. 7 % svarte at dette helt eller delvis skyldes jobben, dvs. at om lag 40 % av fraværet tilskrives helt eller delvis jobben. 22 % hadde gått på jobb 4 ganger eller mer siste år selv om de burde holdt seg hjemme (sykenærvær). Kjuus viste også tall fra AKU-tillegget 2007 (SSB).

Videre fortalt Kjuus om en ny artikkel fra Danmark (Lund og Labriola, 2009) som finner at:

- Arbeidsmiljøfaktorer forklarte 40% av variasjonen i sykefraværssisiko
- 20% av populasjonen sto for 80% av fraværet
- 5x forskjell mellom lav og høy sosioøkonomisk klasse
 - Halvparten av dette forklart med eksponeringer i arbeid
- Fysiske faktorer: Ingen kjønnsforskjell
- Psykososiale faktorer:
 - Kvinner: Relasjonelle faktorer av betydning
 - Menn: Høye emosjonelle krav
- Skiftarbeid: ingen sammenheng
- Røyking forklarte 25% av sykefraværssisiko hos kvinner og 17% hos menn
- Sykefravær < 6 uker: Ingen økt dødelighet
- Sykefravær > 6 uker: 2-4 x økt dødelighet

Han sa at det er overraskende lite diskutert at røyking betyr så mye for variasjonen i sykefraværet.

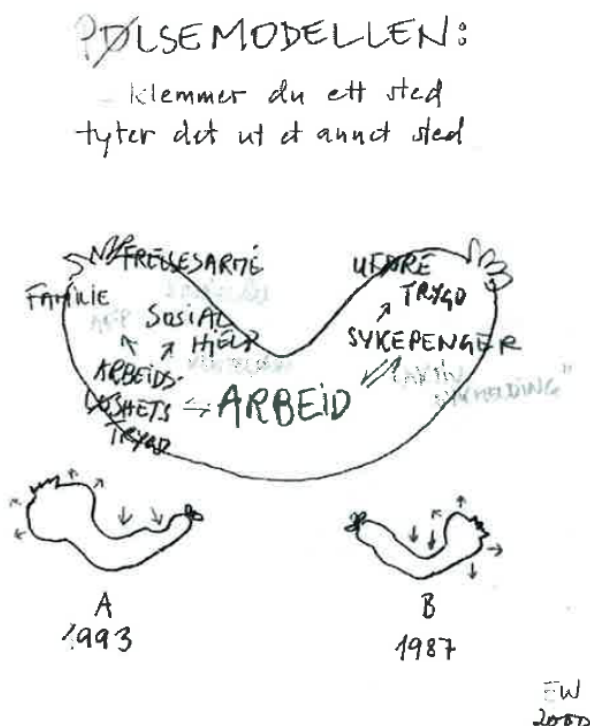
3.7.4 Ebbas pølsemodell

Kjuus viste også den kjente pølsemodellen til Ebba Wergeland - klemmer du ett sted tyter det ut i noe annet.

180 MEDISIN OG SAMFUNN: FESTSKRIFT TIL GRETE BOTTEN

ging og nedbemanning som bare er motivert av eiernes ønske om høyere avkastning. Folketrygden glatter over brutaliteten når maksimalt eierutbytte går foran folks rett til arbeid.

Men pølsas hovedbudskap er at ingen må juble for redusert sykefravær og uføretrygd før de har undersøkt hvor de syke og uføre ble av. Kom de nærmere WHO's mål for god helse, ved at de fikk "arbeide produktivt og delta aktivt i det sosiale liv i samfunnet der de bor"?⁸⁵ Fikk de mer av viktige forutsetninger for helse: "trygghet for arbeid og en følelse av å være til nytte"⁸⁶ – eller havnet de på sosialkontoret og hos Frelsesarmeen?



Hans budskap var at alt henger sammen med alt og vi trenger å se alt i sammenheng ikke bare på utgiftssiden og inntektssiden.

3.7.5 Er det ut fra et helseperspektiv uetisk å være opptatt av å redusere sykefraværet?

Kjuus viste også følgende sitat under overskriften: Er det fra et helseperspektiv uetisk å være opptatt av å redusere sykefraværet?:

- För att få verklig bukt med problemet måste dock populationen föryngras med tio år, kvinnorna fördrivas från arbetsmarknaden, karenserod införas och frånvarokontrollen skärpas... (Olli Kangas).

Kjuus kom også inn på IA-avtalen på slutten av foredraget, og sa det var viktig med fokus på delmål 2 og 3. Han snakket også om tilrettelegging av arbeidet. Tidsperspektivet er viktig og i den sammenheng viste han til et arbeid av Kristensen & Bjerkdal (2009) som har sett på sykefravær i forhold til egen og foreldres utdanning. De med lavere utdanning, og særlig dersom foreldrene også har lavere utdanning, har et betydelig sykefravær. Dette er særlig bekymringsfullt når vi snakker om

tidsperspektiv ved at det da er lange skygger. I et mer optimistisk perspektiv ser han på tilrettelegging blant gravide og sier at det er et stort potensial for å få ned sykefraværet blant gravide med riktig tilrettelegging.

3.7.6 Konklusjon

Konklusjonen til Kjuus er at dersom en skal forebygge det arbeidsrelaterte sykefraværet, så vil det være riktig å anlegge en primærforebyggende tankegang.

- Primær forebygging: Fjerne årsaker til sykefraværet
 - Forebygge arbeidsrelatert sykdom
- Sekundær forebygging: Redusere sykefraværsrisiko før fravær oppstår
 - Tilrettelegge arbeidet blant de som er i arbeid (også de som står i fare for å falle ut), før de blir sykmeldt
- Tertiær forebygging: Hindre at konsekvensene av sykdom i form av redusert arbeidsevne medfører langvarig sykefravær ("Raskere tilbake")

Det mest effektive vil være primær (og sekundær) forebygging.

3.8 Fastlegenes portvaktrolle. Benedicte Carlsen, Rokkansenteret

Benedicte Carlsen er forsker ved Uni Rokkansenteret og førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen. Hun har hovedfag i sosialantropologi og doktorgrad i samfunnsmedisin. Hennes fagområder er innenfor helsetjenesteforskning og velferdsforskning med fokus på implementering av prioriteringer, fastlegens rolle og sykefravær.

3.8.1 Bakgrunn

Carlsen startet med å vise en oversikt over det de har gjort på legenes erfaringer i portvaktrollen:

- 2002: Gruppeintervjuer med fastleger om portvaktrollen i FLO
- 2004: Spørreundersøkelse blant fastleger og deres pasienter om portvaktrollen og pasienters medbestemmelse
- 2007: Gruppeintervjuer med fastleger om sykmeldingsrollen
- 2007: Internasjonal kunnskapsoppsummering om allmennlegers holdninger til å følge retningslinjer
- 2007: Gruppeintervjuer med norske fastleger om portvaktrollen og prioritering gjennom retningslinjer
- 2008: Gjentakelse av den norske studien i Danmark. Komparativ analyse
- 2008: Spørreundersøkelse om holdninger til portvaktrollen og rasjonering av tjenester

Hun sa at hun vil diskutere det høye og økende sykefraværet ut fra en analyse av praktiserende legers perspektiv.

Portvaktrollen til legen handler om:

1. Sykmelding
2. Forskrivning
3. Henvisning til spesialisthelsetjenesten
4. Attester til forsikring o.l.

Forskningen deres viser at fastleger ofte ikke følger retningslinjer og regler. Hovedgrunnene til dette forklares i litteraturen å være at legene tar individuelle hensyn til pasientene og for å gjøre det, mener legene at de trenger en ganske stor grad av profesjonell autonomi.

Gjennom sine studier finner de at dette også gjelder også norske leger, men i tillegg er norske fastleger mer autonome i fht myndighetene, mer "på lag med pasienten" og mer negative til å begrense ressursbruk. Carlsen nevner også NAV og at noen leger ser på NAV som "fienden", og at det kanskje ikke har vært noen god periode for NAV i det siste.

3.8.2 Porten er åpen!

I en studie de gjorde som en del av evalueringen av fastlegeordningen (FLO) fant de at portvaktrollen er svekket gjennom FLO. Dette skyldes blant annet økt medisinsk ansvar og at det av forskjellige grunner er viktigere å gjøre pasienten fornøyd.

Carlsen henviser til flere norske studier og sier at Porten er åpen!

- 95% fikk sykmelding (Larsen, Førde og Tellnes 1994)
- Legger mer vekt på pasientens ønske enn sitt eget medisinske skjønn (særlig yngre leger) (Gulbrandsen, Førde og Aasland 2002)
- 75% sier aldri eller noen få ganger i året nei til sykmelding (Lefos panelundersøkelse 2006)

De har gjort en dybdestudie for å se nærmere på årsakene til disse funnene, og gjennomførte gruppeintervjuer med fastleger i 2008 der de så på legers erfaringer med portvaktrollen og hva de mente om sykefraværet.

3.8.3 Hvorfor er porten åpen?

Først og fremst bekreftet deres studier at porten *var* åpen. Hun viser til Folketrygdloven:

§ 8-4. Arbeidsuførhet: Sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.l., gir ikke rett til sykepenger.

Carlsen forteller at legene synes dette er vanskelig å forholde seg til. Mange er usikre på reglene, usikre på medisinske konsekvenser og er også uenige i reglene. Carlsen sa også at legene ofte følte at de forvalter en konvensjon om at loven er for snever. Dette illustreres gjennom følgende typiske uttalelser fra legene i datamaterialet deres:

Anders: Vi stepper inn og glatter over for arbeidsgiver og for arbeidstaker og for alle andre. Man er satt til å runde alle disse hjørnene, sånn at det går an å ha så strengt oppsigelsesvern og så rigide regler, men at man fyller inn hullene som egentlig ikke funker [...]

Jon: Det er derfor det kan oppleves urettferdig at vi blir beskyldt for å sykmelde for mye, for det er vi som er satt til å ta den rollen. Og så hjelper vi folk som passer dårlig i arbeidslivet, eller i arbeidskonflikter så er det vi som er nødt til å jenne det litt til.

Carlsen fortalte videre om legenes opplevelse av å forholde seg til pasienten i sykmeldingssammenheng. Bildet er sammensatt og mange er uproblematisk syke, noen tåler lite og overdriver, noen har andre problemer og noen få skulker. Carlsen sa at legene opplever også holdningsendring: Terskelen har blitt lavere og det er flere forhold som inkluderes i sykefraværet.

Et viktig moment er at lege-pasient forholdet er basert på tillit, de kan ikke mistro pasienten, de kan ta feil. De har sympati for pasienter i vanskelig situasjon.

Pasientene forventer sykmelding. Om de ikke får det kan det få konsekvenser:

- Kan bli sur, ubehagelig
- Demotiverende at pasienten kan få sykmelding hos andre
- Tidkrevende å forhandle med pasienter

I forhold til dette med pasientmakt hadde Carlsen følgende sitater fra to leger:

Hans: Det er veldig sjelden du overprøver pasientens forespørsel om å få en sykmelding. Det er vanskelig å styre den prosessen.

Gry: De har jo ofte en veldig klar forventning om hva de skal få, og hvis du da protesterer litt på det så er det mange som blir veldig sure og aggressive kanskje og synes at du er en dårlig doktor hvis du ikke gir dem en sykmelding.

3.8.4 Leger, NAV og arbeidsgiver

Deretter gikk Carlsen over til å snakke om forholdet legene har til arbeidsgiver og NAV. Legene sier at de mangler informasjon om pasientens arbeidssituasjon og at pasienter sier at arbeidsgiver ikke vil tilpasse arbeidet. De opplever også at pasienter sier at arbeidsgiver ønsker lang sykmelding. Legene opplever manglende samarbeid med arbeidsgiver og NAV, og de opplever at NAV ikke følger opp når legen gir beskjed om ikke medisinske grunner for sykmeldingen.

De finner at legene etterlyser:

- Begrenset refusjon til syke arbeidstakere (Dette bekreftes også i tall fra Legeforeningen i 2006 : 67% av legene mente karensdag riktig)
- Større økonomisk byrde på arbeidsgiver
- Bedre muligheter for velferdspermisjon med lønn
- Noen få ønsket klarere regler og kontroll som en støtte i forhandlinger med pasienten (Bekreftes også i en spørreundersøkelse fra 2008:15%)

Carlsen kommenterer at legene foreslår nesten utelukkende tiltak utenom legekantoret.

3.8.5 Om standardiserte sykmeldinger

Carlsen sier deretter litt om standardiserte sykmeldinger. Det vil kunne være en god beslutningsstøtte, og et slikt system kan dermed skape mindre usikkerhet og bedre argument overfor pasienten. 2004-tiltaket virket - i alle fall en stund.

Fra kolleger i Sverige vet hun at legene i Sverige fornøyde, men om det er effektivt på sykefraværet er usikkert. Som hun viste tidligere i innlegget, følger leger ofte ikke retningslinjer eller regler og i tillegg er norske leger mer autonome og følger pasientens ønsker i større grad enn i andre land. Byråkratisering nevnes også. Hun sier at standardiserte sykmeldinger kan være et godt redskap, men det er ikke nødvendigvis motivasjon for å begrense sykefraværet.

3.8.6 Konklusjon

Carlsen sa at det er flere grunner til at sykefraværet i Norge er uforholdsmessig høyt:

- Lønn mangler som jobbmotivasjon, gjør legens jobb vanskelig
- Arbeidsgiver og NAV støtter ikke
- Leger mangler motivasjon: blir ikke kontrollert eller ansvarliggjort
- Behandleroppgaven viktigere enn portvakt, informasjonsasymmetri
- Legene mangler verktøy: beslutningsstøtte?
- Pasienter stor innflytelse

Hun avslutter med å se på hvorfor sykefraværet øker. I den sammenheng nevner hun fastlegeordningen og andre reformer som styrker pasientmakt. Hun sa også at en kan tenke seg at lav terskel brer om seg.

Carlsen mener vi står overfor en politisk nøtt - der vi må spørre om hva vi vil i Norge. Hun sier at terskelen senkes og sykmeldingens anvendelsesområder utvides. Dette koster fellesskapet mye, fører til sykeliggjøring og mistenkeliggjøring. I tillegg er det autonome leger som bruker skjønn i stedet for rigide regler og byråkrati. Hun sier også at gjennom brukermedvirkning og pasientrettigheter, har det blitt likere maktfordeling lege – pasient. I tillegg er full kompensasjon betalt av tredjepart når en er syk.

3.9 Unge og sykefravær. Roar Johnsen, NTNU

Roar Johnsen er Professor, dr.med ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU. Han er en del av Instituttgruppe for epidemiologi og helsetjenesteforskning og har blant annet forsket på forsøk med helsetjenestetilbud og med sykemeldingsordninger og unge uføre.

3.9.1 Bakgrunn

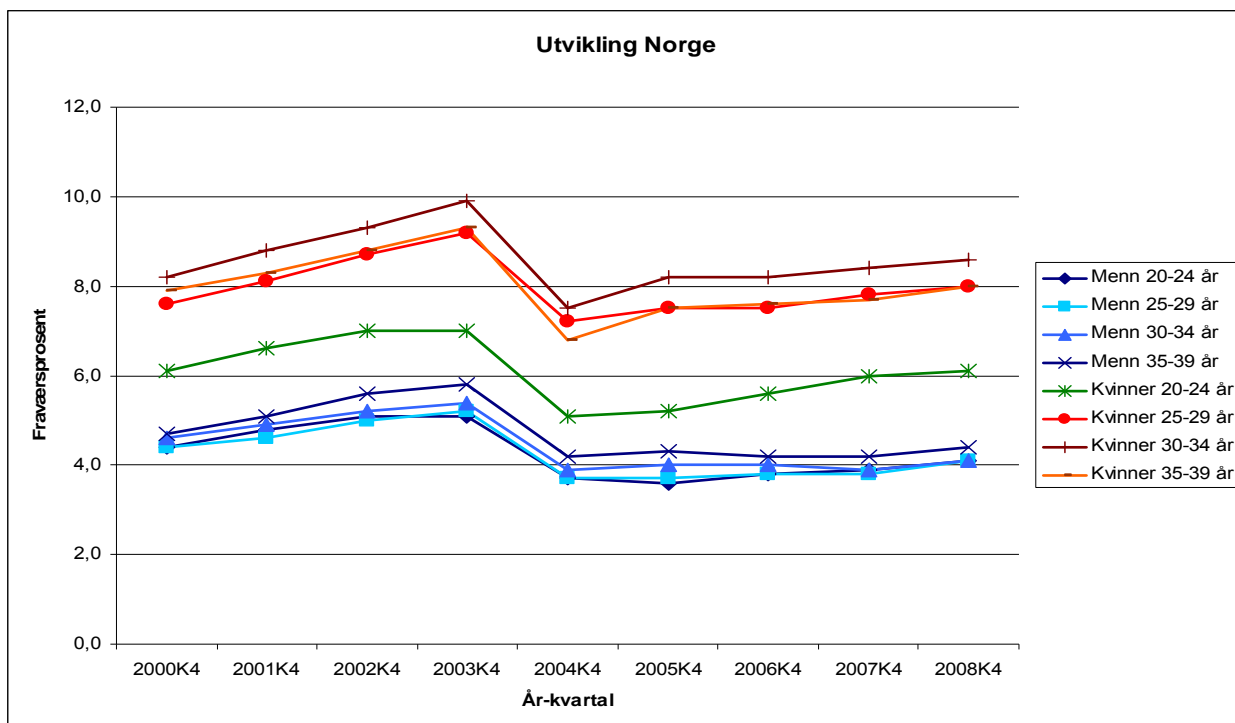
Johnsen startet med å si at deres prosjekt er en del av et nettverk mellom NTNU, Tromsø og Oslo og andre. Nettverket er relativt nylig startet med støtte fra Sykefraværprogrammet i NFR.

Han fortalte at han skulle være innom fem problemstillinger i sitt foredrag:

- Sykefraværsutviklingen blant unge i Norge og i Danmark
- Sykefraværsutviklingen (arbeidsdeltakelse) blant unge i en ungdomspopulasjon
- Er sykmelding blant unge et uttrykk for tilpasningsvansker til arbeidslivet?
- Har unge en annen fraværskultur enn voksne?
- Hva kjennetegner tiltak som har effekt?

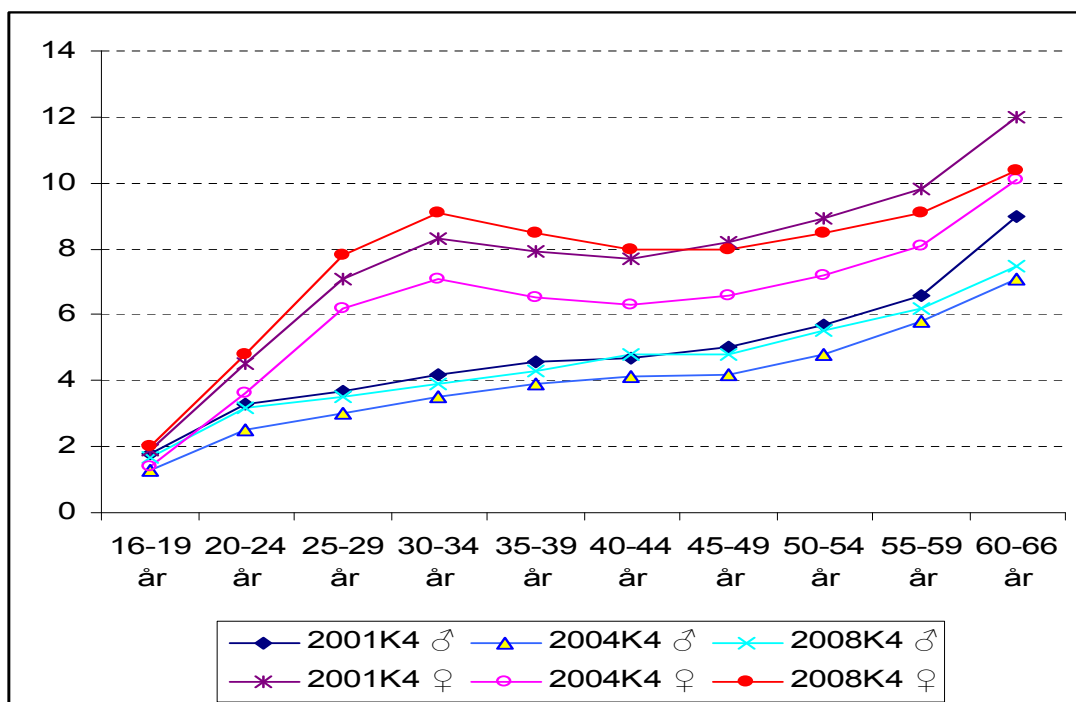
3.9.2 Sykefraværsutviklingen blant unge i Norge og i Danmark

Johnsen startet med å vise utviklingen i fraværsprosenten for ulike aldersgrupper. Han kommenterte de kjente kjønnsforskjellene men sa også at dersom en tar hensyn til alder, utdanning, sektor og lønn – har kvinner samme sykefravær som menn (om dette fortsatt gjelder). Kjønn er mer en proxy for innflytelse m.m. i arbeidslivet.



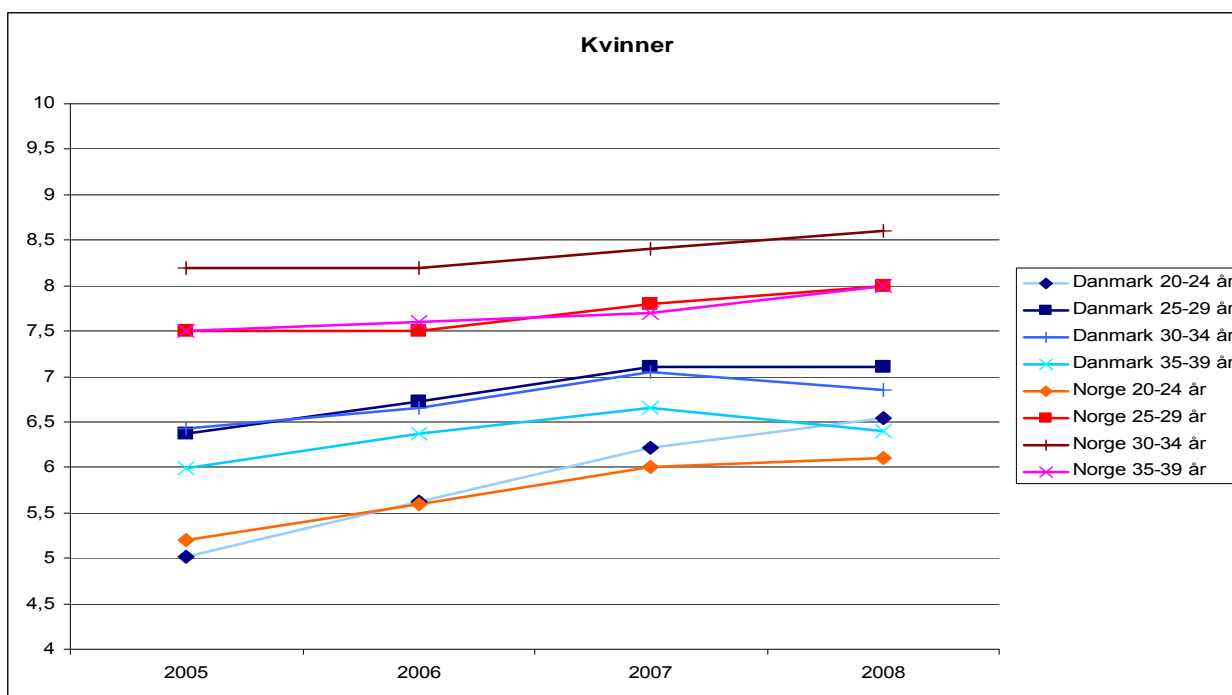
Figur: Tapte dagsverk i forhold til avtale 20-39 år Norge (SSB statistikkbanken)

Han viste også en figur som viste sykefraværet i ulike aldersgrupper, der alle sysselsatte var med. Som figuren viser øker sykefraværet med alder, men ikke lineært.

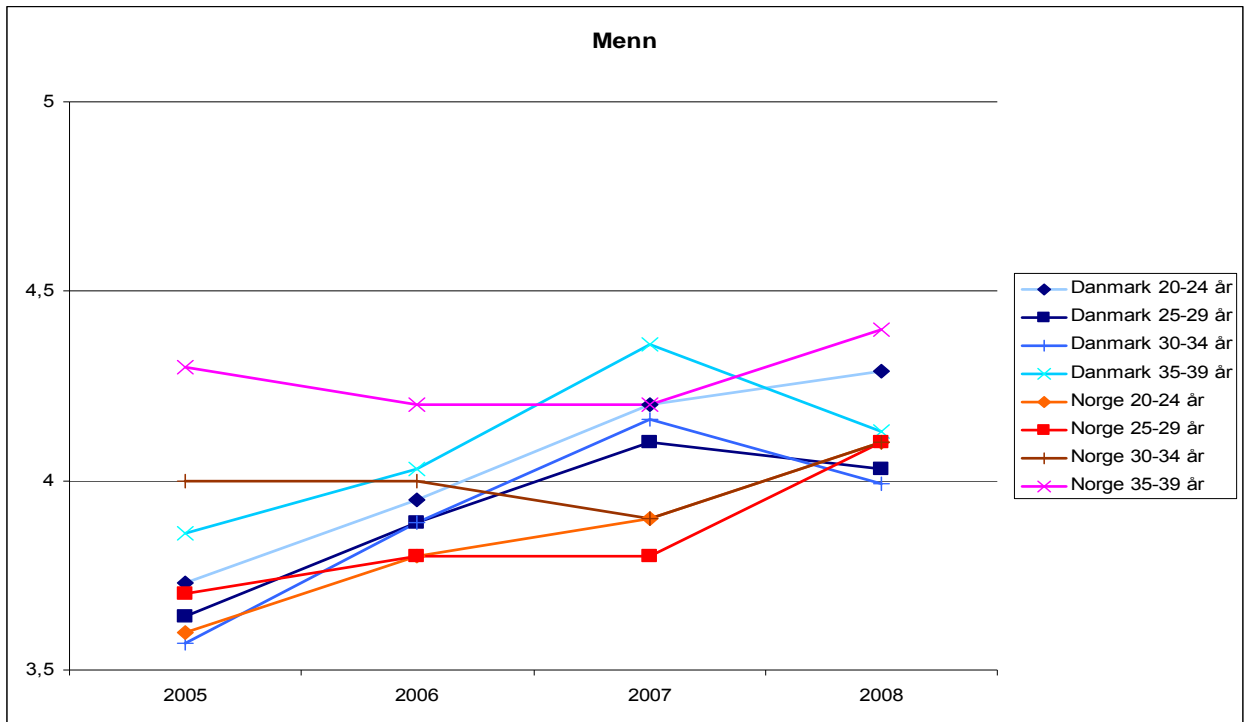


Figur: Sykefravær 4. kvartal 2001, 2004 og 2008 i aldersgrupper

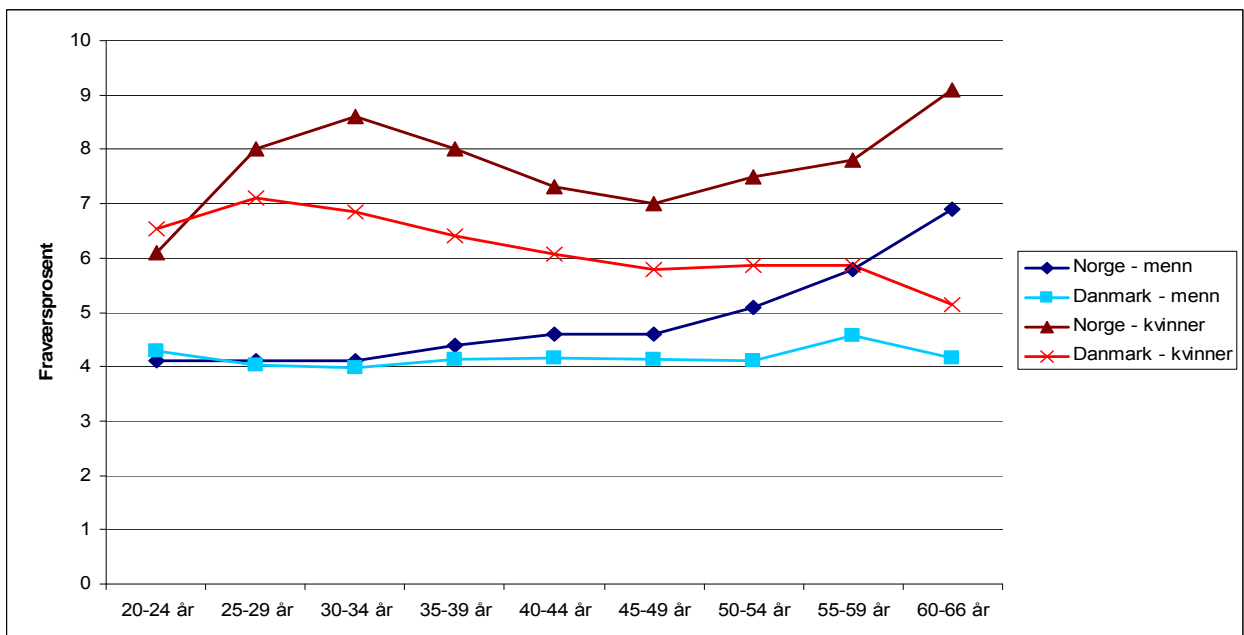
Deretter viste han en sammenlikning med tall fra Danmark, både for kvinner og menn.



Figur: Sykefravær, 20-39 år Norge og Danmark- Kvinner



Figur: Utvikling 20-39 år Norge og Danmark - Menn



Figur: Alder og sykefravær i Norge og Danmark

Som en oppsummering sa Johnsen at fraværutviklingen for unge (< 40 år) skiller seg fra øvrige aldersgrupper – unge kvinner øker fraværet sitt mer enn eldre. Med unntak av de aller yngste, er det ulik fraværutvikling i Norge og Danmark. Fraværet for de eldste aldersgruppene går ned i Danmark

men høyere i Norge enn de som er noe yngre. Det kan være flere forklaringer på dette sier Johnsen - kanskje ramler danske arbeidstakere ut tidligere enn de norske.

3.9.3 Sykefraværsutviklingen (arbeidsdeltakelse) blant unge i en ungdomspopulasjon

Johnsen gikk videre til å si litt om UNG-HUNT: Ungdomsundersøkelsen ble gjennomført første gang samtidig som HUNT 2, dvs. i 1995-1997. Det ble senere foretatt en oppfølgingsundersøkelse i år 1999-2000.

Spørreskjemaet ble fylt ut i skoletiden og 8984 elever (90%) deltok. Spørreskjemaet ble gitt til elever i ungdomsskolen (13-15 år) og videregående (16-19 år). Dette er et svært omfattende spørreskjema og inkluderer spørsmål om sykdom, helse, trivsel m.m. I tillegg er det informasjon fra foreldrene som kobles sammen. Dette betyr at de kan studere sykefravær i et flergenerasjon-datasett og for eksempel undersøke om holdninger og sykefraværsatferd arves fra foreldrene. Johnsen forteller at dette er pågående forskning, men han antyder at det i høyeste grad ser ut som det er arvbare faktorer i sykefraværsadferd.

3.9.4 Unges bruk av trygdeordninger

Forskerne har fulgt samme kohort i ti år og disse er i 2007 i aldersgruppen 23-29 år. De har sett på denne ungdomsgruppen og deres bruk av trygdeordninger.

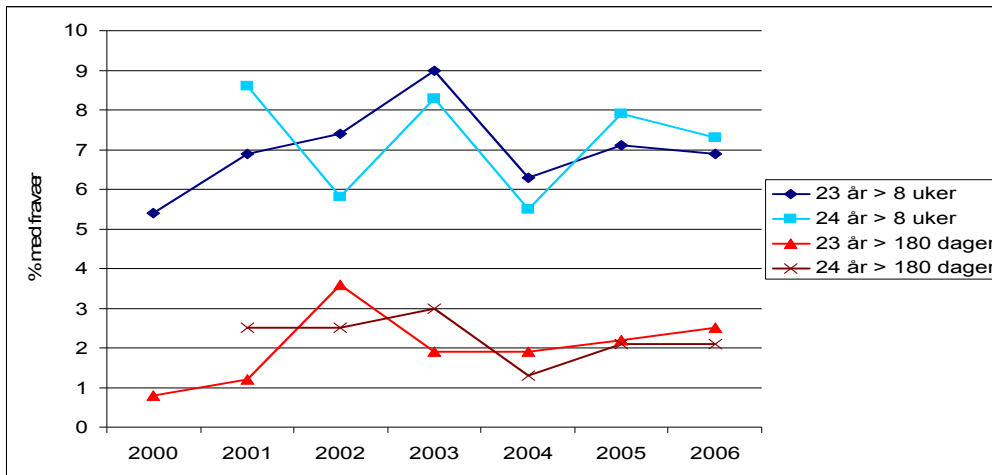
Tabell: Unges bruk av trygdeordninger

	Gutter	Jenter	Totalt
Sykepenger	35,6%	51,6%	43,6%
Sykepenger > 180 dager i løpet av ett år	6,7%	10,0%	8,3%
Attføring-rehabilitering	10,3%	9,0%	9,6%
Uføretrygd	1,2%	1,0%	1,1%
Dagpenger	50,0%	27,1%	38,6%
Dagpenger > 180 dager i løpet av ett år	12,7%	10,4%	11,5%
Sosialstønad	18,4%	19,4%	18,9%
Sosialstønad > 6 mnd i løpet av ett år	5,7%	5,0%	5,3%

De finner at for eksempel at 50 prosent av jentene har hatt en sykmelding, selv om det forventes at mange fortsatt er under utdanning. 10 prosent av jentene har hatt sammenhengene sykepenger i 180 dager i løpet av et år. 50 prosent av guttene har mottatt dagpenger og omtrent 13 prosent av guttene har mottatt dagpenger sammenhengende mer enn 180 dager i løpet av ett år osv.

Johnsen sier at det er vanskelig å si om dette er høyt eller ikke, men han mener bildet er foruroligende. "Det er disse som skal brødfø oss i fremtiden". Han kommenterer videre at dette er et lite tidsvindu, men at det er grunn til å spørre om det slik at de unge bare forsyner seg eller er det slik at de har problemer?

De har sett på 23 og 24 åringer i ulike år og finner at hver ny ungdomskohort som kommer med - har et høyere forbruk av sosiale ordninger enn foregående år.



Figur: Utvikling av sykefravær over tid

Johnsen og kolleger har sett på fravær og arbeidsdeltakelse i en alderskohort (13-19 år) og fulgt i 10 år (1998-2007):

- Forutsetning. Yrkesinntekt > 100.000
- 2064 (25,3%) har minst ett fravær over 8 uker.
- 1372 er jenter (66,5%, 59% - sv.skapsdiagnoser)
- 726 (8,9%) har minst ett fravær over 180 dager.
- 432 er jenter (59,9%, 57% - sv.skapsdiagnoser)

Han viste også at blant de som var sykmeldte over 8 uker, hadde 63,5% hadde en annen ytelse i tillegg. 22% hadde en annen ytelse som varte i mer enn 180 dager.

Blant de som var sykmeldte mer enn 180 dager hadde hele 75,5% en annen ytelse, mens 48% hadde en annen ytelse over 6 mnd.

Konklusjonen til Johnsen på sykefraværsutviklingen (arbeidsdeltakelse) blant unge i en ungdomspopulasjon var:

- Det er en foruroligende høy andel av unge (23-29 år) med inntekt over 100.000 som har langvarige sykmeldingsepisoder – kohorteffekt?
- En stor andel har i tillegg andre langtidsytelser – Langvarig sykmelding er uttrykk for manglende tilpassing til arbeidslivet?
- I det tidsvinduet de har data for er det store svingninger mellom alderskohortene – variasjon i tilgjengelighet til arbeidsmarkedet?

Johnsen sier at dette klart er en ungdomskohort som har problemer med å bli inkludert i arbeidslivet.

3.9.5 Har unge en annen fraværskultur enn voksne?

Johnsen bruker her eksempler fra egenmeldingsforsøket i Kristiansand som ble innført i 1.1.2002 og som varte i 3 år. Der ble det åpnet for egenmelding inntil 50 dager fordelt på maksimalt 10 perioder, der det lå til grunn en systematisk og strukturert oppfølging fra arbeidsgiver.

I dette forsøket fant de at blant de yngste arbeidstakerne økte sykefraværet totalt, mens for de andre aldersgruppene var det liten endring.

For de andre aldersgruppene ble det legemeldte fraværet redusert når de økte det egenmeldte, men slik var det ikke for den yngste aldersgruppen. Der ble økningen i det egemeldte fraværet lagt til det legemeldte fraværet slik at det totale fraværet økte.

Konklusjonen til Johnsen på dette spørsmålet var derfor:

- Ja, det synes slik?
- Det tilsier at unge bør ha en sosialisering til fraværskulturer?
- Er det grunnlag for å differensiere oppfølging?

Han gikk videre med å se på hvilke tiltak det er som har vist seg å ha effekt.

3.9.6 Hva kjennetegner tiltak som har effekt?

Han viste først til en rapport fra Universitetet i Agder og Agderforskning (2009), som han sa var en reise i krenkelser og omsorgssvikt. Han sa at uansett egen forklart årsak til den aktuelle situasjonen, så oppleves hjelpetiltakene som fragmenterte og inkonsistente.

Johnsen viste også at i følge IA-evalueringen, er det særlig tettere oppfølging av sykmeldte som synes å gi en effekt ved at virksomhetene i stor grad mener dette har bidratt til at ansatte kommer raskere tilbake til jobb enn tidligere.

Deretter tok han tak i spørsmålet om det er behov for differensiert oppfølging av ulike grupper arbeidstakere:

- Eldre arbeidstakere – behov for mestringsfravær som reduserer totalfravær (totalfraværet kan øke).
- Behov for legitimering for nærvær – alternativ til andre oppgaver enn egne oppgaver – en idebank som arbeidsplassene fyller opp
- Unge må ha støtte for å tilegne seg arbeidsplassens nærvær-fraværskultur
- Det er mye kunnskap i enkeltbedrifter om tiltak som virker
- Når man ser på oppgavene arbeidsgivere er tillagt så er det behov for faglig rådgiving – dette er ikke enkelt

3.9.7 Konklusjon

Johnsen konkluderer med at det er foruroligende mange unge (som skal brødfø oss) som blir stående utenfor arbeidslivet. Av de som deltar er det en stor andel som har mange problemer og er i behov for strukturerte og systematiske tiltak. Unge synes å trenge tid i arbeidslivet for å tilegne seg de gjengse normene for nærvær-fravær (sosialiseres).

3.10 Arbeid og psykisk helse. Solveig Osborg Ose, SINTEF Helse

Solveig Osborg Ose er seniorforsker ved SINTEF Helse, Gruppe for arbeid og helse (leder). Hun er samfunnsøkonom (dr.polit) og har blant annet forsket på sykefravær, inkluderende arbeidsliv, psykisk helsearbeid og helsetjenester.

3.10.1 Bakgrunn

Ose startet med å si at hun ikke skulle snakke om IA-avtalen denne gangen, men at hun gjennom å ha arbeidet ved Avdeling for psykisk helse i SINTEF Helse siden 2003, har sett på dette med psykisk helse og arbeid. Som vi har sett i presentasjoner tidligere på dagen, er det særlig sykefraværet som skyldes lettere psykiske lidelser som øker. Dette er det samme mange vestlige land opplever og det er interessant å se på andre lands forslag til mulig tilnærming.

Hun sa at psykisk helse er viktig i sykefraværdebatten av følgende årsaker:

- Hver 5. sykefraværsdag skyldes psykiske lidelser
- Hver 3. uføre har en psykisk lidelse
- Hver 4. person med variabel eller redusert arbeidsevne på tiltak har psykiske lidelser.
- Andel av sosialhjelpsmottakere og arbeidsledige som har psykiske lidelser – Det vet vi ikke
- Lettere psykiske lidelser dominerer
 - Fordi alvorlige psykiske lidelser rammer en liten del av befolkningen og
 - at de i liten grad er yrkesaktive

Hun viste videre diagnoser i legemeldt sykefravær som også ble vist tidligere på dagen. Muskel/skjelettlidelser er den største kategorien, mens psykiske lidelser er den nest største kategorien både blant menn og kvinner.

Av nesten 5 millioner sykefraværsværk som gikk tapt grunnet psykiske lidelser i 2008, skyldes:

- 46 % lettere psykiske lidelser
- 49 % angst/depressive lidelser

Det er altså diagnosegruppen lettere psykiske lidelser som øker mest og dette er det samme i mange vestlige land. WHO og EU har konkludert med at depresjoner er den største enkeltårsaken til sykdomsbyrden og årsaken er at:

- Fysisk eller somatisk helse bedres stadig
- Ikke like tydelig for psykiske helse (oppstår også tidligere i yrkeslivet)
- Et moderne land er bygget på informasjon og kunnskap - arbeidskapital er knyttet til befolkningens psykiske helse

Det er store økonomiske kostnader knyttet til psykiske lidelser, der majoriteten av kostnadsbelastningen skyldes produktivitetstap på arbeidsplassen knyttet til angst og depresjoner (The Commission White Paper "Together for Health: A strategic approach for the EU 2008- 2013").

Det er for eksempel beregnet at hjerte/kar sykdommer tilsvarer 36 % av produktivitetstapet knyttet til angst og depresjoner.

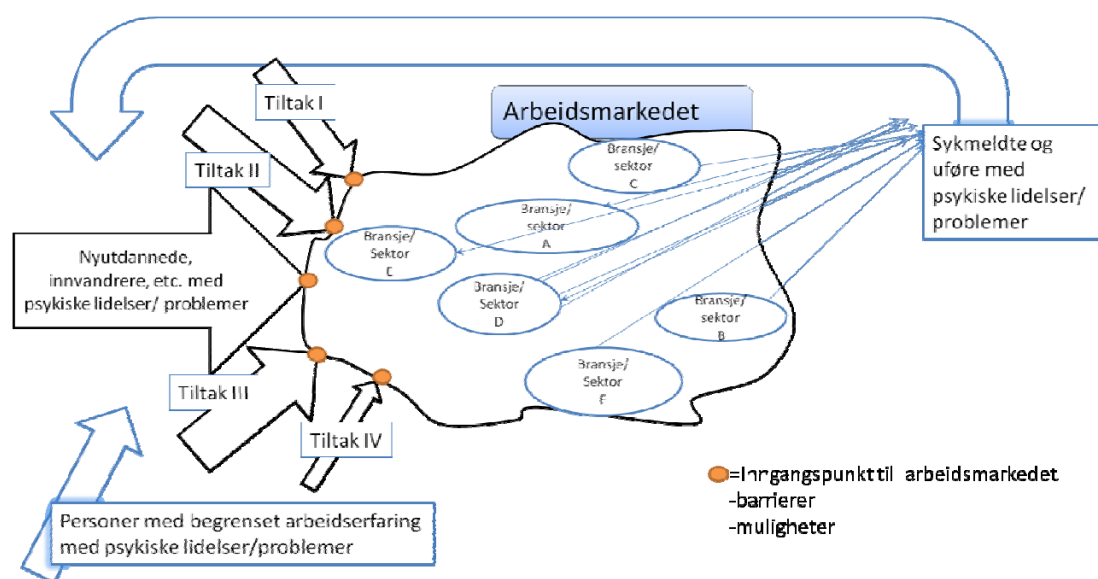
Ose sa også at økningen vi ser for eksempel i Norge i bruk av psykiske diagnoser i sykmeldingen, ikke nødvendigvis skyldes at flere utvikler psykiske lidelser men at det kan være endringer i bruk av diagnosene blant sykmelderne. Dette vet vi egentlig ikke noe om.

Europeiske beregninger viser at en av fire europeere kan forvente å oppleve psykiske problemer i løpet av livet. I løpet av et år opplever 10 % av europeerne en eller annen form for depressiv lidelse (Consensus Paper: Mental Health in Workplace Settings). Svak psykisk helse er funnet å gi høyere risiko for å utvikle somatiske helseproblemer (for eksempel hjerte-karsykdommer). Det er også funnet at langtidsledighet dobler risikoen for depressive symptomer.

Hun kommenterte også det som hadde kommet opp tidligere på dagen, i forhold til positive og negative faktorer med å arbeide, og sa at de fleste som har sett på dette konkluderer med at de positive faktorene av å arbeide er sterkere enn de negative faktorene.

3.10.2 Den norske tilnærmingen

Ose viste følgende figur for å illustrere den norske tilnærmingen til psykisk uhelse i arbeidslivet.



Figur: Den norske tilnærmingen/muligheten

Norge utvikler tiltak for de som faller ut av arbeidslivet eller av ulike årsaker trenger hjelp til å komme inn i arbeidslivet. Følgende tiltak knyttet til psykisk helse nevnes: Mestringsveier til arbeid, Jobbmestrende oppfølging, Medarbeider med brukererfaring, Veilednings- og oppfølgingsløser, Studier med støtte mm. I andre land utvikles tiltak for alvorlige psykisk syke og det er

forskningsresultater fra studier blant de med alvorlige psykiske lidelser som brukes som grunnlag for å utvikle tiltak også i Norge. Tiltakene benyttes i Norge også for de med lettere lidelser (dyre tiltak), mens det mest effektive sannsynligvis hadde vært å utvikle tiltak før de faller ut av arbeidslivet. Vi kan sette i verk mange tiltak fordi vi har midler til å gjøre det. Om dette er det samfunnsøkonomiske riktige bør diskuteres.

3.10.3 Forskning på arbeid og psykisk helse

Ose så videre på forskningsresultater på arbeid og psykisk helse. Det aller meste av forskningen er knyttet til alvorlige psykiske lidelser (schizofreni og alvorlige psykoser). Det er for eksempel funnet at 30 -50 prosent mener de er i stand til å jobbe, men 10-20 % jobber. Resultatene fra forskningen viser at det i utvikling og utprøving av tiltak er viktig med et nært samarbeid med helsesektoren. Dette er kanskje ikke det mest sentrale når det gjelder de med lettere psykiske lidelser, - som utgjør det store antallet. Forskning viser også at det er bedre med direkte utprøving enn med skjerming (SE/IPC – evidensbaserte tiltak). Uansett kan en argumentere med at når arbeid er viktig for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, er dette også viktig for de med lettere psykiske lidelser. Utvikling av tiltak for alvorlig psykisk syke er et eget fagfelt innen psykiatrisk rehabilitering og ikke knyttet til arbeidslivsforskning og inkludering av store grupper. Det er altså et eget fagfelt som NAV til en viss grad blander sammen når tiltak utvikles/velges. Budskapet var at kanskje NAV også kan bidra i det forebyggende arbeidet i større grad, heller enn kun å være en tiltaksleverandør når noen først faller ut av arbeidslivet pga psykiske lidelser.

Uansett er det svært lite forskning på lettere psykiske lidelser i arbeidslivet og hva tiltakene bør være.

3.10.4 Sosiale problemer som ikke gir rett til sykepenger – arbeidsgivers rolle?

Ose tok videre tak i det som hadde kommet opp tidligere på dagen (for eksempel i innlegget til Benedicte Carlsen) om at det er mange sosiale problemer som ikke gir rett til sykepenger – mange leger sier at dette kamufleres i andre diagnoser. Vi vet ikke hvor mye av sykefraværet som faller under psykiske lidelser (p-diagnoser) som skyldes for eksempel sosiale og økonomiske problemer, konflikter på arbeidsplassen, problemer med familien osv. Det er dermed svært vanskelig å foreslå tiltak. Mange har spurt om det er riktig å pålegge arbeidsgiver ansvaret dersom dette i stor grad gjelder forhold utenfor jobb?

Andre EU-land har den samme utfordringen knyttet til økning i depresjoner og psykiske lidelser i arbeidslivet som vi har i Norge. Det er derfor interessant å se hva EU tenker om dette.

I et konsensuspaper fra EU, *Mental health in workplace settings*, står det: *The challenge however is not only to address that minority of mental health directly caused by work, but also those caused by non work-related problems that may become visible and sometimes exacerbated within the working environment. Vulnerability to psychosocial stress, burn out and mental health problems is becoming more challenging as the nature of work in Europe continues to change.*

Dette betyr at selv om en liten del av sykmeldingene knyttet til psykiske lidelser skyldes forhold på jobb, men at de forholdene som skyldes ikke-jobbrelaterte forhold blir kanskje synlig i en arbeidssituasjon. Så at dette ikke er et ansvar knyttet til arbeidsplassen blir veldig feil. Det er på denne arenaen folk møtes og arbeidsmiljøet kan bidra til at folk ikke får sykefravær selv om de har et problem.

Ose gikk videre til å se på dette med subjektive helseplager som flere ganger ble nevnt i tidligere innlegg. Det er funnet at 2 av 3 sykmeldte har ingen presis diagnose, men føler seg arbeidsuføre (Ursin, 1997, senere oppdatert). Her er det gått gjennom diagnosebruken knyttet til sykmeldinger og sett på diagnoser der plagene oppleves som sterkere enn de medisinske funnene tilsier. Ose nevnte et viktig pågående prosjekt i Uni Helse (ledet av professor Eriksen) der de skal se på hvilke kriterier legen legger til grunn når de sykmelder. De skal bruke videoopptak av "pasienter"/skuespillere og se på hvordan legen vurderer de enkelte tilfellene.

3.10.5 Hva har negative konsekvenser for vår psykiske helse?

Videre sa Ose at det generelt er lite forskning på lettere psykiske lidelser på tross av de store epidemiologiske, sosiale og økonomiske betydningene. MEN, det er mye mer forskning og bevis knyttet til begrepet "stress" som kanskje er det begrepet som best beskriver de moderne "vanlige" psykiske helseproblemene. Da er vi også kanskje inne på hva arbeidslivet selv kan ta tak i.

Fra European Agency for Safety and Health at Work (2007) finner vi hva forskning viser som har negative konsekvenser for vår psykiske helse:

- Jobbusikkerhet og risikofylt jobb (redd for å miste jobben)
- Uregelmessig arbeidstid
- Høyere arbeidsbyrde uten økt verdsetting
- Store emosjonelle krav på jobben (inkludert konflikter, mobbing og vold)
- Dårlig balanse mellom arbeid og fritid (jobb/familie)

Samtidig viser forskning at risiko for sykefravær fortsatt er høyest der det er ensidig arbeid, ikke rom eller mulighet for å lære noe nytt, lav kontroll over egne arbeidsoppgaver, støy osv. – Altså klassiske Stami variabler.

3.10.6 Hva er forslagene til tiltak fra andre land?

Ose så videre på hva konsensuspaperet fra EU foreslår at EU landene bør gjøre for å redusere psykisk uhelse i arbeidslivet:

- Arbeidsplassen er en viktig arena der helsefremmende tiltak og støtte kan treffe individer som lever travle liv i en 24/7 økonomi (EU consensus paper McDaid, 2008).
- Fokus på godt arbeidsmiljø kan gi gjøre det lettere å rekruttere i et globalt arbeidsmarked (virksomhetsnivå, men kanskje også nasjonalt?)
- Fokus på samarbeid mellom arbeidsgivere og arbeidstakere for å skape sunne arbeidsplasser
- Utvikle verdibaserte kulturer som fremmer god lederkultur og maksimere den enkeltes potensial

- Styrker moral og bedrer den enkeltes psykiske helse
- Fokus på arbeidsmiljø (støy, ensidig arbeid, krav, lys, ergonomi, kjemikalier osv).
- Hvor er vi da?

Ose svarer på siste spørsmål at dette er - IA-avtalen! EU har altså kommet dit vi var i årtusenskiftet med Sandmanutvalget og påfølgende IA-avtale. Det er altså ingen "Quick Fix" løsninger men et langsiktig strategisk arbeid som skal til.

Hun sier videre at det enkleste er kanskje det beste:

- Problemidentifisering og problemløsning:
 - Trives du i jobben din?
 - Identifisere sammenheng mellom trivsel og sykefravær og finn ut hvorfor de ikke trives
 - Sette i verk tiltak lokalt
- Det er her fokus på ulike sektorer, næringer, yrkesgrupper og virksomheter kommer inn (jf anbefalinger fra evalueringen av IA-avtalen)
 - Forebygging er viktig. Generelle forebyggingsvirkemidler finnes kanskje ikke og de må utvikles spesifikt for dem de er ment å gjelde.
 - Finnes det gode universelle tiltak som gir myndighetene det de ønsker mest (Quick fix)?
 - Tiltakene må være relevant for de det gjelder, for eksempel ikke samme tiltak i barnehager, bygg og anlegg, undervisning, eksporterende industri, pleie og omsorg osv.
 - Langsiktig arbeid

Ose kommenterte også at når Roger Bjørnstad sier at modellen omtrent perfekt predikerer utviklingen i sykefraværet så er det ikke slik at ingenting annet arbeidsmarkedsvariabler har betydning for *nivået* på sykefraværet. Det kan andre variabler gjøre noe med, som for eksempel arbeidsmiljøinnsats.

3.10.7 Konklusjon

Selv om det ikke er forhold på jobben som er årsaken til problemene, kan *årsaken* til at det fører til sykefravær eller ikke ligge på arbeidsplassen! Et godt og støttende arbeidsmiljø med meningsfylte oppgaver der den enkeltes innsats verdsettes og samarbeidsforhold er gode, kan motvirke at problemer ellers i livet fører til at også jobben blir en belastning og at sykefravær blir nødvendig

Budskapet fra denne innlederen var altså at det finnes ingen Quick Fix for å oppnå redusert sykefravær. Det er IA-tanken de kommer frem til ellers i Europa når de vurderer hva de skal gjøre med de mange med lettere psykiske lidelser i arbeidsbefolkningen. Dette medfører store produktivitetstap og særlig på arbeidsplassen. Løsningen ligger på arbeidsplassen.

4 Spørsmål, innspill og debatt

I dette kapittelet har vi samlet alle spørsmål og innspill som kom underveis i seminaret. I noen tilfeller kom spørsmålet/kommentaren rett etter innlegget mens i andre tilfeller kom det etter et annet innlegg eller på slutten av seminaret da det ble åpnet for generell diskusjon. Selv om det ble gjort digitalt opptak i salen, har det vært umulig å gjengi alle innlegg og kommentarer helt presist. Dette skyldes både at folk som hadde innlegg/spørsmål/kommentarer snakket for langt fra mikrofonen og at det naturlig nok var en del støy i lokalet som huset mange deltakere. Konferanserapportør har etter beste evne forsøkt å identifisere de som hadde innlegg i debatten, men har ikke lyktes i alle tilfeller.

Noen innlegg fikk oppmerksomhet i media etter konferansen, og det er forsøkt tatt med noe av det mest sentrale av dette.

4.1 Til Stein Langeland, Arbeids- og velferdsdirektoratet

Etter innlegget til Langeland kom et spørsmål om splitting av noen tall på næring og kjønn. Langeland bekreftet at de har mulighet til å splitte på kjønn.

Bjørgulf Claussen fra trygdemedisin ved Universitetet i Oslo sa at det er viktig å skille mellom legemeldt sykefravær og annet sykefravær fordi på vanlig norsk er sykefravær noe annet enn det sykefraværet som varer opp til et år, folk som er på vei ut av bedriften, enten det er til andre jobber, hjemmeværing, familieforsørging, til attføring og rehabilitering. Mens på vanlig norsk er sykefravær det som NHO har registrert i mange år: Antall dager du er borte fra jobben i løpet av et år i forhold til antall dager som er avtalt. Det synes Claussen vi skal holde fast ved og ikke fokusere på de lange fraværene. Claussen oppfordret NAV til å registrere det de gjorde før, nemlig mellom korttidsfravær og langtidsfravær. Så blir det litt mer i overensstemmelse med vanlig norsk.

Langeland svarte at hele statistikkgrunnet inkluderer alt fravær fra arbeid (yrkesrettet attføring, rehabilitering osv) og han mener at denne statistikken gir et godt dekkende godt bilde. Han svarte at i noen sammenhenger bør en kanskje se lenger enn det som han gjorde i sin presentasjon.

Geir Riise, generalsekretær i Legeforeningen, hadde et spørsmål til Langeland om yrkesrettet attføring: Hvorfor er det fortsatt en så liten andel av den yrkesrettede attføringen som settes i gang i sykepengeåret når man har et regelverk som sier at man kan sette i gang yrkesrettet attføring i sykepengeåret?

Langeland sier at det å følge opp alle sykmeldte er en stor jobb, og at dette kunne vært gjort bedre, for eksempel i forhold til dialogmøter.

Geir Riise tok igjen ordet og sa at grunnen til at han stiller spørsmål med yrkesrettet attføring, er at det meste av den yrkesrettede attføringen i dag kommer i gang etter at man har vært ute av arbeidslivet i 2-3 år. Han sa at spørsmålet hans ikke var hvor mange dialogmøter NAV gjennomfører, men hvorfor en så liten andel av den yrkesrettede attføring kommer i gang i sykepengeåret når vi vet

at yrkesrettet attføring har samme ytelse som sykepenger det første året? Han poengterte at det er viktig å få satt i gang tiltak tidlig, men spør om hva som gjøres for å få satt i gang yrkesrettet attføring tidligere - slik at den enkelte kan prøve seg i aktivitet som tidlige som mulig.

Risa kommenterte at dette oppfattes som en klar politikkbefaling som de bør ta med seg videre i arbeidet.

Leder fra YS Spekter sa at det hadde vært interessant å se tall for hva helsekøene betyr for sykefraværet. Hun hadde personlig opplevelse og sa at dersom ikke arbeidet kunne tilrettelegges så mye som det kunne for henne, hadde sykefraværet hennes vært høyt. Hun var enig i at en skal få ned kostnadene i helsevesenet, men poengterer også at helsevesenet skal brukes som det skal.

4.2 Til Roger Bjørnstad, SSB

Alf Erling Risa stilte følgende spørsmål til Roger Bjørnstad: Hvorfor påvirkes sykefraværet av konjunkturer også i offentlig sektor, en skulle jo tro at disse effektene var knyttet til de konjunkturutsatte næringene?

Bjørnstad svarte at han ikke vet helt hva dette skyldes, men at han ikke har vært så veldig opptatt av dette fordi det svinger rundt et normalnivå. Det som går opp går veldig ofte ned igjen. Han har vært opptatt av de lange linjene. Bjørnstad sa også at vi ser jo nå at sykefraværet øker mest i de konjunkturutsatte næringene. Vi må også huske at disiplinerende effekter påvirkes også av andre sektorer. Dersom det er slik at det er vanskelig å få seg jobb dersom du mister den jobben du får i dag, da disiplineres du også – altså du disiplineres av at det er dårlige tider i andre sektorer også.

Bjørgulf Claussen fra trygdemedisin ved Universitetet i Oslo hadde også en kommentar til Bjørnstad sitt innlegg. Han synes det var en veldig god fremstilling av det han også er enig i – nemlig at den norske velferdsmodellen i all hovedsak er lønnsom. Men så kommer han med prognoser som gir et dystert bilde. Men det triste bildet sier Claussen at han har hørt helt siden han var en ung mann. Siden 1973 har slike prognoser kommet med jevne mellomrom – dette går liksom ikke. Claussen ville utfordre Bjørnstad på dette. Går dette eller går det ikke i de neste 70 årene?

Bjørnstad svarte at i utgangspunktet er jo ikke Norge så hardt rammet av eldrebølgen som mange andre land er. Vi har hatt Europas høyeste fødselsrater i lang tid, men så er vi der likevel. Vi har så mange inkludert i arbeidsmarkedet som har opptjent seg rettigheter slik at vi får finansieringsproblemer av eldrebølgen som alle andre. Da er det spesielt viktig at mange er i arbeid, at mange står i arbeid. Det er poenget hans. Bjørnstad svarte videre at dersom du spør hva som vil skje for å dekke finansieringsgapet så tror han det blir stort fokus på å kutte i ordninger og utgifter i helse og omsorg til eldre, standard og dekningsgrader der. Han tror at det blir debatt om skattenivået og at det blir viktig å holde mange i arbeid.

Arild Steen fra Arbeidsforskningsinstituttet tok opp dette med utbrenthet som Roger Bjørnstad var inne på og snakket om "Det brutale arbeidslivet". Han fortalte at AFI har laget et måleinstrument som skal måle trykket, eller endringene i trykket i arbeidslivet for YS-området. De kaller det et

arbeidslivsbarometer. De finner ikke støtte for at arbeidslivet har blitt mer brutalt de siste 20 årene. Arbeidstakerne sier at de opplever arbeidslivet som mer krevende, men at de samtidig mestrer det.

Bjørnstad sa i en replikk til Steen at SSB kan forklare utviklingen i sykefraværet kun med arbeidsmarkedsforhold. Det er ikke noen uforklarte trender, altså ikke mer brutalt arbeidsliv, mer snylting, slapphet eller annet.

Debatten og mediaoppslagene etter innlegget fokuserte på to forhold. For det første vakte det oppmerksomhet at SSBs sykefraværsmodell, som er på årstall, ga en prognose på sykefraværet i 2009 som om lag var på linje med økningen i den kvartalsvise sykefraværsstatistikken til og med 3. kvartal 2009. Dermed kunne økningen i sykefraværet knyttes til forhold i arbeidsmarkedet på samme måte som vi har erfaring fra tidligere. Videre viste prognosene at økt arbeidsledighet og redusert yrkesdeltakelse i 2009 og 2010, vil gi et om lag tilsvarende fall i sykefraværet i 2011 og 2012 som økningen i 2009. I debatten i salen ble det påpekt at dette ikke måtte betraktes som noe som skjer "av seg selv", og at arbeidet med å redusere sykefraværet måtte fortsette. For det andre var det flere som var opptatt av forholdet mellom den høye norske yrkesdeltakelsen og sykefravær, og at høyt sykefravær kan være prisen å betale for at en så stor andel av befolkningen deltar i arbeidslivet. At Norge ville hatt nesten 400 000 færre sysselsatte dersom sysselsettingsraten hadde vært som gjennomsnittet av OECD ble referert i mediene. Fra salen ble det stilt spørsmål om bærekraften i den norske velferdsmodellen, når utgiftene knyttet til eldrebølgen kommer, selv om det altså var slik at velferdsmodellen også bringer med seg høy sysselsetting. Bjørnstad påpekte at velferdsmodellens suksess med høy sysselsetting gir velferdsrettigheter med kostnader for staten senere. Bærekraften i modellen avhenger av å beholde den høye sysselsettingen.

4.3 Til Stein Reegård, LO

Reegård hadde i sitt foredrag mest fokus på Sverige. Sammenlikningen med Sverige og mulighetene for å høste erfaringer fra sykefraværsarbeidet i nabolandet kom opp i flere innlegg og i debatten underveis.

Risa spurte Reegård om han kunne oppsummere med en ting i forhold til hva han mener vi kan lære av svenskene - den viktigste tingen. Reegård svarte at det nok måtte være erfaringene og prosessene rundt omslaget i 2003, på godt og ondt.

4.4 Til Svein Oppegård, NHO

Risa stilte også et spørsmål til Stein Oppegård om gulrøttene som skulle til i IA-arbeidet/sykefraværsarbeidet – om ikke det at arbeidsgivere skulle dekke noe av sykepengene etter arbeidsgiverperioden ville være et incentiv for å unngå lange sykefravær. Risa henviste også til argumentet om at dette kan virke hemmende på inkludering i arbeidslivet. Risa sa videre at alt IA-arbeid koster penger (innsats i arbeidsmiljøet, prosjekter for å få ned sykefraværet m.m). Spørsmålet fra Risa til Oppegård var om det er noen forskjell på de pengene som kommer gjennom de insentivsystemene som en lager og de pengene som en for eksempel bruker for å forbedre

arbeidsmiljø/HMS arbeid osv. Han spurte om hvordan Oppegård stiller seg til en eventuell justering av dette.

Oppegård svarte at det vil han ikke svare på fordi han er ganske sikker på at dette blir et stort og viktig tema i forhandlingene rundt IA-avtalen, men at penger er penger. Han mener virksomhetsledere ser godt effekter av investeringer i arbeidsmiljø på bunnlinja gjennom lavere sykefravær. Investeringer i arbeidsmiljø for å få lavere fravær er lønnsomt og Oppegård sier at han gjerne vil være en talsmann for dette synet.

4.5 Til Steinar Westin, NTNU

En representant fra Fagbladet Velferd spurte om statistikk knyttet til lengden på fraværet i forhold til hvilket sykefravær som ble tellet med, jf forskjeller mellom land. Han spurte om den statistikken vi hadde sett tidligere hadde justert for dette? Westin sa at han ikke viste detaljer om alle land og det måtte andre svare på.

Kjell Vaage sa deretter at tallene som Reegård viste til (Arbeidskraftsundersøkelsen) var de beste å bruke når sykefraværet mellom land skulle sammenliknes og han skulle komme tilbake til dette i sitt innlegg.

Roar Johnsen fra NTNU sa at dersom IA-avtalen utvides, vil flere få anledning til 8 dagers fravær uten legemelding. Spørsmålet hans var om hvorfor grensen er 8 dager, hvorfor ikke si at denne perioden kan gjøres mye lenger? Kan ikke dette heller være en sak mellom arbeidsgiver og arbeidstaker? Westin svarte at her var han og Johnsen uenig, og poenget hans var at det ikke er alle arbeidstakere som har et slikt forhold til sin arbeidsgiver. Han sa også at han ikke liker at det nå sprer seg et mismot blant legene når det gjelder sykmeldinger – "la noen andre ta det". Westin sa at 8 dager er passende fordi det tar unna en del av de hverdagslige tilfellene.

Espen Næsheim i SSB svarte at statistikken som det refereres til når en sammenlikner ulike land, er data knyttet til Arbeidskraftsundersøkelsene i SSB som gjennomføres primært for å måle hvor mange som er i arbeid og hvor mange som er ledige. Undersøkelsen er godt standardisert på dette, men mindre standardisert for å måle fravær. Han sa at det er vanskelig å sammenlikne ulike lands sykefravær pga at ordningene er ulikt utformet. Et viktig poeng er også at i andre land er det enda verre enn i Norge fordi de ikke har universelle ordninger som vi har i Norge. Ulike deler av de sysselsatte omfattes av ordningene i andre land. Han sa også at OECD gjør dette for enkelt når de sammenlikner sykefraværet i ulike land.

4.6 Til Kjell Vaage, UiB

Stein Atle Lie fra Uni Helse sa at han var glad for Vaages innlegg som viste rikdommen som ligger i registerdata i Norge. Han sa at han var ikke enig i Vaages kommentar om at de kan erstatte randomiserte forsøk, men mener heller at de er et supplement. Lie poengterte også at registeranalyser er et viktig alternativ til makroanalyser fordi en også kan se på mindre effekter.

En person fra Høyskolen i Lillehammer spurte Vaage om han hadde tenkt på andre forklaringer på effekten de finner av skole, for eksempel at arbeidsgiver betyr mye og arbeidstaker betyr lite?

Vaage svarte at det er ikke så lett å skille disse effektene fra hverandre i registerdata. Han sa også at de for eksempel kan undersøke sykefraværet i skoler som har byttet rektor, men det er pågående arbeid.

Stein Knardahl ved STAMI sa at det alltid er et problem med tredje faktor ved at man tror man måler noen faktorer og at man tror man har de faktorene man er interessert i på bordet. Når man ser effekter av for eksempel regelendringer på sykefraværet, kan en av årsakene til at dette får effekt i analysene være det som lå forut for endringen. Holdningsendringer i samfunnet som gjorde at man så at man ønsket å gjøre noe annerledes. Så det er problemet i analysene av registerdata, man har konkrete objektive data på noe men grunnen til at data ble som det ble det vet man ikke alltid. Knardahl sa at dette gjør at vi må være litt edruelige og forsiktige i konklusjonene, men opplever ofte at man er veldig tøffe i konklusjoner.

Vaage sa at vi en må alltid være edruelige fordi samfunnsvitenskapene er preget av at alt henger sammen. Han sa at vi er alle på jakt etter såkalte identifiserende restriksjoner, å kartlegge kausale sammenhenger, at den tredje faktor faktisk er spuriøse sammenhenger vi rapporterer. Dette gjelder for samfunnsforskning generelt og det gjelder for registerdata spesielt. Han sier han ikke har tid til å gå inn på designet i deres prosjekt, men sier at det er jo arbeid nummer en å prøve å kartlegge såkalte identifiserende restriksjoner og kausale sammenhenger.

Rise sa at økonomer og økonometrikere er klar over dette problemet og henviste til en metodebok som hadde fått stor oppmerksomhet "Mostly harmless Econometrics". Rise poengterte at Kjell Vaage har lest denne.

Stein Knardahl sa deretter at økonomene i Norge bruker ordet "kausalt" veldig mer liberalt enn andre. Han sier at økonomene er ganske påståelig likevel. NEI det e me ikkje! Kom det kontant fra Kjell Vaage til stor forlystelse for salen.

4.7 Til innlegget til Helge Kjuus, Stami.

Steinar Westin påpekte at når en spør personer om forholdet mellom sykdom og arbeid så spør en bare de som fortsatt er i arbeid. Han spurte om det ikke dermed vil være en stor skjevhet i forhold til de som har falt ut av arbeidslivet?

Kjuus svarte at han var enig i dette og at her er seleksjonseffekter.

Stein Knardahl hadde en kommentar om at det mangler gode data og studier på utvikling i arbeidsmiljø over tid. Han viste til en undersøkelse fra Danmark der de for eksempel har funnet at det er en del bransjer der en opplever økt tidspress, dårligere sosial støtte og en ganske kraftig negativ utvikling. Han poengterer at det er store bransjeforskjeller i forhold til arbeidsforhold, teknolog osv - så det er vanskelig å lage et anslag for hele landet i forhold til disse faktorene. Dersom

en for eksempel hadde visst at andelen som opplever slike forhold har økt fra 5 til 10 prosent, vil dette ha betydning for sykefraværsutviklingen.

Ansgar Mykletun, leder for ekspertutvalget, takket for en spennende fremstilling. Han sa at effekt av arbeidsmiljø på sykefravær var viktig og at det også var nyttig å vite at arbeidsrelaterte helseplager er relativt konstant. Pga mye støy i lokalet og at Mykletun satt helt bakerst, er det umulig å høre hva han spør om, men svaret til Kjuus tyder på at det handler om et oppslag i Aftenposten der forskning knyttet til Levekårsdata var henvist til.

Kjuus sier at dette handler om at det er en rekke faktorer i arbeidslivet som gir arbeidsrelaterte helseplager og at vi her har et betydelig reduseringspotensial som han mener på ingen måte er utnyttet skikkelig. Og i det perspektivet sier han at dersom arbeidsgivere i mye større grad tar det innover seg. De positive effektene av å være i arbeid må en også ta innover seg.

Oppegård fra NHO sa at han hadde en liten kommentar til det med sekundærforebyggende arbeid. Han sa at NHO er veldig opptatt av kompetanse, - kompetanse er nøkkelen. Det er ikke alltid så lett å tilpasse oppgavene til en person, det er avhengig av at personen har kompetansen som skal til. Har du denne kompetansen, tåler du mer. Du mestrer jobben bedre når du er kompetent. Derfor er kompetanse utrolig viktig som forebyggende tiltak.

4.8 Til Benedicte Carlsen, Rokkansenteret

Roar Johnsen takket Carlsen for god kunnskapsbasert informasjon. Han spurte om han hadde tolket henne riktig ved at legene hun hadde snakket med ganske unisont mente "ta denne kalk i fra meg" i forhold til sykmeldinger.

Carlsen svarte at legen mener det er en ganske vanskelig og ubehaglig oppgave, men de ser ikke hvem andre som skulle hatt denne oppgaven om ikke legene.

Andreas Høstmælingen fra Norsk psykologforening spør om Carlsen eller noen av de andre har tall som viser hvor stor andel av sykefraværet som ikke skyldes sykdom (kriser, og andre ting som vi tenker det er greit å være borte fra jobben for, men som det ikke er hjemmel for)?

Carlsen svarer at de har spurt legene om hva de mener er unødvendig fravær, men hun sier at problemet er at legene må høre på hva pasienten sier og stole på det.

Hege Gjessing representant fra Legeforeningen sa at det var mye interessant i det Carlsen presenterte, og hun regnet med at Carlsen visste at Legeforeningen kanskje ikke var helt enig i alt hun sa. Hun tok tak i at det er et kjempepotensial for å bedre samarbeidet mellom legene, arbeidsgivere og NAV. Hun fortalte at de dro til Sverige forrige uke og der sa de at i 2003 hadde Försäkringskassan i Sverige ansatt 5000 nye medarbeidere som jobbet med dette samarbeidet. Legene i Sverige hadde også formidlet at de hadde opplevd i ettertid veldig mye bedre relasjoner til arbeidsgiver.

Knardahl fra Stami snakket om dette med utbrenthet, sosialt akseptable diagnoser, at en senker terskelen dramatisk for når man kan få en merkelapp hos en lege og kalle seg syk eller bli sykmeldt. Det har kommet noen nye merkelapper de siste 10-årene. At terskelen senkes og at holdninger endres. Hvordan legene forholder seg til disse holdningsendringene.

Roar Johnsen sa at det er arbeidsgiver og den ansatte som gjennom dialog må ta stilling til om en kan være på jobb eller ikke.

4.9 Til Roar Johnsen, NTNU

Knut Arne Rønning i Unio spør om leders kompetanse til å gjøre oppfølgingsamtaler i disse prosjektene. Har lederne fått tilført kompetanse på oppfølgingsoppgavene?

Johnsen sa at lederoppgaven har vært viktig i forsøksprosjektene han har referert til. Johnsen sa at rammene for IA-avtalen må bli bedre og være et strukturert bedre opplegg. Han poengterte også at arbeidsgiverne er pålagt store og krevende oppgaver i forhold til IA-avtalen gjennom oppfølging av de sykmeldte. Han sa at dette ikke er noen lett jobb og at det her er rom for forbedringer.

4.10 Til Solveig Osborg Ose, SINTEF Helse

Det kom et spørsmål fra salen som gikk på stress og psykiske og somatiske problemer. Hvilke diagnoser som ble brukt i de ulike tilfellene. Han var opptatt av forholdet mellom psykiske og somatiske lidelser og sa at man kan få psykiske diagnoser for somatiske lidelser og somatiske diagnoser for psykiske lidelse. Han henviste blant annet til hjelpleiere som ble syke av jobben fordi den jobben er for hard og de ikke er fysisk sterke nok. Han sa at disse typisk får en stressdiagnose. Han snakket om balansen mellom faktisk yteevne og det som kreves. Han spurte om hva Ose synes om standardiserte ordninger med faste sykmeldingsdager etter svensk modell.

Ose svarte at en person har ofte sammensatte problem, men dersom det dominerende er en psykisk lidelse, kan det kanskje være hjelp i en slik mal som viser hva som er passende lengde i forhold til å være borte fra jobb. Men det er jo den enkelte opplevelse av hvor stor belastning jobben er i en slik situasjon som blir viktig.

Lene Tennebeck, fagdirektør i Storebrand for HMS (arbeidsmedisiner/lege) hadde et lengre innlegg og startet med å si at hun hadde lyst til å trekke frem noen gode eksempler på at IA-arbeid og sykefraværarbeid nytter. Hun nevnte Norsk Industri som tidlig gjorde en stor innsats i IA-arbeidet sammen med de ansatte. De kan vise til gode resultater. Det handler ikke om å tyne de siste restene ut av folk men det handler om stadig forbedringer av arbeidsmiljøet, helsefremmende og forebyggende aktiviteter. Det er et godt samarbeid på arbeidsplassen som er det viktige. Hun gikk videre til å si noe om psykiske lidelser og annet. Hun sa at forskning viser at disse pasientene blir fortest friske om de kommer tilbake til arbeid. Hun mente at fastlegene gjør disse pasientene en bjørnetjeneste når de sykemelder. Hun sa også at hun hadde lyst til å minne om en undersøkelse som ble utført av NAV spurte om siste sykefravær kunne vært unngått. 50 prosent av de spurte svarte ja og de sa at dersom forholdene på arbeidsplassen var bedre. Hun sa også at det er viktig at hver enkelt må ta ansvaret for sin egen helse – og holde seg friske. Vi må jobbe både med

arbeidshelse og folkehelse. WHO har beregnet at vi kan forebygge 80% av alle hjerteinfarkt, vi kan forebygge 90 % av alle forekomster av diabetes II, kanskje 40-50 prosent av kreftlidelser om vi gjør livet sunnere, altså jobbe med folkehelsen. Hun sa også at det finnes noen solskinnshistorier og vi må være villig til å prøve ut nye rammevilkår i arbeidslivet. Hun fortalte om et sykehjem i Harstad som hadde prøvd ut en ny arbeidstidsmodell med tre dager jobb og tre dager fri. De hadde også en svært god leder. De ansatte får da mulighet til å hente seg inn igjen fysisk og psykisk. Arbeidsforskningsinstituttet har evaluert ordningen. Tennbeck avsluttet med å si at, under de rette forhold, er det et stort potensial for å redusere sykefraværet.

Ose kommenterte dette innlegget med at hun igjen tror at det som er viktig er å se på utfordringer til ulike yrkesgrupper. I pleie og omsorgssektoren vet vi for eksempel at næreste leder er uhyre viktig for mestring og trivsel.

Hanne Luthen, regiondirektør i Arbeidstilsynet fortalte om resultatene de ser gjennom sitt arbeid der de har målrettet innsatsen sin mer og mer mot bransjer som også er preget av høyt fravær. Hun sa at hun var enig med Ose om at vi i større grad må fokusere ressursene våre og satse forebyggende på spesielle bransjer, ja kanskje ikke bare bransjer, men virksomheter innen disse bransjene og kanskje også innen spesielle yrker. Luthen sier at dette tror hun er et veldig viktig spor å følge videre. Hun fortalte at de nå er tungt inne i skolene over hele landet. Det er ikke slik at de jobber så veldig elendig med primær og sekundærforebyggende arbeid. Skoleeierne gjør det. De har oppfølgingssamtaler, men de klarer ikke tilrettelegging så godt. Når Arbeidstilsynet sjekker om de gjør helt primærforebyggende tiltak for å få gode arbeidsforhold (som hvordan de forbereder seg på omstillinger, hvordan de gjennomfører gode medarbeidersamtaler, jobber i forhold til risiko osv.), så finner de at dette ofte er mangelfullt. En viktig arbeidsgiver i Norge jobber derfor mye med sekundær og tertiær forebyggende tiltak, men ikke godt med primærforebyggende tiltak. Luthen mener derfor at NHO har et godt poeng når de snakker om å forsterke innsatsen knyttet til oppfølging m.m., men en bør kanskje ikke bare fokusere på individets rettigheter og plikter men også arbeidsgivernes ferdigheter på dette området.

Deretter kom et innlegg fra salen om dette med lettere psykiske lidelser. Han sa at vi ser en jevnt økende trend og dette skal vi naturligvis gjøre noe med. Han påpeker at det er mange forklaringer på at dette har skjedd. Han henviser til en ny bok av Frank Furedi med tittel Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age. Forfatteren tar opp dette med at vi skal forstå oss på alt. Selv om det ikke er slik at vi ikke skal prøve å forstå ting gjennom forskning og undersøkelser, men nettopp gjennom det fokuset vi har på menneskets tålegrense og mestringsevne så skaper vi en hel rekke lettere psykiske plager som ikke fantes tidligere. Poenget hans er at samfunnet selv er skyld i at vi har fått den økningen vi ser i de lettere psykiske lidelsene. Han spurte om Ose hadde noen kommentarer til dette.

Ose sa at hun ikke kjente til denne boken, men at hun tror at når vi gir noe et navn så blir det lettere å si at en har det, enn om en ikke hadde et navn på det. Listen med p-diagnoser i diagnosesystemet er lang. For å få rett til sykepenger, må legen bruke en diagnose. Det er kanskje det som er

problemet. Ose sier at det godt kan hende at det har negative konsekvenser å få denne diagnosen dersom det egentlig kanskje heller er snakk om et livsmestringsproblem.

4.11 Generelle kommentarer

Georg Espolin Johnson fra Trygderetten hadde en kommentar til at sykdom som sådan har moderat betydning for sykefravær. Han sa at det er et paradoks at legene skal sanksjonere alt lønnskompensert jobbfravær. I Sverige har man strammet inn betydning av legens sanksjonsrett overfor alt fravær og har inkludert legene mer og ansvarliggjort de mer. Bortsett fra det mener han Norge og Sverige har ganske like løsninger. Han argumenterte videre med at her har vi en konflikt, en konflikt mellom det en kan kalle en spade for en spade og la oss slutte å snakke om sykefravær – det dreier seg om er lønnskompensert jobbfravær. Sykdom kan være en forklaring, men det er altså en hel rekke med andre forklaringer. Dersom det å trekke legene inn mer i rollen, selv om de kanskje ikke er de riktige, de er i en klar posisjon til å fylle den rollen som sykefraværssanksjonen krever. Skal vi bruke legene som fagpersoner og leke at det er sykdom eller skal vi stikke fingeren i jorda og snakke om det egentlig dreier seg om? Johnson tror at det å ansvarliggjøre legene er et administrativt spørsmål, men mener at vi må snakke om sykefravær heller som jobbfravær.

Inger Lise Blyverket fra HSH sa i en kommentar at vi ikke må glemme den næringsstrukturen som Norge har. Norge består av veldig mange små virksomheter. Det er en opplevelse hver eneste dag at arbeidsgiver og arbeidstaker er i samme båt og den båten er den lille bedriften. Det er også slik at veldig mange bedrifter har relasjon med veldig mange utenom bedriften (kunde, pasient, elev, bruker). Sykefraværet er helt avgjørende for lønnsomhet. En kan ikke forvente at alle disse virksomhetene kan opparbeide seg en "vegg-til-vegg" fullkompetanse på sykefravær. Det betyr at uansett hva slags avtale en ender opp med, er samarbeidet mellom arbeidsplass, lege og NAV må fungere slik det er tenkt – og det må fungere for alle virksomheter. Å finne nye ordninger kan være vel og bra, men i Norge er det enighet om at for eksempel kontaktpersonene ved Arbeidslivssentrene i NAV fungerer svært godt når de fungerer. Vi må ikke glemme det når vi diskuterer både makro og mikrotall.

Trygve Østmo, direktør i Norsk Industri, hadde en generell kommentar. Han poengterte at vi ikke måtte miste hodet fordi sykefraværet øker i sektorer som er kriserammet. Han sa at Bjørnstad gikk for langt i å trekke konklusjonen at konjunktorene styrer alt. Østmo sa også at Westin har et godt poeng når han snakker om problemene med sammenlikning mellom land. Det er kanskje derfor ikke grunnlag for å si at vi har et for høyt sykefravær i Norge, men på basis av vårt praktiske arbeid med IA (tett på medlemsbedriftene fra januar 2002), så har Norsk Industri en del erfaringer og statistikk. På basis av dette sier Østmo at vi har et for høyt sykefravær i Norge, - fordi det er potensial for å redusere det. Det kan gjøres uten at det fører til utstøting av utsatte grupper. De har i medlemsbedriftene hatt en nedgang på 20% i sykefraværet. Men når de ser på statistikken, ser det at det er rundt halvparten av medlemsbedriftene som står for denne nedgangen. Noen har hatt økning, andre ingen endring og noen har hatt stor nedgang. Det er derfor ikke bare ulikheter mellom ulike sektorer, men også innen hver sektor. Det er stort potensial for å få ned sykefraværet videre. Østmo sier videre at det derfor er viktig å ta vare på det arbeidet som er gjort i en ny IA-avtale, og

forsterke det gode arbeidet som allerede gjøres. Innsats på virksomhetsnivå kan ha stor betydning, og overstyre alle eksterne faktorer som konjunktursvingninger osv.

Alf Erling Risa takket for et godt seminar og sa at presentasjonene sannsynligvis ville bli lagt ut på nettsidene til Arbeidsdepartementet.

5 Oppsummering

Etter oppfordring om forskningsbasert kunnskap heller enn synsing fra Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm, holdt Stein Langeland fra Arbeids- og velferdsdirektoratet et innholdsrikt og godt foredrag. Han nyanserte bildet mange har fått av et sykefravær som eksploderer i Norge og ga et godt grunnlag for de videre diskusjonene. Han fortalte også om spennende analyser og analysemuligheter basert på det omfattende datamaterialet som er tilgjengelig.

Deretter fulgte et spennende foredrag av Roger Bjørnstad fra SSB. Dette foredraget gav mange noen nye perspektiver både på utviklingen i sykefraværet og på betydningen av sykelønnsordningen og andre velferdsordninger vi har i Norge. Bjørnstads klare budskap var at sykelønnsordningen er en velferdsordning som har insentiver i arbeidsmarkedet, både til å ekskludere og til å inkludere. Sykelønnsordningen bidrar til at flere kvinner og flere eldre deltar i arbeidslivet og det er disse som er de største brukerne av sykelønnsordningen. Bjørnstad sa også at det er viktig å huske de fiskale hensynene i sykelønnsdebatten, men en må skille argumentene fra hverandre. Makromodellen til SSB predikerer sykefraværet svært godt og konklusjonen fra dette foredraget er at det er utviklingen i arbeidsmarkedet som kan forklare utviklingen i sykefraværet. Nivået på sykefraværet sier modellen ingenting om.

Partene i arbeidslivet, representert ved Stein Reegård fra LO og Svein Oppegaard fra NHO, var også bedt om å komme med innspill. Reegård hadde gode poeng om at karensdager ikke kan forklare nedgangen i sykefraværet i Sverige fra 2003, fordi denne ble innført allerede i 1993. Oppegaard fokuserte mer generelt på IA-avtalen og viktige poeng i hans innlegg var knyttet til hva som bør gjøres videre i IA-arbeidet. Dette handlet i stor grad om å forsterke arbeidet som allerede gjøres.

Steinar Westin fra NTNU holdt i trygg stil neste foredrag. Han startet i 1870 med velferdsstatens spede begynnelse og endte opp i 2010 der han frykter at velferdsordninger bygges ned etter over 100 år med utvikling. Han er klar på at sykefraværet først og fremst er stabilt, og han er heller ikke sikker på at vi ligger så mye høyere enn andre land. Et viktig poeng der er måten de ulike land teller sykefraværet på. Han mener at mange land ikke teller sykefravær over 6 mnd, men de kaller det noe annet. Da blir det feil å sammenlikne statistikken. Westin sier at vi likevel har et problem i Norge. Dette gjelder de lange fraværene og særlig de som i realiteten er i uførepensjonens inkubasjonstid. Han mener ikke endringer i sykelønnsordningen er et viktig grep, men heller tiltak som fremmer integrering (vekt på 2 siste delmål) og å fylle IA-avtalen med innhold. I tillegg til andre tiltak mener han at NAV sin medisinske kompetanse må styrkes og at statistikken må bli mer meningsfull.

Kjell Vaage fra UiB holdt et engasjerende foredrag om mulighetene som ligger i registerdata. Dette var et viktig foredrag både for dem som bruker registerdata og for de som forholder seg til resultater

basert på registeranalyser. Vaage tok opp styrker og svakheter med denne typen data og gikk deretter videre med å se på resultatene fra noen av analysene han og kolleger har gjort og holder på med. Fra disse analysene finner de at sammenhengen mellom konjunkturer og sykefravær ikke skyldes endring i sammensetningen av de sysselsatte over konjunkturer. De finner at omstillinger påvirker sykefraværet og undersøker nå om sykefraværet påvirkes av normer. Vaage sier at potensialet som ligger i registerdata langt fra er uttømt, men at spørsmålene fortsatt er mange flere enn svarene.

Helge Kjuus fra Stami holdt et tydelig og godt foredrag der han startet med å si hva sykefravær egentlig handler om. Sykefravær henger sammen med sykdom og arbeid. Han har sett på utvikling i ulike arbeidsmiljøfaktorer, men konkluderer med at dette ikke kan forklare økningen i sykefraværet – selv om vi kanskje ikke har det aller beste datagrunnlaget. Et viktig poeng fra Kjuus er at arbeidsrelatert sykefravær kan forebygges og at potensialet er stort. Det mest effektive tiltaket vil være primær (og sekundær) forebygging.

Benedicte Carlsen hadde et godt foredrag om fastleger og deres portvaktrolle. Hun var tydelig når hun konkluderte med at porten er åpen. Hun fortalte at norske fastleger er mer autonome i fht myndighetene enn leger i andre land, de er mer "på lag med pasienten" og mer negative til å begrense ressursbruk. Carlsen sier også at mange leger er uenig i reglene for sykmeldinger og dermed forvalter en konvensjon om at loven er for snever. Carlsen foreslår at sykefraværet i Norge er høyt blant annet fordi lønn mangler som jobbmotivasjon (gjør legens jobb vanskelig), arbeidsgiver og NAV støtter ikke og at pasienter har økt innflytelse. I forhold til standardiseringer av sykmeldingene etter svensk modell, sier Carlsen at dette kan være et godt redskap, men at det ikke nødvendigvis er motivasjon for å begrense sykefraværet.

Roar Johnsen fra NTNU snakket godt om kanskje det viktigste momentet i hele sykefraværsdebatten, nemlig om unge personers tilknytning til arbeidslivet. Det er disse som skal forsørge de mange eldre i årene som kommer og det er svært viktig for utviklingen at de har høy yrkesdeltagelse og at de ligger an til å kunne stå mange år i arbeid. Johnsen finner foruroligende resultater. Det er svært mange av de unge som blir stående utenfor arbeidslivet. Svært mange blir mottakere av ulike stønader tidlig i livet, og det er mange som i lange perioder mottar ulike stønader. Johnsen sier at det er mange av de unge som deltar i arbeidslivet som har behov for strukturerte og systematiske tiltak. Han sa at unge synes å trenge tid i arbeidslivet for å tilegne seg de gjengse normene for nærvær-fravær (sosialiseres). Johnsen tar også til ordet for differensiert oppfølging av ulike aldersgrupper. De eldre kan ha behov for mestringsfravær som reduserer totalfravær, mens unge må ha støtte for å tilegne seg arbeidsplassens nærvær-fraværskultur.

Solveig Osborg Ose fra SINTEF Helse holdt et foredrag om arbeid og psykisk helse. Som flere av de andre foredragene viste, er det særlig lettere psykiske lidelser som øker. Dette er det samme som observeres i andre land. Hver 5. sykefraværsdag skyldes psykiske lidelser og hver 3. uføre har en psykisk lidelse. Sosiale og økonomiske problemer, konflikter på arbeidsplassen, problemer med familien gir ikke rett til sykepenger og det er mulig dette kamufleres i andre diagnoser, for eksempel lettere psykiske lidelser. I søken etter gode ideer har Ose sett på hva EU foreslår av tiltak for å møte

utfordringen med psykisk uhelse i arbeidslivet. Forslagene fra EU likner mistenkelig på grunnpilarene i IA-avtalen. Arbeidsplassen er en viktig arena, fokus på arbeidsmiljø, samarbeid mellom arbeidsgivere og arbeidstakere for å skape sunne arbeidsplasser osv. Konklusjonen er at selv om det ikke er forhold på jobben som er årsaken til problemene, kan årsaken til at det fører til sykefravær ligge på arbeidsplassen og dette kan forebygges med godt IA-arbeid.

Generelt er inntrykket mitt fra konferansen at få mener at sykefraværet har hatt en eksplosiv økning. De fleste ser ut til å mene at sykefraværet først og fremst er stabilt, men varierer rundt en normalverdi. Variasjonen over tid ser ut til å skyldes forhold på arbeidsmarkedet. Det er likevel stor enighet om at sykefraværet er for høyt fordi det ligger et stort potensial for å redusere sykefraværet. Det er noe uenighet om sykkelønnsordningen bør endres, og det foreslås ulike alternative tiltak og disse er særlig knyttet til sterkere innsats for et inkluderende arbeidsliv. Fokus på primærforebyggende tiltak ser det ut til å være bred oppslutning om. Det kanskje aller viktigste er å se på de unge som skal bære byrden av de demografiske endringene vi vet blir utfordrende i årene fremover og alle som faller ut av arbeidslivet lenge før de når pensjonsalderen. Fra flere foredrag antydes det at det kan være endringer i normer og holdninger til bruk av ulike velferdsordninger og da særlig blant de unge, men forskningen på dette har ikke kommet langt nok til at vi kan konkludere. Som flere av foredragsholderne var inne på, handler sykefraværsdebatten også om sosial ulikhet. Sykefravær og trygdeadferd ser ut til å arves fra foreldre og omgivelser. I forhold til forslaget om standardisering av lengden på sykmeldingene, er det ingen som blankt avviste en slik løsning selv om det var visse betenkeligheter knyttet til tiltaket. Norge har et unikt datagrunnlag for forskning og analyser på sykefravær, og som Kjell Vaage sa – det er fortsatt mange flere spørsmål enn svar....