NOU Norges offentlige utredninger **2000: 27**

Sykefravær og uførepensjonering

Et inkluderende arbeidsliv

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 9. april 1999.
Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 15. september 2000.

Statens forvaltningstjeneste
Informasjonsforvaltning

Oslo 2000

Til meny

Til Sosial- og helsedepartementet

Regjeringen Bondevik oppnevnte ved kongelig resolusjon 9. april 1999 et utvalg for å utrede årsaker til økningen i sykefraværet og tilgang til uførepensjon og foreslå tiltak som kan bidra til å redusere sykefraværet og uføretilgangen. Utvalget legger med dette fram sin innstilling.

Oslo, den 15. september 2000

Matz Sandman Leder
Rita Lekang
Geir Riise
Einfried Halvorsen
Grete Johansen
Ivar Jørgensen
Gladys Sanchez
Finn Berge Haaland
Liv Overaae
Gudrun Holgersen
Terje Vigen
Finn Melbø
Liv Haugen
Åse Rellsve
Elfriede Børsum
Johanne Sundby
Tone Kjeldsberg
Årstein Risan
Ola Heen Strømmen
Kristin Sørheim
Grethe Hammarqvist
Ole Alexander Opdalshei
Hege Andersen
Lars Fjell Hansson

Kapittel 1
Utvalgets mandat, sammensetning og arbeid

1.1 Mandat og sammensetning

I St.prp. nr. 1 for 1999 varslet regjeringen at den ville sette ned et offentlig utvalg for å vurdere spørsmål knyttet til sykefravær og nytilgang til uførepensjon. Her heter det blant annet:

> »Den sterke og bekymringsfulle økningen i sykefraværet og tilgangen på nye uførepensjonister skaper både velferdsmessige probemer og problemer med den budsjettmessige handlefriheten. På denne bakgrunn vil regjeringen sette ned et offentlig utvalg for å utrede årsakene til økningen i sykefraværet og nytilgangen til uførepensjon, kartlegge ordningenes sosialpolitiske rolle og samfunnsøkonomiske betydning, og foreslå tiltak som kan redusere sykefraværet og begrense uføretilgangen» (s. 59).

Ved kongelig resolusjon av 9. april 1999 nedsatte regjeringen et utvalg med følgende mandat:

1. »Utvalet skal greia ut årsakene til auken i sjukefråværet og til nytilgangen til uførepensjon, herunder årsaker til kjønnsmessige skilnader. Utvalet skal kartleggja utviklinga og vurdera tilhøve i arbeidsmarknaden, befolkningsutviklinga, helsetilstanden samt eventuelle sider ved regelverket for sjukepengar, rehabiliteringspengar og uførepensjon og/eller praktiseringa av regelverket, som kan ha hatt innverknad på utviklinga. Utvalet skal òg vurdera korleis behandlings-, rehabiliterings- og attføringstiltak har verka inn.
2. Utvalet skal kartleggja den sosiale og samfunnsøkonomiske rolla som folketrygda sine ordningar for sjukeløn, rehabiliterings- og attføringsstønader og uførepensjon har, og korleis dei samverkar med andre og supplerande ordningar ved sjukdom og førtidspensjon i arbeidslivet. Utvalet skal kartleggja særskilt ordningane sine sosiale og samfunnsøkonomiske konsekvensar for kvinner. Utvalet skal vurdera sjukepenge- og uførepensjonsordningane opp mot folketrygda sine mål om tryggleik, sosial fordeling og hjelp til sjølvhjelp. Utvalet skal drøfta behovet for endringar i ordningane i høve til samfunnsendringar og drøfta korleis ein best kan bidra til å oppretthalda høg yrkesdeltaking og samstundes økonomisk tryggleik med sosial fordeling ved sjukdom og uførleik.
3. Utvalet skal føreta ei samla vurdering av dei tiltak og regelendringar som er sett i verk i dei seinare år med sikte på å redusera sjukefråværet og få sjukmelde i arbeid att. Det gjeld både tiltak som er sett i verk i Noreg og i andre aktuelle land som tidlegare har hatt høgt sjukefråvær og omfattande uføreordningar, til dømes Sverige og Nederland. Utvalet skal drøfta og vurdera eventuelle tiltak på

regelverksida som kan bidra til å redusera sjukefråværet og uføretilgangen. Utvalet bør blant anna vurdera ansvarsfordelinga mellom den enkelte, arbeidsgjevar og staten, og drøfta forholdet til arbeidsavtalar. Konsekvensane av drøfta tiltak må utgreiast nøye, herunder omsynet til enkle ordningar.

4. Utvalet skal vidare drøfta miljøtiltak i bedriftene, behandlings- og oppfølgingstiltak overfor sjukmelde og på arbeidsplassen, og tiltak som kan styrkja den enkelte og bedriftene sitt ansvar for helse, miljø, sikkerheit, sjukefråvær og arbeidstilknytting. Utvalet skal òg vurdera tiltak som kan påverka bedriftene sine haldningar til og ansvar for personar med helseproblem og yrkeshemming, og tiltak som kan bidra til betre rehabilitering og attføring av den enkelte.
5. Utvalet skal vurdera om ein bør ha kvantifiserte mål for redusert sjukefråvær og samla reduksjon i arbeidsstyrken som fylgje av sjukdom og skal elles greia ut om økonomiske, sosiale og administrative konsekvensar av moglege tiltak og forslag.
6. Utvalet skal avgje innstilling innan 1. juni år 2000.»

Ved brev av 3. mai 2000 ble utvalget innvilget en forlengelse av fristen til 15. september 2000.

Mandatet ble presisert av Sosialministeren i brev av 16. november 1999. Utvalget ble bedt om å se nærmere på ordningen med friinntekt for uførepensjonister. I brevet heter det

> »Erfaringane med ordninga så langt tyder på at mange tilpassar arbeidsinnsatsen til friinntektsgrensa for å unngå redusert pensjon (...) Den høge friinntektsgrensa kombinert med ventetida på eitt år synest å gje terskelvirkningar som gjer det lite lønnsamt å auka arbeidsinnsatsen og redusera uføregraden».

Utvalget fikk følgende sammensetning:

- Leder:
- Fylkesrådmann Matz Sandman, Lier
- Medlemmer:
- Avdelingsdirektør Elfriede Børsum, Sosial- og helsedepartementet
- Generalsekretær Einfrid Halvorsen, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
- Fylkeslege Liv Haugen, Trondheim
- Prof.dr.jur Gudrun Holgersen, Bergen
- Rådgiver Finn Berge Haaland, Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund
- Rådgiver Grete Johansen, Akademikernes Fellesorganisasjon
- Direktør Ivar Jørgensen, Handelens og Servicenæringens Hovedorganisasjon
- Underdirektør Tone Kjeldsberg, Kommunal- og regionaldepartementet
- LO sekretær Rita Lekang, Landsorganisasjonen i Norge
- Avdelingsdirektør Finn Melbø, Arbeids- og administrasjonsdepartementet
- Spesialkonsulent Liv Overaae, Kommunenes Sentralforbund
- Seniorrådgiver Åse Rellsve, Arbeids- og administrasjonsdepartementet

- Fagsjef Geir Riise, Næringslivets Hovedorganisasjon
- Spesialrådgiver Årstein Risan, Finansdepartementet
- Sosialkonsulent Gladys Sanchez, Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes Organisasjoner
- Avdelingsdirektør Ola Heen Strømmen, Rikstrygdeverket
- Forsker dr.med. Johanne Sundby, Oslo
- Veterinær Kristin Sørheim, Tingvoll
- Utredningssjef Terje Vigen, Akademikerne

Sekretærer for utvalget har vært rådgiver Grethe Hammarqvist, Sosial- og helsedepartementet, rådgiver Hege Andersen (fram til 31. mai 2000), Sosial- og helsedepartementet og rådgiver Ole Alexander Opdalshei, Rikstrygdeverket. I tillegg har seniorrådgiver Lars Fjell Hansson, Finansdepartementet, vært tilknyttet sekretariatet på deltid. Grethe Hammarqvist har ledet arbeidet i sekretariatet.

1.2 Utvalgets arbeid

Utvalget har hatt i alt 13 møter i perioden fra mai 1999 til september 2000, hvorav 7 møter har vært todagersmøter. I tillegg har en arbeidsgruppe bestående av medlemmer fra utvalget hatt 13 møter. En rekke forskere, etater og organisasjoner har vært invitert til å holde innlegg og delta i diskusjoner på utvalgsmøtene. Følgende temaer har vært i tatt opp:

- Folketrygdloven og stønadsordningene ved Runar Narvland, fylkestrygdekontoret i Buskerud
- Tiltak og ordninger på arbeidsmiljøområdet ved underdirektør Tone Kjeldsberg, Kommunal- og regionaldepartementet
- Utviklingen på sykefraværsområdet på 1990-tallet ved forsker Axel West Pedersen, Fafo
- Kjøp av helsetjenester ved forsker Helge Østtveiten, NIBR
- Kjønnsforskjeller i sykefravær og yrkestilknytning ved Prof. Arne Mastekaasa, Universitetet i Oslo
- Kvinner, helse og trygd ved forsker Johanne Sundby og fylkeslege Liv Haugen
- Sykefravær, uførepensjon og tiltak sett fra allmennlegens ståsted ved Prof. Dag Bruusgaard
- Betydningen av psykologiske og kulturelle faktorer ved forsker Stein Knardal, STAMI
- Kvinners møte med helsevesenet ved Prof. Kirsti Malterud
- Aktuelle problemstillinger knyttet til arbeidsmarkedsbedrifter ved Styreformann Ove Silkoset
- Et brukerperspektiv ved utredningssjef Grete Sørum, Norsk revmatikerforbund
- Forholdet mellom arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten ved trygdedirektør Arild Sundberg og ass.arbeidsdirektør Odd Erik Martinsen

Grunnet den korte tidsfristen for utvalgets arbeid, er faktabeskrivelsen i store trekk basert på foreliggende litteratur og tidligere forskning. Utvalget har likevel fått noe bistand fra eksterne forskningsinstitusjoner:

- Statistisk sentralbyrå: Kartlegge forløp fra sykefravær via attføring og rehabilitering til uførepensjon ved hjelp av forløpsdatabasen FD-trygd
- Holte, Krokstad og Magnus ved Statens institutt for folkehelse; Årsaker til uførepensjonering
- Espen Bratberg og Alf Erling Risa, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen; Insentivvirkninger i helserelaterte stønadsordninger.

I tillegg har Rikstrygdeverket bistått sekretariatet.

Sekretariatet har besøkt departementene og aktuelle institusjoner i Sverige, Danmark og Nederland for å få kunnskap om disse landenes stønadsordninger, utviklingstrekk og erfaringer fra reformer gjennomført på området det siste tiåret.

1.3 Oversikt over utredningen

Utvalgets innstilling er delt i fem deler:

Del I Sammendrag og anbefalinger (kapittel 2).

Del II gir en oversikt over stønadsordningene sykepenger, attføringspenger, rehabiliteringspenger og uførepensjon (kapittel 3). Deretter følger en beskrivelse av utviklingen på arbeidsmarkedet, befolkningsutviklingen og utviklingen i sykefravær og uførepensjonering de siste årene (kapittel 4).

Del III er en analyse av mulige årsaker til økt sykefravær og uføretilgang (kapittel 5) og av kjønnsforskjeller når det gjelder sykefravær og uførepensjonering (kapittel 6).

I del IV gis en oversikt over gjennomførte tiltak for å redusere sykefravær og tilgang til uførepensjon i Norge (kapittel 7) og i andre land (kapittel 8).

Del V redegjør for hovedutfordringer og aktuelle virkemidler for å redusere fraværet og uføretilgangen (kapittel 9). Deretter følger utvalgets forslag til tiltak som kan bidra til lavere sykefravær (kapitel 10), redusere tilgangen til uførepensjon og tiltak for å få uførepensjonister tilbake i arbeid (kapitel 11).

Kapittel 2
Sammendrag – utvalgets anbefaling

2.1 Vekst i tallet på stønadsmottakere

Etter en nedgang første halvdel av 1990-tallet har sykefraværet og nytilgangen til uførepensjon økt kraftig på slutten av 1990-tallet. Prognoser tilsier at både sykefraværet og antall uførepensjonister kommer til å fortsette å øke dersom det ikke settes i verk tiltak for å snu denne utviklingen.

Veksten i antallet stønadsmottakere har skjedd i en periode med reduksjon i arbeidsledigheten og økning i sysselsettingen. Sammenliknet med andre land er sysselsettingen i Norge høy. Dette gjelder særlig blant eldre og blant kvinner. Økningen i sysselsettingen skyldes i hovedsak økt yrkesdeltakelse blant kvinner.

Etter 1994 har både antall tilfeller med sykepenger fra folketrygden og antall dager per stønadstilfelle økt. Antall dager med sykepenger fra folketrygden per sysselsatt har økt fra 8,2 dager i 1994 til 11,7 dager i 1999. I tillegg antas det at et tilsvarende antall fraværsdager faller i arbeidsgiverperioden. Det totale sykefraværet antas i år 2000 å utgjøre rundt 9 prosent av totalt antall dagsverk, det vil si om lag 24 sykefraværsdager i gjennomsnitt per sysselsatt.

Det er i første rekke det lange fraværet som har økt. Kortidsfraværet, 1-3 dager, har vært relativt konstant.

I 1994 varte 37 prosent av alle avsluttede fraværstilfeller mer enn 8 uker, mens i 1999 var hele 46 prosent av fraværstilfellene over 8 uker. Det har også vært en økning i antall personer som bruker opp sykepengeretten.

Det er en liten del av de sysselsatte som står for en stor del av sykefraværet. I 1997 sto 5 prosent av de sysselsatte for 80 prosent av det totale fraværet som varte utover arbeidsgiverperioden. Muskel- og skjelettlidelser er den største diagnosegruppen etterfulgt av psykiske lidelser. Det har vært en økning i andelen sykepengetilfeller med psykiske lidelser. Ellers har diagnosefordelingen vært relativt stabil.

Blant personer som bruker opp sykepengerettighetene, er det rundt en tredjedel som mottar uførepensjon etter 6 måneder. Rundt en fjerdedel mottar rehabiliteringspenger, mens rundt 10 prosent er på yrkesrettet attføring.

Antallet stønadsmottakere med rehabiliteringspenger gikk betydelig ned som en følge av endringer i regelverket i 1993, som medførte at rehabiliteringspengene som hovedregel ikke skal ytes utover ett år. Fra 1995 har det igjen vært en viss økning i antall mottakere av rehabiliteringspenger, men antallet er fortsatt lavere enn hva det var før regelendringen. Gjennomsnittlig varighet med stønad har gått ned etter regelendringen i 1993, men fortsatt mottar over 30 prosent av mottakerne stønad i over ett år.

Hver femte person som avslutter rehabiliteringspenger går tilbake i arbeid, mens en nesten like stor andel går direkte over på uførepensjon. Blant de som avsluttet rehabiliteringspenger første halvår 1997, hadde 41 prosent innvilget uførepensjon eller foreløpig uførepensjon ved utgangen av året.

Antallet personer på yrkesrettet attføring har holdt seg relativt konstant i perioden 1995 til 1999. Tall for første halvår 2000 viser en vekst i antall personer med attføringspenger. Denne veksten startet andre halvår 1999. Det har også vært en viss økning i antallet personer på arbeidsmarkedstiltak for yrkeshemmede. Ordinær skolegang er det hyppigst brukte attføringstiltaket. I 1999 gikk 26 prosent av de som avsluttet yrkesrettet attføring over i arbeid eller fortsatte med utdanning for egen regning. 22 prosent ble registrert som arbeidssøkere, mens 40 prosent ble sendt til trygdeetaten for vurdering av andre trygdeytelser. Blant de som ble henvist til trygdeetaten, var det aktuelt å vurdere uførepensjon i 18 prosent av tilfellene.

Det er i dag rundt 275 000 uførepensjonister. Nytilgangen til uførepensjon har økt kraftig etter 1993. I 1993 var det 20 000 nye uførepensjonister, mens nytilgangen i 1999 var på om lag 33 500. Den prosentvise økningen i tilgangen har vært størst i aldersgrupper under 35 år.

Muskel- og skjelettlidelser er den hyppigst forekommende diagnosegruppen blant nye uførepensjonister. I 1998 hadde over 35 prosent denne typen lidelser, mens i underkant av 23 prosent hadde psykiske lidelser.

Andelen som går direkte fra sykepenger til uførepensjon har økt fra 27 prosent i 1995 til 34 prosent i 1998. Det har også vært en økning i andelen som går fra rehabiliteringspenger til uførepensjon, mens andelen som har vært på yrkesrettet attføring før overgangen til uførepensjon har gått noe ned.

Avslagsprosenten økte på begynnelsen av 1990-tallet etter innstrammingen i de medisinske inngangsvilkårene for uførepensjon i 1991. I 1992 var avslagsprosenten på over 23 prosent for kvinner og 15 prosent for menn. Avslagsprosenten var redusert til 16 prosent (menn + kvinner) i 1998, men har igjen økt til 21 prosent i første halvår 2000. Rundt en fjerdedel av de som får avslag, får innvilget uførepensjon relativt kort tid etter.

2.2 Hva vet vi om årsaker til den sterke veksten i stønadsmottakere?

Det finnes ingen enkeltstående faktor som kan forklare økningen i sykefravær og tilgangen til uførepensjon. Økonomer har vært opptatt av at stønadsordningenes utforming har betydning for trygdeforbruket, og at folk tilpasser seg endringer i regelverket på en rasjonell måte. Andre faggrupper har vært mindre opptatt av individuelle valg, men her sett på endringer i trygdeforbruk som et resultat av endringer på andre samfunnsområder.

Selv om det i senere tid er lansert flere modeller for å forklare endringer i trygdeforbruk og vekst i tallet på stønadsmottakere, er det fremdeles mange hypoteser/antakelser som er uforklart.

Følgende årsaksvariabler trekkes fram som mulige forklaringer på den sterke veksten i sykefravær og uføretilgang de senere år:

Demografiske forhold

Flere eldre i den yrkesaktive delen av befolkningen påvirker sykefraværet og rekrutteringen til uførepensjonsordningen. Beregninger foretatt av Rikstrygdeverket har vist at i perioden 1993 til 1998 kan om lag 1/3 av veksten i sykefraværet og halvparten av veksten i nye uførepensjonister forklares ved

endringer i befolkningen alderssammensetning. Etter 1998 har demografi hatt noe mindre betydning.

Helsemessige forhold

Det er lite som tyder på at helsetilstanden generelt i befolkningen er blitt dårligere. Undersøkelser tyder tvert i mot på at det har vært en generell forbedring i helsetilstanden de senere år. På den annen side har det vært en økning i personer som vurderer at de har helseproblemer. Mulige grunner til dette tilsynelatende paradokset er at terskelen for å rapportere om redusert helse er lavere og/eller at arbeidslivets helsekrav har økt. Førstnevnte hypotese underbygges av en sterk sykdomsfokusering i media og i samfunnet, og økt forbruk av helsetjenester. Sistnevnte tese styrkes ved at muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser dominerer og er økende blant sykmeldte og nye uførepensjonister.

Forholdene på arbeidsmarkedet

Utviklingen i sykefravær og uførepensjonering varierer med utviklingen i sysselsetting og arbeidsledighet. Fra 1994 har det vært en betydelig vekst i sysselsettingen her i landet. De siste års økning i sykefravær må også ses i sammenheng med denne utviklingen.

Forholdet mellom sykefravær og arbeidsledighet har vært tema for flere forskningsprosjekter både nasjonalt og internasjonalt. Forskningen viser at sykefraværet øker når arbeidsledigheten reduseres. Ulike teorier har vært framført for å forklare denne sammenhengen. En teori går ut på at i nedgangstider og lav konjunktur, vil arbeidstakerne være redde for å miste jobben og sykefraværet går ned. Dette er blitt kalt for *disiplineringseffekt*. En alternativ teori legger vekt på at det foregår en *seleksjon* ved at arbeidstakere med helseproblemer lettere blir skjøvet ut av arbeidsmarkedet i nedgangstider. Dette fører til at de »friskeste» arbeidstakerne blir igjen på arbeidsmarkedet. Eksisterende forskning har gitt støtte både til seleksjonshypotesen og disiplineringshypotesen.

Andre forklaringer er at et stramt arbeidsmarked vil føre til økt etterspørsel etter arbeidskraft, som må dekkes inn gjennom økt press på de som allerede er i arbeid. Dette vil kunne føre til slitasje og helseproblemer med sykmelding og senere uførepensjon. Økningen i sykefraværet siste halvdel av 1990-tallet kan også ses på som en konsekvens av arbeidslinja. Det er blitt hevdet at dersom en ønsker et arbeidsmarked hvor det også skal være plass til personer som ikke fungerer 100 prosent til enhver tid, må en regne med høyt sykefravær i enkelte grupper. Imidlertid har også fraværet økt betydelig blant etablerte arbeidstakere.

Hvilke forklaringsfaktorer som tillegges størst vekt varierer mellom de ulike undersøkelsene. Økningen i sykefravær de siste årene antas likevel å ha sammenheng med økt sysselsetting og redusert arbeidsledighet. Men det er vanskelig å vite hva som er »drivkreftene» bak denne sammenhengen.

Tidligere antok en at høy uførehyppighet skyldes forhold på arbeidsmarkedet og at uførepensjonen fungerte som en kamuflert arbeidsløshetstrygd, særlig i utkantstrøk. På 1980-tallet var det en slik positiv sammen-

heng mellom arbeidsledighet og tilgang til uførepensjon, men på slutten av 1980-tallet ble tilgangen til uførepensjon redusert samtidig som arbeidsledigheten økte. Fra midten av 1990-tallet har arbeidsledigheten gått ned og antallet uførepensjonister har økt. Det er vanskelig å se noen direkte sammenheng mellom arbeidsledighet og uføretilgang i perioden sett under ett.

Over halvparten av veksten i sysselsettingen de senere år skyldes økt yrkesdeltaking blant kvinner. Dette kan ha ført til en økning i uførepensjonering blant kvinner. Regelverket gjør at det er lettere å få uførepensjon for yrkesaktive kvinner enn for hjemmearbeidende. Det er likevel ikke slik at de kvinnene som blir uførepensjonerte bare har vært i arbeidslivet i noen få år. Blant kvinner mellom 50 og 60 år som ble uførepensjonert i 1998 hadde 90 prosent 10 eller flere år bak seg i yrkeslivet og 52 prosent hadde vært i arbeid i mer enn 20 år.

Mennesker med funksjonshemninger som kan jobbe og ønsker det, møter ofte problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet. Ledighetstallene blant funksjonshemmede er og har vært svært høye og stabile, uansett konjunkturene på arbeidsmarkedet.

Arbeidsmiljø

Både fysiske, psykiske og organisatoriske forhold på arbeidsplassen har betydning for sykefravær og tilgangen til uførepensjon. Høye krav og mangel på egen kontroll i arbeidssituasjonen kan føre til høyt sykefravær, mens forhold som trivsel på arbeidsplassen kan virker som en buffer mot sykefravær. En finner få indikasjoner på at det fysiske arbeidsmiljøet har forverret seg de siste årene. Derimot er det tegn på at flere opplever jobbsituasjonen som stressende og masete. Dette kan være en medvirkende årsak at det har vært en økning i sykefravær med psykiske lidelser.

Det blir hevdet at krav til omstilling i arbeidslivet med høyere tempo og økt stress har bidratt til å presse arbeidstakere med helseproblemer ut av arbeidslivet. Særlig eldre arbeidstakere kan ha problemer med å henge med. Tendensen har vært at stadig flere eldre slutter i arbeid før de når pensjonsalderen og går over på AFP eller uførepensjon.

Det har vært en økning i antall personer som er sysselsatt i service- og kunnskapsnæringer og stadig flere har et arbeid som innebærer samspill med kunder, pasienter, brukere, elever. Arbeidstakere med såkalt relasjonelt arbeid føler seg ofte mentalt slitne og tenker mye på arbeidet i fritiden. Begrepet utbrenthet blir ofte brukt om denne typen problemer.

Det finnes i dag liten kunnskap om hvordan »det nye arbeidslivet» kjennetegnet ved hurtige omstillinger, rask teknologisk utvikling, nye arbeidsformer, og en løsere og mer fleksibel tilknytning til arbeidsgiver og arbeidsstedet, påvirker forbruket av stønadsytelsene. Forskning på området tyder på at endringene har hatt en tosidig effekt. For mange har nye krav til kompetanse, kunnskap og effektivitet, ført til en utfordrende og interessant arbeidssituasjon og større fleksibilitet. Mens for andre har denne utviklingen ført til vansker med å meste arbeidssituasjonen og til slutt resultert i at en har falt ut av arbeidsmarkedet.

Holdninger og »fraværskultur»

Forskning viser at både individuelle holdninger og det som er betegnet som »fraværskultur» kan ha betydning for sykefraværet. En vet imidlertid ikke i hvilken grad endrede holdninger til fravær kan forklare endringer i fraværsnivået over tid. Det synes likevel rimelig å anta at løsere tilknytning til arbeidslivet, et strammere arbeidsmarked og økonomiske oppgangstider reduserer den enkeltes tilhørighet til arbeidsplassen, og at dette kan føre til økt fravær.

Endringer i regelverket

Det ble foretatt innskjerpinger i de medisinske vilkårene for uførepensjon (1991), sykepenger og rehabiliteringspenger (1993). Stønadstiden for rehabiliteringspenger ble samtidig avgrenset til ett år (1993).

Tilgangen til uførepensjonen ble redusert i årene etter innskjerpingen, men nedgangen hadde startet allerede før regelendringen. Avslagsprosenten økte betydelig på begynnelsen av 1990-tallet. Mange fikk imidlertid innvilget uførepensjon ved anke eller ny søknad kort tid etter avslag. Noe av veksten i nye uførepensjonister fra midten av 1990-tallet kan derfor skyldes at innstrammingen bidro til en utsettelse av uføretidspunktet.

Innstramminger i vilkårene for sykepenger og rehabiliteringspenger antas å ha hatt liten effekt på forbruket av disse ytelsene. Tidsavgrensningen for rehabiliteringspenger til ett år som hovedregel førte imidlertid til at en del tidligere rehabiliteringspengemottakere fikk innvilget uførepensjon er en forklaring på veksten i tilgangen til uførepensjon, særlig i 1994.

I 1997 ble det gjort flere endringer i regelverket for uførepensjon for å motivere uførepensjonister til å forsøke seg i arbeid enten på heltid, eller på deltid i kombinasjon med trygd. Regelendringene er ikke evaluert, men det er foreløpig lite som tyder på at regelendringene har medvirket til økt yrkesdeltakelse av betydning blant uførepensjonister.

Administrative forhold

Den såkalte attføringsreformen resulterte i ny ansvarsdeling for yrkesrettet attføring i 1994. Hovedansvaret for ytelser og tiltak ble lagt til arbeidsmarkedsetaten som ble styrket med nye stillinger. Trygdeetaten skulle etter ansvarsdelingen ha et klarere ansvar for tidlig intervensjon i sykmeldingsfasen. Satsingen på yrkesrettet attføring som en del av arbeidslinja har imidlertid ikke ført til nevneverdig økning i tallet på personer som får tilbud om yrkesrettet attføring. Trygdeetatens oppfølging av sykmeldte har heller ikke svart til forventningene. Mange av tiltakene kommer ofte for sent i gang i sykmeldingsperioden.

Kortere saksbehandlingstid har vært en prioritert oppgave i trygdeetaten i flere år. Rikstrygdeverket har anslått at om lag 40 prosent av økningen i tallet på nye uførepensjonister fra 1997 til 1998 kan tilskrives restansenedbygging.

Avslagsprosenten økte kraftig de første årene etter innstrammingen i uførevilkårene for deretter å gå ned. Det er blitt stilt spørsmål om reduksjonen i avslåtte søknader skyldes praksisendringer i trygdeetaten blant annet som

følge av kjennelser i Trygderetten. Det siste året har igjen avslagsprosenten økt.

Mangel på relevante behandlings- og rehabiliteringstiltak?

Helsevesenet er tilført betydelige ressurser på 1990-tallet, noe som isolert sett burde føre til lavere sykefravær og hindre uførepensjonering. Mye av veksten i tilbudet har imidlertid gått til personer over 67 år. Selv om tilbudet generelt har økt, kan ventetid på behandling ha blitt lengre for enkelte grupper som ikke faller inn under ventetidsgarantien. Samlet sett er det imidlertid ikke grunn til å tro at endringer i helsetilbudet og ventetider kan forklare utviklingen i sykefraværet på 1990-tallet.

Det er på 1990-tallet satt i gang en rekke forsøk på rehabiliteringsområdet blant annet for å få personer med muskel- og skjelettlidelser raskere tilbake i arbeid. Effekter i form av lavere sykefravær har imidlertid uteblitt. Generelt har det medisinske rehabiliteringstilbudet vært lite innrettet mot å lette overgangen mellom medisinsk behandling/rehabilitering til attføring og arbeid. Manglende relevante rehabiliteringstilbud for sykmeldte kan bidra til å forklare det høye sykefraværs- og uførenivået, men kan ikke forklare økningen i antallet stønadsmottakere.

2.3 Kjønnsforskjeller

Kvinner har gjennomgående høyere sykefravær enn menn. De siste årene er det også flere kvinner enn menn som blir uførepensjonerte. Kjønnsforskjellene kan skyldes flere forhold. Noe av kjønnsforskjellen kan tilbakeføres til rene biologiske forskjeller. For eksempel reduseres kjønnsforskjellen i sykefravær betraktelig når en skiller ut sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.

Undersøkelser viser at kvinner med barn ikke har høyere sykefravær enn kvinner uten barn. Dette er blitt tolket som om det å ha omsorgsansvar i tillegg til å være yrkesaktiv ikke har betydning for kvinners sykefravær. Disse undersøkelsene sier imidlertid ikke noe om effekten av dobbeltarbeid på lengre sikt.

Kvinner og menn har ulike yrker og er utsatt for ulike typer belastninger i arbeidslivet. Kvinner arbeider ofte i yrker hvor samhandling med kunder, pasienter, klienter, elever m.v. er sentralt. Pleie- og omsorgssektoren trekkes gjerne fram som et arbeidsfelt hvor det stilles krav til både fysisk og emosjonell yteevne. Kvinner er også ofte i lavtlønnsyrker med høyt sykefravær hvor arbeidssituasjonen er preget av liten selvbestemmelse og kontroll. Kjønnsforskjellene i sykefravær er størst i lavere inntektsgrupper.

Det har også vært antydet at kvinner har mindre å tape på å trekke seg ut av arbeidslivet enn menn. Kvinner som har tilpasset yrkesdeltakelsen til omsorgsoppgaver i hjemmet kan ha mindre problemer med å bli hjemmearbeidende på heltid enn fulltidsarbeidende kvinner og menn. Her er sannsynligvis forskjellene store mellom ulike generasjoner kvinner. Yngre kvinner har i dag like lang utdanning som menn og er i all hovedsak fulltidsarbeidende.

Likevel er en større andel av de private omsorgsoppgavene fremdeles en kvinneoppgave.

2.4 Iverksatte tiltak

Det har vært satt i verk en rekke tiltak for å forebygge sykefravær og hindre varig «utstøting» fra arbeidslivet. Tiltakene har dels vært på systemnivå/bedriftsnivå, dels på individnivå.

Begrepet *arbeidslinja* ble lansert på begynnelsen av 1990-tallet. Målet med arbeidslinja har vært at flest mulig skal kunne delta i arbeidslivet og forsørge seg selv. For å støtte opp om arbeidslinja ble vilkårene for å få trygdeytelser strammet inn. Det ble gjort endringer i ansvars- og oppgavefordelingen mellom offentlige etater og i regelverket, for å motivere personer som allerede er tilstått uførepensjon til å prøve seg i arbeid.

Partene i arbeidslivet har hatt en sentral rolle i det sykefraværsforebyggende arbeidet. Avtalene som ble inngått mellom partene på begynnelsen av 1990tallet omfattet alle sektorer. Det foreligger imidlertid ikke dokumentasjon over omfanget av tiltak på bedrifts/virksomhetsnivå. Sykefraværet gikk ned på begynnelsen av 1990-tallet. Hvorvidt denne nedgangen har sammenheng med partenes engasjement er ikke dokumentert.

Trygdeetaten har på 1990-tallet fått et mer omfattende ansvar for oppfølging av sykmeldte og har fra 1993 fått flere nye virkemidler i oppfølgingsarbeidet, blant annet ordningen med aktiv sykmelding. Det har imidlertid tatt lang tid å etablere gode rutiner for individuell oppfølging, og det kan ikke dokumenteres noen effekt av trygdeetatens innsats i form av lavere sykefravær på nasjonalt nivå.

Tiltak fra det offentliges side for å bedre arbeidsmiljøet og styrke HMS-arbeidet i bedriftene har foreløpig heller ikke hatt noen dokumentert effekt på sykefraværet. Om lag halvparten av virksomhetene utfører systematisk HMS arbeid. Bistand fra Arbeidslivstjenesten har gitt gode resultater i enkelte bedrifter, men det er bare et fåtall bedrifter som har fått slik bistand.

Satsing på yrkesrettet attføring i arbeidsmarkedsetaten, har ikke bidratt nok til å motvirke den sterke økningen i uføretilgang. Tallet på registrerte yrkeshemmede med attføringspenger har vært nokså konstant etter attføringsreformen i 1994. Andelene som har gjennomgått yrkesrettet attføring før overgang til uførepensjon har gått ned. Det har likevel vært en økning i andelen som kommer i arbeid etter å ha gjennomgått yrkesrettet attføring. Det siste året har det også vært en økning i antallet personer på yrkesrettede tiltak med attføringspenger.

Det er satset betydelige ressurser på forsøksvirksomhet for å forebygge sykefravær, bedre arbeidsmiljøet og finne fram til gode behandlings- og attføringstiltak. Erfaringene er varierende, men også her mangler en dokumentasjon på at forsøkene har ført til redusert fravær eller lavere uføretilgang. Personer som har deltatt i rehabiliteringsforsøk som har medført tett oppfølging over en periode, rapporterer derimot om bedret livskvalitet.

Når det gjelder regelendringene på slutten av 1990 tallet og tiltak som skal gjøre det lettere å kombinere arbeid og trygd, er det for tidlig å si noe om effekten av disse i form av økt yrkesaktivitet blant uførepensjonister.

2.5 Utviklingen i andre land - erfaringer fra tiltak

Sykefraværet i Norge er høyere enn gjennomsnittsnivået i Norden. Fraværsnivået må ses i lys av at yrkesdeltakelsen er høy. Dette gjelder spesielt blant kvinner og eldre.

Det er en rekke fellestrekk ved fraværsmønstret i EU/EØS-landene. Kvinner har gjennomgående høyere fravær enn menn, arbeidere har oftere fravær enn funksjonærer, og eldre arbeidstakere og arbeidstakere i sektorer med dårlige arbeidsforhold og fysisk anstrengende arbeid har gjennomgående høyere fravær enn andre.

Den norske sykepengeordningen skiller seg ut ved at det er en felles offentlig ordning for alle med inntektsgivende arbeid og likt kompensasjonsnivå for alle. Norge er det eneste landet i Europa (utenom Luxemburg) som har lovfestet 100 prosents lønnskompensasjon fra første dag ved sykefravær. Det er en tendens i Europa til å stramme inn i offentlige stønadsordninger for å redusere offentlige utgifter og en tendens til å skyve det økonomiske ansvaret for sykepengeutbetalingene over på arbeidsgiverne. Norge er blant de landene i EU/EØS-området hvor det er foretatt færrest endringer i sykepengeordningen.

Sverige

I Sverige ble det gjort en rekke endringer i sykepengeordningen på 1990-tallet. Etter dagens regler har svenskene én karensdag og deretter 80 prosent kompensasjon ved sykefravær. To ukers arbeidsgiverperiode ble innført i 1992. Arbeidsgiverperioden ble senere økt til 4 uker og deretter redusert til to uker igjen. Et særtrekk ved den svenske ordningen er at den i utgangspunktet ikke er tidsavgrenset.

Sykefraværet i Sverige ble kraftig redusert fra begynnelsen av 1990-tallet og fram til 1997, blant annet som følge av regelendringene. Økt arbeidsledighet i samme periode hadde også betydning for reduksjonen i sykefravær. Forskning viser at det svenskene har kalt »sjuknärvaro» har økt, dvs at arbeidstakere som har mulighet for det går på arbeid når de er syke. Arbeidstakere har også i stor grad tegnet private forsikringer etter innstrammingene.

Sykefraværet i Sverige har økt etter 1997. Økningen forklares i all hovedsak med konjunkturoppgang og økonomisk vekst som gjør at arbeidstakerne er mindre redde for å miste jobben. Sykefraværet ligger fortsatt vesentlig lavere i Sverige enn i Norge.

Det kan ytes førtidspensjon når arbeidsevnen er nedsatt med minst 25 prosent. Ellers er den svenske ordningen ganske lik den norske uførepensjonen. Mens tallet på sykepengemottakere ble redusert første halvdel av 1990-tallet, økte tallet på nye førtidspensjonister. Etter 1994 har tallet på førtidspensjonister vært relativt stabilt. Det har vært en økning i kvinnelige førtidspensjonister, mens antallet menn med førtidspensjon har gått ned. Det er vanskelig å sammenlikne tilgangstall fra Norge og Sverige fordi mange svensker blir gående på sykepenger i flere år også når det ikke er overveiende sannsynlig at de vil komme tilbake i arbeid.

Danmark

Det som særtegner de danske ordningene er at både ansvaret for administrasjon og utbetaling av sykepengeutbetalingene og førtidspensjonsordningen er lagt til kommunene. Kommunene finansierer 50 prosent av sykepengeutbetalingene for langtidssykmeldte og dekker 65 prosent av utgiftene til førtidspensjon.

Reduksjoner i refusjonene fra staten på 1990-tallet har hatt som mål å øke kommunenes incitament til å iverksette tiltak for å forebygge sykefravær og førtidspensjonering. Kommunene har hatt rutiner for oppfølging av sykmeldte fra 1997.

Det har vært en økning i sykefraværet i Danmark de senere årene, særlig blant kvinner. En av årsakene til økningen er at det er blitt mulig å forlenge sykepengeperioden utover ett år. De nye rutinene for oppfølging av sykmeldte har virket for kort tid til å kunne vurdere effekter i form av lavere fravær.

Danmark har tre nivåer for førtidspensjon, hvorav alminnelig førtidspensjon kan tilkjennes som behovsprøvd førtidspensjon. Også tallet på førtidspensjonister har økt, særlig blant menn. Det er likevel flere kvinner enn menn som mottar førtidspensjon. Tallet på nye førtidspensjonister har imidlertid gått ned. At det samlede antallet førtidspensjonister øker samtidig som nytilgangen er redusert, har sammenheng med at de nye uførepensjonistene er blitt yngre.

Nederland

I Nederland er den offentlige sykepengeordningen avskaffet fra 1996 og ansvaret for sykepengeutbetalingene overlatt til arbeidsgiverne. Sykefraværet i Nederland gikk ned fra begynnelsen av 1990-tallet fram til 1997, men har senere økt. Det var særlig innføringen av arbeidsgiverperiode i 1994 som bidro til redusert fravær. Utvidelsen av arbeidsgiverperioden i 1996 til ett helt år har ikke hatt samme effekt på fraværsutviklingen.

Privatiseringen av sykepengeordningen har ført til at bedriftene tegner private forsikringer. Store deler av arbeidstakerne har dessuten kollektive avtaler som sikrer full lønn under sykdom fra første fraværsdag.

Antallet uførepensjonister er redusert etter omfattende reformer tidlig på 1990-tallet, blant annet som følge av en omfattende revurdering. Det er særlig den strengere vurderingen av funksjonsevnen som har bidratt til å redusere tallet på uføre. Uførepensjonen i Nederland er fra 1993 i utgangspunktet en midlertidig ytelse som kan forlenges. Størrelsen på stønaden er avhengig av alder, tidligere lønn og uføregrad. Arbeidsgivers premieinnbetaling er differensiert i forhold til uføresannsynlighet i bedriften. En antar at dette kan ha bidratt til seleksjon av arbeidskraft til tross for forbud mot helsesjekk ved nyansettelser. Det er registrert økt bruk av midlertidig ansettelser og vikarer.

De senere år har det vært en økning i nye uførepensjonister per år, særlig blant kvinner. Det er imidlertid fortsatt flest mannlige uførepensjonister. Relativt sett er det fremdeles en nedgang i tallet på uførepensjonister i Nederland, målt som andel av alle yrkesaktive.

2.6 Utfordringer, tiltak og virkemidler

Tall for første halvår 2000 viser at sykefraværet fortsetter å øke. I følge prognosene vil utgiftene til sykepenger øke med rundt 52 prosent fra 1999 til 2005. Med en økning i sykefraværstilbøyeligheten framover omtrent slik den har vært i de siste årene, kan en beregne at folketrygden i 2005 vil dekke om lag 16 sykedager per sysselsatt. Dette vil i tilfelle være en fordobling siden 1994.

Når det gjelder uførepensjon, tilsier prognosene for de nærmeste årene at antallet nye uførepensjonister (eksklusiv avgang) hvert år fram til 2005 vil være mellom 32 000 og 34 500. Antallet uførepensjonister vil stige fra om lag 270 000 ved utgangen av 1999 til over 342 000 i 2005. Uførepensjonistene vil som følge av denne prognosen utgjøre henholdsvis 9,6 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (18-66 år) i 2000 og 11,2 prosent i 2005.

Sykefravær utgjør et problem både for den enkelte arbeidstaker, den enkelte bedrift og for samfunnet som helhet. Det å kunne være borte fra arbeid på grunn av sykdom er en grunnleggende rettighet for den enkelte. Omfattende eller langvarig bruk av sykmeldinger medfører imidlertid en risiko for at arbeidstakeren faller ut av arbeidslivet for godt. For bedriftene innebærer økende sykefravær kostnadsvekst og tapt produksjon.

Det er et problem at en økende andel av befolkningen til enhver tid er ute av arbeidslivet på grunn av helseplager, og at en stadig større del av offentlige budsjetter brukes til sykdomsrelaterte trygdeytelser. Det er ønskelig å redusere tilgangen til uførepensjon både ut fra hensynet til enkeltindivider og for samfunnet som helhet. For den enkelte fører uførepensjonering ofte til passivitet og manglende muligheter for å kunne bruke sine ressurser i ønsket og mulig grad. Arbeidsplassen er den sentrale arena for integrasjon og deltakelse i det sosiale og samfunnsmessige fellesskap. Personer som faller ut av arbeidsmarkedet står også i fare for å bli passive på andre samfunnsarenaer.

Hovedutfordringer

Den norske velferdsstaten bygger på at alle skal ha sikring ved inntektsbortfall, og at alle får tilbud om helse- og omsorgstjenester ved behov. Utgiftene til sykefravær og uførepensjon utgjorde i 1999 over 30 prosent av folketrygdens samlede utgifter. Veksten i utgiftene knyttet til sykefravær og uførepensjon er nå så store at de utgjør en betydelig andel av den realvekst som kan legges opp i statsbudsjettet det enkelte år.

På grunn av demografiske forhold vil andelen eldre i befolkningen øke betydelig i årene framover. Dette vil medføre økte stønadsutgifter og behov for et mer omfattende tjenestetilbud. For å unngå at den kommende eldrebølgen vil medføre et ytterligere press på folketrygdens ytelser, er det nødvendig å iverksette tiltak som hindrer »utstøtning» fra arbeidslivet for arbeidstakere som har en funksjonsevne.

Etter en markant vekst i yrkesdeltakelsen de siste årene, har yrkesdeltakelsen nådd et historisk høyt nivå. Potensialet for videre vekst er trolig begrenset. Samtidig er det klare tegn på at etterspørselen etter arbeidskraft vil øke betydelig. For å møte etterspørselen etter arbeidskraft i årene framover er det nødvendig å fokusere på tiltak som gjør det mulig å sikre en høy yrkesdeltakelse for alle grupper, samtidig som man fremmer yrkesdeltakelse blant

de gruppene hvor det fortsatt er et potensiale for vekst. For eksempel vil vekst på om lag 8 prosent i langtidsfraværet tilsi en økning av fraværet med en dag per sysselsatt, noe som innebærer at om lag 8 000 årsverk går tapt i løpet av ett år på grunn av økt langtidsfravær.

Tilgangen til uførepensjonsordningen har vært særlig stor blant personer (flest kvinner) som jobber innen helse- og omsorgssektoren. Med en stadig eldre befolkning og i lys av vedtatte velferdsreformer er dette en sektor hvor behovet for arbeidskraft vil øke sterkt i tiden framover. Dersom en ikke klarer å opprettholde en tilstrekkelig høy vekst i arbeidsstyrken i denne sektoren, vil det kunne føre til at viktige offentlige tjenester ikke kan tilbys i tilfredsstillende omfang. Dette innebærer at ikke bare det totale omfanget av tilgangen til uførepensjonsordningen er problematisk, men også at tilgangen er høy fra sektorer hvor det allerede er mangel på arbeidskraft.

Det er også et problem at så mange relativt unge kommer inn i uførepensjonsordningen. Økningen i tilgangen til uførepensjon har funnet sted i alle aldersgrupper, men den prosentvise veksten har vært størst for personer i aldersgruppen under 35 år.

En viktig forutsetning for å unngå et unødig høyt sykefravær og uføretilgang er et fungerende helsevesen. I dag eksisterer det enkelte flaskehalser i systemet som innebærer ventetid på å få utført nødvendig behandling. For å hindre sykefravær som skyldes unødvendig venting i helsekø, er det behov for å se på tiltak som kan gjøre ventetiden så kort som mulig.

De siste årene har økningen i sykefraværet omfattet alle typer diagnoser, men den prosentvise økningen har vært størst for sykefravær knyttet til psykiske lidelser. Også når det gjelder tilgangen til uførepensjon har det vært en sterk vekst i stønadsmottakere med psykiske lidelser. Mange av de sykefraværstiltakene som har vært satt i gang de senere år har vært rettet mot personer med muskel- og skjelettlidelser. Dette gjelder særlig innenfor forsøksvirksomhet. I årene framover vil det være behov for å finne fram til særskilte tiltak for personer med psykiske lidelser.

Virkemidler

En kan skille mellom ulike former for virkemidler: juridiske/organisatoriske, økonomiske og pedagogiske. Juridiske/organisatoriske virkemidler fokuserer på regelendringer eller endringer i de organisatoriske rammebetingelsene, eksempelvis attføringsreformen. Økonomiske virkemidler tar utgangspunkt i at det i noen tilfeller eksisterer individuelle valgmuligheter, og hvor valgene som tas er betinget av økonomiske hensyn. Med pedagogiske virkemidler tenker en i første rekke på informasjon og veiledning med det mål å endre atferd.

Valg av virkemidler vil avhenge av problemoppfatning og årsaksforklaringer. Ettersom det ikke er helt opplagte årsakssammenhenger, men flere ulike teorier om hvorfor tallet på stønadsmottakere har økt, må de ulike virkemidlene kombineres og ses i sammenheng.

Måletall for redusert sykefravær

Utvalget har drøftet om en bør ha et kvantifiserbart mål for redusert sykefravær, men finner dette lite hensiktsmessig.

2.7 Tiltak for å forebygge og redusere sykefravær og styrke arbeidsevnen

For å snu den negative utviklingen der stadig flere personer i yrkesaktiv alder er ute av arbeidslivet på grunn av helseplager, mener *utvalget* at det er behov for nye grep. Det er etter *utvalgets* oppfatning nødvendig å iverksette en helhetlig tiltakspakke.

Et viktig prinsipp er at tiltak for å forebygge at personer faller varig ut av arbeid, skal forankres i arbeidslivet og iverksettes i samarbeid mellom arbeidslivets parter og mellom partene og myndighetene. Både arbeidstaker og arbeidsgiver må ansvarliggjøres. Det innebærer også at partene må få et større handlingsrom og flere virkemidler. Det offentlige må i større grad støtte opp under arbeidslivets egeninnsats. Sykelønnsordningen må utformes slik at den stimulerer til nærvær. Det må lønne seg for arbeidsgivere å forebygge sykefravær og legge til rette for at sykmeldte arbeidstakere skal komme raskere tilbake i arbeid, og det må lønne seg for arbeidstakere å være på jobb.

Den helhetlige tiltakspakken består av følgende elementer:

- Tidligere intervensjon og bedre oppfølging av sykmeldte
- Bruk av funksjonsvurdering
- Utvidet adgang til å bruke egenmelding ved sykdom
- Flere virkemidler til bedriftene (BIA)
- Styrking av ordningen med Kjøp av helsetjenester.
- Endringer i dagens sykelønnsordning

Det forutsettes at tiltakspakken skal være kostnadsnøytral for alle parter i forhold til dagens gjennomsnittsfravær. Videre forutsettes det at alle tiltakene ses som en del av en balansert helhet. For eksempel vil en ensidig utvidelse av arbeidsgiverperioden eller en isolert utvidet egenmeldingsperiode ikke bli akseptert. Dette er en viktig forutsetning for at utvalgets flertall i går inn for hele tiltakspakken.

Oppfølging av sykmeldte på arbeidsplassen

Utvalget mener at tidlig intervensjon og en kvalitativt bedre oppfølging av sykmeldte er nødvendig for å kunne forebygge langtidssykefravær og «utstøting». Oppfølging på arbeidsplassen forutsetter tett dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. *Utvalget* forutsetter også at det legges større vekt på den enkeltes funksjon og hva vedkommende kan utføre av arbeid til tross for helseplager. Dette gjelder både i forbindelse med egenmeldt fravær og sykmelding fra lege. Bedriftshelsetjenesten skal ha en aktiv rolle i oppfølgingen på arbeidsplassen og i forbindelse med tilrettelegging av arbeidsoppgaver. Offentlige støtteordninger må brukes mer målrettet og støtte opp under tiltak på arbeidsplassen.

Arbeidsgiver skal lage en oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker. Oppfølgingsplanen skal sendes til trygdekontoret og legges til grunn for

trygdekontorets 12-ukers vedtak. Når det ikke er aktuelt med tiltak på arbeidsplassen, skal arbeidsgiver redegjøre kort for dette. For å tydeliggjøre at arbeidsgiveren har hovedansvaret for oppfølging av sykmeldte bør det etter *utvalgets* oppfatning tas inn i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven at arbeidsgiveren sammen med arbeidstakeren skal lage en oppfølgingsplan senest etter 8 ukers sykmelding.

Aktiv sykmelding er et viktig virkemiddel i oppfølgingen på arbeidsplassen. I perioden mellom 16. fraværsdag og 8 uker skal det foretas en konkret vurdering i alle sykmeldingstilfellene om det er aktuelt med aktiv sykmelding. *Utvalget* foreslår at bedriftshelsetjenester skal kunne iverksette aktiv sykmelding i henhold til rammeavtale, med trygdekontorets godkjenning i etterkant.

Trygdeetaten vil få en aktiv og medvirkende rolle i å få sykmeldte tilbake i arbeid. Trygdekontoret skal bistå arbeidstaker og arbeidsgiver. Det skal være kontaktpersoner på trygdekontorene som har ansvar for å følge opp sykefraværsarbeidet i virksomhetene. Trygdekontoret skal bidra med å avklare behovet for offentlige støtteordninger og ha en koordinerende rolle mellom bedriften og behandlende lege. Trygdekontoret skal også vurdere om det er behov for videre medisinsk utredning eller behandling, herunder kjøp av helsetjenester.

Utvalget forutsetter at offentlige støtteordninger brukes mer effektivt og vesentlig tidligere enn det som er praksis i dag. Dersom det er behov for økonomisk støtte til bedriftene i forbindelse med tilrettelegging, oppfølging og eventuell omplassering i bedriften, skal trygdekontoret kunne dekke slike kostnader gjennom egne tilskuddsordninger. *Utvalget* foreslår en vesentlig utvidelse av tilskuddsordningene til bedriftene. Videre mener *utvalget* at det bør vurderes å avskaffe arbeidsgivers egenandel på en halv G i forbindelse med tilrettelegging av arbeidsplass ved hjelp av tekniske hjelpemidler.

Når det ikke er mulig å finne løsning innenfor bedriften/virksomheten med sikte på at arbeidstakeren kan fortsette i virksomheten, skal arbeidsmarkedsetaten kontaktes og yrkesrettet attføring til annet arbeid vurderes. Slik avklaring skal skje så raskt som mulig og som hovedregel før det har gått 6 måneder.

Utvidet rett for arbeidstakere til å bruke egenmelding ved egen sykdom

En svakhet ved dagens praksis er at det i for liten grad er en dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver om hva som må til for å komme tilbake i arbeid. Arbeidstaker har ingen plikt til å opplyse arbeidsgiveren om sin medisinske lidelse og diagnose. For arbeidsgiveren er det heller ikke den medisinske diagnosen som er interessant, men hva arbeidstakeren kan utføre av arbeidsoppgaver til tross for sine helseplager, og hva som eventuelt må gjøres for at det skal bli lettere å fungere i arbeid. Dette er det i første rekke arbeidstakeren selv som har kjennskap til. Behandlende lege har sjelden inngående kjennskap til den sykmeldtes arbeidssituasjon.

Utvalget foreslår derfor at arbeidstakere får en utvidet rett til å benytte egenmelding ved sykdom. Muligheten til å bruke egenmelding foreslås utvidet til 8 kalenderdager per sykefraværstilfelle med et samlet øvre tak på 24 dager i løpet av en 12 måneders periode. Det forutsettes at det stilles strengere krav til dokumentasjon av arbeidsuførheten fra arbeidstakerens side i form av

en mer omfattende egenmelding hvor arbeidstakeren foretar en vurdering av egen funksjon i forhold til arbeid, årsak til fravær og hva skal til for å komme tilbake i arbeid. Egenmeldingen skal være grunnlag for den første dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver om mulige tiltak og tilrettelegging på arbeidsplassen.

Bedre samordning av offentlig støtte og virkemidler som skal støtte opp under sykefraværsarbeidet i bedriftene

Oppfølging på arbeidsplassen forutsetter etter *utvalgets* oppfatning klare ansvarsforhold mellom myndighetene og mellom arbeidsgiveren og myndighetene, slik at målrettede tiltak kan settes i verk så raskt som mulig. I dag er ansvaret for bedriftsintern offentlig bistand og tiltak delt mellom tre etater (trygdeetat, arbeidsmarkedsetat og arbeidstilsyn). Virksomhetene kjenner i for liten grad til de hjelpe- og støtteordninger som finnes i forhold til bedriftsintern attføring. Spesielt små og mellomstore bedrifter trenger råd og veiledning i oppfølging av sykmeldte både på system- og individnivå.

Trygdeetaten har ansvaret for utbetaling av sykepengene og plikt til å påse at de individuelle vilkårene er oppfylt. Slik det fungerer i dag, er det i hovedsak trygdeetaten som har virkemidler som kan settes inn i sykmeldingsfasen. Arbeidsmarkedsetaten er ofte ikke inne i bildet før sykepengeretten er brukt opp, og det er aktuelt med yrkesrettet attføring til annet arbeid.

For å skape ryddigere ansvarsforhold og for å gi et mer samordnet tilbud til arbeidstakere og arbeidsgivere, foreslår *utvalget* at trygdeetaten får et entydig ansvar for å bistå arbeidsgiverne så lenge det arbeides med tiltak for at sykmeldte arbeidstakere skal kunne gjenoppta arbeidet i bedriften/virksomheten. Når det er avklart at det ikke er mulig for arbeidstakeren å komme tilbake til arbeid i virksomheten, skal arbeidsmarkedsetaten kontaktes og yrkesrettet attføring vurderes. Slik avklaring skal foretas så tidlig som mulig og som hovedregel senest før det har gått 6 måneder.

Aktiv sykmelding er trygdeetatens viktigste virkemiddel. Det foreslås at trygdeetaten i tillegg får virkemidler til å støtte opp under arbeidsgiverens oppfølging av sykmeldte og tilrettelegging av arbeidsoppgaver/plass (bedriftsintern attføring). Trygdeetaten bør få tilsvarende ordninger som de som i dag finnes i arbeidsmarkedsetaten. For eksempel:

- »attføringsstønad under arbeidstrening» som gis til arbeidsgiver for å kompensere for utgifter i forbindelse med arbeidstrening eller opplæring på arbeidsplassen.
- »attføringsstønad til fadder og praktisk hjelp»
- dagens driftstilskuddsordning (under tiltaket bedriftsintern attføring).

Utvalget forutsetter at trygdeetatens rådgivning og oppfølging styrkes både med personell og kompetanse for å kunne etterkomme arbeidslivets behov. En konsekvens av den foreslåtte ansvarsdelingen er at Arbeidslivstjenesten overføres fra arbeidsmarkedsetaten til trygdeetaten.

Endringer i sykelønnsordningen

Utvalget mener at sykelønnsordningen må utformes slik at den stimulerer arbeidsgiverne til å arbeide mer målrettet med å forebygge sykefravær og følge opp den enkelte sykmeldte. Sykelønnsordningen må også stimulere den enkelte til nærvær. Virksomhetene har i dag ikke noe direkte økonomisk incitament for å få en sykmeldt arbeidstaker tilbake i arbeid etter endt arbeidsgiverperiode. Dette betyr imidlertid ikke at ikke langtidssykefravær medfører økonomiske kostnader for bedriftene i forbindelse med ansettelse av vikarer, tapt produksjon m.v.

Utvidet arbeidsgiveransvar

Utvalget har vurdert ulike modeller for hvordan de økonomiske utgiftene ved sykefravær kan deles mellom arbeidsgiver og folketrygden for å gi arbeidsgivere et sterkere økonomisk incitament til å iverksette tiltak for å redusere sykefraværet.

- *Arbeidsgiver får det økonomiske ansvar for hele sykefraværsperioden*
- *Trygdeetaten og arbeidsgiver deler utgiftene til sykepenger etter en 50/50-fordeling fra første dag av sykefraværsperioden.*
- *Trygdeetaten får økonomisk ansvar for de 16 første dagene av sykefraværsperioden, mens arbeidsgiver dekker utgiftene for resten av sykefraværsperioden*
- *Økonomisk medfinansieringsansvar for arbeidsgiver i hele sykepengeperioden*

Utvalget går inn for den siste modellen der arbeidsgivere får et medfinansieringsansvar for sykepengene også utover nåværende arbeidsgiverperiode. Dette vil være et økonomisk incitament for arbeidsgivere til å iverksette sykdomsforebyggende tiltak i virksomhetene og tiltak for å få langtidssykmeldte tilbake i arbeid. Arbeidsgivere vil få større interesse i å følge tettere opp sykmeldte arbeidstakere også etter utløpet av arbeidsgiverperioden, og arbeidstakerne vil få en sterkere tilknytning til arbeidsstedet også når de er sykmeldt. Arbeidsgiver vil også ha større mulighet for å fange opp tilfeller som står i fare for å falle ut av arbeid for godt.

Utvalget foreslår at arbeidsgivere får et medfinansieringsansvar på 20 prosent av sykepengeutbetalingene fra folketrygden fra og med 17. dag og ut hele sykepengeperioden (ett år).

Forutsetningene for at arbeidsgiverne skal kunne ta på seg større økonomiske forpliktelser (utvidet medfinansieringsansvar og utvidelse av egenmeldingordningen), er at arbeidsgiverne gis større muligheter og flere virkemidler enn i dag til å sette inn effektive tiltak for å begrense sykefraværet. En forutsetning er at det også innføres egenandel for arbeidstakere. Det forutsettes videre at dagens skjermingsordninger for arbeidsgivere som sysselsetter arbeidstakere med kronisk sykdom og særlig stor risiko for stort fravær utvides.

Egenrisiko for arbeidstakere

Mange mener at full inntektskompensasjon ved sykdom ikke gir tilstrekkelig incentiv til å komme raskt tilbake i arbeid. I motsetning til de fleste andre land,

har norske arbeidstakere ikke noen egenandel i forbindelse med sykdom, når en ser bort i fra »taket» på 6 G. *Utvalget* har vurdert endringer i reglene for arbeidstakere i form av karensdag og lavere dekningsgrad. *Utvalgets flertall* mener at arbeidstaker også må bidra med en egenandel i forbindelse med sykefravær, men anbefaler ikke å innføre karensdag i den norske sykelønnsordningen.

Utvalgets flertall *foreslår følgende endringer i sykepengene til arbeidstaker*:

- Arbeidstakere bidrar med en egenandel på 20 prosent redusert bruttolønn per dag i arbeidsgiverperioden (16 dager). Fra og med 17. fraværsdag og til og med 52. uke foreslås det ingen endringer i sykepengene til arbeidstaker.
- Det forutsettes at ordningen blir lik for alle arbeidstakere.
- Arbeidstakere kompenseres gjennom lavere folketrygdpremie for et tilsvarende beløp som arbeidstakerne gir fra seg gjennom 20 prosent egenandel.
- Trygdeavgiften nedsettes slik at arbeidstakergruppen som helhet får samme lønn som tidligere. Arbeidstakere med et sykefravær på 11-12 fraværsdager i arbeidsgiverperioden per år vil ikke tape økonomisk på forslaget. Arbeidstakere med mindre sykefravær vil tjene på det nye systemet.
- Det innføres skjermingsordninger for personer med kroniske lidelser og risiko for hyppig sykefravær

Et mindretall bestående av medlemmene Lekang, Johansen, Haaland, Halvorsen, Sanchez, Haugen, Sundby og Sørheim går imot at arbeidstakere bidrar med en egenandel på 20 prosent redusert lønn i arbeidsgiverperioden. »Arbeidstakerorganisasjonene har over tid fremforhandlet rettigheter som innebærer full lønn under sykdom, for mange arbeidstakere. Disse medlemmen kan derfor av prinsipielle grunner ikke gå inn for forslaget om en økonomisk fordeling mellom folketrygden, arbeidsgiver og arbeidstaker som innebærer en lovfestet/allmenngjøring av at alle arbeidstakere får 20 prosent lønnsreduksjon i arbeidsgiverperioden. Redusert lønn under sykdom vil ramme de som har lavest inntekt. Det vil for mange bli en »ekstraskatt» på sykdom, og det vil heller ikke føre til bedre helse. De som i svært liten grad blir berørt av en endring i sykelønnsordningen som er foreslått er de som har stor selvstendighet i arbeidssituasjonen. Forslaget vil derfor bidra til økte forskjeller mellom grupper i samfunnet, og spesielt ramme kvinner». Det vises til særmerknad i 10.1.8.

Utvidede skjermingsordninger

For å unngå urimelige merkostnader for arbeidsgiver og arbeidstaker når arbeidstakerens helsetilstand pga. kroniske sykdommer innebærer risiko for hyppig eller særlig stort fravær, foreslår *utvalget* en utvidelse av gjeldende skjermingsordning.

Gjeldende skjermingsordning for arbeidsgivere som har ansatt arbeidstaker med langvarig eller kronisk sykdom som medfører risiko for særlig stort sykefravær, foreslås utvidet til også å omfatte den perioden som arbeidsgiver har delansvar for sykepengene. Forsikringsordningen for små

bedrifter (hvor arbeidsgiver kan forsikre seg mot utgifter i arbeidsgiverperioden) foreslås også betydelig utvidet.

Kronisk syke arbeidstakere som har hyppig fravær i »egenandelsperioden», og som går inn under ovennevnte skjermingsordning, foreslås skjermet ved at egenandelen begrenses til fravær i alt 12 arbeidsdager per kalenderår.

Viktige forutsetninger:

Det forutsettes at tiltakspakken skal være kostnadsnøytral for alle parter i forhold til dagens gjennomsnittlige fravær på 11-12 arbeidsdager i arbeidsgiverperioden.

Det legges til grunn en forutsetning om at fraværet fordeler seg 50/50 mellom arbeidsgiver og folketrygden. Arbeidsgivers medfinansieringsansvar vil dermed kompenseres gjennom mindreutgifter til sykepenger i arbeidsgiverperioden. Redusert fravær vil gi en gevinst for arbeidsgivere.

Videre forutsettes det at arbeidstakers inntektsreduksjon i arbeidsgiversperioden kompenseres gjennom en generell reduksjon i trygdeavgiften. Det legges til grunn at personer med et gjennomsnittlig fravær på 11-12 arbeidsdager i arbeidsgiverperioden per år ikke skal tape på omleggingen. Personer med hyppige kortidsfravær vil kunne få større reduksjon i inntekt, mens personer som har fravær lavere enn dagens gjennomsnitt vil komme bedre ut enn i dag. Skjermingsordningen for arbeidstakere skal sikre at personer som har langvarig eller kroniske sykdommer ikke taper på omleggingen.

Kjøp av helsetjenester

Trygdeetatens ordning med kjøp av helsetjenester er etterhvert blitt et viktig virkemiddel for å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid. *Utvalget* foreslår at arbeidsgivere skal kunne ta initiativ overfor trygdekontoret til kjøp av behandlingstiltak til sykmeldt arbeidstaker. Slikt initiativ må tas i samarbeid med arbeidstakeren og behandlende lege. Det må kunne sannsynliggjøres at arbeidstakeren vil komme raskere tilbake i arbeid gjennom slikt tiltak.

Utvalget har vurdert om arbeidsgiver skal dekke 20 prosent av kostnadene ved behandlingstiltak. *Utvalget* har imidlertid funnet det mest hensiktsmessig at finansiering av ordningen med kjøp av helsetjenester fortsatt skal være folketrygdens eneansvar uten medfinansiering fra arbeidsgiver. *Utvalget* mener imidlertid at ordningen bør utvides betydelig både i forhold til nye diagnosegrupper og behandlingsformer. Ordningen bør også kunne nyttes ved mer kompliserte operasjoner, til utredninger med sikte på medisinsk avklaring og til opptreningstiltak, også når siktemålet ikke er operasjon. Det kan for eksempel gjelde spesialistutredninger, herunder psykiatriske utredninger og tverrfaglige utredninger for personer med sammensatte lidelser.

Utvalget foreslår at det settes i verk forsøk med tidlig utredning og korttidsbehandling av personer med psykiske lidelser som en del av ordningen med kjøp av helsetjenester. *Utvalget* forutsetter at ordningen med kjøp av helsetjenester skal være lønnsom.

Særmerknad fra medlemmene Jørgensen og Riise:

»I de tilfeller hvor kjøp av helsetjenester ikke omfattes av denne ordningen og hvor arbeidsgiver likevel vil betale for behandlingen, skal det ikke utløse skatteplikt for arbeidstaker og arbeidsgiver.»

Funksjonsvurdering – tverrfaglig utredning

Kvinnehelseutvalget (NOU 1999:13) pekte på at vurdering av funksjonsevne er et bedre grunnlag for tildeling av trygdeytelser enn kravet til sykdom og diagnose. Det vises her til at mange av de typiske ubestemte kvinneplagene kjennetegnes at funksjonsevnen er dårlig, samtidig som det er vanskelig å finne en klar diagnose som årsak til funksjonsnedsettelsen. Det pekes videre på at ved å legge større vekt på funksjon framfor diagnose vil det bli lettere å finne fram til riktige tiltak i arbeidslivet.

Utvalget er enig i denne vurderingen. *Utvalget* mener at større vekt på den enkeltes funksjon i forbindelse med sykmelding, vil kunne bidra til at sykmeldte kommer raskere tilbake i arbeid. Funksjonsvurdering vil også være et viktig hjelpemiddel ved vurdering av behovet for andre trygdeytelser.

Funksjonsvurdering som grunnlag for sykmelding vil kreve økt medvirkning fra virksomheten. Arbeidstaker vil i større grad være forpliktet til å utnytte sin funksjonsevne/arbeidsevne. Arbeidsgiver må legge forholdene til rette for at arbeidstakerens funksjonsevne skal kunne utnyttes på best mulig måte. Det vises i 10.3.1 til ulike måter å foreta funksjonsvurderinger, blant annet i Nederland. Wonca-skjemaet, som er utarbeidet av den internasjonale foreningen for almennmedisin, beskrives også nærmere.

Tverrfaglig samarbeid er ofte en forutsetning for å kunne måle den enkeltes funksjon. Virksomhetene må også bidra aktiv med opplysninger om arbeidets art og hvilke krav som stilles til arbeidstakeren. Arbeidstakeren må bidra med opplysninger om egen funksjonsevne.

Utvalget anbefaler at det settes i gang et samarbeid mellom ulike fagmiljøer for å utarbeide et helhetlig opplegg for vurdering av funksjon i forhold til arbeid.

Mange langtidsykmeldte mangler i dag et tverrfaglig utrednings- og rehabiliteringstilbud som kan avklare den medisinske tilstanden og funksjonsnivå, og bidra til opptrening av funksjonsevnen. Lange ventetider og mangel på samordnede rehabiliteringstilbud fører ofte til passivisering. Tidsfaktoren er ofte av vesentlig betydning for om personen skal komme tilbake til arbeid eller gå over på varig trygd.

Utvalget går inn for at ordningen med kjøp av helsetjenester skal kunne brukes til å kjøpe tverrfaglige utredningstjenester. For å stimulere det eksisterende behandlingsapparatet til å organisere tverrfaglige utrednings- og rehabiliteringstilbud for personer med ubestemte muskel- og skjelettlidelser og smertetilstander, mener *utvalget* at det også bør vurderes å innføre en egen refusjonstakst i folketrygden for denne typen utredning/behandling.

Gravide arbeidstakere

Utvalget mener at arbeidsplass og arbeidsmiljø i utgangspunktet bør være tilrettelagt slik at gravide kan stå i arbeid på lik linje med andre arbeidstakere.

Det er i dag er et underforbruk av ordningen med svangerskapspenger. Enkelte gravide som burde ha vært omplassert eller ha mottatt svangerskapspenger blir i stedet sykmeldt. En viktig grunn til dette er at ordningen med svangerskapspenger i dag er for lite kjent. Dette skyldes at ansvaret for informasjon og administrasjon av ordningen er delt mellom flere offentlige etater. *Utvalget* mener at det må iverksettes tiltak for å gjøre ordningen mer kjent. Det må i den sammenheng også avklares hvem som skal ha hovedansvaret for ordningen. *Utvalget* antar at økt informasjon om ordningen vil medføre økt forbruk, noe som vil føre til at flere gravide kvinner får den riktige ytelsen.

Det vil være gråsonetilfeller der det kan være tvil hvorvidt en kvinne skal tilstås svangerskapspenger eller sykepenger. I slike gråsonetilfeller tilrår utvalget en mer liberal praksis med hensyn til å tilstå svangerskapspenger. Dette må ikke føre til at arbeidsgiver fraskriver seg sitt ansvar i forhold til tilrettelegging og omplassering på arbeidsplassen. Kvinner som blir syke i løpet av svangerskapet skal fortsatt tilstås sykepenger.

Utvalget anbefaler at forholdet mellom sykepenger, svangerskapspenger og fødselspenger utredes nærmere.

2.8 Tiltak for å redusere omfanget av uførepensjon

Det er ønskelig å redusere tilgangen til uførepensjon både ut fra individuelle og samfunnsøkonomiske hensyn.

Det mest effektive tiltaket for å redusere tilgangen til uførepensjon er å forebygge at behovet for uførepensjon oppstår. Tiltak for å forebygge sykefravær på arbeidsplassen og aktiv oppfølging av sykmeldte er etter *utvalgets* oppfatning den mest effektive måten å forebygge uførepensjonering. For å hindre at personer som har en arbeidsevne/funksjonsevne blir ansett å være varig uføre, er det også nødvendig å se nærmere på utformingen av uførepensjonsordningen. Ordningen må etter *utvalgets* oppfatning utformes slik at den stimulerer til arbeid, og det må legges til rette for at flere uførepensjonister kan komme tilbake i arbeid helt eller delvis.

Utvalget foreslår ikke å redusere tilgangen til uførepensjon gjennom lavere ytelser eller innstramminger i de medisinske vilkårene. *Utvalget* forutsetter at ved å legge større vekt på den enkeltes funksjon og de arbeidsoppgaver som han eller hun kan utføre til tross for sine helseproblemer, vil flere kunne fortsette i arbeid helt eller delvis. *Utvalget* forventer som følge av dette at tilgangen til uførepensjon blir redusert.

Krav til attføring

Utvalget mener det må stilles strenge krav om at attføring skal være forsøkt eller vurdert før det kan tilstås uførepensjon. Attføringskravet bør bare fravikes når det er helt opplagt at uførepensjonssøkeren ikke kan komme tilbake i arbeid. Den enkelte må få et reelt tilbud om et tilpasset attføringstiltak og at tiltaket må prøves ut. Personer må ikke sendes tilbake til trygdeetaten før yrkesrettet attføring er forsøkt, med mindre yrkesrettet attføring og tilbakeføring til arbeid anses som helt utelukket.

Det forutsettes at en tettere dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker vil medvirke til tidligere avklaring av om yrkesrettet attføring skal iverksettes. Hvis arbeidsgiver og arbeidstaker i samarbeid med trygdeetaten har avklart at det ikke er mulig å få til løsninger i bedriften/virksomheten, må yrkesrettet attføring til annet arbeid vurderes. Slik vurdering skal som hovedregel foretas før det er gått 6 måneder, jf. kapittel 11. Dersom det allerede foreligger søknad om uførepensjon, må trygdeetaten henvise søkeren til arbeidsmarkedsetaten så rask som mulig.

Lengre stønadstid med rehabiliteringspenger

For å hindre for tidlig uførepensjonering foreslår *utvalget* at det foretas en oppmykning av unntaksreglene for å kunne yte rehabiliteringspenger utover ett år. Dersom det foreligger utsikt til bedring på lengre sikt, bør rehabiliteringspenger kunne tilstås i en lengre periode.

Det bør også vurderes om det er andre former for behandling som kan godkjennes som alternativ til medisinsk behandling og gi rett til rehabiliteringspenger. For personer med sammensatte lidelser kan det være behov for å prøve ut nye tiltak/tilbud som gir en mer helhetlig tilnærming i forhold til dagens behandlingstilbud. Det kan blant annet være aktuelt med tverrfaglig tiltak for utprøving av arbeids/funksjonsevne, tiltak for å øke den enkeltes lærings- og mestringsevne og tiltak som ligger i grensesonen mellom terapeutiske og yrkesrettede tiltak.

Tidsbegrenset uførestønad

Utvalget foreslår at nåværende uførepensjonsordning deles inn i en tidsbegrenset uførestønad og en varig uførepensjon. Personer der framtidig arbeidsevne er usikker skal innvilges en tidsbegrenset uførestønad. Varig uførepensjon skal som hovedregel bare tilstås til personer som er 100 prosent arbeidsuføre uten utsikt til bedring av arbeidsevnen.

Formålet med å innføre en tidsbegrenset uførestønad er å rette større fokus på den enkeltes mulighet til å utnytte sin arbeidsevne. *Utvalget* ønsker å bidra til en holdningsendring slik at uførepensjon ikke uten videre ses som en varig inntektskilde, men som en fleksibel ytelse en kan ha behov for i større eller mindre grad i kortere eller lengre perioder.

I følge forslaget skal det være et vilkår for den tidsbegrensede uførestønaden at det foreligger en sykdomstilstand som er hovedårsak til en funksjonsnedsettelse med minst 50 prosent. Den tidsbegrensede uførestønaden skal beregnes på samme måte og være av samme størrelse som ordinær uførepensjon. Ytelsen skal ikke tilstås for mer enn fire år om gangen. Dersom det skjer endringer i de forhold som lå til grunn for vedtaket, skal ytelsen tas opp til ny vurdering. Vedtaket om tidsbegrenset uførestønad skal følges opp av en oppfølgingsplan.

Forslaget om tidsbegrenset uførestønad vil stille store krav til ressurser i form av personell og kompetanse i trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten, og forutsetter et nært samarbeid mellom etatene om tiltak som kan bidra til tilbakeføring til arbeid. Samarbeid med andre deler av hjelpeapparatet er også viktig.

I tilknytning til innføringen av en tidsbegrenset uførestønad foreslår *utvalget* en revurdering av pensjonen til personer som har mottatt uførepensjon i mindre enn fem år. I første omgang foreslås at revurderingen begrenses til uførepensjonister under 50 år med en uføregrad lavere enn 100 prosent. Dette antas å omfatte om lag 6 500 uførepensjonister. Når det er høstet erfaringer med revurderingen, bør det vurderes å utvide revurderingen til også å gjelde personer under 40 år med 100 prosent uførepensjon. I motsetning til tidligere forsøk, bør revurderingen ikke baseres på frivillighet.

Kombinasjonen arbeid og trygd

For å stimulere personer som er innvilget uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad til å forsøke seg i arbeid eller øke arbeidsinnsatsen, foreslår *utvalget* å innføre en ny modell for avkortning av uførepensjon mot arbeidsinntekt. Det bør etter *utvalgets* oppfatning alltid lønne seg å arbeide mer. Dagens ordning med friinntekt på 1 G har vist seg å ha uheldige terskelvirkninger som ikke stimulerer nok til økt arbeidsinnsats.

Utvalget har vurdert to modeller for kombinasjon av arbeid og trygd. Felles for modellene er at uførestønad/pensjon graderes trinnløst ved innvilgelsen (ikke som i dag med 10 prosent intervaller). Deretter fastsettes en *forventet inntekt* i stedet for uføregrad. I *avkortingsmodellen*går 40 prosent av inntekten utover forventet inntekt til avkorting i pensjonen. I *AFP modellen* reduseres uførestønadene/pensjonen gradvis i takt med arbeidsinntekten. Forutsetningen for å innføre avkortningsmodellen er at det innføres en regel for at summen av pensjonen pluss inntekt ikke skal overstige tidligere inntekt. For å stimulere også personer med tidligere lav inntekt til økt arbeidsinnsats, foreslås i begge modellene at forventet inntekt fastsettes i forhold til en tidligere inntekt som ikke skal være lavere enn 3 ganger grunnbeløpet.

Begge modellene sikrer at det blir lønnsomt for uførepensjonistene å øke sin yrkesdeltakelse, og en unngår dagens situasjon hvor en har et meget sterkt økonomisk incitament mot ikke å øke arbeidsinntekten med mer enn 1 G. Videre unngår en trappetrinnseffekter. Å åpne for at uførepensjonistene kan gjenoppta yrkesaktiviteten uten ventetid antas å øke sannsynligheten for at flere reaktiviseres til full aktivitet i arbeidslivet.

For begge modellene legges det til grunn at det skal være et slingringsmonn på 10 prosent av grunnbeløpet i forhold til *forventet inntekt* før det skjer en revurdering av uførepensjon. Forventet inntekt må justeres i samsvar med G-reguleringer og ved større generelle tariffmessige justeringer. Det bør også vurderes å gi mulighet for å justere forventet inntekt ved avansement til høyere avlønnet stilling.

For personer som får fastsatt gradert uførepensjon på annet grunnlag enn vurdert mot arbeidsevne målt i forventet inntekt, må det utarbeides særregler. I begge modellene forutsettes det en nedre uføregrad på 20 prosent, men inngangsvilkåret for ordningen skal fortsatt være 50 prosent.

Kapittel 3
Folketrygdens stønadsordninger ved sykdom og uførhet

3.1 Stønadsordningene

Folketrygdens stønadsordninger skal sikre økonomisk trygghet ved inntektstap som følge av sykdom og uførhet. Folketrygden kan også dekke konkrete ekstrautgifter som skyldes sykdom, uførhet eller funksjonshemning og ekstrautgifter i forbindelse med attføring og tilbakeføring til arbeid. Videre skal folketrygdens stønadsordninger bidra til utjevning av inntekt og levekår over den enkeltes livsløp, og mellom grupper. Den enkelte skal i størst mulig grad settes i stand til å forsørge seg selv ved eget arbeid. Forholdene må derfor legges til rette for at de som har mulighet for det kan delta i arbeidslivet. Samtidig må de som ikke kan delta i inntektsgivende arbeid sikres rimelig inntekt og levekår.

Sykepenger, rehabiliteringspenger og attføringspenger er ytelser ved midlertidig fravær fra arbeidslivet på grunn av sykdom hvor målet er at stønadsmottakeren skal tilbake i jobb. Uførepensjon er kompensasjon for varig arbeidsuførhet.

Sykepenger kan ytes i inntil ett år. De 16 første dagene dekkes av arbeidsgiver (arbeidsgiverperiode). Dersom stønadsmottakeren fortsatt er minst 50 prosent arbeidsufør etter ett år med sykepenger og er under aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen, kan det ytes rehabiliteringspenger. Rehabiliteringspenger ytes som hovedregel i inntil ett år, men kan forlenges i spesielle tilfeller. Attføringspenger er stønad i forbindelse med yrkesrettet attføringstiltak, i ventetid på attføringstiltak og i ventetid etter avsluttet yrkesrettet attføring. Dersom yrkesrettet attføring ikke fører til at stønadsmottakeren kommer tilbake i arbeid og inntektsevnen/arbeidsevnen er varig nedsatt med minst 50 prosent, kan vedkommende tilstås uførepensjon.

Boks 3.1 Sykepenger

Sykepenger skal dekke inntektstap i forbindelse med sykdom. Arbeidsgiver betaler som hovedregel sykepenger (sykelønn) de første 16 fraværsdagene. Personer med kroniske lidelser kan få sykepenger fra folketrygden fra 1. fraværsdag. Det er spesielle regler for selvstendige næringsdrivende, frilansere og personer som midlertidig er ute av arbeid.

For å få sykepenger fra folketrygden må en ha inntekt på 0,5 G (24 545 per år). Det ytes ikke sykepenger fra folketrygden for inntekter over 6 G, men mange arbeidstakere har avtale om full lønn under sykdom. Det kan ytes graderte sykepenger ned til 20 prosent.

Arbeidstaker har mulighet til å bruke egenmelding i inntil 3 dager. Arbeidsgiver kan kreve sykmelding fra lege for fravær over 3 dager.

Arbeidstakeren kan miste retten til å få sykepenger på grunnlag av egenmelding når vedkommende i løpet av 12 måneder har hatt 4 egenmeldinger uten å legge fram legeerklæring. Ved sykmelding utover 8 uker skal det foreligge en utvidet legeerklæring (sykmelding II). Etter 12 uker skal trygdekontoret fatte særskilt, skriftlig vedtak om fortsatt rett til sykepenger. Samtidig skal trygdekontoret vurdere om det er behov for tiltak i tillegg til medisinsk behandling for at den sykmeldte skal komme tilbake i arbeid.

Trygdekontoret kan be arbeidsgiver om en redegjørelse for mulige tiltak på arbeidsplassen for at den sykmeldte skal komme tilbake i arbeid. Det kan ytes sykepenger under arbeidstrening/aktivisering på arbeidsplassen i inntil 12 uker (aktiv sykmelding).

Det kan ytes sykepenger under yrkesrettet attføring. Dersom den sykmeldte ikke medvirker til behandling, rehabilitering eller yrkesrettet attføring, kan trygdekontoret stoppe sykepengene. For personer som av helsemessige grunner ikke kan gå tilbake til tidligere arbeid, men som er arbeidsfør i forhold til annet arbeid, kan det ytes sykepenger i inntil 12 uker. Det er en forutsetning at vedkommende er tilknyttet arbeidskontoret som arbeidssøker.

Sykepenger kan ytes i til sammen 52 uker. For å opparbeide ny sykepengerett, må en ha vært helt arbeidsfør i 26 uker.

Boks 3.2 Rehabiliteringspenger

Rehabiliteringspenger tilstås når en person fortsatt er arbeidsufør ved utløpet av sykepengeperioden. Personer som ikke har vært yrkesaktive kan få rehabiliteringspenger dersom det kan dokumenteres at de har vært arbeidsuføre i ett år. Det er et vilkår for rehabiliteringspenger at arbeidsevnen/inntektsevnen er nedsatt med minst halvparten på grunn av sykdom og at stønadsmottakeren er under aktiv behandling/rehabilitering med utsikt til bedring av arbeidsevnen. Tidsbegrenset arbeidstrening er likestilt med behandling.

Rehabiliteringspenger ytes som hovedregel i inntil ett år, men kan forlenges i særskilte tilfeller. I forbindelse med tilbakeføring til arbeid kan rehabiliteringspenger graderes ned til 20 prosent. Det kan også ytes rehabiliteringspenger i en begrenset periode før attføring settes i verk.

Rehabiliteringspenger beregnes etter samme regler som uførepensjon. Det er vedtatt nye beregningsregler.

Boks 3.3 Attføringspenger

Attføringspenger ytes i forbindelse med yrkesmessig attføringstiltak som er nødvendig og hensiktsmessig for at stønadsmottakeren skal bli i stand til å skaffe seg eller beholde høvelig arbeid. Det kan også ytes attføringspenger i ventetid før yrkesrettet attføringstiltak settes i verk, i ventetid under attføring og i ventetid på høvelig arbeid etter avsluttet attføring.

Attføringspenger kan ytes fra fylte 19 år.

Det er vilkår for å få ytelser under yrkesrettet attføring at stønadsmottakeren har nedsatt arbeidsevne på grunn av sykdom, skade eller lyte, eller ves-

entlig innskrenkede muligheter til å velge yrke eller arbeidsplass. For å ha krav på attføringspenger, er det vilkår at inntektsevnen er nedsatt med minst halvparten.

Det kan videre ytes attføringsstønader til dekning av konkrete ekstrautgifter i forbindelse med gjennomføringen av attføringsopplegg. Slike stønader kan ytes fra fylte 16 år.

Attføringspengene beregnes etter samme regler og utgjør samme beløp som stønadsmottakerens eventuelle uførepensjon. Det er vedtatt nye beregningsregler for attføringspenger.

Boks 3.4 Uførepensjon

Uførepensjon ytes til personer mellom 18 og 67 år når arbeidsevnen er varig nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom, skade eller lyte. Den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse av en slik grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevne/arbeidsevnen. Videre er det vilkår for uførepensjon at stønadsmottakeren har gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring. Ved vurdering av hvor mye inntektsevnen er nedsatt skal inntektsmulighetene i et hvert arbeid som vedkommende kan utføre sammenlignes med de inntektsmulighetene som vedkommende hadde før sykdommen eller skaden oppsto. Hjemmearbeidende har krav på uførepensjon dersom evnen til å utføre arbeid i hjemmet er varig nedsatt med minst halvparten.

Uførepensjonen graderes (mellom 50-100 prosent) når inntektsevnen/arbeidsevnen er delvis nedsatt. Uførepensjonister kan ha inntekt på inntil 1 G (friinntekt) før uførepensjonen revurderes. I forbindelse med opptrapping av arbeidsinnsats kan uførepensjonen graderes helt ned til 20 prosent. Uførepensjonister som prøver seg i arbeid beholder retten til innvilget pensjon i inntil 3 år.

Uførepensjonen består av grunnpensjon og tilleggspensjon og/eller særtillegg. Grunnpensjonen beregnes på grunnlag av trygdetid, og reduseres forholdsmessig når pensjonisten har kortere trygdetid enn 40 år. Tilleggspensjonen beregnes på grunnlag av opptjente pensjonspoeng og framskrevne pensjonspoeng til og med det året vedkommende fyller 66 år. Tilleggspensjonen reduseres forholdsmessig når pensjonisten er godskrevet pensjonspoeng for færre enn 40 år. Personer som ikke har opptjent tilleggspensjonsrettigheter får minstepensjon (grunnpensjon og særtillegg). Personer som er født uføre eller blitt uføre før fylte 26 år har krav på garantert tilleggspensjon, beregnet på grunnlag av 3,3 pensjonspoeng. Det kan ytes ektefelletillegg og barnetillegg til uførepensjon.

3.2 Inngangsvilkårene

3.2.1 Inngangsvilkår knyttet til sykdom og uførhet

Sykdom, skade eller lyte er kriterier for tildeling av ytelsene (sykepenger, rehabiliteringspenger, attføringspenger og uførepensjon) [1]. Det forutsettes at

det foreligger erklæring/attestasjon fra lege. Egenmeldingsperioden for sykepenger er et unntak.

Felles for ytelsene er at det skal være en (årsaks)sammenheng mellom den medisinske lidelsen og nedsatt arbeidsevne. Det er presisert i regelverket at andre typer problemer for eksempel av sosial eller økonomisk karakter ikke gir rett til sykepenger, rehabiliteringspenger eller uførepensjon. Videre er de medisinske inngangsvilkårene noe forskjellige for de ulike ordningene.

Kravet til arbeidsuførhet er størst for uførepensjon. Det er vilkår om at inntektsevnen eller arbeidsevnen skal være varig nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom, skade eller lyte. Det presiseres i loven at den medisinske lidelsen skal være »vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis». Den medisinske lidelsen skal videre ha medført en varig funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen/arbeidsevnen. Videre er det et vilkår at søkeren skal ha gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring før uførepensjon kan tilstås.

For å få rehabiliteringspenger er det krav om at stønadsmottakeren er under behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen. Det kan også ytes rehabiliteringspenger i en begrenset periode før et yrkesrettet attføringstiltak blir satt i verk. For å ha krav på ytelser under yrkesrettet attføring må sykdom, skade eller lyte ha ført til varig nedsatt evne til å utføre inntektsgivende arbeid, eller vesentlig innskrenket mulighet til å velge yrke eller arbeidsplass. Attføringspenger ytes når inntektsevnen er nedsatt med minst halvparten.

Det er krav om minst 50 prosent nedsatt inntektsevne for å få rehabiliteringspenger og attføringspenger, mens sykepenger kan tilstås ved delvis arbeidsuførhet/inntektstap helt ned til 20 prosent. Rehabiliteringspenger kan også ytes i en begrenset periode i forbindelse med gjenopptak av arbeid. De kan da graderes ned til 20 prosent.

3.2.2 Krav om tidligere inntekt

For å få sykepenger er det krav om yrkesdeltakelse på sykmeldingstidspunktet. Bare unntaksvis kan det ytes sykepenger når en person har vært ute av arbeid i en kortere periode.

1. januar 1999 ble minstegrunnlaget for rett til sykepenger fra folketrygden hevet fra 0,5 G til 1,25 G på årsbasis. Hevingen av minstegrunnlaget innebar at en måtte ha en inntekt på nærmere 60 000 kroner per år for å ha krav på sykepenger. Begrunnelsen for hevingen var at minsteinntekten for sykepenger burde være på samme nivå som minsteinntekten for rett til dagpenger under arbeidsløshet. Hevingen av minstegrunnlaget ble kritisert fordi det rammet personer med lavest inntekter, blant annet deltidsarbeidende kvinner. Fra 1. januar 2000 er minsteinntektsgrensen satt ned igjen til tidligere nivå (0,5 G).

Rehabiliteringspenger, attføringspenger og uførepensjon kan også ytes til personer som ikke har vært yrkesaktive. For å få rehabiliteringspenger uten

1. I spesielle tilfeller kan det ytes sykepenger når en person må være bort fra arbeid uten å være arbeidsufør, for eksempel i forbindelse med nødvendig behandling, eller når arbeidsuførheten har andre årsaker enn det som vanligvis benevnes som sykdom for eksempel ved behandling av barnløshet.

tidligere å ha mottatt sykepenger, må det dokumenteres at vedkommende har vært arbeidsufør i ett år.

Uførepensjon kan ytes til hjemmearbeidende som er minst 50 prosent varig arbeidsuføre i forhold til arbeid i hjemmet. Også andre som ikke har vært yrkesaktive kan få uførepensjon. Det gjelder blant annet personer som er født ufør eller blitt ufør i ung alder.

3.3 Kompensasjonsnivå

Sykepenger

Sykepenger ytes med 100 prosent kompensasjon for tap av arbeidsinntekt inntil 6 G (G = 49 090 kroner per 1. mai 2000) i inntil ett år. Det vil si at alle med inntekt inntil 294 540 kroner har full lønn under sykdom. Mange arbeidstakere har avtale med arbeidsgiver om full lønn utover 6 G. Statsansatte har tariffavtale om full lønn under sykdom og kommunalt ansatte har avtaler om full lønn i hele eller deler av sykepengeperioden. Dette gjelder også for en stor del arbeidstakere i privat virksomhet, særlig blant funksjonærer. Retten til full lønn under sykdom følger i privat sektor vanligvis av individuelle eller bedriftsinterne ansettelsesavtaler og i liten grad av tariffavtaler. I den grad det er tariffavtaler, gir disse bare rett til full lønn i 3 måneder. Privat ansatte uten avtale utgjør om lag 1/3 av alle arbeidstakere.

Selvstendig næringsdrivende får sykepenger med 65 prosent av sykepengegrunnlaget fra 15. fraværsdag, men kan tegne forsikring i folketrygden for å sikres full kompensasjon fra første dag.

Rehabiliteringspenger og attføringspenger

Rehabiliteringspenger og attføringspenger beregnes i dag etter samme regler som eventuell framtidig uførepensjon og utgjør mellom 50 og 60 prosent av tidligere inntekt. Det kan ytes behovsprøvet forsørgingstillegg til rehabiliteringspenger og attføringspenger.

Det er vedtatt å endre beregningsreglene for rehabiliteringspenger og attføringspenger. Omleggingen vil innebære en forenkling og løsriving fra pensjonsberegningen og skal markere at rehabiliteringspenger og attføringspenger er korttidsytelser. Inntekten i tiden før arbeidsevnen/inntektsevnen ble nedsatt skal legges til grunn ved beregning av ytelsene. Kompensasjonsgraden i de nye beregningsreglene er satt til 66 prosent av beregningsgrunnlaget. Minstestønadsnivået vil bli hevet fra 1 G til 1,6 G. Skatte- og avgiftsreglene vil samtidig bli endret og rehabiliteringspenger og attføringspenger vil bli pensjonsgivende inntekt. De behovsprøvde forsørgingstilleggene vil bli erstattet av et fast barnetillegg.

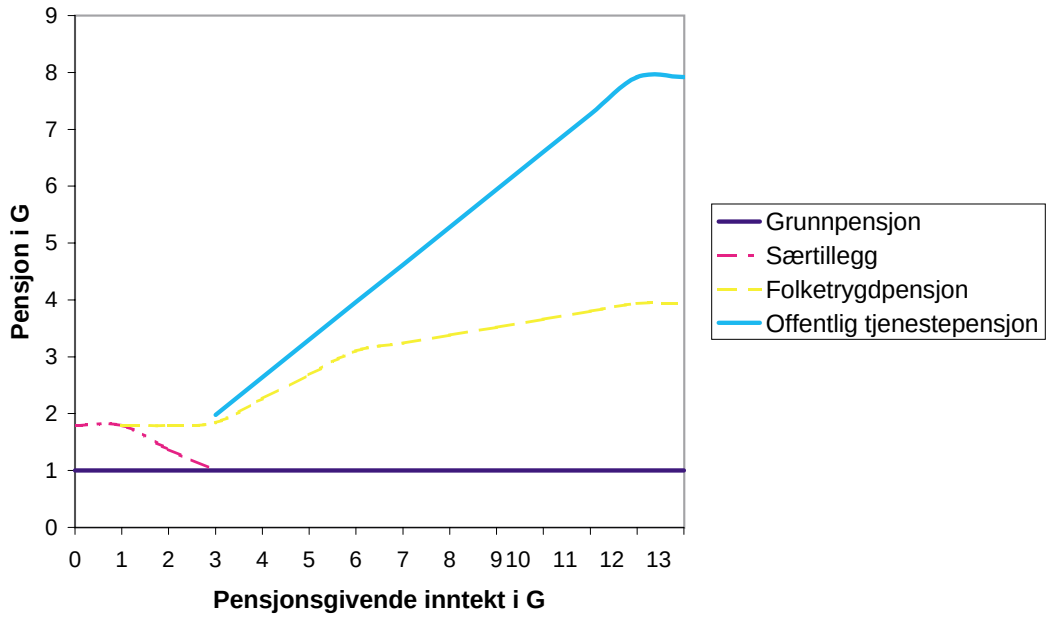
Uførepensjon

Uførepensjonen beregnes på grunnlag av trygdetid, opptjente pensjonspoeng og framtidige pensjonspoeng som beregnes til og med det året stønadsmottakeren fyller 66 år. Uførepensjonen utgjør samme nivå som den alderspensjonen stønadsmottakeren ville ha fått dersom vedkommende hadde fortsatt i arbeid

fram til pensjonsalderen. Personer uten pensjonsopptjening eller lav opptjening får minstepensjon. Et unntak er personer som er født uføre eller har blitt uføre før fylte 26 år som får beregnet garantert minste tilleggspensjon på grunnlag av 3,3 pensjonspoeng. Personer som har hatt ulønnet omsorgsarbeid for små barn eller andre pleietrengende kan få godskrevet inntil 3 pensjonspoeng per år med omsorgsarbeid. Uførepensjonister kan få behovsprøvet forsørgingstillegg for ektefelle og barn.

Personer med lave inntekter får relativt sett mer i pensjon enn personer som har hatt høy inntekt. Dette skyldes at det bare er inntekt opp til 6 ganger grunnbeløpet som er fullt pensjonsgivende. Mellom 6 G og 12 G er 1/3 av inntekten pensjonsgivende, mens inntekt over 12 G ikke er pensjonsgivende.

Et av målene i folketrygdens formålsparagraf er at folketrygden skal bidra til utjevning av levekår mellom grupper av personer. Balansen mellom fordelingshensyn og forsikringshensyn har vært ansett som viktig for å opprettholde den allmenne oppslutningen om folketrygden, og for den enkeltes motivasjon til yrkesdeltakelse.



Figur 3.1 Pensjonsgivende inntekt og uførepensjon (for enslig pensjonist).

Figur 3.1 viser at alle, uavhengig av inntekt, er sikret minstepensjon. Kompensasjonsnivået er relativt sett høyere for lave lønnsinntekter og faller gradvis for høyere inntekter. Bruttogarantien på 66 prosent av tidligere inntekt i tjenestepensjonsordningene har størst betydning for pensjonsytelsen til personer med høyere inntekter.

3.3.1 Tjenestepensjoner

Arbeidstakere i stat og kommune kan ha rett til uførepensjon fra Statens Pensjonskasse og kommunale pensjonsordninger. Slike ytelser kan også gis når vedkommende ikke har krav på uførepensjon fra folketrygden. Det kan blant

annet gis uførepensjon fra Statens Pensjonskasse for personer over 64 år som må slutte i arbeid på grunn av alderssvekkelse. Uførepensjonen i Statens Pensjonskasse kan graderes helt ned til 15 prosent og gis i utgangspunktet for en begrenset periode. Ved varig uførhet på 50 prosent eller mer forutsettes det at stønadsmottakeren også fremmer krav om uførepensjon fra folketrygden. Det kan ikke gis ytelser med høyere uføregrad enn det vedkommende er tilstått i folketrygden. Ordningene i stat og kommune er såkalte bruttoordninger. Ytelsene skal utgjøre 66 prosent av inntekten med full pensjon og full tjenestetid. Bruttoytelsene skal samordnes med ytelser fra folketrygden. Personer som har avsluttet arbeidsforhold i stat eller kommune kan ha rett til såkalt oppsatt uførepensjon. Slik pensjon gis bare når vedkommende også har uførepensjon fra folketrygden og med samme uføregrad.

I motsetning til stat og kommune er tjenestepensjonsordningene i privat sektor verken lovfestet eller tariffestet, men opprettet som bedriftsinterne ordninger. I NOU 1998:1 framgår det at om lag 35 prosent av alle foretak i privat sektor er tilknyttet en privat tjenestepensjonsordning. Det er imidlertid ikke alltid at tjenestepensjonsordningen også omfatter uførepensjon. Det antas at om lag 25 prosent av arbeidstakere i privat sektor vil være omfattet av tjenestepensjonsordning ved uførhet. Disse ytelsene er såkalte nettoytelser som kommer i tillegg til ytelser fra folketrygden.

3.4 Hjelp til selvhjelp

Prinsippet om hjelp til selvhjelp er sentralt i folketrygden. Dette innebærer at regelverket skal utformes og forvaltes på en slik måte at det motiverer til arbeid framfor passivitet og varig trygd. Den enkelte skal i størst mulig grad settes i stand til å forsørge seg selv ved eget arbeid. Personer som er tilstått uførepensjon og som antas å ha en restarbeidsevne skal motiveres til å forsøke seg i arbeid på heltid eller deltid.

Begrepet *arbeidslinje* ble introdusert i Norge på begynnelsen av 1990-tallet. Bakgrunnen var den sterke økningen i tallet på stønadsmottakere i slutten av 1980-årene. Myndighetene så behovet for å opprettholde en høy arbeidsstyrke også i perioder med stor arbeidsledighet, hindre »utstøting» fra arbeidslivet og legge til rette for at personer med helseproblemer skulle kunne delta i arbeidslivet. Arbeidslinja er imidlertid ikke et særnorsk fenomen. På 1990-tallet har dette prinsippet vært sentralt i velferdspolitikken også i andre land.

For å støtte opp om arbeidslinja ble det gjennomført flere typer tiltak. De medisinske vilkårene for trygdeytelser ble strammet inn. Det ble foretatt organisatoriske endringer og trygde- og arbeidsmarkedsetaten fikk nye virkemidler. Blant annet har trygdeetaten fått et utvidet ansvar for å følge opp sykmeldte. Det vises til nærmere omtale av tiltakene i kapittel 7.

I *Velferdsmeldingen* (St.meld. nr. 35 1994-95) ble det lagt vekt på å befeste og styrke arbeidslinja. Det ble understreket at prinsippet om hjelp til selvhjelp i folketrygden var like viktig som inntektssikring ved inntektsbortfall. Velferdsmeldinga foreslo flere tiltak som skulle motivere uførepensjonister til å prøve seg i arbeid og gjøre det lettere å kombinere arbeid og trygd. For nærmere omtale vises det til kapittel 12, der blant annet ordningen med fri-

inntekt har fått bred omtale, og hvor det foreslås endringer i gjeldende regelverk.

Sentrumsregjeringen signaliserte i St.meld. nr. 50 (1998-99) Utjamningsmeldinga at de ønsker »ei mjukare arbeidslinje» og at arbeidslivet i større grad må ha plass til personer som ikke fungerer 100 prosent til enhver tid og bedre tilrettelegging for kombinasjonsordninger arbeid og trygd. Meldingen har vært behandlet i Stortinget som sluttet seg til dette prinsippet.

Kapittel 4
Utviklingen på arbeidsmarkedet, befolkningsutvikling og i tallet på stønadsmottakere

Økningen i sykefraværet og i nye uførepensjonister må ses i lys av utviklingen på arbeidsmarkedet og demografiske endringer. Det gis her innledningsvis en kort oversikt over utviklingen på arbeidsmarkedet og befolkningsutviklingen. Deretter følger en oversikt over utviklingen på stønadsområdene det siste tiåret. Intensjonen er å gi en deskriptiv oversikt. Mulige forklaringer på veksten i antall på stønadsmottakere vil bli presentert i kapittel 5. I tillegg til tall for sykefravær og uførepensjonering, presenteres også tall som viser utviklingen i tallet på mottakere av rehabiliteringspenger og attføringspenger. Avslutningsvis presenteres prognoser basert på utviklingstrekk de siste årene.

4.1 Utviklingen på arbeidsmarkedet

Arbeidsmarkedet har de siste tyve årene vært sterkt påvirket av konjunktursvingningene i norsk og internasjonal økonomi. Sterk sysselsettingsvekst under høgkonjunkturen midt på 1980-tallet ble etterfulgt av et omtrent like sterkt tilbakeslag under den påfølgende nedgangskonjunkturen. I perioden fra 1993 til 1998 var det igjen sterk sysselsettingsvekst. Bak disse kortsiktige konjunktursvingningene ligger også noen langsiktige utviklingstrekk.

4.1.1 Utviklingen i yrkesdeltakelsen

Ett av de mer karakteristiske trekk ved samfunnsutviklingen det siste tiåret, er økningen i (registrert) yrkesdeltakelse. I 1974 var 1,7 millioner personer sysselsatt. I 1998 hadde sysselsettingen økt med om lag 500 000 personer til noe over 2,2 millioner. Den langsiktige veksttrenden i sysselsetting og yrkesdeltakelse skriver seg fra både demografiske forhold og andre samfunnsmessige endringer. Konjunkturelle forhold forklarer fluktuasjoner i sysselsetting og yrkesdeltakelse over tid.

Demografiske forhold innebærer at arbeidsstyrken endres som følge av endringer i befolkningsmengden og endringer i befolkningens alderssammensetning. I perioden fra 1980 og fram til i dag har befolkningen i arbeidsdyktig alder (16-74 år) økt med om lag 0,5 prosent per år. Når det gjelder endringer i alderssammensetning, er det tydligste utviklingstrekket gjennom 1990-tallet en sammenpressing med hensyn på alder. Andelen personer over 60 år og under 25 år er redusert, og andelen personer i aldersgruppen 30-49 år har økt.

Andre samfunnsmessige endringer som påvirker utviklingen i arbeidsstyrken og yrkesdeltakelse er blant annet at nye grupper har kommet inn på arbeidsmarkedet og at sammensetningen av ulike grupper endres. Spesielt markert er den økte yrkesdeltakelsen blant kvinner. Bare de siste 20 årene har forskjellen mellom kvinners og menns yrkesdeltakelse blitt redusert fra om lag 25 til 10 prosentpoeng. Siden forskjellen i kvinner og menns

yrkesdeltakelse hele tiden har vært mindre for de yngste aldersgrupper, er også forskjellene redusert minst blant disse gruppene.

Videre kan økt velstand og inntekt påvirke ulike gruppers tilbøyelighet til å delta i arbeidslivet ulikt. Økt (time-)lønn innebærer på den ene side at en gitt inntekt kan oppnås ved kortere arbeidstid. På den annen side innebærer økt (time-)lønn at alternativverdien av fritid øker. Økt inntektsnivå kan derfor påvirke ønsket arbeidstid i begge retninger. Også utviklingen i og utformingen av velferdssystemet, offentlige reguleringer, avtaler og økonomiske støttesystemer kan påvirke ulike gruppers insentiver til å delta i arbeidslivet.

Økonomiske konjunkturer forklarer mye av endringen i yrkesfrekvensen [2] på kort sikt. I perioder med stor etterspørsel etter arbeidskraft er det flere som kommer inn i arbeidsstyrken, og i perioder med mindre etterspørsel etter arbeidskraft er det mange som opplever å bli skjøvet ut av arbeidsstyrken. *Sammensetningen* av arbeidsstyrken varierer derfor med konjunkturene.

Ulike gruppers fleksibilitet inn/ut av arbeidsmarkedet er forskjellig. Kvinners tilknytning til arbeidsmarkedet er for eksempel mindre konjunkturfølsom enn menns, og ungdoms tilknytning er mer konjunkturfølsom enn voksnes. Det er også andre individuelle karakteristika som samvarierer med yrkesdeltakelse over konjunkturene. Spesielt er det en tendens til at personer med svak tilknytning til arbeidslivet blir de siste som trer inn i arbeidsmarkedet ved høgkonjunktur. I noen grad er også personer med kort ansiennitet og liten arbeidserfaring de første som støtes ut av arbeidsmarkedet ved lavkonjunktur. Personer med innvandrerbakgrunn, personer med yrkeshemming og personer som har vært lenge arbeidsledig vil ofte falle innenfor denne utsatte gruppen.

Tabell 4.1 og tabell 4.2 viser utviklingen i yrkesfrekvens fra 1980 til 1999 for kvinner og menn, og ulike aldersgrupper.

Tabell 4.1: Utvikling i arbeidsstyrke og yrkesfrekvens

	Personer	Yrkesfrekvens		
År	i alt	i alt	Kvinner	Menn
1980	1 940	67	55	79
1985	2 067	69	60	78
1990	2 142	69	62	76
1995	2 186	70	64	75
1996	2 240	71	66	77
1997	2 287	73	67	78
1998	2 323	73	68	78
1999	2 333	73	69	78

[1] Yrkesfrekvens er definert som antall personer i arbeidsstyrken dividert på befolkningen i yrkesaktiv alder (16-74 år).

Kilde: SSB

2. Yrkesfrekvens er definert som antall personer i arbeidsstyrken dividert på antall personer i yrkesaktiv alder (16-74 år).

Tabell 4.2: Utvikling i yrkesfrekvens etter aldersgruppe

År	I alt	16-19 år	20-24 år	25-29 år	30-49 år	50-59 år	60-74 år
1980	67	45	72	76	84	76	36
1985	69	45	74	82	86	77	34
1990	69	44	73	82	87	77	29
1995	70	38	68	82	88	79	26
1996	71	42	72	83	88	81	26
1997	72	46	73	84	89	82	27
1998	73	49	75	86	89	83	26
1999	73	51	74	85	89	82	27

[1] Yrkesfrekvens er definert som antall personer i arbeidsstyrken dividert på befolkningen i yrkesaktiv alder (16-74 år).

Kilde: SSB

Sammenlignet med de fleste andre land er yrkesdeltakelsen i Norge høy. Spesielt gjelder dette blant eldre og blant kvinner. OECD har beregnet yrkesfrekvensen i Norge til 81 prosent [3]. Til sammenligning er EU-gjenomsnittet 68 prosent og OECD-gjennomsnittet 70 prosent.

Sammensetningen av sysselsettingen på næringer er endret over tid: Antall sysselsatte i primærsektoren og i industrien reduseres, og sysselsettingen i servicesektoren øker. Nedgangen i industrisysselsettingen stoppet imidlertid opp gjennom høgkonjunkturen i perioden 1993-1998. Spesielt innen *forretningsmessige tjenester, varehandel og annen service* har sysselsettingen økt kraftig etter 1993. I 1999 var om lag 6 pst av alle sysselsatt i primærsektoren, 27 prosent i industrien og 73 prosent i servicesektoren.

Gjennomsnittlig utdanningsnivå i befolkningen har økt over tid. Personer med ungdomsskole eller videregående skole I som høyeste avsluttede utdanning er fallende og personer med videregående skole II eller høgskole-/universitetsutdanning er stigende [4]. I 1998 hadde nær 30 prosent av de sysselsatte utdanning på høgskole-/universitetsnivå og bare 14 prosent hadde grunnskole som høyeste utdannelse.

Sysselsettingen blant kvinner har økt raskere enn blant menn. Sysselsettingsandelen blant kvinner er imidlertid fortsatt noe lavere enn blant menn. Også når det gjelder lønnet arbeids*tid*er omfanget lavere blant kvinner. I 1998 var gjennomsnittlig arbeidstid 35,3 timer per uke; 39,4 for menn og 30,3 for kvinner. Selv om forskjellen har blitt mindre over tid, har ikke kvinner innhentet menn m.h.p. lønnet arbeidstid på samme måte som med sysselsetting. Dette betyr at kvinner fortsatt jobber mer deltid enn menn og at veksten i kvinnenes sysselsetting i større grad har kommet i form av deltidsstillinger.

3. I OECD statistikk defineres yrkesaktiv alder som 15 til 64 år, mens det i norske data legges tl grunn 16 til74 år. Derfor varierer yrkesfrekvensen i Norsk statistikk og OECD-statistikk.
4. Videregående skole I omfatter de med ett års utdannelse utover grunnskole mens videregående skole II omfatter de med 2-3 års utdannelse utover grunnskole.

4.1.2 Utvikling i arbeidsledigheten

Arbeidsledigheten er differansen mellom antall personer i arbeidsstyrken og antall personer sysselsatt. Arbeidsledigheten er et mål på slakheten i arbeidsmarkedet, og varierer med konjunkturene. Men også i perioder med stor etterspørsel etter arbeidskraft er det noe arbeidsledighet (ledighet av *strukturell art*). Dette forklares blant annet med at det er store strømmer ut av og inn i arbeidsmarkedet. I et dynamisk arbeidsmarked med endrede krav til kvalifikasjoner og geografisk og yrkesmessig mobilitet, er slike strømmer nødvendig for at arbeidsmarkedet skal fungere effektivt.

Gjennom lavkonjunkturen fra 1988 til 1993 økte arbeidsledigheten her i landet. På det høyeste nådde den et nivå på over 6 prosent. Etter 1993 ble ledigheten raskt og kraftig redusert, og i 1998 var ledigheten redusert til 3,2 prosent.

Tabell 4.3: Utvikling i arbeidsledighet etter kjønn og aldersgruppe, i prosent av arbeidsstyrken

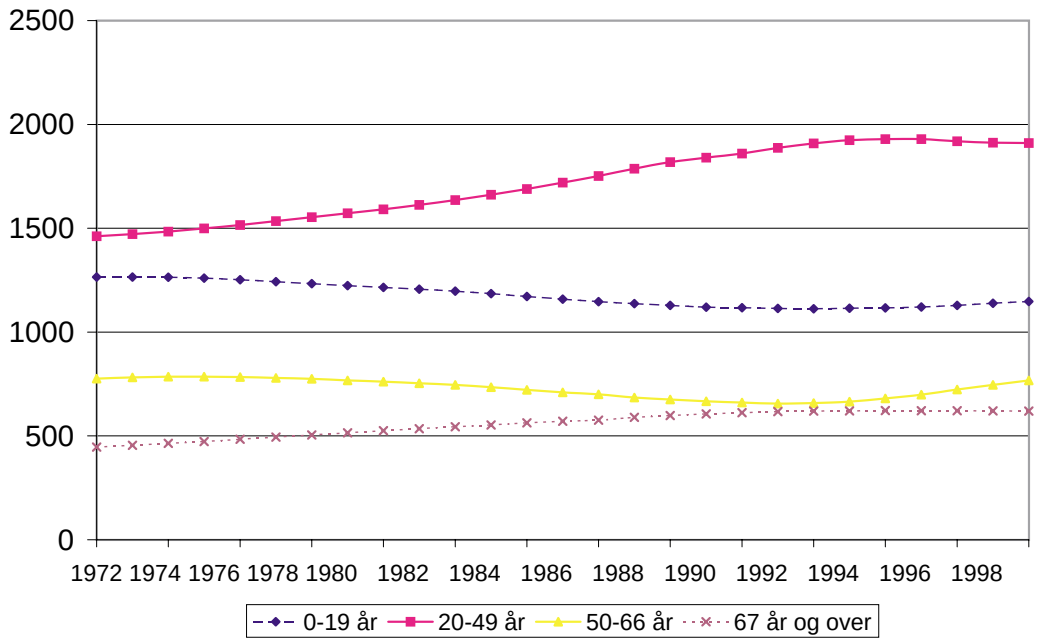
År	Kvinner	Menn	16-19 år	20-24 år	25-29 år	30-49 år	50-59 år	60-74 år
1980	2,3	1,3	8,9	2,8	2,0	1,0	0,7	0,5
1985	3,2	2,2	9,6	4,9	3,1	1,8	1,1	1,1
1990	4,8	5,6	16,2	9,7	7,0	3,7	2,9	2,2
1996	4,9	4,8	18,1	10,2	6,4	3,5	2,3	2,7
1997	4,2	3,9	16,0	8,5	5,6	2,9	1,7	1,9
1998	3,3	3,2	13,7	7,5	3,8	2,1	1,5	2,2
1999	3,0	3,4	13,9	7,4	4,2	2,1	1,4	1,4

[1] Det er brudd i statistikken mellom 1995 og 1996

Kilde: SSB

4.2 Befolkningsutvikling

Alderssammensetningen påvirker innholdet av og størrelsen på etterspørselen etter offentlige tjenester og velferdsytelser. Mange eldre vil øke behovet for pleie og omsorgstjenester, mens mange unge vil øke behovet for barnehageplasser og skoleplasser. I Norge og i de fleste andre vestlige land har det vært en tendens til økt gjennomsnittsalder i befolkningen som følge av økende levealder og reduserte fødselstall. Gjennomsnittsalderen i befolkningen har økt fra i overkant av 34 år i 1967 til i overkant av 38 år i dag. Figur 4.1 viser at det har vært en viss nedgang i antall personer i alderen 0-19 år og en viss vekst i antall personer over 67 år. Imidlertid har antall personer over 67 år vært ganske konstant på 1990-tallet. Størst vekst på 1990-tallet har vært i aldersgruppen 50-66 år.



Figur 4.1 Utvikling i forskjellige aldersgrupper 1972-1998, 1 000 personer

Framskrivning av befolkningen

Statistisk Sentralbyrå har på 1990-tallet gjennomført framskrivninger av befolkningen hvert tredje år. Den siste framskrivningen er fra 1999 og dekker perioden 1998-2050. I det følgende gis noen framskrivninger fra det såkalte mellomalternativet mht til fruktbarhet, dødelighet, innenlandsk flytting og nettoinnvandring. I disse framskrivningene er det blant annet lagt til grunn et samlet fruktbarhetstall på 1,8 barn per kvinne og en forventet økning i levealder for menn fra 75,5 år i 1998 til 80 år i 2050, og en vekst for kvinner fra 81,2 år i 1998 til 84,5 år i 2050. Det er videre forutsatt en årlig nettoinnvandring på om lag 10 000 personer.

I tabell 4.4 vises utviklingen i aldersfordelingen framover:

Tabell 4.4: Befolkningen fordelt på aldersgrupper. Historisk utvikling og framskrivning MMMM-99. Totalt antall (i 1.000 personer) og prosentvis andel

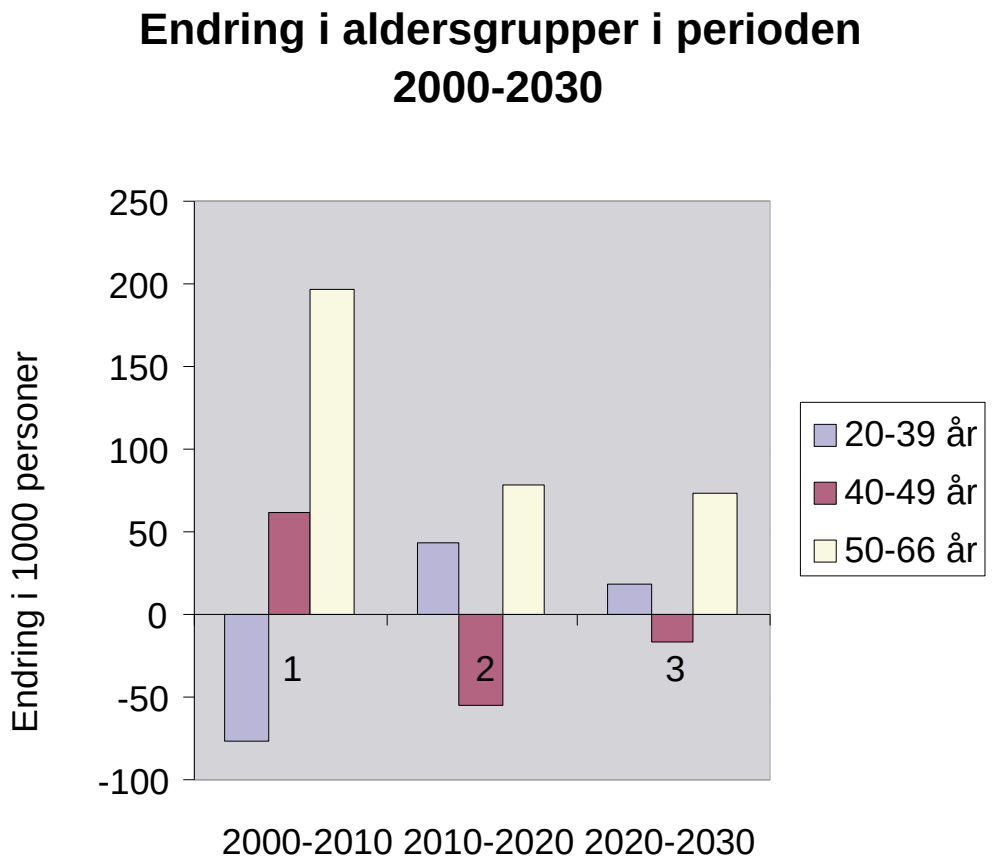
	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
I alt	3 888	4 092	4 250	4 500	4 712	4 915	5 100	5 187	5 224
0-19 år	32,2	29,7	26,3	25,9	25,2	23,4	23,1	22,9	22,5
20-66 år	56,7	57,5	59,3	60,5	61,7	60,4	58,2	56,2	57,0
67 og over	11,1	12,8	14,4	13,6	13,1	16,2	18,7	20,9	20,5

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at andelen mellom 20-66 år er relativt konstant fra 2000-2020, for deretter å synke. Forsørgingsbyrden kan slik vurdert sies å være

konstant fram til 2020, for deretter å stige. Men forsørgingsbyrden endres ved at behovet for skoleplasser mv. går noe ned mens behovet for pleie- og omsorgstjenester kan antas å øke. Kostnadene ved denne "demografiske" forsørgingsbyrden vil avhenge av kostnadene ved de ulike tilbudene og aldersfordelingen (f.eks. utviklingen i antallet over 90 år).

Tilgangen til uførepensjon og sykefraværsutviklingen vil i betydelig grad avhenge også av utviklingen i aldersfordelingen innen de yrkesaktive aldersklasser.



Figur 4.2 Befolkningsutvikling i ulike aldersgrupper framover

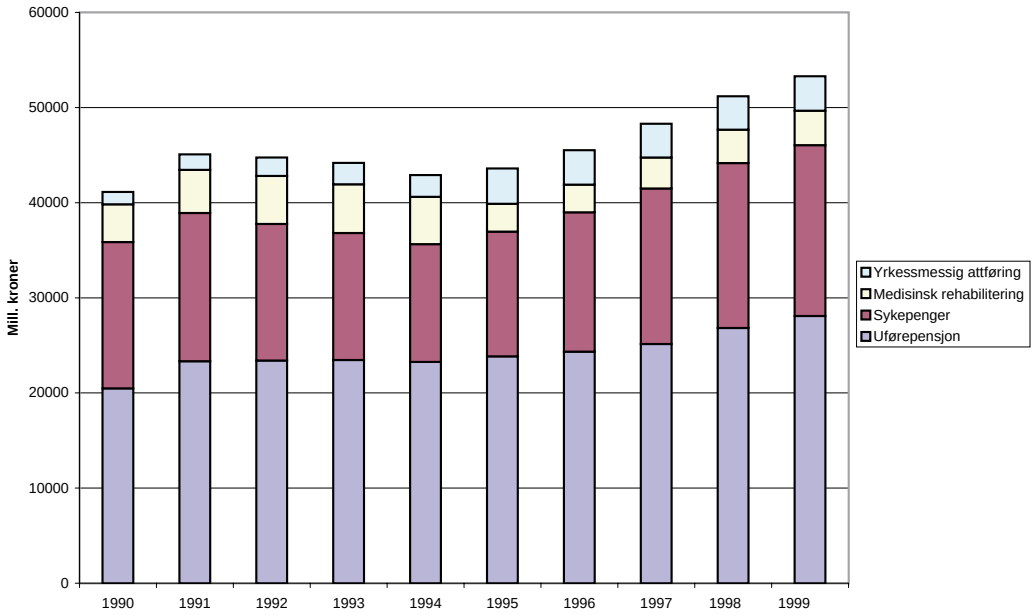
Figur 4.2 viser at den aldersgruppen med flest uførepensjonerte (50-66 år) vil øke betydelig i perioden 2000-2010 (om lag 200 000), og også noe i de neste 20 årene. Denne utviklingen ligger som et viktig premiss for de framskrivninger som presenteres i del 4.5.

4.3 Utviklingen på stønadsområdene

4.3.1 En samlet oversikt over de fire stønadsområdene

Utviklingen på et stønadsområde er avhengig av utviklingen på relaterte stønadsområder.

Figur 4.3 viser at det har vært en viss variasjon i de totale utgiftene til sykdomsrelaterte trygdeytelser i løpet av 1990-tallet. Fra 1991 og fram til 1994 var det en nedgang i de totale utgiftene. Denne nedgangen kan i stor grad tilskrives reduksjonen i utgifter til sykepenger. Fra 1994 og fram til 1998 har det vært en jevn stigning i de totale utgiftene. Også i denne perioden er utgifter i forbindelse med sykefravær en sentral drivkraft. Utgiftene til uførepensjon og yrkesrettet attføring har også økt i løpet av denne perioden.



Figur 4.3 Utgiftsutvikling for sykepenger, rehabiliteringspenger, yrkesrettet attføring og uførepensjon fra 1990-99. G-justert [1]. Mill. kroner

[1]Ved G-justering av utgiftstall får en for pensjonsytelsene beskrevet veksten i antall stønadsmottakere og vekst i ytelsene utover årlig G-justering. En G-justering av sykepenger er en forenkling da sykepenger blir justert ut fra lønnsinntekt, utviklingen av disse kan avvike noe fra veksten i G.

4.3.2 Sykefravær

Det eksisterer i dag ikke noen samlet oversikt over alt sykefravær her i landet [5]. Det er flere forskjellige instanser som produserer statistikk over sykefravær. Disse dekker forskjellige deler av yrkeslivet og har varierende dekningsgrad og til dels forskjellige måltall. En regner i dag med *fire hovedkilder* for å beskrive sykefraværsutviklingen i Norge: Rikstrygdeverkets statistikk over utbetalte sykepenger, NHOs fraværsstatistikk, Arbeids- og administras-

5. Det pågår i dag et arbeid med å etablere en sentral sykefraværsstatistikk som skal omfatte alt legemeldt fravær.

jonsdepartementets (AAD) og Kommunenes Sentralforbunds (KS) oversikt over henholdsvis fravær blant statsansatte og kommuneansatte. Boks 4.1 gir en kort beskrivelse av de ulike statistikkildene.

Sylefraværsutviklingen målt i antall sykepenger, antall tilfeller og sykefraværsprosent

---

Boks 4.1 Hovedkildene for sykefraværsstatistikk

NHOs sykefraværsstatistikk

NHO publiserer hvert kvartal sykefraværsstatistikk for arbeidere og funksjonærer i bergverksdrift, industri og bygge- og anleggsvirksomhet. Statistikken baserer seg på et representativt utvalg av NHOs medlemsbedrifter Kun heltidsansatte omfattes av statistikken . Fraværsstatistikken til NHO omfatter sykefravær fra og med 1. dag. Statistikken gir bransjefordelte tall for arbeidere, men ikke for funksjonærer. Fraværsmålet - sykefraværsprosenten - angir prosent fravær i forhold til mulige dagsverk.

Rikstrygdeverkets sykepengestatistikk

Rikstrygdeverket (RTV) har registeropplysninger over sykefravær som innebærer utbetaling fra folketrygden. Dette gjelder i hovedsak sykefravær som har en varighet ut over arbeidsgiverperioden (16 kalenderdager fra 1. april 1998). Sykepengeregisteret omfatter alle med sykepengerett. Statsansatte er inkludert i statistikken fra og med 1.januar 2000. RTVs statistikk gir absolutte måltall for antall avsluttede sykepengetilfeller, og antall erstattede sykepengedager. Erstattede sykepengedager per arbeidstaker er det eneste forholdstallet som benyttes i statistikken. Tallet for arbeidstakere er hentet fra Arbeidskrafts-undersøkelsen (AKU), og er tidligere skjønnsmessig justert for statsansatte.

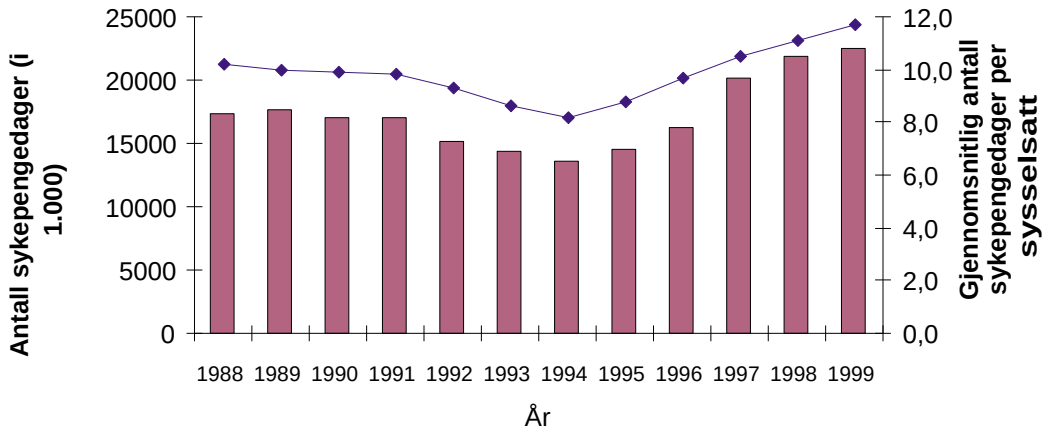
Fraværsstatistikk for kommuner og fylkeskommuner

Fraværsstatistikken omfatter i prinsippet alle ansatte i kommuner, fylkeskommuner og ansatte i bedrifter som er medlemmer av Kommunenes Sentralforbund (KS). Statistikken publiseres årlig og gir kvartalsfordelte tall. Statistikken omfatter sykefravær fra og med første dag. Det rapporteres et mål på antall tilfeller av fravær per 100 ansatte, og det beregnes en fraværsprosent som viser antall sykefraværsdagsverk i forhold til antall mulige dagsverk.

Statens sykefraværsstatistikk

Arbeids- og administrasjonsdepartementet (AAD) produserer sykefraværsstatistikk som omfatter alle arbeidstakere som staten har arbeidsgiveransvar for. Statistikken omfatter alt sykefravær fra og med første dag. Måltallet som benyttes er - som i KS's fraværsstatistikk – antall sykefraværsdagsverk i forhold til antall mulige dagsverk.

Figur 4.4 viser utviklingen i totalt antall erstattede sykepengedager med sykepenger fra folketrygden og antall sykepengedager per sysselsatt. I 1993 erstattet folketrygden litt over *14* millioner sykepengedager til arbeidstakere. I 1999 var antallet økt til godt over *22* millioner erstattede sykepengedager. Antall erstattede sykepengedager per sysselsatt har variert fra *10,2* dager i 1988, ned til *8,2* dager i 1994, før det igjen har økt til *11,7* dager i 1999. Antall sykepengetilfeller for arbeidstakere har økt fra 285 017 i 1993 til 506 366 i 1999.



Figur 4.4 Totalt antall erstattede sykepengedager for arbeidstakere, og erstattede sykepengedager per sysselsatt lønnstaker, eksklusive statsansatte. 1988-1999

Figuren er ikke korrigert for økningen i arbeidsgiverperioden fra 01.04.1998

Kilde: RTV

Fraværsstatistikken for kommunene viser at i første kvartal 1994 var sykefraværsprosenten på *5,5* prosent (KS 1999). Første kvartal 1998 hadde sykefraværsprosenten økt til *7,6* prosent. I statlige virksomheter har sykefraværsprosenten økt fra 5,1 prosent i 1995, til 5,8 prosent i 1998 (Arbeids- og administrasjonsdepartementet 1999).

Felles for både kommunale og statlige virksomheter er at det i hovedsak er det lange fraværet som har økt. I følge KS sin statistikk har det lange fraværet (mer enn 40 fraværsdager) økt fra *2,1* prosent første kvartal 1994 til *3,7* prosent 1. kvartal 1998. Det korte fraværet (1-3 dager) har i samme periode økt fra *0,8* til *1,1* prosent. I staten har sykefraværsprosenten for 1-3 dagers fravær økt fra 0,1 til 0,2 prosent fra 1995 til 1998. Fravær over 14 dager har økt fra 3,3 til 3,8 prosent. Trenden med at det lange fraværet øker mest, finner vi også i NHOs statistikk.

Tabell 4.5: Fravær i prosent av mulige arbeidsdager etter varighetsfordeling. NHO.

År:	Arbeidere				Funksjonærer			
	Kvinner		Menn		Kvinner		Menn	
	3 dager og mindre	4 dager og mer	3 dager og mindre	4 dager og mer	3 dager og mindre	4 dager og mer	3 dager og mindre	4 dager og mer
1995	1,4	8,8	1,1	5,3	0,8	3,6	0,5	2,1
1996	1,3	9,2	1,1	5,5	0,8	3,9	0,4	2,2
1997	1,3	9,7	1,2	6,1	0,8	4,3	0,5	2,5
1998	1,3	10,4	1,2	6,4	0,8	4,2	0,5	2,3
1999	1,4	10,3	1,2	6,6	0,8	4,5	0,5	2,5

Kilde: NHO

Som det framgår av tabell 4.5 er det fravær på 4 dager og mer som står for den totale økningen i fraværet. Med unntak av mannlige arbeidere har det korte fraværet blitt redusert eller holdt seg stabilt i perioden 1995 til 1999. Fraværet på mer enn fire dager har økt mest for kvinnelige arbeidere, mens det har økt minst blant mannlige funksjonærer. Perioden fra 1994 til 1999 har med andre ord vært preget av en betydelig økning i sykefravær, og økningen har vært størst for det lange fraværet.

Sykefraværets varighet

Økningen i utgifter på sykepengeområdet kan både skyldes økning i antall tilfeller og endring i fraværets varighet.

Tabell 4.6: Antall sykepengetilfeller med varighet over 8 uker og antall personer som har brukt opp sin sykepengerett gjennom ett eller flere tilfeller. Avsluttede tilfeller, arbeidstakere i arbeid.

År	Antall tilfeller over 8 uker	I prosent av totalt antall tilfeller	Antall personer med oppbrukt sykepengerett
1990	113 521	38,3	24 332
1991	113 696	39,6	27 788
1992	101 023	38,8	25 808
1993	97 361	39,4	22 526
1994	94 453	37,1	19 938
1995	105 839	37,5	20 885
1996	120 362	39,0	24 167
1997	155 379	40,0	29 962
1998	181 873	43,5	36 880
1999	198 249	45,6	41 399

Kilde: RTV

Andelen med langtidsfravær har økt de siste årene. Langtidsfravær blir i Rikstrygdeverkets statistikk definert som fravær utover 8 uker. I 1999 ble det avsluttet i underkant av 200 000 sykepengetilfeller med varighet over 8 uker. Dette utgjør *45* prosent av totalt antall avsluttede tilfeller det året. Det har også vært en økning i antall personer som har brukt opp sin sykepengerett. Rundt halvparten av disse har hatt et sammenhengende sykepengetilfelle på 250 dager. Den andre halvparten har brukt opp sykepengeretten gjennom to eller flere tilfeller.

Sykefraværsmønsteret

Et sentralt moment i debatten om sykefravær har vært å anslå hvor stor del av det totale sykefraværet som faller innenfor arbeidsgiverperioden. Ut fra beregninger som ble gjort på bakgrunn av undersøkelser blant NHOs medlemsbedrifter på midten av 1980-tallet, ble det anslått at rundt 50 prosent av det totale fraværet falt innenfor arbeidsgiverperioden. Denne beregningen er blitt stående som en tommelfingerregel, og innebærer at arbeidsgivernes utgifter antas å være i samme størrelsesorden som folketrygdens utgifter til sykepenger for arbeidstakere.

Det er blitt stilt spørsmål om hvorvidt denne fordelingen er korrekt. Det er blant annet slik at NHO sin fraværsstatistikk ikke er representativ for hele det norske arbeidsmarkedet. Det er også mulig at egenrapportering blant arbeidsgiverne fører til underrapportering av lange fraværstilfeller. Ved å bruke tall fra fraværsstatistikken til KS og Arbeids- og administrasjonsdepartementet i 1995, har Pedersen (1997) forsøkt å gjenta beregningene som ble foretatt på NHO statistikk. Han finner at nærmere 55 prosent av fraværet i staten faller innenfor arbeidsgiverperioden. Tilsvarende andel i kommunene er på rundt 50 prosent.

Disse resultatene støtter opp om antagelsen om en femti-femti fordeling. Men Pedersen (1997) mener likevel det er grunn til å tolke resultatene med forsiktighet. Han tar utgangspunkt i Rikstrygdeverkets statistikk over omfanget av det lange fraværet. I 1995 var det gjennomsnittlige antall erstattede sykepengedager per arbeidstaker på *8,8* dager. Ut fra en femti-femti fordeling kan man anta at det samlede antall fraværsdager med lønnskompensasjon per arbeidstaker ville være på *17,6* dager. Dette er et høyere anslag enn det vi finner når vi sammenligner med NHO og KSs fraværsstatistikk. Mannlige arbeidstakere i NHO-bedrifter hadde i 1995 et gjennomsnittlig antall fraværsdager på *15,0* dager. Blant ansatte i kommunesektoren var det gjennomsnittlige antall fraværsdager per år på *11,2* dager i 1994-95. Disse beregningene støtter antagelsen om at arbeidsgiverstatistikkene har en tendens til å undervurdere lengden på de lange fraværene. Dette kan skyldes at arbeidsforhold som formelt blir avsluttet i fraværsperioden ikke lengre blir registrert hos arbeidsgiver, men inngår fortsatt i statistikken til Rikstrygdeverket. Det er også mulig at arbeidsgiver er mindre nøye med å registrere sykefravær for ansatte som en ikke er sikre på om kommer tilbake til arbeid.

Det er derfor fortsatt en viss usikkerhet over hvor stor del av fraværet som faller i arbeidsgiverperioden. Økningen av arbeidsgiverperioden fra 14 til 16 dager, fra og med 1. april 1998, har medført at en større andel av fraværet faller innenfor arbeidsgiverperioden. Samtidig synes det som det har vært størst

vekst i langtidssykefraværet, hvilket tilsier at folketrygdens andel av fraværet har økt. En nøyaktig oversikt over hvor stor del av fraværet som belastes arbeidsgiveren vil først kunne presenteres når arbeidet med Sentral Sykefraværsstatistikk er ferdigstilt.

Konsentrasjon av sykefravær

Undersøkelser har vist at det er en forholdsvis liten gruppe personer som står for en større del av fraværet her i landet (Pedersen 1997, Rikstrygdeverket 1999, Kolstø og Holm 1998). Dette kan illustreres ved å se nærmere på den gruppen som er blitt betegnet som *gjengangere*. En gjenganger er i Rikstrygdeverkets statistikk definert som en som har to eller flere sykefravær med mindre enn 6 måneders mellomrom[6]. Tabell 4.7 viser utviklingen i antall gjengangere og deres andel av sykefraværet.

Tabell 4.7: Antall gjengangere, og andel erstattede sykepengedager for gjengangere i prosent av totalt antall erstattede dager fra folketrygden. Avsluttede tilfeller, arbeidstakere i arbei 1995-1998.

År	Antall gjengangere (personer)	Erstattede dager for gjengangere i prosent av totalt antall erstattede dager
1995	38 314	31,3
1996	42 581	31,6
1997	52 826	32,5
1998	59 316	34,4

Kilde: RTV

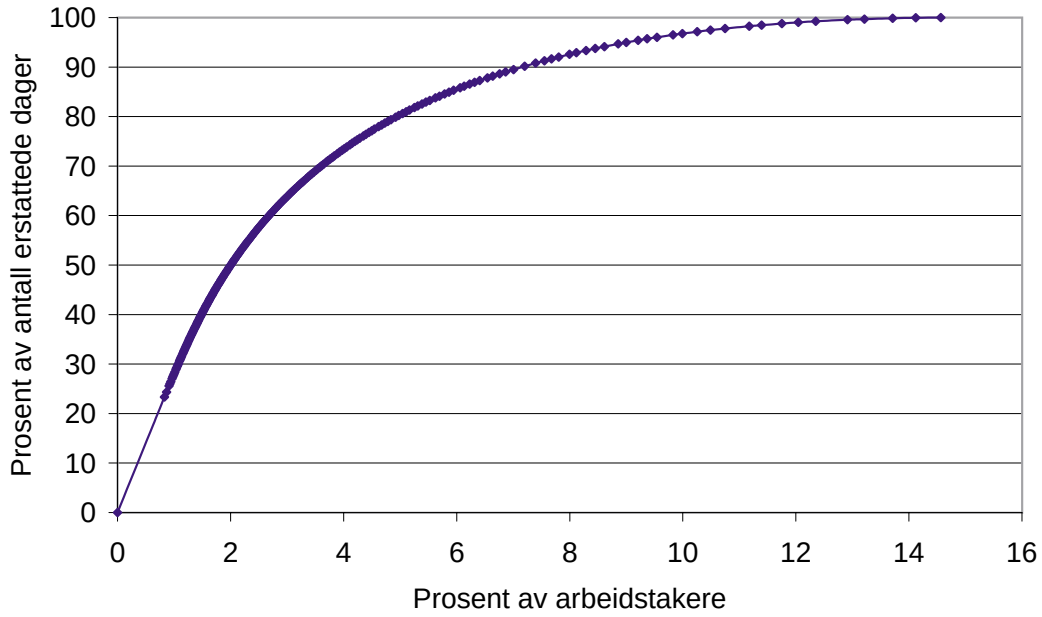
Det har vært en betydelig økning i antall gjengangere de siste årene. Økningen i antall gjengangere har vært større enn økningen i totalt antall mottakere av sykepenger. Gjengangeres andel av totalt antall erstattede sykepengedager har også økt. Gjengangeres forbruk av sykepengedager utgjorde *34* prosent av det totale antall sykepengedager fra folketrygden i 1998.

Hvem er det så som blir gjengangere? I en studie av diagnoseendring ble det foretatt en sammenligning av gjengangere og alle personer med et påbegynt sykepengetilfelle i 1995 (Brage m. flere 1998). Fordelingen etter kjønn og alder viste ingen store forskjeller mellom de to gruppene. Det var dog noen flere kvinner i høyere alder i gruppen av gjengangere, enn blant alle personer med påbegynt sykmelding i 1995. Bortsett fra at andelen med diagnosen psykiske lidelser var noe større blant gjengangergruppen enn i totalmaterialet, var det heller ingen store forskjeller med hensyn til diagnose. Disse resultatene tyder på at det er lite som skiller gjengangerne fra andre sykmeldte.

En annen måte å illustrere hvordan sykefraværet fordeler seg blant individer, er å se på sykefraværets konsentrasjon blant arbeidstakerne. I figur 4.5

6. I henhold til Folketrygdens § 8-12 må et medlem som har mottatt sykepenger i maksimal periode ha vært fullt arbeidsfør i 26 uker før medlemmet igjen får rett til sykepenger fra trygden.

er alle sykepengemottakerne rangert etter synkende antall sykepengedager. Det vil si at de med størst fravær kommer først, og de med minst til slutt.



Figur 4.5 Sykefraværets konsentrasjon i trygdeperioden blant arbeidstakere i arbeid. 1998 [1].
[1] Tallene i figuren er eksklusive statsansatte
Kilde: RTV

Figur 4.5 viser at rundt 15 prosent av arbeidstakerne står for 100 prosent av det sykefraværet som utbetales av folketrygden. Rundt 2 prosent av arbeidstakerne står for rundt halvparten av alle sykepengedagene, mens cirka 5 prosent står for rundt 80 prosent. Figuren bekrefter tidligere studier (for eksempel Pedersen 1997) om at en stor del av det sykefraværet som dekkes av folketrygden fordeler seg på en liten gruppe arbeidstakere.

Blant de fem prosent sysselsatte med høyest fravær, er det en tydelig overvekt av kvinner. Fordeling på alder viser at blant de med høyest fravær er det over *18* prosent som er eldre enn 56 år, tilsvarende andel blant de sysselsatte totalt sett er på rundt *11* prosent. Andelen sysselsatte med høyt sykefravær i den yngste aldersgruppen er mye lavere enn andelen blant sysselsatte totalt. Dette skyldes at denne aldersgruppen har bedre helse, men også at gruppen inneholder en del kortidsansatte med lavere eksponeringstid for sykefravær.

Sykefravær og diagnose

I den senere tiden har en vært opptatt av sykefraværets diagnosesammensetning. For å kunne identifisere risikogrupper og gi dem riktig behandling, er det avgjørende at de medisinske diagnoser er korrekte. Fra og med 1. oktober 1992 er behandlende lege pliktig til å kode alle sykmeldingsdiagnoser.

Tabell 4.8: Andel avsluttede sykepengetilfeller i prosent og gjennomsnittlig antall sykepengedager etter diagnose. Arbeidstakere i arbeid. 1998.

Diagnose (ICPC kode i parantes):	Andel avsluttede sykepengetilfeller etter diagnose	Gjennomsnittlig antall sykepengedager etter diagnose
(A) Allment og uspesifisert	3,1	34,6
(B) Blod	0,4	71,1
(D) Fordøyelsesorganer	4,5	39,4
(F) Øye	0,6	43,4
(H) Øre	0,7	52,9
(K) Hjerte-karsystemet	4,2	75,6
(L) Muskel-skjelettsystemet	48,8	53,4
(N) Nervesystemet	3,7	61,4
(P) Psykisk	13,7	60,7
(R) Luftveier	7,2	24,5
(S) Hud	3,0	35,2
(T) Endorkine, metabolske, mm.	1,1	65,8
(U) Urinveier	0,7	43,6
(W) Svangerskap/fødsel/ familieplanlegging	5,3	45,0
(X) Kvinnelige kjønnsorganer.	2,1	49,3
(Y) Mannlige kjønnsorganer	0,3	43,7
(Z) Sosialt	0,1	24,7
Annet/Uoppgitt	0,4	30,6
	100	
Totalt antall tilfeller	(418 485)	
Gjennomsnittlig varighet		51,2

Kilde: Rikstrygdeverket

Sykepengetilfeller med diagnose knyttet til muskel-skjelettsystemet utgjør den klart største gruppen. Rundt halvparten av alle avsluttede sykepengetilfeller i 1998 hadde denne diagnosen. I absolutte tall utgjør dette *204 120* sykepengetilfeller. Den nest største diagnosegruppen er kategorien psykisk. Rundt *14* prosent av alle avsluttede sykepengetilfeller hadde denne diagnosen i 1998.

Når det gjelder forskjeller mellom kvinner og menn, viser det seg at menn har en høyere andel diagnoser knyttet til hjerte-karsystemet og fordøyelsesorganer enn kvinner. Blant kvinner er det derimot en høyere andel sykepengetilfeller med diagnosen psykisk. Kvinner har også en høyere andel sykepengetilfeller med diagnoser knyttet til reproduksjonsorganer enn tilsvarende blant menn.

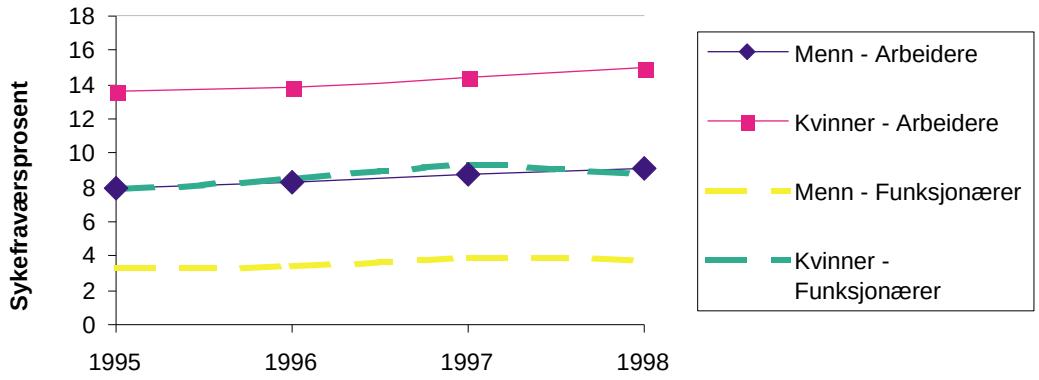
Sykepengetilfeller med diagnoser knyttet til hjerte-karsystemet og blod [7] har den gjennomsnittlige lengste varigheten. Menn har lengre varighet for

sykepengetilfeller knyttet til diagnosene blod, hjerte-karsystemet og nervesystemet, mens kvinner har lengre varighet for sykepengetilfeller med diagnosen muskel-skjelett-lidelser.

En undersøkelse som har sett på eventuelle endringer i sykefraværets diagnosesammensetning, fant en høy grad av diagnosestabilitet i perioden 1994 til 1999 (Opdalshei 2000). Bortsett fra en økning i andelen med diagnosen Psykisk [8], var det små endringer i sykefraværets diagnosesammensetning. Det er verdt å merke seg denne stabiliteten på tross av markant økning i det totale sykefraværet.

Sykefravær etter næring/yrke

Det er store variasjoner i sykefravær mellom ulike yrker og bransjer. Tall fra NHO viser store forskjeller i sykefravær mellom arbeidere og funksjonærer. I 1998 var sykefraværet blant mannlige arbeidere på 9,1 prosent, for mannlige funksjonærer var det 3,8 prosent (NHOs fraværsstatistikk 1999). Tilsvarende tall for kvinner var 15 prosent for arbeidere, og 8,8 prosent for funksjonærer.



Figur 4.6 Sykefravær blant arbeidere og funksjonærer, 1995-1998 (NHO statistikk)
Kilde: NHO

Lignende forskjeller finner en også i KS sin sykefraværsstatistikk. Sykefraværsprosenten for kommunalt ansatte varierer fra nesten 10 prosent for gruppen underordnete arbeidstakere med behandling av klienter til cirka 3 prosent for ledere og ledende tekniske funksjonærer (KS 1999).

Mastekaasa (1998) gjennomførte analyser av sykefravær etter yrke. Han finner store variasjoner mellom ulike yrkesgrupper. Tabell 4.9 gir en oversikt over sykefraværet i utvalgte yrkesgrupper.

7. En del alvorlige kreftsykdommer diagnostiseres innen B (blod).
8. Andelen avsluttede sykepengetilfeller med denne diagnose økte fra 9,8 prosent i 1994 til 13,7 prosent i 1998.

Tabell 4.9: Forekomst av sykefravær av minst to ukers varighet etter detaljert yrkeskategori og kjønn. Observasjonsperiode 1/1-2/11 1990. Utvalgte kategorier

	Menn		Kvinner	
	Pst. med fravær	Antall personer	Pst. med fravær	Antall personer
Edb-arbeid, forskere, tolker med mer	4,4	1 160	12,5	319
Lærere	8,1	803	16,8	1 253
Butikkekspeditører	8,8	3 925	17,4	14 495
Bankfunksjonærer	8,0	361	18,8	622
Sykepleiere utenom oversykepleiere	12,2	509	25,5	6 676
Hjelpepersonale i sykepleie (inkl. hjelpepleiere)	23,1	333	31,4	10 919
Rengjøringspersonale	17,5	504	26,1	8 106
Elektroteknisk arbeid	7,8	6 269	16,1	614

Kilde: Mastekaasa 1998.

Det er lavest fravær innen typiske akademiker og funksjonæryrker, mens arbeideryrker har høyest fravær. Andelen med sykefravær etter yrke varierer også noe etter kjønn. Blant menn varierer andelen med fravær fra 4,4 prosent innen yrkeskategorien Edb-arbeid, forskere, tolker mm, til 26,5 prosent innen kategorien Slaktere, pølsemakere mm. For kvinner varierer andelen med fravær fra 8,9 prosent blant gårdsarbeidere til 43,5 prosent blant sveisere, brennere mm. Felles for alle yrkesgruppene er at sykefraværet er høyere blant kvinner enn blant menn.

En klassifisering av yrkene etter sosioøkonomisk status [9] viser at blant menn på det høyeste funksjonærnivået, har *6,7* prosent hatt minst ett sykefravær. Tilsvarende andel blant ufaglærte arbeidere er 20,2 prosent. Blant kvinnelige funksjonærer på høyeste nivå var det 16,7 prosent som hadde minst ett fravær, blant kvinnelige ufaglærte arbeidere var andelen på 27,7 prosent.

Rikstrygdeverket har foretatt en analyse av sykefraværsutviklingen i ulike næringsgrupper. Høyest sykefravær ble rapportert innen renovasjon, industri, og vaskeri- og renserivirksomhet. Sykefraværet er lavest for ansatte i forskningsvirksomheter.

Levekårsundersøkelsen (SSB 1996) har en oversikt over andel sysselsatte som har hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager det siste året fordelt på ulike næringsgrupper. Høyest andel fravær finner en innen næringene Industri (18 pst), Bygg og anlegg (17 pst), og Transport/Kommunikasjon (18 pst). Lavest andel fravær finner vi innen næringene Bergverk/kraft (7 pst) og Finansiell tjenesteyting (7 pst).

9. Inndelingen er gjort etter SSB sine standarder hvor man skiller mellom ufaglærte og faglærte arbeidere og mellom fire funksjonærnivåer.

4.3.3 Rehabiliteringspenger

Fra 1992 til 1995 var det en betydelig nedgang i antall rehabiliteringspengemottakere. Fra 1996 og utover har det igjen vært en klar økning i antall mottakere. Gjennomsnittlig varighet har blitt redusert fra 480 dager i 1994 til 318 dager i 1999.

Tabell 4.10: Rehabiliteringspenger: Utvikling i utgiftstall, antall, og gjennomsnittlig varighet.

	Antall per 31.12	Tilgang	Gjennomsnittlig varighet i kalenderdager*
1990	29 710	**	**
1991	33 807	**	**
1992	35 022	29 801	386
1993	31 661	29 362	444
1994	19 760	27 178	480
1995	18 837	25 616	368
1996	20 744	26 841	326
1997***	23 420	30 275	327
1998	26 523	34 327	307
1999	29 098	35 928	318

*Avsluttede tilfeller
** Tall ikke tilgjengelig
***Fra 1997 ytes også rehabiliteringspenger i ventetid før tiltak i inntil 8 uker. For å få mest mulig sammenlignbare tall er denne ordningen utelatt i tabellen.

Kilde: RTV

Tabell 4.11: Rehabiliteringspengetilfeller etter diagnose og kjønn per 31.12.98

Diagnose	I alt	Menn	Kvinner
Fordøyelsesorganer	2,6	2,7	2,4
Hjerte-karsystemet	4,5	8,0	2,4
Muskel-skjelettsystemet	44,0	40,8	45,9
Nervesystemet	5,0	5,5	4,7
Psykiske lidelser	31,6	30,6	32,2
Luftveier	1,6	1,8	1,4
Andre lidelser	10,8	10,5	10,9
Sum	100	100	100
(N)	(26 523)	(10 234)	(16 298)

Kilde: RTV

Den hyppigste diagnosen for rehabiliteringspengetilfellene er muskelskjelettlidelser. Rundt en tredjedel av tilfellene har psykiske lidelser. Det er relativt små forskjeller i diagnose mellom kvinner og menn.

Tabell 4.12: Avsluttede rehabiliteringspenger etter opphørsårsak. Relative tall. 1998.

Opphørsårsak:	I alt	Menn	Kvinner
Uførepensjon	18,9	18,6	19,2
I arbeid	20,7	21,4	20,3
Død	1,0	1,3	0,8
Annen attføring [1)]	28,7	29,3	28,3
Annet [2)]	30,4	29,3	31,2
Sum	100	100	100
(N)	(28 594)	(12 392)	(16 202)

[1)] Omfatter tilfeller med overgang til attføringspenger i ventetid før iverksetting av attføringstiltak, samt overgang til attføringspenger under yrkesrettet attføringstiltak.
[2)] Omfatter blant annet tilfeller med overgang til sosialhjelp, arbeidsformidling, privat forsørging og uoppgitt opphørsårsak.

Kilde: RTV.

I 1998 gikk om lag hver femte person som avsluttet rehabilitering tilbake til arbeid. Andelen som går tilbake i arbeidslivet er noe større enn andelen som går direkte til uførepensjon. Tabell 4.12 viser første status etter at rehabiliteringspenger er avsluttet. Blant de som avsluttet rehabiliteringspenger 1. halvår 1997, var *41* prosent på uførepensjon ved utgangen av året. Andelen i arbeid holder seg konstant på rundt 20 prosent.

4.3.4 Yrkesrettet attføring

Det var i gjennomsnitt rundt 31 300 personer som mottok attføringspenger i 1999 [10]. Det var en svak vekst i antall mottakere fra 1998 til 1999 i forhold til tidligere år. Denne veksten har fortsatt i inneværende år. Antall personer som mottok attføringspenger i gjennomsnitt 1. halvår 2000 var om lag 33 700 personer.

Tabell 4.13: Antall som mottar attføringspenger i arbeidsmarkedsetaten. 1995-1999

	1995	1996	1997	1998	1999
Gjennomsnittlig antall registrert per år	30 237	30 058	30 148	30 024	31 338
Tilgang i løpet av året	19 054	17 121	17 967	18 903	20 369
Avgang i løpet av året	17 818	15 816	18 208	18 474	18 676

10. I tillegg var det registrert i gjennomsnitt cirka 23.300 yrkeshemmede uten attføringspenger.

Note: Tabellen omfatter også ordinære arbeidssøkere som mottar attføringspenger i ventetid på arbeid. I 1999 var dette i gjennomsnitt 1 774 personer. Disse inngår ikke i tallet på registrerte yrkeshemmede som mottar attføringspenger i tabell 4.13.

Kilde: Arbeidsdirektoratet

Tabell 4.14: Yrkeshemmede med attføringspenger fordelt etter tiltak/status. 1999

Tiltak/status	Antall
Ordinær skolegang	15 504
Hospitering i andre bedrifter	3 700
Arbeidsmarkedsbedriftene	860
Arbeidsforberedende trening	855
Arbeid med bistand	806
Arbeidsmarkedsopplæring (AMO)	474
Arbeidssamvirketiltak	273
Andre tiltak	361
Under utredning/i ventetid	6 731
I alt	29 564

Note: Ved utgangen av 1999 var det om lag 6 600 yrkeshemmede som hadde rettigheter etter kapittel 11 i folketrygdloven, men som ikke mottok attføringsytelser. Dette er hovedsakelig yrkeshemmede som deltar i tiltak med lønn.

Kilde: Arbeidsdirektoratet

Det mest brukte enkelttiltaket blant mottakere av attføringspenger i 1999 var *ordinær skolegang*. Tiltaket omfattet *15 500* personer. Dette utgjorde over *halvparten* av alle mottakerne. Av de *29 600* yrkeshemmede som mottok attføringspenger, var *23* prosent enten under utredning eller i ventetid på tiltak

Tabell 4.15: Yrkeshemmede med attføringspenger etter avgangsårsak 1999. Prosent

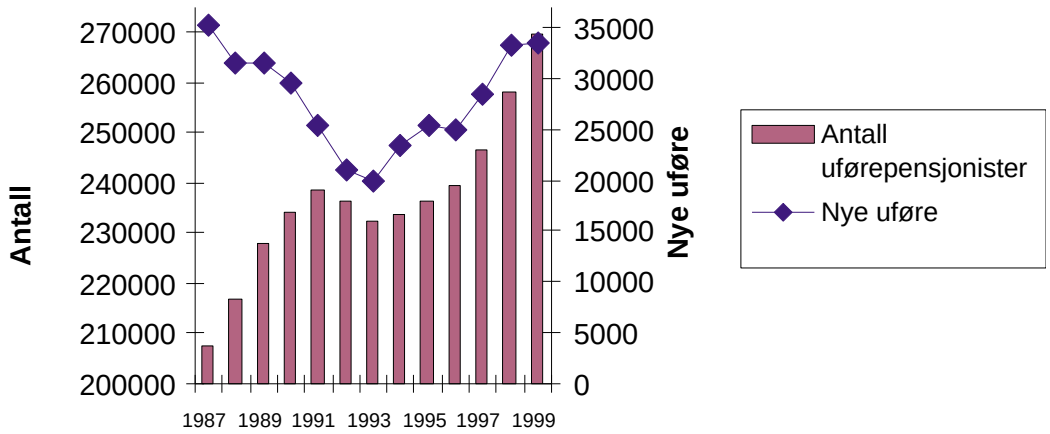
Arbeid eller skolegang	26
Formidlingsklare	22
Sosial- eller helsemessig behandling	23
Tilbakeført til trygdeetaten med tanke på uførepensjon	18
Annet	11

Kilde: Arbeidsdirektoratet

Arbeidsmarkedsetaten formidlet i 1999 26 prosent av de yrkeshemmede med attføringsytelser direkte ut i arbeid eller skolegang, mens 22 prosent ble registrert som ordinære arbeidssøkere. Til sammen utgjør dette *48* prosent. Rundt 40 prosent ble tilbakeført til trygdeetaten. Av disse var det *18* prosent som ble tilbakeført med tanke på søknad om uførepensjon.

4.3.5 Uførepensjon

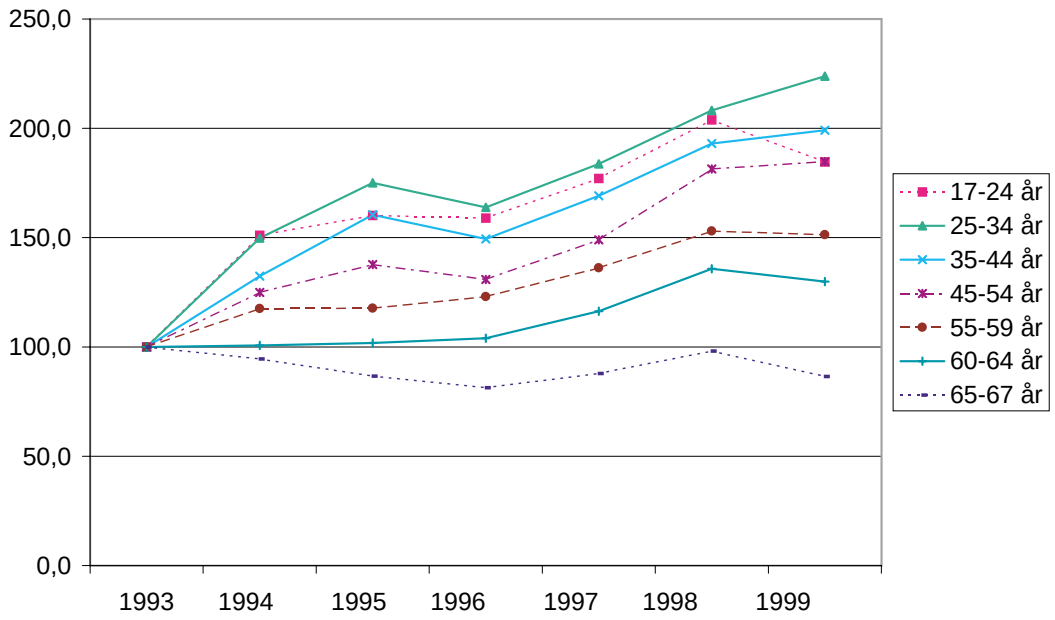
Antall personer som mottok uførepensjon steg kraftig på slutten av 1980-tallet, og nådde et foreløpig toppunkt i 1991-92. Fra 1992 og fram til 1994 var det en liten nedgang, mens det de siste årene igjen har vært en betydelig økning. Per 31. desember 1999 er det totalt *269 840* personer som mottar uførepensjon. Dette utgjør en økning i antall mottakere på over *10* prosent sammenlignet med 1994. Det er noen flere kvinner enn menn som mottar uførepensjon. I 1993 var andelen kvinner 55 prosent, i 1999 er andelen økt noe til 56 prosent.



Figur 4.7 Antall uførepensjonister og nye uførepensjonister per år. 1989-1998

Tilgangen til uførepensjon har økt betraktelig fra midten av 1990-tallet. I 1993 ble rundt *20 000* personer innvilget uførepensjon, i 1999 har dette tallet økt til rundt *33 500* personer. Dette utgjør en økning på 65 prosent. Som en følge av økningen i tilgang så har antall uførepensjonister økt fra 232 397 i 1993 til nærmere 270 000 i 1999.

Økningen i tilgangen til uførepensjon har gjort seg gjeldende i alle aldersgrupper, bortsett fra aldergruppen 65-67 år. Figur 4.8 viser den relative økningen i tilgangsrater fra 1993 til 1998.



Figur 4.8 Relative økning i tilgang til uførepensjon i ulike aldersgrupper 1993-1999
Kilde: RTV.

Fra 1993 har den relative økningen i tilgangsrater vært størst i aldersgruppene 25-34 år [11]. Veksten i andelen som blir uførepensjonister har vært svakest for de over 60 år.

Tabell 4.16: Utvikling i antall søknader om uførepensjon og avslagsprosent, 1992-1998.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Antall søknader:							
Kvinner	13 252	12 135	14 954	16 176	15 857	18 063	22 103
Menn	12 866	11 898	13 443	13 765	13 462	15 336	17 567
Totalt	26 118	24 033	28 397	29 941	29 319	33 399	39 670
Avslagsprosent:							
Kvinner	23,6	21,3	20,4	17,8	16,8	16,0	16,7
Menn	15,0	13,1	13,9	12,8	12,7	14,0	15,3

Kilde: RTV.

Søketilbøyelighet og avslagsprosent vil ha betydning for antall nye uføre. Som det framgår av tabell 4.16 har antall søknader økt fra litt over 26 000 i 1992 til over 39 000 i 1998. Det er noen flere kvinner enn menn som søker om uførepensjon. Avslagsprosenten [12] er høyere for kvinner enn for menn, men forskjellen mellom kjønnene er jevnet ut de siste årene.

11. Tilgangen i den yngste aldersgruppen 17-24 år ble betydelig redusert som følge av at den nedre aldersgrensen for uførepensjon ble hevet fra 16 til 18 år i 1998.

Den hyppigste avslagsårsaken i 1992/93 var at *ervervsevnen ikke er nedsatt med minst halvparten* (Kristoffersen og Lunde 1996). Nærmere *60* prosent av alle avslagene hadde denne begrunnelsen, mens rundt *20* prosent fikk som avslagsbegrunnelse at *hensiktsmessig behandling/attføring ikke er gjennomført*. Selv etter innstramningen i 1991 var det kun *6* prosent som fikk avslag på uførepensjonssøknaden fordi de *medisinske vilkårene ikke er oppfylt*.

Tabell 4.17: Uførepensjonister etter alder og kjønn i prosent av befolkningen, per 31.12.98.

Alder	I prosent av befolkningen i alderen 17-67 år		
	Totalt	Menn	Kvinner
I alt	9,1	7,7	10,5
17-19 år	0,5	0,5	0,4
20-24 år	0,8	0,9	0,8
25-29 år	1,5	1,6	1,4
30-34 år	2,5	2,4	2,7
35-39 år	4,1	3,6	4,6
40-44 år	6,3	5,3	7,4
45-49 år	9,2	7,2	11,2
50-54 år	13,7	10,5	16,9
55-59 år	21,3	17,3	25,4
60-64 år	34,6	31,3	37,7
65-67 år	42,7	41,5	43,9

Kilde: RTV

Totalt er det flere kvinnelige uførepensjonister enn mannlige. Dette gjelder ikke i de yngste aldersgruppene. Størst forskjell mellom kvinner og menn er det i aldersgruppen 50 til 60 år. Andelen uførepensjonister stiger brått fra og med passerte 55 år. Dette gjelder både for kvinner og menn.

En undersøkelse i regi av Rikstrygdeverket og Institutt for forebyggende medisin, UiO, har sett på uførepensjonisters yrkestilhørighet (Bjerkedal m.flere 1995). Undersøkelsen viste store variasjoner i uføretilbøyeligheten i forskjellige yrker. Størst hyppighet av uførepensjonering, i forhold til forventet [13], fant en for personer sysselsatt innen *industri , bygg og anlegg*. Dette var tilfellet både for kvinner og menn. Lavest hyppighet av uførepensjonering, i forhold til forventet, hadde kvinner sysselsatt i yrkesfeltene *administrasjon og forvaltning, og kontorarbeid*. For menn var hyppigheten av uførepensjonering, i forhold til forventet, lavest for yrkesfeltene *militært arbeid, og teknisk, vitenskapelig, humanistisk arbeid*.

12. Avslagsprosenten er her beregnet ut fra førstegangsbehandling. Tall viser at flere får innvilget søknad om uførepensjon etter å ha anket avslaget.
13. Funnene i rapporten presenteres i form av aldersstandardiserte insidensratioer (SIR). Disse gir et mål på antall nye uførepensjonister innen en gitt yrkesgruppe i forhold til forventet, beregnet ut fra aldersfordelingen i yrkesgruppen.

En undersøkelse basert på helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viste at personer i manuelle yrker hadde høyere risiko for å bli uførepensjonert enn de med ikke manuelt arbeid (Holte, Krogstad og Magnus 2000). Denne forskjellen er mer markant hos menn enn hos kvinner. For ikke-manuelle yrker, hadde mannlige underordnede funksjonærer større risiko enn fagfunksjonærer og personer i overordnede stillinger. Kvinner i overordnede stillinger var imidlertid mer utsatt enn menn i slike stillinger, og også mer utsatt enn kvinnelige fagfunksjonærer og underordnede funksjonærer.

Tabell 4.18: Antall uførepensjonister per 31.12.98 og nye uførepensjonister 1998 etter diagnose. Prosent

Diagnose (ICD10)	Antall uføre	Nye uføre
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	29,2	22,8
Sykdommer i nervesystemet	5,9	5,1
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	7,7	9,7
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	2,9	35,6
Skader, forgiftninger og vold	5,2	4,0
Andre diagnoser	16,7	16,7
Ukjent diagnose	2,4	6,1
(N)	(258 103)	(33 290)

Kilde: RTV

Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev, psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, utgjør over 60 prosent av diagnosene blant de uføre. Blant nye uføre i 1998 hadde over en tredjedel diagnoser knyttet til sykdommer i muskel-skjelettsystemet eller bindevev.

Kvinner har i større grad diagnoser knyttet til sykdommer i muskel-skjelettsystemet [14], mens menn har en større andel diagnoser knyttet til sykdommer i sirkulasjonssystemet. Den vanligste diagnosen blant nye kvinnelige uførepensjonister i 1997 var *fibromyalgi*, blant nye mannlige uførepensjonister var den vanligste diagnosen *angina pectoris*.

4.4 Vandringer mellom trygdeytelser – Forløpsanalyse

Endringer på et stønadsområde vil gjerne ha sammenheng med endringer på et annet stønadsområde. Begreper som *dreneringseffekter* og *oppdemmingseffekter* er blitt brukt i denne sammenhengen. Denne måte å forstå utviklingen på stønadsområdene, er blitt betegnet som kretsløpsperspektivet.

Det er spesielt utviklingen i sykefraværet som har vist seg som en god indikator for utviklingen på de andre stønadsområdene. Sykmeldte som ikke blir arbeidsføre, overføres som regel til rehabilitering eller attføring. Hvis ikke

14. Andelen kvinnelige uførepensjonister med diagnosen 'uspesifisert reumatisme/myalgi' er på 9,3 prosent. Tilsvarende andel blant mannlige uførepensjonister er på 1,6 prosent.

dette fører til at vedkommende kommer tilbake i arbeid, kan uførepensjon være et alternativ.

I tabell 4.19 illustreres omfanget av ulike trygdekarrierer. Analysene omfatter to ulike grupper. En gruppe består av alle som fikk tilstått uførepensjon i 1997. Den andre gruppen består av de som fikk tilstått uførepensjon i 1997 og som var sysselsatte i 1992 [15]. I tabellen er disse gruppene fulgt bakover i tid for å kartlegge hvilke stønadsordninger de har vært innom før de fikk tilstått uførepensjon.

Tabell 4.19: Forløp fram til uførepensjon for personer som fikk tilstått uførepensjon i 1997 og som var registrert som sysselsatte i 1992. Prosent

	Alle nye uførepensjonister i 1997	Nye uførepensjonister i 1997 med arbeidsforhold i 1992
Ingen ytelse	13,5	6,3
Et eller flere sykefraværstilfeller	35,3	49,5
Et eller flere sykefraværstilfeller og medisinsk rehabilitering	25,8	31,6
Et eller flere sykefraværstilfeller og yrkesrettet attføring	3,3	3,2
Et eller flere sykefraværstilfeller, medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring	7,6	5,9
Medisinsk rehabilitering og/eller yrkesrettet attføring	14,5	3,4
N	(28 244)	(16 927)

Kilde: SSB

Av alle nye uførepensjonister i 1997 var det 13,5 prosent som ikke var registret med noen trygdeytelse fra 1992 [16]. Rundt en tredjedel har et eller flere sykepengetilfeller før de blir uføretrygdet. En fjerdedel har en kombinasjon av sykepenger og medisinsk rehabilitering, mens rundt 15 prosent har enten medisinsk rehabilitering og/eller yrkesrettet attføring uten å være registrert med sykepenger.

Av totalt 28 244 personer med registrert tilgang til uførepensjon var det 16.927 eller 60 prosent, som var registrert som sysselsatt i 1992. Av disse er det 6,3 prosent som av en eller annen grunn ikke har mottatt noen trygdeytelser fra 1992 og fram til de ble uføretrygdet i 1997 [17]. Rundt halvparten har hatt et eller flere sykepengetilfeller før de ble uføretrygdet. En tredjedel har en kombinasjon av sykepenger og medisinsk rehabilitering.

Tabell 4.20 viser hvor personer som har brukt opp sykepengerettighetene gjenfinnes etter 6 måneder.

15. Begrunnelsen for dette kriteriet er at man ønsker å beskrive ytelsesforløpet fra arbeid og til uføretrygd. Da disse analyser ble utført var informasjon om arbeidsforhold kun oppdatert fram til 1992.
16. Det er rimelig å anta at dette stort sett er statsansatte som ikke er registrert i Rikstrygdeverkets sykepengeregister.
17. Jfr. forrige fotnote

Tabell 4.20: Hvor gjenfinnes personer som har brukt opp sin sykepengerett 6 måneder etter. 1996-1998.

Tilstand	1996	1997	1998
Alderspensjon	2,4	2,3	2,1
Uførepensjon/ventetid uførepensjon	29,2	29,8	31,2
Rehabiliteringspenger	26,6	27,3	26,0
Yrkesrettet attføring	9,2	9,0	9,4
Ventetid	7,3	6,5	5,2
Sykepenger	0,1	0,0	0,2
Uoppgitt	25,3	25,0	25,9
Sum	100	100	100
(N)	(24 201)	(29 974)	(36 827)

Kilde: RTV.

Tabellen viser at rundt 30 prosent har fått innvilget uførepensjon etter 6 måneder. Denne andelen har økt de siste årene. Av de som har brukt opp sykepengeretten, går i underkant av 30 prosent over til rehabiliteringspenger, mens rundt 15 prosent går over til yrkesrettet attføring eller ventetid. Det er en svakhet ved tabellen at det ikke er mulig å skille ut de som går tilbake i arbeid (de inngår i gruppen for 'uoppgitt').

Tabell 4.21: Avsluttede rehabiliteringspenger første halvår. Status ved utgangen av året. Prosent.

	1995	1996	1997
Uførepensjon (inkl. foreløpig uførepensjon)	42,2	41,0	41,0
Rehabiliteringspenger	5,4	6,1	5,6
Alderspensjon/Etterlattepensjon	4,2	4,7	4,5
Yrkesrettet attføring, inkl. ventetid	16,0	16,2	16,1
Sykepenger	1,4	0,6	0,3
Dagpenger	1,9	1,6	1,3
I arbeid	16,2	17,9	19,1
Uoppgitt	12,7	11,9	12,1
I alt	(13 160)	(12 073)	(11 909)

Kilde: RTV

Tabell 4.21 viser at rundt 20 prosent av de som avslutter rehabiliteringspenger går tilbake til arbeid eller andre aktive ytelser (dag- og sykepenger). Andelen som får tilstått uførepensjon ligger på i overkant av 40 prosent. Utviklingen over tid viser at andelen som går fra rehabiliteringspenger til uførepensjon har holdt seg stabil. Det samme gjelder for personer som går fra rehabiliteringspenger til yrkesrettet attføring.

Tabell 4.22: Tilgang uførepensjon 1995-1998, siste registrerte tilstand før inngang. Prosent

	1995	1996	1997	1998
Sykepenger	26,8	29,8	31,1	34,3
Yrkesmessig attføring	1,7	2,1	2,4	2,3
Ventetid på attføring	5,2	5,6	5,1	4,9
Rehabiliteringspenger	21,6	19,9	18,4	20,0
Foreløpig uførepensjon	26,9	24,6	24,9	21,6
Annet	17,9	18,0	18,2	16,8
Sum	100	100	100	100
(N)	(25 168)	(24 814)	(28 244)	(33 147)

Kilde: RTV

Det har vært en økning i antall personer som går direkte fra sykepenger til uførepensjon. I 1995 kom rundt hver fjerde person direkte fra sykepenger. I 1998 har andelen økt til hver tredje. Noe av forklaringen er at det er færre som kommer fra tilstanden foreløpig uførepensjon. Andelen som kommer fra yrkesrettet attføring og rehabiliteringspenger har holdt seg stabil.

Det er også foretatt undersøkelser av hva som skjer med de som får avslag på søknaden om uførepensjon. Kristoffersen og Lunde (1996) fulgte 6 000 personer som fikk avslag på uførepensjon – i hovedsak - i løpet 1992/93. De fant at rundt hver fjerde person var tilstått uførepensjon ett år etter avslaget var fattet. Rundt 13 prosent var registrert i arbeidsforhold et år etter avslag [18].

En annen undersøkelse som tok utgangspunkt i 143 saker som endte med avslag i 1990-92, fant at rundt *12* prosent var uførepensjonister 15 måneder etter avslag (Andersen m. flere 1994). Etter 3 år var andelen med uførepensjon steget til *19* prosent. Andelen med pensjonsgivende inntekt var *17* prosent på begge tidspunktene etter avslag.

Seksjon for trygdemedisin ved Universitetet i Oslo gjennomførte en undersøkelse ved å ta for seg personer som fikk avslag i to utvalgte fylker i perioden 1990 til 1993 (Claussen, B. 1998). Her fant man at cirka hver fjerde person var uførepensjonist cirka 3 år etter avslag på første søknad. Blant de som fikk avslag i løpet av de tre første kvartalene i 1990 (før innstramningen i de medisinske vilkårene), var 14 prosent i arbeid tre år etter avslaget. Blant de som fikk avslag i løpet av de tre første kvartalene i 1993 (etter innstramningen) var 21 prosent i arbeid tre år etter avslaget.

Resultatene fra de tre undersøkelsene er sammenfattet i tabell 4.23 (hentet fra Claussen 1999:43).

18. Et problem med denne undersøkelsen var at så mange som 25 prosent var uten registrert status ett år etter avslag.

Tabell 4.23: Tre undersøkelser over hovedinntektskilde etter avslag på uførepensjon (prosent).

	RTV (1996)	Andersen (1994)		Claussen (1998)	
Metode:	Registre	Dokumenter og funksjonærer		Dokumenter	
Utvalg:	Søkere 6/91-12/92	Avslag 1990, 91 og 92	Avslag 1/90-3/90	Avslag 1/93-3/93	
Oppfølgingstid:	> ett år	15 mnd.	36 mnd.	33-36 mnd.	33-36 mnd.
Pensjonsgivende inntekt	13	17	17	14	21
Sykepenger	3	6	4	0	0
Attføring	12	19	19	4	9
Dagpenger/sysselsettingstiltak	2	1	2	1	0
Uførepensjon	26	12	19	26	23
Andre pensjoner	9	6	4	8	9
Sosialhjelp	7	10	5	6	10
Familieforsørget	-	15	17	33	23
Døde	3	1	2	3	3
Ingen kjente	25	13	11	4	2
Sum	100	100	100	100	100
(N)	(6.046)	(125)	(47)	(90)	(67)

[1)]Kolonne 1 og 3 er avrundet

4.5 Prognoser/framskrivninger

Utgiftsutviklingen i 2000

Prognoser for utviklingen på de aktuelle stønadsområdene basert på de siste årenes utviklingstrekk viser at en kan vente en sterk vekst i utgifter til sykepenger og uførepensjon i årene framover. Særlig er det veksten i mottakere av uførepensjon som er bekymringsfull. Det vises til nærmere omtale i kapittel 9.

Tabell 4.24: Anslag for utgifter 1999 og 2000 (med G 46 950 kr og med 2000 lønnsnivå for sykepenger [1]) (mill kroner)

Utgiftsart	Anslag 1999	Forslag 2000	Reell vekst
Sykepenger	18 900	19 980	1 080
Uførepensjon [1]	28 885	30 681	1 800
Medisinsk rehabilitering [2]	3 465	3 691	225
Yrkesrettet attføring [3]	3 585	3 632	45
SUM	54 835	57 984	3 150

[1]Kap 2660 post 70-72 + kap 2662
[2]Kap 2663 post 70-71
[3]Kap 2543 post 70

Tabell 4.24 viser de prognoser som ble presentert ved framleggelsen av St. prp. nr 1 (1999-2000). Med reell vekst menes i denne sammenheng den vekst i utgifter som kommer i tillegg til konsekvenser av trygdeoppgjør og lønnsutvikling. For budsjettåret 2000 ble det lagt til grunn en økning i antallet uførepensjonister og økning i pensjonsopptjeningen for disse. Når det gjelder sykepenger, angir tallene i hovedsak effekten av fraværsutviklingen og sysselsettingsutviklingen. En reell vekst på 3150 mill. kroner tilsvarer om lag 30 prosent av statsbudsjettets samlede reelle underliggende vekst fra 1999 til 2000.

I St.prp. nr 61 (Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 2000) ble det presentert nye anslag for sykepenger og uførepensjon 2000. Anslaget for sykepenger ble oppjustert med 1 210 mill. kroner. Dette skyldes i hovedsak at fraværsveksten per sysselsatt ble høyere enn antatt i 1999 Som en konsekvens av dette ble også anslaget for 2000 oppjustert (fra 6 prosent til 8,5 prosent fravær per sysselsatt). Anslag for uførepensjon ble nedjustert med 620 mill. kroner, blant annet som følge av at antall uførepensjonister ved utgangen av 1999 ble noe lavere enn antatt.

Med disse oppdaterte tall anslås realveksten for sykepenger til om lag 1 650 mill. kroner, mens realveksten for uførepensjon anslås til om lag 1 400 mill. kroner. Mer enn 3 mrd kroner av realveksten på statsbudsjettet går til sykepenger og uførepensjon alene. I tillegg kommer vekst i utgifter til attføring og rehabilitering.

Perspektiver på utviklingen på mellomlang sikt

Sykepenger: Med en økning i sykefraværstilbøyeligheten framover omtrent slik den har vært i de siste årene (med en vekst på 8 pst i 2000 og avtakende vekst fram til vel 5 pst i 2005), kan en illustrasjonsmessig beregne at folketrygden i 2005 vil dekke omlag 16 sykedager per ansatt. [19] Utgiftene til

19. Et slik tall undervurderer noe den mulige reelle fraværsveksten på grunn av økt arbeidsgiverperiode som påvirker tallene for 1998 og 1999 og inklusjonen av statsansatte for 2000 da disse har et gjennomsnittlig lavere sykefravær

sykepenger kan ut fra slike forutsetninger beregnes å øke med drøyt 8 mrd kroner fra saldert budsjett for 2000 til 2005.

Uførepensjon: Basert på de siste tilgangstallene har Rikstrygdeverket lagd følgende prognose for antallet uførepensjonister framover:

Tabell 4.25: Utvikling i antall uførepensjonister framover.

År	Nytilgang	Antall pensjonister
2000	34 500	282 800
2001	ca. 32 000	295 100
2002	ca. 32 400	307 600
2003	ca. 32 800	320 000
2004	ca. 33 400	331 500
2005	ca. 33 900	342 300

Fra 1995 til 1999 er antallet uførepensjonister økt med over 30 000. Den spesielt høye tilgangen i 1998 og 1999 må delvis ses i sammenheng med raskere saksbehandling i trygdeetaten. For årene 2001-2005 er det lagt til grunn at denne effekten er uttømt. For de seks årene 2000-2005 er det i denne prognosen lagt til grunn at den uføre befolkningen økes med ca. 60 000. Utgiftene til uførepensjon kan ut fra denne prognosen antas å øke reelt med knapt 7 mrd kroner fra saldert budsjett for 2000 til 2005. Utgiftene kan nå opp i drøyt 37 mrd. kroner.

Perspektiver på utgiftsutvikling for uførepensjon på lang sikt

I forbindelse med NOU 2001:21 (En strategi for sysselsetting og verdiskaping) har Rikstrygdeverket utarbeidet en framskrivning av antall uførepensjonister basert på de nyeste befolkningsframskrivningene fra Statistisk Sentralbyrå. I tabell 4.25 presenteres mellomalternativet.

Tabell 4.26: Prognoser for antall uførepensjonister på lang sikt

År	Antall uførepensjonister
2010	377 000
2030	378 000
2050	365 000

Kilde: RTV

Gjennomsnittlig tilgangsrate i perioden 2000-2005 er 13,25. I perioden 2006–2012 er det forutsatt at tilgangsratene går gradvis nedover til de ender opp på de aldersstandariserte tilgangsratene i perioden 1989-1999 (dvs 10,8). I et høyalternativ utarbeidet av RTV opprettholdes tilgangsratene etter 2005 på 12,6. Med denne forutsetningen når en opp i 427 000 uførepensjonerte i 2030 og 416 000 i 2050. I et eget lavalternativ er det tatt utgangspunkt i de lave til-

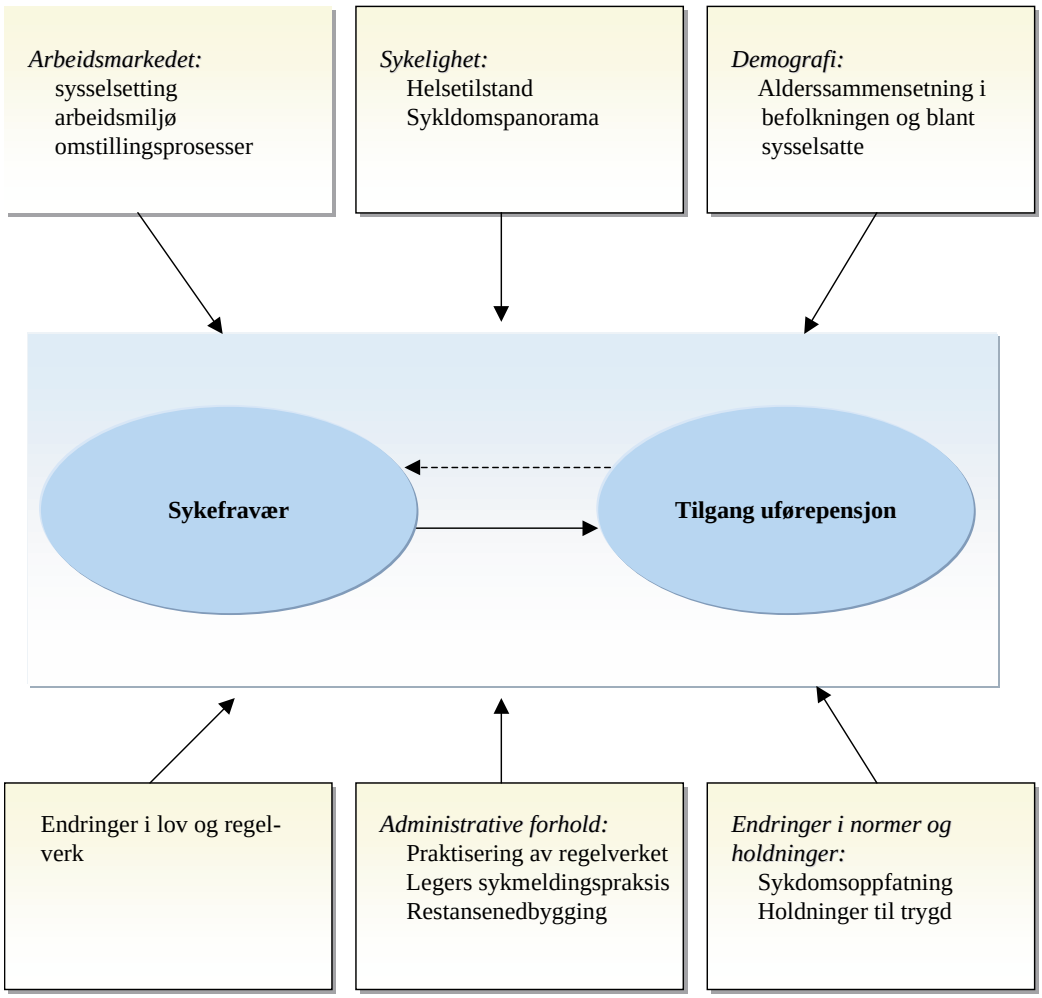
gangsratene fra 1992-1993, fra og med 2002. Med slike tilgangsrater framover vil antallet uførepensjonister være 291 000 i 2030 og 276.000 i 2050.

Kapittel 5
Årsaker til økt sykefravær og uføretilgang

Utviklingen i sykefravær og uførepensjonering må ses i lys av flere og sammensatte årsaksfaktorer. Det er flere mulige årsaker både til et høyt forbruk av ytelsene, og til endringer i forbruket over tid.

På grunnlag av tidligere forskning er det mulig å skille mellom ulike typer av forklaringer. Hvilke type forklaring som vektlegges har tradisjonelt vært betinget av fagområdet. Økonomene har særlig vært opptatt av hvordan individene tilpasser seg stønadssystemets utforming. Grunntanken er at utformingen av stønadsordningene og endringer i regelverket påvirker forbruket av ytelsene. Andre samfunnsfag har i større grad lagt vekt på forklaringer som prøver å forstå utviklingen på stønadsområdene i lys av mer strukturelle faktorer. De individuelle valgmulighetene tillegges mindre betydning. Sentralt står tesen om at endringsprosesser i økonomien fører til »utstøtning» av marginal arbeidskraft, fordi det stilles stadig større krav til arbeidstakerne.

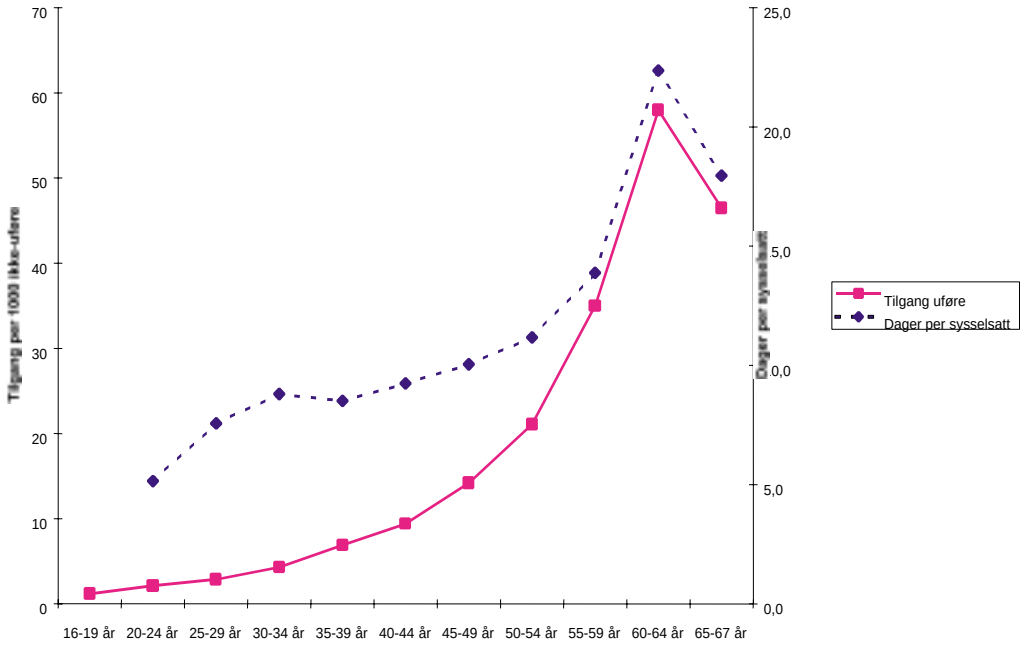
I de senere årene er det blitt lansert flere modeller for å forklare forbruket av trygdeytelser. Slike modeller anses som hensiktsmessige analytiske hjelpemidler for å identifisere mulige årsaksfaktorer. Valg av modell er gjerne betinget av på hvilket nivå en ønsker å undersøke forbruket av ytelsene (individnivå, bedriftsnivå, bransjenivå samfunnsnivå).



Figur 5.1 Faktorer som påvirker sykefravær og tilgang til uførepensjon

5.1 Demografiske forhold

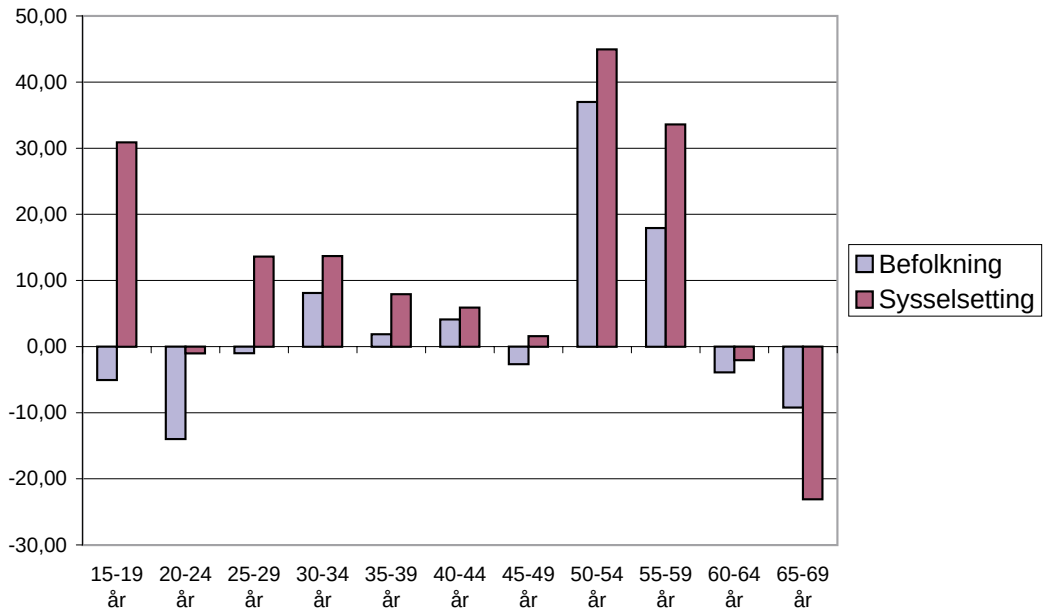
Demografiske forhold vil både påvirke innholdet i og etterspørselen etter offentlige tjenester og velferdsytelser. Som det framgår av figur 5.2 eksisterer det store og systematiske forskjeller både i sykefravær og tilgang til uførepensjon mellom ulike aldersgrupper.



Figur 5.2 Tilgang uførepensjon pr 1 000 ikke-uføre og erstattede dager per sysselsatt fordelt på alderskategorier 1998.

Figuren viser hvordan forbruket av ytelsene øker med økende alder. Nytilgangen til uførepensjon øker jevnt fram til fylte 50 år, da skjer det en markant økning i tilgangen. Bortsett fra en liten nedgang i sykefraværet for gruppen 35-39 år, er det en tilsvarende utvikling for sykefraværet. Antall erstattede sykepengedager per sysselsatt er dobbelt så høyt i aldersgruppen 60-64 år som i gruppen 50-54 år.

Når en ønsker å forklare forbruket av trygdeytelser i lys av demografiske endringer, er det gjerne to typer av endringer som trekkes inn i diskusjonen. For det første de rent demografiske forandringene knyttet til endringer i befolkningens alderssammensetning. For det andre endringer i yrkesfrekvensen til de ulike aldersgruppene (Pedersen 1997).



Figur 5.3 Prosentvise endring i alderssammensetning i befolkningen og i den yrkesaktive delen av befolkningen fra 1993 til 1998

Figur 5.3 viser den sterke økningen i antall personer i aldersgruppene 50-54 år og 55-59 år på 1990-tallet. I førstnevnte aldersgruppe har antall sysselsatte i perioden 1993 til 1998 totalt sett økt med *45* prosent, i sistnevnte aldersgruppe har det vært en økning på rundt *34* prosent. Tilsvarende tall for befolkningen som helhet er henholdsvis *37* og *18* prosent. Aldersgruppene med den største veksten, er også aldersgrupper hvor både hyppigheten av sykefravær og tilgang til uførepensjon er forholdsvis høy (jf. figur 5.2). Dette tyder på at endringer i alderssammensetning i den yrkesaktive befolkningen kan forklare deler av de siste års vekst i sykefravær og tilgang til uførepensjon.

Ved å beregne en sykelighetsfaktor [20] for hver enkelt aldersgruppe i 1998 og benytte sysselsettingstall for 1993, er det mulig å gi et anslag på hvor høyt sykefraværet i 1998 ville ha vært med en alderssammensetning blant de sysselsatte på 1993 nivå, gitt ellers like forhold. Resultatet av denne beregningen viser at cirka *27* prosent av den totale økningen i antall avsluttede sykepengedager fra 1993 til 1998, kan tilskrives endringer i alderssammensetningen i den yrkesaktive befolkningen.

Tilsvarende beregning kan også gjøres for å måle effekten av endringer i befolkningens alderssammensetning på antall uførepensjonister. Beregninger viser hvor mange som ville vært uførepensjonister i 1998, dersom andelen uførepensjonister i hver årsklasse var som i 1993. En alderssammensetning som i 1993 ville gitt cirka 12 700 færre uførepensjonister i 1998. Det innebærer at ca. *50* prosent av økningen i antall uførepensjonister fra 1993 til 1998 kan tilskrives demografiske forhold.

Demografiske endringer kan åpenbart forklare store deler av de siste års økning i sykefravær og uførepensjon. Samtidig er det viktig å understreke at

20. Antall erstattede dager i aldersgruppe x/Antall sysselsatte i aldersgruppe x

betydningen av alder må ses i forhold til utviklingen på andre områder som helse, utdanning, arbeidsforhold m.m.

5.2 Helsemessige forhold

Utviklingen i folks helsetilstand har vært stabil med tendenser til bedring det siste tiåret. Langsiktige endringer i sykelighet kan isolert sett derfor ikke forklare utviklingen i sykefravær og uførepensjon. Helsemessige forhold kan derimot forklare forskjeller i sykefraværet mellom grupper og over tid. Helsesvikt eller sykdom kan også ses på som mellomliggende faktorer i forhold til andre årsaksfaktorer som belastninger, mestring og seleksjonseffekter.

5.2.1 Befolkningens helsetilstand

Befolkningens helsetilstand kan måles ved å se på utviklingen i livslengde, folks egne vurderinger av helsetilstand og livskvalitet, forekomst av ulike sykdommer og kartlegging av andre faktorer som en antar påvirker befolkningens helsetilstand.

Forventet levealder [21]

Forventet levealder ved fødsel er 75,5 år for menn og 81 år for kvinner (1997). Forventet levealder varierer etter hvor i landet en bor. Sogn og Fjordane ligger på topp, mens forventet levealder er spesielt lav for menn i Finnmark. Undersøkelser viser at forskjellene er enda større mellom bydelene i Oslo. Økt levealder gir økt risiko for dårlig helse. På den annen side tyder stigningen i forventet levealder på at folks levekår er kraftig forbedret, og at folk således har bedre helse nå enn tidligere. [22]

Selvopplevd helse

I helseundersøkelsen fra 1995 [23] oppga 71 prosent av de spurte at de hadde en eller flere sykdommer eller lidelser av mer enn seks måneders varighet. I forhold til tilsvarende undersøkelse i 1985 har det vært en økning på 16 prosentpoeng som oppga at de hadde helseproblem. Andelen som rapporterer om sykdommer øker med økende alder, mens det er relativt liten forskjell mellom menn og kvinner. Endringer i selvopplevd helse over tid kan ha sammenheng med at folks helsetilstand er blitt dårligere eller at terskelen for å rapportere om sykdom har endret seg.

21. Forventet gjenstående levetid er det gjennomsnittlige antall år personer i en gitt alder har igjen å leve, under forutsetning av at de i alle aldre vil ha samme dødelighet som dagens observerte dødelighet i disse gruppene.
22. Utsagnene bygger hovedsakelig på Folkehelserapporten 1999.
23. Statistisk sentralbyrå 1998.

Tabell 5.1: Egenvurdering av helsen etter kjønn, alder og utdanning i 1985 og 1995, prosent.

	1985			1995		
	God/ meget god	Verken god eller dårlig	Dårlig/ meget dårlig	God/ meget god	Verken god eller dårlig	Dårlig/ meget dårlig
Totalt	76	18	6	78	13	8
Menn	77	16	6	80	12	7
Kvinner	74	19	7	76	14	9
20-39 år	88	10	1	91	7	3
40-67 år	71	20	8	78	15	8
68 år à	57	29	14	58	23	19

Kilde: SSB

Selv om sju av ti opplyser at de har en langvarig lidelse, vurderer hele 80 prosent av mennene og 76 prosent av kvinnene sin egen helse som god. Dette tilsynelatende paradokset kan henge sammen med at folks oppfatning av helse omfatter mer enn sykdom, og at mange varige sykdommer ikke er alvorlige lidelser av permanent karakter. Andelen som vurderer helsen sin som god har økt med henholdsvis 3 og 2 prosentpoeng siden 1985. Andelen avtar med økende alder, men øker med høyere utdanningsnivå. 12 prosent av befolkningen sier at hverdagen i høy grad er preget av varige sykdommer eller funksjonshemninger.

Statistisk sentralbyrå har gjennomført en spørreundersøkelse for Arbeidsforskningsinstituttet [24] om arbeidsmiljø og omstilling, der også norske arbeidstakeres helsetilstand ble undersøkt. Resultatene viser at over 85 prosent av de spurte vurderte sin egen helsetilstand som god eller meget god. 12 prosent mente at helsen var nokså god, mens 2 prosent anså sin egen helse som dårlig. På spørsmål om helsetilstanden hadde endret seg i løpet av de to siste årene, mente en av ti at helsen hadde endret seg til det bedre. 19 prosent mente helsen hadde forverret seg, mens 71 prosent mente helsen var som før. Dersom en sammenholder resultatene fra denne undersøkelsen med resultatene fra Helseundersøkelsen i 1995, finner en at det har vært en økning i andelen arbeidstakere som mener at helsen har forverret seg over tid. Forskerne lanserer tre mulige forklaringer på denne økningen:

- Helsen kan reelt sett ha forverret seg blant norske arbeidstakere
- Arbeidstakerne har lavere terskel for hva som anses å være et helseproblem
- Arbeidslivet har hardnet til slik at det kreves bedre helse i dag enn tidligere.

Førstnevnte tese svekkes av at helsetilstanden generelt har bedret seg over tid, mens tese nummer to er vanskelig å kontrollere fordi det bare er tre års

24. Grimsmo, Asbjørn og Hilsen, Anne Inga (2000): Arbeidsmiljø og omstilling. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie 7.

mellomrom mellom de to undersøkelsene. Den tredje tesen anses som en mulig, men ikke fullgod forklaring på at flere rapporterer om svekket helse i 1998 enn i 1995.

Undersøkelsen viser at det er små forskjeller mellom menn og kvinner med hensyn til å rapportere om svekket helse. Eldre rapporterer om helsesvikt hyppigere enn yngre. Økt mestring gir bedre helse, men økt intensitet i arbeidssituasjonen kan »gå på helsa løs». Her er det spesielt kombinasjonen av økt intensitet og redusert mestring som er helsebelastende.

I et prosjekt gjennomført ved Statens helseundersøkelser ble trygdemottakere og andre spurt om vurdering av egen helse (Claussen og Haugstvedt 2000). Ikke overraskende var sykeligheten høyere blant trygdemottakere enn andre. Andelen som rapporterte om dårlig helse var 10 prosent hos ikke trygdete, og fra 54 til 69 prosent blant trygdemottakere. Likevel er det interessant å merke seg at over halvparten av de mannlige uførepensjonistene oppgir at deres helse er god eller svært god. Andelen blant kvinnelige uførepensjonister som oppgir at de har god helse er på 42 prosent. Blant de mannlige sykmeldte er det 48 prosent som oppgir god eller svært god helse, blant kvinnelige sykmeldte er denne andelen på 56 prosent.

5.2.2 Sykelighet

Det samlede sykdomsbildet det siste tiåret (1985-1995) har vært relativt stabilt, men tegn til endring for enkelte sykdommer. Det har vært nedgang i ulykker og i hjerte- og karsykdommer blant både kvinner og menn. Tallet på nye krefttilfeller har økt. Muskel- og skjelettlidelser er den sykdomsgruppen som rammer flest nordmenn etterfulgt av psykiske lidelser. Dette er også de to hyppigst forekommende diagnosegruppene i forbindelse med sykefravær og uførepensjonering.

Muskel- og skjelettlidelser

Mer enn halvparten av alle erstattede sykepengedager utover arbeidsgiverperioden i 1998 skyldtes muskel- og skjelettplager. Det er også en økende andel av nye uførepensjonister som oppgir sykdommer i muskel- og skjelettsystemet. Mer enn hver tredje uførepensjonist har slike lidelser.

Det synes som om muskel- og skjelettlidelsene i befolkningen har økt, noe som kan virke paradoksalt ettersom de fysiske belastningene i arbeidssituasjonen har avtatt. Økt rapportering avspeiler ikke nødvendigvis en reell vekst i antall tilfeller med muskel- og skjelettlidelser. Det er mulig at folk rapporterer disse plagene i større grad nå enn tidligere, og at fokuseringen på denne type lidelser har blitt større.

Psykiske lidelser

Det mangler systematiske registreringer av utbredelse av psykiske lidelser, men det antas at 15-20 prosent av befolkningen har slike lidelser i en eller annen grad i løpet av livet [25]. Trygdestatistikken viser at 25 prosent av alle uførepensjonister i 1999 hadde psykose, nevrose eller personlighetsforstyr-

25. St meld nr 50 (1998-1999) Utjamningsmeldinga.

relse som hoveddiagnose, og at andelen nye uføre med psykiske lidelser økte fra vel 23 prosent til 25 prosent i perioden 1993-1999. De siste årene har det vært en økning i nye unge uførepensjonister (16-34 år) med psykiske lidelser. Sykmeldinger med bakgrunn i psykiske lidelser står for den største relative økningen de senere årene. Det har vært en sterk vekst i antall sykefraværsdager med bakgrunn i psykiske lidelser i perioden 1994 til 1999. Undersøkelser fra USA og Sverige viser at forekomsten av depresjoner har økt. Det er en tendens til økning av de fleste psykiske lidelser med økt alder. De fleste psykiske lidelser øker med avtakende utdanningsnivå, og skilte/separerte personer har oftere psykiske lidelser enn gifte/enslige. Sosiale belastninger som arbeidsledighet og økonomiske problemer øker også hyppigheten av psykiske lidelser. Det samme gjelder for mobbing på arbeidsplassen og opplevelsen av dårlig psykososialt arbeidsmiljø, få utfordringer i forhold til evner, få muligheter til kontroll over egen arbeidssituasjon, monotont gjentakelsesarbeid og små muligheter til sosial kontakt.

5.2.3 Utvikling i risikofaktorer

Helsetilstanden påvirkes av en rekke faktorer som livsstil, biologiske faktorer, genetiske faktorer, fysisk og kjemisk miljø, sosiale miljøfaktorer og tilgang til helsetjenester. Forandringer i nordmenns kosthold kan for eksempel forklare en stor del av nedgangen i dødelighet av hjerteinfarkt de senere tiårene i Norge. Folks livsstil bidrar til helseproblemer. Det er gjort studier i Norge som påviser sammenheng mellom dårlig fysisk form og sykefravær. [26]

5.2.4 Ulikhet i helse

Helsetilstanden i befolkningen varierer med sosioøkonomisk posisjon, utdanning, yrkesklasse, kjønn [27] og inntekt. Helsetilstanden følger et sosialt trappetrinnsmønster, der de best stilte har best helse osv. Forskning har vist at klasseforskjellene i helse er relativt uendrede over tid. [28] Yrkesaktive har bedre helse enn ikke-yrkesaktive. En forklaring på sosial ulikhet i helse er sosial seleksjon, der god helse fører til stigende sosial mobilitet og sykdom til nedadgående mobilitet. En annen mulig forklaring er at personer som blir værende i arbeid generelt og i lavstatusyrker spesielt, har bedre helse enn de som faller ut av arbeid. Andre peker på at dårlige oppvekstvilkår kan akkumuleres over livsløpet og forsterke sosiale ulikheter i helse, samt at folk utsettes for risikofaktorer i ulik grad i arbeid og i fritiden. Dette forsterkes av at helserelatert risikoatferd som kost- og røykevaner også er sosialt skjevfordelt.

5.2.5 Sykdomsbegrep i endring?

Folketrygdloven inneholder ingen definisjon av sykdom. I følge Rikstrygdeverkets retningslinjer menes med sykdom, skade eller lyte ulike fysiske og psykiske tilstander som er anerkjent innenfor den medisinske vitenskap.

De medisinske vilkårene for rett til uførepensjon, sykepenger og rehabiliteringspenger ble innskjerpet på begynnelsen av 1990-tallet. Bakgrunnen for

26. Bruusgaard Dag m fl i Hansen (1999): Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet. SNF-rapport 12/99.
27. Se kap 6 om kjønnsforskjeller i sykefravær og uførepensjon
28. Dahl E og Birkelund G 1999: Sysselsetting, klasse og helse 1980-1995. Tidsskrift for samfunnsforskning 1-1999 årgang 40.

innstrammingen var økningen i tallet på personer med sykdomsrelaterte trygdeytelser på 1980-tallet. I Ot.prp.nr.39 (1992-1993) heter det at denne økningen indikerer »..at det har skjedd en gradvis liberalisering av sykdomsbegrepet ved at naturlige problemer, konflikter og vanskelige livssituasjoner blir sidestilt med sykdom. Dette har sammenheng med at sykdom oppfattes som en av de få mulighetene som foreligger for å være borte fra arbeid ved særlig belastende og plagsomme situasjoner...»

I praksis er det legene som avgjør hvem som er syk, fordi legen har som oppgave å stille diagnose og foreskrive behandling. Dette er i seg selv ikke uproblematisk, fordi legevitenskapens diagnoser ikke er utviklet som et verktøy for å klarlegge om en person har rett til stønader fra det offentlige.

NOU 1990:23 *Sykelønnsordningen* pekte på at en generell medikalisering i samfunnet har ført til en gradvis utvidelse av praksis når det gjelder utbetaling av sykepenger. I følge denne utredningen er det et behov for å trekke en grense mellom »frisk» og »syk». I NOU 1990:17 *Uførepensjon* hevdes det at »medikalisering»kan ha ført til at folk bruker offentlige velferdsordninger med medisinske inngangsvilkår som løsning på sosial motgang. Etablerte ordninger kan i seg selv skape forventninger om behovsdekning og krav om utvidelser og forbedringer.

Professor i samfunnsmedisin Olav Helge Førde sier i et intervju med Aftenposten 3. november 1999

»- vi har en epidemi av helsepessimisme og sykdomsangst», og peker på den sterke økningen i forbruket av helsetjenester samtidig som all forskning viser at nordmenn får stadig bedre helse. Mulige grunner til dette er at en i forebyggende arbeid har vært for mye opptatt av risiko for sykdom. Utviklingen innenfor legemiddelindustrien og folks opptatthet av alternativ medisin kan også ha en medvirkende betydning

Massemedia påvirke også folks opplevelse av egen helse. Placebo-effekter er et kjent begrep som benyttes når behandling, som ikke har dokumentert virkning, likevel gir positiv effekt. Nocebo-effekt brukes når fokus på en lidelse gjør vondt verre. Forventninger, læring, forsterkning og vurdering av trussel er mekanismer som kan tre i kraft ved fokusering på en lidelse, med det resultat at opplevelsen av plager og symptomer endres. Den enkeltes vurdering bestemmes av tidligere erfaringer, informasjon fra helsevesenet og andre informasjonskilder. Smerteforståelse kan i følge en slik tilnærming i stor grad bestemme smertens intensitet og varighet. Dette innebærer at antakelser, holdninger og feilinformasjon fra omgivelsene, behandlingsapparatet og massemedia kan bidra til å gjøre vondt verre. Kognitive psykologiske prosesser bidrar til å bestemme hvor intens og hvor plagsomme smertene blir. [29]

Studier som har undersøkt betydningen av diagnose, viser bl a at personer som får kjennskap til at de har høyt blodtrykk, får problemer i form av redusert velvære og høyere sykefravær. Det å få beskjed om at en skal gjennomgå en bestemt behandling kan også bidra til å øke trusselen om at en feiler noe alvorlig.

29. STAMI (1999) Mulighetene for utvidelse av listen over yrkessykdommer slik at den også omfatter spesiell slitasje og belastningslidelser som er klart yrkesbetingede, i SHD-rapporten Muskel-/skjelettlidelser og yrkesskade.

I en utredning fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) er det en rekke eksempler på at økt fokus på enkelte sykdommer påvirker forekomsten og omfanget av den aktuelle lidelsen. [30]

STAMI-rapporten konkluderer med at det er gode holdepunkter for at normale psykologiske prosesser kan forverre smerter og gjøre plagene kroniske. Smerter og plager er subjektive, og ikke gjenstand for objektive vurderinger. Det er i følge rapporten viktig at behandlingsapparatet har kunnskap om hvordan kognitive psykologiske prosesser bidrar til forverring eller bedring av plager.

5.3 Forhold på arbeidsmarkedet og i arbeidslivet

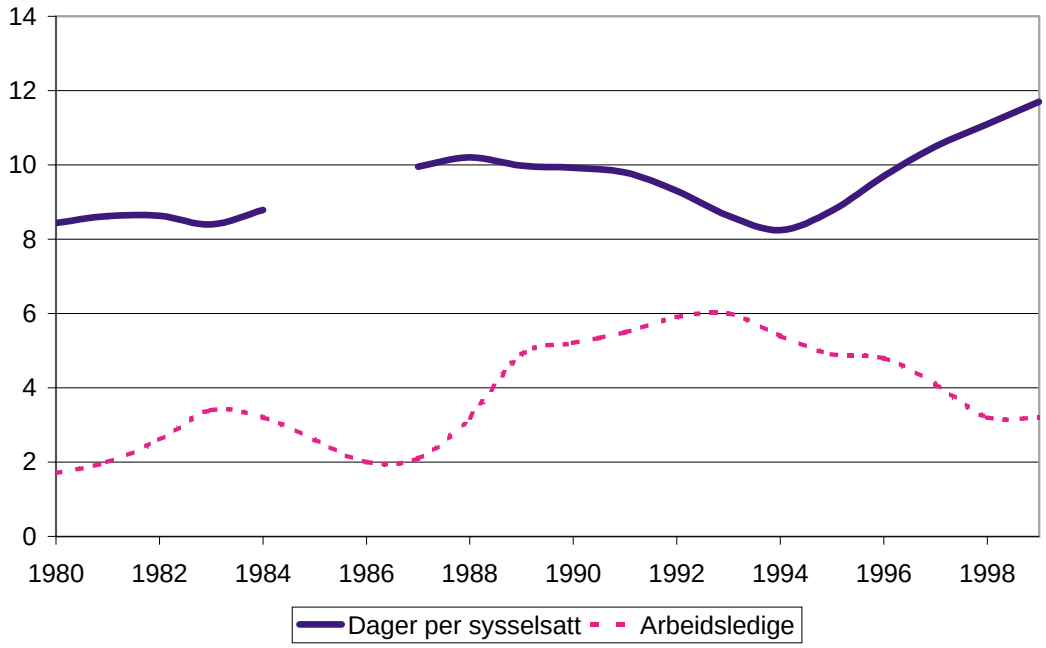
Det antas å være en sammenheng mellom forhold på arbeidsmarkedet og sykefraværsutviklingen og tilgangen til uførepensjon. Dette gjelder både den generelle utviklingen på arbeidsmarkedet i form av endringer i sysselsetting og arbeidsledighet, omstillingsprosesser i arbeidslivet og arbeidsmiljøforhold.

5.3.1 Sysselsettingsutvikling

Sysselsetting, arbeidsledighet og sykefravær

En hyppig referert hypotese er at sykefraværet varierer med sysselsettingsutviklingen (Leigh 1985, Bäckman 1992, Olsen og Mastekaasa 1997, Hansen 1999). Perioder med høy arbeidsledighet gir lavt sykefravær, og tilsvarende fører lav ledighet til økt sykefravær. Denne sammenhengen illustreres i figur 5.4, som viser utviklingen i antall erstattede sykepengedager per sysselsatt i forhold til antall arbeidsledige.

30. Dag Bruusgaard: »Sykdommer vi ikke riktig forstår» i Tidsskrift for den norske legeforening 1997/01



Figur 5.4 Erstattede sykepengedager per sysselsatt og arbeidsledighet i prosent 1980-1998
Kilde: Rikstrygdeverket og SSB

Perioden med økt arbeidsledighet på slutten av 1980-tallet falt sammen med en betydelig nedgang i sykefraværet. Tilsvarende skjedde det en økning i sykefraværet fra begynnelsen av 1990-tallet, samtidig som arbeidsledigheten gikk ned. Selv om det er klare tegn til en negativ sammenheng mellom arbeidsledighet og sykefravær, eksisterer det også enkelte avvik. I årene 1993-94 er det en nedgang både i arbeidsledigheten og i sykefraværet.

Forholdet mellom sykefravær og arbeidsledighet har vært tema for flere forskningsprosjekter, både nasjonalt og internasjonalt (se f.eks. Hansen 1999). Dyrstad og Lysø (1998) har ved å benytte data fra NHOs medlemsbedrifter studert sammenhengen mellom arbeidsledighet og sykefravær i perioden 1971-1996. De finner at arbeidsledighet har både kortsiktige og langsiktige effekter på kortidsfraværet (fravær inntil 4 dager). En dobling av ledighetsraten reduserer raten for kortidsfravær med noe over *15* prosent. Effekten av arbeidsledighet på langtidsfraværet er derimot betydelig mindre. Dersom arbeidsledigheten dobles, reduseres fraværsraten for kvinner med om lag *9* prosent og for menn med *4* prosent.

Rikstrygdeverket har gjennomført en analyse av sammenhengen mellom sysselsetting og andel gjengangersykmeldte [31] (Holm 1998). Analysen viste en positiv sammenheng mellom andelen gjengangere i en kommune og endringer i sysselsettingen i kommunen. En økning i sysselsettingsveksten på *en* prosent gav i snitt en økning i gjengangerandel på *0,08* prosent. Effekten av sysselsettingsveksten er avhengig av i hvilken befolkningsgruppe syssel-

31. En gjenganger er definert som en person som har to eller flere sykepengetilfeller med mindre enn 6 måneders mellomrom.

settingen øker, og nivået på sysselsettingen økte i utgangspunktet. Endringen i gjengangerandel økte mer i kommuner med opprinnelig høy sysselsetting, enn i kommuner der denne var lav.

Statistisk sentralbyrå (SSB) har på bakgrunn av tall for sykefravær, sysselsetting og arbeidsledighet fra 1980 til 1998 forsøkt å estimere en modell for folketrygdens utgifter til sykepenger. Antall sykepengetilfeller og antall sykepengedager per tilfelle er analysert hver for seg. Analysene viser at en økning i arbeidstilbudet på 1 prosent øker antall sykepengedager per tilfelle med 3,1 prosent på lang sikt. På kort sikt resulterer en økning i arbeidstilbudet en nedgang i antall sykepengedager. Analysen av antall sykepengetilfeller gir mindre entydige resultater. Her er estimering foretatt separat for ulike aldersgrupper. Felles for alle aldersgruppene er at enten ledighet, arbeidstilbud eller begge har en signifikant effekt på sykefraværet.

På bakgrunn av data fra Sverige for perioden 1955-85 undersøkte Lantto og Lindblom (1987) sammenhengen mellom arbeidsledighet og sykefravær, kontrollert for reformer gjennomført i løpet av perioden. I snitt for perioden fant de at en økning i arbeidsledigheten på *1* prosent reduserer sykefraværet med *1,7* dager. Bäckman (1992) har kritisert Lantto og Linbloms metodevalg, og replisert deres undersøkelse ved bruk av andre metodeteknikker. Han fant ingen signifikant sammenheng mellom sykefravær og arbeidsledighet.

Selv om de fleste forskningsresultater viser en negativ sammenheng mellom arbeidsledighetsnivået og sykefravær, er det til dels uenighet om hvilke mekanismer som kan forklare sammenhengen. De to hyppigst nevnte forklaringene på sammenhengen mellom arbeidsledighet og sykefravær er *disiplineringhypotesen* og *seleksjonshypotesen*. Disiplineringshypotesen fokuserer på at i tider med høy/økende arbeidsledighet vil arbeidstakerne unngå fravær fordi de frykter at det vil gjøre dem mer utsatte ved nedleggelse eller innskrenkinger i bedriften. Arbeidsledigheten virker disiplinerende både gjennom frykten for ledighet, og gjennom større avhengighet av nåværende arbeidsplass.

Disiplineringshypotesen er blitt kritisert på to punkter (Pedersen 1997). For det første bygger disiplineringshypotesen på antagelsen om at individet har et slingringsmonn når det gjelder beslutningen om å ta ut sykefravær. Dette gjør hypotesen mest relevant i forhold til korttidsfraværet [32]. Tall fra NHO (jf. del 4.3.2) viser imidlertid at det korte fraværet har holdt seg forholdsvis stabilt de siste årene. Økningen i sykefraværet skyldes i hovedsak endringer i langtidsfraværet.

For det andre er disiplineringshypotesen kritisert for å ikke ta hensyn til de sikkerhetsordninger som gjelder i dagens arbeidsmarked. Hvis frykt for ledighet skulle være en årsak til sykefravær, skulle en anta at fraværet var lavere i privat enn i offentlig sektor, der arbeidsplassene jevnt over er mindre følsomme for økonomiske konjunkturer. Sammenligning av tall fra privat og offentlig sektor viser derimot at fraværet varierer med sysselsettingen uavhengig av sektor.

Seleksjonshypotesen er fremmet som en konkurrerende forklaring til disiplineringshypotesen. I henhold til seleksjonshypotesen vil personer som har

32. Disiplineringshypotesen kan også få virkninger på langtidsfraværet ved at ansatte med mye korttidsfravær »melder» seg ut av arbeidsplassens liv og problemer.

helseproblemer lettere bli skjøvet ut av arbeidsmarkedet når det er nedgangstider, og lettere komme inn på arbeidsmarkedet når det er oppgangstider. Dette fører til at arbeidsstyrkens samlede helse er bedre i perioder med høy arbeidsledighet, enn når ledigheten er lav. Denne type seleksjon kan også finne sted på bedrifts- og/eller bransjenivå. Hvis sykefraværet er høyt i bedrifter/bransjer i konjunkturutsatte sektorer, vil økonomiske nedgangstider føre til lavere sykefravær samlet sett.

En tredje forklaring på sammenhengen mellom arbeidsledighet og sykefravær legger vekt på krav som rettes mot arbeidstakerne i nedgangs- og oppgangstider (Pedersen 1997). I økonomiske oppgangstider vil arbeidstempoet og arbeidsbelastningen øke, noe som igjen øker risikoen for belastningsskader og andre helseproblemer. I nedgangstider vil arbeidspresset bli redusert, og en vil få lavere sykefravær. En variant av denne forklaringen legger vekt på at også aktivitetsnivået i fritiden øker i økonomiske oppgangstider, noe som igjen kan medføre skader som fører til sykefravær (Olsen og Mastekaasa 1997).

De tre forklaringene vektlegger ulike forhold. Strengt tatt er det kun disiplineringshypotesen som tillegger arbeidsledigheten en direkte årsakseffekt på sykefraværet. Seleksjonshypotesen fokuserer på endringer i sysselsettingen, mens sistnevnte forklaring fokuserer på endringer i produktivitetsnivået.

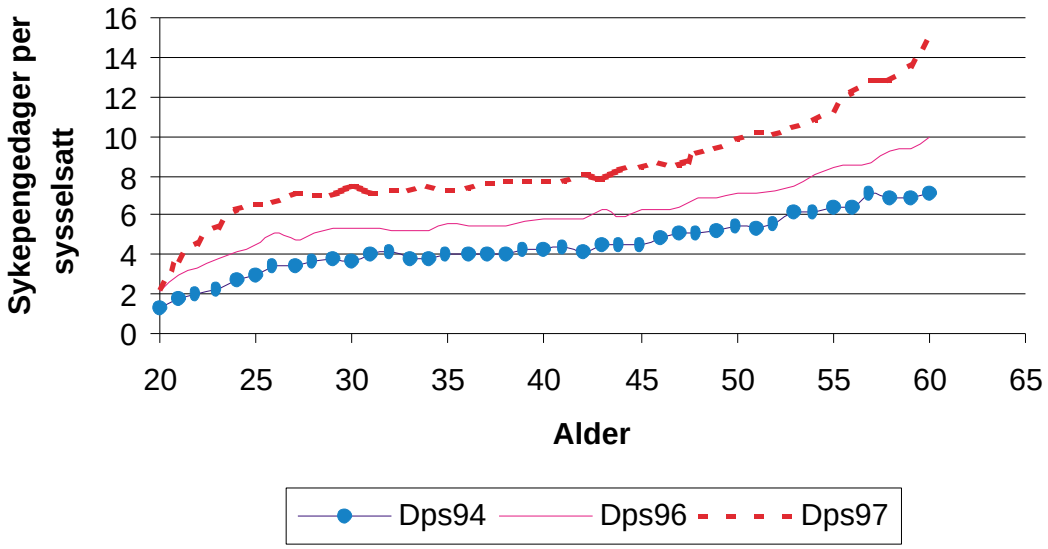
Som regel vil endringer i arbeidsledighet, sysselsetting og produktivitet være så nært korrelert at det er vanskelig å skille mellom effektene av dem på en presis måte. Dette er en mulig årsak til at ingen av de nevnte studiene av sykefravær og forhold på arbeidsmarkedet konkluderer ensidig med støtte til en av forklaringene. Dyrstad og Lysø (1998) tolker sine resultater som en støtte til disiplineringstesen, men påpeker samtidig at funnene også kan forklares ut fra seleksjonshypotesen. Holm (1998) på sin side antar at sammenhengen mellom sysselsetting og arbeidsledighet kan forklares ut fra seleksjonshypotesen, men også her tas det forbehold.

Rikstrygdeverket har gjort et forsøk på å teste seleksjonshypotesen ved å se på sykefravær blant nye personer på arbeidsmarkedet sammenlignet med etablerte arbeidstakere. I følge seleksjonshypotesen forventes det færre med helsemessige problemer i arbeid under lavkonjunktur enn under høykonjunktur. Videre antar en at når sysselsettingen begynner å øke, vil nyansatte ha høyere sykefravær enn etablerte arbeidstakere.

Analysene viste at for menn var sykefraværet høyere blant nyansatte enn blant etablerte. For kvinner derimot var sykefraværet høyere blant etablerte enn blant nyansatte. Dette kan skyldes at kvinner i større grad enn menn trekker seg helt ut av arbeidslivet ved helsemessige problemer. Felles for både kvinner og menn er at sykefraværet er høyere blant nyansatte i 1994 enn nyansatte i 1992. Dette er i tråd med seleksjonshypotesens prediksjoner om at de med svakest helse kommer sist inn i yrkeslivet i oppgangsperioder.

Problemet med denne analysen er at den ikke skiller mellom nytilgang til arbeidsmarkedet i form av normal rekruttering fra for eksempel utdannelsesinstitusjoner, og de som trekkes inn i arbeidsmarkedet som følge av økonomiske oppgangstider. En alternativ framgangsmåte for å teste seleksjonshypotesen, er å undersøke sykefraværet til de som var registrert som arbeidstakere i 1994 og hvert år fram til 1997. Ut fra seleksjonshypotesen kan en forvente at

ved å holde arbeidsstyrken konstant og kontrollere for alder, vil en kun finne marginale endringer i sykefraværet.



Figur 5.5 Antall erstattede sykepengedager i 1994, 1996 og 1997 per sysselsatt (Dps) arbeidstaker som var i arbeid hele perioden
Kilde: RTV

Figur 5.5 viser at sykefraværet også har økt betydelig for gruppen av etablerte sysselsatte [33]. Økningen i sykefravær de siste årene skyldes altså ikke utelukkende at nye marginaliserte grupper har kommet inn på arbeidsmarkedet.

Liknende resultater er også kommet fram i en undersøkelse basert på KIRUT data (Askildsen m. flere. 1999). Her sammenlignet en sykefraværet i 1992 og 1995 blant marginale og ikke-marginale arbeidstakere. Marginale arbeidstakere ble definert som personer som i en to års periode før selve undersøkelsestidspunktet hadde en lav yrkesdeltakelse, samtidig som de ikke var under utdanning eller for unge til at det var sannsynlig at de var i arbeid. Analysene viste at de marginale arbeidstakerne hadde lavere sykefravær enn de ikke-marginale arbeidstakerne.

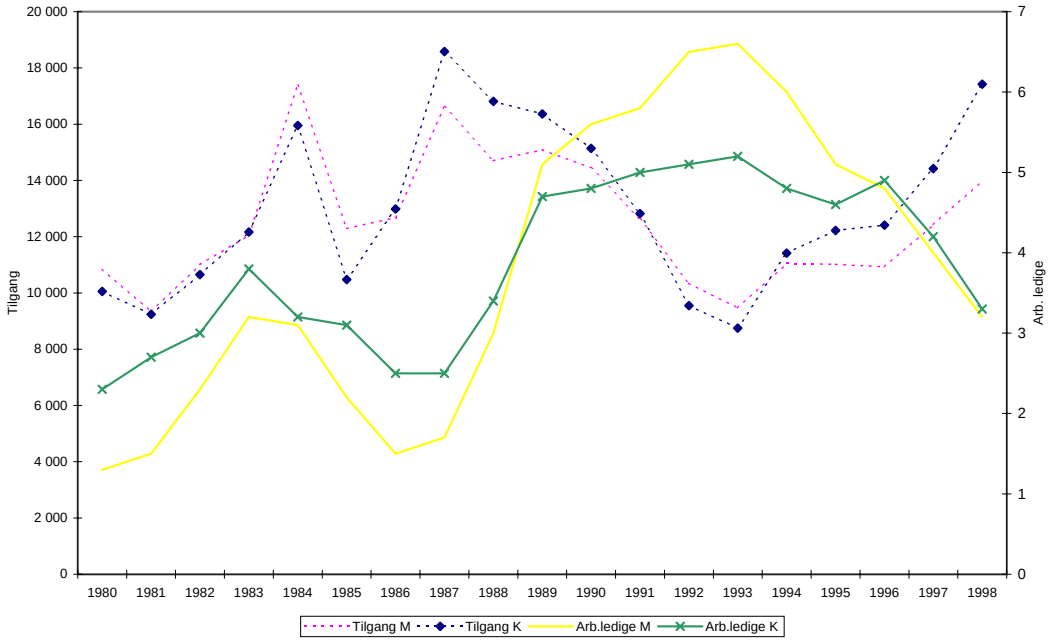
Økningen i sykefraværet de siste årene har sammenheng med at vi samtidig har opplevd økt sysselsetting og redusert arbeidsledighet. Men det er vanskelig å avgjøre hva som er drivkreftene bak denne sammenhengen, og *hvor* stor del av økningen som kan tilbakeføres til forhold på arbeidsmarkedet.

Sysselsetting, arbeidsledighet og uførepensjon

Endringer i sysselsetting og arbeidsledighet har også sammenheng med tilgang til uførepensjon. En rimelig antagelse er at tilgangen til uførepensjon vil reduseres når sysselsettingen øker. Et gunstig arbeidsmarked vil, skulle en

33. Tallene i figur 5.5 er ikke justert for statsansatte.

anta, også komme mindre ressurssterke grupper til gode. Tilsvarende virker det rimelig at perioder med økende arbeidsledighet etterfølges av økt uførepensjonering. Undersøkelser har vist at arbeidstakere med helseproblemer har vanskeligheter med å komme tilbake til arbeidslivet etter en perioden med arbeidsledighet (NOU 1990:17). For disse kan uførepensjonering framstå som et mulig alternativ.



Figur 5.6 Utviklingen i arbeidsledighet og tilgang uførepensjon for kvinner og menn. 1980-1998
Kilde: RTV og SSB

Figur 5.6 viser sammenhengen mellom arbeidsledighet og tilgang til uførepensjon. Det er ingen entydig sammenheng mellom de to faktorene. Fra 1980 er det en positiv sammenheng mellom arbeidsledighet og tilgang til uførepensjon. Men på slutten av 1980-tallet reduseres tilgangen til uførepensjon, samtidig som arbeidsledigheten fortsetter å øke. Det er en tilsvarende negativ sammenheng utover 1990-tallet hvor arbeidsledigheten har gått ned samtidig som tilgangen til uførepensjon har økt betydelig.

Det er med andre ord ingen entydig sammenheng mellom arbeidsledighet og tilgang til uførepensjon. Det finnes flere mulige forklaringer på dette. En forklaring går ut på at det er trekk ved sysselsettingsveksten som også medfører økt tilgang av uførepensjonister. Jo, flere personer som er i arbeid, desto flere er det som vil opparbeide seg rettigheter som gir trygdeytelser. Det er blant annet blitt drøftet om økningen i antall uførepensjonister på slutten av 1980-tallet kan forklares ut fra økningen i kvinners yrkesaktivitet. Kjeldstad (1990) konkluderte med at økt uførepensjonering blant kvinner delvis skyldes opparbeiding av rettigheter gjennom økt yrkesdeltakelse.

En annen forklaring på tilsynelatende manglende sammenheng mellom tilgang til uførepensjon og arbeidsledighet, er at effekten av arbeidsledighet

skjer over en lengre tidsperiode. Bowitz (1992) fant en positiv sammenheng mellom uføretilgang og nivået på langtidsledigheten, men det tar tid fra ledigheten øker til tilgangsratene til uførepensjon øker. Lignende resultater er også kommet fram i en analyse av hvordan kommunal arbeidsledighet påvirker tilgangen til uførepensjon i kommunen (Bragstad m. flere 1999). Med utgangspunkt i kommunale data fra 1980 til 1997 finner de at tilgangen til uførepensjon blir påvirket av ledighetsnivået 4 til 6 år tilbake i tid.

I en studie av konsekvensene av en bedriftsnedleggelse fant Westin (1990) at de som ble arbeidsledige som følge av nedleggelsen, hadde tre ganger høyere sannsynlighet for å bli uførepensjonister i løpet av en fireårsperiode sammenlignet med en kontrollgruppe. Tilsvarende resultater er også rapportert av Noreik m. flere (1990) og Bjørndal m. flere (1990). En undersøkelse blant samtlige fylkesnemnder konkluderte med at det var en sammenheng mellom lokal arbeidsledighet og antall uføretrygdede, og økt tendens til at det kommer krav om uførepensjon fra arbeidstakere i bedrifter som innskrenker, effektiviserer, rasjonaliserer, permitterer og nedlegger (Noreik m. flere 1990).

Disse studiene peker på at sammenhengen mellom arbeidsledighet og uførepensjon er mer synlig når en tar utgangspunkt i avgrensende geografiske områder, enn aggregerte tall for hele landet. Forskning som tar utgangspunkt i lokalsamfunn finner en nær sammenheng mellom bedriftsnedleggelser, nedskjæringer og tilgang til uførepensjon (Noreik 1990). For eksempel viste et studie av innskrenkningene ved Moss Verft at i løpet av en fireårsperiode ble 110 av 587 oppsagte arbeidstakere uføretrygdet (Bjørndal m. flere 1990). Også Rikstrygdeverkets undersøkelse av geografiske forskjeller (Bragstad m. flere 1999) påpeker at aggregerte studier av sammenhengen mellom arbeidsledighet og uførepensjonering, står i fare for å overse effektene av lokal (kommunal) arbeidsledighet på tilgang til uførepensjon.

Tilgangen av nye uføre er avhengig av sysselsettingsforhold. Spesielt tydelig er dette i lokalmiljø hvor bedrifter nedlegges eller foretar større nedskjæringer. Derimot viser de siste års erfaringer at et godt arbeidsmarked ikke nødvendigvis fører til redusert tilgang til uførepensjon. Snarere virker det som at økningen i sysselsettingen de siste årene har ført til at rekrutteringspotensialet til uførepensjonsordningen har økt. Den tvetydige sammenhengen mellom endringer i sysselsettingen og tilgangen til uførepensjon i løpet av perioden, illustrerer at det også andre faktorer som kan forklare tilgangen av nye uførepensjonister.

5.3.2 Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljø – sykefravær og uførepensjon

Forskning om arbeidsmiljø og sykefravær har tradisjonelt sett på egenskaper ved arbeidsmiljøet som belastninger. Tesen er at arbeidets fysiske og psykiske belastninger fører til sykefravær. Dårlig arbeidsmiljø kan påvirke sykefraværet enten direkte ved at det fører til sykdom, eller indirekte ved at dårlig arbeidsmiljø gjør det vanskeligere å være i arbeid når helse eller funksjonstilstand allerede er nedsatt av andre grunner.

Det er vanlig å skille mellom det *fysiske* arbeidsmiljøet og det *psykososiale* arbeidsmiljøet. Tradisjonelt har en assosiert fysisk arbeidsmiljø med fysisk

tungt arbeid i industri og skogbruk. De senere årene har fokus i større grad blitt rettet mot inneklima, stråling fra datamaskiner og ergonomiske forhold. Psykososialt arbeidsmiljø omfatter faktorer som arbeidspress, kontroll over arbeidssituasjon og mellommenneskelige relasjoner på arbeidsplassen, konflikter mellom ansatte og mobbing.

Det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet kan påvirke hverandre. Dette gjør det vanskelig å identifisere og måle de ulike belastningsfaktorene. Faktorer som påvirker risikoen for muskulære lidelser kan for eksempel svekkes eller forsterkes av arbeidsplassens sosiale relasjoner (Hansen 1999).

Det teoretiske bidrag som har hatt størst innflytelse på den empiriske forskningen på dette området er Karaseks (1979) *krav-kontroll modell*. Modellen fokuserer på to dimensjoner: på den ene siden graden av stressfylte hendelser og deres helsemessige effekter, på den andre siden grad av selvstendighet eller autonomi i arbeidssituasjonen. I følge modellen vil kombinasjonen av høye krav og mangel på egen kontroll i arbeidssituasjonen føre til høyt sykefravær. Kombinasjonen av høye krav og stor grad av kontroll kan på den annen side vise seg å være positivt for den ansattes oppfattelse av arbeidsmiljøet.

Hva viser så den empiriske forskning om forholdet mellom arbeidsmiljø og sykefravær? En undersøkelse fant at både pasient og lege anga fysiske arbeidsplassfaktorer som medvirkende årsak til sykmelding i *48* prosent av sykmeldingstilfellene (Tellnes m. flere 1990). En svensk undersøkelse fant at personer som ikke utsettes for tunge løft eller feil arbeidsstillinger, i gjennomsnitt har *50* prosent lavere sykefravær enn personer som utsettes for et fysisk belastende arbeidsmiljø (Nord 1995).

I en litteraturstudie av forskning på sykefravær gjennomgikk Olsen og Mastekaasa (1997) ni studier som behandlet det fysiske arbeidsmiljøet. I alle disse studiene ble det rapportert en klar sammenheng mellom fysisk arbeidsmiljø og fravær. Blant de 13 studiene som omhandlet det psykososiale arbeidsmiljøet, rapporterte flertallet om sammenheng mellom arbeidsmiljø og fravær. De tre studiene som direkte forholder seg til Karaseks krav-kontroll modell, rapporterer støtte til denne.

En undersøkelse gjennomført av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) fant at blant en rekke arbeidsmiljøfaktorer var det spesielt *fysisk arbeidsmiljø, samarbeidsproblemer og konflikter, og fysisk ergonomisk tilrettelegging*som virket inn på sykefraværet (Grimsmo 1991). Undersøkelsen fant ingen sammenheng mellom kontroll over arbeidstempo, arbeidspress og sykefravær.

I en undersøkelse av statsansattes arbeidsforhold rapporterte *19* prosent at de hadde hatt sykefravær de siste 12 måneder som hadde sammenheng med arbeidssituasjonen (SSB 98/73). Forholdet til ledelse, for mye å gjøre og det fysiske arbeidsmiljø var faktorer som ble hyppig nevnt som årsaker til arbeidsrelatert sykefravær. Hvilke forhold som ble vektlagt varierte etter person- og jobbegenskaper: sykefravær som følge av *fysisk arbeidsmiljø* var viktigst blant de lavtlønnede, mens sykefravær som følge av *for mye å gjøre* var viktigst blant de høytliggende.

Aarvaks (1980) studie av fabrikkansatte framhever at egenskaper ved arbeidsmiljøet kan fungere som en buffer mot sykefravær. Dette betegnes som *nærværsfaktorer* (i motsetning til fraværsfaktorer). De mest utbredte nærværsfaktorene i Aarvaks studie var sosial kontakt og trivsel, ansvar overfor

arbeidskamerater, og ønske om å unngå negative sanksjoner fra bedriften. Lignende nærværsfaktorer ble også rapportert i AFIs undersøkelse.

Når det gjelder forholdet mellom arbeidsmiljø og uførepensjonering, viser flere undersøkelser at sannsynligheten for å bli uførepensjonist er større i enkelte yrker enn andre (Bjerkedal m. flere 1995, Kolberg 1991). Klare variasjoner i yrkesspesifikke overgangsrater til uførepensjon tyder på at egenskaper ved arbeidsmiljøet er av betydning. Denne antagelsen får støtte av Kolberg (1991) som finner at dårlig arbeidsmiljø [34] har en klar effekt på tilgangen til uførepensjon. Derimot finner han ingen signifikant effekt av det psykiske arbeidsmiljøet på sannsynligheten for å bli uførepensjonist.

Det er liten tvil om at arbeidsmiljørelaterte forhold kan påføre folk fysiske, psykosomatiske og psykiske helseproblemer som gjør at de får vansker med å fylle kravene til arbeidsytelser. Dette antas spesielt å gjeld for eldre arbeidstakere fordi en del yrkesbetingede slitasjelidelser og sårbarhet for ulike miljøplager tiltar med alderen, men også fordi evnen til å bli restituert etter sykdommer, arbeidsulykker og lignende avtar med årene (NOU1999:17 Nytt millennium – nytt arbeidsliv ?).

I hvilken grad kan endret arbeidsmiljø forklare de siste års økning i sykefravær og tilgang til uførepensjon? Har utviklingen i arbeidsmarkedet de siste årene ført til at det fysiske eller psykososiale arbeidsmiljøet har blitt dårligere? Det finnes få undersøkelser som tar for seg endringer i arbeidsmiljøet de siste årene. En mulighet er å benytte tall fra levekårsundersøkelsen, som siden 1980 har hatt flere spørsmål som går på opplevelse av eget arbeidsmiljø.

Tabell 5.2: Ulike indikatorer på arbeidsmiljø, 1980-1995

	1980	1983	1987	1991	1995
Er du i ditt arbeid utsatt for forurenset luft? Andel som svarer 'ja'	16,6 %	12,8 %	15,7 %	17,0 %	17,4 %
Må du i ditt arbeid daglig arbeide i bøyde stillinger? Andel som svarer 'ja'	38,0 %	38,3 %	40,5 %	43,8 %	39,9 %
Innebærer ditt arbeid mye gjentatte bevegelser? Andel som svarer 'ja'	43,1 %	42,1 %	43,8 %	41,7 %	40,3 %
Må du daglig løfte mer enn 20 kg? Andel som svarer 'ja'	32,2 %	32,8 %	30,0 5	31,4 %	27,2 %
I hvilken grad kan du vanligvis bestemme ditt arbeidstempo? Andel som svarer 'I liten gra	15,5 %	17,0 %	18,0 %	16,0 %	16,8 %
I hvilken grad kan du vanligvis bestemme rekkefølgen av eller planlegge dine arbeidsoppgaver? Andel som svarer 'I liten grad'	25,0 %	23,9 %	24,2 %	20,3 %	19,2 %
Hender det at du har så mye arbeid å gjøre at arbeidssituasjonen din blir oppjaget og masete? Andel som har svart 'Daglig'	15,3 %	14,9 %	19,5 %	21,6 %	21,3 %
Opplever du stort sett ditt arbeid som en psykisk påkjenning? Andel som svarer 'Ja'			21,0 %	18,5 %	17,0 %

Kilde: Levekårsundersøkelsene, SSB

34. Arbeidsmiljø er operasjonalisert ut fra spørsmål: om arbeidet medfører gjentatte og ensidige bevegelser, og om fysisk utmattelse etter arbeidet (Kolberg 1991:101).

Tabell 5.2 viser ingen tegn til at det fysiske arbeidsmiljøet er blitt dårligere i løpet av perioden. De fleste indikatorene på det psykososiale arbeidsmiljøet viser også tegn til stabilitet. Et interessant unntak er at stadig flere opplever arbeidssituasjonen som oppjaget og masete. I den grad dette innebærer stress som ikke mestres i arbeidssituasjonen, kan det være en medvirkende årsak til økende sykefravær.

I SSBs undersøkelse av statsansattes arbeidsforhold fra 1998 ble det gjentatt en del spørsmål fra en tilsvarende undersøkelse som ble gjennomført i 1977. På de spørsmål som går på *forhold ved arbeidsplassen og innflytelse og kontroll på arbeidsoppgaver*, har det også her skjedd små endringer fra 1977 til 1998. Det er dog en liten – men signifikant – høyere andel i 1998 som svarer at de ofte føler seg sliten etter endt arbeidsdag. En undersøkelse i regi av AFI viste at 19 prosent av de spurte arbeidstakerne mente at mulighetene for å ta vare på seg selv og helsen var blitt bedre fra 1996 til 1998, mens 16 prosent mente mulighetene hadde blitt dårligere (Grimsmo og Hilsen 2000).

Et forbehold er om spørsmålsbatteri av den typen som er presentert i Levekårsundersøkelsen greier å fange opp dagens helseplager som følge av forhold på arbeidsplassen. Som nevnt er det ikke nødvendigvis bare det fysisk tunge arbeidet som fører til helseplager. Den teknologiske utviklingen har medført at arbeidet organiseres etter andre kriterier i dag enn tidligere. Innføring av informasjonsteknologi har ført til et nytt sett av helseplager. Dette gjelder både uheldige ergonomiske forhold som bidrar til nakke-, rygg og skuldersmerter, og også ubehag og hodepine i forbindelse med arbeid foran dataskjermen (Sørensen m. flere 1998).

Innføring av data på arbeidsplassen har samtidig som det har redusert det fysiske arbeidet, medført økte krav til kompetanse og kunnskap. For enkelte, spesielt eldre, arbeidstakere har overgangen til en EDB-basert arbeidssituasjon ført til mestringsproblemer, noe som kan øke risikoen for sykefravær og i siste konsekvens uførepensjonering.

Økningen i antall personer som er sysselsatt i service- og kunnskapsnæringer har ført til at stadig flere får arbeid som kan karakteriseres som *relasjonelt*. Det vil si at arbeidsoppgavene innebærer et samspill med kunder, klienter, pasienter, brukere eller elever. En undersøkelse fra 1996 viste at 64 prosent av de ansatte hadde relasjonelle arbeidsoppgaver. Dette er en økning fra 52 prosent i 1989 (NOU 1999:34 Nytt millennium – nytt arbeidsliv?).

De relasjonsbaserte arbeidsrollene vil frambringe en andre typer arbeidsmiljøproblemer enn de som eksisterte i de mer tradisjonelle arbeidsrollene. Blant annet vil tilstander som følelsesmessig eller emosjonell utmattelse kunne oppstå (NOU 1999:34). Dette innebærer at de ansatte føler seg mentalt utkjørt etter arbeidstid og føler seg sliten når de tenker på den kommende arbeidsdagen. Tradisjonelle arbeidsmiljøtiltak er i stor grad innrettet mot arbeidsbetingelser som gjelder materielle forhold. Langt færre arbeidsmiljøtiltak er rettet mot å forebygge belastninger knyttet til mellommenneskelige relasjoner.

Et annet forhold er kravet om *tilgjengelighet*. Innføring av informasjonsteknologi, e-post og mobiltelefoner har for enkelte ført til at de opplever et krav

om å være tilgjengelig også utenom ordinær arbeidstid. Det er blitt mer vanlig å snakke om

»24- timerssamfunnet», der det i økende utstrekning er etterspørsel etter åpne butikker og andre servicetilbud døgnet rundt. I mange bedrifter oppstår et ønske om periodisk overtid og utvidete drifts- og åpningstider. Teknologiens inntreden har ført til at skillet mellom arbeid og privatliv blir mer utflytende. Mange arbeidstakere opplever at grensesetting og tilrettelegging av arbeidet i større grad individualiseres gjennom overføring av ansvar fra arbeidsgiver til arbeidstaker. Resultatet blir økt press på de ansatte og manglende muligheter til restitusjon fra arbeidslivets krav. På den annen side kan økt fleksibilitet i arbeidslivet også øke mulighetene for restitusjon gjennom fleksitidsordninger og lignende.

Det synes å være en klar sammenheng mellom arbeidsmiljø og sykefravær. Dette gjelder både i forhold til det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet. Tilsvarende tyder tidligere undersøkelser på at det også er en sammenheng mellom arbeidsmiljø og sannsynligheten for å bli uførepensjonert. Et problem med å studere sammenhengen mellom arbeidsmiljø og sannsynlighet for å bli uførepensjonist er at ikke bare yrkestilknytning på søkertidspunktet har betydning, men også tidligere yrkestilknytning kan være avgjørende. Valg av nåværende yrke kan skyldes redusert arbeidsevne etter påkjenninger i tidligere yrker (Bjerkedal m. flere 1995).

Når det gjelder arbeidsmiljøets betydning for å forklare økningen i trygdeytelsene de siste årene, virker det ikke som de tradisjonelle arbeidsmiljøindikatorene har hatt noen betydning. Arbeidsmiljøet har imidlertid endret seg som følge av nye organisasjonsformer og innføringen av ny teknologi. Dette kan igjen være en medvirkende årsak til framveksten av nye helseplager. Det er rimelig å anta at arbeidsmiljøets betydning for sykefravær og uførepensjon endres i takt med samfunnsutviklingen (NOU 1999:34). Der industrisamfunnet utsatte mange arbeidstakere for fysisk tunge løft og farlige kjemiske stoffer, vil servicesamfunnet kunne utsette flere arbeidstakere for aggressive kunder og klienter. Der industrisamfunnets maskiner skapte ulykker, støv og støy, kan informasjonssamfunnets maskiner forårsake belastningsskader i muskel og skjelett.

5.3.3 Omstillingsprosesser, sykefravær og uførepensjon

Et allment syn innen arbeidslivsforskning er at arbeidslivet og arbeidsorganiseringen har endret seg. Disse endrings- og omstillingsprosessene får konsekvenser både for den organisatoriske og den teknologiske organiseringen, som igjen får konsekvenser for den enkelte arbeidstaker [35].

Det er fra flere hold blitt hevdet at trendene i arbeidslivet som globalisering, rasjonalisering og teknologisering, har ført til framvekst av nye organisasjonsformer med større krav til ansattes ferdigheter, kunnskap og erfaring. De siste års utvikling har gitt seg utslag i to motstridende tendenser. På den ene siden har den teknologiske utviklingen, spesielt innføringen av data, forenklet arbeidssituasjonen for den enkelte arbeidstaker. Det har for eksempel vært en nedgang i antall arbeidstakere som rapporterer om ensidig og monotont

35. I følge en undersøkelse gjennomført av SSB har hele 57 prosent av alle arbeidstakere fått nye arbeidsoppgaver i løpet av de to siste årene.

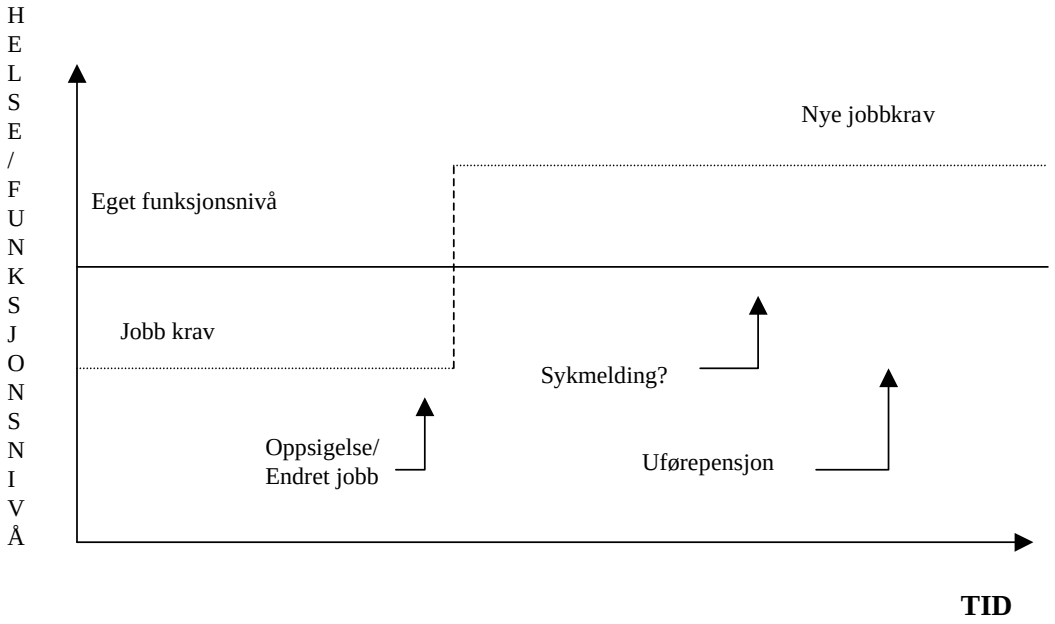
arbeide (Grimsmo og Hilsen 2000). På den annen side har den teknologiske utviklingen ført til større krav til utdannelse og spesialisert kompetanse. En undersøkelse gjennomført av SSB viste at 48 prosent av arbeidsstyrken mente de har fått høyere kvalitetskrav i jobben i løpet av de siste to årene. Personer som ikke innehar den nødvendige formalkompetanse står i fare for å bli skjøvet ut av arbeidsmarkedet, blant annet gjennom trygdeordninger.

I tillegg til krav om formalkunnskap har også kravet til effektivitet i arbeidslivet generelt sett økt de senere årene. Evnen til å jobbe i forhold til tidsfrister og under press blir en stadig viktigere egenskap. Tidspress på jobb som fører til utvidet arbeidstid og overtid, kan også skape problemer i forhold til omsorgsoppgaver i hjemmet. Stress og følelsen av å være på etterskudd vil kunne føre til utbrenthet i forhold til arbeidsplassen. En undersøkelse gjennomført av AFI viser at rundt halvparten av alle arbeidstakere rapporterte om økende kvalitetskrav og økt arbeidstempo (Grimsmo og Hilsen 2000).

Desentralisering av innflytelse og ansvar regnes som viktige prinsipper i moderne arbeidsliv (NOU 1999:34). Undersøkelser viser at ansatte i norske bedrifter har fått større mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. For de fleste medfører dette større tilfredshet og arbeidsglede. Samtidig medfører økt innflytelse og ansvar at de ansatte i større grad må ta inn over seg konsekvensene ikke bare av egne handlinger, men også usikkerhet som følge av konkurranse, omstillinger og uløste oppgaver.

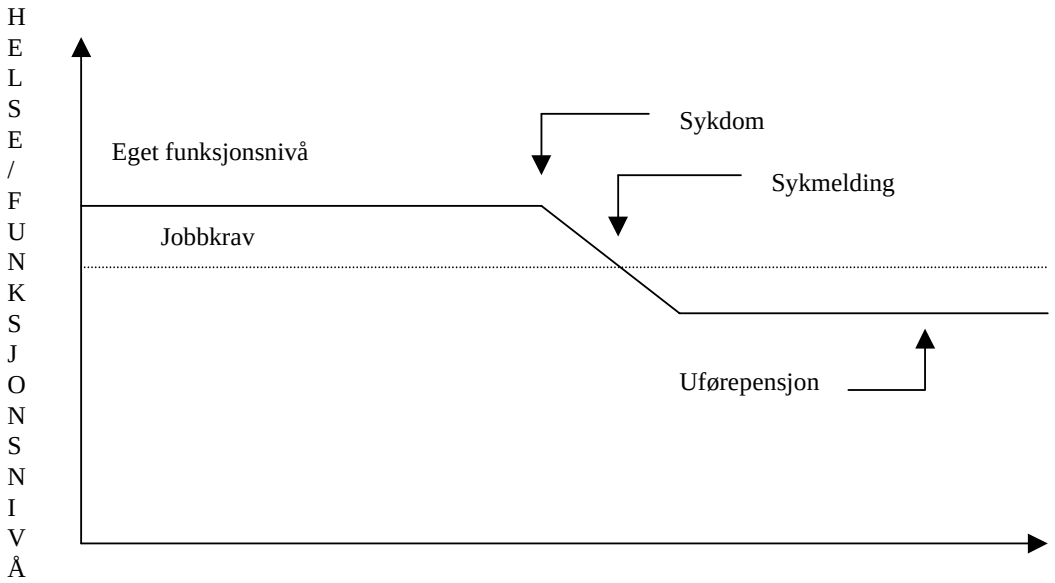
Omstillingsprosesser og utvikling i retning av en tjeneste- og kunnskapsbasert produksjon, kan føre til at arbeidstakere lettere identifiserer seg med det utførte arbeidet. Dette fører til økt synlighet og sårbarhet for den enkelte. Ansatte med den etterspurte kompetanse vil stå sterkere i konkurransen på arbeidsmarkedet. Samtidig vil det bli mindre trygt for de som er mindre konkurransedyktige.

Det er kun få undersøkelser som direkte har tatt for seg sammenhengen mellom omstillingsprosesser og sykefravær eller uførepensjonering. Westin (1980) presenterer to årsaksforløp som kan brukes for å illustrere hvordan omstillings- og endringsprosesser i arbeidslivet kan føre til uførepensjon. Den tradisjonelle oppfatningen av hvordan uførhet oppstår, er at det inntrer en sykdom eller et helseproblem som reduserer personens funksjonsnivå. Dette hendelsesforløpet er presentert i figur 5.7. Et annet hendelsesforløp til uførepensjon vil være at de ytre betingelsene for å være i arbeid har endret seg, for eksempel som resultat av en omstillingsprosess. Dette hendelsesforløpet går fram av figur 5.8.



Figur 5.7 Overgang til sykerollen på grunn av endringer i arbeidsmarkedet. "Uførhet med type II-årsak"

Overgang til sykerollen på grunn av sykdom. »Uførhet med type I-årsak».



Figur 5.8 Overgang til sykerollen på grunn av sykdom. "Uførhet med type I-årsak".

Hilsen og Grimsmo (2000) har i sin undersøkelse av arbeidsmiljø og omstilling sett på endringer i helse i lys av forandringer på arbeidsplassen. De rapporterer at økt mestring (omfatter selvbestemmelse, medvirkning og

faglig utvikling) gir bedre helse, mens økt intensitet (omfatter tids- og jobbkrav) kan føre til helseproblemer.

Flere har hevdet at innføringen av nye organisasjonsformer har ført til et mer segmentert arbeidsmarked. Industrisamfunnets arbeidsplass kjennetegnet med monotone jobber, begrenset medvirkning, fragmentering og få utviklingsmuligheter er fortsatt en realitet for rundt 1/3 av arbeidstakerne. »Kunnskapssamfunnets» arbeidsplasser med betydelig frihet, rom for faglig utvikling, få nivåer og stor fleksibilitet omfatter riktignok stadig flere, men mange arbeidstakere befinner seg på arbeidsplasser som er i en overgangsfase. Det kan se ut som gapet mellom vinnere og tapere i arbeidsmarkedet øker. På den ene siden har en arbeidstakere som kan medvirke til egne jobbetingelser og på den annen side de som må ta til takke med det de får under trussel om å bli flyttet utenlands eller erstattet av utenlandsk arbeidskraft som stiller lavere krav.

De endringene som har funnet sted på arbeidsmarkedet de senere årene både av organisatorisk og teknologisk art har kommet et stort flertall av arbeidstakere til gode. Samtidig er det utvilsomt også enkelte prosesser som har medført at personer har blitt skjøvet ut av arbeidsmarkedet. Nye og økte krav til kompetanse, kunnskap og effektivitet har ført til en utfordrende og fleksibel arbeidssituasjon for mange, mens det for andre har gjort det vanskelig å holde seg inne på arbeidsmarkedet. Hvor stor del av økningen i sykefravær og uførepensjon som skyldes omstillingsprosesser i arbeidslivet, er det derimot vanskelig å anslå.

5.4 Endringer i regelverk

Det ble på begynnelsen av 1990-tallet gjort flere endringer i folketrygdloven for å redusere veksten i tallet på stønadsmottakere med sykdomsrelaterte trygdeytelser. Bakgrunnen var den sterke veksten i sykefraværet og nytilgangen til uførepensjon på slutten av 1980-tallet. Sykefraværet økte og tallet på uførepensjonister var blitt betydelig høyere enn det en hadde regnet med da folketrygden ble innført i 1967. En antok at dette blant annet skyldtes en mer liberal praksis i tildeling av ytelser og at problemer og plager som strengt tatt ikke kunne defineres som sykdom utløste rett til trygdeytelser. Dette resulterte i en innskjerping av de medisinske inngangsvilkårene for uførepensjon i 1991 og for sykepenger og rehabiliteringspenger i 1993. Regelendringene inngikk som en del av satsingen på arbeidslinja. En antok at ved å begrense mulighetene for stønad, ville flere fortsette i arbeid.

I Attføringsmeldinga (St.meld. nr. 39 (1991-92)) ble det presisert at stønadsordninger og tiltak skulle innrettes slik at attføring eller arbeid ble valgt framfor trygd. Meldinga foreslo flere tiltak for å hindre «utstøting» og forebygge varig uførhet. En antok at tidlig intervenering i sykmeldingsfasen var en viktig forutsetning for å forebygge uførepensjon og hindre varig avgang fra arbeidslivet. Trygdeetaten skulle i følge Attføringsmeldinga ha en portvokter og veiviserfunksjon og avklare så tidlig som mulig om det er behov for yrkesrettede tiltak for at sykmeldte skal komme tilbake til arbeid. Gjennom endringer i regelverket for sykepenger har trygdekontorene fått flere virkemidler i oppfølgingen av sykmeldte.

Videre ble, etter forslag i Attføringsmeldinga, ansvaret for tiltak og virkemidler under yrkesrettet attføring samlet i arbeidsmarkedsetaten. Samtidig ble det satset betydelige ressurser på yrkesrettede tiltak i arbeidsmarkedsetatens regi.

Arbeidslinja ble understreket i Velferdsmeldingen noen år senere (St.meld. nr. 35 (1994-95)). I denne meldingen ble det lagt vekt på at mange uførepensjonister har en viss funksjonsevne som kan utnyttes i lønnet arbeid. Dette ble fulgt opp med regelendringer for å motivere uførepensjonister til å prøve seg i arbeid og gjøre det lettere å kombinere arbeid og trygd.

5.4.1 Innskjerpinger i de medisinske vilkårene for trygdeytelser m.v.

Uførepensjon

I 1991 ble det innført strengere medisinske krav for rett til uførepensjon (Ot.prp. nr 62 (1990-91)). Regelendringen innebar en skjerping av kravet om årsakssammenheng mellom den medisinske lidelsen og nedsatt inntekts- eller arbeidsevne. Det ble i forskrift presisert at sykdom, skade eller lyte måtte være en *vesentlig grunn* til den reduserte arbeidsevnen. Dette innebar en skjerping av kravet om årsakssammenheng mellom den medisinske lidelse og nedsatt arbeidsevne. Ingen diagnoser ble utelukket, men for lidelser uten objektive diagnostiske funn var de medisinske vilkårene bare oppfylt dersom det forelå bred medisinskfaglig enighet i det enkelte tilfellet. Dette førte til en viss *innskjerping av praksis* bl a i forhold til såkalte «diffuse» lidelser.

Trygderetten uttalte i en prinsippkjennelse i 1994, hvor en rekke sider ved sykdomsvilkåret ble behandlet blant annet at det ikke kan kreves varig sykdom som vilkår for rett til uførepensjon. Retten fant videre at likhetshensyn talte mot en snever avgrensning av «objektive diagnostiske funn». Saken gjaldt en anke over avslag på krav om uførepensjon fra en kvinne med diagnosen fibromyalgi.

På bakgrunn av Trygderettens kjennelse ble reglene endret i juni 1995. Lovendringen tok sikte på å klargjøre og presisere gjeldende regelverk. Departementet la til grunn at det fortsatt skal være en klar medisinsk avgrensning i uførepensjonsordningen. Varighetskravet som tidligere var regulert i forskrift ble tatt inn i loven. Den forskriftsbestemte særbehandling av lidelser uten objektive funn ble opphevet. Samtidig ble det presisert i loven at den medisinske lidelsen måtte være hovedårsaken til den nedsatte inntektsevnen. Videre ble det presisert at sosiale og økonomiske problemer ikke gir rett til uførepensjon. Personer med såkalte «diffuse lidelser» blir etter gjeldende praksis vurdert etter de samme kriterier som andre som søker uførepensjon.

Det er senere (1998) foretatt innstramminger i retten til garantert tilleggspensjon til personer som er født uføre eller er blitt uføre i ung alder hvor det ble stilt strengere krav til alvor og dokumentasjon av sykdom.

Sykepenger og rehabiliteringspenger

Reglene for sykepenger og rehabiliteringspenger ble endret i 1993 ved at det ble presisert i loven at arbeidsuførhet som skyldes sosiale, økonomiske problemer o.l. ikke gir rett til slike ytelser. En antok at en tendens til å medikalisere problemer av ikke-medisinske art hadde ført til en økning i tallet på stønadsmottakere med diffuse sykdomstilstander. Samtidig ble det presisert at retten

til sykepenger faller bort dersom stønadsmottakeren nekter å ta i mot tilbud om behandling, rehabilitering eller attføring. For rehabiliteringspenger ble det foretatt en innskjerping av kravet til årsakssammenheng mellom den medisinske lidelsen og nedsatt arbeidsevne, og det ble presisert at rehabiliteringspenger bare ytes for den tida stønadsmottakeren er under aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen.

Stønadstiden for rehabiliteringspenger ble begrenset til 52 uker som hovedregel, men med mulighet for forlengelse i visse tilfeller, f.eks. ved alvorlige sykdommer eller skader hvor den medisinske behandlingen tar lengre tid. Det kan også gjøres unntak fra ett års regelen i forbindelse med langvarige rehabiliteringsopplegg blant annet for stoffmisbrukere og i forbindelse med ventetid ved sykehus eller hos spesialist. Som hovedregel antok en imidlertid at etter ett år med sykepenger og ett år med rehabiliteringspenger vil en kunne avklare om stønadsmottakeren skulle tilbake i arbeid eller var varig arbeidsufør.

Oppfølging av sykmeldte har vært et prioritert innsatsområde i trygdeetaten i flere år. Målet er å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid og hindre overgang til permanente stønadsordninger. I 1993 fikk trygdeetaten etter forslag i Attføringsmeldinga, St.meld. nr 39 (1991-92), flere virkemidler i oppfølgingsarbeidet. Oppfølgingsansvaret gjelder også for mottakere av rehabiliteringspenger. Det vises til nærmere omtale i kapittel 7.

Sanksjonsmuligheter overfor leger

Gjennom innstrammingene i de medisinske inngangsvilkårene er legenes rolle som portvokter for trygdens ytelser blitt styrket. Samtidig har en hatt behov for å kontrollere at legene følger reglene i trygdelovgivningen. Rikstrygdeverket fikk på begynnelsen av 1990-tallet derfor mulighet til å utelukke leger som ikke følger regelverket fra å sykmelde og skrive legeerklæring i uførepensjonssaker. Sanksjonsmulighetene er benyttet i liten grad, men har sannsynligvis hatt en disiplinerende funksjon.

Det er samtidig satset betydelige ressurser for å bygge opp den medisinske rådgivningstjenesten internt i etaten. De rådgivende legene har dels en veiledningsfunksjon overfor trygdefunksjonærene, dels en kontrollfunksjon. Rådgivende legers oppgave er blant annet å medvirke til en enhetlig behandling.

5.4.1.1 Effekt av innstrammingene

Antallet nye uførepensjonister gikk ned i 1991 og 1992. Det hadde imidlertid også vært en nedgang i tilgangen til uførepensjon i årene før innstrammingen. I 1993 og 1994 økte nytilgangen til uførepensjonen igjen. Tilgangen disse årene var imidlertid lavere enn før innstrammingen.

Når det gjelder økningen i 1994 må denne ses i sammenheng med tidsbegrensningen for rehabiliteringspenger i 1993 som fikk full effekt 1. juli 1994. 85 prosent av økningen i nye uførepensjonister i perioden 1. juli 1994 til 30. juni 1995 kan i følge Rikstrygdeverket tilbakeføres til personer som har mottatt rehabiliteringspenger eller vært på yrkesrettet attføring. Ettårsregelen for rehabiliteringspenger har ført til raskere avklaring av om uførepensjon er rett

ytelse. Tidligere kunne en gå på rehabiliteringspenger i årevis. Sjansen for at en skulle komme tilbake i arbeid etter mange år på rehabiliteringspenger var liten.

Andelen nye uførepensjonister med muskel- og skjelettlidelser gikk ned de første årene etter innstrammingen for deretter å øke igjen, men er fortsatt lavere i 1998 (35,6 prosent) enn i 1990 (39,3 prosent). Reduksjonen i uføretilgangen i perioden 1991-93 var særlig stor for middelaldrende kvinner, mens økningen fra 1994 til 1995 var sterkest for denne samme gruppa. Lovendringene i 1995 synes å ha ført til en viss liberalisering i tildelingspraksis når det gjelder lidelser »uten objektive funn». Andelen nye uførepensjonister med diagnosen myalgi og fibromyalgi har økt fra 3,9 prosent i 1993 til 5,9 prosent i 1997. Andelen er høyest for kvinner i alderen 40-49 år med 13,7 prosent.

Avslag på søknad om uførepensjon - omgjøring ved anke

Det var en økning i avslåtte søknader etter innstrammingen i 1991, for begge kjønn. Avslagsprosenten var spesielt høy i 1992 og 1993 med vel 18 prosent mot 7 prosent i 1989. Senere har avslagsprosenten gått noe ned. I 1998 fikk 16,8 prosent av kvinnene og 15,4 prosent av mennene avslått sin søknad om uførepensjon. Det er klare forskjeller med hensyn til diagnose mellom de som tilstås uførepensjon og de som får avslag. Langt flere av de som får avslag på søknad om uførepensjon har lettere psykiatriske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Avslagsprosenten var særlig høy blant kvinner med muskel- og skjelettlidelser og diagnosen fibromyalgi de første årene etter innstrammingen.

En undersøkelse over avslåtte søknader i 1990 og 1993 i Møre og Romsdal viser at avslagsfrekvensen etter innstrammingen økte sterkere for kvinner enn for menn (Clausen). Avslagstilbøyeligheten var betydelig høyere i 1993 enn 1990 for personer med grunnskole som høyeste utdanning. Blant de med høyere utdanning (videregående skole og mer) ble det ikke registrert endringer i avlagsfrekvens. Avslagsfrekvensen økte mer for de med lav inntekt enn for de med høyere inntekt. Søkere med husholdningsinntekt som ligger under halvparten av landsgjennomsnittet fikk 4 ganger flere avslag enn de med høyere inntekter. Blant disse fant en oftere søkere med såkalte »diffuse diagnoser».

Det foreligger flere undersøkelser hvor en har fulgt søkere som har fått avslag etter innskjerpingen i 1991. En undersøkelse foretatt av Rikstrygdeverket viser at vel 26 prosent av de som får avslag fikk innvilget uførepensjon ett år senere. 9 prosent hadde andre pensjoner, 12 prosent hadde attføringspenger og vel 7 prosent hadde sosialhjelp. 25 prosent ble ikke funnet i registrene.

En utvalgsundersøkelse foretatt ved Institutt for samfunnsmedisin ved universitet i Trondheim over personer som fikk avslag i 1990, 1991 og 1992 viser samme tendens, men i denne undersøkelsen var nærmere 20 prosent privat forsørget henholdsvis 15 måneder og 36 måneder etter avslaget.

Rikstrygdeverket har gjort en analyse av inntektsforhold blant personer som har fått avslag på krav om uførepensjon i 1992. Inntektsanalysen omfatter perioden 1988 –1996. Blant dem som er registrert med pensjonsgivende inntekt i perioden viser resultatene en nedgang i gjennomsnittsinntekten i

årene før avslag på uførepensjon. Dette kan tyde på at folk er på vei ut av arbeidslivet allerede før de søker om uførepensjon. Gjennomsnittsinntekten i 1988 var 84 300 kroner. Inntekten er lavest i året etter avslag (49 400 kroner), for deretter å øke noe. Inntekten etter avslag kommer imidlertid ikke opp på samme nivå som før søknad og avslag på søknad om uførepensjon.

Blant de som anker avslag på søknad om uførepensjon får nærmere 40 prosent omgjort avslaget av fylkestrygdekontoret. Når saken går videre til Trygderetten får 20 prosent omgjort avslaget. Mye tyder på at innskjerping i inngangsvilkårene har ført til en utsetting av uføretidspunktet, og at mange vandrer fram og tilbake mellom ulike ordninger før de likevel ender opp med uførepensjon.

Den viktigste årsaken til omgjøring etter anke er at det foreligger nye medisinske opplysninger, bla nye legeerklæringer som inneholder bedre og mer utfyllende beskrivelser av årsakssammenhengen mellom den medisinske lidelsen og arbeidsuførheten. Mange har fått ny primærdiagnose. Dette gjelder særlig for personer med muskel- og skjelettlidelser. En relativt stor andel av disse hadde ved omgjøring en psykiatrisk lidelse som primærdiagnose. Dette kan tyde på at saken ikke var godt nok utredet da kravet ble framsatt og at avslaget ble fattet på feil grunnlag. Endringer i den enkeltes sykdomsbilde og endringer i legenes vektlegging på pasientens sammensatte problemer kan også være en mulig forklaring.

At det har vært en nedgang i avslagsfrekvensen samtidig som antallet uførepensjonssøkere øker kan tyde på at det har skjedd en endring i tildelingspraksis og at mer »diffuse» sykdommer i større grad er blitt akseptert som uføreårsak igjen. En annen forklaring kan være at »søkermassen» har endret seg.

Sykefravær og stønadsmottakere med rehabiliteringspenger

Det var registrert en nedgang i sykefraværet før innstrammingen i 1993. Fra 1994 har det vært en økning i fraværet. Dette tyder på at innstrammingen har hatt liten effekt på utviklingen i fraværet. Dette kan skyldes at innstrammingene ikke har påvirket legenes sykmeldingspraksis og at personer med problemer som ikke gir rett til sykepenger har fått andre medisinske diagnoser. Men det kan også skyldes at det ikke var særlig misbruk tidligere. Endringene i loven var ment som presiseringer av det som allerede var gjeldende rett og hadde som siktemål å stanse en mulig utglidning.

Etter en kraftig nedgang i tallet på mottakere av rehabiliteringspenger i 1995 og 1996, har det de siste årene vært en økning i nytilgangen som følge av at stadig flere går sykmeldt ett helt år. Gjennomsnittlig stønadstid på rehabiliteringspenger har imidlertid gått ned. Den første tiden etter lovendringen ble unntaksregelen benyttet i hele 40 prosent av tilfellene, mens i 1998 mottok 33 prosent av stønadsmottakerne rehabiliteringspenger i mer enn 52 uker.

52-ukers regelen resulterte i en reduksjon i antallet stønadsmottakere med over 40 prosent fra 1993 til 1996. Regelendringen fikk først full effekt i juli 1994. Etter1996 har antallet stønadsmottakere med rehabiliteringspenger økt. Fra 1996 til 1997 økte antallet stønadstilfeller med 13 prosent, mens det var en samlet nedgang i perioden 1992-97 med 32 prosent. Andelen avsluttede til-

feller med varighet over ett år har gått ned fra 46,6 prosent av tilfellene i 1994 til 33 prosent. i 1998.

En analyse foretatt av RTV basert på et utvalg for årene 1993, 1994 og 1995 viser at en stadig større andel av de som avslutter rehabiliteringspenger går direkte over på uførepensjon. Nærmere 50 prosent av de som avsluttet rehabiliteringspenger i 1995 hadde ved utgangen av året gått over på uførepensjon. Årsaken til den høye uføretilbøyeligheten i 1995 kan i følge RTV være at uførepensjonering tidligere ble utsatt ved at stønadsmottakerne gikk lenger på rehabiliteringspenger. Eller at bedre oppfølging og selektering av stønadsmottakere i sykepengefasen har gjort at de som er alvorlig syke kommer over på rehabiliteringspenger og deretter på uførepensjon, mens de som kan tilbakeføres til arbeid blir henvist til yrkesrettet attføring.

Andelen som kommer i arbeid etter avsluttet rehabiliteringspenger er om lag 20 prosent. En større andel kvinner enn menn går tilbake til arbeid. Sjansen for å komme i arbeid eller på såkalte aktive ytelser (sykepenger og dagpenger) avtar med varighet på rehabiliteringspenger. Dette viser betydningen av tett oppfølging av stønadsmottakerne i rehabiliteringspengefasen for å kunne foreta en så tidlig som mulig vurdering/avklaring av attføringspotensialet.

Nevnte undersøkelse viser en prosentvis nedgang i de som går fra rehabiliteringspenger til attføringspenger. Dette antas å ha sammenheng med at flere går direkte fra sykepenger til yrkesrettet attføring. Selv om det har vært en økning i antallet stønadsmottakere som starter på yrkesrettede attføringsopplegg i sykepengefasen, gjelder imidlertid dette fortsatt for bare en liten andel av sykepengemottakerne. For personer som har vært sykmeldt i over 26 uker blir 5,7 prosent overført til arbeidsmarkedsetaten for yrkesrettet attføring i sykepengeperioden.

5.5 Administrative forhold

5.5.1 Nedbygging av restanser – raskere saksbehandling

Innskjerpingen i de medisinske inngangsvilkårene og satsingen på aktive tiltak framfor varig trygd (arbeidslinja) kan ha ført til en utsettelse av uførepensjoneringstidspunktet. På den annen side når varig uførhet er et faktum, og det foreligger søknad om uførepensjon, kan det se ut til at det går raskere å få behandlet søknaden. Rask saksbehandling har vært et prioritert område i trygdeetaten i flere år. I perioder hvor restansene øker vil veksten i antallet nye uførepensjonister »forsinkes» og være svakere enn antallet søkere skulle tilsi. Det motsatte skjer i perioder hvor restansene bygges ned. I følge Rikstrygdeverket ble det innvilget 2 200 flere uførepensjoner i 1998 enn det ville ha vært dersom saksbehandlingstiden hadde vært den samme som i 1997. Tilgangen av nye uførepensjonister økte fra 28 364 til 33 290 i 1998. Rikstrygdeverket anslår at 40 prosent av økningen har sammenheng med restansenedbygging. Dette illustrerer at en bør være varsom med å trekke konklusjoner på grunnlag av utviklingen over korte tidsspenn.

5.5.2 Portvakter i trygdesystemet

Folketrygdens stønadsordninger er rettighetsbasert. Det innebærer at søkeren må fylle nærmere bestemte vilkår. Likevel er det et visst spillerom for skjønn, særlig ved tildeling av uførepensjon. Legens og trygdefunksjonærens vurderinger og praktiseringen av regelverket kan derfor ha betydning for utviklingen i tallet på stønadsmottakere.

Legen som portvakt

Legen utøver medisinsk skjønn i vurdering av søknader om uførepensjon. I tillegg til å vurdere pasientens helsetilstand, skal legen vurdere om det er sammenheng mellom den medisinske lidelsen og nedsatt inntektsevne. Leger kan oppleve lojalitetskonflikt mellom ansvaret for pasienten, forvaltning av folketrygdens regelverk og faglige standarder. Legen oppfatter ofte sin rolle i trygdesaker som problematisk. Hvinden (1994) mener at legens rolle varierer mellom å opptre som advokat for sin pasient eller som trygdekontorets konsulent, og at dette påvirker forbruket av trygdeytelsene. Undersøkelser har vist at allmennleger er mindre restriktive enn rådgivende leger og yngre leger mer restriktive enn eldre i vurderingen av uføresaker.

Det er nylig gjort en undersøkelse der 360 leger i åtte fylker vurderte to fiktive sykehistorier mht uførepensjon. [36] Det viste seg at legene var uenige både om når de medisinske vilkår var oppfylt, om inntekts- eller arbeidsevnen var redusert og om attføring i tilstrekkelig grad var forsøkt. Variasjonene hadde sammenheng med forskjeller i legens personlige moral og verdisyn. [37] En slik vilkårlighet bak legens erklæring kan true prinsippet om likebehandling og gi varierende utfall fra sak til sak avhengig av behandlende lege (Terum, Nergård).

Lidwall og Marklund (1977) finner at sykmeldingsmønsteret varierer med legens spesialitet, alder og kjønn. Leger har problemer med å vurdere arbeidsevne, og savner klare retningslinjer på dette området. Det er ikke vitenskapelig dokumentert at det er sammenheng mellom sykelighet og arbeidsevne. [38] I en spørreundersøkelse som er gjennomført blant allmennpraktikere i Buskerud finner Tellnes m. fl (1990) at yngre leger, leger med spesialistkompetanse i allmennmedisin og bedriftsleger skriver ut signifikant kortere sykmeldinger enn andre. De finner ikke belegg for sammenheng mellom legenes holdninger til sykmelding og sykmeldingens lengde. Andre undersøkelser viser at leger synes gradering av arbeidsevne og å avgjøre sykmeldingens lengde er de mest problematiske områder innenfor det trygdemedisinske arbeidet allmennpraktikere gjør. Getz og Westin (1994) har undersøkt hvilke tilpasninger legen gjorde i uføresaker etter innstrammingene i regelverket i 1991. Strengere medisinske vilkår for tildeling av uførepensjon innskrenket legens mulighet til å utøve skjønn og reduserte legens opplevde

36. Terum, Lars Inge og Nergård, Trude B »Medisinsk skjønn og rettstryggleik» Tidsskrift for den norske lægeforening nr 15/1999.
37. Målt ved legens syn på uførepensjonister, ordningen og iverksetting av denne, syn på uførepensjon som livsform og forsørgingsmåte.
38. Tore Hansen (red): Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet. SNF-rapport 12/99.

handlingsrom. Mange leger fant oppgaven vanskelig, særlig fordi pasientene var i en presset situasjon på et arbeidsmarked med få muligheter.

Trygdefunksjonæren som portvakt og veiviser

Trygdefunksjonærene har rolle som portvakt og veiviser. De skal kontrollere at vilkårene for rett til trygdeytelser er oppfylt og skal informere og veilede den enkelte trygdesøker om rettigheter, alternative ytelser og motivere til arbeid og aktivitet. Undersøkelser viser at kompetanse, organisering av arbeidet, graden av samarbeid mellom andre berørte etater og instanser har betydning for beslutningsprosessen i trygdeetaten. Rammebetingelser ved det enkelte trygdekontor som ressurser og arbeidsmengde har også betydning.[39]

Studier har funnet at saksbehandlere i trygdeetaten anvender skjønn i utstrakt grad. Trygdefunksjonærene foretrekker i ulik grad å bruke skjønn, er mer eller mindre regelorienterte eller klientorienterte, og dette påvirker beslutningene som fattes. Usikkerhet i beslutningssituasjonen kan også påvirke utfallet. En undersøkelse viser at trygdefunksjonæren ofte var usikker på om en skulle gå inn for rehabiliteringspenger eller uførepensjon. Beslutningssituasjonen ble betegnet som usikker på grunn av kompliserte medisinske symptomer og diagnoser, sosiale forhold, situasjonen på arbeidsmarkedet, kvalifikasjonsproblemer eller motivasjonsproblemer hos klientene. [40]

Den enkeltes møte med portvaktene

Utfallet av en trygdesak kan også påvirkes av den enkeltes evne til å orientere seg i trygdesystemet, gjøre seg kjent med sine rettigheter og sette seg inn i tildelingsprosedyrene. Videre kan brukerens opplevelse av møtet med hjelpeapparatet ha betydning. Undersøkelser har pekt på at mange brukere føler de blir mistenkeliggjort og utsatt for en »diagnostiseringsprosess» i møte med hjelpeapparatet. Kvinner og menn rapporterer om ulike erfaringer som brukere. Kvinner opplever i mindre grad enn menn å ha innflytelse i tiltaksprosessen. Menn opplever at tiltakene som blir iverksatt er mer adekvat, mens kvinnene oftere erfarer at deres diagnose blir kategorisert som ikke-arbeidsrelatert. [41] Innvandrere får oftere »diffuse» diagnoser enn nordmenn.

5.6 Behandlingstiltak – innvirkning på sykefraværet og uføretilgangen

5.6.1 Utviklingen i helsetjenestens tilbud og utviklingen i sykefraværsnivå

Helsetjenesten er tilført betydelig ressurser på 1990-tallet. Dette kan oppsummeres i følgende punkter:

- Antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten har økt med cirka 14 prosent fra 1990 til 1998. Til sammenlikning økte befolkningen i Norge med omlag 4,5 prosent i samme periode.

39. Hansen (red): Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet
40. Hensing, Timpka og Alexanderson (1997): Dilemmas in the daily work of social insurance officers»
41. SNF-rapport 12/99

- Antallet årsverk for fysioterapeuter har økt med om lag 25 prosent i samme periode.
- Antallet årsverk samlet på sykehus har økt med 15 prosent fra 1994 til 1998. Antallet legeårsverk økte med 28 prosent, mens antall sykehusopphold økte med 17 prosent fra 1995 til 1998. [42] Antallet opphold med liggetid 1 døgn eller mer økte med om lag 8,5 prosent. Antallet polikliniske konsultasjoner har økt fra vel 3,0 mill i 1995 til vel 3,3 mill i 1998.

Det har vært en sterk vekst i utgiftene til medisiner. Mens det f.eks. ble refundert knapt 3,3 mrd kroner til medisiner på blå resept i 1995, var utgiftene i 1998 drøyt 5 mrd kroner.

Utvikling i medisinsk teknologi og medisiner skulle i kombinasjon med økt personellinnsats mv. bidra til et bedret helsetilbud på 1990-tallet. Det virker i utgangspunktet lite rimelig at helsetilbudet kan bidra til å forklare veksten i sykefravær og uføretilgang i de senere år. Den samlede utvikling i tilbudet skulle snarere bidra til å dempe behovet for sykmelding og uførepensjoner.

Det er to forhold som i noen grad kan nyansere dette bildet. For det første har mye av veksten i tilbudet gått til personer utenfor arbeidsstyrken (dvs personer over 67 år). For sykehusopphold er dette markert. Mens ratene for personer mellom 16 og 67 år i stor grad er stabile eller har en svak vekst, er det en markert økning i ratene for sykehusbruk for personer over 67 år. [43] For det andre er det slik at selv om tilbudet generelt har økt, kan økt etterspørsel likevel ha medført at ventetidene på behandling har økt. Økt ventetid kan i neste omgang medføre lengre sykmelding. Et forhold kan spesielt ha betydning for sykmeldte. Det kan være grunn til å tro at mange av disse ikke lider av en så alvorlig lidelse at de kommer inn under ventetidsgarantien. Økt innsats for å redusere garantibrudd *kan* medføre lengre ventetid for sykmeldte uten garanti. Tall for ventetider for personer vil i stor grad avhenge av endringer i garantiordninger og endringer i registreringspraksis. En sammenstilling av median ventetider fra 3. tertial 1998 til 3. tertial 1999 viser en viss reduksjon av ventetid for garantipasienter og ikke garantipasienter og totalt - både for innlagte, for dagopphold, og for poliklinisk behandling. Median ventetid ble totalt sett redusert 41 dager til 36 dager [44]

Det er samlet sett ikke grunn til å tro at utviklingen i helsetjenestetilbud og ventetider kan forklare utviklingen i sykefraværet på 1990- tallet.

5.6.2 Ventetidens betydning for nivået på sykmeldingene.

Selv om utviklingen i sykefraværet neppe kan forklares med utviklingen i helsetjenestens tilbud, kan det være at nivået på sykefraværet kunne vært lavere om ventetidene i helsetjenesten ble redusert.

I en rapport utarbeidet av Sintef Unimed [45] på oppdrag fra NHO's arbeidsmiljøfond er det gjort et forsøk på å anslå utgiftene knyttet til unngåelig

42. Kilde St.pr. nr 1 for 1999-2000 for Sosial og helsedepartementet. I tidligere proposisjoner er det gjengitt andre tall basert på andre datakilder.
43. Utgangspunktet for disse vurderingene er et notat ("Kostnader ved sykehusbehandling i år 2000") utarbeidet av Sintef for Sosial- og helsedepartementet i 1999.
44. Kilde Norsk Pasientregister .
45. "Helsekøer og sykefravær. Tre spørreundersøkelser" 1998

venting for langtidssykmeldte (dvs sykmeldte over 8 uker). Resultatene varierte noe med hvilken gruppe som ble spurt. Resultatene fra fem trygdekontor indikerer at 42 prosent av langtidssykmeldte fikk forlenget sine sykmeldinger på grunn av venting. Primærlegene rapporterte at mellom 17 prosent og 22 prosent av pasientene som sykmeldes ut over 8 uker får forlenget sykefravær fordi de må vente på videre undersøkelse eller behandling. Av i alt ca 1 600 friskmeldte rapporterte 17 prosent at deres sykmelding ble forlenget fordi de måtte vente i helsekø i løpet av sykmeldingsperioden.

Rapporten gjør et skille mellom "brutto" venting som inkluderer all venting og "netto" venting som et utrykk for hva en realistisk sett kunne unngått. Det trengs noe tid til å planlegge og gjennomføre undersøkelser, gitt at en skal drive sykehusene på en effektiv og rasjonell måte. Det anslås at fire ukers venting vil være "forholdsvis uunngåelig" selv med det som oppfattes som tilstrekkelige ressurser.

Selv om resultatene varierer noe blant trygdekontor, leger og de friskmeldte gruppene, er anslaget for unngåelig venting relativt likt i de ulike gruppene. Det anslås at minst 6 prosent av langtidssykefraværet kunne unngås, forutsatt at alle ventetider ved sykehus, spesialister og fysioterapi hadde vært redusert til fire uker. Dette representerer omkring 1,2 millioner fraværsdager eller 600 mill. kroner i sykepenger i 1997.

Rapporten vurderer det slik at dette er et minsteanslag på de marginalkostnadene fraværet medfører. Verdien av tapt produksjon kan overgå sykepengeutgiftene. Videre er det ikke regnet med ulike sekundærer effekter av at sykefraværet blir forlenget (mulig minsket sannsynlighet for å komme tilbake til arbeid). For det tredje er det ikke tatt med unødige lidelser og tapt livskvalitet. [46]

De største flaskehalsene for å få gjennomført behandling eller undersøkelse synes å ligge innen ortopedi og i generell kirurgi, mens ventetidene for psykiatri eller fysikalsk behandling bidrar i noe mindre grad til forlengede sykmeldinger.

Rapporten skisserer tre ulike tiltak for å oppnå innsparinger:

- Generell økning av kapasiteten for å redusere ventetiden
- Prioritere sykmeldte framfor andre pasienter for undersøkelse og behandling
- Kjøpe helsetjenester til sykmeldte ved bruk av trygdemidler.

I punkt 7.4 er det gitt en nærmere vurdering av erfaringer med kjøp av helsetjenester til sykmeldte ved bruk av trygdemidler.

5.7 Forholdet til andre stønadsordninger

Forholdet uførepensjon - AFP

Det er i flere sammenhenger reist spørsmål om i hvilken grad AFP-ordningen avlaster uførepensjonsordningen. Dersom dette er tilfellet, vil det finnes personer blant AFP-pensjonistene som ville vært uførepensjonister om ikke AFP-

46. Mulig potensiale for innsparing for 2000 kan videre oppjusteres med lønnsutviklingen i perioden 1997-2000.

ordningen hadde eksistert. Det foreligger to analyser hvor en har forsøkt å belyse denne problemstillingen.

En interdepartemental arbeidsgruppe har sammenliknet sykefravær forut for henholdsvis uførepensjonering og overgang til AFP. I motsetning til uførepensjon er det ikke krav om redusert helse for å kunne ta ut AFP. Blant uførepensjonistene vil derimot de fleste ta ut maksimalt sykefravær i perioden før de går over på uførepensjon. En antok at AFP-pensjonister som ikke hadde hatt sykefravær av en viss lengde ikke hadde uførepensjon som et reelt alternativ ved tilbaketrekking fra arbeidslivet. Arbeidsgruppa konkluderte med at 10 prosent av nye AFP- pensjonister i 1995 med rimelig sikkerhet kunne anses som potensielle uførepensjonister på pensjoneringstidspunktet.

Denne konklusjonen forutsetter at omfanget av sykefravær ikke påvirkes av hvilke pensjoneringsmuligheter vedkommende har. Ettersom muligheten for å få uførepensjon er betinget av at en har helseproblemer og det normale er at en går ett år på sykepenger før en går over på uførepensjon, kan det tenkes at dette i seg selv vil medføre at sykefraværet blir høyere enn når en ikke har tilgang til andre pensjonsordninger enn uførepensjon. Dersom det eksisterer slike seleksjonseffekter når det gjelder sykepenger, må en regne med at en større andel av AFP-pensjonistene enn anslått i arbeidsgruppas beregninger alternativt kunne blitt uførepensjonister. Det at kompensasjonsnivået for sykepenger er høyere enn kompensasjonsnivået i AFP, taler mot at slike seleksjonsmekanismer gjør seg gjeldende.

Når en skal vurdere om AFP-ordningen avlaster uførepensjonsordningen, må en også ta hensyn til at enkelte vil kunne bli potensielle uførepensjonister på et senere tidspunkt før fylte 67 år om de ikke hadde gått av med AFP. Etter en samlet vurdering fant arbeidsgruppa at maksimalt 20 prosent av AFP-pensjonistene i privat sektor ville vært uførepensjonister om AFP-ordningen ikke hadde eksistert.

En annen analyse, foretatt av SNF på oppdrag fra Førtidspensjonsutvalget (NOU 1998:19) basert på forløpsdata fra RTV, viser at en betydelig større andel forblir i arbeid i gruppa som ikke har rett til AFP enn blant de som har mulighet for å gå av med AFP. Det er videre markante forskjeller mellom de to gruppene i andelen som blir uføretrygdet. Arbeidstakere med rett til AFP har betydelig lavere sannsynlighet for å bli uførepensjonert sammenliknet med arbeidstakere uten rett til AFP. Resultatene fra analysene viser at det å ha rett til AFP, under ellers like betingelser, reduserer sannsynligheten for uførepensjon signifikant. Sammenliknet med gruppen som ikke har rett til AFP, er risikoen for å bli ufør om lag 45 prosent lavere for gruppen som har rett til AFP.

På grunnlag av en sannsynlighetsberegning finner SNF at 48 av 100 personer som har rett til AFP, benytter seg av denne muligheten for å gå av før pensjonsalderen. Dersom AFP-ordningen ikke hadde eksistert, tyder resultatene på at 28 av disse ville fortsatt i arbeid, sju ville blitt uføretrygdet, mens 13 personer ville gått over i samlekategorien ukjent. På tilsvarende måte er det beregnet at 8 prosent av AFP-pensjonistene ville vært arbeidsledige dersom AFP-ordningen ikke hadde eksistert.

5.8 Fraværskultur og holdninger

Fraværskultur og holdninger kan påvirke sykefraværet, men om holdninger og fraværskultur skal forklare noe av økningen i sykefraværet og tilgangen til uførepensjon, må det ha vært en endring de siste årene. Endrede holdninger og endret fraværskultur er vanskelig å påvise. Undersøkelser om fraværskultur er nesten utelukkende foretatt etter 1990. [47] Det er metodisk krevende å undersøke holdninger og andre kvalitative faktorer, særlig dersom hensikten er å generalisere resultatene for å kunne si noe om utviklingen i arbeidslivet generelt.

5.8.1 Betydningen av holdninger og fraværskultur

Dersom holdninger skal påvirke sykefraværs- og uførepensjonsutviklingen forutsettes det elementer av valg i beslutningen om å sykmelde seg og/eller bli uførepensjonert. Ved alvorlig og langvarig sykdom vil dette ikke være tilfellet. Det er i første rekke korttidsfraværet som kan påvirkes av holdninger og fraværskultur.

Flere av forklaringene på utviklingen i sykefravær og uførepensjon har med holdninger å gjøre. Antakelsen om at nivået på arbeidsledighet påvirker sykefraværet har elementer av dette i seg, som når en antar at lav ledighet fører til at den enkelte arbeidstaker ikke bekymrer seg for å miste tillit hos arbeidsgiver og dermed »tillater» seg å være sykmeldt. Videre er det en vanlig hypotese at god bedriftsøkonomi gjør at den enkelte arbeidstaker antar at fravær ikke får dramatiske følger for bedriften. Samtidig hevdes det at arbeidslivets holdninger til eldre arbeidstakere gjør at de presses ut av arbeidsmarkedet.

Med begrepet fraværskultur antar en at det eksisterer lokale normer og en felles forståelse av hva som er et akseptabelt fraværsnivå. En slik felles kultur utvikler seg over tid gjennom samhandling på arbeidsplassen. [48] Dersom dette varierer fra arbeidssted til arbeidssted kan kulturen være med på å forklare hvorfor fraværet varierer mellom arbeidssteder som er tilsynelatende like. Olsen og Mastekaasa (1997) viser til undersøkelser der fraværsnivået er større mellom bedrifter enn innad i bedrifter, og at enkelte yrker har normer for at korte fravær aksepteres opp til et gitt nivå. Forskerne mener at de ansatte »forhandler» seg fram til et fraværsnivå som er akseptabelt innad på arbeidsplassen.

Nicholson og Johns (1985) analyserer variasjon i fravær mellom ulike land, og påpeker at variasjonene ikke bare kan forklares ut fra demografi eller egenskaper ved arbeidsplassen. En del av forklaringen er knyttet til ulik fraværskultur. Denne oppstår gjennom læring, ved at ansatte observerer andre ansattes fravær og hvilke reaksjoner disse møter, for deretter å tilpasse sitt eget fraværsmønster etter dette. Pliktfølelse kan også gjøre at en møter på jobb, til tross for at en ikke trives, eller motsatt, at fravær blir sett som en legitim reaksjon mot mistrivsel. Martocchio (1994) finner at grupper med oppfatning av at fravær har negative konsekvenser (redsel for å bli sparket og

47. Karen M Olsen og Arne Mastekaasa; Forskning om sykefravær. ISF-rapport 97:7.
48. Kultur defineres generelt som »the shared meaning of a collective» (Nicholson og Johns 1985).

lignende) har lavere fravær, mens grupper som syntes det er mange fordeler med å være borte fra jobb (avbrekk fra rutiner og lignende) har høyere fravær. I tillegg fant Martocchio at jo større gruppe, desto høyere fravær. Olsen og Mastekaasa (1997) finner at de fleste undersøkelsene som har tatt for seg holdninger og fravær konkluderer med at det er sammenheng mellom fraværskultur og fraværsnivå.

Flere studier har sett på forholdet mellom følelsen av tilhørighet i bedriften og fravær. Mastekaasa (1991) finner at ansatte med lav tilhørighet i bedriften (målt utfra spørsmål som om en er stolt over å jobbe i, om en er villig til å gjøre en ekstra innsats for og om en føler tilknytning til bedriften) har fravær dobbelt så ofte som personer med høy tilhørighet. Drago og Wooden (1992) finner at ansatte som jobber tett sammen har lavt fravær, forutsatt at jobbtilfredsheten er høy. Flere andre undersøkelser underbygger at fravær påvirkes av hvor sterkt den enkelte er tilknyttet arbeidsplassen. Resultatene er imidlertid ikke entydige, og det oppstår ofte problemer med å skille effekten av holdninger fra andre faktorer som arbeidsmiljø eller forskjeller i helsetilstand. Et annet metodisk problem er at holdninger kan tilpasses det faktiske atferdsmønsteret, det vil si at en legitimerer sitt eget fravær ved å tilpasse egne holdninger til dette. Dessuten kan det være slik at personer som i utgangspunktet har lite fravær er nærmere knyttet til arbeidsplassen sin, som igjen gir lavere fravær. Årsaksretningene er altså ikke klare og entydige.

Holdninger kan også påvirke tilveksten til uførepensjon. Hvordan en oppfatter egen sykdom, arbeidsevne og hvordan en ser på det å bli uføretrygdet (verdig eller uverdig avgang) kan spille inn på beslutningen om å søke uførepensjon. Videre vil arbeidskolleger, ledelse og samfunnets syn på uførepensjon som alternativ til arbeid kunne prege den enkeltes atferd.

5.8.2 Fraværskultur og holdninger i endring?

Det er gjort lite forskning om fraværskulturen har endret seg over tid. I NOU 1999:34 *Nytt millennium –nytt arbeidsliv*? framgår det: »Nettverk, fristilling, flate organisasjoner, selvstyrte team, fleksibilitet og prosessforbedring er ord og uttrykk som alle henspeiler på endring og utvikling av nye organisasjonsformer i arbeidslivet» (s 20). Det er grunn til å tro at flytende grenser mellom virksomheter og ansatte, løsere tilknytning til arbeidsmarkedet, økt bruk av vikarer, og større turnover i arbeidslivet svekker den lokale arbeidskulturen. Hvordan dette slår ut på sykefraværet er uvisst, men lav tilhørighet i seg selv tilsier økt fravær Et stramt arbeidsmarked kan også ha bidratt til at folk som mistrives på jobb, heller bytter jobb enn å sykmelde seg. Økonomiske oppgangstider kan også bidra til økt fravær ved at bedriften i større grad har mulighet til å bære økt sykefravær økonomisk.

Holdninger til yrkeshemmede og folk med helseproblemer

I en undersøkelse blant 611 bedriftsledere gjennomført for Næringslivets Ukeavis (MMI 1999) svarer 98 prosent at høyt sykefravær teller negativt ved vurdering av potensielle nyansatte. I Sverige er det gjort tilsvarende undersøkelse, og samtlige av de spurte sier at dersom en har høyt sykefravær, vil en trolig avstå fra å rekruttere han/henne. Videre sier 34 prosent av de spurte at de trolig vil avstå fra å ansette personer med arbeidshandikap, mens 53

prosent mener at dette kan ha betydning for eventuell ansettelse. Når det gjelder personer med risiko for helseproblemer, sier 52 prosent at røyking har betydning, mens hele 66 prosent mener overvekt har betydning. [49]

Holdninger til eldre arbeidstakere

Eldre arbeidstakere har vanskeligere for å komme tilbake i arbeid etter arbeidsledighet enn yngre arbeidstakere. Videre er det de eldre som først må forlate arbeidsplassen ved omstilling og nedbemanning. En av grunnene til dette oppgis i NOU 1998:19 *Fleksibel pensjonering* å være at holdninger blant arbeidsgivere bidrar til at arbeidsmarkedssituasjonen for eldre blir vanskeligere enn egenskapene deres isolert sett skulle tilsi. Solem (1998) finner at eldre er lite attraktive ved nyansettelser selv når de konkurrerer med andre grupper som står svakt på arbeidsmarkedet. Lyng (1999) finner i en studie av norske bedrifter at holdningen til eldre arbeidstakere stort sett er positiv, og at de spurte mener at egenskaper som sosial kompetanse og problemkompetanse styrkes ved økende alder. Han finner også at adaptive evner (kreativitet, fleksibilitet, læreevne og omstillingsevne) oppfattes som svekket med alder, samtidig som slike evner blir tillagt stor betydning for yrkesprestasjoner.

Holdninger til trygd og trygdede

Fafo gjennomført en spørreundersøkelse som bl a tar for seg folks holdninger til trygdeordninger og trygdeforbruk (1999). Om lag 1/3 av de spurte oppgir at de vet om personer som urettmessig mottar trygd. Herunder nevner om lag 13 prosent at de vet om urettmessig mottak av uførepensjon, og 10 prosent om urettmessig mottak av sykepenger. En av fire sier de kjenner personer som ikke hadde søkt eller fått ytelser de har krav på. Altså er det færre som rapporterer om underforbruk enn om overforbruk. Her er det uførepensjon som oftest trekkes fram. Vel 13 prosent av utvalget sier de personlig kjenner til personer som ikke får den uførepensjon de har krav på. 9 av 10 mener at det eksisterer trygdemisbruk i Norge i dag. Når det gjelder årsaker til trygdemisbruk, oppgir nærmere halvparten manglende oppfølging og kontroll. 18 prosent mener at ytelsene er for høye mens 15 prosent mener at det er for lett å få trygd. Oppslutningen om trygdesystemet som helhet viser seg imidlertid å være relativt høy, ved at over halvparten mener at det offentlige bruker passelig mye ressurser på trygd og sosialhjelp i forhold til behovet. Vel 19 prosent mener det brukes for lite, mens vel 15 prosent mener det brukes for mye ressurser på disse ordningene. Tidligere undersøkelser viser at det er en klar sammenheng mellom mistanker om misbruk og ønske om å skjære ned på en ordning (Kolberg og Pettersen 1988).

Videre kartlegger Fafo-undersøkelsen om de som selv har mottatt trygde- eller sosialytelser har følt manglende aksept eller mistenkeliggjøring som mottaker av trygd eller sosialhjelp. En av fem svarer bekreftende på dette. Andelen som føler seg mistenkeliggjort er litt høyere for kvinner enn for menn. En undersøkelse gjennomført ved NOVA viser at de som mottar trygd er mest skeptisk til påstander om at det er for lett å få uførepensjon, mens

49. Aftenposten 11.10.99 og Platsjournalen, Sverige 1999.

alderspensjonister utgjør det andre ytterpunktet. Mer enn halvparten av alderspensjonistene sier de er delvis eller helt enige i at det er for lett å få uførepensjon. I denne undersøkelsen skal de spurte også ta stilling til følgende påstand: »Svært mange uførepensjonister kunne vært i arbeid om de virkelig ønsket det». Mer enn $^{3}/_{4}$ av utvalget var enig i denne påstanden. Dette tolkes som om at de færreste tror at uførepensjonering bare er et arbeidsmarkedsproblem.

> »Tvert imot ser det ut som fleirtalet meiner at måten den einskilde mottakaren handterer problema sine på, også spelar ei viktig rolle».

Trude Brita Nergård ved NOVA har gjennomført en spørreundersøkelse blant 430 trygdefunksjonærer samt et representativt utvalg på 2011 personer hvor tema er forbruk av uførepensjon og årsaker til uførepensjon. [50] Hun ser særlig på hvorvidt oppfatningene »folk flest» avviker fra oppfatningene i trygdeetaten. Resultatene tyder på at trygdefunksjonærene forsvarer ordningen de forvalter. Hele 70 prosent sier seg uenig i utsagnet »Det er for lett å få uførepensjon i Norge i dag», mens 26 prosent er delvis enig. Blant folk flest er oppfatningen om at det var for lett å få uførepensjon noe mer utbredt. Vel en av ti samtykker i påstanden. Da tilsvarende undersøkelse ble gjort i 1994, fant Øverbye og Eia (1995) at en av tolv nordmenn mente det var for lett å få uførepensjon. Når det gjelder påstanden om at svært mange uførepensjonister kunne vært i arbeid dersom de virkelig ønsket det er trygdefunksjonærene mer tilbakeholdne enn resten av utvalget. Om lag halvparten av trygdefunksjonærene samtykker i denne påstanden, de fleste bare delvis. Oppsummeringsvis hevder forskeren at uførepensjonsordningen har stor støtte og legitimitet i befolkningen, og at bruken av ordningen er bredt akseptert. Samtidig mener flertallet av de spurte at mange uførepensjonister fortsatt kunne arbeidet dersom de virkelig ville det.

5.9 Andre forklaringer

5.9.1 Rusmisbruk som årsak til sykefravær og uførepensjonering

Det er gjort forholdsvis lite forskning på sammenhengen mellom sykefravær og rusmisbruk. En undersøkelse gjennomført ved NOVA (Hammer 1999) tok for seg sammenhengen mellom alkoholforbruk og sykefravær utover egenmeldingsperioden blant unge i arbeid. Resultatene fra denne undersøkelsen viste at det blant menn ikke var noen sammenheng mellom alkoholkonsum og langtidssykefravær, mens det for kvinner i hovedsak var slik at jo mindre det drikkes desto høyere sykefravær (bortsett fra en gruppe med spesielt høyt alkoholkonsum). Rapporten anslår videre alkohol relatert korttidsfravær (»fyllesyke») til å omfatte cirka en tredjedel av endags fraværet blant personer i aldersgruppen 25 til 28 år.

Tall fra Rikstrygdeverkets sykepengeregister viser at diagnoser knyttet til misbruk står for under en halv prosent av alle avsluttede sykepengetilfeller. Selv om det sannsynligvis er en del sykefravær relatert til rusmisbruk som blir »kamuflert» bak andre diagnoser, er det ingen grunn til å tro at rusmisbruk står for noen stor andel av det totale langtidssykefraværet.

50. Kronikk iVelferd 5/99

Etter en kjennelse i Trygderetten fra 1976 har alkoholisme vært omfattet av folketrygdens sykdomsbegrep. Tall for 1999 viser at 1,7 prosent av alle nye uførepensjonister hadde diagnosen »psykiske lidelser på grunn av rusmiddel- eller tablettforbruk». Andelen er betydelig høyere blant menn (2,9 prosent) enn blant kvinner (0,6 prosent). Det er usikkert hvor illustrerende disse tallene er for å beskrive den reelle betydningen av rusmisbruk som årsak til uførepensjonering. Det er grunn til å tro at der hvor rusmisbruk opptrer sammen med annen medisinsk lidelse, er det den andre lidelsen som oppgis ved søknad om uførepensjon. Dette fordi det har vært vanskelig å få innvilget uførepensjon med alkoholisme som diagnose. Det stilles blant annet strengere krav til gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring, og til at inntektsevnen er varig nedsatt for personer med rusmiddelproblemer.

En undersøkelse av søknader om uførepensjon på 1990-tallet (Kristoffersen 1999) rapporterte at i perioden 1993 til 1998 var den prosentvise økningen størst for søknader blant personer med »alkoholisme og narkomani». Avslagsprosenten for disse søknadene var imidlertid høy i hele perioden. Likevel viser det seg at blant menn er den relative veksten i tilgangen til uførepensjon i perioden 1993 til 1998 sterkest i nettopp denne sykdomsgruppen. Men økningen i denne sykdomsgruppen bidrar i liten grad til den totale veksten i antall uførepensjonister i denne perioden.

5.9.2 Sivil status, sykefravær og uførepensjon

Familiesituasjonen kan være en årsak til helsemessige forskjeller mellom ulike grupper. Det er hevdet at kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes at menn og kvinner har ulike belastninger i arbeid og hjemmesituasjonen. Dette blir nærmere drøftet i kapittel 6. For det andre er det teorier som understreker betydningen av ekteskapelig status for helsemessige forhold.

I den offisielle statistikken finnes det få opplysninger om sammenhengen mellom sivil status og forbruk av stønadsordninger. De undersøkelser som har undersøkt betydningen av ekteskapelig status finner i hovedsak at gifte har lavere sykefravær enn andre grupper (Hansen 1999). Det er som regel to forhold som benyttes for å forklare denne tendensen. For det første at ekteskapet fungerer som en buffer mot forhold som virker negativt inn på personers helse. For det andre – med omvendt årsaksforhold – at det skjer en seleksjon til ekteskapelig status ved at de med dårlig helse har mindre sannsynlighet for å bli gift enn de med god helse, og også at helseproblemer øker sannsynligheten for at ekteskap skal gå i oppløsning.

Undersøkelser av sannsynlighet for å bli uførepensjonert og ekteskapelig status tyder også på at gifte har lavere sannsynlighet for å bli uføretrygdet enn ugifte. Det er også tegn på at mange som blir uførepensjonerte enten nettopp har opplevd et samlivsbrudd eller opplever ekteskapsbrudd like etter pensjonering. Både i forhold til sykefravær og uførepensjon tyder forskning på at betydningen av å være gift er større for menn enn for kvinner. Den positive helsemessige effekten av ekteskap er med andre ord større for menn enn for kvinner.

Selv om det har skjedd visse endringer i samlivsmønsteret på 1990-tallet, er det lite trolig at dette kan forklare økningen i sykefravær og uførepensjonering. Derimot er det mulig at endrede samlivsmønstre i kombinasjon med andre samfunnsforhold, kan være en medvirkende faktor til utviklingen.

5.9.3 Geografiske variasjoner i trygdeforbruk

Det er kjent at det eksisterer til dels store forskjeller i trygdeforbruk mellom ulike geografiske områder her i landet. Tabell 5.3 viser utgiftene per innbygger til ulike trygdeytelser etter fylke.

Tabell 5.3: Utgifter til sykepenger, rehabiliteringspenger, uførestønad etter fylke. Kroner per innbygger 16-66 år. 1. halvår 1999

Fylke	Sykepenger	Rehab.penger	Uførestønad*	Totalt
Landet i alt	2 796	540	5 051	8 387
Østfold	3 129	699	6 623	10 451
Akershus	2 668	488	3 809	6 965
Oslo	2 492	640	4 441	7 573
Hedmark	2 945	531	6 187	9 663
Oppland	2 949	601	5 454	9 004
Buskerud	3 099	617	4 704	8 420
Vestfold	2 886	572	6 276	9 734
Telemark	2 938	486	6 277	9 700
Aust-Agder	3 111	581	6 668	10 360
Vest-Agder	3 078	551	6 179	9 807
Rogaland	2 124	359	3 911	6 394
Hordaland	2 484	467	4 115	7 067
Sogn og Fjordane	2 817	403	3 967	7 187
Møre og Romsdal	2 880	471	4 615	7 996
Sør-Trøndelag	2 939	598	4 968	8 505
Nord-Trøndela	2 754	475	5 119	8 348
Nordland	3 082	578	6 312	9 973
Troms	3 463	597	6 184	10 244
Finmark	3 499	623	6 514	10 636

* Uførestønad inkluderer uførepensjon, grunn og hjelpestønad

Kilde: Nøkkeltall 1999, RTV.

Når det gjelder sykepenger viser tabellen at Rogaland, Hordaland og Oslo skiller seg ut med et langt lavere nivå enn gjennomsnittet for hele landet. Finmark og Troms skiller seg ut med et klart høyere utgiftsnivå enn resten av landet. Når det gjelder rehabiliteringspenger varierer utgiftene per innbygger fra 359 kroner i Rogaland til 699 kroner i Østfold. Utgiftene til uførestønad er høyest i Aust-Agder, Østfold og Finmark. Lavest utgifter på denne posten er det i Akershus, Rogaland og Sogn og Fjordane.

Når en sammenligner med tall for 1996, finner en mange av de samme forskjellene. Det er de samme tre fylkene som har lavest utgifter til sykepenger i 1996. De tre fylkene med høyest sykepengeutgifter første halvår 1999, lå også

på utgiftstoppen i 1996 [51]. Det at forskjellene holder seg over tid gjør det mindre sannsynlig at forskjellene utelukkende skyldes tilfeldigheter.

Det er mulig å identifisere tre hovedfaktorer som benyttes for å forklare geografiske forskjeller. For det første kjennetegn ved populasjonen i det geografiske området. Spesielt vektlegges populasjonens alderssammensetting, men også faktorer som utdannelsesnivå, inntektsnivå og dødelighet kan vise seg å ha betydning. For det andre vil kjennetegn ved det geografiske området kunne ha betydning. Her pekes det spesielt på forhold som arbeidsledighet og næringsstruktur, men også på mobilitetsmønster. For det tredje har det også vært drøftet i hvilken grad ulik administrativ praksis i trygdeetaten kan forårsake geografiske forskjeller, dette gjelder spesielt i forhold til antall uførepensjonister.

Geografiske forskjeller i trygdeforbruk i seg selv forklarer ikke variasjoner over tid. Derimot kan de faktorene som forårsaker forskjeller i et statisk perspektiv, kunne forklare makro endringer i et dynamisk perspektiv (eksempelvis endringer i arbeidsledighet, alderssammensetning m.m).

5.10 Oppsummering og konklusjon

Økningen i sykefravær og uførepensjonering må ses i lys av flere og til dels sammensatte årsaksfaktorer. Følgende årsaksvariable antas å ha betydning for veksten i tallet på stønadsmottakere:

Demografiske forhold

Endringer i befolkningens alderssammensetning og endringer i yrkesfrekvensen i ulike aldersgrupper påvirker sykefraværsutviklingen og uføretilgangen. I de siste årene har det vært en betydelig økning i personer i aldersgruppen mellom 50 og 60 år både i befolkningen samlet sett, og blant de sysselsatte. Dette er en aldersgruppe som har et relativt høyt sykefravær og hvor rekrutteringen til uførepensjon er høy. Beregninger viser at under visse forutsetninger kan om lag 1/3 av veksten i sykefraværet og halvparten av veksten i antall uførepensjonister i perioden 1993 til 1998 forklares ved endringer i befolkningens alderssammensetning. Fra 1998 har demografi hatt noe mindre betydning.

Helsemessige forhold

Undersøkelser viser at utviklingen i folks helsetilstand er stabil med tendenser til bedring. Samtidig har det vært en økning i antallet som vurderer egen helse som varig nedsatt. Mulige grunner til dette tilsynelatende paradokset er at terskelen for å rapportere om redusert helse er blitt lavere og/eller at arbeidslivets helsekrav har økt. Førstnevnte hypotese underbygges av en sterk sykdomsfokusering i media og i samfunnet, økt forbruk av helsetjenester og nocebo-effekter. Sistnevnte hypotese styrkes ved at diagnoser innen

51. Vi vet det har vært en betydelig økning i sykefraværet her i landet de siste årene, men allerede i 1996 var utgiftene per innbygger til sykepenger høyere i Finmark enn tilsvarende utgifter for Rogaland i 1999.

muskel- og skjelett og psykiske lidelser dominerer og er økende blant sykmeldte og nye uførepensjonister.

Arbeidsmarkedsforhold

Utviklingen i sykefravær og uførepensjonering varierer med sysselsettings- og arbeidsledighetsutviklingen. Fra 1994 har det vært en betydelig vekst i sysselsettingen her i landet. De siste års økning i sykefravær må ses i sammenheng med denne utviklingen. Hvor stor del av økningen i sykefravær som kan forklares ut fra disse faktorene, og hva som er drivkreftene bak denne sammenhengen, er imidlertid usikkert. Nedgangstider og lavkonjunktur kan medføre disiplinering av arbeidsstokken og/eller seleksjon der personer med helseproblemer skyves ut. Lavkonjuktur vil også innebære mindre arbeidspress på de ansatte. Tilsvarende vil de siste års oppgangstider og høykonjunktur ha en mindre disiplinerende effekt på arbeidstakerne. Nye marginaliserte grupper kan ha kommet inn på arbeidsmarkedet, og det er rimelig å anta at mange arbeidstakere opplever stadig større arbeidspress i arbeidssituasjonen. Hvilken av disse forklaringene som har størst betydning for økningen i sykefraværet er vanskelig å avgjøre. Hypotesen om at økningen i sykefravær skyldes at det i oppgangstider kommer inn flere arbeidstakere med helseproblemer er blitt noe svekket da undersøkelser har påvist at fraværet også har økt betydelig blant etablerte arbeidstakere.

Ut fra erfaringer på 1980-tallet, kan det virke som et paradoks at tilgangen til uførepensjon har økt samtidig som arbeidsledigheten har gått nedover og sysselsettingen har økt. Forklaringen på dette kan være at økt sysselsetting medfører flere som opparbeider seg rettigheter til trygdeytelser, og at effekten av arbeidsledighet ikke skjer umiddelbart, men over tid.

Forhold på arbeidsplassen

Både fysiske, psykiske og organisatoriske forhold på arbeidsplassen har betydning for sykefravær og tilgangen til uførepensjon. Høye krav og mangel på egen kontroll i arbeidssituasjonen kan føre til høyt sykefravær, mens trivsel på arbeidsplassen kan virke som en buffer for sykefravær. En finner få indikasjoner på at det fysiske arbeidsmiljøet har forverret seg de siste årene. Derimot er det tegn på at flere opplever jobbsituasjonen som stressende og masete. Dette kan være en medvirkende årsak til at det har vært en økning i sykefravær med psykiske lidelser.

Et sentralt spørsmål er i hvilken grad de siste års endringer i arbeidslivets organisering og funksjon har vært avgjørende for økningen i sykefravær og tilgangen til uførepensjonsordningen. Det finnes i dag liten kunnskap om hvordan »det nye arbeidslivet» kjennetegnet ved hurtige omstillinger, rask teknologisk utvikling, nye arbeidsformer, og en løsere og mer fleksibel tilknytning til arbeidsgiver og arbeidsstedet, påvirker forbruket av trygdeytelser. Forskningen tyder på at endringene har hatt en tosidig effekt. For mange har nye krav til kompetanse, kunnskap og effektivitet ført til en utfordrende og interessant arbeidssituasjon. Mens for andre har denne utviklingen ført til vansker med å mestre arbeidssituasjonen og resultert i at en har falt ut av arbeidsmarkedet.

Endringer i regelverket

Det ble foretatt innskjerpinger i de medisinske vilkårene for uførepensjon (1991), sykepenger og rehabiliteringspenger (1993). Stønadstiden med rehabiliteringspenger ble i 1993 avgrenset til ett år som hovedregel. Trygdeetaten fikk samtidig flere virkemidler for oppfølging av sykmeldte.

Antallet nye uførepensjonister falt i årene etter innstrammingen, men nedgangen startet allerede før innskjerpingen. Det var en økning i avslagsprosenten. Noe av veksten i tilgangen til uførepensjon på midten av 1990-tallet kan derfor skyldes at innstramningen i uførepensjonsordningen bidro til å utsette pensjoneringstidspunktet.

Innstramningene i vilkårene for sykepenger og rehabilitering antas å ha hatt liten effekt på forbruket av ytelsene. Begrensningen i stønadstiden med rehabiliteringspenger førte til en vekst i tilgangen til uførepensjon på kort sikt, men kan i liten grad forklare utviklingen på lengre sikt.

Administrative forhold

Arbeidsmarkedsetaten fikk hovedansvaret for virkemidler og tiltak under yrkesrettet attføring i 1994. Tallet på registrerte yrkeshemmede som mottar attføringspenger har holdt seg relativt konstant etter dette, til tross for den sterke økningen i stønadsmottakere med sykdomsbaserte trygdeytelser.

Kortere saksbehandlingstid har vært en prioritert oppgave i trygdeetaten de senere år. Beregninger viser at 40 prosent av økningen i nye uførepensjonister fra 1997 til 1998 kan tilskrives restansenedbygging.

På 1990-tallet har det vært en nedgang i andelen avslåtte søknader om uførepensjon. Det antas at noe av nedgangen har sammenheng med innstramming i regelverket og praksisendringer i trygdeetaten. De siste årene har det igjen vært en økning i avslagsprosenten.

Behandlingstiltak

Helsetjenesten er tilført betydelige ressurser på 1990-tallet. Mye av veksten har imidlertid kommet personer utenfor arbeidsstyrken til gode. Økt etterspørsel etter helsetjenester kan ha medført økt ventetid for behandling. Likevel kan utviklingen i helsetjenester ikke bidra nevneverdig til å forklare veksten i sykefravær og uføretilgang. Nivået på sykefraværet kunne på den annen side ha vært lavere dersom ventetiden ble redusert.

Betydningen av AFP

Det er en vanlig antakelse at avtalefestet pensjon avlaster uførepensjonsordningen. En beregning viser at 20 prosent av AFP-pensjonistene alternativt ville vært uførepensjonister.

Fraværskultur og holdningers betydning

Det antas å være en sammenheng mellom fraværskultur og fraværsnivå og at sykefravær påvirkes av den enkeltes tilknytning til arbeidsplassen. Løsere tilknytning til arbeidslivet, et strammere arbeidsmarked og økonomiske opp-

gangstider kan redusere tilhørigheten til bedriften, noe som tilsier økt fravær. En finner få holdepunkter for at arbeidsgivere eller arbeidskolleger er entydig negativt innstilt til personer med helsesvekkelse eller til eldre arbeidstakere.

Holdninger til trygd og trygdede kan også ha påvirket utviklingen. Det er en utbredt holdning at noen urettmessig mottar trygd, men også underforbruk rapporteres. Oppslutningen om trygdesystemet generelt synes å være relativt høy. En del trygdede føler manglende aksept eller mistenkeliggjøring. Dette tyder på at uførepensjon og andre trygder fortsatt til en viss grad er stigmatiserende. På den annen side kan et økende antall uførepensjonister bidra til å legitimere bruk av ordningen.

Behov for videre forskning og statistikk

Det er fortsatt behov for betydelig forskningsinnsats for å kartlegge og analysere årsakene til endringer i sykefravær og tilgangen til uførepensjon. I den forbindelse er det viktig at arbeidet med etableringen av èn sentral sykefraværsstatistikk blir ferdigstilt. En vil da få en langt bedre datagrunnlag. Det arbeidet som pågår for å bedre kvaliteten på Arbeidstaker-Arbeidsgiverregisteret, blant annet med å få yrke inn i registeret, vil også være viktig for videre forskning.

Kapittel 6
Kjønnsforskjeller i sykefravær og tilgang til uførepensjon

Kvinner har høyere sykefravær enn menn og kvinner utgjør en større andel av uførepensjonistene. Norske kvinner rapporterer hyppigere om helseproblemer enn menn, og de oppsøker oftere helsevesenet. Dette er ikke utelukkende et norsk fenomen, men også en tendens en finner i andre europeiske land. Forskjellen mellom kvinner og menn når det gjelder sykefravær og uførepensjon har resultert i en relativt omfattende forskningslitteratur.

6.1 Hvor store kjønnsforskjeller?

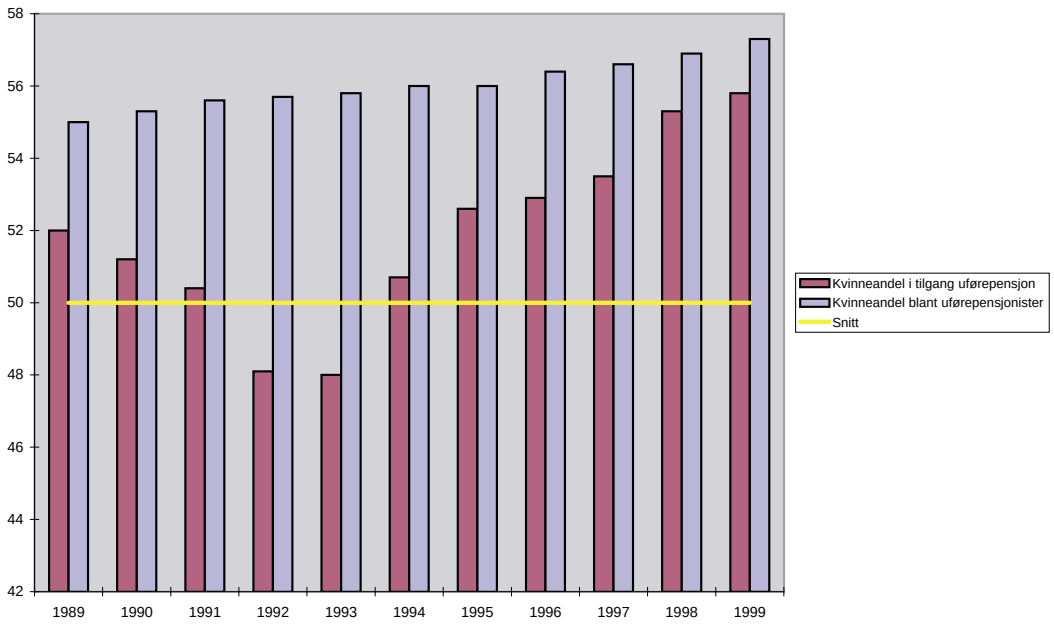
Et gjennomgående trekk ved norsk og internasjonal sykefraværsstatistikk er at kvinner har høyere sykefravær enn menn. Som det går fram av tabell 6.1 har kvinner et betydelig høyere sykefravær enn menn i all offisiell norsk sykefraværsstatistikk.

Tabell 6.1: Kjønnsforskjeller i sykefravær

	Menn	Kvinner	Forholdstal l
Erstattede sykepengedager per sysselsatt 1998 (RTV)	8,5	14,0	1,65
Sykefraværsprosent 1998 (Staten)	4,5	7,5	1,67
Sykefraværsprosent 1998 (HSH)	4,3	6,8	1,58
Sykefraværsprosent arbeidere 1998 (NHO)	9,1	15,0	1,65
Sykefraværsprosent funksjonærer 1998 (NHO)	3,8	8,8	2,32
Sykefraværsprosent 3. kvartal 1998 (KS)	5,3	8,2	1,55

I tabell 6.1 er det beregnet et forholdstall mellom kvinners og menns sykefravær. Størst forskjell viser det seg å være i NHOs oversikt over sykefravær blant funksjonærer. Her er kvinners sykefravær *2,3* ganger høyere enn sykefraværet blant menn. Bortsett fra for funksjonærer i NHO tyder tabellen på at kvinners sykefravær er rundt *1,6* ganger høyere enn fraværet blant menn. Forskjellen mellom kvinners og menns sykefravær har holdt seg relativt stabil de siste årene, uavhengig av den totale økningen i sykefraværet.

Forskjellen mellom kvinner og menn når det gjelder uførepensjon er noe mer variert. Som det går fram av figur 6.1. var det i en periode på begynnelsen av 1990-tallet høyere tilgang til uførepensjon blant menn enn blant kvinner.



Figur 6.1 Andelen kvinnelige uførepensjonister, og andelen kvinner med nytilgang til uførepensjon 1989-1999. Prosent

Gjennom hele perioden [52] 1989 til 1999 har det vært en høyere andel kvinnelige uførepensjonister. I 1999 utgjør andelen kvinnelige uførepensjonister rundt 57 prosent. Blant nytilgangen har andelen kvinner variert fra 52 prosent i 1989, ned til 48 prosent i 1993, og opp til 56 prosent i 1999.

Kvinner og menn har en noe ulik pensjoneringsprofil. Fram til fylte 25 år er det prosentvis flest menn som blir uførepensjonert. Derimot er det langt flere kvinner enn menn som blir uførepensjonerte i aldersgruppen 45-60 år.

6.2 Hva kan forklare kjønnsforskjellen?

Som nevnt er det er en relativt omfattende forskningslitteratur som fokuserer på kjønnsforskjeller i sykefravær og uførepensjon. Forklaringene kan grupperes i fem hovedkategorier. Det som har blitt betegnet som dobbeltarbeidshypotesen forklarer kvinners høyere sykefravær med at kvinner i større grad enn menn kombinerer yrkesaktivitet med omsorgsoppgaver i hjemmet. En annen forklaring er at kjønnsforskjellene skyldes at kvinner og menn jobber i ulike yrker, under ulike arbeidsforhold og tilpasser seg yrkeslivet ulikt. En tredje forklaring fokuserer på biologiske forskjeller mellom kvinner og menn. En fjerde kategori er de såkalte sosiokulturelle modellene, som forklarer kjønnsforskjeller ut fra ulik sykdomsatferd mellom kvinner og menn. En femte forklaring er at stønadsordningenes utforming har betydning for kjønnsforskjellen.

52. Det har vært en overvekt av kvinnelige uførepensjonister siden 1977

6.2.1 Dobbeltarbeidshypotesen

Utgangspunktet for dobbeltarbeidshypotesen er at kombinasjonen av jobb og omsorgsoppgaver i og utenfor hjemmet påvirker kvinners helse negativt. Forskning [53] har vist at yrkesaktive kvinner gjennomgående utfører mer arbeid i hjemmet enn yrkesaktive menn. Det innebærer at summen av lønnsarbeid og husarbeid i antall timer er høyere for kvinner enn for menn og at større arbeidspress kan være en årsak til høyere sykefravær blant kvinner enn blant menn. Det eksisterer også forskning som rapporterer om at kvinner i mindre grad enn menn tillater seg å hvile – ta seg igjen – etter endt arbeidsdag (Lillås 1995).

Det er ikke bare arbeidsbyrde som kan forårsake høyere sykelighet blant kvinner enn blant menn. Når kvinner har flere roller – både yrkesaktiv og husmor/småbarnsmor – kan dette føre til stress og ubehag fordi de ulike rollene kommer i konflikt med hverandre. Når en må velge og prioritere tidsbruk mellom ulike arbeidsoppgaver og roller, kan resultatet bli en følelse av å ikke strekke til. Dette kan igjen gi fare for overbelastning og dermed svekket helse.

Dobbeltarbeidshypotesen har spesielt vært forsøkt testet i forbindelse med forskning på kjønnsforskjeller i sykefravær. Hypotesen er operasjonalisert til kvinner med og uten barn, og testet på kvinner i reproduktiv alder. Ved denne metoden viser det seg at hypotesen kun får begrenset empirisk støtte. Det er lite som tyder på at kvinner med barn gjennomgående har høyere sykefravær enn kvinner uten barn i denne livsfasen.

Tall fra Sverige tyder på at en av faktorene som er avgjørende for om dobbeltarbeid slår ut i sykefraværeller ikke, er om kvinnen er eneforsørger. Enslige kvinner som har barn og som arbeider har større sykefravær enn gifte/samboende. Dette kan skyldes at enslige småbarnsforeldre har lite daglig slingringsmonn. Og at det skal mindre til for at en må oppgi arbeidet i perioder der belastningene er store, og muligheten for avlastning eller deling av ansvar er liten. I og med at samlivsmønsteret har endret seg over tid, og flere kvinner opplever å være alene om ansvar for barn i perioder av livet, kan dette også være med på å forklare noe av kjønnsulikhetene i sykefravær.

Et problem med å teste dobbeltarbeidshypotesen er at den kan være skjult av seleksjonseffekter. Seleksjonen består i at de kvinnene som har størst problemer med å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn, tilpasser seg til dette ved enten å redusere yrkesaktiviteten (bli hjemmeværende eller ta deltidsjobb) eller ved å begrense antall barn. Dette vil føre til at omsorg for barn ikke kommer til uttrykk i form av øket fravær og dermed reduseres den sammenheng mellom barn og fravær man ellers ville hatt. Bratberg (1998) fant ved å ta hensyn til slike seleksjonseffekter en svak effekt av dobbeltarbeid, men totalt sett forklarte dette kun en liten del av sykefraværet til kvinner med barn.

En annen svakhet med den empiriske forskning på dobbeltarbeidshypotesen, er at mange av bidragene kun sammenligner kvinner med og uten barn. Det innebærer at mer generelle omsorgsoppgaver i og utenfor hjemmet, som ikke er knyttet til barn, ikke fanges opp. I den grad kvinner – med eller uten

53. Eksempelvis viste undersøkelsen Arbeidsforhold og arbeidserfaring (NSD: 1997) at 70 prosent av alle kvinner og 15 prosent av alle menn hadde hovedansvar for vanlig husarbeid – rengjøring, klesvask, matlaging og lignende

barn – har mindre muligheter enn menn til hvile og restitusjon etter endt arbeidsdag kan det føre til større helseproblem.

En tredje svakhet er at det ikke er foretatt livsløpsundersøkelser som ser på kvinners helse, sykefravær og uførepensjonering i høyere alder, relatert til omfanget av omsorgsoppgavene gjennom livet.

6.2.2 Yrker og arbeidsliv

Det norske arbeidsmarkedet er sterkt kjønnssegregert. Kvinner og menn befinner seg i stor utstrekning i forskjellige yrker og på forskjellige arbeidsplasser. Kvinner er for eksempel i klart flertall i omsorgsyrkene i offentlig sektor. Yrkesgruppen *pleiearbeid* omfatter *40* prosent av de sysselsatte kvinnene, og innen pleiearbeid utgjør kvinnene i dag *93* prosent av de sysselsatte. Innen jern og metallvarearbeid utgjør de *3*prosent. I tillegg til vertikal segregering, er det norske arbeidsmarkedet også horisontalt segregert. Det vil si at kvinner og menn er ulikt fordelt i stillingshierarkiet. Andelen kvinner med lederstilling var i 1995 på *11* prosent, tilsvarende andel blant menn var på *28* prosent. I lavtlønnsyrker og deltidsjobber er det en overvekt av kvinner. Den horisontale segregeringen gir seg blant annet utslag i at forskjellen i folketrygdens utbetaling av sykepenger mellom kvinner og menn er langt mindre enn forskjellen i fraværsdager.

Siden kvinner og menn i stor utstrekning arbeider i ulike yrker og sektorer, innebærer det at menn og kvinner er omgitt av og utsatt for ulike belastninger og jobbkrav i arbeidsmiljøet. Dette kan igjen påvirke forskjeller i helseplager. Hvem som møter de største arbeidsmiljøbelastningene av menn og kvinner avhenger av hvilke forhold som måles.

Et område som gjerne trekkes fram i forbindelse med kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse er pleie- og omsorgssektoren. Det er her vi finner de såkalte » *trøste og bære* » yrkene. Arbeidsmiljøbetingelsene i pleie- og omsorgssektoren gjør at de som jobber der møter omfattende fysiske og mentale krav, og store belastninger knyttet til tidspress. I tillegg til det *relasjonelle aspektet* ved arbeidet, er det også et krav om at arbeidet skal være *emosjonelt*. Det innebærer at arbeidsutøveren må vise følelsesmessige uttrykk eller undertrykke dem. Summen av disse faktorene antas å være en viktig årsak til at ansatte i pleie- og omsorgssektoren rapporterer om hyppige helseproblemer.

Emosjonelt arbeid er ikke bare knyttet til omsorgsyrker. Emosjonelt arbeid eller følelsesarbeid har fått økende betydning som konkurransefaktor i såkalte frontlinjeyrker i privat virksomhet, og som middel til økt kundetilfredshet i offentlig sektor (Forseth 1994). Det er en stor overvekt av kvinner i slike yrker hvor samhandling med kunder, klienter, pasienter, elever og lignende er sentral. I denne typen arbeid blir kontakten med kunden sett på som noe positivt, men samtidig ligger også noe av belastningen her. Disse belastningene har hittil vært underkjent og ikke legitimert som belastninger. En undersøkelse av 1000 ansatte i et kjøpesenter, en bank og to distrikter fra kommunal pleie- og omsorgstjenesten viste at 16 prosent rapporterte høy grad av emosjonell utmattelse/utbrenthet, mens 24 prosent skåret middels (Forseth 1999).

En undersøkelse av sykefravær knyttet til muskel-skjelettlidelser viste at kjønnsforskjellen i sykefravær ble betydelig redusert når en tok hensyn til at kvinner og menn hadde ulik inntekt (Brage, Nygård og Tellnes 1998). Kjønns-

forskjellene var også svært forskjellige i forskjellige inntektskategorier. Blant personer med inntekt under 100 000 per år er andelen med muskel-skjelettsykmelding 1,43 ganger så høy blant kvinner som blant menn. I inntektskategorien 150 000 til 199.999 er andelen 1,61 ganger så høy blant kvinner som blant menn, mens for inntekter over 200 000 er forskjellen mellom kvinner og menn helt minimal. Denne undersøkelsen tyder på at deler av kvinners noe større omfang av muskel-/skjelettlidelser har sammenheng med sosiale og økonomiske forhold.

En annen undersøkelse viste derimot at kjønnsforskjellen i sykefravær ble opprettholdt selv når en sammenlignet fraværet blant kvinner og menn med samme yrke hos samme arbeidsgiver (Mastekaasa og Dale-Olsen 1998). Det viste seg at kjønnsforskjellene i fravær faktisk ble større når en tok hensyn til at kvinner og menn er forskjellig fordelt på yrker og arbeidsplasser. Forskerne konkluderte med at menn gjennomgående befinner seg i mer fraværsfremmende yrker og virksomheter enn kvinner. En lignende analyse av kjønnsforskjellen i sykefravær har også blitt gjennomført blant ansatte i NSB og 112 statlige arbeidsplasser (Mastekaasa og Olsen 1998). Resultatene fra denne undersøkelsen viste at i NSB var det gjennomgående menn som var i de mest fraværsfremmende stillingene/arbeidsplassene, mens det var motsatt for de andre 112 arbeidsplassene.

De to sistnevnte undersøkelsene tyder på at arbeidsforhold ikke kan forklare kjønnsforskjellen i sykefravær. Selv om kvantitative undersøkelser ikke finner sammenhenger mellom f.eks kjønn og sykefravær, betyr det ikke at kjønn er irrelevant. Forutsetningen om at kvinner og menn med samme stilling, yrkestittel og inntekt har tilnærmet like arbeidsforhold er imidlertid blitt kritisert. For det første vil kvinner og menn i samme stilling møte ulike rolleforventninger. Eksempelvis er det ikke urimelig å anta at en mannlig og en kvinnelig barnehageassistent møter ulike forventninger til hvordan arbeidsrollen skal utformes, selv der de jobber i samme barnehage.

For det andre tar ikke en slik statistisk tilnærming som er beskrevet ovenfor hensyn til at kvinner og menns biologi og fysiologi er forskjellig. For eksempel er kvinner generelt kortere enn menn. Kvinner som må arbeide i en arbeidshøyde som er tilpasset menn, vil være mer sårbare ovenfor verk i nakke og skuldre. Kvinner er også i gjennomsnitt fysisk svakere enn menn. Kvinner oppnår 60 til 70 prosent av menns muskelstyrke, og armstyrken hos kvinner er omtrent 50 prosent av menns armstyrke. I yrker som innebærer tung løft, for eksempel innen omsorgssektoren, vil ulik muskelstyrke være avgjørende for arbeidssituasjonen.

6.2.3 Biologiske forhold

Det at kvinner og menn biologisk sett er ulike, medfører at de rammes av ulike sykdommer og har ulike helseplager. Biologiske forskjeller kommer til uttrykk blant annet ved at enkelte sykdommer bare kan ramme det ene kjønnet fordi sykdommen er knyttet til kjønnsorganer eller biologisk bestemte reproduktive oppgaver. For det andre finnes det sykdommer hvor det er en kjønnsspesifikk risiko for sykdommen. For eksempel antas menns overdødelighet av hjerteinfarkt å være knyttet til at østrogenproduksjonen beskytter kvinnene, mens kvinner på sin side har økt risiko for osteoporose og dermed for å få lårhalsbrudd.

En stor del av kvinners sykefravær kan relateres til sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel. Undersøkelser har vist at mellom 40 og 80 prosent av alle gravide hadde minst et sykefravær under graviditeten. Andre undersøkelser har vært opptatt av hvor stor andel av kjønnsforskjellen i sykefravær som kan forklares ut fra svangerskap og fødsel. Resultatene varierer fra 24 prosent til rundt 50 prosent. En undersøkelse basert på Rikstrygdeverkets sykepengeregister fant at 37 prosent av den totale kjønnsforskjellen i sykefravær forsvant når en tok hensyn til sykefravær med diagnoser knyttet til svangerskap og sykdommer i reproduksjonsorganene (for begge kjønn) (Hauge og Opdalshei 2000). Dersom en tar for seg sykefraværet for personer i alderen 20 til 34 år utgjorde svangerskapsdiagnoser 67 prosent av forskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn.

Diagnosen svangerskap/fødsel/familieplanlegging utgjør om lag 9 prosent av alle sykepengetilfeller blant kvinner, og denne andelen har holdt seg konstant de siste årene. Den gjennomsnittlige varigheten av hvert sykepengetilfelle er 45 dager (1999). Forskning (bl a Lundby m fl 1991) viser imidlertid at kvinner under svangerskap også har en overhyppighet av sykefravær med andre diagnoser enn svangerskap. I tabell 6.2 har en fulgt personer som har fått fødselspenger i 1999 ni måneder tilbake i tid for å se på omfanget av sykefravær i denne perioden.

Tabell 6.2: Sykefravær under svangerskapet. Antall med påbegynte fødselspenger i 1999.

	Antall med påbegynte fødselspenger	Herav antall med minst ett sykepengefravær i svangerskapsperioden	Herav antall med sykefravær med svangerskapsdiagnose
16-19 år	177	117	56
20-24 år	4 497	3 017	1 430
25-29 år	13 742	8 206	4 139
30-34 år	13 984	7 742	4 265
35-39 år	5.707	2 995	1 708
over 39 år	996	537	344
I alt	39 103	22 614	11 942

Kilde: RTV

Tabellen viser hvor mange med påbegynte fødselspenger i 1999 som hadde minst ett sykefravær i løpet av svangerskapet. Det var totalt *39 103* kvinner med påbegynte fødselspenger i 1999. Av disse hadde *22 614,* eller *58* prosent, minst et sykepengefravær i løpet av svangerskapsperioden. Litt over halvparten av disse (*52,8* prosent) hadde sykepengefravær med svangerskapsdiagnose. Sykefravær i svangerskapet kan naturligvis skyldes andre forhold enn selve graviditeten, men en god del av disse andre sykepengetilfellene er trolig også svangerskapsrelaterte. Dette innebærer at vurderingen av svangerskapsrelatert sykefravær kan bli underestimert dersom en utelukkende fokuserer på svangerskapsdiagnosen.

Det er til dels store forskjeller i diagnose blant kvinner og menn som får tilstått uførepensjon. For både kvinner og menn med tilstått uførepensjon i 1998 var sykdommer i muskel-skjelettsystemet de vanligste diagnosene (RTV 1999). Men andelen kvinner med slike diagnoser var klart større enn tilsvarende andel blant menn (henholdsvis 42 og 28 prosent). Derimot er det en høyere andel menn med psykiske lidelser. Størst forskjell mellom kvinnelige og mannlige uførepensjonister finner vi innen diagnosen revmatisme/myalgi, hjertesykdommer og psykiske lidelser på grunn av rusmiddel eller tablettbruk. I førstnevnte diagnosegruppe er det en kvinnelig overvekt, mens menn dominerer de to andre diagnosene.

Et annet område hvor det er stor forskjell mellom kvinner og menn er i forhold til det som blir betegnet for »ubestemte» helseplager. De »ubestemte» helseplagene er kvinnesykdommer, i den betydning at slike tilstander rammer forholdsvis flere kvinner enn menn. »Ubestemte» helseplager er en betegnelse som brukes på lidelser uten klare objektive funn og hvor årsakene er ukjente. I Norge er kroniske muskelsmerter (fibromyalgi, belastningslidelser, bløtdelsreumatologi) den største gruppen av helseplager som legene oppfatter som »ubestemte» (Malterud 1999). Det er tvilsomt om dette kan forklares ut fra biologiske forskjeller alene.

6.2.4 Sosiokulturelle modeller

De sosiokulturelle modellene omfatter flere ulike teorier, som har til felles at de søker å forklare kjønnsmessige ulikheter ut fra betydningen av kjønn i en sosiokulturell sammenheng. En av disse er sykerolle- eller sykdomsatferdsmodellen som bygger på at menn og kvinner i ulik grad oppfatter signaler fra kroppen som mulig sykdom. Som det går fram av tabell 6.3 er kvinner hyppigere i kontakt med helsevesenet enn menn. Dette kan være et uttrykk for at kvinner lettere fortolker problemer og symptomer som sykdom.

Tabell 6.3: Antall kontakter med helsetjenesten per person i året, og i alt grunnet sykdom. 1985.

	Alle	Menn	Kvinner
Alle kontakter	14,3	12,4	16,2
Kontakter i samband med sykdom i alt	8,1	6,7	9,5
Av dette:			
Besøk hos/av lege/privat-praktiserende spesialist	3,1	2,6	3,6
Telefonkonsultasjon m. lege	1,1	1,0	1,3
Besøk hos lege på sykehus/poliklinikk	0,5	0,4	0,7
Besøk av/hos fysioterapeut	1,3	1,1	1,5

Kilde: SSB

Forskning tyder på at kvinner generelt er mer oppmerksomme på signaler fra kroppen enn menn. Dette kan forklares med oppdragelse til henholdsvis mandighet og kvinnelighet. Generelt vil sosiale normer for kvinnelighet lettere tillate en kvinne å inneha sykerollen.

Stemplingsmodellen hører også inn under de sosiokulturelle modellene. Hovedtesen er at kjønnsforskjeller kan forklares med at lidelser blant menn og kvinner i ulik grad blir oppfattet som sykdom av leger og helsevesen. Undersøkelser viser at legen møter kvinnelige pasienter annerledes enn mannlige pasienter, og at kvinners symptomer fortolkes annerledes enn identiske symptomer hos menn. Resultatet av en slik »stemplingsprosess» kan være at personer blir presset inn i en passiv sykerolle i stedet for å få det nødvendige tilbud for å komme raskt tilbake i arbeid, og at kvinner i sitt møte med helsevesenet opplever at deres »plager» bagatelliseres i forhold til menns plager.

Kvinnehelseutvalget (NOU 1999:13) refererer til forskning som viser at menn oftere tilbys mer offensiv behandling, de får først nye medikamenter, og blir først tilbudt nye undersøkelses- og operasjonsmetoder. Det er derfor mulig at manglende behandlingstilbud er en medvirkende årsak til at kvinner oftere faller ut av arbeid enn menn.

En annen sosio-kulturell forklaring er kvinners tilpasningsatferd i forhold til yrkesaktivitet. Fortsatt jobber mange kvinner deltid, er periodisk ute av arbeidslivet, jobber kveld/natt, og varierer sin stillingsstørrelse over livsløpet for å tilpasse seg omsorgsoppgaver. Både kvinners plassering i lavtlønnsyrker, og høy grad av deltidsjobbing bidrar til at dette fenomenet vedvarer tross formell likelønnspolitikk.

6.2.5 Stønadsordningenes utforming

Folketrygdloven er i utgangspunktet kjønnsnøytral. Fordi yrkesdeltakelsen har vært ulik blant kvinner og menn vil imidlertid stønadsresultatet kunne bli forskjellig. Kvinnehelseutvalget (NOU 1999:13) konkluderer med at:

> »Kravet om yrkesaktivitet medfører at arbeidende kvinner har muligheter på lik linje med menn til å opptjene rettigheter. Men det tas ikke høyde for at de faktiske mulighetene til å ta lønnet arbeid har vært og fortsatt er ulike for kvinner og menn –og at dette i stor grad skyldes kvinners ulønnede innsats (...) Like rettigheter eller formell likestilling fører dermed til en forfordeling av kvinner».

Selv om det er flere kvinner enn menn blant uførepensjonistene har ordningen blitt kritisert for å være diskriminerende mot kvinner. Undersøkelser viser at diagnoser som rammer kvinner hyppigere enn menn oftere gir avslag på søknad om uførepensjon. Flere kvinner enn menn ble berørt av innskjerpingene i regelverket på begynnelsen av 1990-tallet. Innstrammingene i de medisinske vilkårene har gjort at personer som har ubestemte lidelser har større vansker med å få uførepensjon.

Gifte og samboende kvinner som ikke har vært yrkesaktive får oftere avslag på søknad om uførepensjon enn tidligere yrkesaktive. Disse skal ved søknad om uførepensjon vurderes som hjemmearbeidende, og det er nedsatt arbeidsevne som hjemmearbeidende som legges til grunn. Dette med mindre det er sannsynlig at vedkommende ville begynt i inntektsgivende arbeid hvis ikke uføreheten hadde oppstått. Enslige kvinner skal alltid vurderes i forhold til yrkeslivet, uavhengig av om de er yrkesaktive eller ikke. Reglene for utmåling av uførepensjon til kvinner som har hatt deltidsarbeid er blitt sett på som urimelige. I St.meld. nr. 50 (1998-99) Utjamningsmeldinga er det foreslått

å endre reglene for beregningen av tilleggspensjonen til denne gruppen. Der framgår det at:

> »Regjeringa tek sikte på å oppheve noverande ordning der arbeidsevna i heimen blir trekt inn i uførevurderinga, når deltidsarbeidet har eit slikt omfang at det gir rett til sjukepengar».

Økningen i nye uførepensjonister kvinner må ses i sammenheng med at kvinner er blitt yrkesaktive. Det er imidlertid ikke slik at de nye uførepensjonerte kvinnene bare har vært yrkesaktive noen få år. De fleste har relativ lang yrkeskarriere bak seg.

6.2.6 Andre supplerende forklaringer

Betydningen av livsløp og generasjonsforskjeller

Menn og kvinners livsløp er forskjellig. [54] Da folketrygden ble innført i 1967 var de fleste kvinner gifte og hjemmearbeidende på heltid. Mennene var utearbeidende forsørgere som startet sin yrkeskarriere tidlig. Kvinners tilknytning til arbeidslivet og familiemønsteret har imidlertid endret seg betydelig de siste 20-30 årene. I dag er de fleste kvinner yrkesaktive. Dagens unge kvinner tar minst like lang utdanning som menn, og det er ikke lenger store forskjeller mellom menn og kvinners yrkesdeltakelse i de yngre generasjonene. Forskjellen i yrkesdeltakelse øker med økende alder og er en generasjonseffekt. Andelen kvinner som arbeider deltid var likevel 50 prosent i 1990, mens det tilsvarende tall for menn var 10 prosent. Kvinnens andel av den samlede familieinntekt var i 1986 ca 30 prosent, og har økt til 36 prosent i 1997.

1970-årene bragte med seg stor etterspørsel etter arbeidskraft, særlig innen de typiske kvinneyrkene, der de fleste jobbene er ufaglærte og fysisk tunge (renhold, handel, ufaglært pleie/omsorg). Ikke bare unge kvinner, men også kvinner i førti-femtiårsalderen gikk ut i arbeid. Gifte kvinner var den viktigste arbeidskraftreserven i 1970-årenes ekspansive arbeidsmarked. Kvinnenes inntreden på arbeidsmarkedet befestet seg i 1980-årene, og yrkesfrekvensen økte aller mest for kvinner med barn. I samme periode har familiemønsteret endret seg. Det er imidlertid fortsatt som oftest kvinner som har det daglige ansvaret for barn. Endringer i familie- og forsørgingsmønsteret har hatt ulike konsekvenser for livsløpet til ulike kvinnegenerasjoner.

I den generasjonen kvinner som er født fra 1920 til 1935 (husmorgenerasjonen) er det en høy andel uførepensjonister ved overgang til alderspensjon. Mange av disse gikk ut i arbeidslivet på 1970-tallet, ofte som deltidsarbeidende, som hjemmehjelper, hjelpepleiere og butikkansatte. Kvinner i generasjonen født 1936-1950 hadde enten lav utdanning, og fulgte mønsteret fra husmorgenerasjonen, eller høyere utdanning i to etapper, før og etter avbrudd som følge av ekteskap og barnefødsler. Andelen av disse som jobbet heltid har økt i takt med at barna har blitt eldre. Om lag halvparten har i dag fulltidsarbeid. Generasjonen kvinner født mellom 1951 og 1965 har like mye utdanning som mennene. Hovedtyngden av småbarnsmødrene i denne generasjonen er i arbeid, og andelen fulltidsarbeidende er høy.

54. Kari Skrede; Kvinners levekår, livsløp og helse. Gjengitt i NOU 1999:13 Kvinners helse i Norge

Dette viser at det er forskjeller mellom kvinner og menn i de ulike generasjonene og over livsløpet, men at det også er forskjeller kvinner i mellom etter hvilken generasjon de tilhører. Utviklingen går i retning av større ulikheter kvinner i mellom (etter generasjonstilhørighet) og mindre forskjeller mellom kvinner og menn for de yngre generasjonene. Endringer som for eksempel mer deling av ansvar i hjemmet og økt deltakelse i yrkes- og samfunnsliv for kvinner, taler for at yngre kvinner har grunnlag for en bedre helseutvikling enn kvinner i eldre generasjoner. På den annen side kan økt yrkesdeltakelse føre til lengre arbeidsdager, dobbeltarbeid og risiko for stress. Kvinners livsløp preges fortsatt av at de har hovedansvar for barneomsorgen.

6.3 Oppsummering

Kvinner har gjennomgående høyere sykefravær enn menn, og de siste årene er det også flere kvinner som blir uførepensjonerte. Noe av kjønnsforskjellen kan tilbakeføres til rene biologiske forskjeller. For eksempel reduseres kjønnsforskjellen i sykefravær betraktelig når en skiller ut sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel. Kvinner har videre en annen sykdomsatferd enn menn, noe som blant annet fører til at de oftere er i kontakt med helsevesenet. Det er også en overvekt av kvinner i lavtlønnsyrker som har en arbeidssituasjon preget av lav selvbestemmelse og kontroll, hvor også sykefraværet er høyt. Sett i sammenheng kan disse faktorene bidra til å forklare hvorfor sykefraværet og uførepensjoneringen er høyere blant kvinner enn blant menn.

Kvinners inntog på arbeidsmarkedet har i seg selv ført til økt etterspørsel etter stønader, uten at det nødvendigvis skyldes at kvinner har blitt mye »sykere». Forskjellene mellom ulike kvinnegenerasjoner er store. Redusert grad av dobbeltarbeid, høyere utdanning kan ha ført til bedre helse blant yngre kvinner enn kvinner i eldre generasjoner. Forskjellene i livsløp mellom menn og kvinner blir også mindre, i den forstand at begge tar høyere utdanning og deltar i yrkeslivet på lik linje. Om dette vil medføre at de også i større grad vil dele på omsorgsoppgavene gjenstår å se. Gitt at kvinners hovedansvar for familieomsorg reduseres, skulle dette tilsi at kvinners og menns vilkår for god helse nærmer seg hverandre over tid.

Selv om det eksisterer en god del kunnskap om kjønnsforskjeller i trygdeforbruk er det områder hvor det er behov for ny kunnskap. For å få et fullstendig bilde av arbeidslivets betydning for kjønnsforskjeller i sykefravær, er det avgjørende å få opplysninger om yrke inn i sykefraværsstatistikken. Først da vil det være mulig å anslå hvor stor del av kjønnsforskjellene i sykefravær som kan relateres til forhold i arbeidslivet. Tilsvarende er det behov for mer kunnskap om hvordan fordelingen av arbeidsoppgaver i hjemmet påvirker risikoen for sykefravær. Kunnskap om ulik sykdomsatferd mellom kvinner og menn er også nødvendig for å forstå kjønnsforskjeller i trygdeforbruk.

Kapittel 7
Iverksatte tiltak for å redusere sykefraværet og uføretilgangen

Det er på 1990-tallet satt i verk flere typer tiltak for å redusere sykefraværet, hindre varig uførhet og motivere uførepensjonister til å prøve seg i arbeid.

De største organisasjonene i arbeidslivet inngikk tidlig på 1990-tallet samarbeidsavtaler om reduksjon i sykefraværet. Partenes engasjement i sykefraværsforebyggende arbeid er senere videreført.

Attføringsmeldinga (St.meld. nr. 39 (1991-92)) la opp til en samlet strategi for å hindre «utstøting» fra arbeidslivet og få flere yrkeshemmede i arbeid. Samtidig ble begrepet arbeidslinja introdusert i sosialpolitisk sammenheng. Målet var å stabilisere og helst redusere tallet på «passive» stønadsmottakere. Innstrammingene i regelverket for uførepensjon, sykepenger og rehabiliteringspenger skulle bidra til at arbeid ble et første valg. Trygdeetaten fikk fra 1993 et mer omfattende ansvar for tidlig intervensjon i sykepengefasen for å få sykmeldte tilbake i arbeid. Etter forslag i Attføringsmeldinga ble det også gjort forsøk i trygdeetaten på å få uførepensjonister tilbake i arbeid. Fra 1994 be ansvaret for tiltak, virkemidler og stønader under yrkesrettet attføring samlet i arbeidsmarkedsetaten og Arbeidslivstjenesten ble opprettet i 1993/94. På arbeidsmiljøområdet har det vært satset systematisk på HMS-arbeid, blant annet gjennom forskriften om internkontroll.

Det er også satset betydelige ressurser på forsøksvirksomheten, blant annet for å finne fram til hensiktsmessige tiltak og behandlingsmetoder for å forebygge lange sykefravær og permanent tilbaketrekking fra arbeidslivet i form av uførepensjon.

På siste halvdel av 1990-tallet ble det gjort flere endringer i folketrygdloven som har hatt som mål å motivere uførepensjonister til å prøve seg i arbeid, blant annet hevingen av den såkalte friinntektsgrensen fra $^{1}/_{2}$ G til 1 G.

7.1 Samarbeidstiltak mellom partene i arbeidslivet

LO og NHO forpliktet seg i 1990 til et treårig samarbeidstiltak for å redusere sykefraværet og sykelønnsutgiftene. Tilsvarende avtaler ble inngått mellom staten og hovedsammenslutningene og i kommunene. Bakgrunnen var den sterke økningen i sykefraværet på slutten av 1980-tallet og Regjeringen Syses forslag i statsbudsjettet for 1990 om innsparingstiltak som innebar redusert dekningsnivå i sykelønnsordningen. Partene i arbeidslivet uttrykte samstemmig bekymring for utviklingen og satte seg konkrete mål for fraværsreduksjon. Innstrammingstiltakene ble på denne bakgrunnen ikke gjennomført.

7.1.1 Sykefraværssamarbeidet LO–NHO

Samarbeidsavtalene mellom LO og NHO som ble inngått i 1990 hadde som mål å redusere sykefraværet med 10 prosent i 1991 forhold til 1990-nivået. Tilsvarende mål ble satt i 1992 i forhold til 1991. I forbindelse med lønnsforhan-

dlingene våren 1993 ble partene enige om en samlet reduksjon for hele avtaleperioden med minst 20 prosent.

Det foreligger 2 evalueringer, SINTEF/IFIM og Rogalandsforskning. Undersøkelsene har tatt for seg ulike sider ved samarbeidsprosjektet og har kommet fram til noe ulike konklusjoner. Evalueringene har vært opptatt av å studere og evaluere innsatsen i Sykefraværsprosjektet, og ikke i samme grad vært opptatt av å måle effekter i form av lavere sykefravær.

SINTEF/IFIMs undersøkelse var basert på spørreskjemaer til arbeidsgivere og arbeidstakerrepresentanter i 515 bedrifter i fire bransjer som var omfattet av avtalene mellom LO og NHO. Undersøkelsen var dels en kartlegging av hvilke typer tiltak som ble satt i verk, dels en vurdering av tiltakenes effekt på fraværet.

Resultatene for perioden 1991-93 viste at tiltakene i bedriftene i hovedsak var rettet mot det fysiske arbeidsmiljøet og arbeidsvilkårene generelt, og at en hadde vært mindre opptatt av tiltak rettet mot langtidssyke. Kontroll- og holdningsorienterte tiltak hadde liten effekt på sykefraværet. Tiltak rettet mot stress og tiltak som bidrar til sosial kontakt mellom kolleger hadde størst effekt på sykefraværet.

Oppsummering av hovedfunnene:

- Bedriftenes oppmerksomhet i prosjektperioden har i første rekke vært rettet mot fysiologiske og materielle sider ved arbeidsmiljøet.
- Sykefraværsprosjektet har betydd et løft og en bedring av de fysiologisk-materielle forhold.
- Stress framtrer som det største arbeidsmiljøproblemet. Evnen til å løse slike problemer har vært liten.
- Der tiltak mot stress er iverksatt, har dette gitt størst reduksjon i sykefraværet.
- Kontrolltiltak og tiltak for å endre holdninger har liten effekt på fraværet.

Sammenligninger på bedriftsnivå viste at fraværsnivået ble redusert med 20 prosent i de bransjene som var aktive i sykefraværsarbeidet, mens det ble redusert med 19 prosent i de bransjene som var mindre aktive. Likevel konkluderer SINTEF/IFIM rapporten med at nedgangen er størst i de aktive bransjene.

SINTEF/IFIMs rapport konkluderte med at det er en helhetlig strategi som fører til redusert sykefravær, og at en slik strategi må ha tre elementer:

- Arbeidsmiljøutvikling
- Tiltak rettet mot risikogrupper – rutiner for tidlig oppdaging av sykdom og tidlige tiltak for å hindre utvikling av sykdommen
- Tiltak rettet mot langtidssyke

Evalueringen som ble foretatt av forskere ved Rogalandsforskning er basert på intervjuer i et utvalg på 57 bedrifter i 6 bransjer. Rogalandsforskning fant store forskjeller i aktivitetsnivå i prosjektperioden mellom bransjene. Bransjer med godt utbygd helse, miljø- og sikkerhetsarbeid og som har benyttet ekstern konsulentbistand kunne vise til mest vellykket gjennomføring.

Når det gjelder aktivitetsnivå på bedriftsnivå, viste denne undersøkelsen at bare 12 prosent av bedriftene ble vurdert til å ha god «SFP-kobling» (et mål på i hvilken grad bedriften benyttet ideer fra sykefraværsprosjektet), mens 59 prosent ble vurdert å ha dårlig »SFP-kobling». Det var en positiv korrelasjon mellom »SFP-kobling» og nedgang i sykefraværet. Selv om det tydet på en sammenheng mellom aktiv deltakelse i sykefraværsprosjektet og nedgang i sykefraværet, fant de ikke støtte for dette når de gjennomførte dybdeintervjuer.

At de to studiene spriker i sin konklusjon med hensyn til sykefraværsprosjektets betydning for reduksjonen i sykefravær antas å ha sammenheng med ulik tilnærming og fokus. Prosjektet til Rogalandsforskning var opptatt av bransjenivå, mens SINTEF/IFIM har foretatt sine analyser på bedriftsnivå.

7.1.2 Videreføring av samarbeidet LO -NHO

Samarbeidet mellom LO og NHO er videreført uten at det er satt spesielle mål for fraværsreduksjon. Sykefraværsarbeidet er organisert med to prosjektledere på heltid i LO og NHO og en sentral styringsgruppe. Strategien er å arbeide gjennom linjen. På bransjenivå er det etablert samarbeidsavtaler mellom NHOs landsforening og LOs forbund. I den enkelte bedrift er daglig leder og hovedtillitsvalgt ansvarlig.

LO og NHO legger vekt på at sykefraværsarbeidet skal være en del av bedriftenes systematiske HMS-arbeid og å sikre bred deltakelse og oppslutning fra alle ansatte. Ansvaret ligger hos linjeleder med aktiv deltakelse fra tillitsvalgte og medarbeidere. Hovedbudskapet til bedriftene er at oppmerksomheten på sykefravær må settes på dagsorden. Virksomhetene må føre statistikk og sette konkrete mål. Nærmeste leder må engasjere seg i aktiv oppfølging av sykmeldte arbeidstakere og legge til rette løsninger for personer som trenger tilpasset arbeid i en periode. NHO arbeider aktivt gjennom sine HMS-rådgivere i landsforeningene overfor ledergruppene i bedriftene med slike spørsmål, og LO har en kontinuerlig oppmerksomhet rettet mot sykefraværsarbeid i bedriftene, blant annet gjennom sine fagforbund. Tillitsvalgtes ansvar og engasjement er viktig for å lykkes med sykefraværsarbeidet. Tillitsvalgte og vernepersonell blir stadig minnet om betydningen av aktivitet omkring sykefravær, og stadig flere tillitsvalgte engasjerer seg i dette arbeidet. Partene har utgitt og distribuert et omfattende felles informasjonsmateriell til bedriftene.

Bedriftshelsetjenestens rolle er å bidra aktivt med arbeidsmedisinsk kompetanse, å støtte, veilede og gi råd. Åpenhet og tillit er en forutsetning for å skape en god dialog og å kunne arbeide systematisk med sykefravær.

Det er viktig å hindre at bedriftene slår seg til ro med et akseptabelt sykefraværsnivå. Erfaringer viser at dersom sykefraværet går ned etter en periode med aktiv innsats, øker det igjen dersom innsatsen trappes ned. Sykefraværsarbeid er med andre ord ikke skippertak, men må drives kontinuerlig ved at bedrifter lager rutiner, kartlegger, analyserer, lager handlingsplaner og gjennomfører et systematisk forbedringsarbeid.

LO og NHO startet i 1997 en egen innsats for å redusere ensidig gjentakelsesarbeid (EGA til DUA-prosjektet). Åtte bransjer deltar. Prosjektet støttes av Sosial- og helsedepartementet. Hovedbudskapet er at de ansatte skal involveres, ta ansvar og variere arbeidsoppgavene i et utvidet arbeidsom-

råde hvor læring og utvikling er en grunnpilar i bedriftsutviklingen. Prosjektet evalueres av AFI og skal avsluttes medio 2000.

Høsten 1999 startet bransjeprosjektet SYPRAKS i Vestfold hvor 20-30 bedrifter samarbeider i nettverk om å redusere sykefraværet. Initiativet kom fra HMS-rådgiverne i NHOs landsforeninger. Målet er å samordne kunnskap og erfaringer, oppnå synergi ved å samarbeide på tvers av bransjer, overføre »beste praksis» og samarbeide med det sentrale sykefraværsarbeidet LO-NHO. Programmet skal videreføres til alle fylker.

NHO støtter også på annen måte helse-, miljø og sikkerhetsarbeidet i bedriftene, blant annet gjennom NHOs Arbeidsmiljøfond. Helse- miljø- og sikkerhetsarbeid har høy prioritet i LO. LO driver kontinuerlig kurs- og informasjonsvirksomhet for sine tillitsvalgte hvor sykefraværsarbeidet er tema.

7.1.3 Sykefraværssamarbeidet i Staten.

Staten og hovedsammenslutningene/ Norsk lærerlag inngikk i 1990 avtale om tiltak for å redusere sykefraværet i det statlige tariffområdet etter samme mal som LO og NHO. I staten var målsettingen for perioden 1990-91 å redusere sykefraværet med minst 10 prosent, mens målsettingen for senere år ikke ble tallfestet.

For å kunne måle effekten av tiltakene, ble det utviklet en felles kravspesifikasjon for sykefraværsstatistikk i statlig sektor. Fra 1. januar 1991 ble alle statlige virksomheter pålagt å føre en ensartet statistikk over sykefraværet.[55] Utarbeidelsen av en ensartet sykefraværsstatistikk hadde flere formål. For det første er statistikken et viktig redskap for arbeidsgivere i forhold til behovet for pålitelige utgiftsanslag. Videre gir kontinuiteten over år bevilgende myndigheter mulighet til å bruke den som styringsverktøy og for å evaluere tiltak.

Den opprinnelige avtalen om arbeidet for å redusere sykefraværet skulle strekke seg over perioden 1990-93. I den reviderte avtalen fra 1994 ble det lagt vekt på å målrette innsatsen i større grad og ha spesiell interesse rettet mot disse områdene:

- Etablering av internkontroll som virkemiddel i HMS-arbeidet, bl a vurdere bedriftshelsetjenestens rolle og funksjon i denne sammenheng.
- Forebygge belastningslidelser.
- Forebygging av langtidsfravær og tidlig intervensjon overfor langtidsfravær.
- Systematisk attføringsarbeid.
- Styrking av virksomhetens ferdigheter til å arbeide med psykososialt arbeidsmiljø og organisatoriske problemstillinger.
- Innhente kunnskap om årsaker til ulikheter i sykefravær for menn og kvinner.

Fagdepartementene fikk ansvar for å følge opp arbeidet i eget departementsområde. Arbeidet i den enkelte virksomhet ble forankret hos virksomhetens leder, linjelederne og de tillitsvalgte.

55. Private virksomheter og kommunal sektor var pålagt å føre tilsvarende sykefraværsstatistikk

7.1.4 Samarbeidstiltak i kommunal sektor

Partene i kommunal sektor inngikk i 1991 tilsvarende avtale om reduksjon i sykefraværet. Avtalen ble i 1995 besluttet videreført og løper til partene sier den opp. Arbeidet med å redusere sykefraværet har som hovedmål:
- Å tjene den enkeltes helse
- Utvikle et fysisk så vel som organisatorisk best mulig arbeidsmiljø
- Styrke virksomhetenes økonomi
- Redusere samfunnets kostnader

Lokalt nivå

Avtalen slår fast at ansvaret for sykefraværsarbeidet legges til den enkelte virksomhet og må forankres i toppledelsen, linjen og hos de tillitsvalgte. Sykefraværsarbeidet må inngå i virksomhetenes kvalitetssikrings- og internkontrollsystem og i det daglige miljøarbeidet. Det er partene lokalt som har ansvar for å gjennomføre kartlegging, iverksette nødvendige tiltak og utarbeide hensiktsmessige rutiner og rapporteringssystemer.

Sentralt nivå

Partene har opprettet en felles, sentral styringsgruppe, og det er avsatt ett årsverk for sykefraværsarbeid/HMS-arbeid. Den sentrale styringsgruppen skal være pådriver i arbeidet lokalt, med følgende prioriterte oppgaver:
- Etablering av internkontroll-HMS, herunder bedriftshelsetjenestens rolle og funksjon
- Kartlegge årsaker til turnusarbeideres høye sykefravær
- Vurdere sammenhengen mellom høyt sykefravær, deltid og turnover
- Kartlegge årsaker til ulikheter i sykefravær mellom kvinner og menn
- Initiere forsøk for å redusere sykefraværet i grupper med særlig høyt sykefravær
- Forebygging av langtidsfravær
- Forebygging av belastningslidelser

KS har utgitt diverse informasjonsmateriell til ledere og ansatte til hjelp i sykefraværsarbeidet. KS har også tatt initiativ til forskning for å få mer kunnskap om sykefravær og tiltak for å redusere fraværet.

SINTEF IFIM har laget en idébok for kommunalt sykefraværsarbeid. Målet med dette prosjektet har vært å finne fram til tiltak som virker blant annet gjennom å samle erfaringer fra gjennomførte tiltak og prosjekter. 15 tiltak ble identifisert som virksomme, det vil si at forskning rapporterer at slike tiltak er iverksatt og virker fraværsforebyggende. Det dreier seg dels om individuelle tiltak med fokus på enkeltindividenes atferd og muligheter til å unngå sykdom og til å komme tilbake i arbeid, dels organisatoriske tiltak med vekt på organisasjonens påvirkning.

Eksempler på individuelle tiltak:
- Medisinsk oppfølging og trening
- Aktiv sykmelding

- Generelle helsetiltak- endringer av livsstil
- Stressmestring
- Utvidet egenmelding
- Tilrettelegging av arbeid for gravide

Eksempler på organisatoriske tiltak:

- Oppfølging av sykmeldte
- Tilrettelegging av arbeid
- Forbedring av det fysiske arbeidsmiljøet
- Kultur og holdningsendring
- Utvikling av ledelse
- Systematisk HMS-arbeid (internkontroll)

En hovedkonklusjon var at uansett hvilke tiltak som blir iverksatt, må de forankres i lokal kultur og virkelighetsforståelse, og organiseres og ledes på en riktig måte. Rapporten presenterer tre vellykkede case som viser ulike måter å arbeide på som involverer alle berørte parter.

Både kommunesektoren som arbeidsplass og tiltak mot sykefravær er dynamiske og i kontinuerlig utvikling. Individ og organisasjon vil måtte ses i sammenheng.

Det framtidige arbeidet med å redusere sykefraværet i kommunesektoren må ta hensyn til endringer i arbeidslivet generelt og offentlig sektor spesielt, endringer i serviceyrker kvinnearbeidsplasser og særtrekkene ved denne typen arbeid. Skillet mellom individorienterte og organisatoriske tiltak vil bli mindre relevant. I likhet med de andre sektorene vil reell medvirkning være en forutsetning for vellykkede tiltak.

7.1.5 Samarbeid mellom partene og myndighetene

NHO og LO tok ved oppstarten av sykefraværssamarbeidet initiativ til etablering av en arena for gjensidig informasjonsutvikling mellom ulike sektorer, organisasjoner og offentlige myndigheter. «Sykefraværsparaplyen» er et samarbeidsforum mellom 20 organisasjoner og offentlige myndigheter med ett felles mål om lavest mulig sykefravær og et arbeidsmiljø som fremmer helsen.

LO , NHO og KS deltar i prosjektgruppe knyttet til forsøksvirksomhet i trygdeetaten hvor målet er at tiltak for å forebygge sykefravær skal være forankret på arbeidsplassen. Det vises til nærmere omtale under pkt. 7.6.2.

De største organisasjonene i arbeidslivet er medlemmer i Nasjonalt forum for integrering av yrkeshemmede i arbeidslivet. I regi av forumet er det blant annet gitt støtte til et prosjekt hvor NHO samarbeider med FFO om informasjonsprosjekt om funksjonshemmede arbeidstakere. Gjennom prosjektet skal arbeidsgivere få kunnskap om muligheter, rettigheter og plikter i forhold til ansettelse av funksjonshemmede. Målet er å få funksjonshemmede inn i ordinert arbeid.

Det ble i 1999 etablert en idébank for sykefraværsarbeid. Idébanken er et samarbeidsprosjekt mellom offentlige myndigheter og partene i arbeidslivet. Idébanken skal være et virkemiddel for partene og sentrale myndigheter for å samle inn, formidle ideer og resultater som kan bidra til et bedre arbeidsmiljø

og reduksjon i sykefraværet. Videre skal idébanken gi oversikt over arbeidsmetoder/verktøy, prosjekter og forsøksvirksomhet, relevant litteratur og publikasjoner. Idébanken skal også være en møteplass for partene i arbeidslivet. Det er tilsatt to prosjektarbeidere som er faglig tilknyttet Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Disse skal kunne nås på telefon og Internett, samt være tilgjengelig for foredrag etc. Idébanken har vært fullt operativ fra januar 2000. Representanter for partene i arbeidslivet sitter i styret for Idébanken.

7.2 Tiltak for bedre arbeidsmiljø

LO og NHO inviterte i 1993 myndighetene til å delta i det videre samarbeidet om å redusere sykefraværet. Evalueringen fra SINTEF IFIM av partenes sykefraværssamarbeid viste at det var en helhetlig og entydig strategi som førte til redusert fravær. Det ble framhevet at oppslutning fra bedriftshelsetjeneste og arbeidsledelse, samt medvirkning fra arbeidstakerne i alle faser av arbeidet har spesielt stor betydning for reduksjon i sykefraværet. De virksomheter som i størst grad hadde lykkes i å redusere sitt sykefravær, hadde gjort dette ved en bred, systematisk arbeidsmiljøtilnærming. Systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (internkontroll) inngikk i disse bedriftenes satsing. Det ble derfor lagt til grunn at en raskere innføring av internkontroll, med fokusering på sykefraværsfaktorer, ville bidra til å redusere sykefraværet i norsk arbeidsliv. Det ble lagt vekt på samarbeid med arbeidsledelse, bedriftshelsetjeneste og medvirkning fra arbeidstakerne i alle faser av dette arbeidet.

7.2.1 Arbeidstilsynets sykefraværskampanje

Som ledd i myndighetenes oppfølging av partenes arbeid for å redusere sykefraværet, fikk Arbeidstilsynet tildelt 12 mill. kroner til gjennomføring av et særskilt prosjekt for å bidra til varig reduksjon i arbeidsrelatert sykefravær, spesielt i mindre og uorganiserte virksomheter. Prosjektet ble gjennomført i perioden 1994–96. Strategien var forsterket tilsyn for innføring av systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid og tiltak for bedre utnyttelse av ressursene til verne- og helsepersonale (bedriftshelsetjeneste). Prosjektet ble utformet i samarbeid med LO og NHO. Kampanjen ble gjennomført med tre hovedelementer: en informasjons- og annonsekampanje, forsterket tilsyn og tiltak for styrking av verne- og helsepersonale

Følgende var de viktigste resultatene av kampanjen:

- Arbeidstilsynet hadde satt seg aktivitetsmål for kampanjen, som langt på vei ble oppfylt. 5000 virksomheter ble kontaktet. Blant disse så man en vesentlig økning i antall virksomheter med systematisk HMS-arbeid.
- Status med hensyn til bedriftshelsetjeneste i virksomhetene ble forbedret. Flere virksomheter ble gjennom kampanjen tilknyttet verne- og helsepersonale.
- Det var ikke mulig å vurdere måloppnåelse i forhold til kampanjens hovedmål om at sykefraværet i de besøkte bedriftene skulle reduseres med 10 prosent etter at systematisk HMS-arbeid var kommet på plass. Dette skyldtes dels manglende sykefraværsregistrering i virksomhetene, dels at fraværet ble ulikt registrert og dermed ikke var sammenlignbare.
- Kampanjen førte til en videreutvikling av det lokale samarbeidet mellom

de ulike myndigheter og organisasjoner.

Arbeidstilsynets vurdering i etterkant av kampanjen var at det kan være grunn til å tvile på at kampanjer og korttidsinnsats med sykefraværsreduksjon som mål og evalueringskriterium er hensiktsmessig. Dette på bakgrunn av at sykefravær ikke er en ensidig kvalitetsindikator for arbeidsmiljø, selv om miljøtiltak i virksomhetene kan bidra til å redusere sykelighet og fravær. Sykefraværskampanjen ble formelt avsluttet i 1996, men oppfølging med tanke på å øke effekten av kampanjen og videre vurdering av langtidseffekter blir videreført.

7.2.2 Bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjenesten (verne- og helsepersonale) er en sentral aktør i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. SINTEF IFIM framhevet i 1992 at oppslutning fra bedriftshelsetjenesten har stor betydning for reduksjon i sykefraværet.

Arbeidsmiljøloven § 30 pålegger arbeidsgiver å opprette bedriftshelsetjeneste (verne- og helsepersonale) «når det er nødvendig å gjennomføre særlig overvåking av arbeidsmiljøet eller helsekontroll med arbeidstakerne». Det er fastsatt en forskrift om hvilke virksomheter som har plikt til å knytte til seg verne- og helsepersonale (bransjeforskriften). Forskriften omfatter alle virksomheter innenfor 22 nærmere definerte næringsgrupperinger. Det er også fastsatt en forskrift om verne- og helsepersonale, hvor tjenestens oppgaver er nærmere definert. Tjenesten er et arbeidsmiljøtiltak som skal bistå arbeidsgiver i arbeidet for å forebygge at arbeidstakerne påføres helseskader på grunn av dårlig eller mangelfullt arbeidsmiljø. Bedriftshelsetjenesten skal gå aktivt inn i det forebyggende verne- og miljøarbeidet i bedriftene, og ikke være en kurativ tjeneste basert på individrettede rutinekontroller og behandling. Blant de oppgaver som er beskrevet i forskrift om verne- og helsepersonale, og som er særlig relevante i denne sammenheng kan nevnes at bedriftshelsetjenesten blant annet skal:

- bistå med løpende kartlegging av arbeidsmiljøet og foreta arbeidsplassundersøkelser og vurdere risiko for helsefare,
- fremme forslag om forebyggende tiltak og arbeide aktivt for tiltak som fjerner sykdomsframkallende faktorer og farer for ulykker,
- overvåke og kontrollere arbeidstakernes helse i forhold til arbeidssituasjonen og foreta nødvendig oppfølging,
- bistå med å tilpasse arbeidet til den enkelte arbeidstaker
- bistå med bedriftsinternt attføringsarbeid,
- i samarbeid med arbeidsgiver bistå med å utarbeide rapporter, måleresultater o.l som beskriver helsefarlige arbeidsforhold.

Det har vært arbeidsmiljømyndighetenes målsetting at bestemmelsene i »bransjeforskriften» skal være gjennomført i løpet av 1998 (dvs at alle virksomheter som i henhold til forskriften har plikt til å knytte til seg verne- og helsepersonale, skal ha oppfylt denne plikten innen utgangen av 1998). Arbeidstilsynet har i perioden 1994–1998 gjennomført en særlig offensiv for å nå denne målsettingen, noe som viste seg å ikke være realistisk. Særlig er det mange små virksomheter med plikt etter bransjeforskriften som ikke har knyttet til

seg verne- og helsepersonale. I 1998 registrerte Arbeidstilsynet at dekningsgraden blant små virksomheter innenfor bransjeforskriften fremdeles var lav (22 prosent), mens den var høy blant de store bedriftene (83 prosent).

Det kan være flere grunner til at små virksomheter har problemer med å knytte seg til eller etablere bedriftshelsetjeneste. Blant annet kan mangel på helsepersonell flere steder i landet føre til at det ikke er praktisk grunnlag for å etablere kompetente verne- og helsepersonellordninger. Det synes som det opprettes få nye ordninger, og at de ordninger som er etablert ikke er villige til eller har kapasitet til å ta opp nye medlemsbedrifter. I den grad det bare er kapasitet som begrenser, er det en tendens til at etablerte tjenester og tjenester under etablering regner små virksomheter som et for dårlig økonomisk grunnlag til å ønske disse som medlemmer.

Kommunal- og regionaldepartementet har i 1998/99 gjennomført et omfattende evalueringsprosjekt av kvaliteten ved de etablerte bedriftshelsetjenester. Noen av hovedkonklusjonene fra prosjektet er:

Mange bedriftshelsetjenesteordninger har en positiv innvirkning på det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomhetene. Dette gjelder særlig i store virksomheter med en klar risikoprofil.

Virksomhetene blir mer positive til nytten av bedriftshelsetjenesten jo lenger de har vært knyttet til ordningen.

Det er store sprik i oppfatningen mellom ledelse, bedriftshelsetjeneste og verneombud om prioriteringer av HMS-arbeidet og verne- og helsepersonalets innsats.

Kommunikasjon, samarbeid og samordning fungerer ikke godt nok.

Verne- og helsepersonale som arbeidsmiljøtiltak er et stykke fra å nå den opprinnelige, ambisiøse og brukerrettede målsettingen om forebyggende helseforbedring på arbeidsplassene.

Rapporten viste at i 35 prosent av virksomhetene skjer oppfølging av sykefravær via avtale med bedriftshelsetjenesten.

Berørte fagmyndigheter, LO og NHO har kommet med innspill etter at evalueringsrapporten om bedriftshelsetjenesten ble lagt fram. Blant annet på bakgrunn av disse faglige anbefalingene, er det besluttet å etablere et felles prosjekt i samarbeid mellom arbeidsmyndighetene og helsemyndighetene. Det er etablert en arbeidsgruppe med representanter fra myndighetene, LO, NHO og enkelte fageksperter på området som har fått i oppdrag å vurdere en rekke problemstillinger knyttet til hvilke faglige og administrative krav som bør stilles til bedriftshelsetjenesten. Blant annet skal det vurderes hvilke bransjer som er de mest risikoutsatte og hvordan vi kan oppnå en mest mulig effektiv bruk av tilgjengelige helseressurser, sett i forhold til gjennomføring av bransjeforskriften og etablering av fastlegereformen. Arbeidsgruppens rapport skal legges fram for Kommunal- og regionaldepartementet innen 1. juni 2001.

7.2.3 Systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid (internkontroll)

Undersøkelser har vist at de virksomheter som lykkes best med å redusere sykefraværet, har en bred, systematisk arbeidsmiljøtilnærming og et systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid (internkontroll) (jf. blant annet IFIMs evaluering av sykefraværsprosjektet i 1992). I den grad myndighetene lykkes i å påvirke virksomhetene til å innføre systematisk HMS-arbeid, antar man at

denne strategien vil bidra til redusert arbeidsrelatert sykefravær og «utstøting». Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) stiller blant annet krav om at virksomheten skal kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene. Dette skal dokumenteres skriftlig. I veiledningen til forskriften pekes det i denne sammenheng på dokumentasjon i form av skade- og sykefraværsregistreringer, samt kartlegging av risiko for belastningslidelser, yrkessykdommer mv.

Samarbeidsprosjektet »Bedre helse, miljø og sikkerhet – du er ikke alene om å tjene på det» ble gjennomført i tre-års perioden 1996 – 1998. Dette prosjektet representerte på mange måter en helt ny og enestående tilnærmingsmåte overfor arbeidslivet, ved at så mange som 17 aktører fra både myndigheter og organisasjoner, samarbeidet aktivt om planlegging og gjennomføring av tiltak på HMS-området.

Tiltakene under prosjektet ble i hovedsak delt inn i to kategorier: Generell informasjon rettet mot virksomhetene og gjennomføring av regionale og lokale tiltak som HMS-dager. Hovedtyngden av aktivitetene i prosjektet lå på samarbeidet om gjennomføring av HMS-dager regionalt og lokalt. I alle landets fylker ble det etablert samarbeidskomiteer med representanter fra tilsynsetatene og arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene. Fylkeskomiteenes oppgave var å planlegge og gjennomføre tiltak for å sette helse, miljø og sikkerhet på dagsorden i virksomhetene lokalt. Til sammen i 1997 og 1998 arrangerte fylkeskomiteene 136 HMS-konferanser med ca 9 500 deltagere fra offentlige og private bedrifter.

Prosjektet er det bredeste samarbeidet som til nå har vært gjennomført på HMS-området. Det har vært lagt ned store ressurser, både hva gjelder midler og arbeidskraft i gjennomføring av satsingen. Det var derfor svært viktig å vurdere resultatene av innsatsen, og hele prosjektet har vært evaluert i regi av SINTEF IFIM. Resultatene av evalueringen foreligger i IFIM-rapporten »Bærer arbeidet frukter? – en evaluering av systematisk HMS-arbeid i norske virksomheter» og viser at samarbeidsprosjektet har ført til bedre kommunikasjon og forståelse mellom myndighetene og partene i arbeidslivet, sentralt og lokalt, og også tilsynsmyndighetene i mellom. Virksomhetene vurderer de lokale HMS-dagene som positive. Hele 65 prosent av virksomhetene er kjent med den nye forskriften om systematisk HMS-arbeid. Fem av ti virksomheter har i 1999 innført systematisk HMS-arbeid. Dette representerer en klar økning fra 1993. De største virksomhetene er fremdeles de »flinkeste», og offentlig sektor har kommet lenger enn privat sektor. 80 prosent av kommunale virksomheter har innført systematisk HMS-arbeid. De små virksomhetene, og spesielt de med færre enn fem ansatte, henger imidlertid etter. Selv om mange virksomheter nå har innført systematisk HMS-arbeid, er dette mange steder fremdeles mer preget av papireksersis enn av aktivitet og iverksetting av tiltak. Internkontrollen omfatter først og fremst det fysiske arbeidsmiljøet, og ikke det organisatoriske. Det blir også en stor utfordring for alle aktørene framover å opprettholde og videreføre det engasjementet og gode lokale samarbeidet som er skapt i denne prosessen.

Konklusjonene fra dette omfattende samarbeidsprosjektet er allikevel stort sett positive. Myndighetene og partene har grepet tak i kritikken som har vært reist mot innføring av internkontroll og har gjennomført et ubyråkratisk prosjekt som beskrives som »entusiastenes arena». Arbeidet representerer en »ny giv», hvor det er skapt samarbeidsrelasjoner og kunnskapsoverføring både mellom arbeidslivets parter, mellom myndighetene og ikke minst mellom partene og myndighetene.

7.3 Trygdeetatens oppfølging av sykmeldte

Oppfølging av sykmeldte har vært et prioritert innsatsområde i trygdeetaten i flere år. Målet er å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid og hindre overgang til permanente stønadsordninger.

Trygdeetatens tiltak i oppfølging av sykmeldte kan grovt deles i tre hovedgrupper

- Aktive tiltak rettet mot den enkelte sykmeldte
- Avklarende tiltak til hjelp i planleggingsprosessen
- Administrative tiltak knyttet til trygdekontorets saksbehandling

Boks 7.1 Aktive tiltak for den sykmeldte

Graderte sykepenger (§ 8-13) - Delvis sykmelding brukes i utgangspunktet hvis en person er delvis arbeidsufør og kan arbeide en viss prosent av ordinær stilling. Muligheten til å gradere sykepengene har eksistert siden 1978. Ordningen kan benyttes som et aktivt tiltak der det er behov for en trinnvis overgang fra helt sykmeldt til fullt arbeidsfør.

Yrkesrettet attføring i sykepengeperioden (§ 8-4 bokstav c) – Det er anledning til å gå over på yrkesrettet attføring i arbeidsmarkedsetatens regi mens man ennå har rett til sykepenger. Formålet med bestemmelsen er at nødvendige attføringstiltak ikke skal utsettes pga at sykepenger er en høyere ytelse enn attføringspenger. Hjemmelen ble tatt inn i sykepengekapitlet i 1981.

Fritak fra arbeidsgiveransvar (§ 8-20) – Ved kronisk sykdom med risiko for særlig stort eller for hyppige sykefravær, kan arbeidsgiver søke om at trygden dekker utgiftene til sykepenger i arbeidsgiverperioden.

Reisetilskudd (§ 8-14)- Ved sykmelding pga midlertidig sykdom eller skade i støtte- og bevegelsesorganene, kan det ytes reisetilskudd i stedet for sykepenger. Reisetilskuddet skal dekke nødvendige ekstra transportutgifter. Ordningen har eksistert siden 1986.

Aktiv sykmelding (§ 8-6) – Det kan ytes sykepenger i en tidsbegrenset periode i forbindelse med aktivisering eller arbeidstrening hos arbeidsgiver. Avtale om aktiv sykmelding skal være medisinsk forsvarlig, og godkjennes av trygdekontoret. Tiltaket ble iverksatt i 1994.

Kjøp av helsetjenester - Tilbud til yrkesaktive sykmeldte som venter på utredning/operasjon av enkle lidelser som kan behandles dagkirurgisk, poliklinisk eller ved en kortvarig innleggelse. Kjøp av helsetjenester gjennom trygdekontoret skal bidra til å forkorte sykmelding knyttet til ventetid på slik behandling. Ordningen ble introdusert i 1997. Den er basert på rammebev-

ilgninger, og er ikke hjemlet i folketrygdloven. *Stønad til arbeidshjelpemidler (§ 10-5)* – Det kan ytes stønad til hjelpemidler på arbeidsplassen til sykmeldte som fyller vilkårene etter kap 10.

Boks 7.2 Avklarende tiltak til hjelp i planleggingsprosessen

Basisgruppe (§ 25-5) - Basisgruppen er et tverrfaglig og rådgivende samarbeidsorgan for attføringsarbeid, med fast representasjon fra trygdekontor, arbeidskontor og lege. Etter behov kan også arbeidsgiver eller fagpersonell i behandlings- eller sosialtjenesten inviteres. Ordningen ble iverksatt i 1988.

Den sykmeldtes plikt til å ta imot tilbud om behandling/tiltak (§ 8-8) - Trygdekontoret kan avslå utbetaling av sykepenger dersom den sykmeldte uten rimelig grunn nekter å ta imot tilbud om behandling, rehabilitering eller yrkesrettet attføring. Bestemmelsen kom i 1994. *Redegjørelse fra arbeidsgiver (§ 25-2 annet ledd)* - I saker der trygdekontoret ber om det, plikter arbeidsgiver å utarbeide redegjørelse om muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen for at sykmeldt arbeidstaker kan komme tilbake i jobb. Bestemmelsen trådte i kraft i 1994.

I 1988 ble ordningen med sykmelding II innført, og det ble opprettet basisgrupper i alle kommuner. Ved begge ordningene ble det spesielt lagt vekt på behandlende leges medvirkning i oppfølgingsarbeidet som en viktig forutsetning for et mer effektivt og samordnet oppfølgingsarbeid.

Boks 7.3 Administrative virkemidler knyttet til trygdekontorets saksbehandling

Sykmelding II (§ 8-7 tredje ledd) - Etter 8 ukers sykefravær skal behandlende lege avgi en legeerklæring til trygdekontoret med mer utfyllende opplysninger om helsetilstand og arbeidsevne. Ordningen ble iverksatt i 1988.

12-ukersvedtaket (§ 8-7 femte ledd)- Ved sykefravær ut over 12 uker skal trygdekontoret fatte vedtak om fortsatt utbetaling av sykepenger, og vurdere evt behov for øvrige medisinske, yrkesrettede eller andre tiltak. Ordningen kom i 1993.

Sykmelding II-ordningen innebar nye blanketter til bruk i samhandlingen mellom lege og trygdekontor. Ordningen ble evaluert i 1992 av Seksjon for trygdemedisin. Fortsatt arbeides det med å utnytte dette verktøyet bedre. Nye reviderte blanketter er tatt i bruk i 2000, der fokus på aktive tiltak og planer er styrket.

Basisgruppeordningen ble fulgt opp gjennom bred opplæring i trygde- og arbeidsmarkedsetaten, der også behandlende leger og rådgivende leger deltok. Ordningen er evaluert både i 1992 av Seksjon for trygdemedisin og i 1998 av SINTEF-IFIM. Basisgruppen vurderes i hovedsak positivt som samarbeidsforum. Undersøkelsen i 1998 evaluerer ikke effekter av ordningen i form av lavere sykefravær eller flere på attføring eller i arbeid.

Attføringsmeldingen (St.meld. nr. 39 1991-92) la til grunn at trygdeetatens oppfølgingsarbeid skulle intensiveres. Fire nye virkemidler ble introdusert for å styrke trygdekontorets muligheter i det praktiske oppfølgingsarbeidet:

- skriftlig vedtak fra trygdekontoret etter 12 ukers sykmelding
- arbeidsgivers plikt til å redegjøre for tiltak for sykmeldte arbeidstakere
- sykmeldtes plikt til å ta imot behandlingstilbud
- aktiv sykmelding.

Trygdeetaten ble videre styrket med 100 øremerkede 3-års stillingshjemler som fra 1996 er omgjort til faste stillinger.

Trygdekontorenes rolle er tosidig. På den ene siden har de en «kontrollørrolle». De skal påse at lovens vilkår er oppfylt. Dette skjer allerede ved førstegangs sykmelding. På den annen side skal trygdefunksjonæren fungere som en «veiviser» når det viser seg å være behov for særskilte tiltak for at den sykmeldte skal komme tilbake i arbeid.

Rikstrygdeverket iverksatte i august 1996 første fase i en handlingsplan for oppfølging av sykmeldte. I denne fasen var en spesielt opptatt av at lovbestemte oppgaver skulle skje innen gitte frister. Det vil blant annet si at sykmelding II skal være mottatt ved 8 ukers sykmelding og 12-ukersvedtaket være fattet innen 12 ukers sykmelding. I handlingsplanens fase II som ble iverksatt i januar 1998 er det lagt vekt på å øke kvaliteten på oppfølgingen. Nær kontakt med den sykmeldte og andre instanser som arbeidsgiver og behandlende lege er sentralt i denne sammenheng.

Generelt kan en si at trygdeetatens tiltak tidligere i liten grad er blitt »markedsført» som tilbud og alternativ ved sykmelding. Spesielt ordningene aktiv sykmelding og kjøp av helsetjenester har fått bred offentlig oppmerksomhet, og er kjent i befolkningen i en helt annen grad enn trygdeetatens øvrige virkemidler. Disse ordningene har vist viktigheten av at trygdeetaten orienterer seg ut mot samarbeidspartnerne og sikrer både at den enkelte sykmeldte og samarbeidende aktører får nødvendig og relevant informasjon. Aktiv sykmelding kan ikke fungere uten samarbeid med arbeidsplassen, mens kjøp av helsetjenester er avhengig av avtaler med helsetjenesten. Aktiv sykmelding er under evaluering av Folkehelsa, både mht samarbeidsrelasjoner og tiltakseffekt.

Kjøp av helsetjenester skiller seg ut blant tiltakene. I motsetning til de øvrige ordningene, ble dette introdusert på prosjektbasis (i 1997) og har blitt bygget opp gradvis med sikte på permanent og landsdekkende status innen 2001. Ordningen skiller seg dessuten fra de øvrige ved at den er rammestyrt, og at den ikke har hjemmel i folketrygdloven. Oppbyggingen av ordningen har vært så effektiv at rammene for tiltaket utnyttes maksimalt. Ordningen er evaluert av NIBR. Det vises til nærmere omtale under pkt. 7.4.

7.3.1 Bruken av tiltakene

Trygdeetatens strategiplan for 1998-2000 framhever oppfølging av sykmeldte som en sentral del av etatens satsingsområde 'hjelp til selvhjelp'. Her understrekes at etaten skal bidra til å realisere arbeidslinja ved å gi hjelp til selvhjelp slik at den enkelte bruker i størst mulig grad kan forsørge seg selv og oppnå best mulig funksjonsevne. Det pekes også på betydningen av videreutvikling

av et godt samarbeid med arbeidsmarkedsetaten og andre samarbeidspartnere.

I etatens mål og prioriteringer har området oppfølging av sykmeldte hatt en viktig plass innenfor etatens satsingsområde 'hjelp til selvhjelp' fra 1994 og årene framover. Fokus har i Rikstrygdeverkets målstyringsdokumenter spesielt vært rettet mot etatens oppgaver med:

- tidligere oppfølging av sykmeldte for bl a å fange opp attføringsbehov
- helhetlig tilnærming til de ulike sykdomsrelaterte ytelsene.

I 1995 begynte en med operasjonelle mål for etatens virksomhet, og fra 1996 har trygdeetatens målstyring vært basert på resultatindikatorer knyttet til det enkelte mål.

I 1997 var det en målsetting om forholdsmessig færre sykepengetilfeller med varighet over 9 måneder, sett i forhold til foregående år. Som indikatorer så man på følgende aktive tiltak:

- antall saker med overgang til yrkesrettet attføring i sykepengeperioden
- antall saker med aktiv sykmelding
- antall saker med graderte sykepenger / rehabiliteringspenger.

I de påfølgende år er det disse tre tiltakene som er blitt fulgt opp gjennom etatens målstyring. Fra og med 2000 blir også kjøp av helsetjenester trukket inn blant de øvrige tiltakene der det settes særskilte mål for etaten. De øvrige tiltakene er rettet mot avgrensede målgrupper og har et så begrenset omfang at det ikke er laget egne målsettinger for disse.

Tabell 7.1: Omfang og utvikling innenfor tre sentrale tiltak (antall avsluttede saker på tiltaket, og prosent av totalt antall avsluttede sykepengesaker).

	1997	1998	1. halvår 1999
Aktiv sykmelding	9 555 (2,46 %)	16 975 (4,07 %)	23604 (5,49%)
Gradert sykmelding	75 192 (19,39 %)	82 644 (19,80 %)	86 702(19,9%)
Overgang yrkesrettet attføring	4 501 (1,15 %)	5 492 (1,31 %)	6216(1,4%)

Kjøp av helsetjenester omfattet ved utgangen av 1. halvår 1999 i overkant av 2 200 sykmeldte.

I tillegg til de nevnte aktive tiltakene, har etaten også hatt egne målsettinger når det gjelder administrative tiltak, for å sikre oppfølgingsarbeidets formelle basis. I 1998 og 1999 er det fokusert på

- rettidig mottak av sykmelding II
- rettidig fattede 12-ukersvedtak.

Fra 2000 rettes innsatsen i sterkere grad mot den individuelle og kvalitative oppfølgingen, dette gjøres for å sikre en bedre målretting av etatens ressurser og for å sikre bedre effekt av tiltakene. Det ligger en stor utfordring i å utarbeide mer kvalitative resultatindikatorer, samt effektmål som kan vise resultater av etatens tiltaksbruk.

7.3.2 Evaluering -Riksrevisjonens rapport

Trygdeetatens intensiverte satsing på oppfølging av sykmeldte etter 1993 har ikke kommet til uttrykk i form av lavere sykefravær. Tvert i mot har sykefraværet økt etter 1994. Riksrevisjonen har i Dokument nr. 3:9 (1998-99) gjort en undersøkelse av trygdeetatens oppfølging av sykmeldte. Undersøkelsen, som ble foretatt i 1998, er dels basert på sentrale stortingsdokumenter og på mål og prioriteringsdokumenter i trygdeetaten, dels på innsamling av egne data gjennom spørreskjema og intervju med ansatte ved trygdekontor og fylkestrygdekontor og gjennomgang av et tilfeldig utvalg saksmapper.

Riksrevisjonen viser i sin rapport til at en større andel av 12-ukersvedtakene nå fattes til riktig tid, og det har vært en økning i bruken av aktiv sykmelding. Når det gjelder bruken av de øvrige virkemidlene, viser Riksrevisjonens undersøkelse at trygdeetaten har kommet kort og at de forventningene og kravene som ble stilt til trygdeetaten i forbindelse med behandlingen av Attføringsmeldinga ikke er innfridd.

Riksrevisjonens rapport har vært behandlet av Kontroll- og konstitusjonskomiteen i Stortinget (Innst.S. nr. 105 (1999-2000)). Komiteen uttrykte bekymring for at arbeidet med oppfølging av sykmeldte foreløpig kan se ut til å ha gitt små dokumenterte resultater. På denne bakgrunn ba komiteen om at det fremmes en stortingsmelding om sykefravær og uførepensjonering, herunder vurdering av virkemidler, kunnskap, kompetanse og ressurser, samarbeid mellom etater, som trygdeetat, arbeidsmarkedsetat, sosialtjeneste og helsetjeneste, arbeidsplass og den sykmeldte m.v.

Videre ba komiteen om en gjennomgang av konsekvensene ved kjøp av helsetjenester med tanke på hvorvidt ordningen fortrenger de som allerede står på venteliste, hvilke typer tjenester det er snakk om, og i hvilken grad kjøpet skjer ved offentlige og private helsetilbud. Stortinget ba om å bli kjent med de samfunnsøkonomiske besparelsene som oppnås ved kjøp av helsetjenester.

7.4 Ordningen med kjøp av helsetjenester

7.4.1 Problemstilling

Omlag 270 000 personer ventet per 31. august 1999 på behandling i Norge ifølge tall fra Norsk Pasientregister. I noen tilfeller vil disse være sykmeldte.[56] Blant sykmeldte i behandlingskø vil raskere behandling føre til at de sykmeldte kommer raskere tilbake i arbeid. Resultatet vil kunne bli et bedre liv for den enkelte ved at sykdommer og skader blir raskere behandlet. Samtidig vil folketrygden kunne spare penger ved reduserte utgifter til sykepenger.

Det har blitt vurdert som et problem ved det nåværende offentlige finansieringsopplegget at mens fylkeskommuner og kommuner i hovedsak er ansvarlig for behandling, er staten ansvarlig for sykepengeutgiftene og utgiftene til uførepensjon. Kostnader ved at kommuner/fylkeskommuner bruker for lite

56. Ventelistene ved sykehusene inneholder ifølge Sintefrapport »Helsekøer og sykefravær Forprosjektrapport» normalt ikke opplysninger om pasienten er sykmeldt eller ikke. Et relativt vanlig anslag er at 5 prosent av de som står i sykehuskø er sykmeldte (Jf Sintefrapport »Helsekøer og sykefravær. Tre spørreundersøkelser s. 64).

ressurser til å behandle sykmeldte eller ikke tilbyr optimal behandling vil bli belastet folketrygden.

7.4.2 Bakgrunn- 1988-1999

Sosial- og helsedepartementet har siden 1988 bevilget midler til de såkalte sykepengeprosjektene. Hensikten har vært å øke behandlingskapasiteten ved de somatiske sykehusene slik at ventetiden for pasienter blir kortere og utbetalinger av sykepenger blir redusert. I 1997 var bevilgningen totalt 85 mill. kroner. I St.meld. nr. 50 ((1993-1994) («Samarbeid og styring - Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste»)) er det gitt en fyldig omtale av erfaringene så langt. Midlene ble tildelt til fylkeskommunene på prosjektbasis.[57] Kun et mindre beløp ble kanalisert til trygdeetaten. Sykdommens alvorlighet og ventetid skulle være utslagsgivende for tildeling. Den økte behandlingskapasiteten skulle komme alle på ventelisten til gode, uavhengig av om den enkelte faktisk var sykmeldt. Det skulle satses på diagnosegrupper der forkorting av ventetider vil bety mindre tapt arbeidsinnsats og mindre sykepengeforbruk. Slik sett ble sykmeldte prioritert på en indirekte måte.

For 1998 ble bevilgningene til sykepengeprosjekter generelt redusert. Departementet begrunnet dette (i St.prp. nr 1 for 1997-1998) med at innføringen av innsatsstyrt finansiering og økte polikliniske takster skulle stimulere sykehusene til økt aktivitet. På bakgrunn av disse generelle ordningene ble andre øremerkede ordninger redusert. Imidlertid ble det beholdt 10 mill. kroner i trygdeetaten for videreføring av prosjekter.

I forbindelse med Stortingets behandling av budsjettet for 1997 bad Sosialkomiteens flertall om at

> «.... Regjeringen gjør forsøksordningen med overføringer fra sykepengekapitlet i folketrygden til å finansiere prosjektet ved somatiske sykehus til en permanent og landsomfattende ordning.»

I alt 8 fylker ble tildelt midler til kjøp av behandling for sykmeldte i 1997 og 1998.

Ved behandlingen av RNB (St.prp. nr 65 for 1997-1998) foreslo departementet å gjøre ordningen permanent, og en kunne bygge ut tilbudet til en landsomfattende ordning i løpet av en tre års periode fram til 2001. Bevilgningen ble økt med 5 mill. kroner til 15 mill. kroner. Samtidig ble forventningene tonet noe ned. Det ble nevnt at pasientgrunnlaget kunne være noe mindre enn antatt. I noen av prosjektfylkene var det lite forskjell i ventetid mellom ordinær behandling og kjøp i regi av trygdeetaten.

I 1999 ble det bevilget 34 mill. kroner for kjøp av helsetjenester. For 2000 ble det i St.prp. nr. 1 (1999-2000) foreslått bevilget 35 mill. kroner. Som en del av budsjettavtalen mellom regjeringspartiene og Arbeiderpartiet er dette beløpet økt med 11 mill kroner til 46 mill. kroner. Det er videre antatt i budsjettforliket at en på denne bakgrunn kan nedjustere anslaget for utgifter til sykepenger med 65 mill. kroner.

57. Med unntak av 1997 da mesteparten av midlene ble tildelt fylkeskommunene etter objektive kriterier

7.4.3 "Trygdepenger under kniven" Evalueringsrapport fra NIBR

Norsk Institutt for By- og Regionsforskning har i en rapport til Sosial- og helsedepartementet (Hagen, Østtveiten NIBR 1999:16) evaluert effektene av forsøksopplegget.

Forsøket er gjennomført i regi av RTV og har vært delt i to prosjekter:

- I delprosjekt I har trygdeetaten kjøpt helsetjenester for pasienter med enklere lidelser som kan behandles med dagkirurgi. 6 fylker deltok.
- I delprosjekt 2 har trygdeetaten kjøpt helsetjenester (vesentlig utredning) i tre fylker for sykmeldte med sammensatte lidelser. Det er prøvd ulike opplegg med ulik grad av tverretatlig og tverrfaglig innretning.

Analysene i *delprosjekt nr 1* ble gjennomført som et kontrollert eksperiment der pasientene ble fordelt på forsøks- og kontrollgruppen ved tilfeldighetstrekning. [58] Fylkestrygdekontorene kjøpte helsetjenester for enkelte av de sykmeldte i forsøksgruppen, mens deltakerne i kontrollgruppen fikk tilbud om ordinær behandling.

Det er i rapporten gjort en vurdering av mulige konsekvenser for offentlige budsjetter av en gjennomføring på landsnivå. Det er gjort anslag for kostnader ved behandling og antatt at disse kostnadene vil være innspart ved ca 10 dager kortere sykmelding. [59] Hovedresultatet fra delprosjekt 1 er at kjøp av helsetjenester for pasienter med enkle lidelser ser ut til å redusere lengden på sykmeldingsperioden. Effekten varierer noe i forhold til når pasienten ble rekruttert inn i prosjektet. For et utvalg av pasientene kan innsparingen beregnes til 6 500 kroner pr pasient, mens for et annet utvalg kan innsparingen beregnes til ca 24 000 kroner. Videre er potensialet for antallet pasienter på landsbasis som kan være aktuelle for enkel behandling vanskelig å anslå. En "oppblåsning" av aktuelle pasienter ut fra forsøksfylkene i forsøksperioden tilsier et potensiale på 1920 pasienter. RTV's vurderinger av potensielle pasienter etter forsøksperioden (dvs i 1999) tilsier ifølge rapporten at antallet bør økes til 5 200 pasienter.

Tabell 7.2 fra rapporten viser mulig innsparinger

Tabell 7.2: Innsparingspotensialet ved ulike alternativer.

Innsparing pr pasient	1 920 pasienter	5 200 pasienter	6 400 pasienter
Kr 6 500	12,5 mill. kr	33,8 mill. kr	41,6 mill. kr
Kr 24 050	46,2 mill. kr	125,1 mill. kr	153,9 mill. kr

Rapporten konkluderer med at gevinsten ved innføring av helsetjenester på kort sikt kan overstige 125 mill. kroner. Anslaget på 125 mill. kroner innebærer en forutsetning om et innsparingsbeløp pr pasient på 24 000 kroner og et pasientpotensiale på 5 200. På lang sikt kan bedret rekruttering bidra til ytterligere innsparing, men dette vil avhenge både av rekrutteringen til

58. En gikk bort fra tilfeldig trekking i august 1998 i Hedmark.
59. Det kan sies at dette innebærer en viss overvurdering av kostnader da i hvertfall noen av disse pasientene ville blitt behandlet også uavhengig av forsøket.

prosjektet, den generelle utviklingen i ventetider for denne type pasienter og eventuelle endringer i tilbøyeligheten til å sykmelde denne gruppen.

Rapporten antar at det kan være mye å hente når det gjelder selve organiseringen av kjøpene, og viser til at det er iverksatt tiltak for å forbedre opplegget.

Flere forhold gjør at en overføring av disse resultatene til en landsomfattende permanent ordninger er usikre. Følgende kan nevnes:

Forsøksgruppen synes å endre karakter i løpet av perioden. Det blir kortere og kortere sykmelding for alle (både i forsøksgruppen og kontrollgruppen) i løpet av perioden. En kan derfor ikke trekke de samme slutninger om effekt i hele perioden, og effekt ut over perioden. En kan regne med at jo flere som trekkes med i forsøket, dess mindre effekt får vi på marginalen (selv om det ikke trenger være slik). I 1999 er finansieringssystemet for dagkirurgi endret betydelig. Dagkirurgi er inkludert i ISF (Innsatsstyrt finansiering) ordningen for sykehus. Det var en meget stor vekst i ISF dagkirurgi 1999. Dette kan bety at "kontrollgruppen" (dvs de som ikke får behandling finansiert av trygdeetaten) i 1999 vil ha redusert ventetid for behandling i forhold til i forsøksperioden. Av den grunn kan den innsparte tidsperioden i 1999 være mye kortere enn 50 dager. Motsatt er det antakelig rimelig å anta at Rikstrygdeverket blir flinkere til å administrere ordningen etterhvert, slik at ventetiden for de sykmeldte som det kjøpes helsetjenester til blir redusert. Generelt må det vurderes om en kan forutsette at det er ekstrakapasitet over hele landet på kort sikt.

Rapporten antyder med andre ord et visst innsparingspotensiale på kort sikt, men potensialet er usikkert. Gevinsten for den enkelte ut over mulighet til å komme tilbake i lønnet arbeid er ikke tallfestet.

I *delprosjekt II* er konklusjonen at selv om det er funnet en liten effekt i et fylke (Hordaland), viser forsøk med kjøp av helsetjenester for denne gruppen pasienter ingen effekt i forhold til sykmeldingslengde. Men pasientenes helsetilstand er rapportert bedret.

Det metodiske opplegget for delprosjekt II er ikke så stringent som delprosjekt I. Pasientene er ikke tilfeldig trukket, men selektert inn i prosjektene. Slutningene som trekkes derfra er derfor mindre sikre.

7.4.4 Vurderinger

Det har tidvis blusset opp en stor debatt om et opplegg der en prioriterer yrkesaktive i behandlingen. Eksempelvis kan nevnes at SV's representant i Finanskomiteen ved behandling av forslaget om en permanent ordning våren 1998 uttalte (Innst.S. nr. 252 for 1997-1998):

> "Dette medlem vil påpeke at en bevisst og målrettet bruk av sykepenger knyttet til medisinsk behandling, kan bidra til å bedre behandlingskapasiteten, og dermed også redusere sykefraværet for de som er sykemeldt i påvente av behandling. Dette medlem vil imidlertid bemerke at det er en betenkelig etisk side ved kun å gi prioritet til de pasienter som er sykemeldt ved inntak til behandling gjennom en slik ordning, idet også andre kriterier enn om man er sykemeldt, ikke minst hver enkelts faktiske medisinske tilstand, må være avgjørende for hvem som får prioritet i helsekøen for behandling. Dette medlem vil derfor understreke at man ved denne typen ordninger må sikre at midlene blir brukt til en styrking av sykehusenes generelle behan-

> dlingskapasitet slik at dette kommer alle berørte pasienter til gode, og ikke kun de som er sykemeldt i påvente av behandling."

I Lønning II utvalgets innstilling (NOU 1997:18) sies det blant annet:

> Utvalget er av den oppfatning at systematisk prioritering på gruppenivå etter produktivitetshensyn kan marginalisere dem som ikke har inntektsgivende arbeid, for eksempel husmødre, pensjonister, arbeidsløse, funksjonshemmede, studenter. Det kan gi uheldige og utilsiktede konsekvenser på lengre sikt, og det vil være i strid med det likeverdsprinsipp vi ønsker at det norske samfunn skal tuftes på. I en offentlig helsetjeneste må det være universell tilgang til de tjenester som tilbys.

Et mulig kriterium for om en bør gå inn for særlige tiltak for å behandle yrkesaktive sykmeldte er å vurdere om gevinstene samlet sett er større for de som tjener på ordningen enn tapene for de som eventuelt taper på ordningen. Det kan imidlertid være vanskelig å gjøre slike sammenveiinger. Et strengere krav er det såkalte Paretokriteriet som kun tilrår endringer som gjør at noen får det bedre uten at noen andre får det verre. [60] En kan da tenke seg at sykmeldte yrkesaktive får det bedre, uten at andre får det verre. En kan tenke seg at også ikke-yrkesaktive tjener på opplegget ved at:

- de ordinære ventelistene blir redusert
- innsparingene på sykepengeområdet kan brukes til å øke bevilgningene til helse,
- redusere skattene for alle, eller eventuelt styrke andre offentlig budsjettområder enn helse som alle vil kunne ha utbytte av.

Det første sitatet ovenfor kan tolkes slik at alle må få et bedre helsetilbud. (Det er ikke nok at bare noen får det bedre.) Lønningutvalgets meget kortfattede vurdering kan tolkes som en frykt for at en på lengre sikt kan få uheldige konsekvenser ved et system som prioriterer behandling av sykmeldte. Kanskje kan resultatet være at noen ikke-sykmeldte pasienter får det verre. I tillegg kan argumentet tolkes å innebære at et likeverdsprinsipp innebærer at alle må omfattes av et forbedret tilbud. Et slik likhetssyn (som kan være symbolsk begrunnet) vil imidlertid innebære at en ikke kan akseptere et bedre tilbud for noen selv om ikke andre taper på det. Det kan også innebære at selv om at alle kan tjene på et særlig system for sykmeldte vil en ikke akseptere det hvis det innebærer større forbedringer for noen enn andre. Dette vil i så fall være en høy pris å betale for et sterkt likhetsprinsipp.

Et viktig spørsmål vil være å vurdere hvilke konsekvenser et utvidet ekstra tilbud for yrkesaktive vil ha for de som ikke er yrkesaktive. I den grad en reelt kan utnytte ekstrakapasitet, vil dette ikke medføre en dårligere situasjon for ikke yrkesaktive. I forsøket er det lagt opp til en slik forutsetning. Og vurderingen i NIBR- rapporten er at prosjektet har bidratt til økt kapasitet uten å skyve andre pasienter bakover i køen.

Det må likevel vurderes om en på en landsomfattende basis kan regne med ekstrakapasitet i alle fylkeskommuner. Selv om dette kan være mulig på kort sikt, vil en likevel kunne oppleve situasjoner der dette ikke kan realiseres.

60. Dette omtales som en Paretoforbedring.

Den enkelte lege vil vanskelig kunne styres slik at hun ikke i enkelttilfeller velger å ta overtid i det opplegget som behandler yrkesaktive framfor overtid i sin ordinære arbeidssituasjon.

I en vurdering av opplegget med kjøp av helsetjenester er det grunn å følge opp slike spørsmål for å unngå at kjøp av helsetjenester medfører at tilbudet til andre pasientgrupper blir dårligere.

Det er to ytterligere forhold som det kan være verd å vurdere ved et fortsatt opplegg for kjøp av helsetjenester i trygdeetatens regi.

Tilpasninger fra legene: Rapporten sier at det kan være grunn til å følge utviklingen mht sykmelding nøye. Leger kan se seg tjent med å sykmelde folk for å få dem fortere fram i køen via trygdepenger. Det kan i verste fall resultere i flere sykmeldinger og økte sykepengeutgifter. [61] *Tilpasninger fra fylkeskommunene*: En mulig uheldig tilpasning er at fylkeskommunene kan nedprioritere behandlingen av yrkesaktive i og med at trygdeetaten vil sørge for tilstrekkelig ressurser til å finansiere behandling for disse. Trygdeetaten skal i prinsippet gi full kostnadsdekning for behandlingen, mens staten bare vil dekke 50 prosent av kostnadene for ordinær behandling (via finansieringsordningen ISF). [62]

7.5 Yrkesrettet attføring

7.5.1 Ny ansvarsdeling

I Attføringsmeldinga (St.meld. nr. 39 (1991-92)) var det et overordnet mål at så få som mulig av den yrkesaktive delen av befolkningen skulle henvises til en varig trygd utenfor arbeidslivet. I den etterfølgende lovproposisjon, Ot.prp. nr. 58 (1992-93) heter det blant annet: »Den økte satsingen på attføringsfeltet vil føre til at flere gjennomgår yrkesrettet attføring og at færre går over på uførepensjon. En kan derfor forvente en viss økning i antallet attføringssaker som kommer til behandling i arbeidsmarkedsetaten.»

Det offentlige hjelpeapparatet skulle i følge attføringsmeldinga utformes på en måte som fremmer arbeidslinja, dvs. som trekker individene i retning av arbeidslivet framfor passive kontantutbetalinger. Som en følge av dette ble det fra 1994 gjort endringer i ansvarsdelingen mellom trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten. Målet med omorganiseringen var å skape større klarhet i ansvars- og oppgavefordelingen mellom trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten på attføringsområdet. Det ble vurdert som viktig at innsatsen overfor yrkeshemmede skal ligge hos den etat som har ansvar for den samlede arbeidsmarkedspolitikken og som har nær kontakt med arbeidsmarkedet og virksomhetene.

Trygdeetaten har etter ansvarsdelingen ansvar for tidlig intervensjon overfor sykmeldte med sikte på tilbakeføring til arbeid. Etaten skal være pådriver i forhold til yrkesrettet attføring og informere og veilede den enkelte stønads-

61. I noen tilfeller kan en slik rask behandling likevel på sikt redusere sykepengeutgiftene.
62. 50 prosent kostnadsdekning er beregnet ut fra alle personer med en viss diagnose. De personer som er sykmeldte og aktuelle for behandling ved kjøp fra trygdeetaten, vil antakelig være mindre kostnadskrevende enn gjennomsnittspasienten. Trygdeetaten kjøper derfor behandling for om lag 70-75 prosent av DRG gjennomsnittskostnader.

mottaker om tiltak og rettigheter. Arbeidsmarkedsetaten skal på sin side ha ansvar for ytelser og tiltak under yrkesrettet attføring.

I dagens ansvarsdeling skal trygdeetaten foreta vurderingen om de medisinske vilkårene for yrkesmessig attføring er til stede. Arbeidsmarkedsetaten foretar den arbeidsmarkedsfaglige vurdering om attføring er nødvendig og hensiktsmessig og om den yrkeshemmede kan komme i høvelig arbeid gjennom attføringen. Den yrkeshemmede selv skal være med på å legge en plan for gjennomføringen av attføringsopplegget. Det legges i arbeidsmarkedsetaten vekt på en aktiv brukerrolle hvor den enkelte arbeidssøker tar ansvar og medvirker i sin egen attføringsprosess.

7.5.2 Erfaringer med attføringsreformen

Gjennomføringen av attføringsreformen (ansvarsdelingen) har vært evaluert av NOVA (Hvinden m.fl.). Hovedinntrykket i evalueringen er at samarbeidet lokalt mellom arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten etter attføringsreformen fungerer tilfredsstillende. Etatene har institusjonalisert samarbeidet ved å etablere felles regler og rutiner for saksbehandling nedfelt i et felles rundskriv.

Likevel vil det forekomme tilfeller hvor etatene er uenige om hvorvidt det foreligger et uutnyttet potensiale for attføring som gir grunnlag for yrkesrettede tiltak eller ikke. Relativt mange avbryter attføringsopplegget. Mange av disse blir tilbakeført til trygdeetaten for vurdering med sikte på uførepensjon.

Det er blitt hevdet (av trygdeetaten) at »inngangsporten» til yrkesrettet attføring er for trang. Trygdeetaten ønsker at flere skal prøve attføring. Mens tallet på mottakere av sykdomsrelaterte trygdeytelsene (sykepenger, rehabiliteringspenger, uførepensjon) har økt sterkt de senere år, har tallet på registrerte yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetaten som mottar attføringspenger holdt seg relativt konstant siden 1995. Antallet tilfeller som tilstås uførepensjon uten at det er prøvd attføring har økt.

At en begrenset andel forsøker yrkesrettet attføring, har vært forklart med at trygdeetaten tilpasser seg arbeidsmarkedsetatens vurdering av en persons attføringspotensiale og om yrkesrettet attføring anses som nødvendig og hensiktsmessig. I følge en nylig gjennomført undersøkelse er det imidlertid færre enn det en kunne forvente som befinner seg i gråsonen mellom de to etatene. Følgende saker defineres som gråsonesak (Ford, utkast til rapport):

- Potensielle attføringssaker som drøftes mellom etatene etter initiativ fra trygdeetaten, men hvor yrkesrettet attføring likevel ikke anbefales.
- Saker som returneres fra arbeidsmarkedsetaten uten at yrkesrettet attføring er satt i gang.

Saksbehandlingsrundskrivet som er felles for begge etater har som mål å begrense såkalte gråsonesaker. I rundskrivet anbefales det at etatene tar kontakt med hverandre før vanskelige saker blir overført. Dette gjelder også for eventuell tilbakeføring til trygdeetaten ved avbrudd i attføringsopplegget.

Selv om andelen som utskrives til arbeid eller skolegang etter endt attføring har økt, må mange av de som forsøker yrkesrettet attføring avbryte attføringsopplegget av helsemessige og andre grunner. Mange sendes tilbake til trygdeetaten for vurdering av uførepensjon.

Tilbakeføring til trygdeetaten kan ha flere årsaker, blant annet er det en forutsetning for tildeling av uførepensjon at attføring skal være forsøkt. En må derfor regne med at en del vil bli sendt tilbake til trygdeetaten.

I følge Rehabiliteringsmeldinga (St.meld. nr. 21 (1998-99)) vil utfordringen i tiden framover være å minske tallet på uønskede tilbakeføringer. Det pekes videre på at grunnen til at så mange må avbryte yrkesrettet attføring kan ha sammenheng med sviktende mestring. Dette kan gjelde i forhold til arbeidslivet, men også på andre livsområder. For noen vil overgangen fra en passiv stønadssituasjon til et aktivt attføringsopplegg kunne bli for stort. Særlig for personer med svingende sykdomsbilde er det viktig at behandling/ rehabilitering og yrkesrettede tiltak foregår parallelt. Problemet forsterkes i følge rehabiliteringsmeldinga fordi ulike etater og hjelpeinstanser ikke samarbeider godt nok og fordi en ofte mangler konkrete tilbud til den enkelte som kan bygge bru mellom behandlings-/ rehabiliteringsapparatet og arbeid.

Rehabiliteringsmeldinga legger til grunn at alle etater og instanser som er med i rehabiliteringsprosessen har ansvar for å motivere og forbedre den enkeltes mestringsevne, men at kommunene skal ha et særskilt ansvar for »brubyggingstiltak» mellom medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring.

Det er særlig viktig at utvikling av tiltak og yrkesrettede handlingsplaner i arbeidsmarkedsetaten kan skje parallelt med annen rehabilitering. Ansvarsskillene mellom etatene kan ha ført til at yrkesrettet attføring først blir vurdert etter at den medisinske behandlingen har vært avsluttet. Arbeidsdirektoratet har imidlertid understreket i sitt programnotat for år 2000 at det er viktig å utvikle rutiner for samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten slik at personer med sammensatte behov gis et mer helhetlig og sammenhengende tilbud.

Det kan likevel reises spørsmål om det gripes inn for sent og at mange har gått for lenge på sykepenger/rehabiliteringspenger før de kommer til attføring. Jo lengre den enkelte har vært passiv og fokusert på sykdom, jo vanskeligere vil det være å motivere for tilbakeføring til arbeid. Det er også reist spørsmål om det fokuseres nok på mulighetene for bedriftsintern attføring. Den foreløpige NOVA-rapporten (Ford) viser at manglende forsøk på bedriftsintern attføring blir brukt som begrunnelse for tilbakeføring fra arbeidsmarkedsetaten til trygdeetaten.

7.5.3 Attføringstiltak

Arbeidsmarkedsetaten rår over et bredt spekter av tiltak.

Tabell 7.3: Yrkeshemmede fordelt på tiltak. 1998

Tiltakstype	Antall deltakere
Skole	15 932
Arbeidsmarkedsopplæring (AMO) og praksisplass	1 108
Hospitering	4 435
Sysselsettingstilskudd i offentlig virksomhet	1 871
Arbeidstreningsgrupper	264
Arbeidsmarkedsbedrifter [1)]	5 489
Arbeid med bistand	957
Integreringstilskudd	506
Arbeidsforberedende trening	951
Lønnstilskudd	1 671
Arbeidssamvirke [3)]	5 706
Varig vernet arbeid i offentlig sektor [3)]	204
Bedriftsintern attføring	731
Spesielle attføringstilta [2)]	1 189
Egen virksomhet	89
I alt	41 103

[1)] Fase 3 i arbeidsmarkedsbedriftene er varig sysselsetting. Omfattet ca. 1 900 personer i 1998.
[2)] Dette er primært støtte til livsopphold.
[3)] I hovedsak vernet varig sysselsetting ?

Kilde: Arbeidsdirektoratets årsmelding for 1998

Bevilgningen til de spesielle arbeidsmarkedstiltakene for yrkeshemmede er rammestyrt, mens folketrygdens stønadsordninger, inkludert attføringspenger, er basert på overslagsbevilgninger. Ytelser fra folketrygden under yrkesrett attføring (attføringspenger) er rettighetsstyrt. I 1999 var det i gjennomsnitt 20 000 personer på rammestyrte attføringstiltak hvor siktemålet er tilbakeføring til arbeid. Mange av disse mottar attføringsytelser eller har rett til slike ytelser, men har gått over på tiltak med lønn. Tiltak som finansieres av folketrygden omfatter vel halvparten av tiltakene for yrkeshemmede. I 1999 var vel 22 000 personer på disse tiltakene. Skolegang med attføringspenger er det hyppigst brukte attføringstiltaket og omfattet om lag 18 000 personer i 1999.

Det er en målsetting for attføringsarbeidet at flest mulig som avslutter yrkesrettet attføring skal gå ut i ordinært lønnsarbeid. Målet er at minst halvparten skal gå til aktive løsninger, dvs. direkte ut i arbeid eller skolegang eller være registrert som ordinære arbeidssøkere.

Det legges i arbeidsmarkedsetaten vekt på en aktiv brukerrolle hvor den enkelte yrkeshemmede arbeidssøker må ta ansvar og medvirke i sin egen attføringsprosess (aktørmodellen). Det er imidlertid blitt vist til at dette er en modell som er best tilpasset de ressurssterke (Jessen,1997).

Det er også blitt hevdet at arbeidsmarkedsetatens krav til resultatoppnåelse, hvor minst 50 prosent av alle yrkeshemmede skal over i aktive løsninger etter gjennomført attføring, påvirker rekrutteringen til yrkesrettet attføring i retning av at bare de best fungerende velges ut, og at kravene ikke er tilstrekkelig tilpasset yrkeshemmede med lav motivasjon og liten tro på egen arbeidsevne. Samtidig er det kommet kritiske merknader fra andre hold om at resultatoppnåelsen ikke er god nok. Andelen som har avsluttet yrkesrettet attføring og som er uførepensjonert ett år etter, har økt fra 1994 til 1997 med 6 prosentpoeng. Dette indikerer ikke at arbeidsmarkedsetatens krav om resultatoppnåelse og aktive løsninger har påvirket rekrutteringen av yrkeshemmede i retning av at bare de best fungerende velges ut. Innenfor tiltaksstrukturen er det tiltakene for de svakeste som er blitt styrket de siste årene.

7.5.4 Bedriftsintern attføring (BIA) og Arbeidslivstjenesten (ALT)

Forebyggende virksomhet for å redusere fravær og frafall av egne ansatte er arbeidsgivers ansvar og skal i hovedsak foregå lokalt i bedriftene uten offentlig bistand arbeidsmiljøloven med tilhørende forskrifter. Arbeidsmarkedsmyndighetenes tjenester og tiltak på dette området som Bedriftsintern attføring (BIA) og Arbeidslivstjenesten (ALT) spiller kun en supplerende rolle.

Bedriftsrettet attføring i regi av arbeidsmarkedsetaten er et individrettet tiltak og kan settes igang der behovet for omstilling, opplæring eller annen attføring er større enn det som kan ivaretas gjennom aktiv sykmelding. Rekruttering til tiltaket kan f.eks skje gjennom kontakten med trygdekontorene, gjennom arbeidskontorenes kontakt med bedriftene og gjennom kontakt med og informasjon fra ALT. Arbeidskontoret gir veiledningsbistand og eventuelt økonomisk bistand i form av driftstilskudd og lønnstilskudd per arbeidstaker i enkeltsaker. Lønnsrefusjon kan gis i inntil ett år (50 prosent refusjon i seks måneder, eventuelt 40 prosent i ytterligere 6 måneder). Tildeling av støtte skjer på grunnlag av den enkelte arbeidstakers handlingsplan for attføring. Det ble innført nytt regelverk ved årsskiftet 1998/1999, hvor det tidligere kravet om mønsteravtale, som favoriserte større bedrifter, ble avskaffet for også å kunne nå små og mellomstore bedrifter uten mønsteravtale. I 1999 har det vært omlag 700 tiltaksplasser i snitt.

Tiltaksnivået gjenspeiler at ansvaret for bedriftsinternt attføringsarbeid er tillagt arbeidsgiver og en bevisst vridning i retning av å tilby bedriftene faglig bistand og vegledning framfor rene økonomiske ordninger.

Arbeidslivstjenesten (ALT) ble opprettet i 1994 som ledd i satsingen på forebyggende arbeid og vegledningsbistand til bedriftene. Tjenesten ble lagt til arbeidsmarkedsetaten og er underlagt fylkesarbeidskontoret. For 1999 var tjenesten planlagt med rundt 100 årsverk.

ALT skal motvirke fravær og frafall i bedriftene. Tjenesten er en gratis informasjons-, råd- og veiledningstjeneste som gir bedriftene systemrettet bistand, slik at bedriften får økt kompetanse i å utvikle metoder og rutiner for bedriftsinternt attførings- og sykefraværsarbeid. Samarbeidet mellom ALT og bedrift er basert på frivillighet. Å arbeide på system-, og ikke individnivå betyr at det er bedriften, ikke den enkelte arbeidstaker, som er målgruppen for arbeidet. Arbeidet forankres hos ledelsen. Det er bedriften, eller partene i bed-

riften, som skal støttes og veiledes i organisering og utvikling av et eget, varig, ivaretaende bedriftsinternt forebyggende system. Tjenesten skal også gi informasjon om offentlige tilbud innenfor forebyggende arbeid, og bidra til bedre samordning av offentlige etaters innsats. Tjenesten har ingen kontrollfunksjon eller sanksjonsmulighet. ALT skal i prinsippet være tilgjengelige for alle bedrifter. I retningslinjene for tjenesten er det lagt vekt på at innsatsen særlig skal rettes mot små og mellomstore bedrifter.

ALTs ansatte har utdanning på universitets- og høyskolenivå og en tverrfaglig bakgrunn med hovedvekt på fag som psykologi, sosiologi, pedagogikk og økonomi. ALT har ingen medisinsk kompetanse.

Ordningen er evaluert av SINTEF IFIM (1999). Oppsummeringsvis sier evalueringen at ALT gir god effekt i bedriftene som får bistand. En viktig årsak til at ALT oppnår gode resultater er at ALT arbeider på frivillig basis og derfor lett får bedrifter som «bryr seg» og som i utgangspunktet har gode HMS- ressurser, dvs bedrifter med verneombud, tillitsvalgte, og lignende. Forskerne peker på at det er et dilemma for ALT at den når få bedrifter i det konsulentorienterte arbeidet og at det er behov for avklaring når det gjelder samarbeid og samordning mellom de ulike aktørene lokalt.

7.6 Erfaringer fra forsøk

7.6.1 Trygd og rehabiliteringsprogrammet

Forsøksprogrammet Trygd og rehabilitering har hatt som mål å finne fram til metoder for vellykket rehabilitering av personer med smertefulle og funksjonshemmende tilstander i muskel- og skjelettsystemet. Sosial- og helsedepartementet har finansiert programmet som har hatt en kostnadsramme på om lag 70 mill. kroner i perioden 1992-97. Midlene er brukt til å planlegge, etablere, gjennomføre og evaluere i alt 30 prosjekter.

Prosjektene er blitt evaluert på 3 nivåer, internt, eksternt og en overordnet felles evaluering av programmet.

Programmet har hatt følgende målsetting:

- Bedre livskvalitet for brukerne
- Bedre, mer relevant og lettere tilgjengelig tjenestetilbud
- Reduksjon i sykmeldinger på grunn av muskel- og skjelettlidelse og reduserte sykepengeutbetalinger for trygden
- Reduksjon i tallet på uførepensjonister med muskel- og skjelettlidelser

Prosjektene har hatt ulik utforming og innhold. Noen prosjekter har vært handlingsrettet, andre har lagt vekt på utvikling av nye organisasjonsformer og bedre koordinering og samarbeid omkring ulike hjelpetiltak. I en del av prosjektene ble det gitt et omfattende tilbud som inkluderte ulike former for fysisk trening, informasjon og tiltak for å styrke selvtillit og motivasjon. Siktemålet med alle prosjektene har vært aktiv deltaking hos brukerne.

Erfaringene fra prosjektene er at brukerne er fornøyde. De opplevde bedre livskvalitet, selvtillit og subjektiv mestringsevne. Resultatene er derimot mindre gode når det gjelder målbare faktorer som reduserte trygdeutbetalinger, tilbakeføring til arbeid og bedre fysisk funksjonsnivå. Det var ingen sammenheng mellom opplevd bedre livskvalitet og raskere tilbakeføring til

arbeid. Det er imidlertid mulig at de prosjekter som har lagt vekt på mestring, trening og økt selvtillit vil kunne gi yrkeseffekter på lengre sikt.

Prosjektene har i stor grad medvirket til et mer relevant og lettere tjenestetilbud til brukerne. Programmet har imidlertid bare i liten grad medvirket til at det etablerte hjelpeapparatet er blitt endret.

Evalueringsrapporten gir grunnlag for å konkludere med at programmet ikke maktet å identifisere en enkelt behandlings- og/eller rehabiliteringsmetode med vesentlige medisinske eller økonomiske effekter. Programmet viste at mangel på kunnskap ikke uten videre kan erstattes med et bredspektret tilbud. Muskel- og skjelettplagene er mange og sammensatte. For å lykkes er det ofte nødvendig å tilpasse tiltakene til situasjonen og den enkeltes forutsetninger.

En svakhet ved forsøksprogrammet er at en ikke har hatt en systematisk tilnærming til arbeidslivet. I enkelte prosjekter ble det likevel oppnådd relativt gode resultater når det gjelder deltaking i arbeid. Pasienter som fikk et omfattende tilbud ved smerteklinikken ved Aker sykehus hadde f.eks 34 prosent mindre sykefravær enn pasientene i en kontrollgruppe. Bergensprosjektet »aktiv oppfølging» er et annet eksempel hvor målrettede tiltak medvirket til at de som var med i forsøket kom raskere tilbake i arbeid.

7.6.1.1 Bergensprosjektene »Tilbake til jobb» og »Aktiv oppfølging»

Som en del av Trygd og Rehabiliteringsprogrammet ble det i 1993 satt i gang et prosjekt i Bergen »Bergenprosjektet – tilbake på jobb» hvor siktemålet var å prøve ut nye former for utredning, behandling og trening for å få sykmeldte tilbake i jobb. Behandlingsopplegget var tidligere prøvd ut i Sverige. Målgruppen var langtidssykmeldte (over 8 uker) med muskel- og skjelettlidelser og andre smertetilstander som hadde et arbeidsforhold å gå tilbake til.

Forsøksprosjektet ble gjennomført som en kontrollert studie. Trygdekontorene i Bergen + 5 omegnskommuner deltok i forsøket. Utvelging av deltakere foregikk ved det sentrale trygdekontoret i Bergen. Alle deltakerne gikk gjennom en test ved Fysioterapihøgskolen og ble deretter delt inn i behandlingsgruppe og kontrollgruppe. Det videre behandlingsopplegget foregikk ved den private rehabiliteringsinstitusjonen Helseinvest AS, mens kontrollgruppen ble sendt tilbake til sin primærlege.

Helseinvest, som senere er overtatt av Bergen kommune og nå heter Rehabiliteringsklinikken, hadde en tverrfaglig bemanning: spesialist i nevrologi, spesialist i allmennmedisin, psykolog, fysioterapeuter og sykepleiere. Personene i behandlingsgruppen fikk et individuelt tilpasset program 7 timer per dag i én måned i form av kognitiv intervensjon, fysikalsk opptrening og trening i kroppsbevissthet. Det ble gitt undervisning for å motivere til endrede livsvaner og ta ansvar for egenhelse. Helseinvest samarbeidet med bedriftshelsetjenesten, trygdekontor og arbeidskontor. Gruppen ble fulgt opp 2, 6 og 10 måneder etter den første behandlingsmåneden. Alle som deltok i prosjektet (behandlingsgruppe + kontrollgruppe) ble testet på nytt ved Fysioterapiskolen etter ett år.

Evalueringen viser at statistisk sett har ikke prosjektet medført at behandlingsgruppen kommer raskere tilbake i jobb enn kontrollgruppen. De som

har vært igjennom behandlingsopplegget rapporterer imidlertid om bedre subjektiv helse, mindre smerter, økt trivsel og økt fysisk aktivitet.

»Bergensprosjektet – aktiv oppfølging» er en videreføring av det opprinnelige prosjektet »Bergensprosjektet - tilbake på jobb». 657 personer deltok i dette prosjektet. Etter en screening undersøkelse bestående av spørreskjema og ulike fysioterapitester ble pasientene delt inn i tre grupper etter om de har god, middels god eller dårlige utsikter til å komme tilbake i arbeid. Pasientene ble deretter randomisert til tre ulike behandlingsopplegg:

- lett behandling – sendt tilbake til primærlegen
- middels behandling – fikk ny time for utredning ved klinikken og deretter individuell oppfølging etter 3, 6 og 10 måneder
- tung behandling – behandlingsopplegg i fire uker og individuell oppfølging etter 3, 6 og 10 måneder

Forsøket er evaluert av Universitetet i Bergen, Institutt for biologisk og medisinsk psykologi og Senter for samfunnsforskning (SEFOS).

Resultatene fra dette prosjektet viser at det er best effekt av tung behandling til pasienter som etter screeningen hadde en dårlig prognose. De »tunge» pasientene må ha »tung» behandling for å øke sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid. Det gir ingen effekt (statistisk) når pasientene med dårligst prognose får middels eller lett behandling.

Pasienter med middels og dårlig prognose har klar signifikant effekt av både middels og tung behandling, mens pasienter som ble antatt å ha en god prognose ikke hadde noen positiv effekt av å få behandling ved klinikken med hensyn til å komme tilbake i arbeid. Menn i denne siste gruppa vender oftere tilbake til jobb enn kvinner, og pasienter med ryggdiagnoser har større sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid enn andre muskel- og skjelettdiagnoser.

Screeningundersøkelser for å identifisere pasienter som har nytte av mer omfattende behandling blir vurdert som svært nyttig. Evalueringsrapporten konkluderer med at det bør være mulig å implementere et slikt system i allmennpraksis. Det antas at årsaken til at intervensjonen i »Aktiv oppfølging» førte til at flere kom tilbake i arbeid, mens prosjektet »Tilbake på jobb» ikke kunne dokumentere en slik effekt, skyldes at en gjennom screeningundersøkelsen kunne gi »rett behandling til rett pasient». En differensiert tverrfaglig behandlingsmodell vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt i form av redusert sykefravær for personer med dårlig og middels god prognose.

7.6.2 Forsøksvirksomhet i trygdeetaten - samarbeid mellom trygd og arbeidsliv for å forebygge og redusere sykefraværet

Sosial- og helsedepartementet har siden 1994 avsatt midler (10 mill kroner per år) til forsøksvirksomhet hvor trygdeetaten i samarbeid med partene i arbeidslivet har fått midler til å sette i gang tiltak på arbeidsplassen for å forebygge og redusere sykefravær.

Sosial- og helsedepartementet har overordnet ansvar. E n gruppe bestående av representanter fra Landsorganisasjonen, Næringslivets Hovedorganisasjon, Kommunenes sentralforbund, Finansdepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet, Arbeidsdirektoratet, Direktoratet for

Arbeidstilsynet og Rikstrygdeverket vurderer søknadene og gir sin anbefaling til Sosial- og helsedepartementet når det gjelder tildeling av midler.

Forsøksprogrammets overordnede målsetting har vært:

- Bedre livskvalitet ved å legge til rette for at brukeren så langt det er mulig og hensiktsmessig fortsatt kan være i aktivitet og i arbeid
- Helhetlig og samordnet rehabiliterings- og attføringstilbud som er forankret i vedkommendes arbeidssituasjon
- Utprøve nye samarbeidsmodeller
- Forebygging av sykefravær
- Reduksjon i sykefravær

Det har vært et delmål på systemnivå at programmet skulle øke kompetansen om utviklingsarbeid i trygdeetaten. Rikstrygdeverket ble gitt ansvaret for iverksettingen av programmet og har hatt ansvar for koordinering og oppfølging.

Det har vært en forutsetning at prosjektene skal være forankret på arbeidsplassen og ønske om at arbeidslivets parter skal være aktivt med i prosjektutformingen og delta i prosjektene. Mange typer av arbeidsplasser har vært involvert, særlig i kommunal og fylkeskommunal virksomhet. Det har også vært prosjekter i private virksomheter, for eksempel i fiskeribedrifter, næringsmiddelindustri, skipsverft, transport, og slakteri.

Målgruppen har primært vært personer med arbeidsrelaterte lidelser og sykdomstilstander, med særlig vekt på personer med muskel- og skjelettlidelser eller andre kroniske smertetilstander, og som er i et arbeidsforhold.

Det er tildelt midler til 49 prosjekter siden 1994. Prosjektene er forskjellige med hensyn til utforming og innhold. Flere prosjekter kombinerer flere ideer og innfallsvinkler.

Det kan pekes på fire hovedområder:

- forebygging
- oppfølging av sykmeldte
- sosial og medisinsk rehabilitering
- reaktivisering av unge uføre

Prosjekter rettet mot forebygging er av to typer. Det er dels prosjekter som retter seg mot trening, dels prosjekter som retter seg mot arbeidsmiljø og tilrettelegging.

På området oppfølging av sykmeldte er det prosjekter i virksomhetene som arbeider med oppfølging på arbeidsplassen og mer frittstående prosjekter. Det er også prosjekter som er forankret i trygdeetaten hvor trygdeetatens arbeid rettet mot arbeidsgiver er hovedtema. Andre prosjekter har vært rettet mot metodeutvikling i trygdekontorene. Innen sosial- og medisinsk rehabilitering dreier det seg om ulike problemstillinger, som oppfølging i overgangen fra rehabilitering til arbeid. Reaktivisering av unge uføretrygdede handler om kombinasjoner av kurs og arbeidstrening og arbeidsutprøving.

Programevalueringen bygger på 28 prosjekter avsluttet innen 31. desember 1999 og er evaluert av Norges Byggforskningsinstitutt. Evalueringen omfatter både erfaringer og resultater fra prosjektene og fra iverksettingen av prosjekter og program. Det var gitt i evalueringsoppdraget at evalueringen skulle tilpasses de iverksatte prosjektene. Bak opprettelsen av programmet lå

også en antakelse om dårlig samordning av rehabilitering- og attføring, i hjelpeapparatet og mellom hjelpeapparatet og virksomhetene. Mange prosjekter arbeidet ut fra liknende perspektiver, og der prosjektets handlinger var knyttet til hjelp og koordinering i oppfølgingsarbeidet. Slike tiltak vil kunne ha en indirekte effekt på for eksempel lengden av det enkelte sykefravær, men det er i mange tilfeller vanskelig å måle effekter på sykefravær. Dette har også vært problematisk når siste måletidspunket ligger tett opp til prosjektavslutningen.

For mange av prosjektene var ikke effekter på sykefraværsmål det eneste suksesskriteriet. I mange prosjekter var det viktig å prøve ut og evaluere samarbeidet mellom etater eller mellom det offentlige hjelpeapparat og virksomhetene for å finne fram til nye metoder og tilnærminger i oppfølgingsarbeidet.

Sykefravær, arbeidsmiljø og trening

Evalueringen finner tre sykefraværsprosjekter som kan sannsynliggjøre effekter i form av lavere sykefravær. To av disse er prosjekter i offentlig virksomhet (kommune og fylkeskommunal virksomhet), med vekt på arbeidsmiljøtilnæring og oppfølging av sykmeldte. Det tredje er et regionalt trygdeprosjekt som kombinerte oppfølging mot arbeidsgiver med metodeutvikling i trygdekontor. Resultatene er i tråd med evalueringen av sykefraværsprosjektene i regi av LO- NHO som viste at de bedriftene som satset bredt, på arbeidsmiljøutvikling, tiltak rettet mot risikogrupper og tiltak mot langtidssykmeldte fikk reduksjon i sykefraværet.

Videre fant evalueringen effekter på sykefraværet i tre treningsprosjekter. En fant en reduksjon i fraværet for grupper som har trent regelmessig. Reduksjonen i sykefraværet var ikke generell, men syntes å komme som en reduksjon i den delen av sykefraværet som skyldes belastningslidelser. For å få denne effekten, måtte deltakerne trene i 3 - 4 måneder, med to økter i uken i løpet av det året sykefraværet måles. I ett av disse prosjektene var trening lagt til arbeidstiden.

Det er rimelig å tenke seg at effekten avtar når treningen opphører. Problemet ligger i om treningen vil fortsette og hvordan en skal få folk til å fortsette å trene for å vedlikeholde den effekten som trening gir. To av prosjektene har fått folk til å trene som en del av intervensjonen. Begge disse prosjektene arbeidet ut fra mer omfattende endringsstrategier, der det å trene inngikk i endringer knyttet til livsstil og arbeid.

Modeller for oppfølging av sykmeldte

Når det gjelder oppfølging av sykmeldte, deler evalueringen forsøkene inn i tre modeller - Virksomhetsmodellen" og to ulike trygdekontormodeller. I "Virksomhetsmodellen" er det virksomheten som følger opp, iverksetter aktiv sykmelding og utreder sine sykmeldte fram til det tidspunkt da virksomheten har prøvd ut sine muligheter. Deretter kontaktes trygdeetaten med henvendelse om møte i basisgruppe. En viktig erfaring her var at trygdeetaten ikke svarte på henvendelser og at basismøtene kom langt ute i et sykefravær, etter ca $^{1}_{2}$ år.

I "Trygdekontor 1-modellen» er trygdekontoret eller prosjektet aktiv i å avklare den sykmeldtes situasjon, men med bedriften som arena og ramme. I denne modellen arbeider trygdeetaten på individnivå og systemnivå, sammen med andre hjelpere. I disse prosjektene var det trygdeetaten som kalte inn den sykmeldte og som tok kontakt med arbeidsgiver. Fokus lå på avklaring mellom individets yteevne og arbeidets krav og behov for eventuell tilrettelegging i arbeidssituasjonen. Forskjellen fra »virksomhetsmodellen» var at i denne trygdekontormodellen trekkes trygdeetaten og andre hjelpere tidligere inn og trekkes inn mot bedriften som arena. Prosjektene hadde positive erfaringer knyttet til samarbeid mellom flere offentlige etater og bedriftshelsetjenesten. I »Trygdekontor 2- modellen» var trygdekontorets hovedarbeid pasientnært og oppfølgingssamtalen med den sykmeldte ble det viktigste virkemiddelet eller metoden i arbeidet. Her møtte den sykmeldte en hjelper i trygdekontoret som lytter, veileder og rådgir. I denne modellen lå en tjeneste som mange etterspør og som mange var svært fornøyd med og ønsket videre oppfølging fra. Trygdeetaten prøver også å koordinere den sykmeldtes sak, ut fra handlingsplanen som redskap. Denne modellen er ikke fullt utprøvd i forsøkene. Det som mangler var trygdeetatens oppfølging av handlingsplanen. Et av prosjektene erfarte at den sykmeldte var en god informant, men at trygdekontoret i enkelte tilfeller fikk en annen forståelse av forholdene på arbeidsplassen ved å gå på arbeidsplassbesøk. Det synes å være lettere å klage på manglende fysisk tilrettelegging enn dårlig organisatorisk arbeidsmiljø. Prosjektet fant at trygdekontoret kan få et mer realistisk bilde av klientens problemer gjennom samtalen enn hva som framkommer gjennom legen s diagnose og (manglende) funksjonsbeskrivelse.

Aktiv sykmelding

Aktiv sykmelding var et mye brukt virkemiddel i prosjektene. Målet i flere av prosjektene har vært å få til økt bruk av aktiv sykmelding. I ett av prosjektene var initiativet lagt til legen. Denne strategien viste seg å være mislykket med hensyn til å iverksette aktiv sykmelding. Prosjektet fikk effekt i form av flere på aktiv sykmelding for målgruppen, men effekten måtte tilskrives andre aktørers handlinger. Et annet prosjekt tok legens manglende deltakelse som en forutsetning. Prosjektet/trygdekontorene tok over initiativet for å få i gang aktiv sykmelding som del av en aktiv oppfølgingsstrategi og lyktes med økt iverksetting av aktiv sykmelding. Prosjektene viste at det finnes flere veier å gå for å øke bruken av aktiv sykmelding.

Samarbeid med arbeidslivstjenesten

Prosjekterfaringene viser at Arbeidslivstjenesten kan være en god samarbeidspartner for trygdeetaten i sykefraværsarbeidet. Arbeidslivstjenesten skal arbeide på systemnivå i bedriftene, mens trygdeetatens arbeid hovedsakelig er klientrettet. Det betyr at partene utfyller hverandre. Arbeidslivstjenesten har kunnskap om arbeidslivet samfunnet og prosessrettet arbeid som trygdeetaten ofte mangler. Trygdeetaten har på sin side kunnskap om trygdelovgivningen og virkemidlene i sykefraværsarbeidet. Best erfaring har en der flere parter går samme ut mot bedriftene og tar bedriftenes behov og ikke

egen ordninger som utgangspunkt for informasjon og samhandling. Det viser seg at det systemrettede arbeidet hele tiden må gjentas på grunn av utskifting i ulike posisjoner, både hos arbeidsgiver og i organisasjonene. En god strategi har vært å gi informasjon til bedriften via arbeidsmiljøutvalget og å gå stadig nye "runder".

Unge uføre i arbeid

I tre av prosjektene har målet vært å få unge uførepensjonister i arbeid. 29 kvinner og 12 menn ble forsøkt reaktivisert. Gjennomsnittsalderen var ca 40 år. Disse hadde i gjennomsnitt vært mottakere av uførepensjon 10 år. Forsøkene viser at det er lang vei å gå for å få unge uføretrygdede tilbake i arbeid. Et hovedproblem var å finne fram til de som det var aktuelt å reaktivisere. Det viste seg at den beste rekrutteringsmåten var å bruke trygdekontorets kunnskaper (i mindre kontorer), å avertere eller på andre måter markedsføre et spesielt tilbudet. Det var vanskelig å treffe målgruppen gjennom å gå ut fra bestemte diagnoser. Når det gjelder reaktiveringstilbudet fant en at kursdeltakere fungerte godt i alle prosjekter med en blanding av lett motivasjon, trening og informasjon. Arbeidstrening fungerte best i vanlige bedrifter, men det forutsatte god informasjon til de ansatte. Det forutsetter imidlertid mye personlig oppfølging. Det ble pekt på at overgangen fra tiltak i trygdeetatens regi til overføring til arbeidsmarkedsetaten var vanskelig fordi arbeidsmarkedsetaten ikke prioriterte eller ønsket å gi spesiell oppfølging til denne gruppen.

7.6.3 Sykefraværsprosjektene i staten

Arbeids- og administrasjonsdepartementet tok i 1997 initiativ overfor arbeidsgiverne i statlig sektor til å etablere fraværsforebyggende prosjekter. Det ble bevilget 5 mill. kroner for henholdsvis 1998 og 1999 til prosjektet »Fraværsforebygging i staten» over Sosial- og helsedepartementets budsjett. Fem statlige virksomheter ble valgt ut på bakgrunn av høyt sykefravær og omstilling. Siktemålet var å bedre arbeidsmiljøet og senke det arbeidsrelaterte fraværet. Arbeids- og administrasjonsdepartementet har koordinert sykefraværsprosjektet, som har pågått siden 1998.

Prosjektene til de fem virksomhetene har hatt varierte og ulike tilnærminger til problemstillingen. Tiltakene har variert fra lederopplæring i HMS og oppfølging av fravær, fraværskartlegging og arbeidsmiljøundersøkelse, dialogkonferanse og brobyggersamlinger, opplæring i arbeidsmetodikk og ergonomi, utprøving av nye tekniske hjelpemidler, fysisk trening for å forebygge belastningskader og til arrangering av sammenkomster for langtidssykmeldte.

Prosjektet fases ut ved utgangen av 1999, og perioden med økonomisk støtte er da over. Flere av virksomhetene har imidlertid signalisert at de vil videreføre prosjektene ut over prosjektperioden for egen regning. Evaluering vil foreligge høsten 2000.

7.6.4 Forsøk med utvidet egenmelding

Det har vært gjennomført flere forsøk med utvidet adgang til å bruke egenmelding. Noen av forsøkene er ikke avsluttet. Når adgangen til å bruke egen-

melding begrenses til arbeidsgiverperioden har det ikke vært behov for regelendringer. Resultatene av forsøkene varierer. Det er vanskelig å trekke generelle konklusjoner på grunnlag av forsøkene.

Trondheim kommune

I Trondheim kommune har en del av arbeidstakerne som ledd i et større prosjekt om «Bedre arbeidsmiljø - redusert fravær» hatt anledning til å bruke egenmelding i 5 dager. Forsøket startet opp i 1993 og ble evaluert og avsluttet i 1994. Forsøket med utvidet bruk av egenmelding er senere videreført og er nå etablert som en permanent ordning for alle arbeidstakere. Målet har vært å motivere til et forpliktende samarbeid mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, i den hensikt å forebygge sykefravær.

I et ettårig delprosjekt som omfattet ansatte i helse- og sosialsektoren i to av kommunens distrikter har SINTEF vært involvert. Det ene distriktskontoret utgjorde kontrollgruppe uten utvidet rett til egenmelding. Det var 165 ansatte i forsøksdistriktet og 100 ansatte i kontrolldistriktet.

I prosjektet ønsket en blant annet å studere følgende forhold:

- Hvor mange brukte utvidet egenmelding (4-5 dager) ?
- Ble ordningen misbrukt ?
- Ble ordningen brukt av de med helseproblemer ?
- Førte bruk av utvidet egenmelding til bedre helse ?
- Førte egenmeldingsbruk til lavere sykefravær ?

I løpet av det året forsøket varte ble 4-5 dagers fravær brukt 52 ganger. Dette utgjorde 7,8 prosent av det totale antallet egenmeldinger. Det var relativt flere menn enn kvinner og flere eldre enn yngre som benyttet seg av ordningen.

Undersøkelsen konkluderer med at ordningen ikke ble misbrukt. En indikasjon på dette var at det var arbeidstakere med høyest lojalitet og tilhørighet og med stort ansvar for jobb og medarbeidere som benyttet muligheten til å ta ut slikt fravær. Det antydes at ansatte på lavere nivåer følte et sterkt nærværspress både fra klienter og medarbeidere og hadde større problemer med å være borte fra jobben.

Når det gjelder helseproblemer var forkjølelse/influensa hyppigste årsak til fravær blant de som hadde mulighet for utvidet egenmelding. Det var ingen overvekt av personer med muskel- og skjelettplager, men det antydes at personer med slike plager og som har benyttet ordningen er blitt bedre.

Egenmeldt fravær økte i prosjektperioden, mens langtidsfraværet gikk ned. Dette gjaldt både i forsøksdistriktet og kontrolldistriktet. SINTEF mener at dette kan tolkes dithen at ved å ta ut mer korttidsfravær vil dette kunne forebygge lengre fravær. Etter avsluttet forsøksperiode steg imidlertid langtidsfraværet til samme nivå som før forsøket startet, mens egenmeldt fravær fortsatt var på et høyere nivå. Dette kan være en indikasjon på at de ansatte synes det er lettere å ta ut egenmelding ved sykdom, men det må også tas i betraktning at det generelt i hele landet var en økning i sykefraværet i perioden.

SINTEF stiller seg svært positive til tiltaket, men konkluderer blant annet med at før det settes i gang lignende forsøk er det behov for gode kunnskaper om kulturelle og organisatorisk forhold på arbeidsplassen og hva en forventer av omleggingen.

Forsøk i forbrukersamvirke

Det er for tiden i gang et forsøk i Forbrukersamvirke med en bonusordning for arbeidstakere med lavt sykefravær og utprøving av utvidet egenmelding. Prosjektet er utformet som et eksperiment. Det er satt i gang forsøk i noen butikker, mens andre butikker fungerer som kontrollgrupper. Tre bedrifter er med i forsøket. Forbrukersamvirket Øst, Orkla samvirkelag og Hurum og Røyken samvirkelag. FAFO er engasjert for å prøve ut tiltakene og evaluere prosjektet.

Antallet kalenderdager med egenmelding er utvidet fra tre til seks dager, og antallet mulige egenmeldte sykefravær i løpet av ett år er utvidet fra fire til seks ganger. Det er et øvre tak på antallet mulige egenmeldte sykefraværsdager på 24 dager.

Bonusordningen er utformet som en blanding av kollektiv og individuell premiering av redusert sykefravær. Det en bedrift sparer i form av redusert sykefravær (inntil 14 dager) i ett kvartal sammenliknes med tilsvarende kvartal året før og deles likt mellom bedriften og de ansatte. De ansatte får alle del i gevinsten, men den fordeles etter hvor mye en har vært på jobb i perioden.

En kombinasjon av bonus og egenmelding kan tenkes å gi en samspilleffekt, dvs at det ene tiltaket virker bedre dersom det andre tiltaket også iverksettes. Det blir viktig å kunne identifisere slike samspilleffekter.

Forsøkene ble satt i gang i perioden 1. april–1. oktober 1998 og skal gå over en periode på to år. De ansatte fylte ut et spørreskjema før oppstart om arbeidsmiljø, sykefravær m.v. Det vil bli sendt et nytt spørreskjema etter ett/ett og et halvt år for å få mer informasjon om hvordan tiltakene virker og hvilke »mekanismer» som eventuelt gir lavere sykefravær.

Forsøk ved Elcem

Ved Elkem Fiskaa Silicon innførte en 1. februar 1998 et nytt egenmeldingssystem der de ansatte kan bruke 12 egenmeldingsdager i løpet av ett år. Det er foretatt evaluering etter ett års forsøk.

Motivet for tiltaket/forsøket har vært:

- Å øke egenkontroll og ansvar. Dette anses som positivt og vil øke trivselen.
- Redusere sykmelding fra lege som ofte avsluttes søndag.
- Redusere uttak av »tredagers fri».

Generelt var det en økning i sykefraværet i denne delen av bedriften i 1998 med 1,6 prosent Antallet tilfeller med egenmelding økte fra 165 tilfeller i 1997 til 263 tilfeller i 1998. Antallet fraværsdager har imidlertid gått noe ned (fra 424 til 420). Antallet egenmeldingsdager per tilfelle var i 1998 1,6 dager mot 2,6 dager året før. Det antas at det er greiere å ta egenmelding på én dag. Det er også registrert færre sykmeldinger fra lege ved korte fravær. Når det gjelder sykmeldinger for 1-16 dager økte disse med 0,5 dager per tilfelle. Resultatene viser også at svært få har tatt ut »forlenget» egenmelding. Det er kun 3 egenmeldinger på 4 dager og ingen lengre.

Evalueringen konkluderer med at:

- Forsøket har flere effekter og kanskje noen annerledes enn forventet

- Egenmeldingsmengden er uendret eller litt redusert
- Egenmeldingslengden er blitt kortere. Flere bruker egenmelding i stedet for å gå til lege.
  Behovet for lengre egenmeldinger er lite, og faren for lange udokumenterte fravær er minimal.
- HMS og personalavdelingene mener ordningen bør videreføres og innføres på hele Fiskaa-området.
- Søgne kommune vil sette i gang et tilsvarende prosjekt blant sine ansatte.

Andre forsøk

I arbeidsmarkedsetaten i Østfold er det gitt adgang til utvidet bruk av egenmelding som ledd i sykefraværsprosjektet i Staten. Nedre Eiker kommune har fra 1. april 1998 hatt forsøk med utvidet bruk av egenmeldingsperiode, inntil 5 dager, innen pleie- og omsorgstjenesten. I skoleverket og i barnehagetjenesten har de ansatte hatt 3 dagers egenmelding, men med ubegrenset antall per år.

7.7 Reaktivisering av uførepensjonister

Etter forslag i Attføringsmeldinga ble det med virkning fra 1. januar 1993 gjort en tilføyelse i folketrygdlovens § 8-5 som innebar en utvidelse og presisering av adgangen til å ta uførepensjonssaker opp til etterprøving. Målet var å gi uførepensjonister bedre muligheter for tilbakeføring til arbeidslivet. En antok at muligheten for reaktivisering av uførepensjonister kunne bli større med et styrket attføringsapparat hvor arbeidsmarkedsetaten hadde et helhetlig ansvar for attførings- og arbeidstilbudene.

Rikstrygdeverket ble pålagt å utarbeide nærmere retningslinjer for oppfølging av personer som var tilstått uførepensjon. Rikstrygdeverket la til grunn at tiltaket skulle utformes som et frivillig tilbud til uførepensjonister som ønsket å forsøke seg i arbeid eller arbeidstrening. En antok at det ikke var hensiktsmessig å rette tilbudet til alle uførepensjonistene, men at tilbudet skulle rettes til dem som hadde størst mulighet for å komme tilbake i arbeid helt eller delvis.

Reaktiviseringsarbeidet var avhengig av et tett samarbeid med arbeidsmarkedsetaten. Det var forutsatt at trygdeetatens rådgivende leger skulle ta del i arbeidet. Trygdeetaten ble tilført 40 nye stillinger til reaktiviseringsarbeidet. Disse ble fordelt mellom fylkene. Fylkene sto fritt når det gjaldt den praktiske utformingen av arbeidet. Rikstrygdeverket la opp til halvårige tilbakerapporteringer fra fylkene og en evaluering av ordningen etter en prøveperiode på 2 år.

I de fleste fylkene ble reaktiviseringsarbeidet integrert i trygdekontorenes løpende arbeidsoppgaver. I 8 av fylkene ble det iverksatt egne prosjekter. Resultatene av reaktiviseringsarbeidet var svært beskjedne og sto i følge fylkestrygdekontorene ikke i forhold til den innsatsen som var blitt lagt ned. Mange var i tvil om det var mulig å tilbakeføre uførepensjonister til yrkeslivet med de krav som stilles til yrkesutøvere og med det vanskelige arbeidsmarkedet en hadde på begynnelsen av 1990-tallet. Fylkene rapporterte om at det

hadde vært vanskelig å opprette et nært samarbeid med arbeidsmarkedsetaten som ikke fant å kunne prioritere uførepensjonister som ønsket å komme tilbake i arbeid. Flere av fylkestrygdekontorene stilte seg tvilende til om dette var oppgaver som trygdeetaten burde prioritere.

Rikstrygdeverket konkluderte i sin vurdering av evalueringsrapporten at så få kom tilbake i arbeid blant annet skyldes at ordningen ble etablert på et tidspunkt som var lite gunstig fordi det falt sammen med gjennomføringen av attføringsreformen og i en periode med relativt høy arbeidsledighet. I følge Rikstrygdeverkets vurdering av evalueringen er det mer hensiktsmessig å konsentrere innsatsen på andre prioriterte områder, f. eks. oppfølging av sykmeldte. Et oppsøkende reaktiviseringsarbeid kunne i følge Rikstrygdeverkets vurdering eventuelt videreføres i forbindelse med spesielle prosjekter eller tiltak.

I 1997 ble det foretatt flere endringer i regelverket for å stimulere uførepensjonister til å prøve seg i arbeid enten i kombinasjon med pensjon eller ved å gå inn og ut av arbeidslivet i perioder. Målet med lovendringene har vært å gjøre uførepensjonsordningen mer fleksibel. Regelendringene har gjort det lettere for uførepensjonister å prøve seg i arbeid, og det er blitt lettere å få tilbake uførepensjonen dersom arbeidsforsøk ikke lykkes.

Det er ikke foretatt noen samlet evaluering av regelendringene, og det er noe tidlig å si noe om erfaringene når det gjelder effekt på trygdeutbetalingene. Det synes som om ordningen med friinntekt på 1 G før uførepensjonen blir redusert er mest »populær». Ordningen med mulighet for å trappe opp arbeidsinnsatsen i kombinasjon med uføregrad lavere enn 50 prosent har vært lite benyttet. Det kan virke som om de fleste uførepensjonister, som har mulighet til å øke sin arbeidsinnsats, sørger for at inntekten ikke overstiger friinntektsgrensen på 1 G for å unngå at uførepensjonen blir redusert. Det vises til nærmere omtale og vurdering i kapittel 11.

I Utjamningsmeldinga (St.meld. nr. 50 (1998-99)) foreslås det at det videre arbeidet med reaktivisering av uførepensjonister skjer gjennom nettverksprosjekter etter en lignende modell som for enslige forsørgere. Det foreslås at det i første omgang settes iverk slike prosjekter i 3-4 fylker.

7.8 Oppsummering

Det er på 1990-tallet satt i verk ulike typer tiltak for å forebygge sykefravær og hindre varig «utstøting» fra arbeidslivet. Tiltakene har dels vært på systemnivå/bedriftsnivå, dels på individnivå.

Partene i arbeidslivet har hatt en sentral rolle i det sykefraværsforebyggende arbeidet. Avtalene som ble inngått mellom partene på begynnelsen av 1990- tallet omfattet alle sektorer. Det foreligger ikke dokumentasjon over omfanget av tiltak på bedrifts/virksomhetsnivå. Sykefraværet gikk ned på begynnelsen av 1990-tallet. Hvorvidt denne nedgangen har sammenheng med partenes engasjement er imidlertid ikke dokumentert.

Tiltak fra det offentliges side for å bedre arbeidsmiljøet og styrke HMS-arbeidet i bedriftene har foreløpig heller ikke hatt noen dokumentert effekt på sykefraværet. Om lag halvparten av virksomhetene utfører systematisk HMS arbeid, men fortsatt er dette mange steder bare en papireksersis. Bistand fra

Arbeidslivstjenesten har gitt gode resultater i enkelte bedrifter, men det er bare et fåtall bedrifter som har fått slik bistand.

For å støtte opp om arbeidslinja er det gjort endringer i ansvars- og oppgave fordelingen mellom offentlige etater og gjort endringer i regelverket for å motivere personer som allerede er tilstått uførepensjon til å prøve seg i arbeid.

Trygdeetaten har på 1990-tallet fått et mer omfattende ansvar for oppfølging av sykmeldte og har fra 1993 hatt flere nye virkemidler i oppfølgingsarbeidet. Det har imidlertid tatt lang tid å etablere gode rutiner for individuell oppfølging. Det kan ikke dokumenteres noen effekt av trygdeetatens innsats i form av lavere sykefravær på nasjonalt nivå.

Satsing på yrkesrettet attføring i arbeidsmarkedsetaten, har ikke bidratt til å redusere uføretilgangen. Tallet på registrerte yrkeshemmede med attføringspenger har vært nokså konstant etter attføringsreformen i 1994.

Det er satset betydelige ressurser på forsøksvirksomhet for å forebygge sykefravær, bedre arbeidsmiljøet og finne fram til gode behandlings- og attføringstiltak. Erfaringene er varierende, men en mangler dokumentasjon på at forsøkene har ført til redusert fravær eller lavere uføretilgang enn det en ellers kunne forvente.

Når det gjelder regelendringer og tiltak som skal gjøre det lettere å kombinere arbeid og trygd, er det for tidlig å si noe om effekten av disse i form av økt yrkesaktivitet blant uførepensjonister.

Kapittel 8
Erfaringer fra andre land

8.1 Norge i et internasjonalt perspektiv

I dette kapitlet gis en oversikt over stønadsordninger i andre land, endringer i regelverk og iverksatte tiltak for å redusere tallet på stønadsmottakere det siste tiåret. Det foretas en sammenlikning av ordninger og utviklingen i sykefravær og uførenivå i en del OECD-land. Videre gis en mer inngående beskrivelse av forholdene i Sverige, Danmark og Nederland med vekt på erfaringer fra reformer og tiltak.

8.1.1 Problemer knyttet til sammenligninger mellom land

Det er vanskelig å foreta sammenlikninger mellom Norge og andre land på grunn av ulike definisjoner av fravær og uførhet, ulik utforming av stønadsordninger og ulike rapporterings- og registreringsordninger. Mange europeiske land har førtidspensjonsordninger knyttet til ansettelsesforhold i bedrift/næring eller som medlem av fagforening. Avtaler mellom arbeidsgiver og arbeidstaker eller private forsikringsordninger om kompensasjon ved sykdom og uførhet i tillegg til offentlige ytelser vanskeliggjør også sammenlikninger. Demografi, næringssammensetning, sysselsetting påvirker også tallet på stønadsmottakere.

8.1.2 Sammenligning av sykefraværsnivå

SINTEF Unimed har på oppdrag av NHOs arbeidsmiljøfond sammenlignet sykefravær i EU/EØS-området. [63]

63. SINTEF Unimed: Sykelønnsordninger i Europa. STF78 A99536 –1999.

Tabell 8.1: Sykefravær innen EU/EØS-området; andelen av arbeidsstyrken som er fraværende pga sykdom på en bestemt dag. Offisiell nasjonal statistikk 1997, prosent.

	Fravær totalt	Offentlig Sektor	Industri	Funksjonærer/ Arbeidere
Danmark	3,5			
Portugal	8,0			
Italia		7,3	6,9	
Belgia		5,8 [1)]		
Frankrike	5,6			
England	3,6			
Østerrike	4,1			
Nederland	5,5			
Norge	5,0			
Irland	4,5			
Sverige	4,4			
Finland				2,0 / 4,5
Tyskland	5,6			

[1)]Gjelder helsesektoren.

Kilde: SINTEF Unimed 1999.

Portugal og Italia har desidert størst sykefravær, mens Danmark og England har lavest fravær. Norge befinner seg omtrent midt på treet, men over gjennomsnittet, sammen med Nederland, Tyskland, Frankrike og Irland.

SINTEF Unimed oppsummerer at sykefraværet i EU/EØS-området har følgende fellestrekk:

- Unge arbeidstakere har som regel lavere fravær enn eldre
- Kvinnelige arbeidstakere har som regel høyere fravær enn menn
- Arbeidere har som regel høyere fravær enn funksjonærer
- Sektorer med dårlige arbeidsforhold og fysisk anstrengende arbeid har gjennomgående høyere fravær enn andre sektorer.

8.1.3 Sammenligning av sykelønnsordningene

SINTEF-rapporten gir en oversikt over lovpålagte og avtalefestede ordninger innen EU/EØS-området.

Sykelønnsordningene er ulikt utformet i ulike land med hensyn til inngangsvilkår, dekningsnivå m.v. I praksis er imidlertid sykelønnsordningene mer generøse enn det regelverket gir inntrykk av på grunn av avtaler mellom arbeidstaker og arbeidsgiver og forsikringer som kompenserer for lønnstap ved sykdom. Forskjellen mellom norske arbeidstakeres rettigheter og rettighetene til arbeidstakere i andre land i Europa er derfor ikke så stor som lovverket skulle tilsi.

Tabell 8.2: Oversikt over sykelønnsordningene i EU/EØS-området 1999. [1)]

	Arbeids-giverperiode	Kvalifisering periode [2)]	Karens-dager [3)]	Deknings-Grad	Tids-begrensning	Full utbetaling [4)]
Norge	16 dager	14 dager	0	100%	52 uker	365 dager
Sverige	14 dager	0	1	80%	ingen	0
Danmark	14 dager	13 uker	0	100%	52 uker	52 uker
Finland		3 mnd	9	66%	300 dager	0
England	28 uker	0	3	Fast beløp	28 uker	0
Irland		39 uker	3 (18)	Fast beløp	375 dager	0
Østerrike	4-12 uker	14 dager	3	50%	52 uker	0
Tyskland	6 uker		0	80-70%	78 uker	0
Nederland	6 uker	Ingen	2	70%	1 år	0
Belgia	30 dager	6 mnd	1	100%	1 år	30 dager
Italia	3 mnd	0	3	50%	6 mnd	0/ 3 mnd [5)]
Spania	15 dager		3	60/75%	12 mnd	0
Frankrike	Koll.avtale	Avh. Innbet.	3	50-60%	12 mnd	0

[1)]Tabellen fanger ikke opp bl a. eksistensen av inntektstak, som at det gis full dekning opp til 6 G i Norge, mens det i Danmark bare gis full dekning opp til om lag 150 000 danske kroner.
[2)]Periode en må ha vært i arbeid før en opparbeider rett til sykepenger.
[3)]Sykefravær uten lønnskompensasjon (waiting days).
[4)]maksimal tid for hvor lenge utbetalte sykepenger tilsvarer full lønn.
[5)]Arbeidere 0 mnd, funksjonærer 3 mnd.

Kilde: SINTEF Unimed 1999.

Økt internasjonal konkurranse og ønske om å få ned kostnadene knyttet til arbeidskraft har ført til økt fokus på sykefravær i Europa. For å bremse kostnadsveksten er det foretatt innstramminger i sykelønnsordningene i flere europeiske land. Det har vært en tendens til å skyve ansvaret for sykefraværskostnadene fra det offentlige og over på arbeidsgiver og arbeidstaker.

Sammenlignet med andre land i EU/EØS-området er Norge blant de landene der det er gjort færrest endringer i ordningen de siste 10-15 årene.

Norge skiller seg ut langs tre dimensjoner når det gjelder sykelønnsordninger (Hagen og Hippe,1992):

- En felles offentlig ordning for alle med inntektsgivende arbeid
- Kompensasjonsnivået er likt for alle
- Vilkårene er relativt liberale

8.1.4 Sammenligning av andelen uførepensjonister

Når en skal sammenlikne andelen uføre er det viktig å ta hensyn til sysselsettingsnivå og alderssammensetningen i den yrkesaktive delen av befolkningen.

Tabell 8.3: Yrkesaktive i prosent av befolkningen atter alder og kjønn, 1997.

	Menn		Kvinner	
	55-59 år	60-64 år	55-59 år	60-64 år
Norge	85	64	71	48
Sverige	82	56	78	49
Tyskland	75	29	53	12
Nederland	64	21	32	8
Østerrike	63	14	24	8
Sveits	45	22		

Kilde: ILO 1998.

Norge har en svært høy andel eldre yrkesaktive, noe som først og fremst henger sammen med den lovfestede pensjonsalder på 67 år. Når yrkesaktiviteten er såpass høy, kunne en intuitivt forvente at andelen uførepensjonister er lav i Norge sammenlignet med andre land. Norge er imidlertid blant de landene som har høyest andel uførepensjonerte i Europa. [64] Dette skyldes først og fremst den høye andelen eldre arbeidstakere. Høy yrkesaktivitet blant kvinner er også en av årsakene til at Norge har en høy andel uførepensjonister.

Tabell 8.4: Uførepensjonister per 1000 i alderen 15-64 år, 1975-1997.

	1975	1985	1990	1997
Norge	49	59	72	75
Sverige	53	61	67	76
Tyskland	37	49	39	42
Nederland	40	77	86	81
Østerrike	19	33	39	44
Sveits	-	26	28	37

Kilde: Prinz 1999.

Nederland har den høyeste andelen uførepensjonister fulgt av Norge og Sverige. Norge og Nederland har hatt den sterkeste økning i andelen uførepensjonister. I OECDs rapport A Caring World som foretar en lignende sammenligning, men som inkluderer flere land har Norge flest uførepensjonister. [65]

64. Deler av dette avsnittet baserer seg på Einar Øverbye NOVA sitt foredrag på RTVs årskonferanse 1999.
65. Datagrunnlaget i OECD-rapporten er imidlertid noe usikkert.

Kvinneandelen blant uførepensjonistene er høyere i Norge enn i andre land. Dette har sammenheng med den høye yrkesaktivitet blant norske kvinner, men også at kvinner som ikke har vært yrkesaktive kan få uførepensjon.

8.1.5 Sammenligning av uførepensjonsordninger

Utformingen av uførepensjonsordningen kan være en forklaring på den høye andelen uførepensjonister i Norge. Det er ikke tilleggspensjonssystemet som gjør den norske ordningen spesiell. Tilleggspensjonssystemer sør i Europa er ofte mer generøse enn det norske og er ofte uten inntektstak. Det som er spesielt for Norge er at uførepensjon (minstepensjon) kan tilstås personer med liten eller ingen tidligere tilknytning til arbeidslivet.

Tabell 8.5: Personkrets og tildelingskriterier for uførepensjon i enkelte europeiske land, 1997.

	Personkrets	Minste uføregrad	Minste medlemstid
Norge	Innbyggere	50 pst	3 år botid
Danmark	Innbyggere	50 pst	3 års botid e. fylte 16 år
Sverige	Innbyggere	25 pst	3 års botid e. fylte 16 år
Storbritannia	Lønnsmottakere, selvst. næringsdrivende og registrert arbeidsløse	100 pst	Korttids »incapacity benefit» i 52 uker
Nederland	Lønnsmottakere, selvst. næringsdrivende, unge handikappede og studenter	25 pst	Intet minstekrav til yrkesaktivitet
Tyskland	Lønnsmottakere og handikappede	Yrkesrelatert 50 pst, ellers 100 pst	60 mnd, 36 mnd siste 5 år. Handikappende: 240 forsikrede måneder
Frankrike	Lønnsmottakere	66,7 pst	12 måneder
Italia	Lønnsmottakere	66 pst	5 år, 3 i løpet av siste 5

Kilde: MISSOC 1998.

Det er ingen grunn til å overdrive forskjellene mellom den norske uførepensjonsordningen og ordningene i andre land. Variasjonene er større innad i EU enn mellom Norge og EU. Et særtrekk ved den norske ordningen er at hjemmearbeidende kvinner kan ha rett til uførepensjon. I andre land stilles det krav til tidligere yrkesaktivitet. Personer som ikke har hatt tilknytning til arbeidslivet får ofte behovsprøvede, skattefinansierte ytelser istedenfor uførepensjon.

Særreglene for unge uføre som behandles som om de har hatt en gjennomsnittlig inntekt på uføretidspunktet og ordningen med godskriving av pensjonspoeng ved pass av barn og pleietrengende familiemedlemmer viser også at det ikke er noen klar sammenhengen mellom innbetalte avgifter og utbetalte ytelser i den norske ordningen.

Einar Øverbye ved NOVA skisserer hovedskiller mellom det norske og europeiske systemer i tabell 8.6.

Tabell 8.6: hovedskiller mellom det norske og europeiske systemer.

Norge	Europa [1)]
Svak sammenheng mellom inn- og utbetalinger	Klarere sammenheng mellom inn- og utbetalinger
Klar bunnprofil	Mindre klar bunnprofil
Hovedfokus på minstesikring	Hovedfokus på standardsikring [2)]
Betydelig innslag av privat uførepensjon	Ubetydelig innslag av private pensjoner [3)]
Uførepensjon også til kvinner som velger ikke-inntektsgivende aktiviteter	Først og fremst heltids yrkesaktive kvinner har rett til pensjon
Begrenset vern av opptjente rettigheter	Sterkere vern av opptjente rettigheter

[1)]Særlig kontinental-Europa.
[2)]Unntak Irland og Danmark.
[3)]Særlig Sør-Europa.

8.2 Sverige

8.2.1 Regelverk

Boks 8.1 Sykepenger

Vilkår

Det kreves ingen minsteinntekt for å motta sykepenger, men personer som har arbeidet kortere enn én måned må være knyttet til *försäkringskassan* og ha en årsinntekt på minst SEK 8 800 (1999). Arbeidsevnen må være nedsatt med minst 25 pst på grunn av sykdom. Redusert arbeidsevne på grunn av arbeidsmarkedsmessige, økonomiske og sosiale forhold gir ikke rett til sykepenger.

Egenmelding

Arbeidstakere kan bruke egenmelding i 7 dager. Det er ingen begrensning i antall ganger per år en arbeidstaker kan bruke egenmelding.

Beregning og dekningsgrad

Sykepengegrunnlaget utgjør antatt årlig inntekt, som hovedregel beregnet på grunnlag av minst seks måneders sammenhengende arbeid. Det gis ikke sykepenger for inntekter som overstiger 7,5 ganger basisbeløpet (SEK 272.700 i 1999). Sykepengene gis som andel av sykepengegrunnlaget med høyst 80 prosent. [1)] Det ytes ikke sykepenger den første fraværsdagen. Sykepengene kan graderes med $^{3}/_{4}$, $^{1}/_{2}$ eller $^{1}/_{4}$ avhengig av nedsatt arbeidsevne.

Finansiering

Arbeidsgiver dekker de to første ukene (sykelønn) [2)]. Deretter overtar *försäkringskassan*. Selvstendig næringsdrivende og arbeidsledige mottar sykepenger fra *försäkringskassan* fra første dag.

Varighet

Det er i prinsippet ingen tidsbegrensning for sykepenger, men ved langvarig sykdom kan sykepengene erstattes av *sjukbidrag* eller uførepensjon.

Boks 8.2 Uførepensjon (förtidspension)

Vilkår

Førtidspensjon kan gis til personer mellom 16 og 65 år. Arbeidsevnen må være redusert minst 25 pst på grunn av sykdom eller annen varig nedsatt fysisk eller psykisk prestasjonsevne.

Beregning

Pensjonen beregnes, med visse unntak, på samme måte som alderspensjon. Uføre får beregnet framtidig opptjening i tillegg til faktisk opptjent pensjonsrett. Uføre som ikke har rett til eller har lav tilleggspensjon, får et høyere pensjonstilskudd enn alderspensjonister. Uførepensjon graderes etter full, $^{3}/_{4}$, $^{1}/_{2}$ eller $^{1}/_{4}$ rate.

Finansiering

Staten er ansvarlig for førtidspensjonsordningen

Varighet

Førtidspensjonen kan være varig eller midlertidig. Dersom arbeidsevnen ikke antas å være varig nedsatt, men av minst ett års varighet, kan det istedenfor førtidspensjon tilstås *sjukbidrag*.

For å ha rett til sykelønn fra arbeidsgiver må arbeidstakeren levere egenmelding der det framgår at vedkommende er syk og forhindret i å jobbe. Fra og med 7. dag kreves legeerklæring. Legen trenger ikke oppgi sykdomsårsak eller diagnose. I særlige tilfeller kan arbeidsgiver kreve legeerklæring før 7.dag.

Første dag i sykelønnsperioden (arbeidsgiverperioden) er en karensdag. Dersom en ny sykdomsperiode starter i løpet av 5 dager, betraktes dette som en forlengelse av det opprinnelige sykefraværet uten ny karensdag. Karensdagen gjelder heller ikke ved fravær som skyldes barns sykdom.

For personer med hyppig sykefravær eller som har lange sykeperioder er det spesielle skjermingsordninger:

- Antall karensdager er begrenset til 10 i løpet av en 12 måneders periode
- Når en person har mer enn 10 sykefravær på grunn av samme sykdom i

løpet av 12 måneder, betaler arbeidsgiver sykelønn fra første dag, og får erstattet sine utlegg fra försäkringskassan
- Arbeidsgivere som sysselsetter kronisk syke og andre med høy risiko for ett eller flere langvarig sykefravær på minst 28 dager i løpet av en 12 måneders periode kan få refundert sykelønnsutbetalingene fra försäkringskassan. For arbeidstakeren gjelder reglen om karensdag.

Försäkringskassan kan foreta kontroller i sykelønnsperioden ved å ta kontakt med arbeidsgiver, lege eller ved hjemmebesøk.

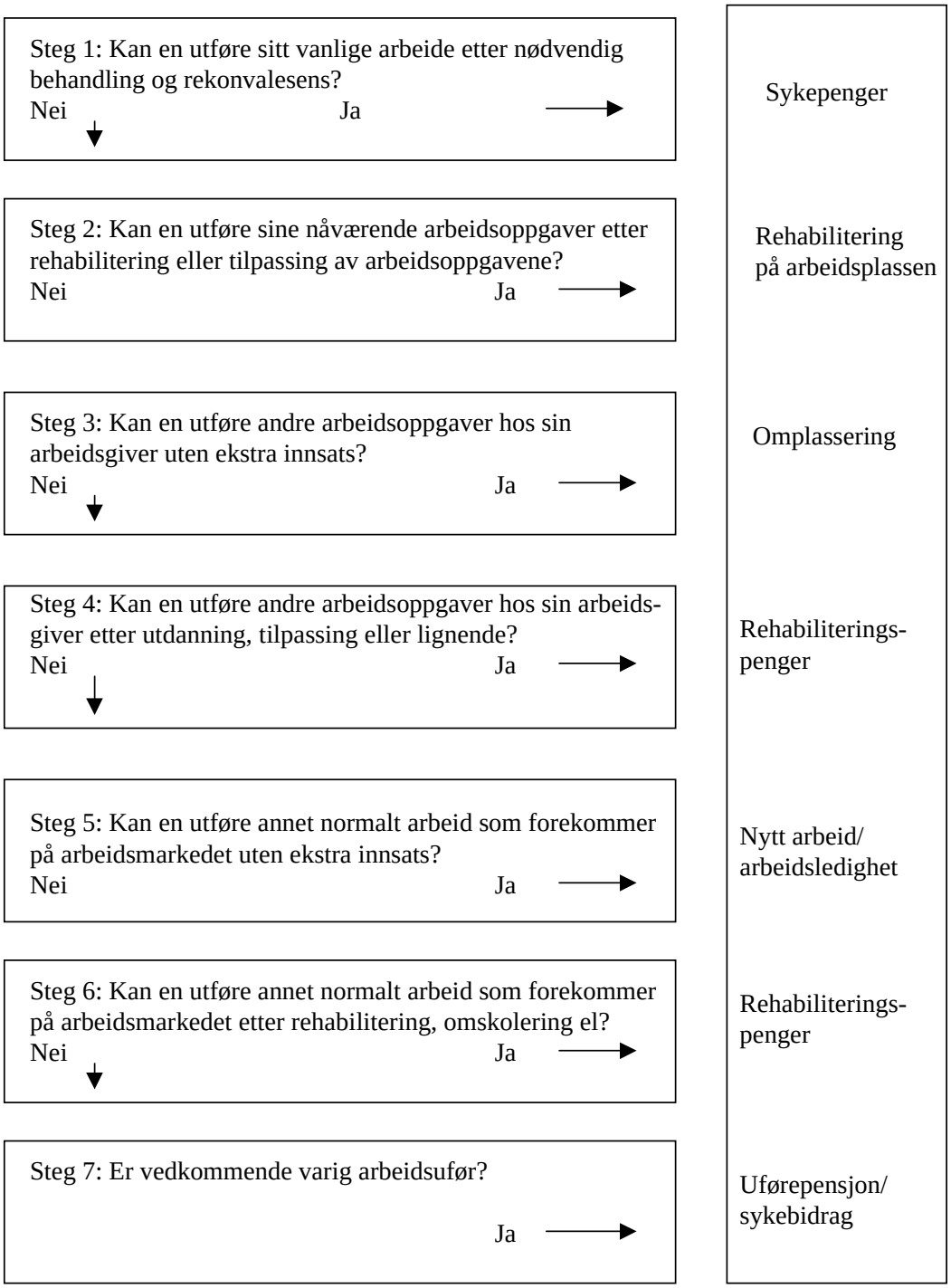
Ved sykefravær utover 14 dager, skal arbeidsgiver melde fra til försäkringskassan som overtar utbetalingen av sykepengene. Etter 28 dagers fravær skal den sykmeldte sende en egenerklæring til försäkringskassan der vedkommende foretar en vurdering av hvordan sykdommen påvirker arbeidsevnen. Samtidig skal det foreligge en uttalelse fra lege som gir en vurdering av prognose, videre behandling og mulighet for å komme tilbake i arbeid gjennom rehabilitering. [66] [67]

Arbeidsgiver skal gi melding om rehabiliteringsbehov til försäkringskassan når en arbeidstaker har vært sykmeldt i 4 uker, har hatt flere kortere sykefravær eller arbeidstakeren selv ber om at rehabilitering blir vurdert. Försäkringskassan kan også ta initiativ til rehabiliteringstiltak når dette vil øke vedkommendes mulighet til å komme tilbake til arbeid.

I forbindelse med yrkesrettet rehabilitering (attføring) kan det ytes rehabiliteringserstatning som skal dekke inntektstap og eventuelle merutgifter. Stønaden utgjør 80 prosent av sykepengegrunnlaget og graderes i forhold til nedsatt arbeidsevne med 1/1, $^{3}/_{4}$, $^{1}/_{2}$ og $^{1}/_{4}$. Rehabiliteringserstatning utbetales vanligvis bare i ett år.

Når arbeidsevnen antas å være varig nedsatt på grunn av sykdom kan försäkringskassan yte »sjukbidrag» eller »förtidspension» i stedet for sykepenger. Avgjørelsen tas av forsikringskassens sosialforsikringsnemnd som er sammensatt av lekmenn. I vurderingen av om den sykmeldte har (rest)arbeidsevne skal vedkommende vurderes i forhold til ethvert forekommende arbeid på arbeidsmarkedet over hele landet, uavhengig av bosted, tidligere arbeid eller om den type jobb som vedkommende kan utføre er tilgjengelig. Dette medfører at dersom en sykmeldt blir vurdert å kunne utføre en jobb som ikke er tilgjengelig, vil vedkommende bli betraktet som arbeidsledig og ikke som ufør. Det tas ikke hensyn til eventuelt tap av inntekt.

66. I Loven om allmenn forsikring framkommer det at arbeidsgiver kan betale ytterligere 10 prosent av tidligere lønn, slik at den sykmeldte får 90 prosent av tidligere lønn i sykepenger. Dersom arbeidsgiver betaler lønn utover dette, blir sykepengene avkortet.
67. Arbeidsgivere med få ansatte kan forsikre seg mot utgifter til sykelønn (dag 3-14) i forsikringskassen.



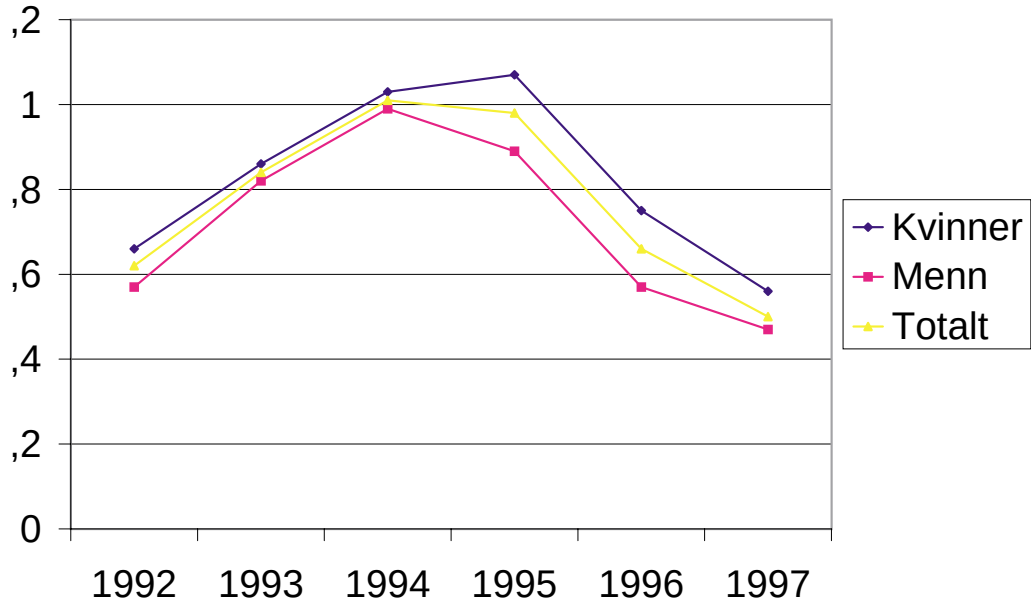
Figur 8.1 Prosedyre ved vurdering av søknad om sykebidrag/uførepensjon

8.2.2 Utvikling i sykefravær, rehabilitering og uførepensjon

Figur 8.2 Sykepengedager per medlem i sosialforsikringen, 10-64 år. 1990-1998
Kilde: Riksförsäkringsverket.

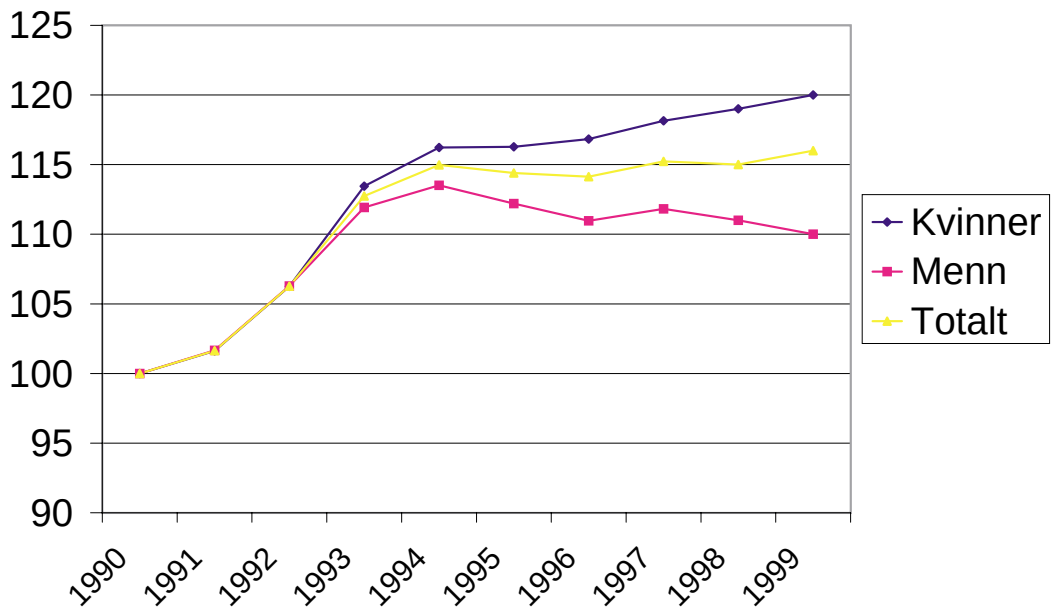
Det mest iøynefallende ved utviklingen i Sverige er den sterke reduksjonen i sykefraværet fra 1991 til 1992 da gjennomsnittlig antall sykepengedager ble redusert fra 21 til 14 dager. Blant kvinner var reduksjonen på 8 dager og 6 dager blant menn. Nedgangen fortsatte utover 1990-tallet. Gjennomsnittlig antall sykepengedager hadde i 1997 sunket til 9 dager, hhv. 11 dager for kvinner og 8 dager for menn. Fra 1997 til 1998 økte fraværet med 24 prosent, og det var en tilsvarende økning fra 1998 til 1999. Økningen har vært særlig sterk blant kvinner i aldersgruppen 50-60 år.

Gjennomsnittlig erstatningsnivå per sykmeldt har også økt. Dette antas å ha sammenheng med at nye grupper arbeidstakere med høyere lønn utgjør en større andel av de sykmeldte. Det har vært en økning i tallet på sykmeldinger som skyldes utbrenthet. Om lag 20 prosent av de langtidssykmeldte har denne diagnosen.



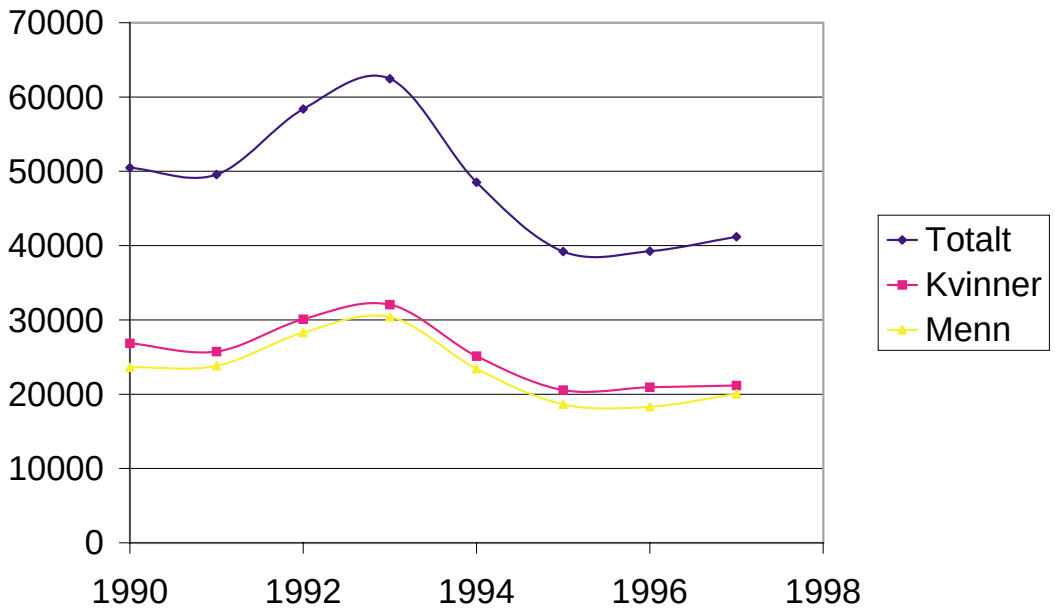
Figur 8.3 Rehabiliteringspengedager omregnet til hele erstatningsdager per medlem i trygden 10-64 år. 1992-1997
Kilde: Riksförsäkringsverket.

Rehabiliteringsytelsen ble innført i 1992 sammen med en rekke yrkesrettede tiltak som skulle bidra til at sykmeldte kom raskere tilbake i arbeid. Bruken av rehabiliteringsytelsen økte fram til 1994 (1995 for kvinner) men har deretter sunket til under nivået i 1992. Kvinner har mottatt rehabiliteringsytelser i større grad enn menn i hele perioden. Reduksjonen i tallet på mottakere av rehabiliteringsytelsen har fortsatt å synke også i 1998.



Figur 8.4 Antall personer med førtidspensjon/sjukbidrag etter kjønn 1990-1999. 1990 = 100.
Kilde: Riksförsäkringsverket.

Tallet på førtidspensjonister økte mellom 1990 og 1994. Økningen var særlig sterk i 1992-1993 og har sammenheng med at försäkringskassene foretok en ekstra innsats for å vurdere om langtidssykmeldte fylte vilkårene for førtidspensjon. Det er flere kvinner enn menn blant førtidspensjonistene. De senere årene har antallet førtidspensjonister vært relativt stabilt. Kvinneandelen har økt, mens andelen førtidspensjonerte menn har avtatt.



Figur 8.5 Antall nye uførepensjonister/personer med sykebidrag etter kjønn, 1990-1998.
Kilde: Riksförsäkringsverket.

Økningen i tallet på nye førtidspensjonister i perioden 1992-1993 er et resultat av försäkringskassenes utredning av langtidssykmeldte. Økningen var særlig sterk i aldersgruppen 30-49 år disse årene. Også i aldersgruppen 16-29 år økte antallet nye førtidspensjonister. Etter 1993 gikk antallet nye førtidspensjonister ned til et historisk lavt nivå i 1995. Nedgangen var spesielt sterk i den eldste aldersgruppen. Fra 1996 var det igjen en liten økning i tallet på nye uførepensjonister (økning på 5 prosent fra bunnåret 1995 til 1997), mens det fra 1997 til 1998 igjen var reduksjon i tallet på nye førtidspensjonister. Generelt er kvinner i flertall blant de nye førtidspensjonistene i aldersgruppen 30-49 år, mens fordelingen er nokså lik mellom menn og kvinner i de andre aldersgruppene.

8.2.3 Endringer i regelverket - tiltak

Sykepenger

- Fra mars 1991 ble dekningsnivået for sykepenger redusert fra 100 til 65 prosent de tre første dagene. Fra og med 4. fraværsdag var dekningsnivået 80 prosent og 90 prosent fra og med den 91. fraværsdagen. Arbeidsgiver kan dekke inntil 10 prosent i tillegg de første 90 dagene.
- Fra januar 1992 ble det innført 14 dagers arbeidsgiverperiode (sjuklön). Arbeidsgiver betaler 75 prosent av inntekten de første tre dagene. Fra og med 4. fraværsdag er dekningsnivået 90 prosent. Det kom ny lovgivning om yrkesrettet rehabilitering. Personer som er på yrkesrettede tiltak kan få rehabiliteringsytelse i stedet for sykepenger med 100 prosent .
- 1. april 1993 ble det innført én karensdag og sykepengedekningen fra og med 91. dag ble samtidig redusert fra 90 prosent til 80 prosent. Rehabiliteringsytelsen reduseres fra 100 til 95 prosent.
- 1. juli 1993 ble sykepengene etter ett år redusert fra 80 prosent til 70 prosent. Personer på medisinsk behandling eller medisinsk rehabiliteringstiltak kan søke om å få 80 prosent også etter ett år. Ordningen med arbeidsskadesykepenger ble avskaffet.
- Fra 1. oktober 1995 innføres en ordning der den sykmeldte skal levere egenerklæring etter 4 ukers fravær der vedkommende vurderer sin helsetilstand og muligheten for å komme tilbake i arbeid. Samtidig skal behandlende lege sende inn en særskilt legeerklæring der legen vurderer pasientens prognose, eventuelle rehabiliteringsbehov og når det er sannsynlig at den sykmeldte vil komme tilbake i arbeid.
- Fra januar 1996 ble sykepengedekningen satt til 75 prosent i hele sykeperioden. Eventuelt avtalebasert tillegg på 10 prosent kommer i tillegg fra 15. til 90. dag.
- 1. januar 1997 ble arbeidsgiverperioden utvidet til 28 dager. Vilkårene for sykepenger ble strammet inn. Arbeidsevnen skal vurderes i forhold til ethvert forekommende arbeid på arbeidsmarkedet (gjelder også uførepensjon).
- 1. januar 1998 ble dekningsnivået for sykepenger hevet til 80 prosent.
- Fra 1. april 1998 er arbeidsgiverperioden redusert til 14 dager.

Tabell 8.7: Kompensasjonsnivåer i den svenske sykepengeforsikringen 1988-1998 (inklusive kollektivavtalene).

Fraværsdag	12 –87 02 –91	03 –91 12 –91	01 –92 03 –93	04 –93 06 –93	07 –93 12 –95	01 –96 12 –96	01 –97 12 –97	01 –98 03 –98	04 –98 –
1	100	75	75	0	0	0	0	0	0
2–3	100	75	75	75	75	75	75	80	80
4–14	100	90	90	90	90	75	75	80	80
15–28	100	90	90	90	90	85	75	80	90
29–90	100	90	90	90	90	85	85	90	90
91–365	100	100	90	80	80	75	75	80	80
366–	100	100	90	80	70 (80)	75	75	80	80

Kilde: Riksförsäkringsverket.

Rehabilitering

I 1991/1992 ble det gjennomført reformer på attføringsområdet (arbetslivsinriktad rehabilitering):

1. Det ble gjort endringer i arbeidsmiljøloven som utvidet arbeidsgivers ansvar for systematisk arbeidsmiljøarbeid og aktiv rehabilitering på arbeidsplassen.
2. Fokus på arbeidslinjen. Begrepet arbetslivsinriktad rehabilitering ble introdusert i sosialforsikringen. Arbeidsgiver fikk et større ansvar for rehabilitering av sine ansatte og ble pålagt å lage rehabiliteringsutredning for arbeidstakere som hadde vært sykmeldt i 4 uker. Forsäkringskassan fikk et koordinerende ansvar på rehabiliteringsområdet.
3. Innføring av en 14 dagers arbeidsgiverperiode.

Førtidspensjon

- 1. oktober 1991 ble ordningen med at personer over 60 år kunne få førtidspensjon på grunn av forhold på arbeidsmarkedet avskaffet.
- 1. juli 1993 ble det innført to nye nivåer i førtidspensjonsordningen; $^{1}/_{4}$ og $^{3}/_{4}$. Samtidig ble 2/3- nivået fjernet. Vilkårene for å få hel førtidspensjon ble innskjerpet.
- 1. oktober 1995 ble det gjort forenklinger i regelverket for å forbedre beslutningsgrunnlaget i førtidspensjons- og sykepengesaker.
- 1. januar 1997 ble de medisinske inngangsvilkårene skjerpet. Det ble lagt større vekt på medisinske forhold og strengere krav til sammenheng mellom sykdom, nedsatt arbeidsevne og inntektstap. Det sees bort fra arbeidsmarkedsmessige, økonomiske, sosiale og lignende forhold. Ordningen med lettere inngangsvilkår for personer over 60 år opphørte.

8.2.4 Erfaringer fra tiltak og endringer i regelverk

Det er gjennomført så mange regelendringer og reformer på sosialforsikringsområdet i Sverige at det er vanskelig å isolerer effekten av hver enkelt

endring. [68] I tillegg vanskeliggjør mangler både ved den offisielle statistikken og sykefraværsregistreringen i bedriftene evaluering av tiltakene. [69]

Olof Bäckman ved Universitetet i Stockholm har foretatt en analyse av endringene som ble gjennomført i 1991 (redusert dekningsnivå), og finner at denne reformen har redusert korttidsfraværet med 20-30 prosent. Det er spesielt blant lavtlønte og blant kvinner at det er registrert lavere fravær. Bäckman konkluderer : » *Groups expected to be more dependent on short term pecuniary rewards show the greatest absolute magnitude of change*» . Svensk LO har påpekt at effekten av å redusere kompensasjonsnivået til 75 prosent var at en halv million arbeidstakere tegnet private sykeforsikringer og at tiltroen til den offentlige sykeforsikringen fikk en knekk.

Også innføringen av 14 dagers arbeidsgiverperiode og rehabiliteringserstatning antas å ha hatt betydning for reduksjonen i sykefraværet. I årene 1992 og 1993 ble det gjort en ekstra innsats for å vurdere om langtidssykmeldte burde ha uførepensjon, noe som resulterte i en økning i antallet uførepensjonister og en reduksjon i tallet på sykmeldte.

Riksförsäkringsverket har analysert effekten av innføringen av karensdag og redusert dekningsnivå i 1993 [70] og finner betydelige reduksjoner i fraværet. I 1994 gikk éndagsfraværet ned med 68 prosent i forhold til året før, mens fraværstilfeller på 1-7 dager gikk ned med 38 prosent. I rapporten konkluderes det med at dette trolig i sin helhet kan tilskrives innføringen av karensdag. [71] Også fraværet over 14 dager gikk ned, men det er vanskelig å knytte denne nedgangen direkte til regelendringer.

En annen undersøkelse, som kontrollerer for økt arbeidsledighet, konkluderer også med at karensdagen har medført en klar reduksjon i sykefraværet. [72] Her vurderes det også om antallet fraværsdager grunnet sykt barn har økt, med andre ord om arbeidstakere tar ut slikt fravær for å unngå den økonomiske belastningen med karensdag. En finner imidlertid at innføringen av én karensdag har hatt liten innvirkning på denne typen fravær. Uttak av fleksitid og avspaseringsordninger har imidlertid økt etter reformen.

Analysen fra Riksförsäkringsverket ble supplert med intervjuundersøkelser om ansattes atferd og holdninger til sykefravær. Økt arbeidsledighet i den aktuelle perioden synes å ha større betydning for sykefraværsutviklingen enn regelendringene. Blant personer med redusert fravær etter regelendringen svarer 35 prosent at karensdag og lavere kompensasjonsnivå har hatt betydning, mens 65 prosent svarer at dette ikke hadde betydning for fraværet. Innføringen av én karensdag hadde størst betydning for atferden til offentlige ansatte og personer med lavere og midlere inntekter.

Hovedfunnene bekreftes i en spørreundersøkelse blant organisasjonene i arbeidslivet, og i kommuner og Landsting. Her kommer det fram at *sykenærværet* har økt, det vil si at folk går på jobben til tross for sykdom.

68. Det er foretatt 800 regelendringer på området de siste 30 årene
69. Sykelønnsperioden inngår ikke i den offisielle statistikken i Sverige. En har derfor ingen sikre opplysninger om hva sykefraværet koster arbeidsgiverne. Statistikk fra arbeidsgiverforeningen er noe usikker fordi den baserer seg på frivillig rapportering. I tillegg er det slik at bedrifter med under 50 ansatte ikke innrapporterer sykefraværet.
70. Riksförsäkringsverket ANSER 1995:14: Effekter och resultat av sjuklönereformen
71. Resultatene er ikke korrigert for sysselsettingsutviklingen
72. Edgerton, David (1997): The effects of cutbacks in Swedish sickness benefits.

Arbeidsgiverne i undersøkelsen mener at innføringen av arbeidsgiverperiode ikke har bidratt til økt satsing på forebygging i bedriftene, men at arbeidsgiverne har blitt reddere for å ansette personer med helseproblemer.

En studie fra Arbetslivsinstitutet (1999) viser at yrkesgrupper som yter pleie, gir omsorg og underviser er overrepresentert blant de med sykenærvær. Dette gjelder også arbeidstakere som har oppgaver som ikke blir overtatt av andre ved sykefravær og innen yrker hvor lønnsnivået er forholdsvis lavt.

Den høye arbeidsledigheten antas også å være en årsak til reduksjonen i sykepengeutbetalingene på 1990-tallet. Nedgangen er blitt forklart med at arbeidstakerne var redde for å miste jobben. I tillegg kan mange langtidssyke og personer med dårlig helse ha falt ut av arbeidslivet som følge av rasjonaliseringer og nedskjæringer i denne perioden. En forklaring på at sykefraværet nå øker igjen er at mange av de som forble på arbeidsmarkedet i kriseperioden ble utslitt og nå faller ut, samtidig som en har sluppet personer med sviktende helse inn på arbeidsmarkedet.

Andelen langtidssyke som kommer tilbake i arbeid har gått ned siden 1996, og færre gjennomgår rehabilitering (attføring) enn tidligere. I budsjettproposisjonen for 2000 slås det fast at resultatene fra rehabiliteringsinnsatsen ikke er i samsvar med de ressurser en har satt inn på dette området de senere år. Reformen i 1991/1992 ga arbeidsgiverne økt, men utydelig ansvar for rehabilitering av egne ansatte. Det offentlige har ingen sanksjoneringsmuligheter overfor arbeidsgivere som ikke følger opp.

Tallet på førtidspensjonister har vært relativt konstant de senere år. Dersom sykefraværet fortsetter å øke, vil sannsynligvis også Sverige måtte regne med en økning i tallet på førtidspensjonister. Fordi det ikke er noen tidsbegrensning for sykepenger i Sverige, er det vanskelig å sammenlikne uførenivået i Norge og Sverige.

8.3 Danmark

8.3.1 Stønadsordningene

Det økonomiske og administrative ansvaret for sykepenger, rehabiliteringspenger og uførepensjon er i Danmark lagt til kommunene, med delvis refusjon fra staten.

Boks 8.3 Sykepenger

Vilkår

Alle som har inntektsgivende arbeid eller mottar annen inntektskompensasjon som arbeidsledighetstrygd har rett til sykepenger fra første fraværsdag.

Beregning og dekningsgrad

Sykepengene beregnes på grunnlag av timelønn eller inntekt fra egen virksomhet. Sykepenger ytes med 100 prosent kompensasjon opp til et fastsatt maksimalbeløp knyttet til det gjennomsnittlige lønnsnivå i Danmark

Finansiering

Arbeidsgiver dekker sykepenger de første to ukene (når arbeidstakeren har vært ansatt i de 13 siste uker). Etter to uker, og når arbeidstakeren ikke har rett til sykepenger fra arbeidsgiver, overtar kommunen utbetalingen. Selvstendig næringsdrivende får utbetalt sykepenger fra kommunen etter tre ukers ventetid. Staten refunderer kommunens utgifter til sykepenger de første åtte ukene. Deretter betaler staten og kommunen 50 prosent hver. Kommunen dekker utgiftene til personer som har vært sykmeldt mer enn 52 uker.

Varighet

Sykepenger fra kommunen ytes i til sammen 52 uker i løpet av en periode på 18 måneder. Sykepenger fra arbeidsgiver er ikke medregnet.

Fra april 1997 er det etablert ordning med oppfølging av sykmeldte etter 8 uker og deretter minst hver 8. uke. Kommunen skal senest innen 6 måneder ha laget en individuell oppfølgingsplan. Målet er så tidlig som mulig å iverksette yrkesrettede tiltak og hindre at den sykmeldte mister kontakten med arbeidslivet. Oppfølgingen skal skje i samarbeid med den sykmeldte, lege, rehabiliteringsapparat og arbeidsformidling. Dersom det er behov for yrkesrettet tiltak for eksempel rehabilitering (attføring) til annet arbeid, kan den sykmeldte tilstås »forrehabilitering» for eksempel til utdanning mens vedkommende mottar sykepenger.

Boks 8.4 Rehabiliteringspenger i forbindelse med yrkesrettede tiltak

Vilkår

Personer med nedsatt arbeidsevne på grunn av fysiske, psykiske eller sosiale årsaker kan tilstås rehabiliteringspenger i forbindelse med utdanning, omskolering eller etablering av egen virksomhet. Personer som ikke kan rehabiliteres til fullt arbeid, kan ansettes i en fleksjob. En kan også delta på rehabiliteringstiltak med sykepenger som en del av kommunens oppfølging av sykmeldte.

Beregning

Rehabiliteringspengene ytes i form av et fast beløp som tilsvarer maksimal dagpengeytelse. Personer under 23 år får halv ytelse. I tillegg til stønad til livsopphold kan en få midler for å dekke utgifter i forbindelse med utdanning og merutgifter knyttet til funksjonshemming.

Varighet

Rehabiliteringspenger ytes i maksimalt fem år.

Boks 8.5 Uførepensjon (førtidspension)

Vilkår

Det er flere typer førtidspensjon med ulike inngangsvilkår:

- *høyeste førtidspension* gis til personer mellom18 og 60 år som på grunn av fysisk eller psykisk uførhet har ubetydelig eller ingen restarbeidsevne
- *mellomste førtidspension* gis til personer mellom 18 og 60 år som har nedsatt arbeidsevne med 2/3 på grunn av helseproblemer. Kan også tilstås personer mellom 60 og 67 år når betingelsene for høyeste førtidspension er oppfylt
- *almindelig føtidspension* gis til personer mellom 60 og 67 år som har nedsatt arbeidsevne med minst 50 prosent av helsemessige årsaker
- *forhøyet almindelig førtidspension* gis til personer mellom 18 og 60 år på medisinsk grunnlag når arbeidsevnen er nedsatt med minst 50 prosent
- *behovsprøvet førtidspension* gis til personer mellom 18 og 67 år som har nedsatt arbeidsevne med minst halvparten på grunn av helsemessige og sosiale årsaker og som har et varig forsørgelsesbehov
- *behovsprøvet førtidspension* gis til personer mellom 50 og 67 år som har nedsatt arbeidsevne på grunn av sosiale forhold eller sosiale forhold i kombinasjon med helsemessige problemer og varig forsørgelsesbehov.

Beregning

Pensjonene er sammensatt av flere ytelser (grundbeløb, pensionstillæg, førtidsbeløb, invaliditetsbeløb, erhvervsudyktighedsbeløb). Størrelsen på stønaden er avhengig av grad av arbeidsuførhet og er høyest når det kan dokumenteres medisinsk uførhet og lavest i de behovsprøvde ordningene.

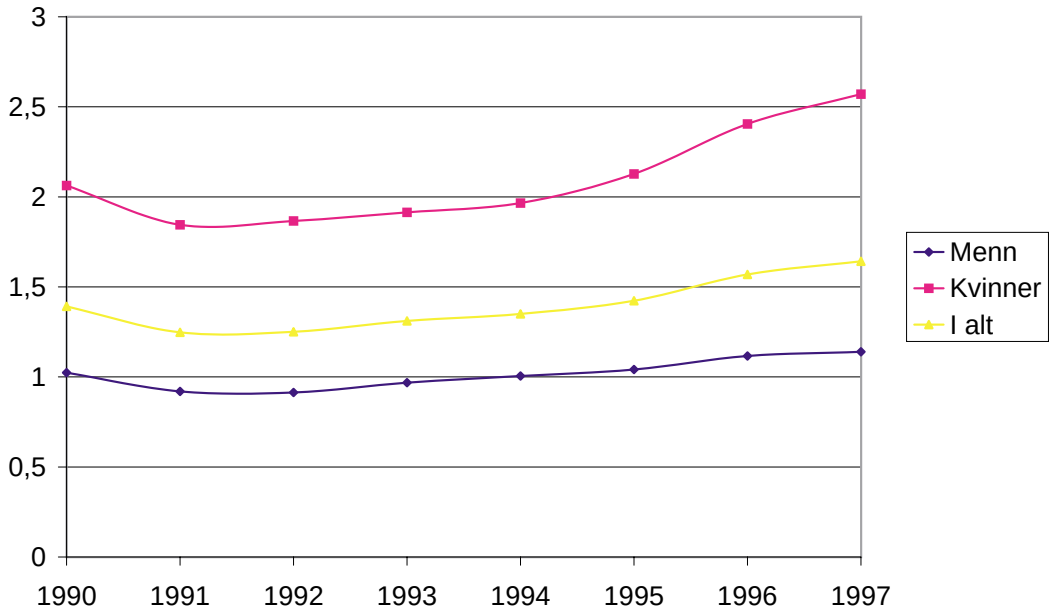
Finansiering

Bostedskommunen utbetaler pensjonen og får refundert 35 prosent av utgiftene fra staten.

Varighet

Førtidspensjonen avløses av alderspensjon ved fylte 67 år.

8.3.2 Utvikling i sykefravær, rehabilitering og uførepensjon



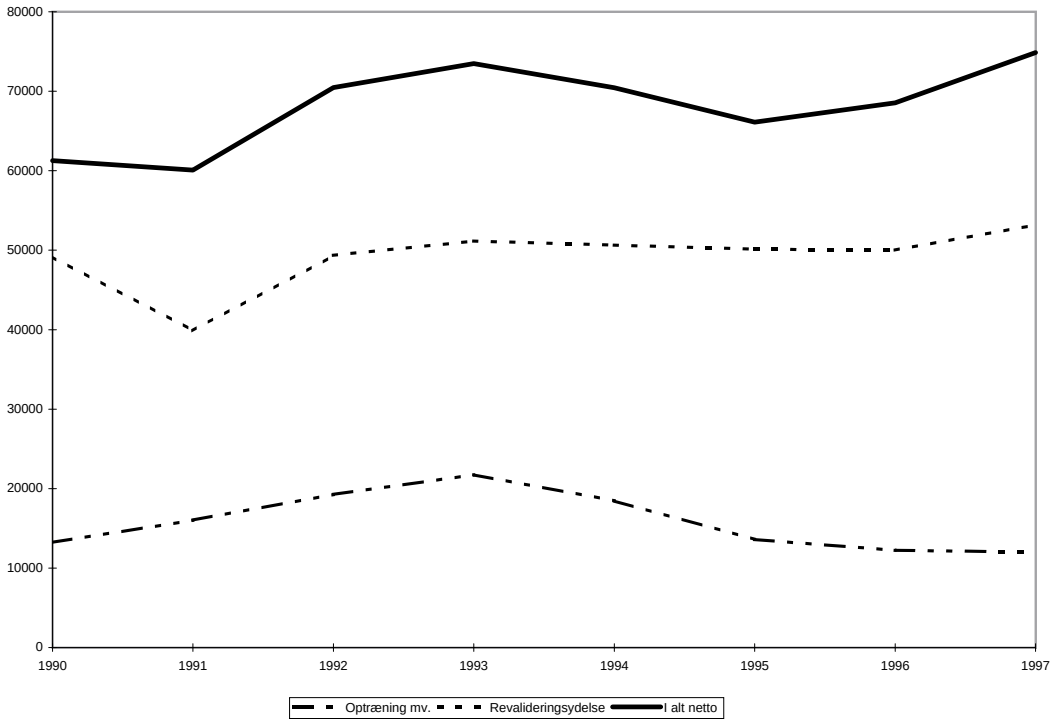
Figur 8.6 Antall sykepengeuker per sysselsatt. Lønnsmottakere i privat sektor. 1990-1998. [1)]

[1)]Figuren omfatter ikke alle ansatte i privat sektor (1,45 mill av ca 1,5 mill i 1997).

Kilde: Danmarks Statistik.

Tallet på sykmeldte gikk ned på begynnelsen av 1990-tallet, og har deretter vært økende, særlig etter 1994. Økningen er særlig sterk blant kvinner. Utviklingen i sykefraværet må ses i sammenheng med utviklingen på arbeidsmarkedet.

Arbeidsledigheten i Danmark er redusert etter 1994. Antall sysselsatte har steget med vel 6,5 prosent fra 1990 til 1998.

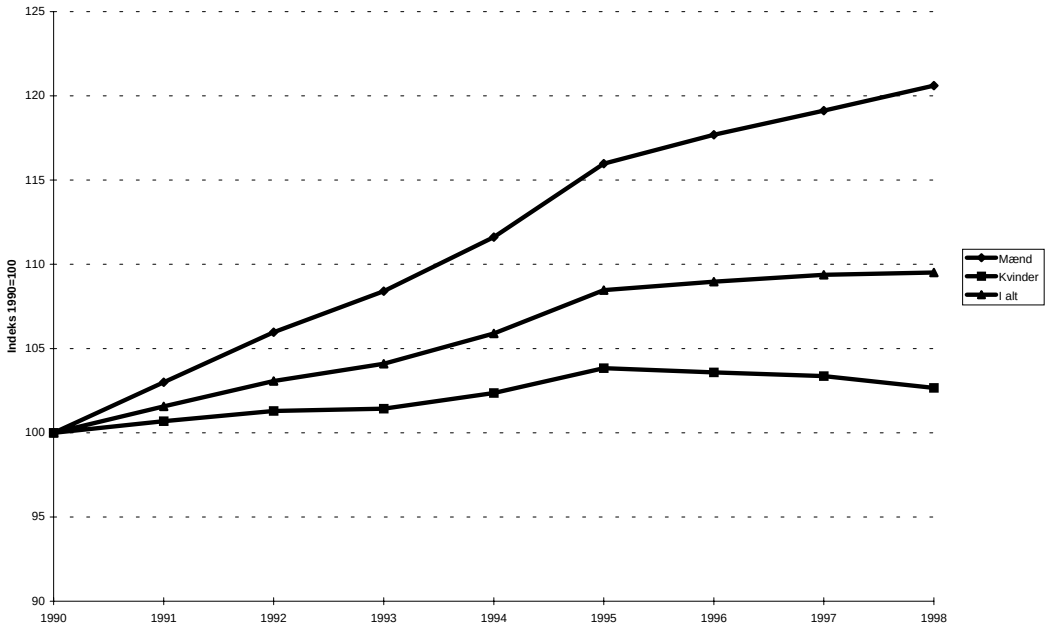


Figur 8.7 Antall personer på rehabilitering i løpet av året. 1990-1998. [1)]

[1)]Tallet på rehabiliteringspengemottakere i 1990 er basert på skjønn. Bistand til flyktninger er utelatt.

Kilde: Danmarks Statistik.

Antallet personer med rehabiliteringspenger gikk ned på begynnelsen av 1990-tallet. Dette skyldes i hovedsak innskjerpinger i vilkårene i 1990. Det samlede antall mottakere av rehabiliteringshjelp (tiltak som skal bidra til tilbakeføring til arbeid) er ikke redusert i samme omfang. I perioden fram til 1994 steg tallet på personer under opptrening og opplæring, for deretter å synke igjen de følgende år. Det samlede antall mottakere av rehabiliteringshjelp var i 1997 om lag 22 prosent høyere enn i 1990. Det er imidlertid vanskelig å sammenligne antallet mottakere av rehabiliteringspenger de senere år, fordi det er gjennomført en rekke lovendringer på området.



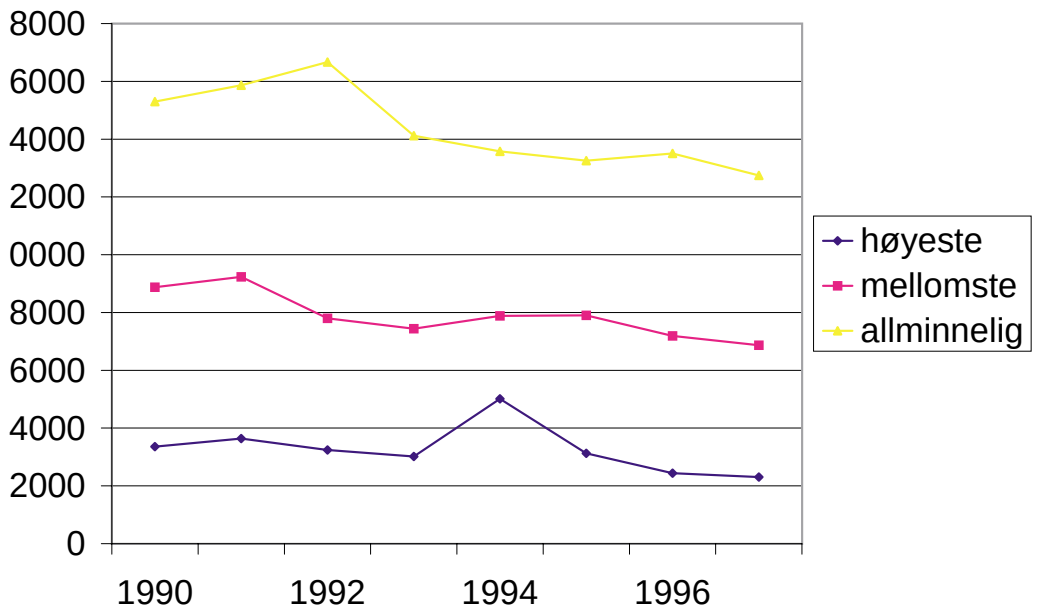
Figur 8.8 Antall førtidspensjonister [1] *1990-1998. Indeks 1990=100.*

[1] Omfatter mottakere av høyeste, mellomste, alminnelig og forhøyet alminnelig uførepensjon (ikke mottakere av invaliditetsytelse).

Kilde: Danmarks Statistik.

Antallet førtidspensjonister har vært jevnt stigende på 1990-tallet. I 1997 var det vel 10 prosent flere førtidspensjonister enn i 1990. Økningen har hovedsakelig funnet sted blant menn. Antallet kvinnelige førtidspensjonister har holdt seg relativt konstant og gått ned etter 1997. Det totale antallet førtidspensjonister gikk ned i 1999, og ligger nå på samme nivå som i 1996. Nivået og utviklingen på førtidspensjonsområdet må ses i sammenheng med at det finnes alternative ytelser som gjør det mulig for eldre arbeidstakere å trekke seg tilbake fra arbeidsmarkedet som overgangsytelse, [73] etterlønn og deletterlønn [74], delpensjon [75] og seniorytelse [76].

73. Overgangsytelsen ble innført i 1992 for langtidsarbeidsledige i alderen 55-59 år. Fra 1994 omfattet ordningen også aldersgruppen 50-54 år. Tilgangen til ordningen ble stanset fra 1995 med visse overgangsordninger. I 1997 var det fortsatt nesten 40 000 mottakere av denne ytelsen.
74. Etterlønn er et tilbud til personer mellom 60-67 år om å forlate arbeidsmarkedet. Deletterlønn utbetales for det antall timer som arbeidstiden reduseres med.
75. Omfatter 60-66åringer som ønsker en gradvis tilbaketrekking fra arbeidsmarkedet. Delpensjonen beregnes på grunnlag av faktisk arbeidstidsnedsettelse.
76. Seniorytelse ble innført i 1997 og gis til personer (60-66 år) som av helsemessige og/eller sosiale årsaker ikke kan arbeide full tid, men som fortsatt er i en fleksjobb.



Figur 8.9 Nytilgang [1)] av førtidspensjonister 1990-1999.

[1)]I 1990-1991 er det snakk om nytilgang og nye søkere mens det for 1992-1997 inkl personer som har anket avslag.

Kilde: Den Sociale ankestyrelse.

Etter 1992 har nytilgangen til førtidspensjon avtatt. Antallet nye førtidspensjonister i 1998 var det laveste siden innføringen av ordningen i 1983. Nedgangen har vært størst blant personer med behovsprøvde ytelser. Mottakere av forhøyet alminnelig førtidspensjon har økt med over 80 prosent det siste tiåret, mens tallet på mottakere av alminnelig førtidspensjon har sunket med over 70 prosent. Den økte nytilgang til høyeste og til dels mellomste førtidspensjon i 1994-1995 har blant annet sammenheng med innføring av pensjonsutbetalinger på pleiehjem.

Blant de nye førtidspensjonistene har det vært flere menn enn kvinner i perioden 1990-1997. Kvinner blir oftere tilkjent alminnelig og forhøyet alminnelig førtidspensjon enn menn, mens flere menn enn kvinner får høyeste og mellomste førtidspensjon. Gjennomsnittsalderen blant de nye førtidspensjonistene har gått ned. I 1997 var gjennomsnittsalderen 48 år. Andelen 60-66 åringer er avtakende, mens gruppen 40-49 år har vært stigende.

8.3.3 Tiltak og endringer i regelverk

I Danmark har » *aktivlinjen* » vært et grunnleggende prinsipp i sosialpolitikken på 1990-tallet. Det er iverksatt en rekke tiltak som har hatt til hensikt å skape et romsligere arbeidsmarked med plass til personer med nedsatt arbeidsevne. »Aktivlinjen» stiller krav både til den enkelte, til det offentlige hjelpeapparatet og til virksomhetene. Gjennom satsing på aktivisering, rehabilitering og oppfølging av sykmeldte og å vektlegge virksomhetenes sosiale medansvar vil en forebygge langvarig sykefravær og forhindre at personer i yrkesaktiv alder faller ut av arbeidslivet.

Det ble i 1999 foretatt endringer i etterlønnsordningen som skal medvirke til at tilbaketrekking fra arbeidsmarkedet utsettes eller skjer mer gradvis. Endringer i regelverket har gjort det mer fordelaktig for alderspensjonister å ta arbeid. Samtidig er det bestemt at pensjonsalderen skal settes ned fra 67 år til 65 år fra 2004 for å tilpasses regelverket til det faktiske tilbaketrekkingsmønsteret.

8.3.3.1 Sykepengeordningen

Ordningen med karensdag ble opphevet i 1987. Samtidig ble arbeidsgiverperioden satt ned fra 13 til 5 uker. Året etter (1988) ble arbeidsgiverperioden kortet ned til 1 uke. Fra april 1990 er arbeidsgiverperioden 2 uker og stønadstiden for sykepenger begrenset til ett år som hovedregel, med mulighet for forlengelse. Perioden med sykepenger kan forlenges når:

- Det er sannsynlig at rehabilitering vil bli iverksatt
- Den sykmeldte venter på legebehandling som forventes å gjøre vedkommende arbeidsdyktig innen 26 uker
- Den sykmeldte har en alvorlig sykdom som krever langvarig behandling
- Det er reist sak om rett til erstatning etter lov om forsikring som følge av arbeidsskade
- Det er påbegynt vurdering av om vedkommende bør ha førtidspensjon etter lov om sosial pensjon
- Når særlige grunner taler for det.

Kommunens oppfølging av sykmeldte ble intensivert i 1997:

- Kommunen skal senest etter 8 uker og deretter hver 8. uke gjennom samtaler med den sykmeldte vurdere muligheten for tilbakeføring til arbeid
- Kommunen skal lage en oppfølgingsplan sammen med den sykmeldte. Planen skal inneholde tiltak som kommunen i samarbeid med andre instanser kan gjøre for å hjelpe den sykmeldte tilbake i arbeid. Planen kan inneholde behandlingstiltak, rehabiliteringsplaner eller anbefaling av søknad om uførepensjon. Oppfølgingsplanen skal være utarbeidet senest innen 6 måneder etter sykmeldingsdato
- Virksomhetene og organisasjonene i arbeidslivet skal tas med i oppfølgingen av sykmeldte
- Offentlige arbeidsgivere skal senest når en ansatt har vært sykmeldt 4 uker orientere kommunen om dette

Fra 5. juli 1999 overtok kommunen finansieringen av sykefravær utover 52 uker. Tidligere har denne utgiften vært delt 50/50 mellom kommunen og staten. Hensikten var å økt kommunens insentiver til å få sykepengemottakere tilbake til arbeid.

8.3.3.2 Rehabilitering

Rehabiliteringsytelsen ble endret fra å være en behovsprøvd kontantytelse til en fast bruttoytelse på nivå med dagpenger i 1990. Samtidig ble vilkårene for

å få rehabiliteringspenger innskjerpet. Det ble blant annet stilt krav om at det skal foreligge en »ervervsplan».

Myndighetene har vært opptatt av å styrke den forebyggende innsatsen i bedriftene og øke romsligheten på arbeidsmarkedet. I 1994 ble det tatt initiativ til en kampanje for å styrke virksomhetenes sosiale medansvar. Formålet har vært å forebygge utstøtning og å integrere yrkeshemmede og andre utsatte grupper i arbeidslivet. Erfaringene er positive.

Fra 1998 plikter alle kommuner å sette ned et koordineringsutvalg for forebyggende arbeidsmarkedsinnsats, og fra januar 1999 er kommunene pålagt å styrke sin bedriftsrettede rehabiliteringsinnsats. For sykmeldte som ikke har arbeidsgiver å gå tilbake til skal kommunen ta initiativ overfor organisasjoner og bedrifter for å etablere rehabiliteringstilbud. Avtaleverket er også endret for å skape bedre muligheter for avtalebaserte jobber på særlige vilkår. Bedriftene får subsidiert arbeidskraft, og en antar at personer som er lært opp i bedriften etter hvert vil kunne ansettes på vanlige vilkår.

8.3.3.3 Uførepensjon

Fra 1992 er det kommunen som behandler søknader om uførepensjon. Refusjonssatsene ble endret for å redusere tilgangen til uførepensjonsordningen. Tidligere fikk kommunen refundert alle utgiftene til uførepensjon, noe som gjorde det lønnsomt å innvilge uførepensjon framfor andre trygdeytelser hvor refusjonen var lavere.

1. juli 1998 trådte en ny aktiveringslov i kraft. Denne krever at alle muligheter i arbeidsmarkedet skal være utprøvd før det innvilges uførepensjon. En person kan ikke lenger selv søke om uførepensjon.

Personer som har en restarbeidsevne på 50 prosent eller mer, og som tidligere hadde rett til alminnelig uførepensjon, skal få tilbud om »fleksjobber» og »fleksytelser» i påvente av »fleksjobber». Dette er jobber med lønnstilskudd beregnet for personer med varig nedsatt arbeidsevne. Hensikten med lovendringen er å synliggjøre og utnytte disse personenes restarbeidsevne.

For å motivere kommunene til å velge aktive tiltak framfor passive ytelser, er statens refusjon av kommunens utgifter til uførepensjon redusert fra 50 prosent til 35 prosent med virkning fra 1 januar 1999.

8.3.4 Erfaringer fra tiltak og endringer i regelverk

Utviklingen i sykepengeutgifter er påvirket av hyppige regelendringer, og særlig endringer i lengden på arbeidsgiverperioden som har variert fra 1 til 13 uker på 1980-tallet. I 1990 ble dagens regler med to ukers arbeidsgiverperiode innført. Utgiftene til sykepenger har steget betydelig de senere år, noe som bl a skyldes at det i økende grad dispenseres fra varighetsbegrensningen på 52 uker.

Danske myndigheter ser for seg to utviklingstrekk. Bedre helsetilstand i befolkningen blant annet som følge av endret levesett vil kunne føre til mindre fravær. På den annen side vil »aktivlinjens» krav om et romsligere arbeidsmarked, satsing på rehabiliteringstiltak og innsatsen for å redusere tilgangen til uførepensjon kunne føre til at flere med dårlig helse forblir i arbeidsmarkedet og sykefraværet vil kunne øker.

Kommunenes satsing på oppfølging av sykmeldte etter 1997 har hatt som mål å øke den sykmeldtes tilknytning til arbeidsmarkedet og motvirke passivitet. Erfaringer fra forsøk har vist at helhetsvurdering av situasjonen til den sykmeldte bør settes i gang før 8 uker:

- Når den sykmeldte eller legen mener det er behov for omskolering til nytt arbeid
- Når den sykmeldte har hyppige korttidsfravær
- Når den sykmeldte ofte skifter lege
- Når sykmelding kommer i forbindelse med spesielle ytre omstendigheter som for eksempel oppsigelse.

Den Sociale ankestyrelse gjennomførte i 1999 en spørreundersøkelse for å kartlegge kommunenes praktisering av oppfølgingsreglene i sykepengeloven av 1997. Rapporten fra ankestyrelsen bygger på svar fra 31 kommuner og har følgende hovedfunn:

- Kommunen oppfyller kravet om at sykmeldte skal følges opp innen 8 uker i litt over halvparten av sakene. I en av fem saker er det ikke gjort noen oppfølging
- I 21 prosent av sakene har kommunen laget en oppfølgingsplan innen 8 uker, mens det i nesten halvparten av sakene (42 prosent) ikke er laget en oppfølgingsplan i hele tatt.
- I 7 prosent av sakene ble bedriftene/fagorganisasjonen tatt med i utarbeidelse av oppfølgingsplaner
- 13 av de 32 kommunene hadde prioritert tidlig oppfølging av spesielle grupper sykmeldte, og herunder særlig personer med hyppige sykefravær
- Om lag halvparten av kommunene hadde satt ned et koordineringsutvalg

Det er ikke foretatt noen evaluering av hvordan de nye oppfølgingsreglene har virket inn på sykefraværsutviklingen.

Reduksjonen i tallet på rehabiliteringspengemottakere i 1990-1991 skyldes hovedsakelig regelendringene som ble iverksatt sent i 1990. En del av reduksjonen kan også henge sammen med at en økende andel personer er på forrehabilitering der en beholder stønader som sosialhjelp eller sykepenger. På begynnelsen av 1990-tallet var det en økning i antallet personer som gjennomgikk opptrening og opplæring i arbeidsmarkedet med lønnstilskudd. Etter 1991 har det funnet sted en betydelig økning i tallet på mottakere av rehabiliteringsytelser i tråd med myndighetenes aktivlinje.

En konsekvens av innstrammingene på uførepensjonsområdet har vært at antallet søknader er redusert og andelen avslag har økt. Pensjoneringstidspunktet er utsatt. Endringen i refusjonen til kommunene fra 50 prosent til 35 prosent kan ha bidratt til at saksbehandlere ikke innstiller på uførepensjon like ofte som før.

8.4 Nederland

8.4.1 Regelverk

Boks 8.6 Sykepenger

Vilkår

Personer som ikke kan arbeide på grunn av sykdom eller ulykke har rett til sykepenger etter loven om sykeforsikring. Selvstendig næringsdrivende omfattes ikke av loven, men kan tegne frivillig forsikring. Det eksisterer en egen ordning for arbeidsledige, sesongarbeidere og lignende.

Beregning

Sykepengene utgjør 70 pst av lønnen, og minst et fastsatt minimumsbeløp etter to karensdager. I realiteten gir kollektive avtaler 100 prosent kompensasjon fra første dag for nesten alle arbeidstakere.

Finansiering

Arbeidsgiver betaler sykepenger i ett år

Varighet

Sykepenger gis i inntil 52 uker.

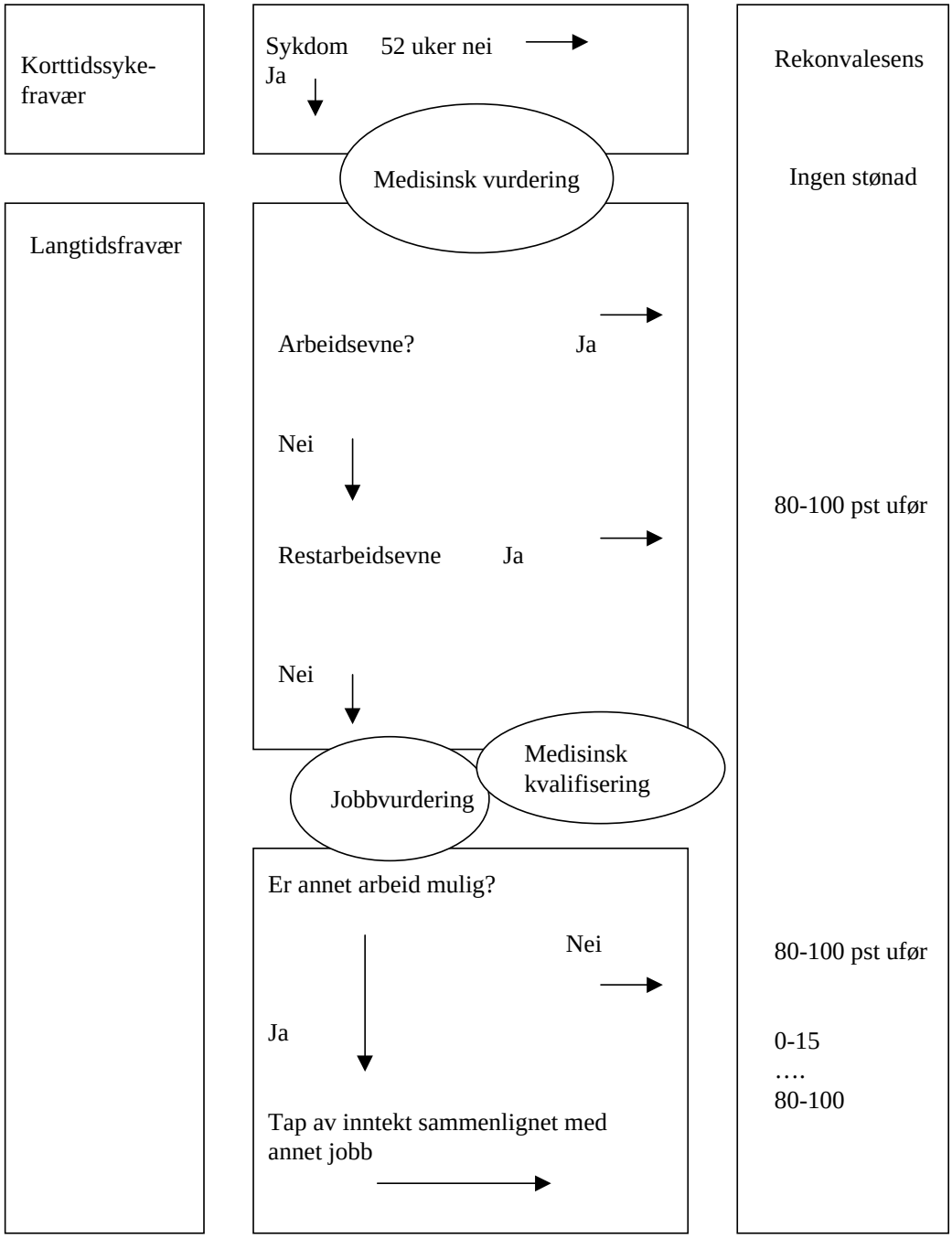
Når en arbeidstaker blir syk skal vedkommende melde fra til arbeidsgiver umiddelbart. Legeerklæring er ikke nødvendig. »Bedriftshelsetjenesten» som arbeidsgiveren er tilknyttet skal kontrollere om arbeidstakeren er syk eller om det dreier seg om andre problemer. Etter 13 ukers sykmelding skal arbeidsgiver/bedriftshelsetjenesten lage en rehabiliteringsplan. Planen skal sendes til sosialforsikringskontoret. Arbeidsgivere som ikke har sendt inn rehabiliteringsplan kan ilegges en bot på om lag kr. 4 000. Etter 8 måneder skal det foreligge en fullstendig rehabiliteringsplan. Planen skal inkludere konkrete tiltak for å få arbeidstakeren tilbake i arbeid (fra enkle tilpasninger til trening og utdanning). Dersom arbeidsgiver gir opp rehabiliteringen før alle muligheter er uttømt, kan denne ilegges en bot på om lag 100 000 kroner.

Arbeidsgiver kan få støtte til rehabiliteringstiltak gjennom offentlige fond. Arbeidsgivere som setter i verk forebyggende tiltak på arbeidsplassen kan i tillegg innvilges skattereduksjoner.

Dersom det anses som utelukket at arbeidstakeren kan komme tilbake i arbeid, kan sosialforsikringskontoret vurdere om det skal tilstås uførepensjon. Etter om lag 10 måneders sykefravær blir arbeidstakeren innkalt til uførhetsvurdering på sosialforsikringskontoret.

Søknad om uførepensjon vurderes av et lokalt team bestående av lege og arbeidskonsulent tilknyttet sosialforsikringskontoret. Til å vurdere grad av uførhet er det utviklet en *Medisinsk standard*. Legen skal bestemme søkerens fysiske og psykiske begrensninger på et svært detaljert nivå. Konklusjonen i

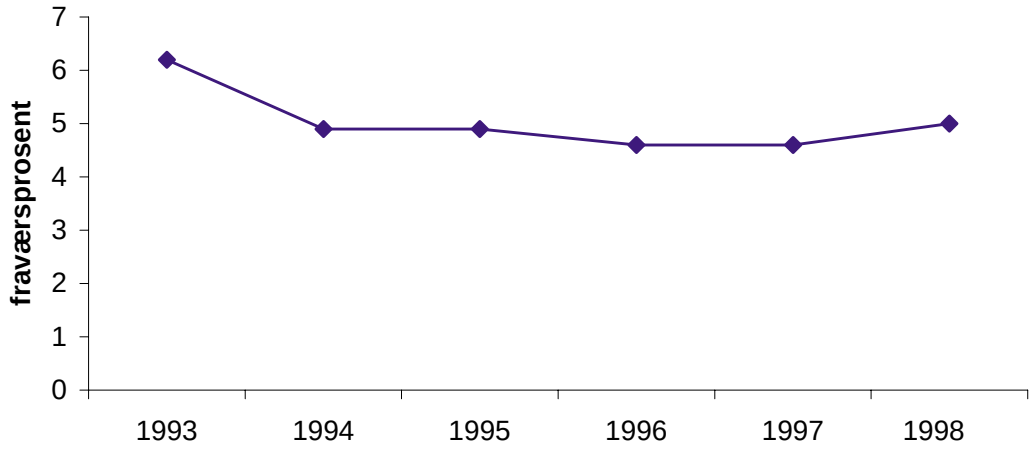
slike vurderinger blir ofte at søkeren har en viss restarbeidsevne. Deretter fastsetter arbeidskonsulenten søkerens mulighet til arbeid (målt i inntekt) og uføregrad. Det benyttes et Edb-basert informasjonssystem kalt *Function Information System* (FIS). Systemet peker ut de tre best betalte funksjoner/ arbeidsoppgaver som søkeren fortsatt kan utføre. Disse tre funksjonene må finnes på minst 30 arbeidsplasser. Lønnen for den midterste funksjonen bestemmer søkerens inntektsevne, uavhengig av om vedkommende har mulighet til å få en slik jobb. Differansen mellom opprinnelige inntektsevne og den resterende inntektsevnen utgjør graden av uførhet (tap av inntektsevne). Stønaden beregnes ut fra dette inntektstapet. Søkeren får delpensjon dersom differansen mellom disse to inntektsmålene er 15 prosent eller mer.



Figur 8.10 Prosedyre for vurdering av søknad om uførepensjon

8.4.2 Utvikling i sykefravær, rehabilitering og uførepensjon

Nederland har en befolkning på nesten 16 mill., hvor en relativt stor andel ikke er yrkesaktive eller arbeider de deltid. De siste årene har imidlertid yrkesdeltakelsen økt sterkt, særlig blant kvinner. I dag er det mangel på arbeidskraft innen mange bransjer.



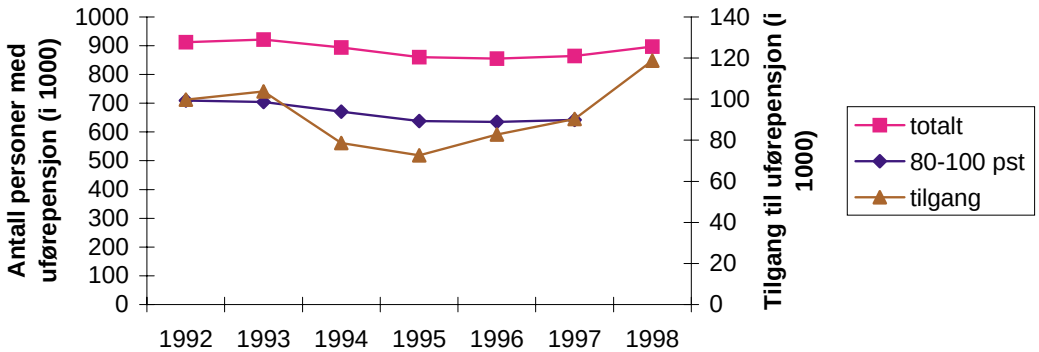
Figur 8.11 Sykefravær i privat sektor, prosent 1993-1998.
Kilde: CTSV.

På 1980–tallet gikk 7,5 prosent av mulige arbeidsdager bort i sykefravær. Etter et markant fall i 1994 stabiliserte sykefraværet seg, for deretter å øke igjen. Fraværet lå i 1998 på om lag 5 prosent.

Av de som deltar i rehabilitering er det om lag en av fire som kommer tilbake i arbeid. [77]

Tallet på uføre økte fra om lag 100 000 personer i 1970 til om lag 900 000 i 1990. Etter omfattende reformer gikk tallet på uførepensjonister ned på 1990-tallet. I 1997 hadde Nederland 865 000 uførepensjonister. Dette utgjorde om lag 13 prosent av arbeidsstyrken. Om lag 640 000 hadde høyeste uføregrad. I 1998 var tallet økt til 897 000 personer med uførepensjon.

Om lag 62 prosent av alle uførepensjonister er menn. Andelen kvinner har imidlertid vært økende (fra ca 34 prosent i 1992 til 38 prosent i 1997). Andelen kvinner er høyere blant de med høyeste uføregrad. I 1997 var 42 prosent av alle med høyeste uføregrad kvinner, mens kvinneandelen blant de med uføregrader mellom 15 og 80 prosent var på vel 26 prosent.



77. Kilde: CTSV.

Figur 8.12 Antall personer (i 1000) med uførepensjon, tilgang og antall med 80-100 prosent uførepensjon for årene 1992-1998.
Kilde: CTSV.

Nytilgangen til uførepensjon har gått ned fra begynnelsen av 1990- årene til og med 1995. Deretter har tilgangen økt. I 1998 var tilgangen på om lag 118 700 personer. Blant nye uførepensjonister er over 50 prosent kvinner (1997).

Andelen nye uførepensjonister med 80-100 prosent uførepensjon har gått ned hvert år fra 1992, med unntak av 1997. I 1997 hadde nesten 75 prosent av uførepensjonistene høyeste uføregrad.

Tabell 8.8: Antall uførepensjonister per 1000 personer i arbeidsstyrken fordelt etter alder.

	1980	1985	1990	1994
15-44 år	57	58	62	66
45-59 år	294	305	339	289
60-64 år	1033	1283	1987	1913

Kilde: Aarts et al 1996

Andelen uføre i arbeidsstyrken under 45 år og over 60 år har økt. Dette gjelder særlig den eldste aldersgruppen, mens andelen uførepensjonister i aldersgruppen 45-59 år har gått ned etter 1990.

8.4.3 Tiltak og endringer i regelverk

Ved inngangen til 1990-årene var over 16 prosent av arbeidsstyrken midlertidig eller permanent arbeidsuføre med sykepenger eller uførepensjon. Det var tverrpolitisk enighet om at innstramminger og reformer var nødvendig. På denne bakgrunn ble det satt i gang en parlamentarisk utredning på sosialforsikringsområdet. Målet var å redusere andelen uføre, fremme yrkesaktivitet og ansvarliggjøre den enkelte arbeidstaker og arbeidsgiver. Utredningen ble avsluttet i 1993 og ligger til grunn for mange av reformene på 1990-tallet.

8.4.3.1 Sykepenger

Det høye sykefraværsnivået på 1990-tallet ble forklart med at ordningen var for generøs, at det var for lett å få sykepenger og at fravær ikke hadde konsekvenser for arbeidsgiverne. Myndighetene ønsket å synliggjøre de økonomiske konsekvensene som følge av sykefravær og var opptatt av insentiver som gjør at arbeidsgivere i større grad forebygger sykefravær og får sykmeldte arbeidstakere tilbake i arbeid. Videre var en opptatt av tiltak for å endre arbeidstakernes atferd. Følgende reformer er iverksatt:

- I 1992 ble arbeidsgivers bidrag til sykepengeordningen differensiert etter fraværsnivået i bedriften. Samtidig ble det innført to karensdager .
- I 1994 ble arbeidsgiverperioden endret til 2 uker for små bedrifter og 6 uker for bedrifter med mer enn 15 ansatte. [78] Bedriftene ble pålagt å tegne avtaler med private bedriftshelsetjenester (Arbodienst) som skal bistå

78. 90 pst av fraværstilfellene og 50 pst av fraværsdagene faller innenfor denne perioden

bedriften med forebyggende arbeidsmiljøtiltak og håndtering av sykefravær og rehabilitering i samarbeid med behandlende lege og det offentlige sykeforsikringssystemet
- I 1996 ble det offentlige sykepengesystemet avskaffet, og ansvaret for sykelønn i inntil 52 uker ble overlatt til arbeidsgiver. Arbeidsgiver skal dekke 70 prosent av arbeidstakernes lønn ved sykdom.
- 1 juli 1998: *The Re-Integration Act* skal øke bruken av re-integreringstiltak bl a gjennom forenklede prosedyrer. Målet er at sykmeldte skal opprettholde tilknytningen til arbeidsplassen, og at det skal være enklere å returnere til arbeidsplassen med begrenset arbeidskapasitet.

8.4.3.2 Uførepensjon

Fra 1987 er det ikke lenger mulig å få uføreperson på grunn av at sykdom eller skade gir reduserte muligheter på arbeidsmarkedet. [79] Objektive medisinske vurderinger av resterende inntektskapasitet skal legges til grunn ved vurderingen av uførepensjon, uavhengig av forhold på arbeidsmarkedet. Kompensasjonsnivået ble i 1987 redusert fra 80 prosent til 70 prosent av siste månedslønn.

Følgende tiltak er satt i verk på 1990-tallet:
- I 1992 ble det etablert et bonussystem der arbeidsgiver fikk belønning for å ansatte en delvis ufør, og tilsvarende måtte betale en avgift hvis arbeidstakere ble uføre. Ordningen ble ansett som urimelig for arbeidsgiver, og ble avskaffet i 1996.
- Etter 1993 skal søkeren vurderes i forhold til ethvert arbeid. Det ble strammet inn i de medisinske vilkårene ved at det må være en direkte sammenheng mellom medisinsk aksepterte lidelser (basert på objektive funn) og svekket arbeidsevne. Utmåling og varighet av stønaden koples til individets alder og antall år i arbeidslivet. Stønadsperioden ble delt i en kortvarig stønadsperiode med 70 prosent av lønnen før uførhet, fulgt av en lengre stønadsperiode med lavere dekningsnivå.
- Samme år ble det innført regler om revurdering av uførepensjonister under 50 år. Revurderingen omfattet mer enn 300 000 personer. Uførepensjonen ble gjort til en midlertidig ytelse av 5 års varighet.
- I følge Loven om premiedifferensiering og konkurranse av 1. januar 1998 skal arbeidsgiveravgiften differensieres i forhold til relativ sannsynlighet for uførhet i bedriften. Avgiften stiger i takt med antallet arbeidstakere som er sykmeldte utover ett år. Differensieringen omfatter utgifter til uførepensjon de 5 første årene. Deretter skjer finansieringen av ordningen gjennom en enhetlig arbeidsgiveravgift. Arbeidsgiverne kan velge å ha privat forsikring som dekker risikoen for uførhet blant arbeidstakerne de 5 første årene i stedet for den offentlige uførepensjonsordningen.
- *Reintegreringsloven* av 1998: Det gis tilskudd til bedrifter som sysselsetter personer med nedsatt arbeidsevne. Sykepenger til delvis uføre dekkes av sosialforsikringskontoret og ikke arbeidsgiver. Arbeidsgiver får subsidiert inntil 20 prosent av lønnen ved ansettelse av delvis uføre i inntil 3 år,

79. Beregninger viser at 40 pst av uførepensjonistene i 1993 var kommet inn som arbeidsledige (Stefansson, Anders: Det Holländska Socialförsäkringssystemet)

og eventuelle tilskudd til attføring. Det er ikke mulig å si opp ansatte som blir uføre de to første årene etter at arbeidsevnen er redusert.
- Dersom en uførepensjonert forbedrer sin arbeidsevne gjennom yrkestrening vil ikke uføregrad og stønad reduseres det første året. Eldre eller langtidsuføre som gjenopptar arbeidet kan motta et tilskudd på 60 prosent av innspart stønad.
- Det er satt i gang forsøk der uføre får anvisning til å kjøpe trening og rehabiliteringstiltak og forsøk med *One-stop-shop* der offentlige instanser er samlet på ett sted.

8.4.3.3 Forvaltning av uførepensjonsområdet

Tidligere var det partene i arbeidslivet som administrerte uførepensjonsordningen. Den parlamentariske undersøkelseskommisjonen konkluderte i 1993 med at administreringen av ordningen bidro til det høye antallet uførepensjonister. I 1997 ble de tidligere trygdeorganisasjonene omdannet til sosialforsikringskontorer. Det nasjonale instituttet for sosiale forsikringer (LISV) har en overordnet funksjon og styrer fondene som finansierer uførepensjon. Sosialforsikringskontorene, med tilhørende lokale og regionale enheter fordelt etter bransje, har ansvar for utbetalingen av stønadene på kontraktbasis. LISV har oppfordret til konkurranse for å øke kvaliteten på tjenestene og redusere administrasjonskostnadene. Sosialforsikringskontorene kontrolleres av tilsynsorganet for sosiale forsikringer CTSV. Administreringen av uførepensjonen er under stadig vurdering. Myndighetene vurderer å privatisere det administrative apparatet.

8.4.4 Erfaringer fra tiltak og endringer i regelverk

Endringene i sosialforsikringssystemet på 1990-tallet har vært så omfattende og radikale at mange kaller det et paradigmeskifte. Staten har trukket seg ut og overlatt ansvaret for sosiale ordninger til arbeidsgiverne.

Tiltakene på sykefraværs- og uføreområdet ble iverksatt i en periode preget av økonomisk vekst og økende sysselsetting. Få tiltak har fått virke over tid, og mange reformer er implementert samtidig. Det er derfor vanskelig å isolere effekten av tiltakene.

Sykefraværet gikk ikke ned som følge av den første innstrammingen i 1992. Dette har bl a sammenheng med at kollektive avtaler dekker karensdagene slik at sykmeldte får 100 prosent kompensasjon fra første fraværsdag. Reformen i 1994 antas derimot å ha ført til økt fokus på forebygging og reintegrering. Det ble observert et betydelig fall i sykefraværet [80]. Det registrerte fraværet sank fra 6,2 prosent i 1993 til 4,9 prosent av total arbeidstid i 1995. Utvidelsen av arbeidsgiverperioden i 1996 har ikke hatt like stor betydning for sykefraværet. Dette året ble sykefraværet kun redusert med 0,3 prosent, og i 1997 lå fraværet på tilsvarende nivå som i 1996.

Reformene i Nederland har hatt en del uforutsette »bivirkninger». Redusert stønadsnivå har stimulert framveksten av private forsikringsselskaper som konkurrerer med kollektive og industrielle pensjonsfond om å dekke

80. Forskere i tilsynsorganet CTSV hevder at effekten var overveldende og at fraværet i løpet av ett år var nede på et nivå en hadde forventet å nå ettertre år.

gapet mellom det gamle og det nye systemet. Bedrifter som ønsker å sikre seg mot store kostnader i form av sykepengeutbetalinger har tegnet kollektive forsikringer. Om lag 85 prosent av alle ansatte er omfattet av slike forsikringer. Særlig små foretak som er sårbare for sykefravær har tegnet forsikringer.

Overgangen fra offentlig ansvar for sykepengeutbetalinger til et system der arbeidsgiver må dekke sykelønn i inntil ett år har gjort at mange arbeidsgivere vegrer seg for å ansette personer med helseproblemer og funksjonshemninger. Myndighetenes svar på dette har vært å innføre forbud mot helsetest av arbeidssøkere. Seleksjonsproblemer i arbeidslivet antas likevel å ha økt. 44 prosent av arbeidsgiverne innrømmer at de foretar helseundersøkelser eller spør helserelaterte spørsmål på intervju før nye ansettelser, selv om dette ble ulovlig i 1998. [81] Selv om etterspørselen etter arbeidskraft øker, er det vanskelig å finne arbeid til personer med nedsatt arbeidsevne. Bruken av midlertidige ansettelser er nesten fordoblet, fra 11 prosent i 1993 til 20 prosent av alle arbeidskontrakter i 1995. Leie av ansatte via vikarbyråer økte i samme periode fra 4 prosent til 9 prosent. Bruk av midlertidige ansettelser/vikarer reduserer risikoen for å måtte betale sykepenger, og gjør det mulig for arbeidsgiver å vurdere om de vil gi fast ansettelse.

Reformen i 1987 med innstramming i vilkårene for uførepensjon og redusert kompensasjonsgrad førte ikke til redusert tilvekst, men til økning i antallet uførepensjonister. Strengere vurdering av restarbeidsevne ga derimot resultat. Det samme gjelder revurderingen av uføre i 1994. Mange, og særlig blant de som hadde en lang periode med uførepensjon bak seg, fylte ikke lenger kravene for uførepensjon.

Blant uførepensjonister under 35 år ble 37 prosent friskmeldt og mens 15 prosent fikk en lavere uføregrad etter revurderingen. 46 prosent opprettholdt samme uføregrad, mens 2 prosent fikk en høyere grad. Ett år etter revurderingen hadde 22 prosent gjenopptatt arbeidet eller økt antall arbeidstimer. 1/3 gikk over til privat forsørging mens 1/3 var registrert som mottakere av andre sosiale ytelser. I eldre aldersgrupper finner en de samme tendenser, men det er færre som får redusert uføregraden etter revurderingen.

De siste års innstramminger i kriteriene for uførepensjon har redusert effekten av revurdering. Andelen avslag ved søknad om uførepensjon etter ett års sykefravær har økt fra 13 prosent i 1991 til 17 prosent i 1998. I samme periode har andelen med 80-100 prosent uførepensjon gått ned, mens andelen med 15-80 prosent uførepensjon har økt. [82]

Etter 1996 har tilgangen til uførepensjon vært større enn avgangen. Det totale antallet stønadsår har økt i 1997 og 1998. Relativt sett er det imidlertid fremdeles en liten nedgang. Andelen uførepensjonister i den yrkesaktive den av befolkningen er redusert fra 11 prosent i 1993 til 9,7 prosent i 1997. [83]

Myndighetene forventet at reintegreringsloven og loven om premiedifferensiering og konkurranse av 1998 skulle redusere antallet mottakere av uførepensjon med 10-15 prosent allerede etter ett år. En undersøkelse viser at arbeidsgiverne ikke er like optimistiske. Bare 8 prosent av arbeidsgiverne tror at uføre har større sjanser for å bli reintegrert i arbeidslivet etter innføringen

81. Oorschot, Wim van (1999)
82. Kilde: CTSV.
83. Oorschot, Wim van (1999): Reforms of disability scemes in The Netherlands.

av de nye lovene. Om lag halvparten av arbeidsgiverne sier de vil øke innsatsen for å forebygge sykefravær og uførhet. Mer enn 60 prosent av arbeidsgiverne mener at de nye lovene viser hvilke risiko som er forbundet med å ansette en yrkeshemmet person. Det konkluderes med at de negative konsekvenser av lovene i form av helseseleksjon sannsynligvis vil overskygge mulige positive reintegreringseffekter (CTSV 1998).

Det har ikke vært store konflikter mellom arbeidsgiver og arbeidstaker etter innføringen av de nye lovene. Derimot har det vært strid omkring bedriftshelsetjenestens rolle. Mange oppfatter bedriftshelsetjenesten som et støtteorgan for arbeidsgivere.

I spørreundersøkelser har arbeidstakernes holdning til de nye reglene vært positive. Erfaringer viser at arbeidsgiver ofte dekker differansen mellom sykelønn og full lønn. Reduksjon i kompensasjonsnivået får dermed ingen konsekvens for store grupper arbeidstakere. Kritikere av systemet har pekt på at private forsikringer ofte er dyrere enn offentlig ordninger.

Undersøkelser viser også at arbeidsgiverne har fått økt interesse for forebygging og at overføringen av sykepengeansvaret til bedriftene har satset på arbeidsmiljøtiltak for å redusere fraværet og kostnader knyttet til sykefravær. Myndighetene er imidlertid bekymret for hva som vil skje dersom behovet for arbeidskraft avtar.

Arbeidsgivere og arbeidstakere har til en viss grad felles interesse i å opprettholde generøse ordninger for tidlig avgang fra arbeidslivet. Partene har lang tradisjon for samarbeid og felles forvaltning av ordninger. Dette forholdet *(The Dutch polder model)* kan ha lagt hindringer i veien for målsettingen bak iverksettingen av reformene i Nederland på 1990-tallet om å begrense tilgangen til uførepensjonsordningen og fremme yrkesdeltaking blant uføre.[84]

8.5 Oppsummering

Det er en rekke felles trekk ved sykefraværet i Norge og fraværet i resten av Europa. Eldre arbeidstakere har gjennomgående høyere fravær enn yngre, kvinner har høyere enn menn og arbeidere har oftere sykefravær enn funksjonærer. Videre har ansatte i sektorer med dårlige arbeidsforhold og fysisk anstrengende arbeid gjennomgående høyere fravær enn andre.

Det er en tendens internasjonalt i retning av innstramminger i sosiale trygdeordninger og til å forskyve ansvaret for sykelønnskostnadene fra det offentlige til arbeidsgivere. Sammenlignet med andre land i EU/EØS-området hører Norge til blant de land der det er gjort færrest endringer i ordningene de siste 10-15 årene.

Norge har sammen med Sverige og Nederland en høy andel uførepensjonister. Økningen i tilgangen til uførepensjon har vært sterkest i Norge og Nederland. Høy andel eldre arbeidstakere og høy yrkesaktivitet blant kvinner er viktige forklaringer på hvorfor Norge har en høyere andel uførepensjonister enn andre land. Det norske systemet skiller seg også fra andre europeiske

84. J B I Koehler (CTSV) Dutch choices in tackling the disability problem. Foredrag av 020699.

land blant annet ved at det er svakere sammenheng mellom inn- og utbetalinger og større vekt på minstesikring.

Sykepengeordningen i Sverige avviker fra det norske først og fremst ved at svenskene har innført en karensdag og kompensasjonsgraden er redusert til 80 prosent. Det eksisterer heller ingen formell grense for hvor lenge en kan få sykepenger.

Sykefraværet i Sverige ble kraftig redusert fra 1991-1992 og fram til 1997 blant annet som en følge av innføring av karensdag, 14 dagers arbeidsgiverperiode og redusert kompensasjonsgrad. Størst forklaringskraft hadde imidlertid økt arbeidsledighet i samme periode. En annen effekt av regelendringene er at sykenærværet har økt. Mange arbeidstakere har også tegnet private forsikringer etter innstrammingene. Sykefraværet har igjen økt kraftig etter 1997, i takt med konjunkturoppgang, økt sysselsetting og høyere kompensasjonsgrad.

Samtidig som tallet på sykepengemottakere ble redusert, økte tallet på nye førtidspensjonister i første halvdel av 1990-årene. Etter 1994 har tallet på førtidspensjonister holdt seg relativt stabilt. Andelen nye førtidspensjonister økte som følge av regelendringer i 1997, for så å falle igjen i 1998. Førtidspensjon kan ytes ned til 25 prosent uførhet. For øvrig er ordningen ganske lik den norske uførepensjonen.

Det særegne ved de danske sykepenge- og uførepensjonsordningene er at det administrative er lagt til kommunene. Kommunene dekker også utgiftene til sykepenger og førtidspensjon, men får delvis refusjon fra staten. Reduksjon i statens refusjon på 1990-tallet har hatt som mål å motivere kommunene til å sette i gang tiltak for å redusere fraværet.

Tallet på sykmeldte har økt i Danmark de senere år, særlig blant kvinner. En av grunnene til økningen er muligheten til å forlenge sykepengeperioden utover 52 uker. Det er satset på oppfølging av sykmeldte, men det er for tidlig å si noe om effekter på sykefraværet.

Danmark har flere typer førtidspensjon med ulike krav til medisinsk uførhet. Alminnelig førtidspensjon kan tilkjennes som behovsprøvd førtidspensjon.

Tallet på nye førtidspensjonister har gått ned de senere år. Dette gjelder særlig for mottakere av den behovsprøvede ytelsen. En av årsakene til dette kan være at kommunene har fått reduserte refusjonssatser fra staten. Andre grunner er innstramminger i regelverket som bidrar til å utsette pensjoneringstidspunktet Det totale antallet førtidspensjonister har imidlertid økt, særlig blant menn. Grunnen til at tallet på førtidspensjonister øker samtidig som antallet nye tilfeller per år har gått ned, er at gjennomsnittsalderen blant de som får innvilget førtidspensjon er blitt lavere.

De nederlandske myndighetene har overlatt ansvaret for sykepengekostnadene til arbeidsgiverne. Privatiseringen har ført til sterk vekst i tegning av private forsikringer blant arbeidsgivere. Store deler av arbeidstakerne får dessuten 100 prosent kompensasjon fra første dag gjennom kollektive avtaler. Sykefraværet gikk ned fra begynnelsen av 1990-tallet til 1997, men har senere økt igjen.

Uførepensjon ytes ned til 15-25 prosent uførhet. Nivået på stønaden er avhengig av alder, tidligere lønn og uføregrad. Antallet uføre er redusert, etter

omfattende reformer på 1990-tallet. Strengere vurdering av restarbeidsevne og revurdering av tilståtte uførepensjoner har hatt særlig betydning for reduksjonen i antallet uførepensjonister. En frykter imidlertid nå at differensiering i arbeidsgivers premieinnbetaling og Reintegreringsloven av 1998, som pålegger arbeidsgiver å sette i verk tiltak i bedriften for at personer med helseplager skal kunne få eller beholde arbeid, vil kunne bidra til helseseleksjon inn i arbeidslivet og mer bruk av vikarer og midlertidige ansettelser. De senere årene har tallet på nye uførepensjonister økt igjen, særlig blant kvinner selv om det fortsatt er flest mannlige uførepensjonister. Relativt sett er det fremdeles en nedgang i uførepensjonister, målt som andel av alle yrkesaktive.

Kapittel 9
Utfordringer og virkemidler

De foregående kapitlene har beskrevet utviklingen i sykefraværet og uføretilgangen og forsøkt å forklare den sterke veksten som kom i annen halvdel av 1990-tallet først for sykefravær og noe senere for uføretilgangen. I dette kapitlet vil utfordringene som følger av denne utviklingen bli tydeliggjort, og hovedvirkemidler knyttet til disse utfordringene generelt drøftet.

9.1 Utfordringer knyttet til sykefraværet og uføretilgangen

Generelt om utfordringer for arbeidsstyrken og velferdssamfunnet

Velferdsstaten bygger på at alle får sikring ved inntektsbortfall og at alle får tilbud om helse og omsorgstjenester ved behov. På grunn av aldersutviklingen vil det framover bli økte stønadsutgifter og behov for et mer omfattende tjenestetilbud. Samtidig må produksjonsgrunnlaget for velferdsstaten sikres. Det er derfor viktig å stimulere til fortsatt høy yrkesdeltakelse.

Yrkesdeltakelsen er nå på et historisk sett høyt nivå, og potensialet for ytterligere vekst i yrkesfrekvensene er trolig begrenset. Mens arbeidsstyrken har økt med nesten 25 000 personer i gjennomsnitt per år fra begynnelsen av 1970-tallet fram til 1999, viser beregninger fra Statistisk sentralbyrå at demografiske forhold bare vil øke arbeidsstyrken med om lag 10 000 personer årlig fram til år 2010. Deretter ventes veksten å avta ytterligere.

I internasjonal sammenheng er sysselsettingen i Norge svært høy og arbeidsledigheten svært lav. I 1999 var i overkant av 78 prosent av befolkningen i Norge i alderen 16-64 år sysselsatte. Til sammenlikning var tilsvarende tall for EU vel 61 prosent, og for OECD-området under ett vel 65 prosent Internasjonale erfaringer trekker også i retning av forventet svak vekst i arbeidsstyrken framover. I løpet av de siste 30 årene er det bare tre medlemsland i OECD (Sverige, Island og Sveits) som har hatt en sysselsettingsfrekvens over 80 prosent.

Det er likevel fortsatt et visst potensiale for økt yrkesdeltakelse for enkelte grupper i arbeidsmarkedet. Yrkesdeltakelsen blant kvinner har økt sterkt gjennom lang tid, også blant de middelaldrende og eldre kvinnene. Blant menn i alderen 60-66 år har yrkesfrekvensen falt sterkt fra 72 prosent i 1980 til 54 prosent i 1998. En del av årsaken er overgang til AFP i løpet av 1990-tallet. Avgangen blant de eldste yrkesaktive kvinnene har vært oppveid av en økt tilstrømming. Som følge av at eldre kvinner som pensjoneres gjennomgående har lavere tilknytning til arbeidslivet enn yngre kvinner, kan yrkesdeltakelsen for kvinner fortsatt øke noe framover. I tillegg kan flere kvinner gå over fra å jobbe deltid til heltidsarbeid. Blant innvandrere er det også et potensial for økt yrkesdeltakelse som det er viktig å benytte. Innvandrere har vesentlig lavere yrkesdeltakelse og om lag tre ganger så høy arbeidsledighet som befolkningen totalt sett.

Samtidig med denne beskjedne veksten i arbeidsstyrken vil etterspørselen etter arbeidskraft i blant annet offentlig sektor øke betydelig framover. Det må ses i sammenheng både med det økende behovet i helse- og omsorgssektoren når befolkningen blir eldre, og med at gjennomføringen av vedtatte velferdsreformer vil øke behovet for arbeidskraft i kommunal sektor.

Statistisk sentralbyrå har beregnet at behovet for arbeidskraft innen helse- og sosialsektoren vil øke med 27 000 årsverk dersom dagens tilbud skal opprettholdes fram til 2010 (uendret standard og dekningsgrad), og hele 61 000 årsverk ved full gjennomføring av vedtatte reformer. Dersom en ikke klarer å opprettholde en tilstrekkelig høy vekst i arbeidsstyrken vil dette kunne føre til at viktige offentlige tjenester ikke kan tilbys i tilfredsstillende omfang.

Utviklingen i sykefravær og uføretilgang må vurderes også i lys av disse perspektivene.

Sykefravær

I perioden 1994 til 1999 har sykefraværet økt betydelig: Særlig har langtidsfraværet økt. Mens gjennomsnittlig antall dager som Rikstrygdeverket betalte ut over arbeidsgiverperioden i 1994 var 8,2 per arbeidstaker var det tilsvarende tallet i 1999 omlag 11,7 dager. Veksten hvert år har variert noe, men var oppe i over 10 prosent fra 1996 til 1997. Tall for første halvår 2000 viser at veksten i sykefravær fortsetter å øke.

I kapittel 4.5 er det gjort anslag for mulig vekst i sykefraværet framover. Med en økning i sykefraværstilbøyeligheten framover omtrent slik den har vært i de siste årene, kan en illustrasjonsmessig beregne at folketrygden i 2005 vil dekke omlag 16 sykedager per ansatt. [85] Utgiftene til sykepenger kan ut fra slike forutsetninger beregnes å øke med drøyt 8 mrd fra 2000 til 2005.

På grunn av svakheter i statistikkgrunnlaget (flere kilder mv.) er det vanskelig å si noe presist om utviklingen mht korte fravær (i arbeidsgiverperioden). Tallene for statsansatte tyder på en viss økning (kanskje i størrelsesorden 10-20 prosent), men økningen er betydelig mindre enn utviklingen for langtidsfraværet. Statistikktallene fra KS viser at det for kommunesektoren ikke er vekst i korttidsfraværet (under 10 fraværsdager), men en meget sterk vekst i langt langtidsfravær (over 40 dager).

Utfordringene knyttet til veksten i sykefraværet bør vurderes i forhold til *årsakene* til veksten. Som vist i kapittel 5 er en mulig forklaring på veksten i sykefraværet at den sterke økningen i sysselsettingen i en periode har medført at flere med høyere sykdomsrisiko nylig har kommet inn i arbeidsmarkedet ("seleksjonshypotesen"). Mange av disse blir gjengangere på sykepenger. Implikasjonen av en slik mulig hovedforklaring kan være at veksten i sykefraværet må aksepteres og at den kan betraktes som "arbeidslinjens pris". Alternativt kan en slik forklaring være en utfordring til særlige tiltak for å bedre forholdene for utsatte grupper i arbeidslivet.

85. Et slikt tall undervurderer noe av den mulige reelle fraværsveksten på grunn av økt arbeidsgiverperiode som påvirker tallene for 1998 og 1999 og inklusjonen av statsansatte for 2000 da disse har et gjennomsnittlig lavere sykefravær.

Imidlertid viser de funnene som det er redegjort for i kapittel 5 at det også er betydelig vekst i sykefraværet blant personer som har vært i arbeidslivet over en lengre periode. Veksten i fraværet kan derfor ha sin årsak i mer generelle forhold og utviklingstrekk i arbeidslivet. Slike forklaringer impliserer mer generelle tiltak knyttet til alle arbeidsgivere/arbeidstakere.

Veksten i sykefraværet må også vurderes i forhold til utviklingen for andre stønadsordninger. Den store tilgangen til uførepensjon skulle tilsi at mange med stort fravær går ut av arbeidsstyrken. Alt annet likt skulle det tilsi at sykefraværet over tid skulle gå ned. Begge stønadsordninger har imidlertid økt sterkt over flere år.

Utvalget anser at deler av sykefraværsveksten må ses i lys av veksten i arbeidsstyrken, alderssammensetningen og utviklingen i arbeidslivet. Flere med noe helseproblemer er inkludert i arbeidsstyrken. Totalt sett er veksten i fraværet, særlig langtidsfraværet for alle grupper, urovekkende høy. Det er derfor behov for betydelige tiltak for å beholde flest mulig i arbeid.

Uførepensjon

I perioden 1995 til 1999 har antallet uførepensjonister økt fra 236 000 til omlag 270 000. Antallet innvilgede uførepensjoner har i perioden økt fra om lag 25 000 i 1995 og 1996 til drøyt 33 000 i 1998 og 1999. Raskere behandling av saker har hatt betydning for tilgangen i 1998 og 1999. Tilgangen ville vært omlag 2 200 lavere i 1998 og 1 200 lavere i 1999 uten restansenedbyggingen. Fra 1993 har stadig flere personer kommet i aldersgrupper som har høy uføretilbøyelighet relativt sett. Ut fra visse forutsetninger[86] kan denne utviklingen forklare omlag 2/3 av veksten i perioden 1993-1997. Den sterke veksten mot slutten av 1990-tallet kan i noe mindre grad forklares av demografisk utvikling[87]. Det er i denne sammenheng viktig å understreke at en slik demografisk forklaring er statisk i forhold til utvikling i helseforhold og forhold på arbeidsmarkedet. Ut fra helsemessige forhold alene skulle en 60 åring i dag ha mindre grunn til å bli uførepensjonert enn en 60 åring for 10 år siden.

For de nærmeste årene er prognosen [88] at antallet nye uførepensjonerte (eksklusiv avgang) hvert år fram til 2005 vil være mellom 32 000 og 34 500. Antallet uførepensjonister vil stige fra om lag 270 000 ved utgangen av 1999 til over 342 000 i 2005. Som prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (18-66 år), vil tallene for antallet uførepensjonerte være hhv. 9,6 i 2000 og 11,2 prosent i 2005. [89] På litt lengre sikt har RTV presentert prognoser hvor det i følge middelalternativet anslås å bli om lag 375 000 uførepensjonerte i 2020, og 365 000 i 2050.

Som vist i kapittel 4.2 er det i tiden framover en sterk vekst i de aldersgrupper som har sterkest uføretilgang. Av veksten i antallet uførepensjonister på 70 000 i perioden 1999-2005, kan en si at den "demografiske faktoren" kan bety

86. Konstante aldersspesifikke uførerater
87. Omlag 1/3 av veksten fra 1998 til 1999 kan tilskrives demografisk utvikling.
88. Kilde: RTV. RTV opplyser at det er oppdaget mindre feil i avgangs- og tilgangstallene. Disse kan være 500-1000 for høye hvert år. Feilene har vært der noen år slik at de ikke har betydning for tendensen som vises.
89. Også for 2000 er det beregnet en viss restansenedbygging med effekt på tilgang på om lag 800, mens tallene videre ikke forutsetter en effekt av kortere saksbehandlingstid.

omlag 40 000. Hvis en snur litt på denne sammenstillingen, kan en si at det blir 30 000 flere uførepensjonerte i perioden enn det aldersutviklingen isolert sett skulle tilsi. Dette til tross for at de helsemessige forutsetningene for lavere tilgang enn det den demografiske utviklingen skulle tilsi, bør være tilstede.

I forhold til slutten av 1980-årene da det også var en meget stor uføretilgang er en viktig forskjell at det nå er stor avgang også til førtids alderspensjon (AFP). Det var ved utgangen av 1999 omlag 25 600 personer som hadde tatt ut hel eller delpensjon fra AFP. Omtrent halvparten kom fra privat sektor, og den andre halvparten fra kommunal og statlig sektor.

I løpet av de kommende seks årene kan om lag 200 000 personer være innvilget uførepensjon, dersom man legger til grunn dagens praksis og regelverk. Utviklingen mht sykefravær er meget bekymringsfull, men det vil samtidig være størst mulighet for relativt raskt å oppnå resultater gjennom tiltak for å få ned nivået på sykefraværet. Når det gjelder uførepensjon, vil en sterk tilgang i antallet nye uførepensjonerte over noen år være vanskeligere å "rette opp". Det er svært få som blir uførepensjonerte som i etterkant kommer tilbake i arbeid. Det er derfor en spesiell utfordring å forhindre at det skjer unødvendig utstøtning til uførepensjonsordningen. Uføretilgangen bør ned på et nivå som er rimelig i forhold til utvikling i helsetilstand og forholdene på arbeidsmarkedet og dessuten opprettholdbart på lang sikt. Sykefraværsforebyggende tiltak har en positiv effekt for å redusere tilgangen til uføreordningen.

Det er spesielt viktig å se nærmere på mulige tiltak som kan redusere veksten i antall unge uførepensjonister. De siste årene har den relative veksten i antall nye uføre vært større blant personer under 35 år enn over. Dersom det ikke iverksettes tiltak overfor denne gruppen vil de med stor sannsynlighet forbli varig utelukket fra arbeidslivet.

Konsekvenser for arbeidsstyrken

De generelle utfordringene knyttet til arbeidsstyrken og behovet for økt arbeidskraft i forhold til kommunal tjenesteyting er redegjort for over. En vekst på omlag 8 prosent i langtidsfraværet tilsier om lag 1 dags økning av fraværet per sysselsatt. Det vil tilsi at knapt 8 000 årsverk går tapt i løpet av et år på grunn av økt langtidsfravær.

Et spesielt problem knyttet til økningen i antall uførepensjonister er at det relativt sett er mange som kommer fra sosial tjenesteyting. Dette er en gruppe arbeidstakere som er sentrale i velferdsstatens tjenesteproduksjon. Det er ikke bare omfanget av uførepensjoneringen som kan være til hinder for å bygge ut og holde i gang en velfungerende sosial tjenesteyting, men det er også et problem at nettopp i de virksomhetene som bør styrkes for å kunne ivareta sine velferdsoppgaver på tilfredsstillende måte (sykehjem, hjemmebaserte tjenester osv.) også er mange søkere til uføreordningen.

Konsekvenser for den enkelte

Dagens nivå for uførepensjonering tilsier at det er en høy sannsynlighet for at en blir uførepensjonert før en går av med alderspensjon. Det er i St.prp. nr 61 for 1999-2000 gjengitt tall for utvikling i det som kalles *uføresannsynlighet* ,dvs

hvor stor sannsynlighet det er for å bli helt eller delvis uførepensjonert i folketrygden før en når en viss alder. Denne sannsynligheten må beregnes ut fra pensjoneringspraksis i en viss periode. I tabellen nedenfor er det tatt utgangspunkt i pensjoneringspraksis i to perioder, 1992 til 1994 og 1997 til 1999.

Tabell 9.1: Uføresannsynlighet 1992-1994 sammenlignet med perioden 1997-1999 for menn, kvinner og totalt på alderstrinnene 40, 50, 62 og 67 år[1)].

Alder	1992-1994			1997-1999		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
40	4,4	4,8	4,6	6,7	8,5	7,6
50	9,2	11,9	10,5	14,1	20,0	17,0
62	31,0	32,9	31,9	38,0	47,7	42,9
67	48,7	45,3	46,8	52,3	59,4	55,8

[1)]Tallene i tabellen må ses i lys av innstramningen på rehabiliteringspenger i 1993 og restansenedbyggingen som fant sted i 1998-1999.

Kilde: Rikstrygdeverket

Tabellen viser at hvis den pensjoneringspraksis som ble benyttet i årene 1992-1994 hadde fortsatt i alle år framover vil det være 4,4 prosents sannsynlighet for at menn ble uførepensjonert før fylte 40 år. Som det framgår av tabellen så har pensjoneringspraksis endret seg vesentlig i løpet av 1990-tallet slik at uføresannsynligheten har økt. Særlig er veksten sterk på de yngre alderstrinnene og for kvinner. I perioden 1992-1994 var uføresannsynligheten for 40 år gamle kvinner på 4,8, i perioden 1997-1999 er denne nesten fordoblet til 8,5 [90].

For den enkelte innebærer dette i forhold til menneskelig selvrealisering, livskvalitet og sosial kontakt en negativ utvikling. Et arbeidsliv og samfunnsforhold som i økende grad bidrar til at flere blir uførepensjonert er i strid med den tverrpolitiske målsetningen om å satse på aktivisering så langt det er mulige - og gode stønadsordninger når aktiviseringstiltak ikke lenger er mulige eller meningsfulle.

Dette er grunnleggende utfordringer knyttet til hvordan samfunnet kan innrette velferdsordningene slik at gevinsten blir positiv både for enkeltmennesket og helheten. Et særlig problem knyttet til uførepensjonering er at den kan skyldes utestenging og «utstøting» fra yrkeslivet. Dette gjelder tilfeller når den berørte opplever å bli satt i en tvangssituasjon, hvor arbeidsgivere eller arbeidskolleger kan ha rimelige, kortsiktige grunner for å presse vedkommende ut i uførepensjon, uten å se at deres handlemåte innebærer et entydig tap for alle.

90. Veksten i tilgang til AFP ordningen på 1990-tallet skulle ha bidratt til at uføresannsynligheten ved fylte 67 år skulle ha gått ned. Noe av den sterke veksten i uføresannsynlighet særlig for de yngre alderstrinnene kan ha sammenheng med tidsbegrensningen for rehabiliteringspenger fra 1993.

Konsekvenser for statsbudsjettet:

Utgiftene til sykefravær og uførepensjon utgjorde i 1999 over 30 prosent av Folketrygdens samlede utgifter. Som redegjort for i kapittel 4.5 er utgiftsdynamikken knyttet til sykepenger og uførepensjon nå slik at en ikke ubetydelig andel av den realvekst en kan legge inn i statsbudsjettet det enkelte år, blir bundet opp av utgiftsveksten i uføreordningen.

Behovet for å styrke yrkesdeltakelsen blant enkelte grupper Eldre arbeidstakere

Eldre arbeidstakere står for en stor del av sykefraværet og tilgangen til uførepensjon. Dette tydeliggjør betydningen av å se nærmere på tiltak spesielt rettet mot denne gruppen arbeidstakere. Forskning viser at det er en tendens til at eldre arbeidstakere settes på et sidespor ved for eksempel nedbemanning, i forbindelse med kompetanseutvikling og innføring av ny teknologi. Selv om det ikke er tilstrekkelig kartlagt hvilke helsemessige konsekvenser dette har, er det forhold som tyder på at eldre arbeidstakere kommer under unødvendig press i forbindelse med slike prosesser.

Seniorpolitiske tiltak dreier seg ikke om å nedtrappe eller avvikle jobbforholdet, men å legge til rette for en balansert videreutvikling fram til pensjonsalder. Tiltak for å redusere sykefraværet blant seniorarbeidstakere kan enten være personrelaterte eller virksomhetsrelaterte. Det forebyggende perspektivet i virksomheten er viktig og kan motvirke tidlig utfasing fra arbeidslivet på flere måter:

1. Ved at kompetanseutvikling gjøres til en tilbakevendende aktivitet i hele yrkeskarrieren,
2. Ved at virksomheten tilrettelegges slik at en motvirker ensformige jobber, og at arbeidstakerne stimuleres gjennom utfordringer som til en viss grad er tilpasset individuelt, og
3. Ved at arbeidstakernes og arbeidsgivernes organisasjoner påvirker holdninger til eldre arbeidstakere.

For å redusere sykefraværet og uføretilgangen er det aktuelt å iverksette tiltak overfor seniorarbeidstakere både på virksomhetsnivå og på samfunnsnivå. Det bør vurderes fleksible ordninger som gjør det lettere for eldre arbeidstakere å vende tilbake til arbeidslivet etter langtidsfravær. I forbindelse med omstillinger bør en særlig være opptatt av å formidle positive forventninger og holdninger til eldre arbeidstakere. Eldre arbeidstakere vil bli en viktig arbeidskraftressurs i årene som kommer.

Utvalget er kjent med at Senter for seniorplanlegging har lagt fram et prosjekt kalt »Nasjonalt krafttak for seniorpolitikk i arbeidslivet». Dette er et samarbeidsprosjekt mellom arbeidslivets parter, myndighetene og Senter for seniorplanlegging. Regjeringen har bevilget 1 million kroner i 2000 for å kartlegge nærmere utredning og forskning på feltet og eventuelle tiltak som kan settes inn for å bidra til at personer blir værende lengre i arbeidslivet. Målet er å motvirke den økende tendensen til tidlig avgang fra arbeidslivet. *Etter utvalgets mening kan dette tiltaket være ett virkemiddel for å forebygge sykefravær, utstøtning fra arbeidslivet og uførepensjonering blant eldre arbeidstakere.*

Funksjonshemmede

En annen gruppe som har vesentlig lavere yrkesdeltagelse enn gjennomsnittet er funksjonshemmede. St.meld. nr. 50 (1998-99) »Utjamningsmeldinga, om fordeling av inntekt og levekår i Norge» slår fast at mennesker som har en funksjonshemming har mye dårligere samlede levekår enn gjennomsnittet av befolkningen.

En av hovedårsakene er at funksjonshemmede har lavere sysselsettingsgrad enn befolkningen generelt. Sysselsettingen gikk generelt ned fra midten av 1980-årene til begynnelsen av 1990-årene. Det er problematisk at sysselsettingsutviklingen blant funksjonshemmede ser ut til å ha vært dårligere enn for befolkningen totalt.

Dagens situasjon kan tyde på at problemene med å øke funksjonshemmedes yrkesaktivitet er omfattende og at tiltakene som gjennomføres ikke står i forhold til problemenes karakter og omfang. Mye tyder på at innsatsen overfor denne gruppen må bli mer målrettet og mer konkret rettet inn. Det må også åpnes for større fleksibilitet og samhandling mellom ulike aktører på området for å finne gode og varige jobbtilbud til funksjonshemmede både i offentlig og privat sektor.

Arbeidstakere med innvandringsbakgrunn

Erfaringer fra andre land tilsier at innvandrere og folk med annen landbakgrunn skiller seg fra resten av befolkningen når det gjelder tilbøyeligheten til sykefravær og tilgang til uførepensjonsordningen. Bl a i Sverige og Nederland utgjør innvandrere en stadig økende del av uførepensjonistene. I Norge mangler det statistikk på området, og innvandrere utgjør en så liten del av befolkningen i de aktuelle aldersgrupper at det vanskelig lar seg gjøre å skille dem ut i det landsomfattende datamaterialet. Det en imidlertid vet er at innvandrere har sjeldnere fast ansettelse, lavere inntekt, dårligere levekår og arbeidsmiljø enn norskfødte. Andelen eldre innvandrere vil også øke markant de neste 10-20 år som en følge av bl a alderssammensetningen blant de som sto for arbeidsinnvandringen på 1970-tallet.

Disse forholdene tyder på at det er viktig å få kunnskap om hvordan en stadig økende andel eldre innvandrere og økt yrkesaktivitet blant innvandrere, kommer til å påvirke sykefraværsutviklingen og tilgangen til uførepensjon i tiden framover. For å møte etterspørselen etter arbeidskraft er det viktig å sikre en høy yrkesdeltakelse blant innvandrerne, også blant kvinner. Det er blant innvandrere i dag et stort ubenyttet arbeidskrafpotensiale.

9.2 Arenaer for virkemidler

I kapittel 5 er det gjort et skille mellom de faktorer som kan forklare endringer i nivået på sykefravær og uførepensjon og de faktorer som kan forklare nivået på uførepensjon og sykefravær. Forholdene på arbeidsmarkedet kan antakelig bidra til å forklare mye av både nivå på fraværet og av endringene i fraværet. Helsetjenestens omfang og kvalitet kan bidra til å forklare noe av *nivået* på sykefraværet, men kan neppe bidra til å forklare *endringene* i fraværet på 1990-tallet da fraværet har økt til tross for økt behandlingskapasitet (jf. kap. 5.5).

Arbeidsmarkedet/Arbeidsplassen

Forholdene og utviklingen på arbeidsmarkedet kan bidra til å forklare både nivået på sykefraværet og utviklingstrekk. Som vist i kapittel 4 varierer sykefraværet betydelig både med bransje og stillingskategori. I NHO's statistikk er det en konstant og betydelig forskjell mellom fraværet for arbeidere og funksjonærer. Likeledes er det meget store forskjeller mellom ulike grupper. Generelt er det lavt fravær for EDB- arbeid, forskere mv, noe høyere for butikkekspeditører og bankansatte og mye høyere for hjelpepersonell på sykehus og rengjøringspersonale. Også mht til utviklingen i fraværet på 1990 tallet ser utviklingen på arbeidsmarkedet ut som en viktig forklaringsfaktor. Nedgangen i fraværet falt sammen med arbeidsledighet og fall i sysselsetting, mens økningen fra midten av 1990 tallet har falt sammen med redusert arbeidsledighet og økt sysselsetting. [91] Selv om datagrunnlaget for hvordan uførepensjon varierer med bransjetilknytning er mangelfullt, tilsier alle indikasjoner at forholdene i arbeidssituasjonen i meget stor grad bestemmer tilgangen til uførepensjon.

På bakgrunn av disse forholdene oppfatter utvalget arbeidsplassen som den viktigste arena for tiltak for å få ned sykefraværet og redusere tilgangen til uførepensjon.

Helsetjenesten

En viktig forutsetning for å unngå et unødig høyt sykefravær og uføretilgang er en fungerende helsetjeneste. Det er viktig å ha relevante behandlingstilbud og at ventetiden gjøres så kort som mulig. I kapittel 5.5 ble det redegjort for en rapport fra Sintef Unimed [92] som forsøker å anslå utgiftene knyttet til unngåelig venting for langstidssykmeldte (dvs sykmeldte over 8 uker). Det anslås at minst 6 prosent av langtidssykefraværet kunne unngås, forutsatt at alle ventetider ved sykehus, spesialister og fysioterapi hadde vært redusert til fire uker. Dette representerer omkring 1,2 millioner fraværsdager eller 600 mill. kroner i sykepenger i 1997. Rapporten vurderer det slik at dette er et minsteanslag på de marginalkostnadene fraværet medfører.

Rapporten skisserer tre ulike tiltak for å oppnå innsparinger:

- Generell økning av kapasiteten for å redusere ventetiden
- Prioritere sykmeldte framfor andre pasienter for undersøkelse og behandling
- Kjøpe helsetjenester til sykmeldte ved bruk av trygdemidler.

I kapittel 7.4 er det gitt en nærmere vurdering av erfaringer med kjøp av helsetjenester til sykmeldte ved bruk av trygdemidler.

Det er etter *utvalgets* vurdering behov for en fortsatt styrking av helsetjenesten i årene framover. Det er videre behov for målrettede tiltak for å unngå unødig lang venting for behandling av langtidssykmeldte. Slike tiltak drøftes nedenfor i kapittel 10.

91. Det er imidlertid ikke enkelt å forklare sammenhengen (jf diskusjonen over om seleksjonshypotesen) og det er ikke en *en* til *en*sammenheng. I 1999 var det en viss økning i arbeidsledigheten og sysselsettingsveksten var relativt svak. Likevel fortsatte sykefraværet å øke sterkt.
92. " *Helsekøer og sykefravær. Tre spørreundersøkelser*" 1998

Generelle samfunnsforhold

Det er store uforklarte elementer i utviklingen i sykefravær og uføretilgang. Hverken utviklingen i helsetilstand/helsetjenesten eller utviklingen på arbeidsmarkedet kan gi noen fulldekkende forklaring på økningen i sykefravær og uføretilgang.

I søk etter forklaringer på utviklingen kan det også spekuleres i om andre samfunnsendringer har betydning. Et alternativ kan være mer generelle endringer i holdninger til arbeid og offentlige velferdsordninger. I kapittel 5.8.2 er det referert ulike studier av holdninger til eldre arbeidstakere, holdninger til fritid og holdninger til trygd og trygdede. Det er vanskelig på generelt grunnlag å kunne tallfeste effekten av mulige holdningsendringer. Det er likevel en utfordring for et samfunn å kunne befeste visse normer om å kunne klare seg selv om mulig og ellers kunne tilpasse seg arbeidslivets krav. Også arbeidsgivernes holdninger vil være viktige for å gjøre arbeidsplassen til et nærværsskapende sted. Holdninger der de ansatte blir behandlet kun som en "produksjonsfaktor" som kan behandles ut fra kortsiktige økonomiske og snevre lønnsomhetsbetraktninger, vil være uheldige for å opprettholde et velferdssamfunn på sikt.

Normer og holdninger til arbeid og fravær er vanskelige å måle. Men i datamaterialet fra Norsk Monitor er det tegn som tyder på en tiltakende materialistisk "egoistisk" utvikling i den norske befolkning fra 1987 til 1997 (se f.eks. Samfunnsspeilet nr. 4 1999). Dette kan representere et problem knyttet til å opprettholde velferdsordninger og arbeidsforhold som i stor grad er basert på tillit, og ikke direkte på kontroll.

Det "lim" som normer og holdninger representerer er verdifullt for et samfunn. Det er imidlertid vanskelig å påvirke direkte med politiske beslutninger og vedtak. Det er likevel viktig å vurdere hvordan tiltak som iverksettes kan påvirke normer og holdninger.

9.3 Virkemidler:

En kan skille mellom ulike former for virkemidler:
- juridiske/organisatoriske virkemidler
- økonomiske virkemidler
- pedagogiske virkemidler

Juridiske/organisatoriske virkemidler:

Arbeidstakerne er tillagt visse rettigheter og plikter knyttet til arbeidsforholdet og muligheten for fravær og stønader knyttet til sykdom og uførhet. Retten til egenmelding er en slik mulighet. Arbeidsgiverne har plikter som er regulert i arbeidsmiljøloven. Trygdeetaten har plikter knyttet f.eks. til oppfølging av langtidssykmeldte.

Plassering av ansvar for tiltak bør innrettes slik at de instanser som tillegges å utøve ansvar, har økonomisk handlingsrom og besitter kompetanse til å bruke disse på en god måte. Det er viktig å legge til rette for helhetlig ansvar slik at en unngår at personer og problemfelt "faller mellom flere stoler" og ikke blir tatt tak i.

Arbeidsmiljømyndighetene har valgt internkontroll som sin hovedstrategi for tilsyn. Kravene om at virksomhetene skal arbeide systematisk med helse, miljø og sikkerhet (HMS) er nedfelt i en egen forskrift. Arbeidstilsynets overordnede strategi er å medvirke aktivt til at virksomhetene arbeider systematisk og målrettet for å ivareta sitt ansvar for å sikre et arbeidsmiljø som gir trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. I den grad myndighetene lykkes i å påvirke virksomhetene til å innføre systematisk HMS-arbeid, vil denne strategien kunne bidra til redusert arbeidsrelatert sykefravær og «utstøting». Det vises for øvrig til pkt. 7.2, hvor det redegjøres nærmere for tiltak for bedre arbeidsmiljø.

Endringen i det offentliges virkemiddelbruk overfor sykmeldte og attføringssøkere på 1990-tallet kan beskrives i to hovedpunkter: utvidet ansvar for trygdeetaten for å følge opp sykmeldte og utvidet ansvar for arbeidsmarkedsetaten knyttet til attføring. Erfaringene fra disse endringene er redegjort for i kapittel 7.

Selv om mye er gjort for at trygdeetaten skal fatte sykmeldingsvedtak i rett tid, er det mangler knyttet til å få til aktiv kontakt med arbeidsgivere og lege. Både mangel på ressurser og opplæringsbehov er tatt opp av trygdekontorene. Et problem som er påpekt er en mulig samarbeidssvikt i forholdet mellom trygdekontor og arbeidsmarkedsetaten. I en periode med økt tilgang til både sykefravær og uførepensjon er det av flere blitt betraktet som et paradoks at ikke nivået på attføringsarbeidet er økt. Det synes å være et behov for en klarere ansvarsdeling mellom de statlige etatene. En drøfting av mulige organisatoriske endringer er gitt i kapittel 10.

Økonomiske virkemidler

Utgangspunktet for bruk av økonomiske virkemidler er en forutsetning om at mennesker har valgmuligheter og at valget påvirkes av økonomisk belønning. Økonomiske virkemidler forutsetter ikke at mennesker kun er drevet av økonomiske insentiver, men at de i noen grad er påvirket av økonomiske forhold[93].

En sentral hypotese i nyere trygdeforskning er at trygdeforbruket er påvirket av økonomiske insentiver, som på ulike vis ligger innbakt i trygdesystemet. Økonomiske insentiver blir gjerne omtalt som »pull»- eller tiltrekningsfaktorer, og blir ofte satt opp mot »push»- eller frastøtingsfaktorer, som for eksempel arbeidsmiljø og arbeidsledighet.

På oppdrag fra utvalget har Espen Bratberg og Alf Erling Risa ved Institutt for økonomi ved Universitetet i Bergen laget et notat med tittelen *"Insentivvirkninger i helserelaterte stønadsordninger»*. Notatet gir en litteraturgjennomgang av internasjonale og nasjonale teoretiske klargjøringer og empiriske funn knyttet til forholdet mellom kompensasjonsnivå og sykefravær og uførepensjon.

Teoretisk sett er forventningene entydige når det gjelder bruk av økonomiske virkemidler: Økt kompensasjon øker tilstrømningen til stønadsordnin-

93. Et hovedskille innen mye sosialpolitisk debatt går på vektleggingen av mulighetene for valg, og i hvilken grad økonomiske motivasjonsforhold vurderes som tungtveiende for forekomsten av sykefravær og uførepensjonering.

gen. Når det gjelder gjennomgangen av studier knyttet til virkningen av kompensasjonsnivået for sykefraværet konkluderer notatet med følgende:

> "[e]n rimelig oppsummering av denne gjennomgangen (med Kolstads undersøkelse [94] som et unntak) er at det er forholdsvis godt dokumentert i norsk og internasjonal empirisk litteratur at "gunstige" fraværsordninger tenderer til å øke sykefraværet. Erfaringene fra Sverige viser også at arbeidstakerne responderer på innstramminger, i hvert fall på kort sikt."

For uførepensjon konkluderes det med at (s. 23)

> "prosessen omkring uførepensjon er komplisert, og at det er et langt stykke igjen til at empirisk forskning er i stand til å sortere ut de ulike effektene av individuelle valg og fysiske, sosiale og økonomiske rammevilkår. Det står likevel fast at økonomiske insentiver spiller en rolle for tilstrømningen til uføretrygden."

På bakgrunn av dette er det rimelig å anta at bruk av økonomiske virkemidler som for eksempel endringer i kompensasjonsnivå vil påvirke både sykefraværet og tilgangen til uførepensjon. Men det viser seg at også utdanning, inntekt og arbeidsforhold spiller en vel så viktig rolle. Det illustrerer at ikke bare arbeidstakers beslutning, men også egenskaper ved arbeidsplassen og arbeidsgivers vilje til tilrettelegging har betydning for omfanget av sykefravær og tilgangen til uførepensjon. Økonomiske virkemidler må derfor ses i sammenheng med bruk av andre typer tiltak.

Et forhold som blir spesielt drøftet i notatet er det som omtales som rapporteringsrisiko. Sykelønnsordningen og uførepensjonsordningen kan betraktes som forsikringsordninger. Forsikring kommer til utbetaling når vilkårene er oppfylt. Men både med hensyn til sykepenger og uførepensjon er det i noen tilfeller vanskelig å fastslå om vilkårene er tilstede. Ifølge notatet kan det være tilfelle med ubestemte muskel-skjelettplager, nakkeslengskader ol. I slike tilfeller må en delvis basere seg på rapportering fra den skadelidte. Det kan også være vanskelig for forsikringsordningen å beskrive presist hva som bør anses som en alvorlig nok plage til å utløse forsikringsdekning. Dette fører til at den enkelte selv må vurdere om skaden/sykdomstilstanden er alvorlig nok for å utløse forsikringsdekning.

Feilrapportering som grunnlag for utløsning av forsikringsdekning kan på denne bakgrunn både være bevisst fordreining av saksforholdet [95] eller det kan være en oppfatning om at forholdene burde være eller oppfattes å være i tråd med vilkårene for forsikringsdekning. For å unngå feilrapportering kan det iverksettes to typer tiltak.

- Kompensasjonsgraden i trygdeordningen kan settes så lavt at få ønsker å bli trygdemottakere.
- Inngangskontrollen kan økes ved forsterking av portvaktordninger.

Begge disse mulige tiltakene vil bli drøftet i utvalgets videre innstilling.

94. Kolstad 1999 finner på basis av AKU undersøkelsene ingen effekt av endringen i den norske sykelønnsordningen i 1974 og 1978.
95. I forbindelse med sykefravær vil dette kunne betegnes som skoft.

Pedagogiske virkemidler

Med pedagogiske virkemidler er hensikten ved informasjon og veiledning å legge til rette for at sykdoms og uføregenererende forhold blir identifisert og at den enkelte arbeidsplass/lokalmiljø iverksetter tiltak som kan redusere behovet for sykefravær og uførepensjon. Partene i arbeidslivet og staten har på ulike måter på 1990-tallet samarbeidet om tiltak som kan beskrives som pedagogiske tiltak. Ved bedring av statistikk, utveksling av ideer knyttet til "beste praksis", involvering av ansatte for å få til en variasjon i arbeidsoppgaver mv har hensikten vært å redusere sykefraværet. Idebanken for sykefravær ble etablert i 1999 og skal være et virkemiddel for partene i arbeidslivet og sentrale myndigheter for å samle inn, og formidle ideer og resultater som kan bidra til et bedre arbeidsmiljø og reduksjon i sykefraværet. Videre skal idebanken gi oversikt over arbeidsmetoder/verktøy, prosjekter og forsøksvirksomhet, relevant litteratur og publikasjoner.

Det er påpekt i drøftingen (kap 7.1) av samarbeidsprosjektene at det er behov for et kontinuerlig sykefraværsarbeid. Erfaringer tyder på at etter en periode med aktiv innsats og redusert fravær, vil fraværet øke igjen hvis innsatsen trappes ned. Det er etter *utvalgets* mening viktig å fortsette de samarbeidsprosjekter som er igang.

Utvalget vil peke på et forhold som går på innretningen av arbeidsmarkedet og den enkeltes karriere. Det synes å være en meget stor grad av uførepensjonering blant ufaglærte (kvinner) som arbeider med tunge pleie- og omsorgsoppgaver. I et ECON-notat er det påpekt som en generell vurdering at en del av de ufaglærte jobbene i økende grad kan bli "livsfasejobber som utføres av elever og studenter som deltidsjobbing ved siden av utdanningen. I stedet for at noen gjør de lite utdanningskrevende jobbene hele livet, vil de kanskje i økende grad gjøres av de fleste - men bare i deler av livet: i introduksjonsfasen på arbeidsmarkedet i kombinasjon med utdanning."

Blir yngre en større del av basispersonalet, vil det også bli lettere for middelaldrende og litt eldre å fungere innenfor slikt arbeid, ved at den løpende arbeidsdelingen fritar dem for de mest belastende oppgavene. Dette vil kreve en justering av dagens mønster for yrkesvalg, noe som ikke vil være mulig å vedta men som kan løftes fram som en bedre innretning av arbeidslivet generelt og ved bruk av pedagogiske virkemidler.

Samtidig bruk av flere virkemidler

Erfaringer fra tidligere iverksatte tiltak har vist at det er behov for å se flere virkemidler i sammenheng dersom man skal oppnå de ønskede resultater. Som det er vist i kapittel 5 finnes det ingen entydig isolert faktor som kan forklare de siste års økning i sykefravær og tilgangen til uførepensjon. Snarere må veksten ses i lys av flere og til dels sammensatte årsaksfaktorer. Dette understreker også betydningen av å se flere virkemidler i sammenheng.

En ensidig satsning på et virkemiddel vil ofte kunne være tilstrekkelig for å endre atferd på kort sikt. Derimot vil et ønske om også å opprettholde en langsiktig atferdsendring rette behovet mot å kombinere flere virkemidler.

Utvalget har vurdert at for å redusere sykefraværet og tilgangen til uførepensjon er det nødvendig med samtidig bruk av flere ulike virkemidler.

En helhetlig satsning vil også være nødvendig for å sikre legitimitet og oppslutning rundt de aktuelle tiltak.

Kapittel 10
Tiltak for å forebygge og redusere sykefraværet og styrke arbeidsevnen

Det å kunne være borte fra arbeid på grunn av sykdom med kompensasjon for tapt arbeidsinntekt er en grunnleggende rettighet for den enkelte. Høyt sykefravær utgjør imidlertid et problem både for den enkelte arbeidstaker, den enkelte bedrift og for samfunnet som helhet.

Antall dager med sykepenger fra folketrygden har økt fra 8,2 sykefraværsdager per sysselsatt i 1994 til 11,7 dager i 1999. I samme perioden har antall sykefraværsdager som dekkes av folketrygden økt med 69 prosent. I 1999 utbetalte folketrygden sykepenger på 16.117 mill. kroner til arbeidstakere, eksklusiv statsansatte og feriepenger. I tillegg utbetaler arbeidsgiverne tilsvarende beløp til lønn under sykdom. Sykefraværet antas i år 2000 å utgjøre vel 9 prosent av det totale antall dagsverk. Prognoser anslår at utgiftene til sykepenger kommer til å øke med rundt 50 prosent fra 1999 til 2005.

Omfattende eller langvarig bruk av sykmelding medfører en risiko for å falle ut av arbeidslivet for godt. For bedriftene innebærer økende sykefravær kostnadsvekst og tapt produksjon. At en økende andel av befolkningen til enhver tid er ute av arbeidslivet på grunn av helseplager og stadig større del av offentlige budsjetter brukes til sykdomsrelaterte trygdeytelser er et problem. Som vist i kapittel 9 vil dette kunne få store konsekvenser i forhold til behovet for tjenestetilbud og arbeidskraft i årene framover.

10.1 En helhetlig tiltakspakke

For å kunne snu den negative utviklingen der stadig flere personer i yrkesaktiv alder er ute av arbeidslivet på grunn av helseplager mener utvalget at det er behov for nye grep. Det er etter utvalgets oppfatning nødvendig å iverksette en helhetlig tiltakspakke i samarbeid mellom arbeidslivets parter og myndighetene.

Som vist i kapittel 5 finnes det ikke en enkelt eller noen få forklaringer på hvorfor sykefraværet øker. Mange av de tiltakene som er iverksatt har heller ikke hatt noen direkte effekt i form av lavere sykefravær. For å lykkes med å få ned sykefraværet, må det iverksettes flere typer tiltak samtidig. Tiltakene må omfatte generell forebygging i form av bedre arbeidsmiljø og tiltak for å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid og hindre varig «utstøting» og permanent trygding.

Et viktig prinsipp vil være at tiltak for å forebygge at personer faller varig ut av arbeid må forankres i arbeidslivet. Både arbeidstaker og arbeidsgiver må ansvarliggjøres. Det offentlige må i større grad være en aktiv pådriver og støtte for arbeidslivets egeninnsats. Tidlig og målrettet intervensjon i arbeidslivet og med aktiv støtte fra det offentlige er nøkkelordene i denne sammenheng.

Tiltakspakken må være slik innrettet at den gir dynamiske effekter over tid. Forutsetningene for å kunne gjennomføre tiltakene er at de ulike aktørene stimuleres til endringer.

Grunnleggende prinsipper for tiltak for å redusere sykefraværet (den helhetlige tiltakspakken):

1. Arbeidsplassen og forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker må være det primære fokus i det sykefraværsforebyggende arbeidet. Tiltak for å redusere sykefraværet kan bare lykkes dersom disse iverksettes i samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.
2. Tiltakene må ansvarliggjøre både arbeidsgiver og arbeidstaker. Dette innebærer at partene må påta seg mer ansvar og få større handlingsrom og nødvendige virkemidler for å ivareta arbeidsmiljøet og sette inn nødvendige tiltak i forhold til sykmeldte arbeidstakere.
3. Tiltak på sykefraværsområdet må forsterke arbeidstakernes tilknytning til arbeidslivet. Langsiktige og stabile arbeids- og ansettelsesforhold gir partene i arbeidslivet større interesse av å utvikle og bedre arbeidsmiljøet. Arbeidsplassene må tilrettelegges slik at en sikrer at flest mulig kan delta i arbeidslivet og være selvforsørget. For å hindre at personer med helseproblemer støtes ut av arbeidslivet er det nødvendig med utvidede skjermingsordninger.
4. Det må åpnes opp for å bruke økonomiske incentiver for å stimulere til nærvær. For arbeidstaker og arbeidsgiver skal det være økonomisk lønnsomt å satse på tilrettelegging av arbeidsplassen slik at en minker risikoen for langvarige sykefravær.
5. Tiltak som iverksettes, skal være kostnadsnøytrale i forhold til dagens situasjon. Dette innebærer at gitt dagens fraværsnivå, skal både arbeidsgiver og arbeidstaker sikres kompensasjon for å påta seg økonomiske delansvar for sykefraværet.
6. Selv om hovedfokus legges på forholdene på arbeidsplassen og samhandlingen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, er det viktig å sikre at alle aktører opptrer koordinert mot en felles målsetting. I tillegg til arbeidsgiver og arbeidstaker bør bedriftshelsetjenesten, trygdeetaten og primærlegen ha klart definerte oppgaver og støtte opp om tiltak som skjer på arbeidsplassen. Tiltakene må også sees i sammenheng med ønsket om å etablere et mer helhetlig behandlingsopplegg.

10.1.1 Oppfølging på arbeidsplassen

Utgangspunktet er at tiltak for å få ned sykefraværet skal forankres på arbeidsplassen. Dette gjelder både forebygging av sykefravær og oppfølging av sykmeldte arbeidstakere.

Sykefraværsarbeidet i virksomhetene må baseres på følgende hovedprinsipper:

- Tidlig og rask intervensjon for å hindre langtidssykmelding og utstøtning
- Ansvarliggjøring av arbeidsgiverne og arbeidstakerne
- Aktiv dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker
- Arbeidsplassen er den sentrale arena for forebyggende tiltak.
- God systematikk i sykefraværsarbeidet

- Vekt på funksjonsevne og ikke på sykdomsdiagnose
- Unngå mest mulig bruk av »passive» trygdeytelser. Mer av folketrygdens ytelser skal brukes til aktive tiltak inn mot virksomhetene
- Mer målrettet hjelp og støtte til virksomhetene fra trygdeetaten

Det forutsettes at arbeidstaker og arbeidsgiver avklarer så tidlig som mulig om det er behov for særskilte tiltak på arbeidsplassen for at en sykmeldt arbeidstaker skal komme raskere tilbake i arbeid. Mange arbeidstakere vil i perioder av yrkeslivet kunne ha nedsatt arbeidsevne som følge av belastninger, sykdom eller skader. Ved tilrettelegging av arbeidsoppgavene i slike situasjoner vil en kunne hindre at det oppstår varig yrkeshemming og uførepensjonering.

En svakhet ved dagens praksis er at det i for liten grad er en dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver om hva som må til for å komme tilbake i arbeid. Arbeidstaker har ingen plikt til å opplyse arbeidsgiveren om medisinsk lidelse og diagnose. For arbeidsgiveren er det heller ikke den medisinske diagnosen som er interessant, men hva arbeidstakeren kan utføre av arbeidsoppgaver til tross for sine helseplager og hva som eventuelt må gjøres for at det skal bli lettere å fungere i arbeid. Dette er det i første rekke arbeidstakeren selv som har kjennskap til. Behandlende lege har sjelden inngående kjennskap til den sykmeldtes arbeidssituasjon.

Utvalget foreslår derfor at arbeidstakere får en utvidet rett til å benytte egenmelding ved sykdom. Det er en forutsetning at det stilles strengere krav til dokumentasjon av arbeidsuførhet fra arbeidstakerens side i form av en mer omfattende egenmelding enn det som er praksis i dag. Det vises til nærmere omtale under 10.1.2.

Etter utvalgets oppfatning bør det både i forbindelse med egenmeldt fravær og i forbindelse med sykmelding fra lege legges mer vekt på den enkeltes funksjon i forhold til arbeid. Bedriftshelsetjenesten vil også ha en viktig rolle med hensyn til å vurdere den enkeltes funksjon. Bedriftshelsetjenesten vil ha kjennskap til arbeidsoppgavene i virksomhetene og vil kunne bistå arbeidstaker og arbeidsgiver i forbindelse med tilrettelegging i arbeidssituasjonen.

Når det ikke er etablert bedriftshelsetjeneste må primærlegen foreta en funksjonsvurdering. Det vises til nærmere omtale av funksjonsvurdering under 10.3. Det bør vurderes nærmere om det i noen tilfeller kan åpnes for at bedriftshelsetjenesten kan benytte normaltariffen for primærhelsetjenesten i forbindelse med arbeid med oppfølging av sykmeldte.

For en del arbeidstakere kan det være aktuelt med tilrettelagte oppgaver i en periode for eksempel under aktiv sykmelding, mens det i andre tilfeller vil være behov for mer omfattende bedriftsinterne attføringsopplegg. Virksomhetene kjenner i dag i for liten grad til offentlige støtteordninger. Dette gjelder særlig de små og mellomstore virksomhetene.

Når offentlige støtteordninger benyttes, settes disse ofte inn for sent i et sykefraværsforløp.

Det er etter utvalgets oppfatning viktig at de offentlige støtteordningene innrettes slik at de støtter opp om virksomhetenes oppfølging av sykmeldte arbeidstakere. Arbeidsgivere har også uttrykt behov for å ha en offentlig

instans å forholde seg til i forbindelse med oppfølgingen av sykmeldte arbeidstakere. Dette omtales nærmere under 10.1.4.

Utvalget foreslår følgende modell for oppfølging av sykmeldte: Fase 1: Fravær fra 1 –16 dager

Sykefraværet kan dokumenteres med egenmelding i inntil 8 dager og/eller sykmelding fra lege, se punkt 10.1.2. Egenmeldingen som skal inneholde en beskrivelse av årsaker til fravær, om det er behov for tilrettelegging på arbeidsplassen og når arbeidstakeren forventer å komme tilbake i arbeid, skal ligge til grunn for dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Ved korttidsfravær for eksempel på grunn av forkjølelse og lignende og det ikke er behov for oppfølging, skal arbeidsgiver orienteres om at arbeidstakeren er kortvarig syk og snart tilbake i arbeid.

En god dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver i denne fasen vil kunne bidra til å forebygge senere sykefravær og gjøre det mulig for arbeidsgiver å sette i verk tiltak i samarbeid med arbeidstaker tidlig i fraværsforløpet dersom sykefraværet forlenges utover 16 dager.

Fase 2: 16 dager – 8 uker

Som grunnlag for sykefraværsarbeidet i virksomhetene skal det benyttes en *funksjonsvurdering*. Funksjonsvurderingen skal angi funksjonsevne/funksjonssvikt i forhold til arbeid og hva som skal til for at den sykmeldte skal komme tilbake i arbeid.

I denne perioden skal det foretas en konkret vurdering av alle sykmeldingstilfellene om det er aktuelt med *aktiv sykmelding*. Bedriftshelsetjenesten skal ha en nøkkelrolle og skal kunne ta initiativ til og iverksette bruk av aktiv sykmelding. Det forutsetter at det foreligger en oppfølgingsplan i hvert enkelt tilfelle som arbeidsgiver plikter å sende til trygdekontoret som godkjenner i etterkant. For en del arbeidstakere kan det være aktuelt å være på aktiv sykmelding i en lengre periode (utover 12 uker). Dette er det muligheter til innenfor dagens regelverk.

Virksomhetene plikter å sende en oppfølgingsplan til trygdekontoret senest etter 8 ukers sykefravær. Planen skal ligge til grunn for trygdekontorets 12-ukers vedtak. Når det ikke er hensiktsmessig med tiltak på arbeidsplassen skal arbeidsgiver redegjøre kort for dette. Funksjonsvurdering skal danne grunnlag for de individuelle oppfølgingsplanene.

Trygdekontoret skal ved henvendelse fra virksomheten eller bedriftshelsetjenesten bistå arbeidsgiver-arbeidstaker. Det skal være kontaktpersoner på trygdekontorene som har ansvar for å følge opp sykefraværsarbeidet i virksomhetene. Trygdekontoret skal bidra med å avklare behovet for offentlige støtteordninger og ha en koordinerende rolle mellom bedriften og primærhelsetjenesten (sykmeldende lege). Trygdekontoret skal også vurdere om det er behov for videre medisinsk utredning eller behandlingstiltak (for eksempel kjøp av helsetjenester).

Nær kontakt mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, raskere iverksettelse av tiltak som aktiv sykmelding, bedre kontakt mellom virksomheten, trygdek-

ontoret, primærhelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten er viktige forutsetninger for en bedre oppfølging i denne fasen.

Fase 3: 8 uker-6 måneder.

I denne fasen skal arbeidstaker og arbeidsgiver ha vurdert om det er behov for omplassering innad i bedriften til andre arbeidsoppgaver. I den forbindelse vil aktiv sykmelding eller graderte sykepenger kunne være aktuelt. Dersom tilrettelegging og oppfølging medfører ekstra kostnader for virksomhetene, skal trygdekontoret kunne dekke slike kostnader gjennom egne tilskuddsordninger til bedriftsintern attføring (driftsstøtte, stønad til faddere og lignende).

Det forutsettes at det avsettes tilstrekkelig med midler til slike støtteordninger til bedriftsintern attføring i denne fasen og at tilskuddsordningene til bedriftene brukes mer effektivt og vesentlig tidligere enn det som er praksis i dag. Støtte til virksomhetene skal ikke være skjult »subsidiering». Tiltakene skal utløses ved vedtak i trygdeetaten.

Det skal videre vurderes om det er behov for kompetansehevende tiltak og avklares om det er behov for ekstern hjelp til rehabilitering i regi av for eksempel Arbeidsmarkedsbedrifter, opptreningsinstitusjoner m.m. Denne typen ekstern bistand kan bidra til å avklare om bedriftsintern attføring i egen bedrift er mulig, og hvilket hjelpebehov som foreligger.

Når det er avklart at det ikke er mulig å finne løsninger innenfor virksomheten for at arbeidstakeren skal kunne fortsette å arbeide i virksomheten, skal arbeidsmarkedsetaten kontaktes og yrkesrettet attføring til arbeid utenfor virksomheten vurderes. Slik avklaring skal skje så raskt som mulig og som hovedregel senest før det har gått 6 måneder. I enkelttilfeller vil det kunne gå lenger tid før det er klart om arbeidstakeren kan fortsette i bedriften eller om vedkommende må attføres til annet arbeid. Erfaringer fra tiltak i bedriften vil kunne brukes aktivt i videre attføring.

Fase 4: 6-12 måneder.

Tett og nær kontakt mellom arbeidstaker og arbeidsgiver er fortsatt like viktig, og aktiv sykmelding og støtteordninger til bedriftene er fortsatt aktuelle virkemidler. En utvidet funksjonsvurdering for eksempel på grunnlag av WONCA-skjema, vil være sentral i den videre oppfølging og utredning. Videre er kontakt mellom arbeidstaker-arbeidsgiver, trygdekontor og helsevesenet viktig i denne fasen. Den utvidede funksjonsvurderingen vil kunne danne grunnlag for en mer langsiktig individuell plan for rehabilitering utover sykepengeperioden og i forhold til vurdering av behovet for eventuell uførestønad/uførepensjon.

Utvalget foreslår følgende tiltak/virkemidler for å styrke arbeidsgivers oppfølging på arbeidsplassen:

For å tydeliggjøre at arbeidsgiveren har hovedansvaret for oppfølging av sykmeldte foreslås det at det gis en bestemmelse i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven om at arbeidsgiveren sammen med arbeidstakeren skal lage en oppfølgingsplan senest etter 8 ukers sykmelding.

Videre foreslås at bedriftshelsetjenester som har inngått rammeavtale med trygdekontoret får mulighet til å iverksette aktiv sykmelding i samsvar med oppfølgingsplanen. Trygdekontoret godkjenner i etterkant.

Det vurderes å oppheve bedriftenes egenandel på $^{1}/_{2}$ G ved tilrettelegging av arbeidsplassen ved hjelp av tekniske hjelpemidler.

Trygdeetaten får flere virkemidler for å støtte opp under oppfølgingen av sykmeldte arbeidstaker på arbeidsplassen. Det vises til 10.1.4.2.

10.1.2 Egenmelding kontra sykmelding. Dokumentasjon av arbeidsuførhet – større vekt på funksjon og dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver

Tiltak og tilrettelegging på arbeidsplassen forutsetter tett dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver om eventuelle problemer i arbeidssituasjonen som kan ligge til grunn for sykefravær. Dette er det som tidligere nevnt i første rekke arbeidstakeren selv som kan redegjøre for. Behandlende lege har i dag sjelden inngående kjennskap til den sykmeldtes arbeidssituasjon.

Legitimering av fravær gjennom lege kan føre til passivisering og at det fokuseres på det syke i stedet for gjenværende funksjonsevne. Mange av de som i dag går til lege 4. fraværsdag for å få sykmelding trenger ikke behandling fordi lidelsen vil gå over av seg selv. Legen må ofte bare stole på pasientens utsagn om at han/hun ikke føler seg frisk nok til å gå på jobb og foretar ofte ingen undersøkelse fordi dette ikke er hensiktsmessig på bakgrunn av pasientens presentasjon av problemet.

I andre land legges det mindre vekt på medisinsk dokumentasjon av arbeidsuførhet i forbindelse med kortvarige sykefravær. Dette må ses i sammenheng med at det ikke er lovfestet rett til full lønn under sykdom. Det synes å være en felles oppfatning at arbeidstakeren er ansvarlig overfor arbeidsgiveren. Både Sverige og Danmark har lengre egenmeldingsperioder. I Nederland er det i prinsippet ikke nødvendig med erklæring fra pasientens behandlende lege, men det er ansatt spesielle trygdeleger som foretar en vurdering av sykmeldtes funksjon. Det vises til omtale i kapittel 8.

Egenmeldingsordningen er basert på tillit mellom arbeidsgiver og arbeidstaker om at arbeidstakeren skal kunne avgjøre om helsetilstanden er forenlig med arbeid. Arbeidstaker har i dag rett til sykepenger på grunnlag av egenmeldt fravær 4 ganger i året for inntil 3 kalenderdager. Men dagens regelverk er ikke til hinder for at arbeidsgiveren godtar egenmelding i hele arbeidsgiverperioden. Det er opp til arbeidsgiveren å kreve sykmelding fra lege etter utløpet av den lovbestemte egenmeldingsperioden. Ved begrunnet mistanke om misbruk kan arbeidsgiveren likevel helt frata arbeidstakeren retten til å bruke egenmelding.

Det har vært gjennomført flere forsøk med utvidet rett til å bruke egenmelding ved sykdom. Det vises til nærmere omtale i kapittel 7. I de fleste prosjektene er det stilt spesielle krav til arbeidstakerne for å kunne benytte utvidet egenmelding, og i flere av prosjektene har utvidet egenmelding vært prøvd ut som et av flere tiltak for å ansvarliggjøre arbeidstakeren og bedre arbeidsmiljøet. Erfaringene tyder på at forsøkene har bidratt til å styrke tillitsforholdet på arbeidsplassen og redusere unødige legebesøk. Det er vanskelig å trekke generelle slutninger med hensyn til effekt på fravær, men det kan

synes som om de lengre sykefraværene ble unngått ved at kortere fravær økte noe.

En generell utvidelse av egenmeldingsordningen hvor det stilles krav om at arbeidstakeren må levere en relativt omfattende egenerklæring, vil kunne bidra til i større grad å ansvarliggjøre både arbeidstakere og arbeidsgivere. Arbeidstakere vil i større grad bevisstgjøres i forhold til egen helse og problemer i arbeidssituasjonen, mens arbeidsgiver vil få et større ansvar for å følge opp den enkelte arbeidstakeren tidlig i et sykeforløp.

Ulike beregninger har anslått at en utvidelse til 5 egenmeldingsdager inntil 4 ganger per år vil kunne gi 50 – 100 innsparte legeårsverk.

10.1.2.1 Utvalgets anbefaling

Etter utvalgets oppfatning bør arbeidstakere ha en generell adgang til å bruke egenmelding ved sykdom i en lengre periode. Dette skal inngå i den helhetlige tiltakspakken, jf. oppsummering under 10.1.8. Utvalget foreslår at muligheten for å bruke egenmelding ved egen sykdom utvides til inntil 8 kalenderdager per sykefraværstilfelle begrenset til tilsammen 24 kalenderdager i en 12-måneders periode. En utvidelse til 8 dager vil fange opp de vanligste plagene som ikke trenger medisinsk behandling.

Med en utvidet rett til å bruke egenmelding må det stilles strengere krav til dokumentasjon av arbeidsuførhet fra arbeidstakerens side i form av en mer omfattende egenerklæring enn det som er praksis i dag. Alt fravær skal i prinsippet utløse spørsmålet om det er forhold ved arbeidet som er årsak til sykdommen og om tilrettelegging kan forebygge sykdom og fravær. Arbeidstakeren vil ikke ha plikt til å oppgi diagnose eller årsaken til sykefraværet. Egenerklæringen skal likevel kunne inneholde en beskrivelse av hva arbeidstakeren opplever som problem og en vurdering av egen funksjonsevne i forhold til arbeidsmiljø og arbeidsoppgaver.

Følgende forhold bør beskrives i egenerklæringen:

- Årsaker til fravær med funksjonsbeskrivelse
- Om fraværet er relatert til arbeidssituasjonen
- Når en forventer å komme tilbake i arbeid
- Eventuelt hva som må til for at arbeidstakeren skal kunne komme tilbake i jobb, helt eller delvis.

Arbeidsgiveren på sin side må også ha større mulighet til å stille krav til arbeidstakeren om aktivitet når dette anses som hensiktsmessig. Det forutsettes at arbeidsgiver går aktivt inn for å søke informasjon og legge forholdene til rette og at arbeidstaker viser større åpenhet om helse i forhold til funksjon. Målet er å starte en dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver om arbeidets eventuelle påvirkning på helsa og om hvordan arbeidsforholdene kan bedres.

Dersom arbeidstakeren ikke ønsker en dialog med arbeidsgiver om sin sykdomstilstand, bør arbeidstakeren ha mulighet til å innhente sykmelding og funksjonsvurdering fra lege. Arbeidsgiveren skal også kunne kreve sykmelding fra første fraværsdag, jf. folketrygdlovens § 8-27 1. ledd bokstav b.

Utvalget forutsetter at frigjorte legeressurser i størrelsesordenen 70-100 legeårsverk vil kunne nyttes til andre helsetjenester og bedre oppfølging av sykmeldte.

10.1.3 Ny oppfølgingsrolle for trygdeetaten

Hovedansvaret for oppfølging av sykmeldte skal ligge hos arbeidsgiver og foregå på arbeidsplassen. Trygdeetaten vil samtidig få et vesentlig utvidet ansvar og en aktiv og medvirkende rolle i å få sykmeldte tilbake i arbeid.

Trygdeetaten vil ha det økonomiske hovedansvaret for sykepengeutgiftene, og vil som følge av sitt forvaltningsansvar måtte påse at den enkelte trygdede får de ytelser som han eller hun har krav på og at offentlige ressurser blir brukt på en riktig og effektiv måte. Det er bare trygdekontoret som vil ha kjennskap til den sykmeldtes diagnose, og som skal vurdere/kontrollere om *de medisinske vilkårene* for rett til sykepenger er oppfylt.

Trygdeetaten vil sammen med arbeidstaker og arbeidsgiver bidra til at sykmeldingsperioden blir så kort som mulig. I tillegg til oppfølging rettet mot den enkelte sykmeldte arbeidstaker, vil etaten ha ansvar for å bistå arbeidsgiver både på individ- og systemnivå i forbindelse med bedriftsinternt sykefraværarbeid. Trygdeetaten vil være den instans som har det samlede ansvar for offentlige tiltak overfor sykmeldte med ansettelsesforhold, og som arbeidslivet kan henvende seg til når det gjelder helhetlig informasjon og rådgivning på området.

Trygdeetatens nye oppfølgingsrolle vil være tredelt:

- Løpende oppfølging av sykmeldte i sykepenge-/rehabiliteringspengefasen (veiviserrollen)
- Rådgivning til arbeidsgivere som ønsker bistand vedr vanskelige enkeltsaker
- Systemrettet bistand til virksomheter vedr rutiner for sykefraværsoppfølging / bedriftsintern attføring.

Utvalget forutsetter at ordningen med sykmelding II innen 8 uker videreføres, men at det blir lagt større vekt på funksjon i forhold til arbeid i denne legeerklæringen. Videre forutsetter utvalget at trygdeetaten fortsatt skal fatte særskilt vedtak om fortsatt rett til sykepenger innen 12 uker.

Arbeidsgiver skal i samarbeid med arbeidstakeren lage en oppfølgingsplan som skal sendes til trygdekontoret. Når en person har vært sykmeldt i 8 uker uten at det foreligger oppfølgingsplan eller redegjørelse fra arbeidsgiver, skal trygdekontoret ta kontakt med arbeidsgiver. Trygdeetaten må ha anledning til å gå inn dersom etaten får kjennskap til at oppfølgingen på arbeidsplassen ikke fungerer.

Mange sykmeldte vil ha lidelser som ikke kan relateres til arbeidssituasjonen hvor det ikke vil være aktuelt med oppfølging på arbeidsplassen. Det kan for eksempel gjelde personer med alvorlige sykdomstilstander som ikke vil kunne fungere i noe arbeid, men også personer med mindre alvorlige lidelser hvor det vil kunne være aktuelt med alternativ oppfølging, behandling eller rehabilitering.

Noen arbeidstakere vil være tilbakeholdende med å ta opp sine problemer med arbeidsgiveren fordi de er redd for å bli møtt med manglende forståelse. Det kan gjelde personer med psykiske lidelser. Dersom de psykiske prob-

lemene har sammenheng med forhold på arbeidsplassen for eksempel i forhold til nærmeste leder, kan det være vanskelig å konfrontere arbeidsgiveren med dette. For å kunne gjøre noe med årsakene til at denne typen problemer oppstår, er det imidlertid nødvendig at arbeidsgiveren får tilbakemelding. Den sykmeldte vil i slike situasjoner kunne ha behov for støtte og bistand fra en person eller instans utenfor bedriften for å kunne ta opp problemene med arbeidsgiver. Det kan være pasientens lege eller en annen representant for hjelpeapparatet. Trygdekontoret vil også eventuelt kunne være en slik instans.

Arbeidsgiver vil etter ett år med sykepenger ikke lenger ha noe økonomisk ansvar for stønad til arbeidstakeren. Når det foreligger et ansettelsesforhold og det er overveiende sannsynlig at arbeidstakeren skal komme tilbake i arbeid, er det imidlertid viktig at arbeidsgiveren fortsatt signaliserer overfor arbeidstakeren at det forventes at han/hun skal tilbake i arbeid.

Det er i dag mange av de langtidssykmeldte som ikke lenger har noe *ansettelsesforhold*. Det forutsettes at arbeidsgivers oppfølging vil føre til at færre kommer i en slik situasjon. Det vil imidlertid fortsatt være sykmeldte som er sagt opp eller av andre grunner har falt ut av arbeid. Det vil også være sykmeldte som arbeidsgiveren ikke har noe tilbud til. I slike situasjoner er det viktig at trygdeetaten kommer tidlig inn og bidrar til alternative løsninger, for eksempel å motivere til yrkesrettet attføring til annet arbeid dersom dette anses som hensiktsmessig.

Trygdeetatens oppfølgingsansvar omfatter i dag også personer med rehabiliteringspenger.

Fra 1997 har trygdeetaten hatt mulighet til å tilstå rehabiliteringspenger under arbeidstrening hos arbeidsgiveren. Ordningen skal bidra til at den sykmeldte opprettholder kontakten med arbeidsplassen også i rehabiliteringspengeperioden og forhindre lange perioder med passivitet. Det forutsettes at arbeidsgiver i samarbeid med arbeidstaker og trygdekontor lager en plan for arbeidstrening/arbeidsutprøving eller aktivisering på arbeidsplassen.

Ordningen er tidsbegrenset til 12 uker med mulighet for ytterligere forlengelse i 12 uker der aktiviseringen/arbeidstreningen skjer uten at det foregår noen annen aktiv behandling. Når det foregår medisinsk behandling i tillegg, er det ikke noen tidsbegrensning.

Fra 1. januar 2000 er ordningen utvidet til også å omfatte arbeidstrening hos annen arbeidsgiver. Bakgrunnen for å utvide ordningen til å omfatte arbeidstrening hos annen arbeidsgiver var blant annet det forhold at mange med rehabiliteringspenger enten hadde mistet sitt arbeidsforhold eller ikke hadde hatt noe arbeidsforhold før de ble syke. Trygdekontoret har mulighet til å godkjenne aktivisering og arbeidstrening der vedkommende selv, eller behandlingsapparatet har skaffet til veie en arbeidstreningsplass. Slik arbeidstrening kan bare godkjennes for 12 uker med mulighet for ytterligere utvidelse i 12 uker. Dette gjelder også når det foregår medisinsk behandling parallelt.

For personer som ikke lenger har noe ansettelsesforhold å gå tilbake til etter ett år med sykepenger og det ikke er aktuelt med arbeidstreningstiltak, skal trygdekontoret vurdere om det er aktuelt med yrkesrettet attføring til nytt arbeid for at stønadsmottakeren skal komme tilbake i arbeid.

Trygdekontoret vil også ha ansvar for oppfølging av selvstendig næringsdrivende og for å vurdere behovet for eventuell attføring til annet arbeid.

10.1.4 Bedre samordning av offentlig støtte og virkemidler som skal støtte opp om tiltak på arbeidsplassen

Bedriftsintern attføring er ikke et entydig begrep, men brukes om flere typer tiltak og i ulike sammenhenger. Økonomiske støtteordninger er dels forankret i trygdeetaten, dels i arbeidsmarkedsetaten, mens arbeidsgivers plikter er regulert i arbeidsmiljøloven og følges opp av arbeidstilsynet. I tillegg kan Arbeidslivstjenesten gi råd og veiledning til bedriftene (på systemnivå).

Arbeidsgivere har gitt uttrykk for at det er vanskelig å forholde seg til ulike etater, som i liten grad har samordnet innsatsen på attføringsområdet. Bedriftene ønsker å kunne forholde seg til èn instans som også kan gi råd og veiledning i hvordan de skal håndtere konkrete enkelttilfeller. Oppfølging av egne sykmeldte og bedriftsintern attføring er et felt hvor bedriftene ofte vil ha behov for å bli tilført kompetanse og få råd og veiledning. Dette vil særlig gjelde for små og mellomstore bedrifter.

De bedriftsinterne attføringstiltakene bør organiseres slik at en større del av den offentlige innsatsen settes inn i sykmeldingsfasen når personen fortsatt har et ansettelsesforhold. For personer som er i et arbeidsforhold bør det forsøkes bedriftsintern attføring før eventuell attføring til annet arbeid.

Det må også sikres at bedriftene får nødvendig informasjon om offentlige støtteordninger og aktive virkemidler og får mulighet til å utvikle sin kompetanse når det gjelder sykefraværsoppfølging og attføringsarbeid. For å forebygge varig uførhet vil en mer effektiv bruk av virkemidlene være nødvendig for å sikre at arbeidsevnen opprettholdes mens den sykmeldte fortsatt er ansatt/knyttet til bedriften.

10.1.4.1 Dagens virkemidler

Arbeidsgivers plikt etter arbeidsmiljøloven

Arbeidsgiver har etter arbeidsmiljøloven ansvar for tilrettelegging på arbeidsplassen. Arbeidsgiver skal bl.a. organisere og tilrettelegge arbeidet under hensyn til den enkelte arbeidstakers alder, kyndighet, arbeidsevne og øvrige forutsetninger. Arbeidsgiver har ansvar for å hindre fysiske og/eller psykiske belastninger i arbeidet og forebygge sykefravær. Dette gjelder generelt for alle arbeidstakere. Arbeidsgiver skal også så langt det er mulig, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstakere som p.g.a. ulykke, sykdom, slitasje eller lignende blir hemmet i sitt arbeid, skal kunne få eller beholde høvelig arbeid. Det er i prinsippet uten betydning om yrkeshemmingen har oppstått på arbeidsplassen eller ikke. Arbeidsgiver har plikt, ved henvendelse fra trygdekontoret, til å gi en redegjørelse for mulige tiltak på arbeidsplassen for at en sykmeldt arbeidstaker skal komme tilbake i arbeid.

Det er Arbeidstilsynet som forvalter arbeidsmiljøloven. Arbeidstilsynet har fokus på forebyggende arbeid i virksomhetene og har som oppgave å se til at arbeidsgivere oppfyller sin plikt til å finne løsninger. Det er ikke Arbeidstilsynets oppgave å definere hva slags attføringsopplegg den enkelte har behov for eller å bidra til iverksetting av individuelle tiltak. Etaten vil

sjelden kunne gripe inn i forhold til den individuelle behandlingen av arbeidstakere som befinner seg i en problemsituasjon.

Arbeidstaker har også en plikt etter arbeidsmiljøloven til å medvirke ved gjennomføringen av tiltak som er satt i verk i bedriften for å skape et sunt og godt arbeidsmiljø. Dersom arbeidstaker blir oppmerksom på feil og mangler på arbeidsplassen som kan medføre fare for liv og helse, skal arbeidstaker ta dette opp med arbeidsgiver.

Trygdeetatens virkemidler

Trygdeetaten kan be den sykmeldtes arbeidsgiver om en redegjørelse for mulige tiltak på arbeidsplassen og kan tilstå sykepenger i forbindelse med *aktivisering og arbeidstrening* på arbeidsplassen *(aktiv sykmelding)*. Det kan ytes sykepenger i forbindelse med aktiv sykmelding i en tidsbegrenset periode på 12 uker. Dersom arbeidstrening eller annen form for bedriftsintern attføring er nødvendig og hensiktsmessig for at arbeidstakeren skal kunne beholde arbeidet kan det ytes sykepenger i en lengre periode.

Arbeidsgiveren betaler ikke lønn i denne perioden og har frigjorte lønnsmidler til for eksempel å ansette vikar. Sykepengene kan betraktes som et »lønnstilskudd» til arbeidsgiver som kompenserer for at arbeidstakeren ikke fyller ordinær stilling på grunn av sitt behov for tilrettelegging/tilpasning på arbeidsplassen eller utprøving av nye arbeidsoppgaver.

Det er også adgang til å gå på aktiv sykmelding for personer som mottar rehabiliteringspenger. Tidsbegrenset aktivisering og arbeidstrening hos arbeidsgiveren er likestilt med behandling. Det kan i spesielle situasjoner ytes rehabiliteringspenger under arbeidstrening eller aktivisering hos annen arbeidsgiver.

Ordningen med aktiv sykmelding bidrar til at arbeidstakeren holder kontakt med arbeidsplassen og hindrer unødvendig periode med passivitet. Et opplegg med aktiv sykmelding skal ta utgangspunkt i den sykmeldtes behov og begrensninger. Arbeidstaker og arbeidsgiver skal i fellesskap finne fram til konkrete løsninger som er formålstjenlig og realistisk. Det kan for eksempel være aktuelt med endringer i arbeidstid og/eller fysisk tilrettelegging midlertidig eller permanent. Det er imidlertid ikke noe til hinder for at arbeidstakeren er på aktiv sykmelding i sin ordinære arbeidssituasjon, når denne tilpasses helsesituasjonen og kravene til innsats og effektivitet reduseres tilsvarende.

Aktiv sykmelding kan være et egnet virkemiddel til utprøving og avklaring av arbeidsevnen.

I noen tilfeller kan det være aktuelt at arbeidstakeren prøves ut i en annen stilling eller annet sted i bedriften.

I 1999 var det om lag 24 000 personer som benyttet aktiv sykmelding, en økning på 9 000 fra 1998. Per 31. januar 2000 var det registrert 6 728 personer på aktiv sykmelding.

Trygdeetaten kan også yte stønad til *tekniske hjelpemidler*, ombygging av maskiner eller annet teknisk utstyr som er nødvendig for at arbeidstakeren skal kunne få eller beholde arbeid. Hjelpemiddel/utstyret skal være tilpasset den enkelte arbeidstaker. Stønaden fra folketrygden er utformet som en individuell rettighet. Slik stønad gis normalt ikke når kostnadene for arbeidsgiver

er under $\frac{1}{2}$ G. Arbeidsgivers egenandel er begrunnet med arbeidsgivers ansvar for tilrettelegging etter arbeidsmiljøloven. Det kan gjøres unntak for egenandel i spesielle tilfeller. Når det gjelder tilrettelegging i forbindelse med nytilsetting eller når arbeidstakeren har vært ansatt i mindre enn ett halvt år, er det ingen egenandel for arbeidsgiver.

Folketrygdens ytelser er rettighetsbasert og ikke avhengig av at det er midler igjen på budsjettet. Ytelsene er forbeholdt de som fyller folketrygdens medisinske inngangsvilkår.

Arbeidsmarkedsetatens virkemidler

Arbeidsmarkedsetaten kan bistå bedriftene med faglig veiledning i forbindelse med tilrettelegging av arbeidsforholdene for arbeidstakere som har spesielle behov.

Etaten kan også yte økonomisk bistand i form av *lønns og/eller driftstilskudd* i forbindelse med bedriftsinterne attføringstiltak. Lønnstilskudd kan gis med maksimum 50 prosent i inntil seks måneder, eventuelt 40 prosent i ytterligere 6 måneder. Driftstilskuddet kan gis med 113 kroner per dag. Maksimal støtteperiode er 12 måneder. Tildeling av støtte skjer på grunnlag av individuell handlingsplan.

Tilskuddsordningene til bedriftene har et beskjedent omfang. I 1999 var det 700 deltakere i snitt som var omfattet av tiltaket. Det er ikke krav om medisinsk lidelse/diagnose for å omfattes av ordningene. Tiltakene kan også brukes forebyggende, men er ikke noe en person har rett til.

Det tidligere krav om mønsteravtale, som favoriserte større bedrifter, ble avskaffet 1. januar 1999 for bedre å kunne nå små og mellomstore bedrifter. Omleggingen har også tatt sikte på å integrere sykefraværs- og attføringsarbeidet bedre i HMS- arbeidet i bedriftene.

Arbeidsmarkedsetaten kan også yte attføringspenger under arbeidstrening på arbeidsplassen dersom arbeidstreningen er godkjent som attføringstiltak. I slike tilfeller kan det også ytes attføringsstønad dersom vilkårene for rett til stønad et oppfylt. Videre kan arbeidsmarkedsetaten yte støtte til arbeidstrening i bedrift i form av attføringsstønad fra folketrygden.

Arbeidslivstjenesten (ALT) er en offentlig tjeneste underlagt arbeidsmarkedsetaten som skal gi informasjon og faglig råd og veiledning til bedriftene. Med etableringen av Arbeidslivstjenesten i 1994 ble det lagt vekt på å gi faglig bistand og veiledning på systemnivå i tillegg til økonomiske støtteordninger på individnivå.

Tjenesten kan blant annet bistå bedriftene i å utvikle metoder og rutiner for sykefraværsarbeid og bedriftsintern attføring. Tjenesten skal også gi informasjon om offentlige tilbud innenfor forebyggende arbeid og bidra til bedre samordning av offentlige etaters innsats. I retningslinjene for tjenesten er det lagt vekt på at innsatsen særlig skal rettes mot små og mellomstore bedrifter.

10.1.4.2 Utvalgets anbefaling

Oppfølging på arbeidsplassen forutsetter klare ansvarsforhold mellom myndighetene, og mellom arbeidsgiveren og myndighetene slik at målrettede tiltak kan settes i verk så raskt som mulig. Virksomhetene kjenner i for liten

grad til de hjelpe- og støtteordninger som finnes i forhold til bedriftsintern attføring. Spesielt små og mellomstore bedrifter trenger råd og veiledning i oppfølging av sykmeldte både på system- og individnivå.

Trygdeetaten har ansvaret for utbetaling av sykepengene og plikt til å påse at de individuelle vilkårene er oppfylt. Slik det fungerer i dag, er det i hovedsak trygdeetaten som har virkemidler som kan settes inn i sykmeldingsfasen. Arbeidsmarkedsetaten er ofte ikke inne i bildet før sykepengeretten er brukt opp og det er aktuelt med yrkesrettet attføring til annet arbeid.

For å skape ryddigere ansvarsforhold og for å gi et mer samordnet tilbud til arbeidstakere og arbeidsgivere foreslår *utvalget* følgende:

- Trygdeetaten får et entydig ansvar for å bistå arbeidsgiverne så lenge det arbeides med tiltak for at sykmeldte arbeidstakere skal kunne gjenoppta arbeidet i bedriften/virksomheten, herunder bedriftsinterne attføringstiltak.
- Det skal være kontaktpersoner på trygdekontorene som har ansvar for å følge opp sykefraværsarbeidet i virksomhetene og som skal gi et operativt tilbud til virksomhetene
- Trygdeetaten får koordineringsansvar mellom arbeidsgiver og primærlege/ helsetjenesten
- Trygdeetaten får virkemidler til å støtte opp under arbeidsgiverens oppfølging av sykmeldte og tilrettelegging av arbeidsoppgaver/plass (bedriftsintern attføring). Det kan for eksempel gjelde tilsvarende ordninger som i dag administreres av arbeidsmarkedsetaten:
- attføringsstønad under arbeidstrening som gis til arbeidsgiver for å kompensere for utgifter i forbindelse med arbeidstrening eller opplæring på arbeidsplassen.
- attføringsstønad til fadder og praktisk hjelp.
- dagens driftstilskuddsordning (under tiltaket Bedriftsintern attføring)
- Trygdeetaten skal i samarbeid med den sykmeldte og arbeidsgiveren så raskt som mulig, og som hovedregel innen 6 måneder avklare om det er behov for yrkesrettet attføring utenfor bedriften. I tilfelle skal saken oversendes til arbeidsmarkedsetaten.
- Trygdeetaten styrkes både med personell og kompetanse for å kunne etterkomme arbeidslivets behov for rådgivning og oppfølging.
- En konsekvens av den foreslåtte ansvarsdelingen vil være at Arbeidslivstjenesten overføres fra arbeidsmarkedsetaten til trygdeetaten.

10.1.5 Økonomiske tiltak for å redusere sykefraværet

10.1.5.1 Utvidet arbeidsgiveransvar

Etter utvalgets oppfatning må sykelønnsordningen utformes slik at den stimulerer arbeidsgiverne til å arbeide mer målrettet med å forebygge sykefravær, følge opp den enkelte sykmeldte og stimulere til nærvær. Virksomhetene har i dag ikke noe direkte økonomisk incitament for å få en sykmeldt arbeidstaker tilbake i arbeid etter endt arbeidsgiverperiode. Dette betyr imidlertid ikke at ikke langtidssykefravær medfører økonomiske kostnader for bedriftene i forbindelse med ansettelse av vikarer, tapt produksjon m.v.

Innføringen av to ukers arbeidsgiverperiode i 1978 var begrunnet med at arbeidsgiver ville motiveres til å iverksette tiltak på arbeidsplassen for å

redusere sykefraværet. Videre ble det argumentert med at arbeidsgiver har større mulighet enn trygdekontorene til å avdekke eventuelle misbruk.

Det har senere flere ganger vært vurdert å utvide arbeidsgivers ansvar for sykepenge-utbetalingene. I NOU 1990:23 »Sykelønnsordningen» blir utvidet arbeidsgiverperiode og delansvar for arbeidsgivere i deler av sykepengeperioden drøftet som et mulig tiltak for å øke bedrifters interesse for å sette i verk arbeidsmiljøtiltak som vil redusere sykefraværet. I NOU 1992:20 »Det gode arbeidsmiljø er lønnsomt for alle», foreslo utvalgets flertall å utvide arbeidsgiverperioden for å understreke arbeidsgivers ansvar for å sette i verk tiltak for å forebygge sykefravær. Dette ble fulgt opp i Ot.prp. nr 9 (1992-93) hvor det ble foreslått at arbeidsgiverperioden ble utvidet fra to til fire uker, samtidig som det skulle innføres et medfinansieringsansvar for arbeidsgiver med 20 prosent fra og med 13. sykefraværsuke. Forslaget ble ikke vedtatt på grunn av for dårlig kompensasjon for arbeidsgivers merutgifter [96]. Arbeidsgiverperioden er senere fra 1. april 1998 utvidet fra 14 til 16 kalenderdager.

Utvalget har vurdert ulike modeller for hvordan de økonomiske utgiftene ved sykefravær kan deles mellom arbeidsgiver og trygden for å gi arbeidsgivere et sterkere økonomisk incitament til å iverksette tiltak for å redusere sykefraværet.

Modell 1. Arbeidsgiver får det økonomiske ansvar for hele sykefraværsperioden

Å gi arbeidsgiver ansvaret for sykepengekostnadene i hele sykepengeperioden på ett år vil innebære et betydelig incitament for arbeidsgiverne til å iverksette sykefraværsforebyggende tiltak i bedriftene og for å legge til rette for at sykmeldte arbeidstakere skal komme tilbake i arbeid. Arbeidsgivers økonomiske ansvar vil også bidra til å understreke arbeidstakerens tilknytning til arbeidsstedet. En forutsetning for å gjennomføre en slik ordning vil være at arbeidsgiverne får hel eller delvis kompensasjon for økte merutgifter.

Som vist i kapittel 8 har Nederland gjennomført en ordning hvor arbeidsgiverne har det økonomiske ansvaret for sykepengeutgiftene i et helt år. Det er noe usikkert hvilken effekt utvidelsen av arbeidsgiverperioden har hatt for sykefraværet i Nederland. Økt økonomisk ansvar for arbeidsgivere har ført til at arbeidsgiverne tegner private forsikringer mot utgifter som følge av sykefravær. Det er også registrert en tendens til at arbeidsgivere er blitt redde for å ansette personer med risiko for stort sykefravær.

En ordning hvor sykepengekostnadene skal dekkes av arbeidsgivere fullt ut vil kunne føre til at personer med helseproblemer ikke får arbeid eller blir støtt ut av arbeidsmarkedet. For å hindre slike utestengnings- og utstøtingsmekanismer, vil det være nødvendig å etablere skjermingsordninger som fritar arbeidsgiver fra økonomiske kostnader ved å sysselsette personer med helseproblemer.

96. Forslaget ble kombinert med en reduksjon i arbeidsgiveravgift på 0,7 prosentpoeng.

Modell 2. Trygdeetaten og arbeidsgiver deler utgiftene til sykepenger etter en 50/50-fordeling fra første dag av sykefraværsperioden.

Det antas at utgiftene til sykefravær i dag er omtrent likt fordelt mellom arbeidsgiver og folketrygden. En ordning der arbeidsgiver betaler 50 prosent av sykepengeutgiftene fra første fraværsdag og ut hele sykepengeperioden vil derfor i utgangspunktet ikke medføre ekstra kostnader for arbeidsgiver. Å gjøre arbeidsgiver økonomisk ansvarlig også for det lange sykefraværet vil imidlertid kunne motivere arbeidsgivere i større grad til å iverksette tiltak for å hindre langtidsfravær. Arbeidsgivere som lykkes med tiltak på arbeidsplassen vil kunne oppnå store økonomiske gevinster.

Både arbeidsgiver og trygdekontor vil få administrativt merarbeid med en slik modell. Trygdekontoret vil måtte registrere og foreta utbetalinger i forbindelse med korttidsfravær, inkludert egenmeldt fravær.

Modell 3 Trygdeetaten får økonomisk ansvar for de 16 første dagene av sykefraværsperioden, mens arbeidsgiver dekker utgiftene for resten av sykefraværsperioden

Dette er det motsatte av dagens ordning. I likhet med det foregående alternativet er tanken at arbeidsgivere skal få større interesse i å forebygge langtidssykefravær. En ordning hvor trygdeetaten har det økonomiske ansvaret for korttidsfraværet vil innebære at arbeidsgiver ikke har noen direkte økonomisk gevinst ved å sette i verk tiltak tidlig i et sykeforløp. I perioder med lav produksjon kan det være lønnsomt for arbeidsgiver at ansatte tar ut korttidsfravær.

Modell 4. Økonomisk medfinansieringsansvar for arbeidsgiver i hele sykepengeperioden

Medfinansieringsansvar for arbeidsgivere vil innebære at arbeidsgiver dekker en viss prosentandel av sykepengeutgiftene også utover dagens arbeidsgiverperiode. Dette vil være et økonomisk incitament for å motivere arbeidsgiverne til å iverksette sykdomsforebyggende tiltak i bedriften. Arbeidsgivere vil ha interesse i å følge tettere opp sykmeldte arbeidstakere også etter utløpet av arbeidsgiverperioden, og arbeidstakerne vil kunne få en sterkere tilknytning til arbeidsstedet også når de er sykmeldt. Arbeidsgiver vil også ha større mulighet for å fange opp tilfeller som står i fare for å falle ut av arbeid for godt.

For å unngå at personer med helseproblemer utestenges fra arbeidslivet vil det være behov for å utvide gjeldende skjermingsordning for arbeidsgivere som sysselsetter personer med kroniske sykdommer og stor sannsynlighet for langvarig fravær. Ordningen vil innebære administrativt merarbeid både for arbeidsgivere og trygdeetaten.

10.1.5.2 Egenrisiko for arbeidstaker

Det er blitt hevdet at full inntektskompensasjon under sykefravær ikke gir tilstrekkelig incentiv til å komme raskt tilbake i arbeid. I de fleste andre land er det innebygd til dels betydelige elementer av egenrisiko i form av karensdag(er) og lavere kompensasjonsnivå. Karensdag(er) innebærer at det inn-

føres ventetid før det utbetales sykepenger, mens lavere dekningsgrad at arbeidstaker må dekke deler av inntektstapet ved sykefravær.

Karensdag

Ordningen med karensdag ble avviklet ved innføringen av nåværende sykelønnsordning i 1978.

I NOU 1990:23 ble gjeninnføring av karensdag drøftet som et mulig tiltak for å redusere sykelønnsutgiftene. Argumentasjonen for å gjeninnføre karensdag har vært at dette vil være virkemiddel for å redusere korttidsfraværet og å reduse arbeidsgivers kostnader i forbindelse med sykefravær. I den grad arbeidstakeren har et valg mellom å gå på jobb eller bli hjemme vil karensdag(er) være et økonomisk incitament for å gå på jobb. Det har videre vært hevdet at karensdag(er) vil motvirke misbruk av sykelønnsordningen ved at arbeidstakere kamuflerer skoft under dekke av sykefravær.

I Sverige ble karensdagen gjeninnført i 1993. Innføringen av karensdagen var et av mange tiltak som ble satt i verk i Sverige på begynnelsen av 1990-tallet for å få ned sykefraværet. En analyse gjennomført av Riksförsäkringsvärket viste at antall endags sykefravær i 1994 var redusert med 68 prosent sammenlignet med 1993. Fraværstilfeller med varighet på 1-7 dager ble i samme periode redusert med 38 prosent. Disse endringene antas å kunne tilbakeføres til innføringen av karensdagen [97]. Edgerton (1997) fant at innføringen av én karensdag i Sverige hadde en marginal effekt på sykefraværssannsynligheten på -1,1, det innebærer en nedgang i sykefraværet på rundt 17 prosent.

I Norge er det gjennomført et par prosjekter som har sett på effekten av å fjerne ordningen med karensdager i 1978 [98]. Mastekaasa (1987) fant at endringen i 1978 økte menns fravær betydelig, men at endringene ikke hadde en tilsvarende effekt på kvinners fravær. Dyrstad og Lysø (1998) fant heller ikke at avskaffelsen av karensdagen hadde noen effekt på kvinners korttidsfravær. Derimot fant de at endringene bidro til en langsiktig økning i menns korttidsfravær på 23 prosent, mens langtidsfraværet for kvinner og menn økte med hhv. ca. 14 og 22 prosent. Dyrstad (1999) finner at avskaffelsen av karensdagen førte til at kortidsfraværet økte med 8 prosent. Her finner han ingen effekter på langtidsfraværet og han skiller heller ikke mellom kvinner og menn. Disse tre ovennevnte studiene benyttet alle data fra NHO sin sykefraværsstatistikk. En studie som benytter AKU data finner ingen effekt av endringene i 1978 på sykefraværet (Kolstad 2000 [99]).

Ved innføringen av en karensdag i Danmark i 1983 falt sykefraværet den første tiden. Men etter en kort periode gikk sykefraværet opp til samme nivå som før innføringen. Da ordningen ble avviklet i 1987 økte en-dags fraværet for de statsansatte med over 70 prosent, to-dagers fraværet økte med nærmere 40 prosent, mens det øvrige fraværet stort sett var uendret.

97. Innføringen av flere tiltak i løpet av en kort tidsperiode gjør det ikke helt uproblematisk å vurdere virkningen karensdagen isolert sett.
98. I 1978 ble det som kjent foretatt flere endringer i sykelønnsordningen i tillegg til å fjerne karensdagen. Det er noe uklart i hvilken grad disse studiene tar hensyn til dette. Det er kun Dyrstad (1999) som eksplisitt skiller mellom effekten av karensdag og de andre tiltakene.
99. Under publiserin

Basert på undersøkelsene referert ovenfor, kan en tentativt anta at korttidsfraværet vil gå ned med om lag 15 prosent ved innføringen av én karensdag. Gitt at fraværet de tre første dagene utgjør omlag 25 prosent av det totale sykefravær, vil innføringen av én karensdag medføre en reduksjon i samlet fravær på rundt 4 prosent. Det er ikke lagt til grunn at også langtidsfraværet vil bli påvirket.

Ut fra økonomisk teori virker det rimelig at innføring av karensdag vil redusere korttidsfraværet. Men det kan også tenkes at arbeidstakere som først er blitt trukket en dag i lønn, i større grad kan være tilbøyelig til å bli hjemme en ekstra dag [100]. Videre kan innføringen av karensdag føre til at en del arbeidstakere går på arbeid selv om de er syke. Dette var blant annet erfaringen i Sverige. Karensdag vil kunne slå ulikt ut for ulike grupper av arbeidstakere. Muligheten for å jobbe til tross for (delvis) sykdom vil avhenge av arbeidets art og hvordan arbeidet er organisert. Det er for eksempel vanskeligere å utføre tungt fysisk arbeid eller arbeid som innebærer relasjonell kontakt når man ikke er frisk, enn å sitte alene på et kontor med papirarbeid.

En ordning med karensdag(er) vil kunne få relativt store økonomiske konsekvenser for personer med kroniske lidelser som medfører hyppig korttidsfravær, og forutsetter skjermingsordninger for personer med kroniske lidelser og stor risiko for hyppig fravær.

En innvending mot innføring av karensdager har vært at det vil skape ulikhet mellom grupper av arbeidstakere hvis det ikke samtidig innføres ordninger som sikrer lik praksis. Erfaringer fra andre land (eks. Danmark og Nederland) viser at det ofte inngås avtaler mellom arbeidsgiver og arbeidstaker som garanterer arbeidstaker full lønn fra første dag selv om det eksisterer karensdager [101].

Utvalget anbefaler ikke innføring av karensdag.

Redusert dekningsnivå

I dag ytes sykepenger med 100 prosent dekningsnivå opp til 6 ganger folketrygdens grunnbeløp (kr. 294 540,- per 1. mai 2000). Norge er et av få europeiske land som har 100 prosent lønnskompensasjon ved sykefravær fra offentlige trygdeordninger.

Det vanligste argumentet mot et dekningsnivå på 100 prosent er at arbeidstakerne ikke har noe økonomisk incitament for å komme så raskt som mulig tilbake i arbeid. Det er rimelig å anta at redusert dekningsnivå vil føre til redusert sykefravær. Sykepengeordningen er den trygdeordningen som en må anta i størst grad gir den enkelte mulighet for strategisk økonomisk motivert atferd, spesielt i forhold til korttidssykefravær. Da dekningsnivået ble redusert i Sverige i 1991 gikk sykefraværet ned med 20-30 prosent.

Dekningsnivet kan reduseres i hele eller deler av sykepengeperioden. I motsetning til karensdag vil redusert dekningsnivå i hele eller store deler av sykepengeperioden også få betydning for det langvarige fraværet. Skattesys-

100. Det er blitt hevdet at dette foregikk i Danmark, men det er ikke tilstrekkelig dokumentert.

101. Ordningen med karensdag i Danmark ble opphevet i 1988 på grunn av mangel på sanksjonsmidler ovenfor arbeidsgivere som utbetalte sykepenger fra første fraværsdag.

temet medfører imidlertid at nedgangen i disponibel lønnsinntekt blir mindre enn nedgangen i lønn før skatt. For å motvirke for stor inntektsnedgang i forbindelse med sykefravær kan det etableres skjermingsordninger for personer med risiko for særlig stort sykefravær. Trygdeetaten kan for eksempel betale sykepenger med 100 prosent etter en viss tid.

10.1.5.3 Utvalgets anbefaling

Utvalget foreslår at arbeidsgivere får et økonomisk medansvar for sykepengeutbetalingene i hele sykepengeperioden. Arbeidsgiverne får dermed et større incitament enn i dag til å få langtidssykmeldte tilbake til arbeid og til å iverksette tiltak etter utløpet av dagens arbeidsgiverperiode.

Utvalget foreslår at arbeidsgivere får et medfinansieringsansvar på 20 prosent av sykepengeutbetalingene fra folketrygden fra og med 17. dag.

Forutsetningene for at arbeidsgiverne skal kunne ta på seg større økonomiske forpliktelser (utvidet medfinansieringsansvar og utvidelse av egenmeldingordningen), er at arbeidsgiverne gis større muligheter og flere virkemidler enn i dag til å sette inn effektive tiltak for å begrense sykefraværet. Sentrale virkemidler i denne forbindelse vil være:

- utvidelse av dagens ordning med kjøp av helsetjenester
- opplysningsplikt/funksjonsvurdering fra arbeidstaker blant annet for å kunne benytte utvidet egenmelding
- vesentlig utvidelse av dagens rammer til bedriftsintern attføring

Det forutsettes videre at dagens skjermingsordninger for arbeidsgivere som sysselsetter arbeidstakere med kronisk sykdom og særlig stor risiko for stort fravær utvides.

Utvalget mener at arbeidstaker også må bidra med en egenandel i forbindelse med sykefravær.

Utvalget forslår følgende endringer i sykepengene til arbeidstaker:

- Arbeidstakere bidrar med en egenandel på 20 prosent redusert lønn i arbeidsgiverperioden (16 dager). Fra og med 17. fraværsdag og til og med 52. uke foreslås det ingen endringer i sykepengene til arbeidstaker. Personer som blir sykmeldt på nytt etter friskmelding, vil igjen få redusert lønn med 20 prosent i en ny eventuelt flere arbeidsgiverperioder.
- Arbeidstakere kompenseres gjennom lavere folketrygdpremie for et tilsvarende beløp som arbeidstakerne gir fra seg gjennom 20 prosent egenandel. Trygdeavgiften nedsettes slik at arbeidstakergruppen som helhet kompenseres.
- Det innføres skjermingsordninger for personer med kroniske lidelser og risiko for hyppig sykefravær

Et *mindretall* i utvalget bestående av medlemmene Lekang, Johansen, Haaland, Halvorsen, Sanchez, Haugen, Sundby og Sørheim går i mot at arbeidstaker bidrar med en egenandel med 20 prosent redusert lønn i arbeidsgiverperioden. Det vises til nærmere begrunnelse i oppsummeringen under punkt 10.1.8.

10.1.6 Nærmere om skjermingsordninger

Utvidelse av arbeidsgiveransvaret for sykepenger og innføring av egenandel for arbeidstakere forutsetter skjermingsordninger for å unngå urimelige merkostnader for arbeidsgiver og arbeidstaker når arbeidstakerens helsetilstand pga. kroniske sykdommer innebærer risiko for hyppig eller særlig stort fravær.

Arbeidsgiver

Arbeidsgivere som sysselsetter personer med risiko for særlig stort sykefravær, kan i dag fritas fra å dekke utgifter til sykepenger i arbeidsgiverperioden. Formålet med ordningen er å hindre at personer med omfattende helseproblemer skal få problemer på arbeidsmarkedet.

Både arbeidstaker og arbeidsgiver kan søke om fritak.

At en arbeidstaker har en langvarig eller kronisk sykdom er ikke alene tilstrekkelig for å gjøre unntak for arbeidsgiveransvar. Sykdommen må i tillegg utgjøre en risiko for særlig stort fravær. RTV har lagt til grunn at sykefraværet må være på minst 35 dager per år for at vilkåret skal være oppfylt. Ved hyppige og kortvarige sykefravær som faller inn under nåværende arbeidsgiverperiode, anses vilkåret oppfylt selv om antallet fraværsdager per år er under 35 dager. Sykefraværet bør da være på minst 25 dager, fordelt på minst 5 fraværstilfeller.

Det er risikoen for særlig stort samlet sykefravær som skal vurderes. Det innebærer at et hvert sykefravær uansett diagnose omfattes av ordningen. Den alt overveiende delen av sykefraværet må imidlertid forventes å ha sammenheng med den langvarige eller kroniske sykdommen.

For å gjøre det lettere for funksjonshemmede som har gjennomført yrkesrettet attføring å komme i arbeid, kan det gjøres unntak for arbeidsgiveransvar for en begrenset periode (inntil ett år). Trygdekontoret skal på eget initiativ kunne ta dette opp med personen, eventuelt arbeidsgiver.

Svenskene har en skjermingsordning som innebærer at arbeidsgivere får refundert sykelønnsutbetalinger til personer med risiko for stort fravær på minst 28 dager i løpet av en 12 måneders periode.

Når arbeidsgiver får delansvar for sykepengene i hele sykepengeperioden, må gjeldende skjermingsordning utvides til også å omfatte den perioden som arbeidsgiver har økonomisk delansvar for sykepengene. I den forbindelse bør de nærmere vilkårene for å komme inn under ordningen vurderes. Dagens forsikringsordning i folketrygden for små bedrifter bør også utvides.

Arbeidstakere

Det er også behov for en skjermingsordning for arbeidstakere med risiko for stort sykefravær for å hindre urimelig stort inntektstap som følge av sykdom. Samtidig bør alle arbeidstakere bære en viss egenrisiko ved fravær.

Etter det skisserte opplegget vil fravær på gjennomsnittsnivå (11-12 dager i arbeidsgiverperioden) ikke medføre ekstra kostnader for arbeidstakere på grunn av kompensasjon gjennom endringer i trygdeavgiften. Arbeidstakere som har fravær utover 12 arbeidsdager i arbeidsgiverperioden vil i utgangspunktet få en inntektsreduksjon. I dagens skjermingsordning for arbeidsgi-

vere har en lagt til grunn en definisjon av særlig stort fravær som 35 dager per år eller 25 dager fordelt på flere fraværstilfeller i arbeidsgiverperioden. Dette er et fravær som er betydelig høyere enn gjennomsnittet. I Sverige betaler arbeidsgiver sykelønn fra 1. fraværsdag og får refundert utlegget fra forsäkringskassan når en arbeidstaker med kronisk sykdom og/eller risiko har mer enn 10 karensdager i løpet av en 12 måneders periode på grunn av samme sykdom

I forslaget til omlegging av sykelønnsordningen vil ikke arbeidstakere som er langvarig sammenhengende sykmeldt ha behov for spesiell skjerming da det kun er i arbeidsgiverperioden på 16 dager at arbeidstakerne skal bidra med egenandel på 20 prosent. For arbeidstakere som har en kronisk sykdom som kan medføre hyppige fravær i »egenandelsperioden» (de første 16 dagene i hvert nytt sykefravær), vil det være behov for et eget skjerming-stiltak.

10.1.6.1 Utvalgets anbefaling

- Gjeldende skjermingsordning for arbeidsgivere som har ansatt arbeidstaker som har langvarig eller kronisk sykdom som medfører risiko for særlig stort sykefravær utvides til også å omfatte den perioden hvor arbeidsgiver har delansvar for sykepengene.
- Forsikringsordningen for små bedrifter utvides betydelig.
- Kronisk syke arbeidstakere som har hyppig fravær i »egenandelsperioden», og som går inn under forannevnte skjermingsordning, skjermes ved at egenandelen begrenses til fravær i 12 arbeidsdager per år. Skjermingsordningen bør vurderes nærmere når en har høstet erfaring med ordningen.
- Det bør også vurderes å innføre en særskilt skjermingsordning for personer med så lave inntekter at det i dag ikke betales trygdeavgift.

10.1.7 Forholdet til likebehandling mellom arbeidstakergrupper

Det må foretas en nærmere vurdering av forholdet til eksisterende avtaler om full lønn under sykdom. Grunnloven er i utgangspunktet ikke til hinder for at man endrer folketrygdlovens regler om sykelønn. Rettslig sett vil Stortinget også kunne vedta en lov som reduserer arbeidstakernes rett til sykelønn utover det som til en hver tid er fastsatt i folketrygdloven. Arbeidslivets fri avtale- og forhandlingsrett nyter ikke noe grunnlovsvern som fratar lovgiver myndighet til å fastsette begrensninger i hva partene lovlig kan avtale.

Folketrygdloven § 1-2 åpner adgang til å inngå avtaler, herunder tariffavtaler som utvider arbeidstakernes rettigheter etter folketrygdloven. I forbindelse med virkningstidspunktet for en lovendring oppstår enkelte spørsmål knyttet til rettigheter i tidligere inngåtte individuelle avtaler om sykelønn og i løpende tariffavtaler. Inngrep i eksisterende avtaler innenfor avtaleperioden vil kunne være i strid med grunnlovens § 97 dersom inngrepet rammer på en vilkårlig eller urimelig måte. Ved vurderingen skal det legges stor vekt på de samfunnsmessige hensyn loven skal fremme.

Internasjonale forpliktelser Norge er bundet av vil også være av betydning ved gjennomføringen av forslaget. ILO-konvensjon nr. 87 og den europeiske

sosialpakt har bestemmelser som skal sikre frie forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår i tariffavtaler.

10.1.8 Helhetlig tiltakspakke – oppsummering

Den helhetlige tiltakspakken består av følgende elementer:

Bedre oppfølging av sykmeldte:

- Tidligere intervensjon og kvalitativt bedre oppfølging av sykmeldte for å forebygge langtidsfravær og »utstøting».
- Tiltakene skal forankres på arbeidsplassen og ansvarliggjøre arbeidsgiver og arbeidstaker
- Større vekt på funksjonsevne
- Aktiv dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver
- Mer målrettet bruk av offentlige støtteordninger for å støtte opp om tiltak på arbeidsplassen

Utvidet rett for arbeidstakere til å bruke egenmelding ved egen sykdom

Muligheten til å bruke egenmelding foreslås utvidet til 8 kalenderdager per sykefraværstilfelle med et samlet øvre tak på 24 dager per år. Forslaget forutsetter en utvidet egenerklæring med vekt på funksjon i forhold til arbeid og tett dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver.

Endringer i sykelønnsordningen

- Arbeidsgiver dekker 20 prosent av sykepengeutbetalingene fra folketrygden etter utløpet av arbeidsgiverperioden og ut hele sykepengeperioden.
- Arbeidstaker bidrar med en egenandel på 20 prosent i arbeidsgiverperioden.

Viktige forutsetninger:

Det forutsettes at tiltakspakken skal være kostnadsnøytral for alle parter i forhold til dagens gjennomsnittsfravær. Videre forutsettes det at alle tiltakene ses som en del av en balansert helhet. Dette er en viktig forutsetning for at utvalgets flertall går inn for forslagene som ligger i tiltakspakken.

Det legges til grunn en forutsetning om at fraværet fordeler seg 50/50 mellom arbeidsgiver og folketrygden. Arbeidsgivers medfinansieringsansvar vil dermed kompenseres gjennom mindreutgifter til sykepenger i arbeidsgiverperioden. Redusert fravær vil gi en gevinst for arbeidsgivere. I motsetning til dagens ordning vil dette gjelde for reduksjon i fravær etter utløpet av arbeidsgiverperioden.

Videre forutsettes det at arbeidstakers inntektsreduksjon i arbeidsgiverperioden kompenseres gjennom en generell reduksjon i trygdeavgiften. Det legges til grunn at personer med et gjennomsnittsfravær på 11-12 dager fraværsdager per år i arbeidsgiverperioden ikke skal tape på omleggingen. Dette innebærer at personer med gjennomsnittinntekt og ett langt fravær ikke vil få noen inntektsreduksjon. Personer med hyppige korttidsfravær vil kunne få større reduksjon i inntekt, mens personer som har fravær lavere enn dagens gjennomsnitt vil komme bedre ut enn i dag.

Det forutsettes at dagens skjermingsordninger for arbeidstakere som har langvarig eller kroniske sykdommer som medfører særlig stor risiko for sykefravær utvides til også å omfatte den perioden hvor arbeidsgiver har delansvar for sykepengene. Videre forutsettes at dagens forsikringsordning i folketrygden for små bedrifter med få ansatte utvides betydelig.

Det forutsettes videre at »egenandelen» for arbeidstakere med kroniske lidelser og stor risiko for hyppige korttidsfravær skal omfattes av skjermingsordningen. Belastningen for arbeidstakere som omfattes av skjermingsordningen foreslås begrenset til 12 fraværsdager per år.

Særmerknad fra mindretall:

Utvalgets medlemmer Halvorsen, Haugen, Haaland, Johansen, Lekang, Sanchez, Sundby, Sørheim har tatt dissens på innstillingens forslag om endring av sykelønnsordningen.

> »Arbeidstakere har rett til sykepenger ved sykdom i arbeidsgiverperioden. Arbeidstakerorganisasjonene har over tid fremforhandlet rettigheter som innebærer full lønn under sykdom, for mange arbeidstakere. Disse medlemmene kan derfor av prinsipielle grunner ikke gå inn for forslaget om en økonomisk fordeling mellom folketrygden, arbeidsgiver og arbeidstaker som innebærer en lovfesting/allmenngjøring av at alle arbeidstakere får 20 prosent bruttolønnsreduksjon i arbeidsgiverperioden.
>
> Graden av *sysselsetting* har en klar sammenheng med sykefravær. Høy sysselsetting gir høyt sykefravær, mens høy arbeidsledighet gir reduksjon i sykefraværet.
>
> Vi har høy yrkesaktivitet i vårt land sammenlignet med de fleste andre land i Europa, spesielt blant eldre og blant kvinner. Det ønsker vi skal fortsette. Selv om dette vil føre til et høyere sykefravær, og at flere har rettmessig krav på sykelønn og uførepensjon når helsa ikke lenger strekker til.
>
> Det må settes et sterkere fokus på *forholdene på dagens arbeidsmarked* som bidrar til at arbeidstakerne slites ut før tida. Høyt tempo, store krav til omstillingsevne, «smileyrker», «trøste og bære»yrker, økende bruk av kvelds- og nattarbeid, stor grad av overtid i deler av arbeidslivet, er noen av de faktorene som påvirker helse og trivsel i negativ retning
>
> Endrede konkurranseforhold, globalisering og internasjonalisering av økonomien kan føre til en utvikling der krav til tempo og yteevne for de som skal være i arbeid ikke vil bli mindre de nærmeste årene. *Søkelyset bør derfor settes på generelle tiltak som bidrar til at folk ikke forbrukes i et for høyt tempo.*
>
> Det er ikke holdepunkter for at nordmenn generelt har fått dårligere helse siden begynnelsen av 90-tallet. Økning i sykefravær/uførepensjonering kan derfor ikke skyldes endringer i befolkningens helsetilstand isolert. Det handler om helse og yteevne i forhold til de krav som arbeidslivet stiller. *Det skal fortsatt være lov til å være syk,* og være borte fra arbeid under sykdom. Sykefravær kan være en måte å forlenge den yrkesaktive perioden på.
>
> Som virkemiddel i forhold til langtidsfravær vil forslaget ha ugunstig effekt fordi det signaliserer manglende tillit til arbeidstakere. Korttidsfraværet er ikke økende, og skoft er ikke et problem av en slik størrelse at det er behov for å endre sykelønnsordningen. *Korttidsfraværet har vært så godt som stabilt de siste 10 årene. Dette på tross av*

økte krav til omstilling, nedbemanning, osv. Det er derfor nærliggende å konkludere med at arbeidstakerne er svært lojale og pliktoppfyllende ovenfor sin arbeidsgiver og at graden av "sykenærvær"er et større problem en før antatt.

Redusert lønn under sykdom vil ramme de med de laveste inntektene og de som har minst å gå på. Det vil for mange bli en ny «ekstraskatt» på sykdom, i tillegg til stadig økende egenandeler for legekontakt, på fysikalsk behandling og medisiner. Det er denne gruppen som i undersøkelser fra Sverige viser seg å ha høyest »sykenærvær». De går på jobb selv om de er syke og heller burde holdt seg hjemme. Mindretallet mener at ekstra økonomisk belastning for ovennevnte grupper ikke fører til bedre helse. De som i svært liten grad blir berørt av den foreslåtte endringen i sykelønnsordningen, er de som har stor selvstendighet i arbeidssituasjonen. Forslaget vil derfor bidra til økte forskjeller mellom grupper i samfunnet og spesielt ramme kvinner.

Fokus må i større grad rettes inn mot sykdomsforebyggende tiltak på arbeidsplassen. Det er fortsatt uløste problemer i forhold til det fysiske- og psykiske arbeidsmiljø på en del arbeidsplasser. I yrker med høyt tempo, høye krav til sosial imøtekommenhet, i »trøste og bære» yrkene, kreves det spesielle forebyggende tiltak for å få ned sykefraværet. Tiltak som gir økt styring med egen arbeidssituasjon, som fremmer trivsel i jobben og som gir mulighet til å trene i arbeidstida, vil etter all erfaring bidra til å forebygge behovet for sykefravær i slike jobber. Et arbeidsliv der det er mulig å være i jobb uten å yte mer enn 100% hele tida vil både bidra til å forebygge sykefravær og redusere behovet for å tre ut (bli presset ut) av arbeidslivet når helse og yteevne reduseres (det inkluderende arbeidsliv).»

10.1.9 Økonomiske konsekvenser knyttet til endringer i sykelønnsordningen

I det følgende drøftes nærmere de økonomiske konsekvensene ved gjennomføringen av de foreslåtte endringene i sykelønnsordningen.

Tabell 10.1: Fordeling av gevinster og reduksjoner i mill kroner ved omlegging a sykelønnsordningen

Part:	Gevinst	Reduksjon	Merknad
Arbeidsgiverne			
	3980		Redusert sykelønnsutbetaling
	505		Redusert arbeidsgiveravgift på sykelønn
		3980	20 pst delansvar sykelønn
		505	20 pst delansvar sykelønn, red arb.avgift
Arbeidstakerne			
	2405		Redusert trygdeavgift
	1425		Lavere skatt på sykelønn
		3980	Redusert sykelønn
	150		Skjermingskostnader
Staten			
	3980		Lavere sykelønnsutbetalinger i folketrygdperioden
		2405	Mindre inntekter fra redusert trygdeavgift
		1425	Mindre skatteinntekter fra sykelønn
		150	Skjermingskostnader

Nivået på sykepengeutgiftene er basert på anslag i St. prp. nr.61 (1999-2000) (RNB)

Tabellen viser fordeling av gevinster og reduksjoner for arbeidsgiverne, arbeidstakerne og for staten [102], gitt ingen atferdsendring. Som det går fram av tabellen baserer de foreslåtte endringer seg på at ingen av partene skal tape på omleggingen. Dersom intensjonene med endringene oppnås i form av lavere sykefravær, vil dette medføre en økonomisk gevinst for alle parter.

For arbeidsgiverne medfører redusert lønnsutbetaling i arbeidsgiverperioden en gevinst på 3 980 mill. kroner, denne motsvares av en tilsvarende reduksjon som følge av at arbeidsgiverne medfinansierer sykefraværet utover arbeidsgiverperioden. Staten får i utgangspunktet en gevinst som følge av lavere sykelønnsutbetaling tilsvarende arbeidsgivernes reduksjon, men på grunn av lavere skatteinntekter og utgifter til skjermingsordninger vil nettogevinsten bli lavere. Tilsvarende vil arbeidstakernes reduksjon som følge av egenandel på sykefravær reduseres som følge av lavere trygdeavgift, skjermingskostnader og lavere skatt på sykelønn.

Virkningstallet for en prosentenhets endring i trygdeavgiften for lønnstakere kan anslås til 5 mrd. kroner. For at prinsippet om kostnadsnøytralitet skal oppfylles medfører endringene i sykelønnsordningen at trygdeavgiften vil kunne reduseres med om lag 0,5 prosent.

102.Staten er her regnet som skattemottaker (inkludert skatt til kommunene) og ansvarlig for folketrygden. Statens ansvar som arbeidsgiver er inkludert i tallene under arbeidsgivere (som består av summen av private og offentlige arbeidsgivere).

Disse regnestykkene forutsetter ikke endring av atferd. Enhver endring av atferd vil sannsynligvis være positiv (reduksjon i sykefravær) slik at alle parter kommer ut med gevinst i gjennomsnitt. Det vil altså si at ved en statisk tilnærming vil alle parter komme nøytralt ut. Ved å regne med dynamiske effekter vil alle parter tjene på dette.

Forutsetning knyttet til fordeling av utgifter i dag

Den viktigste forutsetningen er at fraværsutgiftene fordeler seg 50/50 mellom trygdeperioden og arbeidsgiverperioden. Om antallet fraværsdager er like mange i arbeidsgiverperioden som i trygdeperioden, må også utgiftene knyttet til hver enkel fraværsdag være lik for at utgiftene skal fordele seg 50 prosent. Hvis for eksempel hver fraværsdag i arbeidsgiverperioden er noe dyrere enn hver enkel fraværsdag i trygdeperioden, vil utgiftene i arbeidsgiverperioden være høyere enn 50 prosent. [103]

Dynamiske effekter

Hensikten med omleggingen er bl.a. å endre incentivene i systemet for å oppnå redusert fravær. Det kan tenkes følgende dynamiske effekter:

- Lavere fravær i arbeidsgiverperioden på grunn av at det stimulerer til nærvær
- Forlenget effekt av dette også i trygdeperioden
- Delansvar for arbeidsgiverne vil motivere til bedre oppfølging/ arbeidsmiljø.
- Redusert tilgang til uførepensjon mv

Som referert til i kapittel 8.2.4 var det meget betydelige effekter på korttidsfraværet av det reduserte dekningsnivået som ble gjennomført i Sverige i 1991. Endringene som ble gjennomført i Sverige var imidlertid mer omfattende enn de som utvalget foreslår. Det er også vanskelig å forutsi hvordan denne type endringer vil slå ut i Norge i dag i en situasjon med mye lavere arbeidsledighet enn i Sverige.

En kan illustrasjonsmessig regne med følgende effekter:

Det er lagt til grunn at samlet fravær tilsvarer om lag 40 mrd kroner i samlede sykelønnsutgifter (både arbeidsgiver og trygdeperioden). Selv med små utslag målt i prosent kan effekten i forhold til redusert sykelønnsutbetalinger være betydelig.

Tabell 10.2: Redusert fravær som effekt av omlegging av sykelønnsordning (Innsparing i mill kroner)

Effekt	Lav alt.	Høyalt
I arbeidsgiverperioden	400 (2 pst)	2400 (12 pst)
I trygdeperioden	200 (1 pst)	1200 (6 pst)
SUM	600	3600

103. Det kan antas at det er tilfelle i og med at langtidsfravær sannsynligvis er høyere forholdsmessig blant personer med lav inntekt enn blant personer med høy inntekt.

Den sterke veksten i fraværet i Sverige i de senere år tilsier en viss forsiktighet i å legge til grunn en sterk permanent reduksjon i fraværet. Iverksetting av forebyggende tiltak på arbeidsplassen kan ta tid. Slik sett kan det være at effekten i trygdeperioden kan komme etter hvert. Imidlertid kan en omlegging av systemet skape så mye oppmerksomhet rundt betydningen av å redusere fraværet at en kan få en positiv »aksjonseffekt» også på kort sikt.

Effekten på lengre sikt kan også være at tilgangen til uførepensjon går ned slik at det også kan bli innsparinger her. En effekt kan være at det blir mer kostbart med eventuell »utstøtning» av arbeidskraft.

Merinntekter for arbeidsgivere i form av økt produksjon vil komme i tillegg. Det antas at en del korttidsfravær kan påvirke produksjonen/tjenesteytingen og medføre store kostnader som ikke kan avhjelpes av vikarinnsats.

Hvem tjener/taper på en omlegging?

A: Arbeidstakere:

Hvorvidt den enkelte arbeidstaker vil tjene på omleggingen, vil avhenge av to forhold:

Den enkeltes sykefravær og dermed hvorvidt avgiftsreduksjon kan oppveie de reduserte sykelønnsinntektene.

Gjennomsnittlig fravær i arbeidsgiverperioden anslås til om lag 12 dager i 2000. I og med at arbeidstakerne samlet bidrar noe til å finansiere en skjermingsordning for personer med mye fravær i arbeidsgiverperioden, vil »break even» være noe lavere, for eksempel om lag 11.5 dager. I gjennomsnitt vil den enkelte dermed tjene på omleggingen hvis vedkommende har under 11,5 dager fravær i arbeidsgiverperioden, og tape på den hvis fraværet er over 11,5 dager i arbeidsgiverperioden. Den maksimale gevinsten vil komme med 0 dagers fravær, da gevinsten vil være skattereduksjonen. Med inntekt på 260.000 kroner og en reduksjon i trygdeavgiften på 0,5 prosent, vil gevinsten være 1.300 kroner.

*Den enkeltes marginalskattenivå,*og dermed hvordan kompensasjonsordningen vil fungere i forhold til den enkelte.

Eksempel:

Det forutsettes likt fravær men forskjell i inntekt og dermed i marginalskatt:

Illustrasjonsmessig regnes det med 0,5 prosent lavere trygdeavgift

Person A: Inntekt 190 000 kroner [104]

730 kroner i inntekt hver dag. 11,5 dagers fravær, 20 prosent egenandel og 35 prosent marginalskatt Ø)

Tap = 1090 kroner

Redusert trygdeavgift: 950 kroner.

Person B: Inntekt 400 000 kroner

1540 kroner i inntekt per dag, 11,5 dagers fravær, 20 prosent egenandel og 49 prosent marginalskatt.

Tap: 1800 kroner

104.I intervallet 139 000 kroner til 166 000 kroner blir marginalskatten knapt 30 pst slik at effekten beskrevet over blir enda noe tydeligere.

Redusert trygdeavgift: 2000 kroner.

B: Arbeidsgivere:

Arbeidsgivere med forholdsvis like høyt eller like lavt fravær både i arbeidsgiverperioden og i trygdeperioden vil komme likt ut etter en omlegging. Innsparingen i arbeidsgiverperioden motsvares av merutgiftene i trygdeperioden. Arbeidsgivere med forholdsmessig høyt fravær i arbeidsgiverperioden og forholdsmessig lavt fravær i trygdeperioden vil vinne på omleggingen, mens en arbeidsgiver med forholdsmessig høyt langtidsfravær og forholdsmessig lavt korttidsfravær vil tape på omleggingen. Det er vel grunn til å tro at langtids- og korttidsfraværet varierer sammen (dvs at det er uvanlig med lavt korttidsfravær og høyt langtidsfravær og omvendt.)

Andre konsekvenser

En egenandel på 20% i arbeidsgiverperioden vil bare ha marginale effekter i forhold til arbeidstakernes framtidige pensjon.

Forslaget til endring av sykelønnsordningen medfører ingen endringer i forhold til dagens ordning ved fravær på grunn av barns sykdom. Det er heller ikke tatt med i beregningene.

10.2 Kjøp av helsetjenester

Kjøp av helsetjenester er etter hvert blitt et viktig virkemiddel i trygdeetatens oppfølging av sykmeldte. Forsøksprosjekt som ble etablert i 1997 er evaluert av Norsk institutt for By- og regionsforskning (NIBR) i 1999. Innholdet i NIBRs evaluering er presentert i kapittel 7. I forbindelse med behandling av revidert nasjonalbudsjett 1998 besluttet Stortinget at ordningen »Kjøp av helsetjenester» skulle utformes som et landsomfattende og permanent virkemiddel for oppfølging av sykmeldte.

Målet med ordningen har vært at sykmeldte skal raskere tilbake i arbeid. Det har vært en forutsetning at helsetilbudet til pasienter i ordinær helsekø ikke skal forringes som en følge av trygdeetatens muligheter til å kjøpe helsetjenester. Ordningen med »Kjøp av helsetjenester» skal være et ekstraordinært tiltak ved siden av ordinær virksomhet i helsevesenet og skal som hovedregel finne sted i det offentlige helsevesenet ved å utnytte ledig kapasitet. Dette betyr at ordningen også kan benyttes til å kjøpe private helsetjenester. Ved utvelging av pasienter skal det ikke tas hensyn til inntektsmessige forhold.

Trygdekontorene skal sørge for rekruttering av sykmeldte, mens fylkestrygdekontorene skal ivareta samhandlingen med helsevesenet. Fylkene er tildelt rammer som skal disponeres etter forutsetningene og fordeles utover året.

Erfaringene tyder på at rekrutteringspotensialet til ordningen er større enn det dagens ressursgrunnlag tilsier. I enkelte fylker er det tatt initiativ til ekstraordinær innsats overfor pasientgrupper som vil kunne ha følger for tilgangen på rekrutteringen av pasienter til ordningen. I 1999 fikk 5 200 pasienter tilbud om kjøp av helsetjenester. For 2000 rapporterte flere fylker om at tildelte midler var brukt opp i løpet av første halvår. I Revidert Nasjonal-

budsjett ble derfor bevilgningen vedtatt økt med 13 mill kroner til 59 mill kroner. Med denne ekstra bevilgningen er det i St. prp. nr. 61 fra 1999-2000 anslått at cirka 8.000 pasienter vil få tilbud om kjøp av helsetjenester i 2000.

Utvalget er av den oppfatning at ordningen med »Kjøp av helsetjenester» bør utvides ytterligere til å omfatte flere sykdomstilstander/diagnosegrupper og flere typer behandlingsformer.

En utvidelse av ordningen reiser flere problemstillinger som også ble diskutert da ordningen ble innført. Dette gjelder blant annet i hvilken grad kjøp av helsetjenester kan føre til tilpasninger i sykehussektoren, om ordningen kan føre til fortrengnings- og »direktøreffekter», eller økt tilbøyelighet blant leger til å sykmelde pasienter for at de skal komme raskere til behandling. Dette er problemstillinger som må vurderes nøye og tas hensyn til ved en videreutvikling av ordningen.

10.2.1 Samarbeid arbeidsgiver og trygdeetat

I forbindelse med arbeidsgivers oppfølging av sykmeldte kan det vise seg å være behov for særskilt behandlingstiltak, for eksempel enkel operasjon for at en sykmeldt arbeidstaker skal komme tilbake i arbeid. I slike situasjoner vil det være aktuelt at arbeidsgiver må kunne ta initiativ overfor trygdekontoret til kjøp av behandlingstiltak for arbeidstakeren. Slikt initiativ må tas i samarbeid med arbeidstakeren og vedkommendes lege. Det må sannsynliggjøres at arbeidstakeren kommer raskere tilbake i arbeid gjennom et slikt tiltak. Trygdeetaten må fortsatt ha den endelige avgjørelsesmyndighet om behandlingstiltak skal iverksettes.

10.2.2 Delfinansiering for arbeidsgiver

Utvalget har vurdert om arbeidsgiver skal dekke en viss andel av kostnadene ved behandlingstiltaket (samme andel som arbeidsgiver skal bidra med delfinansiering av sykepengene). Enkelte arbeidsgivere kjøper i dag operasjoner/behandlingstiltak til sykmeldte ansatte som de ønsker raskere tilbake i jobb. Selv om arbeidsgiver bare skal dekke en viss andel av behandlingsutgiftene, kan det reises spørsmål om arbeidsgiver vil prioritere arbeidstakere som anses viktige for bedriften (»direktøreffekt»).

Spørsmålet om arbeidsgivers delfinansiering aktualiserer også forhold ved dagens skattesystem. Etter dagens skatteregler blir arbeidstaker fordelsbeskattet og arbeidsgiver betaler arbeidsgiveravgift av kostnadene når arbeidsgiver kjøper operasjon eller annet behandlingstiltak til sine ansatte.

Spørsmålet om skattlegging av arbeidsgivers kjøp av helsetjenester til ansatte ble tatt opp av Finansdepartementet i brev til Stortinget av 3. desember 1999. I en interpellasjon i Stortinget 3. februar 2000 forsvarte den forrige finansministeren en skatteplikt både for arbeidsgiver og arbeidstaker hvis arbeidsgiver kjøper helsetjenester for ansatte. Bakgrunnen for interpellasjonen var en konkret sak der en flyver ble hofteoperert på arbeidsgivers regning og denne regelen fikk anvendelse.

Daværende finansminister Restad svarte 3. desember 1999 bl.a. følgende:

> "Skattelovens hovedregel er at enhver fordel vunnet ved arbeid er skattepliktig. Fordel i form av penger, naturalytelse eller annen økonomisk støtte likestilles i denne sammenheng. Dersom en arbeidstaker for eksempel får dekket utgifter til en operasjon ved en privat klinikk,

> stilles han bedre enn andre arbeidstakere i tilsvarende helsesituasjon hvor arbeidsgiver ikke dekker slike utgifter til privat behandling. Han har derfor mottatt en fordel i skattelovens forstand. Denne fordelen beskattes på samme måte som om arbeidsgiver i stedet hadde valgt å øke arbeidstakerens lønn med støttebeløpet. Dette innebærer både inntektsbeskatning hos arbeidstakeren og plikt til å svare arbeidsgiveravgift for arbeidsgiver.

Finansministeren gjorde rede for at en beskatning i slike tilfeller var nødvendig fordi en ellers ville få en skattemessig forskjellsbehandling mellom arbeidstakere ved at skattefrihet ville være avhengig av arbeidsgivers vilje og evne til å betale for privat behandling. Videre påpekte han at skattefrihet kunne åpne for at arbeidsgiver og arbeidstaker avtaler at den ansatte i større utstrekning skal lønnes ved at arbeidsgiver dekker vedkommendes private kostnader i stedet for å betale kontantlønn. Dette strider mot tanken om at det ikke skal være skattemessig avgjørende hvilken avlønningsform som velges. Regler om skattefritak ville endelig kunne innebære vanskelige grensedragninger med hensyn til hva som skal omfattes av fritaket, for eksempel hvilke typer lidelser, hvilken type behandling osv. som skal falle innenfor ordningen.

»Kjøp av helsetjenester» må fortsatt framstå som et offentlig, kollektivt tilbud. Dette legger begrensinger på hvordan et eventuelt arbeidsgiverbidrag kan utformes. Når en arbeidsgiver ikke kan påvirke beslutningen om kjøp av helsetjenester faktisk skal skje for en bestemt arbeidstaker, men bare har en henvisningsrett, er det ikke rimelig at arbeidsgivers bidrag knyttes direkte til behandlingskostnadene for den enkelte ansatte. Hvis så skulle skje, vil det for det første kunne tilbys behandling for arbeidstakere som arbeidsgiver ikke nødvendigvis ville prioritere, mens arbeidstakere som ønskes prioritert ikke får tilbud. For det andre vil det kunne tilbys mer kostbar behandling enn det arbeidsgiverne ville være tjent med å finansiere. På denne bakgrunn ville arbeidsgiverbidraget i større eller mindre grad få karakter av å være en avgift, og det er derfor ikke uten videre klart om et bidrag fra arbeidsgiverne til denne ordningen vil være ønskelig.

Utvalget ser behov for videre utredning av dette spørsmålet, slik at både de prinsipielle skattemessige spørsmål, samt den praktiske avgiftsutformingen, blir fullt ut belyst. Før en slik utredning er gjennomført vil ikke utvalget foreslå medfinansiering for arbeidsgiver.

10.2.3 Utvidelse til nye diagnosegrupper og behandlingsformer

I den eksisterende ordningen er det krav om at lidelsen skal være enkel og kunne behandles ved poliklinisk dagkirurgi eller ved kortvarig innleggelse. Behandlingsressursene skal settes inn der hvor de antas å ha størst mulig effekt, dvs i forhold til lidelser med god prognose og høy sannsynlighet for friskmelding og tilbakeføring til arbeid. Behandlingstilbud inkluderer utredning og operasjon. Utredninger kjøpes med sikte på operasjon. Ca 70 prosent av tilfellene som er blitt utredet ender opp med operasjon.

Utvalget mener at ordningen også bør kunne nyttes ved noe mer kompliserte operasjoner og til utredninger med sikte på medisinsk avklaring også når siktemålet ikke er operativt inngrep. Det kan være spesialistutredninger, for eksempel psykiatrisk utredning eller tverrfaglige utredninger for personer med sammensatte lidelser.

Å utvide ordningen til også å omfatte mer komplekse og sammensatte lidelser, vil kunne innebære høyere kostnad per behandlet tilfelle og resultater i form av rask tilbakeføring til arbeid vil bli mindre forutsigbare. Tidsfaktoren er imidlertid viktig for behandlingsresultatet ved denne typen lidelser. Utvalget antar at tidlig utredning og avklaring av arbeidspotensiale/funksjon vil kunne bidra til raskere tilbakevending til arbeid.

Dagens ordning med »Kjøp av helsetjenester» er basert på at det etableres et tilbud ved siden av det eksisterende behandlingstilbudet og som ikke forbruker ressurser som ellers ville vært brukt i håndtering av de ordinære ventelistene. En utvidelse av brukergruppen reiser spørsmål om det er mulig å etablere nødvendig behandlingskapasitet ved siden av det ordinære helsetilbudet og om personer som står på de ordinære ventelistene og ikke får tilbud om ekstraordinær innsats vil få lengre ventetid på behandling. En konsekvens av et utvidet tilbud om kjøp av helsetjenester vil kunne være en utilsiktet styrking av private tilbudet for enkelte grupper.

Det er i dag mangel på tverrfaglige utrednings- og behandlingstilbud for grupper med ubestemte, sammensatte lidelser. Det vises til nærmere omtale under 10.4. Trygdeetaten har etterlyst et helhetlig utredningstilbud for disse gruppene i forbindelse med oppfølgingen av sykmeldte og personer med rehabiliteringspenger.

Arbeidsgivere vil også kunne ha behov for å kunne henvise til denne typen utredning for å avklare arbeidstakerens arbeidspotensiale og behovet for tiltak på arbeidsplassen. Utvalget antar at eventuelle endringer i takstene for refusjon ved tverrfaglig behandling og mulighet for å kjøpe denne typen behandling, vil kunne stimulere til oppretting av tverrfaglige utredningsenheter innenfor det vanlige helsevesenet.

10.2.4 Kjøp av helsetjenester for psykiske lidelser

Sykefravær med psykiske diagnoser har stått for den største relative økningen de senere årene. Også når det gjelder tilgang til uførepensjon utgjør personer med psykiske diagnoser en stor andel. Samtidig blir det rapportert om at det er lange ventelister for å få et adekvat behandlingstilbud for personer med psykiatriske lidelser.

Tiltak på arbeidsplassen har i første rekke vært rettet mot å forebygge plager knyttet til muskel-skjelettlidelser som en antar har sammenheng med arbeidssituasjonen. Muskel-skjelettlidelser utgjør i dag den klart største gruppen av helseplager. Psykiske lidelser har gjerne flere, og mer sammensatte årsaksfaktorer. I motsetning til mange muskel-skjelett lidelser kan ikke psykiske lidelser forebygges ved fysisk tilrettelegging av arbeidsplassen. Psykiske lidelser vil gjerne også kreve en annen type oppfølging og behandling enn hva som tilbys gjennom primærhelsetjenesten. Problemene i dag med det eksisterende behandlingstilbudet for personer med psykiske lidelser er både knyttet opp mot knappe ressurser og økonomiske forhold.

I likhet med mange andre lidelser er det også i forhold til psykiske lidelser viktig med tidlig intervensjon og oppfølging. Lange ventelister og generelt et dårlig behandlingstilbud fører til at personer med lettere psykiske lidelser ofte faller utenom det eksisterende behandlingstilbudet. I enkelte tilfeller kan dette føre til at lettere lidelser utvikler seg til å bli tyngre og mer alvorlige lidelser.

Utvalget er av den oppfatning at en styrking av behandlingstilbudet for personer med psykiske lidelser vil kunne bidra til å redusere sykefravær og tilgangen til uførepensjon. Kjøp av utredning/avklaring av helsetilstand til sykmeldte personer med psykiske lidelser bør kunne inngå i ordningen med »Kjøp av helsetjenester». Formålet må være å få til en tidligere avklaring av problemet og raskere retur til arbeid. Dersom det er behov for mer omfattende behandlingstiltak, vil vedkommende måtte henvises til ordinær behandlingskø. Det må være en forutsetning at tilbudet for pasienter i ordinær behandlingskø ikke forringes som følge av tilbudet. Det innebærer at en ordning med kjøp av helsetjenester til sykmeldte med psykiske lidelser vil måtte etableres ved siden av det ordinære helsetilbudet. Ordningen bør også omfatte kjøp av relevante opptrenings- og motivasjonstiltak.

Ordningen bør rette seg mot personer som vil kunne profittere på å få et kort og intensivt behandlingstilbud for å komme raskt tilbake i jobb. Et poeng ved å gi et kortvarig tilbud er å få den sykmeldte inn i en »god sirkel» der det å være jobb aktiv blir et positivt element.

Ordningen kan i første omgang gjennomføres som et prøveprosjekt i et begrenset antall fylker, hvor det så gjennomføres en evaluering som kan ligge til grunn for en videre vurdering av ordningen.

10.2.5 Overslagsbevilgning eller økning av bevilgningen etter vurdering av behov for det enkelte år

»Kjøp av helsetjenester» er i dag et rammestyrt tiltak basert på budsjettvedtak i Stortinget. Folketrygdens øvrige stønadsordninger er rettighetsbasert og finansieres gjennom overslagsbevilgninger. Med økt pasientvolum som følge av at flere diagnoser/sykdomstilstander og behandlingstilbud inkluderes og arbeidsgivere også skal ha mulighet til å henvise sykmeldte arbeidstakere til ordningen, vil det være behov for økte ressurser/bevilgninger.

Utvalget har vurdert om ordningen bør være regelstyrt (overslagsbevilgning). Problemet med dagens rammestyrte ordning er å balansere forholdet mellom ressurser og etterspørsel. En sterkere grad av rettighetsfesting av tilbud om kjøp av helsetjenester vil på den annen side stille større krav til forvaltningsrettslige prinsipper både når det gjelder saksbehandling og krav til likebehandling geografisk og mellom ellers like tilfeller. I dag varierer tilbudet i noen grad mellom fylkene fordi behovene og behandlingskapasiteten varierer. De geografiske variasjonene har også sammenheng med ulik ressurstilgang, i form av teknologi, personell, medisinsk kompetanse m.v. Med en eventuell overslagsbevilging vil det måtte iverksettes tiltak for å sikre større grad av geografisk likebehandling.

Økt tilgang av pasienter i kombinasjon med at ordningen gjøres til en overslagsbevilgning vil kunne medføre økt press på helsevesenet. Kapasitetsproblemer i det offentlige helsevesenet vil sannsynligvis gjøre det vanskelig å unngå vridningseffekter i forhold til personer i ordinær helsekø. Det vil også kunne bli vanskelig å opprettholde kravet om at flest mulig tiltak skal foregå i offentlig regi.

Utvalget har ikke hatt mulighet til å utrede alle konsekvensene av en eventuell overslagsfinansiering og går derfor inn for en ordning med rammebevilgning, men forutsetter at rammene økes betydelig. Ved fastsettingen av de årlige rammene må det tas hensyn til om det er ledig kapasitet i helsevesenet

til å dekke behovet. En rammefinansiert ordning har den fordel at den vil være lettere å styre og kan lettere tilpasses dersom det oppstår uheldige vridningseffekter.

10.2.6 Utvalgets anbefaling

Utvalget mener at ordningen med »Kjøp av helsetjenester» bør utvides uten at ordningens sentrale prinsipper svekkes. *Utvalget* forutsetter at ordningen skal være samfunnsøkonomisk lønnsom ved at reduksjonen i sykefraværet og sykepengeutgifter forutsettes å være større enn utgiftene til ordningen. Følgende forutsetninger fra den opprinnelige ordningen opprettholdes:

- Helsetilbudet for pasienter i ordinær helsekø skal ikke forringes
- Kjøp av helsetjenester skal være et ekstraordinært tiltak på siden av ordinær virksomhet i det offentlige helsevesenet. Ordningen kan også benyttes til kjøp av private helsetjenester
- Det skal i utvalg av pasienter ikke tas hensyn til inntektsmessige forhold
- Det foreslås en utvidelse av ordningen etter følgende kriterier:

- Bevilgningen økes betydelig. Rammene fastsettes etter forslag fra Sosial- og helsedepartementet som foretar en samlet vurdering av behovet for det enkelte år sett i forhold til behandlingskapasiteten i helsevesenet.
- Ordningen begrenses ikke til spesielle lidelser, men bør som hovedregel ikke gjelde ved innleggelse. Ordningen kan også benyttes til å kjøpe utredningstjenester til personer med sammensatte lidelser og til opptreningstiltak.
- Det etableres forsøk med mulighet til å kjøpe kortvarig avklaring/behandling/opptreningstiltak for personer med psykiske lidelser
- Kjøp av helsetjenester skal bare foretas dersom dette med overveiende sannsynlighet fører til friskmelding og rask retur til arbeidet. Trygdeetaten skal vurdere om dette kriteriet er oppfylt
- Det forutsettes at ordningen følges opp ved løpende evaluering for å måle effekten av behandlingtiltakene på sykefraværet, og for løpende å vurdere virkninger i forhold til det øvrige behandlingsapparatet.

Særuttalelse fra medlemmene Jørgensen og Riise:

> «I de tilfeller hvor kjøp av helsetjenester ikke omfattes av denne ordningen og hvor arbeidsgiver likevel vil betale for behandlingen, skal det ikke utløse skatteplikt for arbeidstaker og arbeidsgiver.»

10.3 Nærmere om funksjonsvurdering

Funksjonsevne sier noe om en persons psykiske, fysiske og sosiale ressurser i forhold til de oppgaver vedkommende skal utføre i arbeid, fritid og i forhold til personlige gjøremål. Når arbeidsevne skal vurderes, vil funksjonsevne ofte være et bedre mål enn diagnose. Ved å legge større vekt på funksjon vil oppmerksomheten rettes på hva den enkelte kan gjøre til tross for medisinske plager.

Kvinnehelseutvalget (NOU1999:13) pekte på at vurdering av funksjonsevne er et bedre grunnlag for tildeling av trygdeytelser enn kravet til sykdom og diagnose. Det vises her til at mange av de typiske ubestemte kvinneplagene

kjennetegnes ved at funksjonsevnen er dårlig, samtidig som det er vanskelig å finne en klar diagnose som årsak til funksjonsnedsettelsen.

Det pekes videre på at ved å legge større vekt på funksjon framfor diagnose vil det bli lettere å finne fram til riktige tiltak i arbeidslivet.

Vellykket tilbakeføring til arbeidslivet avhenger i stor grad av den enkeltes motivasjon og mestringsevne og vurdering av egen situasjon. Den enkeltes vurdering av egen funksjon i forhold til arbeid er viktig. Dette vil framkomme av egenmeldingen, jf 10.1.2.

Funksjonsvurdering som grunnlag for sykmelding vil som tidligere nevnt også kreve økt medvirkning fra virksomheten. Arbeidstaker vil i større grad være forpliktet til å utnytte sin funksjonsevne/arbeidsevne, mens arbeidsgiver må legge forholdene til rette for at den ansattes funksjonsevne skal kunne utnyttes på best mulig måte.

Bedriftshelsetjenesten vil ha en sentral rolle i forbindelse med funksjonsvurdering av sykmeldte arbeidstakere. Når det ikke er etablert bedriftshelsetjeneste, må behandlende lege eller andre deler av helsetjenesten kunne foreta en vurdering av den sykmeldtes funksjon.

Tilrettelegging på grunnlag av en funksjonsvurdering vil innebære at arbeidsgiver får større innblikk i den sykmeldtes helseproblemer. Dette krever høy grad av tillit mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Taushetsplikten er en grunnleggende forutsetning for forholdet mellom lege og pasient. Tillitsforholdet er basert på at pasienten føler seg trygg på at opplysninger legen får, ikke bringes videre uten samtykke.

10.3.1 Ulike måter å foreta funksjonsvurderinger

Det gjøres en vurdering av funksjonsevne i trygdesystemet også i dag. Legen skal ved sykmelding vurdere pasients sykdom og funksjonsnedsettelse mot de krav som stilles til pasienten i arbeidssituasjonen. Denne vurderingen skal danne grunnlag for fastsetting av graden av nedsatt arbeidsevne. Behandlende lege har imidlertid ofte begrenset kjennskap til pasientens jobbsituasjon. Pasientens egen oppfatning av yteevne tillegges derfor stor vekt. Legen kan ta kontakt med pasientens arbeidsgiver for å få kartlagt arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon uten at dette bryter taushetsplikten.

Det er høsten 2000 innført en ny legeerklæring »Legeerklæring ved arbeidsuførhet». Dette er en felles legeerklæring som erstatter tidligere Sykmeldingsattest II og tidligere legeerklæring ved krav om rehabiliteringspenger, attføringspenger og uførepensjon. Legen er pålagt å beskrive hvordan pasientens funksjon er nedsatt. Legens vurdering skal baseres på sykehistorie og medisinske funn og en funksjonsundersøkelse.

Det nederlandske systemet

I Nederland er det spesielle trygdeleger som vurderer funksjonsevne i uførepensjonssaker sammen med et team bestående av ergonomer/arbeidskonsulenter. Behandlende lege har ikke anledning til å avgi legeerklæringer til trygdekontoret. Trygdelegen vurderer funksjonsevne og belastningsmuligheter, søkerens begrensninger og muligheter rent helsemessig. Det benyttes et skjema der det angis hvilke belastninger søkeren kan tåle, for eksempel hvor mange og hvor tunge løft. Muligheten til å bruke skjønn er

begrenset. Deretter foretar arbeidskonsulenten en vurdering av søkerens funksjonsevne og arbeidsmuligheter, blant annet på bakgrunn av utdanning og erfaring.

For å finne ut hvilke arbeidsoppgaver og jobber søkeren kan ha, benyttes datasystemet FIS (funksjonsinformasjonssystemet). Dette er utarbeidet av ergonomer. Hensikt med systemet har vært å benytte mest mulig objektive kriterier i funksjonsbeskrivelsen. Alle eksisterende stillinger i Nederland er i prinsippet lagt inn i systemet. Det er imidlertid krav om at den aktuelle stillingen eksisterer i arbeidsmarkedet (minst tre steder) og at forekomsten av jobben har en viss geografisk spredning. For hver stilling er det lagt inn en detaljert redegjørelse om fysiske belastninger i jobben, arbeidsoppgavenes art, kvalifikasjonskrav og lønn. Informasjon om søkerens utdanning og belastningsevne blir koplet opp mot dette systemet, som foreslår et visst antall stillinger som kan passe til søkerens kvalifikasjoner og funksjonsevne.

Det gjennomsnittlige inntektsnivået i de tre best betalte stillingene som det antas at vedkommende vil kunne utføre betraktes som den faktiske funksjonsevnen. I forbindelse med behandling av søknad om uførepensjon tas det ikke hensyn til om den aktuelle stillingen er ledig. Vedkommendes tidligere erfaring eller alder tillegges heller ingen vekt.

WONCA-skjemaet

Det såkalte WONCA skjemaet [105] er et eksempel på en mer omfattende funksjonsvurdering. Det eksisterer i dag seks såkalte COOP-WONCA funksjonsskjemaer for vurdering av fysisk og psykisk yteevne, problemer knyttet til daglige gjøremål og sosiale aktiviteter og vurdering av samlet helsetilstand. Dette er et internasjonalt anerkjent måleinstrument for å vurdere funksjonsevne og endringer i funksjonsnivå over tid. Systemet er testet mot andre spørreskjemaer om livskvalitet, og en har funnet god validitet og reliabilitet. Skjemaene er enkle å bruke og lette å forstå, og dermed innfrir de krav til bruk i daglig praksis og i forskning. Erfaringene ved å bruke dette skjemaet til å måle endringer i funksjonsevne er gode. Undersøkelser har vist at bruk av skjemaet kan gi verdifulle tilleggsopplysninger for legen. [106] Skjemaet har også den fordel at det fanger opp helheten i pasientens helsetilstand.

WONCA-skjemaet er utviklet som et instrument for å følge pasienten i allmennpraksis og ikke som et vurderingsskjema ved tap av arbeidsevne. Til bruk ved tildeling av trygdeytelser er det nødvendig å supplere skjemaet. Skjemaet (i bearbeidet form) ble brukt som en del av prosjektet Trygdepenger under kniven der NIBR evaluerte trygdeetatens kjøp av helsetjenester.

Skjemaet inneholder følgende opplysninger om pasienten:
Kjønn, alder, antall år utdanning, yrke og tidligere sykmelding.
Pasientens allmenntilstand måles med hensyn til::

- *Smerteplager* -I hvilken grad en har smerter: ingen, av og til eller alltid.
- *Arbeidsevne* - I hvilken grad plager medfører at evnen til å utføre vanlig arbeid er nedsatt: svært mye, mye, middels, ikke særlig eller ubetydelig

105.WONCA er den internasjonale foreningen for almennmedisin.
106.Berntsen B G; Natvig B og Winnem M; »Vurdering av egen funksjonsevne» i Tidsskr Nor lægeforen 1997;117.

nedsatt.

- *Fysisk helse*- Den største fysiske belastningen en kunne greid i minst to minutter i løpet av de to siste ukene: meget stor (løpe fort), stor (rolig jogging), moderat (rask spasertur), lett (gå i vanlig tempo) eller meget lett belastning (gå sakte).
- *Følelsesmessig problem* - Hvor mye en har vært plaget av psykiske problemer (indre uro, angst, nedforhet og depresjoner) i løpet av de to siste ukene: Svært mye, en god del, litt, ingenting eller vet ikke.
- *Daglige aktiviteter* - Vansker med å utføre vanlige gjøremål eller oppgaver innendørs eller utendørs grunnet fysisk eller psykisk helse i løpet av de to siste ukene: ikke vansker, lette vansker, til en viss grad, en god del vansker eller har ikke greid noe.
- *Sosiale aktiviteter* - Hvorvidt ens fysiske eller psykiske helse har begrenset sosiale aktiviteter og kontakt med familie, venner, naboer eller andre i løpet av de to siste ukene: ikke i det hele tatt, litt, til en viss grad, ganske mye eller i svært stor grad.
- *Bedre eller dårligere helse* - Vurdering av egen helse i dag, fysisk og psykisk, sammenlignet med for to uker siden: Mye bedre, litt bedre, omtrent uforandret, litt verre eller mye verre.
- *Samlet helsetilstand* - Vurdering av egen helse i alminnelighet i løpet av de to siste ukene. Svært god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig.

Endringer i funksjonsnivå måles ut fra om det har funnet sted en signifikant endring av gjennomsnittsskåre på hvert spørsmål.

I tillegg til WONCA skjemaet arbeider WHO med en ny klassifisering av funksjoner som skal ferdigstilles i 2001. Klassifiseringen bygger på at funksjon ikke er et entydig begrep, og skiller mellom funksjon på organnivå, funksjon som aktivitet og funksjon som deltakelse. Innen hvert av disse områdene skiller en mellom funksjon knyttet til biologiske, psykiske og sosiale faktorer. Selve klassifiseringen er omfattende, men brukes i forenklede versjoner i bl.a. Finland og blant norske fysioterapeuter.

I Storbritannia benyttes All Work Test til å foreta en generell vurdering av funksjonsevne etter 28 ukers sykmelding. Pasienten foretar selv vurderingen etter å ha fått tilsendt et skjema som inneholder 18 spørsmål med 5-7 graderte svaralternativer. Skjemaet dekker de viktigste funksjoner for å kunne utføre et hvilket som helst arbeid. Deretter innkalles personer med nedsatt funksjonsnivå til en utfyllende medisinsk undersøkelse som foretas av en spesielt utnevnt kontrollege. Utfallet av testen i form av skårer for biologisk og psykososial funksjon, avgjør om varige trygdeytelser skal tilstås. Beskrivelsen kan også benyttes til å finne arbeid/ yrker tilpasset den enkeltes funksjon.

10.3.2 Opplegg for enkel funksjonsvurdering

Målet med en funksjonsvurdering eller funksjonsbeskrivelse av en delvis arbeidsfør er at den skal tjene som et hjelpemiddel til bruk både av lege og arbeidstaker. Poenget for legene er at hun/han ikke trenger å ha full kjennskap til den enkeltes arbeidsplass og dens krav til funksjonsnivå, men vil gjennom en grov vurdering av funksjon likevel kunne gi en beskrivelse av hvilke oppgaver som kan eller ikke kan utføres i arbeidssituasjon.

Et slikt system vil imidlertid bli langt mer effektivt og hensiktsmessig dersom det knyttes til en beskrivelse av de krav til funksjonsnivå som må settes på den enkelte arbeidsplass (jobbanalyse). Dette vil være en viktig oppgave for bedriftshelsetjenesten.

Funksjonsgruppering

Med funksjonsgruppering forstås en grov inndeling av plager/ lidelser som beskriver funksjonsnivået til en delvis arbeidsfør person. I et slikt systemskjema krysses av for hvilke funksjoner som en lidelse eller skade har påført arbeidstakeren, og som det må tas hensyn til i arbeidssituasjonen.

Utgangspunktet er at et slikt system både skal være med å lette kommunikasjonen mellom arbeidstaker / bedrift og mellom lege/ bedrift. Systemet vil kunne bidra til å avklare om det er behov for mer detaljopplysninger om en persons funksjonsnivå i forhold til de krav som arbeidet setter.

For arbeidstakeren vil et slikt avkrysningssystem kunne fungere som et hjelpemiddel på egenmeldingsskjemaet til å beskrive eget funksjonsnivå, uten at arbeidstakeren blir presset til å oppgi hvorfor funksjonen er nedsatt, i form av diagnose.

Gruppeinndelingsskjema

Gruppe 1	Må av helbredsgrunner være borte fra arbeid.
Gruppe 2.	Generell helsesvekkelse. Kan utføre alt arbeid, men i redusert tempo.
Gruppe 3.	Kan ikke arbeide i støv/røykfylte lokaler.
Gruppe 4.	Kan ikke løfte tungt fra bakken.
	Kan ikke løfte tungt.
	Kan ikke arbeide med armene over skuldernivå.
Gruppe 5.	Må ha variert lettere arbeid.
Gruppe 6.	Kan ikke arbeide i kulde.
Gruppe 7.	Kan ikke ha arbeid som krever mye gange.
Gruppe 8.	Kan ikke arbeide i støyende miljø.
Gruppe 9.	Spesielle handicap, f.eks. må bruke krykker.
Gruppe 10.	Annet, f.eks. sykdommer i sanseapparatet.

10.3.3 Aktuelle aktører

Funksjonsvurdering skal være et hjelpemiddel både for lege, arbeidstaker, arbeidsgiver og trygdeetaten. Legens rolle er i dag å utrede, diagnostisere og behandle pasienten. Legen er videre en viktig premissleverandør for trygdeetatens vurdering av om de medisinske vilkår for stønad er oppfylt.

Legens utdannelse er rettet mot å påvise og behandle helsesvikt. Legene har mindre erfaring med hensyn til å beskrive og styrke ressurssiden hos pasientene.

En god funksjonsvurdering vil også kreve kunnskap om arbeidsmarkedet og de konkrete krav som stilles på den enkeltes arbeidsplass. Arbeidsgiver må opplyse om hvilke krav som stilles til den sykmeldte i arbeidssituasjonen og om kravet til funksjon i andre arbeidsoppgaver i bedriften som kan være aktuelle. Legen trenger imidlertid ikke å ha full kjennskap til den enkeltes arbeidsplass og dens krav til funksjonsnivå for å kunne foreta en grov vurdering av funksjon og gi en beskrivelse av hvilke oppgaver som kan eller ikke kan utføres i en arbeidssituasjon.

Ved lange sykeperioder vil det være behov for mer omfattende funksjonsvurdering eller utredning av arbeidstakerens/pasientens helsetilstand i forhold til arbeid. Det vil kunne være behov for et standardisert system for vurdering av funksjon. Tverrfaglig samarbeid er ofte en forutsetning for å kunne foreta en slik helhetsvurdering. I tillegg til leger, vil ergoterapeuter, fysioterapeuter og psykologer være aktuelle yrkesgrupper i et slikt samarbeid. Bedriftshelsetjenesten vil også som tidligere nevnt kunne ha en aktiv rolle. Bedriftshelsetjenesten er tverrfaglig sammensatt, har god kjennskap til arbeidsplassen, arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø. I mindre virksomheter vil bedriftshelsetjenesten ofte også kjenne den enkelte arbeidstaker.

10.3.4 Konsekvenser ved økt bruk av funksjonsvurdering

Funksjonsvurdering forutsetter en vurdering av personens helhetssituasjon. Andre forhold enn de rent medisinske vil også kunne ha betydning når arbeidsevnen skal vurderes.

En undersøkelse utført blant 89 leger viser at i 22 prosent av sykmeldingstilfellene var sosiale problemer en medvirkende årsak til sykmeldingen, inkludert arbeidsrelaterte problemer. [107]

Innskjerpingen av sykdomsbegrepet i 1991-1993 innebar en presisering av at sosiale og økonomiske problemer ikke gir rett til helserelaterte ytelser, og krav om årsakssammenheng mellom den medisinske lidelsen og redusert arbeidsevne. En konsekvens av at det legges større vekt på funksjon vil være at også andre enn rent medisinske forhold vil spille inn når det skal vurderes om en person er arbeidsufør. Dette vil isolert sett kunne føre til at vilkåret om medisinsk lidelse blir svekket og føre til økt bruk av trygdeytelser. Funksjonsvurderingen skal imidlertid være et hjelpemiddel for arbeidsgiver og arbeidstaker i forbindelse med tilrettelegging på arbeidsplassen. Ved å legge vekt på den enkeltes ressurser og muligheter skal funksjonsvurderingen bidra til å klargjøre hva personen kan utføre av arbeid til tross for redusert helse. Det antas at dette vil bidra til å redusere sykefravær og tilgangen til uførepensjon eller utsette uførepensjoneringstidspunktet.

Det er grunn til å anta at større vekt på funksjon vil føre til at flere sykmeldte kan arbeide, helt eller delvis. Dette vil kunne medføre økt bruk av graderte sykepenger, flere på aktiv sykmelding og oftere tidsbegrenset uførestønad i kombinasjon med arbeid.

---

107. Gulbrandsen P og Brage S;»Livssituasjon som grunn for sykmelding» I Tidsskr Nor Lægeforen 1998;118

Også økt bruk av hjelpemidler på arbeidsplassen må også kunne forventes.

10.3.5 Utvalgets anbefaling

Utvalget mener at større vekt på funksjon vil bidra til at sykmeldte kommer raskere tilbake i jobb. Funksjonsvurdering vil også være et viktig hjelpemiddel ved vurdering av behovet for trygdeytelser.

Utvalget anbefaler at det settes i gang et samarbeid mellom ulike fagmiljøer for å utarbeide et helhetlig opplegg for vurdering av den enkeltes funksjon i forhold til arbeid. Foruten medisinsk ekspertise, vil ergonomer, fysioterapeuter og psykologer være faggrupper som bør inngå i et slikt samarbeid.

10.4 Tverrfaglig utredning av sykdom og funksjonsnedsettelse

Mange langtidssyke med ubestemte sammensatte lidelser mangler i dag et tverrfaglig utrednings- og rehabiliteringstilbud som kan avklare den medisinske tilstanden og funksjonsnivå og bidra til opptrening av funksjonsevnen. I tillegg til fysiske plager vil mange utvikle psykiske symptomer som nedstemthet, oppgitthet, manglende tro på framtida og egne muligheter, redsler for å feile noe alvorlig, og usikkerhet i forhold til mulighet for bedring. Den sykmeldtes lege vil kunne ha behov for å henvise personer med sammensatte muskel- og skjelettlidelser til tverrfaglig utredning for å foreta funksjonsvurdering og avklare arbeidspotensialet og bistandsbehov. Trygdeetaten har også etterlyst tverrfaglige utredningsenheter/rehabiliteringssentra i oppfølgingen av sykmeldte og personer med rehabiliteringspenger. Personer med sammensatte lidelser blir i dag ofte sendt fra spesialist til spesialist uten at noen vurderer personens totale situasjon og funksjonsevne. Lange ventetider og mangel på samordnede rehabiliteringstilbud kan føre til passivisering av stønadsmottakere med sykepenger og rehabiliteringspenger. Tidsfaktoren er ofte av vesentlig betydning for om en rehabiliteringsprosess med sikte på tilbakeføring til arbeid blir vellykket.

Det er på forsøksbasis satt i gang flere tiltak for å bedre helsetilbudet og sikre tidlig utredning av personer med muskel- og skjelettlidelser og kroniske smertetilstander. Det vises blant annet til omtale av Trygd og rehabiliteringsprogrammet og forsøksvirksomheten i trygdeetaten i kapittel 7. Erfaringer fra forsøksvirksomheten er at tverrfaglig helhetlig behandlingstiltak bidrar til å bedre den enkeltes opplevde livskvalitet. En har imidlertid ikke kunnet dokumentere effekter i form av lavere sykefravær og raskere tilbakeføring til arbeid. Et unntak er »Bergensprosjektet aktiv oppfølging» som er et kontrollert forsøk hvor pasientene ble inndelt i ulike grupper med hensyn til antatt prognose. Dette forsøket viste at særlig pasienter med dårlig prognose hadde effekt av et tverrfaglig behandlingsopplegg.

I attføringsmeldinga (St. meld. nr. 39 (1991-92)) var det forslag om å sette i gang forsøk med trygdemedisinske vurderinger som skulle utføres som poliklinisk virksomhet ved sykehus som har rehabiliteringsenhet. Målet med denne virksomheten skulle være å foreta en tverrfaglig utredning av sykmeldte for å avklare om det foreligger attføringsbehov, avklare om de medi-

sinske vilkårene for trygdeytelser var oppfylt og å gi råd og vegledning til trygdekontor og kommunehelsetjenesten for oppfølging. Forslaget resulterte i utprøving av to ulike modeller. Det ble etablert en såkalt trygdemedisinsk poliklinikk (tverrfaglig team) i tilknytning til Fylkessykehuset i Buskerud og et kommunalt forankret forsøk i Stange. Det er foretatt en vurdering av de to tiltakene i rehabiliteringsmeldinga (St. meld. nr. 21 (1998-99) hvor det konkluderes med at istedenfor å satse på denne typen rehabiliterings/ utredningsenheter bør en prioritere å styrke det tverrfaglige rehabiliteringssamarbeidet i kommunene og satse på samarbeidsformer med kommunal eller fylkeskommunal forankring.

Det legges i rehabiliteringsmeldinga opp til at kommunene skal ha ansvar for å lette overgangen fra behandling/ rehabiliteringstiltak og tilbakeføring til arbeid. Det foreslås videre at det settes ned en arbeidsgruppe som skal vurdere om det er behov for endringer i folketrygdens takst og refusjonssystem i tilknytning til rehabilitering og behandling av personer med sammensatte lidelser. Meldinga legger også opp til en gjennomgang av opptreningsinstitusjonenes funksjon og rolle og endringer i finansieringsordningen der fylkeskommunene kan kjøpe tjenester av institusjonene.

10.4.1 Tverrfaglig enhet for smertemestring

Ved Regionsykehuset i Trondheim er det en tverrfaglig enhet for smertemestring med utgangspunkt i en vanlig smertepoliklinikk, drevet av anestesilege/ sykepleier. Enheten knyttet til seg et bredt spekter av spesialister som bistår i en felles drøfting av problemstillingen slik den framgår av henvisning. Det gjennomføres en konsentrert utredning av pasienten i løpet av en ukes tid - der de spesialistene som en etter drøfting i teamet finner nødvendig å bruke, gjennomfører sin fagspesifikke utredning. Deretter samles teamet og pasientens primærlege for å trekke konklusjon av utredningen, både i forhold til mulige behandlingsalternativer, men også for så langt som mulig å avklare funksjonsnivå og framtidig yrkesaktivitet. I teamet inngår anestesilege, spesialsykepleier, fysioterapeut med kompetanse på manipulasjon, fysioterapeut med psykomotorisk spesialutdanning og psykolog som faste deltakere. Teamet har tilgang på andre somatiske spesialiteter etter behov. I tillegg til utrednings- og kartleggingsfunksjon, jobbes det også i teamet med mestringsbearbeiding, individuelt og i grupper.

10.4.2 Refusjonstakster i forbindelse med tverrfaglig behandling – ryggpasienter

Det ble i 1997 innført en takst for tverrfaglig utredning av ryggpasienter når siktemålet var operasjon. Det forutsettes et samarbeid mellom minst to medisinske spesialiteter i samarbeid med minst en annen faggruppe. En tilsvarende tverrfaglig behandlingstakst ble innført i 1999 innen fysikalsk medisin og rehabilitering for behandling av pasienter som ikke skal opereres. Det ble gitt adgang til å nytte dobbel takst ved behandling av pasienter som mottar sykdomsrelaterte trygdeytelser (sykepenger, rehabiliteringspenger, attføringspenger og uførepensjon). Erfaringer fra prosjekter der en har prøvd ut nye behandlingstilbud til ryggpasienter har vist et betydelig potensiale for friskmelding og tilbakeføring til arbeid ved tidlig utredning og behandling.

Departementet forutsatte at de enkelte sykehus utnyttet sine utrednings- og behandlingsressurser på en mest mulig effektiv måte og at tilbudet til ryggpasienter er mest mulig integrert i sykehusets samlede tilbud til pasienter med lidelser i muskel- og skjelettsystemet.

I oppfølgingen av Rehabiliteringsmeldinga vurderes det å bruke takstsystemet til å fremme tverrfaglig samarbeid innenfor rehabilitering generelt og for utredning og behandling av personer med sammensatte lidelser spesielt. En del pasienter i denne siste gruppa vil ha behov for langvarige og sammenhengende konsultasjoner blant annet i forbindelse med utarbeiding av individuelle rehabiliteringsplaner.

10.4.3 Sykmeldte med sammensatte lidelser – kjøp av helsetjenester

Under ordningen »kjøp av helsetjenester» pågår det tre forsøksprosjekter for sykmeldte med sammensatte lidelser – foreløpig godkjent ut 2000. Prosjektet i Hedmark fokuserer på kjøp av tverrfaglig utredning for denne gruppen. Prosjektet i Nord-Trøndelag har etablert et rehabiliteringstilbud til langtidssykmeldte med kroniske lidelser og med diagnoser knyttet til muskel/skjelett eller lettere psykiske lidelser, der mestringstrening, avklaring av funksjonsevne og arbeidsplassutprøving står sentralt. Prosjektet i Aust-Agder retter seg spesielt mot rehabilitering av sykmeldte med korsryggglidelser, og har etablert et samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten i helsevesenet og trygdeetaten. Prosjektene skal evalueres. Evalueringen vil kunne gi nyttige bidrag med hensyn til organisering og innhold ved kjøp av rehabiliteringstjenester for sykmeldte med sammensatte lidelser.

10.4.4 Utvalgets anbefaling

Etter utvalgets oppfatning bør ordningen med kjøp av helsetjenester også kunne omfatte kjøp av utredninger og rehabiliteringstjenester, herunder spesialistutredninger og bredere medisinske- og helsefaglige utredninger. Det vises til 10.2.3.

For å stimulere det eksisterende behandlingsapparatet til å organisere tverrfaglige utrednings- og rehabiliteringstilbud til personer med sammensatte muskel- og skjelettplager, smertetilstander og andre ikke spesifikke sykdomstilstander, bør det vurderes å innføre en tverrfaglig behandlings- og utredningstakst for disse gruppene. Utvalget viser blant annet til de positive erfaringene fra »Bergensprosjektet aktiv oppfølging». Tilsvarende behandlingstilbud bør kunne etableres ved andre sykehus.

Utvalget mener videre at det må foretas en nærmere utredning av hvordan de yrkesmedisinske avdelingene kan styrkes og brukes som kompetansesentra for utredning av sammensatte problemer i forhold til arbeid.

10.5 Gravide arbeidstakere

10.5.1 Svangerskapspenger

Diagnosen svangerskap/fødsel/familieplanlegging utgjør om lag 9 prosent av alle sykepengetilfeller blant kvinner, og denne andelen har holdt seg konstant de siste årene. Den gjennomsnittlige varigheten av hvert sykepengetilfelle er

45 dager (1999). Forskning viser imidlertid at kvinner under svangerskap også har en overhyppighet av sykefravær med andre diagnoser enn svangerskap (jf kap 6).

Håndverksbedriftenes Landsforbund har i samarbeid med SINTEF Unimed og Norsk Kommuneforbund gjort en undersøkelse om gravide og sykefravær (1999). 630 små bedrifter fordelt på 7 bransjer deltok i spørreundersøkelsen. Det sentrale spørsmål var i hvilken grad bedriftene anså sykdom i forbindelse med graviditet som et problem. Blant bedrifter med gravide arbeidstakere i undersøkelsesperioden (1996-1998), mente 49 prosent at svangerskapsrelatert sykefravær var et problem. Det var forskjeller mellom bransjene. Frisørnæringen oppfattet i størst utstrekning dette fraværet som et problem, mens gullsmedene rapporterte minst problemer. Forfatterne mener at forskjellene kan forklares med at det er ulik kvinneandel i bedriftene, ulik gjennomsnittsalder i ulike bedrifter/bransjer og varierende belastning i arbeidet.

10.5.2 Rettigheter ved sykdom under svangerskapet

Kvinner har rett til *sykepenger* under svangerskapet ved arbeidsuførhet på grunn av sykdom. I rundskrivet til loven presiseres det at moderate svangerskapsplager ikke anses som sykdom i lovens forstand og ikke gir rett til sykepenger, mens komplikasjoner som går utover det ubehag som er normalt i et svangerskap anses som sykdom som kan medføre rett til sykepenger etter vanlige regler. Plager som er normale følger av svangerskapet skal vurderes i forhold til den enkeltes arbeidssituasjon. Arbeidsgiveren har plikt å tilrettelegge arbeidet og plikter etter krav fra trygdekontoret å gi en redegjørelse om mulige tiltak på arbeidsplassen for at en sykmeldt skal kunne komme tilbake i arbeid. Etter henstilling fra Sosialkomiteen har Rikstrygdeverket gitt signaler til allmennlegene om at praksis skal mykes opp slik at alle symptomer ut over det som er normalt i et svangerskap skal gi rett til sykepenger. Tidligere ble regelverket praktisert noe strengere, særlig i siste del av svangerskapet. Sosialkomiteen håpet med dette å redusere tallet på for tidlig fødte og redusere andre komplikasjoner ved fødsel.

Kvinnen har rett til *svangerskapspenger* dersom hun etter bestemmelser i lov eller forskrift blir pålagt å slutte i arbeidet fordi hun er gravid, og det ikke er mulig å omplassere henne til annet høvelig arbeid i bedriften. Svangerskapspenger beregnes på samme måte som sykepenger, men uten arbeidsgiverperiode. Dersom en arbeidstaker på grunn av graviditet ikke kan utføre sitt vanlige arbeid på grunn av fare for fosterskader, plikter arbeidsgiver i følge forskriftene å vurdere muligheten for tilrettelegging og omplassering på arbeidsplassen. Det er i de tilfeller der slik tilrettelegging og omplassering ikke er mulig, at en kan ha rett til svangerskapspenger. Et vilkår for denne ytelsen er at arbeidstakeren legger fram en bekreftelse fra arbeidsgiver om at omplassering ikke er mulig. Dersom det er tilstrekkelig å redusere arbeidstiden, kan det ytes graderte svangerskapspenger. Ifølge Rikstrygdeverkets rundskriv skal trygdekontorets saksbehandlere vurdere sykmeldingsattester for gravide med hensyn til om kvinnen er sykmeldt på grunn av en funksjonsnedsettelse eller om omplassering på arbeidsplassen kan være et alternativ. Dersom dette har vært vurdert, bør trygdekontoret vurdere om det kan tilstås

svangerskapspenger. Det presiseres i den forbindelse at det ikke er meningen at kvinnen skal presses tilbake i arbeid.

Forskriften om forplantningsskader og arbeidsmiljø omfatter arbeid med ioniserende stråling, cytostatika, narkosegasser. Formålet med forskriften er å beskytte arbeidstakere mot forplantningsskader og risiko for slike skader som følge av påvirkninger i arbeidsmiljøet. Forplantningsskade omfatter skade på den enkeltes forplantningsevne samt skade eller sykdom påført barnet som følge av påvirkninger forut for fødsel eller gjennom morsmelken. Påvirkningen i arbeidsmiljøet omfatter alle fysiske, psykiske og organisatoriske forhold i arbeidsmiljøet som kan gi forplantningsskader. Arbeidsgivere skal regelmessig vurdere om det foreligger risiko for forplantningsskader på arbeidsplassen og fastslå verne- og sikkerhetstiltak i tilknytning til slik risiko. Gravide eller ammende skal ikke settes til arbeid som medfører risiko for forplantningsskade, og arbeidsgiver skal sørge for omplassering til annet arbeid dersom påvirkning i arbeidsmiljøet kan gi slik risiko. Dersom slik omplassering ikke er mulig, må arbeidsgiver dokumentere dette skriftlig.

10.5.3 Bruk av svangerskapspenger

Bruken av svangerskapspenger er svært beskjeden. Antall personer som mottar svangerskapspenger har imidlertid økt fra 110 personer i 1996 til 565 i 1999. Utgiftene til svangerskapspenger har økt fra ca 7 mill. til 25,7 mill. i samme periode. Rikstrygdeverket mener at årsaken til denne økningen er at ordningen har blitt bedre kjent. Det er imidlertid hevdet fra flere hold at svangerskapspenger burde benyttes langt oftere. Forskrift om forplantningsskader er generell i formen, og mye tyder på at det er stor usikkerhet omkring anvendelsen av denne. Hvilke belastninger ved arbeidsmiljøet omfattes, og hvilke omfattes ikke?

Undersøkelser og avisoppslag tyder også på at det eksisterer et underforbruk på ordningen. En av grunnene kan være at det administrative ansvaret er uklart. Kommunal- og regionaldepartementet og Direktoratet for arbeidstilsynet har det overordnede ansvaret for oppfølging av forskriften til arbeidsmiljøloven. Svangerskapspengeordningen hører inn under Barne- og familiedepartementets ansvarsområde, mens Sosial- og helsedepartementet har det overordnede ansvaret for sykepengeordningen. Trygdekontorene har ansvar for utbetaling av fødselspenger, sykepenger og svangerskapspenger. Det er uklart hvem som har hovedansvaret for å informere om ordningen.

10.5.4 Erfaringer fra andre land

I Sverige er det ordningen med havandeskapspenning som tilsvarer de norske svangerskapspengene. Her kan gravide som, som en følge av arbeidsmiljøloven ikke kan fortsette å arbeide grunnet risiko for skade motta havandeskapspennig fra første dag av graviditeten. Gravide som har ensidig arbeid, tunge løft og lignende kan motta havandeskapspenning fra 60. dag inntil 10 dager før fødselstermin. Grensetrekkingen mellom havandeskapspenning og sykepenger er, som i Norge, noe uklar. Likevel er bruken av denne ordningen mer utbredt i Sverige. Mer enn 20 000 kvinner er registrert som mottakere (januar 2000).

I Danmark er en av fire sykmeldte i lengre perioder av graviditeten.[108] Lov om dagpenger ved sykdom og fødsel gir kvinner rett til dagpenger under graviditeten når arbeidet utgjør en risiko for fosteret. Gravide som mener at arbeidsplassen medfører risiko for fosterskade, blir henvist av sin primærlege til nærmeste arbeidsmedisinske sykhusavdeling. Det skal der foretas en risikovurdering av arbeidsplassen, ofte inkludert inspeksjon i den enkelte virksomhet. Videre skal vurderingen baseres på kunnskap om sammenhengen mellom arbeidsmiljøpåvirkning og risikoen for fosterskader. En må ta stilling til om kvinnen kan vende tilbake til arbeidet under uendrede forhold, hva som eventuelt skal endres, om omplassering er mulig eller om hun skal fraværsmeldes og hvor lenge. Arbeidsgiver plikter å foreta en vurdering av gravides arbeidsplass med henblikk på om den gravide utsettes for påvirkninger som kan innebære fare for graviditet eller amming. Arbeidstilsynet har sendt ut en anvisning (1996) som veileder om hva gravide kan utsettes for mht tunge løft, stående/gående arbeid, fysiske arbeidsmiljøpåvirkninger samt det kjemiske arbeidsmiljø.

10.5.5 Fritak for arbeidsgiverperiode ved svangerskapsrelatert sykefravær og andre foreslåtte tiltak

Håndverksbedriftenes Landsforening foreslår i sin undersøkelse om sykefravær under svangerskap at folketrygden bør dekke utgiftene til sykepenger i arbeidsgiverperioden dersom årsaken til sykefraværet er relatert til svangerskap. Dette er begrunnet med at kostnadene ved det svangerskapsrelaterte fraværet er høye for små bedrifter med høy kvinneandel, lav gjennomsnittsalder og stor arbeidsbelastning.

Det er flere innvendinger mot en utvidelse av ordningen med svangerskapspenger:

- Arbeidsgivers motivasjon for å legge til rette forholdene og iverksette nødvendige tiltak kan svekkes.
- Små bedrifter med lønnsutgifter inntil 40 ganger grunnbeløpet (om lag 1,9 mill kr) kan i dag forsikre seg mot ansvar for å betale sykepenger ut over tre kalenderdager. Mindre bedrifter med høy risiko for svangerskapsrelatert fravær vil i større grad enn i dag kunne benytte seg av denne ordningen.
- Det kan være vanskelig å skille mellom fravær som skyldes svangerskap og fravær som skyldes andre sykdommer i svangerskapet. Normale graviditetsplager anses ikke som sykdom. Alle symptomer som går ut over det som er normalt i et svangerskap gir rett til sykepenger på lik linje med andre sykdommer.

Forskrift om forplantningsskader og arbeidsmiljø forutsetter at det skal foretas en vurdering av risiko for skade på fosteret, og at arbeidsgiver skal tilrettelegge arbeidet eller omplassere den gravide for å unngå skade på fosteret. Hvis tilrettelegging/omplassering ikke er mulig, kan den gravide ha rett til svangerskapspenger fram til fødselspermisjonen starter. Bruk av svangerskapspenger vil kunne synliggjøre at det er arbeidsmiljøet, og ikke kvinnens helse, som ikke er tilfredsstillende.

108.Inger Schaumburg (1998); »Kvinders arbejde og graviditet».

I NOU 1999:13 *Kvinners helse i Norge* konkluderes det med at andre løsninger enn sykmelding bør velges dersom den gravide ikke er syk, men likevel ikke kan yte hundre prosent under graviditeten. Her nevnes det bl.a. at bemanningsplaner kan ta høyde for at en viss andel kvinner i en viss alder kan bli gravide eller trenge spesiell tilrettelegging, hvilerom og redusert arbeidstid. Generelt bør arbeidsgiver tilrettelegge arbeidsmiljøet slik at gravide kan fortsette i arbeid. Kvinnehelseutvalget anbefaler også økt bruk av graderte sykepenger for gravide, slik at de kan bevare tilknytningen til arbeidsplassen samtidig som det ikke kreves full innsats.

10.5.6 Pågående tiltak

Rikstrygdeverket og Direktoratet for arbeidstilsynet samarbeider for tiden om informasjon om ordningen med svangerskapspenger. Hensikten er å øke kunnskapen om ordningen hos de som utfører svangerskapsomsorg, arbeidsgivere, potensielle brukere og i trygdeetaten og arbeidstilsynet. Det er sendt informasjonsskriv til alle fylkestrygdekontorer og arbeidstilsynets distriktskontorer. Fylkestrygdekontorene pålegges å informere leger og å bidra til økt kunnskap om ordningen ved trygdekontorene. Fylkestrygdekontorene oppfordres til å gjennomføre disse tiltakene i samarbeid med arbeidstilsynets distriktskontorer. I tillegg har Rikstrygdeverket, Barne og familiedepartementet og Direktoratet for arbeidstilsynet planlagt ulike informasjonstiltak for å øke kjennskapen til ordningen.

10.5.7 Økonomiske konsekvenser ved en eventuell utvidelse av ordningen for svangerskapspenger

De økonomiske konsekvensene ved en eventuell utvidelse av ordningen for svangerskapspenger er betinget av hvor mange som vil omfattes av ordningen og utgiftene per stønadsmottaker. Som nevnt viser tall fra Rikstrygdeverket at 565 personer benyttet ordningen med svangerskapspenger. Med totale utgifter på 25,7 mill kroner gir dette en gjennomsnittlig utbetaling per mottaker av svangerskapspenger på rundt kroner 46 000

For å beregne nettovirkningen må en ta hensyn til at en eventuell utvidelse også vil medføre redusert brukt av sykepenger. På bakgrunn av tall for 1999 kan en anslå at et sykefravær med diagnoser knyttet til svangerskap/graviditet i gjennomsnitt medfører en utbetaling fra folketrygden på kroner 28.000.

Det er vanskelig å anslå nøyaktig hvor mange som vil omfattes av en ordning med utvidet svangerskapspenger. Dersom ordningen endres slik at 10.000 gravide oppfyller vilkårene – noe som kan virke som et rimelig anslag ut fra erfaringene i Sverige – vil dette medføre økte kostnader for folketrygden på 180 mill. kroner. Nedenfor presenteres tre alternativer for omfang ved en utvidelse:

Tabell 10.3:

Antall som omfattes av ordningen	5.000	10.000	15.000
Økte utgifter svangerskapspenger	230 mill.	460 mill.	690 mill.
Reduserte utgifter sykepenger	140 mill.	280 mill.	420 mill.
Nettovirkning for folketrygden	90 mill.	180 mill.	270 mill.

Tabellen tar ikke høyde for de kostnadene som folketrygden påføres ved at mange barn fødes for tidlig. I Norge er det beregnet 2 prosent (1200) flere for tidlig fødsler enn land vi ellers sammenligner oss med, og noen av disse kan sannsynligvis forebygges.

10.5.8 Utvalgets anbefaling

Utvalget mener at arbeidsplass og arbeidsmiljø i utgangspunktet bør være tilrettelagt slik at gravide kan stå i arbeid på lik linje med andre arbeidstakere.

Utvalget mener å ha belegg for at det i dag er et visst underforbruk av ordningen med svangerskapspenger. Enkelte gravide som skulle vært omplassert eller ha mottatt svangerskapspenger blir i stedet sykmeldt. En viktig grunn til dette er at ordningen med svangerskapspenger i dag er for lite kjent. Utvalget mener derfor at det må iverksettes tiltak for å gjøre ordningen mer kjent. Det må i den sammenhengen også avklares hvem som skal ha hovedansvaret for ordningen. Utvalget ønsker ikke å foreslå endringer i dagens forskrifter. Derimot mener utvalget at økt informasjon om ordningen vil medføre økt forbruk, noe som vil føre til at flere gravide kvinner får den riktige ytelsen.

Utvalget er innforstått med at det vil være gråsonetilfeller der det kan være tvil hvorvidt en kvinne skal tilstås svangerskapspenger eller sykepenger. I slike gråsonetilfeller tilrår utvalget en mer liberal praksis med hensyn til å tilstå svangerskapspenger. Dette må derimot ikke føre til at arbeidsgiver fraskriver seg sitt ansvar i forhold til tilrettelegging og omplassering på arbeidsplassen. Kvinner som blir syke i løpet av svangerskapet skal fortsatt tilstås sykepenger.

Utvalget anbefaler at forholdet mellom sykefravær, svangerskapspenger og fødselspermisjon utredes nærmere.

Kapittel 11
Tiltak for å redusere omfanget av uførepensjon

Nytilgangen av uførepensjonister er fra 1998 igjen kommet på godt over 30 000 i året. Prognosen tilsier at antallet uførepensjonister vil stige fra omlag 270 000 ved utgangen av 1999 til over 342 000 i 2005, dersom ingen tiltak iverksettes. Det er få som forsøker seg i arbeidslivet når de først har fått uførepensjon, dette til tross for flere endringer i regelverket for å motivere uførepensjonister til å komme tilbake i arbeid.

Det er spesielt bekymringsfullt at tilgangen til uførepensjonsordningen relativt sett øker mest blant yngre personer. Dersom det ikke iverksettes nødvendige tiltak, kan det føre til at denne gruppen blir varig utstøtt fra arbeidslivet. Det er også grunn til å være bekymret over at en stor og økende andel av uførepensjonistene kommer direkte fra sykepenger og over på uførepensjon. I 1998 kom om lag 35 prosent av alle nye uførepensjonister direkte fra sykepenger. Kortere saksbehandlingstid og beskjeden bruk av yrkesrettet attføring kan være en del av forklaringen. Det er viktig å utsette pensjoneringstidspunktet i den betydning at den enkelte får tilbud om behandling, yrkesrettet attføring og mulighet til å forsøke seg i arbeidslivet også med redusert funksjonsevne.

Det er ønskelig å redusere tilgangen til uførepensjon både ut fra hensynet til enkeltindivider og for samfunnet som helhet. For den enkelte fører uførepensjonering ofte til passivitet og manglende muligheter for å kunne bruke sine ressurser i ønsket og mulig grad. Arbeidsplassen antas å være en sentrale arena for integrasjon og deltakelse i det sosiale og samfunnsmessige fellesskap. Personer som blir utstøtt fra arbeidsmarkedet står også i fare for å bli utstøtt fra andre samfunnsarenaer. Rent samfunnsøkonomisk utgjør utgiftene til uførepensjon en stor del av trygdebudsjettet, og reduserer derfor handlingsmulighetene på andre områder.

Den mest effektive måten å redusere tilgangen til uførepensjonsordningen vil være å finn fram til tiltak som kan redusere *behovet* for uførepensjon. Det viktigste tiltaket for å forebygge uførepensjonering er gjennom tidlig intervenering på arbeidsplassen, det vises i den sammenhengen til tiltak drøftet i kap. 10.Det er også nødvendig å se nærmere på hvordan uførepensjonsordningen kan utformes for i størst mulig grad å hindre unødvendig utstøtning fra arbeidslivet. Dette kan blant annet gjøres ved å øke fleksibiliteten innad i uførepensjonsordningen, slik at færre blir varig uføre, og ved ålegge mulighetene til rette for at flere kan komme tilbake i arbeid helt eller delvis.

Innledningsvis i dette kapitlet vurderes ytelsesnivå, inngangsvilkår og ulike måter å revurdere uførepensjon på. Hovedvekten legges på vurdering av mulige tiltak som kan øke tilbakevendingen til arbeidslivet blant de som allerede er uførepensjonister, og diskusjon av tidsbegrenset uførestønad. Hensikten med slike tiltak er å redusere tallet på uførepensjonister og øke muligheten for å kombinere arbeid og trygd for de som ønsker det og har

helse til det. Slike tiltak slutter opp om arbeidslinja ved at tiltakene utformes slik at de stimulerer til arbeid heller enn trygd i den grad det er mulig.

11.1 Nivået på ytelsene

Utgifter til uførepensjon utgjør en betydelig andel av folketrygdens stønadsbudsjett. På det statsfinansielle plan fører veksten i antall uførepensjonister til reduserte frihetsgrader. På den ene siden er utgiftsdynamikken slik at en ikke ubetydelig andel av den realvekst en kan legge inn i statsbudsjettet det enkelte år blir bundet opp av utgiftsveksten i uføreordningen. Rommet for andre ønskede satsinger blir tilsvarende redusert. For det andre vil det i alminnelighet gå mange år før vedtak om endringer i ordningen vil gi nevneverdige utslag. Dette er de mest nærliggende grunner til at folketrygdens uførepensjon hele tiden vil være i budsjettmessig fokus, og det gjelder uansett om den ellers anses fornuftig innrettet. I forlengelsen av dette kan en argumentere for lavere ytelser.

Utvalget vi imidlertid ikke gå inn for å redusere ytelsene. *Utvalget* mener at de som av helsemessige årsaker ikke kan delta i arbeidslivet skal ha økonomiske stønader det er mulig å leve av. Analyser fra Utjamningsmeldinga (St.meld. nr. 50 1998-99) viser at uførepensjonister med minstepensjon eller en lav tilleggspensjon ligger like over grensen for lav-inntekt [109], og at mange mottar sosialhjelp i tillegg til uførepensjonen.

11.2 Inngangsvilkår

Et vilkår for å få uførepensjon er at den nedsatte arbeidsevnen skyldes sykdom, skade eller lyte. Innskjerpingen av vilkårene i 1991 poengterte at den medisinske lidelsen skal være en vesentlig grunn til nedsatt arbeidsevne og at at den medisinske lidelsen skal være vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Ved lovendring i 1995, ble det slått fast at den medisinske lidelsen skal ha medført en varig funksjonsnedsettelse som igjen er hovedårsaken til den nedsatte arbeidsevnen. Samtidig ble reglene noe oppmyket når det gjelder lidelser uten objektive funn, ved at det ikke lenger ble stilt krav om bred medisinsk enighet i det enkelte tilfelle. Lidelser uten objektive funn, som fibromyalgi, ble etter dette likestilt med andre lidelser.

Ytterligere innstramminger i de medisinske vilkårene vil kunne innebære:

- Strengere krav til objektivt registrerbare funn for rett til uførepensjon
- Utelukkelse av visse diagnoser fra uførepensjonsordningen
- Krav om at den medisinske lidelsen er *den* eneste årsaken til nedsatt ervervsevne

Utvalget mener at ytterligere innstramminger vil føre til særbehandling av noen lidelser i forhold til andre. Dette innebærer en fare for at sykdommer med symptombeskrivende diagnoser kan vurderes som mindre »verdige» for uførepensjon enn diagnoser basert på avvik fra normale fysiologiske pros-

109. Lav inntekt er her definert som inntekt etter skatt per forbruksenhet under halvparten av medianinntekten.

esser og funksjoner. Slike innstramminger vil i praksis representere en gjeninnføring av den gamle uføretrygdloven der uførepensjon bare gis dersom det kan påvises skader i vev eller skadelige prosesser. En rekke muskel og skjelettlidelser, og psykiske lidelser ville med dette ikke gi rett til uførepensjon. I stedet for å vurdere innstramminger i de medisinske vilkårene, er det utvalgets mening at fokus bør rettes mot disse arbeidsoppgaver som den enkelte kan utføre til tross for sykdom og lidelser (jf. kap 10.3 Funksjonsvurdering). *Utvalget* forventer at som følge av at det legges større vekt på den enkeltes funksjon vil tilgangen til uførepensjon bli redusert.

11.3 Uføregrad

Et mulig virkemiddel for å øke fleksibiliteten i uførepensjonsordningen er å åpne for lavere uføregrad enn 50 prosent. I Sverige er det mulig å få uførepensjon med 25 prosent uførhet. Om lag 3 prosent av uførepensjonistene har uførepensjon med 25 prosent uføregrad. I Finland kan en få delpensjon ved 40 prosent uførhet, mens Island og Danmark har 50 prosent uførhet som laveste grad. Nederland på sin side har sju klasser av uførepensjon, fra 15-25 prosent til 80-100 prosent ufør. Om lag 2/3 av de nederlandske uførepensjonistene har høyeste uføregrad.

Fra 1. mai 1997 er det innført en forsøksordning der en kan få uførepensjon ned til 20 prosent ett år etter at uførepensjonen ble innvilget (med minimum 50 prosent uførhet som vilkår). Hensikten er å tilrettelegge for at uførepensjonister kan trappe opp arbeidsinnsatsen om forholdene ligger til rette for dette. Erfaringene så langt viser at ordningen har vært lite benyttet. Det skyldes sannsynligvis at uførepensjonister tilpasser arbeidsinnsatsen til friinntektsgrensen på 1G. Ventetiden på ett år gjør også at ordningen er lite fleksibel.

En del personer som søker uførepensjon reduserer sannsynligvis idag arbeidsmengden mer enn ønskelig for å fylle inngangsvilkårene. De kan ikke trappe opp arbeidsinnsatsen igjen før etter ett år. I Statens pensjonskasse og kommunale pensjonskasser er det mulig å motta uførepensjon med lavere enn 50 prosent uføregrad. Av 34 843 personer som mottar uførepensjon fra Statens pensjonskasse per 31. desember 1999 var det 2 740 personer som hadde lavere uføregrad enn 50 prosent. Dette tilsvarer knapt 8 prosent av uførepensjonistene i Statens pensjonskasse.

Regjeringen Bondevik tok i St.meld. nr. 50 (1998-99) *Utjamningsmeldinga* til orde for å utvide gjeldende forsøksordning til også å gjelde *nye* uførepensjonister, men med 30 prosent uføregrad som inngangsvilkår. Forsøket er tenkt å gjelde for tre år i to-tre fylker. Det pekes på at en generell ordning med rett til uførepensjon når uføregraden er lavere enn 50 prosent vil gjøre uførepenjonsordningen mer fleksibel og gi reduserte uføreutbetalinger til enkelte. På den annen side vil en generell ordning med mulighet til å tilstå uførepensjon med lavere uføregrad enn 50 prosent fra første dag kunne medføre at langt flere fyller vilkårene for uførepensjon, og en vil få avgrensningsproblemer. Særlig blant eldre arbeidstakere vil det være mange som har redusert arbeidskapasitet som kan fylle vilkårene for uførepensjon. I meldinga er det lagt til grunn at det skal foretas en samlet evaluering av hvordan tiltak,

som har hatt som mål å motivere uførepensjonister til å prøve seg i arbeid, har påvirket arbeidsinnsatsen blant uførepensjonistene.

Da utjamningsmeldinga ble behandlet i Stortinget fikk forslaget om å iverksette en slik prøveordning tilslutning. Stortingsflertallet ba regjeringen vurdere om ordningen med 30 prosents uføregrad ved tilståelse burde gjøres permanent.

Utvalget vil ikke foreslå noen generell endring av inngangsvilkåret om 50 prosent nedsatt inntektsevne, men viser til pkt. 11.9 om tidsbegrenset uførestønad og pkt. 11.8. om avkorting av pensjon mot arbeidsinntekt.

11.4 Reaktivisering av uførepensjonister

Etter forslag i Attføringsmeldinga (St.meld. nr. 39 (1991-92)) ble det med virkning fra 1. januar 1993 gjort en tilføyelse i tidligere folketrygdlov som innebar en utviding og presisering av adgangen til å ta uførepensjonssaker opp til etterprøving. Målet var å gi uførepensjonister økte muligheter til å komme tilbake til arbeidslivet. En antok at mulighetene for en slik tilbakeføring ville bli større med et styrket attføringsapparat der arbeidsmarkedsetaten hadde et helhetlig ansvar.

Trygdeetaten ble tilført 40 nye stillinger til dette arbeidet, og det ble satt i verk et aktivt oppfølgingsarbeid overfor uførepensjonister i januar 1994. Av praktiske grunner ble det satset på en grundig oppfølging av et begrenset antall personer. Det ble rettet en henvendelse til de pensjonistene som ut fra alder, diagnose, tilknytning til yrkeslivet ol, ble antatt å ha størst muligheter for en tilbakeføring til arbeid. Disse fikk tilbud om frivillig deltagelse i et lokalt utformet reaktiviseringsopplegg.

Rikstrygdeverket har evaluert trygdeetatens reaktiviseringsarbeid i perioden 1. januar 1994 – 1. juli 1996. Av evalueringen framgår at arbeidet ble oppfattet som tidkrevende. Det var relativt få som fikk uførepensjonen redusert over tid, og det ble framhevet at resultatene ikke sto i forhold til innsatsen. Det ble foreslått at tiltaket ikke skulle videreføres slik det var drevet i prøveperioden, men at deler av reaktiviseringsarbeidet burde fortsette i en mer begrenset form som en integrert del av trygdekontorets veiviserrolle.

Prøveperioden foregikk parallelt med gjennomføringen av attføringsreformen. Arbeidsmarkedsetaten hadde derfor ikke kapasitet til å medvirke i særlig grad. De svake resultatene kan være preget av dette. Forsøkene med tilbakeføring til arbeid foregikk også i en periode med høy arbeidsledighet.

Den utvidete adgangen til å ta uførepensjonssaker opp til etterprøving ble ikke videreført i ny folketrygdlov som trådte i kraft 1. mai 1997. Det ble imidlertid med virkning fra mai 1997 vedtatt andre regeler som skulle motivere uførepensjonister til å forsøke seg i arbeid, herunder ordningen med friinntekt på 1G.

I *Utjamningsmeldinga* (St.meld. nr. 50(1998-99)) foreslås det at det videre arbeidet med reaktivisering av uførepensjonister skal skje gjennom nettverksprosjekter etter en liknende modell som for enslige forsørgere. Kjennetegn ved denne modellen er brukermedvirkning, selvutvikling og nettverksperspektiv. Det foreslås at det i første omgang settes i verk nettverksprosjekter i 3-4

fylker. Ved Stortingets behandling av utjamningsmeldinga støttet flertallet dette forslaget.

I motsetning til enslige forsørgere som i hovedsak er unge frisk kvinner, er gjennomsnittsalderen for uførepensjonister høyere, og de har i utgangspunktet en varig lidelse som har ført til nedsatt arbeidsevne. Det må likevel antas at en del uførepensjonister har en ubrukt funksjonsevne, og at deltagelse i aktivt og brukerorientert nettverksmiljø kan legge forholdene bedre til rette for en utnyttelse av denne. Aktiv bistand fra arbeidsmarkedsetaten vil i de fleste tilfeller være en forutsetning for tilbakeføring til arbeid på hel- eller deltid.

Utvalget støtter igangsettingen av nettverksprosjekter.

11.5 Revurdering av uførepensjon

Nederland har gjennomført en omfattende revurdering av tilståtte uførepensjoner. Alle uførepensjonister under 50 år ble revurdert, dette tilsvarer om lag 345 000 personer. I løpet av de to første årene etter regelendringen mistet nesten halvparten av uførepensjonistene som fikk revurdert saken sin pensjonen, og ble anmodet om å søke om arbeidsledighetstrygd som rette stønad. Som det framgår av kap. 8, kom vel 20 prosent av disse tilbake i arbeid eller økte antall arbeidstimer. 1/3 gikk over til privat forsørging mens 1/3 gikk over til andre stønadsordninger. Over tid vil revurdering gi færre omgjøringer av vedtak, bl a fordi stadig eldre uførepensjonister skal revurderes, og fordi nye uførepensjonister har kommet inn i ordningen etter at vilkårene ble strammet inn. Det er viktig å se disse resultatene i lys av at tidligere var også personer som hadde vansker på arbeidsmarkedet omfattet av den nederlandske uførepensjonsordningen.

Av folketrygdloven framgår det at uføregraden skal revurderes når det skjer vesentlige endringer i forhold som har betydning for inntektsevnen/arbeidsevnen (§ 12-12). Den uførepensjonerte plikter å underrette trygdekontoret om endringer i forhold som kan være avgjørende for om vedkommende fortsatt har rett til ytelsen, eller for ytelsens størrelse. Trygdeetaten har også hjemmel for selv å ta initiativet til å kontrollere om den som mottar en ytelse fortsatt fyller vilkårene. Trygdekontoret skal benytte sin lokalkunnskap, dataregistre og lignende for å avdekke eventuelle endringer i pensjonsgivende inntekt, sivilstand m.v.

På 1980-tallet ble det gjennomført tidsbestemte revisjoner av avgjorte uføresaker for å kartlegge om vilkårene for uførepensjon fortsatt var tilstede. Ordningen fikk et betydelig omfang og var svært tidkrevende, men ga små resultater. Det ble antatt at en av årsakene til de beskjedne resultatene var pensjonistenes behov for den økonomiske tryggheten som uførepensjonen ga. Et lite fleksibelt arbeidsmarked, liten aktivitet når det gjaldt attføring og formidling til arbeid er andre mulige årsaker til at revisjonen ikke førte til at nevneverdig flere kom i arbeid. Rikstrygdeverket anmodet på denne bakgrunn fylkesnemndene om å begrense disse revisjonene i vesentlig grad. Rikstrygdeverket har bedt trygdekontorene om å intensivere informasjonen til trygdemottakere om deres opplysningsplikt når det gjelder endringer av forhold som har betydning for stønaden.

Skal reaktivisering lykkes, er en i tillegg til den enkeltes motivasjon avhengig av at arbeidsgivere er interessert i å ta imot denne arbeidskraften, og at arbeidsmarkedsetaten bistår.

Utvalget mener at revurdering av uførepensjon bør ses i sammenheng med forslaget om å innføre en tidsbegrenset uførestønad. Dette vil bli vurdert i kapittel 11.9.

11.6 Mulighet for utvidet stønadstid med rehabiliteringspenger

Etter dagens regler skal rehabiliteringspenger som hovedregel bare kunne ytes i ett år, men med mulighet for lengre stønadsperiode i spesielle situasjoner. Begrunnelsen for ettårsregelen har vært at det i de fleste tilfeller vil kunne avklares etter to år med ytelser (1 år med sykepenger + 1 år med rehabiliteringspenger) om stønadsmottakeren skal tilbake i arbeid eller om uførepensjon er rett ytelse. Tidligere var det mange som gikk på rehabiliteringspenger i flere år uten tegn til bedring av arbeidsevnen. Unntaksmulighetene fra ettårsregelen er fastsatt i forskrift. Det er mulighet for unntak fra tidsbegrensningen i følgende tilfeller:

- Ved alvorlige sykdomstilstander eller større skader hvor den medisinske behandlingen tar lengre tid
- For rusmiddelmisbrukere som oppholder seg eller er under ettervern ved behandlingsinstitusjoner som står på fylkeskommunens helse- og sosialplan, og hvor behandlingen og rehabiliteringen strekker seg over flere år.
- Ved andre sykdomstilstander når medlemmet ved utløp av 52. uke fortsatt er under et aktivt behandlings- eller rehabiliteringsopplegg som gir mulighet for bedring av arbeidsevnen.
- I ventetid på behandling hos spesialist, ved sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon og det ikke framstår som hensiktsmessig å sette inn andre tiltak i venteperioden.
- Under aktivisering og arbeidstrening inntil 12 uker med mulighet til forlengelse i ytterligere 12 uker.

33 prosent mottar i dag rehabiliteringspenger utover ett år. 76 prosent av de som tilstås rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelsene har psykiske lidelser eller muskel- og skjelettlidelser, mange av sammensatt karakter.

Det er ingen tidsbegrensning for hvor lenge en person kan tilstås rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelsene, bortsett fra for rusmiddelmisbrukere hvor det i retningslinjene er satt en tidsbegrensning på 3 år og en generell tidsbegrensning ved aktivisering og arbeidstrening.

I unntaksbestemmelsenes bokstav c som omfatter over halvparten av tilfellene, er det satt spesielle krav til erklæring fra spesialist. Denne skal inneholde beskrivelse av behandlingsopplegget, prognose og tidsangivelse for sannsynlig bedring av arbeidsevnen.

I tilfeller der det ikke er dokumentert at det foregår noen aktiv behandling og/eller der hvor det ikke er mulig å gi en konkret tidsangivelse for sannsynlig bedring av arbeidsevnen, skal i utgangspunktet utbetalingen av rehabiliteringspengene stoppes. En praktisering av bestemmelsene på denne måten kan

imidlertid i mange tilfeller virke urimelig, da det ved mange sykdomstilstander ikke finnes noen adekvat behandling eller de behandlingsformer som har vært aktuelle allerede er utprøvd. Der det fortsatt foregår behandling dreier det seg ofte om vedlikeholdsbehandling.

Mange av de som får stoppet rehabiliteringspengene fordi det ikke foreligger noe reelt behandlingsopplegg med utsikt til bedring av arbeidsevnen, vil ikke fylle kravet om en varig lidelse i forhold til rett til uførepensjon. Samtidig vil mange være for syke til å gjennomføre yrkesrettet attføring.

Praksis ved trygdekontorene kan være forskjellig. I noen tilfeller vil personen fortsatt få rehabiliteringspenger inntil varighetskravet for uførepensjon anses oppfylt. I andre tilfeller vil vedkommende bli tilstått uførepensjon, mens andre vil få stoppet rehabiliteringspengene, uten å bli tilstått noen annen ytelse.

Problemene med et uklart grensesnitt mellom rehabiliteringspenger og uførepensjon medfører med andre ord at det kan foregå forskjellsbehandling i ellers ganske like saker. Rikstrygdeverket har tatt opp problemet med at det kan oppstå perioder der en person ikke har rett til ytelser, selv om de på grunn av sykdom er minst 50 prosent arbeidsuføre, med departementet, bl.a. i forhold til personer med »kronisk tretthetssyndrom». Ved denne lidelsen finnes det så godt som ingen adekvat behandling å gi samtidig som det er vanskelig å vurdere varigheten av lidelsen. I forhold til denne diagnosegruppen ble det utarbeidet egne retningslinjer hvor man tilpasset både rehabiliteringspenge- og uførebestemmelsene slik at ingen skulle måtte stå uten ytelse.

Trygderetten har også i flere kjennelser det siste året, gitt signaler om en oppmykning i kravet til aktiv behandling der legen ikke kan anbefale videre medisinsk behandling, men der det konkret kan angis tidspunkt for når utsikt til bedring av arbeidsevnen kan forventes. Rikstrygdeverket har på grunnlag av disse Trygderettskjennelsene tatt praktiseringen av unntaksbestemmelsens bokstav c opp med departementet og fått tilbakemelding om at praktiseringen bør skje i samsvar med Trygderettens kjennelser.

Etter *utvalgets* oppfatning bør det foretas en oppmykning av unntaksreglene for å kunne yte rehabiliteringspenger utover ett år for å hindre for tidlig uførepensjonering. Dette vil være i tråd med Trygderettens kjennelser og departementets vurdering. Det bør kunne tilstås rehabiliteringspenger i en lengre periode etter unntaksbestemmelsene der det (ved spesialisterklæring) kan dokumenteres at det ikke er noen behandling å gi pasienten utover vedlikeholdsbehandling og egenbehandling. Forutsetningen for en slik praktisering bør være at det foreligger utsikt til bedring på noe lengre sikt. Når en bedring kan forventes vil avhenge av lidelsens art.

Utvidet mulighet til å gå på rehabiliteringspenger lengre enn ett år vil kunne forhindre senere tilståelse av uførepensjon eller utsette overgang til uførepensjon. Forslaget må ses i sammenheng med forslaget om tidsbegrenset uførestønad. Rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad vil i noen grad kunne utfylle hverandre. I forslaget om tidsbegrenset uførestønad er det imidlertid ikke krav om at det skal foregå behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen.

Det bør også vurderes om det er andre former for behandling som vil kunne godkjennes som alternativ til medisinsk behandling og gi rett til rehabiliteringspenger.

I følge folketrygdlovens § 10-8 må det foregå aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen for at en person skal ha rett til rehabiliteringspenger. I ordlyden ligger det ingen begrensning i forhold til hvilke tiltak som kan godkjennes som aktiv behandling, selv om en til nå har praktisert at innholdet i aktiviteten i utgangspunktet skal være medisinsk behandling.

En har allerede utvidet tolkningen ved å godkjenne aktivisering og arbeidstrening som aktiv behandling. Som påpekt i mange sammenhenger, blant annet i rehabiliteringsmeldinga, er det behov for å utvide behandlingstilbudet for personer med sammensatte lidelser. Det er behov for nye tiltak/tilbud som ivaretar flere funksjoner og gir en mer helhetlig tilnærming i forhold til dagens behandlingstilbud. Tiltak i forhold til denne gruppen bør blant annet bygge på en tverrfaglig tilnærming, ha kompetanse på utprøving av arbeids/funksjonsevne, kunne gi tilbud om læring av mestring og gi tilbud om tiltak som ligger i grensesonen mellom terapeutiske og yrkesrettede tiltak.

Tilsvarende vil behandlingsopplegg for rusmiddelmisbrukere også ha en tverrfaglig tilnærming og det utvikles for denne gruppen stadig nye tilbud. Regelverket bør derfor tilrettelegges for de aktiviteter som denne behandlingen inneholder.

11.7 Yrkesrettet attføring

11.7.1 Tiltak for å utvide og forbedre attføringsvirksomheten

Mens tallet på mottakere av sykdomsrelaterte trygdeytelser (sykepenger, rehabiliteringspenger, uførepensjon) har økt sterkt de senere år, har tallet på mottakere av attføringspenger holdt seg relativt konstant fra 1995 til 1999 [110]. I samme periode har det vært en sterk økning i nye uførepensjonister til tross for at forholdene på arbeidsmarkedet er blitt bedre. Antallet tilfeller som tilstås uførepensjon uten at det er prøvd attføring har økt.

Den beste strategien for å forebygge uførepensjonering er å følge opp og sette inn tiltak tidlig i sykmeldingsfasen mens personen fremdeles har en arbeidsgiver. For personer som ikke kan beholde tidligere arbeid eller omplasseres på arbeidsplassen, vil det neste skrittet være å prøve yrkesrettet attføring til annet arbeid. En del uførepensjonssøkere vil ikke ha vært i arbeid eller har ingen aktuell arbeidsgiver. Det kan gjelde personer som er født uføre eller er blitt uføre i ung alder og personer som av andre grunner har vært midlertidig ute av arbeidslivet. Det er viktig at også disse vurderes for relevante rehabiliterings- og attføringstilbud som gjør at flest mulig kan delta i arbeidslivet enten på fulltid, eller med en kombinasjon arbeid og trygd.

I følge folketrygdlovens § 12-5 er det et vilkår for rett til uførepensjon at søkeren skal ha gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring. Når det skal vurderes om behandlings- eller attføringstiltak er hensiktsmessig skal det

110. Det er registrert en vekst i antall mottakere av attføringspenger første halvår 2000, en vekst som startet høsten 1999.

blant annet legges vekt på alder, utdanning og arbeidsmuligheter. I St.prp. nr. 61 (1999-2000) Revidert Nasjonalbudsjett legges det opp til at kravet om at attføring skal være forsøkt før uførepensjon kan tilstås skal innskjerpes. Det anses som særlig viktig at yngre personer med muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser får tilbud om yrkesrettet attføringstiltak.

Det presiseres også at Sosial- og helsedepartementet og Arbeids- og administrasjonsdepartementet skal gi samstemte og klare signaler til trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten om at attføring skal være prøvd før uførepensjon kan tilstås. Dette er senere fulgt opp gjennom et felles brev fra departementene til Rikstrygdeverket og arbeidsmarkedsetaten. Det går her fram at arbeidsmarkedsetaten i alle overførte saker skal foreta en vurdering av om yrkesrettet attføring er hensiktsmessig. Når attføring anses som hensiktsmessig skal det gis tilbud om utprøving av attføringspotensiale. Etatene skal ha et særlig ansvar for å gi attføringstilbud til yngre personer. Attføring skal være forsøkt før uførepensjon kan tilstås, med mindre åpenbare grunner tilsier at attføring ikke er hensiktsmessig, når uføresøkeren er:

- under 35 år, eller
- under 45 år med muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser

Rikstrygdeverket og arbeidsmarkedsetat har samarbeidet om utarbeiding av felles mål og prioriteringer som skal ligge til grunn for etatenes videre arbeid på attføringsområdet. De skjerpede kravene til iverksetting av yrkesrettet attføringstiltak er innarbeidet i etatenes mål og prioriteringsdokumenter. *Utvalget* er enig i at det stilles strengere krav om at attføring skal være forsøkt eller vurdert før det kan tilstås uførepensjon. Attføringskravet bør bare fravikes når det er helt opplagt at uførepensjonssøkeren ikke kan komme tilbake i arbeid. *Utvalget* vil videre presisere at personen må få et reelt tilbud om et tilpasset attføringstiltak og at tiltaket må prøves ut. Personen bør ikke sendes tilbake til trygdeetaten før yrkesrettet attføring er forsøkt med mindre yrkesrettet attføring og tilbakeføring til arbeid anses som helt utelukket.

*Utvalget*forutsetter at tettere oppfølging fra arbeidsgivers side og økt medvirkning fra arbeidstaker vil bidra til tidligere avklaring om yrkesrettet attføring skal iverksettes. Hvis arbeidsgiver og arbeidstaker i samarbeid med trygdeetaten har avklart at det ikke er mulig å få til løsninger i bedriften/virksomheten, må yrkesrettet attføring vurderes. Som hovedregel skal en slik avklaring ha skjedd i løpet av de første 6 månedene av et sykefravær, men det vil også være sykmeldingstilfeller hvor det kan ta noe lenger tid å avklare attføringsbehov. Dersom det allerede foreligger søknad om uførepensjon, må trygdeetaten henvise søkeren til arbeidsmarkedsetaten så raskt som mulig.

Mange av de som i dag henvises til arbeidsmarkedsetaten har gått lenge passive uten at relevant medisinsk behandling eller rehabilitering har vært tilbudt. Dette gjelder i særlig grad attføringssøker med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Jo lengre tid det går fra en person har falt ut av arbeidslivet, jo vanskeligere vil det være å motivere til aktivitet og gjøre den enkelte oppmerksom på muligheter og alternativer på arbeidsmarkedet.

Enkelte potensielle uførepensjonister vil ha et omfattende veglednings- og bistandsbehov og vil ha behov for særskilt tilrettelegging i attføringssituasjonen. For personer med sammensatte behov er det viktig å tilrettelegge for at

yrkesrettet attføring kan gjennomføres samtidig som personen får nødvendig bistand og oppfølging i andre deler av hjelpeapparatet.

Det er ved flere anledninger etterlyst såkalte »lavterskeltilbud» for å forberede den enkelte på attføring og arbeid. Utviklingen av eventuelle lavterskeltilbud i arbeidsmarkedsetaten må sees i sammenheng med det behovet som det ble rettet søkelys på i Rehabiliteringsmeldinga når det gjelder å utvikle motivasjons- og mestringstiltak, hvor kommunene skal ha et koordinerende ansvar og ansvar for å legge til rette for brubyggingstiltak. Samtidig understreket denne meldinga at alle instanser som er med i rehabiliteringsprosessen utvikler motiverings- og mestringselementer i sine arbeidsmetoder og virkemidler.

Skal yrkesrettet attføring lykkes for disse gruppene, må det avsettes tilstrekkelig med personellressurser til oppfølging av den enkelte og til tilrettelegging av attføringsløpene. Det er også mulig at en del vil trenge spesiell tilrettelegging i arbeidslivet når attføringen er avsluttet.

Innføringen av lønnstilskudd av lengre varighet til personer med svingende helsetilstand og varierende yteevne vil være et slikt oppfølgingstiltak, jf. utjevningsmeldinga. Tiltaket skal rettes mot personer som har falt ut av arbeidslivet på grunn av helseproblemer og som ikke har lykkes å komme tilbake i arbeid etter endt attføring. Tilskuddet skal kunne betales i en periode på inntil 5 år. Siktemålet er varig arbeid. Forsøket er foreløpig begrenset til fem fylker hvor det skal foretas en evaluering.

Utvalgets forslag om tidsbegrenset uførestønad som skal revurderes senest etter 4 år forutsetter også bistand fra arbeidsmarkedsetaten. Dette er en viktig forutsetning for at en skal lykkes med tilbakeføring til arbeid. Personer på tidsbegrenset uførestønad vil også være forberedt på at han/hun skal tilbake i arbeid dersom helsetilstanden bedrer seg. Disse vil imidlertid ikke uten videre klare å skaffe seg jobb på egenhånd.

Utvalgets forslag om tidsbegrenset uførestønad innebærer en betydelig omlegging av uførepensjonsordningen. Den innebærer en stor utfordring for arbeidsmarkedsetaten, og forutsetter tilstrekkelig med ressurser til innsats for å bli vellykket. I 1999 hadde Arbeidsmarkedsetat registert om lag 54 600 yrkeshemmede. I gjennomsnitt var 42 700 på ulike attføringstiltak. I forhold til dagens attføringsomfang vil utvalgets forslag til tidsbegrenset uførestønad og revurdering av uførepensjonister, jf. punktene 11.9.3 og 11.9.4, stille betydelig økte krav til arbeidsmarkedsetaten. Dette gjelder både personellressurser og tiltaksressurser, kompetanse og organisering av arbeidet. Samarbeidet med andre deler av hjelpeapparatet blir også viktig.

11.7.2 Attføring for funksjonshemmede

Mennesker med funksjonshemninger som kan og ønsker å jobbe, møter ofte problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet. Problemet gjelder også for høykvalifiserte. Fordommer og negative holdninger preger fortsatt både arbeidsgivere og offentlig instanser. Tvil om funksjonshemmedes arbeidskapasitet og fysiske hindringer er noen av de viktigste årsakene.

For at funksjonshemmede skal kunne integreres i arbeidslivet, er det derfor en forutsetning at tjenestetilbudet fra hjelpeapparatet fungerer både i dagliglivet og arbeidslivet. Trygdekontor, arbeidskontor og arbeidsgiver må samarbeide med brukeren om å få løst problemer med tilgjengelighet, til-

rettelegging, praktisk bistand og transport. En rask og prioritert saksbehandling og formidling, vil bidra til at praktiske forhold rundt ansettelser av funksjonshemmede blir lettere å håndtere for potensielle arbeidsgivere.

11.7.3 Lovendringer for å styrke den enkeltes rett til attføring?

Utvalget mener at de viktigste virkemidlene for å utvide og forbedre attføringsvirksomheten, er tilføring av ytterligere ressurser og utvikling av tiltak i samsvar med det som er beskrevet under 11.7.1. Dette kan gjennomføres innen de rammer som loven setter i dag. Utvalget har likevel også vurdert mulige lovendringer for å styrke den enkeltes rett til attføring og fastsette mer eksplisitte forpliktelser for myndighetene.

De sentrale rettslige vilkår som i dag gjelder for attføringsytelser fra folketrygden, står i folketrygdlovens §§ 11-5 og 11-6. Trygdeetaten tar stilling til om de generelle vilkårene i § 11-5 er oppfylt. Disse vilkårene går ut på at det for »rett til ytelser» må foreligge en sykdom, skade eller lyte som har ført til at inntektsevnen er varig nedsatt, eller at mulighetene til å velge yrke eller arbeidsplass er vesentlig innskrenket. Anses disse vilkårene oppfylt, er det arbeidsmarkedsetaten som treffer det endelige vedtaket etter en vurdering av vilkårene i § 11-6. Disse går ut på at attføringstiltak må være nødvendig og hensiktsmessig med sikte på at vedkommende skal kunne få et høvelig arbeid.

I samsvar med det som gjelder ellers innen folketrygden, er også ytelser under attføring omtalt som noe den enkelte har *rett* til, dvs. at det foreligger et rettslig krav dersom lovens vilkår er oppfylt. Samtidig vil retten til attføring være mindre klart definert og ha et noe annet innhold enn en rekke andre rettigheter innen folketrygden. Dette skyldes dels at det er nødvendig med ganske skjønnsmessige vurderinger av hva som er »nødvendig og hensiktsmessig» for å kunne ta stilling til om lovens vilkår er oppfylt, og dels - og ikke minst - at uansett om lovens vilkår anses oppfylt, vil en rekke relevante attføringstiltak være av en slik art at det er nødvendig med særskilt tilrettelegging, gjerne innen spesielle typer institusjoner. Så lenge attføringsapparatet og attføringstilbudet rent faktisk er begrenset, vil ikke en formell rettighet kunne gjennomtvinges i større grad enn det faktiske tilbudet gir rom for.

De lovendringer som kan tenkes, vil derfor være av forholdsvis marginal betydning. Å foreta enkelte presiseringer i loven, vil likevel kunne fungere både som en ekstra markering av behovet for en generell satsing på utvikling og forbedring av virksomheten, og som en ekstra sikkerhet for at den enkelte sak blir vurdert så grundig som mulig.

Etter ordlyden i § 11-5 skal trygdeetaten kun vurdere om sykdom har ført til varig nedsatt inntektsevne. Det skal ikke foretas noen foreløpig vurdering av om det finnes relevante og hensiktsmessige attføringstiltak. Dette er det opp til arbeidsmarkedsetaten å vurdere. Det synes noe uklart om reglene fullt ut praktiseres slik, eller om det forekommer at saker likevel stoppes i trygdeetaten, selv om inntektsevnen anses varig redusert som følge av sykdom. Utvalget viser til at utgangspunktet for saken enten er at søkeren selv oppriktig ønsker attføring og mener det er grunnlag for å sette dette i verk, eller at vedkommende har måttet akseptere at trygdeetaten mener uførepensjon ikke er aktuelt og at attføring må prøves. I begge tilfeller er det nødvendig at saken vurderes grundig i arbeidsmarkedsetaten. Det kan derfor være grunn

til å presisere i loven at trygdekontoret skal sende saken over til arbeidsmarkedsetaten når sykdom har ført til varig nedsatt inntektsevne.

Videre kan det være aktuelt å styrke rettighetspreget og søkerens posisjon ved en omformulering i lovteksten som går ut på at når trygdeetaten har kommet til at vilkårene i § 11-5 er oppfylt, har søkeren rett til attføring med mindre det ikke er mulig å finne fram til noe hensiktsmessig attføringstiltak. Dette vil kunne legge et enda sterkere press på arbeidsmarkedsetaten til å gjøre alt som er mulig for å finne en løsning. Et siste tiltak kan være å foreta en nærmere presisering og klargjøring av arbeidsmarkedsetatens forpliktelser.

11.8 Kombinasjon arbeid og trygd

Velferdsmeldinga (St.meld. nr 35 (1994-95)) foreslo flere tiltak som skulle gjøre det lettere for uførepensjonister å kombinere arbeid og trygd. I 1997 ble det foretatt en rekke endringer i regelverket som skal gjøre uførepensjonsordningen mer fleksibel. Målet med lovendringene har vært å stimulere uførepensjonister til å prøve seg i arbeid enten i kombinasjon med pensjon eller ved å gå inn og ut av arbeidslivet i perioder. Dette gjelder følgende endringer:

- Økning av friinntektsgrensen fra $^{1}/_{2}$ til 1 G. Samtidig ble »karenstiden» på ett år fra vedtakstidspunkt for førstegangs innvilgelse eller endring av uførepensjon lovfestet. Ved gradert uførepensjon kommer friinntekten på 1 G i tillegg til forventet inntekt ved utnyttelse av resterende inntektsevne.
- »Frysing» av retten til uførepensjon under arbeidsforsøk i det ordinære arbeidsliv i inntil 3 år, og under tidsbegrenset arbeidstrening som er godkjent av arbeidsmarkedsetaten. Bruken av ordningen er relativt beskjeden, 850 personer per oktober 1999, men sett i forhold til antallet som blir friske og vender tilbake i arbeid (620 personer i 1997) er dette tallet relativt stort. Det er imidlertid for tidlig å evaluere ordningen når det gjelder hvorvidt denne fører til at flere går ut i arbeid av mer varig karakter.
- »Frysing» av retten til garantert tilleggspensjon til fylte 36 år, selv om den unge uføre har vært i arbeid før dette.
- Forsøk med uføregrad ned til 20 prosent. Det er en forutsetning at vedkommende allerede har hatt uførepensjon i ett år. Forsøksordningen gjelder foreløpig til 2003. Uførepensjonistene beholder retten til tidligere innvilget uføregrad så lenge forsøksordningen varer. Reglene om friinntekt gjelder ikke når uføregraden er lavere enn 50 prosent (jf kap. 11.3).

Det var i følge Velferdsmeldinga ikke et uttalt mål å få ned tallet på uførepensjonister eller redusere uføregraden gjennom regelendringene. Tvert i mot vil hevingen av friinntektsgrensen til 1 G kunne føre til at personer som tidligere ville ha fått redusert uføregrad, fortsetter med full pensjon. På lengre sikt antok en likevel at slik tilrettelegging kunne føre til at flere uførepensjonister tør å prøve seg i arbeid og senere går over i mer permanente arbeidsforhold på heltid eller deltid.

11.8.1 Arbeidstilknytning blant uførepensjonister

I 1998 hadde rundt 23 prosent av de med full uførepensjon inntekt ved siden av pensjonen. Dette er en økning på 3 prosentpoeng sammenlignet med 1996. Økningen må ses i sammenheng med hevingen av friinntektsgrensen i 1997. Andelen mannlige uførepensjonister med inntekt er noe høyere enn blant kvinnene. Blant de med gradert uførepensjon hadde 68 prosent inntekt ved siden av pensjonen i 1998. Blant mannlige uførepensjonister var andelen på 86 prosent, mens den var på 61 prosent blant kvinnene. Årsakene til at mange med gradert pensjon ikke har arbeidsinntekt ved siden av trygden kan være mange. Uførepensjonister som har vært hjemmeværende har ofte gradert pensjon, det samme gjelder personer som har arbeidet deltid. Dette er i all hovedsak kvinner.

Av de med full uførepensjon som hadde inntekt i 1998, hadde rundt en tredjedel en inntekt på under 0,14 G. Rundt 70 prosent tjente en halv G eller mindre. Øverby (1998) har undersøkt uførepensjonistenes yrkesdeltakelse etter endringen i friinntektsgrensen i 1997. Spørsmålet var om denne justeringen førte til at 'alle' uførepensjonistene (med 100 prosent pensjon) som hadde inntekt tjente rundt denne grensen. Analysen viser at selv om det var en viss tendens til samling rundt friinntektsgrensen, var det kun en liten del av de med full uførepensjon som lå rundt denne inntektskategorien. Tilsvarende viser tall fra 1998 viser at kun 1,6 prosent av de med full uførepensjon hadde en inntekt like i underkant av 1 G (0,85-0,99G).

Om lag 2/3 av alle nye uførepensjonister i 1999 har 100 prosent uføregrad, knapt 25 prosent har 50-60 prosent og vel 7 prosent har 70-90 prosent uføregrad. 0,2 prosent av alle uførepensjonister i 1999 har under 50 prosent uføregrad. Det har vært svært små endringer i gjennomsnittlig uføregrad de siste årene.

Tabell 11.1 viser hvor stor andel av uførepensjonistene som forlater ordningen for å vende tilbake i arbeid, og hvor mange som har fått redusert uføregrad det siste tiåret.

Tabell 11.1: Uførepensjonister som går ut av uførepensjonsordningen eller får redusert uføregrad i løpet av året

	Uførepensjonister tilbake i arbeid	I pst av alle uføre ved årets utgang	Uføre som går ned i uføregrad	I pst av alle uføre ved årets utgang
1990	521	0,2	555	0,3
1991	404	0,2	434	0,2
1992	455	0,2	434	0,2
1993	460	0,2	515	0,2
1994	725	0,3	586	0,3
1995	793	0,3	584	0,3
1996	691	0,3	503	0,2
1997	620	0,2	448	0,2
1998	*	*	612	0,3

* tall ikke tilgjengelige. Kilde: Rikstrygdeverket

Hovedinntrykket er at en svært liten andel av uførepensjonistene øker sin arbeidsinnsats i en slik grad at uføregraden reduseres etter at de har blitt uførepensjonister. Til sammenligning er det vel 10 prosent av de som har gradert pensjon som hvert år får innvilget søknad om forhøyet uføregrad, og denne andelen har økt i perioden etter 1994. Det er flere mulige årsaker til at såpass få uførepensjonister prøver seg i arbeid. Bl.a. har regelverket inntil 1997 i liten grad vært utformet slik at det oppmuntrer uførepensjonister til å prøve seg i arbeid. I tillegg er det trolig vanskelig for uførepensjonister som ønsker å øke sin arbeidsinnsats å få innpass på arbeidsmarkedet. Det er naturligvis også mange uførepensjonister som er 100 prosent uføre og som ikke har helse til å arbeide.

11.8.2 Nærmere om endringen i reglene om friinntekt

Ved vurdering av om en person har rett til uførepensjon og ved fastsetting av uføregraden sammenliknes inntektsmulighetene før uførheten oppsto med søkerens mulighet for inntekt etter at inntektsevnen ble varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte. Uførepensjonen revurderes dersom det skjer vesentlige endringer i forholdene som ble lagt til grunn ved tilståelse av uførepensjonen. Pensjonen kan da reduseres eller falle bort.

Ett år etter at uførepensjonen ble innvilget eller endret, blir inntekt opp til grunnbeløpet ikke sett på som vesentlig endring. Uførepensjonistene kan da tjene opp til ett grunnbeløp uten at uførepensjonen eller uføregraden blir revurdert. Dette gjelder både for personer med full uførepensjon og gradert pensjon. Det inntrer en ny ventetid på ett år hver gang det blir fattet vedtak om endring (revurdering) av uføregraden.

Begrunnelsen for regelen om ventetid på ett år har vært at reglene om friinntekt kan medvirke til uheldige tilpasninger dersom de skulle gjelde allerede kort tid etter at uføregraden ble fastsatt. Det kan blant annet innebære at uførepensjonister med gradert pensjon øker sin arbeidsinnsats umiddelbart etter at vedtaket om uførepensjon er fattet.

Målet med regelendringen i 1997 var å stimulere flere uførepensjonister til å prøve seg i arbeid. Departementet var klar over at en så høy friinntektsgrense kan redusere motivasjonen til å øke arbeidsinnsatsen ut over dette, fordi uførepensjonen da vil bli redusert. På den annen side mente en at redsel for å miste uførepensjonen var årsaken til at mange ikke prøvde seg i arbeid.

Ventetiden på ett år oppleves av mange som lite fleksibel. Personer som har mulighet for inntekter ved siden av trygden må avstå fra denne muligheten i ett år hvis de vil unngå at uføregraden blir redusert. Spesielt etter økningen til 1 G har det vært en del misforståelser av ordningen med friinntekten. Mange mener det ville være rimelig at en kan ha en slik inntekt uten hensyn til hvor lenge vedkommende har hatt uførepensjon, dvs. med en gang uførepensjon blir innvilget. Spørsmålet har spesielt vært aktuelt i forbindelse med tillitsverv. Personer som også tidligere har hatt godtgjøring for slike verv, synes det er urimelig at de ikke kan fortsette med disse vervene uten at dette berører vurderingen av uføregraden.

Regjeringen har fulgt opp dette i budsjettproposisjonen for 2000. Departementet har endret forskriften om friinntekt slik at en ser bort fra godtgjørelse på inntil 1 G for politiske verv og tillitsverv i frivillige organisasjoner ved vurderingen om vilkårene for uførepensjon er oppfylt og ved fastsetting av uføre-

graden. I Sverige er praksis at en ser bort i fra inntekter som følge av lønnede verv i organisasjoner ved tildeling av förtidspension. Dersom en skulle se bort i fra inntekt opptil 1G generelt ved tilståelse av uførepensjon og fastsetting av uføregrad, vil dette føre til flere med høyere uføregrad.

En annen svakhet med dagens ordning er at friinntekten er såpass høy at det ikke vil lønne seg for personer med lave inntekter å øke arbeidsinnsatsen utover friinntektsgrensen. Regneeksemplene (boks 11.1) viser at for personer med lav inntekt (130 000 kroner per år før uførhet) vil kompensasjonsgraden være 100 prosent (pensjon og friinntekt) for personer med full uførepensjon og over 100 prosent for personer med 50 prosent uførepensjon og deltidsjobb samt friinntekt. Også for personer med noe høyere inntekt (200 000 kroner per år før uførhet) vil uførepensjon og friinntekt gi høy kompensasjonsgrad. Det vil ikke være lønnsomt for disse å trappe opp arbeidsinnsatsen og tjene mer enn friinntekten.

Boks 11.1 Friinntekt opp til 1G

Eksempler på hvordan det vil slå ut i praksis dersom en uførepensjonist har »friinntekt» opp til 1 G ved siden av pensjonen.

Når en enslig person med kr 200 000 per år i pensjonsgivende inntekt blir uførepensjonert

100 pst ufør – Uførepensjonen utgjør per år ca kr 116.000 tillagt »friinntekten» på ca kr 49.090 = *kr 165.090 per år.* I tillegg betales lavere skatt

50 pst ufør –Uførepensjonen utgjør per år kr 58.000 tillagt »friinntekten» på kr 49.090 = kr 107.090. I tillegg er det forutsatt at pensjonisten har arbeidsinntekt ved å utnytte sin funksjonsevne på 50 pst. Med utgangspunkt i samme arbeidsinntekt som før uføretidspunktet vil pensjonisten da kunne ha en samlet inntekt på *kr 207.090 per år.* (+lavere skatt)

Når en enslig person med kr 130 000 per år i pensjonsgivende inntekt blir uførepensjonert

100 pst ufør –Uførepensjonen utgjør per år kr 88.032 tillagt »friinntekt» på kr 49.090 = *kr 137.122 per år.* (+ lavere skatt)

50 pst ufør –Uførepensjonen utgjør per år kr 44.016 tillagt »friinntekt» på kr 49.090 = kr 93.106. I tillegg er det forutsatt at pensjonisten har arbeidsinntekt ved å utnytte sin funksjonsevne på 50 pst. Med utgangspunkt i samme arbeidsinntekt som før uføretidspunktet vil pensjonisten da kunne ha en samlet inntekt på *kr 158.106 per år.* (+ lavere skatt).

Kort oppsummert synes nåværende bestemmelser for regulering av forholdet mellom arbeid og trygd å ha følgende svakheter:

Ulemper knyttet til størrelsen på friinntekten (1 G)

Summen av uførepensjon, inntekt ut fra resterende inntektsevne og friinntekt, gir en høy dekningsgrad i forhold til inntektsnivå som frisk for uførepensjonister som har hatt moderate arbeidsinntekter. Dette gjelder særlig ved graderte pensjoner, hvor for eksempel summen av 50 prosent uførepensjon, halv jobb og friinntekt kan bli større enn inntekt av full jobb. I tillegg har uførepensjonister skattemessige fordeler. Resultatet er at dekningsgraden ved nåværende ordning i en del tilfeller er så høy at det kan motivere til å opprettholde dagens situasjon framfor økt yrkesaktivitet.

Når uførepensjonister øker sin arbeidsinnsats slik at friinntektsgrensen overskrides skal den nye uføregraden fastsettes ut fra hele arbeidsinntekten (pensjonsgivende inntekt). Vedkommende har ikke rett til »ny» friinntekt det første året etter revurderingen. I de aller fleste tilfellene innebærer dette at summen av arbeidsinntekt og pensjon går ned. Dette virker lite motiverende for pensjonister som vurderer å øke sin arbeidsinnsats. Denne midlertidige nedgangen i inntekt har vært kalt *trappetrinnseffekten*.

Ulemper knyttet til bestemmelsen om ett års ventetid for rett til friinntekt

Bestemmelsen om ett års ventetid for rett til friinntekt kan bidra til at personer som innvilges 100 prosent uførepensjon lettere mister kontakten med yrkeslivet.

Ulemper knyttet til gjeldende graderingssystem

I samsvar med reglene i folketrygdloven § 12-11 innvilges uførepensjon etter uføregrader på henholdsvis 50, 60, 70, 80, 90 og 100 prosent. Det er et grovmasket graderingssystem, som gir relativt store forskjeller i størrelsen på pensjonen mellom de ulike gradene. Dette er med på å forsterke trappetrinnseffekten som oppstår når uføregraden settes ned på grunn av økt arbeidsinntekt.

11.8.3 Nye regler for inntektsprøving av uførepensjon

For å gjøre dagens uførepensjonsordning mer fleksibel har utvalget vurdert flere alternative modeller for inntektsprøving av uførepensjon. En ny modell bør stimulere til yrkesaktivitet framfor passivitet. Som utgangspunkt bør utmålingen av uførepensjonen følge endringer i arbeidsinntekten på en slik måte at det hele tiden lønner seg å jobbe mer. Samtidig er det en forutsetning at folketrygdens utgifter ikke skal øke som følge av nye regler for inntektsprøving av uførepensjon.

Gradering av pensjon ved innvilgelse

Ved valg av modell er det viktig å skille mellom regler for gradering av pensjon i forhold til arbeidsinntekt ved innvilgelse, og regler for hva som skjer ved endringer i arbeidsinntekt etter tilståelsen. Førstnevnte forhold gir kriterier for å fastsette pensjon i forhold til inntektsevne, mens sistnevnte forhold angir hvor stor økning i arbeidsinntekten som tolereres før pensjonen justeres og på hvilken måte justeringen skal skje. Det er to modeller som kan være aktuelle. Det er det som kan betegnes som en ren avkortningsmodell hvor 40 prosent

av all inntekt går til avkortning i pensjonen. Og det som betegnes som AFP modellen hvor pensjonen reduseres gradvis i takt med inntekten [111].

Felles i disse modellene er at uførepensjonen beregnes og utmåles etter dagens regler ved å se på hvor mye inntektsevnen anses å være redusert i forhold til tidligere inntekt. I dagens uførepensjonsordning fastsetter en uføregrad med 10 prosents intervaller, ut fra hvor mye inntektsevnen er nedsatt. For eksempel hvis inntektsevnen vurderes å være varig redusert med femti prosent, gis det en uføregrad på 50 prosent. I de nye modellene skal pensjonen utmåles etter en trinnløs uføregrad. Deretter fastsettes en forventet inntekt i stedet for uføregrad. Forventet inntekt angir hvor mye den enkelte uførepensjonist antas å tjene.

Regler for endring av uførepensjon

Som nevnt innledningsvis er det nødvendig å skille mellom gradering og fastsettelse av pensjon i forhold til inntektsevne ved innvilgelse, og hvordan avkortningen av pensjonen skjer ved endringer i arbeidsinntekten etter innvilgelsen. I dag aksepteres det at en uførepensjonist etter et års ventetid kan øke sin årlige arbeidsinntekt med opptil 1 G før det skjer endringer i pensjonen. En overskridelse av denne friinntekten fører til at uførepensjonen revurderes, noe som blant annet innebærer at det går ett år før vedkommende uførepensjonist igjen gis mulighet til å tjene opp til friinntekten. Resultatet blir gjerne at uførepensjonistens samlede inntekt (pensjon + inntekt) blir betydelig mindre enn den samlede inntekten vedkommende hadde før revurderingen.

De alternative modellene for inntektsprøving av uførepensjonen håndterer endringer i inntekt i forhold til fastsatt forventet inntekt. Hvert år skjer det en kontroll av forventet inntekt opp mot inntektsregistre. I tillegg har bruker meldeplikt om endringer. Dersom mottaker oppnår høyere inntekt enn forutsatt ved innvilgelsen/siste revisjon, er det mulig å beregne et trekk for kommende 12 måneder til nedbetaling av for mye utbetalt stønad. Dersom faktisk inntekt blir lavere enn forventet inntekt skal ikke dette automatisk føre til at uførepensjonen blir justert opp. Dette kan i så fall kun skje etter ny søknad.

Hvor mye faktisk inntekt kan variere fra forventet inntekt før det blir aktuelt med en revurdering er ulikt i de ulike modellene. I dagens AFP modell er det mulig å tjene kroner 4 000,- over forventet inntekt før det skjer en revurdering, mens det i andre modeller aksepteres et slingringsmonn på opptil 10 prosent av forventet inntekt.

Behov for supplerende regler?

Et spørsmål er om det bør etableres et tak på uførepensjonen, slik at det ikke skal være mulig at kombinasjonen arbeid og pensjon for den enkelte uførepensjonist overgår vedkommendes tidligere inntekt. I AFP modellen vil spørsmålet om tak ikke være aktuelt da pensjonen reduseres gradvis i takt med inntekten. Derimot vil det i den rene avkortningsmodellen være mulighet

111. AFP modellen er i praksis dagens ordning uten fribeløp, ventetid og avrunding av uføregrad.

for at summen av pensjon pluss inntekt overstiger tidligere inntekt (inntekt før vedkommende ble uførepensjonert). For å unngå dette kan en innføre følgende regel: *Summen av pensjon + inntekt skal ikke overstige tidligere inntekt.*

En mulig effekt av å innføre et tak er at det vil gi en uheldig insentivvirkning for de som berøres av taket. Når en nærmere seg inntektstaket, vil en ytterligere økning av arbeidsinnsatsen medføre tilsvarende bortfall av pensjonen. Når en tar hensyn til at arbeidsinntekt beskattes hardere enn pensjonsinntekt, vil insentivvirkningen være negativ. Prinsipielt innebærer det at i enkelte situasjoner vil det oppstå et motsetningsforhold mellom forutsetningen om at det skal lønne seg å arbeide, og forutsetningen om at kombinasjonen arbeid pluss pensjon ikke skal overgå tidligere inntekt.

Problemet med å innføre et tak på inntekten i avkortningsmodellen og generelt i AFP modellen er at det vil gi urimelige utslag for de som hadde svært lav inntekt før de ble uførepensjonerte. For lavinntektsgrupper vil regelen innebære at mulighetene til inntektsgivende arbeid blir sterkt begrenset. For å stimulere også personer med tidligere lav inntekt til økt arbeidsinnsats foreslås det å supplere begge modellene med følgende tillegg: *Ved fastsettelse av forventet inntekt skal tidligere inntekt ikke i noe tilfelle fastsettes til et beløp lavere enn 3 G.*

Typeeksempler Eksempel A

Tidligere inntekt = 200 000. Inntektsevnen anses varig nedsatt med halvparten p.g.a. varig sykdom. Forventet inntekt = 100 000. Uførepensjon ved innvilgelse 50 prosent av 116 000 = 58 000 ved begge modellene. Forskjellene mellom modellene ligger i hvordan pensjonen avkortes når faktisk arbeidsinntekt overstiger forventet inntekt etter innvilgelse. Faktisk arbeidsinntekt etter innvilgelse 120 000.

Avkortningsmodell:

Pensjonen avkortes med 40 prosent av 20 000 = 8 000.

Samlet pensjon + inntekt 50 000 + 120 000 = 170 000.

AFP modell

Pensjonen reduseres til 40 prosent av 116 000 = 46 400.

Samlet pensjon + inntekt = 46 400 + 120 000 = 166 400.

Eksempel B

Tidligere inntekt = 130 000. Inntektsevnen anses varig nedsatt med halvparten p.g.a. varig sykdom. Forventet inntekt = 65 000. Uførepensjon ved innvilgelse 50 prosent av 88 032 (enslig person) = 44 016. Vi forutsetter at tidligere inntekt aldri skal settes lavere enn 3 G = 147 270, dvs. forventet inntekt oppjusteres til 73 635.

a) Faktisk arbeidsinntekt = 70 000. Ingen avkortning i begge modellene.
Samlet pensjon + inntekt = 44 016 + 70 000 = 114 016.

b) Faktisk arbeidsinntekt = 80 000.

Avkortningsmodell:

Pensjonen avkortes med 40 prosent av 6 365 (80 000 – 73 635) = 2 546
Samlet pensjon + inntekt = 41 470 + 80 000 = 121 470

AFP modell

Pensjonen reduseres til 45,7 prosent av 88 032 = 40 230
Samlet pensjon + inntekt = 40 230 + 80 000 = 120 230.

Økonomiske konsekvenser

Rikstrygdeverket har gjort beregninger som viser hva omlegging til en ny ordning vil medføre av økonomiske konsekvenser for folketrygden. Beregningene er gjort for den del av uførepensjonistene som var å anse som reelt yrkesaktive før pensjonering [112]. Det innebærer at beregningene ikke tar hensyn til de som har fått uførepensjon etter en form for vurdering som hjemmeværende (inkludert yrkesaktive på hypotetisk grunnlag).

Både avkortningsmodellen med tak og AFP modellen representerer et innsparingspotensiale for folketrygden. I følge Rikstrygdeverkets beregninger vil AFP modellen med en minsteinntekt på 3 G gi en innsparing på cirka 600 mill. kroner ved full gjennomføring. De økonomiske konsekvensene av avkortningsmodellen har vært vanskelig å beregne.

Administrative konsekvenser

Rikstrygdeverket har vurdert de administrative konsekvensene av å innføre en ny modell for inntektsprøving av uførepensjon. En ny modell forutsetter en tett oppfølging av uførepensjonistenes inntektsforhold med årlige kontroller og »automatisk» opplegg for etterbetaling/trekk ved avvik mellom forventet og faktisk inntekt. I tillegg må IT-systemene tilpasses.

- Oppfølgingsjobben ute i etaten er allerede på plass med årlig oppfølging mot lønns- og trekkregister / poengregister.
- Tilpasning av IT-systemene til ny beregningsmodell vil medføre en engangskostnad.
- En finere gradering som følge av bruk av forventet inntekt i stedet for avrundet uføregrad, vil trolig øke antallet tilfeller med trekk / etterbetaling. Dette vil øke behovet for å få en automatisert edb-rutine for denne type avregning.
- En finere gradering kan øke antall vedtak og klager i løpende pensjonsforhold

Før ordningen er mer detaljert utredet er det vanskelig å estimere kostnader ved en omlegging. Selve gjennomføringen av forslaget vil innebære et ikke ubetydelig merarbeid for Rikstrygdeverket og i trygdeetaten for øvrig i form av retningslinjer, opplæring, kravspesifisering/testing av IT-systemene og informasjon til etaten og pensjonistene.

112. Dette skyldes problemene med å beregne virkningen for personer som har fått fastsatt gradert uførepensjon på annet grunnlag en arbeidsevne målt i forventet inntekt – altså hjemmeværende og kombinert yrkesaktive og hjemmeværende.

11.8.4 Utvalgets anbefaling

Reglene for avkorting av uførepensjon mot arbeidsinntekt må etter *utvalget* utformes slik at det stimulerer til yrkesaktivitet framfor passivitet.

Utvalget har vurdert to modeller for kombinasjon av arbeid og trygd. Felles for modellene er at uførestønad/pensjon graderes trinnløs ved invilgelsen (ikke som i dag med 10 prosent intervaller). Deretter fastsettes en forventet inntekt i stedet for uføregrad. I avkortingsmodellen går 40 prosent av inntekten utover forventet inntekt til avkorting i pensjonen. I AFP modellen reduseres stønaden gradvis i takt med arbeidsinntekten. Forutsetningen for å innføre avkortningsmodellen er at det innføres en regel for at summen av pensjonen pluss inntekt ikke skal overstige tidligere inntekt. For å stimulere også personer med tidligere lav inntekt til økt arbeidsinnsats, foreslås i begge modellene at forventet inntekt fastsettes i forhold til en tidligere inntekt som ikke skal være lavere enn 3 ganger grunnbeløpet.

Begge modellene sikrer at det blir lønnsomt for uførepensjonistene å øke sin yrkesdeltakelse, og man unngår dagens situasjon hvor en har et meget sterkt økonomisk incitament mot å øke arbeidsinntekten med mer enn 1 G.

Det legges til grunn at det for begge modellene opereres med et slingringsmonn på 10 prosent av G. Per mai 2000 innebærer det at det gis mulighet til å tjene kroner 4.900,- over forventet inntekt før det skjer en revurdering av uførepensjon. Forventet inntekt må justeres enten i samsvar med G-reguleringen, eller ved større generelle tariffmessige justeringer. Det bør også vurderes å gi mulighet for å justere forventet inntekt ved avansement til høyere avlønnet stilling.

Innføringen av en avkortingsmodell eller en AFP modell medfører at en unngår flere forhold ved dagens ordning som anses å være uheldige. Dagens graderingssystem med avrunding til nærmeste 10 prosents uføregrad gir en trappetrinnseffekt som medfører at det oppstår uklarhet rundt beregning av pensjonen, og i enkelte tilfeller kan det også medføre at samlet inntekt går ned som følge av økning i arbeidsinntekt. Innføringen av begge de nye modellene vil sikre en mer smidig tilpasning mellom arbeidsinntekt og pensjon, ved at det etableres en linear sammenheng mellom inntekt og pensjon. Dette sørger også for et enklere og mer forståelig regelverk både for uførepensjonistene og trygdekontorene.

I dagens ordning er det en ventetid på ett år før en uførepensjonist har mulighet til å ha inntekt opptil friinntekten. Ordningen er blitt kritisert fordi ventetiden kan føre til at uførepensjonisten mister kontakten med arbeidslivet. I både avkortningsmodellen og AFP modellen ligger det implisitt at uførepensjonisten kan gjenoppta yrkesaktiviteten uten ventetid. Dette antas å øke sannsynligheten for at uførepensjonister opprettholder kontakten med arbeidslivet, noe som igjen kan føre til at flere reaktiviseres til full aktivitet i arbeidslivet.

For ikke å ramme urimelig de uførepensjonistene som har basert seg på dagens ordning med friinntekt foreslås det å innføre overgangsregler for en periode. Innføringen av en avkortingsmodell eller en AFP modell vil således i første omgang bare omfatte nye uførepensjonister.

For personer som får fastsatt gradert uførepensjon på annet grunnlag enn vurdert mot arbeidsevne målt i forventet inntekt må det utarbeides enkelte

særregler. Dette gjelder i all hovedsak kvinner som blir vurdert som hjemmearbeidende eller kombinert yrkesaktiv-hjemmearbeidende. For disse gruppene må det etableres ordninger som sikrer at disse får like rettigheter som andre uførepensjonister. Dette punktet må utredes nærmere.

I tilknytning til forslaget om å innføre en avkortingsmodell eller en AFP modell for inntektsprøving av uførepensjon bør det vurderes å begrense uføregraden til 20 prosent, det vil si at arbeidsinnsatsen kan økes til 80 prosent av tidligere inntekt uten at uførepensjonen faller bort (jf. dagens forsøksordning). Ved en slik begrensning vil innsparingene bli noe større. Ved revurdering av tidsbegrenset uførestønad (jf. pkt 11.9) forutsetter utvalget at stønadsmottakeren ikke behøver å fylle vilkåret om minst 50 prosents nedsatt inntektsevne.

11.9 Tidsbegrenset uførestønad

Tidsbegrenset uførepensjon ble vurdert i NOU 1977:14 *Folketrygdens uførebegrep*, der en gikk inn for å dele uførepensjonsordningen i en varig pensjon og en overgangsstønad i tilfeller hvor en var i tvil om at varighetskravet i folketrygdloven var oppfylt. En slik tidsbegrenset stønad var aktuell for unge uføre der det var vanskelig å fastslå om vedkommende var varig ervervsufør, når hensiktsmessig attføring ikke var gjennomført pga. manglende kapasitet i attføringsapparatet, og i tilfeller der det forelå geografisk betinget uførhet, og hvor en ikke kunne kreve flytting. Personer med tidsbegrenset stønad skulle være registrert som arbeidsledige og kunne veksle mellom trygd og arbeid. Utvalget antok at det ville være lettere for uførepensjonister å komme i arbeid igjen dersom pensjonen bare ble innvilget for en bestemt tid (to-fem år). Overgangsstønaden skulle utformes slik at det ble enkelt å veksle mellom arbeid og trygd, og myndighetene hadde ansvar for å skaffe stønadsmottakerne arbeid. I tillegg foreslo utvalget regler om friinntekt og hvilende rett til tidligere ytelse. Innvendingene mot ordningen var at enkelte kunne komme i en utrygg økonomisk situasjon. I tillegg ville tidsbegrensningen skape merarbeid for trygdeetaten, og en fryktet at det ikke ville komme noe resultat ut av revurderingen. Det ble ikke framsatt noe konkret forslag om hvordan en lovendring burde utformes.

Arbeidsgruppen bak NOU 1990:17 *Uførepensjon* framhevet at mange som tilstås uførepensjon har en betydelig arbeidsevne i behold, men at en passiviserende periode på noen år gjør det vanskelig å komme tilbake i arbeid. De mente videre at det er vanskelig å vurdere om ervervsnedsettelsen er av varig karakter, særlig når det gjelder muskel-skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser der tilstanden kan bedres over tid. Endringer i arbeidsmarkedet kan også åpne for yrkesaktivitet over tid. Utvalget anbefalte derfor at uførepensjonsordningen deles i varig uførepensjon og en midlertidig stønad der stønadsmottaker skal tilbake til arbeidslivet på sikt. Ordningen var ikke tenkt å fungere som en overgangstilstand på veien til ordinær uførepensjon. Videre måtte ordningen begrenses slik at trygdekontor og annet støtteapparat kunne ha tett kommunikasjon med den enkelte stønadsmottaker. Korttidsytelsen skulle ha følgende hovedtrekk:

- den beregnes på samme måte som uførepensjon
- ett til tre års varighet, saken kan deretter tas opp til ny vurdering
- ytelsen kan stoppes og iverksettes i løpet av perioden
- stor grad av fleksibilitet mellom trygd og arbeid
- omfatte som hovedregel personer under 60 år
- medisinsk behandling og attføring må være utprøvd
- vedkommende må ha et betydelig arbeidspotensiale i behold
- en må konkret kunne angi hvilke endringer en venter seg i f.eks. den medisinske tilstanden eller på arbeidsmarkedet
- korttidspensjonen må følges opp av trygdekontor i nært samarbeid med arbeidskontor, lege og sosialkontor.

Flertallet av høringsinstansene til NOU 1990:17 stilte seg positive til innføringen av en korttidspensjon, men mange hadde betenkeligheter. En gjennomgående innvending var at forslaget i realiteten ikke innebar noe nytt i forhold til gjeldende adgang til å revidere uførepensjonssaker. Flere hevdet at ordningen kunne medføre kortere attføringsperiode og tidligere uførepensjonering, og at den kunne tjene som en inngangsport til uførepensjon og øke tallet på uførepensjonister. Innvendingene omhandlet også økende ressursbehov og administrative kostnader ved en ny ordning.

Mange høringsinstanser påpekte de positive effektene korttidspensjon kunne ha ved at det tilførte uførepensjonsordningen fleksibilitet. Tidsbegrenset uføretrygd kan ha en positiv psykologisk virkning på framtidig arbeidsevne, samtidig som varighetskravet blir nedtonet. Flere brukerorganisasjoner mente at dagens ordning førte til passivitet og kamuflerte en uønsket utestenging fra arbeidslivet, noe korttidspensjon kunne bøte på. På den annen side kunne revurdering medføre usikkerhet for den enkelte.

Sosialdepartementet kom etter høringsrunden til at det ikke var opplagt at korttids uførepensjon ville medføre færre uførepensjonister fordi det kunne oppfattes som en enklere vei inn i uførepensjonsordningen. Avgrensningen til attføring var vanskelig og at flere ville nødvendigvis ikke komme i arbeid *etter*1-3 år med uførepensjon. En konkluderte på bakgrunn av høringsuttalelsene og presiseringen av de medisinske vilkår som ble vedtatt i 1991 at korttidspensjon ikke burde innføres. Å innføre en korttidspensjon samtidig som vilkårene for uførepensjon generelt skjerpes, ble sett på som uheldig. Innstrammingen fører også til at færre er aktuelle for en korttidspensjon enn det som var tenkt i utredningen.

I Sverige har en mulighet til å yte sjukbidrag istedenfor uførepensjon dersom sykdommen er av langvarig, men ikke varig karakter (ett til tre år). I tillegg er det et vilkår at yrkesrettet attføring ikke anses som aktuelt den nærmeste tiden. Stønadsutmålingen er den samme som for uførepensjon. Avgang fra sjukbidrag skjer oftest til uførepensjon, men etter ny vurdering og søknad. Det er vel 360 000 som mottar uførepensjon i Sverige, mens knapt 44 000 mottar sjukbidrag (1999). Denne ordningen blir mindre og mindre benyttet, og et nytt regelverk som skal erstatte dagens ordning er under arbeid.

I Nederland ble uførepensjonen gjort tidsbegrenset i 1993 (se kap 8). Alder og uføregrad bestemmer varigheten, men første revurdering er etter ett år. Stønaden kan forlenges etter søknad, endres eller vedkommende kan frisk-

meldes etter 5 år. De som allerede hadde uførepensjon eller hadde fylt 50 år ved utgangen av juli 1993 omfattes ikke av tidsbegrensningen. Evalueringer viser at systemet i store trekk fungerer etter hensikten. Det er flere som fikk avslag på uførepensjonssøknaden og gjennomsnittlig uføregrad er lavere enn tidligere.

11.9.1 Tidsbegrenset innvilgelse i alle uføresaker

Ved å innføre en tidsbegrenset uførestønad vil en måtte legge større vekt på den enkeltes arbeidsevne. Uførepensjon vil ikke uten videre ses som en varig inntektskilde fram til alderspensjon, men som en fleksibel ytelse en kan ha behov for i større eller mindre grad, i kortere eller lengre perioder.

En tidsbegrenset uførestønad vil fjerne varighetspreget i dagens uførepensjon og bidra til større aktivitet og arbeidsinnsats. Samtidig kan det medføre økonomisk utrygghet. En endring som innebærer regelmessig revurdering av uførepensjonssaker medfører et betydelig løpende merarbeid for trygdeetaten ved behandling av uførepensjonssaker. En ikke ubetydelig del av uførepensjonistene er dessuten varig uføre og har ikke mulighet til å arbeide. Disse vil fortsatt fylle vilkårene for rett til uførepensjon, og det kan synes lite hensiktsmessig å bruke ressurser på revisjon av slike saker. Periodiske revurderinger vil også medføre store belastninger for 100 prosent uføre som ikke har utsikter til forbedret helse.

Personer som er 100 prosent uføre og ikke har utsikter til økt arbeidsevne må fortsatt få en varig ytelse som gir økonomisk trygghet og forutsigbarhet. Utvalget vil derfor beholde uførepensjonsordningen som den er i dag for denne gruppen varig uføre. Dette betyr imidlertid ikke at personer som mottar uførepensjon ikke skal motiveres til å delta i arbeidslivet, og at uførepensjonen skal tas opp til ny vurdering dersom det skjer endringer i helsetilstand og funksjonsevne.

Varig uførepensjon skal som hovedregel være forbeholdt personer som ikke har arbeidsevne. Det er likevel ikke nødvendigvis slik at alle som er 100 prosent uføre skal tilkjennes varig uførepensjon. I dag har om lag en av fire uførepensjonister inntekt ved siden av 100 prosent pensjon, selv om 70 prosent av disse har inntekter tilsvarende $\frac{1}{2}$ G eller mindre. I de tilfeller hvor det er utsikt til bedret helsetilstand er en tidsbegrenset uførestønad rett ytelse. Medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring må være prøvd før varig uførepensjon tilstås, med mindre dette anses ikke å være hensiktsmessig.

11.9.2 Kombinasjonsmodell - Tidsbegrenset uførestønad og varig uførepensjon

Sykepenger, rehabiliteringspenger, attføringspenger og uførepensjon følger etter hverandre i tid, og innvilges på nærmere bestemte vilkår når en ikke kan friskmeldes. I de mest opplagte uførepensjonssakene går personen direkte fra sykepenger og over på uførepensjon. I de øvrige tilfellene vil det være aktuelt med attføringspenger eller rehabiliteringspenger. Rehabiliteringspenger innvilges når vedkommende fortsatt er under aktiv behandling og det er utsikt til bedring av arbeidsevnen. Først når det er klart at arbeidsevnen er varig nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom, er det aktuelt med uførepensjon. I praksis viser det seg at en del personer »faller mellom» de to ytelsene. De har ikke rett til rehabiliteringspenger fordi de ikke er under aktiv behan-

dling med utsikt til bedring. Samtidig er det usikkert om sykdommen vil være så langvarig at de har rett til uførepensjon. Denne gruppen kan være aktuell for en tidsbegrenset uførestønad heller enn varig uførepensjon.

En eventuell tidsbegrenset uførestønad må avgrenses mot varig uførepensjon, da ytelsen vil omfatte deler av dem som i dag tilstås uførepensjon. Ordningen kan avgrenses til dem som antas å ha en ikke ubetydelig potensiell arbeidsevne i behold eller hvor framtidig arbeidsevne er usikker. Innføringen av en midlertidig uførestønad er ikke til hinder for fortsatt vektlegging av å forbedre reglene for revisjon av den varige uførepensjonen slik at også disse stønadsmottakerne kan motiveres til økt arbeidsinnsats.

Forslag til utforming av tidsbegrenset uførestønad: 1. Vilkår om at ytterligere behandling og attføring ikke ventes å gi resultater på kort sikt

Det må foretas en avgrensning mot rehabiliteringspenger og attføringspenger. Så lenge stønadsmottakeren har rehabiliteringspenger eller attføringspenger vil fokus være rettet mot tiltak som skal gjøre det mulig å komme tilbake til arbeid. Ved overgangen til en tidsbegrenset uførestønad vil perspektivet bli noe annerledes. Muligheten til økt aktivitet vurderes på lengre sikt og er mer usikkert. Dersom en ønsker å ivareta arbeidslinja best mulig må ordningen utformes slik at overgangen til den midlertidige uførestønaden ikke skjer for tidlig. Samtidig er det viktig at regelverket harmoniseres slik at en får smidige overganger mellom ytelsene.

2. Sykdomsvilkår

En stor del av de som i dag innvilges uførepensjon har en sykdomstilstand hvor det knytter seg en viss grad av usikkerhet til varigheten av funksjonsnedsettelsen. Målgruppen for tidsbegrenset uførestønad vil i hovedsak være de som i dag tilstås uførepensjon ut fra en usikker vurdering av varighet og omfang av funksjonsnedsettelsen som følger av sykdommen. Det foreligger ingen opplagte forhold som taler for å innføre lavere krav til årsakssammenheng enn det som gjelder for varig uførepensjon. På denne bakgrunn kan følgende kriterier legges til grunn:

- det settes ikke krav om at lidelsen og funksjonsnedsettelsen skal være varig
- det kan ikke gis noen konkrete tidsangivelser for bedring
- lidelsen må medføre en funksjonsnedsettelse som er av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til den nedsatte arbeids- og inntektsevnen.

3. Arbeidsevne

Erfaringer fra tidligere revisjonsarbeid viser at det er en fare for at en midlertidig uførestønad kan bli en passiv venteytelse før uførheten blir så åpenbar at varig uførepensjon kan innvilges. Det er derfor mye som taler for at en bør følge opp forslaget i NOU 1990:17, der ytelsen forbeholdes tilfeller hvor en antar at det med tiden skjer bedring av arbeidsevnen. En kan ikke se at det foreligger forhold som taler for å innføre et lavere krav til graden av funksjon-

snedsettelse enn i dagens ordning. Det foreslås at følgende kriterier legges til grunn:

- søkerens arbeidsevne må for tiden være nedsatt med minst 50 prosent
- for personer som på søknadstidspunktet er 100 prosent uføre må det med rimelighet kunne forventes at det med tiden vil skje endringer som kan medføre en bedring av arbeidsevnen.

4. Aldersvilkår

Det er lite som taler for å utelukke bestemte aldersgrupper fra en midlertidig uførestønad. Hver sak må vurderes konkret, og søkerens alder kommer inn som et av flere forhold som må vektlegges i vurderingen. I praksis antas at ytelsen som regel vil være mest aktuell for yngre personer. Det bør være et førende prinsipp at jo yngre søkeren er, desto viktigere er det å vurdere midlertidig uførestønad heller enn varig uførepensjon. Følgende kriterier kan legges til grunn:

- det innføres ikke andre aldersgrenser enn for uførepensjon, men jo yngre søkeren er desto viktigere er det å vurdere om midlertidig uførestønad kan være aktuelt

5. Utmåling

I tråd med forslaget i NOU 1990:17 kan ytelsen utmåles på samme måte som varig uførepensjon. Dette vil forhindre at medlemmer søker seg over i den varige ytelsen av økonomiske grunner. Å gi en høyere ytelse i den midlertidige ytelsen synes også urimelig ved at varig syke får lavere ytelser enn de som har lidelser av mindre varig art.

- Ytelsen bør beregnes på samme måte som uførepensjon.

6. Varighet og revurdering

Tidsbegrensningen bør ikke være for bastant, men gi et viss rom for variasjoner tilpasset den enkelte sak og mulighet til forlengelse. Av administrative hensyn bør det ikke legges opp til hyppige revisjoner. Dette gjelder også mht at stønadsmottakeren bør ha en viss økonomisk forutsigbarhet. Vilkårene for å få ytelsen tilsier dessuten at søkeren på innvilgelsestidspunktet er i en situasjon uten særlig bevegelse når det gjelder utsikter til bedring. Revisjoner innebærer et ikke ubetydelig arbeid for trygdeetaten, revisjonshyppigheten bør avstemmes i forhold til de resultatene en kan forvente. Ytelsen bør administreres fleksibelt slik at det blir enkelt å endre størrelsen på ytelsen eller veksle mellom stønad og arbeidsliv. Følgende kriterier foreslås:

- ytelsen tilstås for perioder fra ett til fire år avhengig av den enkelte sak
- retten til ytelsen tas opp til ny vurdering ved eventuelle endringer i de forhold som lå til grunn for vedtaket
- etter revisjon kan ytelsen opphøre, forlenges, endres, eller stønadsmottakeren kan gå over på varig uførepensjon.

7. Veivising i forbindelse med innvilgelse

Det må gis generell informasjon til søkeren i forbindelse med at ytelsen innvilges. Det er spesielt viktig å få fram fleksibiliteten i ordningen, slik at eventuell frykt for å forsøke seg i arbeid reduseres. Det ble foreslått i NOU 1990:17 at trygdekontoret gjennom tett kommunikasjon med søkeren, allerede i saksforberedelsen burde motivere til fleksibilitet, og at det i vedtaket kom klart fram hvilke forhold en ventet kunne endres. Dette er en del av trygdeetatens veiviserrolle. Følgende momenter er viktige her:

- utøving av veiviserrollen er en viktig del av trygdekontorets saksforberedelse
- vedtaket skal utformes slik at det kommer klart fram hva som forventes av bedret arbeidevne over tid.

8. Løpende oppfølging etter vedtak

Erfaringen viser at en passiv periode på noen år kan føre til at stønadsmottakeren mister kontakten med yrkeslivet. Det er derfor viktig at personer som tilstås tidsbegrenset uførestønad følges opp på en tilfredsstillende måte. Oppfølgingen må tilpasses den enkelte og skje i samarbeid med arbeidsmarkedsetat, ev. arbeidsgiver, sosialetat og lignende. Medvirkning fra arbeidsmarkedsetat er en viktig forutsetning for å få et yrkesrettet perspektiv på tidsbegrenset uførestønad. Det bør derfor utarbeides tverrfaglige rutiner som kan sikre god oppfølging av disse sakene. Etablering av nettverksgrupper kan også være et godt virkemiddel for å unngå passivisering av stønadsmottakerne. En foreslår følgende:

- det utarbeides rutiner som sikrer god oppfølging av personer som er innvilget tidsbegrenset uførestønad
- det utarbeides oppfølgingsopplegg i samarbeid med arbeidstaker, arbeidsgiver, arbeidsmarkedsetat, ev. sosialetat eller andre gitt forholdene i den enkelte sak

11.9.3 Tidsbegrenset uførestønad og revurdering av uførepensjonister

I en kombinasjonsmodell skal varig uførepensjon forbeholdes de som har en varig funksjonsnedsettelse. Forslaget om tidsbegrenset uførestønad skal omfatte de som antas å ha en ikke ubetydelig potensiell arbeidsevne i behold og de som har utsikt til bedring over tid.

Revurdering av personer som allerede er innvilget uførepensjon er en stor og krevende operasjon som vil legge beslag på store ressurser. Erfaringene fra tidligere revurdering i regi av trygdeetaten viser at resultatene i form av antall personer med økt arbeidsinnsats ikke står i forhold til ressursene som er brukt. På den annen side har erfaringer fra Nederland vist at revurdering kan gi gode resultater, særlig i de yngre aldersgruppene. En mulighet er avgrense revurderingen til personer under en viss alder, og til personer som har vært uførepensjonister i under et gitt antall år. Da kan revurderingen omfatte de av uførepensjonistene som med størst sannsynlighet vil ha mulighet til og motivasjon til å komme tilbake i arbeid.

Avgrenses revurdering til personer i alderen 18-50 år med under 10 år som uførepensjonister, vil vel 41 700 personer omfattes, dvs vel 16 prosent av alle

uføre. Innskrenker en varighetskravet til fem år, omfatter dette vel 18 200 personer som tilsvarer vel 7 prosent av alle uførepensjonistene. Setter en øvre aldersgrense til 55 år vil revurderingen omfatte hhv. 24 prosent (vel 65 500 personer) med ti års varighet og 11 prosent (rundt 30 400 personer) med fem års varighet. Avhengig av hvilke kriterier en velger, vil så mellom 7 og 24 prosent av alle uførepensjonister revurderes. Dersom en i tillegg stiller krav om at revurderingen skal forbeholdes personer som ikke har 100 prosent uførepensjon, blir andelen som er aktuelle for revurdering betydelig redusert. Antall personer reduseres da til mellom 12 200 og 6 500 personer med 50 år som aldersgrense, og mellom 20 250 og 11 300 personer med aldersgrense 55 år etter inntil hhv. 5 og 10 år som uførepensjonister.

Revurdering av personer som allerede har fått innvilget uførepensjon med sikte på mulig overgang til ny stønadsordning vil kreve lovendring. I dag er det anledning til å vurdere uførepensjonen på nytt dersom det skjer endringer i ervervsevne eller lignende. Videre må en sette av betydelige ressurser i trygdeetaten. Motivasjon hos den enkelte og arbeidstilbud er også avgjørende for om revurderingen lykkes. Det synes hensiktsmessig å benytte funksjonsvurderinger til dette formål (jf. pkt.10.3).

Utvalget har vurdert om uførepensjonssøkere over en viss alder bør tilkjennes varig uførepensjon fordi det er lite sannsynlig at de kommer tilbake i jobb. Uførepensjonister over 50 år utgjør om lag 70 prosent av alle uførepensjonister, mens gruppen over 60 år omfatter om lag 36 prosent av alle uførepensjonistene (1998). Tallene er om lag de samme dersom en kun ser på personer som er 100 prosent uføre over 50 år (1998). Dette tilsier at en avgrenser tallet på potensielle mottakere av den tidsbegrensede stønaden betraktelig dersom den ikke omfatter personer over 50 år. Sett i sammenheng med at det er en politisk målsetting å utsette pensjoneringstidspunktet og stimulere eldre arbeidstakere til å fortsette i arbeid synes det ikke riktig å sette en absolutt aldersgrense for tidsbegrenset uførestønad. Sett i lys av at nordmenn lever stadig lengre og at helsetilstanden til befolkningen er bedret over tid, synes en slik aldersgrense uhensiktsmessig. En bør vurdere potensialet for å komme tilbake i arbeid og/eller øke arbeidsinnsatsen i hvert tilfelle, der alder blir en av flere faktorer som inngår i den individuelle vurderingen.

Dersom stønadstiden med rehabiliteringspenger utvides (jf. pkt. 11.6), kan det være fare for at personer med helsesvikt og redusert funksjonsevne forblir i stønadsapparatet i årevis uten permanent avklaring av egen situasjon. Siden en av forutsetningene for tidsbegrenset uførestønad er at ytterligere rehabilitering og attføring ikke synes hensiktsmessig for tiden, er det også en fare for at den tidsavgrensede ytelsen blir preget av passivitet og kun fungerer som en ventestasjon før varig uførepensjon kan innvilges. Det er derfor viktig at hver enkelt stønadsmottaker følges opp av trygdeetaten, arbeidsgiver (for de som har et arbeidsforhold) og/ eller arbeidsmarkedsetat (for de som ikke har et arbeidsforhold). Individuelle oppfølgingsplaner med spesifisering av hvilke endringer en forventer skal inntreffe er et stikkord her.

Økonomiske og administrative konsekvenser knyttet til reaktiviseringsarbeidet

Rikstrygdeverket har beregnet kostnader og mulige innsparinger knyttet til reaktivisering av tilstått uførepensjon. Erfaringer fra reaktiviseringsprosjek-

tene der trygdeetaten har forsøkt å tilbakeføre personer til yrkeslivet har vist at store ressurser må settes inn i arbeidet dersom dette arbeidet skal lykkes. Rikstrygdeverket antar at cirka 100 timer per uførepensjonist er et realistisk anslag dersom en skal lykkes med å tilbakeføre personer til yrkeslivet.

Det anslås anslår at hver uførepensjonist som blir tilbakeført til arbeid vil innebære en innsparing på ca. kroner 110 000 per år og beregner nåverdien av dette til å være mellom 300 000 og 2 000 000 avhengig av hvor lenge den tidligere uførepensjonisten forventes å være ute av ordningen [113]. Tabell 11.2 viser økonomiske konsekvenser ved ulike alternativer for hvor stor andel som tilbakeføres i arbeid. En tilbakeføring på 4-5 prosent anses av Rikstrygdeverket for å være mest realistisk ut fra erfaring med tilsvarende prosjekter.

Tabell 11.2: Beregning av administrative kostnader og mulige innsparinger gitt ulike forutsetninger. Mill. kroner

Antall uførep. Som revurderes	Kostnader per uførepensjonist*	Adm. kostn.	Andel som tilbakeføres	Beregnet nåverdi av bruttoinnsparing	Nåverdi netto
Forutsettes ute av ordningen i 25 år					
20 250	0,025	506	4 %	1.345	839
6 500	0,025	162	5 %	540	378
20 250	0,025	506	12 %	4.035	3 529
6 500	0,025	162	13 %	1.403	1 241
Forutsettes ute av ordningen i 10 år					
20 250	0,025	506	4 %	722	216
6 500	0,025	162	5 %	290	128
20 250	0,025	506	12 %	2.167	1 661
6 500	0,025	162	13 %	754	592
Forutsettes ute av ordningen i 3 år					
20 250	0,025	506	4 %	255	-251
6 500	0,025	162	5 %	102	-60
20 250	0,025	506	12 %	764	258
6 500	0,025	162	13 %	266	104

*: Beregnet ut fra at et årsverk koster kr. 400.000,- og 1.600 arbeidstimer per årsverk.

Kilde: Rikstrydeverket

Beregningene tar ikke hensyn til at dersom den ekstra ressursinnsatsen skal tas fra trygdeetaten må det regnes med restanseoppbygging, og at annet oppfølgingsarbeid må reduseres. Forutsetningen om 100 timer per uførepensjonist innebærer at mellom 500 og 1.200 årsverk bindes opp i arbeid med reaktiviseringen. For øvrig vises det til punkt 11.7 – yrkesrettet attføring.

113.Anslaget på 300.000 forutsetter 3 år ute av ordningen, anslaget på 2 mill. forutsetter 45 år ute av ordningen.

11.9.4 Utvalgets anbefaling

Personer med varige sykdomstilstand som er 100 prosent arbeidsufør uten utsikt til bedring må etter *utvalgets* oppfatningvære sikret varige ytelser som sikrer en viss levestandard og økonomisk grunntrygghet over tid. For personer der framtidig arbeidsevne er usikker foreslår *utvalget*at disse tilkjennes en tidsbegrenset uførestønad dersom ytterligere behandling eller attføring ikke forventes å gi resultater på kort sikt. Personer som er mindre enn 100 prosent ufør anses som hovedregel å være i denne gruppen.

Følgende vilkår foreslås å gjelde for den tidsbegrensede uførestønaden:

1. Det foreligger en sykdomstilstand som hovedårsak for funksjonsnedsettelse på minst 50 prosent
2. For personer som på søknadstidspunktet er 100 prosent ufør må det med rimelighet kunne forventes at det med tiden vil skje endringer som kan medføre en bedring av arbeidsevnen
3. Ytelsen beregnes på samme måte som uførepensjon
4. Ytelsen tilstås for en tidsbegrenset periode, om nødvendig i inntil fire år.
5. Ytelsen tas opp til ny vurdering dersom det skjer endringer i de forhold som lå til grunn for vedtaket. Ved fornyet vurdering av tidsbegrenset uførestønad gjelder ikke vilkåret om 50 prosent funksjonsnedsettelse
6. Vedtaket skal følges opp gjennom en oppfølgingsplan

Utvalget foreslår videre en begrenset revurdering av uførepensjonen til personer som har mottatt uførepensjon i mindre enn 5 år. I første omgang foreslås at revurderingen begrenses til uførepensjonister under 50 år med en uføregrad lavere enn 100 prosent. Etter at det er høstet erfaringer bør revurderingen vurderes til å gjelde personer under 40 år med 100 prosent uførepensjon. I motsetning til opplegget 1994 til 1996 bør revurderingen denne gang ikke baseres på frivillighet

Referanser

Andersen, E., A. Grimsmo og S. Westin (1995): *Årsaker til redusert tilgang til uførepensjon perioden 1989-1993*, Trygdeforskningsprosjektene Rapport nr. 5.

Andersen, Lars (1994): *Sykefraværsprosjektet 1991-1993*. Trondheim: SINTEF Ifim.

Aronsson, G., K. Gustafsson og M. Dallner (1999): »Sjuk och på jobbet», *Arbeidsmarknad og Arbetslivet*, årg. 5, nr.1.

Askildsen, J., E. Bratberg og Ø. Nilsen (2000): *Sickness Absence: Sectoral and Business Cycle Differences*. Under publisering.

Bjerkedal, T., G. Michaelsen og E. Wergeland (1995): *Yrkesspesifikk uførepensjonering i Norge 1993*, Rapport nr. 1/95. Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.

Bjerkedal, T., A. Gogstad og N. Enger (2000): *Uførepensjonering av unge mennesker i Norge*, Rapport 7/2000. Rikstrygdeverkets Utredningsavdeling.

Botten, Grete (1993): »Kjønnsulikheter i sykelighet og dødelighet» i Schei, Botten og Sundby (red): *Kvinnemedisin*. Ad Notam 1993.

Bowitz, Einar (1992): »Arbeidsledighet og uførepensjon». *Økonomiske analyser nr. 8*. SSB.

Brage, S, J. Nygård og G. Telnes (1998): »The gender gap in musculoskeletal-related long term sickness absence in Norway», *Scan. Jour of Social Medicine*.

Bragstad, T,A. Sagsveen og E. Thorup (2000): *Geografiske variasjoner i tilgang av nye uførepensjonister 1980-1997 etter fylke*. Rapport 6/2000. Rikstrygdeverket Utredningsavdeling.

Bratberg, E., S-Å Dahl, og A. Risa (1998): *Kvinners sykefravær*, SNF rapport 11/98.

Bratberg, E. og A. Risa (2000): *Insentivvirkninger i helserelaterte stønadsordninger*. Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen.

Bru, E., T.Lie og H. Larsen (1994): *Sammen om sykefravær*. Rogalandsforskning, Rapport 120/94.

Bruusgaard, Dag (1997): »Sykdommer vi ikke riktig forstår» i *Tidsskrift for den norske legeforening* 1997/10.

Bäckman, Olof (1998): *Longitudinal Studies on Sickness Absence in Sweden*. Swedish Institute For Social Research 34.

Claussen, B. og K. Haugstvedt (2000): *Hvem er stønadsmottakere, og representerer de en mulig arbeidsreserve?* SHUS rapport nr 2/2000.

Claussen B. og T.Bjerkedal (1999): »Søknader om uførepensjon før og etter innstrammingen i 1991» *Tidsskr Nor Lægeforen* 119:2182:6.

Dahl, E. og Birkelund, G. (1999): »Sysselsetting, klasse og helse 1980-1995, i *Tidsskrift for samfunnsforskning* 1-1999, årgang 40.

Dyregrov (1997):»Interkulturell kommunikasjon i allmennpraksis» i *Tidsskrift for den norske legeforening*, 1997:117.

Dyrstad, J. og N. Lysø (1998): »Økonomiske faktorer bak sykefraværet», *Norsk Økonomisk Tidsskrift*, 112:155-184.

Edgerton, David (1997): *The effects of cutbacks in Swedish sickness benefits*, Department of Economics, Lund University

Eide, A., K-G. Hem, og N. Gibb (1999): *Sykelønnsordninger i Europa*. SINTEF

Unimed.
Flaa, Jardar E. og Pedersen, Axel West (1999): »Holdninger til ulikhet, pensjon og trygd» i Fafo-rapport 305-1999.
Fleten, N., R. Johnsen og B. Østrem (1999): »Sykmeldte tror tiltak på arbeidsplassen kan redusere sykefravær», *Tidsskr Nor Lægeforen* 119:3730-4.
Forseth, Ulla (1999): *Hva koster smilene? – emosjonell utmattelse i serviceyrker.* IFIM notat 1/99. Trondheim SINTEF IFIM.
Forseth, Ulla (1994): *Arbeidsmiljø som konkurransefaktor i tjenesteyting?* København: Nordosk ministerråd.
Grimsmo, Asbjørn (1991): *Fravær og fraværsårsaker i norsk arbeidsliv*. AFI Rapport 4/91.
Grimsmo, A. og A. Hilsen (2000): *Arbeidsmiljø og omstilling.* AFI skriftserie.
Gulbrandsen, P. og S. Brage (1998): »Livssituasjon som grunn for sykmelding», *Tidsskr Nor Lægeforen* 118:2463-6.
Hagen, Terje og Helge Østtveiten (1999): *Trygdepenger under kniven.* NIBR prosjektrapport 1999:16.
Hammer, Torild (1999). *Sykefravær og rusmiddelbruk blant unge i arbeid.* NOVA Rapport 6/99.
Hansen, Hans-Tore (red) (1999): *Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet.* SNF-rapport 12/99.
Hauge, L og O. A. Opdalshei (2000): »Svangerskap og sykefravær», *Søkelys på arbeidsmarkedet* nr 1, 17:89-93.
Holm, Steinar (1998): *Sysselsetting og sykefravær.* Rapport 5/98, Rikstrygdeverket Utredningsavdeling.
Holte, H., S. Krokstad og P. Magnus (2000): *Årsaker til uførepensjonering.* Rapport 2000:5, Folkehelsa.
Kjeldstad, Randi (1991): »Overgang til uførepensjon» i Hatland (red): *Trygd som fortjent?* Ad Notam.
Knardal, Stein (1999): *Mulighetene for utvidelse av listen over yrkessykdommer slik at den også omfatter slitasje og belastningslidelser som er klart yrkesbetingede.* STAMI.
Kolberg, Jon Eivind (1991): »En empirisk prøving av utstøtningsmodellen» i Hatland (red): *Trygd som fortjent?*, Ad Notam 1991.
Kolstad, Arne (2000): *Effects of Changing Government Policies on Sickness Absence Behaviour.* NOVA rapport.
Kristoffersen, Per (1999): *Uførepensjon på 1990-tallet* . Rapport 7/99. Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.
Lajord og Flittig (1995):»Innvandrere og uførepensjon». SSB-notat 95/20.
Lantto K. og E. Lindblom (1987): »Er arbetslösheten helsosam?» *Ekonomisk debatt*, 4/1987:333-6.
Larsen, K. og A. Hompland (1999): *Trender i arbeidslivet*, Econ rapport 3/99.
Lavik, Solberg og Varvin (1997):»Psykisk helse blant flyktninger» i *Tidsskrift for den norske legeforening*, 1997:117
Leigh, J (1985): »The effects of unemployment and the business cycle on absenteeism» *Journal of Economics and Business*, 37:159-170.
Malterud, Kirst (1999): »Kvinners »ubestemte» helseplager – medisinske og velferdspolitiske utfordringer». Tidskr Nor Lægeforen nr. 12 119:1790-3.

Mastekaasa, Arne (1997): »Kjønnsforskjeller i sykefravær» i *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 14:203-206.
Mastekaasa, Arne (1998): *Sykefraværet i Norge 1990-1997*, ISF rapport 98:10.
Mastekaasa, Arne og Harald Dale-Olsen (1998): *Kjønnsforskjeller i sykefravær*. ISF rapport 98:9.
Noreik, K, B. Grünfeld og p. Sundby (1990): »Notat om uførepensjonsordningen», i *NOU 1990: nr. 17 Uførepensjon*.
NOS C10: Tidsbruk og tidsorganisering 1970-90
NOU 1990:17 Uførepensjon
NOU 1990:23 Sykelønnsordningen
NOU 1998:19 Fleksibel pensjonering
NOU 1999:13 Kvinners helse i Norge
NOU 1999:34 Nytt millennium –nytt arbeidsliv?
Olsen (1999):»Flyktning- og innvandrerbarn i sykehus» i *Tidsskrift for den norske legeforening*, 1998:118.
Olsen, Karen M. og Arne Mastekaasa (1997): *Forskning om sykefravær*. ISF rapport 1997:7.
Olsen, Karen M. og Arne Mastekaasa (1996): *Sykefravær i staten*. ISF rapport 96:9.
Oorschot, Wim van (1999): *Reforms of disability scemes in the Netherlands*.
Opdalshei, Ole A. (2000): *Diagnoser og sykefravær 1994-1999*. Rapport 4/2000. Rikstrygdeverket Utredningsavdeling.
Pedersen, Axel W. (1997): *Fravær i arbeid – Utvikling i sykefraværet på 90-tallet*, Fafo-rapport 218.
Rikner, Klas (1999): *Incitament och sjukfrånvaro*, Stockholm.
Riksforsäkringsverket (1996): *Innvandrarna i socialförsäkringen, redovisar* 1996:11
Riksförsäkringsverket (1995): *Effekter och resultat av sjuklønsreformen*. ANSER 1995:14, Stockholm.
Rikstrygdeverket (2000a): *Trygdestatistisk årbok 2000*. Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.
Rikstrygdeverket (2000b): *Basisrapport 1999*. Rapport 01/2000. Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.
St meld nr 35 (1994-95) *Velferdsmeldingen*
St meld nr 50 (1998-99) *Utjamningsmeldinga*
Statens institutt for folkehelse (1999): *Folkehelserapporten 1999*
Statistisk sentralbyrå (1998) *Sosialt utsyn 1998*
Statistisk sentralbyrå(1999): *Aktuelle befolkningstall* 2/99
Stefanson, Anders (1999): *Det Holländska Socialförsäkringssystemet*, Stoskholm
Stoltenberg (1997):»Forskning om innvandrere og helse», *Tidsskrift for den norske legeforening* 1997:117.
Sørensen, Bjørg (m. fl) (1998): *Psykologiske, organisatoriske og sosiale faktorer i arbeid av betydning for helse*. AFI rapport 8/98.
Terum, Lars Inge og Nergård, Trude B. (1999):»Medisinsk skjønn og rettstryggleik» i *Tidsskrift for den norske legeforening* 5/1999.
Helsing, Timpka og Alewanderson (1997): *Dilemmas in the daily work of social insurance officers*.

Westin, Steinar (1981): »Legene og arbeidsmarkedspolitikken» i Brunstad, Colbjørnsen og Rødseth (red): Sysselsettingen i søkelyset. Universitetsforlaget.

Aarvak, K (1980): *Arbeidsmiljøets betydning for fravær*, IFIM rapport.