

Hvordan redusere sykefraværet i Norge?

Ti år etter at avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA) ble inngått mellom partene i arbeidslivet og regjeringen, er sykefraværet fortsatt like høyt. Nå trenger vi holdningsendringer både hos arbeidsgivere, arbeidstakere og fastleger.

TEKST

Arnstein Mykletun

PUBLISERT 5. september 2010



FOR MYE SYKMELDING: Fastlegenes portvokterrolle fungerer ikke særlig effektivt. Leger avslår svært sjelden pasientens ønske om sykmelding, skriver Arnstein Mykletun. Illustrasjon: Oda Valle

Det er bred enighet i Norge om at både sykefraværet og andelen på uføretrygd er høyere i Norge enn i de aller fleste land vi sammenligner oss med. Undertegnede var leder for den regjeringsoppnevnte ekspertgruppen som 3. februar 2010 leverte sin innstilling med forslag til strukturelle tiltak for reduksjon i sykefraværet (tilgjengelig på

www.regjeringen.no/ia) (Mykletun, Eriksen, Røed, Schmidt, Fosse, Damberg, Christiansen & Guldvog, 2010).

«Sykefravær og uføretrygd er velferdsgoder som det er viktig å verne om, men forbruket av disse er i dag for høyt»

Sykefraværet er i dag omtrent like høyt som for ti år siden, da trepartssamarbeidet mellom arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene samt regjeringen (IA-samarbeidet) ble innledet. Dette samarbeidet er unikt internasjonalt, men har ikke ført til måloppnåelse: Sykefraværet er i dag omtrent på samme nivå som da samarbeidet ble innledet, og andelen på uføretrygd har økt. Pensjonsalderen har riktignok økt med omtrent et halvt år, men forventet levealder har i samme periode økt betraktelig mer. OECD har antydnet at IA-samarbeidet kanskje ikke er en heldig løsning, fordi konsensusmodellen mellom parter med såpass ulike agendaer kan virke hemmende på beslutningsevnen.

Ulike forklaringsmodeller

Det er tre teoretiske modeller for årsaker til sykefravær og uføretrygd, og vi kan forsøke å forstå det høye uttaket av sykdomsrelaterte trygdeytelser i Norge i lys av disse.

Den trygdemedisinske modellen forklarer helserelaterte trygdeytelser med sykdom, og fokuserer gjerne på diagnosene som trygdeytelsene ble gitt for. Selv om dette perspektivet har mye for seg i andre sammenhenger, kan det vanskelig forklare det høye nivået i Norge: Folkehelsen i Norge er generelt i bedring, og er på ingen måte dårlig inter-nasjonalt sammenlignet (Nasjonalt folke-helseinstitutt, 2010). I tråd med denne modellen vil behandling av sykdom redusere sykefravær, og herunder følger IA-samarbeidets satsing *Raskere tilbake*. Men slike tilnærminger er forbausende lite effektive, trolig fordi forholdet mellom sykdom og trygd er ganske løst (Wikman, Marklund & Alexanderson, 2005). Politikere sier gjerne at *det er klart de syke skal være sykmeldte*, og ordet *syk* blir ofte brukt synonymt med *sykmeldt*. Dette er uheldig fordi vi vet at de fleste i befolkningen har symptomer og diagnoser, og de fleste er tross alt i jobb likevel.

Utstøtingsmodellen forklarer uttak av helserelaterte trygdeytelser som et resultat av andre *ufrivillige* prosesser. Det har vært mye oppmerksomhet på arbeidsmiljøbelastninger, og særlig har opplevd misforhold mellom krav og kontroll vært i fokus (Sanne, Mykletun, Dahl, Moen & Tell, 2005). Det er imidlertid ikke noe grunnlag for å si at arbeidsmiljøet brutaliseres, eller at det er mer brutalt i Norge enn i land vi sammenligner oss med (Mykletun et al., 2010). Vektleggingen av ufrivillige prosesser som årsak til sykefravær og utstøting er populær blant sosiologer, samfunnsmedisinere, kanskje også psykologer, og den anvendes ofte av sosialistiske politiske partier.

Attraksjonsmodellen er ideologisk i kontrast til utstøtingsmodellen, og trekker frem at det ofte er et element av et frivillig og rasjonelt valg involvert i sykmelding og uføretrygding. Dette gjenspeiles i at man ofte hører folk si at de *går til legen og sykmelder seg*, eller at *hun tok uførepensjon da han gikk av med AFP*. Men fastlegenes portvokterrolle fungerer ikke særlig effektivt. Leger avslår svært sjelden pasientens ønske om sykmelding (Carlsen & Norheim, 2005). Portvokterrollen er åpenbart vanskelig siden legen må balansere mellom det å være pasientens advokat på den ene siden, og byråkrat og portvokter på vegne av samfunnet på den andre. Sykmelding og uføretrygd skal bare gis når det foreligger diagnose og relatert funksjonssvikt. Men mesteparten av uføretrygding skjer for diagnoser der legene mener det er vanskelig å objektivt bestemme diagnose og funksjonssvikt (Overland, Overland, Johansen & Mykletun, 2008).

En logisk følge av attraksjonsmodellen er at redusert økonomisk kompensasjon ved sykmelding og uføretrygding vil gjøre *valget* mindre attraktivt, og derved også redusere tilstrømningen til disse ytelsene. Norge er alene om å yte 100 prosent lønn ved sykmelding, og OECD har pekt på at sjenerøsiteten i de norske helserelaterte velferdsordningene er årsaken til at forbruket av disse ytelsene er så høyt (OECD, 2006). Ekspertgruppen konkluderte med at det er en priselastisitet på omtrent én i forholdet mellom kompensasjonsgrad og forbruk av sykefravær: Om man reduserte stønaden fra 100 til 80 prosent, ville sykefraværet trolig reduseres med 20 prosent (Mykletun et al., 2010). Slike perspektiver og tiltak er populære på den politiske høyresiden, og økonomifaget arbeider mye etter attraksjonsmodellen.

Gradering tilfredsstiller alle

Det er besnærende hvordan disse tre perspektivene alle virker gyldige hver for seg, samtidig som de står i kontrast til hverandre på mange måter. Den relative betydningen av de tre modellene for sykmelding og uføretrygding er ukjent. Noen vil nok også på ideologisk grunnlag avvise enkelte av modellene.

Ekspertgruppen var bredt sammensatt både politisk og faglig og ønsket å trekke frem tiltak som kunne ha relevans på tvers av disse teoretiske og ideologiske løsningene. Kjernen i ekspertgruppens forslag var å øke andelen *graderte sykmeldinger*. Andelen graderte sykmeldinger økte kraftig i 2004, noe som ble ledsaget av et fall i sykmelding. Man må ikke nødvendigvis komme til enighet om hvilken av de ovenstående modellene som er mest relevant for å kunne slutte seg til tanken om økt bruk av gradert sykmelding, for økt bruk av gradert sykmelding er faktisk kompatibelt med alle tre modellene.

Gradert sykmelding stemmer godt overens med en trygdemedisinsk modell: Ved de fleste diagnoser man er sykmeldt for, er det ikke noe klart skille mellom frisk og syk (som ved muskel- og skjelettlidelser eller psykiske lidelser), og heller ikke farlig å være i noe aktivitet. Snarere tvert imot. Ved angstlidelser, som er en svært vanlig diagnose for uførepensjonering (Mykletun & Knudsen, 2009), er eksponering viktigste behandling,

ikke fullstendig passivitet. Det samme gjelder for rygglidelser. Terskelen for retur til arbeid kan bli høy ved lange fulltidssykmeldinger.

Dersom årsaken til sykmeldingen er et arbeidsmiljøproblem, slik utstøtingsmodellen foreslår, er jo heller ikke full sykmelding løsningen. Ved gradert sykmelding, altså noe jobb, vil man kombinere hensynet til å skjerme den sykmeldte noe fra jobb, samtidig som arbeidsmiljøproblemet holdes på dagsordenen. Og dersom årsaken til sykmeldingen er såkalte utilsiktede aktørresponser (altså at noen *velger* sykmelding fordi det er bekvemt) slik attraksjonsmodellen hevder, vil gradert sykmelding gjøre dette noe mindre attraktivt.

Nødvendige holdningsendringer

Hvordan kan så økt bruk av gradert sykmelding oppnås? Ekspertgruppen mente at alle parter burde påvirkes:

1. Arbeidsgiveren gjennom endring av ordningen for refusjon av utgifter til lønn under sykdom. Konkret foreslo vi å la arbeidsgiveren betale 20 % av lønn ved sykefravær etter åtte uker, men bare dersom denne ikke var gradert.
2. Arbeidstakerens holdninger til aktivitet og gradert sykmelding ved for eksempel ryggsmertesmerter kan påvirkes gjennom holdningskampanjer.
3. Fastlegene, som står for mesteparten av sykmeldinger, gjennom kompetanseheving, kurs og oppfølging av NAVs rådgivende leger.

IA-samarbeidspartene gav uttrykk for at de la ekspertgruppens forslag til grunn i det videre arbeidet. Så langt har de forsøkt å øke bruken av gradert sykmelding gjennom påvirkning av legene. Sykefraværet falt med 8,9 % fra første kvartal 2009 til første kvartal 2010 men dette skyldes trolig en forbigående effekt av mye medieoppmerksomhet på temaet i vinter, samt mindre sesonginfluensa vinteren 2010.

Sykefravær og uføretrygd er velferdsgoder som det er viktig å verne om, men forbruket av disse er i dag for høyt. Et overforbruk er ikke bærekraftig og vil kunne true den politiske oppslutningen om disse velferdsgodene.

FAKTA: SYKEFRAVÆRET

- Avtalen om et inkluderende arbeidsliv fra 2001 har hatt liten effekt. Sykefraværet har ikke gått vesentlig ned
- Uføretrygding blant unge mennesker øker, særlig for psykiske lidelser
- De vanligste diagnosene ved sykmeldinger er knyttet til muskel og skjelettsmerter og lettere psykiske lidelser
- Gradert sykmelding bør bli hovedregelen ved sykefravær

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 9, 2010, side 850-852

TEKST

Arnstein Mykletun, Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt

KONTAKT: simon.overland@iuh.uib.no

+ Vis referanser

Referanser

Carlsen, B. & Norheim, O. F. (2005). «Saying no is no easy matter» - A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research*, 5.

Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2010). Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge (No. 2010:2): Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Mykletun, A., Eriksen, H. R., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., Christiansen E. C., Guldvog, B. (2010). Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktivitets- og nærværsreform. Oslo. http://www.regjeringen.no/pages/2334559/R_2010_tiltak_sykefravaer.pdf

Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet.

OECD (2006). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. Norway, Poland and Switzerland. Paris: Organisation for Economic Corporation and Development.

Overland, R., Overland, S., Johansen, K. N. & Mykletun, A. (2008). Verifiability of diagnostic categories and work ability in the context of disability pension award: A survey on «gatekeeping» among general practitioners in Norway. *BMC Public Health*, 8, 9.

Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E. & Tell, G. S. (2005). Testing the job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study. *Occupational Medicine-Oxford*, 55 (6), 463-473.

Wikman, A., Marklund, S. & Alexanderson, K. (2005). Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal of epidemiology and community health*, 59 (6), 450-454.