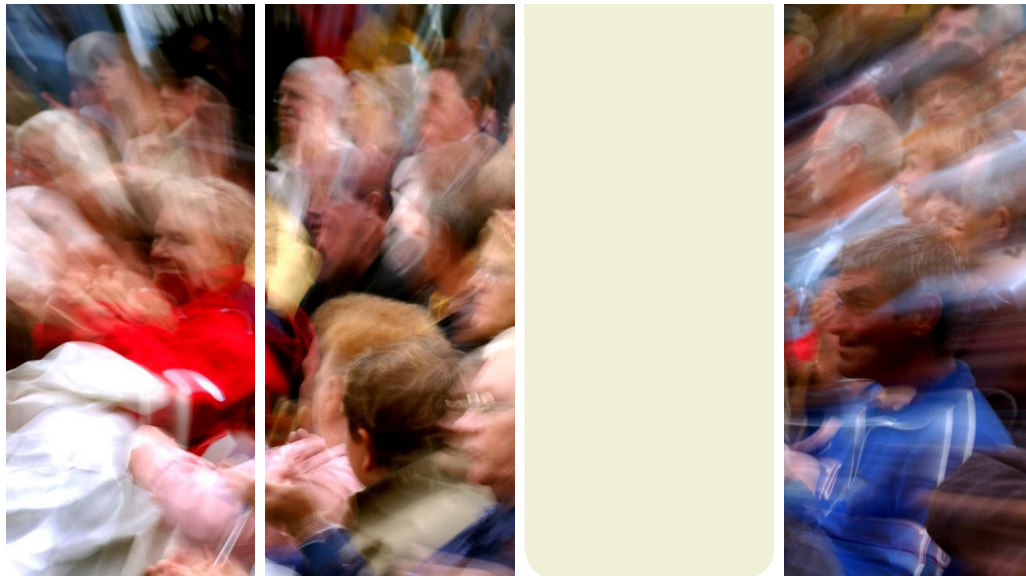


2013



## Effekter av tiltak under IA-avtalen

Rapport fra forskermøte på oppdrag fra  
Arbeidsdepartementet



# **Effekter av tiltak under IA-avtalen**

Rapport fra forskermøte på oppdrag fra  
Arbeidsdepartementet

Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Divisjon for Psykisk helse  
Juni 2013

**Tittel:**

Effekter av tiltak under IA-avtalen.  
Rapport fra forskermøte på oppdrag fra Arbeidsdepartementet.

**Prosjektleder:**

Arnstein Mykletun

**Forfattere:**

Arnstein Mykletun og Beate Brinchmann

**Bidragstere:**

Beate Brinchmann  
Knut Røed  
Simen Markussen  
Inger Cathrine Kann  
Torill Tveito  
Grete Damberg  
Niklas Baer  
Bent-Ole Grooss  
Pål Molander  
Arild Aakvik  
Kjell Vaage  
Dag Bruusgaard  
Jan Høgelund  
Søren Brage  
Intern fagfellellevurdering: Leif Edvard Aarø

**Bestilling:**

Rapporten kan lastes ned som pdf  
på Folkehelseinstituttets nettsider: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

Rapporten kan også bestilles fra  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Postboks 4404 Nydalen  
NO-0403 Oslo  
[publikasjon@fhi.no](mailto:publikasjon@fhi.no)  
Telefon: 21 07 82 00  
Telefaks: 21 07 81 05

**Grafisk designmal:**

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

**Layout omslag:**

Per Kristian Svendsen

**Opplag: 200**

**Foto omslag:**

Colourbox

ISBN 978-82-8082-573-5 trykt utgave  
ISBN 978-82-8082-574-2 elektronisk utgave

## Forord

Arbeidsdepartementet gav etter søknad Folkehelseinstituttet i oppdrag å samle kunnskap om effekter og kostnadseffektivitet av tiltak under IA-avtalen. I henhold til utlysningen ble oppdraget utført ved gjennomføring av et forskermøte hvor aktive forskere med interesse for temaet ble invitert.

Folkehelseinstituttet takker Arbeidsdepartementet for oppdraget og for godt samarbeid med å planlegge og gjennomføre forskermøtet, samt for gode bidrag og tilbakemeldinger på rapporten. En stor takk rettes også til forskere fra ulike institusjoner og møtedeltakere fra Arbeidsdepartementet og Arbeids- og velferdsetaten (NAV) som har deltatt med forberedte innlegg, engasjert seg i aktiv diskusjon og gitt tilbakemeldinger på rapportutkast.

Fagfeltet er tverrfaglig av natur, noe som gjør det krevende for enkeltforskere å ha god oversikt. Det er viktig med møteplasser for forskere og ansatte i forvaltningen slik at forskningen skal kunne stimuleres til å bli mer relevant for beslutningstakere, og beslutninger mer evidensbaserte.

I den foreliggende rapporten konkluderer forskermøtet med at av de tiltakene som er gjennomført under IA-avtalen fra 2001 til nå, er det best dokumentasjon for at økt bruk av gradert sykmelding reduserer totalt sykefravær. Videre diskuteres det om tiltaket har potensial i seg til å være kostnadseffektivt. For å hente ut et trolig betydelig restpotensial, anbefales det at man forsøker økonomiske incentiver rettet mot arbeidsgivere. For de andre tiltakene i IA-avtalen er det mindre kunnskap om effekter.

Forskermøtet står bak innholdet i denne rapporten, som vi håper kan bidra til debatten om hvordan en IA avtale eventuelt skal kunne videreføres. Vi håper også rapporten kan anspore til mer evidensbasert utforming av beslutninger på området, samt mer relevant forskning.

Oslo, 7. juni 2013

Ellinor F. Major  
Divisjonsdirektør  
Divisjon for psykisk helse



## Innhold

Forord _____	3
Sammendrag _____	6
Summary in English _____	9
Mandat og organisering av forskningsmøtet _____	12
Bakgrunn _____	14
Gjennomgang av diskusjoner og konklusjoner i møtet om effekter av de ulike komponenter i IA-avtalen _____	22
Appendiks 1: Ytterligere figurer og tabeller _____	33
Appendiks 2: Referat fra de enkelte presentasjoner i møtet _____	36
Appendiks 3: Mer utfyllende om IA-avtalens historie 2001 – 2013 _____	52
Referanseliste _____	61

## Sammendrag

Gjennom intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) arbeider regjeringen og partene i arbeidslivet for et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunnet. Avtalen ble første gang undertegnet i 2001, og någjeldende avtalen ble signert i 2010. Avtalen skal bidra til å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

På oppdrag fra Arbeidsdepartementet ble det i april 2013 gjennomført et møte for forskere med interesse for effekter av tiltak under IA-avtalen og kostnadseffektivitet av disse. Generelt er det lite foreliggende effektforskning på feltet, og et begrenset antall forskere var interessert i temaet. Fem tiltak under IA-avtalen var tema for møtet:

### Gradert sykmelding

Økt vektlegging og bruk av gradert sykmelding i 2004 og i 2010 har vært det mest effektive tiltaket for redusert sykmelding. I perioder hvor graderingsandelen går opp har også totalt sykefravær falt. Effekten er også dokumentert ved analyser av forskjeller mellom leger i graderingstilbøyelighet, samt forskjeller mellom kommuner. Mekanismene er imidlertid mer usikre, og kan innebære helsegevinster, redusert risiko for å falle utenfor samt at gradert sykmelding kan ha hatt disiplinerende effekter. Kostnadene ved økt bruk av gradert sykmelding er også i det vesentlige ukjente, men er trolig relativt beskjedne sammenlignet med andre tiltak i IA-avtalen. Gradert sykmelding har derved potensiale til å være et kostnadseffektivt tiltak for redusert sykefravær og utstøting. Effektene som er oppnådd til nå har kommet ved bruk av enkle og lite kostnadskrevende virkemidler som endrede regler og endret sykmeldingsblankett i 2004, samt informasjons- og holdningskampanjer basert på ny IA-avtale i 2010. Restpotensialet er ikke uttømt, men forutsetter trolig bruk av kraftigere virkemidler, eksempelvis økonomiske incentiver for å stimulere arbeidsgivere til å tilrettelegge for gradert sykmelding.

### Endring av sykmelders rolle, herunder opplæring, tilbakemelding på egen sykmeldingspraksis og faglige veiledere

Fastleger skriver ut de fleste sykmeldinger og sykmelders rolle har vært i endring i IA-perioden. Generelt er effektene av disse tiltakene ikke kjent, heller ikke kostnadene. NAV har utviklet et nettbasert system for tilbakemelding på egen sykmeldingspraksis, men kun 991 sykmeldere av om lag 22.000 leger og drøyt 4.000 fastleger i Norge hadde per 04.02.13 logget seg inn og fått tilbakemelding på egen sykmeldingspraksis. Man har også sett økt deltakelse blant leger på dialogmøter i tråd med nye krav. Videre er det utviklet en faglig veileder for sykmeldingsarbeid som er offentlig tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmeside, men det er ikke kjent hvor mange sykmeldere som bruker denne. Et gruppebasert opplæringsprogram som ble gjennomført i 2004 ble imidlertid evaluert, og noe overraskende fant man at deltakelse på kurset førte til at restriktive leger ble mer liberale i sykmeldingsspørsmål. Det gjennomføres nå et obligatorisk nettbasert 2-timers opplæringsprogram for leger som ikke egenerklærer at de ikke trenger dette. Selv om mange deltar er effekten av opplæringsprogrammet ukjent.



## Tilretteleggingstilskuddet, herunder tilskudd til bedriftshelsetjeneste (BHT)

Det har ikke vært gjort noen systematiske forsøk på effektevaluering av disse tiltakene som er forbeholdt IA-virksomheter.

Når tilrettelegging eller endring av arbeidsoppgaver er nødvendig for at en arbeidstaker skal kunne fortsette å jobbe, og dette fører til merutgifter, kan IA-virksomheter søke NAV om tilretteleggingstilskudd. Det kan ytes tilskudd til tiltak for enkeltindivider og grupper av arbeidstakere. Tilskuddet kan for eksempel ytes til arbeidstrening, transport til og fra arbeidsplassen, kjøp av gjenstander eller tiltak for grupper av arbeidstakere med samme behov for tilrettelegging. Det ytes også tilskudd til bedriftshelsetjeneste for IA-virksomheter. Ordningen har en ramme på 380 millioner over statsbudsjettet for 2012. NAV Arbeidslivssentre er ressurs- og kompetansesentre for et inkluderende arbeidsliv forbeholdt virksomheter med IA-avtale. Arbeidslivssentrene skal bistå virksomhetene i «å sette seg klare mål og utvikle gode handlingsplaner for sitt arbeid i tråd med inngåtte avtaler» og skal i tillegg «hjelp virksomhetene i deres langsiktige, systematiske og forebyggende HMS og IA-arbeid» (NAVs hjemmeside). Det er 500 årsverk i tjenesten fordelt på fylkene.

Virksomheter som har hatt tilgang til disse tiltakene har hatt en utvikling i totalsykefraværet siden 2001 som har vært parallell med virksomheter som ikke har vært medlem i IA-avtalen. Tiltakene har blitt forvaltet forskjellig over tid og mellom regioner, og det kan ikke utelukkes at tiltakene har hatt en blanding av effekter. Tiltakene kan ha vært både positive, negative eller ineffektive, slik at den samlede effekten ikke blir målbar. Utover denne enkle sammenligningen har det ikke blitt gjort noen systematiske forsøk på effektevaluering av ordningene for tilretteleggingstilskudd og arbeidslivssentre.

## Raskere tilbake (RT)

Raskere tilbake (RT) forvaltes av NAV og er et arbeidsrettet tiltak til sykmeldte for å hindre unødig langvarig sykefravær som følge av ventetid på behandling. Det har aldri blitt lagt til rette for en systematisk effektevaluering av tiltaket. I den første fasen av RTs historie hadde pasienter som mottok spesialisthelsetjenestebehandling i RT 12-15 dager kortere sykmelding, men likevel bare 8 dager kortere sykmelding enn de som mottok spesialisthelsetjenestebehandling utenfor RT. Estimaten er imidlertid noe usikre på grunn av mulige seleksjonseffekter, og dagens kliniske tilbud i RT er nå også bredere enn tidligere. Det foreligger ingen analyse av kostnader versus nytte for tiltaket. Tiltakene omfatter tilbud om oppfølging, avklaring og arbeidsrettet rehabilitering. Kliniske tilbud til personer med lettere psykiske og sammensatte lidelser samt ryggplager er utviklet i kjølvannet av RT. Her vil det være eksempler på evidensbasert klinisk behandling som ikke er tilgjengelig i offentlig sektor bortsett fra i RT. I tillegg tilbys raskere tilgang til ordinær behandling i spesialisthelsetjenesten som en del av RT. Det ble i 2012 brukt 709 millioner over statsbudsjettet på RT.

## Endringer i oppfølgingsregimet for sykmelder

Endringer i oppfølgingsregimet for sykmeldte omfatter blant annet oppfølgingsplan, dialogmøter og sanksjoner. Sykmelding innebærer i dag omfattende rutiner for arbeidsgiver, arbeidstaker, NAV og til dels sykmelder (fastlege). Det er selvsagt betydelige kostnader forbundet med eksempelvis dialogmøter og utarbeidelse av oppfølgingsplan, men det er ikke utført noen effektevaluering av disse tiltakene, og heller ikke noen evaluering av kostnytte.

## Oppsummert om kunnskapsgrunnlaget

Det er av NAV og Arbeidsdepartementet bestilt en rekke evalueringer og rapporter knyttet til ulike aspekt ved IA-avtalen, men i vitenskapelig forstand er det bare et fåtall av disse som faktisk evaluerer effekter av tiltakene. Med unntak av gradert sykmelding har vi generelt lite kunnskap om hva som virker, hva som eventuelt er skadelig, og hva som er helt uvirksomt. Slik kunnskap har bare i liten grad vært etterspurt, men en nødvendig holdningsendring sees nå på dette området.

Sammenlignet med helsesektoren har det i IA-sammenheng bare i liten grad vært kultur for å etterspørre evidens for effekter av tiltak før implementering av tiltak. Dette gjelder i hele verdikjeden fra politikkkutforming på ministernivå i samarbeid med partene i arbeidslivet til saksbehandler- og klinikernivå. Bortsett fra når det gjelder effekten av gradert sykmelding er kunnskapsgrunnlaget hva angår effekter av tiltak i IA-avtalen generelt svakt, noe som vanskeliggjør en kunnskapsbasert politikkkutforming.

Dette manglende kunnskapsgrunnlaget om effekter av komponenter i IA-avtalen kan forbedres: Nye tiltak kan implementeres gradvis, slik at man kan vurdere effekten underveis før full implementering. Det bør stimuleres til mer forskning på effekter av tiltak og virkemidler under IA-avtalen, og Arbeidsdepartementet kan bidra til dette gjennom sin innflytelse på Forskningsrådets prioriteringer. Det er mer usikkert om tildelinger direkte fra departementene til små forskningsprosjekt borger for den nødvendige vitenskapelige kvalitet. Derimot kan hyppigere møter mellom forskere og forvaltningen kunne anspore til en etterspørsel etter kunnskap om effekter av tiltak, samt stimulere til mer forskning av relevans for politikkkutforming.

## Summary in English

Through The Agreement for a more Inclusive Working Life (the IA-agreement), the Norwegian government collaborates with employee organizations (the unions) and the main business organizations to contribute to the prevention and reduction of sickness absence, to helping employees back to work, and to improvement of the work environment, as well as prevention of expulsion and withdrawal from work. The first agreement was signed in 2001, and the current agreement was signed in 2010.

On assignment from the Ministry of Labor, a cross-disciplinary meeting for scientists with interest in effectiveness and cost-effectiveness of components of the IA-agreement was arranged in April 2013.

In general, there is not much research available concerning effects of the interventions in the IA-agreement, thus the number of scientists interested in this subject was also limited.

Five components of the IA-agreement were subject for the meeting:

(1) Increased use of graded sick leave in 2004 and from 2010 till 2012 has been the most effective component contributing to reducing sick leave. In periods where the proportion of graded sick leave has increased, total sick leave has decreased. This effect is also documented by analyses on variation in general practitioners' preferences regarding graded sickness absence. Patients on long-term sickness absence listed with GPs who often use graded sickness absence in their patients, have shorter total sickness absence and higher probability of being employed two years later on. The mechanisms involved in this association are, however, more uncertain, and may involve health benefits, reduced risk of expulsion, together with an effect of graded sick leave on the discipline of employees. The costs related to increased use of graded sick leave are mostly unknown, but are probably relatively modest compare to other components in the IA-agreement.

Graded sick leave may have the potential to be cost-effective as a means to reduce sickness absence. The increase in graded sickness absence in 2004 and 2010-2012 have been achieved by simple and inexpensive policy revisions and information to employers, employees, GPs and to the Social Security Administration (NAV). There is a promising remaining potential in further increasing the use of graded sickness absence, but it will require stronger interventions. One suggestion is that employers may be incentivized economically to facilitate graded sickness absence by taking over 20% of the economic burden of un-graded sickness absence after the 8<sup>th</sup> week of continuous sickness absence. In the current setup, the employer covers the first 16 days of sick-pay, and the public covers the period from day 17 up till a year.

(2) There have been changes in the role of the sick leave certifier, which is usually the GP. These changes involve training, feedback on own practices and professional guidance in the work surrounding authorized sick leave. Generally the effects as well as the costs of these efforts are unknown.

The Norwegian Labor and Welfare administration (NAV) has developed a web-based system which gives feedback on own practices compared with others, but only 991 of approximately 22000 physicians and over 4000 GPs had per 04.02.13 used the opportunity to receive feedback on own practice. Physicians have increased their participation in dialogue meetings in accordance with new requirements.

There are also developed guidelines for sickness absence certification, available at the website of the Directorate of Health. It is publicly available without login, thus we do not know to what extent it is used by GPs and other certifiers. A group based training program for sickness absence certification was developed in 2004, and the evaluation indicated that participants with a restrictive practice prior to participation in the course actually became more liberal and increased their sickness absence certification.

Currently, a web-based 2-hours course in sickness absence certification is now being offered to physicians who don't self-declare they don't need this course. The effect of this program is also unknown.

(3) Enterprises and businesses can be members of IA. Membership does not involve any direct cost, and most of public sector enterprises as well as a large proportion of medium sized and large private businesses are members.

Membership involves access to funding of individual interventions to retain employees in employment during illness, and also to group-based preventative interventions. Interventions may include for example training, transport or equipment. Also group-based interventions with the purpose of prevention can be covered. IA-enterprises can also have parts of their company health services covered. The budget for 2012 for these services was NOK 380 million.

Further, IA-enterprises have access to "NAV working life centers", where about 500 people are employed throughout the country. The aim of these centers is to assist enterprises in their strategic work according to the goals of the IA-agreement.

There has been no systematic attempt to evaluate these services restricted to IA-enterprises only. However, the development in sickness absence has since 2001 not been any better or worse in IA-enterprises than in non-member enterprises. Throughout this period, non-members have had lower sickness absence, which at least to some extent might be explained by characteristics of the businesses and their employees.

(4) The Faster Return to Work (FRW) scheme is administrated by NAV. In short, the aim of the scheme is to prevent long-term sickness absence due to waiting periods for clinical services provided by secondary health care. There was never any initial attempt to organize the FRW scheme as a trial with control group, so evaluations of effects are difficult and must be based on registry data of sick-listed patients being treated for similar conditions within versus outside of the FRW scheme. This obviously involves the possibility of selection effects. With this in mind, patients treated within the FRW scheme had 12-15 days shorter waiting periods before clinical services were offered, but only 8 days reduced sickness absence, compared to those treated outside of the FRW scheme. The cost of the FRW scheme was NOK 709 mill in 2012, and no cost-effectiveness analyses of this policy reform have been made.

(5) During the IA-agreements since 2001 there have been several changes in the follow-up schemes of sick-listed employees. This involves for example dialogue-meetings between the sick-listed employee, her employer, NAV and the GP at pre-defined time-points during sickness absence. This involves substantial direct and indirect costs for all parties, but both costs and effects of these schemes are unknown.

NAV and the Ministry of Labor have ordered several evaluations and reports concerning the IA-agreement. But in a scientific perspective, only a minority of these evaluations does actually evaluate the effects of the efforts. With exceptions of graded sick leave, there is

limited knowledge about what components contribute to reaching the goals of the IA-agreement, and which ones are potentially harmful.

In contrast to the standards for evidence of the health sector, interventions under the IA-agreement have routinely been implemented without evidence regarding effects, and the full-scale implementation without control conditions has hindered post-implementation effect evaluations. There has been limited attention to the need for interventions to be evidence based prior to implementation from the level of policy making, including the IA-partners and the Ministry of Labor, and in NAV. The limited knowledge about effects of the various components of the IA-agreement is a challenge in the development of policy and regulations.

The knowledge status regarding effects of the components in the IA-agreement can be improved: New interventions should be implemented in a stepped approach, allowing evaluation against control-conditions before full implementation. The Ministry of Labor can stimulate research concerning effects of interventions in the IA-collaboration through its influence over priorities by the Research Council of Norway. Meetings between researchers and employees in the ministry may also stimulate researchers to address issues related to effects of components in the IA-agreement, and it may also foster an interest for evidence-based methods in the ministry.

## Mandat og organisering av forskningsmøtet

Møtet ble arrangert av Folkehelseinstituttet (FHI) ved Arnstein Mykletun på oppdrag av Arbeidsdepartementet (AD). Følgende deltok med innlegg eller bidro på annen måte: Knut Røed (Frisch), Simen Markussen (Frisch), Inger Cathrine Kann (NAV), Torill Tveito (Uni Helse), Grete Damberg (NAV), Niklas Baer (OECD), Bent-Ole Grooss (AD), Pål Molander (STAMI), Arild Aakvik (UiB), Kjell Vaage (UiB), Dag Bruusgaard (UiO), Jan Høgelund (SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velferd), Søren Brage (NAV) og Beate Brinchmann (FHI).

Fra Arbeidsdepartementet deltok for øvrig Hanne Haugen Jordheim, Ole-André Gjerde, Bjørn Halvorsen og Arne Kolstad.

Ved invitasjon til møtet gav flere forskere uttrykk for at de ikke hadde noe forskning å presentere eller inngående interesse for effekter av tiltak under IA avtalen, mens to forskere ikke hadde anledning til å prioritere møtet.

Formålet med møtet var å belyse effekter og kostnadseffektivitet av tiltak under IA-avtalen. Dette ble formulert på følgende måte av AD:

*Departementet ønsker å framskaffe et bedre grunnlag for å vurdere effekter av de ulike tiltakene som er iverksatt gjennom hele IA-perioden fra 2001 til 2012, også sett i sammenheng med kostnadene ved de ulike tiltakene. Dette dreier seg både om å oppsummere forskningsbasert kunnskap om kostnader og nytte ved denne type tiltak i Norge og internasjonalt, og å legge grunnlaget for ev. mer systematiske effektevalueringer i fremtiden. Mange av de nye tiltakene fra IA-avtalen og protokollen fra 2010 har ikke fått virke lenge nok til å kunne bli evaluert. Departementet ønsker blant annet konkrete råd om hvordan man kan nærme seg å måle effektene av disse tiltakene.*

Konkret ønsket AD fokus på følgende fem tiltak i IA-avtalen:

- 1) Økt vektlegging av gradert sykmelding
- 2) Endring av sykmelders rolle, herunder opplæring, tilbakemelding på egen sykmeldingspraksis og faglige veiledere
- 3) Tilretteleggingstilskuddet, herunder tilskudd til BHT
- 4) Raskere tilbake
- 5) Endret oppfølgingsregime, herunder oppfølgingsplan, dialogmøter og sanksjoner

Invitasjonene til møtet gikk ut til etablerte forskere som har vist interesse for emnet, og AD var delaktige i å definere hvem målgruppen for møtet var. I tillegg var det under møtet representasjon fra Arbeidsdepartementet og NAV.

Det ble forsøkt lagt opp til en mest mulig åpen diskusjon med adgang til presentasjon av allerede publisert forskning, forskning som er under utarbeidelse, planlagte studier og teoretiske perspektiver. Enkelte av tiltakene i IA-avtalen er det lite eller ingen forskningsbasert kunnskap om effekten av. Disse ble diskutert av forskerne basert på tilgjengelige og kjente premisser for ressursbruk og mulige effekter. Det ble også gitt anledning til å referere fra upubliserte funn og pågående analyser, samt tilleggsanalyser utført i forbindelse med publikasjoner. Hovedfokuset for forskningen som ble diskutert var evidensen for effekter av de ulike tiltakene, samt hvordan ytterligere kunnskap om

effekter kan fremskaffes. Det ble derved diskusjoner om både funn og metoder. Det er gjort lite forskning hva angår kostnadseffektivitet, men drøftinger av dette ble forsøkt basert på tilgjengelig kunnskap om kostnader definert ut fra bevilgninger over statsbudsjettet samt vurderinger av effekter ut fra forskning og observasjoner i registerdata.

Oppsummeringen fra møtet er blitt sendt ut til alle møtedeltakerne for gjennomsyn og kommentarer. I denne sammenheng har innspillene fra forskerne blitt vektlagt, men også representantene for oppdragsgiver har blitt gitt anledning til å komme med innspill. Referatet fra de enkelte innlegg er blitt gjennomgått av de som holdt innleggene.

Hoveddelen av denne rapporten er gjennomgang av diskusjoner og konklusjoner fra møtet (side 22). Før dette legges det enkelte premisser til grunn for forståelse av situasjonen i Norge i avsnittet som benevnes som bakgrunn (side 14). Her gjennomgås IA-avtalens historie, utvikling i helserelaterte trygdeytelser i Norge, og nivået av helserelaterte ytelser i Norge sammenlignet med internasjonalt. I tillegg gjengis i appendiks utfyllende detaljer fra de ulike innleggene (side 36) samt mer detaljert informasjon om IA-avtalens historie (side 52).

## Bakgrunn

### IA-avtalens historie og måloppnåelse i IA-samarbeidet

IA-avtalen er en trepartsavtale mellom partene i arbeidslivet og staten ved regjeringen. Det har vært tradisjon for å konsultere og eventuelt involvere partene i arbeidslivet i utvikling av arbeids- og velferdspolitikken som har grenset til IA-avtalens områder. Partenes sterkeste maktmiddel er adgangen til å trekke seg fra avtalen, noe som ikke har skjedd siden første avtale ble inngått i 2001.

Første avtale ble inngått i 2001, og målsettingene har i det vesentlige blitt videreført. Målsettingene i IA-avtalen av 24. februar 2010 er:

1. Reduksjon i sykefraværet med 20 pst. i forhold til nivået i andre kvartal 2001. Dette innebærer at sykefraværet på nasjonalt nivå ikke skal overstige 5,6 prosent.
2. Økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne. De konkrete målene fra tidligere tilleggsavtaler videreføres.
3. Yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med seks måneder. Med dette menes en økning sammenlignet med 2009 i gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet (for personer over 50 år). I tidligere avtaler før 2010 var denne målsettingen formulert som økt avgangsalder (pensjonsalder).

Nesten alle virksomheter i offentlig sektor i Norge er IA-virksomheter, mens tilslutningen i privat sektor er noe lavere. Det er få små og mellomstore private virksomheter som har valgt å bli IA-virksomheter. Det er gratis og frivillig å være medlem i IA-avtalen, og det utløser visse rettigheter til tilskudd for tilrettelegging som skal bidra til IA-avtalens målsettinger. De viktigste virkemidlene i IA-avtalen som er forbeholdt IA-virksomhetene er støtte via Arbeidslivssentrene og tilskudd til tilretteleggingstiltak. Tiltaket Raskere tilbake ble implementert i 2007, og er tilgjengelig uavhengig av om man jobber i en IA-virksomhet eller ikke.

Det har blitt brukt betydelige ressurser på satsningen. De største bevilgningene over statsbudsjettet fant sted i 2012 da det ble satt av 709 millioner til Raskere tilbake og 291 millioner til Tilretteleggingstilskudd (kun for IA-virksomheter). NAVs interne kostnader, kostnader for virksomhetene og private kostnader er da ikke medregnet.

Økt bruk av gradert sykmelding har i budsjettforstand blitt promotert med relativt beskjedne virkemidler i 2004 og 2010. Det finnes ingen spesifikke budsjettposter over statsbudsjettet for finansiering av gradert sykmelding. Det har vært bred enighet om disse grepene mellom partene i IA-samarbeidet, men virkemidlene har blitt begrenset til regelendringer og endringer i sykmeldingsblanketten, formidling av enigheten gjennom media samt informasjon rettet mot arbeidsgivere, arbeidstakere, NAV og sykmeldere. Faglige veiledere for sykmeldingsarbeid har også blitt utviklet, og disse er primært rettet mot sykmeldere.

I hele IA-avtalens levetid har tiltak blitt iverksatt uten forutgående utprøving. Det har vært lite fokus på å etablere et solid kunnskapsgrunnlag i form av effektevalueringer for å sikre at tiltakene skal kunne bidra til måloppnåelse, men det har blitt gjennomført andre typer evalueringer og en har benyttet ekspertgrupper.

IA-samarbeidet har blitt fremstilt av de ulike regjeringer og av IA-samarbeidspartene som en suksess og som et viktig arbeid. På markeringer av IA-samarbeidet, eksempelvis den



årlige IA-samlingen, er det sjelden fokus på manglende måloppnåelse eller kritisk drøfting av om tiltakene virker.

Måloppnåelsen har vært begrenset:

1. Målsettingen om 20 % reduksjon av sykefraværet i forhold til nivået 2. kvartal 2001 har aldri blitt nådd, selv om utviklingen i 2004 og etter 2009 har vært oppløftende.
2. Hvorvidt inkluderingen av mennesker med redusert arbeidsevne er økt, er uklart, både fordi målformuleringen har vært uklar og fordi måleindikatorerne har blitt endret. Det er imidlertid lite som tyder på en samlet nedgang i langvarig trygdeavhengighet om vi regner med alle langvarige trygdeytelser til mennesker i arbeidsfør alder (utover sykefravær).
3. Pensjonsalderen og yrkesaktivitet etter fylte 50 år har økt i IA-avtalens levetid, men den forventede levealderen har økt vesentlig mer.

Selv om målene bare i begrenset grad har blitt nådd, må IA-samarbeidet likevel kunne vurderes også ut fra andre kriterier. Eksempelvis kan det ikke utelukkes at et tett samarbeid mellom partene og med staten kan virke forebyggende for eksempel på arbeidskonflikter.

Det har vært mest fokus på og diskusjon av tiltak for redusert sykefravær. Samlet ser sykefraværet ut til å ha gått ned i de perioder hvor bruken av gradert sykefravær har økt, og dette har vært sentrale grep i IA-avtalene av 2003 og 2010, og derved også en suksess som kan tilskrives IA-avtalen. Det er mye som tyder på at vektlegging av gradert sykefravær er blant de billigste og mest effektive virkemidlene for redusert sykefravær i IA-avtalens historie.

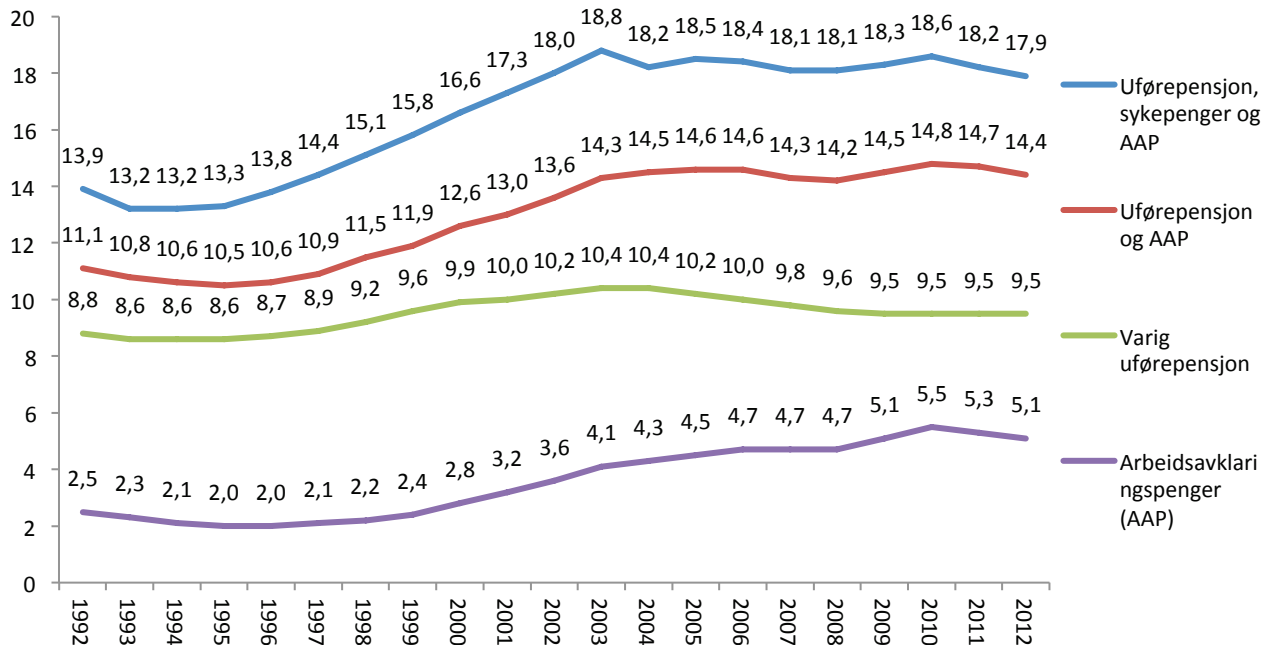
Andre land som har hatt et tilsvarende høyt nivå av sykefravær og uføretrygd, som eksempelvis Sverige og Nederland, har hatt langt større suksess med sine strategier for reduksjon i disse ytelsene.

En mer utfyllende gjennomgang av IA-avtalens historie er gjengitt som appendiks 3 på side 52.

## Utviklingen i helse relaterte trygdeytelser

Fra 1992 fram til 2003 var det en betydelig økning i andel av befolkningen i yrkesaktiv alder som mottok helse relaterte trygdeytelser. I 2004 stoppet økningen opp, og det var en ganske stabil utvikling i årene som fulgte. Siden toppen i 2003 har det faktisk vært en svak reduksjon i andelen som mottar helse relaterte trygdeytelser (figur 1, NAV-tall).

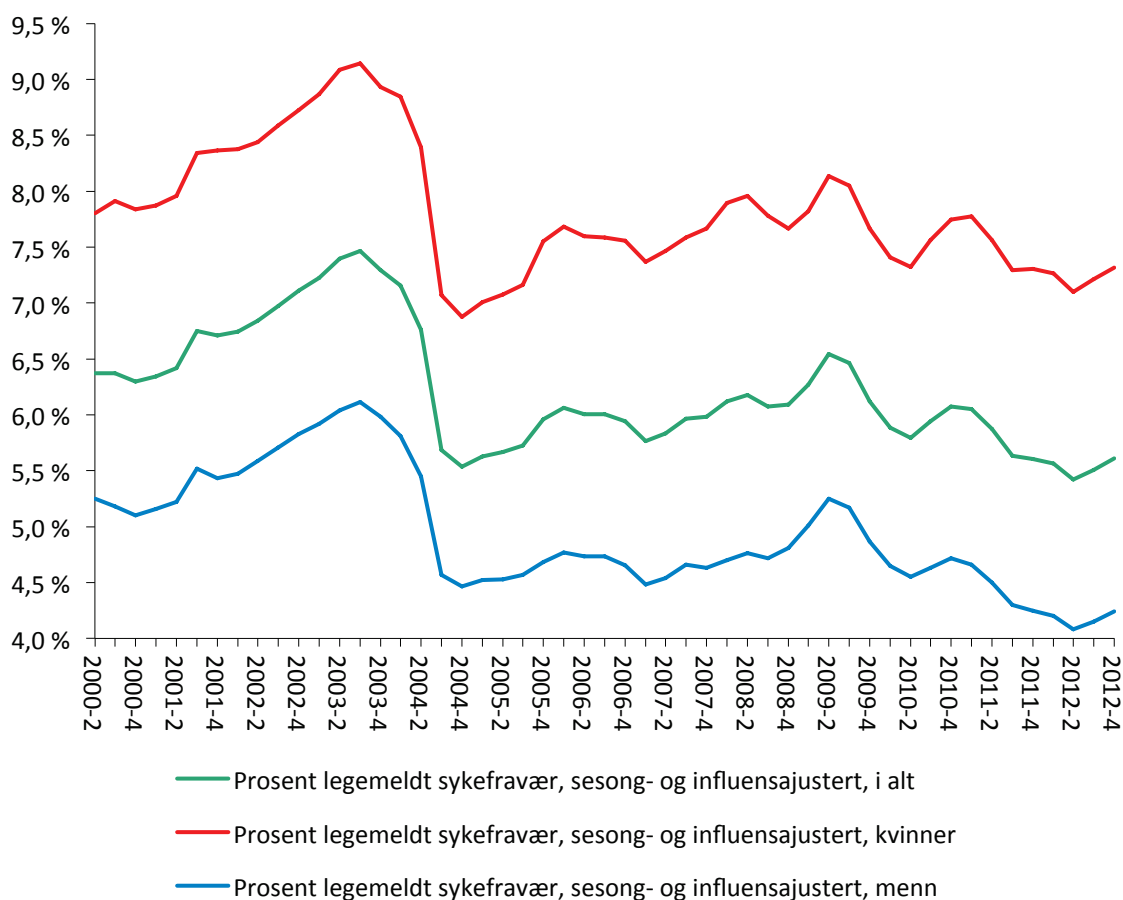
Figur 1. Andel (%) av befolkningen i yrkesaktiv alder som mottar helse relaterte trygdeytelser



Andelen mottakere av uføretrygd har faktisk gått noe tilbake, men denne trenden skal tolkes med forsiktighet ettersom tidsbegrenset uføretrygd (TU) ble innført og avviklet i denne perioden, og vi enda ikke vet hvor mange av de senere mottakerne av TU som vil bli permanente mottakere av uføretrygd, eller som vil motta arbeidsavklaringspenger (AAP) over flere år. Andelen av befolkningen som mottar AAP har da også økt monotont fra 1995, med unntak av en viss nedgang siden 2010.

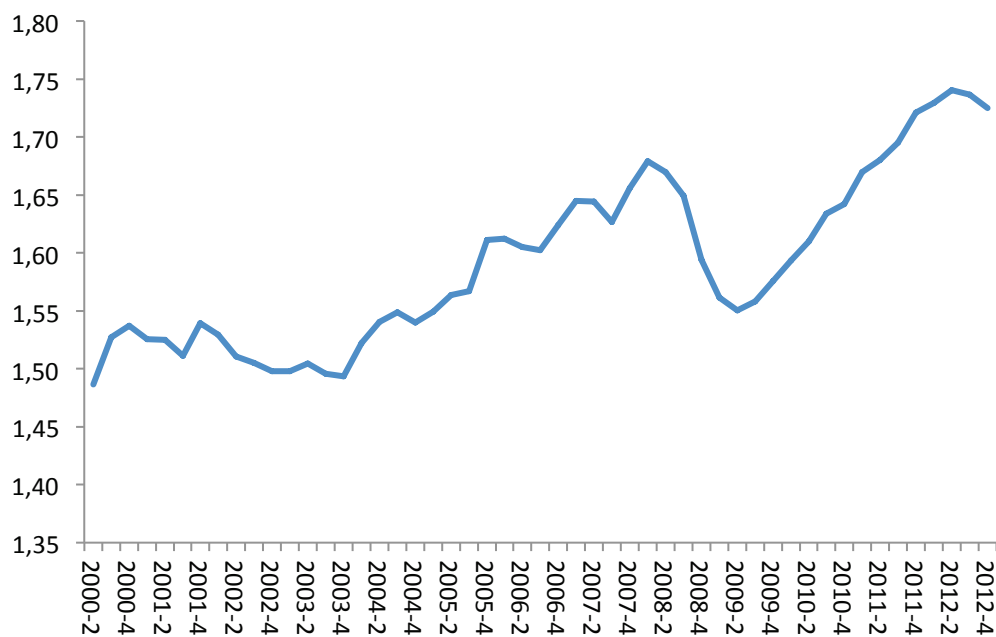
Tallene i figur 1 for «uførepensjon» inkluderer både tidsbegrenset og varig uførepensjon.

Figur 2. Legemeldt sykefravær, sesong- og influensajustert



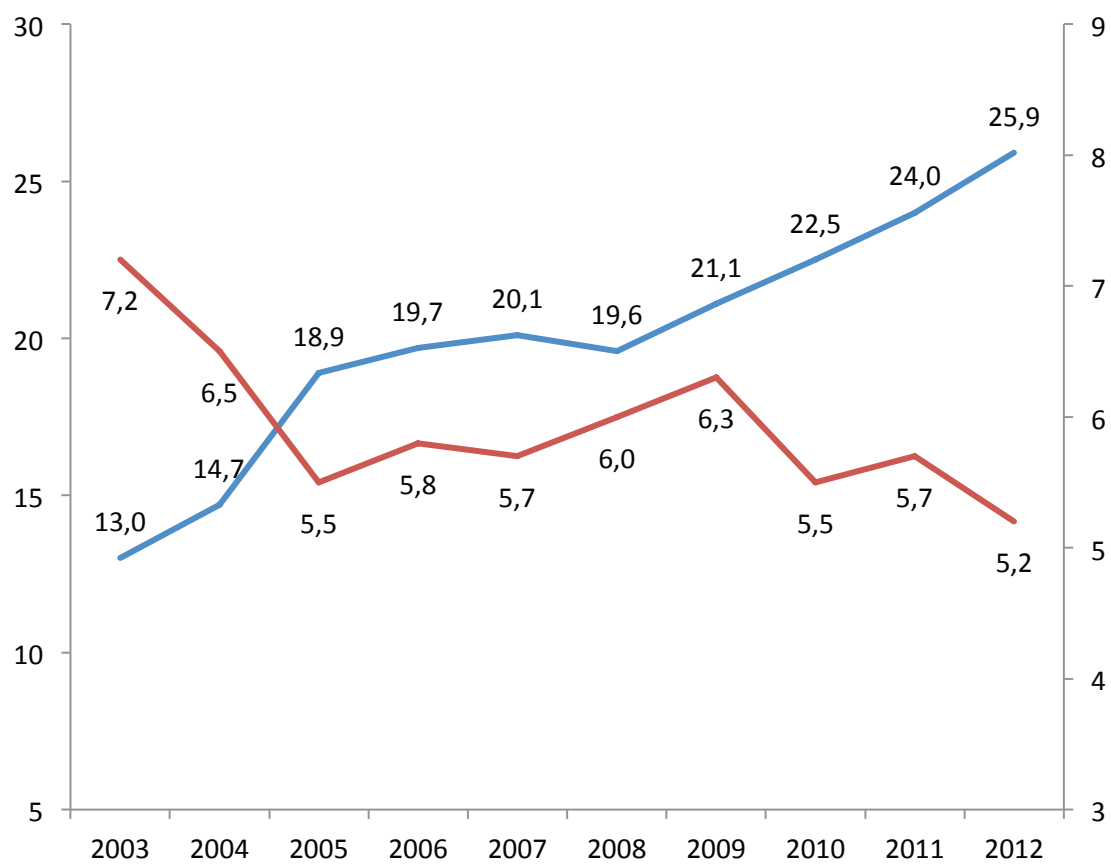
Nivået av sykefravær har i IA-perioden økt kraftig fram til slutten av 2003. Derneft falt sykefraværet kraftig til en bunn i slutten av 2004. Derneft økte sykefraværet monotont igjen fram til en ny topp i 2009, hvorpå et nytt fall fant sted fram til 2012 (figur 2, NAV-tall). Grunnlagstallmaterialet er gjengitt som tabell i appendiks som tabell 1.

**Figur 3. Forholdstall mellom kvinner og menns legemeldte sykefravær. 1,00% betyr likt sykefravær for menn og kvinner, 1,50 betyr at kvinner har 50% mer sykefravær enn menn.**



I hele tidsperioden har det vært betydelig kjønnsforskjell, og samlet sett har sykefraværet for kvinner økt noe i tidsperioden sammenlignet med for menn (figur 3, bearbeiding av NAVs tall). I 2. kvartal i 2000 hadde kvinner omkring 49% høyere sykefravær enn menn, mens i siste kvartal i 2012 lå kvinners legemeldte sykefravær 72% høyere enn menns. Kunnskapsstatus om årsaker til denne kjønnsforskjellen og økningen i denne er omtalt i en tidligere rapport til Arbeidsdepartementet (Mykletun og Vaage, 2012). Grunnlagstallmaterialet er gjengitt som tabell 1 i appendiks 1.

Figur 4. Andel gradert sykefravær (blå linje, høyre y-akse) og legemeldt sykefravær (rød linje, venstre y-akse)



De to periodene med fall i sykefravær, brått i 2004 og mer langsomt fra 2010 og framover, sammenfaller godt med perioder hvor andelen gradert sykefravær har blitt økt, brått i 2004 og mer gradvis fra 2010 og framover (figur 4, NAVs tall). Sammenhengen mellom gradert sykefravær og totalsykefravær vil bli berørt betydelig mer detaljert senere i rapporten. I 2004 fant en regelendring og endring av sykmeldingsblanketten sted, og gradert sykefravær skulle være førstevalget foran aktiv sykmelding eller full sykmelding. Det kan se ut til at dette ikke bare hadde effekt på totalt sykefravær, men også at effekten forplantet seg til de andre helsesrelaterte trygdeytelsene, hvor vi også ser et knekkpunkt i 2003/2004 (figur 1).

## Nivået av sykefravær og andre helserelevante trygdeytelser i Norge sammenlignet med andre land

Ifølge OECD har Norge høyest sykefravær av 28 OECD-land (figur 5 i appendiks på side 33) (OECD, 2013). Andelen som mottar uføretrygd av andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder økte kraftig i Norge siden tidlig 1990-tallet fram til omkring 2004, og flatet deretter ut og ble så svakt redusert. Likevel ligger nivået høyest av de 10 landene OECD sammenlignet i sin rapport til Norge i 2013 (figur 6 i appendiks) (OECD, 2013).

Det er imidlertid betydelig usikkerhet knyttet til om det har vært en økning i uføretrygd i Norge de siste 10 år fordi man i denne perioden har innført og avvirket ordningen med tidsbegrenset uføretrygd (TU). Vi vet ikke enda hvordan prognosen for mottakere av tidsbegrenset uføretrygd vil bli. I tillegg kommer at det er forholdsvis få (omkring 18%) som får avslag på uførepensjon i Norge sammenlignet med andre land (figur 7 i appendiks), og andelen som kommer tilbake til lønnet arbeid når først uføretrygd er innvilget er på langt under 1%, noe som er vesentlig lavere i Norge enn i andre OECD land (figur 8 i appendiks). Avslagsfrekvensen kan imidlertid være vanskelig å sammenligne mellom land, siden det kan være svært ulikt hva som får personer til å søke eller avstå fra å søke. Avslagsraten i OECDs figur refererer til varig uføretrygd, mens andre grafer OECD gjengir også omfatter tidsbegrenset uføretrygd.

Det bør påpekes at tallene fra OECD er beheftet med ulike feilkilder. Velferdsordningene i de ulike landene som sammenlignes er ikke nødvendigvis sammenlignbare, og hvilke ytelser man velger å inkludere i sammenligningene er av stor betydning.

Norge har lavere arbeidsledighet enn i landene OECD sammenligner oss med, og en forholdsvis høy yrkesdeltakelse. Men den høye bruken av helserelevante trygdeytelser i Norge har imidlertid vært situasjonen både i perioder med lavere og høyere sykefravær. Man så i Norge under finanskrisen ikke den typiske nedgangen i sykefravær med økende arbeidsledighet, slik man har sett i andre land tidligere. Det anføres gjerne at høyt sykefravær i Norge er nødvendig på grunn av høy sysselsettingsandel (som fører til at også arbeidsledige mennesker med skrantende helse blir sysselsatte). Det er dokumentert at sysselsatte har en noe bedre helse enn arbeidsledige, mens uføretrygdede har langt dårligere helse enn både sysselsatte og arbeidsledige (Øverland m.fl. 2006). Det at Norge har en høyere andel av befolkningen i yrkesaktiv alder på uføretrygd og arbeidsavklaringspenger enn hva som er vanlig i OECD området, kan innebære at den resterende populasjonen i yrkesaktiv alder tilgjengelig for arbeidsmarkedet er friskere enn i andre OECD land som har tilsvarende trygdeordninger (eksempelvis Sverige, Danmark eller Nederland). Norge burde altså ha lavere sykefravær på grunn av høy andel på uføretrygd. Dette resonnementet forutsetter imidlertid at det er den sykeste andelen som er uføretrygdet, noe som er forholdsvis godt dokumentert i epidemiologiske studier (se for eksempel Øverland m.fl. 2006). Resonnementet forutsetter også at mennesker som i andre land eksempelvis er arbeidsledige ikke har like mye dårligere helse enn arbeidstakere som forskjellen vi ser i Norge mellom arbeidstakere og uføretrygdede. Disse forutsetningene er ikke i tilstrekkelig grad belyst i tilgjengelig forskning.

OECD har over flere år og i flere rapporter gitt uttrykk for at de mener årsakene til det høye uttaket av helserelevante trygdeytelser i Norge skyldes at vi har sjenerøse ytelser, at det er forholdsvis lav terskel for å få tilgang til ytelsene, og at de ytes for lange tidsperioder (se for eksempel OECD 2006, OECD 2013).

Ekspertgruppen i 2010 konkluderte med at det er en sammenheng mellom kompensasjonsgraden i trygdeytelser (altså om og hvor mye sykelønnen avkortes sammenlignet med ordinær lønn) og sykefraværshraten i befolkningen (Mykletun med flere, 2010). Ekspertgruppen viste til at hvorvidt man velger å ta i bruk slike virkemidler for å redusere sykefravær og andre ytelser er et politisk spørsmål.

Den norske folkehelsen er god sammenlignet med mange andre land (FHI rapport 2010:2). Det høye nivået av sykefravær i Norge kan ikke forklares med høyere forekomst av helseproblemer i Norge. Det blir derfor viktig å skille mellom begrep som syk og sykmeldt. I et folkehelseperspektiv har flertallet av befolkningen symptomer eller diagnoser i løpet av eksempelvis en måned, og rent statistisk er flertallet av mennesker i yrkesaktiv alder som opplever diagnostiserbare symptomer og plager i jobb uten sykmelding. Sesongvariasjon i sykefravær kan i noen grad forklares med sesongvariasjoner i smittsomme sykdommer, men det er vanskelig å se for seg at variasjonene i sykefraværet som man så fra 2003 til 2005 eller fra 2009 til 2012 kan gjenspeile tilsvarende variasjoner i sykdomsbyrden og folkehelsen blant sysselsatte i Norge.

## Gjennomgang av diskusjoner og konklusjoner i møtet om effekter av de ulike komponenter i IA-avtalen

### Gradert sykmelding

Det er ulike kilder til informasjon om effekten av gradert sykmelding. For å belyse effekten av gradert sykmelding på totalsykefravær har forskermøtet vurdert studier basert på registerdata over sykmeldinger alene og i kobling til fastlegeregisteret, samt eksperimentelle kliniske studier. Kvalitative studier vurderes ikke til å kunne gi informasjon om effekter av gradert sykmelding, men vil kunne være et viktig supplement i andre forskningsspørsmål.

Det er nå grunnlag for å konkludere at det er overveiende sannsynlig at økt bruk av gradert sykmelding reduserer totalsykefravær og risikoen for utstøtning fra arbeidslivet. Dokumentasjonen er mer solid nå enn da den siste IA-avtalen ble utformet i 2010, og langt sterkere enn da sykmeldingsblanketten og sykmeldingspraksis ble endret i 2004.

### Retning på effekt

Møtet konkluderte med at det er solid dokumentasjon for at økt bruk av gradert sykefravær fører til redusert totalsykefravær og lavere risiko for utstøtning fra arbeidsmarkedet.

Kunnskapen er basert på ulike typer informasjon og data:

Det er betydelig variasjon mellom fastleger i bruk av gradert sykmelding. Pasienter som blir sykmeldte og som står på listen til fastleger som ofte bruker gradert sykmelding blant sine pasienter, har totalt sett kortere sykmelding og større sannsynlighet for stadig å være sysselsatt to år senere (Markussen, Mykletun og Røed, 2012). Ettersom fastleger ikke velges ut fra kjennskap til deres preferanser for gradert sykefravær ved langtidssykefravær, kan dette betraktes som et pseudoeksperiment, som gir godt grunnlag for konklusjoner om årsakssammenheng.

Det er også betydelig variasjon i bruk av gradert sykmelding mellom kommuner, og utviklingen i graderingstilbøyelighet i kommuner har utviklet seg ulikt over tid. Ved bruk av panelmodeller med kommune som analyseenhet er det dokumentert at økt bruk av gradering er forbundet med nedgang i sykefravær, både hva angår varighet av sykefraværet og andelen sykmeldte i kommunen. Nedgangen kom delvis i samme måned som økningen i graderingsandelen, men førte også til reduksjon i sykefraværet det påfølgende året (Kann, Brage, Kolstad, Nossen og Thune, 2012).

I to perioder har bruken av gradert sykefravær økt i Norge. I 2004 økte bruken av gradert sykefravær etter allmenn enighet mellom partene om å satse på dette. Konkrete virkemidler innebar regelendringer som innebar at gradert sykmelding skulle velges foran aktiv sykmelding. I 2010 økte igjen bruken av gradert sykmelding, også da etter en allmenn enighet om at det var hensiktsmessig å øke bruken av gradert sykmelding. Av konkrete virkemidler kan nevnes informasjonskampanjer rettet mot befolkningen og mot sykmeldere, samt utvikling av en faglig veileder i sykmeldingsarbeid som nevner gradert sykmelding i forbindelse med enkelte diagnoser. I begge periodene med økt bruk av gradert sykefravær har totalsykefraværet blitt redusert (figur 4). Generelt kan man si at sammenlignet med andre virkemidler i IA-arbeidet har virkemidlene for å satse på gradert sykmelding vært forholdsvis enkle og ikke kostnadsdrivende for staten.



Det ble i møtet diskutert at enkelte forskere har varslet at de har pågående studier som skal vise motsatt effekt av gradert sykefravær. Ingen deltakere i møtet var imidlertid kjent med at dette innebærer noen underminering av dokumentasjonen av at økt bruk av gradert sykefravær som hovedregel gir lavere totalsykefravær.

### *Effektstyrke*

Det var imidlertid mer usikkerhet i møtet om hvor sterk effekten av gradert sykefravær på totalsykefravær er. Studien som baserer seg på fastlegers praksis antyder at effekten kan være betydelig (Markussen, Mykletun og Røed, 2012), og erfaringene fra 2004 og 2010 støtter dette (figur 4). Andre observasjonsstudier basert på registerdata tyder på noe svakere effekter (Kann, Brage, Kolstad, Nossen og Thune, 2012).

### *Effekt på varighet og forekomst av sykefravær*

Det kan se ut til at gradert sykefravær er mer effektivt som tiltak mot langtidssykefravær enn kortere fravær. Gradering av sykefravær ser ut til å forkorte både varigheten av sykefraværet, men reduserer også forekomst av sykefravær (Kann m.fl. 2012). Kommuner som øker graderingstilbøyeligheten ser altså ut til å kunne forebygge sykefravær.

### *Bivirkninger av gradert sykmelding*

Det er generelt lite kunnskap om eventuelle bivirkninger av gradert sykmelding. En fersk rapport fra Sintef påpeker utfordringer på arbeidsplassene med tilrettelegging, mangel på produktive oppgaver samt økonomiske konsekvenser som leie av vikar (Ose m.fl. 2012). Hvorvidt dette er utgifter knyttet til sykefravær og tilretteleggingsplikt i sin alminnelighet eller spesifikke utfordringer med gradert sykefravær, er ikke studien designet for å fastslå, og omfanget av eller kostnadene ved disse utfordringene kvantifiseres heller ikke. I mange tilfeller vil åpenbart gradert sykmeldte ikke trenge eller motta noen form for tilrettelegging utover redusert arbeidstid eller produksjonsforventning, og omfanget av tilrettelegging som følge av gradert sykmelding er ikke kjent. Man kan også se for seg fordeler med gradert sykefravær som alternativ til full sykmelding, eksempelvis ved at man får tilgang til nøkkelpersonell og at vitale arbeidsoppgaver for virksomheten fortsatt kan utføres parallelt med gradert sykmelding. Hvor stor andel av virksomhetene som har slike fordeler av gradering er imidlertid ukjent.

Uansett er kostnader og gevinster som følge av gradert sykmelding for virksomhetene generelt ukjente, men må sees i sammenheng med kostnader og gevinster for samfunnet og for den enkelte sykmeldte. Det kan ikke utelukkes at det i noen tilfeller er betydelige kostnader for bedriftene for å tilrettelegge for eksempelvis gradert sykefravær. Dette kan selvsagt være et argument mot slik tilrettelegging. Men det kan samtidig være et argument for å stimulere arbeidsgivere med økonomiske incentiver for å tilrettelegge for gradert sykefravær ved langtidssykefravær, for å unngå at bedriftene skal se seg tjent med å bidra til økt utstøtning av langtidssykmeldte arbeidstakere.

Utsiktet overforbruk av gradert sykefravær, eksempelvis som et alternativ til redusert stillingsandel, kan ikke utelukkes, men er heller ikke dokumentert i noen studie. Dette kan imidlertid forebygges ettersom gradert sykefravær ikke nødvendigvis skal innebære mer fritid. Tilrettelegging ved gradert sykmelding kan innebære reduserte produktivitetsforventninger innen normal arbeidstid.

### *Kostnadseffektivitet*

Kostnadene ved å øke bruken av gradert sykmelding er ikke kjent. Hvor store utgifter det offentlige har til dette er heller ikke kjent, ettersom de ikke fremgår av noen bestemt budsjettpost. Utgiftene i næringslivet er også ukjente. Kostnader til gradert sykefravær kan være knyttet til vikarbruk og tilrettelegging samt hyppigere bruk av legetjenester. Satsning på gradert sykefravær for å redusere totalsykefravær kan være kostnadseffektivt fordi effekten trolig er betydelig sett i forhold til kostnadene for det offentlige og virksomhetene.

### *Mekanismene*

Mekanismene i den observerte effekten av gradert sykefravær på totalt sykefravær er generelt ukjente, men mange hypoteser er lansert:

- a. Aktivitet er generelt helsebringende og kan oppnås gjennom deltakelse i arbeidslivet. Dette er dokumentert ved en rekke lidelser, eksempelvis rygglidelser og psykiske lidelser. Gradert sykefravær gir større anledning til aktivitet enn full sykmelding.
- b. Gradert sykmelding bidrar til å opprettholde kontakten mellom arbeidstaker og arbeidsplassen, noe som bidrar til å hindre utstøtning fra arbeidslivet. Slik kan gradert sykefravær bidra til å redusere også varig avhengighet av trygdeytelser.
- c. Sykmelding kan betraktes som en behandling, med bivirkninger på linje med annen behandling. Bivirkninger av sykmelding er for eksempel frykt for å gå tilbake til arbeidsplassen eller forstyrret døgnrytme. Dette forebygges ved gradert sykmelding.
- d. Siden befolkningens helse ikke kan tegnes i sort og hvitt, altså ikke enten frisk eller syk, gir gradert sykmelding mulighet for en mer optimal tilpasning av sykmeldingen til helsetilstand og arbeidsevne.
- e. Det kan ikke utelukkes at gradert sykmelding kan ha en disiplinerende effekt ved utilsiktet overforbruk av sykmelding.
- f. Det gir også leger et alternativ til å avslå full sykmelding der legen vurderer at full sykmelding ikke er nødvendig eller riktig.

Det finnes også forklaringer på effekten av gradert sykefravær på totalt sykefravær som ikke vurderes som plausible: Effekten er trolig ingen oppmerksomhetseffekt alene fordi effekten har vært til stede både i perioder med stor og liten offentlig oppmerksomhet på tiltaket. I perioden hvor Raskere tilbake ble besluttet og senere lansert, var det betydelig medieoppmerksomhet omkring sykefravær, men da økte likevel sykefraværet. Det var også effekt av gradert sykefravær før 2004. Det er heller ikke funnet noe empirisk grunnlag for å hevde at effekten av gradering kan forklares med «flinke leger».

### *Framtidig forskning på feltet*

Registerforskning har vært den viktigste kilde til forskning på feltet til nå, både registerdata over sykmeldinger alene og i kobling til fastlegeregisteret. Det er derfor viktig å tilrettelegge for slik forskning også i fortsettelsen.

Men det savnes gode eksperimenter (randomiserte kontrollerte studier) for å undersøke de mange resterende spørsmål: Hvordan kan gradert sykefravær økes? Er det grupper eller diagnoser hvor effekten er større eller mindre, eventuelt også negativ? Hva er de relevante mekanismene? Hvilke kontekster kan brukes til å fremme gradert sykmelding

(dialogmøter, intervensjoner mot virksomheter, behandling hos fastlege eller spesialist, raskere tilbake)? Forutsetter effekten av gradert sykmelding at det gjøres tilrettelegging på arbeidsplassen? Hva er «klinisk relevant dose» av gradert sykmelding?

Gradert sykefravær benyttes langt oftere av kvinner enn menn, og årsakene til dette er generelt ukjente.

Leger som graderer mye sykefravær sykmelder også kortere og sjeldnere. Årsaker til slik variasjon i sykmeldingspraksis er ikke godt nok belyst, og det er lite kunnskap om hvordan sykmeldingspraksis kan påvirkes.

### *Virkemidler som har bidratt til økt bruk av gradert sykefravær*

Den relativt sterke økningen i gradert sykefravær vi har sett i 2004, 2010 og senere er blitt oppnådd med relativt beskjedne virkemidler. Det har ikke vært knyttet spesifikke bevilgninger over statsbudsjettet til disse satsningene. I 2004 ble det også gjort endringer på sykmeldingsblanketten for å fremme bruken av gradert sykmelding, og i 2004 og 2010 ble det iverksatt informasjonskampanjer for økt bruk av gradert sykefravær.

Det er heller ikke noe som tyder på at potensialet er uttømt, altså at vi nå har nådd et så høyt nivå av gradert sykmelding at det ikke er noe ytterligere potensial ved ytterligere økning. Det er observert noe svakere effekter av gradert sykefravær i 2010 enn i 2004, men dette er små forskjeller, noe som tyder på at restpotensialet langt fra er uttømt.

Det er trolig mulig å hente ut et betydelig restpotensiale ved ytterligere økning av gradert sykefravær. Ekspertgruppen foreslo i 2010 å gi arbeidsgiver økonomiske incentiver for å fremme bruken av gradert sykefravær, da med fokus på lange sykefravær. Konkret var forslaget å gi arbeidsgiver en medfinansieringsplikt for lange ugraderte fravær, men ingen medfinansieringsplikt for gradert sykefravær. Formålet med dette var å endre arbeidsgivers motivasjon for tilrettelegging for gradert sykefravær. Eksempelvis ville ordningen premiere arbeidsgivere som aktivt inviterer den sykmeldte til å ta kontakt og gå i dialog om å kunne begynne å jobbe litt igjen, mens arbeidsgivere som ikke tilrettelegger for retur til arbeid (kjennetegnet med ytringer som «ikke kom tilbake før du er helt frisk») ville øke kostnadene for virksomheten. Forslaget fikk tilslutning av partene i arbeidslivet i forhandlingene fram mot ny IA-avtale i 2010, men forslaget strandet likevel på manglende gjennomføringsevne i NAV. NAV er nå trolig bedre rustet til å takle en slik reform, og det er derfor grunn til å minne om behovet for å gi økonomiske incentiver for gradvis retur til arbeid for langtidssykmeldte.

### **Endringer i sykmelders rolle, herunder opplæring, tilbakemelding på egen sykmeldingspraksis og faglige veiledere**

Det har vært flere endringer i sykmelders rolle i IA-avtalens historie. I 2004 ble den tidligere sykmeldingsattesten erstattet med attesten «Medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom». Selv om blankettens tittel ikke har festet seg i dagligtalen, bidro nok denne endringen til en økt bruk av gradert sykmelding i 2004. Gradert sykmelding skulle være et førstevalg foran aktiv sykmelding. Bruken av aktiv sykmelding ble redusert ettersom ordningen ble vurdert ikke å fungere etter hensikten, og ordningen ble helt avvirket 1. juli 2011.

Den nye blanketten skulle vektlegge arbeidsmuligheter og aktivitet, og arbeidsplassen som arena for oppfølging ved sykdom. Det skal være tungtveiende medisinske grunner til at en

person skal være borte fra arbeid lenger enn 8 uker uten noen form for arbeidsaktivitet. Hvorvidt dette har fått gjennomslag i praksis, kan man selvsagt problematisere når man sammenligner sykmeldingsnivået i Norge med andre land.

I 2006 ble det innført at oppfølgingsplanen skulle sendes inn ved 6 ukers sykefravær i stedet for ved 8 ukers og lovbestemte dialogmøter innført ved 12 uker og 6 måneder. Sykmelder skulle da delta på dialogmøtet hvis arbeidstaker ønsket dette, men dette ble bare i begrenset grad praktisert. Senere ble deltakelse for sykmelder obligatorisk der arbeidsgiver (dialogmøte 1) eller NAV (dialogmøte 2) vurderer dette som relevant, og dette kan nå sanksjoneres ved gjentatt uteblivelse.

I 2008 ble avventede sykmelding innført, og blanketten «Vurdering av arbeidsmulighet/sykmelding», som skal være et kommunikasjonsverktøy mot NAV. Effektene av dette er ikke evaluert, og derfor ikke kjent, men en studie avdekket liten bruk av ordningen.

Det ble i 2004 gjennomført kurs for leger, og dette ble evaluert og funnet å ha en paradoksal effekt, nemlig at leger som før kursene var restriktive med sykmelding ble mer liberale etter deltakelse på kurset (Brage & Kann 2006). Det gjennomføres nå obligatorisk internettbasert opplæring av alle leger i Norge. Det er også mulig for legene å frita seg fra kurset ved å fylle ut en egenerklæring der man bekrefter at man har denne kunnskapen. Det er ikke iverksatt noen effektevaluering av dette tiltaket.

Tilbakemelding på egen sykmeldingspraksis er nå tilgjengelig ved pålogging på NAVs statistikkportal. Totalt 991 unike sykmeldere i Norge har pr 04.02.13 logget seg inn og sett på egen sykmeldingspraksis. Til sammenligning har NAV 22.000 leger på sine adresselister for informasjonsbrev, og det er over 4.000 fastleger. Hvorvidt eller hvordan slik tilbakemelding på egen sykmeldingspraksis påvirker sykmeldingsnivået er ikke kjent, og det er ikke iverksatt noen effektevaluering av dette.

Det er som følge av IA-avtalen i 2010 blitt utarbeidet en faglig veileder for sykmeldere, offentlig tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmesider (<http://sykmelderveileder.helsedirektoratet.no/Sider/default.aspx>). Det er ikke kjent hvor mange sykmeldere som bruker denne, og det er heller ikke iverksatt noen evaluering for å vurdere effekten av dette tiltaket.

Oppsummert er det gjennomført en rekke tiltak rettet mot sykmeldere for å understøtte økt bruk av gradert sykmelding og derved redusere sykefraværet. Trolig har sykmeldere hatt en nøkkelrolle i å øke bruken av gradert sykmelding som følge av tiltakene i 2004 og 2010, men det er stadig en stor og uforklart variasjon i bruken av gradert sykefravær mellom leger. Dette tyder på at det finnes et betydelig restpotensiale i dette tiltaket. Kostandene ved de ulike tiltakene rettet mot sykmeldere er ukjente, men utviklingskostnadene er kjente som følge av bevilgninger over statsbudsjettet. Eksempelvis har systemet for systematisk tilbakemelding til sykmeldere kostet 25,5 millioner fordelt på 2010 og 2011, andre tiltak noe mindre.

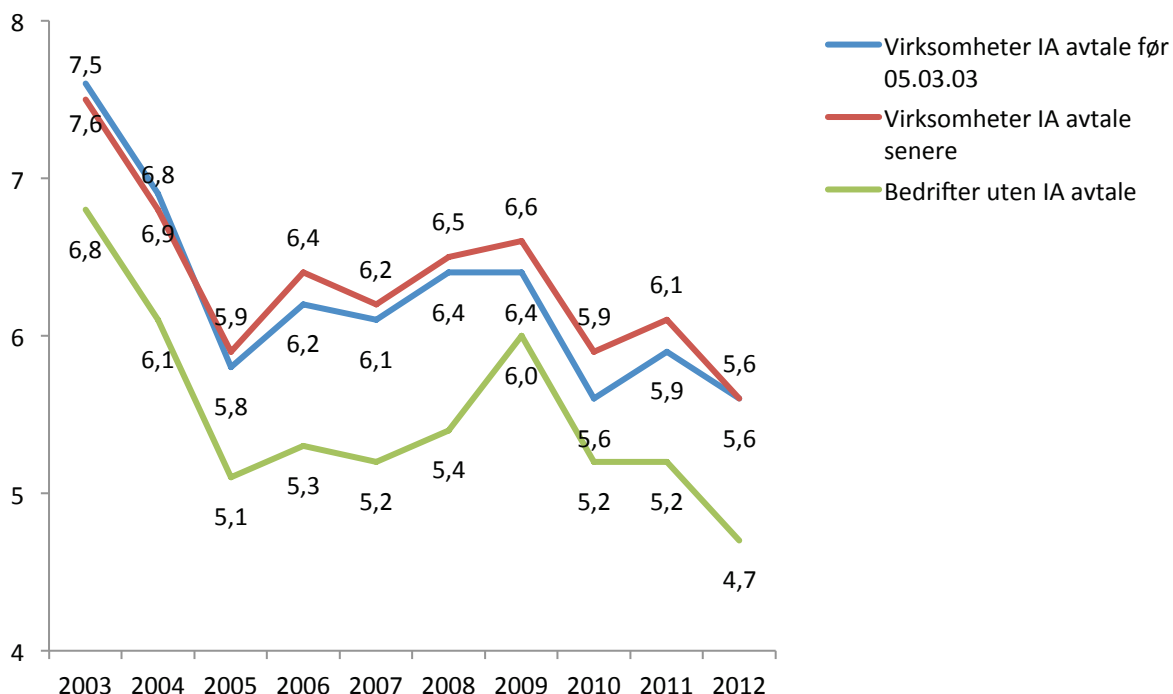
Med unntak av evalueringen av gruppeundervisning i sykmeldingsarbeid for leger i 2004, som viste at deltakelse i slik undervisning faktisk økte sykmelding, er det ikke foretatt noen effektevaluering av tiltak rettet mot leger. Den beskjedne bruken av tilbakemelding på egen sykmeldingspraksis er det vanskelig å anslå noen effekt av. Det er uklart i hvilken grad sykmeldere faktisk bruker faglige veiledere, og effektevaluering av dette tiltaket er ikke gjennomført.

## Tilretteleggingstilskuddet, herunder tilskudd til bedriftshelsetjeneste, samt Arbeidslivssentre

Tilretteleggingstilskuddet og tilskudd til bedriftshelsetjenesten har en kjent kostnad i form av bevilgning over statsbudsjettet på 380 millioner i 2012. I tillegg kommer tilskudd til arbeidslivssentre, som har om lag 500 årsverk. Dette er tiltak forbeholdt IA virksomheter. Virksomhetsinterne kostnader ved å benytte seg av disse tjenestene er ukjent. Det er betydelig geografisk og historisk variasjon i bruk av disse midlene, derfor trolig også betydelig variasjon i effekt av tiltakene.

Det ikke gjennomført noen effektevaluering av disse tiltakene, men det er tilgjengelig statistikk over utvikling i sykefravær for IA-virksomheter sammenlignet med virksomheter utenfor avtalen. I hele avtalens løpetid har utviklingen for virksomheter som har hatt tilgang til disse tiltakene vært parallell med virksomhetene som ikke har hatt denne tilgangen (se figur 9).

Figur 9. Utvikling i sykefravær i virksomheter med og uten IA avtale



Virksomheter som ikke er IA-medlemmer har samtidig hatt lavere nivå av sykefravær, men dette skyldes trolig seleksjonseffekter som følge av at disse virksomhetene er i privat sektor, er gjennomgående mindre virksomheter og med større andel mannlige ansatte. Hvorvidt man burde kunne se en ulik utvikling for IA versus ikke-IA-virksomheter er ikke gitt ettersom tiltakene ikke fordeles jevnt, og kanskje heller ikke optimalt. Dersom tiltakene har en samlet effekt på sykefraværslivsnivået er denne effekten ukjent, noe som også betyr at den kan være både positiv og negativ. Det kan heller ikke utelukkes at de forskjellige tiltakene har ulik effekt på sykefraværslivsnivået.

Det er mulig å teste effektene av disse ordningene. Eksempelvis kan man etter randomisering (tilfeldig fordeling) avskjære tilgangen til tilretteleggingstilskudd og tilgang til Arbeidslivssentre for utvalgte virksomheter over en periode, for å se om det påvirker nivået av sykmelding. Videre er det betydelig geografisk og historisk variasjon i hvilke typer tiltak som er tilbudt. I stedet for å la dette variere usystematisk, kan man instruere

arbeidslivssentre om å arbeide etter spesifikke forhåndsdefinerte metoder, for å se om dette gir noen målbare effekter på sykefraværet blant virksomheter som mottar tjenestene. Det er avgjørende at slike tiltak gjøres eksperimentelt, og ikke bare som observasjon av den eksisterende variasjon i tilbud av og etterspørsel etter tjenester.

Fra internasjonal forskning vet vi for eksempel at enkelte tiltak på arbeidsplassen kan ha effekter i form av redusert sykefravær ved muskel- og skjelettplager samt psykiske lidelser (se Høgelunds presentasjon i referatdelen).

## Raskere tilbake

Raskere tilbake (RT) har en kjent kostnad som bevilgning over statsbudsjettet på 709 millioner kroner for 2012, og er derved et av de mest kostbare virkemidlene i IA-avtalen. Det er likevel betydelig usikkerhet knyttet til eventuelle effekter av RT i form av redusert sykmelding.

Det er flere miljø som har bidratt med forskning på Raskere tilbake, både på ordningen samlet sett og enkelttiltak innen RT.

Aakvik, Holmås og Kjerstad sammenlignet arbeidstakere som ble sykmeldte og dernest behandlet i RT med de som ble behandlet i det ordinære helsevesenet (Aakvik, Holmås og Kjerstad, 2012). Disse tiltakene i RT ble ikke organisert som et eksperiment og man er altså henvist til å gjøre observasjonsstudier basert på de behandlings- og sykmeldingsforløp som finnes, og seleksjonseffekter forsøkes håndtert gjennom statistiske justeringer.

Studien til Aakvik, Holmås og Kjerstad (2012) viser at ventetiden for behandling eller konsultasjon er 12 til 15 dager kortere for pasienter i RT sammenlignet med de på den ordinære ventelisten. Denne reduksjonen blir imidlertid bare delvis overført til en reduksjon i den totale lengde på sykefraværet. I gjennomsnitt er den totale reduksjon på ca. 8 dager. Om man skiller mellom pasientene som klassifiseres under kirurgisk behandling versus de ikke-kirurgiske, kan man se en signifikant forskjell i effekt av RT på lengden av sykefravær selv om dette ikke viser seg i forskjell i ventetid. Lengden på sykefraværet til pasienter som mottar kirurgisk behandling er 15 til 23 dager kortere enn de som står på den ordinære ventelisten til kirurgisk behandling. En slik effekt sees ikke på de ikke-kirurgiske pasientene.

Et annet miljø som jobber med forskning på RT på overordnet nivå er IRIS i Stavanger. De evaluerer RT ordningen på oppdrag fra Arbeidsdepartementet og har foreløpig publisert en av tre delstudier (Wågø, Aas, Solberg og Strupstad, 2011) som gjennomgår organisering, kompetanse, mottakere, forløpene og opplegget i RT tilbudene. IRIS har ikke utført effektevalueringer av RT.

Det er stor bredde i tiltak innen RT, og enkelte forskningsmiljø har iverksatt effekt-evalueringer av enkeltintervensjoner som finansieres innen RT. Et slikt eksempel er iBedrift, som er et tiltak under RT som representerer en ny tilnærming hvor spesialist-helsetjenesten i samarbeid med NAV er ute i bedriftene med helseinformasjon for å redusere sykefraværet. Odeen og medforfattere (2013) fant at informasjonsmøter, mestringskontakt og tilgang til rask poliklinisk avklaring av hovedsakelig ryggplager gav nedgang i sykefraværet sammenlignet med kontrollgruppe. iBedrift er imidlertid en svært liten del av RT, og resultatene er ikke generaliserbare til andre typer tiltak i RT. Effektevalueringen av iBedrift er basert på metoder vanlig i medisinsk forskning, og som gir god kunnskap om hvilke typer tiltak som fungerer best. Tilsvarende prosjekt for uttesting av

effekt av tiltak innen RT pågår også andre steder, eksempelvis på Diakonhjemmets sykehus på Vinderen i Oslo.

Det bør nevnes at sykefraværet faktisk økte i årene som fulgte etter lanseringen av RT i 2007. Det er imidlertid kanskje ikke å forvente at RT skal ha en sporbar effekt på totalsykefraværet i befolkningen ettersom bare et mindretall av sykmeldte venter på en medisinsk behandling som dramatisk vil endre deres helse og arbeidsevne. Ut fra et internasjonalt perspektiv har trolig ingen påpekt at årsakene til det høye sykefraværet i Norge er lang ventetid på behandling, dette er eksempelvis aldri lansert som verken en problembeskrivelse eller løsning av OECD.

RT har en slagside i form av medikalisering av årsaker til høyt sykefravær. Løsningen er behandling, eller rettere sagt raskere behandling. Ut fra et folkehelseperspektiv er det vanskelig å forklare det høye nivået av sykefravær i Norge ut fra folkehelseproblemer. De fleste helsemessige årsaker til sykefravær er kroniske problemer som ikke alltid løses ved medisinske intervensjoner. Det er heller ikke noen automatikk i at behandling av lidelser og tilfriskning fører til retur til arbeid. En annen slagside i RT var innledningsvis at raskere medisinsk behandling kunne oppnås gjennom å bli sykmeldt, noe som kunne gi et incentiv for sykmelding. Dette er senere endret, slik at inngangskriteriet nå er å være i faresonen for sykmelding. Dette er imidlertid et mer uklart kriterium for fastlegene å håndtere ved henvisning, og innebærer trolig ingen reell sorteringsmekanisme utover at tilbudene i RT er tilgjengelig for arbeidstakere. Anekdotisk evidens fra praksis tyder også på at enkelte pasienter eller sykmeldere stadig er av den oppfatning at sykmelding er nødvendig for å få tilgang til behandling i RT. Ordningen RT var basert på det premiss at behandlingen ikke skulle komme til fortrenning av ordinær behandling for pasienter uten sysselsetting. Det kan likevel stilles spørsmål ved om dette premisset er oppfylt all den tid det er begrenset tilgang til helsepersonell som yter tjenestene i både RT og i ordinært helsevesen.

Ordningen RT har vært i betydelig utvikling hva angår innholdet i tjenestene. Den nevnte studien til Aakvik og medforfattere er basert på data fra den første fasen i RT. Siden da har bredden i tilbudet under RT blitt betydelig utviklet. Etter denne effektevalueringen har eksempelvis tilbud til arbeidstakere med psykiske lidelser blitt lansert. Psykologisk behandling av arbeidstakere med psykiske lidelser tilbys nå i regi av RT, og disse tjenestene markerer også nye tilbud utover det som har vært tilgjengelig i den offentlige helsetjenesten til nå. Effektene av disse nye tjenestene i RT for lettere psykiske lidelser er enda ikke evaluert.

Hva angår kostnadseffektivitet i RT er dette et komplisert regnestykke. For det første er det stadig betydelig usikkerhet hva angår eventuell effekt av RT for raskere retur til arbeid ved sykmelding, eller som tiltak for å forebygge sykmelding. Kostnaden over statsbudsjettet er kjent, men ordningen kan selvsagt redusere etterspørselen etter helsetjenester utenfor RT. Denne balansen er ukjent.

Den tilgjengelige forskningen om RT er såpass begrenset at det er vanskelig å konkludere noe om effekten av RT samlet sett. Det er behov for studier av effekten av RT som organisering av tilgang til helsetjenester. Siden muligheten til å etablere kontrollgrupper som ikke får tilgang til RT trolig nå er tapt (siden det er vanskelig både etisk og juridisk å fjerne tilgangen til RT for et tilfeldig utvalg) må dette gjøres ved ulike former for observasjonsstudier basert på registerdata. Ettersom RT ble innført for hele landet på omtrent samme tid, er det nå i ettertid vanskelig å si noe vitenskapelig sikkert om hvorvidt RT har hatt noen effekt på å redusere eller øke sykefraværet. Eksisterende forsøk på effekt-evalueringer basert på observasjoner av valg av henholdsvis behandling i RT eller vanlig

helsetjeneste vil alltid være beheftet med risiko for seleksjonseffekter, men bør likevel gjennomføres. Det er altså også relevant å gjenta registerstudier av den typen Aakvik og medarbeidere har gjennomført. Dette for å kunne analysere effekter etter at nye tjenester er lansert, slik som RT for psykiske lidelser.

Det er også behov for studier av enkeltintervensjoner innen RT, og her er det større mulighet til å etablere gode kontrollgrupper. Det er avgjørende at denne typen studier gjennomføres som randomisert kontrollerte studier, med randomisering enten på individ- eller gruppenivå (for eksempel på bedriftsnivå) med mest mulig blinding for å kunne konkludere om effekter av tiltaket. Slik kunnskap vil være relevant uansett videreføring av RT eller ikke. Det er også behov for analyser av kostnader versus nytte av RT samlet og av enkelttiltak innen ordningen.

Det er ventetid på RT, og det er mulig å gjennomføre eksperimenter hvor man undersøker betydningen av kortere versus lengre ventetid på behandling på tid til retur til arbeid. Endelig er det innen ordningen RT mulig å eksperimentere med betydningen av gradert sykmelding. Pasienter kan randomiseres til veiledning for økt bruk av gradert sykmelding under ventetid på behandling, under behandling og etterpå, hvor kontrollgruppen ikke får denne typen veiledning eller veiledning til noe annet.

### **Endret oppfølgingsregime, herunder oppfølgingsplan, dialogmøter og sanksjoner**

For endret oppfølgingsregime, herunder oppfølgingsplan, dialogmøter og sanksjoner er det ikke noen tilgjengelige effektevalueringer. Kostnadene knyttet til disse møtene er også i det vesentlige ukjente. Det er teknisk mulig å teste effekten av dialogmøter eksperimentelt, eksempelvis ved å randomisere til fritak for denne ordningen. Det ser ikke ut til at dialogmøtene øker bruken av gradert sykefravær. Det er ikke mulig å konkludere noe om kostnytteeffekt ettersom både kostnader og nytte er ukjent.

### **Hvordan kan effektevalueringer knyttet til komponenter i IA-avtalen fremmes i Norge?**

Det er gode forutsetninger for effektevaluering av tiltak i IA-avtalen i Norge. Det finnes gode registerdata, disse kan kobles, og det finnes kompetente forskningsmiljø og relevante forskningsprogram.

Likevel er det påfallende lite kunnskap om evidensen for tiltak i IA-avtalen. Dette skyldes en serie barrierer, som har sine relevante løsninger:

I helsesektoren er det vanlig å ha en evidensbase for effekt av tiltak som gjennomføres. Det gjelder fra tiltak gjennomført av Helsedirektoratet i hele kjeden ned til det enkelte fastlegekontor. Kunnskap om hva som virker best fremkommer gjennom randomisert kontrollerte studier, og disse oppsummeres i metaanalyser. Det er mulig å bruke samme metodikk for å effektevaluere tiltak for redusert sykefravær og uføretrygd i befolkningen. Det er nå økende interesse for dette både i Arbeidsdepartementet og i NAV. Men selv om retningen er lovende, er utviklingen bare i begynnelsen. Det er behov for en styrket kultur for effektevaluering når tiltak under IA avtalen initieres, videreføres og eventuelt evalueres. Dette gjelder selvsagt alle partene i IA samarbeidet, men dette fordrer en tydelig ledelse på toppnivå i Arbeidsdepartementet samt i NAV.



Tiltak som Raskere tilbake, arbeidslivssentre, gradert sykmelding, faglige veiledere og tilbakemelding på sykmeldingspraksis implementeres samtidig i hele landet. Dersom implementeringen ble gjort trinnvis, altså ikke alle på en gang, ville det gi forskningsmessige muligheter for analyser i naturlige eksperimenter.

Det eksisterer gode registerdata som forvaltes av SSB. Slike data har gitt grunnlag for mye verdifull forskning om eksempelvis effekter av gradert sykmelding eller Raskere tilbake. Forskergruppen er bekymret for at SSB har varslet en markant prisøkning på utlevering av slike data. Prisøkningens størrelse er uklar, men det dreier seg om en mangedobling. Samtidig er det varslet betydelig økning i saksbehandlingstid. Erfarne forskere synes prisanslagene for utlevering av data virker urimelige ut fra den tid man har inntrykk av at det faktisk tar å forberede data for utlevering. Prisøkningen vil med sikkerhet innebære en betydelig reduksjon i forskningsaktivitet, både fordi de dramatisk økte kostnadene ikke er budsjettert i påbegynte prosjekt, og fordi finansierende institusjoner som Forskningsrådet neppe vil se med velvilje på slike kostnader knyttet til utlevering og kobling av allerede eksisterende data. Uansett handler dette i bunn og grunn bare om å flytte penger mellom offentlige budsjett. Sentrale myndigheter bør vurdere hensiktsmessigheten av denne endrede praksis i SSB.

Forskergruppen har også påpekt at data som utleveres fra SSB i mange tilfeller er betydelig foreldet. Dette betyr at forskning på feltet blir tilsvarende forsinket, noe som kan bety at forskningen blir irrelevant for politiske beslutninger, eller at hensiktsmessige reformer blir utsatt.

De forskningsprogrammene i Forskningsrådet som kan være relevant for effektforskning på tiltak i IA-avtalen satser primært på høy vitenskapelig standard vurdert i en internasjonal kontekst. Erfaringsmessig er det mulig å publisere studier om effektevaluering av komponenter i IA-avtalen i velrenommerede vitenskapelige tidsskrift. Partene i IA-avtalen, samt Arbeidsdepartementet, har styrerepresentasjon i enkelte av Forskningsrådets program av relevans for dette feltet. Dette innebærer en betydelig styringsmulighet i utforming av programnotat for å fremme forskning som tar sikte på effektevaluering av tiltak under IA-avtalen. Direkte bevilgninger fra Arbeidsdepartementet for bestilling av forskningsrapporter gir ikke uten videre den kvalitet som ligger i fagfelle vurderinger ved internasjonal publisering, slik som vektlegges for tildelinger fra Forskningsrådet. Forskning omkring effektevaluering bør derfor som hovedregel forsøkes kanalisert gjennom Forskningsrådet.

Det er i dag betydelig avstand mellom forskernes og forvaltningsansattes sfærer. Bedre kontakt kan føre til at beslutninger blir mer kunnskapsbaserte, og forskningen mer relevant for beslutninger som må treffes. Tettere kontakt kan oppnås eksempelvis gjennom forskningsmøter eller tilsvarende fora.

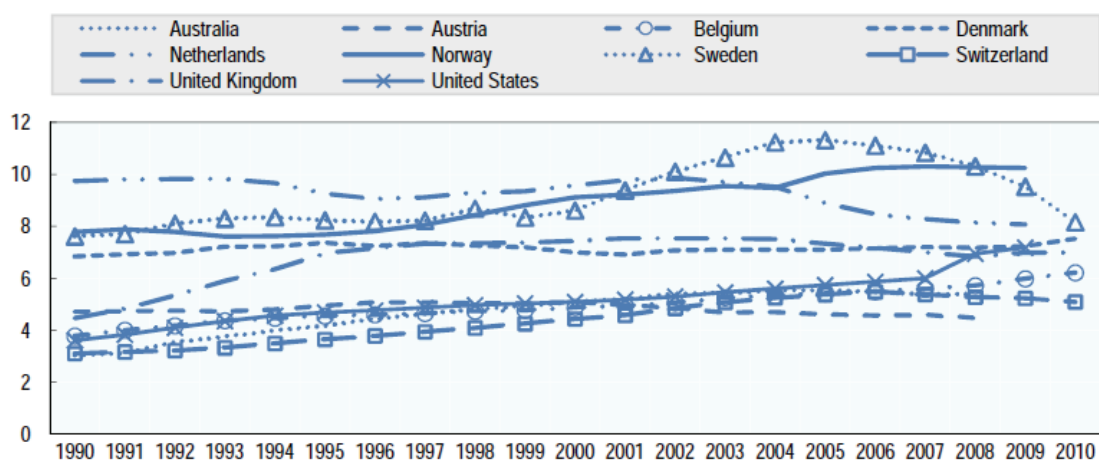
Erfaringene i IA-samarbeidet til nå er at de fleste beslutninger om tiltak har blitt truffet med svakt kunnskapsgrunnlag om effekter av tiltakene, dog med noen viktige unntak, som eksempelvis satsningen på gradert sykefravær i 2010. Det er et langt stykke igjen før kunnskapsgrunnlaget i velferdsområdet er så omfattende at beslutninger normalt kan være basert på kunnskap om effekter av tiltak. I mellomtiden kan imidlertid beslutninger belyses best mulig ved forskermøter for drøfting av problemstillinger ut fra tilgjengelig forskning. I tillegg bør det iverksettes tiltak som utprøving i et begrenset område før tiltaket implementeres i full skala. Slik kan en høste kunnskap om tiltakets effekter før det implementeres nasjonalt.



## Appendiks 1: Ytterligere figurer og tabeller

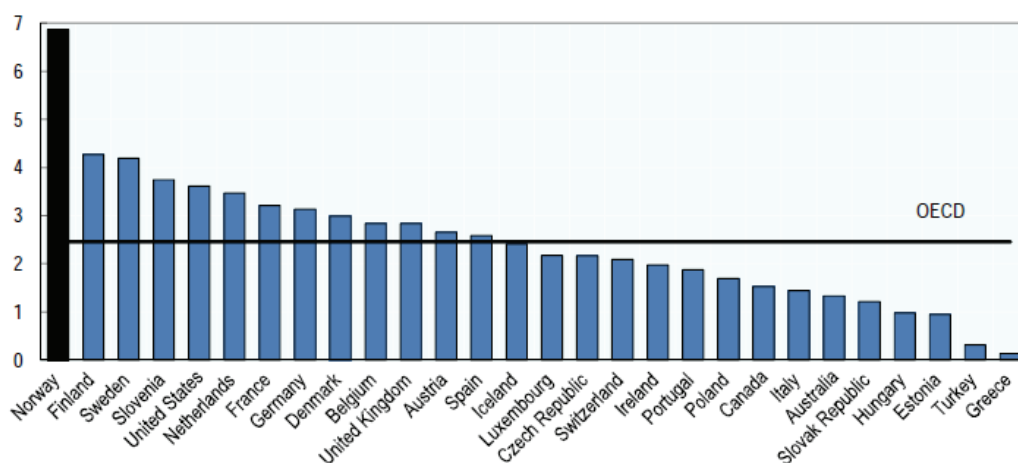
Figur 5. Hentet fra OECDs rapport for Norge i 2013.  
Merk at tallene inkluderer både varig og tidsbegrenset uføretrygd for Norge.

Figure 3.1. **High and increasing disability beneficiary rates in Norway**  
Panel A. Disability benefit recipients as a proportion of the total working-age population, caseload, all causes, 1990-2010



Figur 6. Fra OECD rapport 2013. Merk at OECD inkluderer tidsbegrenset uføretrygd i sykefraværstallene.

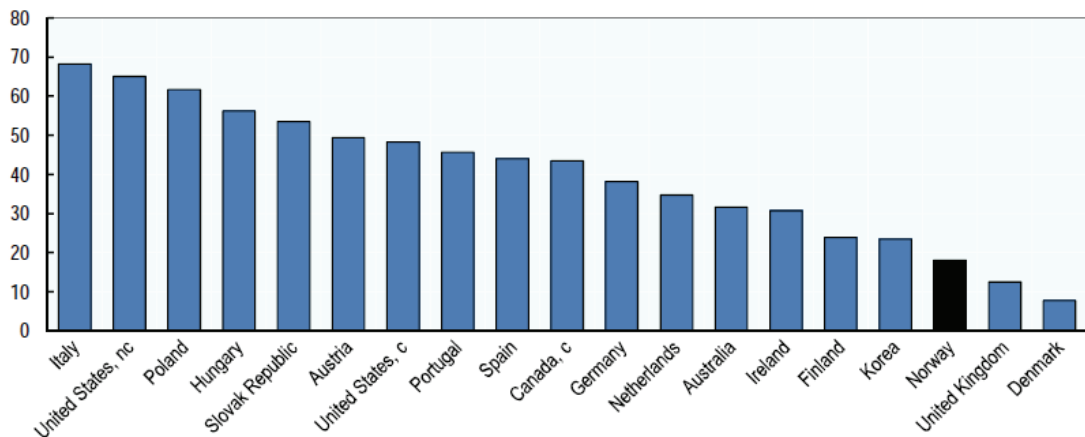
Figure 2.1. **Norway has the highest sickness absence rate by far**  
Incidence of sickness absence of full-time employees in selected OECD countries, 2010<sup>a,b</sup>



- 2004 for Australia, 2007 for Iceland, 2008 for the United States and 2009 for Ireland. The incidence of work absence due to sickness is defined as the share of full-time employees absent from work due to sickness and temporary disability (either one or all days of the work week). Data are annual averages of quarterly estimates. Estimates for Australia and Canada are for full-week absences only.
- OECD is the unweighted average of the countries shown in the chart.

Figur 7. Fra OECD rapport 2013

Figure 3.3. Norway has very low disability benefit claim rejection rates

Share of rejected benefit claims among total applications, latest year available<sup>a</sup>

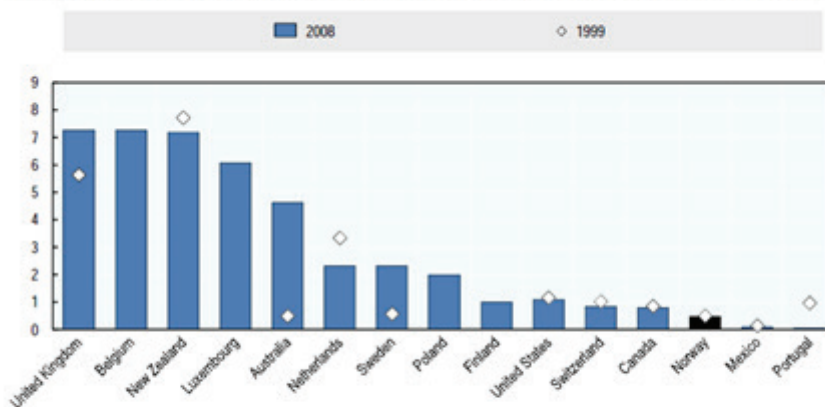
c: contributory benefits only; nc: non-contributory benefits only.

- a. Data refer to 2004 for Poland, 2007 for Canada, Ireland, the Slovak Republic and the United States, 2008 for Finland, Hungary the Netherlands and Norway, 2009 for Australia, Denmark and the United Kingdom, and 1999 otherwise. Data for Ireland refer to persons applying for the Illness benefit after two years; for the United Kingdom to the long-term Incapacity Benefit and for Poland to KRUS pension scheme only.

Source: OECD (2003), *Transforming Disability into Ability. Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264158245-en>

Figur 8. Fra OECD rapport 2013

Figure 3.4. Outflow from disability benefits into employment is close to zero

Annual outflows to employment<sup>a</sup> as a share of the disability benefit caseload, 1999 and 2008<sup>b</sup>

- a. Outflows include moves into employment and into other inactivity as well as loss of eligibility, but exclude deaths and transfers into old-age pension.
- b. Data refer to 2004 for Luxembourg, 2005 for Australia and the United Kingdom, 2006 for Finland, 2007 for Canada, Poland, Portugal and the United States and 2008 otherwise. Data for Canada and the United States refer to contributory pensions; for the United Kingdom to long-term Incapacity Benefit; and for Poland to the contributory farmers' scheme.

Tabell 1. Tallgrunnlag for figur 2 og 3. Legemeldt sykefravær i prosent av avtalt arbeidstid. Tallene er justert for sesongvariasjon og influensaepidemier.

	i alt	kvinner	menn	kvinner / menn x 100
2000-2	6,37 %	7,80 %	5,25 %	148,65 %
2000-3	6,37 %	7,91 %	5,18 %	152,74 %
2000-4	6,30 %	7,84 %	5,10 %	153,71 %
2001-1	6,35 %	7,87 %	5,16 %	152,57 %
2001-2	6,42 %	7,96 %	5,22 %	152,50 %
2001-3	6,75 %	8,34 %	5,52 %	151,15 %
2001-4	6,71 %	8,37 %	5,44 %	153,95 %
2002-1	6,74 %	8,37 %	5,47 %	152,96 %
2002-2	6,84 %	8,44 %	5,59 %	151,04 %
2002-3	6,97 %	8,59 %	5,71 %	150,52 %
2002-4	7,11 %	8,73 %	5,83 %	149,80 %
2003-1	7,23 %	8,87 %	5,92 %	149,77 %
2003-2	7,39 %	9,09 %	6,04 %	150,45 %
2003-3	7,46 %	9,14 %	6,11 %	149,56 %
2003-4	7,30 %	8,93 %	5,98 %	149,32 %
2004-1	7,16 %	8,85 %	5,81 %	152,24 %
2004-2	6,76 %	8,39 %	5,45 %	154,03 %
2004-3	5,68 %	7,07 %	4,57 %	154,89 %
2004-4	5,54 %	6,87 %	4,46 %	153,99 %
2005-1	5,63 %	7,01 %	4,52 %	154,95 %
2005-2	5,67 %	7,08 %	4,53 %	156,39 %
2005-3	5,73 %	7,16 %	4,57 %	156,67 %
2005-4	5,96 %	7,55 %	4,69 %	161,14 %
2006-1	6,06 %	7,68 %	4,77 %	161,20 %
2006-2	6,01 %	7,60 %	4,73 %	160,52 %
2006-3	6,00 %	7,59 %	4,73 %	160,25 %
2006-4	5,94 %	7,56 %	4,65 %	162,39 %
2007-1	5,76 %	7,37 %	4,48 %	164,48 %
2007-2	5,83 %	7,46 %	4,54 %	164,46 %
2007-3	5,96 %	7,59 %	4,66 %	162,69 %
2007-4	5,98 %	7,67 %	4,63 %	165,62 %
2008-1	6,12 %	7,90 %	4,70 %	167,93 %
2008-2	6,18 %	7,96 %	4,77 %	166,99 %
2008-3	6,07 %	7,78 %	4,72 %	164,94 %
2008-4	6,09 %	7,67 %	4,81 %	159,41 %
2009-1	6,27 %	7,82 %	5,01 %	156,14 %
2009-2	6,54 %	8,14 %	5,25 %	155,06 %
2009-3	6,46 %	8,05 %	5,17 %	155,79 %
2009-4	6,12 %	7,66 %	4,86 %	157,59 %
2010-1	5,89 %	7,41 %	4,65 %	159,37 %
2010-2	5,79 %	7,32 %	4,55 %	161,03 %
2010-3	5,94 %	7,56 %	4,63 %	163,40 %
2010-4	6,07 %	7,74 %	4,72 %	164,19 %
2011-1	6,05 %	7,78 %	4,66 %	166,95 %
2011-2	5,87 %	7,56 %	4,50 %	168,02 %
2011-3	5,63 %	7,29 %	4,30 %	169,54 %
2011-4	5,61 %	7,31 %	4,25 %	172,11 %
2012-1	5,56 %	7,26 %	4,20 %	172,91 %
2012-2	5,42 %	7,10 %	4,08 %	174,06 %
2012-3	5,51 %	7,21 %	4,15 %	173,65 %
2012-4	5,61 %	7,32 %	4,24 %	172,48 %

## Appendiks 2: Referat fra de enkelte presentasjoner i møtet

### The sick pay-trap. Bivirkninger av 16 dagers regelen.

*Knut Røed, Seniorforsker ved Frisch senteret*

Røed presenterer resultater fra et forskningssamarbeid som er gjort sammen med forskerkolleger ved Frisch senteret: Simen Markussen og Elisabeth Fevang. Resultatene kommer senere i artikkelform i *Journal of Labor Economics* (tidligere versjon her: <http://ftp.iza.org/dp5655.pdf>).

Resultatene i denne presentasjonen sier noe om hvordan dagens arbeidsgiverfinansierte modell for korttidsfravær kan påvirke fraværsmønsteret hos arbeidstakere. Resultatet anses som et bidrag i diskusjonen vedrørende måter å utforme arbeidsgiverfinansiering for sykefravær.

Som innledning nevnes at Norge har karenstid på 16 dager hvor arbeidsgiver betaler sykelønna. Utover dette betaler Folketrygden. Denne regelen er også utformet slik at om et fravær oppstår 16 dager etter det forrige, så regnes det som del av det samme fraværet. En slik ordning gir arbeidsgivere et mulig incentiv til at det er bedre å forlenge et pågående sykefravær enn å risikere å måtte begynne på nye karensdager etter kort tid. Det vises til empiriske resultater fra Sverige som tyder på at karensdager for arbeidstakere har ført til økt sykefravær i Sverige (Pettersson-Lidbom og Skogman Thoursie, 2013).

Om man stiller seg spørsmålet om hvordan arbeidsgiveres «karensdager» påvirker sykefraværet, kan man anta at arbeidsgivere kan påvirke fraværet, men at innsatsen styres av hvor lønnsomt det er. Hvordan vil vi da forvente at dagens 16-dagers-regel påvirker fraværet, sammenholdt med en ordning uten arbeidsgiverbetaling? Det fremlegges 4 hypoteser:

1. Betalingsplikt gir redusert hyppighet av nye forløp
2. Betalingsplikt gir raskere tilbakevending til jobb de første 16 dagene av fraværet
3. Betalingsplikt gir økt hyppighet av tilbakefall de første 16 dagene etter et fravær.
4. Betalingsplikt gir tregere tilbakevending til jobb de neste 349 dagene

1. april 2002 ble det innført en endring slik at arbeidsgivere kunne søke om refusjon for svangerskapsrelatert sykefravær i arbeidsgiverperioden. Denne unntaksordningen ga mulighet til et naturlig eksperiment hvor man kunne sammenlikne fraværet til gravide arbeidstakere med andre kvinner på de samme arbeidsplassene (med omtrent samme alder og inntektsnivå) før og etter reformen.

Artikkelen presenterer en statistisk modell som ser detaljert på insidens og varighet av fravær. Nærmere sagt er det en modell for overganger mellom arbeid og sykefravær, og hvordan den nevnte reformen påvirket tidsutviklingen for gravide kvinner i forhold til andre kvinner før og etter innføring av reformen.

Resultatene bekrefter alle de 4 hypotesene nevnt ovenfor:

1. Betalingsplikt fører til ca 10% lavere innstrømmingsrate av nye fravær
2. Betalingsplikt fører til ca 6 % høyere friskmeldingsrate i de første 16 dager
3. Betalingsplikt gir ca 22% høyere tilbakefallsrate første 16 dagene etter de første 16 dager.
4. Betalingsplikt fører til ca. 12% lavere friskmeldingsrate etter 16 dager.

Oppsummert virker dette som et overbevisende tegn på at arbeidsgiver lar seg påvirke av økonomiske insentiver og har en betydning for arbeidstagerens fravær. Arbeidsgivers betalingsplikt medfører alt i alt en liten reduksjon (ca. 3 %) av det samlede fraværet blant gravide. I tillegg kan dagens struktur på arbeidsgiveres ansvar gi opphav til en "sykepengefelle" på grunn av svake insentiver for å motvirke langtidsfravær.

Røed og kolleger har også sett på om reformen hadde effekt på unge kvinners mulighet til å få jobb etter avsluttet utdanning. Reformen ser ut til å ha økt sannsynligheten for at unge kvinner kommer i arbeid innen 1 år etter endt utdanning med 1-2 prosentpoeng. For kvinner som var gravide ved slutten av sin utdanning, økte det med 4-6 prosentpoeng.

Som avslutning nevnes en mulig konflikt mellom målene om å hindre ekskludering (motvirke fravær) og fremme inkludering (oppmuntre til ansettelse av personer med høy fraværstilbøyelighet).

## **Sykenærvær mot utstøting. The case for presenteeism.**

*Seniorforsker Simen Markussen, Frisch Senteret.*

Artikkelen som presenteres er skrevet sammen med Knut Røed og Arnstein Mykletun. The case for presenteeism — *Evidence from Norway's sickness insurance program*. Journal of Public Economics, 2012.

Spørsmålet: Spiller det noen rolle om en langtidssykmelding er gradert eller ikke, for:

- Når er en tilbake i arbeid?
- Hvor mange arbeidsdager som går tapt?
- Betydningen for sykefraværet etterpå?
- Om en fortsatt står i jobb 2 år senere?

Markussen viser til tre andre studier på dette. Høgelund m.fl. (2010) finner i Danmark at gradert sykmelding gir økt returrate fra fravær til jobb med opp til 50%. En randomisert studie fra Finland (hvor 63 pasienter ble tilfeldig fordelt til gradert eller full sykmelding) viser en kraftig økning i returraten fra fravær til arbeid (63%), og lavere returrate til ny sykmelding (23%) (Viikari-Juntura m.fl. (2012). Så har Arbeids og velferdsdirektoratet satt i gang en studie som finner mindre, men også positive effekter av dette (Kann, 2012).

Markussen viser til at sykefraværstatistikken i Norge på legemeldt sykefravær faller kraftig våren 2004 og gjennom hele året. På samme tid ser vi en kraftig økning i lange sykefravær som er gradert. Disse to endringene ser ut til å ha noe med hverandre å gjøre. De som har gradering er borte langt kortere, har færre tapte arbeidsdager, langt flere

påfølgende arbeidsdager og er i langt større grad i jobb etter 2 år. Dette beviser imidlertid ikke at gradering er den virksomme faktor.

I de forskningsresultater som her presenteres har man benyttet en naturlig variasjon som finnes i legenes bruk av gradert sykmelding. Det er stor variasjon i hvor stor grad fastleger i Norge benytter gradert sykmelding. Alle fastlegene ble delt inn i 20 grupper etter i hvor stor grad de benytter seg av gradert sykmelding. Det er variasjonen fra 2% til 40% i bruk av gradering. Denne variasjonen representerer en variasjon som brukes til å lage et naturlig eksperiment.

I eksperimentet sammenlignes pasienter som har vært sykmeldt i minst åtte uker. Pasientene har samme alder, kjønn, inntekt, utdanning, jobbnæring m.m. De har samme diagnose, sykehistorie (fravær siste tre år m.m.) og bor i samme nabolag.

Men, disse to pasienter går til to forskjellige leger – som bruker gradering ulikt mye og er også ulike i hvor mye de graderer andre pasienter

I tillegg kontrollerer studien for legestrenghet og "kvalitet" samt legens alder, kjønn, antall pasienter, spesialisering med mere.

Oppsummert finner studien kraftige positive effekter av gradering. Den viser fall i varighet av sykmeldinger (-66,1 dager), fall i påfølgende trygde- og sykefraværsdager (-79,1 dager) og økning i sysselsettingsdager to år senere (15,9 prosentpoeng av de graderte sysselsatt to år senere).

Markussen diskuterer så potensielle problemer med studiens forskningsdesign som det er tatt høyde for, og som er relevante problemstillinger i diskusjonen generelt.

1. Er det sortering på individnivå i form av sosioøkonomiske forskjeller mellom legenes totale pasientpopulasjon?
2. Er det systematiske forskjeller mellom pasientgruppene i form av for eksempel at sykmeldte pasienter velger seg bort fra graderingsleger? Dette ble justert for ved å sette pasientene på deres tidligere lege uten at resultatene ble endret.
3. Er det sortering på legenivå i form av at leger som graderer kanskje er mindre strenge slik at pasientene som får graderte sykmeldinger ikke ville ha fått sykmelding i det hele tatt hos andre leger? I så fall skulle disse pasientene i gjennomsnitt være mindre syke. Studien finner en korrelasjon mellom strengheitskriteriene som ble laget og de graderingsmålene som ble brukt, slik at de legene som ble målt til å være strengest, også graderte mest. Dette skulle ha gitt svakere resultater.
4. Er forskjeller mellom leger tilfeldig slik at de ikke speiler ulik praksisstil når det gjelder gradert sykmelding? Dette ble testet ved å forsøke å bruke pasienten til å predikere legenes stil.

Markussen stiller så spørsmålet om man kan tro på dette? Om man ser på antall sykmeldinger år for år og teller antall sykmeldinger (over 8 uker) og varighet, ser vi et betydelig fall i varighet i sykmeldinger i 2004, mens det i etterkant ligger ganske stabilt. Disse sykmeldingene har falt i varighet fra 180 til 175 dager. Estimerer fra denne studien gir predikert sammenheng mellom bruk av gradering og fall i varigheten. Disse resultater tyder på at det spiller en rolle om en langtidssykmelding er gradert eller ikke, på alle de 4 innledende spørsmål i innlegget.



## Har gradert sykmelding effekt på sykefraværet?

*Seniorrådgiver Inger-Cathrine Kann, Arbeidsdirektoratet.*

Presentasjon er basert på artikkelen: Har gradert sykmelding effekt på sykefraværet? Skrevet sammen med Brage, Kolstad, Nossen og Thune i Arbeid og Velferd, 2012.

Artikkelen beskriver resultater fra en analyse av gradert sykmelding basert på NAVs registre. Kann med kolleger har sett på sammenhengen mellom andelen graderte sykmeldinger og det samlede legemeldte sykefraværet, samt varigheten av fraværet og andelen sykmeldte per sysselsatt. Datagrunnlaget for artikkelen er hentet fra NAVs sykmeldingsregister og benytter alt legemeldt sykefravær for arbeidstakere i perioden 2002-2010. Tallene ble aggregert til månedstall og bostedskommune var analyseenhet. Det er benyttet paneldataanalyser med faste effekter for hver kommune. Det kontrolleres da for alle stabile forskjeller mellom kommunene og man studerer hva som skjer i hver enkelt kommune når graderingsandelen endres. Man kan si at hver kommune kontrolleres mot seg selv på tidligere tidspunkt. At omfanget av gradering i en kommune endres, kan være ledd i et systematisk arbeid i kommunen eller ved NAV-kontoret, eller være tilfeldig, men at slike forhold har utviklet seg forskjellig i ulike kommuner og at de benytter gradering i ulik grad, utnyttes i modellene som om hver kommune er et eksperiment.

Den variabelen som så ut til å ha størst betydning for sykefraværet var lokal arbeidsledighet. I tillegg ble det lagt inn en kontrollvariabel som markerte finanskrisen og utbruddet av svineinfluensa 2008-2009. Dette fordi det da var uvanlige svingninger i sykefraværet. Sykmeldingsreformen 2004 ble også lagt inn som kontrollvariabel – Kann påpeker at det kan diskuteres om dette er riktig siden den kunne ses på som en effekt av graderingen som jo økte betydelig i forbindelse med denne variabelen. Effekten av reformen kunne derfor ses på som en del av graderingseffekten, også fordi endringen ikke var lik i alle kommuner. Dersom man gjør det vil effekten av gradering bli sterkere.

Kann viste to sett med analyser hvor man først presenterte sammenhengen mellom graderingsandelen i samtid og de ulike målene på sykefravær. Deretter ble det tatt hensyn til graderingsandelen i de 11 foregående månedene i en dynamisk panelmodell. Kann presenterer panelmodellen med kun graderingsandel i samtid og finner da en reduksjon i alle sykefraværsmålene ved en økning i graderingsandelen.

Effekten av økt bruk av gradering på redusert sykefraværet ble større når modellen ble utvidet til en dynamisk panelmodell med faste kommuneeffekter, som tar hensyn til at virkningen av gradering på sykefravær kan akkumuleres over tid. I tillegg kommer en direkte effekt på arbeidsdeltakelse ved at man er mer på arbeid.

De fant også at gradering påvirket sykefraværsmålene annerledes før og etter sykmeldingsreformen i 2004. Etter reformen var det noe mindre reduksjon i sykefraværsraten og andelen sykmeldte sammenlignet med før reformen, og de tolker dette som at gradering kan ha mindre effekt jo høyere graderingsandelene er på forhånd, eller jo lavere sykefraværet er.

Analysen tyder på at økt bruk av gradering kan føre til nedgang i sykefraværsraten, varigheten og antall sykmeldte i de påfølgende månedene. Kann påpeker at graderingsandelen i modellen kan fange opp effekter av ”intensiteten på oppfølgingsarbeidet” i kommunen generelt. Denne intensiteten vil sannsynligvis korrelere med graderingsandelen. Graderingsandelen blir dermed tillagt de fleste effekter av endringer i legenes sykmeldingspraksis og arbeidsgivernes oppfølging av de sykmeldte, mens sammenhengen i virkeligheten kan være mer kompleks.

## Effect of workplace interventions on sick leave?

*Forsker II, Torill Helene Tveito. Sykehuset i Vestfold, Kysthospitalet i Stavern og Uni Helse*

Presentasjon er basert på artikkelen Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence i Occupational Medicine i 2013, av Odeen, Magnussen, Maeland, Larun, Eriksen og Tveito.

I tillegg presenterer Tveito to RCT evalueringer av Raskere tilbake som Uni Helse har ansvar for og som det på ekspertmøtets møtetidspunkt ikke ennå er publisert resultater fra.

Tveito referer til en tidligere review som så på ryggplager (Tveito et al., 2004) og som fant at det i hovedsak var trening og omfattende tverrfaglige tiltak som hadde effekt på ryggplager – i form av nedgang i sykefraværet og reduserte kostnader. Studien som presenteres nå går på tvers av alle diagnoser. De som er inkludert er de tilfeller hvor tiltaket gjennomføres på arbeidsplassen, eller hvor arbeidsgiver har en rolle i dette. Tiltakene er aktive – arbeidstagerne er nødt å gjøre noe selv, dvs. arbeide med egne holdninger eller være for eksempel fysisk aktiv. Denne reviewen inkluderer bare randomiserte kontrollerte studier og målt utfall er sykefravær.

Reviewen baseres på 17 studier og Tveito gjennomgår kriterier for inklusjon i studien og hvilke fordeler og ulemper dette medfører. Funnene viser at 14 studier benyttet registerdata hvorav 4 viser effekt. De 3 studiene med selvrapporterte data viser ingen effekt på sykefravær. Tveito kommenterer at jo større studiene var, desto mindre var sjansene for å finne effekt. De små studiene som hadde god kontroll på utvalget sitt, hadde større sjanse for å finne effekt. Diagnostisk var studiene innrettet mot muskel/skjelettplager (8), psykiske lidelser (3) og generell helse (6). Tiltakene var kognitive tiltak, undervisning/informasjons tiltak, sammensatte tiltak og fysisk aktivitet. Funnene viser at kognitive tiltak har begrenset effekt ved kombinasjon av kognitive atferdstiltak og problemløsningsstrategi (en studie). Det er ingen dokumentasjon av effekt på andre kognitive tiltak. På undervisningstiltak er det ikke dokumentert noen effekt. Sammensatte tiltak hadde begrenset dokumentasjon av effekt for Sheerbrooke modellen. Det påpekes at denne modellen krever at alle samarbeidende parter må delta aktivt i tiltaket for at det skal virke. Ingen av de andre sammensatte tiltakene viste effekt. Når det kommer til treningstiltak har Odeen og kolleger funnet effekt av gradert aktivitet. Gradert aktivitet har flere likhetstrekk med kognitive tiltak enn med trening påpeker Tveito, fordi man i disse tiltakene begynner med små aktiviteter og øker gradvis slik at deltakerne opplever at de hele tiden mestrer. Ikke trening for å øke kondisjon eller styrke, men en demonstrasjon av at bevegelse ikke er farlig. Det er moderat dokumentasjon for effekten av fysisk trening på arbeidsplassen som tiltak for redusert sykefravær, og tilgjengelig forskning tyder på at det ikke er noen effekt av dette tiltaket. Tveito påpeker at dette er på direkte effekt av sykefravær, ikke på andre helsemessige gevinster.

Tveito informerer kort om at Uni Helse evaluerer to randomiserte tiltak i Raskere tilbake. Det første tiltaket er en randomisert kontrollert studie av tiltaket iBedrift ved Kysthospitalet i Stavern. Forventning og mestring er sentralt i tiltaket iBedrift som er utviklet for å forebygge konsekvensene av muskel- og skjelettsmerter, særlig ryggplager. iBedrift er utviklet ved Sykehuset i Vestfold avd. Kysthospitalet, og ble evaluert i en randomisert kontrollert studie med deltakere fra over 100 arbeidsenheter i to kommuner. En gruppe fikk informasjon og tilgang til en mestringskontakt, en annen fikk i tillegg muligheten til en rask avklaring av ryggplager i en poliklinikk. Den tredje gruppen fikk ingen intervensjon. Sykefraværet ble redusert med 7% og 4% i intervensjonsgruppene, i

kontrollgruppen økte sykefraværet med 7%. Kombinasjonen av informasjonsmøter, mestringskontakt og tilgang til en rask poliklinisk avklaring gav en signifikant nedgang i sykefravær sammenlignet med kontrollgruppen (Odeen og Medarbeidere, 2013). Det andre tiltaket som også evalueres som en randomisert kontrollert studie er et nytt tverrfaglig behandlingsopplegg ved Sykehuset innlandet.

## **Presentasjon av OECD's rapport: Mental Health and work**

*Niklas Baer, Author of the Country Report on Norway*

OECD-rapporten ble fremlagt 5. mars 2013 (Mental Health and Work). Her følger et utdrag av oppsummering, anbefalinger og konklusjoner på fremlegg på ekspertmøtet i Oslo. For mer informasjon og OECD publikasjoner på emnet: [www.oecd.org/els/disability](http://www.oecd.org/els/disability)

Landene i OECD-området har i økende grad sett at psykiske helseproblemer er et problem for arbeids- og velferdspolitikken. Dette er et problem som skaper betydelige kostnader for den enkelte, for arbeidsgiverne og samfunnsøkonomisk ved å føre til lavere yrkesdeltagelse, økt arbeidsledigheten og lavere produktivitet. Dette gjelder også i Norge som har det høyeste sykefraværet og flest tilfeller av uføretrygd i OECD på tross av et sterkt fokus på "arbeid først".

Sett i lys av Norges økonomiske suksess og høye bevilgninger til utdanning og helse, er det uventet i hvor stor grad vi i Norge ekskluderer mennesker med både alvorlige, men også lettere psykiske lidelser fra arbeidsmarkedet. Dette viser seg ved at mennesker med psykiske lidelser har store vansker med komme seg inn på arbeidsmarkedet. Vi ser også at utgiftene til uføretrygd på grunn av psykiske lidelser har økt og at mennesker med psykiske lidelser har flere og lengre fravær fra jobb. Dette er til tross for at Norge har utviklet politikk og tjenester rettet mot integrering av mennesker med psykiske lidelser.

Psykiske helseproblemer fører til store personlige, sosiale og økonomiske belastninger. Ofte starter vanskene i ung alder og kan være tilstede over mange år. Vanskene rammer selv ved milde lidelser og fører til arbeidsrelaterte funksjonsvansker. Det leder til konflikter på arbeidsplassen, frykt knyttet til arbeidet og unngåelsesatferd. Lidelsen er "usynlig" og forbundet med mye stigma. Dette kan hindre åpenhet om vanskene og fører til at gruppen i mindre grad oppsøker hjelp for sine vansker. Arbeidsplassen oppfatter ikke vanskene, den tilbyr derfor lite støtte og reintegrering på arbeidsplassen hemmes. Fordi lidelsen er "usynlig" og stigmatisert, reduseres også sjansen for at myndigheter setter problemstillingen høyest på dagsorden.

Den politikk som føres i dag og de hjelpesystemer vi har etablert er ennå ikke i stand til å håndtere utfordringer knyttet til psykiske helseproblemer og arbeidsdeltakelse.

### ***Den norske konteksten gir gode forutsetninger gjennom sin politikk, struktur og intervensjoner – men gode forutsetninger forhindrer ikke ekskludering***

Norge har et sterkt fokus på "arbeid først", men ligger høyest i offentlig forbruk på sykdomsfravær og uførestønader (5,7 % av BPD). Norge har et sterkt fokus på godt arbeidsmiljø, samtidig er sykefravær vanlig. Her er også et sterkt fokus på sunne skoler, men Norge har samtidig en høy frafallrate i videregående skole. Samfunnet er preget av likhetstanker, men det er særlig høy grad av ulikhet i hvordan ekskludering fra arbeidslivet rammer de med psykisk helseplager i Norge. Et sterkt trepartssamarbeid (arbeidstakerorganisasjonene, arbeidsgiverorganisasjonene og offentlige myndigheter

står sammen om IA-avtalen), men det er nesten ingen forpliktelse for arbeidsgivere og ansatte for å unngå sykefravær, eller for å styrke reintegrering for dem som har falt ut av arbeidslivet. Det har vært iverksatt arbeids- og velferdspolitiske reformer, men man har latt være å innføre nødvendige (finansielle) mål.

### *Sykefravær – «sjenerøse» betingelser motarbeider det som holder folk i arbeid*

En vet at jo lengre et fravær blir, desto sterkere blir redselen og unngåelsen hos ansatte med psykiske helseproblemer, og det kan se ut som alle aktører og reguleringer støtter denne negative sykdomsatferden. De ansatte får dekket 100 % av lønnen ved sykefravær, og har ikke noe økonomisk insentiv for rask retur til jobb. Fastleger ser på sykmelding som utfordrende, og som en mulig kilde til konflikt med pasienten. På grunn av den korte perioden arbeidsgiver betaler for sykefraværet, har ikke arbeidsgiver heller noen insentiver for å fremme eller støtte den ansattes retur til jobb og bedriftenes mellomledere, HR-ansatte og arbeidskolleger har ofte ikke gode redskaper for å håndtere psykiske helseproblemer på arbeidsplassen, og kan bli lettet når ansatte med psykiske helseproblemer blir borte fra jobb. Fagforeningene på sin side jobber godt med aktivt å støtte de ansatte som er i jobb mer enn de har fokus på integrering av de som står utenfor.

### *Sykefravær – mulige veier videre*

Politiske anbefalinger sett i forhold til de tidligere nevnte utfordringer kan være å øke perioden arbeidsgiver dekker kostnader forbundet med sykefravær og utvikle økonomiske insentiver for arbeidsgivere til å holde på ansatte. Man kan bistå bedriftene ved å øke tidlig intervensjonstrening av ledere i bedrifter og gjøre tidlig intervensjon ved sykefravær til en del av pensum til HR-utdanninger.

Sykelønnen ved sykefravær kan reduseres og langtidssykmeldinger kan baseres på en tverrfaglig vurdering i tillegg til at man utvikler kriterier for når sykmelding ikke skal innvilges. Det vil være hensiktsmessig å utvikle standardiserte fremgangsmåter for hvordan arbeidsgivere, NAV og leger skal samarbeide i 'krevende' saker og øke og spesialisere NAVs støttetjeneste

### *Psykisk helsetjeneste – mulige veier videre*

Politiske anbefalinger her innebærer blant annet å bruke de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) mer aktivt og etablere kunnskap om arbeid og arbeidslivet som en kjernekompetanse. I tillegg bør det utvikles arbeidsrelaterte kvalitetsindikatorer for de psykiske helsetjenestene. NAV bør bidra med kompetanse og personell inn i disse sentre. Videre må det etableres systematisk samarbeid mellom NAV-ansatte, fastlegene og DPSene og den vertikale integrasjon av kommunale psykiske helsetjenester med det regionale psykiske helsevern (videreføre intensjonene i samhandlingsreformen) må forbedres. En kan også utvide antall ansatte og ansvarsområde for de medisinske tjenestene i NAV. Til slutt bør også forskning bidra til å sette fokus på arbeid som tema som ledd i behandling av psykiske lidelser.

### *Konklusjon*

Det ser ut som om noen trekk ved det norske velferdssystemet, som lett tilgjengelighet til lengre sykefravær, den åpne porten til permanent uføretrygd og mangelen på revurderinger reduserer innsatsen for å holde mennesker med psykiske helseproblemer i arbeid og undergraver de mulighetene vi har i tiltakssystemet innenfor utdanning, helse

og arbeidsrehabilitering. Dette gjør at de høye utgiftene Norge har på helse, utdanning og i NAV ikke reduserer ekskludering av mennesker med psykiske helseproblemer effektivt. Dels fordi de ulike tjenestene ikke er godt integrerte, dels fordi psykiske helsetjenester ikke har ansvar for tema som arbeid og skole og i tillegg har ikke de medisinske tjenestene i NAV tilstrekkelig ansvar for utfall.

Norge bør supplere sin fremragende forebygging med en mer effektiv tidlig intervensjon for å hindre frafall av ansatte med psykiske helseproblemer.

Rapporten påpeker også at man bør være oppmerksom på at de økonomiske insentivene for alle aktører må være i tråd med behovet for arbeidsintegrering av ansatte med psykiske helseproblemer.

## **Endring av sykmelders rolle, herunder opplæring, tilbakemelding på egen sykmeldingspraksis og faglig veileder.**

*Sjeflege Grete Damberg Arbeids- og velferdsdirektoratet.*

På dette feltet foreligger det ikke forskning. Her presenteres en beskrivelse av endringer av sjeflege Grete Damberg i NAV.

I begynnelsen av IA-avtaleperioden var arbeidsplassen og arbeidstager hovedaktører i sykmeldingsarbeidet. Det er de fortsatt. I løpet av årene har det likevel skjedd en gradvis endring, og sykmelderens rolle har endret seg slik at sykmelderne nå er mer delaktige i hele prosessen. Herunder følger en kort oppsummering av endringer som er innført.

**2001:** Regelendring om at den sykmeldte har en plikt til å fortelle mer om hva som fungerer/ikke fungerer i arbeidslivet. Det kom en ny sykmelding i 2002 der legen skulle skrive en forenklet funksjonsvurdering på hva pasienten kan og ikke kan gjøre. Denne funksjonsvurderingen lå som et eget felt på sykmeldingsblanketten og dette gikk i kopi til arbeidsgiver. Det ble slik mer åpenhet rundt funksjon til den sykmeldte. I den forbindelse var det mye opplæring av legene, og et fokus på grenseoppganger når det gjaldt taushetsbelagt informasjon. Det var opplysninger om funksjon og ikke medisinske vurderinger arbeidsgiver skulle få. Man innførte elektronisk innsending av sykmeldinger (piloting/utvikling fra 2003) som gjorde noe med oppfølgingen av sykmeldte. Det ble en annen type kommunikasjon mellom lege og veileder på NAV.

**2004:** Tidligere sykmeldingsattest ble erstattet av attesten "Medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom". Legen skulle her fokusere på arbeidsmuligheter og aktivitet mer enn begrensninger. Dette var et paradigmeskifte – ordet sykmelding forsvant, noe som var vanskelig å gjennomføre selv om alle parter sto bak arbeidet. Da kom også aktivitetskravene om at det skulle være tungtveiende medisinske grunner til at en person skulle være borte i 8 uker. Det kom en egen legeerklæring hvor legene måtte begrunne dette. Aktiv sykmelding skulle målrettes mer, eventuelt erstattes av gradert sykmelding. I 2004/2005 ble også et stort legeprogram for allmennlegene i Norge. "Legene i det inkluderende arbeidsliv" gjennomført med fokus på hvordan legen kunne støtte prosessene på arbeidsplassen

**2006:** Nå får kiropraktorer og manuellterapeuter sykmeldingsrett (8 uker, senere utvidet til 12 uker mht muskel og skjelettlidelser). Opplæring var nødvendig. Det kom et EØS direktiv (EØS-direktiv 93/16/EØF) som påvirket legenes praksis gjennom endring i

Legedirektivet (rådsdirektiv 2001/19/EØF) og førte til krav om 3 års veiledet tjeneste og obligatoriske kurs for allmennleger for at de kunne få refusjon fra trygden.

Sykefraværsutvalget la frem den nye sykefraværsmodellen som førte til en ny modell for oppfølging hvor sykmelder kommer enda nærmere på prosessen. Oppfølgingsplanene ble flyttet frem fra 8 til 6 uker og aktivitetsplikten ble opprettholdt. Det ble innført tidsbestemte dialogmøter ved 12 uker og 6 mnd. Sykmelder skulle delta i dialogmøte 1 hvis arbeidstager ønsker det og i dialogmøte 2 hvis NAV fant det hensiktsmessig. Det ble også laget en del lokale møteplasser i landet mellom NAV og fastleger, og internt i NAV ble det stilt krav om at det skulle holdes 2 møter i året med legene lokalt. Det ble utarbeidet hefter med aktuelle tema for diskusjon til disse møtene.

**2008:** Nå kom Raskere tilbake og sentral legestatistikk over sykmeldingspraksis. Det kom en ny sykmeldingsblankett og e-læring om dette. Det ble også gjennomført et fagutviklingsprogram for manuellterapeuter og kiropraktorer. Ordet sykmelding kommer tilbake, og sykmeldingsblanketten skal nå brukes mer som et kommunikasjonsverktøy med klarere felt for kommunikasjon med arbeidsgiver og NAV. Legene kunne også få tilbakemelding fra arbeidsgiver. Denne har imidlertid ikke vært benyttet mye (FAFO rapport : <http://www.faf.no/pub/rapp/20195/20195.pdf>). Likelydende felt ble også innført i legenes elektroniske pasientjournal. Nå kommer også avventende sykmelding inn for å forhindre videre sykmelding.

**2011:** Ny tidsakse for oppfølging som påvirket oppfølgingen av sykmeldte. Dialogmøter innføres for alle. Sykmelder skal møte på dialogmøte 1 med mindre arbeidstaker ikke ønsker det, eller arbeidsgiver eller arbeidstaker mener det ikke er hensiktsmessig. NAV vurderer om sykmelder skal møte på dialogmøte 2 og 3. Det blir utarbeidet nye verktøy for sykmeldere. Det kommer mer fokus på sanksjonsmuligheter mot både sykmeldte, arbeidsgiver og sykmelder.

**2012:** Presiseringer når det er nødvendig at sykmelder møter i dialogmøtene.

**2013:** Ny obligatorisk opplæring for alle leger som vil sykmelde.

Sluttkommentar: Sykmelder har fått en mer sentral rolle. Det er større fokus på arbeids- evne og aktivitet og på støtte til sykmelder. Det er utarbeidet nye verktøy i samarbeid mellom direktoratene og profesjonenes fagforeninger, blant annet faglig elektronisk veileder. Det er satset mye på oppfølging av sykmeldte. Mange personer inngår i dette og det krever mye tidsbruk fra alle involverte. Det brukes mye ressurser uten at foreligger kjent dokumentasjon om effekter av disse virkemidlene.

## **IA-avtalen i et arbeidsmiljøperspektiv. Hvordan har satsningen på arbeidsmiljø i Norge resultert i redusert sykefravær? Veien videre.**

*Direktør ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) Prof. Dr. Pål Molander.*

Som introduksjon presenterer Molander STAMI sin rolle i forskningsfeltet i Norge og påpeker ulike innfallsvinkler til problemstillingen rundt sykefravær, hvorav arbeidsmiljøfaktorer er en av disse. STAMI sin forskningstradisjon har fokus på arbeidsrelatert helse hvor man ser på sammenhengene mellom eksponeringer i arbeid og resulterende helseutfall, og hvilke underliggende mekanismer som styrer dette. Han presenterer en kompleks modell som handler om samspill mellom de ulike faktorer, og også en modell som viser hvordan samfunnsfaktorer og individuelle faktorer kan påvirke.

Molander viste til forskjellene mellom det typiske arbeidsmiljøperspektivet (arbeidsrelaterte helseproblemer) vs. det som oftest trekkes frem i sykefraværs-sammenhenger (helsereelaterte arbeidsproblemer). Molander påpekte at årsakene til sykefravær er mange, og at det er mange tiltak som vil kunne ha positiv effekt på sykefraværsreduksjon. Molander ga også uttrykk for at mange, også forskere, i for stor grad kunne synes å fokusere på kun enkelte av disse årsakene på bekostning av andre viktige årsaksmekanismer og at man derfor står i fare for miste en helhetlig tilnærming til problemstillingen. Arbeidsmiljøfaktorer er en slik årsaksmekanisme som mange velger å overse.

Molander fremla videre dokumentasjon på arbeidsrelaterte dødsfall, sykdom og eksponeringer og påpeker også at det ikke bare er muskelskjelettlidelser eller lettere psykiske lidelser som bidrar til det arbeidsrelaterte sykefraværet, selv om den relative andelen til disse lidelsene er større enn eksempelvis arbeidsrelaterte luftveislidelser og andre harde utfall. I tillegg nevnes undersøkelser på direkte arbeidsrelaterte plager og sykdommer for å gi eksempler på en bredere tilnærming enn det som vises frem i en ren sykefraværsdebatt. IA-avtalen i et arbeidsmiljøperspektiv krever en bredere tilnærming enn bare fokus på helsereelaterte arbeidsproblemer. Dette er viktig siden flere undersøkelser viser at godt arbeidsmiljø også påvirker positivt på tilbakekomst til arbeid etter sykefravær i tillegg til å være primærførebyggende.

Med dette som bakgrunn går Molander nærmere inn på spørsmålet om IA-avtalen.

En del av tematikken i IA-avtalens hovedmål var å bedre arbeidsmiljøet, og hovedmålet er formulert: Å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. Etter hvert har tematikken i hovedmålet blitt tatt opp i delmålene som har fått stort fokus, mens tematikken om arbeidsmiljøet i større eller mindre grad blitt overlatt til virksomhetene som selv får definere hvordan dette skal gjøres. Det er få virkemidler som er tatt i bruk som omhandler arbeidsmiljø.

Hva vet vi så om sammenhengen mellom IA-avtalen og arbeidsmiljøutviklingen? Dette er tiltak som i all hovedsak ikke er systematisk utprøvd. Det har ikke vært noen forpliktende krav, som for andre IA-målsetninger, verken i virksomhetene, hos partene eller hos myndighetene, utover intensjoner.

Når det gjelder forskjeller i sykefraværsprosent, etter bedrifters IA status og kjønn, kan man se på IA bedrifter før og etter 2003 og de som ikke er det. Med henhold til kvinner ser vi at de som er i bedrifter uten IA avtale har det laveste sykefraværet, men her må man blant annet se på hvilke bransjer det er. Når det gjelder menn går det i begge retninger, men dette er tall som er vanskelig å tolke. Dette må også sees i lys av at det ikke er på arbeidsmiljøfaktorer det har vært lagt trykk, men mye på sykefraværsregimer. Når det gjelder 5-års risiko for langtidssykefravær (> 8 uker) 2001-2005 etter IA-status, næring og kjønn (Foss et al. 2013), ser man at det går opp og ned, men at det er størst positiv utvikling i IA-status innen privat sektor.

IA-arbeidet i dag har et betydelig sykefraværs- og uførhetsfokus som dominerende del av de tre delmålene. Molander fremhever at vi i tiden fremover kommer til å ha store samfunnsøkonomiske utfordringer knyttet til økte pensjonistkull, og at forlengede yrkeskarrierer på sikt vil bety minst like mye som sykefravær. Dette vil være et fokus på en gruppe som i utgangspunktet er friske og som så langt har stått arbeidsløpet ut, noe som vil kreve helt andre virkemidler enn de som kan tenkes brukt for å redusere sykefravær og uførhet. Flere studier viser at gode arbeidsmiljøforhold slår positivt ut i forhold til beslutning om pensjonering. Molander viser bl.a. til en studie av Westerlund et al, 2009.

Når det gjelder spørsmålet om sykefraværet kan reduseres ytterligere med et sterkere fokus på arbeidsmiljøet, påpeker Molander at det har vært et tilnærmet fraværende fokus på dette så langt, og det finnes et uutnyttet potensiale knyttet til mer bransjerettede tilnærminger. Det er få sentrale "IA-verktøy" som hjelper bedriftene i å tilnærme seg slike forhold. I motsetning til mange av de andre styrende mekanismene for sykefraværsrisiko er arbeidsmiljøet i høy grad påvirkbart, og har således et forebyggelsespotensiale. Her kan man bli mer systematisk.

Konklusjon: Arbeidsmiljø er et viktig verktøy som ikke er innlemmet på en systematisk måte i IA-arbeidet. Arbeidsmiljøtiltak vil kunne være et godt supplement til andre effektfulle tiltak.

- Virksomhetene er overlatt til seg selv mhp på arbeidsmiljøfokus, og det foreligger ikke noen forpliktelser eller noe kontrollregime utover Arbeidstilsynets ordinære virksomhet
- Det stilles ingen krav til forbedring/utvikling som et ledd i at man får ta del i en gunstig IA-avtale, til tross for at dette er påpekt allerede i hovedmålet i IA-avtalen
- Man bør våge å foreslå mer forpliktende arbeidsmiljøsmål som et ledd i IA-avtaleinngåelsen, samt legge til rette for systematiske verktøy man kan bruke i dette fokuserarbeidet som et supplement til andre forpliktende fokusområder.

## **Evaluering av tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstjenester (Raskere tilbake)**

*Professor Arild Aakvik, Institutt for økonomi, UiB.*

Det som presenteres er resultater fra SNF-rapport nr. 07/10 og en senere artikkel Hospital capacity, waiting times and sick leave duration – an empirical analysis of a norwegian health policy reform 2012

Dr. Polit. Tor Helge Holmås og Forsker II Egil Kjerstad ved Uni Rokkansenteret er medforfattere.

Fokuset i innlegget vil hovedsakelig være på om ordningen "Raskere tilbake" har bidratt til å redusere sykefraværet. Innlegget starter med en kort introduksjon til ordningen som ble innført i 2007 og eksisterer i dag. "Raskere tilbake" består av to hovedsatsinger:

1. Økt kapasitet innenfor spesialisthelsetjenesten, forbeholdt sykmeldte (økte ressurser). Kortere ventetider på behandling for sykmeldte
2. Nye virkemidler til NAV for å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid (avklarings-tiltak, oppfølgingstiltak og arbeidsrettet rehabilitering (dag- og døgnbehandling))

Målsetningen med "Raskere tilbake" var å få sykmeldte raskere tilbake i jobb og den viktigste mekanismen for å oppfylle målsetningen var raskere intervensjon (utredning, behandling, rehabilitering). Rasjonalet med at raskere behandling fører til raskere tilbakekomst i jobb, forutsetter imidlertid at en må kunne stille riktig diagnose (Mæland, 2013), og gitt riktig diagnose må man ha en behandling som virker.

Ved utgangen av 2009 var 60 000 personer henvist til "Raskere tilbake" i spesialisthelsetjenesten og om lag 8 800 personer hadde deltatt på tiltak i regi av NAV. For perioden 2007 til 2009 ble det bevilget ca. 2 124 millioner kroner, av disse om lag 2/3 til spesialisthelsetjeneste, resten til NAV. Det er ca. samme nivå i dag. Effektevalueringen av "Raskere



tilbake” har omfattet ulike tilbud: Offentlige somatiske sykehus, offentlige psykiatriske sykehus/institusjoner, private somatiske sykehus, private rehabiliteringsinstitusjoner og NAV.

I det som presenteres fokuseres det på effekten av ”Raskere tilbake” i offentlige somatiske sykehus som omfatter 22 909 pasienter av totalt 27 676 pasienter innenfor spesialisthelsetjenesten i 2008. Denne begrensningen har bakgrunn i at det manglet ventetidsdata for private somatiske sykehus. Når det gjaldt psykiatriske sykehus, NAV og private rehabiliteringsinstitusjoner, var antallet pasienter for lavt til å kunne gi gode resultater.

Problemstillinger i denne evalueringen:

1. Har ordningen ”Raskere tilbake” ført til kortere ventetider på utredning/behandling?
2. Har kortere ventetider ført til redusert varighet av sykefraværet?

Data hentes fra Norsk pasientregister (NPR) for 2008 og data fra NAV for 2007 til september 2009.

Tiltaks- og kontrollgruppene tar utgangspunkt i 9 454 ”Raskere tilbake” pasienter som er sykmeldte når de mottar ordningen, men hvor sykmeldingen ikke starter med ”Raskere tilbake”. Gruppen har ”Raskere tilbake” som 1. behandling/utredning, (ikke øyeblikkelig hjelp).

I denne studien utelukkes observasjoner på grunn av følgende «matching» prosedyre:

Studien grupperer pasienter etter 3-siffer ICD10 diagnose. Dette utelukker små diagnosegrupper (færre enn 50 behandlinger i 2008) og vi står tilbake med 85 ”Raskere tilbake” diagnoser. Studien har definert det de kaller ”Raskere tilbake”-sykehus som innebærer inklusjon av sykehus som har fem eller flere ”Raskere tilbake” behandlinger innenfor en ”Raskere tilbake” diagnose. Om sykehuset har færre enn fem behandlinger vil disse pasientene droppes fra analysen og institusjonen behandles ikke som ”Raskere tilbake” institusjon for denne diagnosen. De fleste sykehus er ”Raskere tilbake” institusjoner for noen diagnoser og ikke for andre.

Noen pasienter er også ekskludert på grunn av manglende data, spesielt på ventetider og informasjon om arbeidsforhold.

Tiltaksgruppen består da av sykmeldte pasienter som mottar ”Raskere tilbake” ved en definert ”Raskere tilbake” institusjon. Dette er 6 821 pasienter. Kontrollgruppen består av sykmeldte pasienter som mottar behandling for en ”Raskere tilbake” diagnose ved en institusjon som ikke tilbyr ”Raskere tilbake” for denne diagnosen og består av 11 162 pasienter.

Om det er tilfeldig (i forhold til utfallet vi studerer) hvilke sykehus som tilbyr ”Raskere tilbake” og om pasientene ikke velger sykehus strategisk, burde ”Raskere tilbake” ordningen kunne behandles som et naturlig eksperiment (eksogen variasjon i ventetider).

### **Konklusjon:**

- ”Raskere tilbake” har redusert ventetider for medisinske og kirurgiske behandlinger.
- ”Raskere tilbake” har ført til redusert sykefravær for kirurgiske pasienter, men ikke for medisinske. En tolkning er at behandlingen ikke har effekt for denne pasientgruppen (mange med muskel/skjelett lidelser) fordi det er vanskelig å stille diagnose og vanskelig å behandle.

## **Presentasjon av tilretteleggingstilskuddet, herunder tilskudd til BHT.**

*Seniorrådgiver Bernt-Ole Grooss, Velferdspolitisk avdeling i Arbeidsdepartementet*

Det foreligger ikke forskning på effekter av tilretteleggingstilskudd, men det presenteres en kort oversikt.

Det å være IA bedrift gir noen rettigheter. Herunder nevnes tilretteleggingstilskuddet sammen med Systemrettet bistand (Arbeidslivssentrene) og veiledning blant de viktigste.

Målgruppen for tilretteleggingstilskuddet er sykmeldte arbeidstakere, personer som mottar arbeidsavklaringspenger eller som står i fare for å bli sykmeldt. Tilskuddet skal bidra til å stimulere IA- virksomheter til å legge til rette for at arbeidstakere kan opprettholde arbeidsforholdet. Tilskuddet skal gi en tidsbegrenset kompensasjon for virksomhetens merutgifter i forbindelse med et konkret tilretteleggingstiltak.

Tilskudd til arbeidsgiver kan være: tilrettelegging, kurs og kortere opplæringstiltak, opplæring, utgifter knyttet til arbeidsutprøving, tilskudd til transport til og fra arbeidsplass, merutgifter til vikar og kjøp av gjenstander/arbeidshjelpemidler.

Under refusjon til bedriftshelsetjenesten (BHT) faller følgende:

- Arbeid med å utrede og foreslå tilrettelegging for at sykmeldte arbeidstakere skal komme tilbake i arbeid.
- Arbeid for å hindre at arbeidstakere faller ut av arbeid.
- Utredning av behov for å tilrettelegge arbeidsplassen for å få personen med redusert arbeidsevne inn i arbeid.
- Bedriftshelsetjenestens deltakelse på dialogmøte 1 som skal være avholdt senest innen 7 ukers sykefravær (maks 2 timer).

Summen av tilrettelegging og BHT honorar er ca 375 mill. kr i året totalt. Dette er rammefinansiert og direktoratet fordeler midlene til fylkene som så fordeler ut midlene gjennom året. Vi vet at fylkene benytter disse midlene på noe forskjellige måter.

Ca. 60% av arbeidstakere jobber i IA bedrifter. I offentlige sektor er 98 % tilknyttet IA , mens private bedrifter ligger på ca. 30% medlemskap i IA.

## **Effekter av aktivitetsrettet (beskæftigelsesrettede) innsats for sykmeldte. En litteraturgjennomgang.**

*Seniorforsker Jan Høgelund, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd*

Kilde til fremlegget er: Høgelund (2012) *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt*. Rapport 12:06. SFI.

Høgelund fremlegger en litteraturstudie om arbeidsrettede tiltak for sykmeldte (Arbejdsmarkedsstyrelsen er oppdragsgiver). Rapporten bygger på en gjennomgang av vitenskapelige kvantitative studier fra 2001 til 2011. Hovedkonklusjon i studien: Det er effekter, men de er ofte små. Litteraturstudien er ikke en systematisk review, men en oversikt. Det er ikke foretatt kvalitetsvurdering av hver enkelt studie, men det er benyttet et "metodefilter" som inkluderer systematiske review. I fremlegget presenteres: avgrensning av litteraturen som er tatt med i studien, ulike tiltakstyper og konklusjon.

Studien ser på effekter av ulike typer tiltak. Tiltakene er delt inn i: På arbeidsplassen, i beskæftigelsessystemet (som vil være rimelig ekvivalent til det norske NAV og benevnes heretter det danske NAV i referatet), i helsevesenet, tverrfaglige tiltak/samarbeid, samtaler og tidlig innsettelse av tiltak. Det har i flere tilfeller vært vanskelig å klassifisere studiene, Høgelund gir eksempler som: tiltak i helsevesenet involverer i noen tilfeller også tiltak på arbeidsplassen. Et annet eksempel er: hva ligger i definisjonen "tidlig innsats/tiltak"?

I arbeidet med rapporten har man søkt etter internasjonale studier, men vektlagt danske studier. Populasjonen er sykmeldte og folk med yrkesskader. Dette innebærer både korttids- og langtidsykmeldte og sykmelding med bakgrunn i forskjellige typer av helseproblem, oftest muskel- og skjelettlidelser. Når det gjelder de arbeidsplassbaserte tiltakene fokuserer studien på tiltak hvor det offentlige (forsikringsudbyderen) spiller en aktiv rolle. Helsevesenet og intervensjonene som er innrettet for tidlig intervensjon har arbeid som formål med sine tiltak. Utfallsmålet er tilbakevending til arbeid – målt direkte og indirekte.

Høgelund går gjennom eksempler på alle tiltaksområder nevnt i innledningen til innlegget. I dette referat refereres det eksempler fra arbeidsplassbaserte tiltak, graderte sykmeldinger og tiltak tilknyttet det danske NAV. Referatet tar med slutt konklusjonen som omfatter alle tiltaksområder.

### *Arbeidsplassbaserte tiltak (APBI)*

Disse tiltakene foregår helt eller delvis på arbeidsplassen og har forholdsvis stort evidensgrunnlag (muskel- og skjelettlidelser). Gruppen inneholder 6 reviewer og 17 enkeltstående studier (4 svenske studier og 1 finsk).

Konklusjon: Det er evidens for at APBI har en positiv effekt for sykmeldte med muskel- og skjelettbesvær og det er indikasjon for at tiltak som involverer arbeidsplassen, øker sjansen for å komme i arbeid for sykmeldte med psykiske problemer.

Eksempel på studie med arbeidsplassbaserte tiltak: Arnetz (2003).

137 sykmeldte lønnsinntagere med muskel- og skjelettbesvær ble randomisert i to grupper. Tiltakene var som følger:

1. Hurtig innkallelse til intervju med fokus på både den sosiale og arbeidsmessige situasjonen
2. 1 uke senere: møte på arbeidsplassen med hensikt å vurdere jobbkravene
3. Iverksettelse av tilrettelegginger og tilpasninger av arbeidsforhold
4. Oppmuntre arbeidsgiveren til å utarbeide en rehabiliteringsvurdering

Kontrollgruppen fikk ordinær oppfølging.

Resultater viste at tiltaksgruppen fikk rehabiliteringsvurdering oftere enn kontrollgruppen (85 % vs. 28%), og man så en reduksjon i sykefravær (145 vs. 198 dager i det første året).

### *Graderte sykmeldinger*

Studiene støtter at graderte sykmeldinger har en positiv sysselsettingseffekt for lønns-mottakere generelt (uansett helseproblem), men det er ingen sikker kunnskap om effekten for sykmeldte med forskjellige typer av helseproblemer. Kunnskapen baseres på få studier, og når det gjelder psykiske helseproblemer, finner vi motstridende konklusjoner. Evidensgrunnlaget er begrenset til skandinaviske studier og det foreligger ingen randomiserte kontrollerte studier. I tillegg har flere studier det samme datagrunnlaget. Denne gruppen består av 1 norsk studie, 4 svenske og 3 danske. På tidspunktet for litteraturgjennomgangen var bare en studie publisert i tidsskrift, mens det i ettertid har kommet to nye studier som ikke er tatt med i denne gjennomgangen. Det at de gjennomgåtte studier tyder på en positiv effekt, støtter opp om konklusjonen om at tiltak på arbeidsplassen har positiv effekt.

Eksempel på studie med gradert sykmelding: Høgelund, Holm, McIntosh (2010)

Populasjonen består av 934 lønns-mottagere som var sykmeldt i minst 8 uker i 2006. Her undersøkte man om graderte sykmeldinger økte sjansene for å bli fullt friskmeldt?

I studien fikk 28 % gradert sykmelding. Det ble korrigert for uobserverte forskjeller mellom tiltaks- og kontrollgruppen ved bruk av en "Tilfeldighetsantagelse" som bestod i at: man antok at lønns-mottakerne ved sykmeldingens oppstart ikke presist kunne greie å vurdere når de får gradert sykmelding.

Resultatene fra denne studien viser at "de sterke" oftere mottar gradert sykmelding. De sterke er definert ved: få legebesøk, de er yngre, de har videregående utdanning og har lang arbeidserfaring.

Under gradert sykmelding har den sykmeldte ca. 50 % større sjanse for å melde seg fullt arbeidsdyktig enn sykmeldte, som ikke får gradert sykmelding.

Korreksjon for uobserverte effekter er viktig. Uten korreksjon overvurderes effekten og for sykmeldte med psykiske lidelser/problemer forsvinner effekten av gradert sykmelding helt, det korrigeres for at det er "de sterke", som ofte får gradert sykmelding (Høgelund, Holm, Eplöv, 2012).

### *Tiltak tilknyttet det danske NAV*

Eksempler på tiltak/revalidering i form av utdanning, jobbsøkningsassistanse og aktive tilbud. Her foreligger det også et begrenset evidensgrunnlag: 6 studier (2 danske og 1 norsk) med forskjellige tiltak, men studiene er randomisert og kontrollert. Det konkluderes med at det er motstridende kunnskap på dette området

Eksempel på studie med tiltak tilknyttet det danske NAV: Aktive – hurtigere tilbake (Boll m.fl., 2010)

Dette var et forsøk i 16 jobbsentre med 4.898 sykmeldte, som ble fordelt på tiltaks- og kontrollgruppe etter fødselsår. Det var tilfeldig hvem som fikk tiltak og hvem som ble satt i kontrollgruppen. Tiltaksgruppen er i gjennomsnitt identisk med kontrollgruppen – unntatt med hensyn til om de mottar tiltaket.

Tiltaket besto av ukentlige samtaler og aktive tilbud som: forebyggende tilbud, aktivering og gradert sykmelding. Kontrollgruppen mottok ordinær lovpålagt oppfølging (treatment as usual).

I denne studien ble det konkludert med at en mer aktiv og tett oppfølging tilsynelatende ikke hadde effekt på den sykmeldtes sjanse for å komme i arbeid.

#### *Oppsummering og konklusjon:*

- Forholdsvis stort evidensgrunnlag om effekter av tiltak i helsevesenet og arbeidsplassbaserte tiltak.
- Forholdsvis begrenset grunnlag for å si noe om effekt av samtaler, graderte sykmeldinger og tiltak tilknyttet det danske NAV.
- Mye større kunnskap om effekter av tiltak for muskel- og skjelettlidelser enn psykiske helseproblemer.
- For sykmeldte med muskel- og skjelettsmerter er det positive effekter av tiltak basert på arbeidsplassen, helsevesen og tidlig igangsatte tiltak.

Det er begrenset kunnskap om størrelsen av effekter. En review konkluderer med at effekten i gjennomsnitt er forholdsvis liten, og at det er begrenset kunnskap om effekter av tiltak i Danmark.

## Appendiks 3: Mer utfyllende om IA-avtalens historie 2001–2013

### Sandmannutvalget (NOU 2000:27)

Begrepet inkluderende arbeidsliv (IA) ble introdusert i Sandmannutvalget, NOU – 2000:27 "Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv". Utvalgets mandat var å utrede årsakene til veksten i sykefraværet og nytilgangen til uførepensjon, og foreslå tiltak som kunne bidra til lavere sykefravær og færre nye uførepensjonister. Sandmannutvalget la opp til tidligere intervensjon og bedre oppfølging av sykmeldte.

Utvalget foreslo en helhetlig tiltakspakke for å redusere sykefraværet. Det var bred enighet i utvalget om at arbeidsplassen var den viktigste arenaen for å forebygge sykefravær og iverksette tiltak for å hindre at arbeidstakere faller ut av arbeidslivet. Hovedansvaret for oppfølging av sykmeldte skulle ifølge Sandmannutvalget ligge hos arbeidsgiver og foregå på arbeidsplassen. Utvalget forutsatte videre at arbeidstaker og arbeidsgiver så tidlig som mulig avklarer om det er behov for særskilte tiltak slik at sykmeldte arbeidstakere raskere kan komme tilbake til arbeid.

Som ledd i ansvarliggjøringen av arbeidstaker og arbeidsgiver foreslo utvalget å endre sykelønnsordningen og gi arbeidsgivere og arbeidstakere et større økonomisk ansvar for kostnadene ved sykefravær. Utvalget foreslo at arbeidsgivere skulle ha et medfinansieringsansvar for 20 prosent av sykepengeutbetalingene fra folketrygden (dvs. f.o.m. 17. dag og i inntil ett år.) Arbeidstakerne skulle bidra med en egenandel på 20 prosent redusert sykelønn per fraværsdag i arbeidsgiverperioden.

Utvalgets medlemmer Halvorsen (FFO), Haugen (fylkeslege), Haaland (YS), Johansen (Akademikerne), Lekang (LO), Sanchez (SAFO), Sundby (Forsker), Sørheim (Veterinær) tok dissens på Sandmannutvalgets forslag om endring av sykelønnsordningen for arbeidstakere. De argumenterte med at det var en fremforhandlet rettighet at mange arbeidstakere skulle ha full lønn under sykdom. Disse medlemmene gikk av prinsipielle grunner imot at alle arbeidstakere skulle få bruttolønnsreduksjon i arbeidsgiverperioden.

Sandmannutvalget foreslo også at det i større grad skulle legges vekt på funksjonsevne ved tildeling av trygdeytelser og iverksetting av tiltak. Når arbeidsevnen skulle vurderes, mente utvalget at funksjonsevne ville være et bedre mål enn diagnose. Oppmerksomheten burde rettes mot hva den enkelte kan gjøre på tross av sine medisinske plager.

Utvalget forutsatte videre at offentlige støtteordninger i større grad skulle rettes inn mot virksomhetene og støtte opp under tiltak som iverksettes i samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Ordningen med kjøp av helsetjenester ble foreslått utvidet.

Utvalget la til grunn at virksomhetene burde kunne forholde seg til en offentlig instans for å få råd, veiledning og offentlig støtte, og mente at trygdeetaten burde være den offentlige etaten som arbeidsgivere skulle henvende seg til i forbindelse med oppfølging av sykmeldte arbeidstakere.

### IA-avtalen av 3. oktober 2001

Den første IA-avtalen ble etablert som et svar på Sandmannutvalgets forslag til endringer i sykelønnsordningen. Avtalen la til grunn at det burde etableres et gjensidig forpliktende samarbeid for å redusere sykefraværet, redusere tilgangen til uføretrygd, øke den reelle

pensjoneringsalderen og skape et mer inkluderende arbeidsliv med større plass for blant annet yrkeshemmede. IA-avtalen hadde følgende operative delmål:

- Å redusere sykefraværet med minst 20 pst. for hele avtaleperioden i forhold til sykefraværsnivået for 2. kvartal 2001.
- Å få tilsatt langt flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne (yrkeshemmede, arbeidstakere på attføringstiltak, reaktivisering av uførepensjonister) enn i dag.
- Å øke den gjennomsnittlige avgangsalderen fra arbeidslivet.

Følgende virkemidler ble forbeholdt arbeidsgivere i IA-virksomheter:

- Anledning til å iverksette aktiv sykmelding uten forhåndsgodkjenning.
- En fast kontaktperson i trygdeetaten til hjelp i oppfølging av sykmeldte i virksomheten.
- Bedriftshelsetjenestene i IA-virksomhetene fikk en egen refusjonstakst i folketrygden for arbeid med å tilbakeføre langtidssykmeldte og uføretrygdete til arbeid.

Følgende virkemidler ble forbeholdt arbeidstakere i IA-virksomheter:

- Arbeidstakere i IA-virksomheter fikk mulighet til å bruke utvidet egenmelding i en periode på 8 kalenderdager per sykefraværstilfelle, med et samlet øvre tak på 24 dager per år.

Følgende tiltak skulle gjelde generelt for alle arbeidsgivere/arbeidstakere:

- Arbeidsgiveravgift for arbeidstakere over 62 år ble foreslått redusert med 4 prosentpoeng fra 01.07.02.
- Bevilgning til kjøp av helsetjenester ble foreslått økt. Ramme til 120 mill. kroner.
- Fra 01.04.02 ble det foreslått at folketrygden etter søknad skulle dekket utgifter til sykepenger i arbeidsgiverperioden når årsak til sykefravær var svangerskap og omplassering ikke var mulig.
- Innføring av et tilretteleggingstilskudd i forbindelse med bedriftsintern attføring. Ramme på 100 mill. kroner.

### Erklæring av 3. desember 2003

I 2003 ble det gjennomført en midtveisevaluering som viste at sykefraværet hadde økt. Det ble erkjent at det var lite realistisk å nå avtalens mål om 20 prosent reduksjon i sykefraværet. Det var på dette tidspunkt lite konkret kunnskap om måloppnåelsen i forhold til delmål 2 og 3, men det var enighet om å styrke det videre arbeidet med disse delmålene, samt lage eget IA opplegg for små virksomheter.

Som forutsetninger for videreføring av IA-avtalen ble følgende lagt til grunn:

- De økonomiske virkemidler i IA-avtalen opprettholdes
- Endring av IA-avtale-teksten på følgende punkt:  
"Regjeringen vil ikke foreslå overfor Stortinget at det i avtaleperioden gjøres endringer i dagens sykkelønnsordning verken for arbeidstakere eller arbeidsgivere med mindre alle parter i avtalen er enige om det."

- Fokus på arbeidsplassen som arena for forebygging av sykefravær, hindre utstøting og få flere med redusert funksjonsevne i arbeid. Partene var enige om at organisasjonene i arbeidslivet skulle komme tilbake med konkrete forslag til hvordan arbeidstaker- og arbeidsgiversiden kunne sikre en bedre forankring av intensjonene bak IA-avtalen nede på den enkelte arbeidsplass.
- Tidlig oppfølging av sykmeldte. Disse innebar krav om oppfølgingsplaner etter 6 uker. Målretting av bruken av aktiv sykmelding. Gradert sykmelding som førstevalg i sykmeldinger ut over 8 uker. Reglene for tildeling av tilretteleggingstilskudd ble endret slik at tilskuddet ble målrettet (forbeholdt) mot IA-bedrifter.
- Bedre og mer koordinert innsats fra myndighetene (trygdeetat, arbeidsmarkedsetat og Arbeidstilsynet).
- Forenklet samarbeidsavtale for de mindre virksomhetene.

### **Lovendring fra 1. juli 2004**

Innholdet i erklæringen ble fulgt opp i høringsnotat av 20.2.2004. Lovforslag ble fremmet overfor Stortinget 26. mars. 2004, jf. Ot.prp. nr. 48 (2003-2004). Om lov om endringer i folketrygdloven (nye regler om sykmelding mv.). En enstemmig sosialkomite vedtok forslagene, jf. Innst. O. nr. 81 (2003-2004). Lovendringer ble iverksatt fra 1. juli 2004.

Det ble samtidig jobbet med endringer i sykmeldingsblanketten og det ble gjennomført et opplæringsprogram for fastleger (Fastlegeprogrammet). Endringene ble utarbeidet av Rikstrygdeverket i samråd med arbeidslivets parter og representanter fra Legeforeningen.

Endringene i sykmeldingsregler fra 1. juli 2004 påvirket fastlegenes sykmeldingspraksis i betydelig grad. Evaluering viste at fastlegene sykmeldte færre pasienter, friskmeldte pasientene tidligere og økte bruken av graderte sykepenger. Gjennom hele 2004 var det en betydelig økning i bruken av graderte sykepenger (Brage og Kann 2006).

Fastlegenes deltakelse i fagutviklingsprogrammet "Legen i det inkluderende arbeidsliv" påvirket deres sykmeldingspraksis i begrenset grad. Analyser viste at det var en mindre økning i antallet sykefravær etter deltakelse for noen legegrupper. Men det var ingen effekt på varigheten av sykefraværet eller på bruk av graderte sykepenger (Brage og Kann 2006).

### **Forslag om delansvar på 10 pst. etter utløp av arbeidsgiverperioden**

I forslag til statsbudsjett i 2005, mente Regjeringen (Bondevik II) at arbeidet med å redusere sykefraværet måtte intensiveres. I tillegg ble det påpekt at arbeidsgivere ikke hadde økonomiske incentiver til å forebygge langtidsfravær. For at arbeidet med å forebygge slikt fravær skulle bli lønnsomt for bedriftene, foreslo Regjeringen Bondevik II at arbeidsgiver skulle få et delansvar på 10 pst. for sykepenger som dekkes av folketrygden etter utløp av arbeidsgiverperioden. Arbeidsgiver ble delvis kompensert for dette ved å redusere antall dager i arbeidsgiverperioden fra 16 til 14 kalenderdager. Det ble også foreslått at gjeldende skjermingsordninger for kronisk syke også skulle gjelde for arbeidsgivers delansvar i trygdeperioden og forsikringsordningene for småbedrifter ble foreslått utvidet.

Forslag om endring i folketrygdloven ble fremmet overfor Stortinget 29. oktober 2004, jf. Ot.prp. nr. 9 (2004-2005) Om lov om endringer i folketrygdlova og i enkelte andre lover (samleproposisjonen høsten 2004).



Da forslaget ble fremmet, var sykefraværet på vei ned og flertallet i komiteen bestående av medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti vurderte at et delansvar for arbeidsgiverne i hele sykepengeperioden var et viktig insentiv for å gjøre det lønnsomt for virksomhetene å forebygge og redusere langtidsfravær. Disse medlemmene viste til budsjettavtalen mellom regjeringspartiene og Fremskrittspartiet og foreslo i Innst. O. nr. 36 (2004-2005) å utsette endringene i folketrygdloven, samtidig som de ba Regjeringen vurdere forslaget dersom det viste seg at sykefraværet skulle gå mer ned enn forventet.

Medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet la til grunn at IA-avtalen forutsatte at det ikke skulle gjøres endringer i dagens sykelønnsordning, jf. kulepunkt 2 i erklæring av 3. desember 2003. Disse partiene karakteriserte forslaget om å øke arbeidsgivers økonomiske ansvar for sykefravær som et klart avtalebrudd og at Regjeringen hadde opptrådt helt uforutsigbart som avtalepart.

### **IA-avtalen av 14. desember 2005**

Avtalen ble i 2005 evaluert gjennom en "Interdepartemental rapport om måloppnåelse", ECON- rapport 2005-051. "16 IA-virksomheter to år etter" og ISF-rapport 2005:9. "IA-avtalen og yrkesaktivitet blant personer med redusert funksjonsevne". Ingen av disse evalueringene var effektevalueringer.

Høsten 2005 var det drøftinger med partene i arbeidslivet om ny IA-avtale. Ny IA-avtale ble undertegnet 14. desember 2005.

Det var i avtalen enighet om at målet for reduksjon i sykefraværet skulle opprettholdes. Det betyd at målet frem til 2009 var en reduksjon på 20 pst. i forhold til sykefraværslivnivået i 2. kvartal 2001. De andre målsetningene ble også videreført. Partene i avtalen var enige om at det var behov for et forsterket fokus på delmål 2 og 3 i avtalen. Det var derfor enighet om at man i løpet av våren 2006 skulle komme tilbake med en konkretisering av målformuleringene nasjonalt og på virksomhetsnivå. Virkemiddelbruken knyttet til IA-avtalen skulle også vurderes.

### **Drøftinger våren 2006 – Tilleggsavtale av 6. juni 2006**

Gjennom våren 2006 var det en rekke møter mellom myndighetene og arbeidslivets parter i IA-avtalen. Dette resulterte i en rapport fra en partssammensatt arbeidsgruppe av 24. mai 2004 "IA-samarbeidet – vi strekker oss litt lengre".

Rapporten angir overordnede mål, samlet mål for alle delmålene, nasjonale mål for alle delmålene samt forventninger om hva enkelt virksomhet må gjøre (aktivitetsmål). Under delmål 2 om å rekruttere personer med redusert funksjonsevne ble ansvaret for oppfølging av delmålet operasjonalisert på en mer tydelig måte enn forrige avtale hadde gjort. Men de konkrete måleindikatorer under delmål 2 ble ikke konkretisert i rapporten av 24. mai 2006.

Deretter gikk rapporten gjennom roller og ansvar for arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste, arbeidstaker, myndighetene herunder Arbeids- og velferdsetaten (arbeidslivssentrene) og Arbeidstilsynet/Petroleumstilsynet.

I forbindelse med vurdering av virkemiddelbruken fikk Frisch-senteret i oppdrag å evaluere tiltaket med reduksjon i arbeidsgiveravgift for arbeidstakere over 62 år. Konklusjonene som ble trukket i rapporten var at det foreløpig var vanskelig å se om

tiltaket hadde hatt målbar betydning for sysselsettingen av eldre arbeidstakere (Ellingsen og Røed 2006).

På denne bakgrunn var det enighet om arbeidsgiveravgift for personer over 62 år skulle reduseres med 3 prosentpoeng mot 4 prosentpoeng i den opprinnelige IA-avtalen. Dette frigjorde 276 mill kroner, som ble fordelt på følgende måte:

Styrking av tilretteleggingstilskuddet	180 mill. kr.
Utdanningsvikariater/utdanningspermisjoner	20 mill. kr.
Styrking av tjenester fra arbeidslivssentrene	30 mill. kr.
IA-plasser	
Prekvalifisering" av IA-virksomheter	
Tilretteleggingsgaranti	13 mill. kr.
Kjøp av helsetjenester	30 mill. kr.
Tiltak for å synliggjøre seniorer som ressurs	3 mill. kr.
Samhandlingsmodell arbeids- og velferdsetaten, Arbeidstilsynet/Petroleumstilsynet	

Deretter konkretiserer rapporten hvordan man sammen skulle arbeide for å forebygge at mottakere av korttidsytelser gikk over på varige passive trygdeytelser gjennom at alle "strekker seg litt lenger". Dette omfattet også etableringen av IA-plasser.

Tilleggsavtalen av 6. juni 2006 er basert på konklusjonene fra rapporten av 24. mai 2006 og gjengir operasjonaliseringen av delmålene på nasjonalt og virksomhetsnivå samt justering av virkemiddelbruken.

### Sykefraværsutvalget høsten 2006

Sommeren 2006 var det møter mellom Regjeringen (Stoltenberg II) og arbeidslivets parter i IA-avtalen om tiltak for å redusere sykefraværet. Bakgrunnen for møtet (4. juli) var vekst i sykefraværet. Arbeidsminister Bjarne Håkon Hanssen sa at det var viktig å få snudd denne utviklingen, og at han derfor hadde kalt inn partene i IA-avtalen, slik at det kunne lages prosedyrer for IA-avtalen når utviklingen gikk i gal retning. Nytt møte var berammet til begynnelsen av september. Den felles utfordring var at man innen den tid skulle klare å komme opp med gode tiltak.

Regjeringen møtte partene i avtalen 5. september og innkalte samtidig til pressekonferanse for å presentere nye grep for å redusere sykefraværet. Regjeringen poengterte her at det ikke var mulig å nå IA-avtalens mål for sykefraværet med de virkemidlene som var til rådighet. For å styrke arbeidet på den enkelte arbeidsplass, foreslo regjeringen at arbeidsgiverne skulle finansiere en del av sykepengeutgiftene i trygdeperioden.

Konkret ble det foreslått at arbeidsgivere skulle få et medfinansieringsansvar for sykepengeutgiftene etter arbeidsgiverperioden på 20 prosent av sykepengeutgiftene fram til seks måneder av sykefraværet, og 10 prosent av utgiftene de resterende seks månedene. Som en delvis kompensasjon ble det foreslått å redusere arbeidsgiverperioden med to dager, fra 16 til 14. Skjermingsordninger for personer med langvarige eller kroniske sykdommer og forsikringsordningen for bedrifter med få ansatte ble foreslått utvidet, for å motvirke eventuelle negative utslag av forslaget.

Arbeidslivets parter i IA-avtalen sendte brev til regjeringen 8. september 2006. De argumenterte mot regjeringens forslag til endringer i sykelønnsordningen og ba om at det ble iverksatt en reell dialog. Statsministeren svarte arbeidslivets parter i IA-avtalen 11. september 2006. På bakgrunn av brevet fra organisasjonene nedsatte regjeringen Sykefraværsutvalget ledet av statsministeren.

Utvalget la 6. november 2006 frem forslag til en "modell" for endret sykmeldingspraksis som inneholdt en kombinasjon av:

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

Utvalget foreslo:

- økt arbeidsgiveransvar og tettere oppfølging av sykmeldte. Forslag fra Sykefraværsutvalget ble iverksatt fra 1. mars 2007 (se neste avsnitt).
- utvalget foreslo å innføre en ordning for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for å bringe personer som mottar sykepenges raskere tilbake til arbeidslivet.
- økt ramme for tilskuddet for tilretteleggingstilskuddet
- sterkere kontroll- og sanksjonsmekanismer ved manglende oppfølging av sykmeldte.

Følgende tiltak ble styrket: Tilretteleggingstilskuddet (150 mill), forsøk med utdanningsvikariater/utdanningspermisjoner (17 mill), arbeidslivssentrene (25 mill), forsøk med tilretteleggingsgaranti (11 mill), kjøp av helsetjenester (27 mill) og tiltak for å synliggjøre seniorer som ressurs (3 mill).

Nye tilskudd var: helse og rehabiliteringstjenester for sykmeldte (604 mill), dialogmøter/kompensasjon til legene (40 mill), styrking av arbeidstilsynet og arbeids- og velferdsetaten (29 + 30 mill) og tiltak rettet mot funksjonshemmede (5 mill). Alt dette ble finansiert gjennom å avvikle ordningen med redusert arbeidsgiveravgift for arbeidstakere over 62 år.

### **Tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte – 1. mars 2007**

Forslag fra sykefraværsutvalget ble vedtatt med virkning fra 1. mars 2007, jf. behandling av Ot.prp. nr. 6 (2006-2007) Om lov om endring i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven (tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte mv.).

Endringene innebar blant annet:

- Utarbeiding av oppfølgingsplan for sykmeldte arbeidstakere senest innen seks uker.
- Gjennomføring av dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen senest innen 12 uker.
- Det skal ytes graderte sykepenges også når arbeidstakeren delvis kan utføre nye arbeidsoppgaver etter tilrettelegging gjennom tiltak i virksomheten.
- Arbeids- og velferdsetaten skal gjennomføre dialogmøte innen 26 uker sykmelding.

## Prosess fram mot ny IA-avtale i 2010

I 2009 blir det på nytt registrert at sykefraværet økte. I møte 13. november 2009 ble myndighetene og partene i arbeidslivet enige om å vurdere bedre virkemidler for å få ned sykefraværet. Det var også enighet om å forlenge IA-avtalen fram til 1. mars 2010, slik at partene kan vurdere en noe bredere virkemiddelpakke.

Partene sluttet seg til at følgende prosess ble lagt til grunn:

### *Partssammensatt arbeidsgruppe*

Regjeringen og partene oppsummerte erfaringene med IA-avtalen i inneværende periode, og klargjorde og drøftet sentrale premisser for det videre IA-samarbeidet. Gruppen avga sin rapport 13. november 2009.

### *Faglig ekspertgruppe*

Arbeidsministeren oppnevnte i november 2009 en faglig ekspertgruppe som skulle vurdere mulige administrative tiltak som kunne bidra til en nødvendig reduksjon i sykefraværet (ekspertgrupperapport gjengitt i referanselisten som Mykletun m.fl. 2010). Målet for arbeidet var å gjennomføre faglige vurderinger av mulige administrative tiltak som kunne bidra til å redusere sykefraværet, som skulle inngå i det materialet som myndighetene og partene skulle legge til grunn for drøftingene om innholdet i en ny IA-avtale.

Målsetningen for utvalget var å se på administrative tiltak som kunne redusere sykefraværet utover de tiltak som på det tidspunkt lå i IA-avtalen. Det innebar blant annet gjennomgang av stoppunkter for de sykmeldte, sykmelders rolle, effekten av implementerte tiltak og vurdere normering på sykmeldingslengden avhengig av diagnose.

### *Modeller for arbeidsgivers finansiering av sykelønnsordningen*

Regjeringen skulle utrede ulike modeller for arbeidsgivers finansiering av sykelønnsordningen. Dette skulle skje innenfor en forutsetning om budsjettneutralitet.

## IA-avtale og protokoll av 24. februar 2010

Partene ble enige om en tiltakspakke for å forebygge sykefravær, øke jobbnærvær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. Partene ville gjennomføre tiltak overfor legene, sikre tidligere innsats overfor sykmeldte, bedre tilrettelegging fra arbeidsgiveres side og medvirkning fra arbeidstakere. Tiltakene ble lagt fram i en egen protokoll som ble underskrevet samtidig med ny IA-avtale.

### *Ny IA-avtale*

Partene var enige om at IA-samarbeidet er viktig for å oppnå overordnede mål i sysselsettings-, arbeidsmiljø- og inkluderingspolitikken, og at godt IA-arbeid skapes i den enkelte virksomhet. Målene i IA-avtalen ble videreført. Videre ble det oppnådd enighet om målretting av avtalen mot de enkelte virksomhetene og innføring av tiltak for bedre oppfølging av avtalen på sentralt nivå (Oppfølgingsgruppen, Faggruppe, halvårlig rapportering om innsats og resultater). Klausul om at Regjeringen ikke ville foreslå endringer i sykelønnsordningen i avtaleperioden med mindre partene er enige om dette ble videreført.

I tillegg var det enighet om flere nye virkemidler for å skjerpe arbeidet med å nå målene i IA-avtalen (som skulle gjelde for hele arbeidslivet)

### *Noen viktige tiltak i protokollen*

Sykmelder (leger mv.): Utarbeiding av forslag til faglig støtte/veiledning for sykmeldingsarbeidet. Utvikling av system for regelmessige tilbakemeldinger til sykmelder om egen sykmeldingspraksis, sammenlignet med andre. Samt innføring av obligatorisk opplæring i sykmeldingsarbeid for alle som skal sykmelde.

Tidlig oppfølging: Utarbeiding av oppfølgingsplaner senest etter fire ukers sykmelding (tidligere åtte uker). Dialogmøte 1 i regi av arbeidsgiver skal gjennomføres for alle sykmeldte (også graderte) senest innen åtte uker (tidligere 12 uker). Bedriftsintern attføring og arbeidsrettede tiltak skulle iverksettes tidligere i sykefraværsløpet og skulle være obligatorisk tema på dialogmøte 2.

Reglene om sanksjoner overfor alle aktører skulle gjennomgås og styrkes.

Partene var enige om at en endring i medfinansiering i tråd med ekspertgruppas prinsipper kunne bidra til å styrke arbeidsgivers oppfølging av og tilrettelegging for langtidssykmeldte, og medvirke til at hovedregelen ble gradert sykmelding.

### **Jobbstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne**

Det ble i 2012 utarbeidet en jobbstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne som er forankret gjennom dialog med arbeidslivets parter. Strategien bygger på visjonen om at alle som kan skal få delta i arbeidslivet. Dette er et overordnet mål. Med jobbstrategien tok Regjeringen et krafttak for å sysselsette flere personer med nedsatt funksjonsevne under 30 år. Fokus rettes særlig mot unge i overgangen mellom utdanning og arbeid. Strategien peker på fire barrierer: en diskrimineringsbarriere, en kostnadsbarriere, en produktivetsbarriere og en informasjons- og holdningsbarriere. Strategien inneholder en rekke tiltak som skal brukes til å bistå arbeidssøkere og arbeidsgivere som ansetter personer med nedsatt funksjonsevne eller tilbyr praksisplasser, blant annet en tilretteleggingsgaranti, et nytt tilretteleggingstilskudd til arbeidssøkere og flere oppfølgingstiltak.

Jobbstrategien ble videreført og styrket med nye tiltak i 2013.

**Ramme for IA-tiltak for 2013**

Rammer for tiltak under IA-avtalen (2013) kan anslås til:

- Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte (raskere tilbake)
- RHF - 531 mill. kr. NAV – 202 mill. kr.
- Tilskudd til tilretteleggingstiltak 300 mill. kr.
- Administrativ innsats – Første avtale, sykefraværsutvalget (om lag 300 mill. kr.)
- Oppfølging av ny IA-avtale i 2012 (153 mill. kr.)
- Om lag 50 mill. kr. til FoU (Arbeidsmedisin, NFR, evaluering)

## Referanseliste

- Aakvik, A., Holmås, T.H., & Kjerstad, E. (2012). Hospital Capacity, Waiting Times and Sick Leave Duration – An Empirical Analysis of a Norwegian Health Policy Reform. *Working papers in Economics*. No.10/12. Universitetet i Bergen.
- Arnetz, B.B., Sjögren, B., Rydén, B., & Meisel, R. (2003). Early Workplace Intervention for Employees with Musculoskeletal- Related Absenteeism: A Prospective Controlled Intervention Study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 45(5), 499-506.
- Boll, J., Hertz, M., Svarer, M., & Rosholm, M. (2010). Evaluering. *Aktive – hurtigere tilbake*. København: Rambøll.
- Brage, S., & Kann I.C. (2006). *Fastlegers sykmeldingspraksis II: Regelendringer og Legeprogrammet*. RTV-rapport 06/2006. Oslo, Rikstrykdeverket.
- Dale-Olsen, H., Hardoy, I., Størvik, A., & Torp, H. (2005). *IA-avtalen og yrkesaktivitet blant personer med redusert funksjonsevne*. ISF-rapport 2005:9. Institutt for Samfunnsforskning.
- ECON (2005). *16 IA-virksomheter to år etter*. Rapport 2005:051. Oslo: Econ Analyse
- Ellingsen G., & Røed, K. (2006). *Analyse av aldersdifferensiert arbeidsgiveravgift*. Rapport 5/2006. Frischsenteret
- Fevang, E., Markussen, S. & Røed, K. (2011). *The Sick Pay Trap*. Discussion Paper No. 5655 April 2011. <http://ftp.iza.org/dp5655.pdf>
- Foss, L., Gravseth, H. M., Kristensen, P., Claussen, B., Mehlum, I.S., & Skyberg, K. (2010). Risk Factors for Long-Term Absence Due To Psychiatric Sickness: A Register-Based 5-Year Follow-Up from the Oslo Health Study *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 52(7), 698-705. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181e98731.
- Holmås, T.H., & Kjerstad, E. (2010). *Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester*. Delrapport 3 SNF-rapport nr. 07/10. Samfunns- og næringslivsforskning AS. Bergen.
- Høgelund, J. (2012). *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt*. Rapport 12:06. SFI.
- Høgelund, J., Holm, A., & Eplov, L.F. (2012). The effect of part-time sick leave for employees with mental disorders. *Journal of Mental Health Policy and Economics*. 15(4), 157-70.
- Høgelund, J., Holm, A., & McIntosh, J. (2010). Does Graded Return-to work Improve Sick-listed Workers' Chance of Returning to Regular Working Hours? *Journal of Health Economics*, 29(1), 158-169. doi: 10.1016/j.jhealeco.2009.11.009.
- Interdept (2005). *Evaluering av IA-avtalen 2005*. Rapport fra en interdepartemental arbeidsgruppe med medlemmer fra Arbeids- og sosialdepartementet, Moderniseringsdepartementet og Finansdepartementet.
- Kann, I.C., Brage, S., Kolstad, A., Nossen, J.P., & Thune, O. (2012). Har gradert sykemelding effekt på sykefraværet? *Arbeid og velferd nr 2*, 60-70.
- Markussen, S., Mykletun, A., & Røed, K. (2012). The Case for Presenteeism - Evidence from Norway's Sickness Insurance Program. *Journal of Public Economics*, 96(11-12), 959-972.

Mykletun, A., Eriksen, H.R., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., Christiansen, E.C., & Guldvog, B. (2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform*. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet 01.02.10  
[http://www.regjeringen.no/pages/2334559/R\\_2010\\_tiltak\\_sykefravaer.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/2334559/R_2010_tiltak_sykefravaer.pdf)

Mykletun, A., & Vaage, K. (2012). *Rapport etter ekspertmøtet om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær*. Rapport til Arbeidsdepartementet.  
<http://www.regjeringen.no/pages/37879488/rapportsykefravaerMykletunVaage.pdf>

Folkehelse rapport 2010. *Helsetilstanden i Norge*. FHI rapport 2010:2.

OECD (2006). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Norway, Poland and Switzerland*. Paris: OECD Publishing.

OECD (2013). *Mental Health and Work: Norway*. Paris: OECD Publishing.

Odeen, M., Ihlebaek C., Indahl A., Wormgoor, M.E.A., Lie S.A. & Eriksen H.R. (2013). Effect of peer-based low back pain information and reassurance at the workplace on sick leave: a cluster-randomized trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23, 209-219.  
 doi:10.1007/s10926-013-9451-z.

Odeen M., Magnussen L.H., Maeland S., Larun L., Eriksen H.R. & Tveito T.H. (2013). Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occupational Medicine*, 63(1), 7-16. doi: 10.1093/occmed/kqs198

Ose, S.O., Kaspersen, S.L., Reve, S.H., Mandal, R., Jensberg, H., & Lippestad, J. (2012). *Sykefravær – gradering og tilrettelegging*. SINTEF Rapport A22397.

Petterson-Lidbom, P., & Skogman Thoursie, P. (2013). Temporary Disability Insurance and Labor Supply: Evidence from a Natural Experiment. *Scandinavian Journal of Economics*, 115(2), 485-507. doi: 10.1111/j.1467-9442.2012.01746.x

Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Sykefravær og uførepensjonering, et inkluderende arbeidsliv*. NOU 2000:27. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Tveito, T.H., Hysing, M., & Eriksen, H.R. (2004). Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review. *Occupational Medicine*. 54(1), 3-13. doi: 10.1093/occmed/kqg109

Viikari-Juntura E., Kausto J., Shiri R., Kaila-Kangas L., Takala E.P., Karppinen J., Miranda H., Luukkonen R., & Martimo K.P. (2012). Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial Scandinavian. *Journal of Work and Environmental Health*. 38(2), 134-143. doi:10.5271/sjweh.3258

Westerlund, H., Kivimäki, M., Singh-Manoux, A., Melchior, M., Ferrie, J.E., Pentti, J., Jokela, M., Leineweber, C., Goldberg, M., Zins, M., & Vahtera, J. (2009). Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. *Lancet*. 5; 374(9705), 1889-96. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61570-1

Wågø Aas, R., Solberg, A., & Strupstad, J. (2011). Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykemeldte. Rapport IRIS – 2011/125.

Øverland, S., Glozier, N., Mæland, J.G., Aarø, L.E., & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC Public Health* 6:219.  
 doi:10.1186/1471-2458-6-219





[www.fhi.no](http://www.fhi.no)

Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Juni 2013  
Postboks 4404 Nydalen  
NO-0403 Oslo  
Telefon: 21 07 70 00  
ISBN 978-82-8082-573-5 trykt utgave  
ISBN 978-82-8082-574-2 elektronisk utgave