



## Rapport

# Sykefravær – gradering og tilrettelegging

### Forfattere

Solveig Osborg Ose, Silje L. Kaspersen, Silje Haus Reve, Roland Måndal,  
Heidi Jensberg og Jan Lippestad



SINTEF Teknologi og samfunn, avd. Helse  
Gruppe for arbeid og helse

# Rapport

## Sykefravær – gradering og tilrettelegging

**EMNEORD:**

Sykefravær  
Oppfølging av sykmeldte  
Graderte sykmeldinger  
Tilrettelegging  
Næring  
Leger  
Arbeidsgiver  
Bedriftshelsetjeneste  
Holdninger

**DATO**

22.02.2012

**FORFATTERE**

Solveig Osborg Ose, Silje L. Kaspersen, Silje Haus Reve, Roland Mandal, Heidi Jensberg og Jan Lippestad

**OPPDRAAGSGIVER**

NHOs Arbeidsmiljøfond

**OPPDRAAGSGIVERS REF.**

Ann Torill Benonisen og Siri Møllerud

**PROSJEKTNR**

60H18730

**ANTALL SIDER OG VEDLEGG:**

360

**SAMMENDRAG**

Denne rapporten tar opp en rekke problemstillinger:

- Fakta om sysselsetting, sykefravær og gradering
- Tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen
- Økonomiske konsekvenser av tilrettelegging og gradering
- Insentiver for tilrettelegging og gradering
- Holdninger til sykefravær og gradering
- Legens rolle i sykmeldingsarbeidet
- BHT sin rolle i sykmeldingsarbeidet

Vi bruker følgende kilder til informasjon: Tidligere forskning, registerdata fra NAV og SSB, intervjuer med virksomheter (ledere og ansatte), intervjuer med NAV, BHT og leger og spørreundersøkelser til virksomheter (ledere og ansatte).

Rapporten inneholder mange funn og illustrasjoner som gir viktig kunnskap om det norske arbeidslivet mer generelt, og om tiltaket graderte sykmeldinger spesielt.

**PROSJEKTLEDER**

Solveig Osborg Ose

**SIGNATUR****KONTROLLERT AV**

Marian Ådnanes

**SIGNATUR****GODKJENT AV**

Randi Eidsmo Reinertsen

**SIGNATUR****RAPPORTNR**

SINTEF A22397

**ISBN**

978-82-14-05386-9

**GRADERING**

Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**

Åpen

# Forord

Dette er hovedrapporten fra prosjektet "Gradering av sykmeldinger". Prosjektet er finansiert av NHOs Arbeidsmiljøfond og har pågått siden sommeren 2010.

Prosjektet har hatt som formål både å undersøke nivå og utvikling i sykefravær og graderingsandel mellom ulike typer virksomheter, og å forklare hva de observerte forskjellene kan skyldes.

Vi skylder alle våre respondenter en stor takk. Det er alle de flere hundre personene som har latt seg intervjuet og alle de som har tatt seg tid til å fylle ulike spørreskjema som har gjort det mulig å skrive denne rapporten.

En stor takk også til Unn H. Høydal, rådgiver i Seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk i SSB, som også denne gangen har levert et stort datagrunnlag fra registerdata i flere runder. Hennes faglige innspill og pedagogiske formidlingsevner har bidratt til at riktig data er bestilt og levert.

Takk også til alle de 10-12 fagpersonene som har lest gjennom og kommentert tidligere kapittelutkast. Det har kommet mange gode innspill som ofte har endt med både lange og dype diskusjoner. Dette har både vært hyggelig og lærerikt.

NHO har ikke hatt noen føringer på prosjektet og SINTEF har fått gjennomført et godt og uavhengig forskningsprosjekt. Vi takker NHOs Arbeidsmiljøfond for økonomisk støtte og for et godt og uanstrengt samarbeid med Siri Møllerud og Ann-Torill Benonisen. Vi håper rapporten bidrar til mer kunnskap om viktige forhold i norsk arbeidsliv.

Trondheim 22.februar 2012

Solveig Osborg Ose

prosjektleder



# Sammendrag og hovedfunn

## Bakgrunn for dette forskningsprosjektet

---

Med det sterke fokuset som er på sykefravær, med tidsbestemte punkter for når de sykmeldte skal følges opp av arbeidsgiver, NAV og legene, er det lagt et grunnlag for at ansatte skal få en god oppfølging om de får et helseproblem. Et godt regelverk som sikrer at veien ut av arbeidslivet har mange stoppskilt og barrierer, er et viktig prinsipp for å få til et inkluderende arbeidsliv. Ett av de viktigste tiltakene de siste årene for å hindre utstøting fra arbeidslivet, har vært å gi delvis/graderte sykmeldinger fremfor full sykmelding. Begrunnelsen for dette er at dersom kontakten med arbeidsplassen opprettholdes, er det mindre sannsynlig at den sykmeldte faller ut av arbeidslivet på lenger sikt.

Etter endringene i sykmeldingsreglene 1. juli 2004, som blant annet innebar økt fokus på graderte sykmeldinger, ble det funnet at sykefraværet gikk ned med hele 20 prosent som følge av økt bruk av graderte sykmeldinger. Med denne bakgrunnen foreslo "Ekspertutvalget for sykefravær" i februar 2010 at det igjen burde skje et markert skifte fra full til gradert sykmelding. De antok dermed at det var et stort potensial for å øke andelen sykmeldinger som kunne graderes. Partene i arbeidslivet inngikk deretter en avtale i "Protokoll mellom partene i arbeidslivet og myndighetene om felles innsats for å forebygge og redusere sykefraværet og styrke inkluderingen" i slutten av februar samme år (samtidig som de inngikk ny IA-avtale). Der ble de enige om at arbeidsevne og aktivitet skulle vektlegges, for i størst mulig grad å kunne ta i bruk gradert sykmelding.

I denne rapporten går vi gjennom kunnskapsgrunnlaget bak forslaget om en sterk økning i bruk av graderte sykmeldinger. Arbeidsplassen er opplagt en viktig arena for å få til aktivitet heller enn passivitet, men det har frem til nå vært svært lite fokus på konsekvenser av økt bruk av graderte sykmeldinger på arbeidsplassen. Vi har derfor tatt utgangspunkt i arbeidstakere og arbeidsgivere, og søker med dette prosjektet å øke kunnskapen om muligheter og barrierer virksomhetene har når det gjelder tilrettelegging og god oppfølging av sykmeldte.

## Fakta om sysselsetting, sykefravær og gradering

---

I dette prosjektet benytter vi et omfattende datagrunnlag fra ulike administrative register og samler for første gang sammenhengende informasjon om sysselsetting, kjønnsfordeling, legemeldt sykefravær og graderingsandeler for de siste ti årene for alle næringer, sektorer, yrkesgrupper og utdanningsgrupper. Rapporten inneholder en rekke grafiske fremstillinger av dette datagrunnlaget, og særlig har vi lagt vekt på å presentere næringsvis informasjon for underkategorier av hovednæringene (på 5-siffer næringskode).

## Sysselsettingen

I løpet av de siste ti årene har det skjedd store endringer i næringssammensetningen i Norge. I 2000 var det tre nesten jevnstore næringer i landet. Dette var industri og bergverksdrift, som sysselsatte ca 14 prosent av arbeidstakerne, varehandel som sto for rundt 15 prosent og helse- og sosialtjenester som sysselsatte nesten 18 prosent av arbeidstakerne. Ti år senere arbeider nesten 22 prosent av arbeidstakerne innenfor helse- og sosialtjenestene, mens 10 prosent arbeider i industrien. Det er altså en sterk økning i helsesektoren og en betydelig nedgang i industrien. Varehandelen, som fortsatt er den nest største næringen i Norge, har ligget stabilt de siste ti-elleve årene, og sysselsetter fortsatt 15 prosent av arbeidstakerne.

Blant menn har den største veksten kommet i bygge- og anleggsvirksomhet der antall arbeidstakere har økt med 40 000 menn og 1400 kvinner. Blant kvinner kommer den klart største veksten i helse- og sosialtjenester, der antall arbeidstakere har økt med 112 000 kvinner og med over 27 000 menn fra 2000 til 2011.

## Sykefraværet

Det er store variasjoner i legemeldt sykefravær mellom næringer. Det høyeste sykefraværet finner vi i helse- og sosialtjenester, mens det laveste er i olje- og gassutvinning. Også hotell og restaurantnæringen og transport/kommunikasjon ligger høyt, men sistnevnte næring har hatt en jevn nedgang i sykefraværet de siste fem årene. Kjønnforskjellene i sykefraværet er relativt stabile over tid, og det er kun én næring der kvinners sykefravær er på samme nivå som for menn – nemlig i bygge- og anleggsnæringen. I de andre næringene ligger menns fravær betydelig lavere enn kvinners sykefravær. Det er særlig nedgang i sykefraværet i næringen transport og kommunikasjon (både blant kvinner og menn) og innen olje- og gassutvinning (kun blant menn), men ellers er det relativt stabilt de siste ti årene.

Menn har færre sykefraværstilfeller enn kvinner, men når de først blir sykmeldt, varer tilfellene lenger. Menn har dermed høyere gjennomsnittslengde i sykefraværstilfellene enn kvinner, og dette gjelder nesten alle yrker og næringer. Lengst varighet på sykefraværstilfellene finner vi i bygge- og anleggsvirksomheter og i industri, mens det er færrest dager per sykefraværstilfelle i helse- og sosialtjenestene.

## Gradert/delvis sykmelding

Andelen av sykmeldingstilfellene som er en delvis sykmelding (og ikke en full sykmelding), har økt fra 12 prosent til nærmere 25 prosent fra 2003 til i dag. Andel av sykefraværdsdagene som er gradert har økt tilsvarende, og nå er over 30 prosent av alle sykefraværdsdagene gradert i en eller annen grad. Det vanligste dersom man har delvis sykmelding er å ha sykmelding 50 prosent eller over 70 prosent. Lengden på sykefraværstilfellene varierer sterkt med hvor stor graderinsandelen er. Jo høyere sykmeldingsgrad, jo lengre er gjennomsnittslengden på sykefraværet.

Det ligger svært mye informasjon i registerdata som vi utnytter i dette prosjektet. Kvinner har høyest andel av sykefraværet gradert og det er i aldersgruppene mellom 30 og 62 vi finner høyest andel gradering av sykefraværet. De yngste og eldste har altså lavest graderingsandel (får i større grad full sykmelding).

Vi finner at sannsynligheten for å få gradert sykmelding øker systematisk med utdanning. Det er de med høyest utdanning som har høyest andel graderte sykmeldinger. Det gir seg også utslag i forskjeller mellom ulike yrkesgrupper, der typisk yrker uten krav til noen spesiell utdanning har den laveste graderingsandelen. Deretter kommer operatører, sjåførere og håndverkere. De yrkesgruppene med høyest andel av sykefraværet gradert er lederjobber (høyest), akademiske yrker (nest høyest) og deretter høyskoleyrker, og dette gjelder både kvinner og menn. Dette handler i stor grad om muligheter for å få til effektiv tilrettelegging og dette tas opp i kapittel tre i rapporten.

Privat sektor ligger betydelig lavere i graderingsandel enn stat, kommune og fylke. Når vi ser på næringsfordelingene finner vi at i den nedre enden av skalaen med under 20 prosent av sykefraværstilfellene gradert, ligger hotell- og restaurant, transport og kommunikasjon, olje- og gassutvinning og bygge- og anleggsvirksomhet. Høyest andel, med over 30 prosent av tilfellene gradert, finner vi i offentlig administrasjon, finans- og forsikringsvirksomhet og undervisning. Det er store forskjeller mellom kvinner og menn i graderingsandel og for menn ligger olje og gass absolutt lavest og finans- og forsikringsvirksomhet høyest sammen med undervisning. For kvinner ligger hotell- og restaurant absolutt lavest, mens offentlig administrasjon ligger høyest.

Vi finner empirisk støtte for at økt bruk av graderte sykemeldinger har bidratt til å redusere sykefraværsraten. Bak dette generelle resultatet finner vi mest støtte for at bidraget skjer gjennom redusert antall sykepengedagsverk per sykefraværstilfelle. Økt bruk av gradering kan tolkes som en reform i sykemeldingspraksisen ved at legene skulle gå over fra aktiv og full sykmelding til gradert sykmelding. Vi har tatt hensyn til dette ved å estimere effekter av gradering før og etter denne reformen i 2004. Resultatene viser da at økt bruk av gradering ser ut til å redusere fraværsraten. Kanalen graderingen virker gjennom endrer seg noe når reformperioden er tatt hensyn til. Effekten gjennom antall tilfeller per mulige dagsverk blir mindre viktig, og statistisk sett ikke signifikant.

I våre analyser finner vi minst støtte for at gradering har bidratt til en reduksjon i andel fraværstilfeller, selv om effekten ikke kan utelukkes som signifikant i noen analyser. Dette resultatet peker mot en dimensjon i sykefraværet som økt gradering sannsynligvis ikke kan endre. Forhold som skaper sykefravær kan vise seg som et viktig fokusområde når bruk av gradering har maksimert sitt potensial - dersom målet er å redusere sykefraværet.

## **Oppfølging, gradering og tilrettelegging**

---

### ***Alle aktører er positive til gradering av sykmeldingene***

Både tidligere forskning og våre egne analyser tilsier at alle aktører involvert i sykefraværarbeidet har tro på at gradert sykmelding er et godt tiltak. Særlig i forhold til de positive effektene det kan ha for både den sykmeldte, kolleger og arbeidsgiver, fordi den sykmeldte opprettholder jevnlig kontakt med arbeidsplassen gjennom å være noe på arbeid. Forskningen finner motstridende effekter av gradert sykmelding på sykefraværslengde, og gradert sykmelding ser ut til å være mest utbredt i de næringene, og for de ansatte, der sykefraværet i utgangspunktet er lavt. Likevel er det vår oppfatning etter å ha studert feltet, at holdningene til gradert sykmelding per se er positive. Positive holdninger er et godt utgangspunkt når man nå (igjen) oppfordrer til å bruke graderte sykmeldinger som hovedregel.

### **Virker tiltaket?**

At en økning i bruken av graderte sykmeldinger skal gi lavere sykefravær, er nærmest en matematisk sannhet. Alt annet likt, vil en økning i antall sykmeldinger som er gradert føre til en tilsvarende reduksjon i totalt antall sykepengedager. Betingelsen er da at det ikke blir flere sykefraværstilfeller som følge av graderingen og at lengden på sykefraværstilfellene ikke endres som følge av graderingen.

Når en snakker om reduksjon i sykefraværet som en effekt av et tiltak, er det viktig å definere hvilken effekt en her snakker om. Er det forventninger om redusert sykefravær gjennom:

- a) Reduksjon i antall sykefraværstilfeller?
- b) Reduksjon i lengden på sykefraværstilfellene?
- c) Reduksjon i antall arbeidstakere som har sykefravær i arbeidslivet?
- d) Reduksjon i sykefraværet som har andre årsaker enn sykdom?
- e) Reduksjon i det lange fraværet som kan føre til exit fra arbeidslivet?
- f) Reduksjon i folketrygdens utgifter knyttet til sykefravær?

Vi kan derfor forvente effekt av økt gradering på b), e) og f), og vi finner støtte for b). Om dette også innebærer at færre faller ut av arbeidslivet, er det foreløpig ikke mulig å svare på. Det er sannsynlig at tiltaket fører til en reduksjon i folketrygdens utgifter knyttet til sykefravær. Vi ser videre på om denne reduksjonen fører til kostnadsøkning et annet sted.

### **Omfordeling av utgifter mellom folketrygden og arbeidsgiver**

Dersom den sykmeldte er normalt produktiv tilsvarende graderingsandelen (feks. 50 prosent produktiv og 50 prosent friskmeldt), er det ingen omfordeling av utgifter mellom folketrygden og arbeidsgiverne, og vi får en vinn-vinn situasjon der arbeidsgiver/arbeidstaker i fellesskap utnytter resterende arbeidskapasitet til beste for begge parter. Betingelsen for at dette skal være situasjonen er at:

- Arbeidsgiver har nok produktive oppgaver som den sykmeldte kan gjøre tilsvarende "frisk-andelen"
- Tilretteleggingen ikke går ut over de andre ansatte

Mange virksomheter har ikke produktive arbeidsoppgaver som de sykmeldte kan settes til å gjøre. Årsaken kan enkelt forklares med at på en effektiv arbeidsplass blir de produktive oppgavene som finnes, allerede ivaretatt av andre ansatte. I tillegg handler det om kompetanse til den sykmeldte, hva helseproblemet er og hvilken jobb som skal utføres.

Tilrettelegging for noen fører ofte til økt belastning for andre. Den som trenger delvis sykmelding har ofte oppgaver de ikke er i stand til å utføre i sykmeldingsperioden. Det kan enten leies inn vikar for å gjøre disse oppgavene eller oppgavene kan fordeles på de andre ansatte. Dersom det leies inn en vikar som er fullt produktiv og utfører alle oppgavene den delvis sykmeldte ikke kan gjøre, samtidig som den sykmeldte har egne fullt produktive oppgaver, er det altså ikke noe tap noen steder.



Tapene kommer når det ikke er nok produktive oppgaver (må leie inn vikar i tillegg til å betale lønn for uproduktivt arbeid) og når tilretteleggingen går ut over de andre ansatte (økt belastning kan gi sykefravær hos disse). Mange melder om store problemer med å finne vikarer til å arbeide tilsvarende sykmeldingsandelen slik at det ofte blir de andre ansatte som må dele på oppgavene.

Mange arbeidsgivere får til å tilrettelegge og dermed fungerer det godt å ha ansatte som er gradert sykmeldt. De aller fleste arbeidsgiverne melder likevel om at det finnes en grense for hvor mange som kan ha gradert sykmelding eller tilrettelagt arbeid. Særlig vet vi at mange kommunale pleie- og omsorgstjenester, sykehus og hotell sier de har nådd en slik grense.

Dette betyr at når det ikke kan tilrettelegges effektivt for en gradert sykmelding samtidig som det er så sterke forventninger til at alle arbeidsgivere skal gjøre det, vil dette gi økte utgifter for arbeidsgiverne. Resultatet av tilrettelegging og gradering blir da en kostnadsovervelting fra folketrygden til arbeidslivet som neppe er intendert. Vi får da en situasjon der nedgangen i folketrygdens utgifter kommer som følge av redusert produktivitet og lønnsomhet på arbeidsplassene. Dette ser ikke ut til å være diskutert i forslaget om innføring av gradering som hovedregel i sykmeldingene.

Kan økt gradering og strenge krav til tilrettelegging, slik regelverket nå legger opp til, ses på som en "snikinnføring" av arbeidsgiverbetaling for sykefraværet? Noen arbeidsgivere opplever det slik, men vi har foreløpig ikke oversikt over de økonomiske konsekvensene av tilretteleggingsplikten for arbeidsgiverne. En kan anta at kostnadene stiger i takt med at frivilligheten går ned. Jo flere kontroller og sanksjoner som brukes, jo mindre fleksibilitet, og en kan få ineffektive løsninger som ikke er forsvarlige eller bærekraftige på lenger sikt. For eksempel at det tilrettelegges slik at det går ut over driften. En opplagt risiko er at de som står for mye av fraværet og ofte har behov for tilrettelegging, blir en så stor byrde for arbeidsgiverne at kostnaden med å beholde dem overgår nytten. Dette innebærer store samfunnsøkonomiske kostnader, og vi er usikre på om dette er vurdert når kontrollene og sanksjonene er satt inn med den styrken de har i dag.

#### ***Vil økt arbeidsgiverbetaling ved sykefravær gi lavere sykefravær?***

Dersom arbeidsgivere opplever økte kostnader ved sykefravær, vil de sette inn mye ressurser på å forebygge nye sykefravær, eller vil de prøve å bli kvitt de som har over gjennomsnittlig sykefravær (ekskludering) og bli mer restriktive på hvem de ansatter? Dette er spørsmål ingen foreløpig har svar på, men vi har et godt grunnlag fra intervju med både arbeidsgivere, ansatte, leger, NAV-ansatte, BHT-personell og basert på dette har vi følgende kommentar:

Det er naivt å tro at økonomiske insentiver kun virker positivt ved at arbeidsgiverne da vil sette inn store ressurser på forebygging dersom arbeidsgiverne skal betale mer av sykefraværet.

#### ***Arbeidsgiverbetaling i tilfeller med manglende tilrettelegging vil ramme svært skjevt***

Forslaget fra "Ekspertutvalget for sykefravær" var som følger:

*"Sykmeldinger skal som hovedregel være gradert etter 8 uker, selv om dette krever omfattende tilretteleggingstiltak fra arbeidsgivers side og innebærer vesentlige endringer i arbeidsoppgaver for arbeidstakeren. For å gi et tydelig insentiv for bruk av graderte sykmeldinger, begrenses folketrygdens refusjon av sykepenges til maksimalt 80 pst. etter åtte ukers sykefravær. Dette*

*innebærer at det innføres en egenandel for arbeidsgiver på 20 pst. i de tilfeller gradert sykmelding ikke kan gjennomføres." (Ekspertutvalgets rapport punkt 3 side 9)*

Dette tiltaket er foreløpig ikke gjennomført, men det er så vidt vi vet heller ikke avvist av myndighetene og partene. Basert på våre funn i dette prosjektet, konkluderer vi med at utvalget ikke tar hensyn til at arbeidsgiver for økte utgifter knyttet til tilrettelegging, og dette må være basert på en tro på at det er et økonomisk potensial for alle arbeidsgivere å kunne tilrettelegge for alle som har behov for det. Om de velger å ikke gå den veien, må de etter dette forslaget dekke 20 prosent av sykepengene.

Dette vil ramme næringer som i dag sliter med å tilrettelegge effektivt (lav graderingsandel) og de som har nådd grensen for tilrettelegging: pleie- og omsorgstjenester (svært høyt sykefravær og få tilretteleggingsmuligheter som ikke gir økonomisk belastning), olje- og gassutvinning, hotell og restaurant, transport og kommunikasjon, industri og bergverksdrift og varehandel. Dette forslaget vil dermed gi redusert lønnsomhet i noen næringer i større grad enn i andre, samtidig som vi ikke er sikre på at arbeidsgiverne vil kunne forebygge mer av sykefraværet - det kjenner ingen potensialet for.

### **Motivasjon for å komme tilbake til arbeidsplassen ved sykefravær**

Et interessant diskusjonspunkt er hva som skal til for at en sykmelding etterfølges av en snarlig friskmelding. De aller fleste som får dette spørsmålet kommer inn på dette med ønsker og motivasjon hos de enkelte partene. Vi har forsøkt å illustrere dette med følgende tabell:

|              | Situasjon 1 | Situasjon 2 | Situasjon 3     | Situasjon 4 |
|--------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|
| Arbeidstaker | Positiv     | Positiv     | Negativ         | Negativ     |
| Arbeidsgiver | Positiv     | Negativ     | Positiv         | Negativ     |
| Utfall       | Positiv     | Ustabil     | Ustabil/løsning | Negativ     |

Dersom både arbeidsgiveren og arbeidstakeren er positive til at vedkommende skal komme tilbake til jobb etter en sykmelding (situasjon 1), vil de mest sannsynligvis få det til i samarbeid. At begge ønsker at den sykmeldte skal komme tilbake, betyr sannsynligvis at de har en god relasjon, at arbeidstaker trives i jobben og at arbeidsgiver er fornøyd med den jobben som gjøres. Dette gjelder sannsynligvis i de aller fleste sykmeldingstilfellene og det trengs ikke strenge regler, kontroll og sanksjoner for å få til dette.

Situasjon 2 er problematisk. Da ønsker arbeidstakeren seg tilbake til jobb, mens arbeidsgiver ikke synes det er særlig viktig å få den ansatte tilbake. Årsaken kan være at den ansatte ikke er produktiv nok, har mye fravær, ikke anses som kompetent osv. Arbeidsgiveren kan da opptre på ulike måter, for eksempel med å være uvillig til å tilrettelegge for vedkommende. NAV kan komme til å spørre om tilretteleggingsmuligheter for vedkommende etter en stund, og arbeidsgiver må bidra med noe. Uansett vil dette kunne gi en ustabil løsning, fordi arbeidsgiver i utgangspunktet er negativt innstilt til den sykmeldte. I denne situasjonen kan arbeidsgiver og arbeidstaker for så vidt ha en god relasjon, og det er heller ikke sikkert den ansatte vet at arbeidsgiveren er negativ. Mangel på tilretteleggingsmuligheter brukes da som et vikarierende argument for at arbeidsgiver egentlig ikke ønsker den ansatte tilbake. I slike tilfeller kan kontroll og sanksjoner føre til at den ansatte delvis fortsetter i jobben, men løsningen blir sannsynligvis ikke stabil, fordi arbeidsgiveren egentlig ikke er

fornøyd med den ansatte. Å argumentere med mangel på tilretteleggingsmuligheter blir dermed et maktmiddel for å bidra til at den ansatte ikke kan fortsette i jobben sin.

I situasjon 3 er det den ansatte som ikke har særlig lyst til å komme tilbake til arbeidsplassen. Sykmeldingen vil i slike tilfeller kunne bli langvarig. Som vi skal se i kapittel 5, har legen få muligheter til å unngå at personen blir sykmeldt, dersom den sykmeldte selv har et sterkt ønske om å være borte fra arbeidsplassen. Selv om arbeidsgiver foreslår tilretteleggingsoppgaver, og den ansatte følger forslagene fordi de har plikt til å gjøre det, vil situasjonen være ustabil fordi den ansatte egentlig ikke ønsker å være på arbeid. Dette er vanskelige tilfeller, både for arbeidsgiveren, for legen og selvsagt for den ansatte som ikke trives i jobben sin. Det er ulike handlingsalternativer, men stort sett er dette opp til den ansatte selv: Selv bidra til et godt arbeidsmiljø i virksomheten, forsøke å få arbeidsgiver til å se sin situasjon eller se etter andre jobbmuligheter. Uansett er det et grunnleggende manglende ønske om å være på jobb som gjør at fraværet trekker ut, og dette kan være kjent eller ukjent for arbeidsgiver. Dersom lederen har et godt forhold til sine ansatte, vil de sannsynligvis kjenne til hvorfor den ansatte ikke er motivert, og ofte kan arbeidsgiveren gjøre noe med dette. Dersom det er dårlig arbeidsmiljø og konflikter på avdelingen der den sykmeldte arbeider, så bør de sannsynligvis sette inn tiltak for å rydde opp slik at folk ønsker å være på jobb. Dersom det er forhold utenfor jobb som gjør at den ansatte ikke ønsker å komme tilbake, kan også arbeidsgiveren bidra til å gjøre jobbsituasjonen enklere i en periode. Da kommer vi inn på muligheter internt, hvor viktig den ansatte er for virksomheten osv. Dersom arbeidsgiver er positiv til å få den ansatte tilbake til jobb, betyr det at den ansatte er viktig for arbeidsplassen og arbeidsgiver kan være villig til å strekke seg langt for å få til en løsning. Dette kan da ende med en friskmelding og en løsning på arbeidsplassen.

Situasjon 4 er kanskje den vanskeligste situasjonen; når både arbeidstaker og arbeidsgiver ikke har noe reelt ønske om at arbeidstakeren skal komme tilbake i jobb, vil sannsynligvis ikke noe kontroll- og sanksjonsregime bidra til at situasjonen løser seg. Her brukes vikarierende argument som manglende tilretteleggingsmuligheter, at personen har større helseproblemer enn de faktisk har osv. Disse argumentene brukes både mot hverandre og overfor andre aktører (som NAV og legen).

Konklusjonen er at om arbeidsgiver og arbeidstaker har en dårlig relasjon, og en eller begge av dem ikke ønsker den ansatte tilbake til jobb, vil kontroller og sanksjoner ikke bidra til å løse situasjonen. Vi står dermed igjen med at gode relasjoner mellom arbeidsgiver og arbeidstaker er grunnleggende og må bygges på den enkelte arbeidsplass. Dette er dermed en tilnærming som passer mer med den opprinnelige IA-avtalen – det er på arbeidsplassen inkludering må skje. Om det er sykefraværsreduksjon som bør være fokuset på arbeidsplassen og nasjonalt, er også usikkert, og vi kommer tilbake til dette på slutten av sammendraget.

### ***Effekt for de utenfor arbeidslivet***

For de som står på utsiden av arbeidslivet, eller som står på randen til å falle ut av arbeidslivet, kan regelinstramminger ha stor effekt. Dersom det brer seg en oppfatning om at det blir mye styr om en har sykefravær nå, både for arbeidsgiver og arbeidstaker, med mye rapportering og byråkrati, opplevelse av mistenkeliggjøring fra NAV og ikke minst sanksjoner som bortfall av sykepenger – vil dette ha effekt også for de utenfor arbeidslivet. "Marginale arbeidstakerne" kan vegre seg for å satse på et liv i arbeid - det blir tryggere å være utenfor. Arbeidsgiverne vil kunne ha sterkere fokus på å rekruttere de med lav sannsynlighet for sykefravær om det blir for krevende med sykefravær (krav om

grenseløs tilrettelegging, sanksjoner mot arbeidsgivere som ikke får til å tilrettelegge, arbeidsmiljø som måles med sykefraværprosent osv). Dette betyr at intensjonen om inkludering i praksis blir snudd til ekskludering, og vi er i så måte på feil spor for å få til et inkluderende arbeidsliv. Med det sterke fokuset på sykefravær er det kanskje igjen store målkonflikter mellom delmålene i IA-avtalen

### ***Hvem tilrettelegges det for?***

Som vi har vært inne på tidligere i diskusjonen, er det ikke sikkert at det er de som trenger tilrettelegging mest som er de som faktisk får det. Arbeidsgiverne kan i praksis velge å tilrettelegge for hvem de vil, selv om arbeidsmiljøloven gir de plikt til å tilrettelegge for alle som får behov for det. Det finnes både god og dårlig tilrettelegging, der sistnevnte nesten uansett vil ende med en full sykmelding. Det er derfor naturlig at en rasjonell arbeidsgiver tilrettelegger og strekker seg lengst for ansatte som har høyest verdi for arbeidsgiveren. Det kan være mange måter å verdsette arbeidstakere på, det trenger ikke bare handle om produktivitet, effektivitet og kompetanse, men kan også handle om at vedkommende er en viktig miljøbærer på arbeidsplassen. At lederen og den ansatte har et godt og trygt tillitsforhold synes å være en viktig premiss for å få til tilrettelegging.

Et annet spørsmål er om de som trenger tilrettelegging mest er de samme som etterspør tilrettelegging på arbeidsplassen. En ansatt som er hardtarbeidende og alltid gjør de oppgavene han/hun blir bedt om på en samvittighetsfull måte, er ikke nødvendigvis den som først ber om tilrettelegging om det oppstår behov. Årsaken til at de ikke ber om tilrettelegging kan være at de ikke ønsker å belaste de andre ansatte, at de ikke vil være til bry for arbeidsgiveren eller at de ikke lytter godt nok til kroppens signaler på overbelastning. Disse kan ende i en lang sykmelding dersom ikke lederen foretar nødvendige justeringer. Når det er mange som trenger tilrettelegging samtidig, er det kanskje vanskelig å oppdage de som ikke ber om det selv.

Statistikken viser at det er de med høy utdanning, de i lederstillinger og/eller de som jobber i bransjer med høy grad av egenkontroll i arbeidet, som oftest har gradert sykmelding heller enn full sykmelding. Dette kan da tyde på at det tilrettelegges for de som er mest verdifulle for virksomheten og dette er kanskje ikke de som trenger det mest dersom motivet er å hindre at folk faller ut av arbeidslivet. Det kan også være at det tilrettelegges for disse gruppene i større grad enn for andre fordi tilretteleggingen er enklere.

Både i det kvantitative og kvalitative datamaterialet ser vi at det er næringsforskjeller mellom virksomhetene med tanke på hvordan de forholder seg til tilrettelegging for gradering. Det er åpenbart forskjellige utfordringer ved å skulle tilrettelegge for en ansatt med helseproblem – avhengig av om den ansatte jobber i rengjøringsbransjen eller som IT-konsulent. Registerdata viser at det er innenfor privat sektor graderingsandelen er lavest, og da særlig innenfor olje og gass, hotell og restaurant, transport og industri og for kvinner også for varehandelen.

Det er særlig høy bruk av gradering i undervisning, offentlig administrasjon og finans- og forsikringstjenester. Samtidig finner vi at selv om det er høy bruk av gradert sykmelding, ser det ikke ut til at sykefraværprosenten påvirkes i undervisningssektoren. Denne sammenhengen ser ut til å være sterkest i de næringene med lavest graderingsandel, men her er det behov for grundige komparative analyser av virksomheter, næringer og sektorer til for å få mer kunnskap.

## Holdninger til sykefravær og gradering

---

Som nevnt over synes alle aktørene som er involvert i sykmeldinger å ha en grunnleggende positiv innstilling til graderte sykmeldinger. Hvilken holdning man har til det å være sykmeldt/skulle bli frisk, eller det å håndtere sykefraværsoppfølging (fra arbeidsgivers side), kan være avgjørende for hvor vellykket prosessen blir. I kapittel 4 har vi sett nærmere på holdninger til sykefravær i arbeidslivet generelt, og holdninger til graderte sykmeldinger (og sykenærvær) spesielt. Vi har gjort en litteraturoppsummering der vi presenterer eksisterende forskning på området, deretter presenteres og diskuteres funn fra våre intervju med virksomhetsledere, tillitsvalgte og sykmeldte. Vi har også brukt spørreskjemadata fra ca. 1800 IA-virksomheter, og presenterer resultater på ulike holdningsspørsmål i de ulike hovednæringene.

### ***Media fokuserer på dårlige holdninger***

I løpet av de siste tre årene har det vært mange oppslag i norske medier om fallende arbeidsmoral (særlig blant de unge) og dårlige holdninger til bruk av trygde- og sykelønnsordninger. Stadig flere forskere forsøker nå å forklare deler av variasjonen i sykefraværet med holdningsendringer i befolkningen. I denne rapporten har vi sett nærmere på holdninger til sykefravær og gradert sykmelding i andres og vår egen forskning. Vi har fokusert på forskning i de skandinaviske landene, der velferdsstaten står sterkt og sykelønnsordningene er relativt like. For å definere *hva man har en holdning til* i denne sammenheng, har vi gjennomgått utvalgte paragrafer i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven. Forskning fra Sverige viser at det på begynnelsen av 2000-tallet var lite kunnskap om hva som egentlig gir rett til sykepenger – både blant arbeidstakere og arbeidsgivere. Hvis det er slik at mange av aktørene i arbeidslivet ikke kjenner til, eller har reflektert over, hva som egentlig gir rett til sykepenger – kan det være at mange har "dårlige" holdninger uten at de selv er klar over det.

### ***Sykefravær smitter gjennom en sosial multiplikatoreffekt***

Det er noen tema som går igjen i den skandinaviske forskningen på holdninger til sykefravær. I Norge har særlig samfunnsøkonomer forsket på økonomiske insentiver og sykefravær, samt endrede normer i befolkningen i velferdsstater. Her kommer man typisk inn på hvordan sosialt stigma har betydning for individets sykefraværsbeslutninger – og hvordan dette skaper en såkalt sosial multiplikatoreffekt i de miljøene man ferdes i (familie, nabolag, arbeidsplass osv.). Effekter av sosiale normer og sosial multiplikator på sykefraværet har også vært gjenstand for omfattende forskning på svenske data. Funnene peker i retning av at den sosiale multiplikatoreffekten påvirker sykefraværet. Av den mer kreative varianten er forskning basert på analyser av sykefravær og TV-sport, samt sykefravær i relasjon til bursdager. I Sverige har man funnet at unge menn skulker jobben i større grad enn kvinner og eldre arbeidstakere under store sportsbegivenheter på TV, og i tidsrommet rundt sin egen bursdag.

Det er også andre studier som viser at yngre generasjoner har lavere terskel for å benytte sykelønnsordningen enn eldre. Framtidig sykefraværsforskning må vise om dette handler om livsfase- eller generasjonseffekter. En norsk studie fra 2009 viste at yngre egenmeldte seg syk oftere og lengre enn eldre når de fikk tilgang til flere egenmeldingsdager, men aldersforskjellen utjevnet seg etter en viss tid. Ledelse og kultur på arbeidsplassen er sannsynligvis svært viktige faktorer for hvordan de unge arbeidstakerne "oppdras" med tanke på holdninger til fravær. Det samme er foresatt holdninger og atferd i forhold til sykefravær. Når det nå finnes noe litteratur som viser at sykefraværsatferd "smitter"

innenfor samme arbeidsplass, familie eller nabolag – så vil det sannsynligvis, og heldigvis, bety at positive holdninger og atferd smitter samme vei.

### ***En sjenerøs velferdsstat gir høy arbeidsinvolvering – med ønske om å opprettholde de gode ordningene***

Mens samfunnsøkonomene og psykologene som forsker på holdninger til sykefravær ofte baserer seg på en teori om at befolkningen oppfører seg som rasjonelle aktører og maksimerer egen nytte, har andre inntatt en alternativ teoretisk innfallsvinkel. En mer institusjonell tilnærming til holdningsspørsmålet baserer seg på en tanke om at rettferdighet og nytten av å opprettholde velferdsstaten er verdier som står sterkt i befolkningen, og at disse vil dominere eventuelle tilbøyeligheter til snylting og unnasluntring. Det er blant annet gjort forskning på arbeidsinvolvering i Norge, som viser at det *ikke* er klare holdepunkter for å hevde at arbeidsmoral svekkes i visse miljøer som følge av sosial interaksjon (f.eks. innad i nabolag eller på arbeidsplasser), og at dette kan forklare økningen i antall trygdede i Norge. Tvert i mot; i land med sjenerøse velferdsordninger betalt av innbyggerne via skatteordninger, synes det å være en sterkere vilje til å delta i lønnet arbeid enn i land med mer begrensede ytelser.

Det er analysert spørreskjemadata fra ansatte i Norden, som viser at kjønn, alder, utdanningsnivå, sektor og gjennomsnittlig arbeidstid per uke er faktorer som kan forklare holdninger til sykefravær. De to landene med mest restriktive sykelønnsordninger (Island og Finland), har også ansatte med de mest restriktive holdningene til sykefravær. I en annen norsk studie intervjuet man rådgivere ved NAV arbeidslivssenter, IA-kontakter og tillitsvalgte i ulike typer virksomheter, og fant at holdninger og kultur blant de ansatte og lederne ble omtalt som både hemmende og/eller fremmende for valget om å gå på jobb (nærvær) eller å bli hjemme. En SINTEF-undersøkelse fra 1997 studerte norske ansattes syn på sykefravær, og anslo at mindre enn 3 % av utvalget på i underkant av 3000 ansatte, hadde illegitimt sykefravær.

### ***Fokus på misbruk***

De siste to årene har norske myndigheter hatt økt fokus på å avsløre trygdesvindler. I en undersøkelse fra 2011 ble det anslått at det er mer enn 50 % sannsynlig at misbruket av sykepenges i folketrygden ligger på mellom 6-8 % av alle utbetalingene. Sett i forhold til utbetalinger av sykelønn i Norge for 2010, innebærer dette at opp mot 3 milliarder kroner ble utbetalt urettmessig. Også ekspertgruppen for sykefravær hadde fokus på dette i sine anbefalinger: "Krav om utnyttelse av gjenværende arbeidsevne vil motvirke utilsiktet overforbruk av sykepenges, og dermed styrke legitimiteten til sykelønnsordningen" (Mykletun et al. 2010). 1. juli 2011 ble arbeidsmiljøloven og folketrygdloven endret, blant annet i det henseendet å motvirke utilsiktet overforbruk av sykepenges. Den ansattes *medvirkningsplikt* har fått større fokus etter lovendringen, og man er som ansatt nå pliktig til å samarbeide om tiltak som iverksettes for å minimere sykefravær. Hvordan denne plikten nå forvaltes i praksis bør det forskes mer på.

### ***Generelt positive holdninger til graderte sykmeldinger – fra alle hold***

Både i 2004 og 2011 er arbeidsmiljøloven og folketrygdloven i Norge endret, i det henseende å øke andelen graderte sykmeldinger. Analyser gjort i perioden etter 2004, viste at norske legers holdninger til graderte sykmeldinger var positive; en langt større andel av sykmeldingene ble skrevet ut gradert. Artikler som innbefatter data fra ansatte, viser i all hovedsak at de fleste ansatte er positive til å være

gradert sykmeldt. Det finnes imidlertid noen studier som viser at psykiatere, og ansatte som er sykmeldt på grunn av psykiske problemer, er mindre positive til gradert sykmelding enn andre. Hvis det er slik at potensialet for gradert sykmelding er mindre for de med psykiske lidelser og problemer, og denne oppfatningen deles av de som sykmelder, kan vi stå overfor et paradoks. En stadig økende andel ansatte sykmeldes pga. psykiske problemer, samtidig som man ønsker at andelen graderte sykmeldinger skal øke. Andre studier av sykenærvær viser imidlertid at det å være i arbeid selv om man er syk, er positivt for de aller fleste sykmeldte – også de med psykiske problemer. På dette området er forskningsresultatene m.a.o. tvetydige.

I Norge har forskning vist at kvinnelige leger, og leger med få pasienter, generelt er strengere med å skrive ut sykmelding. En undersøkelse fra Sverige viste at 85-90 prosent av personalsjefer/linjeledere/faglige representanter mente at gradert sykmelding ville føre til at flere kom raskere tilbake i jobb, og 75 % av de sykmeldte selv mente det samme. Et interessant skille i denne undersøkelsen kom fram mellom ortopeder og psykiatere, der 75 % av ortopedene og 53 % av psykiaterne trodde at gradert sykmelding ville føre til raskere tilbakegang til arbeid. Resultatene i en omfattende finsk litteraturoppsummering om graderte sykmeldinger fra 2008, tilsa at et klart flertall av både ansatte, arbeidsgivere og leger har et positivt syn på gradert sykmelding. Det er stor tro på at gradert sykmelding gjør at folk kommer forttere tilbake til full jobb, enn de ville gjort i 100 % sykmelding.

### ***Flere gradert sykmeldte betyr flere sykenærværende***

Å være gradert sykmeldt betyr at man til en viss grad er sykenærværende. I litteraturen skilles det ofte mellom negativt nærværspress, mestringsfravær og positivt sykenærvær. Litteraturen og teoriene i sykenærværsforskningen er nå høyaktuell når flere skal jobbe mens de har redusert funksjonsevne. At flere skal være sykenærværende i norsk arbeidsliv stiller også andre krav til ledelse. Noen forskere har påpekt at sykefraværs målet som mål på helse/uhelse kanskje er i ferd med å bli misvisende. Dette begrunnes i at det finner sted en økt polarisering mellom en gruppe fattige, økonomisk marginaliserte arbeidstakere, og en (økende) gruppe velstående, velutdannede kunnskapsarbeidere med stor fleksibilitet i jobben – der *begge* disse gruppene bruker *sykenærvær* som strategi for å håndtere sine respektive problemer.

Gjennom utvalgte sitater fra en rekke intervju SINTEF har gjennomført med ledere, tillitsvalgte, verneombud, sykmeldte og leger har vi i dette kapitlet forsøkt å illustrere hvilke holdninger til sykefravær og graderte sykmeldinger som finnes i det norske arbeidslivet. Holdninger til fravær varierer med hvem du spør. Hvilken type arbeid man har (som ofte er avhengig av type og lengde på utdanning) synes å ha betydning for hvilken innstilling man har til det å være borte fra arbeidet. I kapitlet om næringsforskjeller i holdninger til sykenærvær, så vi tendenser til at negativt nærværspress kan se ut til å være størst i typisk mannsdominerte næringer som bergverksdrift, bygge- og anleggsvirksomhet og transport. Mestringsfravær, at man er borte en dag eller to for å hente seg inn, får størst aksept i næringen "Andre sosiale tjenester og personlige tjenester" og i finansnæringen. Samtidig er hovedinntrykket fra de tillitsvalgte at det er akseptert å være sykenærværende i norske virksomheter, og at holdningene til tilrettelegging generelt er positive. Dermed bør forholdene ligge godt til rette for at arbeidstakere kan være sykenærværende i norsk arbeidsliv.

### ***Dårlige holdninger – gjelder relativt få, men får stort fokus og har høye kostnader?***

Når media slår opp overskrifter om dårlig (og gjerne fallende) arbeidsmoral, er det ofte basert på korte spørreundersøkelser blant ledere i næringslivet. De blir sjelden bedt konkret om å angi hvor stor andel av de ansatte dette gjelder. I vår litteraturgjennomgang og i våre intervju med ledelse og tillitsvalgte i norske virksomheter, får vi inntrykk av at dårlige holdninger og dårlig arbeidsmoral eventuelt er knyttet til et fåtall av de ansatte. At dette er et problem som ikke gjelder *så mange* arbeidstakere, men at *problemene og irritasjonen* dårlige holdninger til sykefravær skaper – oppleves som store og frustrerende for arbeidsgivere, arbeidsmiljøet og samfunnet rundt. Folk flest utnytter ikke sykelønnsordningen, men de som gjør det blir viet mye oppmerksomhet – og de *koster*. Både i form av det de gjør urettmessig krav på av sykelønn – og det de forårsaker av tidskostnader i form av formell oppfølging, irritasjon, misnøye og ukultur på arbeidsplassen.

Vår litteraturgjennomgang viser at det ligger et uutnyttet forskningspotensial i å studere holdninger til sykefravær systematisk over tid (paneldata), og i å studere sammenfallet mellom holdninger og faktisk atferd når det gjelder sykefravær. Det bør også forskes på hvilke grep som kan gjøres på arbeidsplassen (ledelses- og kulturendringer), eller i forhold til enkeltpersoner, for å minimere problemene dårlige holdninger til sykefravær skaper. På samme måte som de ansattes gode eller dårlige holdninger til fravær påvirker sykefraværet, vil også måten *ledelse* utøves på, påvirke holdningene til sykefravær i en virksomhet. Det samme gjelder befolkningens forventninger til egen helse og behandlingen av egne lidelser og problemer. Henger "høyt" sykefravær i Norge sammen med høye forventninger til egen helse og høye forventninger – og muligheter – til behandling? Dette er problemstillinger som framtidig forskning bør se i sammenheng.

Økt fokus på graderte sykmeldinger og tettere oppfølging av sykmeldte kan tenkes å virke disiplinerende på de som eventuelt misbruker sykelønnsordningen – og motiverende for dem som opplever jobbnærvær som en god ting. Om det er slik må framtidig forskning vise, vi vet det ikke per i dag. Å etablere et omfattende og ressurskrevende kontrollregime med sterke sanksjoner, der ett av formålene er fange opp ansatte med urettmessig sykefravær og dårlig arbeidsmoral, synes å være basert på et alt for dårlig kunnskapsgrunnlag til å kunne forsvares faglig.

## **Bedriftshelsetjenesten sin rolle**

---

Med utgangspunkt i intervjudata og spørreskjemadata ser vi i kapittel 6 nærmere på hvilken rolle bedriftshelsetjenesten (BHT) kan spille i virksomhetenes sykefraværarbeid og i oppfølgingen av sykmeldte. Selv om det har vært en tradisjon for at BHT har vært engasjert i virksomhetenes sykefraværarbeid og IA-arbeid, så er det likevel behov for mer kunnskap om hva denne innsatsen handler om i praksis. Introduksjonen av IA-avtalen i 2001 samt endringer i regelverket for oppfølging av sykmeldte i 2011 er eksempler på milepæler som gjennom de senere årene har innvirket på BHT-enes ansvar og forpliktelser overfor virksomhetene. I hvilken grad gjenspeiles dette i virksomhetenes faktiske bruk av bedriftshelsetjenesten? Dette er ett av flere spørsmål som blir belyst i kapittel 6.

### ***Arbeidsmiljø og ergonomi viktig***

Det bedriftshelsetjenestene våre casevirksomheter kjøpte var først og fremst knyttet til ergonomi og arbeidsmiljøutvikling. Sykefravær inngikk i varierende grad også i dette, men da først og fremst i et



forebyggende perspektiv. Enkelte BHT-er ga uttrykk for at de ønsker å jobbe forebyggende, men de deltar også i oppfølging av ansatte som er sykmeldt (pliktig fra og med 1. juli 2011). Fra spørreskjemaundersøkelsen fremkom det at ergonomi, sammen med kartlegging av arbeidsmiljø, inneklimamålinger samt sykefraværsforebyggende arbeid, var de tjenestene som det var vanligst å benytte BHT til. Funnene fra intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen samsvarer dermed i stor grad med hverandre på dette punktet.

### ***Innskjerpinger i bruken av BHT***

I flere av virksomhetene vi intervjuet kom det frem at fastlegen nå håndterer en del av de helseproblemene som ansatte tidligere kunne gå til bedriftslegen med. Et typisk krav er at helseproblemet skal være arbeidsrelatert. I enkelte tilfeller handler dette også om økonomi, og at det er kostbart å kjøpe bedriftshelsetjenester. Forestillingen om BHT som en velferdsordning, som er tilgjengelig for å drøfte ethvert helseproblem som ansatte måtte ha, er trolig lite treffende for norsk arbeidsliv i dag.

### ***Bedriftshelsetjenesten kan spille en viktig rolle i IA-arbeidet***

Eksempler og erfaringer fra våre virksomheter tyder ikke på at BHT har fått noe spesielt endret rolle som følge av IA-avtalen. Virksomheters kunnskap om og bevissthet rundt hva BHT kan tilby har trolig økt som følge av avtalen, men for BHT-ene handler det om at de tjenestene de tilbyr (og som de i stor grad også tilbød før IA-avtalen ble innført) er relevant for IA-avtalen, fordi de i bunn og grunn handler om å understøtte et inkluderende arbeidsmiljø med fokus på forebygging og tilrettelegging. Slik sett er det lite tvil om at BHT kan (og skal) spille en viktig rolle i virksomhetenes IA-arbeid.

### ***BHT som bindeledd og ekspert***

Noe annet som ble fremhevet av flere av de virksomhetene vi intervjuet var at BHT har et fortrinn i sitt arbeid inn mot virksomhetene, gjennom å inneha en slags ekspertrolle. Dette ble også bekreftet av BHT-informanter. Det fremkom at dette vil kunne gagne virksomhetene i deres sykefraværsoppfølging, ved at BHT kan supplere og bidra med andre innspill enn det ansatte, arbeidsgivere, leger og NAV er i stand til. Den arbeidsmedisinske kompetansen er unik for bedriftshelsetjenesten. Samtidig er virksomhetenes forventninger til at bedriftshelsetjenesten skal være en uhildet ekspert noe som stiller sistnevnte overfor et stort ansvar. Kompromissløs faglighet og det at bedriftshelsetjenesten ikke kobler seg for tett opp mot ledelsen i virksomhetene ble pekt på som mulige "suksessfaktorer" i denne sammenheng.

## **Arbeidsgivere og leger**

---

Det har vært mye debatt om hvilken rolle legene skal ha i sykmeldingsarbeidet og vi har derfor gått grundig inn på dette temaet i denne rapporten. Legene skal etter regelendringene 1. juli 2011 i større grad involveres i sykmeldingsarbeidet, og særlig er det forventet økt kontakt og dialog mellom arbeidsgivere og leger. Legene skal blant annet delta på dialogmøter med arbeidsgivere (uten NAV), og de skal motta oppfølgingsplaner som arbeidsgiver og arbeidstaker utarbeider. Vi har sett på kunnskapsgrunnlaget for denne endringen og vurderer om legeressursene kan brukes på en bedre måte enn det som gjøres i dagens system.

### ***Tidligere forskning***

Det finnes etter hvert en del forskning på legers sykmeldingspraksis, holdninger til sykmeldingsarbeidet, og opplevde utfordringer rundt forventninger og regelverk. Forskningen kommer stort sett fra Skandinavia og Storbritannia. Opplevelsene rundt sykmeldingsrollen ser ut til å ha en del fellestrekk i de ulike landene, og særlig handler dette om rollekonflikter mellom det å være pasientens advokat og samtidig være portvakt for sykelønnsordningen. Allmennlegene/fastlegene synes det er vanskelig å vurdere arbeidsevne. De har lite kunnskap om den enkeltes jobbinnhold, og når pasienten ber om sykmelding, er det sjelden at legen går veldig i mot dette. Fordi det er stor variasjon i hvor mye leger sykmelder, kommer det stadig forslag om bedre opplæring og utvikling i sykmeldingskompetanse. Det er likevel kjennetegn ved pasientene eller de sykmeldte som forklarer det meste av variasjonen i sykefraværstilbøyelighet. Når man sammenlikner legers sykmeldingspraksis bør en derfor ta hensyn både til pasientsammensetning og lokale strukturelle forhold, som lokal arbeidsledighet og jobbmuligheter. Det er motstridende resultat når det gjelder sammenhengen mellom sykmeldingstilbøyelighet og kjennetegn ved legene.

Forskning viser at legers sykmeldingsatferd påvirkes av regelendringer, og særlig er det godt dokumentert at regelendringene 1. juli 2004, der det blant annet skulle fokuseres mer på graderte sykmeldinger, hadde stor effekt på legers sykmeldingspraksis og dermed på nasjonalt sykefravær.

Det finnes svært lite forskning på samarbeid mellom leger og andre aktører i sykmeldingsarbeidet, og særlig ser samarbeid mellom arbeidsgivere og leger ut til å være et ikke-tema i litteraturen. Som vi skal komme tilbake til i diskusjonen, er det naturlige grunner til dette.

### ***Ja, legene vet lite om virksomhetene***

Gjennomgangen av tidligere forskning viste at legene har lite kunnskap om den enkelte pasients arbeidsplass og jobbinnhold. Vi finner at det for den enkelte arbeidsgiver oppleves som vanskelig at legene ikke har god nok kunnskap om deres virksomhet eller bransje når de skal vurdere en sykmelding. Dette henger sammen med at arbeidsgiverne mener at legen ofte gjør feilvurderinger, og særlig at de sykmelder for ofte og for lenge om gangen. Legene bekrefter i stor grad at de mangler kunnskap om virksomhetene, og mener det er urealistisk at de skal ha en slik oversikt. Mange arbeidsgivere har høye forventninger til legenes kapasitet til å tilegne seg denne kunnskapen, mens andre har en bedre forståelse av legens kompetanseområde.

### ***Legene mener det tilrettelegges for lite***

Vi vet at mange arbeidsgivere strekker seg langt for å tilrettelegge for ansatte som får helseproblemer. Noen tilrettelegger for lite, mens andre tilrettelegger for mye - slik at andre ansatte får problemer. De fleste arbeidsgivere sier at de får til å tilrettelegge for noen, men at det finnes en grense for hvor mange som kan få tilrettelegging samtidig. Legene vi har intervjuet mener generelt at arbeidsgiverne tilrettelegger for lite, og at arbeidsgiverne i mange tilfeller synes det er bedre at NAV tar regningen, enn at de selv skal ta belastningen med å holde ansatte med lav produktivitet i arbeid og samtidig betale lønnen deres. I praksis er det altså opp til arbeidsgiveren å bestemme hvilken og hvor mye tilrettelegging som gjøres for den enkelte. Legene mener at arbeidsgiverne tilrettelegger for lite, men dette kan ha sammenheng med at det kanskje ikke er de som trenger det mest som får den beste tilretteleggingen. Legene har heller ikke god oversikt over hva som gjøres av tilrettelegging ute i virksomhetene, og ofte tilrettelegges det for at det ikke skal oppstå sykefravær.

### ***Funksjons- og arbeidsevnevurdering er vanskelig, pasienten bestemmer***

Forskning viser at leger generelt synes funksjonsvurdering og arbeidsevnevurdering er vanskelig, og kanskje kommer dette av at de i liten grad har formell opplæring på dette i legeutdanningen. Det har også sammenheng med at de i liten grad kjenner til hva som kreves på den enkeltes arbeidsplass. Dette gjør derfor at legene ofte er usikre i sykmeldingssaker, og at det i stor grad blir opp til pasienten om han eller hun skal sykmeldes eller ikke.

### ***Forventninger fra den ansatte/pasienten***

Det er naturlig å tenke at dersom legene skal være en reell portvakt for sykelønnsordningen, må kanskje legen ha bedre kort på hånden når en ansatt kommer til legen for å få en sykmelding, og legen ikke er enig i at det er medisinske årsaker til behovet for sykmeldingen. Gitt fastlegeordningen er det også nødvendig at alle legene får de samme reglene å forholde seg til, slik at det ikke er mulig å få sykmelding hos en annen lege om en ikke får det hos sin egen lege. Dette handler om forventninger til systemet, og legene føler at pasientene har sterke forventninger om å få en sykmelding om de føler de trenger det. Dette gjør at legen som enkeltperson må snu en nesten universell forventning til å få sykmelding i sitt møte med pasienten i en vanlig konsultasjon. Dette er en svært krevende oppgave, og synes nærmest umulig innenfor rammene for en konsultasjon.

### ***Fri flyt av helseinformasjon og diagnose***

Gjennom systemet som er bygget opp rundt oppfølging av sykmeldte, med oppfølgingsplaner, dialogmøter, tilretteleggingsplikt og ønske om å få til graderte sykmeldinger, ser det ut som helseopplysninger og diagnoseinformasjon flyter relativt lett mellom aktørene. Dette er betenkelig, og er sannsynligvis en uintendert konsekvens av det sterke fokuset på oppfølging av sykmeldte. Det bør nå gjøres en vurdering av om dette er en utvikling som er ønskelig, eller om det kan finnes måter å dempe behovet for helseinformasjon i det oppfølgingssystemet som er bygget opp. En kan tenke seg mange ulemper med en slik utvikling, særlig i forhold til de ansattes frykt for hvilke spørsmål de etter hvert må kunne svare arbeidsgiveren på, om arbeidsgiveren kan komme til å bruke denne kunnskapen mot dem på et senere tidspunkt, om andre ansatte og andre ledere kan få tilgang til denne informasjonen osv. At legen oppfordrer sine pasienter til åpenhet uten kanskje å tenke gjennom disse konsekvensene for den ansatte, er også betenkelig.

### ***Hva er alternativet til sykmelding?***

I visse tilfeller gis det sykmelding selv om det ikke er en medisinsk begrunnelse for det. Ofte kan behovet for å være borte fra jobben skyldes private forhold, som syke og pleietrengende foreldre, sosiale forhold, eller at det er andre i familie/omgangskrets som har behov for hjelp. Dette gir ikke rett til sykepenger. Typisk vil legen si at dette bør du kunne få velferdspermisjon for hos arbeidsgiveren din. Arbeidsgiverne innvilger velferdspermisjon i varierende grad, og den ansatte kan bli bedt om heller å gå til legen å få en sykmelding. Dette virker som en relativt vanlig situasjon ifølge våre informanter. Alternativet er da at den sykmeldte verken får velferdspermisjon eller sykmelding (betinget på at alle leger følger de samme reglene), og må mestre situasjonen med både jobb og andre krav. Belastningen kan bli for stor, og det oppstår et reelt behov for sykmelding og legen gjør rett i å gi sykmeldingen etter at belastningen har vart en stund og det utvikles helseproblemer, men altså ikke i forkant. Sett at legen vurderer at denne belastningen kommer til å bli for stor allerede ved første konsultasjon, og skriver ut en gradert sykmelding. Pasienten kan da unngå et langt sykefravær som skyldes overbelastning. Dette er reelle problemstillinger som i liten grad er diskutert i debatten rundt sykmeldingspraksis. I mange

typiske livsfaseproblemer, som belastning med omsorg for små barn, ungdomsproblematikk, skilsmisse osv., er det nettopp slike vurderinger legen må gjøre.

I andre tilfeller kan det være forhold på arbeidsplassen som er årsaken til at den ansatte går til legen og ber om en sykmelding. Legen vil i disse tilfellene vurdere helsekonsekvensene av å ikke sykmelde, og resultatet er i de fleste tilfeller at det innvilges en sykmelding. Legen vil kunne oppfordre den ansatte til å snakke skikkelig med lederen sin, ta kontakt med verneombudet, fagforeningen, bedriftshelsetjenesten, eller andre. Vi er foreløpig usikker på i hvor stor grad legene gir råd om slik kontakt til en sykmeldt, men det synes opplagt at det ikke kan forventes at legen skal gå inn i en konfliktsituasjon – selv om noen leger velger å ta kontakt med arbeidsgiver for å høre hva som foregår.

Det kan også være personlige forhold på arbeidsplassen som gjør at den ansatte ikke takler arbeidet sitt så bra for tiden, og at det utløser behov for fravær. Det kan være nye oppgaver som den ansatte ikke mestrer på tross av god opplæring, det kan være dårlig motivasjon og arbeidslyst generelt, vanskelige kunder/brukere, misnøye med avlønning etc. Dette er ikke forhold som gir sykmeldingsrett, men dette kan være bakenforliggende årsaker til at den ansatte ønsker sykmelding. Dette er typiske situasjoner der man kan si at dette er forhold som må avklares mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Legene har lite å stille opp med her, annet enn kanskje å prøve å snakke med pasienten for å få ham eller henne til å se saken fra flere sider. Og igjen – oppfordre til å snakke skikkelig med arbeidsgiveren. Kanskje skal også legen i større grad tørre å nevne jobbskifte for pasienter som har en slik arbeidssituasjon. De legene vi har diskutert dette med sier at de synes det er vanskelig å ta opp dette med pasienten, særlig når dette påvirker jobbsikkerhet og lønnsmuligheter.

### ***Regelendringene 1. juli 2011 gir et altfor byråkratisk system***

Det er flere forhold med regelendringene 1. juli 2011 som etter vår vurdering er uheldig. For det første ligger det ikke forskning til grunn som sier at det å flytte dialogmøtet fra uke 12 til uke 7, og la dette foregå uten at NAV er representert, vil ha effekt på sykefraværet eller sannsynligheten for å komme tidligere tilbake til jobb.

For det andre synes det lite gjennomtenkt at arbeidsgiverne skal ha makt og myndighet til å kalle inn legene til dialogmøter, uten at de har noen som helst kompetanse til å gjøre dette. Ifølge legene kommer det mange rare innkallinger, og det er ikke gitt noen retningslinjer for hvordan innkallingen skal skje eller når det skal innkalles til dialogmøte. Det ser ut til at mange arbeidsgivere kaller inn til dialogmøte med begrunnelsen at dersom de ikke gjør det, møtes de med sanksjoner fra NAV. Vi vet foreløpig ikke hvor omfattende dette er. Vi vet derimot at nesten to av tre virksomhetsledere mener de nye reglene har gjort sykefraværsoppfølgingen altfor byråkratisk (basert svar på spørreundersøkelse fra over 2500 virksomheter gjennomført i desember 2011/januar 2012). Dette er et tilfeldig utvalg av virksomheter som i 2009 var registrert som IA-virksomhet. Vi kan kanskje forvente at disse virksomhetene er mer positive enn andre virksomheter, slik at dette er et minimumsanslag.

Det er nå iverksatt et system med omfattende kontroll og sanksjoner rundt oppfølging av sykmeldte, uavhengig av diagnose og forløp. Dette synes overdrevet og basert på en tro om at det er omfattende overforbruk av sykefraværsordningen, og at aktørene ikke har intensjoner om å følge reglene. Vi er ikke overbevist om at dette gir gode løsninger, og foreløpig ser det ut til at "ting gjøres fordi de må gjøres – hvis ikke får vi sanksjoner mot oss" heller enn at ting gjøres fordi flere aktører er enige om at dette er en god tilnærming som de tror vil ha betydning.

At arbeidsgiverne skal sende oppfølgingsplanen til legene er også nytt fra 1. juli 2011. Dette kommer foreløpig på papir og passer dårlig med systemene på legekantorene. Det er ikke opplagt at planene benyttes i neste møte med pasienten, men dette er det godt mulig å finne løsninger på. Flere leger sier at planen burde kommet "med pasienten". Vi har foreløpig ikke grunnlag for å si noe om hvordan legene nyttiggjør informasjonen som kommer i de tilsendte oppfølgingsplanene.

Hovedutfordringen i forhold til sykmeldinger er kanskje at ulike aktører (arbeidstaker, arbeidsgiver, lege, NAV) sitter med ulik informasjon. En prøver nå å utligne denne asymmetrien i informasjonen med økt involvering av alle aktørene, slik at informasjonen skal bli mer symmetrisk. Det er kanskje i dette rommet mulighetene skapes, men det er også her byråkratiet vokser frem – særlig når en innfører sterke kontrollfunksjoner med tilhørende økonomiske sanksjoner.

De fastlegene som får til en god praksis rundt det nye regelverket forklarer at de tar dialogmøte på telefon og de bestemmer selv hvilke saker de går inn i. For eksempel at de tar kontakt med arbeidsplassen om det er noe de selv mener de kan bidra med. Å avklare med pasienten om legen skal innkalles til dialogmøte eller ikke, kan for eksempel enkelt hindre at arbeidsgiveren kaller inn legene. En annen faktor som kan være viktig for å få dette til å fungere, er at NAV-kontoret som har oppfølgingsansvaret (oppfølgingsteam/markedsteam) har stabilt personell, slik at det etter hvert utvikles et tillitsforhold mellom NAV og legene som gjør at det fungerer greit.

Vi ser altså noen uheldige effekter av regelendringene, men vi har ikke grunnlag for å si at regelendringene i seg selv er feil, og det er godt mulig de nye reglene fører til bedre oppfølging av sykmeldte. Det er mulig det handler om ordlyd og praktiseringen av reglene, og at det er det strenge kontroll- og sanksjonsregime som NAV er satt til å administrere som skaper vanskene. Flere har sagt at det er som å skyte spurv med kanon eller å bruke et alt for finmasket nett for å fange de store. Dette synes foreløpig å være en god beskrivelse av situasjonen.

Uavhengig av regelendringene 1. juli 2011, ser det ut til å være dårlig grunnlag for å forvente at det skal foregå massiv kommunikasjon mellom arbeidsgivere og leger om enkeltpersoner som blir sykmeldt.

### ***Store forventninger til kommunikasjon mellom leger og arbeidsgivere***

Regelendringene 1. juli 2011 lovfester et samarbeid mellom leger og arbeidsgivere. Med utgangspunkt i behovet fra arbeidsgiverne om å ha kontakt med legen som skriver ut sykmeldingene, ble det nå bestemt at arbeidsgiverne skulle kunne kalle inn legene til et dialogmøte på arbeidsplassen der arbeidsgiveren, arbeidstakere, bedriftshelsetjenesten og legen skulle møtes. Dette er ofte vanskelige møter for legene. At de skal sitte på en relativt uformell arena og være medisinsk sakkyndig er for mange en litt absurd oppgave. På dette møtet skal ikke NAV være representert, og legen skal dermed både støtte den ansatte/pasienten, og være portvakt for sykelønnsordningen – ikke bare i sine egne vurderinger, men også i forhold til arbeidsgivers og arbeidstakers krav og forventninger. I noen tilfeller kan dette fungere, men i andre tilfeller oppleves dette som en feil konstellasjon.

Det er flere grunner til at den forventede kommunikasjonen mellom arbeidsgiver/lege er utfordrende:

- Taushetsplikten til legen er sterk. De skal ikke uttale seg om pasienten til arbeidsgiveren, men de kan ta i mot informasjon.

- En lege har svært mange arbeidsgivere å forholde seg til. Dette er i seg selv uforenlig med arbeidsgivernes behov for at legen har god kunnskap om akkurat deres virksomhet, og at legen skal stå til disposisjon for sjefen til den enkelte sykmeldte.
- Arbeidsgivere har ikke kompetanse til å kalle inn til dialogmøte. De ringer gjerne dagen før møtet og forventer at legen kommer til virksomheten. Å oppdra alle arbeidsgivere er svært ressurskrevende, men det kan kanskje løses med bedre retningslinjer.
- Oppfølgingsplanene utarbeides fordi det må gjøres i følge loven, og planene gir ikke nødvendigvis noe informasjon som legen kan bruke i sin vurdering.
- Legekontorene har ikke noe system for å ta i mot oppfølgingsplaner og annen dokumentasjon fra arbeidsgivere. Dette kommer ofte i papirformat og kan dermed ikke lett legges inn i de elektroniske journalene. Dette er det sannsynligvis mulig å få til en praktisk løsning på.
- Dersom det foreligger uenighet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, er sannsynligvis ikke legen rette person til å gå inn i disse uenighetene.

Som arbeidstakere ønsker nok få av oss at arbeidsgiveren vår skal ta kontakt med legen vår. Det skaper utrygghet å vite at det foregår kommunikasjon rundt en selv, uten egen deltakelse.

I vanskelige tilfeller er det selvsagt viktig at legen deltar på dialogmøter for å bistå med en medisinsk vurdering og for å gi prognostisk informasjon. Problemet i dag er at legene innkalles til mange dialogmøter de ikke har anledning til å delta på, eller som de deltar på uten at det kommer noe særlig ut av møtene.

Det finnes helt sikkert leger som er for snare til å sykmelde, men det blir feil om det blir arbeidsgivernes oppgave å disiplinere legene. Det kan heller ikke være riktig at NAV skal disiplinere legene gjennom et omfattende kontrollsystem som fører til overbyråkratisering og mistenkeliggjøring av leger. Legene er en autonom profesjonsgruppe som det sannsynligvis er mer effektivt å samarbeide med enn å forsøke å disiplinere.

Evalueringen av sykmeldingsblanketten som kommunikasjonsmiddel som Fafo fullførte på slutten av 2011, viste at selv om ordningen med avventende sykmelding er lite brukt, vurderes det å være et potensiale for økt bruk. Kommunikasjonsfeltene i sykmeldingsblanketten er også lite brukt, men i følge spørreundersøkelsene som ble gjennomført av Fafo, ønsket alle aktører en økning i kommunikasjonen gjennom blanketten. Evalueringen foreslår å øke informasjonsmengden til alle aktører og å gi opplæringstiltak for legene i tillegg til at NAV må etterspørre bruk av kommunikasjonsfeltene og at "positive kommunikasjonsløyper må erstatte dagens negative sløyfer".

### ***En mulig løsning på differensiering av sykmeldinger som skal følges opp av NAV***

I dag får i praksis NAV oversendt alle sykmeldinger på samme måte. De må gjøre en sortering av disse i forhold til prioritering, tiltak og hvordan tiltakene skal iverksettes. I dag er det NAV som i stor grad gjør denne prioriteringen. Spørsmålet er om det er NAV som er best i stand til å gjøre disse vurderingene. Flere av våre respondenter mener den medisinske kompetansen i NAV må økes. Er dette en riktig utvikling, eller kan legene i større grad bidra til denne sorteringen, og dermed redusere dobbeltarbeid

med sykmeldingene? Sannsynligvis er fastlegene godt i stand til å vurdere hvilken type oppfølging den enkelte sykmeldte trenger, og kan for eksempel gi melding til NAV om dette er et tilfelle som går av seg selv uten behov for tiltak (hverken fra NAV eller andre), eller om dette er noe arbeidsgiveren bør kunne klare å tilrettelegge for (kanskje med bistand fra NAV). Dette er allerede forsøkt i et prosjekt i Larvik som kalles 1-2-3-4 (samarbeid mellom NAV lokalt, leger og NAV ALS) der legen på en enkel måte krysser av for 1, 2, 3 eller 4, der tallkoden viser følgende situasjon:

1. Kortvarig sykefravær, maks fire uker. NAV skal ikke foreta seg noe. Arbeidsgiver skal drive normal oppfølging og kontakt med arbeidstaker.
2. Medisinske årsaker, legen følger opp. Legen skriver hvorfor det ikke kan være aktivitet, type behandling, lengde etc. NAV trenger ikke å foreta seg noe, kan bruke rådgivende lege mht. sykmeldingstid/behandling m.m. Arbeidsgiver skal drive normal oppfølging og kontakt med arbeidstaker.
3. Arbeidsgiver tilrettelegger. Brukes i de tilfeller hvor legen mener at arbeidsgiver kan tilrettelegge og at dette vil føre til at personen kommer seg tilbake innen x antall uker. NAV trenger ikke foreta seg noe. Unik mulighet for til å hjelpe sine IA-bedrifter og til å rekruttere nye bedrifter til å tegne IA-avtale.
4. NAV må følge opp. Fastlegen er usikker på "hva dette egentlig er", eller om arbeidsgiver har mulighet for å følge opp godt nok. Personen bør bytte jobb pga. manglende muligheter for tilrettelegging, fordi det kan være konflikt, tiltak fra NAV osv. Krever en vesentlig endring av NAVs oppfølging, men som NAV Larvik er forberedt på, og mener er helt nødvendig og riktig.

Denne tilnærmingen ser ut til å løse mange av de utfordringene med dagens system som blir belyst og drøftet i denne rapporten. En vil særlig utnytte legens kompetanse i å vurdere hva som bør skje videre. I dagens system er det fastlegen som i størst grad har kjennskap til pasientens helsetilstand og livssituasjon, men de har i liten grad mulighet til å sende pasienten videre utenfor helsevesenet når de ser behov for at noen andre må gjøre en vurdering eller sette i verk tiltak. Det er helt sikkert sider ved en slik løsning som må diskuteres nærmere, men en slik løsning vil innebære en ansvarliggjøring av legene i forhold til å vurdere hva som skjer videre.

NAV Arbeidslivssenter (NAV ALS) har over mange år utviklet god kompetanse som bør kunne brukes om man får til en sortering eller differensiering av sykmeldingene. NAV ALS har sterk virksomhetskompetanse og kan gå inn i virksomheter der det er behov. De har et godt rykte blant virksomhetene i mange områder av landet, og de vil kunne samarbeide med NAV lokalt, Arbeidstilsynet, bedriftshelsetjenesten og andre relevante aktører.

Arbeidsgiverne vil fortsatt ha behov for kontakt med legene, og legene bør derfor i større grad benytte avventende sykmelding, gradering av sykmeldingene og ikke minst bør de fylle ut punkt fem på sykmeldingsblanketten. Dette kan også få legen til å bli mer bevisst arbeidsgivernes behov, uten at en kanskje trenger å skrive annet enn forventet varighet på helseproblemene. Om legen får mulighet til å bruke et system som 1-2-3-4 eller liknende i sin kommunikasjon med NAV, og dette følges opp av NAV,

så vil det i mindre grad komme gjengangere med stadige behov for nye sykmeldinger. Sakene kan få en løsning. Der det er behov, og legen føler han eller hun har noe å bidra med, bør legen delta på dialogmøte. Arbeidsgiverne på sin side bør kommunisere med legen gjennom feltet på baksiden av del C av sykmeldingsblanketten. Dette er en ryddig form for kommunikasjon, der pasienten er til stede og ser hva som skrives. Om ikke legene møter arbeidsgivernes behov for denne kommunikasjonen, må de forvente fortsatt stort behov fra arbeidsgiverne om kontakt med legen som sykmelder deres ansatte. Diskusjon om hvilke helseopplysninger som gis direkte og indirekte via denne kommunikasjonen, bør diskuteres på et høyere nivå.

### ***Avsluttende kommentar – de gode intensjonene***

Gjennom dette prosjektet har vi blant annet sett på forslagene fra "Ekspertutvalget for sykefravær" som vinteren 2010 anbefalte bruk av graderte sykmeldinger som hovedregel, og innføring av delfinansiering av langtidsfraværet fra arbeidsgiverne dersom de ikke får til å tilrettelegge for minst 20 prosent friskmelding. Vi konkluderer med at gradering av sykmeldingene er et godt tiltak i utgangspunktet, og vil føre til en bedre bruk av arbeidskraftsressursene i mange tilfeller. Potensielt kan det hindre at mennesker faller ut av arbeidslivet. Det ser imidlertid ikke ut til at ekspertutvalget har vurdert konsekvensene på arbeidsplassene i tilstrekkelig grad. Mange arbeidsgivere har store utfordringer med å få til effektiv tilrettelegging og bruk av graderte sykmeldinger, og dette handler om mangel på produktive oppgaver og at dette gir økonomiske konsekvenser for arbeidsgiver (må leie inn vikar uansett). Det er store forskjeller mellom næringer i andel av sykefraværstilfellene som er gradert, og det er tydelig enklere for noen (kontorarbeid med selvstendige arbeidsoppgaver) enn for andre (der oppgavene må gjøres til faste tider). Dette betyr at en medfinansiering basert på om de får til tilrettelegging, vil ramme næringene skjeft. Privat sektor ligger har lavest andel av sykmeldingene gradert, og dette henger i stor grad sammen med mangel på produktive oppgaver og økonomiske konsekvenser av tilrettelegging. Vi finner ikke belegg for å si at det er stor uvilje mot tilrettelegging blant arbeidsgiverne, eller at dette er noe som forklarer variasjonen i graderingsandelen mellom næringene. Forsøk på disiplinering gjennom økt arbeidsgiver-finansiering vil derfor kunne ha større negative konsekvenser (ekskludering) enn positive (økt forebyggingsinnsats).

Det er også grunn til å ta debatten om det store fokuset på sykefravær er riktig i dagens arbeidsmarked, der hovedutfordringen fremover er mangel på arbeidskraft. Målet for myndighetene og partene i arbeidslivet burde heller være å skape og opprettholde gode, trygge og lønnsomme arbeidsplasser fremfor å ha et overdrevet stort fokus på et sykefravær som sannsynligvis i liten grad skyldes dårlige holdninger hos arbeidsgivere og arbeidstakere. Tiltak som iverksettes i stor skala, må være mye bedre fundert enn de er i dag. Det må være samsvar mellom det man vil oppnå med tiltaket og hvilke konsekvenser tiltaket får. Gradering er for eksempel lettest å få til og er mest brukt i lederyrker og akademiske yrker, men dersom målet er å redusere antallet som faller ut av arbeidslivet, er det ikke i disse yrkesgruppene faren for frafall er størst.